



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Stress und Stressverarbeitung
im Zusammenhang mit Selbstwirksamkeit und Kindheitstraumata
im humanmedizinischen Bereich

Verfasser

Dominik Hiesl

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, November, 2015

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: Univ.-Prof. Dipl.-Psych. Dr. Kristina Hennig-Fast

Danksagung

Zu Beginn möchte ich meiner Betreuerin Frau Univ.-Prof. Dipl. Psych. Dr. Hennig-Fast meinen herzlichen Dank aussprechen, dass sie mir bzw. uns als Gruppe noch die Möglichkeit geboten hat, unter ihrer Aufsicht die Diplomarbeit zu schreiben. Dies war in den hektischen Zeiten zu Ende des Diplomstudiums keine Selbstverständlichkeit mehr. Des Weiteren möchte ich mich bei meinen zwei Kolleginnen, Melanie Madl und Monika Emich, bedanken welche durch ihre offene und fröhliche Art, die ganze Zusammenarbeit effektiv und konstruktiv gestalteten. Daran anschließend möchte ich mich ebenfalls bei allen Personen bedanken, welche sich die Zeit genommen haben um an dieser Untersuchung teilzunehmen und uns somit die Daten lieferten, welche die Grundlage für unsere Diplomarbeit bildeten.

Ich möchte mich außerdem bei allen Personen bedanken, welche ich während des gesamten Studiums kennen lernen durfte und mit welchen ich einen prägenden Lebensabschnitt verbrachte. Daher gilt mein Dank auch Alexander Seiser, Markus Polzer, Franziska Bergmayr, Helmut Tremmel, Stefan Datzreiter, Joachim-Arno Habert, Fabian Unger, Nikolaus Peer, Stefan Mayer, Dominik Schuller und noch vielen anderen.

Abschließend möchte ich mich noch bei meinen Eltern, Gertraud und Manfred Hiesl, bedanken. Sie haben mir die Möglichkeit geboten eine Universität zu besuchen und erfolgreich ein Studium abzuschließen, was keine Selbstverständlichkeit ist. Sie unterstützten mich immer tatkräftig und hatten ein offenes Ohr wenn ich nicht mehr weiter wusste.

Inhaltsverzeichnis

Abstract Deutsch.....	8
Abstract English.....	9
Einleitung.....	10
I Theoretischer Hintergrund	11
1. Stress.....	11
1.1 Einführung	11
1.2 Stressauslöser	12
1.2.1 Stressoren in der Arbeit	13
1.2.2 Studien zu Stressoren im Krankenhauskontext.....	15
1.3 Stressreaktionen und Folgen von Stress	15
1.4 Stressmodelle	18
1.4.1 Stresskonzept von Seyle (1981)	18
1.4.2 Das Demands-Supports-Constraints Modell von Payne (1979)	19
1.4.3 Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus (1981)	20
1.4.4 Person-Environment-Fit-Modell von Caplan et. al. (1975).....	21
2. Stressverarbeitung und Stressbewältigung	22
2.1 Arten von Stressbewältigung	23
2.1.1 Lazarus und Launier (1978).....	24
2.1.2 Perrez und Reicherts (1992).....	24
2.1.3 Schwarzer und Knoll (2003).....	25
2.1.4 Typenmodelle (Typ-A und Typ-C-Verhaltensweisen).....	25
2.2 Faktoren, die Stressverarbeitung bzw. Coping begünstigen.....	26
2.2.1 Optimismus	26
2.2.2 Hardiness.....	27
2.2.3 Kohärenzsinn.....	27
3. Selbstwirksamkeit	28
3.1 Definition und Grundlagen	28
3.2 Studien zu Selbstwirksamkeit und Stress	31
4. Trauma.....	32
4.1 Definition	32
4.2 Traumafolgestörungen.....	33
4.2.1 Akute Belastungsreaktion	33

4.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	34
4.3 Epidemiologie	34
4.4 Trauma und die Auswirkungen auf Gesundheit und Stressverarbeitung	35
5. Berufsbilder	37
5.1 Ärzte	37
5.1.1 Berufsbeschreibung	37
5.1.2 Studien zum Thema Ärzte und Stress	38
5.2 (Rettungs)Sanitäter	39
5.2.1 Berufsbeschreibung	39
5.2.2 Studien zum Thema Sanitäter und Stress	39
5.3 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger	40
5.3.1 Berufsbeschreibung	40
5.3.2 Studien zum Thema Krankenpfleger und Stress	40
II Empirischer Teil	42
6. Methoden	42
6.1 Forschungsziele, Forschungsfragen und Hypothesen	42
6.2 Durchführung der Studie	45
6.3 Aufbau des Online Fragebogens	45
6.4 Akquirierung der Testpersonen	46
6.5 Erhebungsinstrumente	46
6.5.1 Emotionsregulationsinventar (ERI, König, 2011)	47
6.5.2 WHO Instrument zur Erfassung von Lebensqualität (WHOQOL-BREF, Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)	47
6.5.3 Life-Orientation-Test-Revised (LOT-R, Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008)	48
6.5.4 Trier Inventar zum chronischen Stress (TICS, Schulz, Schlotz & Becker, 2004)	49
6.5.5 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF, Janke, Erdmann & Kallus, 1985)	49
6.5.6 Fragebogen für Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK, Krampen, 1991)	50
6.5.7 Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ, Gast, Rodewald, Benecke & Driessen, 2001)	51
6.5.8 NEO-PI-R (Ostendorf & Angleitner, 2003)	52
6.6 Statistische Methoden	53

6.7 Deskriptive Stichprobenbeschreibung	54
6.8 Reliabilitätsanalysen	58
7. Ergebnisse	60
7.1 Selbstwirksamkeit und Stresserleben	60
7.2 Selbstwirksamkeit und negative Stressverarbeitung	62
7.3. Selbstwirksamkeit und positive Stressverarbeitung	63
7.4. Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit	65
7.4.1 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala AGlobaló des WHOQOL-BREF	67
7.4.2 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala APhysischó des WHOQOL-BREF	68
7.4.3 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala APsychischó des WHOQOL-BREF	69
7.4.4 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala ASozialbeziehungenó des WHOQOL-BREF	70
7.4.5 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala AUmweltó des WHOQOL-BREF	71
7.5 Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Berufserfahrung und Beruf	72
7.6. Unterschiede Selbstwirksamkeit zwischen Sanitätern und Ärzten	73
7.7 Selbstwirksamkeit und Trauma	75
7.7.1 Ergebnisse	76
7.8 Trauma und Alter	78
7.8.1 Unterschied zwischen jungen und älteren Personen	78
7.8.2 Ergebnisse	78
7.9 Unterschiede zwischen Berufsfahrungsgruppen	80
7.9.1 Ergebnisse	81
8. Diskussion.....	83
9. Limitationen und Kritik	90
Literaturverzeichnis.....	91
Tabellenverzeichnis.....	104
Abbildungsverzeichnis	106
Anhang Kompletter Fragebogen.....	107
Anhang Lebenslauf	149

Die Untersuchung, welche dieser Diplomarbeit zugrunde liegt, wurde in Kooperation mit Monika Emich und Melanie Madl durchgeführt. Die daraus resultierenden Arbeiten werden als getrennt und eigenständig angesehen. Sie basieren zum Teil auf der gleichen Literaturgrundlage, Stichprobe und verwenden teilweise identisches Material (Fragebögen). Überschneidungen sind deshalb nicht zu vermeiden und sind nicht als Plagiat aufzufassen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Diplomarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Abstract Deutsch

Stress ist schon seit langem ein gängiger Begriff im Arbeitsalltag und fast jeder fühlte sich schon einmal gestresst oder kennt das Gefühl über einen längeren Zeitraum gestresst zu sein. Vor allem in einer Gesellschaft, die immer schnellerlebiger wird, ist Stress ein Faktor, den man ernst nehmen muss um nicht in eine Krankheit zu schlittern. Vor allem Berufe im humanmedizinischen Bereich, darunter sind Ärzte, Sanitäter und Krankenpfleger zu verstehen, sind über sehr lange Zeiträume hohen Stressniveaus ausgesetzt und laufen somit Gefahr eine stressbedingte Krankheit zu entwickeln. Ziel dieser Diplomarbeit ist es daher zu untersuchen ob sich Selbstwirksamkeit, als protektiver Faktor, positiv auf Stress, Stressverarbeitung und Wohlbefinden der drei oben genannten Berufsgruppen auswirkt, welchen Einfluss traumatische Erfahrungen in der Kindheit auf Selbstwirksamkeit haben und welche Altersgruppen am häufigsten von diesen traumatischen Erfahrungen berichten.

In der hier durchgeführten Arbeit wurden dazu Personen aus verschiedenen Pflege- und Krankeneinrichtungen mittels Onlinefragebogen befragt und die erhobenen Daten wurden quantitativ ausgewertet. Es wurden insgesamt 234 Personen für die Auswertung berücksichtigt, wobei 266 Personen mit der Testung begonnen haben. Als eines der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass jene Teilnehmer, welche sich als selbstwirksam beschreiben, über weniger wahrgenommen Stress und mehr Wohlbefinden berichten. Außerdem wenden diese Personen häufiger positive Stressverarbeitungsstrategien an als jene Gruppe, welche sich als weniger selbstwirksam beschreibt. Es gibt keine Unterschiede bezüglich Selbstwirksamkeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen genauso wie es keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten hinsichtlich erlebter traumatischer Erfahrungen in der Kindheit gibt. Es gibt jedoch Unterschiede zwischen verschiedenen Alters- bzw. Berufserfahrungsgruppen hinsichtlich erlebter traumatischer Erfahrungen in der Kindheit. So berichteten die Gruppen der älteren bzw. berufserfahreneren Studienteilnehmer über mehr traumatische Erfahrungen in der Kindheit als die Gruppen der jüngeren Teilnehmer. Die gefundenen Ergebnisse stimmen dabei größtenteils mit den in der Literatur gefundenen Ergebnissen überein. Es konnte gezeigt werden, dass Selbstwirksamkeit einen starken positiven Einfluss auf Stressverarbeitung und Stresswahrnehmung hat während die Ergebnisse bei den traumatischen Erfahrungen in der Kindheit dazu weniger eindeutig sind.

Abstract English

Stress is already a common term used in everyday language and almost everybody has already experienced some sort of stressful event or even a longer period of it. In our society which is turning into an always faster moving one, stress is a factor of which people have to be aware of and which has to be dealt with. The consequences of a stressful and exhausting lifestyle can be severe and can lead ultimately to a chronic disease. Especially people who work in hospitals or nursing homes, like physicians, nurses or paramedics, are often exposed to stress on high levels over a long period of time. It is therefore no surprise that these occupational groups are endangered to develop a stress-related disease. One goal of this thesis is therefore to see if self-efficacy, as a protective factor, can affect stress, coping and well-being positively. Another goal is to see if traumatic experiences in childhood have an impact on self-efficacy and what age-groups are reporting the highest levels of traumatic childhood experiences.

In this work people from different hospitals, nursing homes and care units were asked to fill out an online survey which was analyzed quantitatively. 266 people started to survey and 234 of them were included into the analysis. One of the results was, that the people, which reported high levels of self-efficacy, experienced less stress and reported a higher level of well-being than the people, which reported a lower level of self-efficacy. The group with high self-efficacy also reported to use more positive coping strategies than the low-self-efficacy group. There are no differences between the occupational groups concerning self-efficacy. There are also no significant differences between the high level and the low level self-efficacy group concerning traumatic experiences in the childhood. There is however a difference between the age-groups concerning traumatic experiences in childhood as well as between job experience concerning the same matter. The findings of this work confirm most of the researched literature although there are some results, which didn't bring the expected findings. So the results tell us that self-efficacy has a very positive influence on stress levels as well as stress coping. On the other hand the findings tell us that there are no real differences between persons with higher or lower self-efficacy levels concerning traumata experienced in childhood, which goes against the arguments of the researched literature.

Einleitung

Schon Immanuel Kant (1765) beklagte vor ungefähr 250 Jahren die zunehmende Schnelligkeit und Rastlosigkeit der Gesellschaft. Und in der heutigen Zeit scheint es nicht viel besser zu sein. Holt (1986) schreibt, dass Arbeit an sich im besten Fall als Segen wahrgenommen wird und im schlechtesten Fall als Fluch bzw. Qual. Der Begriff Stress ist schon längst fester Bestandteil der Alltagssprache geworden wobei es vor allem negative Assoziationen zu diesem Wort gibt. Er wird als Ausdruck einer psychischen und physischen Belastung bzw. Überforderung verstanden und das vor allem im Zusammenhang mit dem Arbeits- und Berufsleben. So stellen Arbeitswochen mit 50, 60 oder gar mehr Arbeitsstunden keine Seltenheit mehr dar sondern werden immer mehr zur Regel. Stress bzw. Stress im Arbeitsleben ist jedoch keine neues Phänomen sondern wurde schon vor einigen Jahrzehnten wahrgenommen und auch untersucht. Chase (1972) kam bei seinen Untersuchungen zwischen 1958 und 1972 zum Schluss, dass Stresskrankheiten bzw. die Folgen von Stress epidemische Ausmaße annahmen. Auch Kaluza (2012) schreibt, dass Stress zu den größten gesundheitlichen Risikofaktoren zählt und in etwa 50 bis 60 Prozent aller Krankenstandstage im Zusammenhang mit Stress bzw. durch Stress verursachte Probleme stehen.

Die drei Berufsgruppen (Humanmediziner, Krankenpfleger und Sanitäter) welche wir im Rahmen der Diplomarbeit untersuchen, sind in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten immer mehr und mehr Stress ausgesetzt worden, da Einsparungen durchgeführt werden mussten, zu wenig Ärzte ausgebildet werden bzw. worden sind und die Anforderungen an das Personal im Gesundheitswesen stetig steigen. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass die Anzahl an Personen, welche an den Folgen von Stress bzw. schlechten Stresscopingstrategien leiden, immer weiter steigt und die Kosten für das Gesundheitssystem immer höher werden.

I Theoretischer Hintergrund

1. Stress

1.1 Einführung

Das heutige Wort Stress leitet sich ursprünglich von dem lateinischen Verb *stringere* ab, was so viel bedeutet wie zusammendrücken oder zusammenziehen (Litzke, Schuh & Pletke, 2013). Die World Health Organisation (WHO) definiert Stress bzw. Arbeitsbezogenen Stress (Work-related Stress) als Reaktion der Menschen, welche im Arbeitsalltag mit den Anforderungen nicht mehr zu Recht kommen bzw. die eigenen Fähigkeiten nicht mehr ausreichen, um die an sie gestellten Herausforderungen zu bewältigen (World Health Organisation - WHO, 2015). Für Hans Selye (1986) ist Stress eine unspezifische Reaktion des Körpers auf eine Anforderung. Diese Reaktion kann sowohl in psychischer Form aber auch physischer Form auftreten. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass es eine Vielzahl an Auslösern von Stress wie Ermüdung, Schmerz, Furcht, Verlust eines Angehörigen aber auch überraschender Erfolg gibt (Selye 1986). Beginnend mit den 1940er Jahren beschäftigte sich auch Harold Wolff (1953) mit dem Thema Stress und postulierte wie einige seiner Kollegen, dass Stress Ursache für verschiedene Krankheiten sei. Zimbardo und Gerrig (2004) definieren Stress als ein Reaktionsmuster eines Organismus auf ein Stimulusereignis, welches dessen Gleichgewicht stört und die Fähigkeit, diese Einflüsse zu bewältigen übersteigt bzw. sehr stark beansprucht. Als Stressoren definieren sie ein Ereignis, welches vom Organismus eine gewisse Art der Anpassung(sreaktion) erfordert (Zimbardo & Gerrig, 2004).

Nitsch (1981) stellt fest, dass es immer wieder Überschneidungen mit anderen Begriffen aus der Psychologie gibt und eine genaue Abgrenzung bis jetzt noch nicht festgelegt wurde:

Auch die Beziehung des Stressbegriffs zu verwandten Begriffen der psychologischen Fachsprache ist bisher nicht übereinstimmend festgelegt: Stress auf der einen und Aktivierung, Emotion, Frustration, Konflikt, Angst auf der anderen Seite werden nicht selten gleichgesetzt (Nitsch, 1981, Seite 85).

Fletcher (1991) schreibt, dass Stress schwer zu operationalisieren sei, es jedoch trotzdem erforderlich ist daran zu forschen, um ein immer besseres Verständnis dafür zu bekommen. Für Perez und Reicherts (1992) ist ein stressiges Ereignis dadurch gekennzeichnet, dass die Homöostase gestört ist. Zimbardo und Gerrig (2004) unterscheiden des Weiteren zwischen akutem und chronischem Stress. Akuter Stress wird dabei als vorübergehender Erregungszustand mit klarem Anfang- und Endmuster beschrieben. Chronischer Stress wird hingegen als ein Zustand anhaltender Erregung gesehen, welcher sich über eine gewisse Zeit erstreckt, wobei die Anforderungen als größer wahrgenommen werden als die zur Verfügung stehenden Ressourcen (Zimbardo & Gerrig, 2004). Es gibt auch noch Unterscheidungen in der Arbeits- und Organisationspsychologie zwischen psychischer Belastung, welche als Gesamtheit der Einflüsse zu verstehen ist, die auf den Menschen von außen zukommen und psychisch auf ihn einwirken, und psychischer Beanspruchung, welche als individuelle Auswirkung der psychischen Belastungen im Menschen in Abhängigkeit von seinen Ressourcen verstanden werden kann (Zapf & Semmer, 2004). Der Idealzustand zwischen den zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und den zu leistenden Arbeiten wird Flow genannt. Dabei tritt das zu erzielende Resultat in den Hintergrund und die Tätigkeit selbst wird als befriedigend erlebt (Csikszentmihalyi, 1997). Nach Seyle (1981) gibt es im Alltag zwei verschiedene Arten von Stresswirkungen. Der positive Stress, welcher vom Griechischen hergeleitet wird, wird als Eustreß und der negative Stress, welcher vom Lateinischen hergeleitet wird, wird als Distreß bezeichnet. Fletcher (1991) ergänzt es noch um Hyperstress, was ein zu viel von Stress bedeutet, und Hypostress, was ein zu wenig an Stress bedeutet. Stress ist dabei mit erwünschten oder unerwünschten Folgen verbunden, abhängig von den vorgefundenen Bedingungen (Seyle, 1981).

1.2 Stressauslöser

Die Ursachen für Stress müssen nicht immer große Ereignisse oder Katastrophen sein sondern es kann auch aus einer Kumulation von vielen kleinen stressigen Situationen (Daily Hassles) zu einem starken Stresserleben kommen (Lazarus, 1981). Daily Hassles können laut Kanner, Coyne, Schäfer und Lazarus (1981) als irritierende, frustrierende und stressige Herausforderungen gesehen werden, durch welche alltägliches Leben in gewisser Weise charakterisiert wird. Dazu zählen kleine ärgerliche Probleme wie Dinge verlieren oder im Stau stehen genauso wie persönliche Enttäuschungen, finanzielle Probleme oder

kleinere Reiberein in der Familie (Kanner, Coyne, Schäfer & Lazarus, 1981). Lazarus (1981) stellte fest, dass je häufiger und intensiver Alltagsprobleme waren, desto schlechter war die physische und psychische Gesundheit der Studienteilnehmer bzw. Menschen. Andererseits steigt das Wohlbefinden je weniger Daily Hassles man ausgesetzt ist (Chamberlain & Zika, 1990). Alltagsprobleme können dabei schon früh im Leben negative Auswirkungen haben (Zimbardo & Gerrig, 2004).

1.2.1 Stressoren in der Arbeit

Der Fokus dieser Diplomarbeit liegt unter anderem auf Stress am Arbeitsplatz, und daher soll die folgende Auflistung einen Überblick über mögliche Stressoren geben, welche sich auf die Ärzte, Sanitäter sowie die Krankenpfleger negativ auswirken können (Allenspach und Brechbühler, 2005):

Organisation:

- Daueraufmerksamkeit
- Häufige Unterbrechungen
- Nichtvorhersehbarkeit von Abläufen
- Arbeitsschwierigkeiten/Arbeitstempo/Arbeitsumfang
- Schichtarbeit/Nacharbeit/Überstunden
- Ständige Reisetätigkeit/Flüge mit Zeitzonewechsel

Physische Belastungen:

- Beleuchtung
- Temperatur
- Schadstoffe
- Lärm

Psychische Belastungen:

- Angst/Misserfolg
- Arbeitsplatzunsicherheit
- Fehlende Anerkennung/Fremdbestimmtheit

- Informationsmangel
- Konkurrenzdruck/Zeitdruck/Termindruck
- Widersprüchliche Aufträge
- Unterforderung/Überforderung
- Verantwortungsdruck

Soziale Belastungen:

- Unfaire Behandlung
- Kooperationszwang
- Soziale Dichte/Soziale Isolation
- Konflikte/Mobbing

Eine weitere Einteilung führen Udris und Frese (1999) durch und teilen Stressoren am Arbeitsplatz in sieben Bereiche ein:

- Stressoren in der Arbeitsaufgabe: Diese können in vier Grundtypen eingeteilt werden. Die quantitative Unterforderung ist die zeitliche Gleichförmigkeit der Tätigkeit während die qualitative Unterforderung entsteht, wenn vorhandene Fähigkeiten nicht entsprechend eingesetzt werden. Die quantitative Überforderung meint monotone Tätigkeiten in Verbindung mit Zeitdruck und qualitative Überforderung wird als die Übersteigung der vorhandenen Fähigkeiten einer Person verstanden.
- Physikalische Stressoren: Diese werden als äußere Umgebungsbedingungen wie Lärm, Schmutz, etc. angesehen.
- Stressoren in der zeitlichen Dimension: Zu diesen zählen Schicht- und Nachtarbeit und Arbeitszeit auf Abruf.
- Stressoren in der sozialen Situation: Dazu zählen Rollenkonflikte, Rollenambiguität und das Verhalten von Vorgesetzten und Kollegen, wobei hier das Mobbing als eine besondere Belastung hervorgehoben wird.
- Organisatorisch bedingte Stressoren: Als diese gelten Unterbrechungen durch Störungen des Arbeitsablaufs. Sie werden als besonders belastend erlebt, wenn zusätzlich Zeitdruck besteht.

- Stressoren in der Berufskarriere: Dazu zählt einerseits der Realitätsschock bei Eintritt ins Berufsleben und andererseits Umstellungsprozesse in der Arbeit, wenn bislang erworbene Fertigkeiten nicht mehr eingesetzt werden können und neue in kurzer Zeit erlernt werden müssen.
- Antizipation von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit: Das entspricht der Angst vor Arbeitsplatzverlust.

1.2.2 Studien zu Stressoren im Krankenhauskontext

Glazer und Gyurak führten 2008 eine Untersuchung an Krankenpflegepersonal in fünf verschiedenen Ländern (Ungarn, Israel, Großbritannien, Italien, USA) durch. Das Ziel dabei war es ebenfalls Stressoren zu erheben und zu überprüfen ob kulturelle Unterschiede vorhanden sind. Es konnte gezeigt werden, dass in allen Ländern ein Mangel an Personal bzw. Ressourcen als starker Stressor gesehen wird, genauso wie der Führungsstil von Vorgesetzten. Es konnten aber auch kulturspezifische Stressoren festgestellt werden, so wird in Israel und Ungarn das Thema Tod und Sterben als Stressor wahrgenommen, in den anderen drei Ländern hingegen nicht (Glazer & Gyurak, 2008). Laut McVicar (2003) sind Arbeitsmenge, Führungsstil, Arbeitskonflikte und die emotionalen Anstrengungen der Pflege die größten Stressoren für Krankenpfleger im Krankenhaussetting.

1.3 Stressreaktionen und Folgen von Stress

Stressreaktionen können sich in unterschiedlichsten Formen und auf unterschiedlichsten Ebenen bemerkbar machen wenn eine betroffene Person einem Stressor bzw. einer stressauslösenden Situation ausgesetzt ist. Dies besteht meistens aus einer Mischung aus Reaktionen auf der körperlichen Ebene, durch typische Verhaltensweisen und aus Reaktionen auf der kognitiv-emotionalen Ebene (Kaluza, 2012). Auf körperlicher Ebene kann dies zu Atembeschleunigung, erhöhter Muskelspannung, erhöhter Gerinnungsfähigkeit des Blutes, erhöhtem Herzschlag oder aber auch zu kurzfristig erhöhter Schmerztoleranz führen (Renneberg & Hammelstein, 2006). Typische Stressverhaltensweisen werden von der Umgebung, in der sich eine betroffene Person befindet, auch wahrgenommen bzw. können wahrgenommen werden. Darunter fallen unter anderem motorische Unruhe, Betäubungsverhalten, aggressives oder gereiztes Verhalten

anderen gegenüber oder aber auch hastiges und ungeduldiges Verhalten (Kaluza, 2012). Die kognitiv-emotionale Ebene umfasst alle intrapsychischen Vorgänge, also Gedanken und Emotionen, welche in einer Stresssituation bei der betroffenen Person ausgelöst werden (Kaluza, 2012). Renneberg und Hammelstein (2006) führen dabei unter anderem Gefühle von innerer Unruhe, Gereiztheit, Hilflosigkeit und Konzentrationsstörungen an.

Nater, Ditzen und Ehlert (2011) schreiben, dass jedoch nicht alle Personen bzw. Menschen gleich auf Stress und dessen Folgen reagieren, was darauf hindeutet, dass es individuell unterschiedliche Vulnerabilitäten für Stress gibt. Nerdinger (2008) führt dazu das neobehavioristische Stimulus-Organismus-Reaktions-Modell (S-O-R-Modell) an. Dabei wirkt ein Stimulus auf eine Person ein, dieser wird mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen verarbeitet um letztlich in einer Reaktion zu enden (Nerdinger, 2008). Litzke, Schuh und Pletke (2013) wenden dieses Modell für die Stressverarbeitung an. Stressoren werden dabei als objektive Belastungen gesehen, welche im Organismus, aufgrund von bisherigen Erfahrungen, Einstellungen oder Fähigkeiten, subjektiv bewertet werden und es somit zu unterschiedlichen Reaktionen kommt (Litzke, Schuh & Pletke, 2013).

Die Langzeitfolgen von Stress sind laut Vester (2003) umso höher bzw. stärker wenn folgende drei Bedingungen auftreten:

- Die Erholungsphasen sind nur sehr kurz bzw. gar nicht mehr vorhanden
- Die erzeugte Alarmbereitschaft kann nicht in Form von Angriff oder Flucht umgesetzt werden.
- Auch die symbolische Umsetzung der Alarmbereitschaft durch Umwandlung bzw. Verarbeitung in Interesse oder Neugier ist nicht mehr möglich

Selye (1986) schreibt, dass die häufigsten durch Stress verursachten Krankheiten Magengeschwüre, Hypertonie, Probleme mit dem Herz bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen und Nervenerkrankungen sind. Als weitere Folgen des Stressses werden Chronische Erschöpfung oder Schwangerschaftskomplikationen angeführt (Nater, Ditzen und Ehlert, 2011). Laut Schaper (2011) hat chronischer Stress psychosomatische und psychische Störungen, eine starke Beeinträchtigung des Wohlbefindens und Krankheiten zur Folge. Als Beispiele werden Hautkrankheiten, Schlafstörungen, Depression und

Magen-Darm-Krankheiten angeführt (Schaper, 2011). Die Krankenkassen in Deutschland dokumentieren innerhalb der letzten einen erheblichen Anstieg der Krankenstandstage aufgrund von psychischen Störungen. Betroffen sind dabei vor allem Menschen mittleren Alters, doch die Studie zeigt auch, dass vor allem bei jüngeren Altersgruppen ein überproportionaler Anstieg zu beobachten ist (Lademann, Mertesacker & Gebhardt, 2006). Bei Frauen sind 10 bis 14 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Störungen zurück zu führen während bei Männern der Anteil zwischen 6 und 11 Prozent liegt. Es gibt auch geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Diagnosegruppen. Frauen sind von affektiven Störungen als auch von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen doppelt so häufig betroffen wie Männer. Männer dagegen sind fast dreimal so häufig von Störung durch psychotrope Substanzen betroffen (Lademann, Mertesacker & Gebhardt, 2006).

Als eine weitere Folge von Stress bzw. als Folge von zu viel Stress wird auch immer wieder Burnout bzw. das Burnout-Syndrom genannt. Dabei handelt es sich um einen Zustand chronischer Erschöpfung, welcher ursprünglich in Sozial- und Pflegeberufen untersucht wurde (Schaper, 2011). Mittlerweile wurde es jedoch schon bei rund 60 Berufsgruppen beschrieben und es beschränkt sich dabei nicht nur mehr auf den Sozial- und Pflegebereich (Burisch, 2006). Burnout ist dabei durch die drei Aspekte emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verringerte persönliche Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Die emotionale Erschöpfung ist das zentrale Element des Burn-out-Syndroms, es kann jedoch nicht losgelöst von den anderen beiden Aspekten gesehen werden (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Laut Schaper (2011) ist die emotionale Erschöpfung durch hohe interpersonelle Anforderungen und durch die starke Beanspruchung emotionaler Ressourcen gekennzeichnet. Als Folge dessen fühlen sich die Betroffenen oft ausgelaugt und emotional überanstrengt (Schaper, 2011). Maslach, Schaufeli und Leiter (2001) sehen Depersonalisation als einen Versuch Distanz zwischen der betroffenen Person und der Umwelt herzustellen. Die Personen nehmen dabei zynische, negative oder gefühlslose Haltungen gegenüber ihren Klienten oder Patienten an (Schaper, 2011). Die reduzierte Leistungsfähigkeit kann letztendlich als Resultat der zwei vorausgegangenen Aspekte gesehen werden, da es schwer ist die volle Leistung zu bringen, wenn man ein Gefühl der Erschöpfung spürt und versucht sich zu distanzieren von seinen Patienten (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Burisch (2006) gibt einen differenzierteren Blick über die Burnout-Symptomatik und beschreibt sieben Oberkategorien in welche die Burnout-Symptome eingeordnet werden können. Diese

Oberkategorien sind Warnsymptome der Anfangsphase, Reduziertes Engagement, Emotionale Reaktionen, Schuldzuweisung, Abbau, Verflachung, Psychosomatische Reaktionen und Verzweiflung (Burisch, 2006).

Hypertonie bzw. Bluthochdruck wird in mehreren Werken bzw. Studien als Folge von Stress angeführt. Müller, Weninger und Wenzel (2013) verweisen in ihrer Arbeit jedoch darauf, dass es bei Stress am Arbeitsplatz jedoch darauf ankommt wo und wie oft der Blutdruck gemessen wird bzw. sollte auch berücksichtigt werden in welcher Situation sich die jeweilige Person befinden um ein vollständiges Bild der gesamten Lebensumstände zu bekommen (Müller, Weninger & Wenzel, 2013). Sparrenberger und seine Mitarbeiter (2009) führten zum Thema Stress bzw. Arbeitsstress im Zusammenhang mit Hypertonie eine Metaanalyse durch. Sie kamen dabei zum Ergebnis, dass es keinen bzw. nur einen sehr schwachen Zusammenhang zwischen akutem Stress und Bluthochdruck gibt. Stressoren müssen länger auf eine Person einwirken, es muss sich also um chronischen Stress handeln, um eine Hypertonie hervorzurufen (Sparrenberger et. al., 2009).

1.4 Stressmodelle

Im Folgenden werden einige bekannte Stressmodelle vorgestellt um zu verdeutlichen, welche unterschiedlichen Vorstellungen bzw. Theorien in der Forschung behandelt werden. Laut Zapf und Semmer (2004) gehen die meisten Stressmodelle von einer Diskrepanz zwischen Person und Umgebung aus.

1.4.1 Stresskonzept von Seyle (1981)

Seyle hat 1936 aufgrund von zahlreichen Experimenten, welche er an Ratten durchführte, die Grundlage für sein Stresskonzept geschaffen und somit zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung in Bezug auf psychischen Stress beigetragen. Seyle (1981) nennt alle endogenen oder exogenen Reize Stressoren, die das Bewältigen von erhöhten Anforderungen sowie das Anpassen von neuen Situationen verlangen. Dabei ist es unerheblich ob der auslösende Reiz als angenehm oder unangenehm empfunden wird, da die Stressorwirkung, also die unspezifische Anforderung an die Wiederaanpassung an die neue Situation dieselbe ist. Selye (1981) geht auch davon aus, dass Stress gar nicht

vermieden werden kann, da das Leben an sich schon Anforderungen an die lebenserhaltende Energie stellt. Sein Konzept, das Allgemeine Adaptionssyndrom, wird in drei Stadien eingeteilt: die Alarmreaktion (Alarm Reaction), das Widerstandsstadium (Stage of Resistance) und das Erschöpfungsstadium (Stage of Exhaustion) (Seyle, 1981).

Auf auslösende Reize, von Seyle (1981) Stressoren genannt, reagiert der Körper mit der Alarmreaktion. Während dieser Phase sinkt der Widerstand, es steigt die Blutkonzentration, der Chlorgehalt des Blutes sinkt, ein allgemeiner Zellabbaustoffwechsel liegt vor. Ist der Stressor stark genug bzw. lebensbedrohlich, kann der Tod eintreten. Es muss hinzugefügt werden, dass kein Organismus ständig in Alarmbereitschaft gehalten werden kann. Bleibt der auf den Organismus einwirkende Stressor bestehen, folgt das Widerstandsstadium. In diesem steigt der Widerstand über die Normallage an und die Symptome dieser Phase sind häufig sogar entgegengesetzt der Alarmreaktion. So kann es während des Widerstandsstadiums unter anderem zu Hämodilution (Blutverdünnung) kommen. Ist der Stressor lang andauernd und stark genug, tritt das letzte Stadium, nämlich das Erschöpfungsstadium ein. Die erworbene Anpassung geht wieder verloren und die Energie dafür ist erschöpft. Die körperlichen Symptome der Alarmreaktion stellen sich irreversibel ein und dies kann mit dem Tod enden (Seyle, 1981)

Breznitz und Goldberger (1986) ergänzen noch, dass nicht alle drei Phasen zwingend auftreten müssen um vom Allgemeinen Adaptionssyndrom sprechen zu können und dass nur extreme Formen von Stress bzw. Stressauslösern schnell in das Erschöpfungsstadium führen. Es wird noch hinzugefügt, dass die Stressoren bzw. Stressauslöser, welche auf uns im Alltag einwirken, sich in den ersten beiden Phasen des Allgemeinen Adaptionssyndroms (Alarmreaktion und Widerstandsstadium) abspielen (Breznitz & Goldberger, 1986).

1.4.2 Das Demands-Supports-Constraints Modell von Payne (1979)

Payne (1979) hat ein Modell entwickelt, welches für den Berufsstress bzw. für die Darstellung von Berufsstress geeignet ist. Es kann dazu verwendet werden innerhalb einer homogenen Berufsgruppe Stress bzw. Belastungen vorherzusagen oder aber auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen zu unterscheiden. Das Modell geht davon aus, dass eine Belastung bzw. Stress dadurch zustande kommt, dass es ein Ungleichgewicht zwischen den drei Faktoren Job Demands, Job Supports und Job Constraints gibt. Job Demands

repräsentieren Aufgaben, welche innerhalb der Arbeit bearbeitet werden müssen, und die Umwelt in welchem das Individuum positioniert ist. Als Beispiele werden Arbeitsdruck, Überforderung, Unterforderung, Verantwortlichkeiten oder das organisationale Klima angeführt. Job Support ist gekennzeichnet durch die Verfügbarkeit von Ressourcen, welche relevant sind für die einzelne Person oder eine Gruppe. Diese Unterstützung kann unter anderem in sozialer oder finanzieller Form gegeben sein. Job Constraints sind jene Faktoren bzw. Aspekte der Arbeitsumgebung, welche das Individuum in ihrer Leistungsfähigkeiten bzw. in der Umsetzung, der an sie gestellten Anforderungen, einschränkt oder gar hindert (Payne, 1979).

Eine Arbeit bzw. ein Beruf, welcher hohe Anforderungen (Job Demands) stellt, muss nicht zwangsweise als stressig erlebt werden, sollte genügend Unterstützung (Job Supports) vorhanden sein und wenige Belastungen (Job Constraints). Das Modell lässt somit den Umkehrschluss zu, dass Berufe welche von den Arbeitnehmern als stressig erlebt werden, durch die Anpassung der Unterstützung und Reduzierung der Belastungen als Entlastung wahrgenommen werden könnten. Hohe Anforderungen an sich können unter den richtigen Umständen als Motivatoren gesehen werden, um die Fähigkeiten der einzelnen Person so gut als möglich auszuschöpfen (Fletcher, 1991).

1.4.3 Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus (1981)

Dieses Modell basiert darauf, dass Umweltereignisse oder Situationen in Bezug auf das eigene Wohlbefinden subjektiv bewertet werden. Es hängt dabei von den verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten bzw. Ressourcen ab, wie und in welchem Grad die Stressreaktion ausfällt. Diese Ansicht wird von Lazarus seit den sechziger Jahren vertreten (Lazarus & Launier, 1981). Lazarus (1991) geht auch auf den Unterschied zwischen Bewertung (Appraisal) und Bewältigung (Coping) ein. Bei einer Bewältigung versucht die betroffene Person eine herausfordernde Situation zu meistern während es bei einer Bewertung um die Evaluierung der Situation geht um anschließend die richtige Bewältigungsstrategie zu finden (Lazarus, 1991). Das transaktionale Stress-Modell, indem kognitive Bewertung und Bewältigung eine zentrale Rolle spielen, ist in drei Stufen bzw. Phasen aufgeteilt (Lazarus & Launier, 1981):

Bei der primären Bewertung bzw. dem Primary Appraisal wird überprüft ob eine Situation als stressend bewertet werden kann. Andere Möglichkeiten wären eine Situation

als irrelevant oder gar positiv zu sehen. Sollte eine Situation nun als stressig deklariert sein gibt es drei Klassifikationsmöglichkeiten dafür. Erstens kann es als eine Herausforderung wahrgenommen werden, zweitens als Bedrohung und drittens als Verlust oder Schaden. Es kann dabei aber auch sein, dass eine Situation mehrere Ergebnisse hat bzw. mit mehr Kognitionen in Verbindung gebracht wird. Dabei kann eine Situation sowohl als Bedrohung als auch als Herausforderung wahrgenommen werden. Bei der Sekundären Bewertung bzw. dem Secondary Appraisal handelt es sich um eine Beurteilung der eigenen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Bewältigungsfähigkeiten, um mit drohenden Schäden, Verlusten oder einer Herausforderung umzugehen. Die primären und sekundären Bewertungen müssen nicht als separate Vorgänge gesehen werden und die primäre Bewertung muss nicht immer, zeitlich gesehen, vor der sekundären Bewertung stattfinden. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die primären Bewertungsprozesse durch die sekundären Prozesse beeinflusst werden indem stressrelevante Einschätzungen gemildert werden oder Bewältigungs- bzw. Copingstrategien in den Vordergrund gerückt und somit verfügbar gemacht werden. Lazarus und Launier (1981) betonen dabei, dass die sekundäre Bewertung sowohl für die Gestaltung der Bewältigungsmaßnahmen der betroffenen Person wichtig ist als auch für die Ausformungen der primären Bewertungsprozesse. Es kommt zu einer Gegenüberstellung von Bewältigungsfähigkeiten und wahrgenommenen bzw. erwarteten Schädigungen und Bedrohungen. Sollten die an die Person gestellten Anforderungen die zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Ressourcen übersteigen, kommt es zu einer Stressreaktion. Es soll noch hinzugefügt werden, dass diese Bewertungsprozesse einerseits ohne das Bewusstsein ablaufen können und andererseits es aber auch zu überlegten und reflektierten Handeln kommt, vor allem in antizipatorischen Situationen. Im Zuge der Neubewertung werden Informationen über die eigenen Reaktionen und über die Umwelt eingeholt, wobei es zu einer Reflexion sowie zur Neubewertung der Situation kommt (Lazarus & Launier, 1981).

1.4.4 Person-Environment-Fit-Modell von Caplan et. al. (1975)

Das PE-Fit-Modell von Caplan, Cobb, French, van Harrison und Pinneau (1975) berücksichtigt nicht nur Anforderungen (Demands) und Angebote bzw. Ressourcen (Supplies), die an jemanden gestellt werden, sondern auch die Leistungsfähigkeit einer Person (Abilities) und für wie wünschenswert diese gehalten werden (Needs bzw. Values). Anforderungen bzw. Demands beinhalten laut Edwards, Caplan und Van Harrison (1998)

quantitative und qualitative Arbeitsvorgaben, Rollenerwartungen sowie Gruppen- und Organisationsnormen. Unter die Leistungsfähigkeit (Abilities) einer Person fallen Begabung, Fähigkeiten, Training, Zeit und Energie, welche eine Person aufbringen muss um eine Anforderung zu erfüllen (Edwards, Caplan & Van Harrison, 1998). Ressourcen bzw. Supplies beinhalten extrinsische Belohnungen wie Bezahlung oder Anerkennung aber auch intrinsische Belohnungen, welche aus der Arbeit selbst entsteht (Edwards & Rothbard, 1999). Edwards und Rothbard (1999) beschreiben Needs bzw. Values als Werte, Interessen, Präferenzen und Ziele, welche die Haltung einer Person bezüglich ihrer Umwelt beschreibt. Es wird dabei zwischen objektivem, so wie es sich tatsächlich verhält, und subjektivem, so wie es wahrgenommen wird, Person-Environment-Fit (PE-Fit) unterschieden. Zapf und Semmer (2004) ergänzen dazu, dass in der empirischen Forschung meistens subjektive Person-Environment-Fits untersucht werden.

Als Folge können unterschiedliche Beziehungen zwischen PE-Fit und Stressreaktion festgestellt werden. Wenn Anforderungen größer sind als die Fähigkeiten bzw. Needs größer als Supplies kommt es zu negativen Auswirkungen, d.h. je größer der Unterschied ist, desto größer des Misfit. Auf der anderen Seite können aber auch Abilities größer als Demands und Supplies größer als Needs sein, was zu einem *positivem* Misfit führt und das Stressniveau somit abnimmt bzw. unverändert bleibt (Caplan et. al., 1975).

2. Stressverarbeitung und Stressbewältigung

Das Wort Bewältigung setzte sich ursprünglich aus den Worten Gewalt und walten zusammen. Walten kommt vom althochdeutschen *waltan* und Gewalt vom mittelhochdeutschen *geweltigen* und es besteht erst seit dem 15. Jahrhundert das Wort Bewältigung bzw. etwas bewältigen. Die etymologische Rekonstruktion verweist auf sich einer Sache gewaltig sein als zentrales Bedeutungselement und meint damit etwas in seine Gewalt bringen oder mit etwas fertig werden (Filip, 1997). Als Beginn der Bewältigungsforschung kann die Psychoanalyse gesehen werden, da viele dispositionelle Ansätze direkt auf das Modell der Abwehrmechanismen zurückgehen. Die Abwehrmechanismen wurden ursprünglich von Sigmund Freud postuliert und einige davon wurden von seiner Tochter Anna weiter bearbeitet und ausgebaut (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011). Bei diesen handelt es sich um Verleugnung, Regression, Repression,

Isolierung und Dissoziation (Freud, 1937). (Stress)bewältigung kommt dabei in allen erdenklichen Lebenslagen vor, von täglichen Situationen bis hin zu Extremsituationen (Schwarzer, 1993). Zu Bewältigung in Extremsituationen führten Benner, Roskies und Lazarus (1980) eine Untersuchung an Überlebenden von Konzentrationslagern im dritten Reich durch. Da das Überleben dabei von vielen Faktoren abhing, konzentrierten sich die Personen auf untergeordnete Ziele, wie möglichst wenig Hunger zu leiden oder aber nicht die schlimmsten Arbeiten verrichten zu müssen. Das Überleben dieses Martyriums wurde oftmals als Glücksfall interpretiert und nicht als eigener Verdienst, was eher zur Destabilisierung des Konzepts der eigenen Bewältigungsfähigkeiten führte als zur Stabilisierung (Benner, Roskies & Lazarus, 1980). Folkman, Lazarus, Pimley und Novacek (1987) verglichen jüngere mit älteren Personen in Bezug auf Stressoren und Stressverarbeitung. Dabei fanden sie, dass sich die Probleme mit welchen sich die Personen zu beschäftigen haben, über die Lebensspanne ändern. So berichtete die Gruppe der älteren Teilnehmer signifikant häufiger von gesundheitlichen Problemen während die jüngeren Teilnehmer wiederum häufiger arbeitsbezogene Probleme angaben. In Bezug auf die Stressverarbeitung fanden sie, dass die jüngeren Teilnehmer häufiger problemorientiertes Coping verwendeten, mehr soziale Unterstützung suchten und mehr konfrontative Stressverarbeitungsstrategien verwendeten. Die ältere Teilnehmergruppe wiederum verwendete häufiger eine distanzierende Copingstrategie und eine Strategie der positiven Neubewertung (Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987).

Laut Renneberg und Hammelstein (2006) ist es sehr schwierig bis nahezu unmöglich aus der gesamten Literatur zum Thema Coping eine einheitliche Verhaltensweise bzw. eine passende Theorie zu finden, welche allen Menschen eine Anleitung zum Umgang mit Stress gibt. Für Greve (1997) liegt das Ziel einer Bewältigung darin, eine gute Balance zwischen dem Erhalt der eigenen Handlungsfähigkeit sowie dem Empfinden von Zufriedenheit und Wohlfühlen zu finden.

2.1 Arten von Stressbewältigung

Coping bzw. Stressbewältigung kann als Versuch gesehen werden um externe oder interne Anforderungen (und Konflikte zwischen den beiden Gruppen), welche als ermüdend oder Ressourcenüberschreitend bewertet werden, mit kognitiven oder behavioralen Leistungen zu handhaben (Lazarus, 1991). Stressbewältigung kann also,

abstrakt gesehen, als Ist-Soll-Diskrepanz dargestellt werden, zwischen einwirkenden Belastungen und zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Reaktionsmöglichkeiten einer Person mit Belastungen umzugehen kann grob in zwei Gruppen eingeteilt werden: So kann die Person versuchen, das Problem aktiv zu lösen oder sie muss durch Vermeidungs- oder Fluchtverhalten den Umgang mit dem Problem zu reduzieren (Greve, 1997). In diese Richtung zielt auch die Unterscheidung zwischen *Coping* und *Defending* von Haan (1977). Hier sollen nun verschiedene Ansätze dargestellt werden, wie man Stressverarbeitungs- bzw. Copingstrategien einteilen bzw. kategorisieren kann:

2.1.1 Lazarus und Launier (1978)

Lazarus und Launier (1978) unterscheiden zwischen problemzentriertem Coping und emotionszentriertem Coping. Beim problemzentriertem Coping geht es vor allem um die aktive Änderung bzw. Veränderung der Umweltbedingungen, des Problems oder der auftretenden Schwierigkeiten. Ein zu viel an Einsatz für eine Problemlösung kann jedoch auch in eine negative Richtung ausschlagen und noch mehr Stress verursachen (Schönflug & Battmann, 1988). Schönflug und Battmann (1988) führen dazu als Beispiel eine Person an, welche auf dem Weg ins Krankenhaus ist um jemanden zu helfen und dabei aber einen Unfall verursacht aufgrund von erhöhter Geschwindigkeit. Das Ziel des emotionszentrierten bzw. des kognitiven Copings ist es mit den auftretenden Emotionen im Rahmen einer Belastung umzugehen (Lazarus und Launier, 1978). Lazarus (1991) ergänzt dazu noch, dass die emotionszentrierten Copingstrategien großteils auf der kognitiven Ebene stattfinden aber keineswegs als passiv gesehen werden sollen. Es geht dabei unter anderem um internale Restrukturierung bzw. um Umdeutung von Stressoren (Lazarus, 1991).

2.1.2 Perrez und Reicherts (1992)

Eine weitere Unterscheidung nehmen Perrez und Reicherts (1992) vor, welche zwischen situationsorientiertem Coping, evaluationsorientiertem Coping und repräsentationsorientiertem Coping unterscheiden. Beim situationsorientiertem Coping geht es um eine aktive Einflussnahme auf die Situation während das Ziel des evaluationsorientiertem Coping eine Ziel- oder Sinnänderung ist, im Sinne einer

Umbewertung. Die dem repräsentationsorientiertem Coping zugrunde liegende Verhaltensänderung bezieht sich auf informationssuchende oder „unterdrückende“ Aktivitäten (Perrez & Reicherts, 1992).

2.1.3 Schwarzer und Knoll (2003)

Ein neueres Modell bzw. eine neuere Einteilung von Copingstrategien nehmen Schwarzer und Knoll (2003) vor. Dabei unterscheiden sie zwischen reaktivem, antizipatorischem, präventivem und proaktivem Coping. Beim reaktiven Coping geht es darum mit bereits eingetretenen Ereignissen umzugehen und entweder Ziele umdefinieren, Sinn suchen oder Verlorenes wiederherstellen. Ziel des antizipatorischen Copings ist es eine bevorstehende Bedrohung zu umgehen. Es kann ein Schaden bzw. ein Verlust entstehen, falls es der Person nicht gelingt die Bedrohung zu minimieren oder durch aktive Anstrengung zu überwinden. Bedrohungen sind dabei als unmittelbar zu betrachten. Eine weitere Strategie ist das präventive Coping, wobei es dabei um Bedrohungen in der fernerer Zukunft geht, und aufgrund von Weitblick und Vernunft diese abgewendet werden sollen. Beim proaktiven Coping handelt man ähnlich wie beim präventiven Coping mit dem Ziel allgemeine Widerstandsressourcen aufzubauen. Dabei wird Coping als Zielmanagement gesehen und der Mensch handelt proaktiv um sich seine eigenen Möglichkeiten aufzubauen bzw. zu erweitern. und selbstgesetzte Herausforderungen zu erreichen (Schwarzer & Knoll, 2003).

2.1.4 Typenmodelle (Typ-A und Typ-C-Verhaltensweisen)

Nicht direkt als Copingstrategie aber als Verhaltensweisen, welche das Auftreten von Krankheiten und psychischen Störungen begünstigen können, sind die Typenmodelle zu sehen (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011). Die Typ-A-Verhaltensweise ist gekennzeichnet durch ehrgeiziges Leistungsstreben, Ungeduld, Konkurrenzorientierung, Feindseligkeit und Hektik (Friedman und Rosenman, 1974). Diese Verhaltensweise wird dennoch als erworbener Copingstil in einer leistungsorientierten Umwelt aufgefasst (Myrtek, 1995). Aggressiv-hektisches Coping, wie es das Typ-A-Verhalten ist, führt zu einer Vielzahl von möglichen Risikoverhaltensweisen wie Rauche, Kaffeetrinken, Alkoholkonsum, übermäßiges Essen oder aber auch die Nichtbeachtung von körperlichen

Warnsignalen (Schwarzer, 2004). Temoshok (1987) definiert Typ-C-Verhaltensweisen mit einer Tendenz zur Unterdrückung sozial unerwünschter Emotionen und mit Tendenzen zur Hoffnungslosigkeit in Verbindung mit nicht genügend effektiven Bewältigungskompetenzen. Knoll, Scholz und Rieckmann (2011) beschreiben Menschen mit Typ-C-Verhaltensweisen als sehr freundlich, eher konfliktscheu, sich selbst eher in den Hintergrund stellend um sich für andere aufzuopfern. Die Annahme dahinter war, dass Personen, welche diese Verhaltensweisen zeigen öfter an Krebs leiden, als Personen, welche dieses Verhalten nicht zeigen, doch dies konnte nicht bestätigt werden (Temoshok & Dreher, 1994).

2.2 Faktoren, die Stressverarbeitung bzw. Coping begünstigen

Es stellt sich die Frage wieso Stress und seine Bewältigung bei manchen Menschen zu Erkrankungen führt und bei anderen nicht. Im Bereich der Gesundheitspsychologie befasst man sich immer mehr mit protektiven Faktoren bzw. um welche Faktoren es sich genau handelt, die den Unterschied ausmachen (Schwarzer, 2004). Leppin (1997) spricht dabei unter anderem von persönlichen und sozialen Ressourcen und meint damit unter anderem gewisse Fähigkeiten, Kompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale, aber auch soziale Integration und materielle Güter. Schwarzer (2004) führt als Protektive Faktoren unter anderem Optimismus, Hardiness sowie den Kohärenzsinn an.

2.2.1 Optimismus

Optimismus kann als die generalisierte Ergebniserwartung gesehen werden, welche die subjektive Annahme widerspiegelt, dass alles gut ausgehen werde (Scheier & Carver, 1985). Optimismus kann als Prädiktor für Wohlbefinden gesehen werden und gleichzeitig die Stresswahrnehmung lindern (Khoo & Bishop, 1997). Solberg-Nes und Segerstrom (2006) führten eine Metaanalyse zum Thema dispositioneller Optimismus und Stressverarbeitungsstrategien durch. Dabei wurde ein positiver Zusammenhang zwischen problemorientiertem Coping und Optimismus gefunden während es einen negativen Zusammenhang zwischen emotionsorientiertem Coping und Optimismus gibt. (Solberg-Nes & Segerstrom, 2006). Carver, Scheier und Segerstrom (2010) führten ebenfalls eine umfangreiche Recherche zu diesem Thema durch und konnten vor allem positive Aspekte

in Zusammenhang mit Optimismus finden. So steht Optimismus im Zusammenhang mit guter physischer Gesundheit und außerdem verwenden optimistische Persönlichkeiten seltener vermeidende Copingstrategien als Pessimisten (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

2.2.2 Hardiness

Unter *Hardiness* ist eine Reihe von Überzeugungen über sich selbst und die Umwelt zu verstehen, welche sich auf drei Dimensionen zurückführen lassen. Nämlich Engagement, Kontrolle und Herausforderung (im engl. Original: *Commitment, Control, Challenge*) (Schwarzer, 2004).

Personen, welche sich als engagiert beschreiben, halten die Welt bzw. ihre Umgebung für bedeutungsvoll und interessant und setzen sich daher besonders stark für ihre Anliegen ein. Hohe Kontrolle bedeutet, dass Personen das Gefühl haben die Situationen, in welchen sie sich befinden, gut kontrollieren zu können und ihre Ideen mit genügend Anstrengung auch umsetzen können. Personen, welche in allem eine neue Herausforderung sehen, geben sich nicht mit dem Erreichten zufrieden sondern streben durch immer neue Lernprozesse nach persönlichem Wachstum (Kobasa, 1979). Kobasa, Maddi und Kahn (1982) führten zum Thema Stress und Hardiness eine Studie durch und kamen zum Schluss, dass die drei Dimensionen Commitment, Control und Challenge als protektive Faktoren gesehen werden können. Außerdem stellten sie fest, dass Hardiness den größten gesundheitserhaltenden Effekt hat wenn sich verschiedene stressige Life-Events kummulieren (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982).

2.2.3 Kohärenzsinn

Antonovsky (1997) beschreibt das *Kohärenzgefühl* als eine globale Orientierung bzw. Einstellung, welche durch ein beständiges Vertrauensgefühl, durch die Vorhersagbarkeit der eigenen Umwelt und durch eine optimistische Erwartungshaltung definiert ist. Letzteres wird als Wahrscheinlichkeit beschrieben, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie es vernünftigerweise erwartet werden kann. Reimann und Hammelstein (2006) führen mit Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit drei Komponenten an, welche das Kohärenzgefühl genauer beschreiben. Unter Verstehbarkeit

bzw. *Comprehensibility* wird das Gefühl verstanden, die Umwelt als geordnet und strukturiert war zunehmen, selbst wenn Ereignisse überraschend eintreten sollten. Unter Handhabbarkeit bzw. *Manageability* wird die Fähigkeit verstanden mit verschiedensten Situationen gut umgehen zu können bzw. verschiedenste Situationen mit den vorhandenen Ressourcen gut bewältigen zu können. Sinnhaftigkeit bzw. *Meaningfulness* wird als wichtigster Teil des Kohärenzgefühls gesehen und gibt den ausgeführten Handlungen bzw. die Handlungen und Taten, die einem wichtig sind eine Bedeutung und es wird dort auch emotional investiert (Reimann und Hammelstein, 2006). Antonovsky und Sagy (2001) führten eine Studie dazu durch und untersuchten Personen in Israel. Als Ergebnis zeigte sich, dass Personen, welche höhere SOC-Werte (Sense of Coherence) aufwiesen und ihre Umgebung somit als bedeutsam, vorhersehbar und handhabbar wahrnahmen, niedrigere Werte im Angsterleben zeigten.

3. Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit wird als weiterer wichtiger protektiver Faktor im Hinblick auf Stressverarbeitung gesehen. Es wird hier nun genauer auf die Selbstwirksamkeit eingegangen, da sie ein Teil der durchgeführten Erhebung war und als einer der Schwerpunkte in dieser Arbeit gesehen werden kann.

3.1 Definition und Grundlagen

Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht auf Albert Bandura (1982) zurück und beschreibt die subjektive Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen eine gewünschte Handlung selbst erfolgreich auszuführen. Laut Bandura (1997) ist die Selbstwirksamkeit klar von der Ergebniserwartung (*Outcome-Expectancy*) zu trennen, welche ebenfalls eine subjektive Einschätzung darstellt. Die Ergebniserwartung gibt an, inwieweit eine Person glaubt, durch von ihr gesetzte Handlungen ein bestimmtes Handlungsergebnis herbeiführen bzw. erreichen zu können (Bandura, 1997). Die Trennung ist insofern wichtig, als dass eine Person zwar überzeugt sein kann, dass eine von ihr gesetzte Handlung zu einem gewünschten Resultat führen wird, sie aber jenes Verhalten nicht ausführt, da sie an ihrer Selbstwirksamkeit zweifelt (Bandura, 1977). In Abbildung 1 wird der Unterschied zwischen Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung grafisch dargestellt.

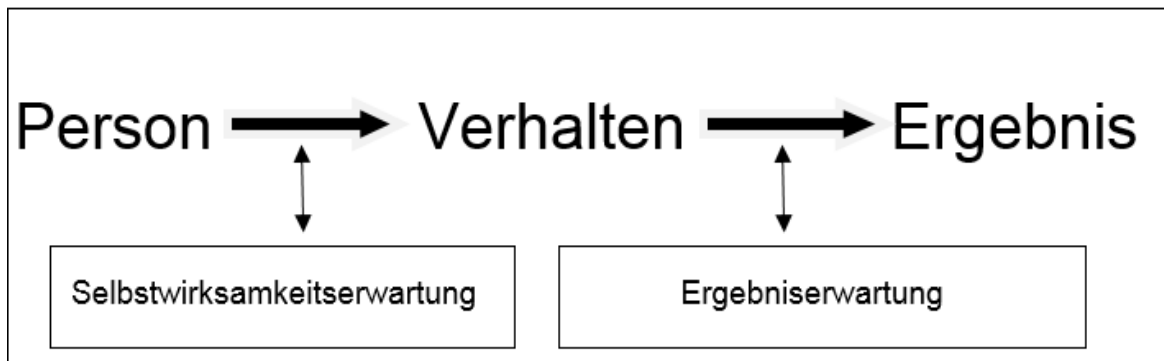


Abbildung 1. Unterscheidung zwischen Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung (Adaptiert nach Bandura, 1977).

Den Ursprung haben Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung in Albert Banduras sozial-kognitiver Theorie (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011). Aus dem sozial-kognitiven Blickwinkel sind Menschen weder komplett von innen heraus noch ausschließlich durch äußere Einflüsse gesteuert. Es geht bei der sozial-kognitiven Theorie dabei viel mehr um ein Zusammenspiel von behavioralen, kognitiven bzw. persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren (Bandura, 1986). Schwarzer (2004) ergänzt noch, dass subjektive Überzeugungen wie die Ergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse steuern. Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst Menschen in ihren täglichen Handlungen. So werden gewisse Tätigkeiten nicht ausgeführt, da man glaubt, dass die eigenen Fähigkeiten nicht ausreichen um eine erfolgreiche Ausführung zu gewährleisten und dadurch wird auch die Einsatzbereitschaft bzw. Leistungsbereitschaft beeinflusst. Menschen, die das Gefühl haben, eine (Stress)Situation gut meistern zu können, werden daher auch mehr Ressourcen in die Zielerreichung investieren als Menschen, welche schon bald zweifeln und nicht mehr an eine Zielerreichung glauben. Selbstwirksamkeit hat also einen starken Einfluss auf das Denken, Handeln und Fühlen von Menschen (Bandura, 1982). Jonas und Brömer (2002) schreiben, dass sich Bandura und seine Kollegen in diesem Zusammenhang in ihren frühen Arbeiten vor allem auf dysfunktionales Verhalten konzentriert haben wie Phobien, Panikattacken oder emotionale Störungen. Erst später auch auf andere Verhaltensweisen adaptiert. Selbstwirksamkeit wurde lange Zeit als individuelles Konstrukt aufgefasst (Schwarzer, 2004), mittlerweile hat Bandura (2000) das Konstrukt um eine kollektive Ebene erweitert. Viele Ergebnisse oder Resultate, die eine einzelne Person anstrebt sind oft nicht alleine zu lösen, sondern erfordern das Zusammenwirken einer ganzen Gruppe. Es ist dabei nicht ungewöhnlich, dass einzelne

talentierte Gruppenmitglieder trotz ihres hohen Könnens bzw. ihrer hohen Fertigkeiten nicht die gewünschte Leistung bringen, da sie es entweder nicht gewohnt sind in einem Kollektiv zu arbeiten oder nur schlecht mit anderen zusammenarbeiten können. Die wahrgenommene Gruppenselbstwirksamkeit ist mehr als die Summe der individuellen Selbstwirksamkeitserwartungen und es muss daher den Mitglieder bewusst werden als Einheit zu agieren (Bandura, 2000).

Auch Schwarzer (1993) beschäftigt sich mit dem Thema Selbstwirksamkeit bzw. Kompetenzerwartung und beschreibt es als bestimmte Erwartungen die eine Person, welche sich in einer bestimmten Situation befindet, hegt, bezüglich der ihr zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten. Subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit beeinflusst Situationen in welche man sich begibt, da aufgrund von zum Beispiel Angst ein Vermeidungsverhalten auftritt in dem Glauben mit den eigenen Fähigkeiten die bevorstehende Aufgabe bzw. Situation nicht meistern zu können. Außerdem beeinflusst Selbstwirksamkeit das Ausmaß der Anstrengung, welche man in eine gewisse Aufgabe investiert, sowie die Ausdauer (Schwarzer, 1993).

Bandura (1977) unterscheidet 3 Aspekte hinsichtlich Kompetenzerwartungen nämlich Größe, Stärke und Allgemeinheit. Größe (Niveau) steht dafür, dass sowohl für hochwertige als auch niederwertige Aufgaben die Erwartung der eigenen Wirksamkeit gehegt werden kann. Allgemeinheit (Globalität) meint, dass Erwartungen sowohl situationsspezifisch als auch auf verschiedenste Situationen generalisiert werden können. Als letzter Punkt wird die Stärke (Gewissheit) angeführt, wobei die eigenen Erwartungen, je nachdem wie stark sie ausgeprägt sind, auch wieder gelöscht werden können (Schwarzer, 1993). Bandura (1997) gibt vier der Stärke nach abgeschwächte Quellen für den Erwerb von Kompetenzerwartungen an. Die stärkste Form Kompetenzerwartungen aufzubauen, ist durch erfolgreiche Ausführung des gewünschten Verhaltens. Es folgen stellvertretende Erfahrungen, welche auf Beobachtung anderer Personen beruhen, die gewünschte Handlungen ausführen bzw. durchführen. Die zwei schwächsten Formen des Kompetenzerwartungserwerbs sind sprachliche Überzeugung sowie gefühlsmäßige Erregung. Es konnte empirisch gezeigt werden, dass Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung von Stress, beim Ertragen von Schmerzen oder beim Umgang mit chronischem Leiden eine zentrale Rolle spielt (Bandura, 1992). Personen, welche hohe Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen, zeigen eine optimistische Grundeinstellung und sehen schwierige Aufgaben als Herausforderungen an. Außerdem investieren

selbstwirksame Personen mehr Ressourcen in schwierige Aufgaben und verharren länger an ihnen. Eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung ist andererseits mit Depressivität, Ängstlichkeit und geringem Selbstwertgefühl verbunden (Bandura, 1992). Selbstwirksamkeit ändert sich im Laufe der Lebensspanne und wird in den unterschiedlichen Lebensabschnitten für unterschiedliche Aufgaben benötigt (Bandura, 1994). So geht es bei Kindern darum soziale Fähigkeiten in der Peer-Group zu lernen und sich mit anderen zu vergleichen um unter anderem ein funktionierendes Selbstbild zu entwickeln. Bei Erwachsenen geht es um andere Themen, wie eine stabile Partnerschaft aufzubauen, Elternschaft oder die berufliche Karriere voranzutreiben. Selbstwirksamkeit spielt eine wichtige Rolle in all diesen Bereichen um die gestellten Herausforderungen gut zu meistern (Bandura, 1994). Sollten die Fähigkeiten jedoch nur unzureichend ausgeprägt sein, kann das Erwachsenenleben als stressig und bedrückend wahrgenommen werden. Im hohen Erwachsenenalter geht es dann darum unter anderem mit den abnehmenden körperlichen Fähigkeiten, mit der Pensionierung und Verlusten von Angehörigen umgehen zu können und auch dabei spielt die Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle um negative Auswirkungen abfedern zu können (Bandura, 1994).

3.2 Studien zu Selbstwirksamkeit und Stress

Es konnte gezeigt werden, dass physiologische Stressreaktionen bei hoher Selbstwirksamkeit schwächer ausfallen als bei Personen mit niedriger wahrgenommener Selbstwirksamkeit. Außerdem zeigen Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung eher bewältigendes Verhalten (Jonas & Brömer, 2002). Eine Stressreaktion fällt umso schwächer aus, je stärker die Kompetenzerwartung bzw. Selbstwirksamkeitserwartung ausgeprägt ist (Schwarzer, 1993). Williams (1992) untersuchte dazu Phobiker und konnte den Einfluss von Kompetenzerwartung auf Stressreaktionen sehr gut nachweisen. Bandura (1992) zeigt in seiner Studie, dass eine Förderung von Kompetenzerwartung zu einer Steigerung der Immunabwehrstärke führt. Es kann dabei der durch Stress bedingten Schwächung durch den Aufbau von optimistischen Selbstüberzeugungen entgegengewirkt werden (Bandura, 1992). Grau, Salanova und Peiro (2001) finden in ihrer Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen niedrigen Selbstwirksamkeitswerten und hohen Werten an emotionaler Erschöpfung. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen hohen Werten in generalisierter Selbstwirksamkeit und hohen Werten in Arbeitszufriedenheit gibt (Grau, Salanova & Peiro, 2001). Grau,

Salanova und Peiro (2001) gehen in ihrer Studie davon aus, dass Stressoren bzw. Stress weniger negative Auswirkungen auf Individuen haben, wenn diese ein positives Selbstbild von sich haben und um es zu spezifizieren, hohe Werte in Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen.

Greenglass und Burke (2000) untersuchten in ihrer Studie Krankenschwestern und konnten zeigen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen problem-orientiertem Coping und Selbstwirksamkeit gibt. Depression, emotionale Erschöpfung und Angst weisen negative Zusammenhänge mit Selbstwirksamkeit auf (Greenglass & Burke, 2000). Grembowski und seine Mitarbeiter (1993) untersuchten Selbstwirksamkeit in einer Stichprobe mit älteren Teilnehmern. Dabei stellten sie fest, dass Personen, welche hohe Selbstwirksamkeit aufwiesen, weniger gesundheitliche Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder ungesunde Ernährung zeigten und über eine bessere Gesundheit berichteten (Grembowski et. al., 1993).

4. Trauma

Neben Selbstwirksamkeitserwartung und den anderen oben angeführten protektive Faktoren, welche sich positiv auf Stressverarbeitung auswirken können und als Schutzmechanismen gesehen werden wird nun der Fokus auf die andere Seite gelegt, nämlich Trauma bzw. hier vor allem in der Kindheit erlebte Traumata.

4.1 Definition

Das Wort Trauma kommt ursprünglich aus dem altgriechischem und kann mit Wunde, Verletzung oder Schaden übersetzt werden (Gemoll und Vretska, 1908). Fischer und Riedesser (2009) definieren eine traumatische Erfahrung als ein ~~A~~ vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirktó (Fischer & Riedesser, S.84, 2009).

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) definiert Trauma als ~~A~~kurz oder lang haltende Ereignis(se) oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder [ë] katastrophalen Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würdeó (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, S.123, 2006). Laut den DSM-5 Kriterien wird Trauma bzw. ein traumatisches Ereignis als ~~A~~Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) Artenó (Falkai & Wittchen, S.369, 2015,) definiert. Unter anderem in Form von ~~A~~Direktem Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisseó (Falkai & Wittchen, S.369, 2015, oder als ~~A~~Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details [ë]ó (Falkai & Wittchen, S.369, 2015). Fischer und Riedesser (1998) weisen darauf hin, dass zu unterscheiden ist zwischen Trauma als subjektiv erlebbarer wie auch objektiv definierbarer Vorgang und traumatischen Erlebnissen als vergangene Ereignisse. Terr (1991) unterscheidet bei traumatischen Erlebnissen zwischen Typ-I-Trauma und Typ-II-Trauma. Typ-I-Trauma sind dabei einmalig erlebte traumatische Ereignisse während Typ-II-Traumata durch mehrmaliges Erleben solcher Ereignisse gekennzeichnet ist (Terr, 1991).

4.2 Traumafolgestörungen

Es gibt verschiedenste Formen bzw. Möglichkeiten wie auf eine traumatische Situation reagiert werden kann bzw. wie damit umgegangen werden kann und welche Störungsbilder es nach sich ziehen kann. Im Folgenden wird auf die akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eingegangen.

4.2.1 Akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion, welche mit F.43.0 im ICD-10 kodiert ist, stellt eine vorübergehende Störung dar, welche bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnlich belastende Situation auftritt (Dilling & Freyberger, 2014). Es spielen dabei die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Coping-Strategien sowie die individuelle Vulnerabilität eine große Rolle. Als Symptome werden unter anderem eine Bewusstseinsverengung, eine eingeschränkte Aufmerksamkeit, eine Unfähigkeit Reize zu verarbeiten sowie Desorientiertheit angeführt. Es können außerdem

vegetative Zeichen panischer Angst auftreten wie Schwitzen, Erröten oder auch Tachykardie. Die Symptome beginnen normalerweise wenige Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen meistens innerhalb einiger Stunden bzw. Tage wieder zurück. Sollten die Symptome bzw. die Belastungsreaktion jedoch länger andauern sollte über eine Änderung der Diagnose nachgedacht werden (Dilling & Freyberger, 2014).

4.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Laut Dilling und Freyberger (2014) entsteht eine PTBS (mit F.43.1 kodiert im ICD-10) als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (S-173). Ein typisches Symptom der PTBS ist das wiederholte Erleben der traumatischen Situation in Form von Träumen bzw. Alpträumen oder in Form von Flashbacks. Begleitet wird dieses Wiedererleben mit Gefühlen des Betäubt seins oder emotionaler Stumpfheit. Als weitere Symptome werden unter anderem Gleichgültigkeit anderen Menschen gegenüber, Freudlosigkeit und Vermeidung von Situationen, welche mit dem Trauma assoziiert werden könnten, angeführt. Begleitet werden diese Symptome meistens von einem Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, von über übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen (Dilling & Freyberger, 2014).

Breslau, Davis, Andreski und Peterson (1991) zeigten, dass nicht jeder der einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt ist, auch eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. In der von ihnen durchgeführten Studie waren es 23,6 Prozent der untersuchten Population, welche nach einem traumatischen Ereignis auch eine PTBS entwickelten. Seidler (2013) ergänzt dabei noch, dass Vergewaltigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch in der Kindheit sowie Einbeziehung in Kriegshandlung die pathogensten traumatischen Ereignisse sind.

4.3 Epidemiologie

Seidler (2013) führt an, dass bei der Erfassung von Daten zum Thema Trauma bzw. Posttraumatische Belastungsstörung darauf zu achten ist, dass in Ländern mit kriegerischen Auseinandersetzungen oder in Gegenden mit häufigen Naturkatastrophen

eine andere Ereignisprävalenz bzw. Krankheitsprävalenz herrscht als in Staaten Mitteleuropas. Maercker und seine Kollegen (2008) führten dazu eine deutschlandweite Studie zum Thema Trauma bzw. PTBS durch. Dabei gaben 28 Prozent der Frauen und 20,9 Prozent der Männer an zumindest ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. In der Untersuchung von Kessler und seinen Mitarbeitern (1995) berichten 60,7 Prozent der Männer und 51,2 Prozent der Frauen über zumindest ein erlebtes traumatisches Ereignis.

Auf Altersgruppen aufgeteilt berichteten 9,9 Prozent der jungen Erwachsenen (14- bis 29-Jährige), 13,3 Prozent der mittleren Erwachsenen (30- bis 59-Jährige) und 47,4 Prozent der über 60-Jährigen über mindestens ein traumatisches Ereignis. Auch für Mehrfachtraumatisierungen wurden Erhebungen durchgeführt: Es berichten 12 Prozent der Untersuchten ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben, 5,6 Prozent berichten von zwei, 2,9 Prozent gaben drei traumatische Erlebnisse an, 2,0 Prozent berichten von 4 und 1,7 Prozent gaben fünf oder mehr erlebte traumatische Erlebnisse an. Es gibt dabei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Maercker et. al., 2008).

In Bezug auf PTBS führten Kessler und seine Mitarbeiter (1995) eine Studie in den USA durch und fanden dort eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 Prozent, wobei 5,0 Prozent der Männer und 10,4 Prozent der Frauen betroffen sind. Dabei weisen Frauen in allen Altersgruppen höhere Prävalenzen auf als Männer. Frauen sind laut dieser Studie signifikant häufiger davon betroffen eine PTBS zu entwickeln als Männer. In der Studie von Maercker und seinen Mitarbeitern (2008) wurde hingegen mit 2,3 Prozent eine niedrigere Prävalenz für PTBS gefunden. 2,5 Prozent der Frauen und 2,0 Prozent der Männer entwickeln dabei eine Posttraumatische Belastungsstörung.

4.4 Trauma und die Auswirkungen auf Gesundheit und Stressverarbeitung

Heim und seine Mitarbeiter zeigten, dass Frauen mit Missbrauchserfahrungen schneller auf Stress reagierten als Frauen, welche nicht missbraucht wurden (Heim et. al., 2000). Glaser, van Os, Portegijs und Myin-Germeyns (2006) führten eine Studie zum Thema Kindheitstraumata und die Auswirkungen auf das Stresserleben als Erwachsener durch. Es konnte gezeigt werden, dass Personen, welche in ihrer Kindheit eines oder mehrere Missbrauchserlebnisse hatten, stärker auf Alltagsstress reagieren und mehr negative Emotionen damit verbunden sind. Dabei reagierten Personen, welche den Missbrauch vor dem zehnten Lebensjahr erleben mussten signifikant stärker als Personen,

welche den Missbrauch erst nach dem zehnten Lebensjahr erlebten. Außerdem wies die Gruppe, welche Missbrauchserfahrungen machte, signifikant höhere Werte bei somatischen Beschwerden und affektiven Störungen auf als die Kontrollgruppe (Glaser, van Os, Portegijs & Myin-Germeys). Nater, Ditzen und Ehlert (2011) ergänzen noch, dass Personen, welche traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit machen mussten, erhöhte Stressvulnerabilität aufweisen.

Horwitz, Widom, McLaughlin und White (2001) führten eine ähnliche Studie durch, wobei sie Opfer von sexuellen und körperlichen Missbrauch sowie von Vernachlässigung interviewten und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Gruppe der Männer, welche Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen gemacht hatten, wiesen signifikant mehr Diagnosen der affektiven Störungen bzw. Dysthymie und Antisoziale Persönlichkeitsstörungen auf als die männliche Kontrollgruppe. Keine signifikanten Unterschiede gibt es bei den Männern hinsichtlich Alkoholabhängigkeit. Die Frauen, welche Missbrauch ausgesetzt waren, berichteten von signifikant mehr Symptomen einer affektiven Störung, von signifikant mehr Symptomen von Alkoholmissbrauch bzw. ñ abhängigkei und von signifikant mehr Symptomen einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass die Missbrauchsoffer von schlechterer mentaler Gesundheit und von mehr stressigen Life-Events berichten als die Kontrollgruppe (Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001). Hovens und seine Mitarbeiter (2010) untersuchten unter anderem den Einfluss von Kindheitstraumata auf Depression und Angsterkrankungen. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe wiesen die Personen mit Depression und die Gruppe der Angsterkrankten doppelt so viele Erlebnisse von emotionaler Vernachlässigung, psychischen und physischen Missbrauch auf. In Bezug auf sexuellen Missbrauch berichtete die Gruppe der Depressiven sowie der Angsterkrankten von etwas mehr Traumata als die Kontrollgruppe. Die komorbide Gruppe (Depression und Angsterkrankung) berichtete jedoch doppelt so häufig von sexuellen Missbrauch als die KG (Hovens et. al., 2010).

5. Berufsbilder

Im folgenden Kapitel wird auf die verschiedenen Berufe bzw. Berufsbilder, welche im Zuge dieser Diplomarbeit untersucht werden näher eingegangen.

5.1 Ärzte

5.1.1 Berufsbeschreibung

Das Aufgabengebiet eines Arztes umfasst laut Berufsinformationssystem des Arbeitsmarktservice (AMS) die Diagnose und Therapie von Krankheiten sowie das Durchführen von Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten (AMS Berufsinformationssystem, 2015a). Grundlage zur Ausübung dieses Berufs ist ein abgeschlossenes Studium der Medizin an welches die Turnusausbildung erfolgt (AMS Berufsinformationssystem, 2015a). Die Facharztausbildung, welche im Anschluss an die Turnusausbildung erfolgt, dauert laut Ärztekammer Wien zumindest 6 Jahre und kann in 45 Fächern absolviert werden (Ärztekammer Wien, 2015). Laut Statistik Austria waren im Jahr 2013 42302 Ärzte und Ärztinnen in Österreich berufstätig. Davon entfielen 13924 auf Ärzte für Allgemeinmedizin, 21920 Fachärzte sowie 6458 Ärzte in Ausbildung, worunter die Turnusärzte gemeint sind (Statistik Austria, 2015a).

Die Ärztekammer (2015) gibt einen Überblick über die Tätigkeiten und Aufgaben eines Turnusarztes:

- Die Aufnahme, Anamnese und klinische Untersuchung des Patienten.
- Die Assistenz bei Operationen.
- Die Durchführung der ärztlichen Dokumentation wie das Verfassen von Arztbriefen oder die Dokumentation medizinischer Abläufe.
- Betreuung und Führung von Patienten unter fachärztlicher Aufsicht.
- Ganzheitliche Involvierung in den stationären Ablauf womit die Teilnahme an allen patientenbezogenen Entscheidungsfindungsprozessen wie der Hauptvisite gemeint ist.
- Durchführung von Erstbeurteilungen und Erste-Hilfe-Maßnahmen bei vitalen Notfällen.

- Durchführung von erlernten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wie das Legen von arteriellen Zugängen oder die Verabreichung von Chemotherapeutika und Blutprodukten.

5.1.2 Studien zum Thema Ärzte und Stress

Olkinuora und Kollegen (1989) führten eine groß angelegte Studie zum Thema Stress bei Ärzten in Finnland durch. Es wurden dabei 2671 Ärzte und Ärztinnen aus allen Abteilungen bzw. Spezialisierungen sowie aus privaten und öffentlichen Einrichtungen befragt. Das Ergebnis zeigte, dass männliche Ärzte in etwa gleich hohe Stresswerte bzw. auch ähnliche Stressreaktionen wie männliche Manager aufwiesen. Die höchsten Burn-out-Werte unter männlichen Fachärzten hatten unter anderem die Allgemein- und Arbeitsmediziner (Olkinuora et. al., 1989). Außerdem wurde festgestellt, dass in dieser Stichprobe die Fachärzte niedrigere Burnout-Werte aufwiesen, als jene die keine bzw. noch kein Fachärzte sind (Olkinuora et. al., 1989). Ruthledge et. al. (2009) verglichen in ihrer Studie Ärzte und Krankenpfleger hinsichtlich verschiedener Aspekte wie Stress, Schlafverhalten oder Arbeitsverhalten. Es zeigte sich, dass Ärzte signifikant mehr emotionalen Stress aufwiesen als die Gruppe der Krankenpfleger, außerdem wurde festgestellt, dass Schlafquantität und -qualität Prädiktoren für Arbeitsstress sind (Ruthledge et. al., 2009)

Visser et. al. (2003) untersuchten in ihrer Studie holländische Ärzte und es gaben 55 Prozent der Teilnehmer an, dass sie sehr viel Stress empfinden. Andererseits berichten 81 Prozent der Teilnehmer, dass sie zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrer Arbeit sind (Visser et. al., 2003). Tattersall, Bennett und Pugh (1999) untersuchten die Rolle von Stressverarbeitung bzw. Coping im Zusammenhang mit Stress und Wohlbefinden bei Krankenhausärzten. Es wurde gefunden, dass problemorientierte Copingstrategien mit besserer mentaler Gesundheit einhergehen während passive Strategien wie Vermeidungsverhalten, Wunschdenken oder sich selbst die Schuld geben mit schlechterer mentaler Gesundheit in Verbindung gebracht werden kann (Tattersall, Bennett & Pugh, 1999).

5.2 (Rettungs)Sanitäter

5.2.1 Berufsbeschreibung

Die Aufgabe von Rettungssanitätern ist das Betreuen und eigenverantwortliche Versorgen von kranken und verletzten Personen während des Rettungstransportes. Außerdem führen sie lebensrettende Sofortmaßnahmen und Hilfestellungen in Akutsituationen durch, fordern Notärzte an und versorgen Patienten bis zur Übergabe im Krankenhaus (AMS Berufsinformationssystem, 2015b). Der Tätigkeitsbereich der Rettungssanitäter ist im Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter im Paragraf 9 (Sanitätergesetz ñ SanG) festgelegt (Rechtsinformationssystem, 2015). Dort heißt es, dass neben den oben bereits angeführten Tätigkeiten, der Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters folgende Aufgaben umfasst (Rechtsinformationssystem, 2015):

- Eine kompetente Durchführung von Transporten aller Art soll gewährleistet sein
- Rettungssanitäter sollen Hilfestellungen in Akutsituationen geben können einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff.
- Eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen soll gewährleistet sein. Darunter ist die Beurteilung, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung von lebenswichtigen Körperfunktionen gemeint. Es soll eine Defibrillation mit einem halbautomatischen Gerät durchgeführt werden können und die Transportfähigkeit hergestellt werden.

5.2.2 Studien zum Thema Sanitäter und Stress

Avraham, Goldblatt und Yafe führten 2014 eine qualitative Untersuchung an israelischen Sanitäter durch um zu untersuchen, wie diese mit Stress in kritischen Situationen (Critical Incidents/CI) umgehen bzw. welche Copingstrategien sie anwenden. Es wurden zwei wesentliche Bereiche im Zuge der Analyse identifiziert. Einerseits geht es darum die Balance zwischen einer emotionalen Verbindung zum Patienten und einer gewissen Distanziertheit zu finden. Andererseits ist es wichtig für die Sanitäter das Gefühl zu haben, die Situation kontrollieren zu können, da es sonst zu einem erhöhten Stressgefühl kommt. In den Interviews geben Sanitäter an, dass eine zu starke emotionale

Beziehung zu einem Patienten, ihre Fähigkeiten negativ beeinflussen kann und dies zu mehr Stress führt. Eine Möglichkeit, sich emotional zu distanzieren und sich nicht von den Gefühlen zu einem Patienten beeinflussen zu lassen, ist, dass man sich auf den Ablauf der Arbeit fokussiert. Die Sanitäter führen als eine mögliche Strategie, die Kontrolle in einer kritischen Situation zu erhöhen, an, dass sie etwas Tun und etwas bewirken wollen als tatenlos zuzusehen. Also eher handlungsorientiert als lageorientiert handeln (Avraham, Goldblatt & Yafe, 2014). Gayton und Lovell (2012) kamen zum Schluss, dass erfahrene Sanitäter ein höheres Level an Resilienz aufwiesen als Sanitäter, welche sich gerade in Ausbildung befinden. Außerdem geht ein erhöhtes Resilienzlevel mit Wohlbefinden und hoher Gesundheit einher (Gayton & Lovell, 2012).

5.3 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger

5.3.1 Berufsbeschreibung

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger arbeiten in Krankenhäusern, Ambulanzen, Hospizen oder Pflegeheimen und betreuen und pflegen dort Patienten. Zu ihren Aufgaben zählen unter anderem das wechseln von Verbänden, das verabreichen von Injektionen und Medikamenten sowie das waschen und lagern der Patienten. Außerdem stellen sie wichtige Ansprechpartner für Angehörige dar (AMS Berufsinformationssystem, 2015c). Hierzu gibt es ebenfalls eine Untersuchung der Statistik Austria, wonach im Jahr 2013 56747 Gesundheits- und Krankenpfleger in Österreich tätig waren. Von diesen waren 49178 als allgemeine Gesundheits- und Krankenpfleger tätig, 3958 waren als Kinder- und Jugendlichenpfleger tätig und 3535 waren als psychiatrisches Pflegepersonal tätig (Statistik Austria, 2015b).

5.3.2 Studien zum Thema Krankenpfleger und Stress

Parikh, Taukari und Bhattacharya (2004) untersuchten in ihrer Arbeit die Folgen von Stress auf Krankenpfleger. Dabei stellen sie fest, dass Berufsstress bzw. viel Stress im Arbeitsleben zu Distress, Burnout oder psychischen Störungen führen kann. Des Weiteren gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen hohen Stresswerten (Nursing-Stress-Score) und psychiatrischen Symptomen (Parikh, Taukari und Bhattacharya, 2004). Healy und McKay (2000) fanden in ihrer Arbeit, dass vor allem die Verwendung von

vermeidenden Copingstrategien bzw. emotionszentrierten Stressverarbeitungsstrategien als ein Prädiktor für Stimmungsschwankungen bzw. zu Störungen des Gemütszustandes gesehen werden kann. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Chang et. al. (2007), welche Krankenpfleger und Australien und Neuseeland untersuchten. Dabei fanden sie, dass problemorientiertes Coping mit besserer mentaler Gesundheit in Verbindung steht, während emotionszentriertes Coping mit niedrigerer oder schlechterer mentaler Gesundheit laut ihnen einhergeht (Chang et. al., 2007).

Gellis (2002) untersuchte ebenfalls Stress sowie Stressverarbeitung im Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit und anderen Faktoren bei Krankenpfleger. Dabei fand er, dass vermeidende Stressverarbeitungsstrategien negativ mit Arbeitszufriedenheit korrelieren aber positiv mit dem erhobenen Stress (Gellis, 2002). Andererseits gibt es einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der erhobenen Stressskala und problemorientierten Copingstrategien in der Gruppe der Krankenpfleger (Gellis, 2002).

II Empirischer Teil

6. Methoden

Dieser Teil der Diplomarbeit beschäftigt sich mit den bearbeiteten Fragestellungen und Hypothesen, den verwendeten Materialien bzw. Fragebögen, dem Forschungsdesign, den Auswertungsmethoden sowie der Durchführung der Auswertung. Außerdem wird in diesem Abschnitt versucht die Theorie aus dem ersten Teil der Diplomarbeit mit der Empirie zu verbinden um die untersuchten Hypothesen und Forschungsfragen in einen Bezugsrahmen zu setzen und die abschließende Diskussion darauf aufzubauen.

6.1 Forschungsziele, Forschungsfragen und Hypothesen

Ziel dieser Diplomarbeit ist es den Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Stresserleben, Stressverarbeitung und Wohlbefinden im humanmedizinischen Bereich zu untersuchen. Des Weiteren sollte im Rahmen dieser Diplomarbeit untersucht werden ob bzw. welchen Zusammenhang es zwischen der Berufserfahrung bzw. der Anzahl der Jahre, welche man in diesem Bereich gearbeitet hat, und Selbstwirksamkeit gibt. Ein weiterer Ansatz ist es zu untersuchen wie sich traumatische Erfahrungen in der Kindheit auf die Selbstwirksamkeit auswirken bzw. wie sich traumatische Erfahrungen über die verschiedenen Altersgruppen verteilen. Daraus ergeben sich, auch aufgrund der oben angeführten Theorie, folgende Forschungsfragen und daraus folgend die Arbeitshypothesen:

- Gibt es einen Unterschied zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf Stresserleben, Stressverarbeitung sowie Wohlbefinden. Dazu dienen unter anderem die Arbeiten von Jonas und Brömer (2002), Schwarzer (1993), Grau, Salanova und Peiro (2001) und Greenglass und Burke (2000) als Anhaltspunkte. Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

H₀₁: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit unterscheiden sich nicht in ihrem Stresserleben von Personen mit geringen Werten in Selbstwirksamkeit.

H1₁: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit unterscheiden sich in ihrem Stresserleben von Personen mit geringen Werten in Selbstwirksamkeit.

H0₂: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen keine Unterschiede in der negativen Stressverarbeitung zu Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

H1₂: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen Unterschiede in der negativen Stressverarbeitung zu Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

H0₃: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen keine Unterschiede in der positiven Stressverarbeitung zu Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

H1₃: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen Unterschiede in der positiven Stressverarbeitung zu Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

H0₄: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit unterscheiden sich nicht in ihrer Lebensqualität von Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

H1₄: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit unterscheiden sich in ihrer Lebensqualität von Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

- Inwieweit spielen Alter bzw. Berufserfahrung eine Rolle in Bezug auf Selbstwirksamkeit. Hierzu kann die Arbeit von Bandura (1994) herangezogen werden. Daraus ergibt sich folgende Hypothese:

H0₅: Es gibt keine berufs- und erfahrungsbedingten Unterschiede hinsichtlich Selbstwirksamkeit.

H1₅: Es gibt berufs- und erfahrungsbedingte Unterschiede hinsichtlich Selbstwirksamkeit.

- Als eine weitere Fragestellung, welche sich aus der Erhebung ergeben hat, ist, ob es Unterschiede zwischen den hier untersuchten Berufsgruppen gibt. Daraus ergibt sich folgende Hypothese:

H0₆: Es gibt keine Unterschiede zwischen Ärzten und Sanitätern hinsichtlich Selbstwirksamkeit.

H1₆: Es gibt Unterschiede zwischen Ärzten und Sanitätern hinsichtlich Selbstwirksamkeit.

- Inwieweit unterscheiden sich Personen, welche traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht haben, im Gegensatz zu Personen ohne traumatische Erfahrungen in Bezug auf Selbstwirksamkeit. Eine Studie dazu von Glaser, van Os, Portegijs und Myin-Germeys (2006) zeigt, dass sich traumatische Erfahrungen in der Kindheit, negativ auf die spätere Entwicklung auswirken können. Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

H0₇: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen keine Unterschiede in der Beantwortung des Traumafragebogens als Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

H1₇: Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen Unterschiede in der Beantwortung des Traumafragebogens als Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

- Inwieweit unterscheiden sich jüngere und ältere Studienteilnehmer in Bezug auf erlebte traumatische Ereignisse in der Kindheit. Dazu kann die Studie von Maercker und seinen Mitarbeitern (2008) herangezogen werden. Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

H0₈: Es gibt keine altersbedingten Unterschiede hinsichtlich erlebter traumatischer Ereignissen in der Kindheit.

H1₈: Es gibt altersbedingte Unterschiede in erlebten traumatischen Ereignissen in der Kindheit.

H0₉: Es gibt keine berufserfahrungsbedingten Unterschiede hinsichtlich erlebter traumatischer Ereignisse in der Kindheit.

H1₉: Es gibt berufserfahrungsbedingten Unterschiede hinsichtlich erlebter traumatischer Ereignisse in der Kindheit.

6.2 Durchführung der Studie

Die Studie wurde mittels Onlinefragebogen durchgeführt, welcher mithilfe der Online-Plattform Soscisurvey bzw. www.Soscisurvey.de erstellt wurde. Dieser Anbieter wurde ausgewählt aufgrund der einfachen Bedienbarkeit und Übersichtlichkeit des Programmes bzw. der einfachen Erstellung von Umfragen. Der Link zur durchgeführten Studie lautet <https://www.soscisurvey.de/DA-2014-Stress/>, ist jetzt jedoch nicht mehr abrufbar, da die Befragung am 30.04.2015 zu Ende gegangen ist und somit kein Zugriff auf die Testung mehr erfolgen kann. Der Erhebungszeitraum für die Umfrage erstreckte sich von 24.12.2014 bis 30.04.2015, was einen Befragungszeitraum von 128 Tagen ergibt.

6.3 Aufbau des Online Fragebogens

Zu Beginn der Onlinebefragung wurde den Teilnehmer der Studie eine Einverständniserklärung vorgelegt, in welcher der Ablauf der Studie erklärt wurde und die Wahrung der Anonymität den Testpersonen versichert bzw. darauf hingewiesen wurde, dass aus den Daten, keine Rückschlüsse auf die Identität Personen gezogen werden können.

Der erste Teil der Studie besteht aus Fragen zu soziodemografischen Daten und Fragen zum Arbeitsplatz bzw. dem Arbeitsumfeld. Unter anderem wurde nach dem Alter der Testteilnehmer gefragt wurde oder auch Fragen zum aktuellen Arbeitsplatz gestellt. Insgesamt hatten die Teilnehmer 50 Items im Zuge dieses ersten Teils zu beantworten. Soziodemografische Daten wurden erhoben um eine deskriptive Analyse der Daten durchführen zu können.

Beispielitem für den Soziodemografischen Bereich:

Wie hoch ist ungefähr Ihr monatliches Nettoeinkommen?

Beispielitem für das Arbeitsumfeld:

Wie zufrieden sind Sie mit dem Betriebsklima an Ihrem Arbeitsplatz?

An den ersten Teil anknüpfend waren folgende Fragebögen von den Teilnehmern zu beantworten: ERI, WHOQOL, LOT-R, TICS, SVF, FKK, NEO-PI-R und CTQ. Diese werden im weiteren Verlauf der Diplomarbeit noch genauer vorgestellt. Die Testung

bestand insgesamt aus 583 Items und nahm in etwa 45 bis 60 Minuten in Anspruch, je nach Bearbeitungsgeschwindigkeit der jeweiligen Person. Abbildung 2 zeigt eine Beispielseite, welche dem Onlinefragebogen entnommen wurde um einen Eindruck zu vermitteln, wie der Fragebogen aussieht bzw. aufgebaut ist.

6.4 Akquirierung der Testpersonen

Für diese Studie wurden Personen getestet, welche im humanmedizinischen Bereich tätig sind. Dazu wurden Sanitäter, Krankenpfleger sowie Ärzte gebeten teilzunehmen. Es konnten beide Geschlechter, also männliche und weibliche Testpersonen, sowie Personen jeden Alters teilnehmen. Es gab keine Ausschlusskriterien aufgrund soziodemografischer Angaben, insofern die Befragten einer der drei oben angeführten Berufsgruppen angehörten.

Es wurden zuerst Personen aus dem privaten Umfeld der Diplomanden rekrutiert, welche entweder als Arzt, als Sanitäter oder als Krankenpfleger tätig sind. Nachdem es aber zu schwierig war, auf diesem Weg genügend Teilnehmer für die Studie zu bekommen, wurden im weiteren Verlauf Kranken- bzw. Pflegeeinrichtungen direkt angeschrieben. Dazu wurde die Pflegedienstleitung sowie die ärztliche Leitung kontaktiert, mit der Bitte den Fragebogen bzw. den Link zur Studie an ihre Mitarbeiter weiterzuleiten. Es wurden Einrichtungen in ganz Österreich, sowie in Teilen der Schweiz und Deutschland angeschrieben. Es konnten auf diese Weise fünf Einrichtungen gewonnen werden, welche an der Studie teilnahmen und den Fragebogen an ihre Mitarbeiter weiterleiteten.

6.5 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden das *Emotionsregulationsinventar (ERI)* von König (2011), das *WHO Instrument zur Erfassung von Lebensqualität (WHOQOL)* von Angermeyer, Kilian und Matschinger (2000), der *Life-Orientation-Test-Revised (LOT-R)* von Glaesmer, Hoyer, Klotsche und Herzberg (2008), das *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)* von Schulz, Schlotz und Becker (2004), der *Stressverarbeitungsbogen (SVF)* von Janke, Erdmann und Kallus (1985), der *Fragebogen für Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)* von Krampen (1991), Der *NEO-PI-R* von Ostendorf und Angleitner (2003) sowie

der *Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ-SF)* von Gast, Rodewald, Benecke und Driessen (2001) beschrieben.

6.5.1 Emotionsregulationsinventar (ERI, König, 2011)

Das ERI ist ein Fragebogen zur Erfassung der Regulation von positiven und negativen Emotionen bzw. Gefühlen. Es werden dabei sowohl Emotionsregulationsstrategien für positive als auch negative Emotionen erhoben. Beide Emotionsregulationsstrategien bestehen aus jeweils 5 Subskalen. So setzt sich die negative Emotionsregulation aus ~~A~~Kontrollierter Ausdruckó (5 Items), ~~A~~Empathische Unterdrückungó (4 Items), ~~A~~Ablenkungó (5 Items), ~~A~~Unkontrollierter Ausdruckó (6 Items) sowie ~~A~~Umbewertungó (4 Items) zusammen. Die negative Emotionsregulation besteht aus ~~A~~Ablenkungó (7 Items), ~~A~~Unkontrollierter Ausdruckó (4 Items), ~~A~~Kontrollierter Ausdruckó (4 Items), ~~A~~Empathische Unterdrückungó (4 Items) und ~~A~~Unterdrückungó (4 Items). Der gesamte Fragebogen besteht aus 47 Items, wobei die Testpersonen auf einer 5-teiligen Antwortskala zu antworten haben (0 = ~~A~~trifft nie zuó bis 4 = ~~A~~trifft immer zu).

Beispielitem für ~~A~~positive Gefühleó: ~~A~~Wenn ich positive Gefühle habe, kann ich diese nicht verbergenó.

Beispielitem für ~~A~~negative Gefühleó: ~~A~~Wenn ich negative Gefühle habe, erzähle ich jemanden davonó.

6.5.2 WHO Instrument zur Erfassung von Lebensqualität (WHOQOL-BREF, Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)

Der WHOQOL Fragebogen ist ein Instrument zur Feststellung der subjektiven Lebensqualität. In der hier durchgeführten Studie wurde die WHOQOL-BREF-Version verwendet, welche eine Kurzversion des ursprünglichen WHOQOL-100 ist. QOL steht dabei für Quality of Life (Lebensqualität). Um die Vollständigkeit der Lebensqualitätseinschätzung zu gewährleisten, wurde darauf geachtet, dass zumindest ein Item aus jeder Facette des WHOQOL-100 auch in der WHOQOL-BREF-Version vorkommt. Die hier benutzte Kurzversion besteht aus 26 Items, wobei die Bearbeitungsdauer zwischen 5 und 10 Minuten beträgt. Für die Beantwortung steht eine 5-

stufige Likert-Skala zur Verfügung wobei sich die Personen von wobei 1 für eine sehr negative Ausprägung und 5 für eine sehr positive Ausprägung steht. Die beantworteten Items lassen sich durch summieren der angegebenen Werte zu 4 Skalen sowie zu einem Globalwert zusammenfassen. Die vier Skalen werden in *Ä*physischó, *Ä*psychischó, *Ä*Umweltó sowie *Ä*soziale Beziehungenó geteilt.

Die Facette *Ä*physischó setzt sich aus 7 Items, *Ä*psychischó aus 6 Items, *Ä*Soziale Beziehungenó aus 3 Items, *Ä*Umweltó aus 8 Items und die Globalskala aus 2 Items zusammen. Für die korrekte Auswertung müssen auch 3 Items umcodiert werden.

Beispielitem für *Ä*physischó: *Ä*Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?ó

Beispielitem für *Ä*psychischó: *Ä*Wie gut können Sie ihr Leben genießen?ó

Beispielitem für *Ä*Soziale Beziehungenó: *Ä*Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?ó

Beispielitem für *Ä*Umweltó: *Ä*Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?ó

6.5.3 Life-Orientation-Test-Revised (LOT-R, Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008)

Der LOT-R ist ein Instrument zur Erhebung von Optimismus und Pessimismus, welcher aus 10 Items besteht. Die Bearbeitungsdauer beträgt in etwa 5 Minuten und die Beantwortung ist auf einer 5-teiligen Likert-Skala vorzunehmen wobei 0 für *Ä*Trifft ausgesprochen zuó und 4 für *Ä*Trifft überhaupt nicht zuó steht. Für die Summenscores müssen anschließend jeweils 3 Items zu einem Pessimismus- sowie zu einem Optimismus-Score addiert werden. Für die Auswertung besteht die Möglichkeit einen Gesamtwert zu interpretieren, welcher sich aus der Summe von Optimismus und Pessimismus ergibt, oder die beiden Skalen getrennt voneinander zu betrachten.

Beispielitem für Optimismus: *Ä*Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Besteó.

Beispielitem für Pessimismus: *Ä*Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auchó.

6.5.4 Trier Inventar zum chronischen Stress (TICS, Schulz, Schlotz & Becker, 2004)

Das Trierer Inventar zum chronischen Stress ist ein Instrument, womit verschiedene Arten von chronischem Stresserleben erhoben werden können. Der Fragebogen besteht aus 57 Items, und nimmt in etwa 15 Minuten Bearbeitungszeit in Anspruch. Beantwortet werden die Items mittels einer fünfstufigen Likert-Skala wobei 1 für „nie“ steht und 5 für „sehr häufig“. Das TICS besteht aus 10 Skalen: Arbeitsüberlastung, Soziale Überlastung, Erfolgsdruck, Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung bei der Arbeit, Mangel an sozialer Anerkennung, Soziale Spannungen, Soziale Isolation und Chronische Besorgnis. Das TICS enthält auch noch zusätzlich eine 12-Item-Screening-Skala, die ein Globalmaß für den erlebten Stress darstellt und für die hier durchgeführte Diplomarbeit verwendet wurde.

Beispielitem für die Stress-Screening Skala: Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird.

6.5.5 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF, Janke, Erdmann & Kallus, 1985)

Der SVF stellt ein Instrument dar, welcher die Bewältigungs- und Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen erfasst. Bei der hier durchgeführten Diplomarbeit wurde der SVF verwendet, welcher aus 114 Items besteht und in etwa 15 bis 20 Minuten zur Bearbeitung in Anspruch nimmt. Zu beantworten sind die Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala, welche von 0 für „gar nicht“ bis 4 für „sehr wahrscheinlich“ reicht. Mit dem SVF werden folgende 19 Stressverarbeitungsweisen erfasst: Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmakaeinnahme.

Für diese Diplomarbeit wurden die Subbereiche positive sowie negative Stressverarbeitung verwendet. Positive Stressverarbeitung setzt sich aus den Skalen Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Selbstbestätigung, Entspannung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle und Positive Selbstinstruktion zusammen. Negative Stressverarbeitung besteht aus den Skalen Flucht,

Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung und Selbstbeschuldigung.

Beispielitem für ~~A~~Positive Stressverarbeitung: ~~A~~Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin, sage ich mir, lass dich nicht gehen.

Beispielitem für ~~A~~Negative Stressverarbeitung: ~~A~~Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin, neige ich dazu, viel mehr zu rauchen oder mit dem Rauchen wieder anzufangen.

6.5.6 Fragebogen für Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK, Krampen, 1991)

Der FKK stellt ein Erhebungsinstrument zur Erfassung des Persönlichkeitskonstrukts der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugung dar. Dabei handelt es sich um die generalisierte selbstbezogene Erwartung bzw. um das Wissen mit den eigenen Fähigkeiten selbst schwierige und herausfordernde Situationen gut bewältigen zu können. Der Fragebogen besteht aus 32 Items und nimmt in etwa 10 bis 15 Minuten Bearbeitungszeit in Anspruch. Es können daraus 4 Primärskalen, 2 Sekundärskalen sowie eine Tertiärskala gebildet werden. Die 4 Primärskalen setzen sich aus den Subskalen ~~A~~Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, ~~A~~Internalität, ~~A~~Soziale Externalität und ~~A~~Fatalistische Externalität zusammen. Die Sekundärskala ~~A~~Selbstwirksamkeit, welche ein Schwerpunkt dieser Diplomarbeit ist, setzt sich aus den beiden Primärskalen ~~A~~Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und ~~A~~Internalität zusammen. Die Sekundärskala ~~A~~Externalität besteht aus den beiden Primärskalen ~~A~~Soziale Externalität und ~~A~~Fatalistische Externalität. Die Tertiärskala wird aus den beiden Sekundärskalen gebildet.

Beispielitem für ~~A~~Selbstkonzept eigener Fähigkeiten: ~~A~~In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann.

Beispielitem für ~~A~~Internalität: ~~A~~Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen.

Beispielitem für ~~A~~Soziale Externalität: ~~A~~Um zu bekommen, was ich will, muss ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein.

Beispielitem für ~~A~~Fatalistische Externalität: ~~A~~Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischen kommt.

6.5.7 Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ, Gast, Rodewald, Benecke & Driessen, 2001)

Der CTQ ist ein Fragebogen, welcher sich eignet Missbrauch und Vernachlässigung im Kinder- und Jugendalter retrospektiv zu erfassen. Die hier verwendete Kurzform entstand mittels explorativer Faktorenanalyse aus der Langform und beinhaltet 34 Items. Auf einer fünf-stufigen Likert-Skala beurteilen die Studienteilnehmer das Auftreten von traumatischen Erfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend, wobei 1 für ~~A~~überhaupt nicht steht und 5 für ~~A~~sehr häufig. Bearbeitungsdauer beträgt zwischen 5 und 10 Minuten, je nach Bearbeitungsgeschwindigkeit.

Der CTQ setzt sich aus den Skalen ~~A~~Emotionaler Mißbrauch, ~~A~~Körperlicher Mißbrauch, ~~A~~sexuelle Gewalt/sexueller Mißbrauch, ~~A~~Emotionale Vernachlässigung, ~~A~~Körperliche Vernachlässigung, ~~A~~Bagatellisierung/Verleugnung sowie ~~A~~Inkonsistenz Erfahrung zusammen. Summenscores werden durch addieren der jeweils angegebenen Werte gebildet, wobei auch hier zu beachten ist, dass einige Items umkodiert werden müssen.

Beispielitem für ~~A~~Emotionaler Mißbrauch: ~~A~~Als ich aufwuchs, bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als ~~A~~dumm, ~~A~~faul oder ~~A~~häßlich.

Beispielitem für ~~A~~Körperlichen Mißbrauch: ~~A~~Als ich aufwuchs, wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, daß ich zum Arzt oder ins Krankenhaus mußte.

Beispielitem für ~~A~~Sexuellen Mißbrauch: ~~A~~Als ich aufwuchs, versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.

Beispielitem für ~~A~~Emotionale Vernachlässigung: ~~A~~Als ich aufwuchs, gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.

Beispielitem für ~~A~~Körperliche Vernachlässigung: ~~A~~Als ich aufwuchs, hatte ich nicht genug zu essen.

Beispielitem für ~~A~~Bagatellisierung/Verleugnung: ~~A~~Als ich aufwuchs, gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.

Beispielitem für ~~A~~Inkonsistenzerfahrung: ~~A~~Als ich aufwuchs, geschahen unerwartete und unvorhersehbare Dinge in meiner Familie.

6.5.8 NEO-PI-R (Ostendorf & Angleitner, 2003)

Der NEO-PI-R ist ein weltweit eingesetztes Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften, welche auf dem 5-Faktoren Modell bzw. Big-5-Modell basieren. Bei den 5 großen Persönlichkeitseigenschaften handelt es sich um Neurotizismus, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit sowie Offenheit. Diese werden im Fragebogen durch jeweils 6 Subskalen noch genauer aufgeteilt um eine genaue Persönlichkeitsbeschreibung zu ermöglichen. Insgesamt besteht dieses Instrument aus 240 Items, welche auf einer Skala von 1 bis 5 beantwortet werden, wobei 1 für ~~A~~starke Ablehnung und 5 für ~~A~~starke Zustimmung steht. Die Bearbeitungsdauer beträgt in etwa 30 bis 35 Minuten. Summenscores werden durch addieren der jeweils angegeben Werte gebildet und die jeweils 6 zusammengehörigen Subskalen werden zu einem Wert für eine der Big-5 Eigenschaften summiert.

Beispielitem für ~~A~~Neurotizismus: ~~A~~Ich bin nicht leicht beunruhigt.

Beispielitem für ~~A~~Extraversion: ~~A~~Die meisten Menschen, die mir begegnen, sind mit wirklich sympathisch.

Beispielitem für ~~A~~Offenheit: ~~A~~Ich habe eine sehr lebhafte Vorstellungskraft.

Beispielitem für ~~A~~Verträglichkeit: ~~A~~Im Hinblick auf die Ansichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.

Beispielitem für ~~A~~Gewissenhaftigkeit: ~~A~~Ich bin für meine Umsicht und meinen gesunden Menschenverstand bekannt.

6.6 Statistische Methoden

Die erhobenen Daten wurden mittels IBM SPSS Version 22 bzw. 23 ausgewertet und anschließend interpretiert. Es wurden zu Beginn der statistischen Auswertung die soziodemografischen Daten untersucht um zu sehen wie die Testpersonen hinsichtlich der Berufs- und Altersgruppen sowie Geschlecht verteilt sind.

In dieser Diplomarbeit wurden Unterschieds- bzw. Zusammenhangshypothesen untersucht, daher wurden als statistischen Verfahren t-Test, Varianzanalyse bzw. Korrelationen oder die nicht-parametrischen Äquivalenzverfahren verwendet, je nachdem ob die Voraussetzungen für die parametrischen Verfahren gegeben sind oder nicht. Parametrischen Voraussetzungen um einen t-Test, eine ANOVA oder eine Pearson-Korrelation durchzuführen sind Normalverteilung der Daten, Homogenität der Varianzen, Unabhängigkeit der Daten sowie mindestens Intervallskalenniveau der Daten. Die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Test bzw. Shapiro-Wilk-Test geprüft und die Gleichheit der Fehlervarianzen der Variablen über die Gruppen mit dem Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen. Aus den durchgeführten Berechnungen konnte festgestellt werden, dass die Hypothesen H_{02}/H_{12} , H_{03}/H_{13} , H_{06}/H_{16} mittels t-Test berechnet werden können. Die Hypothesen H_{01}/H_{11} , H_{04}/H_{14} und H_{07}/H_{17} werden mittels dem nicht-parametrischen Äquivalenzverfahren zum t-Test, dem U-Test berechnet. Die Hypothese H_{05}/H_{15} wird mittels univariater mehrfaktorieller Varianzanalyse untersucht, da dieses Verfahren die Wechselwirkung zweier Faktoren nämlich Beruf und Erfahrung (in Berufsjahren gemessen) auf die abhängige Variable der Selbstwirksamkeit berechnet. Die letzte Hypothese, H_{08}/H_{18} wurde mittels Kruskal-Wallis-Test berechnet, da die Voraussetzungen für eine ANOVA nicht gegeben waren.

Für die Feststellung von Effektstärken wird auf Cohens d zurückgegriffen. Laut Cohen (1988) ist alles bis .1 kein Effekt, von .1 bis .4 spricht man von einem kleinen Effekt, von .5 bis .7 spricht man von einem mittleren Effekt und alles was über .8 liegt kann als großer Effekt angesehen werden. Bei allen in der vorliegenden Arbeit angewandten Verfahren wird ein Signifikanzniveau von $\hat{U} = 5\%$ festgelegt, d.h. wenn die errechnete Irrtumswahrscheinlichkeit p das Signifikanzniveau überschreitet, ist das jeweilige Ergebnis nicht signifikant und es muss die Nullhypothese beibehalten werden.

6.7 Deskriptive Stichprobenbeschreibung

Es haben 833 Personen den Link zu unserer Testung geöffnet, wovon 266 Personen begonnen haben den Fragebogen auszufüllen. Personen, welche weniger als 2 Seiten beantwortet haben wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen, da es zu wenig Information war bzw. kein Informationsgewinn stattgefunden hat. Es wurden letztendlich 234 Personen für die Auswertung berücksichtigt während 100 Personen den Fragebogen komplett ausgefüllt haben. Für die Berechnung der Hypothesen variiert die Anzahl der Testpersonen, da Tests, welche zu Beginn vorgekommen sind, noch häufiger bearbeitet wurden als Verfahren, welche am Ende der Testung angesiedelt waren.

Es wurden, wie oben erwähnt 234 Personen für die Auswertung berücksichtigt, wovon 142 Frauen und 89 Männer waren, während 3 Personen keine Angaben zu ihrem Geschlecht machten. Von den 100 Personen, welche die Befragung beendet haben, waren 69 Frauen und 30 Männer, während eine Person keine Angaben zu ihrem Geschlecht machte. Diese Aufteilung ist in Abbildung 2 dargestellt.

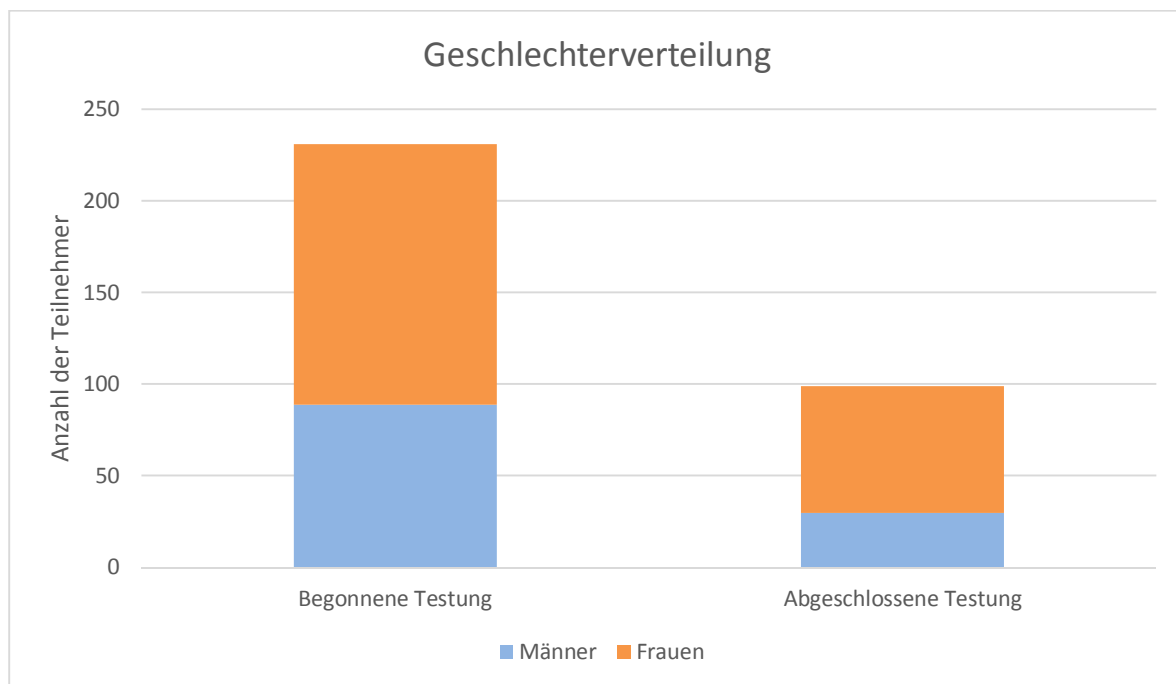


Abbildung 2. Geschlechtsverteilung bei begonnenen und abgeschlossenen Tests.

Abbildung 3 zeigt die Altersverteilung zwischen Personen, welche die Testung begonnen und welche die Testung abgeschlossen haben. Dabei ist festzustellen, dass sowohl in der jüngsten als auch in der ältesten Kohorte keine Testungen abgeschlossen

wurden bzw. auch nur sehr wenige begonnen wurden. In den Gruppen der 20 bis 24- und 25 bis 29-Jährigen haben sehr viele Personen die Testung begonnen jedoch vergleichsweise wenige davon auch abgeschlossen. Es haben in diesen beiden Kohorten 41 bzw. 46 Teilnehmer begonnen und 10 bzw. 12 auch abgeschlossen. In der Gruppe der 35 bis 39-Jährigen haben 14 Personen die Testung begonnen und 7 davon abgeschlossen. In der Gruppe der 40 bis 44-Jährigen haben 23 die Testung begonnen und 16 die Testung beendet. Bei den 45 bis 49-Jährigen haben 17 den Test begonnen und 10 beendet. 27 Personen haben in der Gruppe der 50 bis 54-Jährigen den Test begonnen und 17 davon haben die Testung auch beendet. In der Gruppe der 55 bis 59-Jährigen haben 19 die Testung begonnen und 11 Personen den kompletten Fragebogen absolviert.

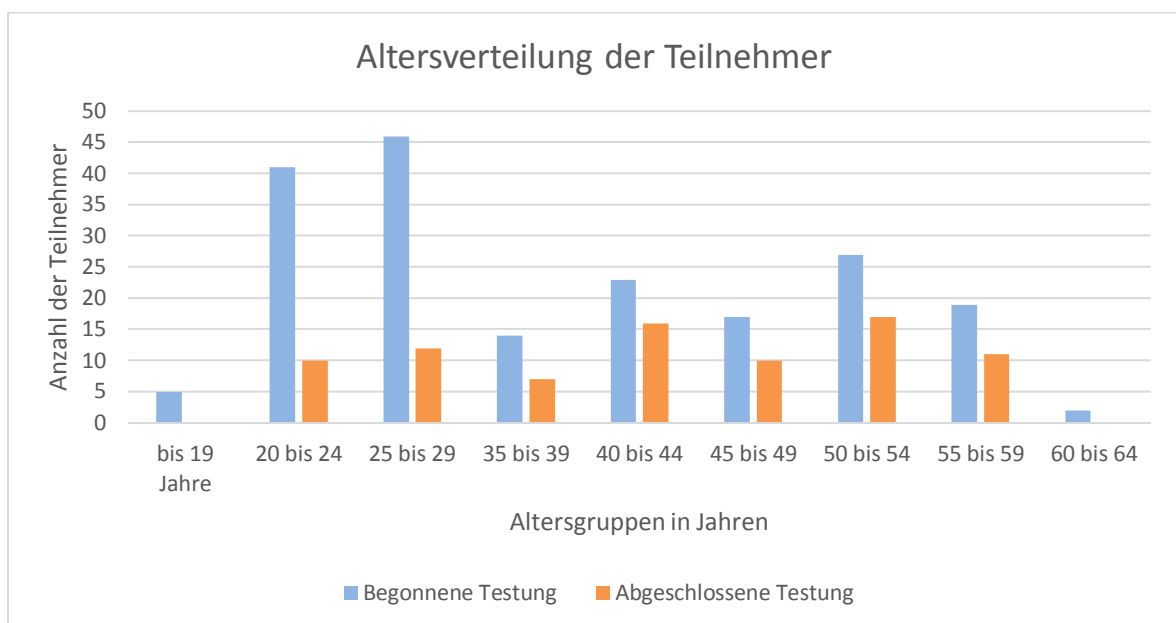


Abbildung 3. Altersverteilung der Teilnehmer aufgeteilt nach begonnener und abgeschlossener Testung.

Abbildung 4 stellt die Verteilung der Teilnehmer dar, aufgeteilt nach den angegebenen Berufen. Dabei stellen die Krankenpfleger die größte Gruppe dar und zwar sowohl mit 128 begonnen Testungen als auch mit 64 abgeschlossenen Testungen. Bei den Ärzten haben 39 Personen mit der Testung begonnen und immerhin 20 abgeschlossen. Bei den Sanitätern haben 65 Personen mit der Testung begonnen und 15 Personen den kompletten Test ausgefüllt.

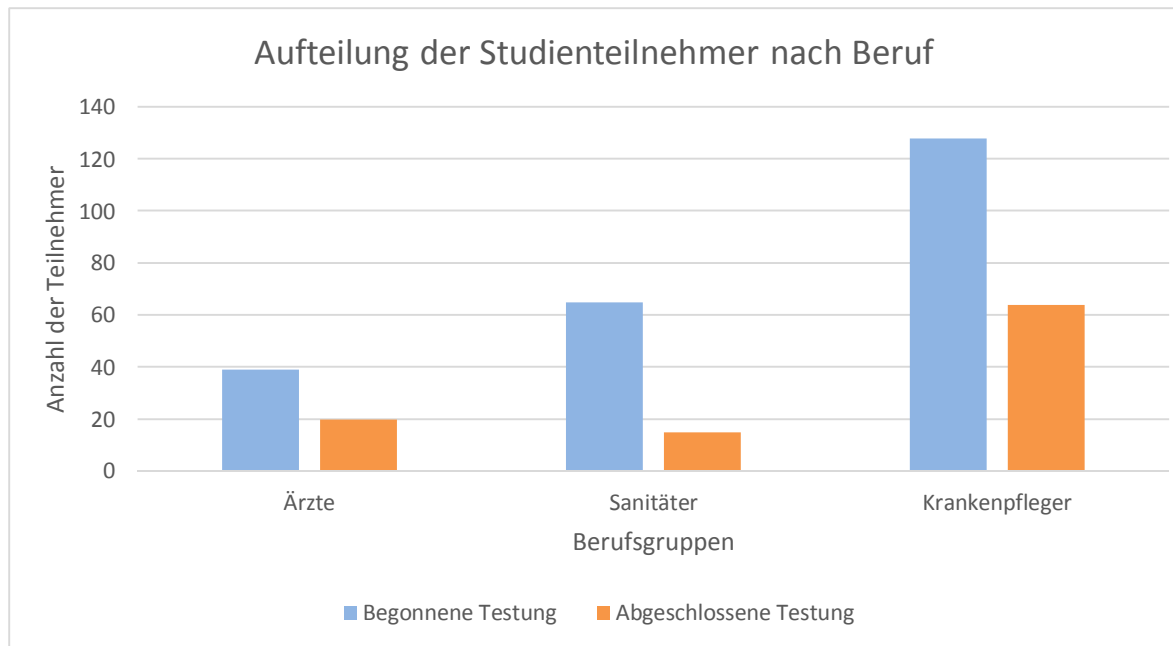


Abbildung 4. Verteilung der Teilnehmer auf die drei untersuchten Berufe.

Abbildung 5 stellt die Selbstwirksamkeitswerte (erhoben mit dem FKK), aufgeteilt nach Geschlecht und Beruf, dar. Dabei weisen Ärztinnen einen Mittelwert von 70,33 auf während die Ärzte einen Mittelwert von 71,55 haben. Die Krankenpflegerinnen weisen einen Mittelwert von 67,95 auf während die Krankenpfleger einen Mittelwert von 71,22 haben. Bei den Sanitäterinnen zeigt sich ein Mittelwert von 64,50 während die Sanitäter einen Mittelwert von 67,64 haben.

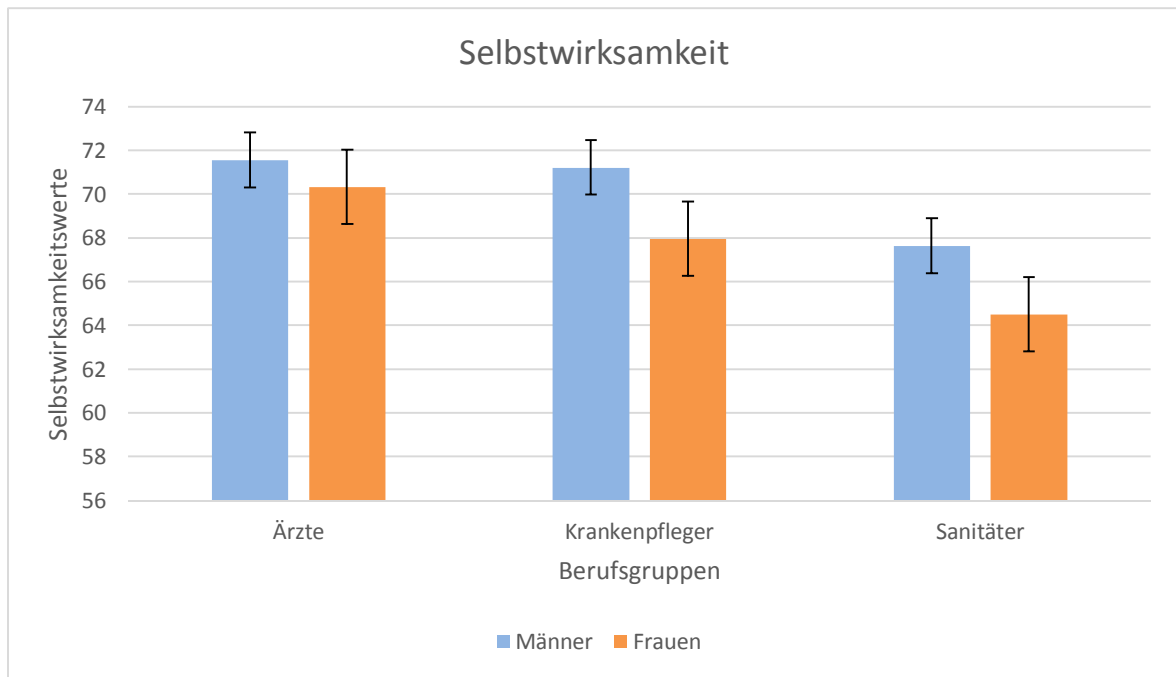


Abbildung 5. Selbstwirksamkeitswerte aufgeteilt nach Beruf und Geschlecht

Abschließend sollen noch die CTQ-Skalen, aufgeteilt nach den Berufen, dargestellt werden. Dabei weisen die Ärzte bei der Skala *Emotionaler Mißbrauch* einen Mittelwert von 8,90 auf, bei der Skala *Körperlicher Mißbrauch* einen MW von 6,70, bei der Skala *Sexuelle Gewalt* einen MW von 5,10 und bei der Skala *Körperliche Vernachlässigung* einen MW von 6,95. Krankenpfleger haben bei der Skala *Emotionaler Mißbrauch* einen Mittelwert von 7,80, bei der Skala *Körperlicher Mißbrauch* einen MW von 5,67, bei der Skala *Sexuelle Gewalt* einen MW von 5,48 und bei der Skala *Körperliche Vernachlässigung* einen MW von 6,74. Die Gruppe der Sanitäter haben bei der Skala *Emotionaler Mißbrauch* einen Mittelwert von 7,50, bei der Skala *Körperlicher Mißbrauch* einen MW von 5,13, bei der Skala *Sexuelle Gewalt* einen MW von 5,28 und bei der Skala *Körperliche Vernachlässigung* einen MW von 6,26. Dies wird in Abbildung 6 dargestellt.

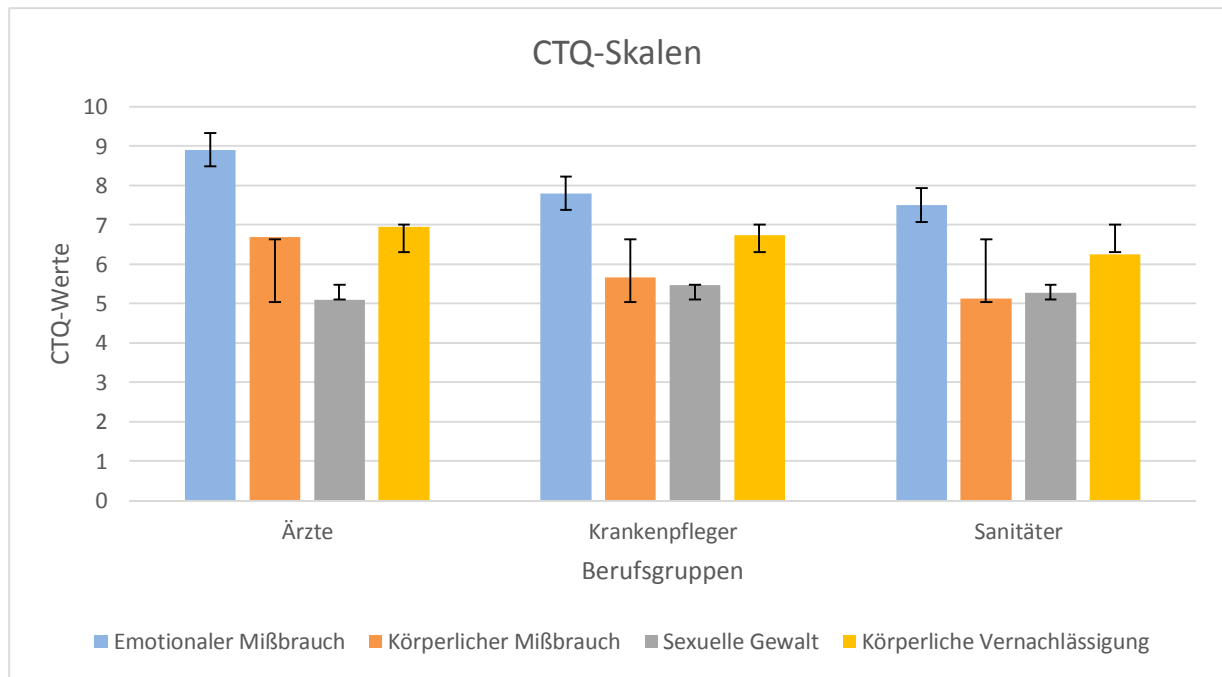


Abbildung 6. Childhood-Trauma-Questionnaire Skalen aufgeteilt nach den Berufsgruppen.

6.8 Reliabilitätsanalysen

Es wurden Reliabilitätsanalysen für jene Skalen in dieser Diplomarbeit durchgeführt, welche auch in den Berechnungen verwendet wurden, um die Reliabilitäten zu überprüfen. Als Maß für die Reliabilität wird hier Cronbach Alpha verwendet, was laut Kubinger (2009) als eine Abschätzung der unteren Grenze der Reliabilität gesehen wird. Das untersuchte Cronbach Alpha kann dabei einen Wert von 0 bis 1 annehmen und es sollte laut Hair, Anderson, Tatham und Black (1998) ein Wert von zumindest .70 gegeben sein um Fragebögen als reliabel bezeichnen zu können. Für den WHOQOL (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) ergab die Reliabilitätsanalyse ein Cronbach Alpha von .900 über den gesamten Test. Für die Subskala „Soziale Beziehungen“ ergab sich ein Cronbach Alpha von .730, für die Subskala „Umwelt“ ergab sich ein Cronbach Alpha von .744, für die Subskala „Global“ ergab sich ein Cronbach Alpha von .648, für die Subskala „Physisch“ ergab sich ein Cronbach Alpha von .723 und die Subskala „Psychisch“ ergab ein Cronbach Alpha von .746. Für den TICS (Schulz, Schlotz & Becker, 2004) ergab die Reliabilitätsanalyse ein Cronbach Alpha von .945 über den gesamten Test. Die Reliabilitätsanalyse ergab ein Cronbach Alpha von .899 für die Subskala „Screeningskala zum Chronischen Stress“. Für den FKK (Krampen, 1991) ergab sich ein Cronbach Alpha von .589 über den gesamten Test. Für die Subskala „Selbstwirksamkeitserwartung“ ergab

sich ein Cronbach Alpha von .714. Für den SVF (Janke, Erdmann & Kallus, 1985) ergab die Reliabilitätsanalyse für die Subskala *A*Negative Stressverarbeitung ein Cronbach Alpha von .933 und für die Subskala *A*Positive Stressverarbeitung ein Cronbach Alpha von .862. Die Reliabilitätsanalyse ergab für die Subskala *A*Körperliche Vernachlässigung des CTQ (Gast, Rodewald, Benecke & Driessen, 2001) ein Cronbach Alpha von .554. Für die Subskala *A*Emotionaler Mißbrauch des CTQ ergab die Reliabilitätsanalyse ein Cronbach Alpha von .842, für die Subskala *A*Körperliche Mißhandlung ein Cronbach Alpha von .778 und für die Subskala *A*Sexuelle Gewalt ein Cronbach Alpha von .890. Diese Ergebnisse werden in Tabelle 1 zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 1

Zusammenfassung der Reliabilitätsanalysen.

Zusammenfassung der Reliabilitätsanalysen	
Skala "Soziale Beziehungen" des WHOQOL	Cronbach Alpha .730
Skala "Umwelt" des WHOQOL	Cronbach Alpha .744
Skala "Global" des WHOQOL	Cronbach Alpha .648
Skala "Physisch" des WHOQOL	Cronbach Alpha .723
Skala "Psychisch des WHOQOL"	Cronbach Alpha .746
Skala "Screeningskala zum chron. Stress" des TICS	Cronbach Alpha .899
Skala "Selbstwirksamkeitserwartung" des FKK	Cronbach Alpha .714
Skala "Negative Stressverarbeitung" des SVF	Cronbach Alpha .933
Skala "Positive Stressverarbeitung" des SVF	Cronbach Alpha .862
Skala "Körperliche Vernachlässigung" des CTQ	Cronbach Alpha .554
Skala "Emotionaler Mißbrauch" des CTQ	Cronbach Alpha .842
Skala "Körperliche Mißhandlung" des CTQ	Cronbach Alpha .778
Skala "Sexuelle Gewalt" des CTQ	Cronbach Alpha .890

Die Tests bzw. verwendeten Subskalen können als reliabel eingestuft werden auch wenn sie die geforderten .70 nicht immer erreichen (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998).

7. Ergebnisse

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Diplomarbeit dargestellt.

7.1 Selbstwirksamkeit und Stresserleben

Die erste Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf Stresserleben. Dazu wurden die Subskalen *A*Selbstwirksamkeit^ó des Fragebogens für Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK) sowie die Skala *A*Chronisches Stresserleben^ó des TICS verwendet.

Es wurden dazu zwei Gruppen mittels Mediansplit gebildet um eine Trennung zwischen Personen mit hohen und niedrigen Werten im Faktor Selbstwirksamkeit vorzunehmen. Der Berechnung des Medians ergab 68 was bedeutet, dass der Personengruppe, welche mit 0 kodiert ist, jene Personen angehören, die einen Selbstwirksamkeitswert von weniger als 68 aufweisen, während Personen, welche der Gruppe 1 angehören, einen höheren Wert als 68 aufweisen. Die Überprüfung der Daten der Skala *A*Chronisches Stresserleben^ó mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .073$; $p = .200$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test hinreichend normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt jedoch $Z = .974$; $p = .040$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test nicht hinreichend normalverteilt. Nachdem der Shapiro-Wilk-Test jedoch mehr Power hat, ist dieser dem K-S-Test im Zweifelsfall vorzuziehen (Field, 2013). Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet, in diesem Fall der U-Test. Es befanden sich jeweils 52 Personen in beiden Gruppen, was eine Stichprobe von 104 Personen ergibt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 und Tabelle 2a dargestellt.

Tabelle 2

Darstellung der Ergebnisse des TICS-Screenings.

	Ränge			
	FKK_SKI_Split	N	Mittlere Rang	Rangsumme
TICS_Screening	0	52	61,01	3172,5
	1	52	43,99	2287,5
	Gesamt	104		

Tabelle 2a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse des TICS-Screenings.

Statistik für Tests	
	TICS_Screening
Mann-Whitney-U	909,5
Wilcoxon-W	2287,5
Z	-2,881
Asymptotische Sig.(2-seitig)	0.004

Es zeigt sich, dass es einen signifikanten Unterschied von .004, wie in der oben angeführten Grafik zu sehen, zwischen Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten und Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf Stresserleben gibt. Der Unterschied besteht darin, dass Personen, welche niedrigere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen, höheres Stresserleben angeben und umgekehrt, dass Personen, welche mehr Selbstwirksamkeit aufweisen, weniger Stresserleben angeben. Das Cohens d beträgt .532 was auf einen mittleren Effekt hindeutet.

Es kann daher die $H1_1$ angenommen werden:

Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit unterscheiden sich in ihrem Stresserleben von Personen mit geringen Werten in Selbstwirksamkeit.

7.2 Selbstwirksamkeit und negative Stressverarbeitung

Die zweite Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf negative Stressverarbeitung. Die dazu verwendeten Subskalen wurden einerseits wieder aus dem FKK (Selbstwirksamkeitserwartung) und aus dem SVF (negative Stressverarbeitung) genommen.

Es wurde wieder, wie oben bereits angeführt, ein Mediansplit durchgeführt um die Gruppen zu teilen, in Personen mit höheren Selbstwirksamkeitswerten, welche die Codierung 1 erhielten, und Personen mit niedrigeren Selbstwirksamkeitswerten, welche die Codierung 0 erhielten. Die Überprüfung der Daten der Subskala *Negative Stressverarbeitung* mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .055$; $p = .200$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test hinreichend normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .987$; $p = .405$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test ebenfalls hinreichend normalverteilt. Es ist also laut beiden Tests, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten gegeben. Es kann auch die Homogenität der Varianzen angenommen werden, da $F = .105$ und $p = .747$ beträgt. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen kann mittels t-Test gerechnet werden. Es befanden sich 55 Personen in der mit 0 kodierten Gruppe und 54 in der mit 1 kodierten Gruppe was eine Stichprobe von 109 Personen ergibt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 und Tabelle 3a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 3

Darstellung der Ergebnisse der negativen Stressverarbeitung.

Gruppenstatistik				
	FKK_SKI_split	N	Mittelwert	Standardabweichung
SVF_Neg_Verarbeitung	0	55	124,3091	20,59025
	1	54	110,6852	22,59556

Tabelle 3a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse der negativen Stressverarbeitung.

Test bei unabhängigen Stichproben						
		Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit		
		F	Sig.	T	df	Sig (2-seitig)
SVF_Neg_Verarbeitung	Var. gleich	.105	.747	3,291	107	.001
	Var. nicht gleich			3,289	105,695	.001

Es zeigt sich, dass es einen signifikanten Unterschied von .001, wie in den oben angeführten Tabellen zu sehen, zwischen Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten und Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf negative Stressverarbeitung gibt. Der Unterschied besteht darin, dass Personen, welche niedrigere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen, höhere Werte in der negativen Stressverarbeitung angeben und umgekehrt, dass Personen, welche mehr Selbstwirksamkeit aufweisen, weniger negative Stressverarbeitung angeben. Dies lässt sich auch noch durch die Mittelwerte aus den oben angeführten Grafiken verdeutlichen. Das Cohens d beträgt .706 was auf einen mittleren Effekt hindeutet.

Es kann daher die H₂₁ angenommen werden:

Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen Unterschiede in der negativen Stressverarbeitung zu Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

7.3. Selbstwirksamkeit und positive Stressverarbeitung

Die dritte Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf positive Stressverarbeitung. Dazu wurden wieder Subskalen des FKK (Selbstwirksamkeitserwartung) sowie des Trier Inventar zum chronischen Stress (positive Stressverarbeitung) verwendet.

Es wurde wieder, wie oben bereits angeführt, ein Mediansplit durchgeführt um die Gruppen zu teilen, in Personen mit höheren Selbstwirksamkeitswerten, welche die

Codierung 1 erhielten, und Personen mit niedrigeren Selbstwirksamkeitswerten, welche die Codierung 0 erhielten. Die Überprüfung der Daten der Subskala „Positive Stressverarbeitung“ mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .076$; $p = .136$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test hinreichend normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .987$; $p = .389$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test ebenfalls hinreichend normalverteilt. Es sind laut beiden Tests, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten gegeben. Außerdem kann die Homogenität der Varianzen angenommen werden da $F = 3.291$ und $p = .072$. Es befanden sich 55 Personen in der mit 0 kodierten Gruppen sowie 54 Personen in der mit 1 kodierten Gruppe, was eine Stichprobe von 109 Personen ergibt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 und Tabelle 4a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 4

Darstellung der Ergebnisse der positiven Stressverarbeitung.

Gruppenstatistik				
	FKK_SKI_Split	N	Mittelwert	Standardabweichung
SVF_Pos_Verarbeitung	0	55	158,2182	15,13237
	1	54	160,4259	19,74899

Tabelle 4a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse der positiven Stressverarbeitung.

Test bei unabhängigen Stichproben						
		Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit		
		F	Sig.	T	df	Sig (2-seitig)
SVF_Pos_Verarbeitung	Var. gleich	3.291	0.72	-0,656	107	.513
	Var. nicht gleich			-0,654	99,322	.514

Es zeigt sich, dass es einen keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten und Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf positive Stressverarbeitung gibt. Aus den oben angeführten Tabellen lässt sich der p-Wert mit .513 entnehmen, was wie bereits erwähnt ein nicht signifikantes Ergebnis bedeutet. Wenn man die Mittelwerte mit 158.2182 für die

mit 0 kodierte Gruppe und 160,4259 für die mit 1 kodierte Gruppe vergleicht kann man sehen, dass sie sehr ähnlich sind bzw. nahe aneinander liegen. Cohens d beträgt .126 was auf keinen Effekt hindeutet.

Es bleibt daher die H_{30} beibehalten:

Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen keine Unterschiede in der positiven Stressverarbeitung zu Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

7.4. Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit

Die vierte Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf verschiedene Aspekte der (Lebens)zufriedenheit. Dazu wurden wieder Subskalen des FKK (Selbstwirksamkeitserwartung) sowie die Subskalen $\mathcal{A}_{Global}$, $\mathcal{A}_{Physisch}$, $\mathcal{A}_{Psychisch}$, $\mathcal{A}_{Sozialbeziehungen}$ und $\mathcal{A}_{Umwelt}$ des WHOQOL verwendet.

Es wurde wieder, wie oben bereits angeführt, ein Mediansplit durchgeführt um die Gruppen zu teilen, in Personen mit höheren Selbstwirksamkeitswerten, welche die Codierung 1 erhielten, und Personen mit niedrigeren Selbstwirksamkeitswerten, welche die Codierung 0 erhielten. Die Überprüfung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt für die Subskala $\mathcal{A}_{Global}$ $Z = .208$; $p = .000$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .906$; $p = .000$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test ebenfalls nicht normalverteilt. Es ist also laut beiden Tests, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten nicht gegeben. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet welches in diesem Fall der U-Test ist.

Die Überprüfung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt für die Subskala $\mathcal{A}_{Physisch}$ $Z = .116$; $p = .001$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .920$; $p = .000$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test ebenfalls nicht normalverteilt. Es ist also laut beiden Tests, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten für die Subskala $\mathcal{A}_{Physisch}$ nicht gegeben. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das

nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet welches in diesem Fall der Mann-Whitney-U-Test ist.

Die Überprüfung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt für die Subskala *A*Psychischó $Z = .120$; $p = .001$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test ebenfalls nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .953$; $p = .001$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test ebenfalls nicht normalverteilt. Es ist also laut beiden Tests, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten für die Subskala *A*Psychischó nicht gegeben. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet welches in diesem Fall der Mann-Whitney-U-Test ist.

Die Überprüfung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt für die Subskala *A*Sozialbeziehungenó $Z = .115$; $p = .001$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .942$; $p = .000$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test ebenfalls nicht normalverteilt. Es ist also laut beiden Tests, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten für die Subskala *A*Sozialbeziehungenó nicht gegeben. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet welches in diesem Fall der U-Test ist.

Die Überprüfung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt für die Subskala *A*Umweltó $Z = .079$; $p = .089$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt jedoch $Z = .975$; $p = .041$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt. Nachdem, wie oben bereits erwähnt, der Shapiro-Wilk-Test mehr Power besitzt als der K-S-Test, ist ersterer zu bevorzugen. Es ist also laut K-S-Test, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten für die Subskala *A*Umweltó gegeben, laut Shapiro-Wilk-Test jedoch nicht. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet welches in diesem Fall der U-Test ist.

7.4.1 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala A_{Global} des WHOQOL-BREF

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($p = .074$) zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf die Subskala A_{Global} des WHOQOL. Das bedeutet, dass Personen, welche sich als weniger selbstwirksam beschreiben, in etwa die gleiche Lebenszufriedenheit aufweisen als Personen, welche sich als eher selbstwirksam beschreiben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 und Tabelle 6a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 5

Darstellung der Ergebnisse von Subskala A_{Global}.

Ränge				
	FKK_SKI_Split	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
WHOQOL_Global	0	55	49,82	2740
	1	54	60,28	3255
	Gesamt	109		

Tabelle 5a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse von Subskala A_{Global}.

Statistik für Tests	
	WHOQOL_Global
Mann-Whitney-U	1200
Wilcoxon-W	2740
Z	-1,789
Asymptotische Sig.(2-seitig)	.074

Die Gruppe, welche mit 0 kodiert wurde bestand aus 55 Personen während die Gruppe, welche mit 1 kodiert wurde aus 54 Personen bestand, was eine Stichprobe von 109 Personen ergibt. Cohens d beträgt .308 was auf einen kleinen Effekt hindeutet.

7.4.2 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala A_{Physisch} des WHOQOL-BREF

Es zeigt sich, dass es einen signifikanten Unterschied ($p = .037$) zwischen Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten gibt in Bezug auf die Subskala A_{Physisch}. Das bedeutet, dass Personen, welche höhere Werte in Selbstwirksamkeit aufweisen, auch signifikant zufriedener mit ihrem physischen Zustand sind. Umgekehrt bedeutet es, dass Personen, welche niedrigere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen, sich als weniger zufrieden mit ihrem physischen Zustand darstellen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 und Tabelle 7a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 6

Darstellung der Ergebnisse von Subskala A_{Physisch}.

Ränge				
	FKK_SKI_Split	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
WHOQOL_Physisch	0	55	48,77	2682,5
	1	54	61,34	3312,5
	Gesamt	109		

Tabelle 6a

Fortsetzung der Ergebnisse von Subskala A_{Physisch}.

Statistik für Tests	
	WHOQOL_Physisch
Mann-Whitney-U	1142,5
Wilcoxon-W	2682,5
Z	-2,09
Asymptotische Sig.(2-seitig)	.037

Es befanden sich 55 Personen in der Gruppe, welche mit 0 kodiert war und 54 Personen befanden sich in der Gruppe, welche mit 1 kodiert war, was eine Stichprobe von 109 Personen ergibt. Cohens d beträgt hier .518 was auf einen mittleren Effekt hindeutet.

7.4.3 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala *Psychisch* des WHOQOL-BREF

Es gibt einen signifikanten Unterschied ($p = .001$) zwischen Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten und Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf die Subskala *Psychisch*. Dies bedeutet, dass Personen, welche höhere Werte in der Skala Selbstwirksamkeit aufweisen, beschreiben sich zufriedener mit ihrer psychischen Gesundheit als Personen, welche niedrigere Werte in der Skala Selbstwirksamkeit aufweisen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 und Tabelle 8a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 7

*Darstellung der Ergebnisse von Subskala *Psychisch*.*

Ränge				
	FKK_SKI_Split	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
WHOQOL_Psychisch	0	55	45,02	2476
	1	54	65,17	3519
	Gesamt	109		

Tabelle 7a

*Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse von Subskala *Psychisch*.*

Statistik für Tests	
	WHOQOL_Psychisch
Mann-Whitney-U	936
Wilcoxon-W	2476
Z	-3,348
Asymptotische Sig.(2-seitig)	.001

Die Gruppe, welche mit 0 kodiert wurde bestand aus 55 Personen während die Gruppe, welche mit 1 kodiert wurde aus 54 Personen bestand, was eine Stichprobe von 109 Personen ergibt. Cohens d beträgt hier .663 was auf einen mittleren Effekt hindeutet.

7.4.4 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala ASozialbeziehungen des WHOQOL-BREF

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($p = .066$) zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf die Subskala ASozialbeziehungen des WHOQOL. Das bedeutet, dass Personen, welche sich als weniger selbstwirksam beschreiben, in etwa die gleiche Zufriedenheit mit ihren Sozialkontakten aufweisen als Personen, welche sich als eher selbstwirksam beschreiben. Es lässt sich jedoch die Tendenz erkennen, dass Personen, welche höhere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen auch zufriedener mit ihren Sozialbeziehungen sind. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 und Tabelle 9a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 8

Darstellung der Ergebnisse von Subskala ASozialbeziehungen.

	Ränge			
	FKK_SKI_Split	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
WHOQOL_Sozialbeziehungen	0	55	49,55	2725
	1	54	60,56	3270
	Gesamt	109		

Tabelle 8a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse von Subskala ASozialbeziehungen.

Statistik für Tests	
WHOQOL_Sozialbeziehungen	
Mann-Whitney-U	1185
Wilcoxon-W	2725
Z	-1,84
Asymptotische Sig.(2-seitig)	.066

Die Gruppe, welche mit 0 kodiert wurde bestand aus 55 Personen während die Gruppe, welche mit 1 kodiert wurde aus 54 Personen bestand, was eine Stichprobe von 109 Personen ergibt. Cohens d beträgt in dieser Berechnung .371 was auf einen kleinen Effekt hindeutet.

7.4.5 Ergebnisse Selbstwirksamkeit und Subskala Umwelt des WHOQOL-BREF

Es gibt einen signifikanten Unterschied ($p = .001$) zwischen Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten und Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf die Subskala Umwelt. Dies bedeutet, dass Personen, welche höhere Werte in der Skala Selbstwirksamkeit aufweisen, beschreiben sich zufriedener mit ihrer Umwelt bzw. Umgebung als Personen, welche niedrigere Werte in der Skala Selbstwirksamkeit aufweisen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 und Tabelle 10a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 9

Darstellung der Ergebnisse von Subskala Umwelt.

Ränge				
	FKK_SKI_Split	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
WHOQOL_Umwelt	0	55	45,28	2490,5
	1	54	64,9	3504,5
	Gesamt	109		

Tabelle 9a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse von Subskala Umwelt.

Statistik für Tests	
	WHOQOL_Umwelt
Mann-Whitney-U	950,5
Wilcoxon-W	2490,5
Z	-3,25
Asymptotische Sig.(2-seitig)	.001

Die Gruppe, welche mit 0 kodiert wurde bestand aus 55 Personen während die Gruppe, welche mit 1 kodiert wurde aus 54 Personen bestand, was eine Stichprobe von 109 Personen ergibt. Cohens d beträgt .622 was auf einen mittleren Effekt hindeutet.

Nachdem es in 3 von den 5 untersuchten Subskalen signifikante Unterschiede gibt, kann die H_{41} angenommen werden:

Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit unterscheiden sich in ihrer Lebensqualität von Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

7.5 Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Berufserfahrung und Beruf

Die fünfte Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen den drei Berufsgruppen und/oder Berufserfahrung in Bezug auf Selbstwirksamkeit. Die dazu verwendete Subskala wurde wieder aus dem FKK (Selbstwirksamkeitserwartung) entnommen, Beruf und Berufserfahrung (in Jahren) wurden jeweils aus dem Soziodemografischen Teil der Befragung genommen.

Es wurden dazu 3 Gruppen für die Berufserfahrung gebildet, dabei wurde darauf geachtet, dass die Verteilung in etwa gleich groß ist in den einzelnen Gruppen. Es wurde die Gruppe von 0 bis 10 Jahren an Berufserfahrung mit 0 kodiert, die Gruppe an Teilnehmer mit einer Berufserfahrung zwischen 11 und 24 Jahren mit 1 und alle Personen mit mehr als 24 Jahren an Berufserfahrung wurden mit 3 kodiert. Bei den Berufsgruppen wurden die Ärzte mit 1, die Krankenpfleger mit 2 und die Sanitäter mit 3 kodiert. Es wurden die Voraussetzungen für eine mehrfaktorielle ANOVA überprüft und es wurde festgestellt, dass alle gegeben sind. Bei der Normalverteilung wurde darauf geachtet, dass die Normalverteilung in allen Faktorstufenkombinationen gegeben ist. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 und Tabelle 11a zusammenfassend dargestellt.

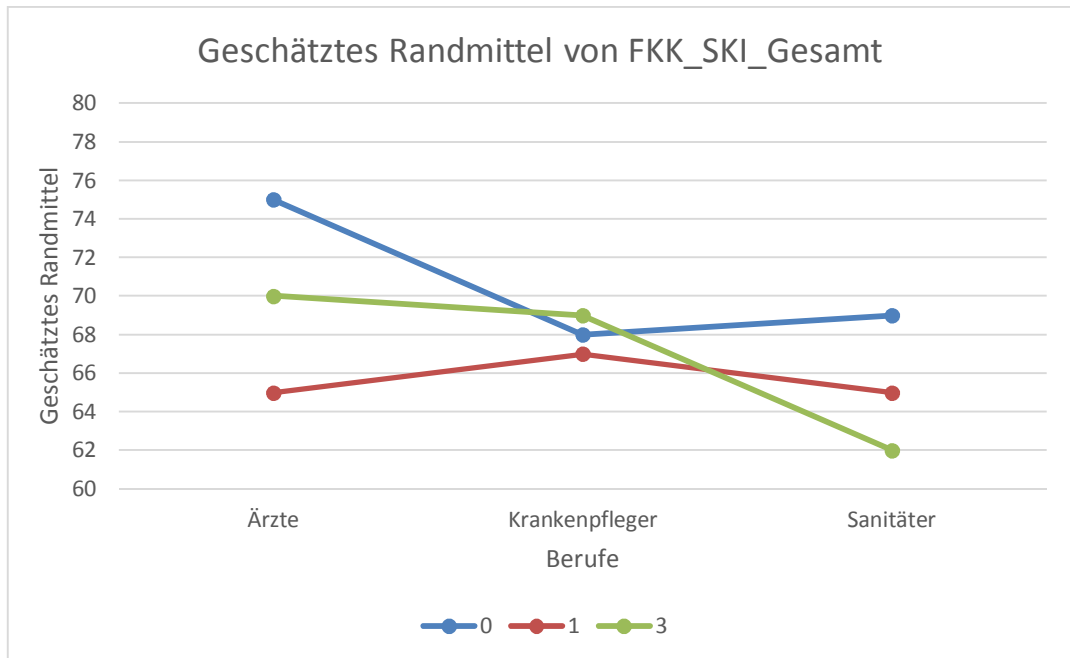
Tabelle 10

Darstellung der Ergebnisse des Zusammenhanges zwischen Berufserfahrung und Beruf.

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	474,103	8	59,263	1,302	.251
Konstanter Term	226035,14	1	226035,14	4966,397	.000
Beruf	165,04	2	82,52	1,813	.169
Erfahrung_3_Groupen	200,242	2	100,121	2,2	.116
Beruf*Erfahrung_3_Groupen	207,362	4	51,84	1,139	.343

Tabelle 10a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse des Zusammenhanges zwischen Berufserfahrung und Beruf.



Es zeigt sich, dass es weder zwischen Beruf ($p = .169$) noch Berufserfahrung ($p = .116$) signifikante Unterschiede in Bezug auf Selbstwirksamkeit gibt. Auch die Wechselwirkung zwischen Beruf und Berufserfahrung ist nicht signifikant ($p = .343$). Die Stichprobe für diese Hypothese bestand aus 108 Personen wobei 21 den Ärzten, 70 den Krankenpflegern und 17 den Sanitätern zugeordnet werden können. Für die Verteilung im Bereich der Berufserfahrung konnten 42 Personen der mit 0 kodierten Gruppe zugeordnet werden, 27 Personen der mit 1 kodierten Gruppen und 39 Personen der mit 3 kodierten Gruppe.

Es kann hier also die H_{08} beibehalten werden:

Es gibt keine berufs- und erfahrungsbedingten Unterschiede hinsichtlich Selbstwirksamkeit

7.6. Unterschiede Selbstwirksamkeit zwischen Sanitätern und Ärzten

Die sechste Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen Sanitätern und Ärzten in Bezug auf Selbstwirksamkeit. Dazu wurde die Subskala

ÄSelbstwirksamkeit(erwartung)ó des Fragebogens für Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK) verwendet.

Es wurde eine Variable erstellt welche die beiden Berufsgruppen enthält, wobei die Gruppe der Ärzte mit 1 kodiert ist und die Gruppe der Sanitäter mit 3 kodiert ist. Die Überprüfung der Daten der Skala ÄSelbstwirksamkeitserwartungó mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .067$; $p = .200$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test hinreichend normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .988$; $p = .446$ d.h. die Daten sind nicht signifikant und somit laut Shapiro-Wilk-Test ebenfalls hinreichend normalverteilt. Es ist also laut beiden Tests, die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten gegeben. Es kann auch die Homogenität der Varianzen angenommen werden, da $F = .625$ und $p = .435$ beträgt. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen kann mittels t-Test gerechnet werden. Es befanden sich 21 Personen in der mit 1 kodierten Gruppe und 17 in der mit 3 kodierten Gruppe, was eine Stichprobe von 38 Personen ergibt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 und Tabelle 12a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 11

Darstellung der Unterschiede zwischen Sanitätern und Ärzten.

Gruppenstatistik				
	Beruf_ohne_KS	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKK_SKI_Gesamt	1	21	70,8581	6,58244
	3	17	66,7647	5,83662

Tabelle 11a

Fortsetzung der Darstellung der Unterschiede zwischen Sanitätern und Ärzten.

Test bei unabhängigen Stichproben						
		Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit		
		F	Sig.	T	df	Sig (2-seitig)
FKK_SKI_Gesamt	Var. gleich	.625	.435	2,003	36	.053
	Var. nicht gleich			2,029	36	.050

Es zeigt sich, dass es einen keinen signifikanten Unterschied ($p = .053$) zwischen Sanitätern und Ärzten in Bezug auf Selbstwirksamkeitserwartung gibt. Es zeigt sich jedoch die Tendenz, dass Ärzte höhere Selbstwirksamkeit aufweisen als Sanitäter. Cohens d ergibt in dieser Berechnung .654 was auf einen mittleren Effekt hindeutet, obwohl das Ergebnis nicht signifikant ist.

Trotzdem kann hier die H_{60} beibehalten werden:

Es gibt keine Unterschiede zwischen Ärzten und Sanitätern hinsichtlich Selbstwirksamkeit.

7.7 Selbstwirksamkeit und Trauma

Die siebente Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug auf traumatische Erfahrungen in der Kindheit. Dazu wurden die Subskalen *ASelbstwirksamkeit* des Fragebogens für Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK) sowie die Skalen *Ämotionaler Mißbrauch*, *ÄKörperliche Mißhandlung*, *ÄSexuelle Gewalt* und *ÄKörperliche Vernachlässigung* des CTQ verwendet.

Es wurden dazu wieder zwei Gruppen mittels Mediansplit gebildet um eine Trennung zwischen Personen mit hohen und niedrigen Werten im Faktor Selbstwirksamkeit vorzunehmen. Der Personengruppe, welche mit 0 kodiert ist, gehören jene Personen an, welche eher geringe Selbstwirksamkeitswerte aufweisen, während Personen, welche der Gruppe 1 angehören, höhere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen.

Die Überprüfung der Daten der Skala *Ämotionaler Mißbrauch* mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .235$; $p = .000$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .815$; $p = .000$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test nicht hinreichend normalverteilt. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet, in diesem Fall der U-Test.

Die Überprüfung der Daten der Skala *ÄKörperliche Mißhandlung* mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .422$; $p = .000$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test

nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .477$; $p = .000$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test nicht hinreichend normalverteilt. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet, in diesem Fall der U-Test.

Die Überprüfung der Daten der Skala ~~A~~sexuelle Gewaltó mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .509$; $p = .000$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .299$; $p = .000$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test nicht hinreichend normalverteilt. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet, in diesem Fall der U-Test.

Die Überprüfung der Daten der Skala ~~A~~Körperliche Vernachlässigungó mittels Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt $Z = .291$; $p = .000$, d.h. die Daten sind laut K-S-Test nicht normalverteilt. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt $Z = .723$; $p = .000$ d.h. die Daten sind laut Shapiro-Wilk-Test nicht hinreichend normalverteilt. Die Voraussetzungen für einen t-Test sind somit nicht gegeben, daher wird das nicht-parametrische Äquivalenzverfahren angewendet, in diesem Fall der U-Test.

7.7.1 Ergebnisse

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten in Bezug erlebte traumatische Ereignisse. Dabei ist gemeint sie sich in keiner der hier verwendeten Subskalen signifikant voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 und Tabelle 14a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 12

Darstellung der Ergebnisse der Subskalen des CTQ.

Ränge				
	FKK_SKI_Split	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Trauma Emotionaler Mißbrauch	0	46	46,15	2123
	1	51	51,57	2630
	Gesamt	97		
Körperliche Mißhandlung	0	46	49,14	2260,5
	1	51	48,87	2492,5
	Gesamt	97		
Sexuelle Gewalt	0	48	47,98	2303
	1	49	50	2450
	Gesamt	97		
Körperliche Vernachlässigung	0	48	52,21	2506
	1	51	47,92	2444
	Gesamt	99		

Tabelle 12a

Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse der Subskalen des CTQ.

Statistik für Tests				
	Emotionaler Mißbrauch	Körperliche Mißhandlung	Sexuelle Gewalt	Körperliche Vernachlässigung
Mann-Whitney-U	1042	1166,5	1127	1118
Wilcoxon-W	2123	2492,5	2303	2444
Z	-0,963	-0,62	-0,67	-0,812
Asymptotische Signifikanz	.335	.951	.503	.417

Es befanden sich in der Subskala ~~A~~Emotionaler Mißbrauch 97 Testpersonen, wobei 46 der mit 0 kodierten Gruppe angehörten und 51 der mit 1 kodierten Gruppe angehörten. In der Subskala ~~A~~Körperliche Mißhandlung befanden sich ebenfalls 97 Testpersonen, es gehörten jedoch 48 Personen der mit 0 kodierten Gruppe an und 49 Personen der mit 1 kodierten Gruppe an. In der Subskala ~~A~~Sexuelle Gewalt befanden sich ebenfalls 97 Testpersonen, es gehörten jedoch 48 Personen der mit 0 kodierten Gruppe an und 49 Personen der mit 1 kodierten Gruppe an. In der Subskala ~~A~~Körperliche Vernachlässigung befanden sich 99 Personen, wobei 48 der mit 0 kodierten Gruppe angehörten und 51 der mit 1 kodierten Gruppe angehörten. Für die Subskala

Emotionaler Mißbrauch ergibt die Effektstärke ein Cohens d von .221, für die Subskala Körperliche Mißhandlung ein Cohens d von .118, für die Subskala Sexuelle Gewalt ein Cohens d von .174 und für die Subskala Körperliche Vernachlässigung ein Cohens d von .121.

Es kann hier die H_0 beibehalten werden:

Personen mit hohen Werten in Selbstwirksamkeit zeigen keine Unterschiede in der Beantwortung des Traumafragebogens (CTQ) als Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten.

7.8 Trauma und Alter

7.8.1 Unterschied zwischen jungen und älteren Personen

Die achte Hypothese befasst sich damit, ob es einen Unterschied gibt zwischen jüngeren und älteren Studienteilnehmern in Bezug auf traumatische Erfahrungen in der Kindheit. Dazu wurden die Subskalen Subskalen Emotionaler Mißbrauch, Körperliche Mißhandlung, Sexuelle Gewalt und Körperliche Vernachlässigung des CTQ verwendet.

Es wurden dazu die Teilnehmer in 2 Gruppen eingeteilt, wobei alle Personen, welche 39 Jahre oder jüngere waren mit 0 kodiert wurden und alle restlichen Personen bzw. Teilnehmer welche 40 Jahre oder älter waren, wurden mit 1 kodiert. Es wurden wieder die Tests zur Überprüfung der Normalverteilung durchgeführt, doch diese waren, wie in der Hypothese zuvor signifikant und daher kann keine hinreichende Normalverteilung angenommen werden. Es werden daher U-Tests verwendet um die Hypothese zu berechnen.

7.8.2 Ergebnisse

Es zeigen sich in den Subskalen Emotionaler Mißbrauch, Sexuelle Gewalt und Körperliche Vernachlässigung keine signifikanten Unterschiede zwischen jüngeren (Studienteilnehmer bis 39 Jahre) und älteren (Studienteilnehmer älter als 40 Jahre)

Personen in Bezug auf erlebte Traumata in der Kindheit. In der Subskala A Körperliche Mißhandlungó gibt es jedoch signifikante Unterschiede mit $p = .007$. Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 und Tabelle 15a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 13

Darstellung der Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen.

Ränge				
	Alter_Neuer	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Emotionaler Mißbrauch	0	44	49,78	2190,5
	1	53	48,35	2562,5
	Gesamt	97		
Körperliche Mißhandlung	0	45	42,78	1925
	1	52	54,38	2828
	Gesamt	97		
Sexuelle Gewalt	0	44	49,56	2180,5
	1	53	48,54	2572,5
	Gesamt	97		
Körperliche Vernachlässigung	0	45	49,29	2218
	1	54	50,59	2732
	Gesamt	99		

Tabelle 13a

Fortsetzung der Darstellung der Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen.

Statistik für Tests				
	Emotionaler Mißbrauch	Körperliche Mißhandlung	Sexuelle Gewalt	Körperliche Vernachlässigung
Mann-Whitney-U	1131,5	890	1141,5	1183
Wilcoxon-W	2562,5	1925	2572,5	2218
Z	-0,254	-2,675	-0,336	-0,246
Asymptotische Signifikanz	.799	.007	.737	.806

Es befanden sich in der Subskala A Emotionaler Mißbrauchó und A Sexuelle Gewaltó jeweils 97 Testpersonen, wobei 44 der mit 0 kodierten Gruppe angehörten und 53 der mit 1 kodierten Gruppe angehörten. In der Subskala A Körperliche Mißhandlungó befanden sich ebenfalls 97 Testpersonen, es gehörten jedoch 45 Personen der mit 0

kodierten Gruppe an und 52 Personen der mit 1 kodierten Gruppe an. In der Subskala *ÄKörperliche Vernachlässigung* befanden sich 99 Personen, wobei 45 der mit 0 kodierten Gruppe angehörten und 54 der mit 1 kodierten Gruppe angehörten. Für die Subskala *ÄEmotionaler Mißbrauch* ergibt die Effektstärke ein Cohens d von .088, für die Subskala *ÄKörperliche Mißhandlung* ein Cohens d von .365, für die Subskala *ÄSexuelle Gewalt* ein Cohens d von .110 und für die Subskala *ÄKörperliche Vernachlässigung* ein Cohens d von .091.

Es kann hier die H_{80} beibehalten werden:

Es gibt keine altersbedingten Unterschiede in erlebten traumatischen Ereignissen in der Kindheit.

7.9 Unterschiede zwischen Berufsfahrungsgruppen

Die neunte Hypothese befasst sich damit, ob es Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen an Berufserfahrung bzw. Anzahl an Berufsjahren in Bezug auf erlebte Traumata in der Kindheit. Dazu wurden wieder die Subskalen *ÄEmotionaler Mißbrauch*, *ÄKörperliche Mißhandlung*, *ÄSexuelle Gewalt* und *ÄKörperliche Vernachlässigung* des CTQ verwendet.

Es wurden dazu die Teilnehmer in 3 Gruppen eingeteilt, wobei alle Personen, welche weniger als 10 Jahre Berufserfahrung hatten mit 0 kodiert wurden, Personen welche zwischen 11 und 24 Jahre Berufserfahrung hatten mit 1 kodiert wurden und alle übrigen Personen, also Teilnehmer mit 24 Jahren Berufserfahrung oder mehr mit 3 kodiert wurden. Es wurden wieder die Tests zur Überprüfung der Normalverteilung durchgeführt, doch diese waren, wie in der Hypothese zuvor signifikant und daher kann keine hinreichende Normalverteilung angenommen werden. Es werden daher U-Tests verwendet um die Hypothese zu berechnen.

7.9.1 Ergebnisse

Es zeigen sich in den Subskalen *Emotionaler Mißbrauch* und *Sexuelle Gewalt* keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen in Bezug auf erlebte Traumata in der Kindheit. In den Subskala *Körperliche Mißhandlung* und *Körperliche Vernachlässigung* gibt es jedoch signifikante Unterschiede mit $p = .002$ und $p = .013$. Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 und Tabelle 16a zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 14

Darstellung der Unterschiede zwischen Berufserfahrungsgruppen.

Ränge			
	Erfahrung_3_Groupen	N	Mittlerer Rang
Emotionaler Mißbrauch	0	34	47,87
	1	26	57,58
	3	37	44,01
	Gesamt	97	
Körperliche Mißhandlung	0	35	39,86
	1	27	58,69
	3	35	50,67
	Gesamt	97	
Sexuelle Gewalt	0	34	49,5
	1	26	47,94
	3	37	49,28
	Gesamt	97	
Körperliche Vernachlässigung	0	35	44,96
	1	27	62,72
	3	37	45,49
	Gesamt	99	

Tabelle 14a

Fortsetzung der Darstellung der Unterschiede zwischen Berufserfahrungsgruppen.

Statistik für Tests				
	Emotionaler Mißbrauch	Körperliche Mißhandlung	Sexuelle Gewalt	Körperliche Vernachlässigung
Chi-Quadrat	3,762	12,237	.184	8,734
df	2	2	2	2
Asymptotische Signifikanz	.152	.002	.912	.013

Es befanden sich in der Subskala ~~A~~Emotionaler Mißbrauch~~ó~~, ~~A~~Sexuelle Gewalt~~ó~~ und ~~A~~Körperliche Mißhandlung~~ó~~ jeweils 97 Testpersonen während sich in der Subskala ~~A~~Körperliche Vernachlässigung~~ó~~ 99 Teilnehmer befanden. In den Subskalen ~~A~~Emotionaler Mißbrauch~~ó~~ sowie ~~A~~Sexuelle Gewalt~~ó~~ waren jeweils 34 Personen mit 0, 26 Personen mit 1 und 37 Personen mit 3 kodiert. In der Subskala ~~A~~Körperliche Mißhandlung~~ó~~ waren 35 mit 0, 27 mit 1 und 35 mit 3 kodiert. In der Subskala ~~A~~Körperliche Vernachlässigung~~ó~~ waren 35 mit 0, 27 mit 1 und 37 mit 3 kodiert.

Es kann hier die H9₁ angenommen werden:

Es gibt erfahrungsbedingte Unterschiede in erlebten traumatischen Ereignissen in der Kindheit.

8. Diskussion

Es werden nun im Zuge der Diskussion zu Beginn die Ergebnisse der durchgeführten Diplomarbeit zusammengefasst, in Bezug zur gefundenen Literatur gesetzt und abschließend interpretiert.

Die Ergebnisse der durchgeführten Arbeit zeigen, dass Personen, welche sich als eher selbstwirksam einschätzen über signifikant weniger Stress berichten als Personen, welcher sich als weniger selbstwirksam beschreiben. Außerdem weisen die Teilnehmer der Studie, welche sich als selbstwirksam beschreiben, höhere Zufriedenheitswerte auf als die weniger selbstwirksamen Studienteilnehmer. Bei der Stressverarbeitung zeigt sich, dass Personen, welche niedrigere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen, signifikant häufiger negative Stressverarbeitungsstrategien anwenden, als Personen, welche sich als selbstwirksam beschreiben. Bei den positiven Stressverarbeitungsstrategien gibt es hingegen keine signifikanten Unterschiede. Beruf und Erfahrung zeigen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Selbstwirksamkeit, genauso wie es keine signifikanten Wechselwirkungen gibt. Es zeigen sich Unterschiede im Selbstwirksamkeitsniveau zwischen Ärzten und Sanitätern, diese sind jedoch im nicht-signifikanten Bereich angesiedelt. Die Tendenz geht dabei in die Richtung, dass sich Ärzte als selbstwirksamer beschreiben als Sanitäter. Als weitere Fragestellung wurde untersucht, ob es Unterschiede gibt, zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten hinsichtlich traumatischen Erlebnissen in der Kindheit. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den untersuchten Subskalen zwischen den beiden Gruppen. Es gibt jedoch signifikante Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Studienteilnehmern hinsichtlich der Subskala *ÄKörperlicher Mißbrauch* des Childhood-Trauma-Questionnaire. Es wurden abschließend auch noch signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Berufserfahrungsgruppen und den Subskalen *ÄKörperliche Mißhandlung* und *ÄKörperliche Vernachlässigung* des CTQ gefunden.

Die Ergebnisse zu den Hypothesen, dass Personen, welche höhere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen, sich als zufriedener beschreiben und Stress schwächer wahrnehmen als Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten, gehen mit den in der Literaturrecherche gefundenen Arbeiten konform. Jonas und Brömer (2002) finden in ihrer Studie, dass hohe Selbstwirksamkeit mit niedrigem Stresswahrnehmen einhergeht. Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten könnten daher Stress als Herausforderung

bzw. Eustress, wie von Selye (1981) definiert, wahrnehmen. Dies könnte dann auch der Grund sein, weswegen diese Personen Stress nicht in der Intensität wahrnehmen bzw. auch unterschiedlich wahrnehmen als Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten. Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten wiederum könnten Stress als Distress bzw. negativen Stress (Selye, 1981) wahrnehmen, was zu einer erhöhten bzw. intensiveren Wahrnehmung von Stress führen könnte. Dies ist insofern interessant, als dass Kaluza (2012), Stress als einer der größten gesundheitlichen Risikofaktoren definiert und in etwa 50 bis 60 Prozent aller Krankenstandstage auf stressbedingte Ursachen zurückzuführen ist. Nater, Ditzen und Ehler (2011) gehen jedoch davon aus, dass nicht alle Personen gleich auf Stress bzw. den Einfluss von Stress reagieren, sondern es individuelle Unterschiede in Bezug auf die Stresswahrnehmung und -verarbeitung gibt. Eine erhöhte Stresswahrnehmung bzw. eine unzureichende Verarbeitung kann mit mehr negativen physischen Folgen einhergehen, wie erhöhter Blutdruck, Hauterkrankungen, Depression oder aber auch Burn-out (Schaper, 2011). Auch die Wahrnehmung des Berufes an sich könnte eine Rolle spielen, ob man sich nun gestresst oder weniger gestresst fühlt bzw. ob man sich zufrieden oder unzufrieden fühlt. So schreibt Holt (1986), dass der Beruf als Segen im besten Fall und als Fluch im schlechtesten Fall wahrgenommen werden kann. Wong, Hui und Law (1998) kamen in ihrer Untersuchung zum Schluss, dass die Berufswahrnehmung vor allem einen Einfluss auf die intrinsische Komponente von Arbeitszufriedenheit hat.

Grau, Salanova und Peiro (2001) kommen in ihrer Studie zum Ergebnis, dass Stress und Stressoren weniger negative Auswirkungen auf Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten haben, was mit den Ergebnissen in dieser Untersuchung konform geht. Dies zeigt sich auch daran, dass Personen, welche höhere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen, sich als signifikant zufriedener in Bezug auf ihre eigene psychische und physische Gesundheit beschreiben. Ebenfalls signifikant zufriedener zeigen sich selbstwirksame Personen in Bezug auf ihre Umwelt. Diese Ergebnisse lassen sich jedoch nicht nur für Erwachsene belegen, sondern auch Jugendliche, welche sich als selbstwirksam beschreiben, schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser ein als Jugendliche, welche sich als weniger selbstwirksam beschreiben (Satow & Bäßler, 1998). Außerdem zeigen Satow und Bäßler (1998), dass selbstwirksame Schüler über weniger körperliche Beschwerden berichteten, als weniger selbstwirksame Schüler. Bandura (1994) schreibt dahingehend, dass die Selbstwirksamkeitserwartung als eine Eigenschaft gilt, welche in allen Alters- bzw.

Entwicklungsstufen eine wichtige Rolle spielt, um mit den an eine Person gestellten Herausforderungen fertig zu werden. Schwarzer (1993) zeigt, dass eine Stressreaktion umso schwächer ausfällt, je stärker die Selbstwirksamkeit ausgeprägt ist. Die Ergebnisse gehen ebenfalls konform mit der Theorie von Bandura (1982), dass Personen, welche hohe bzw. höhere Selbstwirksamkeit aufweisen sich mehr zutrauen und die an sie gestellten Aufgaben als Herausforderungen sehen. Selbstwirksamkeit kann also wie Optimismus, Hardiness oder der Kohärenzsinn, als eine Ressource in Bezug auf die Stresswahrnehmung, -verarbeitung und Zufriedenheit in diesem Kontext gesehen werden. All diese Ergebnisse zeigen, dass die in der Arbeit gefundenen Ergebnisse mit den in der Literatur recherchierten Erkenntnissen einhergehen. Dabei ist zu erkennen, was für eine Wichtigkeit Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Gesundheit, wahrgenommener Zufriedenheit und Stresswahrnehmung einnimmt. Eine Forschungsfrage, welche sich aus diesen Erkenntnissen ableiten lässt, ist unter anderem welche Faktoren (Sozial, Biologisch, Genetisch, etc.) eine hohe oder niedrige Selbstwirksamkeit bedingen.

Bei den Stressverarbeitungsstrategien zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten hinsichtlich negativer Verarbeitungsstrategien. Bei den positiven Stressverarbeitungsstrategien zeigt sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Dies lässt darauf schließen, dass die beiden Gruppen sowohl negative als auch positive Copingstrategien einsetzen um mit Stressoren umzugehen. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass die Gruppe mit niedrigeren Selbstwirksamkeitswerten signifikant häufiger negative Stressverarbeitungsstrategien dazu verwendet um mit Stress umzugehen, als die Gruppe der selbstwirksameren Personen. Diese Ergebnisse können auch in Zusammenhang mit der oben bereits angeführten Stressdefinition der WHO (2015) gebracht werden, in welcher von unzureichenden Fähigkeiten im Umgang mit herausfordernden Situationen gesprochen wird. Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten setzen also laut den Ergebnissen signifikant häufiger negative Verarbeitungsstrategien ein, wobei dieses Verhalten entweder auf einen Mangel an positiven Verarbeitungsstrategien zurückzuführen sein könnte oder aber auf einen verringerten Glauben an die eigenen Fähigkeiten bzw. auch auf eine gewisse Resignationstendenz. Als Folge dessen erleben die Personen mit niedrigeren Selbstwirksamkeitswerten signifikant höhere Stresswerte. Grembowski und seine Mitarbeiter (1993) zeigten, dass Personen mit hoher Selbstwirksamkeit weniger gesundheitsschädliche Copingstrategien wie Rauchen oder ungesunde Ernährung aufwiesen. Greenglass und Burke (2000) kamen zum Ergebnis, dass es einen positiven

Zusammenhang zwischen problemorientiertem Coping und Selbstwirksamkeit gibt. Tattersall, Bennett und Pugh (1999) fanden, dass problemorientierte Copingstrategien mit besserer mentaler Gesundheit einhergehen während passive oder negative Strategien wie Vermeidungsverhalten, Wunschdenken oder sich selbst die Schuld geben mit schlechterer mentaler Gesundheit in Verbindung gebracht werden konnte. Die Frage die sich daraus ergibt ist, ob mit erhöhter Selbstwirksamkeit die negativen Stressverarbeitungsstrategien zurückgehen, ob mit dem Rückgang von negativen Verhaltensweisen die Selbstwirksamkeit steigt oder ob beide Prozesse parallel zueinander ablaufen. Solch eine Fragestellung sollte jedoch im Zuge einer Längsschnittstudie untersucht werden und könnte somit als ein wichtiger Ansatzpunkt in der Reduktion von negativen Copingstrategien bzw. in der vermehrten Anwendung von positiven Copingstrategien gesehen werden.

Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen der Sanitäter und der Ärzte hinsichtlich der Selbstwirksamkeit ist nicht signifikant, es gibt jedoch die Tendenz dazu, dass die Gruppe der Ärzte höhere Selbstwirksamkeitswerte aufweisen. Die Unterschiede zwischen Ärzten und Sanitätern könnten damit erklärt werden, dass Ärzte eine viel intensivere und komplexere Ausbildung durchlaufen und sich somit fähiger fühlen, die an sie gestellte Herausforderung zu meistern. Für eine Facharztausbildung ist ein Medizinstudium Voraussetzung und die Facharztausbildung an sich, wie oben bereits erwähnt, dauert in etwa 6 Jahre (Ärztekammer, 2015). Um als Rettungssanitäter arbeiten zu dürfen, werden Kurse im Ausmaß von 300 Stunden angeboten (Österreichisches Rotes Kreuz, 2015). Es kann daraufhin noch eine Weiterbildung zum Notfallsanitäter absolviert werden, welche nochmals 480 Stunden beträgt und als Voraussetzung eine abgeschlossene Rettungssanitäterausbildung hat (Österreichisches Rotes Kreuz, 2015). Schon an diesen Ausbildungsunterschieden, kann die unterschiedliche Verteilung der Kompetenzen festgehalten werden. Es wird dabei einerseits die Erst- bzw. Notversorgung von den Sanitätern durchgeführt und andererseits Behandlungen wie chirurgische Eingriffe von den Ärzten durchgeführt wird. Bar-Dayana (2007) führte dazu eine Studie in der israelischen Armee durch und verglich Ärzte mit Sanitätern in Bezug auf verschiedene Aspekte wie Ausbildung, Kosten und Fähigkeiten. Dabei wurde festgestellt, dass Ärzte vor allem bei längeren Einsätzen signifikant besser abschneiden als die Gruppe der Sanitäter. Bei kürzeren Einsätzen wiederum waren die Ärzte nur leicht im Vorteil (Bar-Dayana, 2007). Es ist im Hinblick auf die unterschiedlichen Ausbildungen bzw. auch Einsatzgebiete der

beiden Berufsgruppen darauf zu achten in welchem Kontext sie eingesetzt und wahrgenommen werden (Bar-Dayana, 2007).

Eine Studie von Löffler und seinen Mitarbeitern (2014) zeigt, dass sich Ärzte in Deutschland sehr zufrieden einschätzen und mit einer hohen Zufriedenheit auch eine hohe Behandlungsqualität einhergeht. Eine weitere Begründung könnte darin liegen, dass Ärzte in der Gesellschaft sehr hohes Ansehen genießen und sich dieses Ansehen bzw. dieses Prestige in erhöhter Selbstwirksamkeit bemerkbar macht als in den anderen Berufsgruppen. Als ein weiterer Begründungsversuch kann davon ausgegangen werden, dass es mit dem Alter in den beiden Berufsgruppen zu tun hat, da bei den Sanitätern eher jüngere Teilnehmer vertreten sind und der Gruppe der Ärzte eher ältere Teilnehmer angehören. Grund dafür ist die Annahme, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung immer weiter erhöht bis ins mittlere Alter und dann ab ungefähr 60 Jahren wieder rückgängig ist (Dowd, 1975). Rao, Stiermann, Bhatnagar, Gupta und Gaffar (2013) zeigten in ihrer Studie dazu, dass Ärzten signifikant mehr Vertrauen geschenkt wird als der Gruppe der Sanitäter. Außerdem gaben 81 Prozent der Patienten an mit der Behandlung ihres Arztes zufrieden zu sein, jedoch nur 73 Prozent der Patienten gaben an mit der Behandlung des Sanitäters zufrieden zu sein (Rao, Stiermann, Bhatnagar, Gupta & Gaffar, 2013). Auch in dieser Arbeit wird angeführt, dass die bessere sowie längere Ausbildung ein Grund für das erhöhte Vertrauen sowie die erhöhte wahrgenommene Qualität von Ärzten gegenüber Sanitätern ist.

Obwohl es in der hier durchgeführten Studie keine signifikanten Unterschiede gibt zwischen Personen mit hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitswerten bezüglich traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, hätte angenommen werden können, dass zumindest in einer der Subskalen signifikante Unterschiede auftreten. Die Studie von Glaser, van Os, Portegijs und Myin-Germeys (2006) zeigt, dass sich traumatische Erfahrungen in der Kindheit, negativ auf die spätere Entwicklung auswirken können. Auch zeigen die Ergebnisse von Heim und seinen Mitarbeitern (2000), dass bei Frauen, welche Misshandlungen in ihrer Kindheit und Jugend erfahren haben, die Stresswahrnehmung deutlich erhöht ist und somit als Folge auch die Selbstwirksamkeit darunter leiden könnte. Daher auch die Vermutung, dass es bei Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit häufigere traumatische Erfahrungen in der Kindheit gegeben haben könnte. Ein Grund warum es in dieser Arbeit keine signifikanten Unterschiede gibt, könnte darauf zurückzuführen sein, dass der Traumafragebogen am Ende der Testung vorgegeben wurde

und diesen die Testpersonen möglicherweise nicht mehr mit voller Konzentration und Aufmerksamkeit ausgefüllt haben. Ein weiterer Grund, warum es zu keinen signifikanten Ergebnissen gekommen ist, könnte mit sozialer Erwünschtheit zu tun haben, sodass die teilnehmenden Personen nicht alle traumatischen Erfahrungen angegeben haben. Gecas (1989) schreibt zu diesem Thema ebenfalls, dass negative Life-events, wie finanzielle Sorgen oder eine unerwartete physische Beeinträchtigung die Selbstwirksamkeit herabsetzen können. Die normalen Lebensereignisse wie eine Hochzeit, ein Schulabschluss oder die Pensionierung haben jedoch in der Regel keine bzw. nur eine sehr kleine Auswirkung auf die Selbstwirksamkeitserwartung (Gecas, 1989).

Anschließend dazu, ist es jedoch interessant, dass es bei Unterschieden zwischen jüngeren und älteren Studienteilnehmern zumindest in der Subskala ~~A~~Körperlicher Mißbrauchó signifikante Differenzen gibt. Dies geht zumindest teilweise mit der Studie von Maercker und seinen Mitarbeitern (2008) konform, die zeigt, dass ältere Personen signifikant häufiger von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit berichten. In dieser Studie berichten 47,4 Prozent der älteren Studienteilnehmer zumindest eine traumatische Erfahrung in ihrer Kindheit gemacht zu haben. Als Grund dafür könnte angeführt werden, dass sich der Erziehungsstil über die Jahre hinweg verändert hat und es sich auch ein Bewusstsein in der Gesellschaft geschaffen hat, welches sich offen gegen Gewalt an Kindern ausspricht. Trotzdem kommt es aber auch heutzutage noch immer regelmäßig zu Gewalt an Kindern. Obwohl sich ein Teil der Betroffenen bei diversen Hilfseinrichtungen bzw. bei der Polizei meldet, kann die Dunkelziffer immer noch als hoch eingeschätzt werden. Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik Österreichs wurden 2011 279 Kinder unter 6 Jahren Opfer von Strafbaren Handlungen gegen Leib und Leben, 30 Kinder unter 6 Jahren Opfer von Strafbaren Handlungen gegen die Freiheit und 101 Kinder unter 6 Jahren Opfer von Strafbaren Handlungen gegen die Sittlichkeit (Gewaltinfo, 2015). Diese Zahlen sind in den letzten Jahren immer weiter gestiegen. Eine gute Präventionsarbeit stellt daher einen unabdingbaren Baustein in der Reduktion von Missbrauchsfällen dar, wobei diese sehr niederschwellig und somit für alle Gesellschaftsschichten leicht zugänglich sein sollte.

Für zukünftige Forschungen wäre es auf jeden Fall interessant sich noch mehr und intensiver mit den Zusammenhängen von Selbstwirksamkeit und traumatischen Erfahrungen und deren Auswirkungen auf die Stresswahrnehmung und Stressverarbeitung zu beschäftigen. Es gibt zwar viele Studien und Arbeiten, welche sich auf Selbstwirksamkeit oder traumatische Erfahrungen beziehen, jedoch wenige, welche diese

beiden Faktoren kombinieren. Es sollten daraus, wenn möglich, auch praktische Modelle entstehen, welche sich unter anderem auf den Arbeitsalltag übertragen lassen könnten um theoretisches Wissen für die breite Masse zugänglich zu machen. Als eine wesentliche Erkenntnis dieser Arbeit kann, wie oben bereits angeführt, die Wichtigkeit von Selbstwirksamkeit in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit gesehen werden, auch wenn nicht alle Hypothesen, die erhofften Ergebnisse brachten.

9. Limitationen und Kritik

Als ein Kritikpunkt für diese Diplomarbeit kann auf die ungleiche Verteilung der Stichprobe hingewiesen werden. So spielt dies erstens bei der Geschlechtsverteilung eine Rolle, da der Großteil der Studienteilnehmer weiblich ist. Außerdem ist eine ungleiche Verteilung für die Berufsgruppen festzustellen, da eine überwiegende Mehrheit aus der Gruppe der Krankenpfleger stammt. Da dieser Beruf sehr oft weiblich besetzt ist, könnte dies auch den hohen Anteil an Frauen in der Stichprobe erklären. Andererseits sind die anderen beiden Berufsgruppen der Ärzte und Sanitäter in dieser Stichprobe unterrepräsentiert was eine Verzerrung der Daten zur Folge haben könnte. Es wäre wünschenswert gewesen eine ausgeglichene Stichprobe zu bekommen um solchen Verzerrungen vorbeugen zu können, doch dies sollte in der Planung für zukünftig durchgeführte Studien zu diesem Thema berücksichtigt werden. Als einen weiteren Kritikpunkt für die Stichprobe sollte angeführt werden, dass die Gesamtstichprobe doch etwas zu klein ausgefallen ist und es wünschenswert gewesen wäre eine höhere Anzahl komplett ausgefüllter Fragebögen zu bekommen. Als Grund dafür kann angeführt werden, dass es sich als schwierig gestaltete, genügend Personen aus diesen Berufsgruppen zu finden, welche die Fragebögen ausfüllten. Es wurden im Zuge der Datenerhebung verschiedenste Einrichtungen direkt angeschrieben, doch nur von einem Bruchteil eine Zusage erteilt, dass der Fragebogen unter den Mitarbeitern verteilt werde. Selbst wenn die Zusage zur Teilnahme erfolgte, haben oft nur wenige Personen aus den einzelnen Einrichtungen auch wirklich den Fragebogen komplett ausgefüllt. Auch hier sollte für zukünftige Arbeiten eine genauere Planung erfolgen um eine hohe bzw. höhere Teilnehmerzahl zu garantieren. Die Länge des vorgelegten Fragebogens kann ebenfalls als Kritikpunkt gesehen werden. Mit einer Bearbeitungsdauer von 45 bis 60 Minuten, je nach Bearbeitungsgeschwindigkeit der Teilnehmer, war der Fragebogen für diese Studie etwas zu lange angelegt. Dies könnte auch mitunter ein Grund für die eher geringe Anzahl an vollständig ausgefüllten Fragebögen sein, da ein gewisser Anteil der Personen, welche den Test begonnen haben, zwischenzeitlich die Testung beendeten. Es wäre daher für zukünftige Arbeiten zielführend die Testung so kompakt wie möglich zu halten um mit einer kürzeren Bearbeitungsdauer die Anzahl an vollständig ausgefüllten Fragebögen zu erhöhen.

Literaturverzeichnis

- Allenspach, M., & Brechbühler, A. (2005). Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention. Bern: Huber.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Antonovsky, H., & Sagy, S. (2001). The Development of a Sense of Coherence and its Impact on Responses to Stress Situations. *The Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-225.
- Arbeitsmarktservice (AMS). (2015a). *Berufsinformationssystem zum Beruf der ÄrztInnen*. Abgerufen von <http://www.ams.at/bis/bis/Stammb BerufDetail.php?noteid=911>
- Arbeitsmarktservice (AMS). (2015b). *Berufsinformationssystem zum Beruf der SanitäterInnen*. Abgerufen von <http://www.ams.at/bis/bis/Stammb BerufDetail.php?noteid=477>
- Arbeitsmarktservice (AMS). (2015c). *Berufsinformationssystem zum Beruf der KrankenpflegerInnen*. Abgerufen von <http://www.ams.at/bis/bis/Stammb BerufDetail.php?noteid=348>
- Ärztchammer. (2015). *Turnusarzt Tätigkeitsprofil*. Abgerufen von http://www.aerztechammer.at/c/document_library/get_file?uuid=00c1ee6a-0327-43b8-aede-5e9eb4b52529&groupId=10431
- Ärztchammer Wien. (2015). *Ausbildung zum Facharzt*. Abgerufen von <http://www.aekwien.at/index.php/ausbildung/ausbildung-zum-fa>

- Avraham, N., Goldblatt, H., & Yafe, E. (2014). Paramedics' Experiences and Coping Strategies When Encountering Critical Incidents. *Qualitative Health Research*, 24(2), 194-208. doi.org/10.1177/1049732313519867.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal Agency through self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Hrsg), *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. (S. 355-394). Washington DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, S. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions of Psychological Science*, 9, 75-78.
- Benner, P., Rosikies, E., & Lazarus, R. (1980). Stress and coping under extreme Conditions. In J. E. Dimsdale (Hrsg), *The holocaust: A multidisciplinary study*. Washington, DC: Hemisphere.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archive of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Burisch, M. (2006). Das Burnout-Syndrom. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P., van Harrison, R., & Pinneau, S. R. (1975). *Job Demands and worker Health*. Washington: National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychological Review*, 30(7), 879-889.
- Chang, E. M. L., Bidewell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., et. al. (2007). A survey of role Stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1354-1362.
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1990). The minor events approach to stress: Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology*, 81, 469-481.
- Chase, D. J. (1972). Sources of mental Stress and how to avoid them. *Supervisory Management*, 17, 33-36.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). Finding flow. The psychology of engagement with everyday life. New York: Basic Books.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (7.Aufl). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2006). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Hans Huber Verlag.
- Dowd, J. J. (1975). Aging as an Exchange: A Preface to Theory. *Journal of Gerontology*, 30(5), 584-594.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D., & Harrison, R. V. (1998). Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. In

- C. L. Cooper (Hrsg), *Theories of organizational stress*. (S. 28-67). Oxford: Oxford University Press.
- Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (1999). Work and Family Stress and Well-Being: An Examination of Person-Environment Fit in the Work and Family Domains. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 77(2), 85-129.
- Falkai, P., & Wittchen, H. U. (Hrsg) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4. Aufl). London: Sage.
- Filip, S. H. (1997). Geleitwort. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. VII-VIII). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co, Verlag.
- Fletcher, B. C. (1991). *Work, Stress, Disease and Life Expectancy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age Differences in Stress and Coping Processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Freud, A. (1937). The ego and the mechanisms of defence. London: Hogarth.
- Friedman, J. M., & Rosenmann, R. H. (1974). *Type A behavior and your Heart*. New York: Knopf.
- Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.-H., Driessen, M. (2001): *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.

- Gayton, S. D., & Lovell, G. P. (2012). Resilience in Ambulance Service Paramedics and Its Relationships with Well-Being and General Health. *Traumatology*, 18(1), 58-64.
- Gecas, V. (1989). The social Psychology of Self-Efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15, 291-316.
- Gellis, Z. D. (2002). Coping with Occupational Stress in Healthcare: A Comparison of Social Workers and Nurses. *Administration in Social Work*, 26(3), 37-52.
- Gemoll, W., Vretska, K., Aigner, T., & Oswald, R. (2011). *Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch (10. Aufl)*. München: Oldenbourg.
- Gewaltinfo. (2015). *Polizeiliche Kriminalstatistik Österreichs*. Abgerufen von <http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/fachwissen/Gewalt-Familie-Tatverdaechtige-Opferdaten-2002-11-PSK.pdf>
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J., & Herzberg, P. Y. (2008). Die deutsche Version des Life-Orientation-Test (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(1), 26.
- Glaser, J. P., Van Os, J., Portegijs, P. J. M., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood Trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 229-236.
- Glazer, S., & Gyurak, A. (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 49-66.
- Grau, R., Salanova, M., & Peiro, J. M. (2001). Moderator Effects of Self-Efficacy on occupational Stress. *Psychology in Spain*, 5(1), 63-74.
- Greenglass, E. R., & Burke, R. J. (2000). Hospital downsizing, individual resources, and occupational stressors in nurses. *Anxiety, Stress & Coping*, 13(4), 371-390.

- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Greve, W. (1997). Sparsame Bewältigung – Perspektiven für eine ökonomische Taxonomie von Bewältigungsformen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung*. (S. 18-41). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York: Academic Press.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 681-688.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284(5), 592-597.
- Holt, R. R. (1986). Occupational Stress. In L. Goldberger & S. Breznitz, *Handbook of Stress* (S. 419-444). London, New York: Collier Macmillan Publishers.
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 184-201.
- Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltary, E. J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Childhood Life Events and childhood Trauma in adult Patients with depressive, anxiety and comorbid Disorder vs. Controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 66-74.

- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K.W. (1985). Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) nach W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein. Göttingen: Hogrefe.
- Jonas, K., & Brömer, P. (2002). Die sozial-kognitive Theorie von Bandura. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie: Band III Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien* (S. 277-299). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kaluza, G. (2012). *Gelassen und Sicher im Stress* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Kant, I. (1965). *Klassiker der Politik, Band 1*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schäfer, C., & Lazarus, R. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life Events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1-39.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Khoo, S. A., & Bishop, G. D. (1997). Stress and Optimism: Relationships to coping and well-being. *Psychologica: An International Journal of Psychology in the Orient*, 40(1), 29-40.
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (2011) *Einführung Gesundheitspsychologie*. München: Reinhardt Verlag.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 168-177.
- König, D. (2011). Die Regulation von negativen und positiven Emotionen. Entwicklung des Emotionsregulations-Inventars und Vergleich von Migränikerinnen mit Kontrollpersonen. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

- Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Kubinger, K. D. (2009). Psychologische Diagnostik - Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens. Göttingen: Hogrefe.
- Lademann, J., Mertesacker, H., & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapiejournal*, 2, 123-129.
- Lazarus, R. (1981). Little hassles can be hazardous to your health. *Psychology Today*, 7, 58-62.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. (S. 213-259). Bern: Verlag Hans Huber.
- Leppin, A. (1997). Stresseinschätzungen, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung*. (S. 196-208). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Litzke, S., Schuh, H., & Pletke, M. (2013). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz* (6.Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. doi.org/10.1007/978-3-642-28624-7.
- Löffler, C., Höck, J., Hornung, A., Kundt, G., Drewelow, E., Völker, S., Kreiser, B., Riedel, J., & Altiner, A. (2014). Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern ñ eine repräsentative Querschnittsstudie. *Gesundheitswesen*.

- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Müller, R., Weninger, S., & Wenzel R. R. (2013). Psyche, Stress und hoher Blutdruck. *Journal für Hypertonie* **ñ** *Austrian Journal of Hypertension*, 17(4), 148-151.
- Myrtek, M. (1995). Type A behavior pattern, personality Factors, disease, and physiological reactivity: A meta-analytic Update. *Personality and Individual Differences*, 18, 491- 502.
- Nater, U. M., Ditzen, B., & Ehlert, U. (2011). Stressabhängige körperliche Beschwerden. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 871-882). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Nerdinger, F. W. (2008). *Grundlagen des Verhaltens in Organisationen* (2.Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nitsch, J. R. (Hrsg.) (1981). *Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber.
- Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J. Kauttu, K., et. al. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in finnish physicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 81-86.
- Ostendorf, F und Angleitner, A. (2003). NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung (NEO-PI-R). Manual. Göttingen: Hogrefe.

- Österreichisches Rotes Kreuz (2015). *Ausbildung der Sanitäter beim Roten Kreuz*. Abgerufen von <http://www.rotekreuz.at/gesundheit/ausbildungen-im-oerk/sanitaeter/>
- Parikh, P., Taukari, A., & Bhattacharya, T. (2004). Occupational Stress and Coping among Nurses. *Journal of Health Management*, 6(2), 115-127.
- Payne, R. L. (1979). Demands, Support, Constraints and psychological Health. In C. J. Mackay & T. Cox, *Responses to Stress: Occupational Aspects*. London: International Publishing Cooperation.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). Stress, Coping, and Health. A situation-behavior approach. Theory, Methods, Applications. Seattle: Hogrefe.
- Rao, K. D., Stierman, E., Bhatnagar, A., Gupata, G., & Gaffar, A. (2013). As good as physicians: patient perception of physicians and non-physicians clinicians in rural primary health centers in India. *Global Health: Science and Practice*, 1(3), 397-406.
- Rechtsinformation Bundeskanzleramt. (2015). *Sanitättergesetz*. Abgerufen von <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001744>
- Reimann, S., & Hammelstein P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Rennberg & P. Hammelstein (Hrsg), *Gesundheitspsychologie* (S. 13-28). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Reimann, S., & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In B. Rennberg & P. Hammelstein (Hrsg), *Gesundheitspsychologie* (S. 217-228). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ruthledge, T., Stucky, E., Dollarhide A., Shively, M., et. al. (2009). A Real-Time Assessment of Work Stress in Physicians and Nurses. *Health Psychology*, 28(2), 194-200. doi.org/10.1037/a0013145.

- Satow, L., & Bäßler, J. (1998). Selbstwirksamkeit und körperliches Befinden Jugendlicher. *Unterrichtswissenschaft*, 26, 127-139.
- Schaper, N. (2011). Wirkung der Arbeit. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper, *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S.475-494). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Schönpflug, W., & Battmann, W. (1988). The Costs and Benefits of Coping. In S. Fisher & J. Reason, *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (S. 699-713). Chichester: John Wiley & Sons.
- Schulz, P., Schlotz, W., & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (3.Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive Coping: Mastering demands and searching for meaning. In S. J. Lopez & C. R. Snyder, *Positive psychological Assessment: A handbook of models and measures* (S. 393-409). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seidler, G. H. (2013). *Psychotraumatologie. Das Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J. R. Nitsch, *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. (S.163-187). Bern: Verlag Hans Huber.

- Selye, H. (1986). History and Present Status of the Stress Concept. In L. Goldberger & S. Breznitz, *Handbook of Stress* (S. 7-17). London, New York: Collier Macmillan Publishers.
- Solberg-Nes, L., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytical Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-251.
- Sparrenberger, F., Cichelerio, F. T., Ascoli, F. P., Fonesca, F. P., Weiss, G., Berwanger, O., Fuchs, S. C., Moreira, L. B., & Fuchs, F. D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A Systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23, 12-19.
- Statistik Austria. (2015a). *Ärzte und Ärztinnen seit 1960 absolut und auf 100.000 Einwohner*. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022350.html
- Statistik Austria. (2015b). *Personalstand der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den Krankenanstalten Österreichs seit 1965*. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022348.html
- Temoshok, L. (1987). Personality, Coping style, emotion and Cancer: towards an integrative Model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Temoshok, L., & Dreher, H. (1994). Can Type C contribute to cancer? *The journal of mind & body Health*, 10, 64-73.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Tattersall, A. J., Bennett, P., & Pugh, S. (1999). Stress and Coping in Hospital Doctors. *Stress Medicine*, 15, 109-113.

- Udris, I., & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. G. Hoyos & D. Frey, *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S.429-445). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Vester, F. (2003). Phänomen Stress. Wo liegt sein Ursprung, warum ist er lebenswichtig, wodurch ist er entartet? (18. Aufl.). München: dtv.
- Visser, M. R. M., Smets, E. M. A., Oort, F. J., & De Haes, H. C. J. M. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168 (3), 271-275.
- Williams, S. L. (1992). Perceived self-efficacy and phobic disabilities. In R. Schwarzer (Hrsg). *Self-Efficacy: Thought control of Action*. (S.149-176). Washington DC: Hemisphere
- Wolff, H. (1953). Life Stress and Bodily Disease. In A. Weider (Hrsg), *Contributions towards medical psychology: Theory and psychodynamic methods Vol. 1*, (S. 315-367). New York: Ronald Press Company.
- Wong, C. S., Hui, C., & Law, K. S. (1998). A longitudinal study of the job perception ñ job satisfaction relationship: A test of the three alternative specifications. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 127-146.
- World Health Organisation. (2015). *Stress at the Workplace*. Abgerufen von http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/
- Zapf, D., & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler, *Enzyklopädie der Psychologie, Band 3: Organisationspsychologie ñ Grundlagen und Personalpsychologie*. (S.1007-1112). Göttingen: Hogrefe.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2004). *Psychologie* (16.Aufl.). München: Pearson Studium.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der Reliabilitätsanalysen	S.59
Tabelle 2: Darstellung der Ergebnisse des TICS-Screenings	S.61
Tabelle 2a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse des TICS-Screenings	S.61
Tabelle 3: Darstellung der Ergebnisse der negativen Stressverarbeitung	S.62
Tabelle 3a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse der negativen Stressverarbeitung	S.63
Tabelle 4: Darstellung der Ergebnisse der positiven Stressverarbeitung	S.64
Tabelle 4a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse der positiven Stressverarbeitung	S.64
Tabelle 5: Darstellung der Ergebnisse von Subskala A _{Global}	S.67
Tabelle 5a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse von Subskala A _{Global}	S.67
Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse von Subskala A _{Physisch}	S.68
Tabelle 6a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse von Subskala A _{Physisch}	S.68
Tabelle 7: Darstellung der Ergebnisse von Subskala A _{Psychisch}	S.69
Tabelle 7a: Fortsetzung der Darstellung Ergebnisse von Subskala A _{Psychisch}	S.69
Tabelle 8: Darstellung der Ergebnisse der Subskala A _{Sozialbeziehungen}	S.70
Tabelle 8a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse der Subskala A _{Sozialbeziehungen}	S.70
Tabelle 9: Darstellung der Ergebnisse der Subskala A _{Umwelt}	S.71
Tabelle 9a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse der Subskala A _{Umwelt}	S.71
Tabelle 10: Darstellung der Ergebnisse des Zusammenhanges zwischen Berufserfahrung und Beruf.	S.72

Tabelle 10a: Fortsetzung der Darstellung der Ergebnisse des Zusammenhanges zwischen Berufserfahrung und Beruf	S.73
Tabelle 11: Darstellung der Unterschiede zwischen Sanitätern und Ärzte	S.74
Tabelle 11a: Fortsetzung der Darstellung der Unterschiede zwischen Sanitätern und Ärzten	S.74
Tabelle 12: Darstellung der Ergebnisse der Subskalen des CTQ	S.77
Tabelle 12a: Fortsetzung Darstellung der Ergebnisse der Subskalen des CTQ	S.77
Tabelle 13: Darstellung der Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen	S.79
Tabelle 13a: Fortsetzung der Darstellung der Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen	S.79
Tabelle 14: Darstellung der Unterschiede zwischen Berufserfahrungsgruppen	S.81
Tabelle 14a: Fortsetzung der Darstellung der Unterschiede zwischen Berufserfahrungsgruppen	S.82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unterscheidung zwischen Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung	S.29
Abbildung 2: Geschlechtsverteilung bei begonnen und abgeschlossenen Tests.	S.54
Abbildung 3: Altersverteilung der Teilnehmer aufgeteilt nach begonnener und abgeschlossener Testung.	S.55
Abbildung 4: Verteilung der Teilnehmer auf die drei untersuchten Berufe.	S.56
Abbildung 5: Selbstwirksamkeitswerte aufgeteilt nach Beruf und Geschlecht.	S.57
Abbildung 6: CTQ-Skalen aufgeteilt nach den Berufsgruppen.	S.58

Anhang Kompletter Fragebogen



0% ausgefüllt



universität
wien

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

Im Zuge unserer Diplomarbeit an der Universität Wien im Studienfach Psychologie, führen wir eine wissenschaftliche Studie zum Thema **„Stresserleben und Stressverarbeitung im humanmedizinischen Bereich“** durch.

Im Fokus des folgenden Fragebogens stehen der Umgang mit Stress, persönliche Grundeinstellungen, wie Optimismus, Introversion oder Selbstregulierungsstrategien sowie das tägliche Arbeitsumfeld in den Berufsgruppen HumanmedizinerInnen, SanitäterInnen und diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Wir bitten Sie dazu die folgenden Fragen vollständig auszufüllen, da alle Daten größte Wichtigkeit für unsere Untersuchung haben und wir nur vollständig ausgefüllte Fragebögen in unsere Studie mit aufnehmen können.

Weiters bitten wir Sie, die Fragen möglichst ehrlich und spontan auszufüllen. Mit der Abgabe des Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Daten im Zuge unserer Studie verwenden dürfen. Wir möchten betonen, **dass Ihre Teilnahme selbstverständlich vollkommen anonym behandelt wird**, und keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

Die Testung wird *ca. 45 Minuten* Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. In Abhängigkeit von Ihrer Bearbeitungsgeschwindigkeit kann sich die angegebene Dauer individuell verkürzen oder verlängern. Es besteht außerdem die Möglichkeit die Testung zu unterbrechen und an einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Dazu können sie den "Befragung unterbrechen"-Button am linken unteren Rand drücken.

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben verwendet und anonymisiert publiziert werden dürfen.

Für Ihre Teilnahme danken Ihnen

Monika Emich, Dominik Hiesl und Melanie Madl

Weiter

Befragung unterbrechen

Dominik Hiesl, Monika Emich, Melanie Madl, Universität Wien – 2014

1. Geschlecht

- ☐ Weiblich
☐ Männlich

2. Wie alt sind Sie?

[Bitte auswählen] ▼

3. Nationalität / Staatsbürgerschaft

4. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

[Bitte auswählen] ▼

5. Wo sind Sie derzeit tätig?

[Bitte auswählen] ▼

6. Was ist Ihre bisher höchste abgeschlossene Schulbildung?

- ☐ Volksschule
☐ Hauptschule
☐ Handelsschule (HASCH)
☐ Berufsbildende Mittlere Schule (BMS)
☐ Berufsbildende Höhere Schule (BHS)
☐ Handelsakademie (HAK)
☐ Gymnasium (AHS)
☐ Fachhochschule (FH)
☐ Universität
☐ Sonstige

7. Arbeitsumfeld

Es folgen nun einige Fragen, welche sich mit ihrem Arbeitsumfeld befassen.

In welchem Jahr haben Sie
Ihre Ausbildung
abgeschlossen?

In welcher Stadt bzw. an
welchem Institut haben Sie
ihren Abschluss gemacht?

Über wieviele Jahre
Berufserfahrung verfügen
Sie?

Wieso haben Sie sich für
Ihren jetzigen Beruf
entschieden? Bitte
begründen Sie.

Auf welcher Station sind Sie
derzeit tätig?

Zurück

Weiter

Waren Sie vorher auf einer anderen Station tätig? Ja Nein

Wenn Ja, im Vergleich zu der letzten Station, wie ist Ihr Stresspegel derzeit?

Viel
Niedriger Niedriger Gleich Höher Viel Höher

8. Wie hoch ist ungefähr Ihr monatliches Nettoeinkommen?

Gemeint ist der Betrag, der sich aus allen Einkünften zusammensetzt und nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungen übrig bleibt.

[Bitte auswählen] ▼

9. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

- ☐ Ledig
- ☐ In einer Beziehung lebend
- ☐ In einer eingetragenen Partnerschaft lebend
- ☐ Verheiratet
- ☐ Geschieden
- ☐ Verwitwet
- ☐ Sonstiges

Haben Sie Kinder? Ja Nein

10. Wenn Ja, wieviele Kinder haben Sie?

[Bitte auswählen] ▼

11. Wieviele Personen in Ihrem Umfeld würden Sie als gute Freunde bezeichnen?

[Bitte auswählen] ▼

12. Wie oft haben Sie Kontakt zu Ihren guten Freunden pro Monat?

[Bitte auswählen] ▼

13. Wie oft haben Sie Kontakt mit Ihrer Familie pro Monat?

[Bitte auswählen] ▼

Zurück

Weiter

Was sind Ihre Hobbies?

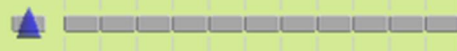
Wie viel Zeit bleibt Ihnen durchschnittlich für Ihre Freizeit pro Tag? (Angabe in Minuten)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wieviel Prozent Ihrer freien Zeit verbringen Sie aktiv? (z.B. lesen, spazieren gehen, Sportbetreiben,...)?



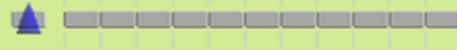
Wieviel Prozent Ihrer freien Zeit verbringen Sie passiv? (z.B. Fernsehen)



Wieviel Prozent davon nutzen Sie für Erholung?



Wieviel Prozent davon nutzen Sie um nicht fertiggestellte Arbeit(en) zu erledigen?



Ja Nein

Sind Sie im Schichtdienst tätig?

☐ ☐

Ist eine Supervisionsstelle an Ihrem Arbeitsplatz vorhanden?

☐ ☐

Nutzen Sie diese Supervisionsstelle?

☐ ☐

Wenn ja, wieviele Minuten nutzen Sie die Supervision durchschnittlich im Monat?

14. Sind Sie Teil eines oder mehrerer Arbeitsteams?

[Bitte auswählen] ▼

Wieviele Personen befinden sich in Ihrem ersten Arbeitsteam?

Wieviele Personen befinden sich in Ihrem zweiten Arbeitsteam?

Wieviele Personen befinden sich in Ihrem dritten Arbeitsteam?

Wieviele Personen befinden sich durchschnittlich in Ihren übrigen Teams?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Sehr
Schlecht Schlecht Mäßig Gut Sehr Gut

Inwiefern gelingt es Ihnen nach der Arbeit abzuschalten?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nie Kaum Manchmal Oft Sehr Oft

Wie oft nehmen Sie Arbeit mit nach Hause?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. In welchem Angestelltenverhältnis befinden Sie sich derzeit?

- ☐ Vollzeit
☐ Teilzeit
☐ Geringfügig
☐ Sonstiges

16. Arbeitsalltag

Es folgen nun einige Fragen, welche sich mit Ihrem Arbeitsalltag bzw. Ihrer Tätigkeit befassen.

Wieviele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?

Wieviele Überstunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Monat?

Wieviel Zeit steht Ihnen täglich in Minuten für Pausen zur Verfügung?

Wieviele direkte Vorgesetzte haben Sie?

17. Sind Ihre Arbeitsziele klar definiert?

[Bitte auswählen] ▼

Sehr
Schlecht Schlecht Ausreichend Gut Sehr Gut

Wie gut sind Ihre Arbeitsziele definiert?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wie gut sind diese Ziele im gegebenen Rahmen umsetzbar?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

	Ja	Nein
Herrscht in ihrem Umfeld starker Konkurrenzdruck?	☐	☐
Fühlen Sie sich unter Druck gesetzt?	☐	☐

18. Wie zufrieden sind Sie mit dem Betriebsklima an Ihrem Arbeitsplatz?



19. Welche der folgenden Faktoren empfinden Sie als besonders belastend in Ihrem Arbeitsalltag?

Mehrfachnennungen sind möglich (max. 7).

☐ Probleme in Arbeitsabläufen mit Vorgesetzten	☐ Fehlende Pausenräume
☐ Probleme in Arbeitsabläufen mit anderen Berufsgruppen	☐ Entlohnung
☐ Probleme in Arbeitsabläufen mit anderen Abteilungen	☐ Mobbing am Arbeitsplatz
☐ Probleme in Arbeitsabläufen mit Mitarbeitern anderer Einrichtungen	☐ Lärm
☐ Probleme im Umgang mit Patienten	☐ Lichtverhältnisse
☐ Zeitdruck	☐ Hohe Fluktuationen im Team
☐ Personalmangel	☐ Zu viele Patienten pro Mitarbeiter
☐ Patienten mit schwierigen Krankheitsverläufen	☐ Arbeitsplatzkürzungen und Unsicherheit
☐ Gefahr von Übergriffen durch Patienten	☐ Monotonie
☐ Mangelnder Handlungsspielraum	☐ Hohe Verantwortung
☐ Fehlende Fortbildungsmöglichkeiten	☐ Unzureichende Arbeitsmittel
☐ Mangel an Respekt und Anerkennung	☐ Hohe körperliche Belastung
☐ Probleme im Umgang mit Angehörigen	☐ Umgang mit schwerkranken oder suizidalen Patienten
☐ Schichtdienst	☐ Sonstiges
☐ Dienstzeiten	

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

20. Welche Faktoren empfinden Sie als besonders unterstützend um Ihren Arbeitsalltag zu bewältigen?

Mehrfachnennungen sind möglich (max. 5).

- | | |
|---|---|
| ☐ Soziale Unterstützung durch direkte Vorgesetzte | ☐ Sinnhaftigkeit der Tätigkeit |
| ☐ Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen | ☐ Humor |
| ☐ Soziale Unterstützung durch andere Berufsgruppen | ☐ Rituale |
| ☐ Soziale Unterstützung durch Familienangehörige | ☐ Berufliche Zukunftsperspektiven |
| ☐ Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte | ☐ Bereitstellung von Sozialräumen, Betriebskindergärten, ... |
| ☐ Sportliche Aktivitäten | ☐ Eigene Fachkompetenz |
| ☐ Anerkennung und Respekt | ☐ Entspannungstechniken |
| ☐ Glaube und Religion | ☐ Sonstiges <input type="text"/> |

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

21. Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, die sich alle auf den Umgang mit Gefühlen beziehen. Von Interesse ist, wie Sie im Allgemeinen mit negativen und positiven Gefühlen umgehen. Es geht jedoch nicht darum, wie man am besten mit Gefühlen umgehen sollte. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und beurteilen Sie jeweils, wie häufig diese auf Sie zutrifft. Für die Beurteilung der Aussagen stehen Ihnen folgende fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: trifft nie zu, trifft selten zu, trifft manchmal zu, trifft häufig zu, trifft immer zu.

Markieren Sie bitte für jede Aussage nur eine Antwortmöglichkeit. Entscheiden Sie sich bitte jeweils für jene Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Auch wenn manche der folgenden Aussagen ziemlich ähnlich klingen, sind sie nicht identisch und beziehen sich jeweils auf andere Details.

Im ersten Teil des Fragebogens geht es um negative Gefühle. Bitte schätzen Sie anhand der folgenden Aussagen ein, wie Sie im Allgemeinen mit negativen Gefühlen umgehen.

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Wenn ich negative Gefühle habe,...					
...versuche ich, mich auf etwas anderes zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
...spreche ich mit jemandem über diese.	☐	☐	☐	☐	☐
...überlege ich, ob die Situation auch positive Aspekte hat.	☐	☐	☐	☐	☐
...lasse ich diese an anderen aus.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, mir nichts anmerken zu lassen, um auf die Stimmung anderer Rücksicht zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
...lenke ich mich durch eine Aktivität ab.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, positiver über die Situation zu denken.	☐	☐	☐	☐	☐
...teile ich mich anderen mit.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, diese nicht zu zeigen, um jemand anderen nicht zu belasten.	☐	☐	☐	☐	☐
...zeige ich diese in heftiger Art und Weise.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, mich mit etwas anderem zu beschäftigen.	☐	☐	☐	☐	☐
...suche ich Rat im Gespräch mit anderen.	☐	☐	☐	☐	☐
...bringe ich diese sehr deutlich zum Ausdruck.	☐	☐	☐	☐	☐
...sage ich mir, die Situation hätte auch noch schlimmer sein können.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, diese nicht zu zeigen, um jemand anderen dadurch nicht zu verletzen.	☐	☐	☐	☐	☐
...muss ich diese einfach rauslassen.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Wenn ich negative Gefühle habe,...					
...erzähle ich jemandem davon.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, an etwas anderes zu denken.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, den Grund der Gefühle positiver zu sehen.	☐	☐	☐	☐	☐
...reagiere ich mich an anderen ab.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, diese nicht zu zeigen, um auf die Situation anderer Rücksicht zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
...suche ich das Gespräch mit einer mir vertrauten Person	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja	Nein
Haben Sie sich beim Ausfüllen ein bestimmtes negatives Gefühl vorgestellt?	☐	☐

Wenn ja, an welches Gefühl haben Sie überwiegend gedacht?

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen damit, wie Sie mit Ihren negativen Gefühlen umgehen?

☐ sehr zufrieden

☐ zufrieden

☐ etwas zufrieden

☐ weder zufrieden noch unzufrieden

☐ etwas unzufrieden

☐ unzufrieden

☐ sehr unzufrieden

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Im zweiten Teil des Fragebogens geht es um positive Gefühle. Bitte schätzen Sie anhand der folgenden Aussagen ein, wie Sie im Allgemeinen mit positiven Gefühlen umgehen.

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Wenn ich positive Gefühle habe,...					
...kann ich diese einfach nicht verbergen.	☐	☐	☐	☐	☐
...erzähle ich jemandem davon.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, an etwas anderes zu denken.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, diese nicht zu zeigen, um jemand anderen dadurch nicht zu verletzen.	☐	☐	☐	☐	☐
...spreche ich mit jemandem über diese.	☐	☐	☐	☐	☐
...zeige ich diese in heftiger Art und Weise.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, diese nicht zu zeigen, um auf die Situation anderer Rücksicht zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
...lenke ich mich durch eine Aktivität ab.	☐	☐	☐	☐	☐
...muss ich diese einfach rauslassen.	☐	☐	☐	☐	☐
...suche ich das Gespräch mit einer mir vertrauten Person	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, mich mit etwas anderem zu beschäftigen	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, diese zu kontrollieren, um bei anderen keine negativen Gefühle (z.B. Enttäuschung, Eifersucht, Neid) hervorzurufen.	☐	☐	☐	☐	☐
...teile ich mich anderen mit.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, mir nichts anmerken zu lassen, um auf die Stimmung anderer Rücksicht zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
...lasse ich meinen Gefühlen freien Lauf.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuche ich, mich auf etwas anderes zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

Ja Nein

Haben Sie sich beim Ausfüllen ein bestimmtes positives Gefühl vorgestellt?

☐ ☐

Wenn ja, an welches Gefühl haben Sie überwiegend gedacht?

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen damit, wie Sie mit Ihren positiven Gefühlen umgehen?

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ zufrieden
- ☐ etwas zufrieden
- ☐ weder zufrieden noch unzufrieden
- ☐ etwas unzufrieden
- ☐ unzufrieden
- ☐ sehr unzufrieden

22. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft Teils/Teils zu	Trifft etwas zu	Trifft sehr zu
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	☐	☐	☐	☐	☐
Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	☐	☐	☐	☐	☐
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin nicht allzu leicht aus der Ruhe zu bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	☐	☐	☐	☐	☐
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

23. In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

Sehr schlecht Schlecht Mittelmäßig Gut Sehr gut

Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sehr unzufrieden Unzufrieden Weder zufrieden noch unzufrieden Zufrieden Sehr zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

überhaupt nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	☐	☐	☐	☐	☐

In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	☐	☐	☐	☐	☐
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Zugang zu den Informationen die Sie für das tägliche Leben brauchen?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	☐	☐	☐	☐	☐

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr Gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	☐	☐	☐	☐	☐

In den folgenden Fragen geht es darum, wie oft sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr- scheinlich
Versuche ich, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, lass dich nicht gehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sehe ich zu, dass jemand mich bei der Lösung unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐
Möchte ich am liebsten nicht an die Zukunft denken.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen.	☐	☐	☐	☐	☐
Gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg.	☐	☐	☐	☐	☐
Neige ich dazu, viel mehr zu rauchen oder mit dem Rauchen wieder anzufangen.	☐	☐	☐	☐	☐
Vermeide ich von nun an solche Situationen.	☐	☐	☐	☐	☐
Frage ich mich, was ich schon wieder falsch gemacht habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, alles ist halb so schlimm.	☐	☐	☐	☐	☐
Überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau.	☐	☐	☐	☐	☐
Tue ich mir selbst ein bisschen Leid.	☐	☐	☐	☐	☐
Neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, dass ich das durchstehen werde.	☐	☐	☐	☐	☐
Kann ich lange Zeit an nichts anderes mehr denken.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr-scheinlich
Werde ich schneller damit fertig als andere.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Nehme ich Beruhigungsmittel.	☐	☐	☐	☐	☐
Gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach.	☐	☐	☐	☐	☐
Frage ich jemanden um Rat, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐	☐
Esse ich etwas Gutes.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich hinterher immer wieder darüber nach.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, „möglichst von hier weg“.	☐	☐	☐	☐	☐
Habe ich ein schlechtes Gewissen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, du musst dich zusammenreißen.	☐	☐	☐	☐	☐
Meide ich die Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken.	☐	☐	☐	☐	☐
Neige ich dazu, schnell aufzugeben.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr-scheinlich
Neige ich dazu, mit anderen Leuten aneinanderzugeraten.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich bewusst an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war.	☐	☐	☐	☐	☐
Bin ich mit mir selbst unzufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐
Sehe ich mir etwas Nettes im Fernsehen an.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, „nur nicht unterkriegen lassen“.	☐	☐	☐	☐	☐
Bin ich froh, dass ich nicht so empfindlich bin wie andere.	☐	☐	☐	☐	☐
Ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache.	☐	☐	☐	☐	☐
Überlege ich, wie ich am schnellsten aus der Situation herauskomme.	☐	☐	☐	☐	☐
Beneide ich andere, denen so was nicht passiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Muss ich mich einfach mit jemandem aussprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, ich kann nichts dafür.	☐	☐	☐	☐	☐
Möchte ich am liebsten irgendetwas an die Wand werfen.	☐	☐	☐	☐	☐
Tue ich etwas, was mich davon ablenkt.	☐	☐	☐	☐	☐
Bin ich deprimiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Bemühe ich mich um anderweitige Erfolge.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr-scheinlich
Nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Weg zu gehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Schließe ich mich von meiner Umgebung ab.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, die Zeit hat schon manche Träne getrocknet.	☐	☐	☐	☐	☐
Fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen.	☐	☐	☐	☐	☐
Neige ich dazu, mich zu betrinken.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen.	☐	☐	☐	☐	☐
Beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben.	☐	☐	☐	☐	☐
Mache ich mir Vorwürfe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiss ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Erscheint mir alles so hoffnungslos.	☐	☐	☐	☐	☐
Greife ich irgendwelche Leute ungerechtfertigt an.	☐	☐	☐	☐	☐
Habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr-scheinlich
Kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muss.	☐	☐	☐	☐	☐
Suche ich nach etwas, das mir Freude machen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
Werde ich wütend.	☐	☐	☐	☐	☐
Mache ich mir klar, dass ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Habe ich das Bedürfnis, die Meinung von jemand anderem dazu zu hören.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten.	☐	☐	☐	☐	☐
Stürze ich mich in die Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐
Suche ich bei mir selbst die Schuld.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, morgen ist sicher alles vergessen.	☐	☐	☐	☐	☐
Neige ich dazu, alles sinnlos zu finden.	☐	☐	☐	☐	☐
Nehme ich Schlafmittel ein.	☐	☐	☐	☐	☐
Wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu.	☐	☐	☐	☐	☐
Möchte ich am liebsten ganz allein sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Reagiere ich gereizt.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, mir bleibt auch nichts erspart.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr- scheinlich
Tue ich mir selbst etwas Gutes.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten.	☐	☐	☐	☐	☐
Mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich, Haltung zu bewahren.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten.	☐	☐	☐	☐	☐
Trinke ich erst mal ein Glas Bier, Wein oder Schnaps.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen.	☐	☐	☐	☐	☐
Geht mir die Situation lange Zeit nicht aus dem Kopf.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich mich der Situation zu entziehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Kaufe ich mir etwas, was ich schon lange haben wollte.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, es war letzten Endes mein Fehler.	☐	☐	☐	☐	☐
Will ich niemanden sehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation.	☐	☐	☐	☐	☐
Bringe ich meine guten Eigenschaften zur Geltung.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr-scheinlich
Versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, du kannst damit fertig werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere.	☐	☐	☐	☐	☐
Passe ich auf, dass es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt.	☐	☐	☐	☐	☐
Spiele ich die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
Erfülle ich mir einen langersehten Wunsch.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, mich trifft keine Schuld.	☐	☐	☐	☐	☐
Neige ich dazu, zu resignieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich mir einzureden, dass es nicht so wichtig ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Sind mir andere lästig.	☐	☐	☐	☐	☐
Neige ich dazu, irgendwelche Medikamente zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Werde ich hinterher die Gedanken an die Situation einfach nicht mehr los.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahr- scheinlich	sehr wahr-scheinlich
Lenke ich mich irgendwie ab.	☐	☐	☐	☐	☐
Werde ich ungehalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.	☐	☐	☐	☐	☐
Verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten.	☐	☐	☐	☐	☐
Versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären.	☐	☐	☐	☐	☐
Frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste.	☐	☐	☐	☐	☐
Überlege ich, wie ich von nun an solchen Situationen ausweichen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Denke ich, an mir liegt es nicht, dass es dazu gekommen ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Möchte ich am liebsten einfach weglaufen.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

24. Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie dabei bitte jeweils das Antwortkästchen, welches Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

	Diese Aussage ist:					
	Sehr Falsch	Falsch	Eher Falsch	Eher Richtig	Richtig	Sehr Richtig
Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zufällige Ereignisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt alleine von mir und meinem Verhalten ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Pläne schmiede, bin ich mir ganz sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft einfach keine Möglichkeit, mich vor dem Pech zu schützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mehrdeutige Situationen mag ich nicht, da ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich bekomme, was ich will, so spielt Glück meistens auch eine Rolle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Menschen verhindern oft die Verwirklichung meiner Pläne.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich am besten selbst durch mein Verhalten vor Krankheiten schützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß oft nicht, wie ich meine Wünsche verwirklichen soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ob ich einen Unfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kenne viele Möglichkeiten, mich vor Krankheiten zu schützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

	Diese Aussage ist:					
	Sehr Falsch	Falsch	Eher Falsch	Eher Richtig	Richtig	Sehr Richtig
Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischen kommt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Um zu bekommen, was ich will, muss ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Wohlbefinden hängt in starken Maße vom Verhalten anderer Menschen ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in meiner Situation machen soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starken Maße von dem Verhalten anderer ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengung und meines persönlichen Einsatzes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und Wünsche bestimmt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

25. Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen, die Sie danach beurteilen sollen, wie häufig Sie die darin angesprochene Erfahrung gemacht bzw. Situationen erlebt haben. Ihre Aufgabe ist es, anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen nie, selten, manchmal, häufig oder sehr häufig gemacht bzw. erlebt haben. Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, vom heutigen Tag aus gesehen, vergangenen drei Monate und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die jeweilige Erfahrung gemacht haben.

Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

In den letzten 3 Monaten wie oft erlebt?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr Häufig
Zeiten, in denen ich dringend benötigte Erholung aufschieben muss.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bekomme zu wenig Anerkennung für das, was ich mache.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache zu viele Fehler, weil ich mit dem, was ich zu tun habe, überfordert bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe zu wenig Zeit, um meine alltäglichen Aufgaben zu erfüllen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich muss Aufgaben erledigen, die mir unsinnig erscheinen.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Meinungsverschiedenheit zwischen mir und anderen, die zu Spannungen führen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage.	☐	☐	☐	☐	☐
Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, das Vertrauen anderer zu gewinnen.	☐	☐	☐	☐	☐
Befürchtung, dass irgendwas Unangenehmes passiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Mir fehlen interessante Aufgaben, die meinen Tag ausfüllen.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich zu viel allein bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Situationen, in denen ich mich um eine gute Beziehung zu anderen bemühen muss.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich muss Aufgaben erledigen, die ich nicht gern mache.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

In den letzten 3 Monaten wie oft erlebt?

Nie Selten Manchmal Häufig Sehr Häufig

Ich habe Aufgaben zu erledigen, bei denen ich unter kritischer Beobachtung stehe.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Streit mit anderen, weil diese etwas anderes wollen als ich.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich sorgvolle Gedanken nicht unterdrücken kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen sich Termine so häufen, dass sie kaum zu bewältigen sind.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich mich zu viel um die Probleme der anderen kümmern muss.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann meine Aufgaben nur unzureichend erfüllen, obwohl ich mein Bestes gebe.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir sinnvoll erscheinen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich andere nicht enttäuschen darf.	☐	☐	☐	☐	☐
Kontakte mit anderen Personen, bei denen ich einen guten Eindruck hinterlassen muss.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde den Anforderungen bei meiner Arbeit nicht mehr gerecht.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Streit mit anderen, weil ich nicht so verhalte, wie andere es von mir erwarten.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich unter Termindruck/Zeitnot arbeiten muss.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich muss mich zu viel mit Problemen anderer beschäftigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich keine Möglichkeiten habe, mich mit anderen auszusprechen.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

In den letzten 3 Monaten wie oft erlebt?

Nie Selten Manchmal Häufig Sehr Häufig

Situationen, in denen es ganz allein von mir abhängt, ob ein Kontakt zu einem anderen Menschen zufriedenstellend verläuft.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe Aufgaben zu erfüllen, bei denen ich mich bewähren muss.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe Konflikte mit anderen, weil sie sich zu viel in meine Angelegenheiten einmischen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen ich von anderen Menschen isoliert bin.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich muss Verpflichtungen erfüllen, die ich innerlich ablehne.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich muss ständig aufs Neue für das Wohl anderer Menschen sorgen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, anderen zu gefallen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen ich nichts Sinnvolles zu tun habe.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen ich zu wenig Kontakt zu anderen Personen habe.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich muss Aufgaben erfüllen, die mit hohen Erwartungen verbunden sind.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe Auseinandersetzungen mit anderen Menschen die zu länger andauernden Konflikten führen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Für meinen Einsatz werde ich nicht angemessen belohnt.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

In den letzten 3 Monaten wie oft erlebt?

Nie Selten Manchmal Häufig Sehr Häufig

Ich muss Arbeiten machen, bei denen meine Fähigkeiten kaum zum Einsatz kommen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Situationen, in denen das Wohlergehen anderer davon abhängt, wie zuverlässig ich meine Arbeit mache.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe zu viele Aufgaben zu erledigen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen mir Kontakte zu anderen Menschen fehlen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe unnötigen Streit mit anderen Menschen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir Freude bereiten.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Obwohl ich mich bemühe, erfülle ich meine Aufgaben nicht so, wie es sein sollte.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen mit Freunde fehlen, mit denen ich etwas unternehmen kann.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

26. Auf den folgenden Seiten finden Sie Aussagen, die sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen könnten. Lesen Sie bitte jede Aussage aufmerksam durch und markieren Sie diejenige Antwort auf dem Fragebogen an, die Ihrer Ansicht am besten entspricht. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten.

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Ich bin nicht leicht beunruhigt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin für meine Umsicht und meinen gesunden Menschenverstand bekannt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich lasse mir lieber Entscheidungsmöglichkeiten offen, anstatt alles im Voraus zu planen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich selten einsam oder traurig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Im Umgang mit anderen befürchte ich häufig, dass ich unangenehm auffallen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unbekümmert und gleichgültig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich lasse mich selten zu übermäßig auf etwas ein.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so dass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe in meinem Leben schon manche Dummheit gemacht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin leicht zu erschrecken.	☐	☐	☐	☐	☐
Staatsbürgerliche Pflichten, beispielsweise zur Wahl gehen, nehme ich nicht sehr ernst.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin ein Mensch mit ausgeglichenem Temperament.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Manchmal bin ich nicht so verlässlich oder zuverlässig wie ich sein sollte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin selten verlegen, wenn ich unter Leuten bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schwierigkeiten meinen Begierden zu widerstehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich verträgle eine Menge Zeit, bevor ich mit meiner Arbeit beginne.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich fähig, die meisten meiner Probleme zu bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke gründlich über etwas nach, bevor ich eine Entscheidung treffe.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte mich auf dem Laufenden und treffe gewöhnlich intelligente Entscheidungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Man hält mich für einen leicht aufbrausenden, temperamentvollen Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin kein sehr systematisch vorgehender Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin selten traurig oder deprimiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich begleiche meine finanziellen Verpflichtungen prompt und vollständig.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal war mir etwas so peinlich, dass ich mich am liebsten versteckt hätte.	☐	☐	☐	☐	☐
Anstrengungen, einen gesunden Lebenswandel zu führen, halte ich für gewöhnlich nur ein paar Tage durch.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe wenig Schwierigkeiten, Versuchungen zu widerstehen.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal als ob ich zusammenbreche.	☐	☐	☐	☐	☐
Gelegentlich handle ich zuerst und denke dann erst darüber nach.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich komme häufig in Situationen, auf die ich nur unzureichend vorbereitet bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Man hält mich nicht für eine reizbare oder leicht erregbare Person.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich lasse gerne alles an seinem Platz, damit ich weiß, wo es ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde manchmal ein tiefes Gefühl von Schuld und Sünde.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich für mich alleine spiele, kann es schon vorkommen, dass ich etwas schwinde.	☒	☐	☐	☐	☐
Es bringt mich nicht besonders in Verlegenheit, wenn andere mich verspotten und lächerlich machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich esse meist zu viel von meinen Lieblingsspeisen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schwierigkeiten, mich dazu zu bringen, das zu tun, was ich tun sollte.	☐	☐	☐	☐	☐
In Notsituationen bewahre ich einen kühlen Kopf.	☐	☐	☐	☐	☐
Bevor ich handle, überdenke ich grundsätzlich die möglichen Konsequenzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin selten beunruhigt über die Zukunft.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin stolz auf mein gesundes Urteilsvermögen.	☐	☐	☐	☐	☐
Häufig mag ich die Leute nicht, mit denen ich mich abgeben muss.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

76% ausgefüllt

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich neige dazu, mir Vorwürfe zu machen, wenn irgendetwas schief geht.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich nicht dazu berufen, in meinem Leben etwas Besonderes zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gebe selten meinen spontanen Gefühlen nach.	☐	☐	☐	☐	☐
Vorhaben, die ich einmal begonnen habe, bringe ich auch fast immer zu Ende.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich oft schwer entschließen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich handle oft ganz spontan.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin häufig beunruhigt über Dinge, die schief gehen können.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass ich mit nichts richtig Erfolg habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Es muss schon viel geschehen, damit ich aus der Fassung gerate.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich neige dazu, etwas zu anspruchsvoll oder genau zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte nicht viel von mir selbst.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich befolge strikt meine ethischen Prinzipien.	☐	☐	☐	☐	☐
In Gegenwart meiner Chefs oder anderen Autoritäten fühle ich mich wohl.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich strebe danach, alles mir Mögliche zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal esse ich, bis mir schlecht wird.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

78% ausgefüllt

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Wenn ein Vorhaben sich als zu schwierig erweist, neige ich dazu, etwas Neues anzufangen.	☐	☐	☐	☐	☐
In Krisensituationen habe ich mich selbst ziemlich gut im Griff.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich treffe nur selten voreilige Entscheidungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe weniger Ängste als die meisten anderen Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin eine in vielem kompetente Person.	☐	☐	☐	☐	☐
Verschiedentlich bin ich verärgert und verbittert gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin beim Putzen nicht pingelig.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal erscheint mir alles düster und hoffnungslos.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich versuche, Aufgaben sehr sorgfältig auszuführen, so dass sie nicht noch einmal erledigt werden müssen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich einer Person etwas Falsches gesagt oder angetan habe, kann ich es kaum ertragen, ihr nochmal zu begegnen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei allem was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal handle ich aus einem spontanen Gefühl heraus und bereue es später.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt so viele kleine Aufgaben zu erledigen, dass ich sie manchmal einfach alle liegenlasse.	☐	☐	☐	☐	☐
Auch wenn alles schief zu gehen scheint, kann ich immer noch gute Entscheidungen treffen.	☐	☐	☐	☐	☐
Reisen plane ich sehr sorgfältig im Voraus.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal kommen mir furchterregende Gedanken in den Sinn.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich arbeite zielstrebig und effektiv.	☐	☐	☐	☐	☐
Selbst kleinere Ärgernisse können mich frustrieren.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

80% ausgefüllt

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Ich verbringe viel Zeit damit, nach Dingen zu suchen, die ich verlegt habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich muss schon wirklich krank sein, bevor ich einen Tag bei der Arbeit fehle.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn meine Bekannten dummen Unfug treiben, so ist mir das peinlich.	☐	☐	☐	☐	☐
Man könnte mich in gewisse Weise als arbeitssüchtig bezeichnen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin stets in der Lage, meine Gefühle unter Kontrolle zu halten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich besitze ein hohes Maß an Selbstdisziplin.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin gefühlsmäßig ziemlich stabil.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke zweimal nach, bevor ich eine Frage beantworte.	☐	☐	☐	☐	☐
Die meisten Menschen, die mir begegnen, sind mir wirklich sympathisch.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine sehr lebhafte Vorstellungskraft.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gehe Menschenansammlungen aus dem Weg.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin dominant, selbstsicher und durchsetzungsfähig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ohne starke Empfindungen wäre das Leben für mich uninteressant.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich arbeite und spiele in einer gemächlichen Art.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin ziemlich eingefahren in meinen Bahnen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin noch nie vor Freude wirklich in die Luft gesprungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass es Schüler oft nur verwirrt oder irreführt, wenn man sie Rednern zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Es macht mir nicht viel Spaß, mit anderen zu plaudern.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich versuche, mit meinen Gedanken bei der Realität zu bleiben, und vermeide Ausflüge ins Reich der Phantasie.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal kann ich mich nicht angemessen behaupten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erlebe selten starke Empfindungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich etwas mache, dann auch mit viel Elan.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde es interessant, ganz neue Freizeitbeschäftigungen zu erlernen und zu entwickeln.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal habe ich eine intensive Freude oder Ekstase erfahren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich meine, dass sich die Gesetze der Sozialpolitik ändern sollten, um den Bedürfnissen der sich ändernden Welt Rechnung zu tragen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin als eine herzliche und freundliche Person bekannt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe ein aktives und lebendiges Phantasieleben.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich ziehe es gewöhnlich vor, Dinge allein zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte oft eine führende Stellung in Gruppen, denen ich angehörte.	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist für mich wichtig, was ich den Dingen gegenüber empfinde.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich arbeite meist langsam, aber stetig.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich einmal irgendeinen Weg gefunden habe, etwas zu tun, dann bleibe ich auch dabei.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin kein gut gelaunter Optimist.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiösen Autoritäten achten sollten.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Viele Leute, halten mich für etwas kühl und distanziert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich längere Zeit alleine gewesen bin, habe ich ein starkes Bedürfnis, mit anderen Leuten zusammen zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Versammlungen überlasse ich das Reden gewöhnlich anderen.	☐	☐	☐	☐	☐
Meinen momentanen Gefühlen widme ich selten viel Aufmerksamkeit.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft das Gefühl, vor Energie überzuschäumen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal sprudele ich vor Glück über.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass die Wertvorstellungen in fremden Gesellschaften für die Menschen dort richtig sein können.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich konzentriere mich gerne auf einen Tagtraum oder eine Phantasie, um deren Entwicklungsmöglichkeiten zu erkunden und sie wachsen und gedeihen zu lassen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bevorzuge Arbeiten, die ich alleine und ohne von anderen gestört zu werden erledigen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Menschen erwarten oft von mir, dass ich die Entscheidungen treffe.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erlebe einen weiten Bereich verschiedener Gefühle und Empfindungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich reagiere nicht so schnell und lebhaft wie andere.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich ziehe es vor, meine Zeit in vertrauter und bekannter Umgebung zu verbringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass die Treue zu den eigenen Idealen und Prinzipien	☐	☐	☐	☐	☐

88% ausgefüllt

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
Ich finde es leicht zu lächeln und mit Fremden gut auszukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich das Gefühl habe, dass meine Gedanken in Tagträumereien abschweifen, werde ich gewöhnlich geschäftig und beginne, mich statt dessen auf eine Arbeit oder Aktivität zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Lieber würde ich an einem sehr belebtem Strand als in einer einsamen Waldhütte Urlaub machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Lieber würde ich meinen eigenen Weg gehen, als eine Gruppe anzuführen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache gewöhnlich den Eindruck, in Eile zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal mache ich Veränderungen in meinem Zuhause einfach nur, um etwas Neues auszuprobieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin aufgeschlossen und tolerant für die Lebensgewohnheiten anderer Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Zu meinen Freunden habe ich starke gefühlsmäßige Bindungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Als Kind hatte ich selten Spaß an Spielen, bei denen ich schauspielern musste.	☐	☐	☐	☐	☐
Gesellige Zusammenkünfte finde ich meistens langweilig.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Unterhaltungen rede ich selbst am meisten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde es leicht, mich einzufühlen, also das nachzuempfinden, was andere fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich führe ein hektisches Leben.	☐	☐	☐	☐	☐
Im Urlaub fahre ich am liebsten wieder an einen bereits bekannten und bewährten Ort.	☐	☐	☐	☐	☐

Ich benutze selten Worte

90% ausgefüllt

	Starke Ablehnung	Ab- lehnung	Neutral	Zu- stimmung	Starke Zustimmung
An den Menschen, mit denen ich zusammenarbeite, bin ich auch persönlich interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hätte Schwierigkeiten, meine Gedanken ohne Kontrolle ziellos umherschweifen zu lassen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mag Partys mit vielen Leuten.	☐	☐	☐	☐	☐
Es fällt mir schwer, eine führende Rolle zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ungewöhnliche Dinge wie bestimmte Gerüche oder die Namen ferner Länder könne starke Stimmungen in mir erzeugen	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin ein sehr aktiver Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich irgendwo hinfahre nehme ich stets eine bewährte Route.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass die „neue Moral“ der Freizügigkeit überhaupt keine Moral ist.	☐	☐	☐	☐	☐

27. Wurde bei Ihnen jemals eine psychiatrische Diagnose gestellt?

☐ Nein

☐ Ja, welche

☐ Möchte ich nicht beantworten

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

Hinweis

Die folgenden Fragen dienen der Erfassung traumatischer Ereignisse in Ihrer Vergangenheit. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fragen eventuell belastende Themen beinhalten und daher negative Gefühle auslösen könnten.

Falls Ihnen Fragen zu nahe gehen, steht Ihnen die Möglichkeit offen, einzelne oder mehrere Fragen auszulassen.

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

Dominik Hiesl, Monika Emich, Melanie Madl, Universität Wien – 2014

28. Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Markieren Sie dazu bitte für jede Frage den Punkt, welcher am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

	Trifft auf mich zu...				
	stimme überhaupt nicht zu	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
Als ich aufwuchs...					
...hatte ich nicht genug zu essen.	☐	☐	☐	☐	☐
...wußte ich, daß sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	☐	☐	☐	☐	☐
...bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „häßlich“.	☐	☐	☐	☐	☐
...waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	☐	☐	☐	☐	☐
...gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
...mußte ich dreckige Kleidung tragen.	☐	☐	☐	☐	☐
...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
...glaubte ich, daß meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	☐	☐	☐	☐	☐
...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, daß ich zum Arzt oder ins Krankenhaus mußte.	☐	☐	☐	☐	☐
...gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.	☐	☐	☐	☐	☐
...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, daß ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	☐	☐	☐	☐	☐
...wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	☐	☐	☐	☐	☐
...gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht.	☐	☐	☐	☐	☐
...sagten Personen aus meiner Familie verletzend oder beleidigende Dinge zu mir.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, ich bin körperlich mißhandelt worden, als ich aufwuchs.	☐	☐	☐	☐	☐
...hatte ich eine perfekte Kindheit.	☐	☐	☐	☐	☐
...wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, daß es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück

Befragung unterbrechen

Weiter

	Trifft auf mich zu...				
	stimme überhaupt nicht zu	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
Als ich aufwuchs...					
...hatte ich das Gefühl, es haßte mich jemand in meiner Familie.	☐	☐	☐	☐	☐
...fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	☐	☐	☐	☐	☐
...versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	☐	☐	☐	☐	☐
...drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	☐	☐	☐	☐	☐
...hatte ich die beste Familie der Welt	☐	☐	☐	☐	☐
...versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	☐	☐	☐	☐	☐
...belästigte mich jemand sexuell.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) mißbraucht worden, als ich aufwuchs.	☐	☐	☐	☐	☐
...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, ich bin sexuell mißbraucht worden, als ich aufwuchs.	☐	☐	☐	☐	☐
...war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.	☐	☐	☐	☐	☐
...geschahen unerwartete und unvorhersehbare Dinge in meiner Familie.	☐	☐	☐	☐	☐
...waren meine Eltern (Stiefeltern) oder andere Personen aus meiner Familie unberechenbar.	☐	☐	☐	☐	☐
...befürchtete ich, daß meine Familie jederzeit auseinanderbrechen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
...konnte ich mich in meiner Familie nicht sicher fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
...wechselten die Mitglieder meiner Familie.	☐	☐	☐	☐	☐
...konnte ich mich auf Personen aus meiner Familie nicht verlassen.	☐	☐	☐	☐	☐

Zurück
Weiter

Befragung unterbrechen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Einladung zum SoSci Panel

Liebe Teilnehmerin,
lieber Teilnehmer,

das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** würde Sie gerne zu weiteren wissenschaftlichen Befragungen einladen. Das Panel achtet Ihre Privatsphäre, gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter und wird Ihnen pro Jahr maximal vier Einladungen zu qualitativ hochwertigen Studien zusenden.

E-Mail:

[Am Panel teilnehmen](#)

Sie erhalten eine Bestätigungsmail, bevor Ihre E-Mail-Adresse in das Panel aufgenommen wird (Double Opt-In). So wird sichergestellt, dass niemand außer Ihnen Ihre E-Mail-Adresse einträgt.

Der Fragebogen, den Sie gerade ausgefüllt haben, wurde gespeichert. Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang Lebenslauf

Name	Dominik Hiesl	
Persönliche Daten	Geburtsdatum: 21.05.1990	
	Geburtsort: Linz	
	Familienstand: Ledig	
Schulbildung		
Juni 2008	Matura am Bundesgymnasium Dr. Schauerstraße Wels	BG/BRG Dr. Schauer Straße <i>Dr. Schauerstraße 9</i> <i>4600 Wels</i>
Juli 2006 ñ Juni 2007	Austauschjahr in Neuseeland am St. Bedes College	St. Bedes College <i>210 Main North Road</i> <i>8542 Christchurch (NZL)</i>
Zivildienst		
Oktober 2008 ñ Juni 2009	Zivildienst im Alten- und Pflegeheim Lambach	Bezirksaltenheim Lambach <i>Karl-Köttl-Straße 1</i> <i>4650 Lambach</i>
Aktuelle Ausbildung		
Oktober 2009	Beginn des Diplomstudiums Psychologie an der Universität Wien	Fakultät für Psychologie der Universität Wien <i>Liebiggasse 5</i> <i>1010 Wien</i>
März 2014	Beginn des psychotherapeutischen Propädeutikums	HOPP Universität Wien <i>Währinger Straße 67/17</i> <i>1090 Wien</i>

Praktische Erfahrungen

Dezember 2010 sowie Dezember 2011	Mitarbeit an einer Kundenstromanalyse in einer IKEA-Filiale	Ikea Einrichtungshaus <i>Ikea-Platz 1</i> <i>4053 Haid</i>
Juni ñ August 2014	Praktikum bei der AAP im Bereich der Verkehrs- und Waffendiagnostik	AAP Wien <i>Mariahilfergürtel 37/5</i> <i>1150 Wien</i>
Dezember 2014 ñ Juli 2015	Böhmer-Laufer- Psychosoziales Praktikum (BLPP)	Maimonides-Zentrum <i>Simon-Wiesenthal-Gasse 5</i> <i>1020 Wien</i>
Oktober 2015 ñ März 2016	Ambulanzassistent an der SFU-Ambulanz	SFU-Ambulanz <i>Salztorgasse 5/1</i> <i>1010 Wien</i>

Fortbildungen

Februar - März 2014	Fortbildung im Bereich der Gerontopsychologie
März 2014	Fortbildung im Bereich der Kriminalpsychologie

Sprachkenntnisse

Deutsch	Muttersprache
Englisch	Sehr gute Kenntnisse
Französisch und Latein	Gute Kenntnisse