



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Wer steckt hinter der Roten Nase?
Emotionale Fähigkeiten von Gesundheitsclowns“

verfasst von / submitted by

Franziska Aigner, BSc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfillment of the requirements for the
degree of

Master of Science, MSc.

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Gabriela Markova

„Alles was außen sichtbar wird, wuchs in einem Innern.“ Nein, die rote Nase wächst niemandem einfach so ins Gesicht. Sie ist Ausdruck einer Haltung, eines persönlichen Reifeprozesses. So danke ich allen roten Nasen nicht nur für die Beteiligung an dieser Forschungsarbeit, sondern, dass sie ihre Talente und ihre Persönlichkeit für ihren so wertvollen Einsatz in den Kliniken einsetzen. Der gleiche Dank gebührt den Frauen und Männern in den Pflegeberufen, die selten rote Nasen und nicht immer weiße Kittel tragen, für ihren anstrengenden, nicht weniger bedeutenden Dienst und die Zeit, die sie sich für die Beteiligung an dieser Umfrage genommen haben.

Ich möchte allen danken, die mich während meiner Studienzeit begleitet und unterstützt haben. Meinen Freunden, Kommilitonen, meinen Mitbewohnern und meiner Familie, die diese wunderbare Zeit zu einer unvergesslichen und lehrreichen gemacht haben.

Mein besonderer Dank gilt Mag. Dr. Gabriela Markova für ihre engagierte fachliche Unterstützung, die mir jederzeit zur Beantwortung meiner Fragen und mit gutem Rat zur Seite stand.

Inhaltsverzeichnis

Abstract/ Zusammenfassung	5
1. Einleitung	6
2. Theoretische Annäherung	8
2.1. Anforderungen und Qualitäten von Gesundheitsclowns	10
2.2. Emotionale Fähigkeiten von Pflegepersonal im Vergleich	11
2.3. Relationen zwischen den Konstrukten	14
2.4. Humor	15
2.5. Coping	17
2.6. Empathie und ToM – begriffliche Abgrenzung	19
3. Zielsetzung der Studie und Hypothesen	19
4. Untersuchungsdesign und Methode	21
4.1. Untersuchungsablauf	21
4.2. Deskriptive Statistik	22
4.3. Beschreibung der Messinstrumente	25
4.3.1. Humor Styles Questionnaire	26
4.3.2. Coping Humor Scale	26
4.3.3. Brief-COPE German	27
4.3.4. Interpersonal Reactivity Index	27
4.3.5. Reading the Mind in the Eye Test	29
4.4. Reliabilitätsanalysen	29
5. Ergebnisse	32
6. Interpretation der Ergebnisse und Diskussion	41
Literaturverzeichnis	47
Tabellenverzeichnis	52
Anhang	53
Eidesstattliche Erklärung	83
Curriculum Vitae	85

Abstract/ Zusammenfassung

Clowning in health-care settings involves special cognitive and emotional requirements and challenges, such as empathy or the ability to find something cheerful and bright in a difficult situation. For the first time it was investigated, if clown doctors differ from nurses and a general population regarding their empathy, their humor styles and their way of coping with difficult situations. Data was collected via online survey, providing a sample of 43 nurses, 39 clown doctors and 58 participants of a general population. ToM-ability was measured through the *Reading the Mind in the Eyes* Test, empathy was assessed by the IRI (Interpersonal Reactivity Index), humor styles by the HSQ (Humor Styles Questionnaire), coping strategies by the Brief COPE and the use of the coping strategy humor was measured with the CHS (Coping Humor Scale).

Results showed that clown doctors achieved significantly higher scores than nurses in the *Reading the Mind in the Eyes* Test. Nurses reached significantly lower levels than the general population regarding the ToM-ability. Clown doctors showed significantly higher scores than nurses in the scale “fantasy” (IRI) and significantly lower levels than the general population regarding the scale “emotional distress” (IRI). Furthermore group differences in the use of affiliative, self-enhancing and aggressive humor could be noted. Especially the fact that different results concerning the use of the coping strategy humor were found, suggests further research. It can be noted that clown doctors differ in certain emotional abilities from nurses and a general population.

Gesundheitsclown zu sein geht mit bestimmten kognitiven und emotionalen An- und Herausforderungen einher, wie z.B. einer hohen Empathiefähigkeit sowie der Fähigkeit, schwierigen Situationen etwas Heiteres und Leichtes abzugewinnen. Erstmalig wurde untersucht, ob sich Gesundheitsclowns hinsichtlich ihrer Empathiefähigkeit, ihres Humorstils, sowie der Art und Weise, mit Schwierigkeiten umzugehen, von Pflegekräften und der Normalbevölkerung (NBV) unterscheiden. Es konnten Daten, die anhand eines Onlinefragebogens erhoben wurden, von 43 Pflegekräften, 39 Gesundheitsclowns und 58 Personen aus der NBV untersucht werden. Es wurde die ToM-Fähigkeit mittels des *Reading the Mind in the Eyes* Test, die Empathiefähigkeit anhand des Interpersonal Reactivity Index (IRI), Humorstile mittels des Humor Styles Questionnaire (HSQ), Copingstrategien anhand des Brief-COPE und

die Verwendung der Copingstrategie Humor mittels des Coping Humor Scale (CHS) erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass Gesundheitsclowns im *Reading the Mind in the Eyes* Test signifikant besser abschnitten als das Pflegepersonal. Letzteres erreichte im Vergleich zur NBV signifikant niedrigere Werte hinsichtlich der ToM-Fähigkeit. Gesundheitsclowns erreichten in der Skala „Fantasie“ (IRI) signifikant höhere Werte als Pflegepersonen und in der Skala „empathischer Distress“ (IRI) signifikant niedrigere Werte als die NBV. Es konnten außerdem Unterschiede hinsichtlich des Einsatzes von sozialem, selbstaufwertendem und aggressivem Humor zwischen den Gruppen gefunden werden. Es bedarf weiterer Forschung, da es in Bezug auf die Verwendung der Copingstrategie Humor in dieser Studie zu unterschiedlichen Ergebnissen kam. Es kann festgehalten werden, dass sich Gesundheitsclowns hinsichtlich bestimmter emotionaler Fähigkeiten von Pflegekräften und von der NBV unterscheiden.

1. Einleitung

Drei Dinge helfen, die Mühseligkeiten des Lebens zu tragen: die Hoffnung, der Schlaf und das Lachen (Immanuel Kant).

In einer Gesundheitseinrichtung von einem sogenannten Gesundheitsclown (z.B. von den „Roten Nasen“) als Kind, Erwachsener oder ältere Person besucht zu werden, gilt mittlerweile fast überall auf der Welt als eine anerkannte Methode, die den Heilungsprozess unterstützen soll, positive Gefühle hervorrufen oder eine angenehmere Atmosphäre im Klinikalltag schaffen soll (Dionigi, Ruch, & Platt, 2014; Ruch, W. Platt, T., Hofmann, J., Auerbach, S. & Dionigi, 2013). Bemerkenswert ist, dass die (psychologische) Forschung wenig Aufmerksamkeit den Gesundheitsclowns selbst schenkte. Es gibt einzelne wenige Studien, die sich mit ihnen beschäftigten, die jedoch einige Nachteile aufweisen, da sie meist qualitativer Natur sind oder nur an kleinen Stichproben durchgeführt wurden (Dionigi & Canestrari, 2016; Linge, 2008). Ziel dieser Studie ist es, eine quantitative Untersuchung im deutschsprachigen Raum an den Gesundheitsclowns selbst durchzuführen. Denn es scheint essentiell die Clowns selbst zu untersuchen, um dann Auswirkungen ihrer Arbeit genauer verstehen zu können.

Diese Gesundheitsclowns unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von Zirkusclowns oder ähnlichen Clowns (Dionigi et al., 2014). Gesundheitsclown zu sein geht mit ganz

bestimmten An- und Herausforderungen einher (Dionigi et al., 2014). Einzig und allein ein guter Künstler oder eine gute Künstlerin zu sein, reicht nicht aus (Dionigi et al., 2014). Gesundheitsclowns müssen sich dem Krankenhaussetting, ihrer Umgebung und dem jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin anpassen und mit einer Bandbreite an Emotionen und schwierigen Situationen umgehen können (Dionigi, Flangini, & Gremigni, 2012; Linge, 2008). Ein Aspekt dieser Arbeit ist es zu untersuchen auf welche Art und Weise Gesundheitsclowns mit diesen stressvollen Situationen umgehen, welche Copingstrategien sie einsetzen. Zusätzlich soll die Copingstrategie Humor genauer untersucht werden. Humor ist zwar kein Alleinstellungsmerkmal von (Gesundheits-)Clowns, aber sie nutzen diesen als eine Art Werkzeug, mit dem sie gezielt arbeiten (Linge, 2008). Humor wird eingesetzt, um Patienten und Patientinnen zu helfen. Interessant dabei ist die Frage, ob Gesundheitsclowns Humor auch einsetzen, um mit schwierigen Gegebenheiten umzugehen - ob sich die Clowns auch mit der gleichen Methode selbst in schwierigen Situationen helfen?

Da Humor die essentielle Methode ist, mit der Gesundheitsclowns arbeiten, erscheint es ebenso wichtig den Humor der Clowns zu untersuchen. Vor allem in Hinblick auf die Tatsache, dass man zwischen adaptiven und maladaptiven Humorstilen unterscheidet (Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray, & Weir, 2003), wird in dieser Studie untersucht zu welchen Humorstilen die Gesundheitsclowns tatsächlich neigen.

Als Gesundheitsclown zu arbeiten bedeutet fokussiert zu arbeiten, das Umfeld zu erheitern und zum Lachen zu bringen (Ruch, Platt, Hofmann, Auerbach & Dionigi, 2013). Eine hohe Empathiefähigkeit und Intuition im Umgang mit Patienten und Patientinnen zu haben, ist dabei Voraussetzung und Kompetenz zugleich (Auerbach, Hofmann, Platt, & Ruch, 2014; Ruch, Platt, Hofmann, Auerbach & Dionigi, 2013). Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist demnach, v.a. die Empathiefähigkeit der Gesundheitsclowns erstmalig quantitativ zu untersuchen und zu vergleichen. Da das Pflegepersonal in einer Gesundheitseinrichtung einen alltäglichen Umgang mit den Patienten und Patientinnen hat, und somit ebenfalls Einfluss auf diese hat, z.B. hinsichtlich ihrer Genesung oder hinsichtlich der Klinikatmosphäre (Dal santo, Pohl, Saiani, & Battistelli, 2013), wird diese Berufsgruppe in der vorliegenden Studie, zusätzlich zu einer Gelegenheitsstichprobe, als Vergleichsstichprobe herangezogen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es das übergeordnete Ziel der vorliegenden Studie ist, mehr über die Gesundheitsclowns selbst zu erfahren und ihre Empathiefähigkeit, ihre Humorstile sowie Copingstrategien quantitativ zu untersuchen und u.a. mit Pflegekräften zu vergleichen. Es gilt herauszufinden, wer hinter der „roten Nase“ steckt.

In dieser Arbeit werden Anforderungen und Qualitäten von Gesundheitsclowns theoretisch beleuchtet und emotionale Fähigkeiten von Pflegern und Pflegerinnen dargestellt. Anschließend werden die drei erhobenen Konstrukte (Empathie, Humor und Coping) kurz erklärt und untereinander in Zusammenhang gebracht.

Im empirischen Teil wird, die für diese Arbeit durchgeführte Untersuchung vorgestellt. Dabei sollen Methodik, Stichprobe und schließlich Ergebnisse genau dargestellt werden. Anschließend sollen diese Ergebnisse interpretiert und diskutiert werden.

2. Theoretische Annäherung

In letzter Zeit untersuchen Studien vermehrt die Wirksamkeit der Arbeit von Gesundheitsclowns (Dionigi & Canestrari, 2016). So wurden und werden v.a. Kinder untersucht, die in Krankenhäusern Kontakt zu diesen Clowns haben (Dionigi & Canestrari, 2016). Zunehmendes Forschungsinteresse scheint der Erforschung von erwachsenen Patienten und Patientinnen (u.a. im geriatrischen Bereich) zuzukommen, die von Gesundheitsclowns besucht werden (Dionigi & Canestrari, 2016). Ein weiteres Feld in diesem Gebiet widmet sich den Auswirkungen auf sogenannte Beobachter oder Beobachterinnen, also Angehörige (z.B. Eltern) und das Klinikpersonal, und der Frage in wie weit diese Veränderungen bei den Patienten und Patientinnen wahrnehmen, oder ob die Clowns bei ihnen selbst Freude und Leichtigkeit verbreiten können (Dionigi & Canestrari, 2016).

Generell kann festgehalten werden, dass die Gesundheitsclowns eine positive Wirkung auf die Patienten und Patientinnen selbst, aber auch auf deren Umfeld haben (Dionigi & Canestrari, 2016). Durch Humor und Beziehungsangebot helfen sie den Patienten und Patientinnen für einen Moment ihrer Situation zu entfliehen, verbreiten Lachen, vermindern Schmerzen und unterstützen so den Heilungsprozess (Dionigi &

Canestrari, 2016). Clowninterventionen rufen positive Gefühle hervor, steigern das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen, verringern psychologische Krankheitserscheinungen und emotionale Reaktionen und führen zu einer Reduktion an negativen Emotionen, wie z.B. Angst und Stress (Dionigi & Canestrari, 2016).

Wenig Beachtung wurde in der (psychologischen) Forschung den Clowns selbst geschenkt. Man weiß wenig über die psychologischen Charakteristika eines Gesundheitsclowns (Dionigi & Canestrari, 2016). Dabei scheint es essentiell zu sein genau dies zu untersuchen. Diese Arbeit stellt eine Annäherung an diese Thematik dar. Um verstehen zu können, warum Clowninterventionen wirken, sollte zunächst verstanden werden, was diese Clowns ausmacht, was sie für besondere Qualitäten mitbringen, die sie vom üblichen Klinikpersonal unterscheiden.

Da das Pflegepersonal in einen ähnlichen Setting und mit dem gleichen Klientel arbeitet, es jedoch eine ganz andere „Mission“ und außerdem einen viel alltäglicheren Umgang mit den Patienten und Patientinnen hat, scheint es essentiell zu sein diese Berufsgruppe und deren emotionale Fähigkeiten und Stressoren zu betrachten. Es konnte gezeigt werden, dass Pflegepersonen vielen stressvollen und belastenden Situationen ausgesetzt sind: angefangen vom Schichtdienst bis hin zu Gesprächen und Interaktionen mit schwerkranken Personen und deren Angehörigen (Zyga et al., 2016). Es ist anzunehmen, dass auch Gesundheitsclowns (v.a. in Bezug auf die Interaktionen mit Schwerkranken) ähnlichen Stressoren ausgesetzt sind. Es stellt sich die Frage, ob diese beiden Berufsgruppen auch auf ähnliche Art und Weise mit diesen Stressoren umgehen. Auf den ersten Blick scheint es nur die humoristische Mission zu sein, die Gesundheitsclowns vom Pflegepersonal unterscheidet. Humor spielt jedoch eine wichtige Rolle in fast allen zwischenmenschlichen Beziehungen (Yip & Martin, 2006). So ist anzunehmen, dass er auch ein Aspekt in der Interaktion zwischen Pflegepersonen und Patienten und Patientinnen ist. Unterscheiden sich womöglich Pflegepersonen und Gesundheitsclowns in ihrer Art Humor auszudrücken? Laut Martin et. al. (2003) haben unterschiedliche Humorstile u.a. einen unterschiedlichen Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden. Ist es die Art des Humors, die Gesundheitsclowns von anderem Klinikpersonal unterscheidet?

Weiter werden ähnliche Fähigkeiten von beiden Berufsgruppen erwartet: Aufmerksamkeit, Fürsorglichkeit und Empathie gegenüber den Patienten und Patientinnen und Angehörigen (Auerbach, Ruch, & Fehling, 2016). Beide

Berufsgruppen bieten Beziehung an, müssen sich immer wieder und recht schnell auf neue Bedürfnisse einlassen und situationsgerecht auftreten und handeln (Auerbach et al., 2016). Da Pflegepersonen jedoch einen viel alltäglicheren Umgang mit den Patienten und Patientinnen haben und v.a. den pflegerischen Aufgaben nachgehen müssen, stellt sich die Frage, ob sie sich hinsichtlich dieser Fähigkeiten (z.B. Empathie) von den Gesundheitsclowns unterscheiden.

2.1. Anforderungen und Qualitäten von Gesundheitsclowns

Von Gesundheitsclowns wird neben den künstlerischen, unterhaltenden und aufmunternden Fähigkeiten noch Einiges mehr erwartet. So wie es Ford, Courtney-Pratt, Tesch und Johnson (2014) betiteln sind sie „*more than just clowns*“ (S.286). Bei Trainings für (angehende) Clowns, werden nicht nur artistische Fähigkeiten gelehrt, sondern auch Strategien, um mit den speziellen psychologischen Themen, mit denen ein Gesundheitsclown bei seiner Arbeit konfrontiert ist, umzugehen (Brown et al., 2014; Dionigi, Flangini, & Gremigni, 2013;). Clown in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung zu sein, erfordert eine bestimmte Art, mit Patienten, Patientinnen, Beobachtern, Beobachterinnen und mit dem Klinikpersonal zu interagieren, da eine Bandbreite an medizinischen und emotionalen Aspekten zu berücksichtigen ist und dennoch eine therapeutische Beziehung aufgebaut werden soll (Dionigi & Canestrari, 2016). Bestimmte persönliche Qualitäten, wie beispielsweise Empathie, emotionale Intelligenz, Intuition, sowie der Respekt vor der Krankheit eines Patienten oder einer Patientin und vor den damit verbundenen psychologischen Komponenten werden von einem Gesundheitsclown erwartet (Dionigi & Canestrari, 2016; Naranjo et al., 2014).

Wie bereits erwähnt, konzentrierte sich die Forschung v.a. auf die Effekte von Gesundheitsclowns, ohne näher auf die psychologischen Charakteristika dieser Clowns einzugehen. Einige wenige Pilotstudien wurden jedoch meist nur auf Grundlage kleiner Stichproben oder an Clowns einer bestimmten Organisation durchgeführt, d.h. die Clowns durchliefen die gleichen Trainings und arbeiteten nach dem gleichen Modell (Dionigi & Canestrari, 2016). Ein weiterer Nachteil einiger dieser Studien ist die qualitative Herangehensweise (Linge, 2008).

Betrachtet man diese Studien, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass an Gesundheitsclowns bestimmte Anforderungen gestellt werden, wie beispielsweise

ein empathischer und respektvoller Umgang mit den Patienten und Patientinnen oder die Fähigkeit schwierigen, angespannten Situationen etwas Leichtes und Lustiges abzugewinnen (Nuttman-Shwartz et al., 2010; Dionigi & Canestrari, 2016). In diesen schwierigen Situationen unterhaltsam zu sein und die Patienten und Patientinnen zum Lachen zu bringen wurde von den Gesundheitsclowns als große Herausforderung beschrieben (Nuttman-Shwartz et al., 2010). Verschiedene Stressoren, wie die Konfrontation mit schwer Kranken, deren Angehörigen und den damit verbundenen emotionalen Schwierigkeiten, aber auch Stressoren des Klinikalltags, wie z.B. Interaktion und Absprachen mit dem Klinikpersonal oder eventuelle fehlende Wertschätzung der Clownintervention, scheinen eine Rolle für diese Berufsgruppe zu spielen (Nuttman-Shwartz et al., 2010). Außerdem wurden spezielle Herausforderungen genannt, wie z.B. das Hineinversetzen in die Clownrolle (Dionigi et al., 2014).

Eine Möglichkeit mit diesen Anforderungen umgehen zu können, scheint die Arbeit im Team zu sein, da hier z.B. organisatorische, künstlerische oder belastende Themen (nach-) besprochen werden können (Linge, 2008). Nuttman-Shwartz et al. (2010) empfehlen außerdem die Inanspruchnahme von Supervision, die die Gesundheitclowns dabei unterstützen kann mit Anforderungen des Klinikalltags besser – insbesondere in Bezug auf schwierige Patienten oder Patientinnen - besser zurecht zu kommen.

2.2. Emotionale Fähigkeiten von Pflegepersonal im Vergleich

Um die angenommenen einzigartigen Effekte einer humoristischen Clownintervention zu evaluieren, führten Auerbach, Ruch und Fehling (2016) eine Studie an erwachsenen Patienten und Patientinnen in einem Krankenhaus durch. Die Studie verdeutlicht die Gemeinsamkeiten von Pflegepersonal und Gesundheitsclowns, zeigt aber auch den einzigartigen Vorteil von Clowninterventionen auf: das Hervorrufen von positiven Emotionen (Auerbach et al., 2016). Sowohl das Pflegepersonal, wie auch die Clowns wurden als aufmerksam und fürsorglich wahrgenommen (Auerbach et al., 2016). Beide Interventionen wurden von den Patienten und Patientinnen in gleichem Maße positiv aufgenommen und führten zu einer Erhöhung der Erregung im Vergleich zur Baseline (Auerbach et al., 2016). Keine der Interventionen führte zu einer Veränderung bei den negativen Emotionen der Patienten und Patientinnen. Außerdem zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des emotionalen Zustands zwischen teilnehmenden und beobachtenden Personen (Auerbach et al., 2016). Eine Kombination

von allgemeiner Lustigkeit der Clowns und wahrgenommener Transzendenz war der beste Prädiktor für einen positiven Affekt (Auerbach et al., 2016).

Generell ist die Berufsgruppe Pflegepersonal weit besser untersucht, als die der Gesundheitsclowns und so weiß man einiges über deren emotionalen Fähigkeiten. Ein guter Arzt oder eine gute Ärztin, sowie ein guter Pfleger oder eine gute Pflegerin muss in der Lage sein, die Gefühle der Patienten und Patientinnen zu erfassen und sollte ihnen vermitteln können, dass sie verstanden werden (Weckert, 2011). Empathisch gegenüber Patienten und Patientinnen zu sein, wird vom medizinischen Personal, genauso wichtig für den Heilungserfolg eingeschätzt wie fachliche Kenntnisse (Weckert, 2011). Es ist allerdings bekannt, dass die Empathiefähigkeit während der Ausbildung in Gesundheitsberufen nach und nach abnimmt (Weckert, 2011). Die Empathie der Pflegekräfte leistet beispielsweise einen wichtigen Beitrag dafür, dass sich die Patienten und Patientinnen an die Behandlung halten und wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit mit der Betreuung aus (Dal santo et al., 2013).

Es konnten fünf Hauptstressoren identifiziert werden, die die Zufriedenheit von Pflegekräften beeinflussen: mangelnder Informationsaustausch, Arbeitsanforderungen, berufliche Weiterbildungen, Probleme mit Patienten oder Patientinnen und die Balance zwischen Berufs- und Privatleben (Rout, 2000). Außerdem sind Pflegekräfte ständig stressvollen Begebenheiten, wie Tod, Schmerz oder Trauer ausgesetzt, was dazu führen kann, dass die Produktivität sinkt und dass negative Emotionen entstehen können (Keller, 2009; Adib-Hajbaghery, Khamechian, & Alavi, 2012). Nicht zu unterschätzen sind stressvolle oder belastende Aspekte des Arbeitsumfeldes wie Personalmangel, Schichtdienst, mangelnde Unterstützung von Vorgesetzten oder Kollegen und Kolleginnen, Anwendung von Technologien, sowie Bedürfnisse und Forderungen der Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen (Zyga et al., 2016).

Es zeigt sich, dass Pfleger ähnlichen Stressoren wie Gesundheitsclowns ausgesetzt sind: v.a. in Bezug auf die Patienten und Patientinnen, schwierige Situationen, und die der Arbeitsumwelt. Hingegen werden zusätzliche Stressoren genannt, wie beispielsweise der Umgang mit Technologien oder der Personalmangel. Die Herausforderung in schwierigen Situationen lustig zu sein, scheint jedoch nur den Gesundheitsclowns zuzukommen. Wie gehen die Pflegekräfte mit all diesen Anforderungen um?

Laut Zyga (2016) werden in der Literatur viele verschiedene Copingstrategien, die von Pflegekräften eingesetzt werden, genannt. Dabei sind positives strategisches Vorgehen, positive Neubewertung, problemorientiertes Lösen, planmäßiges Herangehen und das Setzen von Prioritäten in der Arbeit die am häufigsten verwendeten Strategien (Zyga et al., 2016). Sich soziale Unterstützung zu suchen, ist ebenfalls eine Copingstrategie von Pflegekräften (Zyga et al., 2016). Weniger häufig eingesetzt werden hingegen emotionsorientierte Copingstrategien, wie Vermeidung, Humor, Ablehnung, Selbstbeschuldigung oder Verantwortungsübernahme (Zyga et al., 2016), wohingegen Selbstkontrolle in weniger Studien genannt wird (Zyga et al., 2016). Passive Strategien, wie z.B. sich auf Gott zu berufen, werden ebenfalls weniger häufig genannt (Zyga et al., 2016). Interessant für diese Arbeit ist insbesondere, dass es Hinweise darauf gibt, dass Humor von Pflegepersonal weniger häufig als Copingstrategie eingesetzt wird. Humor ist jedoch im Krankenhausalltag ein bedeutsames Kommunikationselement, dient als Copingstrategie für Patienten und Patientinnen wie auch für Angestellte und ist wichtig für die Beziehung zwischen Pflegekräften und Patienten und Patientinnen (vgl. Åstedt-Kurki, Isola, Tammentie, & Kervinen, 2001; Wanzer, Booth-Butterfield, & Booth-Butterfield, 2005).

Vielleicht nicht zuletzt deshalb gibt es Versuche, Pfleger und Pflegerinnen an Clownworkshops teilnehmen zu lassen. Verschiedene Studien beschäftigen sich mit den Effekten von Clowntrainings bei Pflegekräften, die noch in Ausbildung sind. Ziel dieser Clownworkshops war nicht die Vermittlung von technischen Fähigkeiten, sondern eine Verbesserung der emotionalen Intelligenz, Empathie und Kommunikationsfertigkeiten (Leef & Hallas, 2013; Nogueira-Martins, Lima-Costa, & Nogueira-Martins, 2014). Die beiden Studien führten zu ähnlichen Ergebnissen, nämlich dahingehend, dass Clownworkshops bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen zur Entwicklung der beruflichen Einstellungen, sowie der interpersonellen Kompetenzen beitrugen, wie beispielsweise einer Verbesserung im Zuhören oder Augenkontakthalten (Dionigi & Canestrari, 2016; Leef & Hallas, 2013; Nogueira-Martins, Lima-Costa, & Nogueira-Martins, 2014).

2.3. Relationen zwischen den Konstrukten

Die eben erwähnten emotionalen Fähigkeiten von Gesundheitsclowns sowie von Pflegekräften gilt es in dieser Arbeit genauer zu betrachten. Ein Aspekt dieser Arbeit ist es, zu untersuchen auf welche Art und Weise Gesundheitsclowns mit stressvollen Situationen umgehen. Zusätzlich soll die Copingstrategie Humor genauer untersucht werden. Da Humor die essentielle Methode ist, mit der Gesundheitsclowns arbeiten, werden zusätzlich die Humorstile von Gesundheitsclowns untersucht. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist es die Empathiefähigkeit der Gesundheitsclowns erstmalig quantitativ zu untersuchen und zu vergleichen.

Zunächst sollen alle untersuchten Konstrukte dieser Studie (Humor, Empathie/ToM und Coping) in einen Zusammenhang zueinander gebracht werden. Anschließend wird auf jedes der Konstrukte differenzierter eingegangen.

Eine Voraussetzung um Humor verstehen zu können, ist die Theory of Mind (ToM) (Howe, 2002). Demnach ist es bedeutsam, die eigenen Vorstellung, Erlebnisse oder Gedanken und die des Gegenübers wahrzunehmen und modifizieren zu können (Howe, 2002; Jung, 2003). Yip und Martin (2006) untersuchten den Zusammenhang zwischen Humorstilen, sozialen Kompetenzen und Emotionaler Intelligenz. In deren Studie zeigte sich, dass die Fähigkeit zur emotionalen Regulation positiv mit selbstaufwertendem Humor zusammenhängt. Außerdem zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Fähigkeit Emotionen akkurat wahrzunehmen und feindseligem und selbstabwertendem Humor. Hampes (2010) konnte folgende Zusammenhänge zwischen Humorstilen und Empathie zeigen: sozialer Humor korrelierte in dieser Studie positiv mit der Skala „Anteilnahme“ des IRI (Interpersonal Reactivity Index) von Davis (1980b), einem Selbstbeurteilungsinstrument zur Messung von Empathie (siehe unten). Selbstaufwertender Humor korrelierte positiv mit der Skala „Perspektivenübernahme“ und negativ mit „Empathischer Distress“. Feindseliger/aggressiver Humor korrelierte negativ mit „Perspektivenübernahme“, „Anteilnahme“ und „Empathischer Distress“ (Hampes, 2010). Hampes konnte keine signifikanten Zusammenhänge zwischen selbstabwertendem Humor und Empathie finden. Auch Martin und Dutrizac (2004) erforschten den Zusammenhang zwischen Humorstilen und Empathie. Sie konnten belegen, dass Personen mit selbstaufwertendem Humor mehr empathische Reaktionen bekommen und geben und dass Personen, die eher aggressiven/feindseligen Humor einsetzen weniger dieser Reaktionen bekommen und geben.

Hampes nahm an, dass Personen, die Humor zur Stressreduktion in Beziehungen einsetzen, es einfacher finden sollten, sich auf Gedanken und Gefühle anderer zu konzentrieren und somit empathischer sein dürften. Hampes konnte auch eine positive Korrelation zwischen der Coping Humor Scale und *Anteilnahme* („empathic concern“) zeigen (2001). „Empathic Concern“ ist nach Davis (1980a) das Ausmaß, inwieweit eine Person Mitgefühl oder Mitleid mit anderen hat, denen es schlecht geht. V.a. der soziale Aspekt von Humor hängt eng zusammen mit dem Wissen um Emotionen und deren Regulierung, was als Teil der Emotionalen Intelligenz (EI) angesehen wird (Yip & Martin, 2006). Auch als eine Methode, um mit Stress umzugehen, kann Humor als wichtiger Teil der Emotionsregulation gesehen werden, eine Komponente der EI (Yip & Martin, 2006).

Dass Humor eine mögliche Copingstrategie sein kann, wird in Kapitel 2.5. dargestellt.

Empathie erfordert ein moderates Erregungsniveau, sodass man sich auf die Bedürfnisse anderer einlassen kann und motiviert ist, auch nach den Bedürfnissen anderer zu handeln. Wohingegen ein erhöhtes Erregungsniveau (z.B. in einer Stresssituation), in persönlichem Distress enden könnte und somit Empathie und prosoziales Verhalten reduziert (Hoffman, 2000). Carlo et al. (2012) konnten in einer Studie zeigen, dass problemfokussiertes Coping mit höheren Empathiewerten korrelierte. Demgegenüber zeigte sich nur eine Tendenz, dass emotionsfokussiertes Coping eher mit niedrigeren Empathieausprägungen zusammenhängt.

2.4. Humor

Begrifflichkeiten, die im vorigen Abschnitt bereits genannt wurden und v.a. die drei erfassten Konstrukte dieser Arbeit, sollen nun ausführlicher dargestellt werden.

Humor ist ein grundlegender und wesentlicher Aspekt des Menschen, spielt in beinahe jeder sozialen Interaktion eine Rolle spielt und übt somit einen großen Einfluss auf das tägliche Leben aus (vgl. Flaherty & Lefcourt, 2002; Martin, 2007). Humor kann auf verschiedenste Weise definiert, verstanden und somit konzeptualisiert werden. Martin betont den sozialen Aspekt von Humor, den u.a. auch Wicki (2000) nennt. Martin (2007) versteht den Sammelbegriff Humor als ein komplexes Konstrukt, das genetisch verankert zu sein scheint und auf sozialer, emotionaler und kognitiver Ebene wichtige Funktionen erfüllt. Ergänzend zu Wicki (2000) und Martin (2007), die unter

anderem die soziale Funktion von Humor betonen, führt Reißland (2002) weitere Funktionen, die essentiell für diese Arbeit sind, wie beispielsweise Bewältigung von potentiell stressenden Situationen, Begünstigung von Problemlöseprozessen, kognitive und emotionale Distanzierung oder die Erhaltung psychischer und physischer Gesundheit. Humor könnte demnach auch eine wichtige Funktion im Klinikalltag einnehmen und beispielsweise Patienten und Patientinnen bei der Genesung, Pflegekräften bei der Abgrenzung oder allgemein bei der Bewältigung von Stress eine Rolle spielen.

Martin (2003) klassifizierte vier Humorstile, die beschreiben wie Humor in sozialen Interaktionen eingesetzt wird und erstellte den Fragebogen „*HSQ*“ (*Humor Styles Questionnaire*, 2003) anhand dessen Humorstile identifiziert werden können und auf den an späterer Stelle noch genauer eingegangen wird.

Sozialer („affiliative“) und *selbstaufwertender* („self-enhancing“) Humor gelten dabei als adaptive Humorstile. *Feindseliger* („aggressive“) und *selbstabwertender* („self-defeating“) Humor hingegen als maladaptive Stile (Martin et al., 2003).

Sozialer Humor wird eingesetzt um Beziehungen zu anderen zu erleichtern und zu verbessern (Martin et al., 2003). Menschen, die einen hohen Anteil an sozialem Humor haben, nehmen sich selbst oft nicht zu ernst (Martin et al., 2003). Sie setzen ihren Humor sich und anderen gegenüber wohlwollend und nicht feindselig ein (Martin et al., 2003). Diese Art von Humor wird beispielsweise angewandt, um andere zu erheitern, eine entspannte und angenehme Atmosphäre zu schaffen und schwierige Situationen aufzulockern (Flaherty & Lefcourt, 2002; Martin et al., 2003).

Selbstaufwertender Humor wird eingesetzt, um die eigene Person oder die eigene aktuelle Lebenslage aufzuwerten, ohne dabei andere zu verletzen (Martin et al., 2003). Menschen, die diese Art von Humor häufig einsetzen, haben i.d.R. eine positive, humoristische und realistische Sicht auf die Dinge (Martin et al., 2003). Sie benutzen Humor, um Schwierigkeiten und Stress zu bewältigen und zur Emotionsregulation (Martin et al., 2003). Die Definition des selbstaufwertenden Humors überschneidet sich demnach mit dem Konzept von Humor als Coping (Martin, 1996; Martin et al., 2003).

Unter feindseligem bzw. aggressivem Humor ist ein Stil zu verstehen, der eingesetzt wird, um andere herabzusetzen, einzuschüchtern, zu bedrohen, zu schikanieren oder zu verletzen (Martin et al., 2003). Hierzu zählen beispielsweise sexistischer, rassistischer Humor oder Sarkasmus. Humor wird in diesem Fall

eingesetzt, ohne dabei auf mögliche Auswirkungen auf andere zu achten (Martin et al., 2003).

Selbstabwertender Humor wird eingesetzt, um Aufmerksamkeit oder Anerkennung von anderen zu bekommen, indem man sich selbst auf humoristische Art und Weise schlecht dastehen lässt (Martin et al., 2003). Man versucht andere zu erheitern, indem selbstabwertende Witze über die eigene Person gemacht werden (Martin et al., 2003). Es wird dem Gegenüber erlaubt, sich über einen lustig zu machen (Phänomen „Klassenclown“), gleichzeitig kann dies auch eine Schutzmaßnahme sein, um Unsicherheiten zu kaschieren (Martin et al., 2003).

Es zeigte sich, dass sich selbstaufwertender und sozialer Humor positiv auf das psychosoziale Wohlbefinden auswirken (Martin et al., 2003). Selbstabwertender und feindseliger Humor haben dem gegenüber eine negative Auswirkung auf das Wohlbefinden haben (Martin et al., 2003). Die Autoren konnten außerdem zeigen, dass Personen, die sozialen Humor verwenden, eher fröhlich, extrovertiert, emotional stabil sind und sich um andere kümmern (Martin et al., 2003). Es zeigte sich im Weiteren, dass Personen mit selbstaufwertendem Humor oftmals optimistisch und fröhlich sind und ein starkes Selbstbewusstsein haben (Martin et al., 2003). Hingegen haben Personen, die v.a. selbstabwertenden Humor verwenden eher mit Depressionen, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, Aggression, niedrigem Selbstbewusstsein und schlechter Laune zu kämpfen (Martin et al., 2003).

2.5. Coping

Humor kann demnach u.a. eingesetzt werden, um Schwierigkeiten und Stress zu bewältigen (Martin et al., 2003). Stress ist weit mehr als eine einfache Reaktion des Körpers auf eine bedrohliche Situation: ein und dieselbe Situation kann von Person zu Person unterschiedlich wahrgenommen werden (Lazarus & Folkmann, 1987; Satow, 2012). Demnach entscheidet die Einschätzung der Situation und der Umgang mit Stress, wie Stress erlebt wird und über dessen Auswirkungen (Lazarus & Folkmann, 1987; Satow, 2012).

Lazarus und Folkmann (1984) definieren Coping als *„constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demand that appraised as taxing or exceeding the resources of a person“* (S.1). Der Begriff Coping

bezeichnet demnach die Bewältigung von Stress und wird in dieser Definition als aktiver, dynamischer Prozess beschrieben, der je nach Anforderung und abhängig von individuellen Ressourcen unterschiedlich ist (Lazarus & Folkman, 1984). Entscheidend für das Belastungserleben ist also v.a. die Art und Weise wie belastende Ereignisse bewältigt werden (Lazarus & Launier, 1981).

All jene Verhaltensweisen, die eingesetzt werden, um belastende Situationen zu vermindern oder gar aufzuheben, werden als *Bewältigungsstrategien* („Coping Strategies“) bezeichnet. Coping umfasst alle Anstrengungen einer Person, stressige Situationen mit Hilfe von kognitiven, emotionalen und verhaltensorientierten Strategien bewältigen zu können (Schwarzer & Buchwald, 2003).

Eine mögliche Bewältigungsstrategie ist Humor, denn er spielt eine wichtige Rolle in fast allen zwischenmenschlichen Beziehungen und ist eine Strategie, die Menschen helfen kann, Stress besser zu bewältigen (Yip & Martin, 2006). Menschen, die humorvoll sind, können einer schwierigen Situation oft etwas Leichtes und Lustiges abgewinnen. Humor kann demnach helfen, besser mit angespannten, stressigen und belastenden Situationen zu Recht zu kommen. Um dies genauer zu verstehen, kann das Stressmodell von Lazarus herangezogen werden. Die kognitive Wahrnehmung und Bewertung einer Situation, sowie Bewältigungsmöglichkeiten und –fähigkeiten spielen eine essentielle Rolle, ob Stress entsteht oder nicht (Lazarus & Folkmann, 1987). Gerade bei der Wahrnehmung und Bewertung einer Situation kann Humor als Copingstrategie fungieren (Martin, 2007). Humor kann dabei helfen eine Situation neu zu bewerten oder umzustrukturieren und somit aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten (Martin, 2007). Durch Humor kann es gelingen Informationen aus der Umwelt positiver zu bewerten und diese realistischer kognitiv zu verarbeiten (Martin, 2007). Gleichzeitig kann Humor die physiologische Erregung in stressigen Situationen reduzieren (Abel, 2002). Nicht zuletzt kann Humor eine distanzierende (Schutz-) Funktion gegenüber einer stressvollen Situation haben, z.B. in sozialen Berufen wie bei Polizisten, Polizistinnen oder Pflegekräften (Frittum, 2009). Umgangssprachlich würde man dieses Phänomen vermutlich als „Psychohygiene“ bezeichnen.

Eine Voraussetzung um Humor verstehen zu können, ist die Theory of Mind (ToM) (Howe, 2002), auf die im folgenden Abschnitt eingegangen wird.

2.6. Empathie und ToM – begriffliche Abgrenzung

Da die Begriffe „Empathie“ und „Theory of mind (ToM)“ in dieser Arbeit genannt werden, bedarf es einer genauen Definition und einer begrifflichen Abgrenzung, um sich befriedigend mit der Thematik auseinander zu setzen zu können.

Laut Singer (2006) ist ToM die Fähigkeit „*to understand mental states such as intentions, goals and beliefs*“ und Empathie hingegen die Fähigkeit „*to share feelings (emotions and sensations) of other*“ (S. 855). Bei der ToM steht das Verstehen/ die Perspektivenübernahme/ die rationale Einsicht, dass andere Menschen geistige Zustände und Gedanken, aber auch Gefühle haben im Vordergrund. Wohingegen Empathie v.a. jener Vorgang ist, der währenddessen passiert: die emotionale Reaktion (Bischof-Köhler, 1994). Bei Empathie stehen in erster Linie emotionale Prozesse im Vordergrund, wobei auch kognitive Ansätze mit einfließen (Davis, 1983). Empathie ist also die Fähigkeit, Gefühle anderer wahrzunehmen und mit diesen Menschen mitzufühlen. Die kognitive Empathie wird häufig als ToM bezeichnet (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). Die Begriffe „kognitive Empathie“ und „affektive ToM“ beschreiben tatsächlich das gleiche Phänomen und können synonym verwendet werden (Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz, & Perry, 2009).

Empathiefähigkeit, die anhand des „IRI“ (*Interpersonal Reactivity Index*) (Davis, 1980b) erfasst wird, der sowohl emotionale wie kognitive Dimensionen der Empathie erfragt, wird in dieser Arbeit als „allgemeine Empathie“ bezeichnet.

3. Zielsetzung der Studie und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Studie war die Identifikation von emotionalen Fähigkeiten von Gesundheitclowns anhand einer quantitativen Untersuchung im deutschsprachigen Raum. Es wurde untersucht, auf welche Art und Weise Gesundheitclowns mit stressvollen Situationen umgehen, welche Copingstrategien sie einsetzen. Insbesondere sollte die Copingstrategie Humor untersucht werden. Da Humor die essentielle Methode ist, mit der Gesundheitclowns arbeiten, wurden außerdem Humorstile der Clowns untersucht. Als weiterer bedeutender Aspekt dieser Arbeit wurde festgelegt, die Empathiefähigkeit der Gesundheitclowns erstmalig quantitativ anhand eines Selbstbeurteilungsinstruments, aber auch anhand eines leistungsbasierten Tests zu

untersuchen und mit den Ausprägungen von Pflegepersonal und einer Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung zu vergleichen.

Entsprechend der Forschungsfrage, inwieweit Gesundheitsclowns über bestimmte emotionalen Fähigkeiten verfügen, waren folgende Fragestellungen (F) aufzustellen und zu formulieren:

F 1a: Unterscheiden sich Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und Personen aus der allgemeinen Bevölkerung hinsichtlich der kognitiven Empathie?

F 1b: Unterscheiden sich Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und Personen aus der allgemeinen Bevölkerung hinsichtlich der allgemeinen Empathie?

F 2: Unterscheiden sich Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und Personen aus der allgemeinen Bevölkerung hinsichtlich ihres Humorstils?

F 3a: Unterscheiden sich Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und Personen aus der allgemeinen Bevölkerung hinsichtlich ihrer Copingstrategien?

F 3b: Unterscheiden sich Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und Personen aus der allgemeinen Bevölkerung hinsichtlich der Copingstrategie Humor?

F 4: Können Zusammenhänge zwischen der kognitiven Empathiefähigkeit einerseits und Aspekten der allgemeinen Empathie (Perspektivenübernahme, Fantasie, Anteilnahme und empathischer Distress, den vier Humorstilen (sozial, selbstaufwertende, aggressiv, selbstabwertend) und der Copingstrategie Humor andererseits, festgestellt werden?

Von Interesse waren demnach das Ausmaß Humorstile, Copingstrategien, Verwendung der Copingstrategie Humor und (kognitive) Empathie. Die Gesundheitsclowns wurden jeweils mit Pflegekräften und einer Gelegenheitsstichprobe verglichen, wobei folgende ungerichtete Hypothesen, die aus den entsprechenden Fragestellungen abgeleitet werden konnten, zu überprüfen waren:

Hypothese 1a: Hinsichtlich der kognitiven Empathie können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Hypothese 1b: Hinsichtlich der allgemeinen Empathie können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Hypothese 2: Hinsichtlich ihres Humorstils können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Hypothese 3a: Hinsichtlich ihrer Copingstrategien können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Hypothese 3b: Hinsichtlich der Copingstrategie Humor können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Hypothese 4: Zwischen der kognitiven Empathiefähigkeit einerseits und Aspekten der allgemeinen Empathie (Perspektivenübernahme, Fantasie, Anteilnahme und empathischer Distress, den vier Humorstilen (sozial, selbstaufwertende, aggressiv, selbstabwertend) und der Copingstrategie Humor andererseits können signifikante Zusammenhänge angenommen werden.

4. Untersuchungsdesign und Methode

Im Folgenden werden der zeitliche und inhaltliche Untersuchungsablauf, seine Durchführung und die herangezogene Stichprobe sowie die verwendeten Messinstrumente beschrieben.

4.1. Untersuchungsablauf

Die vorliegende Studie basiert auf einer quantitativen Querschnittserhebung. Die gesamte Testdurchführung wurde mit Hilfe des Softwareprogramms Sosci Survey als Onlinefragebogen realisiert. Der Fragebogen war von Jänner bis März 2017 online abrufbar. Der entsprechende Link wurde an E-Mailverteiler der „Roten Nasen Deutschland“ und der „Roten Nasen Österreich“ verschickt. Des Weiteren erhielten Pflegedienstleiter und -leiterinnen von Krankenhäusern in Wien, Niederösterreich und im Burgenland, in denen die „Roten Nasen“ tätig sind, den Link zum Fragebogen. Außerdem wurde der Link an das persönliche Umfeld der Studienleiterin verschickt und war auf der Facebookseite der „Roten Nasen Österreich“ verfügbar. Insgesamt wurde

der Link zum Fragebogen 1042 Mal aufgerufen, wobei 190 Befragungen vollständig abgeschlossen und beantwortet wurden. Um Reihenfolgeeffekten entgegenzuwirken, wurden innerhalb des Erhebungsinstruments die einzelnen Fragebögen anhand eines lateinischen Quadrats systematisch variiert. Die fünf Fragebogenversionen wurden demnach zu jeweils 25,3%, 18,4%, 20,5%, 25,8% und 10,0% beantwortet. Um die unterschiedlich großen Teilstichprobenumfänge von Gesundheitsclowns, Pflegekräften und Normalbevölkerung sowie die schiefe Geschlechterverteilung anzugleichen, wurden durch einen Zufallsauswahlprozess aus der Gruppe der Normalbevölkerung 50 Fälle (weibliche Teilnehmer) entfernt, wodurch sich ein Gesamtstichprobenumfang von $n=140$ ergab.

Die mittlere Bearbeitungszeit für den Onlinefragebogen lag in der vorliegenden Stichprobe bei 23 Minuten und 13 Sekunden. Die kürzeste Bearbeitungszeit konnte zu 11 Minuten und 26 Sekunden beobachtet werden, wohingegen die längste Bearbeitungszeit einer Person 37 Minuten und 19 Sekunden betrug.

4.2. Deskriptive Statistik

Unter Berücksichtigung des Einschlusskriteriums eines Mindestalters von 16 Jahren zur Teilnahme konnten die Daten von 140 Teilnehmenden analysiert werden. Der Frauenanteil erreichte mit 90 Befragten 64,3%; wobei innerhalb der drei Personengruppen der Männeranteil in der Gesundheitsclowngruppe mit 21 Teilnehmern 58,3%, in den Pflegeberufen mit 8 Teilnehmern 18,6% und in der Normalbevölkerung mit 21 Teilnehmern 36,2% betrug. Der Frauenanteil bei Pflegeberufen in der österreichischen Grundgesamtheit liegt gemäß Statistik Austria (2015) bei 82,0% (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2015) und war in der vorliegenden Stichprobe mit 81,4% nicht signifikant unterschiedlich ($\chi^2(1) = 0.011$; $p = .918$). Das Alter und die Anzahl der Teilnehmenden zum Erhebungszeitpunkt kann der Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1. Kennwerte des Lebensalters (Mittelwert, Standardabweichung) in Jahren in Abhängigkeit von Berufsgruppe und Geschlecht (inkl. Teilstichprobenumfang n)

Geschlecht	Gruppe M (SD) n			
	Clowns	Pflegeberufe	NBV	Gesamt
männlich	47.1 (6.7) 21	41.0 (11.4) 8	35.5 (14.5) 21	41.2 (12.3) 50
weiblich	43.1 (8.2) 18	35.9 (13.6) 35	33.9 (12.1) 37	36.5 (12.4) 90
gesamt	45.2 (7.6) 39	36.9 (13.2) 43	34.5 (12.9) 58	38.2 (12.5) 140

Anmerkung: NBV=Normalbevölkerung

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit des Lebensalters zeigte für die Berufsgruppen anhand des Welch-Tests mit $F(2, 87.52) = 15.308$, $p < .001$ ein signifikantes Ergebnis. Die paarweisen Vergleiche post hoc nach Games-Howell zeigten, dass das Lebensalter der Clowns gegenüber jenem der Pflegepersonen mit $p = .002$ und gegenüber jenem der NBV mit $p < .001$ höher lag.

Die Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen bzgl. ihrer Nationalität in den drei befragten Gruppen. Die beiden am vergleichsweise stärksten vertretenen Nationalitäten waren Österreich mit 50,7% und Deutschland mit 44,2%. Zwei Teilnehmende hatten keine Angabe zu ihrer Herkunft gemacht.

Tabelle 2. Häufigkeiten und Anteilswerte der Herkunft der Teilnehmenden bezüglich der drei Gruppen

Herkunft		Clown	Pflege	NBV	Gesamt
D	Anzahl	15	17	29	61
	%	39,5%	39,5%	50,9%	44,2%
Ö	Anzahl	18	26	26	70
	%	47,4%	60,5%	45,6%	50,7%
EU	Anzahl	2	0	1	3
	%	5,3%	0,0%	1,8%	2,2%
Nicht-EU	Anzahl	3	0	1	4
	%	7,9%	0,0%	1,8%	2,9%
Gesamt	Anzahl	38	43	57	138
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: NBV=Normalbevölkerung

Aus den Angaben zum Familienstand waren 53 (37,9%) Personen mit einer Partnerschaft zu beobachten, 40 (28,6%) waren verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, 38 (27,1%) gaben „Single“ an, 7 (5,0%) waren geschieden und zwei (1,4%) Personen waren verwitwet. Aus den Angaben zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung lag bei 18 (12,8%) ein Pflichtschul- bzw. Lehrabschluss vor, bei 12 (8,6%) eine mittlere Reife, bei 22 (15,7%) Matura oder Abitur, bei 20 (14,3%) ein Diplomlehrgang und bei 63 (32,3%) ein akademisches Bildungsniveau vor. Bei weiteren fünf (3,6%) der Teilnehmenden wurden andere Bildungsabschlüsse angeführt. Aus den Angaben zum Einkommen war zu beobachten, dass 88 (62,9%) der Befragten ein monatliches Bruttoeinkommen zwischen 1000 und 2999 Euro hatten. 28 Teilnehmer oder Teilnehmerinnen (20,0%) bezogen ein Einkommen unter 1000 Euro, wohingegen 21 (15,0%) ein monatliches Einkommen von 3000 bis 4999 Euro hatten. Eine Person (0,7%) gab an, zwischen 5000 bis 7000 Euro einzunehmen und nur eine Person (0,7%) berichtete über ein höheres monatliches Bruttoeinkommen (über 7000 Euro). Eine weitere Person (0,7%) machte keine Angabe zum Einkommen.

Die Gesundheitsclowns hatten durchschnittlich 13 Jahre Berufserfahrung ($M=13.07$; $SD=6.93$) mit einem Minimum von 0.4 und einem Maximum von 25 Jahren. Im Schnitt waren die befragten Gesundheitsclowns 11 Stunden ($M=11.05$; $SD=7.73$) pro Woche als Gesundheitsclown tätig. Das Minimum lag bei einer und das Maximum bei 40 Wochenstunden. 32 (82,1%) der 39 befragten Gesundheitsclowns haben eine Ausbildung zum Gesundheitsclown absolviert. Bei 36 (92,3%) Gesundheitsclowns war das Klientel, mit der sie arbeiteten Kinder, 17 (43,6%) arbeiteten mit Erwachsenen und 30 (76,9%) mit Senioren oder Seniorinnen, wobei Mehrfachnennungen bei Kombinationen möglich waren.

Die Pflegekräfte verfügten ebenfalls über durchschnittlich 13 Jahre Berufserfahrung ($M=13.49$; $SD=11.89$) mit einem Minimum von weniger als einem Jahr und einem Maximum 37 Jahren. 33 (76,7%) Pflegepersonen arbeiteten mit Kindern, 19 (44,2%) mit Erwachsenen und 19 (44,2%) mit Senioren und Seniorinnen, wobei Mehrfachnennungen bei Kombinationen möglich waren. 34 (79,1%) der 43 befragten Pflegepersonen hatten ihre Ausbildung bereits abgeschlossen.

4.3. Beschreibung der Messinstrumente

Zur Datenerhebung im Rahmen der vorliegenden Arbeit, wurden insgesamt sechs Fragebögen verwendet, die neben den soziodemographische Merkmalen, die gemäß der Operationalisierung die Erfassung von Humorstilen, Copingstrategien und Empathie gestatten. Der ausführliche sozio-demographische Fragebogenteil, der von der Studienleiterin eigens erstellte Fragen beinhaltete, diente bei allen Probanden und Probandinnen der Erhebung von Geschlecht, Alter, Familienstatus, Staatsangehörigkeit, höchster abgeschlossener Ausbildung, Beruf und derzeitigem ungefähren Brutto-Monatseinkommen.

Speziell bei den Gesundheitsclowns wurden folgende zusätzliche Aspekte erfragt:

Erfahrung als Gesundheitsclown in Jahren,
Stunden pro Woche, in denen sie als Gesundheitsclowns tätig sind,
ob eine Ausbildung absolviert wurde und wenn ja, welche Ausbildung
und mit welcher Klientel die Clowns am meisten zu tun haben.

Speziell bei Gesundheits- und Krankenschwestern/ -pflegern oder Personen, die in einem ähnlichen Beruf tätig sind, wurden folgende weitere Variablen erhoben:

Genaue Berufsbezeichnung,
Fachbereich, in dem sie derzeit tätig sein,
mit welcher Klientel sie am meisten zu tun haben,
ob die Ausbildung bereits abgeschlossen wurde und wenn ja, welche Ausbildung
absolviert wurde,
Berufserfahrung in Jahren
und wie häufig das Pflegepersonal in seiner Arbeit Gesundheitsclowns begegnet.

Die verschiedenen Humorstile wurden mittels des „*HSQ*“ (*Humor Styles Questionnaire*) erfasst (Martin et al., 2003). Verschiedenste Bewältigungsstrategien wurden mittels des Brief-COPE erfasst (Charles S. Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Da ein Schwerpunkt dieser Arbeit das Thema „Humor“ ist, wurde in einem separaten Fragebogen differenzierter die Verwendung der Copingstrategie Humor mittels des „*CHS*“ (*Coping Humor Scale*) erhoben (Martin, 1996). Empathie wurde zum einen anhand eines Selbstbeurteilungsverfahrens, dem „*IRI*“ (*Interpersonal Reactivity Index*) (Davis, 1980b), zum anderen anhand eines leistungsbasierten Tests, dem *Reading Mind in the Eyes* – Test ermittelt (Baron-Cohen et al., 2001). Alle

herangezogenen Messinstrumente werden im Folgenden ausführlich vorgestellt und beschrieben.

4.3.1. Humor Styles Questionnaire

Der *Humor Styles Questionnaire* (HSQ) von Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray, & Weir (2003) in der deutschen Übersetzung von Ruch (2003) misst individuelle Unterschiede hinsichtlich der förderlichen bzw. schädlichen Verwendung von Humor. Der HSQ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, bestehend aus 32 Items (z.B. „Wenn jemand einen Fehler macht, dann werde ich ihn oft damit aufziehen“). Probanden und Probandinnen ordnen ihre Zustimmung zu den verschiedenen Aussagen anhand einer siebenstufigen Likert-Skala, die von 1=„stimme überhaupt nicht zu“ bis 7=„stimme absolut zu“ reicht, ein. Martin et. al. (2003) klassifizieren vier Humorstile, die sich zu vier Skalen zuordnen lassen und beschreiben wie Humor in sozialen Situationen üblicherweise ausgedrückt wird: *sozialer* („affiliative“) und *selbst aufwertender* („self-enhancing“) Humor gelten dabei als adaptive Humorstile. *Feindseliger* („aggressive“) und *selbstabwertender* („self-defeating“) Humor hingegen als maladaptive Stile (Martin et al., 2003). Hohe Werte (*Min*=1; *Max*=7) stehen für eine häufige Verwendung des jeweiligen Humorstils. Alle diese vier Skalen zeigten in der Untersuchung an rund 1000 Probanden von Martin eine adäquate interne Konsistenz (.77 bis .81) und eine Retestreliabilität zwischen .80 und .83 (2003).

4.3.2. Coping Humor Scale

Mit Hilfe des Selbstbeurteilungsinstruments *Coping Humor Scale* (CHS) von Martin (1996) wird gemessen, inwieweit Humor als eine Copingstrategie gegen Stress eingesetzt wird. Der Fragebogen, bestehend aus sieben Items (z.B. „Wenn ich Probleme habe, verliere ich oft meinen Sinn für Humor“) weist eine interne Konsistenz von .60 bis .70 und eine Retestreliabilität von .80 auf (Overholser, 1992; Martin, 1996). Die Bewertung findet durch eine vierstufige Likert-Skala statt, die von 1=„stimme überhaupt nicht zu“ bis 4=„stimme voll zu“ reicht. Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind dazu aufgerufen, einzuschätzen in wie weit sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. Die Werte für jedes Item werden zu einem Gesamtwert aufgerechnet (*Min*= 7; *Max*= 28) und die Ergebnisse können als „unterdurchschnittliche“,

„durchschnittliche“ und „überdurchschnittliche“ Verwendung der Copingstrategie Humor interpretiert werden (Martin, 1996). Für die vorliegende Arbeit wurde eine deutsche Übersetzung herangezogen, die im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Universität Innsbruck erstellt wurde (Leicht, 2015).

4.3.3. Brief-COPE German

Der Brief-COPE von Carver (1997), die Kurzversion des COPE Inventars von Carver, Scheier, & Weintraub (1989), ist ein weit verbreitetes und zeitökonomisches Messinstrument, um Copingstrategien zu eruieren. Der COPE misst individuelle Unterschiede hinsichtlich der Bewältigung von belastenden Ereignissen. Für diese Arbeit wurde die deutsche Übersetzung von Knoll verwendet (2002). Bei diesem Fragebogen werden die Probanden und Probandinnen aufgefordert anhand einer vierstufigen Likert-Skala zu beurteilen, inwiefern verschiedenen Aussagen auf ihr Denken und Handeln in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen zutreffen (von 1=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr“). Der Fragebogen besteht insgesamt aus 28 Items (z.B. „Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern“), die sich zu 14 Subskalen zuordnen lassen, die 14 Copingstrategien entsprechen: Ablenkung, Verleugnung, Emotionale Unterstützung, Verhaltensrückzug, Positive Umdeutung, Humor, Aktive Bewältigung, Alkohol/Drogen, Instrumentelle Unterstützung, Ausleben von Emotionen, Planung, Akzeptanz, Selbstbeschuldigung und Religion (Knoll, Rieckmann, & Schwarzer, 2005).

Für jede Skala können somit Mittelwerte von $Min=1$ bis $Max=4$ erreicht werden. Ein hoher Wert steht hierbei für eine häufige Verwendung der jeweiligen Copingstrategie. Dieser Fragebogen soll als flexibles Instrument angesehen werden und kann je nach Bedarf des Forschungsgegenstandes angepasst werden (Carver, 1997). Der Brief COPE weist eine zufriedenstellende interne Konsistenz von .61 bis .81. auf (Knoll, 2002).

4.3.4. Interpersonal Reactivity Index

Der *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) von Davis (1980b) ist einer der am häufigsten eingesetzte Fragebogen zur Messung von Empathie (Satow, 2012). Erfasst wird mit Hilfe dieses Inventars sowohl die kognitive, als auch die emotionale Dimension von Empathie. Es ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und besteht aus 28

Items (z.B. „Mir fällt es manchmal schwer, Dinge aus der Sicht einer anderen Person zu sehen“). Probanden und Probandinnen schätzen hierbei anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (von 1=„beschreibt mich überhaupt nicht“ bis 5=„beschreibt mich sehr gut“) ihre eigenen empathischen Fähigkeiten selbst ein. In der vorliegenden Arbeit wurde die deutsche Übersetzung von Neumann et al. (2012) verwendet, deren psychometrische Qualität mit der Originalversion vergleichbar ist (Davis, 1983; Neumann et al., 2012). Der Fragebogen besteht aus vier Subskalen, die sich jeweils aus sieben Items zusammensetzen. Je Skala können somit Mittelwerte von $Min=1$ bis $Max=5$ erreicht werden.

Perspektivenübernahme („Perspective-Taking“) beschreibt die Tendenz einer Person, Situationen aus der Sicht anderer zu sehen. Personen, die hohe Werte in dieser Skala erreichen, fällt es leichter die Perspektive anderer einzunehmen (Davis, 1980b; Neumann et al., 2012).

Fantasie („Fantasy“) beschreibt die Tendenz einer Person, sich mit Gefühlen und Handlungen von Charakteren in Büchern, Filmen oder Theaterstücken zu identifizieren. Personen, die hohe Werte in dieser Skala erreichen, weisen tendenziell eine höhere Sensibilität auf (Davis, 1980b; Neumann et al., 2012).

Anteilnahme („Empathic Concern“) beschreibt die Tendenz einer Person, sich um Bedürfnisse und Gefühle anderer zu sorgen. Hohe Werte in dieser Skala stehen dafür, dass eine Person eher Gefühle von Wärme, Mitgefühl und Anteilnahme für andere Personen in unangenehmen Situationen empfinden kann (Davis, 1980b; Neumann et al., 2012).

Empathischer Distress („Personal Distress“) beschreibt die Tendenz einer Person, sich in angespannten, schwierigen sozialen Situationen unwohl zu fühlen. Diese Skala dient der Messung des Ausmaßes von Gefühlen wie Angst oder Unwohlsein beim Miterleben negativer Gefühle anderer. Hohe Werte korrelieren u.a. negativ mit der Messung sozialer Fertigkeiten (Davis, 1980b; Neumann et al., 2012).

4.3.5. Reading the Mind in the Eye Test

Der Test *Reading the Mind in the Eyes* (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001; deutsche Bearbeitung von Bölte, 2005) ist ein Verfahren zur Einschätzung der kognitiven Empathie bzw. zur Messung der ToM-Fähigkeit, anhand der Beurteilung von Gesichtsausdrücken. ToM wird auch als *soziale Intelligenz* bezeichnet und überlappt mit dem Begriff *Empathie* (Baron-Cohen et al., 2001). Laut Baron-Cohen et al. (2001) ist der *Reading the Mind in the Eyes* Test ein valides Instrument, um leichte Schwächen in der sozialen Intelligenz, bei sonst durchschnittlich intelligenten Erwachsenen zu identifizieren. Es werden insgesamt 36 schwarz-weiß Fotos von männlichen und weiblichen Augenpaaren, die einen ganz bestimmten Gesichtsausdruck zeigen und jeweils vier Begriffe präsentiert (Baron-Cohen et al., 2001). Beispielfotos sind dem Anhang zu entnehmen. Die Probanden und Probandinnen sind dazu aufgerufen, sich nach und nach für jeweils einen Begriff zu entscheiden, der am besten beschreibt, was die Person auf dem Foto ausdrückt, denkt oder fühlt (z.B. „eifersüchtig, panisch, arrogant oder gehässig“). Einige dieser Begriffe werden erklärt, damit es nicht zu Verständnisproblemen kommt (Baron-Cohen et al., 2001). Das Verfahren ist somit leistungsbasiert und für jede richtige Antwort werden Punkte vergeben, die zu einem Gesamtwert aufsummiert werden (Baron-Cohen et al., 2001; Olderbak et al., 2015). Nicht beantwortete Items werden mit falsch beantworteten Items gleichgesetzt, für jene keine Punkte vergeben werden (Olderbak et al., 2015). Der höchst mögliche zu erreichende Wert liegt demnach bei 36. Je höher der Summenwert der Punkte ist, desto ausgeprägter ist die ToM-Fähigkeit des Teilnehmers oder der Teilnehmerin einzuschätzen (Baron-Cohen et al., 2001).

4.4. Reliabilitätsanalysen

Zur Erfassung der Messgenauigkeit der verwendeten Erhebungsinstrumente wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Eine ausreichend hohe interne Konsistenz kann dann angenommen werden, wenn der Koeffizient von Cronbach's Alpha (α) $\geq .65$ erreicht (DeVellis, 2003). Es folgen Reliabilitätsanalysen für alle Selbstbeurteilungsinstrumente, die in dieser Studie zum Einsatz kamen. Für den *Reading the Mind in the Eyes* Test (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb,

2001), der als leistungsbasiert bezeichnet werden kann, wurde demnach keine Reliabilitätsanalyse erstellt.

Reliabilitätsanalysen des „IRI“ (Interpersonal Reactivity Index) von Davis (1980b)

Die interne Konsistenz (Cronbach α) der vier Skalen des IRI wurde jeweils anhand der Gesamtstichprobe überprüft.

Tabelle 3. *Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) für die vier Skalen des IRI mit jeweils sieben Items*

Skala	Cronbach's α	$Md r_{it}$	n
Perspektivenübernahme	.741	.438	140
Fantasie	.747	.509	139
Anteilnahme	.576	.355	139
Empathischer Distress	.717	.488	140

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, wiesen die Skalen Perspektivenübernahme, Fantasie und Empathischer Distress eine akzeptable interne Konsistenz (Cronbach's α) zwischen .72 und .75 auf. Die Skala Anteilnahme hingegen wies eine vergleichsweise geringe interne Konsistenz von $\alpha=.58$ auf.

Reliabilitätsanalyse des „CHS“ (Coping Humor Scale) von Martin (1996)

Wie aus Tabelle 4 zu entnehmen ist, ergab sich für die CHS eine akzeptable interne Konsistenz von $\alpha=.78$.

Tabelle 4. *Reliabilitätskoeffizient gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) für CHS*

	Cronbach's α	$Md r_{it}$	n	Itemanzahl
CHS	.781	.522	140	7

Reliabilitätsanalysen des „HSQ“ (Humor Styles Questionnaire) von Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray, & Weir (2003)

Die interne Konsistenz (Cronbach α) der vier Skalen des HSQ wurde jeweils anhand der Gesamtstichprobe überprüft.

Tabelle 5. *Reliabilitätskoeffizient gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) für die vier Skalen des HSQ*

Skala	Cronbach's α	$Md r_{it}$	n	Itemanzahl
Sozialer Humor	.798	.502	139	8
Selbstaufwertender Humor	.811	.528	139	8
Aggressiver Humor	.629	.311	139	8
Selbstabwertender Humor	.750	.478	139	8

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, wiesen die Skalen des HSQ eine noch akzeptable bis gute interne Konsistenz (Cronbach' α) zwischen .63 und .81 auf.

Reliabilitätsanalysen des Brief-COPE von Carver, Scheier, & Weintraub (1989)

Wie aus Tabelle 6 zu entnehmen ist, wiesen 12 der 14 Skalen des Brief-COPE akzeptable bis gute interne Konsistenzen (Cronbach' α) bis .93 auf. Die Skalen Verhaltensänderung ($\alpha=.26$) und Planung ($\alpha=.37$) hingegen wiesen eine zu niedrige interne Konsistenz auf.

Tabelle 6. *Reliabilitätskoeffizient gemäß Cronbach's α für die 14 Skalen des Brief-COPE mit jeweils zwei Items*

Skala	Cronbach's α
Ablenkung	.641
Verleugnung	.593
Emotionale Unterstützung	.690
Verhaltensänderung	.263
Positive Umdeutung	.758
Humor	.782
Aktive Bewältigung	.599
Alkohol/ Drogen	.934
Instrumentelle Unterstützung	.815
Ausleben von Emotionen	.602
Planung	.367
Akzeptanz	.574
Selbstbeschuldigung	.764
Religion	.827

5. Ergebnisse

Die statistische Datenanalysen zur Berechnung der Hypothesenprüfung der inhaltlichen Fragestellungen erfolgten mit der Statistiksoftware IBM SPSS® 24.0. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ vorab festgelegt. Inferenzstatistische Ergebnisse, die unterhalb der 5%-Grenze ($p \leq .05$) der Irrtumswahrscheinlichkeit liegen, werden folglich als statistisch signifikant angenommen.

Die Prüfung von Gruppenunterschieden erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse, wobei die Prüfgröße gemäß Welch's F berechnet wurde, da der Welch-Test gemäß Kubinger, Rasch, & Moder (2009) der ANOVA vorzuziehen ist. Nach Kubinger et. al (2009) kann der Welch-Test ohne Normalverteilungsprüfung durchgeführt werden und ist aufgrund seiner Robustheit und seiner vergleichsweise höheren Macht

gegenüber parameterfreien Verfahren überlegen. Die Prüfung der paarweisen Vergleiche post hoc erfolgte gemäß Games-Howell.

Die Analyse von Zusammenhängen zwischen den Konstrukten erfolgte anhand des Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson.

Hypothesenprüfung

In diesem Abschnitt erfolgt die Ergebnisdarstellung der inferenzstatistischen Prüfungen zu den dargelegten Hypothesen.

Hypothese 1a: Hinsichtlich der kognitiven Empathie können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der Eye-Scores, welcher die kognitive Empathie misst, erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse, wobei die Prüfgröße gemäß Welch's F berechnet wurde. Es wurden die drei Gruppen verglichen (Tabelle 7)

Tabelle 7. Kennwerte für den Vergleich des Eye-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße

Gruppe	n	M	SD	$F(2, 86.58)$	p
Clown	39	24.97	3.86	13.799	<.001
Pflege	43	21.91	3.21		
NBV	57	25.44	4.06		
Gesamt	139	24.22	4.05		

Anmerkung: NBV=Normalbevölkerung

Die Prüfung der paarweisen Vergleiche post hoc erfolgte gemäß Games-Howell. Im *Reading the Mind in the Eyes* Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Gesundheitsclowns und dem Pflegepersonal ($p=.001$), sowie zwischen dem Pflegepersonal und der Normalbevölkerung ($p=<.001$). Es zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen Gesundheitsclowns und der Normalbevölkerung ($p=.838$). Der Vergleich der Mittelwerte machte deutlich, dass die untersuchten Gesundheitsclowns im Test besser abschnitten als das Pflegepersonal und dass diese wiederum schlechter abschnitten als die Normalbevölkerung (vgl. Tabelle 7).

Hypothese 1b: Hinsichtlich der allgemeinen Empathie können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der IRI-Scores zur Erfassung von Empathie erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse, wobei die Prüfgröße gemäß Welch's F berechnet wurde. Es wurden die drei Gruppen verglichen.

Tabelle 8. Kennwerte für den Vergleich des IRI-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße

Skala	Gruppe	n	M	SD	Prüfgröße F (df_1, df_2)	p
PÜ	Clown	39	3.89	0.61	1.578 (2, 87.263)	.212
	Pflege	43	3.68	0.50		
	NBV	58	3.71	0.67		
	Gesamt	140	3.75	0.61		
FA	Clown	39	3.79	0.72	5.408 (2, 86.951)	.006
	Pflege	43	3.27	0.70		
	NBV	58	3.55	0.77		
	Gesamt	140	3.53	0.76		
AN	Clown	39	4.22	0.44	0.189 (2, 84.460)	.829
	Pflege	43	4.15	0.52		
	NBV	58	4.20	0.44		
	Gesamt	140	4.19	0.46		
ED	Clown	39	2.21	0.67	3.954 (2, 84.561)	.023
	Pflege	43	2.44	0.50		
	NBV	58	2.58	0.60		
	Gesamt	140	2.43	0.60		

Anmerkung: PÜ=Perspektivenübernahme, FA=Fantasie, AN=Anteilnahme, ED=Empathischer Distress, NBV=Normalbevölkerung

Die Prüfung der paarweisen Vergleiche post hoc erfolgte gemäß Games-Howell. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Gesundheitsclowns und dem Pflegepersonal in der Skala „Fantasie“ ($p=.004$) und zwischen Clowns und der Normalbevölkerung in der Skala „empathischer Distress“ ($p=.017$). Der Vergleich der Mittelwerte zeigte, dass Gesundheitsclowns signifikant höhere Werte als das

Pflegepersonal in der Skala „Fantasie“ erzielten (Tabelle 8). Außerdem erreichten Gesundheitsclowns in der Skala „empathischer Distress“ signifikant niedrigere Werte gegenüber der Normalbevölkerung (Tabelle 8).

Hypothese 2: Hinsichtlich ihres Humorstils können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der HSQ-Scores erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse, wobei die Prüfgröße gemäß Welch's F berechnet wurde.

Tabelle 9. Kennwerte für den Vergleich des HSQ-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße

Skala	Gruppe	n	M	SD	95%-KI		Prüfgröße $F (df)$	p
					UG	OG		
sozial	Clown	39	6.24	0.70	6.02	6.47	17.518 (2, 84.126)	<.001
	Pflege	43	5.16	1.32	4.75	5.57		
	NBV	58	5.44	0.89	5.20	5.67		
	Gesamt	140	5.58	1.08	5.39	5.76		
selbst- aufw.	Clown	39	5.39	1.00	5.07	5.72	5.412 (2, 87.638)	.006
	Pflege	43	4.69	1.04	4.37	5.01		
	NBV	58	4.82	1.13	4.52	5.12		
	Gesamt	140	4.94	1.10	4.76	5.12		
aggres- siv	Clown	39	2.94	0.86	2.66	3.22	3.630 (2, 81.849)	.031
	Pflege	43	2.94	1.45	2.50	3.39		
	NBV	58	3.39	0.91	3.16	3.63		
	Gesamt	140	3.13	1.11	2.95	3.32		
selbst- abw.	Clown	39	3.36	0.86	3.08	3.64	.146 (2, 86.716)	.0864
	Pflege	43	3.26	1.22	2.89	3.64		
	NBV	58	3.39	1.07	3.11	3.67		
	Gesamt	140	3.34	1.06	3.16	3.52		

Anmerkung: NBV=Normalbevölkerung

Die Prüfung der paarweisen Vergleiche post hoc erfolgte gemäß Games-Howell. Gesundheitsclowns unterschieden sich in der Skala „sozialer Humor“ signifikant von Pflegepersonen ($p=<.001$) und von der Normalbevölkerung ($p=<.001$). Der Vergleich der Mittelwerte zeigte, dass Gesundheitsclowns im Vergleich zum Pflegepersonal und der Normalbevölkerung signifikant häufiger sozialen Humor einsetzten (Tabelle 9).

Gesundheitsclowns unterschieden sich in der Skala „selbstaufwertender Humor“ signifikant von Pflegepersonen ($p=.008$) und von der Normalbevölkerung ($p=.029$). Gesundheitsclowns gaben an, selbstaufwertenden Humor signifikant häufiger anzuwenden als das Pflegepersonal und als Personen aus der Gruppe der Normalbevölkerung. Hinsichtlich der Skala „aggressiver Humor“ zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede zwischen Gesundheitsclowns und der Normalbevölkerung ($p=.039$). Es konnte gezeigt werden, dass Gesundheitsclowns aggressiven Humor signifikant weniger oft einsetzten als die Normalbevölkerung (Tabelle 9).

Hypothese 3a: Hinsichtlich ihrer Copingstrategien können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der 14 Skalen des Brief-COPE erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse, wobei die Prüfgröße gemäß Welch's F berechnet wurde.

Tabelle 10. Kennwerte für den Vergleich der COPE-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße

Skala	Gruppe	n	M	SD	Prüfgröße F (df)	p
Ablenkung	Clown	39	2.44	0.81	4.486 (2, 77.831)	.014
	Pflege	43	2.49	0.73		
	NBV	58	2.80	0.56		
	Gesamt	140	2.60	0.71		
Verleug- nung	Clown	39	1.50	0.61	1.025 (2, 84.806)	.363
	Pflege	43	1.69	0.65		
	NBV	58	1.65	0.60		
	Gesamt	140	1.62	0.62		
Emotionale Unter- stützung	Clown	39	2.78	0.77	1.054 (2, 85.353)	.353
	Pflege	43	2.97	0.82		
	NBV	58	3.01	0.78		
	Gesamt	140	2.93	0.79		
Verhaltens- änderung	Clown	39	1.31	0.48	1.272 (2, 85.414)	.286
	Pflege	43	1.48	0.52		
	NBV	58	1.43	0.49		
	Gesamt	140	1.41	0.50		
Pos. Umdeutung	Clown	39	3.13	0.85	1.557 (2, 83.582)	.217
	Pflege	43	2.86	0.70		
	NBV	58	2.85	0.73		
	Gesamt	140	2.93	0.76		
Humor	Clown	39	2.77	0.84	10.999 (2, 85.972)	<.001
	Pflege	43	1.95	0.74		
	NBV	58	2.40	0.83		
	Gesamt	140	2.36	0.86		
Aktive Bewältig.	Clown	39	3.19	0.69	2.413 (2, 83.266)	.069
	Pflege	43	2.86	0.68		
	NBV	58	3.04	0.62		
	Gesamt	140	3.03	0.66		
Alkohol/ Drogen	Clown	39	1.27	0.54	4.018 (2, 89.312)	.021
	Pflege	43	1.44	0.73		
	NBV	58	1.66	0.80		
	Gesamt	140	1.48	0.73		
Instru. Unter- stützung	Clown	39	2.97	0.79	2.699 (2, 88.526)	.073
	Pflege	43	2.58	0.76		
	NBV	58	2.70	0.94		
	Gesamt	140	2.74	0.85		

Ausleben von Emotionen	Clown	39	2.47	0.73	2.262 (2, 83.192)	.111
	Pflege	43	2.20	0.74		
	NBV	58	2.18	0.65		
	Gesamt	140	2.27	0.71		
Planung	Clown	39	3.35	0.59	3.574 (2, 84.945)	.032
	Pflege	43	2.99	0.64		
	NBV	58	3.22	0.59		
	Gesamt	140	3.19	0.62		
Akzeptanz	Clown	39	2.51	0.68	1.243 (2, 87.141)	.294
	Pflege	43	2.76	0.71		
	NBV	58	2.62	0.75		
	Gesamt	140	2.63	0.72		
Selbst- beschul- digung	Clown	39	2.22	0.72	.682 (2, 87.417)	.508
	Pflege	43	2.13	0.86		
	NBV	58	2.33	0.85		
	Gesamt	140	2.24	0.82		
Religion	Clown	39	2.05	1.06	2.160 (2, 85.370)	.122
	Pflege	43	1.62	0.80		
	NBV	58	1.78	1.00		
	Gesamt	140	1.80	0.97		

Anmerkung: NBV=Normalbevölkerung

Die Prüfung der paarweisen Vergleiche post hoc erfolgte gemäß Games-Howell. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den drei untersuchten Gruppen in den Skalen „Ablenkung“, „Humor“, „Alkohol/Drogen“ und „Planung“. Gesundheitsclowns unterschieden sich signifikant von der Normalbevölkerung hinsichtlich der Skala „Ablenkung“ ($p=.045$). Der Vergleich der Mittelwerte (vgl. Tabelle 10) zeigte, dass Gesundheitsclowns die Copingstrategie Ablenkung signifikant weniger häufig einsetzten als die Normalbevölkerung. Außerdem zeigten sich in der Skala „Humor“ signifikante Unterschiede zwischen Gesundheitsclowns und Pflegepersonen ($p<.001$) und zwischen Pflegepersonen und der Normalbevölkerung ($p=.016$). Die Copingstrategie Humor wurde von Gesundheitsclowns signifikant häufiger eingesetzt als vom Pflegepersonal. Das Pflegepersonal zeigte den Einsatz von Humor signifikant weniger häufig als die Normalbevölkerung. Bezüglich der Copingstrategie Humor konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gesundheitsclowns und der Normalbevölkerung beobachtet werden. Gesundheitsclowns unterschieden sich signifikant von der Normalbevölkerung hinsichtlich der Skala „Alkohol/Drogen“ ($p=.015$). Der Vergleich der Mittelwerte

zeigte, dass Gesundheitsclowns im Vergleich zur Normalbevölkerung weniger häufig Alkohol oder Drogen konsumieren. Weiter konnte belegt werden, dass sich Gesundheitsclowns signifikant vom Pflegepersonal in der Skala „Planung“ unterscheiden ($p=.027$). Sie setzten die Strategie Planung im Vergleich zum Pflegepersonal signifikant häufiger ein (vgl. Tabelle 10.)

Hypothese 3b: Hinsichtlich der Copingstrategie Humor können zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und einer Gelegenheitsstichprobe signifikante Unterschiede angenommen werden.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der CHS-Scores erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse, wobei die Prüfgröße gemäß Welch's F berechnet wurde.

Tabelle 11. Kennwerte für den Vergleich des CHS-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße

Gruppe	n	M	SD	F (2, 86.955)	p
Clown	39	21.18	3.61	1.303	.272
Pflege	43	20.00	3.94		
NBV	58	20.09	3.99		
Gesamt	140	20.36	3.88		

Hinsichtlich der Verwendung der Copingstrategie Humor zeigten sich zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und der Normalbevölkerung keine signifikanten Unterschiede.

Hypothese 4: Zwischen der kognitiven Empathiefähigkeit einerseits und Aspekten der allgemeinen Empathie (Perspektivenübernahme, Fantasie, Anteilnahme und empathischer Distress, den vier Humorstilen (sozial, selbstaufwertende, aggressiv, selbstabwertend) und der Copingstrategie Humor andererseits können signifikante Zusammenhänge angenommen werden.

Zur Ermittlung der Zusammenhänge zwischen einerseits der kognitiven Empathiefähigkeit mit andererseits den Aspekten der allgemeinen Empathie (Perspektivenübernahme, Fantasie, Anteilnahme, empathischer Distress), sowie den vier

Humorstilen (sozial, selbstaufwertende, aggressiv, selbstabwertend) sowie der Copingstrategie Humor wurde einsprechende Produkt-Moment-Korrelationen berechnet (Tabelle 12). Diese Analysen erfolgten getrennt für die drei Gruppen.

Tabelle 12. Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation für die Zusammenhänge der kognitiven Empathiefähigkeit (Eye) mit IRI, HSQ, CHS unter Berücksichtigung der drei Gruppen

	Clowns (n=39)	Pflege (n=43)	NBV (n=57)
IRI			
Perspektivenübernahme	.013	-.100	.146
Fantasie	.176	.055	.420**
Anteilnahme	.118	-.088	.101
Empathischer Distress	.164	.124	.174
HSQ			
Sozialer Humor	.102	-.081	.169
Selbstauf. Humor	-.061	-.067	.062
Aggressiver Humor	-.118	-.397**	-.127
Selbstab. Humor	-.179	-.058	-.020
CHS			
Humor Coping	-.208	-.090	-.006

** $p \leq .01$; Anmerkung: für NBV wurde ein listenweiser Fallausschluss angewendet

Die Korrelationsanalysen für den Zusammenhang der einzelnen Skalen mit der kognitiven Empathiefähigkeit (Eye) erbrachten keine signifikanten Ergebnisse - bis auf einen signifikant positiven Zusammenhang mit Fantasie (IRI) innerhalb der Teilnehmenden aus der NBV mit $r = .420$ und einem signifikant negativen Zusammenhang mit aggressivem Humor (HSQ) innerhalb der Personen im Pflegebereich mit $r = -.397$ (Tabelle 12). Das Ausmaß dieser signifikanten Korrelationen kann als mittelhoch bezeichnet werden.

Um zu überprüfen, ob die Empathiefähigkeit während der Ausbildung in Gesundheitsberufen nach und nach abnimmt, so wie es Weckert (2011) beschrieb, würde die kognitive Empathiefähigkeit mit den Berufserfahrungen der Pflegepersonen in Verbindung gebracht und untersucht. Anhand einer Spearman Korrelation konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Berufsjahren der

Pflegepersonen und der kognitiven Empathie (Eye-Score) festgestellt werden ($r_s = -.077$; $p = 0,639$).

6. Interpretation der Ergebnisse und Diskussion

In der vorliegenden Studie konnten Daten von 140 Teilnehmenden, die im Rahmen einer Onlineumfrage erhoben wurden, analysiert werden - wobei 43 Pflegekräfte, 39 Gesundheitsclowns und 58 Personen aus der Normalbevölkerung untersucht wurden.

Im *Reading the Mind in the Eyes* Test (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001; deutsche Bearbeitung von Bölte, 2005), der die ToM-Fähigkeit misst, die auch als soziale Intelligenz bezeichnet wird, zeigte sich, dass die untersuchten Gesundheitsclowns besser abschnitten als das Pflegepersonal. Es konnte zudem belegt werden, dass das Pflegepersonal im *Reading the Mind in the Eyes* Test deutlich schlechter als die Normalbevölkerung abschnitt. Es zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen Gesundheitsclowns und der Normalbevölkerung. An dieser Stelle soll auf die Möglichkeit des Einflusses der gewählten Stichprobe verwiesen werden: die Gruppe der Normalbevölkerung besteht zu großen Teilen aus dem persönlichen Umfeld der Studienleiterin, einer angehenden Psychologin, die im sozialpsychiatrischen Bereich tätig ist. Möglicherweise sind (Studien-)Kollegen und Kolleginnen, die u.a. an dieser Untersuchung teilnahmen hinsichtlich ihrer Empathiefähigkeit geschult und deshalb keine geeignete Vergleichsstichprobe.

Wie bereits erwähnt, zeigten die untersuchten Gesundheitsclowns in dieser Studie eine höhere soziale Intelligenz als Pflegekräfte und waren besser darin Gesichtsausdrücke von anderen zu beurteilen und zu verstehen welche geistigen Zustände, Gedanken und Emotionen die abgebildeten Personen zeigten, deren Augenpaare anhand von Fotos präsentiert wurden. Es ist interessant, dass auch Personen aus der Normalbevölkerung den Pflegekräften in dieser Fähigkeit überlegen waren. Dabei scheint ein empathischer Umgang mit Patienten und Patientinnen essentiell für die Arbeit von Pflegepersonen. Um herauszufinden, ob die Empathiefähigkeit evtl. während der Ausbildung in Gesundheitsberufen nach und nach abnimmt, so wie es Weckert (2011) beschrieb, wurde die kognitive Empathiefähigkeit mit den beruflichen Erfahrungen der Pflegekräfte in Verbindung gebracht und untersucht. Es zeigten sich in

dieser Studie jedoch keinerlei Zusammenhänge zwischen der Anzahl an Berufsjahren der Pflegepersonen und der kognitiven Empathiefähigkeit.

Es kann geschlussfolgert werden, dass sich Gesundheitsclowns besser als Pflegekräfte in die (emotionalen) Zustände der Patienten und Patientinnen hineinversetzen können und somit eine besondere, zusätzliche Qualität in den Klinikalltag mitbringen, die den Patienten und Patientinnen zu Gute kommt. Denn empathisch gegenüber Patienten und Patientinnen zu sein, wird vom medizinischen Personal genauso wichtig für den Heilungserfolg eingeschätzt wie fachliche Kenntnisse (Weckert, 2011). Ein empathischer Umgang ist u.a. deshalb von Bedeutung, damit sich Patienten und Patientinnen einerseits an die vorgeschriebene Behandlung halten und andererseits die Zufriedenheit mit der Betreuung höher empfunden wird (Dal santo et al., 2013). Möglicherweise ist weniger Empathie gegenüber allen Patienten oder Patientinnen zu zeigen für die Pflegekräfte aber auch eine Art Selbstschutz. Einige Studien identifizierten einen möglichen Zusammenhang zwischen Empathie und der Müdigkeit oder Depressionen unter Pflegepersonen (Dal santo et al., 2013). Auf der anderen Seite kann Empathie auch bei emotionalen Interaktionen mit den Patienten und Patientinnen die Jobzufriedenheit verbessern (Dal santo et al., 2013).

Die Messungen mit dem Selbstbeurteilungsinstrument IRI (Interpersonal Reactivity Index) von Davis (1980b), das sowohl kognitive wie auch die emotionale Dimensionen von Empathie erfasst, zeigten, dass Gesundheitsclowns deutlich höhere Werte als Pflegekräfte in der Skala „Fantasie“ erzielten. Gesundheitsclowns können sich demnach eher mit Gefühlen und Handlungen von Charakteren in Büchern, Filmen oder Theaterstücken identifizieren. Personen, die hohe Werte in dieser Skala erreichen, weisen tendenziell eine höhere Sensibilität auf (Davis, 1980b; Neumann et al., 2012). Es zeigte sich außerdem, dass Gesundheitsclowns im Vergleich zur Normalbevölkerung niedrigere Werte in der Skala „empathischer Distress“ erreichten. Gesundheitsclowns tendieren demnach weniger dazu, sich in angespannten, schwierigen sozialen Situationen unwohl zu fühlen. Clowns sind seltener Gefühlen wie Angst oder Unwohlsein beim Miterleben negativer Gefühle anderer ausgesetzt, was dafür spricht, dass sie verhältnismäßig gut mit all den schwierigen Situationen und dem Leid anderer, dem sie in ihrer Arbeit ausgesetzt sind umgehen können. Niedrige Werte in der Skala „Empathischer Distress“ korrelieren u.a. positiv mit der Messung sozialer Fertigkeiten (Davis, 1980b; Neumann et al., 2012). In dieser Studie zeigten sich interessanterweise

in diesem Aspekt keinerlei Unterschiede zwischen Pflegekräften und der Normalbevölkerung.

Beim HSQ (Humor Styles Questionnaire) von Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray, & Weir (2003), der vier verschiedene Humorstile erfasst und zwischen adaptiven und maladaptiven Stilen unterscheidet, konnte gezeigt werden, dass Gesundheitsclowns sozialen Humor im Vergleich zu Pflegekräften und zu Personen aus der Normalbevölkerung deutlich häufiger einsetzen. Sozialer Humor wird eingesetzt um Beziehungen zu anderen zu erleichtern und zu verbessern (Martin et al., 2003) und um andere zu erheitern, eine entspannte und angenehme Atmosphäre zu schaffen und schwierige Situationen aufzulockern (Flaherty & Lefcourt, 2002; Martin et al., 2003) – genau das, was die Arbeit von Gesundheitsclowns ausmacht. Gesundheitsclowns gaben außerdem an, selbstaufwertenden Humor häufiger einzusetzen als Pflegekräfte und als Personen aus der Gruppe der Normalbevölkerung. Sie benutzen Humor, um Schwierigkeiten und Stress zu bewältigen und Emotionen zu regulieren (Martin et al., 2003). Die Definition des selbstaufwertenden Humors überschneidet sich hier mit dem Konzept von Humor als Coping (Martin, 1996; Martin et al., 2003). Es konnte auch gezeigt werden, dass Gesundheitsclowns aggressiven Humor weniger oft einsetzen als die Normalbevölkerung. Clowns setzen ihren Humor also tendenziell nicht ein, um andere herabzusetzen, einzuschüchtern, zu bedrohen, zu schikanieren oder zu verletzen.

Die Auswertung des Brief-COPE von Carver (1997) zeigte, dass sich Gesundheitsclowns im Vergleich zum Pflegepersonal in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen tendenziell mehr Gedanken darüber machen, was das Richtige wäre und planmäßiger vorgehen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Skala „Planung“ in dieser Studie eine zu geringe interne Konsistenz aufweist, was eine Limitation dieser Arbeit darstellt. Die Ergebnisse des Brief-COPE zeigten außerdem, dass Gesundheitsclowns im Vergleich zur Normalbevölkerung weniger häufig Alkohol oder Drogen konsumieren, um besser mit schwierigen Situationen umgehen zu können. Weiter konnte gezeigt werden, dass sich Gesundheitsclowns in solchen Situationen weniger häufig ablenken, als es die Normalbevölkerung tut. Die Copingstrategie Humor wird von Gesundheitsclowns maßgeblich häufiger eingesetzt als vom Pflegepersonal und das Pflegepersonal wiederum gab an, Humor seltener als die Normalbevölkerung einzusetzen. Auch in der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass Pflegepersonen emotionsorientierte Copingstrategien (wie beispielsweise Humor) weniger häufig

einsetzen (Zyga et al., 2016). Bezüglich der Copingstrategie Humor zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gesundheitsclowns und der Normalbevölkerung.

Auf Grundlage der Ergebnisse zur CHS (Coping Humor Scale) von Martin (1996) hingegen zeigten sich keinerlei nennenswerte Unterschiede zwischen Gesundheitsclowns, Pflegepersonal und der Normalbevölkerung hinsichtlich der Verwendung der Copingstrategie Humor. Die Tatsache, dass es bzgl. der Copingstrategie Humor in dieser Studie zu unterschiedlichen Ergebnissen kam, gilt es zu diskutieren und genauer zu betrachten. Ein möglicher Einflussfaktor bildet die Tatsache, dass die Skalen des Brief-COPE jeweils nur aus zwei Items bestehen. Möglicherweise erheben die Skala „Humor“ des Brief-COPE und der CHS unterschiedliche Aspekte. An dieser Stelle soll jedoch nochmal darauf verwiesen werden, dass auch die Ergebnisse des HSQ darauf hinweisen, dass Gesundheitsclowns Humor als Copingstrategie einsetzen. Zukünftig gilt es die Copingstrategien von Gesundheitsclowns genauer zu untersuchen.

Hinsichtlich der Untersuchungen zu den verwendeten Copingstrategien fällt außerdem auf, dass Gesundheitsclowns im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nicht häufiger Hilfe von „Außen“ aufzusuchen scheinen – es zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Auch wenn es das Konzept der Roten Nasen so vorsehen mag, scheinen die Clowns in dieser Untersuchung sich nicht häufiger emotionale oder instrumentelle Unterstützung von anderen zu holen als Pflegekräfte oder Personen aus der Normalbevölkerung. Dabei gibt es auch in der Literatur Hinweise darauf, dass es sinnvoll und hilfreich für Gesundheitsclowns sein könnte, professionelle Unterstützung (z.B. durch Supervision) in Anspruch zu nehmen (Nuttman-Shwartz et al., 2010). Die Gesundheitsclowns sollten diesem Aspekt mehr Beachtung schenken und sich mehr Zeit und Raum für supervidierende Nachbesprechungen oder psychologische Betreuung geben. Was in anderen „Helferberufen“ (z.B. in der Sozialarbeit) bereits als Selbstverständlichkeit gilt, scheint sich bei den Clowns erst noch etablieren zu müssen. Denn wer hilft – braucht selbst auch Hilfe. Dasselbe scheint übrigens auch für Pflegekräfte zu gelten.

Die Analysen zur Ermittlung der Zusammenhänge zwischen einerseits der kognitiven Empathiefähigkeit mit andererseits den Aspekten der allgemeinen Empathie (Perspektivenübernahme, Fantasie, Anteilnahme, empathischer Distress), den vier Humorstilen (sozial, selbstaufwertend, aggressiv, selbstabwertend) sowie der

Copingstrategie Humor zeigte, dass innerhalb der Gruppe der Pflegekräfte Personen mit einer niedrigen kognitiven Empathiefähigkeit eher zu aggressivem Humor neigen. Personen aus der NBV mit einer höheren kognitiven Empathiefähigkeit zeigen auch höhere Fantasieausprägungen. In einer Untersuchung von Yip und Martin (2006) zeigte sich ebenfalls ein negativer Zusammenhang zwischen der Fähigkeit Emotionen akkurat wahrzunehmen und feindseligem Humor.

Wie viele empirische Studien, weist auch diese Untersuchung Limitationen auf. Zum einen ist die Wahl der Stichprobe zu nennen, v.a. innerhalb der Normalbevölkerung (siehe oben), wobei sich Fragen bzgl. der Repräsentativität der Ergebnisse stellen. Außerdem zeigten sich Altersunterschiede zwischen den Gruppen, was ebenfalls Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben könnte. Die Gruppe der Gesundheitsclowns besteht ausschließlich aus Clowns, die für die „Roten Nasen“ in Deutschland oder Österreich arbeiten. Dies beschreibt Vor- und Nachteil zugleich: Alle Clowns durchlaufen die gleichen Trainings, sind ähnlich gut ausgebildet und arbeiten nach dem gleichen Modell. Eine qualitative Untersuchung an deutschsprachigen Gesundheitsclowns wurde bis dato noch nicht durchgeführt. Die Gruppe der Gesundheitsclowns stellt demnach eine homogene Gruppe dar. Es bleibt jedoch offen, inwieweit sich Gesundheitsclowns einer anderen Organisation hinsichtlich ihrer emotionalen Fähigkeiten von Pflegepersonen und der Normalbevölkerung unterscheiden.

Zum anderen weisen vereinzelte Skalen der Erhebungsinstrumente vergleichsweise niedrige Reliabilitäten auf.

Die vorliegende Arbeit ist eine Annäherung, die psychologischen Charakteristika von Gesundheitsclowns näher kennen zu lernen und etwas mehr darüber zu erfahren, wer hinter der „Roten Nase“ steckt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in dieser Studie erstmals gezeigt werden konnte, dass sich Gesundheitsclowns hinsichtlich bestimmter emotionaler Fähigkeiten von Pflegepersonen und von der NBV unterscheiden. Besonders hinsichtlich ihrer Empathiefähigkeit und der Verwendung von adaptiven Humorstilen sind die Gesundheitsclowns gut ausgebildet und diese Qualitäten sollten im Laufe des Berufslebens eines Clowns beibehalten werden. Auch in der Ausbildung zukünftiger Gesundheitsclowns sollte weiterhin Wert auf diese besonderen Qualitäten gelegt werden. Durch ihren empathischen Umgang und ihrer humorvollen Art leisten sie einen wichtigen Beitrag in der Arbeit sowie mit Patienten und

Patientinnen als auch im Klinikalltag. Wünschenswert wäre, dass auch Pflegekräfte hinsichtlich dieser Eigenschaften besser aus- und weitergebildet werden.

Literaturverzeichnis

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor*, 15–4, 365–381.
- Adib-Hajbaghery, M., Khamechian, M., & Alavi, N. M. (2012). Nurses' perception of occupational stress and its influencing factors: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(5), 352–9. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3703075&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Åstedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T., & Kervinen, U. (2001). Importance of humour to client-nurse relationships and clients' well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 7(2), 119–125. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2001.00287.x>
- Auerbach, S., Hofmann, J., Platt, T., & Ruch, W. F. (2014). An investigation of the emotions elicited by hospital clowns in comparison to circus clowns and nursing staff. *The European Journal of Humour Research*, 1(3), 26–53. Retrieved from [http://www.europeanjournalofhumour.org/index.php/ejhr/article/view/Auerbach et al.](http://www.europeanjournalofhumour.org/index.php/ejhr/article/view/Auerbach_et_al)
- Auerbach, S., Ruch, W., & Fehling, A. (2016). Positive Emotions Elicited by Clowns and Nurses : An Experimental Study in a Hospital Setting. *Translational Issues in Psychological Science*, 2(1), 14–24.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(2), 241–51. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Bischof-Köhler, D. (1994). Selbstobjektivierung und fremdbezogene Emotionen. *Zeitschrift Für Psychologie*, 202, 349–377. Retrieved from <http://epub.ub.uni-muenchen.de/2913/1/2913.pdf>
- Bölte, S. (2005). Reading Mind in the Eyes Test für Erwachsene (dt. Fassung) von S. Baron-Cohen. J.W. Goethe-Universität Frankfurt/M. Retrieved from www.kgu.de/fileadmin/redakteure/Fachkliniken/Kinder-Jugendmedizin/Psychiatrie_I/Eyes_test_erw.pdf
- Brown, C., Chitkara, M. B., Percelay, J. M., Betts, J. M., Jewell, J. A., Preuschoff, C. K., Alexander, S. N. (2014). Child life services. *Pediatrics*, 133(5), e1471–e1478. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0556>
- Carlo, G., Mestre, M. V., McGinley, M. M., Samper, P., Tur, A., & Sandman, D. (2012). The interplay of emotional instability, empathy, and coping on prosocial and aggressive behaviors. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 675–680. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.022>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal Of Behavioral Medicine*. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Dal santo, L., Pohl, S., Saiani, L., & Battistelli, A. (2013). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), p74. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74>
- Davis, M. H. (1980a). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *Catalog of Selected Document in Psychology*, 40(7), 3480. <https://doi.org/10.1.1.462.7754>
- Davis, M. H. (1980b). Interpersonal Reactivity Index. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(1980), 14–15. <https://doi.org/10.1037/t01093-000>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- DeVellis, R. (2003). Scale development: theory and applications: theory and application.
- Dionigi, A., & Canestrari, C. (2016). Clowning in health care settings: The point of view of adults, 12(3), 473–488. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1107>
- Dionigi, A., Flangini, R., & Gremigni, P. (2012). Clowns in Hospital. In P. Gremigni (Ed.), *Humor and Health Promotion* (pp. 213–228). New York.
- Dionigi, A., Flangini, R., & Gremigni, P. (2013). Clowns in hospitals. *Humor and Health Promotion*, 213–227. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84895352583&partnerID=tZOtx3y1>
- Dionigi, A., Ruch, W., & Platt, T. (2014). Components and determinants of the shift between own persona and the clown persona: A hierarchical analysis. *The European Journal of Humour Research*, 1(4), 58–80. Retrieved from <http://www.europeanjournalofhumour.org/index.php/ejhr/article/view/44>
- Flaherty, M. G., & Lefcourt, H. M. (2002). Humor: The Psychology of Living Buoyantly. *Contemporary Sociology*. <https://doi.org/10.2307/3089411>
- Ford, K., Courtney-Pratt, H., Tesch, L., & Johnson, C. (2014). More than just clowns – Clown Doctor rounds and their impact for children, families and staff. *Journal of Child Health Care*, 18(3), 286–296. <https://doi.org/10.1177/1367493513490447>
- Frauen, B. für G. und. (2015). Personal in Krankenanstalten 2015 nach Fachrichtungen , Geschlecht und Bundesländern Personal in Krankenanstalten 2015 nach Fachrichtungen , Geschlecht und Bundesländern.
- Frittm M. (2009). *Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor: Möglichkeiten humorvoller Intervention im Beratungsgespräch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hampes, W. (2010). The relationship between humor styles and empathy. *Europe's Journal of Psychology*, 6(3), 34–45. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1012>

- Hampes, W. P. (2001). Relation between humor and empathic concern. *Psychological Reports*, 88(1), 241–244. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0035259366&partnerID=tZOtx3y1>
- Hoffman, M. L. (2000). Empathy and moral development. *Development*, 348. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851>
- Howe, N. E. (2002). The origin of humor. *Medical Hypotheses*, 59(3), 252–254.
- Jung, W. E. (2003). The Inner Eye Theory of Laughter : Mindreader Signals Cooperator Value. *Evolutionary Psychology*, 1, 214–253.
- Keller, S. M. (2009). Effects of Extended Work Shifts and Shift Work on Patient Safety, Productivity, and Employee Health. *AAOHN Journal*, 57(12), 503–504. <https://doi.org/10.3928/08910162-20091124-05>
- Knoll, N. (2002). *Coping as a Personality Process: How Elderly Patients Deal with Cataract Surgery*. Freie Universität Berlin.
- Knoll, N., Rieckmann, N., & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality*, 19(3), 229–247. <https://doi.org/10.1002/per.546>
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26–27. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.60.1.26>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping [Sutoresuno shinrigaku]*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (pp. 213–259).
- Leicht, M. C. (2015). *Lachen macht Gesund? Die Wirkung von Humor als Copingstrategie bei Studierenden*. Leopold-Franzens- Universität Innsbruck.
- Linge, L. (2008). Hospital clowns working in pairs - In synchronized communication with ailing children. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 3(1), 27–38. <https://doi.org/10.1080/17482620701794147>
- Martin, R.A. & Durrizac, G. (2004). Humor styles, social skills, and quality of interactions with close others: a prospective daily diary study. In *Paper presented at the annual conference of the International Society for Humor Studies*. Dijon, France.
- Martin, R. (1996). The Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) and Coping Humor Scale (CHS): A decade of research findings. *Humor- International Journal of Humor Research*, 9(3–4), 251–272. <https://doi.org/10.1515/humr.1996.9.3-4.251>
- Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor : an integrative approach*. Burlington,

MA : Elsevier Academic Press.

- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48–75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2)
- Naranjo, J., Finlay, F., Baverstock, A., Lenton, S., Dionigi, A., Sangiorgi, D., & Flangini, R. (2014). Therapeutic clowning in paediatric practice. *Journal of Health Psychology*, 19(4), 596–605. <https://doi.org/10.1177/1359104513492746>
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, 29(1), 1–21. <https://doi.org/10.3205/zma000781>
- Nuttman-Shwartz, O., Scheyer, R., & Tzioni, H. (2010). Medical clowning: even adults deserve a dream. *Social Work in Health Care*, 49(6), 581–98. <https://doi.org/10.1080/00981380903520475>
- Olderbak, S., Wilhelm, O., Olaru, G., Geiger, M., Brennehan, M. W., & Roberts, R. D. (2015). A psychometric analysis of the reading the mind in the eyes test : toward a brief form for research and applied settings, 6(October), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01503>
- Overholser, J. C. (1992). Sense of humor when coping with life stress. *Personality and Individual Differences*, 13(7), 799–804. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90053-R](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90053-R)
- Rout, U. R. (2000). Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 303–309. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00342.x>
- Ruch, W. Platt, T., Hofmann, J., Auerbach, S. & Dionigi, A. (2013). hospital clown research: A positive psychology perspective.
- Satow, L. (2012). Stress- und Coping-Inventar – SCI. *Online*, 1–2. Retrieved from <http://www.drsatow.de>
- Schwarzer, C., & Buchwald, P. (2003). Examination stress: Measurement and coping. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(3), 247–249. <https://doi.org/10.1080/1061580031000095407>
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617–627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>
- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.011>
- Wanzer, M., Booth-Butterfield, M., & Booth-Butterfield, S. (2005). “If we didn’t use humor, we’d cry”: humorous coping communication in health care settings.

- Journal of Health Communication*, 10(2), 105–125.
<https://doi.org/10.1080/10810730590915092>
- Weckert, A. (2011). Auf dem Weg zur klinischen Empathie. *Kommunikation&Seminar*, 18–21. Retrieved from http://www.empathie.com/wp-content/uploads/Empathie_Krankenhaus_Buch_Tipp_Al_Weckert_Kommunikation_Seminar_2011.pdf
- Yip, J. A., & Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1202–1208.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.08.005>
- Zyga, S., Mitrousi, S., Alikari, V., Sachlas, A., Stathoulis, J., Fradelos, E., ... Maria, L. (2016). Assessing Factors That Affect Coping Strategies Among Nursing Personnel. *Materia Socio Medica*, 28(2), 146.
<https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.146-150>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Kennwerte des Lebensalters (Mittelwert, Standardabweichung) in Jahren in Abhängigkeit von Berufsgruppe und Geschlecht (inkl. Teilstichprobenumfang n)	23
Tabelle 2. Häufigkeiten und Anteilswerte der Herkunft der Teilnehmenden bezüglich der drei Gruppen	23
Tabelle 3. Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) für die vier Skalen des IRI mit jeweils sieben Items.....	30
Tabelle 4. Reliabilitätskoeffizient gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) für CHS.....	30
Tabelle 5. Reliabilitätskoeffizient gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) für die vier Skalen des HSQ	31
Tabelle 6. Reliabilitätskoeffizient gemäß Cronbach's α für die 14 Skalen des Brief-COPE mit jeweils zwei Items	32
Tabelle 7. Kennwerte für den Vergleich des Eye-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße	33
Tabelle 8. Kennwerte für den Vergleich des IRI-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße	34
Tabelle 9. Kennwerte für den Vergleich des HSQ-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße	35
Tabelle 10. Kennwerte für den Vergleich der COPE-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße	37
Tabelle 11. Kennwerte für den Vergleich des CHS-Scores zwischen den Gruppen mit Prüfgröße	39
Tabelle 12. Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation für die Zusammenhänge der kognitiven Empathiefähigkeit (Eye) mit IRI, HSQ, CHS unter Berücksichtigung der drei Gruppen.....	40

Anhang

Begrüßung/Einleitung:

Liebe Teilnehmer/innen,

Herzlichen Dank, dass Sie sich dafür entschieden haben, an dieser Umfrage teilzunehmen.

Die nachfolgende Studie wird im Rahmen einer Masterarbeit an der Universität Wien (Fakultät für Psychologie) durchgeführt. Es geht in dieser Studie um den Zusammenhang von Emotionen und Stressbewältigung.

Die Studie nimmt **etwa 20-30 Minuten** Ihrer Zeit in Anspruch.

Selbstverständlich werden alle Angaben, die Sie machen, **vertraulich** behandelt und **anonym** ausgewertet. Eine Identifizierung Ihrer Person anhand der hier von Ihnen gemachten Angaben ist nicht möglich. Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit abgebrochen werden. Wenn Sie auf den "Weiter"-Button klicken, stimmen Sie Ihrer freiwilligen Teilnahme an der Befragung zu.

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit!

Soziodemographische Angaben:

Geschlecht:

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ ich fühle mich keinem der oben genannten Geschlechter angehörig

Alter:

(Bitte in dieses Feld nur Ziffern eintragen)

Familienstatus:

- ☐ Single
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet
- ☐ in einer Partnerschaft
- ☐ verheiratet/ in eingetragener Lebenspartnerschaft

Staatsangehörigkeit:

Die höchste Ausbildung, die Sie bis jetzt abgeschlossen haben:

- ☐ kein Abschluss
- ☐ Pflichtschulabschluss/ Hauptschule
- ☐ Handelsschule/mittlere Reife
- ☐ Lehre
- ☐ Meister
- ☐ Matura/ Abitur
- ☐ Diplomlehrgang
- ☐ Fachhochschule
- ☐ Bachelor
- ☐ Master/Magister/Diplom
- ☐ Promotion
- ☐ andere

Beruf:

Derzeitiges ungefähres Brutto-Monatseinkommen:

- ☐ < 1000 Euro
- ☐ 1000-3000 Euro
- ☐ 3000-5000 Euro
- ☐ 5000-7000 Euro
- ☐ > 7000 Euro

Sind Sie als Gesundheitsclown tätig?

- ☒ ja
- ☐ nein

Wie viel Erfahrung haben Sie als Gesundheitsclown? (in Jahren)

(Bitte in dieses Feld nur Ziffern eintragen)

Wie viele Stunden pro Woche sind Sie ungefähr als Gesundheitsclown tätig?

(Bitte in dieses Feld nur Ziffern eintragen)

Haben Sie eine Ausbildung zum Gesundheitsclown gemacht?

- ☐ nein
- ☐ ja – welche Ausbildung:

Mit welchem Klientel haben Sie am meisten zu tun?

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Kinder
- ☐ Erwachsene
- ☐ Senioren

Sind Sie als Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger oder in einem ähnlichen Beruf tätig?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung:

In welchem Fachbereich sind Sie derzeit tätig?

Mit welchem Klientel haben Sie am meisten zu tun?

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Kinder
- ☐ Erwachsene
- ☐ Senioren

Haben Sie Ihre Ausbildung bereits abgeschlossen?

- ☐ nein
- ☐ ja – welche Ausbildung:

Wie viel Erfahrung (in Jahren) als Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger (oder in einem ähnlichen Beruf) haben Sie?

(Bitte in dieses Feld nur Ziffern eintragen)

Begegnen Sie bei Ihrer Arbeit Gesundheitsclowns (z.B. „Rote Nasen“)?

nie selten manchmal oft sehr oft



HSQ – Humor Styles Questionnaire (Martin et al., 2003)

1 = stimme absolut nicht zu

2 = stimme größtenteils nicht zu

3 = stimme teilweise nicht zu

4 = stimme weder zu noch nicht zu

5 = stimme teilweise zu

6 = stimme größtenteils zu

7 = stimme absolut zu

1. Ich lache oder scherze normalerweise nicht mit anderen Leuten herum.
2. Wenn ich mich deprimiert fühle, dann kann ich mich normalerweise mit Humor aufheitern.
3. Wenn jemand einen Fehler macht, dann werde ich ihn oft damit aufziehen.
4. Ich lasse Leute mehr über mich lachen oder sich über mich lustig machen, als ich sollte.
5. Ich muss mich nicht sehr anstrengen, um andere Leute zum Lachen zu bringen - Ich scheine von Natur aus eine witzige Person zu sein.
6. Selbst wenn ich alleine bin, amüsiere ich mich oft über die Absurditäten des Lebens.

7. Andere sind nie beleidigt oder verletzt durch meinen Sinn für Humor.
8. Ich lasse mich oft dazu hinreißen, mich selbst herunter zu machen, wenn es meine Familie oder meine Freunde zum Lachen bringt.
9. Ich bringe andere Leute selten damit zum Lachen, dass ich lustige Geschichten über mich selbst erzähle.
10. Wenn ich mich unglücklich fühle oder aus der Fassung gebracht wurde, dann versuche ich normalerweise etwas Lustiges in der Situation zu entdecken, damit ich mich besser fühle.
11. Wenn ich Witze erzähle oder lustige Dinge sage, dann kümmere ich mich normalerweise nicht sehr darum, wie andere Leute es aufnehmen.
12. Ich versuche oft Leute dazu zu bringen, mich mehr zu mögen oder zu akzeptieren, indem ich etwas Lustiges über meine eigenen Schwächen, Schnitzer oder Fehler sage.
13. Ich lache und scherze viel mit meinen engsten Freunden.
14. Meine humorvolle Sichtweise des Lebens hält mich davon ab, übermäßig unglücklich oder deprimiert über Dinge zu werden.
15. Ich mag es nicht, wenn Leute Humor verwenden, um andere zu kritisieren oder herunter zu machen.
16. Ich sage selten lustige Dinge, die mich selbst herunter machen.
17. Normalerweise erzähle ich nicht gerne Witze oder erheitere Menschen.
18. Wenn ich alleine bin und ich mich unglücklich fühle, dann versuche ich an etwas Lustiges zu denken, um mich aufzuheitern.
19. Manchmal denke ich an etwas, das so witzig ist, dass ich mich selbst nicht davon abhalten kann, es zu sagen, selbst wenn es in der Situation nicht angemessen ist.
20. Ich gehe oft zu weit damit, mich selbst herunter zu machen, wenn ich Witze mache oder versuche lustig zu sein.
21. Ich bringe Leute gerne zum Lachen.
22. Wenn ich mich traurig oder aufgebracht fühle, dann verliere ich meinen Sinn für Humor.
23. Ich nehme nie dran teil, wenn aber andere gelacht wird, selbst wenn alle meine Freunde das tun.
24. Wenn ich mit Freunden oder Familienangehörigen zusammen bin, dann sei ich oft derjenige zu sein, über den andere sich lustig machen oder scherze.

25. Ich scherze nicht viel mit meinen Freunden herum.
26. Es ist meine Erfahrung, dass es oft eine sehr effektive Art ist, mit einem Problem fertig zu werden, wenn man an einige amüsante Aspekte der Situation denkt.
27. Wenn ich jemanden nicht mag, dann verwende ich oft einen böartigen Witz oder mache mich über ihn lustig, um ihn herunterzumachen.
28. Wenn ich Probleme habe oder mich unglücklich fühle, überdecke ich dies oft, indem ich herum scherze, so dann selbst meine engsten Freunde nicht wissen, wie ich wirklich fühle.
29. Mir fallen normalerweise keine witzigen Dinge ein, die ich sagen kann, wenn ich mit andern Leuten zusammen bin.
30. Ich brauche nicht mit anderen Leuten zu sein, um erheitert zu sein – ich kann normalerweise Dinge finden, über die ich lache, selbst wenn ich alleine bin.
31. Selbst wenn ich etwas wirklich lustig finde, werde ich nicht lachen oder Witze darüber machen, wenn jemand anderes gekränkt wird.
32. Andere über mich lachen zu lassen, ist meine Art, meine Freunde und Familie gut gelaunt zu halten.

CHS – Coping Humor Scale (Martin, 1996) – dt. Übersetzung: Bachelorarbeit von Maria Christine Leicht („Lachen macht Gesund? Die Wirkung von Humor als Copingstrategie bei Studierenden“)

1 = stimme überhaupt nicht zu

2 = stimme eher nicht zu

3 = stimme eher zu

4 = stimme voll zu

1. Wenn ich Probleme habe, verliere ich oft meinen Sinn für Humor.
2. Meine Probleme reduzierten sich stark, sobald ich versucht habe etwas Lustiges an Ihnen zu finden.
3. In angespannten Situationen versuche ich etwas Lustiges zu sagen.
4. Mein Leben wäre einfacher, wenn ich mehr Sinn für Humor hätte.

5. Ich habe oft festgestellt, dass wenn ich in Situationen bin, in denen ich entweder lachen oder weinen könnte, es besser ist zu lachen.
6. Normalerweise finde ich auch an schwierigen Situationen etwas zum Lachen oder worüber man Witze machen kann.
7. Ich habe festgestellt, dass Humor ein guter Weg ist, um Probleme bewältigen zu können.

Brief COPE – German (Knoll et al., 2005)

Beurteilen Sie jetzt bitte, inwiefern die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen zutreffen. Bitte machen Sie für jede Aussage eine Angabe.

1 = überhaupt nicht

2 = ein bisschen

3 = ziemlich

4 = sehr

1. Ich habe mich mit Arbeit oder anderen Sachen beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen.
2. Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.
3. Ich habe mir eingeredet, dass das alles nicht wahr ist.
4. Ich habe Alkohol oder andere Mittel zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.
5. Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten.
6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.
7. Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.
8. Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert.
9. Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen.
10. Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.
11. Um das durchzustehen, habe ich mit Alkohol oder anderen Mitteln besänftigt.
12. Ich habe versucht, die Dinge von einer positiveren Seite zu betrachten.
13. Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.
14. Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.
15. Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegen gebracht.

16. Ich habe gar nicht mehr versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.
17. Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist.
18. Ich habe Witze darüber gemacht.
19. Ich habe etwas unternommen, um mich abzulenken.
20. Ich habe mich damit abgefunden, dass es passiert ist.
21. Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.
22. Ich habe versucht, Halt in meinem Glauben zu finden.
23. Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.
24. Ich habe gelernt, damit zu leben.
25. Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, was hier das Richtige wäre.
26. Ich habe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld gegeben.
27. Ich habe gebetet oder meditiert.
28. Ich habe alles mit Humor genommen.

IRI (Interpersonal Reactivity Index) - Davis, 1983

1 = beschreibt mich überhaupt nicht

2 =

3 =

4 =

5 = beschreibt mich sehr gut

1. Ich habe Tagträume und stelle mir recht regelmäßig Dinge vor, die mir passieren könnten.
2. Ich empfinde oft warmherzige, sorgende Gefühle für Leute, denen es weniger gut geht als mir.
3. Mir fällt es manchmal schwer, Dinge aus der Sicht einer anderen Person zu sehen.
4. Manchmal habe ich wenig Mitleid für andere Menschen, die gerade Probleme haben.
5. Ich lasse mich stark auf Gefühle von Romanfiguren ein.
6. In Notfallsituationen fühle ich mich ängstlich und unbehaglich.
7. Ich bin normalerweise objektiv, wenn ich einen Film oder ein Theaterstück ansehe und vertiefe mich nur selten komplett darin.

8. Ich versuche bei Meinungsverschiedenheiten zuerst alle Ansichten zu betrachten, bevor ich eine Entscheidung treffe.
9. Wenn ich sehe, wie jemand ausgenutzt wird, habe ich das Gefühl, ihn schützen zu müssen.
10. Manchmal fühle ich mich hilflos, wenn ich mich inmitten einer sehr emotionsgeladenen Situation befinde.
11. Ich versuche manchmal, meine Freunde besser zu verstehen, indem ich mir vorstelle, wie die Dinge aus ihrer Sicht aussehen könnten.
12. Ich lasse mich eher selten sehr intensiv auf ein gutes Buch oder einen guten Film ein.
13. Wenn ich sehe, wie jemand verletzt wird, bleibe ich meistens ruhig.
14. Das Unglück anderer lässt mich normalerweise weitgehend unberührt.
15. Wenn ich mir sicher bin, dass ich Recht habe, vergeude ich nicht viel Zeit damit, mir die Argumente von anderen anzuhören.
16. Nach einem Theaterstück oder Film habe ich mich schon mal gefühlt, als wäre ich eine der Personen aus diesem Stück/Film.
17. Angespante, emotionale Situationen machen mir Angst.
18. Wenn ich eine Person sehe, die unfair behandelt wird, empfinde ich manchmal nur wenig Mitleid.
19. Normalerweise komme ich mit Notfallsituationen gut zurecht.
20. Ich bin oft ziemlich berührt von Dingen, die ich mitbekomme.
21. Ich glaube, dass jedes Problem zwei Seiten hat, und versuche deshalb, beide zu sehen.
22. Ich würde mich selbst als eine ziemlich gutmütige Person bezeichnen.
23. Wenn ich einen guten Film sehe, kann ich mich sehr leicht in die Lage einer der Hauptpersonen hineinversetzen.
24. Ich neige dazu, in Notfällen die Kontrolle zu verlieren.
25. Wenn ich wütend auf jemanden bin, versuche in normalerweise, mich für eine Weile in die Lage der anderen Person zu versetzen.
26. Wenn ich eine interessante Geschichte oder einen guten Roman lese, stelle ich mir vor, wie ich mich fühlen würde, wenn mir die beschriebenen Ereignisse passieren würden.
27. Wenn ich jemanden sehe, der dringend Hilfe in einem Notfall benötigt, breche ich zusammen.

28. Bevor ich jemanden kritisiere, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich an seiner Stelle fühlen würde.

Reading Mind in the Eye Test

Im Folgenden zeigen wir Ihnen 36 Fotos von Augenpaaren.

Zu jedem Foto erscheinen vier Begriffe. Bitte entscheiden Sie für jedes Augenpaar, welcher der vier aufgeführten Begriffe am besten beschreibt, was die abgebildete Person *denkt, fühlt oder ausdrückt*.

Auch wenn Sie den Eindruck haben, dass mehr als ein Begriff zutrifft, entscheiden Sie sich dennoch nur für einen der Begriffe.

Bevor Sie ihre Entscheidung treffen, lesen Sie bitte jeweils alle vier Begriffe.

Versuchen Sie den Test so schnell wie möglich zu bearbeiten – eine Zeitbegrenzung gibt es jedoch nicht.

Hier ein Beispiel:



Die richtige Antwort ist: „panisch“

- ☐ eifersüchtig
- ☐ panisch
- ☐ arrogant
- ☐ gehässig

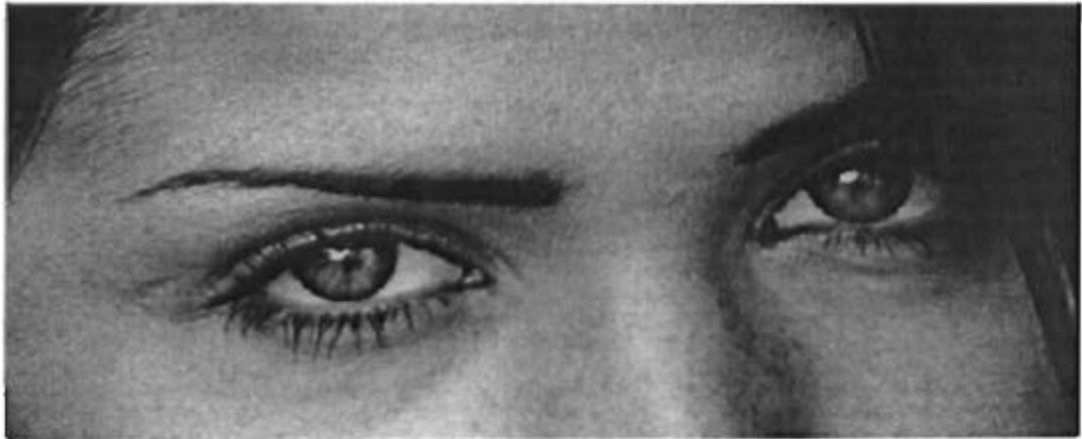


- ☐ verspielt
- ☐ tröstend
- ☐ irritiert
- ☐ gelangweilt



- ☐ erschrocken
- ☐ bestürzt

- ☐ arrogant
- ☐ verärgert



- ☐ scherzend
- ☐ zerstreut
- ☐ verlangend (=verführerisch, sehnsüchtig)
- ☐ überzeugt



- ☐ scherzend
- ☐ fordernd
- ☐ amüsiert
- ☐ entspannt



- ☐ **irritiert**
- ☐ **sarkastisch** (=spöttisch, zynisch, höhnisch)
- ☐ **besorgt**
- ☐ **freundlich**



- ☐ **schockiert**
- ☐ **fantasierend**
- ☐ **ungeduldig**
- ☐ **wachsam**



- ☐ entschuldigend
- ☐ freundlich
- ☐ angespannt
- ☐ enttäuscht



- ☐ niedergeschlagen
- ☐ befreit
- ☐ schüchtern
- ☐ aufgeregt



- ☐ verärgert
- ☐ feindlich
- ☐ schockiert
- ☐ voreingenommen



- ☐ vorsichtig
- ☐ beharrlich
- ☐ gelangweilt
- ☐ schockiert



- ☐ erschrocken
- ☐ amüsiert
- ☐ bereuend
- ☐ flirtend



- ☐ gleichgültig
- ☐ verlegen
- ☐ skeptisch
- ☐ niedergeschlagen



- ☐ **entschlossen**
- ☐ **antizipierend** (=ahnen, vorwegnehmen)
- ☐ **drohend**
- ☐ **schüchtern**



- ☐ **irritiert**
- ☐ **enttäuscht**
- ☐ **depressiv**
- ☐ **anklagend**



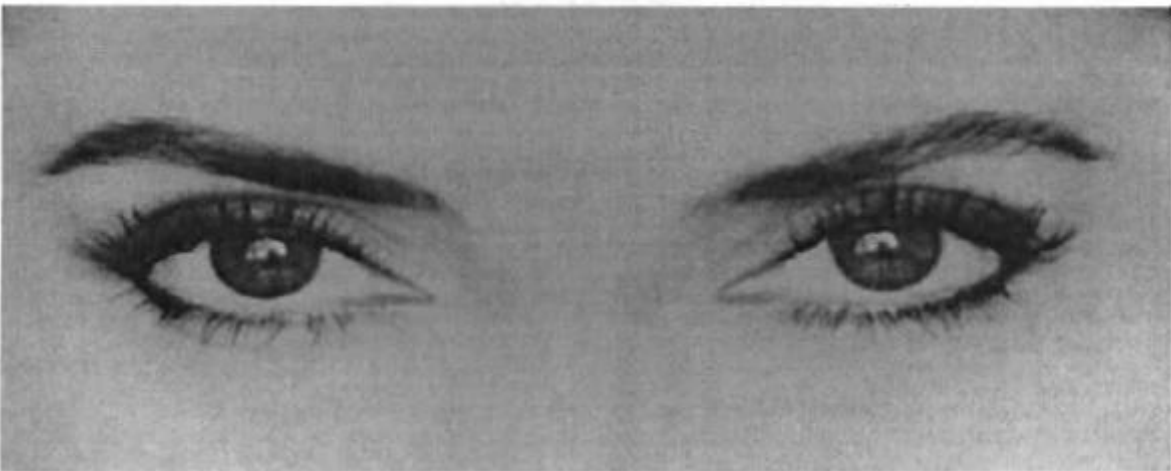
- ☐ **kontemplativ** (=versunken, vertieft, innerlich)
- ☐ **zerstreut**
- ☐ **ermutigend**
- ☐ **amüsiert**



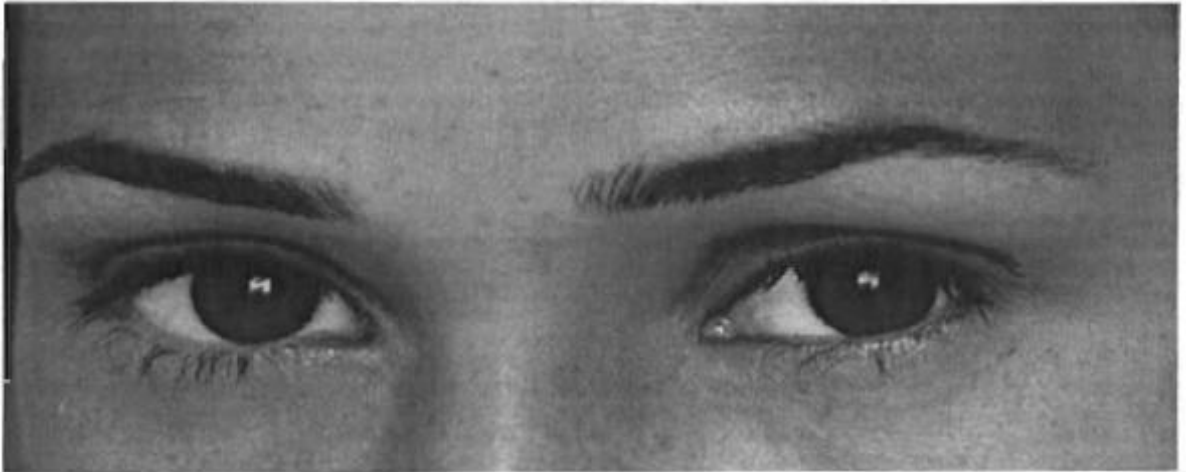
- ☐ **irritiert**
- ☐ **gedankenreich** (=nachdenklich, überlegend)
- ☐ **ermutigend**
- ☐ **sympathisch**



- ☐ zweifelnd
- ☐ liebevoll
- ☐ verspielt
- ☐ schockiert



- ☐ entschlossen
- ☐ amüsiert
- ☐ schockiert
- ☐ gelangweilt



- ☐ arrogant
- ☐ dankbar
- ☐ sarkastisch (=spöttisch, zynisch, höhnisch)
- ☐ unsicher



- ☐ dominant (=autoritär, bestimmend)
- ☐ freundlich
- ☐ schuldig
- ☐ erschrocken



- ☐ verlegen
- ☐ fantasierend
- ☐ verwirrt
- ☐ panisch



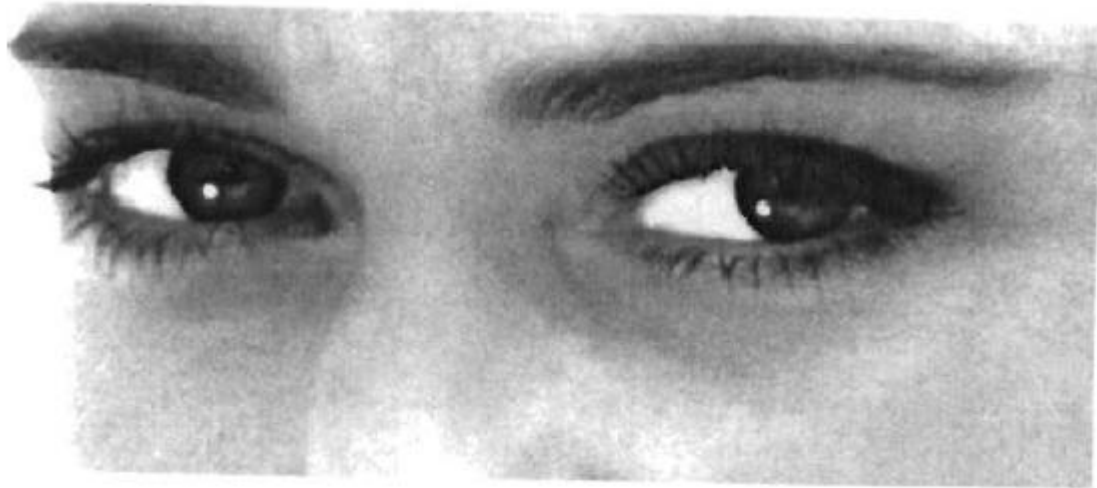
- ☐ voreingenommen
- ☐ dankbar
- ☐ beharrlich
- ☐ bittend



- ☐ zufrieden
- ☐ entschuldigend
- ☐ herausfordernd
- ☐ neugierig



- ☐ nachdenklich
- ☐ irritiert
- ☐ aufgeregt
- ☐ feindlich



- ☐ panisch
- ☐ ungläubig
- ☐ niedergeschlagen
- ☐ interessiert



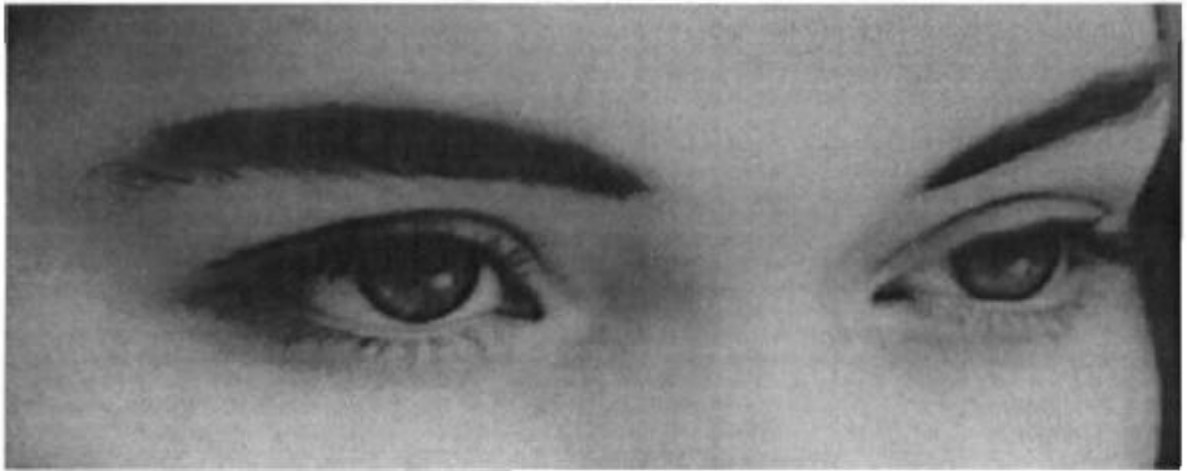
- ☐ besorgt
- ☐ schüchtern
- ☐ feindlich
- ☐ ängstlich



- ☐ scherzend
- ☐ vorsichtig
- ☐ arrogant
- ☐ ermutigend



- ☐ interessiert
- ☐ scherzend
- ☐ liebevoll
- ☐ zufrieden



- ☐ ungeduldig
- ☐ erschrocken
- ☐ irritiert
- ☐ nachdenklich



- ☐ dankbar
- ☐ flirtend
- ☐ feindlich
- ☐ enttäuscht



- ☐ beschämt
- ☐ überzeugt
- ☐ scherzhaft
- ☐ entmutigt



- ☐ ernst
- ☐ beschämt
- ☐ verblüfft
- ☐ besorgt



- ☐ verlegen
- ☐ schuldig
- ☐ fantasierend
- ☐ besorgt



- ☐ bestürzt
- ☐ verwirrt
- ☐ misstrauisch
- ☐ erschrocken



- ☐ ratlos
- ☐ nervös
- ☐ beharrlich
- ☐ kontemplativ (=versunken, vertieft, innerlich)



- ☐ beschämt
- ☐ nervös
- ☐ misstrauisch
- ☐ zögernd

Ende der Befragung:

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

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

Bei Fragen oder Anregungen können Sie sich gerne per Mail an uns wenden:

Franziska Aigner, B.Sc.: a1018268@unet.univie.ac.at

Mag. Dr. Gabriela Markova: gabriela.markova@univie.ac.at

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Masterarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, am _____

Unterschrift _____

Curriculum Vitae