



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Der Einfluss von Copingstrategien auf das Erleben von  
arbeitsbezogenem Stress in helfenden Berufen

verfasst von / submitted by

Christian Quaschner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch



## Inhaltsverzeichnis

|                                               |      |
|-----------------------------------------------|------|
| Abstract.....                                 | S.4  |
| Einleitung und theoretischer Hintergrund..... | S.7  |
| Fragestellungen.....                          | S.15 |
| Methode.....                                  | S.18 |
| Ergebnisse.....                               | S.35 |
| Diskussion.....                               | S.52 |
| Literaturverzeichnis.....                     | S.62 |

## Abstract

*Einleitung:* Stress ist seit jeher ein interessanter Faktor in der psychologischen Forschung und Praxis. Menschen in sogenannten helfenden Berufen sind besonders betroffen von arbeitsbezogener Belastung. Für diese Menschen ist es essenziell, effektiv mit dem erlebten Stress zu copen. Diese Arbeit will den Einfluss unterschiedlicher, individueller Copingstrategien auf das Erleben von und den Umgang mit arbeitsbezogenem Stress in helfenden Berufen untersuchen. Dabei stützte sich die Operationalisierung des Faktors Coping auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman. *Stichprobe und Methode:* Zur Erhebung der Stichprobe wurde eine Fragebogenbatterie verwendet, die aus PROQOL, BSI, PSQ, CISS, AUDIT, Fagerström und SF-36 bestand. Zusätzlich wurden relevante soziodemographische Daten erhoben. Die Gesamtstichprobe bestand aus n=559 Personen und war teilweise anhand der Faktoren Geschlecht, Bildungsgrad und Alter stratifiziert. *Fragestellungen:* Zur Untersuchung der Hauptfragestellung wurden die ProbandInnen anhand ihres individuellen Copingstils in drei Gruppen eingeteilt und im Hinblick auf Unterschiede im Erleben von Stress untersucht. Zusätzlich wurden im Rahmen dieser Arbeit eine Reihe von Nebenfragestellungen untersucht, welche die Bedeutung von Berufserfahrung, Psychopathologien im Zusammenhang mit Stress und Coping behandelten. Nebenfragestellung 1 untersuchte den Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und dem Erleben von Stress in der Stichprobe. Nebenfragestellung 2 befasste sich mit Unterschieden hinsichtlich des Konsums von Alkohol und Tabak in der Stichprobe. Nebenfragestellung 3 untersuchte den Zusammenhang von Berufserfahrung und adaptivem Coping in der Stichprobe. Die Nebenfragestellungen 4 und 5 befassten sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Auftreten psychopathologischer Symptome und adaptivem Coping bzw. dem Erleben von Stress. *Ergebnisse und Diskussion:* In der statistischen Auswertung der Hauptfragestellung konnte anschliessend ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden, der die vorher formulierten Erwartungen belegte. Bei der Nebenfragestellung 1 konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und dem Erleben von Stress festgestellt werden. Bei der Nebenfragestellung 2 konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Copingstil und Alkoholkonsum, aber kein signifikanter Zusammenhang zu dem Konsum von Tabak festgestellt werden. Bei der Nebenfragestellung 3 konnte nur zwischen einzelnen Skalen des CISS und der Berufserfahrung ein signifikanter

Zusammenhang festgestellt werden. Die Fragestellungen 4 und 5 fielen jeweils signifikant aus, was auf einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten psychopathologischer Symptome und dem Copingstil bzw. dem Erleben von Stress hindeutet. Stressverarbeitung und Copingverhalten sollten somit als wichtige Einflussgrößen auf den Umgang mit berufsbezogener Belastung betrachtet und untersucht werden. Abschliessend werden die Ergebnisse der Arbeit unter Einbeziehung der Forschungsliteratur interpretiert und im Hinblick auf das methodische Vorgehen, bestehende Limitationen und mögliche Implikationen für die Forschung diskutiert.

**Keywords:** Coping, Stress, helfende Berufe, adaptives Coping, transaktionales Stressmodell, arbeitsbezogene Belastung

### **Abstract**

*Introduction:* Stress has always been an interesting factor in psychological research and practice. Employees who are working in the field of so-called „helping jobs“ are particularly affected by work-related strain. It is essential for these people to cope effectively with the stress they are experiencing. This thesis examines the influence of different, individual styles of coping on experience and handling of work-related stress in helping jobs, using the data from a previously conducted questionnaire study. For that matter the operationalization of the factor coping was based upon the transactional model of stress and coping by Lazarus and Folkman. *Sample and method:* To collect the sample, a collection of questionnaires was used, which included PROQOL, BSI, PSQ, CISS, AUDIT, Fagerström and SF-36, as well as a series of sociodemographic data. The complete sample consisted of n=559 subjects and was partially stratified along the factors of sex, age and level of education. *Objective:* To investigate the main question, subjects were assigned to one of three groups based upon their individual style of coping. In addition, the thesis examined several secondary questions, which focused on the relevance of work experience and psychopathologies regarding stress and coping. Secondary question 1 examined the relationship between work experience and experience of stress among subjects. Secondary question 2 examined differences regarding the consumption of alcohol and tobacco among subjects. Secondary

question 3 examined the relationship between work experience and adaptive coping among subjects. Secondary questions 4 und 5 examined the relationship between appearance of psychopathological symptoms and adaptive coping or experience of stress respectively. *Results and discussion:* The statistical analysis of the main question showed a significant difference between groups which confirmed the expectations that were made beforehand. Regarding secondary question 1, a significant relationship between work experience and experience of stress could be found. Regarding secondary question 2, a significant relationship between coping style and consumption of alcohol could be found, but no significant relationship regarding the consumption of tobacco. Regarding secondary question 3, a significant relationship between work experience and single scales of the CISS could be found. Secondary question 4 und 5 showed a significant relationship between appearance of psychopathological symptoms and coping style or experience of stress respectively. The processing of stress and coping style should therefore be regarded as important factors of influence concerning the handling of work-related strain and examined as such. To conclude this thesis, the results of the analysis will be interpreted regarding the scientific literature and discussed regarding methodical approach, limitations within the thesis and possible implications for future research.

**Keywords:** coping, stress, helping jobs, adaptive coping, transactional model of stress and coping, work-related strain

## **Einleitung und theoretischer Hintergrund**

Stress gehört heute zu den zentralen Begriffen in gleich mehreren wissenschaftlichen Feldern, darunter etwa Medizin, Psychologie, Soziologie, Biologie und vielen weiteren Bereichen aktueller Forschung. Gleichzeitig ist das Thema Stress eng mit dem gesellschaftlichen Alltag vieler Menschen verwoben und besitzt so nicht nur eine hohe theoretische, sondern auch eine hohe praktische Relevanz. Stress wird umfangreich beforscht, behandelt, thematisiert und problematisiert. Auf einer gesellschaftlichen Ebene gehen viele WissenschaftlerInnen (sowohl EmpirikerInnen als auch TheoretikerInnen) davon aus, dass die Stressbelastung sogar weiter zunimmt und diverse Bereiche des modernen öffentlichen Lebens umfasst. Hierzu zählt sicher in besonderem Maße die Arbeitswelt, ein Bereich, dessen Verbindung mit und Beeinflussung durch Stress in der Forschung eine lange Tradition hat, die stetig aktualisiert wird.

Stress ist nicht nur heute ein sehr relevanter Bestandteil psychologischer Forschung, sondern war bereits in der Vergangenheit in diesem Feld von Interesse. Tatsächlich gehört Stress seit Jahrzehnten zu den besonders umfassend und vielfältig beforschten psychologischen Phänomenen. Dies zeigte sich etwa bereits in den Stresstheorien von Selye: Selye forschte in den 1930ern zu den vielfältigen schädlichen Auswirkungen von Stress auf den Menschen (Gerrig & Zimbardo, 2008) und entwickelte als Resultat seiner Forschungen später das Modell des „allgemeinen Anpassungssyndroms“. Dieses Modell basiert auf Selyes Annahme, dass jeder auf den Menschen einwirkende Stressor eine Form von Anpassung oder Adaption als Reaktion verlangt. Das „allgemeine Anpassungssyndrom“ besteht aus drei Stufen: Die erste Stufe bilden die Alarmreaktionen, „kurze Perioden körperlicher Erregung, die den Körper für energische Aktionen bereitmachen“ (Gerrig & Zimbardo, 2008, S.471). Wenn ein Stressor weiter besteht und auf das Individuum einwirkt, geht dieses zur zweiten Stufe, dem „Widerstandsstadium“, über. Hier befindet sich das Individuum in einem Zustand moderater Erregung und ist währenddessen in der Lage, den Auswirkungen des Stressors zu widerstehen bzw. sie zumindestens zu ertragen. Übersteigt der Stressor in Dauer und Intensität aber die Ressourcen des Individuums, tritt es in den Zustand der Erschöpfung (die dritte Stufe des „allgemeinen Anpassungssyndroms“) über. Selye assoziierte diesen Zustand anhaltender bis chronischer Stressbelastung mit dem

Auftreten verschiedener Formen von Krankheit (Selye, 1976, zitiert nach Gerrig & Zimbardo, 2008, S.472).

Ein Bereich des allgemeineren Themenkomplexes „Stress“, der in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend in den Fokus psychologischer Untersuchungen gerückt ist, ist arbeitsbezogener Stress. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass arbeitsbezogener Stress viele Menschen konkret in ihrem Alltag betrifft und beeinflusst. Zum anderen hat arbeitsbezogener Stress in den letzten Jahren durch die zunehmende Veränderung und Beschleunigung der Arbeitswelt und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in Forschung und Behandlung weiter an Relevanz gewonnen (Korunka & Kubicek, 2013). Dieser Prozess erscheint nur logisch, da Arbeit einerseits generell einen wichtigen Teil des menschlichen Lebens in der Moderne darstellt und in diesem Feld andererseits spezifische Belastungen und Besonderheiten auftreten. Arbeitsbezogener Stress ist abhängig von individueller Disposition, arbeitsbezogener Belastung und (situativen und strukturellen Möglichkeiten der) Verarbeitung.

Dass arbeitsbezogener Stress zu einer spezifischen Belastung führt, vor allem, wenn er chronisch auftritt, ist in der Literatur vielfach und an diversen Untersuchungsobjekten in verschiedenen Feldern belegt worden: Ein Beispiel hierfür stellt etwa eine Studie von Sacker, Bartley, Frith, Fitzpatrick und Marmot (2001) dar, in der die AutorInnen mittels einer regressionsanalytischen Auswertung von Fragebogendaten einen konsistenten Zusammenhang zwischen arbeitsbezogener Belastung und schlechtem Gesundheitszustand, insbesondere dem Auftreten von Herzkrankheiten, darstellen konnten. Wie sehr arbeitsbezogener Stress Betroffene einschränkt, zeigte sich dabei etwa in der Evaluation von Verfahren zur Behandlung von arbeitsbezogenem Stress und der damit einhergehenden Belastung. Netterstrøm und Bech (2010) konnten in einer Kontrollstudie zeigen, dass ein multidisziplinäres Stressbehandlungsprogramm mit mehreren Komponenten (u.a. Entspannungstechniken, Evaluation von Arbeitsbelastung und Aufgaben, körperliche Aktivität) den krankheitsbedingten Ausfall einer Gruppe von betroffenen ArbeitnehmerInnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verringern konnte.

Doch nicht nur körperliche, sondern auch mentale und psychopathologische Folgen erhöhter Stressbelastung im Arbeitskontext lassen sich aus der Literatur vielfach belegen: Hierfür sei beispielhaft eine Metaanalyse von Tennant (2001) aufgeführt, die

nicht nur zahlreiche Zusammenhänge zwischen verschiedenen strukturellen Berufsfaktoren und psychischen Störungen, sondern auch zwischen intensiver Stressbelastung und dem Auftreten von Depressionen zeigen konnte. Tennant kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass diese Zusammenhänge durch die Veränderung der Arbeitswelt und ihrer Strukturen in Zukunft noch stärker ausgeprägt sein werden und empfiehlt daher weitreichende Maßnahmen zur Veränderung dieser Strukturen. Neben diesem Fokus auf Depressionen lassen sich auch zahlreiche Studien finden, die arbeitsbezogenen Stress mit verschiedenen Erschöpfungserkrankungen in Verbindung bringen. Gray-Stanley und Muramatsu (2011) führten eine Studie unter Pflegekräften durch, in der die Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogenem Stress, Belastungsfaktoren, persönlichen Ressourcen und Burnout untersucht wurde. Die Ergebnisse legen einen positiven Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenem Stress und Burnout nahe und betonen die Relevanz persönlicher und sozialer Ressourcen.

Eine Berufsgruppe, die in Theorie und Praxis häufig mit einem erhöhten Erleben von arbeitsbezogenem Stress in Verbindung gebracht wird, ist die Gruppe der „helfenden Berufe“. Hierzu zählen in den referierten Studien etwa ÄrztInnen, Pflegekräfte, PsychologInnen etc. Die Definition dieser Berufsgruppe variiert allerdings je nach Art der herangezogenen Kriterien. Menschen in Berufen, die nach einer dieser Definitionen in der Regel dem Bereich der helfenden Berufe zugeordnet werden können, sind oft einer vergleichsweise hohen, andauernden und intensiven arbeitsbezogenen Belastung ausgesetzt. Die arbeitsbezogenen Belastungen, denen diese Gruppe ausgesetzt ist, sind vielfältig und nicht nur körperlich, sondern auch psychisch fordernd. Dies schlägt sich dementsprechend auch in einem erhöhten Level und Erleben von Stress nieder und sorgt für eine Notwendigkeit, effektive Bewältigungsstrategien zu etablieren und einzusetzen, sowie für eine hohe Aufmerksamkeit gegenüber und eine Auseinandersetzung mit möglichen Folgebelastungen

Für die vielfältigen Belastungen, denen Menschen in helfenden Berufen in ihrem Alltag ausgesetzt sind, finden sich ebenfalls zahlreiche Belege in der Forschungsliteratur. Mealer et al. (2012) konnten etwa in einer Untersuchung zu psychologischer Resilienz bei einer Stichprobe von Intensivpflegekräften eine andauernd hohe Stressbelastung feststellen, mit dem Resultat eines höheren Risikos, an mit Stress assoziierten psychischen Störungen, wie etwa Burnout, zu erkranken. Daher wurden psychische

Stabilität und persönliche Ressourcen von den AutorInnen der Studie in diesem beruflichen Kontext als hoch relevant definiert.

Knussen und Niven (1999) gehen in ihrer Studie ebenfalls auf arbeitsbezogenen Stress in helfenden Berufen ein und behandeln insbesondere die Verbindung unterschiedlicher Quellen von arbeitsbezogenem Stress (wie etwa arbeitsbezogener Belastung) mit individuellen Einflussfaktoren und Unterschieden sowie möglichen psychopathologisch relevanten Folgen (wie etwa Angst, Depression oder im Kontext der vorliegenden Studie insbesondere Neurotizismus). Knussen und Niven erhoben in diesem Zusammenhang querschnittliche Daten an schottischen Pflegekräften und konnten inhaltlich insbesondere den Einfluss von Drittvariablen wie Alter, sozialer Unterstützung oder Coping mit arbeitsbezogenen Problemen auf die Beziehung zwischen arbeitsbezogenem Stress und dessen negativen Folgen, wie etwa Neurotizismus, herausstellen.

Alosaimi, Alghamdi, Aladwani, Kasim und Almufleh (2016) fanden in einer case-control-Studie, die das Stresslevel von Angestellten eines Krankenhauses verglich, signifikante Unterschiede zwischen stationären klinischen Pflegekräften und administrativen Angestellten hinsichtlich des Stresslevels, die sich nicht aus den soziodemografischen Daten oder sonstigen externen Unterschieden zwischen den Gruppen erklären ließen. Dies belegt einerseits das Auftreten von Unterschieden hinsichtlich des Stresslevels zwischen verschiedenen Bereichen innerhalb von helfenden Berufen, die stark an das jeweils erlebte Stresslevel im Zuge des Berufs gekoppelt sein dürften, andererseits wird somit die Brücke zu einer praktischen Relevanz geschlagen, da die AutorInnen der Studie zur Linderung oder Behebung des Problems den institutionell verordneten und implementierten Einsatz entsprechender Trainingsmethoden für Stressabbau und Entspannung empfehlen.

Im Zusammenhang mit Stress wird auch die Frage des Umgangs bzw. der Bewältigung von Stress untersucht. Dabei kommt dem Konzept des „Coping“ eine wesentliche Bedeutung zu. Unter Coping wird im Allgemeinen eine Bewältigungsstrategie im Umgang mit körperlichen oder psychischen Problemen verstanden, wobei verschiedene spezifischere Definitionen des Begriffs existieren. Lazarus und Folkman definierten Coping auch als „Prozess mit inneren oder äusseren Anforderungen umzugehen, welche als einschränkend erlebt werden oder welche die Ressourcen eines Menschen übersteigen“ (Lazarus & Folkman, 1984, zitiert nach Gerrig &

Zimbardo, 2008, S.478). Coping kann verschiedene Facetten der Reaktion auf Stress enthalten, etwa behaviorale, emotionale oder motivationale. Im psychologischen Kontext unterscheidet man auch oft zwischen adaptivem und maladaptivem Coping.

Copingreaktionen finden sich in verschiedenen Bereichen und als Reaktion auf verschiedene Auslöser, sie werden aber insbesondere im Zusammenhang mit Stress thematisiert und beforscht. Lazarus und Folkman entwickelten zur Beschreibung des Coping-Prozesses das „transaktionale Stressmodell“ (Lazarus & Folkman, 1984). Dieses Modell stützt sich auf die Annahme, dass der Prozess der kognitiven Bewertung eines Stressors zentral für die Stressreaktion und den Umgang mit Stress ist. Dies leitet sich aus der ebenfalls von Lazarus entwickelten „allgemeinen Theorie der kognitiven Bewertung“ ab. Hier unterscheidet Lazarus zwei Stufen der Bewertung von Stressoren: Zunächst werden die Schwere des Stressors und dessen Relevanz für das Individuum bewertet. Ist diese entsprechend hoch, werden in einem zweiten Schritt die persönlichen Ressourcen und Mittel begutachtet und ausgewählt. Basierend auf diesem Vorgang fällt die Stressreaktion des Individuums aus, die anhält, solange die Situation nicht bewältigt ist.

Ausgehend von diesem Stressreaktionsmodell definieren Lazarus und Folkman (1984) ebenso wie Moos und Billings (1982) zwei Reaktionswege, die die Mehrheit aller Copingreaktionen abbilden sollen. Bei der ersten Strategie dieser Art handelt es sich um das „problemorientierte Coping“. Hierunter werden Bewältigungsstrategien zusammengefasst, die durch „den direkten Umgang mit dem Stressor, ob durch sichtbare Handlungen oder durch realistische Aktivitäten der Problemlösung“ charakterisiert werden (Gerrig & Zimbardo, 2008, S.480). Hierbei liegt der Fokus auf dem stressverursachenden Problem, das Individuum zieht die aktive Konsequenz aus den eigenen Bewertungsprozessen. Voraussetzung für die Anwendung dieser Art von Strategie ist natürlich, dass der Stressor für das Individuum kontrollierbar ist. In diesem Zusammenhang spricht man auch von „adaptivem Coping“.

Die zweite in diesem Zusammenhang definierte Strategie ist das „emotionsorientierte Coping“. Hierbei versucht das Individuum durch eine emotionale Veränderung das Stresspotenzial des Stressors zu beseitigen, ohne dabei tatsächlich Existenz und Wirkung des Stressors anzugreifen. Diese Form von Copingstrategie wird – abseits einer persönlichen Veranlagung – gerade für Stressoren ausserhalb der Kontrolle des

Individuums angewandt. In diesem Zusammenhang spricht man auch von „maladaptivem Coping“.

Ein Ansatz, der die Anwendung von Copingstrategien mit der Genese von psychischen Störungen verbindet, findet sich bei Resch (Resch, 1996, zitiert nach Oerter, Altgassen & Kliegel, 2011). Resch widmet sich mit seinem Modell der Pathogenese aus entwicklungspsychologischer Perspektive und betrachtet die Entstehung von psychischen Symptomen als individuellen Prozess, der von den Dispositionen und Ressourcen (Vulnerabilität und Resilienz) des Individuums beeinflusst wird und sich über verschiedene Kontexte und Stadien auf Basis des individuellen Verhaltens in eine pathologische Richtung entwickeln kann. Coping wird dabei in den verschiedenen Stadien als Bewältigungsmöglichkeit hinsichtlich der auftretenden Stressoren und Anforderungen (z.B. Entwicklungsaufgaben) verstanden. Innerhalb der Bevölkerung existieren verschiedene Stile, Strategien und Methoden von Coping, die je nach individuellem Hintergrund mit unterschiedlicher Effektivität angewandt werden. Glavak Tkalic, Sucic und Devic (2013) fokussierten in ihrer Studie etwa das Coping durch Substanzgebrauch (Alkohol, Tabak, Marihuana) und konnten dabei verschiedene Motive identifizieren.

Im direkten Hinblick auf arbeitsbezogenen Stress lassen sich aus der Literatur zahlreiche Wirkweisen, Einflüsse und Einsatzgebiete von Copingstrategien belegen. Wickramasinghe (2010) konnte etwa in einer Studie mittels einer Faktorenanalyse feststellen, dass Copingstrategien den Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenem Stress und verschiedenen arbeitsbezogenen Verhaltensdimensionen moderieren können. Dabei zeigten sich allerdings durchaus Unterschiede zwischen verschiedenen individuellen Copingstilen hinsichtlich ihrer Wirkung auf das Erleben von arbeitsbezogenem Stress in den untersuchten Dimensionen. Während einige Copingstile den Zusammenhang für manche Dimensionen stark moderierten, konnte bei anderen Dimensionen kein moderierender Effekt festgestellt werden. Gardner, Rose, Mason, Tyler und Cushway (2005) konnten in einer experimentellen Interventionsstudie zur Behandlung und Bewältigung von arbeitsbezogenem Stress einen klinisch signifikanten Effekt von behavioralen Coping-Strategien belegen. Dabei wurden die ProbandInnen auf mehrere experimentelle Gruppen aufgeteilt und erhielten entweder eine Anleitung zur Anwendung behavioraler Copingstile oder eine Form von Kognitionstherapie. Gardner et al. fokussierten insbesondere den hier

verwendeten „cognitive appraisal“-Faktor und diskutierten im Anschluss hervorgehoben dessen Wirkung und damit verbundene Interventionsmöglichkeiten, aber auch die generelle Anwendung behavioraler Copingstile in den entsprechenden Experimentalgruppen hatte einen klinisch signifikanten Einfluss auf die Gesundheit der ProbandInnen.

Auch im Kontext von helfenden Berufen finden sich in der Literatur Ansätze, die sich mit der Verarbeitung von beruflichem Stress durch Copingstrategien befassen. Basińska und Dziwiątkowska-Kozłowska (2012) konnten etwa die Anwendung verschiedener Copingstrategien unter ChirurgInnen untersuchen und kamen zu dem Ergebnis, dass dabei vor allem adaptive Copingstrategien eingesetzt wurden (wie etwa „direct action“ oder „positive thinking“). Lee (2003) konnte in einer Fragebogenstudie mit Pflegepersonal zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenem Stress, Coping und wahrgenommener Gesundheit angenommen werden kann. Ebenso legten seine Daten und seine Schlussfolgerungen einen diesbezüglichen Unterschied zwischen Pflegeberufen anhand der Intensität nahe.

Aufbauend auf diesen Darstellungen der Literatur zu den Bereichen Coping und arbeitsbezogenem Stress mit dem besonderen Fokus auf den Bereich der helfenden Berufe lässt sich im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit das Themengebiet „Coping mit Stress in helfenden Berufen“ formulieren. Auch hierzu liefert die aktuelle Forschungsliteratur bereits einige Ansätze: Isikhan, Comez und Danis (2004) fanden in einer Studie, dass ihre Stichprobe, bestehend aus Personal in Pflegeberufen, körperlichem und psychischem Stress ausgesetzt war und unterschiedliche Copingstrategien zu dessen Bewältigung einsetzte. Dabei konnten sowohl unterschiedliche Stressoren (verschiedene Arten persönlicher Faktoren oder Umweltfaktoren) als auch unterschiedlich effektive Copingstrategien identifiziert und eingeordnet werden. Isikhan et al. sehen ihre Ergebnisse dabei als mögliche Basis administrativer oder systemischer Maßnahmen zur Reduzierung von Stress und Erhöhung von Zufriedenheit im Arbeitskontext. In einer ähnlichen Studie konnte Bánovčinová (2017) an einer Stichprobe von Hebammen in der Slowakei unterschiedliche arbeitsbezogene Stressoren feststellen und den Einsatz unterschiedlich effektiver Copingstrategien erheben. Bánovčinová konnte dabei nicht nur einzelne Copingstrategien identifizieren („active coping“, „acceptance“, „instrumental support“), sondern die angewandten Strategien auch in problem-

fokussierte und emotions-fokussierte unterteilen. Da Bánovčinová davon ausgeht, dass emotions-fokussierte Strategien langfristig eher maladaptiv wirken, empfiehlt sie ultimativ die Implementierung verschiedener Lern- und Trainingsprogramme zur Förderung problem-fokussierter Strategien unter den ProbandInnen und in deren Arbeitskontext.

Smith (2014) fokussierte in ihrer Interventionsstudie eine spezifische Copingstrategie (MBSR – „Mindfulness-Based Stress Reduction“) und deren Einsatz bei Pflegekräften, wobei sie ebenfalls zahlreiche Vorteile durch deren Anwendung belegen konnte, etwa ein verringerter Stresslevel und im Gegenzug höhere Werte in Empathie und Stimmung. Smith benennt die Anwendung dieser Strategie daher als möglicherweise entscheidenden Faktor für das Coping mit und den damit verbundenen Abbau von Stress unter Pflegekräften und zieht ebenso eine direkte Verbindung zu einer dadurch verbesserten Qualität der Pflege. Florio, Donnelly und Zevon (1998) konnten dagegen in einer analytischen Studie mit einer Stichprobe aus Pflegekräften nicht nur neun verschiedene Cluster von arbeitsbezogenem Stress identifizieren und diese hinsichtlich Benutzung und Intensität klassifizieren, sondern auch zehn unterschiedliche Coping-Cluster herausarbeiten, die innerhalb der Stichprobe genutzt wurden, und die verschiedenen Stress- und Coping-Cluster anschliessend miteinander in Beziehung setzen.

Zusammenfassend lässt sich aus all diesen Belegen festhalten, dass es bereits einige Studien zum Themenbereich Coping mit Stress in helfenden Berufen gibt. Diese Studien weisen in ihrer Tendenz darauf hin, dass Personen in helfenden Berufen aufgrund der erlebten arbeitsbezogenen Stressbelastung Copingstrategien anwenden und dass sie je nach persönlichen Ressourcen und Umweltfaktoren verschiedene Copingstrategien anwenden, um ihr Stresslevel zu reduzieren.

## Fragestellungen

Diese Arbeit befasst sich auf der Basis von bereits im Rahmen einer Fragebogenstudie erhobenen Daten mit der Fragestellung, welchen Einfluss Copingstrategien auf das Erleben von arbeitsbezogenem Stress in helfenden Berufen haben, sowohl im Hinblick auf Unterschiede innerhalb der Stichprobe als auch im Hinblick auf verschiedene inhaltliche Schwerpunkte der Fragestellung.

**Hauptfragestellung:** Die zentrale, übergeordnete Fragestellung „Welchen Einfluss haben individuelle Copingstile auf das Erleben von Stress in helfenden Berufen?“ leitet sich dabei unmittelbar aus den in der Einleitung diskutierten Studien ab: Dort finden sich diverse Untersuchungen zu Coping mit arbeitsbezogenem Stress in helfenden Berufen.

Diese Studie wird einerseits versuchen, die inhaltliche Tendenz dieser Studien zu replizieren, die auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer effektiven (d.h. adaptiven) individuellen Verarbeitung von Stress und dem Erleben von arbeitsbezogenem Stress in helfenden Berufen hindeutet und andererseits den Fokus der Untersuchung auf die Schnittstelle bzw. Verzahnung der verschiedenen Aspekte legen. Viele der in der Einleitung aufgeführten Studien befassen sich mit einem oder mehreren Aspekten der vorliegenden Arbeit, diese werden dabei aber kaum gemeinsam thematisiert und untersucht. Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Forschung legt nahe, dass ein chronisch erhöhter Stresslevel zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt und dass dies insbesondere und zunehmend für arbeitsbezogenen Stress gilt. Ausgehend von der Annahme, dass Personen in helfenden Berufen besonders von diesen Problemen betroffen sind und dass Personen individuell verschiedene und verschieden erfolgreiche Strategien (Coping) zur Kontrolle und Abbau von Stress anwenden, ergibt sich die zentrale Forschungsfrage dieser Studie, die alle diese Aspekte abbilden und verbinden wird.

Neben der übergreifenden Hauptfragestellung wird diese Arbeit ergänzend eine Reihe von untergeordneten Fragestellungen untersuchen, die ebenfalls das übergeordnete Thema der Arbeit behandeln, dabei aber unterschiedliche Aspekte beleuchten und damit zur besseren Einordnung und Ergänzung der Ergebnisse der Hauptfragestellung beitragen sollen. Insgesamt wurden fünf zusätzliche Nebenfragestellungen in die Arbeit aufgenommen, die im Folgenden kurz vorgestellt und thematisiert werden sollen:

**Fragestellung 1:** Die erste Nebenfragestellung lautet: „Führt die Arbeit in helfenden Berufen zu einem erhöhten Erleben von Stress?“ und behandelt die Frage, ob Personen in helfenden Berufen aufgrund ihrer Arbeit ein erhöhtes Erleben von Stress haben. Dabei sollen Personen mit einer langen Berufserfahrung in diesem Bereich Personen gegenübergestellt werden, die über eine vergleichsweise geringe Berufserfahrung verfügen. Diese Fragestellung stützt sich auf den in der Literatur belegten Zusammenhang zwischen der Arbeit in helfenden Berufen und dem Erleben von Stress. Demzufolge müssten Personen, die über eine längere Berufserfahrung verfügen, auch mehr Stress erleben bzw. mehr Folgeerscheinungen von (chronischem) Stress aufweisen. Der Faktor Coping wird hier nicht explizit berücksichtigt.

**Fragestellung 2:** Die zweite Nebenfragestellung lautet „Welche Formen von Coping erweisen sich bei Personen in helfenden Berufen als effektiv?“ und befasst sich mit der Frage, ob es in der Stichprobe eine Überschneidung verschiedener Copingstrategien gibt. Hierzu wird zunächst nach Differenzen zwischen der Anwendung verschiedener Copingstrategien innerhalb der Gruppe gesucht und anschliessend der Faktor Stress zusätzlich berücksichtigt. In der wissenschaftlichen Literatur werden diverse Strategien und Stile in Sachen Coping aufgeführt und behandelt, sowohl hinsichtlich unterschiedlicher Anwendungsweisen und Verbreitung als auch hinsichtlich unterschiedlicher Effektivität und Auswirkungen. Das Vorhandensein verschiedener Copingstrategien innerhalb der Stichprobe und deren Untersuchung im Hinblick auf Anwendung und Effektivität leitet sich aus diesem theoretischen Hintergrund ab.

**Fragestellung 3:** Die Nebenfragestellung 3 lautet: „Entwickeln Personen in helfenden Berufen ein effektiveres Coping?“ Sie befasst sich mit dem Zusammenhang von Arbeit in helfenden Berufen und effektivem Coping und stellt insofern ein inhaltliches Gegenstück zu Fragestellung 1 dar: Auch hier wird die Arbeit in helfenden Berufen über den Faktor „Berufserfahrung“ operationalisiert, während der Faktor Coping aus verschiedenen erhobenen Daten abgeleitet wurde. Inhaltlich stützt sich diese Fragestellung auf den bereits erwähnten Zusammenhang zwischen effektivem Coping und vermindertem Stresserleben. Hier soll anhand der Stichprobe untersucht werden, ob die Länge der Berufserfahrung in diesem Berufsfeld ein Faktor für das Erlernen und Anwenden von effektiven Copingstrategien darstellt.

**Fragestellung 4:** Die Nebenfragestellung 4 lautet „Verringert effektives Coping das Auftreten psychopathologischer Symptome?“ und leitet sich direkt von dem in der Einleitung dargestellten und in der Forschung vielfach belegten Zusammenhang zwischen einem erhöhten Erleben von Stress und dem Auftreten von psychischen Erkrankungen ab. Dies soll in der vorliegenden Arbeit anhand der erhobenen Daten für die befragte Stichprobe soweit möglich repliziert werden und zur Einordnung der Hauptfragestellung beitragen. Dabei wird der Faktor „effektives Coping“ allgemein als Weg zum Abbau von Stress definiert, der in seiner Struktur und seinem Zustandekommen für die Fragestellung keine weitere Bedeutung besitzt. Coping wird im Rahmen dieser Fragestellung stattdessen analog zur Hauptfragestellung verstanden und operationalisiert. Die psychopathologischen Symptome wurden bei beiden Fragestellungen im Rahmen der vorliegenden Fragebogenbatterie erhoben und stellen insofern eine Selbstauskunft der ProbandInnen dar.

**Fragestellung 5:** Die fünfte Nebenfragestellung lautet „Führt vermehrtes Erleben von arbeitsbezogenem Stress bei Personen in helfenden Berufen zu erhöhtem Auftreten von psychopathologischen Symptomen?“ und befasst sich genau wie Nebenfragestellung 4 mit dem Zusammenhang zwischen Stress und psychopathologischen Symptomen im Feld der helfenden Berufe. Auch hier basieren das Erkenntnisinteresse und die daraus abgeleitete Fragestellung auf den in der Literatur vielfach belegten Zusammenhängen dieser beiden Faktoren und deren Übertragung auf die vorliegende Stichprobe. Wie auch in Nebenfragestellung 4 soll hier dazu beigetragen werden, einen weiteren Aspekt des Umgangs mit Stress in der untersuchten Gruppe zu thematisieren und dadurch zu einem umfassenderen Verständnis der Relevanz und des Einflusses von Stress in helfenden Berufen zu kommen. Der Faktor „psychopathologische Symptome“ wird dabei wie in Nebenfragestellung 4 operationalisiert.

## **Methode**

### **Versuchsplan und Untersuchungsdesign**

Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine Fragebogenstudie, die von den TeilnehmerInnen des Seminars „Theorie und Empirie wissenschaftlichen Arbeitens“ an der Universität Wien (Sommersemester 2017 und Wintersemester 2017/18) gemeinsam und unter Anleitung geplant, durchgeführt und teilweise auch ausgewertet wurde. Zu diesem Zweck wurde von der Seminarleitung in Absprache mit den Studierenden eine Fragebogenbatterie zusammengestellt, die neben einer Einverständniserklärung und der Erfassung grundlegender soziodemographischer Daten insgesamt sieben separate Fragebögen enthielt. Für die Auswahl und Befragung der Stichprobe waren die Studierenden verantwortlich, ebenso für die Übertragung der Daten aus den ausgefüllten Fragebögen in ein SPSS-File. Für diese Aufgaben wurde im Rahmen des Seminars ein gewisser Zeitrahmen vorgegeben, der für alle teilnehmenden Studierenden verbindlich war.

Für die Stichprobe wurden nach inhaltlichen Gründen allgemeine Einschlusskriterien festgelegt und ausgewählt. Sie umfasste auf dieser Grundlage Personen, die seit mindestens sechs Monaten ehrenamtlich, haupt- oder nebenberuflich in einem „helfenden Beruf“ tätig waren. Für den Terminus der „helfenden Berufe“ gibt es in der wissenschaftlichen Literatur und Forschung unterschiedliche Definitionen, je nachdem an welchen Kriterien man sich orientiert und welche Berufsgruppen aus spezifischen Definitionsgründen ein- oder ausgeschlossen werden. In der vorliegenden Studie wurden darunter alle Berufsgruppen gefasst, die sich im engeren Sinne mit der unmittelbaren Unterstützung körperlich oder psychisch Bedürftiger befassen. Dies schloss andere Berufsgruppen, die zum Teil auch im Kontext helfender Berufe behandelt werden, wie etwa PolizistInnen oder AnwältInnen, aus. Teilweise wurde hier auch durch die TeilnehmerInnen des Seminars eine grundlegende Abwägung vorgenommen, die zum grundsätzlichen Ausschluss einiger Berufsgruppen von der Untersuchung führte.

Die Teilnahme an der Studie beruhte auf Freiwilligkeit. Die TeilnehmerInnen wurden von den erhebenden Studierenden mehrheitlich an ihrem Arbeitsplatz oder im persönlichen Umfeld kontaktiert und befragt. Die Studierenden hatten, abgesehen von den zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben, keine weiteren Anforderungen/Einschränkungen bei der Rekrutierung der befragten Personen. Teil

des Fragebogens war eine informierende Einleitung, die die TeilnehmerInnen über Art und Ziel der Erhebung, ihre Rechte und den Schutz ihrer Daten aufklärte und auch eine Einverständniserklärung beinhaltete.

Zur Gewährleistung einer gewissen Repräsentativität wurde eine Stratifizierung vorgegeben, die vorsah, dass jede/r Studierende 16 Versuchspersonen, jeweils zur Hälfte stratifiziert nach Alter (unter/über 40 Jahre alt), Geschlecht (männlich/weiblich) und Ausbildungsgrad (AkademikerIn/keine AkademikerIn), befragen musste. Darüber hinaus war es den Studierenden überlassen, ob weitere Personen befragt wurden. Zusätzlich befragte Personen unterlagen keiner Art von Stratifizierung.

Für die vorliegende Studie wurden anschliessend die erhobenen Daten einem „data cleaning“ unterzogen, um fehlerhafte Eintragungen zu korrigieren und „missing cases“ auszuschliessen. Der resultierende Datensatz stellte die Grundlage für alle Untersuchungen und Aussagen im Rahmen dieser Arbeit dar. Anschliessend wurden die Daten mithilfe von SPSS einer statistischen Auswertung sowie einer ergänzenden Exploration unterzogen, bei der die formulierten Hypothesen durch statistische Verfahren überprüft wurden.

### **Stichprobenbeschreibung**

Die um Ausfälle und Verzerrungen bereinigte Stichprobe, die dieser Arbeit zugrunde liegt, bestand aus 559 Personen. Im Folgenden soll deren Zusammensetzung erläutert werden. Fehlende absolute Häufigkeiten auf die Gesamtstichprobe von 559 Personen entsprechen jeweils fehlenden Angaben. Von den 559 Personen der Stichprobe gaben 228 an, männlichen Geschlechts zu sein. Dies entspricht einem Anteil von 40.8% an der Gesamtstichprobe. 331 Probanden gaben an, weiblichen Geschlechts zu sein, was einem Prozentsatz von 59.2% entspricht.

**Alter:** Bei der Frage nach dem Alter der ProbandInnen gaben 200 Personen (35.8% der Gesamtstichprobe) an, 30 Jahre oder jünger zu sein. 124 Personen konnten der Altersgruppe der 30- bis 39jährigen zugeordnet werden, was insgesamt 22.2% der Gesamtstichprobe entspricht. Der Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen konnten 93 Personen der Stichprobe zugeordnet werden, was 16.6% entspricht. Die Altersgruppe der Personen, die 50 Jahre oder älter waren, bestand aus insgesamt 142 Personen (25.4%) (siehe Tab.1).

Tabelle 1

*Deskriptive Statistiken der Stichprobe bezüglich Alter, Berufserfahrung in Monaten und Arbeitsstunden pro Woche*

| Kategorien                 | Mittelwert | Median | Varianz  | SD     |
|----------------------------|------------|--------|----------|--------|
| Alter                      | 38.33      | 35.00  | 159.09   | 12.61  |
| Berufserfahrung in Monaten | 132.49     | 84.00  | 16568.93 | 128.72 |
| Arbeitsstunden pro Woche   | 36.39      | 40.00  | 107.51   | 10.37  |

**Staatsangehörigkeit:** 312 Personen gaben an, die österreichische Staatsangehörigkeit zu besitzen, dies entspricht 55.8% der Stichprobe. 206 Personen gaben an, die deutsche Staatsangehörigkeit zu besitzen (36.9%), während insgesamt 37 Personen angaben, die Staatsangehörigkeit eines anderen Landes zu besitzen, was 6.6% der Stichprobe entspricht (siehe Tab.2).

Tabelle 2

*Häufigkeiten und Anteilswerte der ProbandInnen im Hinblick auf ihre Nationalität*

| Kategorien  | n   | %     |
|-------------|-----|-------|
| Österreich  | 312 | 55.8  |
| Deutschland | 206 | 36.9  |
| Andere      | 37  | 6.6   |
| Fehlend     | 4   | 0.7   |
| Gesamt      | 559 | 100.0 |

**Beziehungsstatus:** Auf die Frage nach dem Beziehungsstatus bezeichneten sich 87 Personen als Single (15.6% der Stichprobe), während 218 Personen angaben, in einer Beziehung zu sein (39.1%). 186 Personen gaben an, verheiratet zu sein, was einem Wert von 33.4% der Stichprobe entspricht. 54 Personen (9.7%) bezeichneten sich als getrennt oder geschieden, 6 Personen (1.1%) als verwitwet, ebenfalls 6 Personen (1.1%) gaben an, einen anderen Beziehungsstatus zu haben.

**Schulbildung:** Bei der Frage nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung gaben 36 Personen (6.4% der Stichprobe) die Pflichtschule an. 51 Personen gaben an, als höchste abgeschlossene Schulbildung über einen Lehrabschluss zu verfügen (9.1%). 4 Personen (0.7%) gaben ausserdem an, über eine Meisterprüfung zu verfügen. 39 Personen (7.0%) gaben an, über den Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule (HAS/HASCH) zu verfügen. Insgesamt 134 Personen gaben an, über eine Form der Hochschulreife (Abitur, Matura etc.) zu verfügen, was 24.0% der Stichprobe entspricht. 73 Personen (13.1%) gaben an, einen Bachelor zu besitzen, 160 Personen (28.6%) gaben an, über einen Masterabschluss zu verfügen. Insgesamt 62 Personen (11.1%) gaben auf diese Frage an, über ein Doktorat oder einen PhD zu verfügen (siehe Tab.3). Hierbei ist insgesamt zu beachten, dass die Verteilung bei dieser Fragestellung durch einen Teil der vorgegebenen Stratifizierung (Unterteilung in AkademikerIn/Nicht-AkademikerIn) beeinflusst wurde (siehe Abb.1).

**Beruf:** Auf die Frage nach ihrem Beruf gaben die befragten Personen sehr heterogene Antworten, wobei Mehrfachnennungen möglich waren und aufgrund der freien Antwortmöglichkeit und der unredigierten Übertragung der Angaben in das SPSS-File auch leichte Variationen möglich waren. Generell wurden diverse Berufe aus dem Spektrum der helfenden Berufe genannt, wobei sich die befragten Personen überwiegend in medizinische (ÄrztIn, Pflegekraft), psychologische (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen) oder pädagogische Berufe einordneten (siehe Abb.2). Der Versuch einer Kategorisierung nach Gruppen ergab, dass insgesamt 67 Personen der Stichprobe als ÄrztInnen tätig sind, was 12.0% entspricht. 165 Personen gehen einem Beruf in der Pflege nach, was 29.5% entspricht. 81 Personen sind als PsychologInnen tätig, was 14.5% der Stichprobe entspricht. 63 Personen gaben an, in einem pädagogischen Beruf beschäftigt zu sein (11.3%). Auf die Gruppe der sonstigen Berufe entfielen demnach 32.7% der Stichprobe, was umgerechnet 183 Personen

entspricht (siehe Tab.4). Aufgrund der Möglichkeit zur Mehrfachnennung bildet diese Kategorisierung natürlich nur ein approximatives Bild der Stichprobe hinsichtlich der Häufigkeit der vertretenen Berufe ab.

Tabelle 3

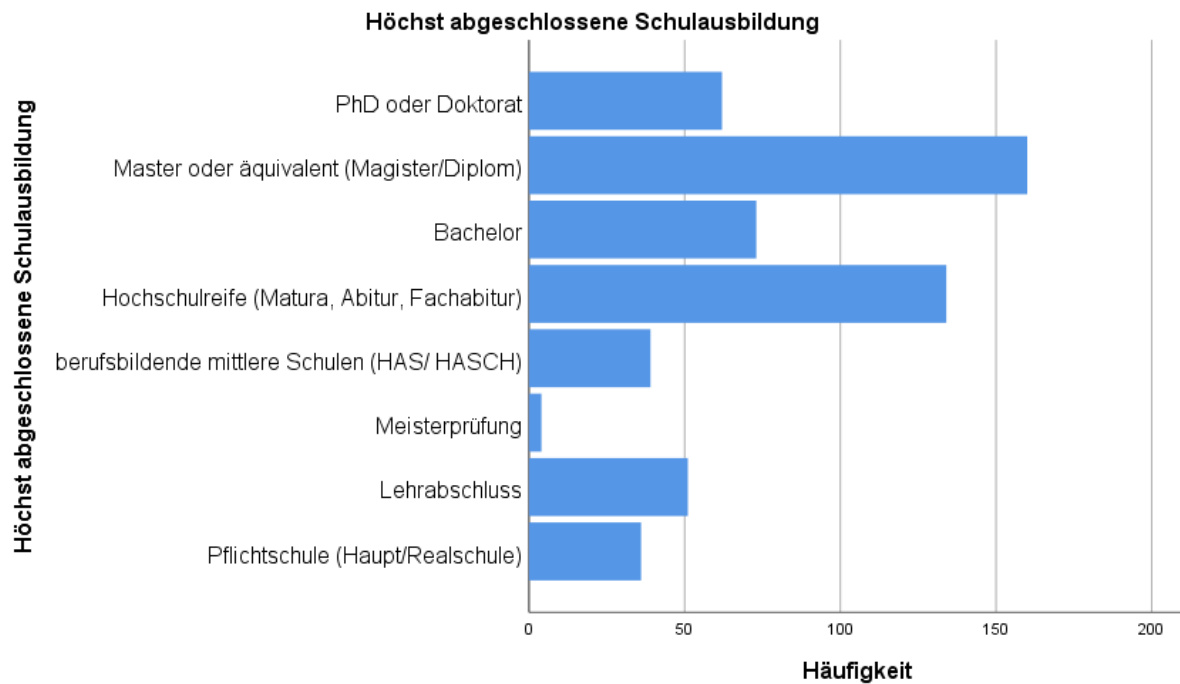
*Häufigkeiten und Anteilswerte der ProbandInnen hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung*

| Kategorien                     | n   | %     |
|--------------------------------|-----|-------|
| Pflichtschule                  | 36  | 6.4   |
| Lehrabschluss                  | 51  | 9.1   |
| Meisterprüfung                 | 4   | 0.7   |
| Berufsbildende mittlere Schule | 39  | 7.0   |
| Hochschulreife                 | 134 | 24.0  |
| Bachelor                       | 73  | 13.1  |
| Master/äquivalent              | 160 | 28.6  |
| PhD oder Doktorat              | 62  | 11.1  |
| Gesamt                         | 559 | 100.0 |

**Beschäftigungsstatus:** Auf die Frage nach dem aktuellen Beschäftigungsstatus (siehe Tab.5 und Abb.3) gaben 3.8% der befragten Personen (insgesamt 21) an, derzeit geringfügig beschäftigt zu sein. 154 Personen gaben an, aktuell in Teilzeit beschäftigt zu sein, was 27.5% der Stichprobe entspricht. 352 Personen (63.0%) gaben an, in Vollzeit beschäftigt zu sein. Insgesamt 26 Personen (4.7% der Stichprobe) gaben an, derzeit in einem anderen Beschäftigungsstatus tätig zu sein. Diese Personen schlüsselten sich u.a. in verschiedene Formen der Arbeitszeit-Limitation, Karenz, Elternzeit auf, in anderen Fällen basierte der Beschäftigungsstatus auf dem Modell der aktuellen Beschäftigung (erwerbslos, Praktikum, Arbeit auf Honorarbasis etc.).

Abbildung 1

*Höchste abgeschlossene Schulbildung in der Stichprobe*



Anmerkung: 1=Pflichtschule, 2=Lehrabschluss, 3=Meisterprüfung, 4=Berufsbildende mittlere Schule, 5=Hochschulreife, 6=Bachelor, 7=Master/äquivalent, 8=PhD oder Doktorat

Tabelle 4

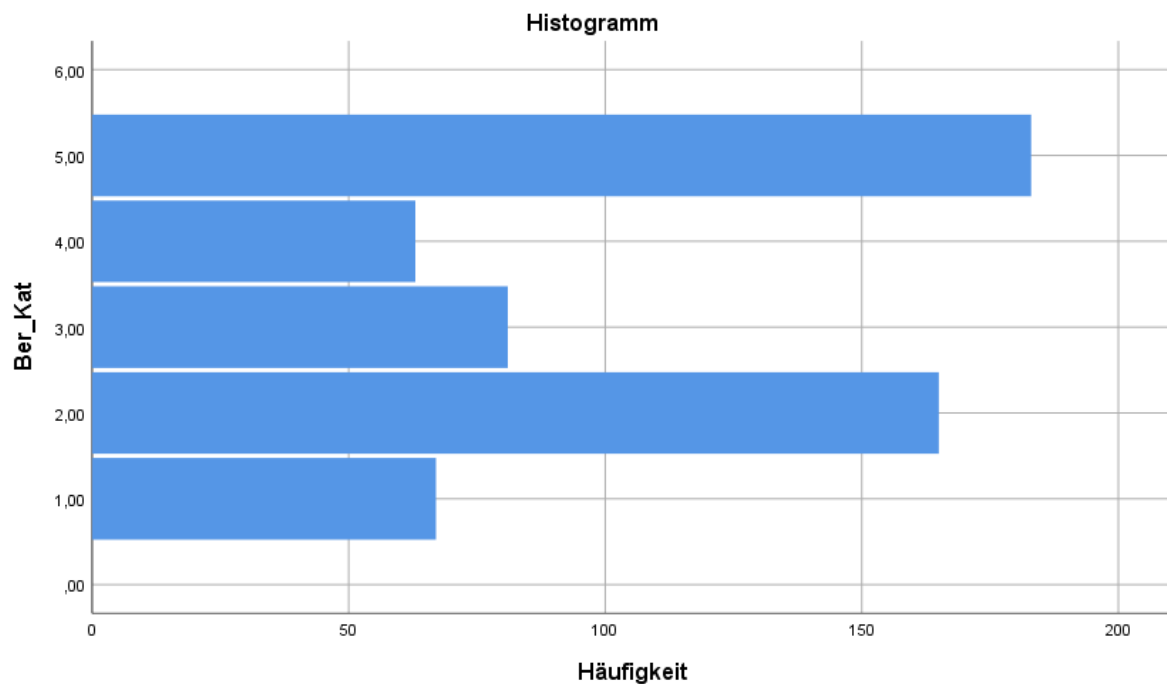
*Häufigkeiten und Anteilswerte der ProbandInnen nach Berufskategorien*

| Kategorien | n   | %     |
|------------|-----|-------|
| 1          | 67  | 12.0  |
| 2          | 165 | 29.5  |
| 3          | 81  | 14.5  |
| 4          | 63  | 11.3  |
| 5          | 183 | 32.7  |
| Gesamt     | 559 | 100.0 |

Anmerkung: 1 = ÄrztInnen, 2 = Pflegeberuf, 3 = PsychologInnen, 4 = pädagogischer Beruf, 5=Sonstige

## Abbildung 2

### Häufigkeit von Berufskategorien in der Stichprobe



Anmerkung: 1 = ÄrztInnen, 2 = Pflegeberuf, 3 = PsychologInnen, 4 = pädagogischer Beruf, 5=Sonstige

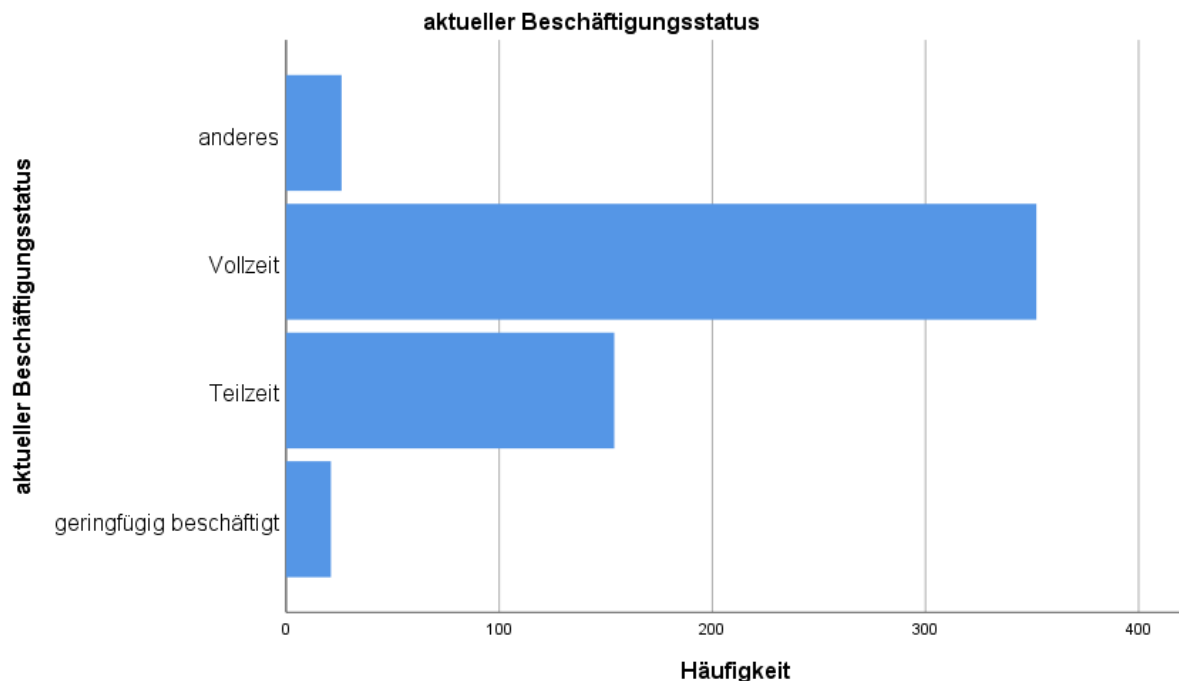
## Tabelle 5

### Häufigkeiten und Anteilswerte der ProbandInnen hinsichtlich ihres aktuellen Beschäftigungsstatus

| Kategorien              | n   | %     |
|-------------------------|-----|-------|
| Geringfügig beschäftigt | 21  | 3.8   |
| Teilzeit                | 154 | 27.5  |
| Vollzeit                | 352 | 63.0  |
| Anderes                 | 26  | 4.7   |
| Gesamt                  | 553 | 98.9  |
| Fehlend                 | 6   |       |
| Gesamt                  | 559 | 100.0 |

Abbildung 3

*Häufigkeiten nach aktuellem Beschäftigungsstatus in der Stichprobe*



**Beschäftigungsform:** Auf die Frage nach der Beschäftigungsform (siehe Tab.6 und Abb.4) gaben insgesamt 41 Personen (7.3%) an, selbstständig tätig zu sein. Die überwiegende Mehrheit gab an, derzeit in Anstellung zu sein, was 465 Personen oder 83.2% der Stichprobe entsprach. 14 Personen (2.5%) gaben an, einer freiwilligen Tätigkeit nachzugehen. 26 Personen (4.7%) gaben an, in einer anderen Beschäftigungsform tätig zu sein. Dieser Wert schlüsselte sich u.a. in verschiedene Formen der Verbeamtung und Pension, sowie in Praktika und selbstständig Angestellte auf.

**Arbeitsstunden pro Woche:** Auf die Frage nach den durchschnittlichen Arbeitsstunden pro Woche gaben insgesamt 59 Personen an, im Durchschnitt 20 Stunden oder weniger zu arbeiten. Dies entspricht 10.6% der Stichprobe. 192 Personen (34.3%) gaben an, durchschnittlich zwischen 21 und 39 Stunden pro Woche zu arbeiten. 178 Personen (31.8%) gaben an, durchschnittlich 40 Stunden pro Woche zu arbeiten. Insgesamt 111 Personen gaben an, durchschnittlich mehr als 40 Stunden in der Woche zu arbeiten, was 19.9% der Stichprobe entspricht. 14 Personen machten zu dieser Frage keine Angaben (siehe Tab.1).

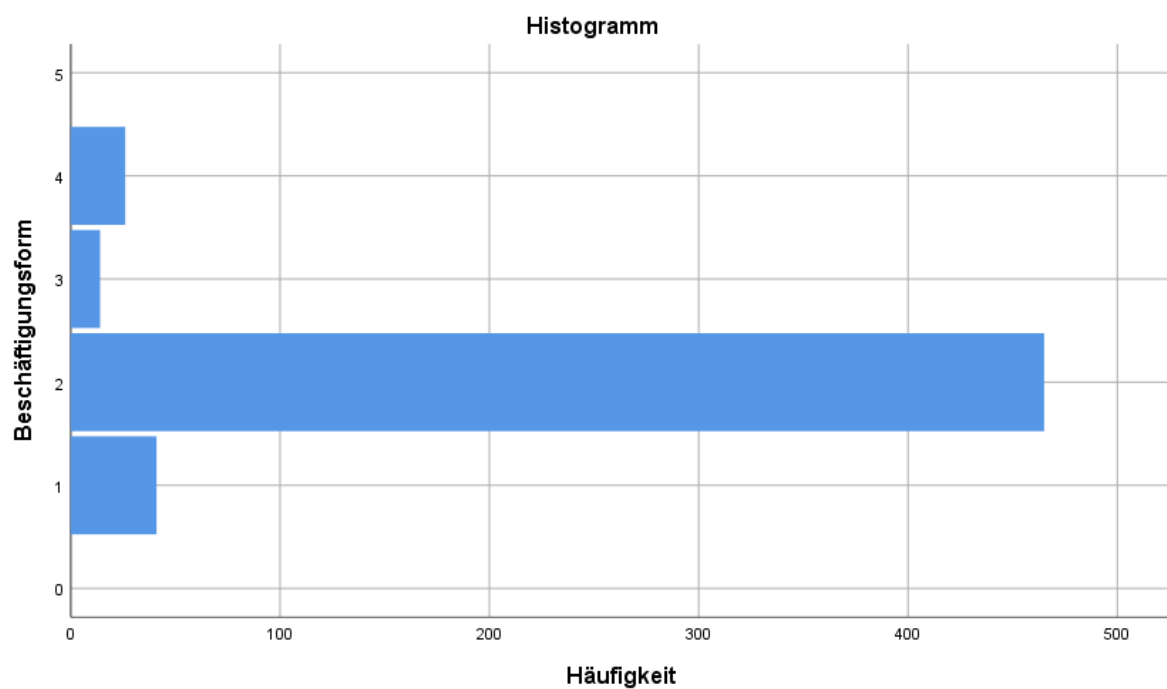
Tabelle 6

*Häufigkeiten und Anteilswerte der ProbandInnen hinsichtlich ihrer aktuellen Beschäftigungsform*

| Kategorien            | n   | %     |
|-----------------------|-----|-------|
| Selbstständig         | 41  | 7.3   |
| In Anstellung         | 465 | 83.2  |
| Freiwillige Tätigkeit | 14  | 2.5   |
| Anderes               | 26  | 4.7   |
| Gesamt                | 546 | 97.7  |
| Fehlend               | 13  |       |
| Gesamt                | 559 | 100.0 |

Abbildung 4

*Häufigkeiten der ProbandInnen nach aktueller Beschäftigungsform*



*Anmerkung: 1=Selbstständig, 2=In Anstellung, 3=Freiwillige Tätigkeit, 4=Anderes*

**Berufserfahrung in Monaten:** Auf die Frage nach der Berufserfahrung in Monaten gaben insgesamt 42 Personen an, höchstens 12 Monate in ihrem aktuellen Beruf zu arbeiten, was 7.5% der Stichprobe entspricht. 64 Personen gaben an, zwischen 13 und 24 Monaten in ihrem aktuellen Beruf zu arbeiten. Dies entspricht einem Prozentsatz von 11.4% der Stichprobe. 126 Personen (22.5% der Stichprobe) gaben an, zwischen 25 und 60 Monaten Berufserfahrung in ihrem derzeitigen Beruf zu haben. Insgesamt 100 Personen gaben an, zwischen 61 und 120 Monaten Berufserfahrung zu haben, was 17.9% der Stichprobe entspricht. 203 Personen (36.3% der Stichprobe) gaben an, in ihrem aktuellen Beruf eine Erfahrung von über 120 Monaten zu haben, was umgerechnet eine Anstellung von zehn oder mehr Jahren bedeutet. 24 Personen machten zu dieser Frage keine Angaben (siehe Tab.1).

Teilnehmende Personen wurden von den Studierenden eigenverantwortlich ausgewählt, sodass die Mitglieder der Stichprobe je nach persönlichem Vorgehen der Erhebenden rekrutiert wurden. Typischerweise wurde hier etwa die Rekrutierung von möglichen Versuchspersonen im persönlichen Umfeld, über berufliche Kontakte oder Anfragen bei entsprechenden Institutionen durchgeführt. Alle StudienteilnehmerInnen nahmen vollkommen freiwillig an der Studie teil und bekamen auch keine Kompensation in Form von Geld oder anderen Dingen. Alle StudienteilnehmerInnen bekamen als Teil des Fragebogens einen „informed consent“ als Aufklärung über Ziele der Studie und ihre Rechte in diesem Rahmen vorgelegt.

Nach der Erhebung der Daten wurden infolge eines von Studierenden unter Anleitung des Dozenten gemeinsam durchgeführten „data cleanings“ eine Reihe von Fällen aus dem zur weiteren Verwendung freigegebenen Datensatz entfernt. Gründe für den Ausschluss von Datensätzen waren etwa fehlende, unklare oder unsaubere Angaben im Fragebogen, fehlerhafte Übertragung der Daten in das SPSS-File oder nicht nachvollziehbare und nicht zur weiteren Verwendung geeignete Teile eines Datensatzes.

### **Messinstrumente und gemessene Variablen**

Im Rahmen der Studie wurde den Testpersonen eine eigens erstellte und inhaltlich begründete Fragebogenbatterie vorgelegt. Diese umfasste insgesamt sieben Fragebögen (PROQOL, BSI, PSQ, CISS, AUDIT, Fagerström, SF-36) sowie eine

Erfassung soziodemographischer Daten. Der Abschnitt zur Erfassung soziodemographischer Daten erfragte von den Versuchspersonen neben allgemeinen Informationen zur Person (Geschlecht, Alter, Gewicht, Nationalität) auch im Rahmen der Studie relevante Daten wie etwa die Berufserfahrung, die Wochenarbeitszeit oder die Beschäftigungsform.

**PROQOL:** Die PROQOL (Stamm, 2010) ist ein Testinstrument zur Erfassung des Konstrukts „arbeitsbezogene Lebensqualität“ („professional quality of life“). Es besteht aus 30 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala liegen. Die Items der PROQOL stellen dabei Ich-Aussagen dar, denen die ProbandInnen mehr oder weniger zustimmen können. Ein typisches Item für die PROQOL lautet „Ich erfahre Zufriedenheit darin, anderen helfen zu können.“, wobei die ProbandInnen ihre Zustimmung zwischen den Polen „nie“ und „sehr oft“ ausdrücken können. „Arbeitsbezogene Lebensqualität“ wird dabei inhaltlich definiert als „wahrgenommene Lebensqualität“ in Relation zur beruflichen Tätigkeit. Dieses übergreifende Konstrukt wird dabei aus zwei Aspekten gebildet: „Compassion Satisfaction“ (positiv) und „Compassion Fatigue“ (negativ). Diese bilden auch die Skalen der PROQOL, wobei „Compassion Fatigue“ aus zwei Subskalen besteht, „Burnout“ und „Secondary Traumatic Stress“. Ein hoher Score in „Compassion Satisfaction“ wird dabei mit einer hohen arbeitsbezogenen Lebensqualität assoziiert, während ein hoher Score in „Compassion Fatigue“ mit einer niedrigen arbeitsbezogenen Lebensqualität assoziiert wird. Die interne Konsistenz der Skalen des PROQOL liegt zwischen .75 und .88 (Cronbachs Alpha).

**BSI:** Das BSI (Brief Symptom Inventory) ist ein Instrument zur Erfassung der psychologischen Belastung innerhalb der letzten sieben Tage (Franke, 2000). Das BSI besteht aus neun grundlegenden Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und enthält daneben drei globale Kennwerte (GSI, PSDI und PST). Es umfasst 53 einzelne Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala, bei denen die ProbandInnen ihre Erfahrung mit bestimmten körperlichen und mentalen Belastungszuständen angeben sollen. Bei einem typischen Item für das BSI soll die ProbandIn angeben, wie oft sie einen solchen Zustand innerhalb der letzten sieben Tage erlebt hat. Zur Auswertung

werden die Antworten der ProbandInnen zu einem Summenscore addiert. Ein hoher Score wird mit einem vergleichsweise starken Auftreten der erfragten Belastungen assoziiert. Die interne Konsistenz des BSI wurde an mehreren Stichproben evaluiert. Dabei lag der Wert von Cronbachs Alpha über verschiedene Stichproben und Skalen hinweg zwischen .70 und .89.

**PSQ:** Der „Perceived Stress Questionnaire“ (Levenstein et al., 1993) ist ein Instrument zur Erhebung von subjektiv wahrgenommenem und erlebtem Stress. Er besteht regulär aus 30 Items, die im Rahmen dieser Arbeit vorgegebene Kurzform enthält 20 Items. Diese verteilen sich auf vier Skalen mit jeweils fünf Items. Die Versuchspersonen sollen dabei ihr Stressempfinden innerhalb der letzten vier Wochen anhand einer vierstufigen Likert-Skala bewerten. Die interne Konsistenz dieser Skalen liegt zwischen .80 und .86 nach Cronbachs Alpha (Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001). Ein typisches Item des PSQ lautet „Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.“

**CISS:** Das „Coping Inventory for Stressful Situations“ (Cosway, Endler, Sadler, & Deary, 2000) misst die Anwendung verschiedener Copingstile durch Vorgabe eines Fragebogens aus 24 Items. Ziel ist die Erfassung des individuellen Copingstils, der auch für Diagnostik und Behandlung relevant sein kann. Das CISS beinhaltet insgesamt drei Skalen, die verschiedene Stile des individuellen Copings mit stressauslösenden Situationen repräsentieren: „Aufgabenorientiertes Coping“ (Cronbachs Alpha = .87-.90), „Emotionsorientiertes Coping“ (Cronbachs Alpha = .89-.90) und „Vermeidungsorientiertes Coping“ (Cronbachs Alpha = .81-.82), wobei sich die letztgenannte Skala erneut in die Subskalen „Zerstreuungsorientiertes Coping“ (Cronbachs Alpha = .72) und „Sozial-ablenkungsorientiertes Coping“ (Cronbachs Alpha = .74-.78) aufgliedert. Theoretisch orientiert sich das CISS also teilweise am „transaktionalen Stressmodell“ von Lazarus und Folkman. Die Items des CISS befinden sich auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Zur Bearbeitung des CISS soll die ProbandIn den Grad ihrer Zustimmung zu den Aussagen in den Items angeben. Ein typisches Item des CISS lautet „Ich habe die Befürchtung, dass ich die Situation nicht bewältigen kann.“

**AUDIT:** Der Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993) ist ein Screeningverfahren für Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch. Er besteht aus zehn Items. Diese befassen sich mit den

Unterbereichen „recent alcohol use“, alcohol dependence symptoms“ und „alcohol-related problems“. Als Screeningverfahren ersetzt der AUDIT kein diagnostisches Verfahren, diskriminiert aber ausreichend hinsichtlich der individuellen Einstellung zu Alkoholkonsum und dem damit verbundenen Risiko zu schädlichem oder riskantem Alkoholkonsum. Der AUDIT wurde durch mehrere Validierungsstudien getestet und korreliert hoch mit vergleichbaren Konzepten wie MAST und CAGE. Die Test-Retest-Reliabilität des AUDIT liegt bei  $>.85$ . Die Items des AUDIT befinden sich auf einer drei- bis fünfstufigen Likert-Skala (Dybek et al., 2006). Ein typisches Item des AUDIT lautet etwa „Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?“

**Fagerström:** Der Fagerström-Test (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991) ist ein Instrument/Screeningverfahren zur Erfassung von Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit. Durch die Vorgabe des Tests soll insbesondere der Schweregrad einer Nikotinabhängigkeit quantifiziert werden. Er besteht aus sieben Items, die sich mit dem alltäglichen Tabakkonsum der Versuchsperson befassen, etwa der üblicherweise konsumierten Menge und dem individuellen Konsumverhalten. Die interne Konsistenz des Fagerström liegt bei  $.61$  (Cronbachs Alpha). Die Retest-Reliabilität beträgt  $r=.88$  (Berth & Stöbel-Richter, 2004). Die Items des Fagerström differenzieren teilweise nur zwischen Zustimmung und Ablehnung, liegen teilweise aber auch auf einer mehrstufigen Skala. Ein typisches Item des Fagerström lautet etwa „Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?“

**SF-36:** Der SF-36 Health Survey (Ware, 1993) ist ein Instrument zur Erhebung der wahrgenommenen Gesundheit, der acht inhaltliche Dimensionen zur Erfassung verschiedener Konstrukte von Gesundheit enthält. Bei diesen handelt es sich um „körperliche Funktion“, „körperliche Rollenfunktion“, „Schmerz“, „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „soziale Funktion“, „emotionale Rollenfunktion“ und „psychisches Wohlbefinden“. Die interne Konsistenz in Form von Cronbachs Alpha liegt für die Skala „körperliche Funktion“ zwischen  $.77$  und  $.93$ , für die Skala „körperliche Rollenfunktion“ zwischen  $.74$  und  $.89$ , für die Skala „Schmerz“ zwischen  $.73$  und  $.85$  und für die Skala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ zwischen  $.57$  und  $.75$ . Für die Skala „Vitalität“ liegt Cronbachs Alpha zwischen  $.78$  und  $.84$ , für die Skala „soziale Funktion“ zwischen  $.64$  und  $.88$ , für die Skala „emotionale

Rollenfunktion“ liegt dieser Wert zwischen .77 und .94 und für die Skala „psychisches Wohlbefinden“ zwischen .78 und .88. Die SF-36 besteht aus 36 Items, die teilweise nur zwischen Zustimmung und Ablehnung differenzieren und sich teilweise auf einer mehrstufigen Likert-Skala befinden, wobei die Anzahl der Stufen in diesem Bereich zwischen drei und sechs Stufen variiert (Bullinger & Kirchberger, 1998). Ein typisches Item des SF-36 lautet etwa „Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.“

Zur Vorbereitung dieser Arbeit und Operationalisierung der Daten wurden zusätzlich zu den aus den Fragebögen erhobenen Items auch noch eine Reihe von ergänzenden (Global-)Skalen und Variablen aus den vorliegenden Daten erstellt.

Zur Auswertung der Hauptfragestellung wurde zunächst eine Gruppierungsvariable für den individuellen Copingstil erstellt. Dabei wurde angenommen, dass man die Personen der Stichprobe, aufbauend auf dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman, hinsichtlich ihres Copingverhaltens in drei Gruppen unterteilen kann: Adaptiv copende Personen, maladaptiv copende Personen und eine Normgruppe. Als Instrument zur Erfassung des Copingverhaltens wurde dabei auf die Werte, die die ProbandInnen bei der Beantwortung des CISS erzielten, zurückgegriffen. Als „adaptive copende Person“ wurden dabei Personen definiert, die auf der Skala „aufgabenorientiertes Coping“ des CISS im ersten Quartil der Stichprobe und gleichzeitig auf der Skala „emotionsorientiertes Coping“ im vierten Quartil der Stichprobe scorten. Umgekehrt wurden „maladaptiv copende Personen“ als Personen definiert, die auf der Skala „aufgabenorientiertes Coping“ im vierten Quartil der Stichprobe, auf der Skala „emotionsorientiertes Coping“ aber im ersten Quartil der Stichprobe scorten. Die Normgruppe umfasste alle Personen, die auf beiden Skalen im zweiten und bzw. oder dritten Quartil der Stichprobe landeten. Zur Bearbeitung der Hauptfragestellung wurde im SPSS-Datenfile eine Variable erstellt, die alle derart definierbaren Personen einer der genannten Gruppen zuordnete. Dies ergab die dreistufige Variable „C\_Groups“, die insgesamt 228 Personen der Stichprobe umfasste. Davon entfielen 59 auf die Gruppe der adaptiv copenden Personen, 61 auf die Gruppe der maladaptiv copenden Personen sowie 106 auf die Normgruppe. Diese Variable fungierte anschliessend als unabhängige Variable in der einfaktoriellen ANOVA zur Auswertung der Hauptfragestellung, während als abhängige Variable der Summenscore des PSQ (PSQGesamt) verwendet wurde.

Zur Vorbereitung der Auswertung von Nebenfragestellung 1 wurde der mithilfe der Fragebogenbatterie erhobene Faktor „Berufserfahrung“ anhand einer Gruppierungsvariable operationalisiert. Dabei wurde die Stichprobe anhand der Variable „Berufserfahrung“ in drei Gruppen unterteilt, wobei analog zur Hauptfragestellung ebenfalls die Quartile als Gruppengrenzen eingesetzt wurden. Somit entfielen auf die erste Gruppe (1.Quartil) 135 Personen, auf die zweite Gruppe (4.Quartil) 134 Personen und auf die dritte Gruppe (2. und 3.Quartil) 266 Personen. Die unabhängige Variable von Nebenfragestellung 1 wurde ebenfalls anhand des PSQ-Gesamtscores operationalisiert (PSQGesamt).

Vor der Auswertung von Nebenfragestellung 2 wurde zunächst der Faktor Coping als unabhängige Variable erneut anhand der oben erwähnten Gruppierungsvariable C\_Groups operationalisiert. Als abhängige Variablen der verwendeten ANOVAs wurden die Summenscores der Screening-Verfahren AUDIT und Fagerström verwendet. Im zweiten Schritt der Auswertung wurde der Faktor Stressverarbeitung als Kovariate anhand des PSQ (PSQGesamt) operationalisiert.

Zur Auswertung der Nebenfragestellung 3 wurden zunächst die bereits verwendete Gruppierungsvariable zur Berufserfahrung (BE\_G) als unabhängige Variable und die ebenfalls bereits verwendete Gruppierungsvariable für den individuellen Copingstil (C\_Groups) als abhängige Variable in einen Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Im folgenden Schritt wurden die Summenscores für die Skalen „aufgabenorientiertes Coping“ und „emotionsorientiertes Coping“ des CISS als abhängige Variablen einer einfaktoriellen ANOVA verwendet. Die Faktoren „adaptives Coping“ und „maladaptives Coping“ wurden also über die entsprechenden Skalen des CISS operationalisiert.

Zur Auswertung der Nebenfragestellung 4 wurde der Faktor Coping erneut anhand der Gruppierungsvariable C\_Groups operationalisiert und als unabhängige Variable einer einfaktoriellen ANOVA eingesetzt. Der Faktor „Auftreten psychopathologischer Symptome“ wurde anhand der Globalskala des BSI, dem GSI, operationalisiert und diente im Rahmen der Durchführung der ANOVA als abhängige Variable.

Vor der Auswertung der Nebenfragestellung 5 wurde zur Operationalisierung des Faktors „Erleben von arbeitsbezogenem Stress“ eine Gruppierungsvariable PSQ\_G anhand des PSQ erstellt. Dabei wurde die Stichprobe hinsichtlich der Ergebnisse im PSQ in drei Gruppen unterteilt (erste Gruppe = 1.Quartil, zweite Gruppe = 4.Quartil, dritte Gruppe = 2. und 3.Quartil). Als abhängige Variable wurde erneut der GSI als

Operationalisierung des Faktors „Auftreten psychopathologischer Symptome“ eingesetzt.

## **Vorgehen**

Im Anschluss an die Zusammenstellung der Fragebogenbatterie wurden Zeitraum und Vorgehensweise zur Erhebung der Daten besprochen und festgelegt. Die Erhebung der Daten wurde von den Studierenden selbstständig durchgeführt. Die Erhebung fand von Juni bis Dezember 2017 statt. Die Studierenden stellten selbstständig den Kontakt zu ProbandInnen her, führten die Befragung eigenverantwortlich durch und übertrugen anschliessend die erhobenen Daten in ein SPSS-File. Abgesehen von der vorgegebenen Stratifizierung und den vorher festgelegten Einschlusskriterien war die Auswahl der Versuchspersonen den Studierenden überlassen.

Zum Ablauf der Befragung gab es keine verbindlichen Vorgaben (Verhalten der Befragenden, Standardisierung des Ablaufs, organisatorische Hinweise etc.). Die Befragung konnte sowohl online als auch in einer Pencil-and-Paper-Variante als auch teilweise per PDF durchgeführt werden. Die Fragebögen durften von den Versuchspersonen auch in Abwesenheit der Studierenden durchgeführt werden. Während des Zeitraums der Erhebung hatten die Studierenden in regelmässigen Abständen die Möglichkeit, innerhalb des Seminars über die Erhebung zu diskutieren, Fragen zu stellen oder erhobene Datensätze im Hinblick auf die Stratifizierung untereinander zu tauschen. Mit der Erfassung und Verwaltung der Ergebnisse der Online-Fragebögen wurde eine freiwillige Kleingruppe von Studierenden betraut. Diese erstellten und aktualisierten eine Excel-Tabelle der erhobenen Daten. Diese anschliessend in ein SPSS-File zu übertragen, blieb aber Aufgabe derjenigen Studierenden, die diese Fragebögen an Probanden verschickt hatten. Nach Ablauf des Erhebungszeitraums wurden sowohl die SPSS-Files als auch die Fragebögen (digital oder P&P) in einer Seminareinheit zusammengetragen und dem Seminarleiter übergeben.

Im Anschluss an die Erhebung der Daten wurde im Rahmen der Vorbereitung mehrerer Masterarbeiten ein „data cleaning“ anhand des SPSS-Files der Stichprobe durchgeführt. Dabei wurden ungültige Fälle ausgeschlossen, unvollständige Fälle

soweit möglich interpoliert und unsaubere Eintragungen überprüft, um einen besseren Standard bei der Verwendung der Daten sicherzustellen, überflüssige Ausschlüsse zu vermeiden und möglichen Verzerrungen vorzubeugen. Datensätze, die in der Folge von der weiteren Verwendung in einer Arbeit ausgeschlossen wurden, konnten aufgrund eines zu hohen Anteils an fehlenden oder ungenauen Angaben nicht mehr entsprechend aufbereitet werden.

## Ergebnisse

**Hauptfragestellung:** Die Hauptfragestellung behandelte den Einfluss von Coping auf das Erleben von Stress in helfenden Berufen. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass kein Zusammenhang zwischen dem individuellen Copingstil und dem Erleben von arbeitsbezogenem Stress besteht. Als Alternativhypothese wurde formuliert, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem individuellen Copingstil und dem Erleben von arbeitsbezogenem Stress besteht.

Die Hauptfragestellung wurde mithilfe einer einfaktoriellen ANOVA ausgewertet. Die einfaktorielle ANOVA wurde dabei ausgehend von den vorliegenden Daten und inhaltlichen Vorüberlegungen aufgrund folgender Kriterien als Auswertungsmethode gewählt: Durch die Formulierung der Fragestellung ergab sich die Notwendigkeit zur Verwendung eines Testverfahrens zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen. Die verwendeten Variablen wurden hinsichtlich ihrer Skalierung überprüft, und die abhängige Variable war intervallskaliert. Aufgrund der Größe der Stichprobe konnte angenommen werden, dass eine Normalverteilung der Daten vorliegt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde entschieden, die Stichprobe inhaltlich geleitet in mehr als zwei Gruppen zu unterteilen. Basierend auf einer Exploration der Daten konnte Varianzhomogenität zwischen den Gruppen angenommen werden. Daher wurde als Instrument der Auswertung eine einfaktorielle ANOVA gewählt.

Zusätzlich wurde als Maß der Effektstärke das Eta-Quadrat berechnet und zur Überprüfung der Power der ausgewählten Verfahren als post-hoc-Test der Games-Howell durchgeführt. Dieser Test wurde ausgewählt, da die Voraussetzung der Varianzhomogenität verletzt war.

Da die Voraussetzung der Auswertung bei den meisten der folgenden Fragestellungen ebenfalls in dieser Form gegeben waren und jeweils inhaltlich geleitet entschieden wurde, die unabhängige Variable in mehr als zwei Gruppen aufzuteilen, wurde auch bei diesen Fragestellungen eine einfaktorielle ANOVA als Auswertungsmethode gewählt. Im Folgenden wird daher nicht mehr auf die Begründung dieser Auswahl eingegangen. Die durchgeführten post-hoc-Tests variieren allerdings zwischen den Fragestellungen. Dementsprechend wird die Auswahl dieser Verfahren im Rahmen der einzelnen Fragestellungen ebenso gesondert thematisiert, wie die Verwendung aller weiteren neu eingeführten Testverfahren.

Als unabhängige Variable der Hauptfragestellung wurde der individuelle Copingstil in Form der Gruppierungsvariable C\_Groups definiert, als abhängige Variable das Stressempfinden anhand des PSQ. Da die Durchführung des Levene-Tests ungleiche Varianzen zwischen den Variablen ergab, wurde zusätzlich eine Welch-Korrektur durchgeführt. Die durchgeführte ANOVA war im Ergebnis signifikant, mit einem p-Wert von  $<.001$ . Das Effektgrößenmaß Eta-Quadrat belief sich auf .33. Dies entspricht in Anlehnung an Cohen (1988, zitiert nach Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2010) einem großen Effekt. Damit wurde die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen (siehe Tabelle 8). Im Games-Howell war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen durchgängig signifikant (siehe Tabelle 9), was ebenfalls für die Robustheit der gewählten Methode spricht.

Tabelle 7

*Deskriptive Statistiken der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen individuellem Copingstil und Stressempfinden*

| Gruppen | n   | M     | SD    | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|-----|-------|-------|------|------------------------|------------|
|         |     |       |       |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 59  | 19.41 | 10.61 | 1.38 | 16.64                  | 22.17      |
| 2       | 61  | 46.53 | 17.25 | 2.21 | 42.11                  | 50.94      |
| 3       | 106 | 32.80 | 13.64 | 1.32 | 30.17                  | 35.42      |
| Gesamt  | 226 | 33.01 | 17.13 | 1.14 | 30.76                  | 35.25      |

*Anmerkung:* 1=adaptive Coper, 2=maladaptive Coper, 3=Normgruppe

**Fragestellung 1:** Die erste Nebenfragestellung befasste sich mit der Frage, ob die Dauer der Arbeit in helfenden Berufen zu einem erhöhten Erleben von Stress führt. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass kein Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlich langer Berufserfahrung in helfenden Berufen hinsichtlich ihres individuellen Stressempfindens besteht. Als Alternativhypothese wurde angenommen, dass ein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlich langer Berufserfahrung in helfenden Berufen hinsichtlich ihres individuellen Stressempfindens besteht. Zur Überprüfung dieser Fragestellung wurde eine

einfaktorielle ANOVA durchgeführt, wobei eine Gruppierungsvariable (BE\_G), die die ProbandInnen entlang der Quartilgrenzen anhand ihrer Berufserfahrung in drei Gruppen aufteilte, als unabhängige Variable definiert wurde und das persönliche Stressempfinden anhand des PSQ als abhängige Variable definiert wurde.

Tabelle 8

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich des Stressempfindens als Funktion des individuellen Copingstils*

| Quelle                | df     | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F      | p     |
|-----------------------|--------|--------------|---------------------|--------|-------|
| Zwischen den Gruppen  | 2      | 22072.844    | 11036.42            | 59.202 | <.001 |
| Innerhalb der Gruppen | 127.25 | 43920.03     | 196.95              |        |       |
| Gesamt                | 129.25 | 65992.87     |                     |        |       |

Tabelle 9

*Post-hoc-Test zu der einfaktoriellen Varianzanalyse in Tabelle 8: Games-Howell*

| (I) BE_G | (J) BE_G | Mittlere Differenz (I-J) | SE   | p     |
|----------|----------|--------------------------|------|-------|
| 1.00     | 2.00     | -27.12*                  | 2.61 | <.001 |
| 2.00     | 3.00     | 13.73*                   | 2.58 | <.001 |
| 3.00     | 1.00     | 13.39*                   | 1.91 | <.001 |

*Anmerkung:* \*=Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Die Durchführung der einfaktoriellen ANOVA ergab, dass bei dieser Fragestellung ein signifikanter Unterschied vorliegt (siehe Tabelle 11). Der p-Wert betrug dabei .008, was einem Eta-Quadrat von .02 und somit an Anlehnung an Cohen einem kleinen

Effekt entspricht. Die Alternativhypothese konnte somit angenommen werden. Als post-hoc-Test wurde bei dieser Fragestellung der Gabriel ausgewählt (siehe Tabelle 12), da die Homogenität der Varianzen gegeben war und eine leicht unterschiedliche Fallzahl zwischen den Gruppen vorlag. Im Ergebnis war die mittlere Differenz der Mittelwerte lediglich zwischen den beiden Extremgruppen (Gruppen 1 und 2) signifikant (siehe Tab.10 und Tab.12).

Tabelle 10

*Deskriptive Statistik der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen der Länge der Berufserfahrung und dem individuellen Stressempfinden*

| Gruppen | n   | M     | SD    | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|-----|-------|-------|------|------------------------|------------|
|         |     |       |       |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 135 | 36.78 | 18.24 | 1.57 | 33.67                  | 39.88      |
| 2       | 134 | 30.37 | 15.08 | 1.30 | 27.80                  | 32.95      |
| 3       | 264 | 33.48 | 17.03 | 1.05 | 31.42                  | 35.55      |
| Gesamt  | 533 | 33.54 | 17.01 | 0.74 | 32.09                  | 34.98      |

*Anmerkung:* 1=untere 25% der Stichprobe, 2=obere 25% der Stichprobe, 3=mittlere 50% der Stichprobe

**Fragestellung 2:** Die zweite Nebenfragestellung befasste sich mit der Frage, ob in der Stichprobe Unterschiede aufgrund verschiedener Copingstrategien existieren. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass kein Unterschied zwischen den verschiedenen Copingstrategien hinsichtlich ihrer Effektivität besteht. Als Alternativhypothese wurde angenommen, dass verschiedene Copingstrategien innerhalb der Stichprobe mit unterschiedlichem Erfolg angewendet werden. Als Outcome-Variablen wurden auf Basis der Fragebogenbatterie Alkoholkonsum (erfasst anhand des AUDIT) und Tabakkonsum (erfasst anhand des Fagerström) definiert. Zur Überprüfung dieser Fragestellung wurden zunächst einfaktorielle ANOVAs bezüglich der Copingstrategien Alkohol- und Tabakkonsum durchgeführt. Dabei wurde jeweils

die Gruppierungsvariable für Coping (Variable C\_Groups) als unabhängige Variable verwendet und der Summenscore des entsprechenden Screeningtests als abhängige Variable. Da eine Durchführung des Levene-Tests das Vorliegen ungleicher Varianzen ergab, wurde bei der entsprechenden ANOVA zusätzlich eine Welch-Korrektur durchgeführt. Im Ergebnis erwies sich die ANOVA mit dem Fagerström-Summenscore als abhängiger Variable aufgrund eines p-Wertes von .608 als nicht signifikant (siehe Tabelle 16), während die ANOVA mit dem AUDIT-Summenscore als abhängiger Variable mit einem p-Wert von <.001 signifikant war (siehe Tabelle 14). Dies entspricht einem Eta-Quadrat von .10 und damit in Anlehnung an Cohen einem mittleren Effekt. Als post-hoc-Test wurde zusätzlich der Games-Howell durchgeführt, da Varianzhomogenität nicht vorlag (siehe Tabelle 15). Im Games-Howell war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den verschiedenen Gruppen durchgängig signifikant.

Tabelle 11

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich des Stressempfindens als Funktion der Länge der Berufserfahrung*

| Quelle                | df  | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F     | p    |
|-----------------------|-----|--------------|---------------------|-------|------|
| Zwischen den Gruppen  | 2   | 2759.92      | 1379.96             | 4.841 | .008 |
| Innerhalb der Gruppen | 530 | 151093.06    | 285.08              |       |      |
| Gesamt                | 532 | 153852.98    |                     |       |      |

Tabelle 12

*Post-hoc-Test zu der einfaktoriellen Varianzanalyse in Tabelle 11: Gabriel*

| (I) BE_G | (J) BE_G | Mittlere Differenz<br>(I-J) | SE   | p    |
|----------|----------|-----------------------------|------|------|
| 1.00     | 2.00     | 6.40*                       | 2.06 | .006 |
| 2.00     | 3.00     | -3.11                       | 1.79 | .218 |
| 3.00     | 1.00     | -3.29                       | 1.79 | .175 |

*Anmerkung:* \*=Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 13

*Deskriptive Statistiken der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen individuellem Copingstil und Alkoholkonsum*

| Gruppen | n   | M    | SD   | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|-----|------|------|------|------------------------|------------|
|         |     |      |      |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 57  | 3.44 | 2.17 | 0.29 | 2.86                   | 4.10       |
| 2       | 55  | 6.51 | 4.11 | 0.55 | 5.40                   | 7.62       |
| 3       | 101 | 4.67 | 3.37 | 0.36 | 4.01                   | 5.34       |
| Gesamt  | 213 | 4.82 | 3.49 | 0.24 | 4.35                   | 5.29       |

*Anmerkung:* 1=adaptive Coper, 2=maladaptive Coper, 3=Normgruppe

Tabelle 14

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich des Alkoholkonsums als Funktion des individuellen Copingstils*

| Quelle                | df     | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F      | p     |
|-----------------------|--------|--------------|---------------------|--------|-------|
| Zwischen den Gruppen  | 2      | 267.86       | 133.93              | 12.982 | <.001 |
| Innerhalb der Gruppen | 119.17 | 2308.00      | 10.99               |        |       |
| Gesamt                | 121.17 | 2575.86      |                     |        |       |

Tabelle 15

*Post-hoc-Test zu der einfaktoriellen Varianzanalyse in Tabelle 14: Games-Howell*

| (I) BE_G | (J) BE_G | Mittlere Differenz (I-J) | SE   | p     |
|----------|----------|--------------------------|------|-------|
| 1.00     | 2.00     | -3.07*                   | 0.62 | <.001 |
| 2.00     | 3.00     | 1.84*                    | 0.65 | .015  |
| 3.00     | 1.00     | 1.24*                    | 0.44 | .016  |

*Anmerkung:* \*=Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

In einem zweiten Schritt wurde anschliessend die Stressverarbeitung anhand des PSQ als mögliche Kovariate einbezogen und eine Kovarianzanalyse durchgeführt. Die Entscheidung, eine ANCOVA durchzuführen, fiel dabei inhaltlich geleitet, da eine hinreichende Erklärung der Signifikanz der ANOVA in Tabelle 14 durch den Faktor „Stressverarbeitung“ vor dem theoretischen Hintergrund möglich erschien.

Hier wurde erneut Coping (Variable C\_Groups) als unabhängige Variable und der Summenscore des AUDIT als abhängige Variable verwendet, sowie der Summenscore des PSQ als Kovariate. Das Ergebnis der Kovarianzanalyse war im

Hinblick auf den Zusammenhang zwischen unabhängiger Variable und abhängiger Variable signifikant. Im Hinblick auf den Einfluss der Kovariate war das Ergebnis nicht signifikant (siehe Tabelle 19).

Tabelle 16

*Deskriptive Statistik der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen individuellem Copingstil und Tabakkonsum*

| Gruppen | n  | M    | SD   | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|----|------|------|------|------------------------|------------|
|         |    |      |      |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 16 | 2.19 | 2.74 | 0.68 | 0.73                   | 3.65       |
| 2       | 21 | 2.71 | 2.26 | 0.49 | 1.68                   | 3.74       |
| 3       | 38 | 2.92 | 2.44 | 0.40 | 2.12                   | 3.72       |
| Gesamt  | 75 | 2.71 | 2.44 | 0.28 | 2.14                   | 3.27       |

*Anmerkung:* 1=adaptive Coper, 2=maladaptive Coper, 3=Normgruppe

Tabelle 17

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich des Tabakkonsums als Funktion des individuellen Copingstils*

| Quelle                | df | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F    | p    |
|-----------------------|----|--------------|---------------------|------|------|
| Zwischen den Gruppen  | 2  | 6.06         | 3.03                | .501 | .608 |
| Innerhalb der Gruppen | 72 | 435.49       | 6.05                |      |      |
| Gesamt                | 72 | 441.55       |                     |      |      |

Tabelle 18

*Deskriptive Statistiken der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen individuellem Copingstil und Alkoholkonsum unter Berücksichtigung des Stressempfindens*

| Gruppen | n   | M    | SE   |
|---------|-----|------|------|
| 1       | 57  | 3.68 | 0.49 |
| 2       | 54  | 6.12 | 0.50 |
| 3       | 101 | 4.66 | 0.33 |

*Anmerkung: 1=adaptive Coper, 2=maladaptive Coper, 3=Normgruppe*

Tabelle 19

*Kovarianzanalyse bezüglich des Stressempfindens als Kovariate des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und individuellem Copingstil*

| Quelle                      | df  | F      | p     |
|-----------------------------|-----|--------|-------|
| Korrigiertes Modell         | 3   | 7.786  | <.001 |
| Konstanter Term             | 1   | 52.456 | <.001 |
| PSQGesamt                   | 1   | 1.163  | .282  |
| C_Groups                    | 2   | 5.523  | .006  |
| Fehler                      | 208 |        |       |
| Gesamt                      | 212 |        |       |
| Korrigierte Gesamtvariation | 211 |        |       |

**Fragestellung 3:** Die dritte Nebenfragestellung befasste sich mit dem Zusammenhang von Berufserfahrung und effektivem (d.h. hier: adaptivem) Coping bei Menschen in helfenden Berufen. Die zu untersuchende Fragestellung lautete: Entwickeln Personen

in helfenden Berufen ein effektiveres Coping? Als Nullhypothese wurde angenommen, dass in der Stichprobe kein Unterschied zwischen ProbandInnen mit unterschiedlich langer Berufserfahrung hinsichtlich ihres individuellen Copingstils vorliegt. Als Alternativhypothese wurde angenommen, dass in der Stichprobe ein signifikanter Unterschied zwischen ProbandInnen mit unterschiedlich langer Berufserfahrung hinsichtlich ihres individuellen Copingstils vorliegt.

Dazu wurden zwei einfaktorielle ANOVAs mit dem Faktor „Berufserfahrung nach Gruppen“ als unabhängiger Variable durchgeführt, wobei die Summenvariablen der beiden ersten Copingskalen des CISS (aufgabenorientiertes und emotionsorientiertes Coping) als abhängige Variablen verwendet wurden. Beide ANOVAs waren im Ergebnis signifikant. Zusätzlich wurde bei beiden ANOVAs der Gabriel-Test als post-hoc-Test durchgeführt, da keine Verletzung der Varianzhomogenität vorlag und die beiden Faktoren eine leicht unterschiedliche Fallanzahl aufwiesen. Der p-Wert der einfaktoriellen ANOVA mit aufgabenorientiertem Coping als abhängiger Variable (siehe Tabelle 21) betrug dabei .007. Das Eta-Quadrat betrug .02. Dies entspricht in Anlehnung an Cohen einem kleinen Effekt. Im Ergebnis des Gabriel (siehe Tabelle 22) lag eine Signifikanz in der mittleren Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen 1 und 2 vor. Die einfaktorielle ANOVA mit emotionsorientiertem Coping als abhängiger Variable war mit einem p-Wert von .005 signifikant (siehe Tabelle 24), was ebenfalls einem Eta-Quadrat von .02 und damit einem kleinen Effekt entspricht. Im Ergebnis des Gabriel (siehe Tabelle 25) war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen 1 und 2, sowie diejenige zwischen Gruppe 1 und 3 signifikant.

Tabelle 20

*Deskriptive Statistik der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen der Länge der Berufserfahrung und aufgabenorientiertem Coping*

| Gruppen | n   | M     | SD   | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|-----|-------|------|------|------------------------|------------|
|         |     |       |      |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 135 | 28.95 | 5.34 | 0.46 | 28.04                  | 29.86      |
| 2       | 134 | 30.85 | 4.60 | 0.40 | 30.06                  | 31.64      |
| 3       | 266 | 30.00 | 4.92 | 0.30 | 29.40                  | 30.59      |
| Gesamt  | 535 | 29.95 | 4.99 | 0.22 | 29.52                  | 30.37      |

*Anmerkung:* 1=untere 25% der Stichprobe, 2=obere 25% der Stichprobe, 3=mittlere 50% der Stichprobe

Tabelle 21

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich aufgabenorientierten Copings als Funktion der Länge der Berufserfahrung*

| Quelle                | df  | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F     | p    |
|-----------------------|-----|--------------|---------------------|-------|------|
| Zwischen den Gruppen  | 2   | 244.78       | 122.39              | 4.990 | .007 |
| Innerhalb der Gruppen | 532 | 13048.648    | 24.53               |       |      |
| Gesamt                | 534 | 13293.43     |                     |       |      |

Tabelle 22

*Post-hoc-Test zu der einfaktoriellen Varianzanalyse in Tabelle 21: Gabriel*

| (I) BE_G | (J) BE_G | Mittlere Differenz<br>(I-J) | SE   | p    |
|----------|----------|-----------------------------|------|------|
| 1.00     | 2.00     | -1.90*                      | 0.60 | .005 |
| 2.00     | 3.00     | 0.86                        | 0.56 | .269 |
| 3.00     | 1.00     | 1.05                        | 0.52 | .123 |

*Anmerkung:* \*=Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 23

*Deskriptive Statistik der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen der Länge der Berufserfahrung und emotionsorientiertem Coping*

| Gruppen | n   | M     | SD   | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|-----|-------|------|------|------------------------|------------|
|         |     |       |      |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 135 | 19.69 | 5.83 | 0.50 | 18.70                  | 20.68      |
| 2       | 134 | 17.62 | 4.81 | 0.42 | 16.80                  | 18.44      |
| 3       | 266 | 18.14 | 5.61 | 0.34 | 17.46                  | 18.81      |
| Gesamt  | 535 | 18.40 | 5.52 | 0.24 | 17.93                  | 18.87      |

*Anmerkung:* 1=untere 25% der Stichprobe, 2=obere 25% der Stichprobe, 3= mittlere 50% der Stichprobe

**Fragestellung 4:** Die vierte Nebenfragestellung befasste sich mit dem Zusammenhang von effektivem (d.h. hier: adaptivem) Coping und dem Auftreten psychopathologischer Symptome. Hierzu wurde als Nullhypothese angenommen,

dass kein Zusammenhang zwischen dem individuellen Copingstil und dem Auftreten psychopathologischer Symptome besteht. Als Alternativhypothese wurde angenommen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem individuellen Copingstil und dem Auftreten psychopathologischer Symptome in der Stichprobe vorliegt.

Tabelle 24

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich emotionsorientierten Copings als Funktion der Länge der Berufserfahrung*

| Quelle                | df  | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F     | p    |
|-----------------------|-----|--------------|---------------------|-------|------|
| Zwischen den Gruppen  | 2   | 324.55       | 162.27              | 5.411 | .005 |
| Innerhalb der Gruppen | 532 | 15953.651    | 29.99               |       |      |
| Gesamt                | 534 | 16278.20     |                     |       |      |

Tabelle 25

*Post-hoc-Test zu der einfaktoriellen Varianzanalyse in Tabelle 24: Gabriel*

| (I) BE_G | (J) BE_G | Mittlere Differenz (I-J) | SE   | p    |
|----------|----------|--------------------------|------|------|
| 1.00     | 2.00     | 2.07*                    | 0.67 | .006 |
| 2.00     | 3.00     | -0.52                    | 0.58 | .746 |
| 3.00     | 1.00     | -1.55*                   | 0.58 | .020 |

*Anmerkung:* \*=Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Die Fragestellung wurde mithilfe einer einfaktoriellen ANOVA untersucht. Dabei wurde die Gruppierungsvariable für Coping (C\_Groups) als unabhängige Variable und der GSI als Globalwert des BSI als abhängige Variable verwendet. Im Ergebnis war die auf diese Weise durchgeführte ANOVA signifikant. Damit wurde die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen (siehe Tabelle 27). Da der Levene-Test das Vorliegen ungleicher Varianzen ergab, wurde zusätzlich eine Welch-Korrektur durchgeführt. Der korrigierte p-Wert der ANOVA betrug  $<.001$ . Das Effektstärkemaß Eta-Quadrat betrug .15, was in Anlehnung an Cohen einem großen Effekt entspricht.

Als post-hoc-Test wurde der Games-Howell durchgeführt (siehe Tabelle 28), da eine Verletzung der Varianzhomogenität vorlag. Im Ergebnis des Games-Howell war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen der Gruppe 2 und den übrigen Gruppen 1 und 3 jeweils signifikant.

Tabelle 26

*Deskriptive Statistik der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen individuellem Copingstil und dem Auftreten psychopathologischer Symptome*

| Gruppen | n   | M     | SD    | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|-----|-------|-------|------|------------------------|------------|
|         |     |       |       |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 59  | 16.41 | 20.87 | 2.72 | 10.97                  | 21.85      |
| 2       | 59  | 42.85 | 34.59 | 4.50 | 33.83                  | 51.86      |
| 3       | 106 | 21.00 | 20.63 | 2.00 | 17.03                  | 24.97      |
| Gesamt  | 224 | 25.54 | 27.13 | 1.81 | 21.97                  | 29.12      |

*Anmerkung:* 1=adaptive Coper, 2=maladaptive Coper, 3=Normgruppe

Tabelle 27

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich des Auftretens psychopathologischer Symptome als Funktion des individuellen Copingstils*

| Quelle                | df     | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F      | p     |
|-----------------------|--------|--------------|---------------------|--------|-------|
| Zwischen den Gruppen  | 2      | 24779.69     | 12389.85            | 12.884 | <.001 |
| Innerhalb der Gruppen | 113.83 | 139353.86    | 630.56              |        |       |
| Gesamt                | 115.83 | 164133.55    |                     |        |       |

Tabelle 28

*Post-hoc-Test zu der einfaktoriellen Varianzanalyse in Tabelle 27: Games-Howell*

| (I) BE_G | (J) BE_G | Mittlere Differenz (I-J) | SE   | p     |
|----------|----------|--------------------------|------|-------|
| 1.00     | 2.00     | -26.44*                  | 5.26 | <.001 |
| 2.00     | 3.00     | 21.85*                   | 4.93 | <.001 |
| 3.00     | 1.00     | 4.59                     | 3.38 | .365  |

*Anmerkung:* \*=Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 29

*Deskriptive Statistik der Stichprobe hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen individuellem Stressempfinden und dem Auftreten psychopathologischer Symptome*

| Gruppen | n   | M     | SD    | SE   | 95%-Konfidenzintervall |            |
|---------|-----|-------|-------|------|------------------------|------------|
|         |     |       |       |      | Untergrenze            | Obergrenze |
| 1       | 162 | 12.69 | 17.53 | 1.38 | 9.97                   | 15.41      |
| 2       | 143 | 42.23 | 29.83 | 2.49 | 37.30                  | 47.16      |
| 3       | 248 | 23.62 | 22.55 | 1.43 | 20.80                  | 26.44      |
| Gesamt  | 553 | 25.23 | 25.85 | 1.10 | 23.07                  | 27.39      |

*Anmerkung:* 1=untere 25% der Stichprobe, 2=obere 25% der Stichprobe, 3=mittlere 50% der Stichprobe

**Fragestellung 5:** Die fünfte Nebenfragestellung befasste sich mit der Frage, ob ein vermehrtes Erleben von arbeitsbezogenem Stress bei Personen in helfenden Berufen zu erhöhtem Auftreten von psychopathologischen Symptomen führt. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass kein Unterschied im Auftreten psychopathologischer Symptome bei unterschiedlichem Stressempfinden besteht. Als Alternativhypothese wurde angenommen, dass ein signifikanter Unterschied im Auftreten psychopathologischer Symptome bei unterschiedlichem Stressempfinden besteht. Diese Fragestellung wurde mithilfe einer einfaktoriellen ANOVA untersucht (siehe Tabelle 30). Als unabhängige Variable wurde die Gruppierungsvariable PSQ\_G für den PSQ gewählt (siehe Tabelle 29), als abhängige Variable wurde der GSI als Globalwert des BSI eingesetzt. Da der Levene-Test das Vorliegen ungleicher Varianzen ergab, wurde zusätzlich eine Welch-Korrektur durchgeführt. Die auf diese Weise durchgeführte ANOVA war signifikant mit einem p-Wert von  $<.001$ . Die Alternativhypothese konnte somit angenommen werden. Das Effektgrößenmaß Eta-Quadrat betrug .18. Dies entspricht in Anlehnung an Cohen einem großen Effekt.

Tabelle 30

*Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich des Auftretens psychopathologischer Symptome als Funktion des individuellen Stressempfindens*

| Quelle                | df     | Quadratsumme | Mittel der Quadrate | F      | p     |
|-----------------------|--------|--------------|---------------------|--------|-------|
| Zwischen den Gruppen  | 2      | 67445.272    | 33722.64            | 55.942 | <.001 |
| Innerhalb der Gruppen | 312.84 | 301360.56    | 547.93              |        |       |
| Gesamt                | 314.84 | 368805.834   |                     |        |       |

Als post-hoc-Test wurde zusätzlich der Games-Howell durchgeführt, da die Voraussetzung der Varianzhomogenität verletzt war. Im Games-Howell war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen durchgängig signifikant (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31

*Post-hoc-Test zu der einfaktoriellen Varianzanalyse in Tabelle 30: Games-Howell*

| (I) BE_G | (J) BE_G | Mittlere Differenz (I-J) | SE   | p     |
|----------|----------|--------------------------|------|-------|
| 1.00     | 2.00     | -29.54*                  | 2.85 | <.001 |
| 2.00     | 3.00     | 18.61*                   | 2.88 | <.001 |
| 3.00     | 1.00     | 10.93*                   | 1.99 | <.001 |

*Anmerkung:* \*=Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

## Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, den Einfluss von Copingstrategien auf das Erleben von Stress in helfenden Berufen anhand einer entsprechenden Stichprobe zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund wurde die übergeordnete wissenschaftliche Fragestellung entsprechend formuliert und ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem individuellen Copingstil und dem Erleben von Stress angenommen. Diese Annahme konnte im Rahmen der vorliegenden Studie überwiegend belegt werden. Ergänzend wurde eine Reihe von zusätzlichen Fragestellungen formuliert, die sich inhaltlich ebenfalls auf das übergeordnete Thema der Studie bezogen, aber unterschiedliche Aspekte dieses Themenbereichs betonten.

Im Hinblick auf die übergreifende Hauptfragestellung „Welchen Einfluss haben Copingstile auf das Erleben von Stress in helfenden Berufen?“ wurden die vorliegenden Daten mit einer einfaktoriellen ANOVA ausgewertet, die signifikant ausfiel. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem individuellen Copingstil und dem Erleben von arbeitsbezogenem Stress in der untersuchten Gruppe besteht. Mithilfe des Effektstärkemaßes Eta-Quadrat konnte zusätzlich festgestellt werden, dass ein großer Effekt vorliegt. Dieses Ergebnis deckt sich mit den vorher formulierten Erwartungen. Im als post-hoc-Test durchgeführten Games-Howell war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen durchgängig signifikant, was für einen sehr robusten Test spricht und die Interpretation der Ergebnisse stützt. In der deskriptiven Statistik weist die Gruppe der maladaptiven Coper den höchsten Mittelwert auf, wohingegen die Gruppe der adaptiven Coper den niedrigsten Mittelwert aufweist. Der Mittelwert der Normgruppe befindet sich zwischen diesen beiden Werten. Aus diesen Werten kann abgeleitet werden, dass adaptive Coper das vergleichsweise niedrigste und maladaptive Coper das vergleichsweise höchste Stresslevel innerhalb der Stichprobe aufweisen. Diese Ergebnisse decken sich mit den aus der Literatur abgeleiteten inhaltlichen Erwartungen, wonach maladaptives Coping mit einer schlechteren Verarbeitung von Stress und damit einem höheren Stresslevel assoziiert wird.

Die erste Nebenfragestellung („Führt die Arbeit in helfenden Berufen zu einem erhöhten Erleben von Stress?“) wurde ebenfalls mit einer einfaktoriellen ANOVA ausgewertet, die signifikant ausfiel. Dies deutet auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und dem Erleben von Stress in der

untersuchten Gruppe hin. Das Effektstärkemaß Eta-Quadrat ergab für diese Fragestellung das Vorliegen eines kleinen Effekts. Als post-hoc-Test wurde Gabriel durchgeführt, dabei war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen 1 und 2 signifikant, was die Robustheit des Tests im Hinblick auf diese beiden Gruppen stützt, insgesamt jedoch einschränkt. In der deskriptiven Statistik weist die Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung (Gruppe 1) den höchsten Mittelwert und damit auch das höchste Stresslevel auf, wohingegen die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung (Gruppe 2) den niedrigsten Mittelwert und damit auch das niedrigste Stresslevel aufweist. Diese Ergebnisse lassen sich mit der wissenschaftlichen Literatur und der daraus abgeleiteten Erwartungshaltung in Einklang bringen: Sie deuten darauf hin, dass mit zunehmender Berufserfahrung ein niedrigeres Stresslevel einhergeht, möglicherweise bedingt durch verbesserte Copingstrategien oder das Ausbilden eines Gewöhnungseffekts gegenüber Stress.

Die zweite Nebenfragestellung („Wenden Personen in helfenden Berufen verschiedene Copingstrategien mit unterschiedlicher Effektivität an?“) wurde zunächst mithilfe von zwei einfaktoriellen ANOVAs ausgewertet. Dabei fiel die ANOVA, die den Zusammenhang zwischen Coping und Alkoholkonsum anhand des AUDIT untersuchte, signifikant aus. Mithilfe des Effektstärkemaßes Eta-Quadrat konnte das Vorliegen eines mittleren Effekts festgestellt werden. Als post-hoc-Test wurde der Games-Howell durchgeführt. Dabei war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den verschiedenen Gruppen durchgängig signifikant, was die Robustheit des Testverfahrens stützt. Die ANOVA, die den Zusammenhang zwischen Coping und Tabakkonsum mithilfe des Fagerström untersuchte, fiel nicht signifikant aus. Dies deutet darauf hin, dass es einen Unterschied hinsichtlich der Effektivität zwischen verschiedenen in der Stichprobe angewandten Copingstrategien gibt, wobei Personen innerhalb der Stichprobe auf signifikante Weise bezüglich Alkohol zu copen scheinen. Um auszuschließen, dass es sich bei diesem Ergebnis lediglich um ein Artefakt der Stressverarbeitung handelte, wurde anschliessend eine ANCOVA unter Einschluss der Stressverarbeitung als Kovariate durchgeführt. Die ANCOVA fiel dabei im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Coping und Alkoholkonsum signifikant aus. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass auch unabhängig von der Stressverarbeitung innerhalb der Stichprobe ein signifikanter Unterschied zwischen den im Rahmen dieser Arbeit gebildeten Gruppen hinsichtlich des Konsums von Alkohol besteht und dass ein signifikanter Unterschied zwischen Alkoholkonsum und Tabakkonsum als

Copingstrategie besteht. Diese Ergebnisse befinden sich in Bezug auf den Alkoholkonsum im Einklang mit der vorher formulierten Erwartung, wonach es in der Stichprobe signifikante Unterschiede hinsichtlich des Konsums von Alkohol gibt, die im Zusammenhang mit Coping stehen. Es konnte tatsächlich ein signifikanter Unterschied zwischen verschiedenen Gruppen von Copingstilen hinsichtlich des Alkoholkonsums gefunden werden. In Bezug auf Tabakkonsum widersprechen die Ergebnisse eher den Erwartungen, da hier kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des Tabakkonsums gefunden werden konnte. Diese Differenz zwischen Erwartungen und Ergebnis könnte durch die Zusammensetzung der Stichprobe erklärt werden. Ebenso denkbar ist, dass das verwendete Screeningverfahren Fagerström die Unterschiede bezüglich des Tabakkonsums in der Stichprobe nicht akkurat genug abbildet.

Die dritte Nebenfragestellung („Entwickeln Personen in helfenden Berufen ein effektiveres Coping?“) wurde durch zwei einfaktorielle ANOVAs mit den Summenscores der Skalen für aufgabenorientiertes und emotionsorientiertes Coping geprüft. Beide ANOVAs fielen signifikant aus. Bei beiden ANOVAs konnte das Vorliegen eines kleinen Effekts ermittelt werden. Beide ANOVAs zeigten in den jeweils durchgeführten post-hoc-Tests eine teilweise vorliegende Signifikanz zwischen der mittleren Differenz der Mittelwerte. Dieses Ergebnis deutet auf einen vorhandenen, aber begrenzten Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und dem Copingverhalten in der Stichprobe hin. Man kann davon ausgehend annehmen, dass in der untersuchten Stichprobe Menschen mit mehr Berufserfahrung auf eine andere Art copen als Menschen mit wenig Berufserfahrung, für eine genauere Spezifizierung dieses Zusammenhangs wären aber weitere Untersuchungen nötig.

In der deskriptiven Statistik konnte der gezeigte Unterscheid zwischen den Gruppen hinsichtlich des aufgabenorientierten Copings zwar abgebildet werden, wobei die Länge der Berufserfahrung mit der Höhe des Mittelwerts korrespondierte: Die Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung hatte den niedrigsten Mittelwert, während die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung den höchsten Mittelwert aufwies. Allerdings waren die Unterschiede zwischen den Mittelwerten sehr gering, was eine Interpretation der Unterschiede, insbesondere im Hinblick auf die Forschungsliteratur erschwert. In der deskriptiven Statistik hinsichtlich des emotionsorientierten Copings verhielt sich der Zusammenhang zwischen Coping und Berufserfahrung genau umgekehrt: Hier

hatte die Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung den höchsten Mittelwert, während die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung den geringsten Mittelwert hatte. Auch hier waren die Unterschiede in den Mittelwerten aber vergleichsweise gering und daher nur sehr begrenzt interpretierbar.

Die vierte Nebenfragestellung („Verringert effektives Coping das Auftreten psychopathologischer Symptome?“) wurde mithilfe einer einfaktoriellen ANOVA ausgewertet, die signifikant ausfiel. Dies zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Effektivität des angewandten Copings und der Stärke und Häufigkeit des Auftretens psychopathologischer Symptome innerhalb der untersuchten Gruppe. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erwartungen, die vor der Auswertung formuliert werden konnten. Auch in der deskriptiven Statistik konnte dieser signifikante Unterschied abgebildet werden: Hier zeigte die Gruppe der adaptiven Coper den niedrigsten Mittelwert im GSI, während die Gruppe der maladaptiven Coper mit Abstand den höchsten Mittelwert hatte. Dies deutet darauf hin, dass Personen, die maladaptiv copen, ein höheres Auftreten psychopathologischer Symptome erleben oder dies zumindestens im Rahmen der Testung angaben. Mittels des Effektstärkemaßes Eta-Quadrat konnte bei dieser Fragestellung ein mittlerer Effekt festgestellt werden. Als post-hoc-Test wurde der Games-Howell durchgeführt. Hierbei war die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen der Gruppe 2 und den Gruppen 1 und 3 jeweils signifikant, was für die Robustheit des Testverfahrens hinsichtlich dieser Gruppen spricht, die Robustheit des Verfahrens insgesamt jedoch nur eingeschränkt unterstützt.

Die fünfte Nebenfragestellung („Führt vermehrtes Erleben von arbeitsbezogenem Stress bei Personen in helfenden Berufen zu erhöhtem Auftreten von psychopathologischen Symptomen?“) wurde mit einer einfaktoriellen ANOVA ausgewertet, die signifikant ausfiel. Dies deutet auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erleben von Stress und dem Auftreten psychopathologischer Symptome in der Stichprobe hin. In der deskriptiven Statistik hatten Personen mit niedrigem Stresslevel den niedrigsten Mittelwert, während Personen mit hohem Stresslevel den mit Abstand höchsten Mittelwert hatten. Dies deutet darauf hin, dass Personen mit einem hohem Stresslevel auch mehr psychopathologische Symptome erlebten oder zumindestens im Rahmen der Testung ein häufigeres Erleben von psychopathologischen Symptomen angaben. Auch diese

Ergebnisse lassen sich mit den vorher auf Basis der Literatur formulierten Erwartungen in Einklang bringen, wonach ein (chronisch) hohes Stresslevel mit einem erhöhten Auftreten psychischer Krankheiten assoziiert werden kann. Das durchgeführte Effektstärkemaß Eta-Quadrat ergab das Vorliegen eines grossen Effekts. Als post-hoc-Test wurde der Games-Howell durchgeführt. Dabei fiel die mittlere Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen durchgängig signifikant aus, was für eine hohe Robustheit des Testverfahrens spricht. Das Ergebnis der Fragestellung befindet sich im Einklang mit den vorher erarbeiteten Erwartungen.

Hinsichtlich der Hauptfragestellung verhalten sich die Ergebnisse der Untersuchung konform zu den aus der Literatur gezogenen Erwartungen: Wie in zahlreichen Studien bereits belegt werden konnte, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem individuellen Copingstil und dem Erleben von arbeitsbezogenem Stress bei Personen in helfenden Berufen, was stark auf einen Einfluss des individuellen Copingverhaltens auf das Erleben von Stress in diesen Berufen hindeutet. Entsprechende Belege in der Literatur finden sich etwa bei Isikhan et al. (2004). Hier wurde sogar nach unterschiedlichen Quellen von Stress differenziert, ebenso wie in der vorliegenden Studie konnte aber ein Einfluss von Copingstrategien belegt und eine Unterscheidung hinsichtlich der Effektivität dieser Copingstrategien vorgenommen werden.

Bánovčinová (2017) unterscheidet in ihrer Studie, die zu einem ähnlichen Ergebnis kommt, sogar explizit zwischen problem-fokussierten und emotions-fokussierten Strategien und verbindet diese mit einem adaptiven bzw. maladaptiven Copingverhalten – ein Zusammenhang, der auch in der vorliegenden Studie angenommen wird. Dabei geht die vorliegende Studie sogar einen Schritt weiter, indem diese Unterscheidung zur Grundlage der Untersuchung des oben genannten Zusammenhangs gemacht wird.

Für die Nebenfragestellungen 1 („Führt die Arbeit in helfenden Berufen zu einem erhöhten Erleben von Stress?“) und 3 („Entwickeln Personen in helfenden Berufen ein effektiveres Coping?“), in denen sich in der vorliegenden Studie signifikante Zusammenhänge zeigten, konnten in der Literatur keine unmittelbaren und spezifischen Belege gefunden werden. Es kann vor dem Hintergrund der vorhandenen Literatur zu den Faktoren Stress und Coping generell davon ausgegangen werden, dass eine längerfristige Anstellung in einem stressintensiven Bereich wie dem der

helfenden Berufe zu einem veränderten Erleben und Verarbeiten von Stress führt. Ebenso kann auf Basis der Literatur davon ausgegangen werden, dass die in den beiden Fragestellungen behaupteten Zusammenhänge von verschiedenen Faktoren stark moderiert werden – etwa vom individuellen Copingstil, von Persönlichkeits- sowie Umweltfaktoren, Art und Umfang der Belastung mit arbeitsbezogenem Stress etc. Insofern kann die Postulierung der vorliegenden Ergebnisse aus der Forschungsliteratur angenommen, aber hinsichtlich der spezifischen Stichprobe nicht konkret untermauert werden.

Hinsichtlich der Nebenfragestellung 2 („Welche Formen von Coping erweisen sich bei Personen in helfenden Berufen als effektiv?“) finden sich in der Literatur verschiedene Ergebnisse, je nach Schwerpunktsetzung und Design der jeweiligen Studie. Insofern ist die Einordnung der vorliegenden Studie in den Kontext der Literatur nur bedingt möglich, zumal noch die Limitationen im Design der vorliegenden Studie hinzukommen, die nur die Erhebung bestimmter Formen von Coping (CISS – individuelles, situationsbezogenes Verhalten) erlaubten. Hinsichtlich der hier verwendeten Kriterien, die eine Fokussierung auf Unterschiede hinsichtlich des Alkohol- und Tabakkonsums in der Stichprobe, sowie auf Stressverarbeitung als Moderator bedeuteten, kann trotz der in dieser Hinsicht uneindeutigen Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass Alkohol und Tabak in der Allgemeinbevölkerung sehr unterschiedlich konsumiert werden und zum Teil auch als Coping-Methode dienen und dass die individuelle Stressverarbeitung generell Einfluss auf Art und Umfang des individuellen Copingverhaltens bzw. der individuellen Anwendung verschiedener Copingstrategien hat.

Die Nebenfragestellungen 4 („Verringert effektives Coping das Auftreten psychopathologischer Symptome?“) und 5 („Führt vermehrtes Erleben von arbeitsbezogenem Stress bei Personen in helfenden Berufen zu erhöhtem Auftreten von psychopathologischen Symptomen?“) können direkt mit der Forschungsliteratur in Sachen Stress, Coping und Psychopathologie in Verbindung gesetzt werden. Die Zusammenhänge zwischen erhöhtem und bzw. oder chronischem Stress einerseits und psychopathologischen Symptomen und Krankheiten andererseits sind ebenso gut und ausführlich belegt (beispielhaft seien hier die Studien von Tennant (2001) sowie von Gray-Stanley und Muramatsu (2011) genannt), wie die Zusammenhänge zwischen effektivem Coping und der Reduzierung von Stress (beispielhaft seien hier

die Studien von Wickramasinghe (2010) und Gardner et al., (2005) genannt). Die dort hergestellten Zusammenhänge finden sich insofern auch in dieser Arbeit und ihren Ergebnissen wieder.

Generell fügen sich die meisten Ergebnisse der Studie in die vorher auf Grundlage der Forschungsliteratur formulierten Erwartungen ein. Lediglich die mangelnde Signifikanz der Unterschiede bezüglich des Konsums von Tabak in Nebenfragestellung 2 scheint hier dem Forschungsstand zu widersprechen (siehe Glavak Tkalic et al., 2013). Allerdings lässt sich dieses Ergebnis möglicherweise durch die spezielle Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich Alter, Bildungsgrad etc. erklären. Ebenso denkbar wäre, dass das Ergebnis durch die Auswahl der Tests und die Operationalisierung der Daten nur als eingeschränkt repräsentativ angesehen werden kann.

Mit Blick auf die Gesamtheit der Ergebnisse ist hervorzuheben, dass es hinsichtlich der Signifikanz der Testergebnisse Unterschiede gab, die zum Teil sehr deutlich ausfielen. Dies könnte allerdings unter anderem auf die unterschiedliche Operationalisierung zurückzuführen sein. In Sachen Operationalisierung fallen die Nebenfragestellungen 2 („Welche Formen von Coping erweisen sich bei Personen in helfenden Berufen als effektiv?“) und 3 („Entwickeln Personen in helfenden Berufen ein effektiveres Coping?“) aufgrund der teilweise schwierigen Operationalisierung der Variablen hinsichtlich der inhaltlichen Aussage etwas gegenüber den anderen Fragestellungen ab.

Was die inhaltliche Relevanz der Fragestellungen betrifft, stechen die Ergebnisse der Hauptfragestellung besonders hervor. Daneben deuten die Ergebnisse der Fragestellungen 1, 4 und 5 ebenfalls auf eine starke inhaltliche Relevanz im Rahmen der Studie hin, da sie die Aussage der Hauptfragestellung um einen dynamischen Aspekt erweitern und die Ergebnisse der Hauptfragestellung an das Thema Psychopathologie anschliessen.

Als wesentlicher Erkenntnisgewinn ist hervorzuheben, dass die Alternativhypothese der Hauptfragestellung belegt werden konnte und die Ergebnisse der Studie darauf hindeuten, dass adaptives Coping einen positiven Einfluss auf das Erleben von arbeitsbezogenem Stress in helfenden Berufen hat.

Im Hinblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten in diesem Bereich wären verschiedene Ansätze denkbar: Dazu gehört zunächst eine Replizierung der vorliegenden Ergebnisse, sowie eine Replizierung der Ergebnisse unter verbesserten Bedingungen. Dabei könnte es sich um eine repräsentativere Stichprobe handeln, die etwa um in der vorliegenden Stichprobe vorhandene Abweichungen von der Gesamtpopulation bereinigt ist. Andere Möglichkeiten wären eine spezifischere Standardisierung und Operationalisierung hinsichtlich der Fragestellungen, sowie eine noch besser auf die Fragestellung und das Erkenntnisinteresse zugeschnittene Auswahl der Testinstrumente (z.B. eine andere Zusammenstellung der verwendeten Fragebogenbatterie). Hier wäre etwa eine breiter angelegte Erhebung verschiedener Copingmethoden durch spezifische Testinstrumente denkbar. Auf diese Weise wäre es möglich verschiedene Copingstile und -methoden umfangreich zu vergleichen. Auch Zeitraum und Modus der Erhebung bieten noch Spielräume für eine mögliche Erhöhung der Aussagekraft. Eine standardisierte Vorgabe der Testbatterie könnte deren Aussagekraft erhöhen, ebenso wären ein ausgedehnterer Erhebungszeitraum zugunsten einer breiteren Stichprobe denkbar.

Im Hinblick auf die Fragestellung dieser Studie wäre eine Erhebung unter Einschluss anderer Berufsfelder, in denen Beschäftigte ebenfalls einem intensiven, andauernden Stress ausgesetzt sind, denkbar, um die Auswirkungen und Bedeutungen von Coping vergleichend untersuchen zu können.

Ebenfalls denkbar wäre eine weitere und umfassendere Beforschung des Zusammenhangs und der Schnittstellen zwischen den Themenbereichen Stress, Coping und arbeitsbezogene Belastung. Diese Bereiche wurden und werden zwar bereits für sich genommen umfassend beforscht, ihr Zusammenwirken und ihre gegenseitige Beeinflussung scheint aber nicht nur theoretisch interessant, sondern auch praktisch nutzbar und darüber hinaus längst nicht ausgeforscht zu sein. Dies ergibt sich fast zwangsläufig aus der Breite der behandelten Themen, deutet aber auch auf erhebliches Potenzial für die zukünftige Forschung hin. Eine Ausdifferenzierung dieses Zusammenwirkens im Rahmen der genannten Bereiche wäre ebenso denkbar wie die umfassende Beleuchtung und Darstellung anderer bzw. neuer Aspekte oder eine Fokussierung auf bestimmte Zusammenhänge innerhalb dieses Forschungsfeldes. Hier deuten die vorliegende Studie und ihre Ergebnisse bereits an, dass in dieser Hinsicht zahlreiche Möglichkeiten bestehen.

Eingeschränkt wird die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse naturgemäß durch eine Reihe von Limitationen, die zum Teil schon im Design der Studie angelegt sind und unter diesen Umständen überwiegend nicht zu vermeiden waren. Hierzu zählt etwa die Erhebung der verwendeten Daten mittels einer Fragebogenstudie. Durch diesen Modus ist davon auszugehen, dass die generellen methodischen Schwachstellen von Fragebogenstudien sich auch in den vorliegenden Daten niederschlagen. Diese Schwachstellen beinhalten beispielsweise ein bestimmtes Maß an sozialer Erwünschtheit im Antwortverhalten und eine begrenzte Abfrage von Informationen, bedingt durch das vorgegebene Format. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass die wenig standardisierte Form der Vorgabe der Fragebögen (kein standardisiertes Protokoll, viele, nicht speziell geschulte Erhebende, unterschiedliche Arten der Erhebung) die Aussagekraft der Daten zusätzlich einschränkt.

Eine weitere Limitation der Studie besteht darin, dass die Stichprobe in ihrer Zusammensetzung wahrscheinlich nur eingeschränkt repräsentativ für Arbeitnehmer in helfenden Berufen ist. Dies ist einerseits mit der vorgegebenen Stratifizierung zu erklären, die zu einer Über- bzw. Unterrepräsentation einzelner Gruppen führen könnte, andererseits mit der Tatsache, dass die teilnehmenden Studierenden ihre Versuchspersonen überdurchschnittlich oft im persönlichen Bekanntenkreis ausgesucht haben dürften, was eine repräsentative Abbildung der Population (ArbeitnehmerInnen in helfenden Berufen) im Hinblick auf Beruf, Alter, Bildungsgrad etc. fraglich erscheinen lässt.

Eine weitere Limitation besteht in der Auswahl der Instrumente, d.h. der Zusammenstellung der Fragebogenbatterie. Diese wurde bereits zu Beginn des begleitenden Seminars nach inhaltlichen und praktischen Gesichtspunkten festgelegt und stand damit bereits vor der Konzeption der vorliegenden Studie fest. Im Zuge der Verwendung der Daten für die vorliegende Studie wurde aus ökonomischen und inhaltlichen Gründen verschiedene Abwägungen vorgenommen und entschieden, die Daten der vorgegebenen Fragebogenbatterie im Hinblick auf die Fragestellungen der Studie zu verwenden. Dabei ist davon auszugehen, dass eine eigens im Hinblick auf die Fragestellung erstellte Fragebogenbatterie oder eine umfassendere Form der Befragung von Versuchspersonen (Interviews etc.) im Hinblick auf die vorliegenden Fragestellungen aussagekräftigere Ergebnisse erzielt hätte.

Mögliche Implikationen der vorliegenden Studie und ihrer Ergebnisse für die Praxis könnten etwa in einer weiteren Förderung der Stressprävention liegen, da hier erneut aufgezeigt werden konnte, was für eine zentrale Rolle Stress im Hinblick auf arbeitsbezogene Belastung und deren Folgen spielt. Ebenso denkbar wäre eine weitergehende und vertiefte institutionelle Implementierung von Copingstrategien als Teil des Berufsalltags. Auf diese Weise könnten adaptive Copingstrategien gefördert und maladaptive Copingstrategien ersetzt werden, was langfristig zu geringerer Belastung und einem gesteigerten Wohlbefinden führen könnte.

Generell erscheint eine weitere Fokussierung auf den Faktor Coping in diversen Variationen (Arten von Copingstilen, Bedingungen der Anwendung etc.) hilfreich, da hier im Einklang mit der Literatur erneut aufgezeigt werden konnte, dass es sich dabei um eine zentrale Variable im Umgang mit und der Behandlung von Stress handelt. Neben einer weiteren Förderung des Bewusstseins und der Akzeptanz hinsichtlich der Notwendigkeit und Relevanz von Coping im Arbeitsalltag scheint das Konzept Coping trotz bereits umfangreich vorliegender Forschungsergebnisse von psychologischer Seite längst nicht ausgeforscht zu sein. Dies gilt umso mehr für interdisziplinäre Ansätze, die sich gerade an den Schnittstellen von Coping, Stress und arbeitsbezogener Belastung leicht ergeben dürften, etwa mit Blick auf Soziologie, Biologie, Medizin und Chemie.

Mit Blick auf die psychologische Forschung in diesem Bereich wäre es ebenfalls denkbar, die in dieser Studie behandelten Themen und Faktoren noch mehr zu verbinden und noch enger und häufiger zusammen zu beforschen, um einerseits ökonomischer vorzugehen und andererseits Synergien und Effekte noch besser abbilden und erfassen zu können.

## Literaturverzeichnis

- Alosaimi, F. D., Alghamdi, A. H., Aladwani, B. S., Kazim, S. N., & Almufleh, A. S. (2016). Work-related stress and stress-coping strategies in residents and administrative employees working in a tertiary care hospital in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(1), 32-40.
- Bánovčinová, Ľ. (2017). Work-related stress and coping among midwives in Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 8(3), 667-674.
- Basińska, M., & Dziwiątkowska-Kozłowska, K. (2012). The strategies of coping with stress in workplace used by surgeons working in different hospitals - A pilotage research. *Polish Journal of Surgery*, 84(2), 76-81.
- Berth, H., & Stöbel-Richter, Y. (2004). Testinformation FTNA. Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit. *Diagnostica*, 50(2), 110-112.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand; Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cohen, J.: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2. Auflage. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale 1988, S. 79–80.
- Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J., & Deary, I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial structure and associations with personality traits and psychological health 1. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5(2), 121-143.
- Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., ... & Rumpf, H. J. (2006). The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(3), 473-481.
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des "Perceived Stress Questionnaire"(PSQ) an einer deutschen Stichprobe. [Validation of the "Perceived Stress Questionnaire"(PSQ) in a German sample.]. *Diagnostica*, 47(3), 142-152.
- Florio, G. A., Donnelly, J. P., & Zevon, M. A. (1998). The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: A transactional analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(3), 227-242.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von LR Derogatis; BSI; (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.

- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P., & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & Stress*, 19(2), 137-152.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18., aktualisierte Auflage). München: Pearson Education Deutschland.
- Glavak Tkalić, R., Sučić, I., & Dević, I. (2013). Motivation for substance use: Why do people use alcohol, tobacco and marijuana? *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 22(4), 601-625.
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1065-1074.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Isikhan, V., Comez, T., & Danis, M. Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 234-244.
- Knussen, C., & Niven, C. A. (1999). Neuroticism and work-related stress in a sample of health care workers. *Psychology and Health*, 14(5), 897-911.
- Korunka, C., & Kubicek, B. (2013). Beschleunigung im Arbeitsleben – neue Anforderungen und deren Folgen. In *Immer schneller, immer mehr* (pp. 17-39). Springer VS, Wiesbaden.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, J. K. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9(2), 86-91.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, 2.
- Netterstrøm, B., & Bech, P. (2010). Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health*, 10(1), 658.

- Oerter, R., Altgassen, M., & Kliegel, M. (2011). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 301-317). Berlin: Springer.
- Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*. Weinheim: PVU.
- Sacker, A., Bartley, M. J., Frith, D., Fitzpatrick, R. M., & Marmot, M. G. (2001). The relationship between job strain and coronary heart disease: evidence from an English sample of the working male population. *Psychological Medicine*, 31(2), 279-290.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal*, 115(8), 718.
- Smith, S. A. (2014). Mindfulness-based stress reduction: An intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2), 119-130.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed.* Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 697-704.
- Ware, J. E. (1993). *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Wickramasinghe, V. (2010). Work-related dimensions and job stress: the moderating effect of coping strategies. *Stress and Health*, 26(5), 417-429.