

Diplomarbeit

**Existieren geschlechts- und sozialschichtspezifische  
Stressbewältigungsstrategien und welche Folgerun-  
gen ergeben sich hieraus?**

eingereicht von

**Christina Stinhöfer**

Zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde**

**(Dr. <sup>(in)</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie**

unter der Anleitung von

**Univ. – Prof. Dr. phil. Wolfgang Freidl**

Graz, 9. September 2025

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, 09.09.25

Christina Stinhöfer ,eh.

## **Danksagungen**

Ich möchte meinem Betreuer Herrn Univ.- Prof. Dr. phil. Wolfgang Freidl ganz herzlich danken, denn er hat es mir mit seiner freundlichen und geduldigen Art ermöglicht dieses Thema zu bearbeiten.

Herzlichen Dank!

Ich möchte Hrn. Research Prof. PD. Dr. Stolz für das Korrekturlesen der Diplomarbeit ebenfalls herzlich danken!

Weiterhin möchte ich Herrn Amtsrat Mag. soc. oec. Schenouda für die Zusendung einiger Artikel ganz herzlich danken, die zur Bearbeitung des Themas notwendig waren.

Einen großen Dank möchte ich an meine verstorbene Mutter, Schwester und Freunde richten, die mich über eine so lange Zeit hinweg unterstützt, motiviert und inspiriert haben. Insbesondere möchte ich meiner Freundin Dr. med. Claudia Künzel-Kurzaj für ihre Unterstützung danken.

## Zusammenfassung

Chronische Stressexposition kann schädlich für die Gesundheit sein. So ist das Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung erhöht. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) zählen weltweit zu den häufigsten nicht übertragbaren Krankheiten und sind in den westlichen Ländern für rund 45 Prozent, in den „Entwicklungsländern“ für rund 25 Prozent der Gesamtmortalität verantwortlich. Jährlich sterben weltweit rund 17,3 Millionen Menschen (in Europa rund zwei Millionen Menschen) an den Folgen einer HKE, wobei Prognosen zufolge bis 2030 von einem Anstieg auf rund 23,6 Millionen ausgegangen wird.

Kardiovaskuläre Erkrankungen können beispielsweise in einem Myokardinfarkt oder einem Schlaganfall im schlimmsten Fall mit tödlichem Ausgang münden. Die Evidenz aus prospektiven bevölkerungsbasierten Studien mit unterschiedlich langen Nachverfolgungszeiten zeigt, dass die genannten Belastungsfaktoren als Risiko für das spätere Auftreten von einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) infrage kommen.

Chronischer Stress führt zur Entwicklung von Ängsten und Depressionen, also von psychischen Erkrankungen, diese können Leben verkürzen.

Krankheit geht häufig mit einem Verlust von Lebensqualität einher. Das ist von großer Bedeutung für den Einzelnen. Hier ist nicht nur die Politik gefordert, im Optimalfall zeichnet sich das Individuum durch einen gesunden Lebensstil aus. Dieser bezieht Stressreduktion ein.

Diese Diplomarbeit untersucht, wie Stressreduktion bei den verschiedenen Geschlechtern und in den einzelnen Gesellschaftsschichten erfolgt. Konkret untersucht sie die Coping Mechanismen des einzelnen Individuums auf Stress und versucht Unterschiede bei Frauen und Männern bzw. in den einzelnen Gesellschaftsschichten aufzudecken.

Laut meiner Literaturrecherche wandten zusammenfassend Frauen „self-distraction“, „aktives Coping“, „denial“, „emotional und instrumental support“, „venting“, „positive reframing“, „planning“, Religionsausübung, Selbstvorwürfe, positives Denken, positive Neubewertung, Fluchtendenzen, logische Analyse, emotionale Erfüllung, alternative Belohnung und Vermeidung häufiger an im Vergleich zu Männern.

Männer favorisierten hingegen „substance use“, Humor, Distanzierung, Schuldverweigerung und Akzeptanz.

Je höher der sozioökonomische Status in der Gesellschaft war, desto wichtiger war die Planung, das aktive Coping, desto seltener wurde „avoidance coping“ angewandt.

Je niedriger der sozioökonomische Status, desto seltener wurde „problem solving“

angewandt. Auch nahmen Menschen mit einem höheren SES Hilfe von Familie, Freunden an.

Vertreter der Unterschicht neigten eher zu „venting“ und „angry out“- Verhalten, während Menschen der Mittel- oder Oberschicht ihre negativen Gefühle eher kontrollierten. „Avoidance“ und „denial“ fanden häufig Anwendung bei der Unterschicht.

Diese Unterschiede könnten sich Krankenkassen zu Nutze machen und entsprechend Stressreduktionsprogramme entwickeln, die spezifisch auf Frauen und Männer zugeschnitten sind oder auf die jeweilige Gesellschaftsschicht.

## Summary

Chronic stress exposure can be harmful to health. The risk of cardiovascular disease is increased. Cardiovascular diseases (CVD) are among the most common non-communicable diseases worldwide and are responsible for around 45 percent of total mortality in western countries and around 25 percent in “developing countries”. Around 17.3 million people worldwide (around two million people in Europe) die every year as a result of CVD, with forecasts predicting an increase to around 23.6 million by 2030.

Cardiovascular diseases can, for example, lead to a myocardial infarction or a stroke, which in the worst case can be fatal. The evidence from prospective population-based studies with varying lengths of follow-up shows that the stress factors mentioned can be considered a risk for the later onset of coronary heart disease (CHD).

Chronic stress leads to the development of anxiety and depression, both of which are psychiatric disorders, they can shorten life.

Illness is often accompanied by a loss of quality of life. This is of great importance for the individual. This is not just a matter for politics; ideally, the individual is characterized by a healthy lifestyle. This includes stress reduction.

This thesis examines how stress reduction occurs in the different genders and in the individual social classes. Specifically, it examines the coping mechanisms of the individual to stress and attempts to uncover differences between women and men or in the individual social classes.

According to my literature review, women used „self-distraction“, „active coping“, „denial“, „emotional and instrumental support“, „venting“, „positive reframing“, „planning“, „religious practice“, „self-reproach“, „positive thinking“, „positive reappraisal“, „escape tendencies“, „logical analysis“, „emotional fulfillment“, „alternative rewards“, and „avoidance“ more frequently than men.

Men, on the other hand, favored „substance use“, „humor“, „distancing“, „denial of blame“, and „acceptance“.

The higher the socioeconomic status in society, the more important „planning“ and „active coping“ became, and the less frequently „avoidance“ coping was used. The lower the

socioeconomic status, the less frequently „problem-solving“ was used. People with higher SES also accepted help from family and friends.

Lower-class people were more likely to engage in „venting“ and „angry-out” behavior, while middle- or upper-class people were more likely to control their negative feelings. "Avoidance" and "denial" were frequently used among the lower classes.

Health insurance companies could take advantage of these differences and develop stress reduction programs specifically tailored to women and men, or to each social class.

Health insurance companies could make use of these differences and develop stress reduction programs that are specifically tailored to women and men or to the respective social class.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Glossar und Abkürzungen.....</b>	<b>I</b>
<b>Einführung .....</b>	<b>II</b>
<b>1. Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>1</b>
1.1 Stressmodelle.....	1
1.1.1 Stressmodell nach Cannon.....	1
1.1.2 Stressmodell nach Seley .....	1
1.1.3 Stressmodell nach Sapolsky.....	1
1.1.4 Stressmodell nach Lacey.....	1
1.1.5 Stressmodell nach Lazarus.....	2
1.1.6 Stressmodell nach Levi.....	2
1.1.7 Stressmodell nach Mc Grath.....	2
1.1.8 Stressmodell nach Harrison .....	3
1.1.9 Stressmodell nach Hobfoll.....	3
1.1.10 Synopsis .....	4
1.2 Salutogenese .....	5
1.3 Eustress versus Distress.....	5
<b>2. Stressreaktionen.....</b>	<b>7</b>
2.1 Die akute Stressreaktion .....	7
2.2 Das sympathische Nervensystem .....	7
2.3 Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNNR- Achse) .....	7
2.4 Die chronische Stressreaktion .....	8
<b>3. Politik und Gesundheit.....</b>	<b>9</b>
3.1 Primary-Health-Care-Declaration (1978).....	9
3.2 Ottawa-Charta (1986).....	9
3.3 Jakarta-Konferenz.....	9
3.4 Bangkok-Charta (2005).....	9
<b>4. Fragestellung und Ziel.....</b>	<b>11</b>
<b>5. Belastungen und Ressourcen .....</b>	<b>12</b>
5.1 Soziales Umfeld .....	12
5.2 Kontrollierbarkeit .....	13
5.3 Sportliche Aktivität .....	13
5.4 Frühere Lebenserfahrung.....	13
5.5 Persönlichkeitstyp.....	13
5.6 Persönliche Einstellung .....	13
<b>6. Coping.....</b>	<b>14</b>
<b>7. Fragestellungen .....</b>	<b>15</b>
7.1 Erste Fragestellung .....	15
7.2 Zweite Fragestellung .....	16
<b>8. Methoden .....</b>	<b>18</b>
8.1 Erste Fragestellung .....	18
8.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien .....	18
8.1.2 Stichprobe .....	18
8.2 Zweite Fragestellung .....	19

8.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
8.2.2	Stichprobe .....	19
8.3	Stichprobengröße.....	19
8.4	Studienart .....	20
8.5	Studiendesign .....	20
8.5.1	Erste Fragestellung.....	20
8.5.2	Zweite Fragestellung.....	24
<b>9.</b>	<b>Datensuche .....</b>	<b>28</b>
9.1	Erste Fragestellung.....	28
9.2	Zweite Fragestellung .....	31
9.3	Tabellen.....	32
<b>10.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>35</b>
10.1	Erste Fragestellung .....	35
10.1.1	Self-distraction .....	37
10.1.2	Aktives Coping.....	38
10.1.3	Denial .....	39
10.1.4	Substance use .....	39
10.1.5	Use of emotional support .....	40
10.1.6	Use of instrumental support .....	41
10.1.7	Behavioral disengagement .....	42
10.1.8	Venting.....	43
10.1.9	Positive Reframing.....	43
10.1.10	Planning.....	44
10.1.11	Humor .....	44
10.1.12	Acceptance .....	45
10.1.13	Religion .....	45
10.1.14	Self-blame .....	46
10.1.15	Emotionsfokussierte Coping .....	47
10.1.16	Vermeidungs - Coping .....	48
10.1.17	Negatives Coping .....	49
10.1.18	Positives Denken.....	49
10.1.19	Positive Reappraisal: positive Neubewertung .....	49
10.1.20	Distanzierung als Coping .....	49
10.2	Zweite Fragestellung.....	52
10.3	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	61
<b>11.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>62</b>
11.1	Erste Fragestellung .....	62
11.2	Zweite Fragestellung.....	71
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>76</b>

## **Glossar und Abkürzungen**

**CHIP:** Coping Health Inventory for Patients

**CISS:** Coping Inventory for Stressful Situations

**COMPI-Research Program-Coping-Scale:** Copenhagen Multi-Centre Psychological Infertility-Research Program-Coping Scale

**CSI:** Coping Strategies Inventory

**HBMSS:** Health of Body, Mind and Spirit

**HPSCS:** Health Professions Stress and Coping Scale

**JCS:** Jalowiec Coping Scale

**KRQ:** Korean Resilience Questionnaire

**LOC/SOC:** Locus Of Control, Sense of Coherence

**PCI:** Pain Coping Inventory

**RSQ:** Response to Stress Questionnaire

**SCS:** Spiritual Coping Strategies

**SCSQ:** entspricht **BMLLS**

**SVF-78:** Stressverarbeitungsbogen

**UCL:** Utrecht Coping List

**WCC:** Ways of Coping Checklist

**WCQ-R:** Ways of Coping Questionnaire

**WOC:** Ways of Coping

**MW:** Mittelwert

**vs:** versus

**OR:** Odds Ratio

**Tbl.:** Tabelle

**Fig.:** Figure

**N:** Anzahl

**SD:** Standardabweichung

**p:** p-Wert

**mean:** Mittelwert

**Korr.:** Korrelation

**BMI:** Body Mass Index

**SES:** Sozioökonomischer Status

**SOC:** Sense of Coherence

**SEP:** Socioeconomic Position

## Einführung

Jährlich versterben in Europa zwei Millionen Menschen an den Folgen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Die Tendenz in den nächsten Jahren ist steigend. Chronischer Stress kann Herz-Kreislauf- oder psychische Erkrankungen verursachen. Daher ist es wichtig, Bewältigungsmechanismen zu erkennen und aufzuzeigen. Um eine Optimierung dieser Stressbewältigungsmechanismen zu erreichen, wäre es wichtig zu untersuchen, welches Coping Verhalten typischerweise von Männern oder Frauen Anwendung findet bzw. ob es Coping Mechanismen gibt, die von den unterschiedlichen Gesellschaftsschichten favorisiert werden.

Diese Diplomarbeit bzw. Literaturrecherche hat diese beiden Fragestellungen untersucht. Zur Beantwortung der ersten und zweiten Fragestellung wurden jeweils dreiundzwanzig Studien herangezogen. Die Literatur für die zwei Fragestellungen wurde mit Hilfe der zwei Suchmaschinen PubMed und Web of Science gefunden. Den Methoden und Ergebnissen vorangestellt ist ein theoretischer Teil, in dem die Definitionen von Eustress bzw. Distress dargeboten werden, weiter zentrale Theorien zur Stressentstehung erläutert werden sowie eine Synopsis dieser folgt. In diesem Teil werden auch die physikalischen Vorgänge der akuten sowie chronischen Stressreaktion dargelegt. Weiterhin werden wichtige soziologische Begriffe der Stressbewältigung nach Antonovsky definiert. In diesem Zusammenhang wird der Begriff Coping kurz erläutert.

Die Ergebnisse lassen sich kurz wie folgt zusammenfassen.

Frauen favorisierten „self-distraction“, „aktives Coping“, „denial“, „emotional und instrumental support“, „venting“, „positive reframing“, „planning“, Religionsausübung, Selbstvorwürfe, positives Denken, positive Neubewertung, Fluchttendenzen, logische Analyse, emotionale Erfüllung, alternative Belohnung und Vermeidung häufiger an im Vergleich zu Männern.

Männer favorisierten hingegen „substance use“, Humor, Distanzierung, Schuldverweigerung und Akzeptanz.

Dieses unterschiedlichen Coping Verhalten könnte veranlassen, Männern und Frauen unterschiedliche Angebote zur Stressbewältigung anzubieten, um diese gesundheitlich zu unterstützen oder präventiv tätig zu werden.

Die unterschiedlichen Sozialschichten legen einen anderen Schwerpunkt beim Coping nahe. Je höher der sozioökonomische Status in der Gesellschaft war, desto wichtiger war die Planung, das aktive Coping, desto seltener wurde „avoidance coping“ angewandt. Je niedriger der sozioökonomische Status, desto seltener wurde „problem solving“ angewandt. Auch nahmen Menschen mit einem höheren SES- Hilfe von Familie, Freunden an.

Vertreter der Unterschicht neigten eher zu „venting“ und „angry out“- Verhalten, während Menschen der Mittel- oder Oberschicht ihre negativen Gefühle eher kontrollierten. „Avoidance“ und „denial“ fanden häufig Anwendung bei der Unterschicht.

Abschließend werden im Teil Diskussion die Ergebnisse dieser Literaturarbeit mit denen anderer Autoren verglichen, die die gleichen Fragestellungen untersuchten. Darüber hinaus erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Literaturarbeit. Es werden Vor- und Nachteile hervorgehoben und Verbesserungsvorschläge unterbreitet zur Behebung der Defizite dieser Diplomarbeit.

Die sich ergebende Konsequenz wären auf die einzelnen Gesellschaftsschichten jeweils zugeschnittene Angebote zur Stressbewältigung. Die Unterschicht bewältigte auf eine andere Weise als die Mittel- oder Oberschicht. Solche Angebote könnten in der Prävention von Herz-Kreislauf- oder psychischen Erkrankungen von den Krankenkassen in ihrem Leistungskatalog aufgenommen oder um solche erweitert werden, um die Optimierung der Gesundheit der Versicherten zu gewährleisten.

---

# 1. Theoretischer Hintergrund

## 1.1 Stressmodelle

Wissenschaftler/-innen beschäftigen sich mit dem Phänomen Stress schon sehr lange. Im Rahmen der Stressforschung entstanden eine Reihe von Stressmodellen. Die wichtigsten neun Modelle werden nachfolgend kurz vorgestellt.

### 1.1.1 Stressmodell nach Cannon

Die erste bedeutendste Stress-Theorie wurde 1932 von Cannon formuliert. Diese geht davon aus, dass „das menschliche Stammhirn auf Stress reflexartig reagiert und dem Individuum die Möglichkeit gibt, zu kämpfen oder zu fliehen, wobei beide Reaktionen über die Ausschüttung der Transmitter Noradrenalin und Adrenalin oder die Aktivierung des Sympathicus vermittelt werden“ (S.2) (1).

### 1.1.2 Stressmodell nach Seley

Hans Selye (1907-1982), der Mitbegründer der Stressforschung definiert Stress als „unspezifische Reaktion des Organismus auf jegliche Anforderungen“ (S.133) (3). Selye führt auch den Begriff der „Stressoren“ ein, bei denen es sich um „physische oder chemische Reize handelt, die diese unspezifische Reaktion bedingen“ (S.134) (3). Selye erweitert seine Theorie um die Begriffe „Stresszustand und allgemeines Anpassungssyndrom“.

„Während ersterer unspezifische Veränderungen in einem „biologischen System“ meint, ist letzterer die eigentliche Stressreaktion, die drei Phasen beinhaltet. Die der Alarmreaktion, die körperliche Antwort auf den Stressor, dann zweitens die Widerstandsphase, in der durch erhöhten Widerstand der Körper auf Normalniveau gehalten wird und drittens die Erschöpfungsphase, die zum Abwehrversagen führt“ (S.3) (1). In der Widerstandsphase versucht das Individuum auf Kosten von Ressourcen den Körper auf Normalniveau zu halten. Dauert dieser Zustand über einen längeren Zeitraum an, so kommt es zum Abwehrversagen.

### 1.1.3 Stressmodell nach Sapolsky

Sapolsky (geb. 1954) erweiterte alle bis dato bestehende Definitionen. Nach seiner Theorie stören Stressoren die „Homöostase des Organismus“. „Diese wird durch die eigentliche Stressantwort wieder hergestellt“ (S.134) (3). Akuter Stress mobilisiert Kräfte, chronischer Stress schädigt die Gesundheit.

### 1.1.4 Stressmodell nach Lacey

Lacey stellte 1967 die Fragmentationstheorie auf. Von zentraler Bedeutung sind die zwei sich gegenseitig ausschließenden Begriffe der „intakten Reaktion“ und der „Rejektion“.

Während der erste Begriff „eine erleichterte Rezeption von Umweltreizen“ bedeutet (S.3) (1), führt der zweite Begriff zur „Abschottung“ von Umweltreizen, „blockiert sozusagen deren Perzeption“ (S.3) (1). Nicht nur die objektiven Merkmale eines Stressors sind von Bedeutung, sondern die subjektive Wahrnehmung und Bewertung durch das Individuum.

### **1.1.5 Stressmodell nach Lazarus**

Lazarus postulierte 1975 das kognitiv-transaktionelle Modell. Nach diesem Modell sind „Stresssituationen komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnden Person“ (4).

Transaktion beinhaltet, dass „Stress über ein Input und Output hinausgeht“ und eine Verbindung zwischen der „sich verändernden Situation“ und einer „denkenden, fühlenden und handelnden Person“ zum Ausdruck bringt (S.8) (1). Das Individuum nimmt eine Einschätzung der Situation vor (4), kommt es zu dem Schluss, dass diese belastend ist, kann sie als „herausfordernd, bedrohlich oder schädigend“ bewertet werden „primary appraisal“ (4). Die Einschätzung läuft in zwei Schritten ab. Zuerst wird geprüft, „ob der Stimulus anregend oder schädigend ist“ (S.226) (2), ersteres „führt zu Eustress“, letzteres „zu Distress“, daraufhin wird geprüft, „ob es Bewältigungsmöglichkeiten gibt und welche konkret der Betroffene besitzt“ (S.226) (2). „Stress ist also ein Ungleichgewicht zwischen einer Situation mit ihren Anforderungen einerseits und einem Individuum mit seinen Fähigkeiten andererseits“ (S.226) (2). Sowohl die Wahrnehmung des Individuums als auch seine Ressourcen von entscheidender Bedeutung.

### **1.1.6 Stressmodell nach Levi**

Das Stress-Modell nach Levi, dessen Einführung 1975 erfolgte, geht davon aus, dass Stressoren zu einer „Veränderung der physikalischen Umwelt und psychosozialen Situation führen“ (4) (1). Das Zusammenspiel von Umwelteinflüssen und psychobiologischen Programmen führen zu „Verwundbarkeit“, „Widerstand“, „Disposition“ (S. 4) (1). Die Folgen können Krankheiten sein.

### **1.1.7 Stressmodell nach Mc Grath**

Mc Grath führte 1976 das Modell ein, wonach „ein Gegen-einander-abwiegen“ der „Vor- und Nachteile die Basis im Stressgeschehen“ (S.5) (1) ist. Stress wird als ein Zyklus verstanden, in dem die Komponenten

- a) „Situation“,
- b) „Wahrnehmung“,
- c) „Reaktionsauswahl“,
- d) „Ausführungsprozess/Verhalten sich bedingen“ (S.5) (1).

Die Modifikation dieses Modells führte die 5 Stressoren ein: „Aufgabe, Rolle, Handlungsrahmen, physikalische Umwelt, Person“ (S.6) (1). Es gibt nicht nur den „Stressor und die Reaktion“, sondern ein „System von Interpendenzen, Reizkonfigurationen und erzielten Effekten“ (S.6) (1). Auf die Wahrnehmung des Stressors folgt die Bewertung der eigenen Situation und der eigenen Ressourcen. Es erfolgt daraufhin die Antwort auf den Stressor, die körperliche und psychische Komponenten umfasst.

### **1.1.8 Stressmodell nach Harrison**

Auf Harrison ist seit 1978 das „Misfit-Modell“ zurückzuführen, in dem „ein Misfit zwischen Environment (E) und Person (P) als Stressor“ wirke (S.6) (1). Demnach werde Stress nicht nur durch äußere Umstände beeinflusst (E) sondern auch von der persönlichen Wahrnehmung und Einstellung (P).

### **1.1.9 Stressmodell nach Hobfoll**

Hobfoll führte im Jahre 1998 und 1999 die Theorie der „Ressourcenerhaltung“ ein. Vordergrundig sind die „Stressbewältigung und die Beweggründe“ (21) (1). Die Einschätzung des Individuums tritt in den Hintergrund. Nach Hobfoll „streben Menschen an, was sie wertschätzen“ (S.22) (1). Sie möchten „es erhalten bzw. dessen Verlust vermeiden“ (S.22) (1). Stress tritt dann auf, wenn „Ressourcen bedroht werden, verlorengegangen sind oder fehlinvestiert werden“ (S.22) (1). Ressourcen können „Persönlichkeitsmerkmale, Gegenstände, Bedingungen“ sein oder auch „Energien“, die als wertvoll betrachtet werden (S.23) (1). Gute und „viele Ressourcen machen das Individuum widerstandsfähig gegenüber Schicksalsschlägen“ (S.24) (1). Anders ausgedrückt führt der Verlust von Ressourcen zum Erleben von Distress.

Zusammenfassend kann das Modell Hobfolls als „ein Zusammenwirken von Ressourcen, Bedürfnissen, Belastungen, Werten, Zeit und Wahrnehmungen“ (S.25) (1) verstanden werden. Hieraus ergibt sich eine mehr oder weniger gelungene „Passung“ zwischen „Umweltanforderungen“ und „individueller Reaktion“ (S.25) (1).

„Heutige Stresskonzepte gehen davon aus, dass die Art und das Ausmaß der Stressantwort vom Stressor, der individuellen Stresswahrnehmung und der Stressbewältigungsstrategie eines Individuums bestimmt werden“ (S.134) (3).

### 1.1.10 Synopsis

Es folgt eine Synopsis der oben vorgestellten Stressmodelle.

Während Cannon davon ausging, dass Stress eine Reflexreaktion im Stammhirn auslöst (S.2) (1), erweitert Seley das Stressmodell dahingehend, dass er die unspezifischen Veränderungen des biologischen Systems um die eigentliche Stressreaktion erweitert, welche sich aus drei aufeinander folgenden Phasen zusammensetzt. Der Stressor führt zur Alarmreaktion, es folgt die Widerstandsphase und schließlich die Erschöpfungsphase. Die Alarmreaktion ist die körperliche Antwort auf einen Stressor, z.B. Erweiterung der Pupillen oder Herzfrequenzsteigerung als Folge der Aktivierung des Sympathikus. Es folgt die Widerstandsphase, in der der Körper auf Normalniveau gehalten wird unter körperlicher Anstrengung auf Kosten von Ressourcen sozusagen und schließlich bei länger anhaltender Widerstandsphase die Erschöpfungsphase, die zum Versagen der Abwehr führt (S.3) (1).

Sapolsky spricht von der Homöostase des Organismus, welche durch die Stressreaktion wiederhergestellt wird, d.h. die Stressreaktion stellt das Gleichgewicht des Organismus wieder her. (S.134) (3).

Laceys Begriffe der erleichterten und der blockierten Perzeption stehen sich gegenüber. Während ersterer Begriff zu einer guten Erfassung der Umwelt und der Stressoren führt, schaltet die blockierte Perzeption die Wahrnehmung von Stressoren aus (S.3) (1). Sie ermöglicht sozusagen dem Organismus, seinen ursprünglichen stressfreien Zustand einzunehmen. Aus dem genannten lässt sich ableiten, dass nicht nur die objektiven Merkmale eines Stressors also wichtig sind, sondern auch die subjektive Wahrnehmung und Bewertung durch das Individuum.

Lazarus postulierte, dass zunächst eine Einschätzung der Situation erfolgt, ob sie anregend oder schädigend ist (S.226) (2), im zweiten Schritt, prüft das Individuum, welche Bewältigungsstrategien ihm zur Verfügung stehen (S.226) (2). Diese beiden Ebenen sind durch komplexere Vorgänge gekennzeichnet. Zusammenfassend kann man sagen, die Wahrnehmung des Individuums als auch seine Ressourcen sind von entscheidender Bedeutung bei diesem Modell.

Levi führte das Modell der psychosozialen Situation ein. Umwelt und psychobiologische Programme beeinflussen sich gegenseitig, so dass Krankheiten entstehen können. Der Begriff der Psyche spielt in diesem Modell eine wichtige Rolle (S.4) (1).

Gemäß Mc Grath wird Stress als ein Regelkreis verstanden aus den Komponenten: Situation, Wahrnehmung, Reaktionsauswahl und Verhalten (S.5) (1). Die Wahrnehmung der Situation führt aus einer Reaktionsauswahl zu einem bestimmten Verhalten des Individuums. Es handelt sich auch bei diesem Modell um ein komplexeres. Es lässt sich folgendermaßen wiedergeben: auf die Wahrnehmung des Stressors folgt die Bewertung der eigenen Situation und eine Reaktionsauswahl aus den möglichen, eigenen Ressourcen. Es erfolgt daraufhin die

Antwort auf den Stressor. Harrison führte als Bindeglied zwischen Umwelt und Individuum den Begriff „misfit“ ein (S.6) (1). Ein Faktor, der eine Verbindung zwischen der Wahrnehmung von Stress durch das Individuum und Umwelt herstellt. Dieser Faktor ist unabdingbar für die Interaktion zwischen Umwelt und Individuum. Aus dem Gesagten lässt sich ableiten, dass Stress nicht nur durch äußere Umstände beeinflusst (E) wird, sondern auch von der persönlichen Wahrnehmung und Einstellung (P).

Hobfoll führte den Begriff der Ressourcen ein, die es dem Individuum ermöglichen, Stressoren zu bewältigen. Wahrnehmung von Belastungen führe je nach Bedürfnissen, Werten und Ressourcen des Individuums zu einer adäquaten Reaktion. Hier spielt die kognitive Komponente eine wichtige Rolle. Der Verlust von Ressourcen führt zum Erleben von Distress (S.22).

## 1.2 Salutogenese

Während sich die Pathogenese (pathos: Leiden, Genese: Entstehung, griech.) damit beschäftigt, wie Krankheit entsteht, welche Pathomechanismen sie verursachen, beschäftigt sich die Salutogenese (salus: heil, lat.) damit, „was den Menschen gesund erhält“ (S.219) (2). Das der Salutogenese wurde vom amerikanischen Soziologen Antonovsky eingeführt.

Bei der Erklärung des Konzeptes sind folgende drei Begriffe von großer Wichtigkeit. „Die Stressoren, die Widerstandsressourcen und das Kohärenzgefühl“ (S.220) (2). Stressoren sind „interne und externe Faktoren“, die die „Homöostase des Organismus stören“ (S.220) (2), wie beispielsweise psychische Krisen. Widerstandsressourcen beschreiben die Fähigkeit, „sich gegen Faktoren zu wehren, die die eigene Gesundheit bedrohen“ (S.220) (2). Das Kohärenzgefühl ist jene „subjektive Empfindung des Individuums, seine Umwelt sei verstehbar, handhabbar und sinnhaft“ (S.220) (2). „Dadurch, dass Reize als strukturierte Informationen verarbeitet werden können, wird die Welt verstehbar. Zufall, Willkür und Chaos der Reize entfallen“ (S.220) (2). Sie wird handhabbar, weil das Individuum der „Überzeugung ist, dass Schwierigkeiten lösbar sind“ (S.220) (2). Dieses „instrumentelle Vertrauen“ (S.220) (2) kann sich auf die eigenen Fähigkeiten erstrecken, es kann ebenso „andere Personen oder eine höhere Macht“ (S.220) (2) einbeziehen, die bei der Problembewältigung hilft. Alle drei Faktoren wirken sich auf die Stressbewältigung aus. Es kann sowohl Wohlbefinden (Eustress) als auch Missempfinden (Distress) resultieren (S.221) (2).

## 1.3 Eustress versus Distress

Der Stressbegriff wird unterteilt in Eu- und Distress. Eustress beschreibt eine durch einen Stressreiz verursachte Leistungssteigerung, welche zur Stressbewältigung führt.

---

Zunahme der Stresserregung führt zur Leistungssteigerung. Diese Stressform wirkt sich positiv auf die Gesundheit des Individuums aus. Unter Distress wird der Leistungsabfall durch einen Stressreiz bei zu viel Stress verstanden. Auf eine Erregungszunahme folgt ein Leistungsabfall. Diese Stressform „überfordert“ das Individuum, „macht es krank“ (S. 221) (2).

---

## 2. Stressreaktionen

### 2.1 Die akute Stressreaktion

Es gilt als wissenschaftlich bewiesen, „dass die Reaktion, die ein Stressor beim Individuum auslöst, sein Überleben sichert“ (S. 134) (3). Dadurch dass das Individuum in der Lage ist, schnell und adäquat auf einen negativen Reiz zu reagieren, kann es überleben. Dadurch, dass z.B. eine Person einem herabfallenden Ziegelstein ausweichen kann, entgeht sie einer Verletzung. Der Reiz ist der Anblick des herabfallenden Ziegelsteines, der eine adäquate Reaktion auslöst, konkret die des Ausweichens.

### 2.2 Das sympathische Nervensystem

Das sympathische Nervensystem (SNS) bildet zusammen mit dem parasympathischen (PNS) das autonome Nervensystem.

Das autonome Nervensystem wird nicht willentlich gesteuert. Während das PNS in Ruhe- und Entspannungszuständen aktiv ist, wird „das SNS während oder nach Stressor Wahrnehmung aktiviert“ (S.135) (3). „Die Aktivierung des SNS äußert sich in einer Hemmung des Verdauungsstoffwechsels, Förderung der katabolen Prozesse, Steigerung der Herz- und Atemfrequenz, der Erhöhung des Atemvolumens und des Muskeltonus, der Kontraktion der Blutgefäße, der Steigerung der Blutgerinnung, der Erweiterung der Pupillen sowie einer Vigilanzsteigerung“ (S.134) (3). Anatomisch handelt es sich um ein Zusammenspiel hintereinander geschalteter Neurone. Die „Zellkörper der präganglionären Neurone des SNS liegen im thorakolumbalen, die des PNS im kraniosakralen Rückenmark“ (S.134) (3).

Die gegensätzliche Wirkung des SNS und des PNS wird durch unterschiedliche Neurotransmitter vermittelt, konkret handelt es sich beim PNS um Acetylcholin, beim SNS um Noradrenalin.

„Eine Sonderstellung nimmt das Nebennierenmark ein“, bei dem es sich entwicklungsgehistorisch um postganglionäre sympathische Neurone handelt, welche ihre Axone verloren haben (S.135) (3).

### 2.3 Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNNR-Achse)

Stresswahrnehmung veranlasst die Neurone des Hypothalamus zur „Produktion von Corticotropin-releasing-Hormon und Arginin-Vasopressin“ (S.136) (3). Beide Hormone werden in den Hypophysenvorderlappen transportiert und veranlassen wiederum, dass „Adrenocorticotropes Hormon sezerniert wird. Dieses erreicht auf dem Blutweg die Nebennieren, wo sich die Produktion von Glucocorticoiden anschließt. Glucocorticoide wiederum steigern den Katabolismus und mobilisieren Energiereserven“ (S.137) (3).

---

## 2.4 Die chronische Stressreaktion

Während akute Stressreaktionen meist physiologisch sind, machen chronische Stressoren krank (S.138) (3). Eine „dauerhafte Erhöhung von Herzfrequenz und Gefäßtonus führt zu einer erhöhten Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen (S.139) (3).“ Eine erhöhte „Muskelanspannung kann auf die Dauer zu Verspannungen und Kopfschmerzen führen“ (S.139) (3). „Eine gesteigerte Blutgerinnung kann Thrombosen und Herzinfarkt begünstigen“ (S.139) (3). „Die andauernde Aktivierung kataboler Stoffwechselprozesse kann Gewichtsverlust, Eiweißverarmung und Verdauungsprobleme verursachen“ (S.139) (3). Durch Beeinträchtigung des Immunsystems können Erkrankungen ausgelöst werden, wie „Asthma bronchiale, atopisches Ekzem, Arthritis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa“. „Magengeschwüre, gestörte Wundheilung, Tumorentstehung, Angst- und Depressionserkrankungen“ kommen hinzu (S.139) (3). Daher sind Konzepte zur Stressbewältigung von großer Bedeutung, um konkret gesundheitlich präventiv sein zu können, und Herz- Kreislaufkrankungen oder psychische Leiden zu vermeiden.

---

## **3. Politik und Gesundheit**

Gesundheitsförderung durch Politik ist ein weltweit erstrebtes Ziel.

Dieses wird deutlich anhand der folgenden, hier beispielhaft aufgeführten Zitaten aus verschiedenen politischen Zusammenkünften, wie der Primary-Health-Care-Declaration aus dem Jahre 1978, der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986, der Jakarta Konferenz, der Bangkok Charta aus dem Jahr 2006.

### **3.1 Primary-Health-Care-Declaration (1978)**

„Das Erreichen des bestmöglichen Gesundheitszustands ist ein höchst wichtiges, weltweit soziales Ziel, dessen Verwirklichung das Handeln vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche zusätzlich zum Gesundheitsbereich erfordert“ (S.227) (2). Es wird deutlich, dass die Realisierung dieses Zieles durch die Kombination etwa sozialer und ökonomischer Faktoren zusätzlich zum Gesundheitssektor möglich wird. Die Ottawa-Charta bietet zunächst eine Gesundheitsdefinition, die identisch mit der der WHO (World Health Organisation) ist und berücksichtigt darüber hinaus die „soziale Natur“ des Menschen und die Notwendigkeit seiner Interaktion mit der Umwelt, um dieses Ziel zu erreichen.

Die Jakarta- Konferenz betont die Notwendigkeit der Anpassung der Gesundheitsförderung an den medizinischen Wandel der Zeit.

Die Bangkok-Charter weist darauf hin, dass die gesundheitliche Chancengleichheit Ziel weltweit nationaler und internationaler Partnerschaften sein sollte.

### **3.2 Ottawa-Charta (1986)**

„Um ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (S.228) (2).

### **3.3 Jakarta-Konferenz**

„Erarbeitung eines Konzeptes, das den Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert definiert“ (S.228) (2).

### **3.4 Bangkok-Charta (2005)**

„Die Bangkok-Charta betont nachdrücklich, dass strategische Orientierungen und Partnerschaften, die zum Empowerment von Gemeinschaften sowie zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen, im Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklun-

---

gen stehen sollten“ (5).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Streben nach Gesundheit weltweit einen sehr hohen politischen Stellenwert im 21. Jahrhundert hat.

## 4. Fragestellung und Ziel

Laut WHO ist Gesundheit definiert als ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.

Erhöhte Anforderungen in der Schule und im Arbeitsleben im Zeitalter der Digitalisierung werden als Stress erlebt. Dadurch entstehen Ängste bei den Arbeitnehmern/-innen. Der Verlust des Arbeitsplatzes durch die Rationalisierung von Arbeitsplätzen belastet viele von ihnen. Unsicherheit, Schlaf- und Angststörungen, Depressionen usw. können beim Einzelnen die Folge sein. Psychische Störungen kommen nach internationaler Studienlage bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Studien zeigen, dass „Frauen eher unter Angst-, Männer unter Alkoholstörungen leiden. Männer haben im Vergleich zu Frauen ein vierfach erhöhtes Risiko für eine Alkoholstörung“ (S.32) (3).

In dieser Arbeit soll untersucht werden, ob geschlechts- und gesellschaftsspezifisches Stressbewältigungsverhalten existiert.

Erkenntnisse darüber könnten dazu beitragen, Gesundheitsprogramme zu entwickeln, die Gender spezifische Prävention und Behandlung möglich machen oder Gesundheitsprogramme ins Leben rufen, die mehr Akzeptanz bei den einzelnen Gesellschaftsschichten finden, weil sie spezifisch auf sie zugeschnitten sind.

Eine Spezialisierung von Fachkräften könnte notwendig werden.

Angesichts der verschiedenen Rollen, die der moderne Mensch heute ausübt, wie beispielsweise Arbeitnehmer/-in, Mutter, Vater, Tochter, Sohn, Freund/in, Bekannte, Bekannter usw. steht er unter enormen Zeitdruck.

Zeitdruck verursacht Stress. Stressbedingtes Kompensationsverhalten vieler, wie ungesundes Essen - hier sei die „fast-food-Kultur“ aufgeführt-, übermäßiger Tabak- und Alkoholkonsum, Drogen- und Medikamentenmissbrauch greifen die mentale und physische Gesundheit an. Eine Folge können Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein. „Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) zählen weltweit zu den häufigsten nicht übertragbaren Krankheiten und sind in den westlichen Ländern für rund 45 Prozent“, in den „Entwicklungsländern“ für „rund 25 Prozent der Gesamtmortalität verantwortlich“ (6). Jährlich sterben weltweit rund 17,3 Millionen Menschen (in Europa rund zwei Millionen Menschen) an den Folgen einer HKE, wobei Prognosen zufolge bis 2030 von einem Anstieg auf rund 23,6 Millionen ausgegangen wird (6).

Kardiovaskuläre Erkrankungen können beispielsweise in einem Myokardinfarkt oder einem Schlaganfall im schlimmsten Fall mit tödlichem Ausgang münden, d.h. Leben verkürzen (7). Die Evidenz aus prospektiven bevölkerungsbasierten Studien mit unterschiedlich langen Nachverfolgungszeiten zeigt, dass die genannten Belastungsfaktoren als Risiko für das spätere Auftreten von einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) infrage kommen (8).

Der zweite Aspekt ist, dass zur Behandlung stressbedingter Erkrankungen oder zur Rehabilitation der Folgeerkrankungen für das Gesundheitssystem sehr hohe Kosten entstehen. Diese Tatsache führte dazu, dass Prävention zu einem wichtigen Grundpfeiler des Gesundheitswesens geworden ist.

Unsere Gesellschaft besteht aus Menschen mit unterschiedlichem Bildungsniveau, Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt und Nettoeinkommen (79). Diese Arbeit soll untersuchen, ob sie auf unterschiedliche Weise Stress bewältigen, welche Gründe hierfür evtl. verantwortlich sind und welche Schlüsse sich daraus ziehen lassen.

Es stellt sich die Frage, ob eine Gesellschaftsschicht durch ihr Stressbewältigungsverhalten eher für psychische oder somatische Erkrankungen prädisponiert ist.

Fällt eine Gesellschaftsschicht durch Erkrankungen auf, die tiefgreifender sind?

Sind sie beispielsweise akut lebensbedrohlich?

Analog können diese Fragen geschlechtsspezifisch beantwortet werden? Hier müsste die Hausärztin, der Hausarzt, die in der Regel der erste Gesprächspartner des Patienten/-in sind, sensibilisiert und präventiv tätig werden.

## **5. Belastungen und Ressourcen**

Sowohl tierexperimentelle Studien als auch Humanstudien führen eine Reihe von Faktoren auf, welche in der Lage sind, die „individuelle“ Widerstandsfähigkeit eines Individuums „langfristig zu steigern“, als solche sind zu nennen „soziale Unterstützung“, „hohe Kontrollierbarkeit“, „sportliche Aktivität“, „positive frühere Lebenserfahrungen“, „ein gelassener Persönlichkeitstyp“ sowie eine „positive Einstellung“ (S.142) (3).

### **5.1 Soziales Umfeld**

„Zahlreiche Humanstudien belegen, dass Personen mit schlechter sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz durchschnittlich eine höhere Herzfrequenz aufweisen als jene mit guter sozialer Unterstützung und das trifft auch während der Arbeitszeit, im Schlaf und während der Freizeit zu“ (S.143) (3). Daraus resultieren Herzrhythmusstörungen, die letal enden können.

## 5.2 Kontrollierbarkeit

„Erlernte Hilfslosigkeit führt dazu, dass das Individuum nicht mehr fähig ist, vermeidbare unangenehme Situationen aktiv aus dem Weg zu gehen, sondern sich seinem Schicksal passiv ergibt“ (S.145) (3). Depressionen und Angststörungen könnten die Folge sein. Psychische Störungen können die Lebensqualität massiv beeinträchtigen, im schlimmsten Fall zur Invalidität führen. Diese kann Armut zur Folge haben.

## 5.3 Sportliche Aktivität

„Diese korreliert positiv mit emotionalem Wohlbefinden“ (S.146) (3). Dies könnte ein Faktor sein, der vor Krankheit schützt (S.146) (3).

## 5.4 Frühere Lebenserfahrung

„Stress in der Schwangerschaft kann zu kognitiven Entwicklungsdefiziten im Kleinkindalter führen“ (9). Die Folgen sind Behinderungen bis zum Verlust der Führung eines eigenständigen Lebens.

## 5.5 Persönlichkeitstyp

Es werden drei wichtige Persönlichkeitstypen in der Psychologie unterschieden (3).

1. Der „Typ A ist durch folgende Charaktereigenschaften gekennzeichnet: Ehrgeiz, Ungeduld, Kontrollzwang, Wahrheitsliebe, Strukturiertheit, hohe Impulsivität, Standesbewusstsein und einem gesteigerten Potential von Feindseligkeit und Ärger. Dieser Typ nimmt alltägliche Situationen häufiger als Stressoren wahr“ (S. 148) (3).
2. Der „Typ B zeigt typischerweise Charaktereigenschaften wie Ruhe, Entspanntheit, Gelassenheit, Selbstsicherheit und Beherrschtheit. Alltägliche Situationen werden weniger häufig als Stressoren wahrgenommen“ (S.148) (3).
3. Beim „Typ C findet man Ablehnung, Unterdrückung von Emotionen, Konfliktvermeidung, Streben nach sozialer Harmonisierung, hohe Rationalität und passive Stressbewältigung „(S.148) (3).

## 5.6 Persönliche Einstellung

Eine *conditio sine qua non* für „das Ausmaß der Stressperzeption ist die persönliche Einstellung des Individuums zur Stresswahrnehmung“ (S.149) (3). Eine positive Lebenseinstellung ermöglicht Gelassenheit. Die damit einhergehende innere Ruhe ermöglicht wiederum eine störungsfreie Fokussierung auf das Problem und der Entwicklung von Lösungsstrategien.

## 6. Coping

Coping ist der englische Begriff für die Stressbewältigung.

Es werden verschiedene Formen unterschieden. Es gibt das „internale, das externale, das problem-, das emotionsorientierte“ (S.226, S.227) (2) Coping sowie das aktive und passive Coping.

Während das problemorientierte Coping versucht, das Problem zu lösen und somit eine Situationsänderung anstrebt, versucht das emotionsorientierte Coping, die „stressbedingte Emotion zu regulieren“ (S.227) (2).

Das kann beispielsweise durch Ablenkung oder Äußerung von Gefühlen geschehen.

Das internale Coping löst das Problem durch „Änderung der eigenen Person“, während das „externale durch Änderung der Umgebung, der Anderen“ eine Lösung herbeiführt (S.227) (2).

Stress z.B. in Form von Käfighaltung kann bei Tieren zu Gewichtsverlust führen, was als Zeichen eines schlechten Wohlbefindens gedeutet werden kann (10). Menschen können auf Stress ebenfalls mit Gewichtsverlust aufgrund z.B. einer Depression reagieren.

Bei der aktiven Stressbewältigung versucht das Individuum durch sein Verhalten die Stresssituation zu kontrollieren, „den Stressor zu beeinflussen“ (11).

---

## 7. Fragestellungen

### 7.1 Erste Fragestellung

Einmal durchgeführte medizinische Maßnahmen können nicht rückgängig gemacht werden. Medizinisches Personal muss zu jedem Zeitpunkt seiner Arbeit die richtige medizinische Entscheidung treffen, denn es geht darum, das höchste Gut des Menschen, seine Gesundheit, zu schützen bzw. Patienten/-innen vor Schaden oder gar dem Tod zu schützen.

Seine Arbeit ist mit einem sehr hohen Maß an Verantwortungsbewusstsein verbunden. Im Idealfall sollte der Faktor Zeit diesen Entscheidungsprozess nicht negativ beeinflussen. Angesichts des Personalschlüssels vieler Spitäler/Gesundheitszentren ist diese Erwartung kaum zu erfüllen. Im Alltag zeichnet sich extremer Zeitdruck ab. Hinzukommen unregelmäßige Arbeitszeiten. Eine mögliche Folge könnte eine erhöhte Neigung zum Burnout sein. Hier sollte Prävention entgegenwirken. Im Rahmen dieser Prävention ist es von erheblicher Bedeutung geschlechtsspezifische Stressbewältigungsmuster dieser Berufsgruppen zu erkennen, um entsprechende präventive Angebote zu generieren. Nicht nur die Anforderungen an den Arztberuf sind hoch, auch Medizinstudenten/-innen müssen sich während einer relativ kurzen Studiendauer eine große Menge an Wissen aneignen, was als „chronischer Stress“ empfunden wird. Je früher Präventionen ansetzen, umso erfolgreicher können sie sein.

Daher befassen sich 8 Artikel mit Stressbewältigungsstrategien von Medizinstudenten/-innen und medizinischem Fachpersonal. Diese Berufsgruppe ist in diesen Artikeln überproportional häufig vertreten.

Den zweiten Rang nimmt das Coping Verhalten von Patienten/innen ein. 9 Artikel befassen sich mit dieser Gruppe. Eine Erkrankung, akut oder chronisch und deren Folgen wird von den Patienten, den Patientinnen sehr häufig als Distress empfunden. Sie sind mit Ungewissheit, Spitalaufenthalt, Arztbesuchen, Medikamenteneinnahme, körperlichen oder psychischen Einschränkungen und herabgesetzter Lebensqualität verbunden. Ein Patient, eine Patientin zum Beispiel, der oder die an einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung leidet, kann möglicherweise einen geplanten Urlaub im Falle eines Schubes nicht antreten. Er, sie wird den Schub sehr wahrscheinlich als Distress empfinden.

Dieser wiederum kann, wenn er chronisch wird, in eine psychische Erkrankung münden und eine zusätzliche Belastung für ihn oder sie darstellen. Umso wichtiger ist es, das Stressbewältigungsmuster solcher Patienten/-innen zu kennen, um krankheitsbegleitend ihr Leiden zu lindern und sie vor zusätzlichen gesundheitlichen Schäden zu bewahren.

An dritter Stelle rangieren pflegende Familienangehörige, wobei die Pflege haupt- oder nebenberuflich erfolgen kann. Zwei Studien untersuchten diese Gruppe (Studien 25,76). Sehr oft ist es so, dass diese Menschen unter Doppelbelastung stehen und noch eine andere Rolle in der Gesellschaft innehaben, etwa die der Mutter, des Vaters, des (Ehe)manns, der (Ehe)frau. Die Pflege kann sie vor besonderen Herausforderungen stellen. So ist die Pflege eines an schwerer Demenz erkrankten Angehörigen ein „Full-time-Job“, der manch einen Pflegenden an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit bringt. Hier könnte das Studium des Coping des Angehörigen wichtig sein, um Menschen adäquat zu entlasten und sie vor einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bewahren zu können.

Insgesamt fünf Studien untersuchten das Coping Verhalten anderer Berufsgruppen, wie Feuerwehrleuten (Studie 77), Lehrern/-innen (Studie 27), Call-Center-Mitarbeitern/-innen (Studie 70), Veteranen (Studie 74), Psychologen und Sozialarbeitern- und -arbeiterinnen (Studie 59). Allen gemeinsam ist, dass diese Berufsgruppen einem hohen Stressniveau ausgesetzt sind.

In dieser Diplomarbeit finden auch Stressbewältigungsmechanismen von Randgruppen Berücksichtigung.

Konkret handelt es sich um Ureinwohner Hawaiis, Asylbewerber/-innen in Schweden, Immigrant/-innen in Kanada und Ex-Junkies in Taiwan.

Jeweils eine Studie untersucht diese Randgruppen. Eine sehr interessante Fragestellung ist, zu untersuchen, ob sich Aussagen bezüglich des kulturellen Einflusses auf das Coping Verhalten ableiten lassen und ob die eine oder andere bereits existierende Theorie diesbezüglich sich bestätigen lässt.

## **7.2 Zweite Fragestellung**

In der Soziologie herrscht allgemeiner Konsens darüber, dass sich Armut negativ auf die Gesundheit auswirken kann (12). Armut bedingt gesundheitlich ungünstige Voraussetzungen. So könnten beispielsweise gesundheitsbezogenen Empfehlungen und deren Auswirkungen zum einen nicht verstanden werden, zum anderen führt die unmittelbare Sorge um die Existenz dazu, dass das Bedürfnis nach Ablenkung und kurzfristiger Befriedigung von Bedürfnissen im Vordergrund steht als die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. Es entsteht eine sogenannte „Ignoranz“, die wegen der beeinträchtigten Gesundheit zur verminderten Leistungsfähigkeit führt. Aus letzterer resultiert eine Chancenverschlechterung auf dem Arbeitsmarkt, was die Armut wiederum verstärkt. Dieser Zusammenhang wird in der Soziologie als *circulus vitiosus* der Armut bezeichnet. Zusätzlich ist es so, dass die unteren Gesellschaftsschichten häufig in körperlich belastenden Berufen arbeiten und nicht erkennen, dass auch Ruhephasen bei Krankheit wichtig sind. Sie setzen es häufig nicht um, weil sie Angst vor Arbeitsverlust haben.

Auch können anfallende Medikamentenkosten arme Menschen von deren Kauf abhalten, was die Gesundheit beeinträchtigt mit den oben genannten Folgen für die Betroffenen. In der Regel werden Medikamente, die notwendig sind von der Krankenkasse bezahlt, z.B. durch Zuzahlung eines geringen Betrages. Trotzdem gibt es Menschen, die z.B. nicht krankenversichert sind, wenn sie beispielsweise keinen festen Wohnsitz haben. Als sicher in der Soziologie nachgewiesen gilt, dass der Begriff „Kontrollerwartung“ wichtig in Bezug auf Gesundheit ist. In diesem Zusammenhang wird die eigene Gesundheit als Folge des eigenen Verhaltens angesehen und weniger als Folge nicht kontrollierbarer äußerer Umstände, wie z.B. Glück oder Schicksal (S.223) (2).

Die Kontrollerwartung ist bei der ärmeren Bevölkerung weniger stark ausgeprägt.

Auch wenn die vorangehenden Ausführungen verdeutlichen, dass Präventionsangebote möglicherweise nicht in dem gewünschten Ausmaß von der sozial benachteiligten Bevölkerung aufgegriffen werden, ist es besonders wichtig, ihre konkreten, bevorzugten Stressbewältigungsmechanismen zu kennen, um entsprechend Präventionsangebote zu gestalten und sie für diese Bevölkerungsschicht attraktiver zu machen.

Daher sind in dieser Diplomarbeit 24 Studien aufgeführt, die das Coping Verhalten der verschiedenen Gesellschaftsklassen direkt oder indirekt miteinander vergleichen.

Laut einer Umfrage (13) fühlen sich die meisten Österreicher/-innen dem Mittelstand zugehörig. Die Stressbewältigungsstrategien dieser Gesellschaftsschicht finden Berücksichtigung. Aus dem direkten Vergleich des Coping Verhaltens könnten sich Konsequenzen herleiten lassen und möglicherweise folgende Frage beantworten:

- 1) Neigt eine Gesellschaftsschicht zu maladaptivem Coping?
- 2) Prädisponiert sozialschichtspezifisches Coping zu bestimmten Krankheiten?
- 3) Sind diese Krankheiten schwerwiegender für die Betroffenen?

## **8. Methoden**

Die Ergebnisse dieser Literatur Recherche umfassen die unterschiedlichen Coping Strategien (Bewältigungsstrategien) als Reaktion auf Stress. Es werden zwei Fragestellungen untersucht. Zum einen, ob geschlechtsspezifische Coping Methoden, zum anderen, ob Sozialschicht spezifische Bewältigungsstrategien existieren.

Abschließend wird die Frage untersucht, welche Konsequenzen sich aus diesen beiden untersuchten Fragestellungen ergeben. Generell unterscheidet man beim Coping maladaptives Coping, wie beispielsweise Rauchen, Drogenkonsum, Medikamenten- und Alkoholabusus (15).

Im Gegensatz zu maladaptiven Bewältigungsstrategien umfasst adaptives Coping beispielsweise: Ablenkung, Akzeptanz, aktive Bewältigung, Ausleben von Emotionen, emotionale Unterstützung, Humor, instrumentelle Unterstützung, Planung, positive Umdeutung, Religion, Selbstbeschuldigung, Verhaltensrückzug und Verleugnung (15).

### **8.1 Erste Fragestellung**

#### **8.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

Alle Studienteilnehmer/-innen waren mindestens 18 Jahre alt. Berücksichtigung fanden auch Studien über Coping Strategien von Senioren (Artikelzahl = 2). Ausgeschlossen waren Studien, die das kindliche oder jugendliche Coping untersuchten. Die Gründe hierfür waren: zum einen unterscheiden sich kindliche Bewältigungsmechanismen von denen Erwachsener, zum anderen entsprach das nicht der Fragestellung dieser Diplomarbeit.

Ein weiteres Einschlusskriterium war die eindeutige Zuordnung der Studienteilnehmer/-innen zum weiblichen oder männlichen Geschlecht. Die Gruppen der Homo- oder Transsexuellen wurden nicht berücksichtigt.

#### **8.1.2 Stichprobe**

Die Studienteilnehmer/-innen wurden aus verschiedenen Kontinenten rekrutiert. Konkret aus Europa, Afrika, Asien, Australien, Nord- und Südamerika. Es handelte sich hierbei entweder um Patienten/-innen mit einer somatischen oder psychischen Störung (Artikelzahl = 9) und deren Bewältigungsstrategien, die ihnen einen besseren Umgang mit ihrer Krankheit ermöglichten oder es handelte sich um Patientenangehörige (Artikelzahl = 2), die die Funktion der Pflegenden innehatten. Unter den Studienteilnehmer/-innen fand sich auch medizinisches Fachpersonal, wie Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Artikelzahl = 2), Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Artikelzahl = 1), wie etwa Anästhesisten, Notärzte sowie Medizinstudenten/-innen (Artikelzahl = 2). Es wird erweitert durch Mitarbeiter der Notaufnahme (Artikelzahl = 1), des Rettungsdienstes (Artikelzahl = 1), On-Call-Mitarbeiter

---

(Artikelzahl = 1), Veteranen (Artikelzahl = 1), Feuerwehrleute (Artikelzahl = 1).

Ebenso fanden sich Lehrer/-innen (Artikelzahl = 1).

Weiterhin wurde das Coping - Verhalten von Schul- oder Sozialzentrumpersonal untersucht, konkret waren es Psychologen/-innen, Sozialarbeiter/-innen sowie Mitarbeiter/-innen von Wohltätigkeitsorganisationen. Auch Witwer/Witwen (Artikelzahl = 1), Wöchnerinnen (Artikelzahl = 1), von Eltern auf einer Intensivstation verstorbener Kinder (Artikelzahl = 1) wurden untersucht.

## **8.2 Zweite Fragestellung**

### **8.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

Untersucht wurden erwachsene Frauen und Männer, Kinder fanden, wie bereits erwähnt, keine Berücksichtigung.

### **8.2.2 Stichprobe**

Die Studienteilnehmer/-innen stammen aus Europa, genauer Dänemark (Artikelzahl = 3), dem Vereinigten Königreich (Artikelzahl = 2), Finnland (Artikelzahl = 1), Spanien (Artikelzahl = 1), den USA (Artikelzahl = 8), Mittelamerika (Artikelzahl = 1), Kanada (Artikelzahl = 2), Australien (Artikelzahl = 1), Japan (Artikelzahl = 1), Taiwan (Artikelzahl = 1), China (Artikelzahl = 1), Iran (Artikelzahl = 1). Es waren jeweils in jeder Studie drei Gesellschaftsklassen repräsentiert, die Unter-, Mittel-, und Oberschicht.

In nur einer einzigen Studie wurde das Coping Verhalten der Unterschicht, konkret von Arbeiterinnen gegenüber einem unbeherrschten Chef untersucht (14).

## **8.3 Stichprobengröße**

Die Stichprobengröße variierte je nach Fragestellung. Konkret umfasste sie bei der ersten Fragestellung etwa 10000 Personen, bei der zweiten knapp 587.000 Personen. Sie ergab sich als Summe der Studienteilnehmer /-innen aller Studien.

Der Frauenanteil beträgt bei der ersten Fragestellung 57,97% (N > 5681), der Männeranteil 46,36% (N > 4543).

Die Geschlechterverteilung war für die zweite Fragestellung unerheblich.

## 8.4 Studienart

Zur Bearbeitung der **ersten Fragestellung** wurden 27 Artikel, zur Beantwortung der **zweiten** 23 Artikel herangezogen.

## 8.5 Studiendesign

### 8.5.1 Erste Fragestellung

Bei den Studien handelte es sich sowohl um quantitative (Artikelanzahl bzw. Studien Anzahl = 26) als auch qualitative (Artikelanzahl = 1), wobei die Anzahl der quantitativen überwiegt. Die quantitativen Studien setzten sich, soweit eruierbar, zusammen aus 18 Querschnittstudien, 2 Längsschnittstudien, 2 Follow-up-Studien sowie einer retrospektiven Studie, einer deskriptiven Studie und einem Feldumfrageansatz. Der Modus, mit dem die Fragestellung in den Studien angegangen worden sind, reichte vom persönlichen Interview durch geschulte Interviewer/-innen, über Fragebögen, die in Form von online-Umfragen abgehalten wurden oder von Hand ausgefüllt worden waren. Konkret kamen zur Erfassung der Coping Mechanismen der Brief-COPE in 6 Studien zum Einsatz. Hierbei handelt es sich um einen aus 28 Elementen bestehenden Fragebogen mit einer Likert-ähnlichen Antwortskala von 0 (ich habe das überhaupt nicht getan) bis 3 (ich habe das viel getan). Der Brief-COPE misst adaptive und maladaptive Coping Strategien. Konkret erfasst er als adaptives Coping Verhalten:

Ablenkung, aktive Bewältigung, Verleugnung, emotionale Unterstützung, Verhaltensrückzug, Ausleben von Emotionen, instrumentelle Unterstützung, positive Umdeutung, Selbstbeschuldigung, Planung, Humor, Akzeptanz, Religion (15).

Als maladaptives Coping Verhalten wird wiederum der Alkohol- oder Drogenkonsum erfasst (15).

Eine italienische Version des COPE kam in jeweils einer Studie zum Einsatz.

Der JCS (Jalowiec Coping Scale) fand in zwei Studien Anwendung. Der Fragebogen beinhaltet sechs Elemente, die acht verschiedene Coping Dimensionen erfassen sollen. Konkret sind diese: sich dem Problem stellen (konfrontatives Coping), Problemvermeidung (ausweichendes Coping), positives Denken (optimistisches Coping), pessimistisches Denken (fatalistisches Coping), Emotionen freisetzen (emotionales Coping), sich dazu bringen, sich besser zu fühlen (palliatives Coping), Anwendung von Unterstützungssystemen (supportives Coping) und Selbstständigkeit (selbstständiges Coping). Jedes Element muss beurteilt werden in Bezug auf die Häufigkeit seines Vorkommens gemäß einer Likert-ähnlichen Skala von 0 (es ist nie der Fall) bis 3 (es ist sehr häufig der Fall) (16).

Die beiden oben erwähnten Studien bezüglich des JCS fanden keine Anwendung in dieser Diplomarbeit, weil keine Aussagen darüber gemacht wurden, wie konkret Frauen und Männer

bewältigten. Der JCS wird an dieser Stelle vorgestellt, weil er in einer Studie zum Einsatz kam, die im Rahmen der zweiten Fragestellung analysiert wurde.

Der SCS (Spiritual Coping Strategies) wurde in einer Studie als Messinstrument eingesetzt. Es handelt sich um einen Fragebogen, der religiöse Subskalen mit 9 Items und spirituelle mit 11 Items misst (17).

Die beiden oben erwähnten Studien bezüglich des JCS fanden keine Aufnahme in dieser Diplomarbeit, weil keine Aussagen darüber gemacht wurden, wie konkret Frauen oder Männer bewältigten. Der JCS wird an dieser Stelle vorgestellt, weil er in einer Studie zum Einsatz kam, die im Rahmen der zweiten Fragestellung analysiert wurde.

Der SCS (Spiritual Coping Strategies) wurde in einer Studie als Messinstrument eingesetzt. Es handelt sich um einen Fragebogen, der religiöse Subskalen mit 9 Items und spirituelle mit 11 Items misst (17).

Der CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) wurde in vier Studien angewandt. Es handelt sich um einen 48-Elementarfragebogen, der auf einer 5-Punkte-Linkert-Skala bewertet wird und drei Coping Strategien misst: das Aufgaben-orientierte Coping, das Emotions-fokussierte Coping und das Vermeidungs-Coping (18).

Der WCC (Ways of Coping Cheklist) besteht aus 66 Elementen und umfasst sieben Skalen: Problemfokussierung, Wunschdenken, Wachstum über sich hinaus, Bedrohungsminimierung, Suche nach sozialer Unterstützung, Selbstbeschuldigung. Er kam in drei Studien zum Einsatz (19).

Das „gemischte Element“ repräsentiert das Vermeidungs-Coping und die Hilfesuche bei diesem Fragebogen.

Das COPE-Inventar war Messinstrument in einer Studie und entspricht dem Brief-COPE. Die Coping Scale mit 8 Untergruppen, wie „confrontation“, „distancing“, „self-control“, „seeking social support“, „accepting“, „responsibility“, „escape-avoidance“, „planned problem solving“, „positive reappraisal“ kam in einer Studie zum Einsatz.

Das CSI (Coping Strategies Inventory) bzw. die spanische Version des CSI kamen in jeweils einer Studie zur Anwendung. Beim CSI handelt sich um einen 73 Elemente umfassenden Fragebogen, der die Bereiche Problemlösung, kognitive Umstrukturierung, Emotionen-Ausdruck, soziale Unterstützung, Problemvermeidung, Wunschdenken, Selbstkritik, sozialen Rückzug abdeckt (20).

In einer deutschen Studie war der SVF-78 Messinstrument. Der SVF-78 setzt sich aus 13 Subskalen zusammen. Diese beinhalten Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbst- Instruktionen, soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resig-

nation, Selbstbeschuldigung (21).

Der HPSCS kam in einer Studie zum Einsatz. Dieser Fragebogen besteht aus 19 Elementen und erfasst vier Subskalen: Vermeidung, soziale Unterstützung, emotions-fokussiertes Coping, problemfokussiertes Coping.

Die Elemente werden auf einer 4-Punkte-Likert-Skala bewertet (1 = nicht viel angewandt bis 4 = viel angewandt) (22).

Die Infertilitäts-Related-Stress-Scale fand bei einer Studie Anwendung (23), um den Infertilitätsstress zu messen. Coping wurde in einer Studie mit dem Multi-Centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research-Program-Coping-Skalen (23) gemessen. Es handelt sich um ein aus 17 Elementen bestehendem Verfahren, welches vier Subskalen anwendet: die aktive Vermeidung, die aktive Konfrontation, die passive Vermeidung und das bedeutungsbasierte Coping.

Studie 23 fand keine Aufnahme in dieser Diplomarbeit. Es wurden zwar Bewältigungsstrategien angewandt, diese unterscheiden sich jedoch von denen des Brief-COPE.

Es folgen Messinstrumente, die in einer einzigen Studie jeweils eingesetzt wurden: PCI (Pain Coping Inventory). Dieser ist ein 34 Elemente umfassender Fragebogen, der Schmerzbewältigungsmaßnahmen des Patienten, der Patientin enthält, wie beispielsweise „ich nehme ein Bad“, um die Schmerzintensität zu kompensieren. Er beinhaltet Coping - Dimensionen, eingeteilt in aktive Schmerztransformation, Distraction, Reduktion der Anforderungen und passive Domänen, wie etwa sich zurückziehen (24).

Der CHIP (Coping Health Inventory for Patients) kam in einer Studie zum Einsatz. Er beinhaltet 45 Elemente, die durch folgende Subskalen charakterisiert sind: durch die erste Subskala sind die Bereiche familiäre Integration, Kooperation und optimistische Definition der Situation abgedeckt, die zweite umfasst soziale Unterstützung, Selbstachtung und psychologische Stabilität, die dritte deckt den Bereich des Verstehens der medizinischen Situation durch Kommunikation mit anderen Eltern und medizinischem Personal ab (25).

Ebenfalls eingesetzt als Messinstrumente in einer Studie wurden jeweils der WCQ-R und der UCL (die 47-Punkte-Utrecht-Bewältigungsliste).

Die UCL ist ein Fragebogen, der aus 47 Elementen besteht und sieben Bewältigungsstrategien misst. Diese sind Ablenkung suchen, Emotionen ausdrücken, soziale Unterstützung suchen, Vermeidung, Förderung beruhigender Gedanken, passives Coping und aktives Coping (26).

Studie 26 fand ebenfalls keine Aufnahme in dieser Diplomarbeit, weil die erwähnten Bewältigungsmethoden nicht den unterschiedlichen Geschlechtern zugeordnet werden konnten.

Der WOC (Ways Of Coping) bzw. der WOC-R ähneln dem WCC und kamen jeweils in einer

---

Studie zum Einsatz (27).

Ein anderes Messinstrument zur Messung der Lebenszufriedenheit im Umgang mit Sorgen ist der BMLLS, der ebenfalls bei einer Studie eingesetzt worden ist (28), die keine Aufnahme in dieser Diplomarbeit fand, da die Bewältigungsstrategie „cool down“ als Item im Brief-COPE nicht aufgeführt ist.

Das trifft auch für den SCSQ (basiert auf WOC) zu. Es handelt sich hierbei um einen 20-Items-Fragebogen mit Werten zwischen 0 und 3 für jedes Item. Er misst aktives und passives Coping (29).

Weiterhin fanden Anwendung in einer Studie LOC (Locus Of Control) und SOC-Skalen in Anlehnung an Antonovsky (30), der Begriff LOC wurde von Rotter eingeführt (31), weiterhin fand Anwendung der RSQ (Response To Stress Questionnaire) (32).

Beim letzten handelt es sich um einen Fragebogen, der Problemlösung, emotionale Regulation, emotionale Expression, positive Gedanken, kognitive Umstrukturierung, Akzeptanz, Vermeidung, Verleugnung, Wunschdenken, Distraction, Rumination, aufdringliche Gedanken, physiologische Erregung, unfreiwillige Aktionen, emotionale Betäubung, kognitive Interferenz, Untätigkeit und Flucht erfasst (32).

Ein Interview mit offenen Fragen kam in einem Artikel zum Einsatz (Artikel 67).

Interviews kamen meist bei älteren Studienteilnehmern/-innen zum Einsatz.

Schließlich fand auch der KRQ (Korean Resilience Questionnaire) einmalig in einer Studie Anwendung, es handelt sich um die koreanische Version des CD-RISC (33). Studie 33 wurde in dieser Diplomarbeit ebenfalls nicht berücksichtigt, da die Widerstandskraft eine Folge von erfolgreichen Stressbewältigungsmechanismen ist. Der „Standard Shiftwork Index“ mit Coping kam als Messinstrument im Rahmen einer einzigen Studie vor.

Der Parker's Coping Inventory kam in Studie 59 zur Anwendung.

Studienteilnehmer/-innen wurden auf unterschiedliche Weise rekrutiert: in den meisten Fällen erfolgte eine Kontaktaufnahme über das Spital/Ordination (5 Studien). Häufig lässt sich der Einladungsmodus zur Studienteilnahme nicht eruieren ( $\geq 6$  Studien). Das Kollektiv wurde in einigen Fällen über soziale Medien, wie z.B. Facebook, Twitter oder personal Netzwerke (Studie 70) kontaktiert. Vereinzelt erfolgte die Einladung zur Studienteilnahme per e-mail (Studie 21) über einen zugesandten link (Studie 70). Eine weitere Einladung erfolgte mündlich im Rahmen des abgehaltenen Unterrichts in der Studie (Studie 27). Eingesetzt wurde auch das Interview (Studien 62, 67, 73, 74).

### 8.5.2 Zweite Fragestellung

Zur Bearbeitung der zweiten Fragestellung wurden 23 Studien herangezogen. Bei den Studien handelte sich sowohl um quantitative (Artikelanzahl = 17) als auch um qualitative (Artikelanzahl = 3). Manche Artikel machten diesbezüglich keine Angaben (Artikelanzahl = 2), bei einem Artikel handelte es sich um eine Follow-up-Studie. Als Modus wählten die Forscher am häufigsten den Fragebogen (Artikelanzahl = 7), das Interview (Artikelanzahl = 6), welches telefonisch oder per e-mail oder „face-to-face“ erfolgte. Nicht eruierbar war der Modus bei einem Artikel.

Als Fragebögen kamen in Frage der multicomponent self-administrated stress management questionnaire mit 30 Items, wobei jeweils 10 maladaptive und 20 adaptive Bewältigungsmethoden erfasst wurden. Der Schweregrad wurde anhand einer 3-Itemskala festgestellt (nie, manchmal und oft) (34).

Auch der General Coping Questionnaire oder der Brief-COPE kamen als Fragebogen zum Einsatz, wobei die Häufigkeit anhand von vier Antwortkategorien „selten“, „manchmal“, „oft“, „sehr oft“ festgestellt wurde (japanische Studie). Der Brief-COPE kam in einer Studie aus den USA ebenfalls zum Einsatz. In einer dänischen Studie wurde ein Coping-Fragebogen entwickelt aufgrund von semistrukturierten qualitativen Interviews und der Analyse einer „baseline“ Umfrage. Es wurden 10 Items gebildet, die zu sechs Dimensionen des WOCR passten. Diese Dimensionen waren konfrontatives Coping, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Verantwortung akzeptieren, Fluchtvermeidung, strategische Problemlösung. Für eine andere dänische Studie wurde aufgrund von Literaturangaben und persönlichen Interviews ein spezifisches Messinstrument von Coping Strategien jeweils mit fünf Items bezüglich „problem-solving“ Coping und vier Items bezüglich „avoidant“ Coping entwickelt. Die Items hatten ein ähnliches Format wie der 66-Item-WOCQ. In der letzten dänischen Studie wurde die SOC-Antonovsky Skala basierend auf der Version von Lundberg mit den drei Items angewendet (35).

Emotionale soziale Unterstützung wurde durch den Close Person's Questionnaire erfasst (beide UK-Studien). Die Befragten wurden gebeten, die Person zu nennen, die ihnen in den letzten 12 Monaten nahestand und sie sollten, diese Beziehung anhand von Items bewerten (36).

Die Ways of Coping List kam in der finnischen Studie zur Erfassung von Bewältigungsmechanismen zum Einsatz (37).

Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe wurde durch fünf Fragen geklärt, konkret beispielsweise, ob therapeutische Hilfe beansprucht wurde, ein Krankenhausaufenthalt erfolgt sei oder eine medikamentöse Therapie begonnen wurde (38). Maladaptive Coping konnte durch Fragen eruiert werden. Mit der ISEL-12 (Interpersonal Support Evaluation List), die

aus 12 Items bestand, konnte die Unterstützung bei maladaptivem Coping erfasst werden (US-Studie) (39). Eine US-Studie war eine Zusammenfassung von Literatur und machte keine Angaben über das Messinstrument bezüglich des Coping (40).

Eine andere US-Studie nannte als Messinstrument den psychosozialen Fragebogen. Anhand einer Skala, die von Turner und Leving für affektive Unterstützung entwickelt wurde, konnte bei US-Amerikanern mit chinesischen Wurzeln die soziale Unterstützung erfasst werden (41).

Ein community assessment (CA) beinhaltete die Religiosität/Spiritualität (5 Items), Alkoholprobleme (9 Items), finanzielle Schwierigkeiten (5 Items), personales Coping (9 Items), physische Gesundheit (6 Items), depressive Symptome (7 Items), weiterhin spielte die Beschäftigungsdauer bei der US-Armee eine Rolle (42).

Aktives Coping (Synonym John Henryism) wurde in einer USA-Studie ermittelt durch eine Skala, basierend auf acht Aussagen, wie z.B. es sei „harte Arbeit der beste Weg, um im Leben voranzukommen“ oder „manchmal fühle ich, dass wenn irgendetwas richtig laufen soll, ich es selbst tun muss“. Konkret wurde der Wahrheitsgehalt dieser Aussagen durch eine Likert-Skala angegeben (1 = nicht wahr, 5 = sehr wahr) (43).

Für eine mittelamerikanische Studie wurde ein Fragebogen entwickelt, der sechs Bereiche erfasste: demografische Daten einschließlich des jährlichen Einkommens, die akademische Belastung, der Studien bezogener Stress, die körperliche Verfassung in Form des BMI und Coping Strategien. Unter anderem wurde der Alkohol-, Drogenkonsum und der Konsum koffeinhaltiger Getränke ermittelt, das Rauchverhalten und Formen der sozialen Unterstützung (44) (45).

Eine kanadische Studie erfasste das Coping Verhalten durch offene Fragen und Umfragebögen, die sieben Kategorien abdeckten. Als Coping wurden genannt, vor der Stresssituation weglaufen, seine Wut herauslassen oder mit der Wut durch Problemanalyse umgehen (14) (46).

Der JCS kam zum Einsatz in einer kanadischen Studie. Der JCS wird bei der ersten Fragestellung erläutert (16).

Zwei weitere kanadische Studien wandten die soziale Unterstützungsskala nach Shebourne & Steward an (47), (48).

In einer australischen Studie erfassten Forscher-/innen anhand von vier Fragen die soziale Interaktion der Betroffenen. Sie wurden gefragt, wie lange sie in der letzten Woche Zeit mit Familie /Freunden-/innen verbracht hätten, mit denen sie nicht zusammenlebten, des Weiteren, wie oft sie mit Freunden, Verwandten oder anderen Menschen telefoniert hätten oder wie oft sie an Treffen sozialer Clubs oder religiöser Gruppen teilgenommen hätten (49).

Die Forscher-/innen einer chinesischen Studie wendeten die Coping Scale (CS) an, um Be-

wältigungsstrategien zu erfassen (50).

Erläuterungen zur CS sind entsprechend der ersten Fragestellung zu entnehmen.

Der sozioökonomische Status (SES) wurde durch Berücksichtigung verschiedener Faktoren bestimmt. Einer davon war die Bildung, je nachdem, ob die/ der Befragte einen High School Abschluss, einen College-Abschluss, einen Bachelor, einen Master oder Universitätsabschluss vorweisen konnte (12 Studien) (36, 37, 41, 42, 51, 52, 53, 55, 62, 81, 83, 88).

Einen weiteren wichtiger Faktor stellten die Finanzen dar. Anhand der Auswahl von 1 (überhaupt keine) bis 4 (sehr schwierig) konnten finanzielle Schwierigkeiten, monatlich Rechnungen zu bezahlen, eruiert werden (51).

In einigen Studien wurde das jährliche bzw. monatliche Einkommen erfragt und als wichtiger Referenzparameter zur Ermittlung des SES angegeben (36, 41, 42, 47, 50, 83).

Auch die Arbeitsgeschichte bzw. der Beschäftigungsstatus wurden zur Bestimmung des SES herangezogen. So z.B. ob man zeitweise oder immer arbeitslos war. Auch wurde der Beschäftigungsstatus, der innerhalb des British Civil Service erreicht wurde als Basis genommen, um nach Marmot & Brunner 2005, Klassen zu bilden (36).

Weiterhin wurde das AKF (Amternes og Kommunernes Forskingsinstitut [Institute of local government studies in Denmark) longitudinal Register at Statistics Denmark) eingesetzt (52).

Auch fand das Leiterprinzip gemäß Adler & al. Anwendung. Die Leiter bestanden aus 10 Sprossen. Die oberste Sprosse nahmen diejenigen ein, die das meiste Geld besaßen, die beste Bildung und Jobs hatten. Die unterste Sprosse nahmen diejenigen ein, die über das wenigste Geld verfügten, die geringste Bildung aufwiesen und die am schlechtesten bezahlten Jobs innehatten. Die Befragten wurden aufgefordert, sich auf einer Sprosse zu positionieren, etwa einer Ordinalskala gleich (53).

Eine SES-Bestimmung fand auch über die „occupational class“ statt. Diese Klassifikation beinhaltete den Job, die Firmenaktivität und gewissermaßen die Führungsposition, es wurde konkret erfragt, ob das Individuum Verantwortung für andere hatte. Es resultierten drei Kategorien: die obere Ebene, Gruppe I und II, der z.B. Facharbeiter/-innen angehörten, die mittlere Ebene, Gruppe III und IVa, zu der Techniker gehörten und die niedrigste Ebene, Gruppe IVb und V, zu der nicht qualifizierte Arbeiter/-innen gehörten (54). Gemäß der Kategorisierung des Job Prestige Scores nach Nakao & Treia bildeten Forscher einer US-Studie Gruppen mit höherem und niedrigerem Job-Prestige. Weiterhin bildeten sie Gruppen mit hohem bzw. niedrigem Medianeinkommen. Anhand einer Kodierung wurde eine Einteilung in vier unterschiedliche Berufskategorien vorgenommen. Hilfspersonal (a), Arbeiter/-in (b), Arbeitslose(r) (c) und Student/-in (d) (43).

Die japanische Studie kategorisierte die Antworten der Befragten anhand der ISCO -08 (In-



## 9. Datensuche

### 9.1 Erste Fragestellung

Angesichts des sehr umfangreichen publizierten Literaturangebotes, das in Bezug auf Stress Coping existiert, habe ich mich bei der Literatursuche auf zwei Datenbanken fokussiert, um die Artikelanzahl zu beschränken. Dies waren PubMed und Web of Science. In der Suchleiste bei PubMed wurde eingegeben „stress coping strategies by different gender in adults“. Die Suchmaschine zeigte 350 publizierte Artikel in englischer Sprache an. Diese Artikelanzahl erschien mir zu umfangreich, daher begrenzte ich die Suche auf die letzten fünf Jahre, d.h. es fanden die Jahre 2016 bis 2020 Berücksichtigung.

Die Eignungsentscheidung fiel durch das Lesen der Kurzfassungen (abstracts) oder der Artikel. Von den in diesem Zeitraum publizierten 84 Artikeln waren 25 ungeeignet, sei es, weil ausschließlich oder unter anderem Jugendliche bzw. Kinder Studienteilnehmer/-innen waren (Artikel Anzahl = 8) und der Fragestellung nicht gerecht wurden oder, weil keine eindeutige Geschlechtszuordnung vorgenommen werden konnte (Artikel Anzahl = 4), wie beispielsweise bei Transgendern, was jedoch eine *conditio sine qua non* bei der Bearbeitung der Fragestellung ist.

Studien über Tiere, wie Ratten oder Fische fanden keine Berücksichtigung. Es handelte sich hier konkret um zwei Studien. Unter den gefundenen Artikeln waren auch Studien, die mögliche Folgen von Stress, wie z.B. Angst (Studienanzahl = 1), Adipositas (Studienanzahl = 1) untersuchten. Eine Studie wurde ausgeschlossen, weil sie die physiologische geschlechtsspezifische Adaptationsmechanismen an chronischen Stress erforschte, eine andere, weil sie physiologische Reaktionen des menschlichen Organismus auf akuten Stress untersuchte. Eine weitere untersuchte den Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Burnout bei pakistanischen Anästhesisten und wurde ebenfalls ausgeschlossen, da darin keine Coping Mechanismen berücksichtigt worden waren. Eine Griechische wurde ebenfalls der Fragestellung nicht gerecht, weil sie sich mit dem „empty nest“ bezogenen psychosozialen Stress in der Finanzkrise auseinandersetzte, Coping Strategien jedoch nicht untersucht wurden. Eine Studie, die ebenfalls ungeeignet war, erforschte, inwieweit die Persönlichkeit von Israelis bzw. Palästinensern ihre psychische Anfälligkeit nach dem Gaza-Konflikt 2009 beeinflusste, sie verfehlte die erste Fragestellung dieser Diplomarbeit. Ausschluss fand ebenfalls eine Studie, die den positiven Effekt von akutem Stress auf die Gedächtnisregulation untersuchte, da sie für meine Fragestellung irrelevant ist. Eine österreichische Studie untersuchte den Einfluss von Alter und Geschlecht in Bezug auf Euthanasie bei praktizierenden Tierärzten und verfehlte ebenfalls die Fragestellung dieser Diplomarbeit.

Ein Artikel, der ausgeschlossen wurde, bezog sich auf Perspektiven einer gesunden Lebensweise bei mexikanischen Rauchern. Ein weiterer Artikel enthielt lediglich die Namen von Kongressteilnehmern/-innen.

Unter den verbliebenen 59 geeigneten Studien fanden sich Artikel (Artikelzahl = 12), die Coping Strategien von medizinischem Fachpersonal oder von Medizinstudenten/-innen beschrieben. Andere Artikel (Artikelzahl = 6) setzten sich mit Coping Mechanismen von Patientenangehörigen auseinander und wiederum andere Studien (Artikelzahl = 18) untersuchten das Coping Verhalten von Patienten/-innen selbst, welches beispielsweise im Rahmen des Umgangs mit ihrer Krankheit Anwendung fand.

Da jedoch die Bewältigungsstrategien dieser 59 Studien teilweise nicht durch den Brief-COPE erfasst wurden, d.h. die Personen auf eine andere Art und Weise Stress bewältigten, fanden einige Studien keine Berücksichtigung. Ausgeschlossen wurden auch Studien, deren Coping Strategien zwar vom Brief-COPE erfasst wurden, sie aber jeweils nicht zu den am häufigsten eingesetzten Coping Strategien gehörten. So nahmen sie beispielsweise in der Rangfolge der Bewältigungsstrategien die fünfte oder sechste Position ein.

Es kristallisierten sich insgesamt 27 Studien als geeignet heraus.

Ich habe in dieser Diplomarbeit den Brief-COPE als Grundlage gewählt, weil er zum einen mit insgesamt 28 Items in relativ kurzer Zeit zu bewältigen ist bzw. seine Bewältigung nicht ermüdend ist, weil er leicht verständlich ist und ein relativ umfangreiches Spektrum an Bewältigungsmechanismen erfasst.

Es folgen beispielsweise Artikel, die sich mit Coping Strategien von Erwachsenen befassten, welche vom Brief-COPE nicht erfasst wurden (Artikelanzahl = 15) und somit von der Analyse ausgeschlossen worden sind. Sie setzten sich beispielsweise mit dem Coping Verhalten der Ureinwohner Hawaiis (Studienanzahl = 1) auseinander. Weiterhin untersuchten sie z.B. Immigranten/-innen in Kanada (Studienanzahl = 1) bezüglich ihrer Coping Strategien oder z.B. Asylbewerber/-innen in Schweden (Studienanzahl = 1). Auch die Bewältigungsstrategien von Kriminalbeamten sei hier aufgeführt (Studienanzahl = 1). Andere Studien wiederum gaben Forschungsergebnisse über Berufstätige wieder, die keinen Bezug zur Medizin haben, aber sehr Stress belastet sind, wie etwa Mitarbeiter von Call-Centern (Studienanzahl = 1), Feuerwehrleute (Studienanzahl = 1), Lehrer/-innen (Studienanzahl = 1) oder Mitarbeiter/-innen des Katastrophenschutzes (Studienanzahl = 1).

Die Suchmaschine Web of Science lieferte unter der Eingabe „stress coping strategies by different gender in adults“ für den Zeitraum, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 insgesamt 15 Artikel.

---

Drei von diesen Artikeln ließen sich mit der Suchmaschine PubMed aufrufen und sind in den obigen Ausführungen erfasst. Von den 12 verbliebenen Artikel erwiesen sich sechs als ungeeignet, weil sie kindliches bzw. jugendliches Coping untersuchten, psychologische Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten/-innen mit einer diagnostizierten Borderline-Erkrankung nach kindlichem Traumen zum Forschungsgegenstand hatten, d.h. keine Coping Mechanismen darlegten und somit ungeeignet waren. Ein weiterer Artikel berücksichtigte Coping bei Transgendern und wurde aufgrund dessen ausgeschlossen. Abschließend kann festgehalten werden, dass drei Artikel die Kriterien der Fragestellung erfüllten und aufgrund dessen wissenschaftlich analysiert wurden.

## 9.2 Zweite Fragestellung

Es wurde analog zur ersten Fragestellung vorgegangen.

Es kamen die beiden Suchmaschinen PubMed und Web of Science zum Einsatz. Es wurde in die Suchleiste jeweils „coping strategies with stress by women and men and socioeconomic status“ eingegeben. Da eine zeitliche Begrenzung auf die letzten fünf Jahre keine Artikel durch die beiden Suchmaschinen lieferte, wurde eine zeitliche Begrenzung aufgehoben. Die Suche durch die Suchmaschine Web of Science verlief ohne Ergebnis. PubMed lieferte 80 Artikel, von denen 23 geeignet waren. 57 Artikel wurden im Rahmen dieser Diplomarbeit ausgeschlossen, weil beispielsweise keine Coping Strategien im Vordergrund standen. Auch im Falle der geeigneten Artikel war der Hauptgegenstand der Forschung größtenteils nicht das Coping Verhalten der verschiedenen Gesellschaftsschichten an sich, sondern war vielmehr ein möglicher Begleiteffekt zur eigentlichen Forschungsfrage. Die Stichprobengröße umfasste 587.071 Teilnehmer/-innen.

Nur eine Studie, die eine Literaturrecherche darstellte, machte keine Angaben über die Stichprobengröße. Eine Berücksichtigung der Geschlechtsverteilung fand nicht statt. Diese ist für die Fragestellung nur von untergeordneter Bedeutung. Die Studienteilnehmer/-innen entstammten aus verschiedenen Kontinenten, wie beispielsweise aus Europa (Artikelanzahl = 7), aus den USA (Artikelanzahl = 7), aus Mittelamerika (Artikelanzahl = 1), aus Australien (Artikelanzahl = 1), Asien (Artikelanzahl = 4), Kanada (Artikelanzahl = 3).

Konkret stammen die europäischen Studien aus dem Vereinigten Königreich (Artikelanzahl = 2), ein Artikel stammte aus Finnland, ein weiterer aus Spanien sowie drei aus Dänemark. Die asiatischen Studien untersuchten das Coping Verhalten in China (Artikelanzahl = 1), in Taiwan (Artikelanzahl = 1) sowie den Iran (Artikelanzahl = 1) und Japan (Artikelanzahl = 1).

### 9.3 Tabellen

Studienanzahl	Messinstrument	Elementenanzahl-Items	Likert-ähnliche Skala	Coping
11	Brief-COPE	28	0-3	*adaptives Coping *maladaptives Coping
2	JCS	60	0-3	*konfrontatives Coping *ausweichendes Coping *optimistisches Coping *fatalistisches Coping *emotionales Coping *palliatives Coping *supportives Coping *selbstständiges Coping
1	SCS	20		

**Tabl. 1:** Darstellung der Messinstrumente in Bezug auf Coping

Studienanzahl	Messinstrument	Elementenanzahl-Items	Likert-ähnliche Skala	Coping
8	CISS	48	0-5	*aufgabenorientiertes Coping *emotionsfokussiertes Coping Vermeidungs-Coping
1	WCC  Brasilianische Version	66		*Problemfokussiertes Coping *Wunschdenken *Wachstum über sich hinaus *Bedrohungsminimierung *Suche nach sozialer Unterstützung *Selbstbeschuldigung
6	COPE-Inventary			Entspricht Brief-COPE

**Tabl. 2:** Darstellung der Messinstrumente in Bezug auf Coping

Studienanzahl	Messinstrument	Elementenanzahl-Items	Likert-ähnliche Skala	Coping
3	CSI	72		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Problemlösung</li> <li>*kognitive Umstrukturierung</li> <li>*Emotionsausdruck</li> <li>*soziale Unterstützung</li> <li>*Problemvermeidung</li> <li>*Wunschdenken</li> <li>*Selbstkritik</li> <li>*sozialer Rückzug</li> </ul>
1	SVF-78	13		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Herunterspielen</li> <li>*Schuldabwehr</li> <li>*Ablenkung</li> <li>*Ersatzbefriedigung</li> <li>*Situationskontrolle</li> <li>*Reaktionskontrolle</li> <li>*Positive Selbstinstruktionen</li> <li>*Soziales Unterstützungsbedürfnis</li> <li>*Vermeidung</li> <li>*Flucht</li> <li>*Gedankliche Weiterbeschäftigung</li> <li>*Resignation</li> <li>*Selbstbeschuldigung</li> </ul>

**Tabl. 3:** Darstellung der Messinstrumente des Coping

Studienanzahl	Messinstrument	Elementenanzahl-Items	Likert-ähnliche Skala	Coping
1	HPSCS	19	0-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Vermeidung</li> <li>*soziale Unterstützung</li> <li>*emotionsfokussiertes Coping</li> <li>*problemfokussiertes Coping</li> </ul>
1	COMPI-Research-Problem-Coping-Skala	19		<ul style="list-style-type: none"> <li>*aktive Vermeidung</li> <li>*aktive Konfrontation</li> <li>*passive Vermeidung</li> <li>*bedeutungsbasiertes Coping</li> </ul>
1	PCI	34		<ul style="list-style-type: none"> <li>*aktive Schmerztransformation</li> <li>*Distraction</li> <li>*Reduktion der Anforderungen</li> <li>*Passive Domäne, wie etwa sich zurückziehen</li> </ul>

**Tabl. 4:** Darstellung der Messinstrumente in Bezug auf Coping

Studienanzahl	Messinstrument	Elementenanzahl- Items	Likert-ähnliche Skala	Coping
1	WCC			
1	BMLLS			*Lebenszufriedenheit
1	SCSQ	20	0-3	*aktives Coping *passives Coping
1	LOC/SOC-Skalen			*Problemlösung *emotionale Regulation *emotionale Expression *positive Gedanken *kognitive Umstrukturierung *Akzeptanz *Vermeidung *Verleugnung *Wunschdenken *Distraction *Rumination *aufdringliche Gedanken *physiologische Erregung *unfreiwillige Aktionen *emotionale Betäubung *kognitive Interferenz *Untätigkeit *Flucht

**Tabl. 5:** Darstellung der Messinstrumente in Bezug auf Coping

Studienanzahl	Messinstrument	Elementenanzahl-Items	Likert-ähnliche Skala	Coping
1	Interview, offene Fragen			
2	Interview, geschlossene Fragen			
1	KRQ			
1	Standard Shift-Work Index			
1	HBMSS	15	0-15	*Bewerkstelligen der täglichen Routine *soziale Interaktionen/Beziehungen *Hoffnung/Bedeutung im tgl. Leben

**Tabl. 6:** Darstellung der Messinstrumente in Bezug auf Coping

---

## 10. Ergebnisse

### 10.1 Erste Fragestellung

Diese Diplomarbeit untersucht zwei Fragestellungen. Konkret ob Sozialschicht- und geschlechtsspezifische Bewältigungsstrategien existieren. In dem Fall könnten Gesundheitskassen entsprechende Angebote zur Bewältigung von Stress generieren. Damit könnte präventiv Herz-Kreislaufkrankungen sowie psychischen Leiden vorgebeugt werden. In der ersten Fragestellung bin ich der Frage nachgegangen, ob geschlechtsspezifische Bewältigungsmethoden feststellbar sind.

Der Brief-COPE besteht aus 28 Items (15).

Items in einem Fragebogen sind einzelne Fragen oder Testaufgaben in einem psychologischen Test (56).

Diese sind: self-distraction, active coping, denial, substance use, use of emotional support, use of instrumental support, behavioral disengagement, venting, positive reframing, planning, humor, acceptance, religion, selfblame.

#### Self-distraction:

Selbstablenkung: „Ich habe mich mit Arbeit oder anderen Sachen beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen“ oder „ich habe etwas unternommen, um mich abzulenken“.

#### Active Coping:

Aktives Coping: „Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern“ oder „ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern“.

#### Denial:

Verweigerung: „Ich habe mir eingeredet, dass das alles nicht wahr ist“ oder „ich wollte einfach nicht glauben, dass es mir passiert ist“

#### Substance use:

Substanzmissbrauch: „Ich habe Alkohol oder andere Mittel zu mir genommen, um mich besser zu fühlen“ oder „um das durchzustehen, habe ich mich mit Alkohol oder anderen Mitteln besänftigt“.

#### Use of emotional support:

Emotionale Unterstützung: „Ich habe aufmunternde Unterstützung von Anderen erhalten“ oder „jemand hat mich getröstet und Verständnis entgegengebracht“.

---

Use of instrumental support:

Instrumentelle Unterstützung: „Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten“ oder „ich habe versucht, von anderen Menschen Hilfe und Rat einzuholen“.

Behavioral disengagement:

Verhaltensaufhebung: „Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen“ oder „ich habe gar nicht mehr versucht, die Situation in den Griff zu kriegen“.

Venting:

Seinen Gefühlen freien Lauf lassen: „Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen“ oder „ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle“.

Positives reframing:

Positive Umrahmung: „Ich habe versucht, die Dinge von einer positiven Seite zu betrachten“ oder „ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist“.

Planning:

Planung: „Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann“ oder „ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, was hier das Richtige wäre“.

Humor:

Humor: „Ich habe Witze darüber gemacht“ oder „ich habe alles mit Humor genommen.“

Acceptance:

Akzeptanz: „Ich habe mich damit abgefunden, dass es passiert ist“ oder „ich habe gelernt, damit zu leben.“

Religion:

Religion: „Ich habe versucht, Halt in meinem Glauben zu finden“ oder „ich habe gebetet oder meditiert.“

Selfblame:

Selbstvorwürfe: „Ich habe mich selbst kritisiert und Selbstvorwürfe gemacht“ oder „ich habe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld gegeben.“

### 10.1.1 Self-distraction

Unter self-distraction wird der Versuch des Individuums verstanden, einer Beschäftigung nachzugehen, um sich abzulenken bzw. weniger an den Stressor zu denken. Diese Beschäftigung können z.B. sein Fernsehen schauen, ins Kino gehen, irgendeine beliebige Tätigkeit, wie z.B. Handarbeit, Hausarbeit, Gartenarbeit etc. Frauen bevorzugen diesen Bewältigungsstil im Vergleich zu Männern (MW:  $4.49 \pm 1.88$  vs.  $3.64 \pm 1.61$  bei Männern), (Artikel 57, 58) (MW:  $3.17 \pm 1.10$  vs.  $2.98 \pm 1.33$  bei Männern). In Artikel 57 waren es an einer chronischen Niereninsuffizienz, im Artikel 58 an HIV erkrankte Frauen und Männer. In einer weiteren Studie wandten Männer mehr Distractions-Coping an als Frauen (MW:  $36.02$  vs.  $33.62$  bei Frauen), (Artikel 59). Gegenstand der Studie in Artikel 59 waren Pfleger/-innen in den Vereinigten Arabischen Emiraten. In einer anderen Studie wandten Frauen und Männer nahezu gleich häufig diese Bewältigungsstrategie an (MW:  $2.93 \pm .81$  vs.  $2.92 \pm .79$ ), (Artikel 60). Bei den Studienteilnehmern/-innen der Studie 60 handelt es sich um türkische Zahnmedizinstudent/-innen. Situationsdistraction, „distraction from situation“ wandten Ärztinnen in Deutschland fast genauso häufig wie ihre männlichen Kollegen an (MW:  $11.9 \pm 3.3$  vs.  $11.4 \pm 3.5$  bei Männern), (Artikel 21). Das gilt auch für eine weitere Studie (Artikel 61), (MW:  $5.6$  vs.  $5.5$  bei Männern). Auch korrelierte der sense of coherence (SOC) negativ mit der Selbstablenkung (Korr.:  $-0.12$ ) (Artikel 61). Dieser Effekt war klein (Korr.:  $0.1 - 0.3$ ). Eine Studie gab an, dass Frauen geringfügig häufiger auf diese Weise ihren Stress bewältigten als Männer, konkret waren es ca. 5% mehr Frauen (Artikel 62). Auch wandten soziale Diversion als Bewältigungsstrategie zum Zeitpunkt T1 im Rettungsdienst beschäftigte Frauen etwas häufiger an als ihre Kollegen, zum Zeitpunkt T2 kehrte sich das Verhältnis um (Artikel 62). Eine Studie berichtete, dass Mütter von Kindern mit chronischer Darmerkrankung „alleine weggehen“ (75%), „Geschenke für sich oder ihre Familie kaufen würden“ (71%) oder mehr Zeit und Energie in ihre Arbeit investieren würden (71%), (Artikel 25).

Insgesamt zeigte sich in vier Studien (25, 57, 58, 62), dass Frauen diesen Bewältigungsstil eher bevorzugen. Drei Studien fanden keinen Unterschied diesbezüglich (Artikel 21, 60, 61) und in zwei Studien zeigten Männer häufiger dieses Coping-Verhalten (59, 62). Studie 62 nahm eine Sonderstellung ein, weil sich das Coping-Verhalten an unterschiedlichen Zeitpunkten geschlechtsspezifisch umkehrte.

### 10.1.2 Aktives Coping

Das aktive Coping beschreibt die unmittelbare Handlung des Individuums bezogen auf den Stressor, um eine Situationsverbesserung herbeizuführen.

Gemäß einer Studie wandten an chronischer Niereninsuffizienz erkrankte Männer diesen Bewältigungsstil im Vergleich zu Frauen häufiger an (MW:  $5.44 \pm 1.70$  vs.  $5.81 \pm 1.86$  bei Männern), (Artikel 57). In einer Studie, die psychisch Kranke in Bezug auf Bewältigungsmethoden untersuchte, kam aktives Coping sowohl bei Frauen als auch bei Männern gleich häufig zum Einsatz (MW: 3 vs. 3 bei Männern), (Artikel 19). Eine andere Studie zeigte eindeutig, dass türkische Zahnmedizinstudentinnen sie häufiger als Methode wählten im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen. (MW:  $3.24 \pm .73$  vs.  $3.13 \pm .67$  bzw. MW:  $3.04 \pm .71$  vs.  $2.94 \pm .81$ ), (Artikel 60). Eine andere Studie zeigte, dass es bei Frauen im Gegensatz zu Männern am häufigsten bei gesundheitlichen Problemen zur Anwendung kam (Artikel 63). Sowohl Ärztinnen und Ärzte wandten gemäß Artikel 21 diesen Bewältigungsstil gleich häufig an, indem sie „Situationskontrolle“ und „Reaktionskontrolle“ anstrebten (MW:  $17.5 \pm 3.6$  vs.  $17.2 \pm 3.7$  bei Männern und MW:  $15.5 \pm 3.8$  vs.  $15.4 \pm 3.9$  bei Männern), (Artikel 21). Aktives Handeln wird laut Studie 61 geringfügig von Frauen bevorzugt (MW: 6.0 vs. 5.9 bei Männern). In Studie 61 wurden Zahnmedizinstudent/-innen aus Australien, Neuseeland und Chile rekrutiert. Auch korreliert der SOC positiv mit aktivem Coping (Korr.: 0.14), (Artikel 61). Der Effekt ist somit klein. Eine andere Studie führte aktives Handeln an sechster Stelle bei Frauen und an fünfter Stelle bei Männern an (MW:  $3.48 \pm 1.22$  vs.  $3.46 \pm 1.26$  bei Männern), (Artikel 58). Unter Mitarbeitern/-innen einer Notaufnahme war es der dritthäufigste Bewältigungsmechanismus bei Frauen und der zweithäufigste bei Männern (MW: 1.5 vs. 1.2 bei Männern), (Artikel 64). Eine italienische Studie untersuchte seine Anwendung bei Pflegekräften im Falle von klinischen Notfällen, bei persönlichen Attacken, organisatorischen Eventualitäten, persönlicher Abwertung und problematischer Beziehung zu Patienten/-innen oder Pfleger/-innen. Mit Ausnahme der klinischen Notfälle (NW: 50 vs. 50 bei Männern), setzen Frauen häufiger diese Bewältigungsform ein als Männer. Konkret waren es folgende Werte bei persönlicher Attacke: (MW: 53 vs. 48 bei Männern), organisatorischen Eventualitäten: (MW 45 vs. 39 bei Männern), persönlicher Abwertung: (MW: 51 vs. 41 bei Männern) und problematischer Beziehung zu Patienten/-innen oder Pfleger/-in (MW: 45 vs. 39 bei Männern), (Artikel 65). Auch zur Bewältigung des Schmerzsyndroms wird aktives Handeln eher von Frauen eingesetzt (MW: 28.7 vs. 27.7 bei Männern), (Artikel 24). Während männliche Mitarbeiter des Rettungsdienstes häufiger als ihre Kolleginnen diese Methode anwandten und im ersten Interview einer Studie es auch so angaben, gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im zweiten Interview. Beide wendeten sie gleich häufig an (Artikel 62).

Alkoholikerinnen wandten aktives Coping geringfügig häufiger an als Alkoholiker (MW: 13 vs. 11.8 bei Männern), (Artikel 66).

Väter von Teenagern mit Darmerkrankungen wandten es an (25), indem sie „Sorge trugen, dass die medizinische Ausrüstung für das Kind immer einsetzbar war“ und die „medizinische Behandlung täglich stattfinden konnte“, (Artikel 25).

Ältere Witwen versuchten, eher als Witwer „sich aktiv zu beschäftigen“ (Artikel 67). Trainee-Lehrer in Brunei bewältigten ihren Stress auf diese Weise häufiger als ihre Kolleginnen (MW: 5378 bei Männern vs. 4634 bei Frauen), (Artikel 27). In einer weiteren Studie gingen aktives Coping und positives Denken mit einer höheren Lebensqualität einher (Tab. assessment of Coping), (Artikel 68). Gemäß Artikel 69 wandten Frauen aktives Handeln seltener an als „avoidance“ Coping (Modell 1: OR: 2.04 vs. 0.78, Modell 3: OR: 1.69 vs. 1.06). Das Gleiche trifft auch auf die Männer dieser Studie zu (Modell1: OR: 2.04 vs. 0.78, Modell 3: OR: 1.69 vs. 1.06), (Artikel 69). On-Call-Arbeiterinnen bewältigten ihren Stress relativ häufig auf diese Weise, aber im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen setzten sie es seltener ein (56.7% vs. 75.4% bei Männern), (70). Es gibt keinen Mann laut dieser Studie, der aktives Coping nicht eingesetzt hat, im Vergleich zu einigen Frauen, für die es nicht zutraf (0% bei Männern vs. 1.1% bei Frauen, (Artikel 70).

Insgesamt wandten in acht Studien (24, 57, 60, 61, 63, 65, 66, 67) Frauen häufiger an als Männer. In vier Studien zeigten Männer häufiger diesen Bewältigungsstil (27, 62, 64, 70), während in drei Studie keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden konnten (19, 21, 62). Studie 62 nahm eine Sonderstellung ein, weil im ersten Interview Männer diese Bewältigungsmethode häufiger anwandten, während im zweiten Interview die Anwendung durch Frauen und Männer ausgeglichen war.

### 10.1.3 Denial

Unter Verweigerung wird die Nichtakzeptanz der Situation verstanden. Das Individuum will nicht glauben, dass „es ihm passiert ist“, es „redet sich ein, das alles sei nicht wahr“. In einer Studie wandten diese Bewältigungsmethode Frauen wie Männer gleich häufig an (MW: 3 vs. 2.9 bei Männern), (Artikel 61). Es handelte sich um Zahnmedizinstudenten/-innen aus Australien, Neuseeland und Chile. In zwei anderen Studien wandten eher Frauen als Männer diese Strategie an (MW:  $2.62 \pm .99$  vs.  $2.45 \pm .96$  bei Männern), (Artikel 57) und Artikel 58 (MW:  $2.26 \pm 1.55$  vs.  $2.22 \pm 1.63$  bei Männern).

### 10.1.4 Substance use

Hierunter wird Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenmissbrauch verstanden.

Männer konsumierten häufiger Alkohol oder Drogen im Vergleich zu Frauen, um die „Situation durchzustehen“ (MW:  $1.79 \pm 1.11$  vs.  $1.48 \pm .8$  bei Frauen) oder um „sich besser zu fühlen“ (MW:  $1.79 \pm 1.11$  vs.  $1.48 \pm .77$  bei Frauen), (Artikel 60). Diese Ergebnisse bezogen sich auf türkische Zahnmedizinstudenten/-innen. Die Ergebnisse sind deckungsgleich mit den Ergebnissen anderer Studien (61), bei denen die Teilnehmer Zahnmedizinstudenten/-innen waren, die in Australien, Neuseeland und Chile rekrutiert worden waren. Auch hier wurde ein Substanzmissbrauch der Männer häufiger beobachtet (MW:  $3.1$  vs.  $2.6$  bei Frauen). Das deckte sich mit den Ergebnissen der Studie mit HIV-Infizierten Frauen und Männer (58), (MW:  $2.25 \pm 1.84$  vs.  $1.83 \pm 1.71$  bei Frauen). Außerdem zeigte der SOC eine negative Korrelation mit dem Substanzabusus (Korr.:  $-0.22$ ), (Artikel 61). Der Effekt war somit klein. Witwen neigten eher dazu, Drogen oder Alkohol zu konsumieren, um „ihren Schmerz zu betäuben“ (MW:  $0.20$  vs.  $0.13$  bei Männern), (Artikel 67) Artikel 57 postulierte, dass an chronischer Niereninsuffizienz erkrankte Frauen weniger häufig Substanzmissbrauch einsetzten im Vergleich zu chronisch niereninsuffizienten Männern (MW:  $2.08 \pm 0.52$  vs.  $2.20 \pm 0.86$  bei Männern).

Insgesamt zeigte sich in vier Studien, dass Männer eher Stressoren mit diesem Coping Stil bewältigten (57, 58, 60, 61). Laut einer Studie (Artikel 67) wandten Frauen diesen Bewältigungsmechanismus häufiger als Männer.

### **10.1.5 Use of emotional support**

Die emotionale Unterstützung beschreibt den Trost und das Verständnis, das der/die Betroffene von anderen Personen erfährt.

Frauen nutzten emotionale Unterstützung laut einer Studie relativ häufig im Vergleich zu Männern (MW:  $2.95 \pm .83$  vs.  $2.6 \pm .98$  bei Männern bzw. MW:  $3.03 \pm .85$  vs.  $2.58 \pm .87$  bei Männern (Artikel 60). In Studie 60 waren die Studienteilnehmer Zahnmedizinstudent/-innen in der Türkei. Auch ihre Kommilitoninnen aus Australien, Neuseeland und Chile zeichneten sich durch das gleiche Verhalten aus (MW:  $5,9$  vs.  $5,0$  bei Männern) (61). Laut zwei Studien fand bei an chronischer Niereninsuffizienz und HIV erkrankten Frauen dieser Coping-Mechanismus häufiger Anwendung im Vergleich zu Männern (MW:  $5.45 \pm 2.17$  vs.  $4.86 \pm 2.10$  bei Männern) (Artikel 57) und (MW:  $2.72 \pm 1.52$  vs.  $2.68 \pm 1.58$  bei Männern) (Artikel 58). Der SOC korrelierte negativ mit diesem Item (Korr.:  $-0.06$ ) (Artikel 61). Der Effekt war vernachlässigbar klein. Auch andere Studien bestätigten die Bevorzugung dieser Strategie durch die Frauen (MW:  $12.28$  vs.  $11.35$  bei Männern), z.B. bei Alkoholikerinnen (Artikel 66) oder Artikel 25, wo Mütter von Teenagern mit chronischer Darmerkrankung „mit dem Personal redeten“ (67%) oder Witwen Geistliche/Ärzte häufiger ansprachen, um den Verlust

des Partners zu kompensieren (MW: .26 vs. 0.0093,  $p < .05$ ) (Artikel 67).

Zusammenfassend favorisierten in sieben Studien Frauen diese Bewältigungsstrategie (25, 57, 58, 60, 61, 66, 67).

### 10.1.6 Use of instrumental support

Die instrumentelle Unterstützung umschreibt den Rat bzw. Hilfe, die eine betroffene Person von Anderen erfährt. Sie geht über die emotionale Unterstützung hinaus.

Zahnmedizinstudent/-innen in der Türkei neigten eher zu diesem Coping Verhalten im Vergleich zu ihren Kommilitonen, (MW:  $3.04 \pm .82$  vs.  $2.48 \pm .82$  bei Männern bzw. MW:  $3.06 \pm .71$  vs.  $2.58 \pm .99$  bei Männern), (Artikel 60). Das verdeutlichte auch eine weitere Studie (71), wonach 40% der Frauen und 32% der Männer es anwandten. Höhere Scores zeigten psychisch kranke Frauen verglichen zu psychisch erkrankten Männern (19) (MW: 2 vs. 4 bei Frauen). Diesen Sachverhalt verdeutlichen auch die beiden Studien (61 und 58). Für die Erste gilt MW: 5.7 vs. 4.9 bei Männern, für die Zweite gilt MW:  $3.49 \pm 1.42$  vs.  $3.39 \pm 1.34$  bei Männern. Bei den Teilnehmern/-innen der Studie 61 handelte es sich um Zahnmedizinstudenten/-innen aus Australien, Neuseeland und Chile, bei der Studie 58 handelte es sich um an HIV erkrankte Frauen und Männern. Der SOC korrelierte negativ mit diesem Item (Korr.: -0.008), (Tab. 2, Artikel 61). Der Effekt war somit vernachlässigbar gering.

In einer italienischen Studie mit Pflegepersonal wurden die fünf Faktoren, klinische Notfälle, persönliche Attacken, organisatorische Eventualitäten, persönliche Abwertung und problematische Beziehung zum Patienten, der Patientin oder Pfleger/-in in Beziehung zum Coping gestellt (65). Im Falle eines klinischen Notfalls wurde es von Frauen mäßig häufig angewandt (MW: 49 vs. 43 bei Männern), bei Männern dagegen laut dieser Studie am seltensten. In Bezug auf den zweiten Faktor wurde instrumentelles Coping von Frauen am zweithäufigsten angewendet, von Männern eher selten (MW: 48 vs. 41 bei Männern). Bei den organisatorischen Eventualitäten griffen überwiegend Frauen darauf zurück (MW: 54 vs. 47 bei Männern). Dagegen nutzten es beide Geschlechter gleich häufig bei persönlicher Abwertung (MW: 48 vs. 48 bei Männern). In Bezug auf den vierten Faktor wendeten Frauen es häufiger an, (MW 53 vs. 49 bei Männern), (Artikel 65). Alkoholikerinnen nutzten „soziale Unterstützung“ eher als Alkoholiker (MW: 31.61 vs. 28.37 bei Männern bzw. MW: 12.28 vs. 11.35 bei Männern), (Artikel 66). 86% der Väter von an chronischer Darmerkrankung erkrankten Teenagern bewältigten durch instrumentelle Unterstützung den anfallenden Stress, indem sie „Literatur lasen“, die ihnen Hilfestellung im Umgang mit ihrer besonderen familiären Situation gab oder sich „mit betroffenen Pflegenden im Gespräch austauschten“, (Artikel 25).

Trainee-Lehrer in Brunei bewältigten seltener auf diese Weise Stress im Vergleich zu ihren Kolleginnen (MW: -1252 vs. -3963 bei Männern), (Artikel 27). In einer Studie fanden sich mehr Männer, die diese Bewältigungsmethode wählten, verglichen mit Frauen (MW:  $8.3 \pm 3.9$  vs.  $7.2 \pm 3.6$  bei Frauen), (Artikel 72). In einer anderen Studie führten wiederum Frauen bezüglich der Häufigkeit der Anwendung (MW:  $3.15 \pm 1.64$  vs.  $2.90 \pm 1.40$  bei Männern), (Artikel 57).

Insgesamt wandten es in neun Studien Frauen häufiger an als Männer (19, 27, 57, 58, 60, 61, 65, 66, 71), in zwei Studien überwog bei Männern diese Coping Methode (25, 72). Ein ausgeglichenes Verhältnis der Verteilung fand sich in einer Studie bezüglich einer Variablen (65). Eine Sonderstellung nahm Studie 65 ein, weil Frauen häufiger dieses Coping- Verhalten in Bezug auf drei Variablen anwandten, dagegen wandten es in Bezug auf eine andere Variable Frauen und Männer gleich häufig an.

### 10.1.7 Behavioral disengagement

Die Verhaltensaufhebung drückt die resignierte Aufgabe in Bezug auf den Stressor oder einen Verhaltensrückzug aus, z.B. die Aufgabe „sich damit zu beschäftigen“ oder“ die Situation in den Griff zu kriegen“.

Laut einer Studie resignierten Ärztinnen häufiger als Ärzte (MW:  $15.8 \pm 5.4$  vs.  $13.8 \pm 4.8$  bei Männern), (Artikel 21).

Dieses Ergebnis ergab eine andere Studie (Artikel 57) mit chronisch niereninsuffizienten Patienten/-innen, (MW:  $2.65 \pm 1.06$  vs.  $2.57 \pm 1.13$  bei Männern). Bei zwei weiteren Studien (60 und 58) wandten es häufiger Männer an. Für Studie (58), die das Coping von an HIV erkrankten Frauen und Männern untersuchte, galt: (MW:  $2.35 \pm 1.62$  vs.  $2.21 \pm 1.61$  bei Frauen), für Studie (60), deren Teilnehmer Zahnmedizinstudent/-innen in der Türkei waren, galt: (MW:  $1.75 \pm .86$  vs.  $1.57 \pm .69$  bei Frauen bzw. MW:  $1.83 \pm .97$  vs.  $1.6 \pm .61$  bei Frauen). Zahnmedizinstudent/-innen aus Australien, Neuseeland und Chile bewältigten gleich häufig Stress auf diese Weise (MW: 3.2 vs. 3.2 bei Männern), (Artikel 61). Der SOC korrelierte negativ mit dem Item in einer Studie (Korr.: -0.26), (Artikel 61). Es ergab sich somit ein kleiner Effekt.

Zusammenfassend zeigte sich in zwei Studien (21, 57), dass dieser Bewältigungsstil eher bei Frauen als von Männern Anwendung fand, eine Studie fand keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht (61) und zwei weitere Studien kamen zum gegenteiligen Ergebnis (58, 60).

### 10.1.8 Venting

Dieser Ausdruck bedeutet, seinen Gefühlen freien Lauf lassen, oder man auch seinem Ärger Ausdruck verleihen oder einfach zeigen, dass es einem nicht gut geht. Gemäß einer Studie kam es bei den „jüngeren alten Frauen“ am häufigsten zum Einsatz, (Artikel 63). Damit sind Frauen in den Vierzigern, Fünfzigern gemeint. In zwei Studien setzten Frauen das „den Emotionen Luft machen“ häufiger als Männer ein (MW:  $3.98 \pm 1.69$  vs.  $3.42 \pm 1.40$  bei Männern), (Artikel 57) und (MW: 4.8 vs. 4.5 bei Männern), (Artikel 61). In (57) waren chronisch niereninsuffiziente Frauen, in (61) waren es Zahnmedizinstudent/-innen aus Australien, Neuseeland und Chile. Der SOC korrelierte negativ mit dieser Bewältigungsstrategie (Korr.: -0.24), (Artikel 61). Der Effekt war jedoch gering. On-Call-Arbeiterinnen und -Arbeiter bewältigten eher selten ihren Stress durch „venting“ (MW: 65.6% vs. 64.4% bei Männern), (Artikel 70). Unter den Zahnmedizinstudent/-innen in der Türkei (60) wandten es häufiger Frauen an als Männer (MW:  $2.6 \pm .91$  vs.  $2.31 \pm .95$  bei Männern bzw.  $2.74 \pm .84$  vs.  $2.52 \pm .97$  bei Männern). Bei HIV-Erkrankten (58) setzten es Frauen und Männer gleich häufig ein (MW:  $2.97 \pm 1.49$  vs.  $2.93 \pm 1.41$  bei Männern).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in vier Studien Frauen ihren Gefühlen häufiger freien Lauf ließen (60, 61, 63, 70) und in einer Studie in der Anwendung dieser Bewältigungsstrategie keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bestanden (58).

### 10.1.9 Positive Reframing

Die positive „Umrahmung“ bedeutet, die Situation positiv zu betrachten, das „Gute“ in der Situation zu sehen.

Die „positive Umrahmung“ fand häufig bei Frauen Anwendung, wie mehrere Studien beschreiben. So bei chronisch niereninsuffizienten Frauen (57), (MW:  $4.94 \pm 1.91$  vs.  $4.30 \pm 1.84$  bei Männern bzw. MW:  $2.8 \pm .79$  vs.  $2.58 \pm .82$  bei Männern) oder Kommilitoninnen in Australien, Neuseeland und Chile (MW: 5.6 vs. 5.3 bei Männern) (61). Der SOC war positiv mit diesem Item korreliert (Korr.: 0.13) (61). Das entsprach einem kleinen Effekt. Die Ergebnisse weiterer Studien waren kongruent hierzu (MW:  $3.60 \pm 1.29$  vs.  $3.54 \pm 1.30$  bei Männern), (58), (MW: 34.19 vs. 29.39 bei Männern), (66). Erstere bezog sich auf an HIV erkrankte Frauen, letztere auf Alkoholikerinnen. Auch Witwen nutzten es am häufigsten, (Artikel 67). 40% der On-Call-Arbeiterinnen bewältigten ihren Stress durch positive Umrahmung (Artikel 70).

In sechs Studien zeigte sich, dass dieses Verhalten von Frauen favorisiert wird (57, 58, 61, 66, 67, 70).

### 10.1.10 Planning

Planung unterstreicht das planvolle, wohlüberlegte Vorgehen in einer Situation, wobei die rationale Komponente des Individuums gemeint ist.

In mehreren Studien zeigte sich, dass Frauen häufiger im Vergleich zu Männern die Planung als Coping Strategie einsetzten. Das wird deutlich bei Betrachtung der Studie (57) über das Coping von Patienten/-innen mit chronischer Niereninsuffizienz (MW:  $5.61 \pm 1.86$  vs.  $5.02 \pm 2.06$  bei Männern), der Studie (60) über das Verhalten der Zahnmedizinstudent/-innen in der Türkei (MW:  $3.34 \pm .67$  vs.  $2.9 \pm .75$  bei Männern bzw. MW:  $3.32 \pm .65$  vs.  $3.25 \pm .7$  bei Männern), weiterhin der Studie (61), die Zahnmedizinstudent/-innen in Australien, Neuseeland und Chile untersuchte (MW: 5.9 vs. 5.7 bei Männern) sowie der Studie (66), deren Teilnehmer/-innen Alkoholiker/-innen waren (MW: 33.61 vs. 29.03 bei Männern). In einer weiteren Studie wandten beide Geschlechter nahezu gleich häufig diese Bewältigungsstrategie an, es handelte sich um HIV- Erkrankte (MW:  $3.60 \pm 1.34$  vs.  $3.59 \pm 1.35$  bei Frauen) (Artikel 58).

Zusammenfassend zeigten in vier Studien Frauen häufiger Planung als Männer (57, 60, 61, 66) während es bei einer Studie keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf diese Bewältigungsmethode gab (58).

### 10.1.11 Humor

Humorvoll mit der Situation bzw. dem Stressor umgehen, ist hier gemeint.

Aus mehreren Studien ist ableitbar, dass Männer stressvollen Situationen mit Humor begegneten, und zwar häufiger als Frauen (MW:  $3.35 \pm 1.69$  vs.  $3.00 \pm 1.48$  bei Frauen) (Artikel 57) oder (MW:  $2.81 \pm 1.02$  vs.  $2.55 \pm .96$  bei Frauen bzw. MW:  $2.75 \pm 1.04$  vs.  $2.5 \pm 1.02$  bei Frauen) (Artikel 60). (57) bezog sich auf die Patienten/-innen mit chronischer Niereninsuffizienz, (60) auf die türkischen Zahnmedizinstudent/-innen. Die Ergebnisse der beiden Studien (61) und (58) legen dies ebenfalls nahe (MW: 4.3 vs. 4.7 bei Männern) im (Artikel 61) und (MW:  $2.87 \pm 1.42$  vs.  $2.64 \pm 1.34$  bei Frauen) im (Artikel 58). Bei der ersteren handelte sich um die Zahnmedizinstudent/-innen in Australien, Neuseeland und Chile, bei der letzteren um an HIV-Erkrankte. Der SOC korrelierte positiv mit dem Item (Korr.: 0.03) (Artikel 61). Der Effekt war vernachlässigbar gering.

Zusammenfassend kann man sagen, dass gemäß vier Studien Männer zum humorvollen Umgang mit Stressoren neigten als Frauen (57, 58, 60, 61).

### 10.1.12 Acceptance

Die "Situation akzeptieren" oder sogar lernen „damit zu leben“, die „neue Situation annehmen“.

Frauen zeigten in mehreren Studien höhere Scores als Männer in Bezug auf diese Bewältigungsstrategie (MW:  $6.03 \pm 1.67$  vs.  $5.49 \pm 2.99$  bei Männern) (Artikel 57) oder (MW:  $3.35 \pm .67$  vs.  $3.21 \pm .8$  bei Männern) (Artikel 60), wenn es darum ging „zu akzeptieren, dass es passiert ist“. Das traf zu für an chronischer Niereninsuffizienz erkrankte Frauen (57), sowie Zahnmedizinstudentinnen in der Türkei (Artikel 60). Wenn es darum ging, „dass man gelernt hat, damit zu leben“, wandten Männer es häufiger an (MW:  $2.73 \pm .84$  vs.  $2.52 \pm .84$  bei Frauen) (Artikel 60). Mütter von Frühgeborenen in Südafrika zeigten in einer qualitativen Studie Akzeptanz. Sie akzeptierten, dass Ausdauer nötig sei, und sie akzeptierten ihre Verantwortung ihrem Kind gegenüber (Artikel 73). In einer Studie wandte beide Geschlechter sie nahezu gleich häufig an (MW:  $5.7$  vs.  $5.6$  bei Männern) (Artikel 61). Hierbei handelte es sich um Zahnmedizinstudent/-innen in Australien, Neuseeland und Chile. In einer anderen Studie dominierte dieses Coping Verhalten bei an HIV erkrankten Männern (MW:  $3.95 \pm 1.20$  vs.  $3.81 \pm 1.13$  bei Frauen) (Artikel 58). Eine resignierte Akzeptanz zeigten in einer Studie häufiger Alkoholikerinnen im Vergleich zu Alkoholikern (MW:  $9.27$  vs.  $9.17$  bei Männern) (Artikel 66).

Veteranen zeigten zu Beginn ihrer Traumabehandlung häufiger als ihre Kolleginnen Akzeptanz und Pflichtbewusstsein (MW:  $55.66$  vs.  $53.89$  bei Frauen) (Artikel 74). Dieses Verhalten blieb inmitten der Behandlung und nach der Behandlung (MW:  $50.98$  vs.  $49.46$  bei Frauen) erhalten (Artikel 74). Auch bei Trainee-Lehrern/-innen in Brunei beobachtete man häufiger bei Männern Akzeptanz (MW:  $16414$  vs.  $13021$  bei Frauen) (Artikel 27). Gleich verhielten sich männliche an Panik erkrankte Patienten im Vergleich zu Patientinnen (MW:  $4.2 \pm 2.7$  vs.  $3.9 \pm 2.4$  bei Frauen) (Artikel 72).

In vier Studien dominiert dieses Verhalten bei Frauen (57, 60, 66, 73), in fünf Studien zeigten Männer häufiger als Frauen diese Bewältigungsmethode (27, 58, 60, 72, 74) und in einer Studie trat das Verhalten bei Frauen und Männern gleich häufig auf (61). Studie 60 nimmt eine Sonderstellung ein, weil je nach Fragestellung dieses Coping-Verhalten entweder von Frauen oder von Männern favorisiert wurde.

### 10.1.13 Religion

Religion meint „Sinn in der neuen Situation suchen“ und die Anwendung religiöser Praktiken. Religiösität an sich ist kein spezifischer Coping-Mechanismus, dennoch findet er Berücksichtigung, da er zwar unspezifisch ist, dennoch zur Bewältigung von Stress häufig Anwendung

findet. Er spendet z.B. in aussichtslosen Situationen Trost und ermöglicht die Überwindung von Stress.

Gemäß der Studie (71) meditierten 40% der Männer und 32% der Frauen, wobei 22% der Frauen beteten. In einer anderen Studie wandten sich mehr Frauen als Männer der Religion zu (MW:  $5.93 \pm 2.27$  vs.  $4.31 \pm 2.42$  bei Männern) (Artikel 57). Hierbei handelte es sich um Frauen, die eine chronische Niereninsuffizienz hatten. Mütter auf einer Intensivstation verstorbener Kinder waren religiöser als Väter zu beiden Zeitpunkten T1 und T2 der geführten Interviews, wobei protestantische Mütter mehr religiöses Coping anwendeten als Mütter anderer Konfessionen und Mütter Nichtreligiöser Gruppen (Atheisten, Agnostiker) (Artikel 17). Bei den Vätern zeigten Protestanten mehr religiöses Coping als Väter anderer religiöser Gruppen an T1 (Artikel 17). Auch Frauen mit psychischen Erkrankungen zeigten höhere Scores für religiöse Unterstützung als Männer (MW: 3 vs. 2 bei Männern) (Artikel 19). Zahnmedizinstudentinnen in der Türkei zeigten ebenfalls höhere Scores als ihre Kommilitonen (MW:  $2.48 \pm 1.09$  vs.  $1.77 \pm 1.02$  bei Männern bzw. MW:  $2.55 \pm 1.06$  vs.  $1.79 \pm 1.01$  bei Männern) (Artikel 60). Mütter von Neugeborenen beteten am häufigsten für „Gottes Kraft, Anmut, Ankunft des Babys, Gesundheit des Babys und für das bevorzugte Geschlecht“ (Artikel 73). Männer hingegen setzten Religion laut einer Studie am seltensten ein (4 vs. 4.5 bei Frauen,  $p < 0.001$ ) (Artikel 61). Hierbei handelte es sich um Zahnmedizinstudenten aus Australien, Neuseeland und Chile. Der SOC korrelierte in einer Studie negativ mit dem Item (Korr.: -0.12) (Artikel 61). Es ergab sich ein geringer Effekt. Auch alkohol- kranke Frauen setzten Religion als Coping häufiger ein als Alkoholiker (MW: 24.28 vs. 21.55 bei Männern) (Artikel 66).

In einer Studie gaben 86% der Väter von Kindern mit chronischer Darmerkrankung den „Glauben an Gott“ an (Artikel 25). 77% der Witwen wandten sich Gott zu, im Vergleich zu 49% der Witwer in einer Studie (Artikel 67). In Bezug auf Religion zeigten beide Geschlechter nahezu gleich häufige Anwendungen in der Studie 58 (MW:  $2.41 \pm 1.76$  vs.  $2.40 \pm 1.90$  bei Männern).

Zusammenfassend kam in acht Studien die Religionsausübung häufiger bei Frauen zum Einsatz als bei Männern (17, 19, 57, 60, 61, 66, 67, 73). In einer Studie zeigten Frauen und Männer gleich häufig diese Bewältigungsmethode (58).

#### **10.1.14 Self-blame**

Selbstvorwürfe und Selbstkritik sind hierunter zusammengefasst.

Frauen neigten eher dazu, sich Vorwürfe zu machen (MW:  $3.15 \pm 1.64$  vs.  $2.90 \pm 1.40$  bei Männern) (57) oder (60) (MW:  $3.11 \pm .74$  vs.  $3.08 \pm .71$  bei Männern bzw. MW:  $2.61 \pm .91$

vs.  $2.33 \pm .88$  bei Männern) (60). Teilnehmerinnen der ersten Studie waren Patienten/-innen mit chronischer Niereninsuffizienz, die der zweiten waren Zahnmedizinstudent/-innen in der Türkei. In einer anderen Studie griffen Zahnmedizinstudentinnen und ihre Kommilitoninnen aus Australien, Neuseeland und Chile gleich häufig zu dieser Bewältigungsstrategie ( $5.0$  vs.  $4.9$  bei Männern) (61). Der SOC korrelierte positiv mit dem Item (Korr.:  $0.38$ ) (61). Damit ergab sich ein mittelgroßer Effekt. Die Tendenz einer anderen Studie ist ähnlich. Hier machten sich On-Call-Arbeiterinnen Selbstvorwürfe in 30% der Fälle, ihre männlichen Kollegen zeigten sich in dieser Studie weniger häufig selbstkritisch ( $52.5\%$  gegenüber höheren Scores bei anderen Coping Strategien) (Artikel 70). Hingegen zeigte nur eine einzige Studie, dass Männer sich häufiger Selbstvorwürfe machten als Frauen (MW:  $2.88 \pm 1.58$  vs.  $2.67 \pm 1.54$  bei Frauen) (Artikel 58). Es handelte sich hierbei um an HIV-Erkrankte.

Zusammenfassend zeigte sich in drei Studien (57, 60, 70) dass Selbstvorwürfe und Selbstkritik häufiger bei Frauen als bei Männern vorkamen. Eine Studie kam zum gegenteiligen Ergebnis (58). Ausgeglichen war das Verhältnis zwischen Frauen und Männern bezüglich dieser Bewältigungsstrategie laut einer Studie (61).

Häufig fand man eine Einteilung in emotions-, aufgabenfokussiertes und Vermeidungs - Coping. Das emotionsfokussierte Coping umfasst z.B. mehrere Items nach Carver (15), daher wird diese Coping Strategie hier gesondert aufgeführt.

### **10.1.15 Emotionsfokussierte Coping**

Das Individuum versucht, die durch die Situation entstandene emotionale Erregung abzubauen, seine negativen Emotionen „im Zaun zu halten“, z.B. durch positives Denken.

In einer Studie zeigte sich eine gleich häufige Anwendung durch beide Geschlechter (MW:  $3$  vs.  $3$  bei Männern) (Artikel 19). Es handelte sich hierbei um psychisch Kranke. In einer anderen Studie über das Coping von an HIV-Erkrankten dominierte das „positive emotion enhancement“ bei Männern (MW:  $3.91 \pm 1.36$  vs.  $3.86 \pm 1.38$  bei Frauen) (Artikel 58).

Sowohl im ersten als auch im zweiten Interview mit Menschen, die beim Rettungsdienst arbeiten, kehrte sich das Verhältnis um, es dominierten Frauen bezüglich dieser Bewältigungsmethode (Artikel 62).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in einer Studie Frauen dieses Coping überwiegend zeigten (62), in einer anderen Studie kehrte sich dieses Verhältnis um (58), in einer weiteren Studie zeigte sich eine gleich häufige Anwendung durch die Geschlechter (19).

Das aufgabenfokussierte Coping (15) habe ich unter aktives Coping zusammengefasst.

### 10.1.16 Vermeidungs - Coping

Es ist gekennzeichnet durch die bewussten oder unbewussten Bemühungen einer Person, den Umgang mit dem Stressor zu vermeiden, um sich vor den Schwierigkeiten des Stressors zu schützen. Diese Flucht vor dem Problem kann zu Drogenmissbrauch führen (15).

Der Score war bei Frauen unter der Rubrik „other problems“ am höchsten, bei „health problems“ am geringsten. Männer dagegen zeigten die gleichen Scores in dieser Studie (Artikel 63). Ärztinnen in Deutschland zeigten gemäß einer Studie häufiger Vermeidung als ihre männlichen Kollegen (MW:  $16.4 \pm 5.4$  vs.  $12 \pm 5.6$  bei Männern) (Artikel 21).

Eine italienische Studie über Pfleger/-innen untersuchte Coping in Bezug auf fünf klinische Situationen, wie klinischer Notfall, persönliche Attacke, organisatorische Eventualitäten, persönliche Abwertung und problematische Beziehung zu Patienten/-innen oder Pfleger/-innen. Die Problemvermeidung kam bei klinischen Notfällen und organisatorischen Eventualitäten bei beiden Geschlechtern gleich häufig zum Einsatz (MW: 57 vs. 57 bei Männern bzw. 47 vs. 47 bei Männern), bei der persönlichen Attacke, der persönlichen Abwertung und problematischen Beziehung zu Patienten/-innen oder Pfleger/-innen überwog sie bei Frauen im Vergleich zu Männern (MW: 53 vs. 48 bei Männern für den ersten Faktor, 45 vs. 39 bei Männern für den zweiten Faktor und 49 vs. 44 bei Männern für den dritten Faktor (65). Im ersten Interview der Studie (62) zeigten männliche Beschäftigte im Rettungsdienst im Vergleich zu Kolleginnen höhere Scores. „Kognitive Vermeidung“ war bei den Alkoholikern in höherem Maße im Vergleich zu Alkoholikerinnen ausgeprägt (MW: 9.81 vs. 7.31 bei Frauen) (66). Eine Studie mit an nicht epileptischen Krampfanfällen Leidenden (75) kam zu denselben Ergebnissen. Auch eine Studie mit Lehrer/-innen in Brunei (27) betonte die dominierende Häufigkeit bei Männern (MW: -215 vs. -1584 bei Frauen). In zwei anderen Studien kehrte sich diese Dominanz um (Modell 1: OR: 2.04 vs. 0.78, Modell 3: OR: 1.69 vs. 1.06 bei Frauen und Modell 1: OR: 1.52 vs. 0.74, Modell 3: OR: 1.26 vs. 0.87 bei Männern) (Artikel 69) und (MW:  $9.4 \pm 3.8$  vs.  $8.9 \pm 3.9$  bei Männern) (72). Auch eine Studie über On-Call-Arbeiter (70) kam zu diesen Ergebnissen (MW: 61.1% vs. 57.6% bei Männern).

Es lässt sich feststellen, dass in vier Studien Männer häufiger als Frauen Vermeidungs - Coping anwandten (27, 62, 66, 75), während in fünf Studien von Frauen häufiger diese Methode eingesetzt wurde (21, 65, 69, 70, 72). In Studie 63 und 65 wandten Männer und Frauen diese Coping Methode gleich häufig an. Die Studie 65 nahm eine Sonderstellung ein, weil die Problemvermeidung in Bezug auf drei Variablen eine Frauendominanz in der Anwendung dieser Coping-Strategie zeigte, in Bezug auf zwei anderen Variablen Frauen und Männer eine gleich häufige Verteilung in der Anwendung dieses Coping-Verhaltens aufwiesen.

### **10.1.17 Negatives Coping**

Darunter werden beispielsweise Vermeidung, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, übermäßige Nahrungsaufnahme, starkes Schlafbedürfnis zusammengefasst.

Es fand in einer Studie bei Männern und Frauen gleich häufig Anwendung (MW: 1.2 vs. 1.2 bei Männern) (64). Es handelte sich um Mitarbeiter der Notaufnahme.

### **10.1.18 Positives Denken**

Gemeint ist eine positive Denkweise bezüglich des Stressors.

Dies kam unter Mitarbeitern der Notaufnahme bei Frauen häufiger vor als bei Männern (MW: 2.3 vs. 2.0 bei Männern) unter Mitarbeitern der Notaufnahme (Artikel 64).

Witwen versuchten häufiger als Witwer „an die guten Dinge des Lebens zu denken“ (MW: 0.82 vs 0.72,  $p < 0.5$ ) (Artikel 67).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Frauen es in zwei Studien häufiger als Männer anwandten (64, 67).

### **10.1.19 Positive Reappraisal: positive Neubewertung**

In einer Studie zeigten Alkoholikerinnen höhere Scores als Männer (MW: 12.32 vs. 9.57 bei Männern) (Artikel 66).

Ebenso zeigten Trainee-Lehrerinnen in Brunei (MW: 2255 vs. 3898 bei Männern) „positive reappraisal“ häufiger (27). Panikpatientinnen bewältigten häufiger auf diese Weise ( $11.9 \pm 4.4$  vs.  $12.1 \pm 4.6$  bei Frauen) (Artikel 72).

In drei Studien fand eine positive Neubewertung bei Frauen häufiger statt als bei Männern (27, 66, 72).

### **10.1.20 Distanzierung als Coping**

Jordanische Pfleger wandten die Distanzierung als Coping häufiger an als Kolleginnen (Artikel 76). Auch Trainee-Lehrer in Brunei zeigten gegenüber Lehrerinnen höhere Scores ( $-1815$  vs.  $-3539$  bei Frauen) (Artikel 27). Panikpatientinnen wandten diese Strategie gleich häufig an wie männlichen Panikpatienten (MW:  $5.4 \pm 3.2$  vs.  $5.7 \pm 2.9$  bei Frauen) (Artikel 72).

Zusammenfassend zeigte sich, dass in zwei Studien Männer dieses Verhalten häufiger als Frauen zeigten (27, 76). In einer Studie bestanden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf das Verhalten (72).

Feuerwehrmänner und -frauen begegneten der Hitze mit Flüssigkeitszufuhr (Frauen in 90% der Fälle, Männer in 86%), Abkühlung in (68% der Fälle bei Frauen, in 65% bei Männern), Ausruhen in (in 10% der Frauen und in 55% der Fälle bei Männern) (Artikel 77).

Es handelt sich hierbei um nicht spezifische Coping-Mechanismen. Diese Berufsgruppe fand Berücksichtigung, da sie einen Gegenpol zu anderen Berufsgruppen darstellt. Die genannten Coping Strategien sind physischer Natur.

Zusätzlich fanden Fluchtneigung und Schuldverweigerung als Coping-Stil Anwendung. Fluchtneigung (MW:  $6.9 \pm 4.5$  vs.  $5.6 \pm 4.4$  bei Männern) bei Ärzten/ Ärztinnen in Deutschland (21), Schuldverweigerung (MW:  $11.3 \pm 4$  vs.  $9.6 \pm 4.3$  bei Frauen) (21), Verstärkung positiver Emotionen fand bei an HIV erkrankten Frauen und Männern gleich häufig in einer Studie Anwendung (MW:  $3.86 \pm 1.38$  vs.  $3.91 \pm 1.36$  bei Männern) (Artikel 58).

Logische Analyse fand bei den Alkoholikerinnen ebenfalls häufiger statt als bei Alkoholikern in einer Studie (MW:  $11.89$  vs.  $9.59$  bei Männern) (Artikel 66). Alternative Belohnung wandten Alkoholikerinnen ebenfalls häufiger an als alkoholranke Männer (MW:  $9.14$  vs.  $7$  bei Männern) (Artikel 66).

Emotionale Erfüllung favorisierten eher Frauen als Männer in einer Studie (MW:  $8.51$  vs.  $7.43$  bei Männern) (Artikel 66).

Fluchtvermeidung wendeten häufiger Trainee-Lehrer in Brunei an als ihre Kolleginnen (MW:  $-215$  vs.  $-1584$  bei Frauen) (Artikel 27). Panikpatientinnen wandten letztere häufiger an als männliche Patienten MW:  $8.9 \pm 3.9$  vs.  $9.4 \pm 3.8$  bei Frauen) (Artikel 72).

Als Coping galten auch Gespräche mit Freunden oder der Familie. Frauen taten beides häufiger im Vergleich zu Männern (84% bzw. 60% bei Frauen vs. 74% und 49% bei Männern) (Artikel 71). Sportliche Aktivitäten fanden ebenfalls Anwendung, wobei in einer Studie Frauen und Männer gleich häufig diese bevorzugten (MW: 56% der Frauen, 57% der Männer) (Artikel 71). Sich eine Auszeit oder Urlaub nehmen, davon machten häufiger Frauen als Männer Gebrauch (46% vs 38% bei Männern) (Artikel 71). 51% der Frauen nutzten auch „comfort eating“ als Coping Strategie an (Artikel 71).

Bei dieser Diplomarbeit handelt es sich um eine Literatur Recherche. Diese Diplomarbeit untersucht zwei Fragestellungen. Konkret ob Sozialschicht- und geschlechtsspezifische Bewältigungsstrategien existieren. In dem Fall könnten Gesundheitskassen entsprechende Angebote zur Bewältigung von Stress generieren. Damit könnte präventiv Herz-Kreislauf Erkrankungen sowie psychischen Leiden vorgebeugt werden. In der zweiten Fragestellung bin ich der Frage nachgegangen, ob sozialschichtspezifische Bewältigungsmethoden feststellbar sind.

## 10.2 Zweite Fragestellung

„Unter sozialen Schichten werden Statusgruppen verstanden, die durch bestimmte Grenzen von höher oder tiefer Stehenden getrennt sind. Dabei sollte eine „Status-konsistenz“ bestehen. „Um Probleme, die mit Statusinkonsistenzen einhergehen, zu entgehen, versteht man unter Schichten häufig Berufsgruppen, deren Mitglieder jeweils statusähnliche Lebensbedingungen aufweisen“ (78).

In Westdeutschland ordnete sich die Mehrzahl der Menschen 2012 der Mittelschicht zu (64%). 22% ordnete sich der Arbeiterschicht zu, 2% der Unterschicht und 13% der oberen Mittel- bzw. der Oberschicht zu (78). In Ostdeutschland sahen sich 2012 53% der Mittelschicht zugehörig, 39% der Arbeiterschicht und 4% der Unterschicht. 5% ordneten sich in Ostdeutschland der oberen Mittel- bzw. der Oberschicht zu (78).

Einige Forscher weisen darauf hin, „dass Umgebungen mit niedrigem SES stressig sind und die individuelle Stressbewältigungskapazität verringern, wodurch die Anfälligkeit für negative Emotionen und Wahrnehmungen steigt“ (79).

Die SEP ist ein häufig verwendetes Konzept in der Gesundheitsforschung. Verschiedene andere Begriffe, wie soziale Klasse, soziale Schichtung, sozialer und sozioökonomischer Status, werden trotz ihrer unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und damit Interpretationen oft synonym verwendet (79).

SEP bezieht sich auf die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren, die die Position von Individuen oder Gruppen innerhalb der Struktur einer Gesellschaft beeinflussen (79). In der Gesundheitsforschung werden SEP-Indikatoren verwendet. Dazu zählen beispielsweise Bildung, Wohndauer, Wohnbedingungen, Wohnannehmlichkeiten, Einkommen, Beschäftigung (79).

Die Definition von Unter-, Mittel-, und Oberschicht ist an einen bestimmten Zeitpunkt sowie Erhebungsort gebunden.

Daher macht es Sinn bei der zweiten Fragestellung den SEP in den verschiedenen Studien sowie die SEP-Indikatoren der einzelnen Studien zu benennen.

Eine Studie in Dänemark (52) untersuchte den sozioökonomischen Status (SES) und Coping-Strategien unterschiedlicher Gesellschaftsschichten bei Schmerzpatienten/-innen. Zusammenfassend wurde bei den Männern der Unterschicht ein deutlich höherer Einsatz von „avoidant coping“ beobachtet (32,3%). Das traf auch auf die Frauen der Unterschicht zu (37,1%). Je höher der SES war, desto häufiger wurde „problem solving“ angewandt (40,00% bei Männern und 29% bei Frauen (Tbl.II).

Hierbei setzte „avoidance coping“ die Oberschicht am wenigsten ein (18,3%), die Mittelschicht etwas häufiger (18,4%), die Unterschicht am häufigsten ein (32,3%) (Tbl.II).

Frauen hatten ein deutlich erhöhtes Risiko für die Anwendung von weniger „problem solving“. Die weibliche Unterschicht setzte „avoidance coping“ am häufigsten ein (37,1%), gefolgt von der Oberschicht (35,8%). Die Mittelschicht setzte es in 29% ein (Tbl.II).

Der Begriff der Unter-, Mittel-, Oberschicht könnte durch die Begriffe SES oder SEP ersetzt werden, wobei eine niedrige SEP die Unterschicht, eine höhere bzw. mittlere SEP die Mittelschicht und eine hohe SEP die Oberschicht repräsentiert. SEP-Indikatoren wurden nicht genannt.

In der zweiten dänischen Studie (35) untersuchten Forscher, ob Kohärenz die Beziehung zwischen Analgetika-Einnahme gegen Kopfschmerzen und Stress modifizierte. Die meisten Studienteilnehmer/-innen gehörten der Mittelschicht an (SOC =49% bei Männern bzw. 46,6% bei Frauen), gefolgt von der Oberschicht (SOC=33,8% bei Männern bzw. 24,4% bei Frauen), der Unterschicht (SOC=17,2% bei Männern bzw. 19,8% bei Frauen). Die Analgetika-Einnahme wurde von den Forschern als adaptiver Coping-Mechanismus definiert. Mit abnehmenden Sense Of Coherence (SOC) wurde der Zusammenhang zwischen Stress und Analgetika-Einnahme immer stärker. Frauen zeigten eine größere Tendenz zur mehrmaligen Medikamenteneinnahme und hatten einen niedrigeren SOC als Männer. Die meisten Studienteilnehmer/-innen gehörten der Mittelschicht an (46,6% bei Männern und 49,7% bei Frauen: middle class). Der Begriff der Mittelschicht könnte durch den Begriff der mittleren SEP ersetzt werden.

Die dritte dänische Studie (80) untersuchte, ob sich unterschiedliche Coping-Strategien bezüglich Arbeitslosigkeit und unterschiedlichem Bildungsniveau feststellen ließen. Es zeigte sich, dass bei Männern mit niedrigem Bildungsniveau weniger häufig „problem solving“ zum Einsatz kam. Sie setzten im Vergleich zu Männern mit hoher Bildung eher „avoidant coping“ ein. Ein hoher Ausbildungsstatus findet sich eher in der Ober- bzw. Mittelschicht. Hieraus folgt, dass Männer der Unterschicht eher „avoidant coping“ und weniger „problem solving“ als Bewältigungsmethode einsetzten. „Problem solving“ wandten Männer der Ober- bzw. oberen Mittelschicht an (low use 24,8%). In der Mittelschicht wandten es 32,9% (low use) an, in der Unterschicht waren es 37,2% (low use), (Tbl.2). Frauen mit niedrigem Bildungsstand setzten im Vergleich zu Frauen mit hohem Bildungsstatus weniger häufig „problem solving“ ein. Frauen mit mittlerer Bildung setzten weniger „avoidant coping“ ein (19% high use für „avoidant coping“ vs. 29,5% high use für „problem solving“), (Tbl.2). Als SEP-Indikator diente in dieser Studie die Bildung.

In der ersten Studie (53) aus dem Vereinigten Königreich untersuchte man den Psychosocial Adversity and Vulnerability Index (PAVIX). Je höher die sozioökonomische Position (SEP) bzw. anspruchsvoller der Beschäftigungsgrad war, desto niedriger war der PAVIX score. Je niedriger der PAVIX score, desto höher war die emotionale Unterstützung. Bei niedrigem

PAVIX score betrug sie 25,7, dagegen bei mittelstarkem PAVIX score 23,8 und bei hohem 21,4. Je höher die sozioökonomische Position war, desto höher war die emotionale Unterstützung. Eine SEP wurde durch die SEP-Indikatoren, Einkommen, Bildung, Beschäftigung definiert.

Psychosoziale Einflüsse sind Faktoren, die aus dem sozialen Umfeld heraus auf die Entwicklung und Ausprägung der betroffenen Psyche einwirken können (81).

Die zweite Studie aus dem Vereinigten Königreich (36) untersuchte die Auswirkungen des positiven Affektes und psychosozialer Prozesse in Bezug auf die Gesundheit. Die meisten Studienteilnehmer/-innen hatten einen College- bzw. einen Universitätsabschluss (36,1%), gefolgt von „primary school“ (35,6%), was der Grundschule entsprechen dürfte. 28,3% waren „high school“ Absolventen, was der Maturareife in Österreich entspricht (Tbl.1). Bezüglich des Haushaltseinkommens ließ sich feststellen, dass die meisten von ihnen ein mittleres (37,3%) hatten (£ 25.000 -50.000), gefolgt von einem niedrigeren (36,8%) (< £ 25.000). Die wenigsten hatten ein höheres Einkommen (25,9%) (> £ 50.000) (Tbl.1). Mit einem positiven Affekt korrelierten positiv folgende Parameter: Optimismus (0,23), „problem engagement“ (0,12), Beanspruchung von sozialer Unterstützung (0,11), (Tbl.4). „Avoidant coping“ korrelierte negativ mit einem positiven Affekt. Für die meisten mit einem mittleren Einkommen galt, dass wenn sie Coping-Strategien wie Optimismus, „problem engagement“ oder soziale Unterstützung anwandten, eine positive Grundstimmung hatten. Als SEP-Indikatoren in dieser Studie fungierten, Einkommen, Bildung.

In einer finnischen Studie (37) zeigten Männer mit einer geringen beruflichen Qualifikation ein erhöhtes Risiko für Stress bedingtes Essen. Diese Männer gehörten überwiegend der Unterschicht an. Ebenso zeigten Männer mit akademischen Abschlüssen ein erhöhtes Risiko für Stress bedingtes Essen. Es konsumierten mehr Männer als Frauen wöchentlich bis täglich Bier und Spirituosen (Frauen N=72, Männer N= 145). Für die Frauen galt, dass Frauen mit einem niedrigen Bildungsstatus bzw. beruflicher Qualifikation eine leicht erhöhte Neigung zu Stress bedingtem Essen und Trinken zeigten gegenüber Akademikerinnen. Anders ausgedrückt waren sowohl Personen mit geringer Bildung als auch Akademiker/-innen Stress Esser (Tbl.4). Hieraus ließ sich ableiten, Stress Essen als Coping Strategie entsprach nicht der Bewältigungsstrategie einer bestimmten sozialen Schicht. Als SES- bzw. SEP-Indikatoren wurden die Bildung und die „family's social class“ herangezogen.

Eine spanische Studie (54), die bei Frauen und Männern den Einfluss von Alkohol und Drogen in Zusammenhang mit einer Jobunsicherheit untersuchte, kam zum Ergebnis, dass circa 55% der Frauen und Männer der mittleren Beschäftigungsgruppe angehörten. Die Forscher fanden heraus, dass Männer fast doppelt so häufig Schwerstrinker waren im Vergleich zu Frauen (6,1% für Männer und 3,3% für Frauen). Unabhängig vom Geschlecht waren

Hauptverdiener, bei denen eine Jobunsicherheit bestand mit großer Wahrscheinlichkeit von einem schlechten psychischen Gesundheitszustand bedroht. Angeschlagene psychische Gesundheit erhöhte die Wahrscheinlichkeit von Alkoholexzess und Sedativa-Einnahme (6,1% bei Männern vs. 3,3% bei Frauen für Schwersttrinken 9,8% der Frauen und 3,9% der Männer nahmen Sedativa ein). Da überwiegend die Studien Teilnehmer/-innen die mittlere Beschäftigungsgruppe repräsentierten, war folgender Rückschluss zulässig: das maladaptive Coping-Verhalten entsprach dem maladaptiven Coping-Verhalten der Mittelschicht in dieser Studie. Es lässt jedoch nicht ableiten, dass die Unter- bzw. Oberschicht dieses Verhalten bei Stress nicht zeigten. Als SES- bzw. SEP-Indikator fungierte in dieser Studie die Beschäftigung.

In der ersten (51) der acht Studien aus den USA untersuchten Forscher den Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und metabolischem Syndrom. Die meisten Männer hatten einen „bachelor“ Abschluss (38%, N= 205), die meisten Frauen hatten verglichen mit den Männern entweder einen „high school“ Abschluss oder eine geringere Bildung (32%, N=222). Frauen tendierten eher zu Stress bedingtem Essen als Männer, was maladaptivem Coping entspricht. Daraus lässt sich indirekt ableiten, dass Frauen der Mittel- oder Unterschicht maladaptives Coping anwandten. Als SEP-Indikatoren wurden hier die Bildung angewandt.

In der zweiten Studie aus den USA (82) wurden die Coping-Mechanismen von Eltern auf einer Intensivstation für Neugeborene untersucht. Mittels ANOVA konnte ermittelt werden, dass „high school“ Absolventen einen signifikant niedrigeren Score für Planung hatten (mean=2,89, SD=1,19) im Vergleich zu „degree“ Absolventen (mean=3,30, SD=1,69). Auch in dieser Studie fungierte die Bildung als SEP-Indikator.

Der dritte Artikel aus den USA (40) war eine Literaturrecherche über SES und Coping bei Trauernden. Die Forscher kamen zum Ergebnis, dass finanzielle Ressourcen die Teilnahme an Hobbys sowie die Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit (self efficacy) ermöglichten.

Das Vorhandensein von finanziellen Ressourcen ist größtenteils bei Personen der Mittel- und Oberschicht zu finden. Die Selbstwirksamkeit und die Teilnahme an Hobbys als Coping-Mechanismus sind von diesen beiden sozialen Schichten eher realisierbar. In dieser Studie ist kein SEP-Indikator zu eruieren.

Die vierte Studie aus den USA (58), die die Auswirkungen des SES auf Veränderungen der CD4-Zellen sowie der Viruslast (VL) bei HIV Infizierten untersuchte, kam zum Ergebnis, dass „avoidant coping“ eine größere VL-Zunahme voraussagte. „Behavioral disengagement“ und „denial“ zeigten einen signifikanten Zusammenhang zur VL-Zunahme. Möglicherweise verursachten diese Bewältigungsmethoden eine Immunsuppression, die zu einer VL-Zunahme führte. Es wurden von den Forschern keine Angaben zur sozialen Schicht gemacht.

Es ist kein SEP-Indikator in der Studie ableitbar.

Forscher der fünften US-Studie, die die Akkulturation und die psychische Gesundheit bei Amerikanern mit chinesischen Wurzeln untersuchten, fanden heraus, dass Studienteilnehmer/-innen mit höherem SES eher Unterstützung durch Freunde, Familie, Ehepartner wahrnahmen ( $p < 01$ ). Mehr Unterstützung bedeutete weniger wahrgenommenen Stress ( $p < 01$ ) (41). Die SES- bzw. SEP-Indikatoren in dieser Studie waren die Bildung und das Familieneinkommen.

Unter Akkulturation wird die Veränderung der eigenen Kulturelemente durch Kontakt mit anderen, mehr oder minder fremden Kulturelementen verstanden (83).

Die sechste US-Studie (42) untersuchte das Aggressionsverhalten von Militärangehörigen. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern korrelierten Alkoholprobleme, finanzielle Schwierigkeiten, depressive Symptome positiv mit Aggression (Tb1.2). Eine negative Korrelation mit Aggression zeigten „personal coping“, Religiosität/ Spiritualität, „familiäres coping“, physisches Wohlbefinden, höheres Haushaltseinkommen, Partnerschaftszufriedenheit, Unterstützung durch Andere (Tb1.2). Daraus ließ sich ableiten, dass je stärker etwa Alkoholprobleme, finanzielle Schwierigkeiten, depressive Symptome ausgeprägt waren, desto stärker war die Aggression und umgekehrt, je stärker die Aggression, desto stärker waren beispielsweise auch depressive Symptome. Je höher der Militärrang bzw. das Haushaltseinkommen, desto geringer war die Aggression, d.h., desto erfolgreicher war das Coping. Der SEP-Indikator dieser Studie waren die Beschäftigung und das Haushaltseinkommen.

Die letzte US-Studie erläuterte den Effekt des aktiven Copings auf die Beziehung zwischen SES und Cortisolspiegel (Stresshormon) bei Afroamerikanern unter Anwendung des aktiven Copings, was auch als John Henryism bezeichnet wird (43). Es beschreibt die stressigen und schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit, die es mit sich bringen, trotz Ungleichheit, finanzieller Not und Rassendiskriminierung erfolgreich zu sein. Sie hob hervor, dass Studenten/-innen, Arbeitslose, Hilfskräfte mit niedrigem John Henryism absteigend hohe Cortisolwerte aufwiesen, wobei deutliche Differenzen bestanden (Figure 2). Frauen aus wohlhabenden Gegenden (hohes durchschnittliches Einkommen) hatten dann höhere Cortisol Blut Spiegel verglichen mit Frauen aus ärmeren Gegenden, wenn ihr John Henryism niedrig war (43).

Zusammenfassend federte der John Henryism die Beziehung zwischen SES und Cortisolspiegel ab, jedoch traf das nur für einige Messungen des SES zu.

Eine mittelamerikanische Studie (44) untersuchte die physische Aktivität von Studenten/-innen als Bewältigungsstrategie des aktiven Copings. Die Studenten/-innen stammen aus Familien mit unterschiedlichem Haushaltseinkommen. Die Familien der meisten Studenten/-

innen hatten ein geringes Einkommen (21,5%). Diese Studenten/ -innen gehörten der Unterschicht an, gefolgt von Studenten/-innen aus Familien mit hohem Einkommen (10,21%). Nur 14% der Studenten/-innen gaben physische Aktivität als Bewältigungsmethode an. Differenzierte Aussagen über die einzelnen Gesellschaftsschichten konnten die Forscher nicht ableiten.

In einem kanadischen Artikel (14), der sich mit dem Coping-Verhalten von Frauen und Männern gegenüber einem ungeduldigen Chef beschäftigte, konnte gezeigt werden, dass Reflexion häufiger von Frauen als von Männern eingesetzt wurde (Tbl.1). Weiterhin wandten es weibliche Vertreter der Mittelklasse eher an im Vergleich zu Arbeiterinnen. Letztere ließen ihrer Wut freien Lauf, das sogenannte „angry out“-Verhalten. Dieses Verhalten führte zu erhöhten Blutdruckwerten. Männer höherer Gesellschaftsklassen zeigten häufiger Reflexion im Vergleich zu Arbeitern (14).

Die zweite kanadische Studie (84), die Coping-Mechanismen bei älteren Menschen mit rheumatoider Arthritis untersuchte, stellte fest, dass der SES einen signifikanten direkten Einfluss auf konfrontatives Coping hatte, welches mit „problem solving“ gleichzusetzen war. Anhand der „Item-means“ wurde deutlich, dass die am häufigsten eingesetzte Bewältigungsmethode Optimismus war (mean=2,30), gefolgt von Selbstständigkeit (mean=1,83), unterstützendem Coping (mean=1,67), konfrontativem Coping (mean=1,62), palliativem Coping (mean=1,41), fatalistischem Coping (mean=1,28), evasivem Coping (mean=1,14) und zuletzt emotionalem Coping (mean=0,69). Studienteilnehmer/-innen mit einem höheren SES score nutzten „problem solving“ häufiger zur Bewältigung als solche mit niedrigem SES. Gut gebildete ältere Frauen setzten als Bewältigungsmethode bezüglich ihrer Erkrankung Selbstkontrolle ein. Als Fatalismus wird die Schicksalsgläubigkeit definiert, die völlige Ergebenheit in eine als unabänderlich hingegenommene Macht des Schicksals (85). Evasives Coping bzw. Verhalten zeigt eine Person, wenn sie auf Konflikte nicht reagiert, diese ignoriert, Ausflüchte sucht oder Schwierigkeiten bereits im Vorfeld präventiv vermeidet (86).

Die letzte kanadische Studie (47) untersuchte Kanadier  $\geq 60$  Jahre im Hinblick auf Würde SOM (Sense Of Mastery), soziale Unterstützung und Gesundheit. Sie stellte fest, dass soziale Unterstützung eingesetzt als Bewältigungsstrategie positiv mit dem Einkommen korrelierte ( $r= 0.09$ , Tbl.2). Anders ausgedrückt, nehmen sozial besser gestellte Menschen eher soziale Unterstützung an als arme Menschen.

In einer einzigen australischen Studie (49) wurde der Einfluss sozialer Interaktionen im Hinblick auf psychische Stressreduktion bei Menschen jenseits des 40 Lebensjahres untersucht. Es kristallisierte sich heraus, dass die meisten Studienteilnehmer/-innen der mittleren Gesellschaftsschicht angehörten mit einem Haushaltseinkommen von S30-S69k (43,8%), gefolgt von der oberen Gesellschaftsschicht mit einem Haushaltseinkommen von S70k (10,4%). K stammt aus dem Englischen und bedeutet 10000 (87). 46,05% der Männer waren

beschäftigt. S steht für Silberdollar (88). Die meisten Studienteilnehmerinnen gehörten der Mittelschicht an (S30k-69k) gefolgt von der Unterschicht (0-S29k). Es schlossen sich die Oberschicht (S70k+).

44,26% der Frauen waren erwerbstätig. Diese Angaben entsprachen den Werten der Ausgangsumfrage. Im follow up gehörten sowohl die meisten Frauen als auch Männer der Oberschicht an bzw. hatten ein Spitzeneinkommen von S70+ (38,31% bei Männern und 33,58% bei Frauen) Es folgte die Mittelschicht (30,45% bei Männern und 52,41% bei Frauen). Der Anteil der erwerbstätigen Männer war gering höher als der der Frauen (46,05% bei Männern und 44,26% bei Frauen). Bei der Ausgangsumfrage gaben Männer an, dass die Personen, die sozial wichtig für sie waren, z.B. Freunde, in weniger als einer Stunde Fahrzeit erreichbar waren (8,15%). An zweiter Stelle nannten sie persönliche Anrufe beispielsweise mit Freunden oder Verwandten (6,76%). 4,42% war die gemeinsame Zeit mit Familienangehörigen, Freunden/-innen wichtig. Am seltensten wurde angegeben der Besuch von Vereinen, sozialer Clubs oder religiöser Veranstaltungen (1,48%). Im follow up blieb die Häufigkeit bei Männern tendenziell gleich. Das Verhalten von Frauen unterschied sich von dem der Männer und das sowohl bei der Ausgangsumfrage als auch im follow up. Männer bevorzugten sowohl bei der Ausgangs Umfrage als auch im follow up eine relativ schnelle Erreichbarkeit. Im Gegensatz hierzu dominierte bei Frauen in der Ausgangs Umfrage die Häufigkeit der Anrufe, etwa mit Freunden, im follow up dominierte geringgradig die schnelle Erreichbarkeit von sozial wichtigen Personen. Dies führte zur deutlichen Stressreduktion.

In einer japanischen Studie (55) war Adipositas eine Variable. Die Forscher fanden heraus, dass Männer unabhängig von ihrem BMI „problem solving“ anwandten (59% mit einem BMI < 25 und 63,5% mit einem BMI ≥ 25). Es schlossen sich „disengagement“ an (30,1% mit einem BMI < 25 bzw. 28,3% mit einem BMI ≥ 25), emotionale Expression (20% mit einem BMI < 25 bzw. 21,6% mit einem BMI ≥ 25) und soziale Unterstützung (8,3% mit einem BMI < 25 bzw. 9,5% mit einem BMI ≥ 25).

Die meisten Männer waren Armeeeingehörige, Manager oder Fachkräfte sowohl mit einem BMI < 25 als auch ≥ 25 (35,2% mit einem BMI < 25 bzw. 43,9% mit einem BMI ≥ 25). Es folgten Techniker, Angestellte, Büromitarbeiter, Servicekräfte, Verkäufer (27,9% mit einem BMI < 25 bzw. 25,1% mit einem BMI ≥ 25). Rentner waren geringfügig stärker repräsentiert als Bauern, Fischer, Handwerker. Männer, wie beispielsweise Manager wandten „problem solving“, „disengagement“, emotionale Expression am häufigsten, soziale Unterstützung weniger häufig an.

Frauen wandten am häufigsten „positive reappraisal“ an (57,6% mit einem BMI < 25 bzw. 61,1% mit einem BMI ≥ 25), gefolgt von „problem solving“ (54,8% mit einem BMI < 25 bzw. 55,1% mit einem BMI ≥ 25). Es schlossen sich „disengagement“ an (36,8% mit einem BMI < 25 bzw. 37,3% mit einem BMI ≥ 25), gefolgt von „emotional support“ (29,8% mit

einem BMI < 25 bzw. 26,5% mit einem BMI  $\geq$  25). Als letztes zeigten Frauen „emotional expression“ (18,4% mit einem BMI <25 bzw. 17,6% mit einem BMI  $\geq$  25). Die meisten Frauen waren berentet oder Hausfrauen (42,5% mit einem BMI < 25 bzw. 44,9% mit einem BMI  $\geq$  25).

Es folgen Frauen der Beschäftigungsklasse 3-5, d.h. sie waren Technikerinnen, Büroangestellte, Servicekräfte, Verkäuferinnen (30,65 mit einem BMI < 25 bzw. 27,9% mit einem BMI  $\geq$  25). Es schlossen sich Armeeangehörige, Managerinnen, Fachkräfte an (17,2% mit einem BMI < 25 bzw. 15,8% mit einem BMI  $\geq$  25). Den geringsten Anteil bildeten Bäuerinnen, Fischerinnen, Handwerkerinnen (9,7% mit einem BMI < 25 bzw. 11,4% mit einem BMI  $\geq$  25). Hieraus lässt sich nicht ableiten, dass höhere Gesellschaftsschichten „positive reappraisal“ eine positive Neubewertung der Situation sowie eine Problemlösung bevorzugten, da die meisten Frauen berentet oder Hausfrauen waren und somit keine Angaben über ihr SES gemacht werden können. Die Aufgabe der Beschäftigung mit der Situation kam um etwa 10% weniger häufig vor als die positive Neubewertung (57,6% vs. 36,8%).

In einer taiwanischen Studie (89), die das Coping Verhalten von Pflegepersonen von an Schizophrenie Erkrankten untersuchte, unterstrich, dass die meisten von ihnen einen niedrigen sozialen Status innehatten. Die am häufigsten eingesetzten Bewältigungsmethoden waren psychologisches und soziales Coping.

Psychologisches Coping umfasst drei Ebenen: die kognitive, die emotionale und die verhaltensorientierte. Unter der Kognitiven werden positives Denken, Wissenserwerb und „problem solving“ Techniken zusammengefasst.

Die emotionale Ebene umfasst beispielsweise Weinen, Verneinen, Ignorieren, Sich ärgern. Zu Verhaltensorientierten gehören handlungsorientierte Aktivitäten, um beschäftigt zu bleiben und abgelenkt zu werden (89, Tbl.1).

Soziale Coping schließt die Suche nach sozialer Unterstützung durch die Familie und Freunde ein sowie die Suche nach professioneller Hilfe oder den Zugriff auf Dienstleistungen, die Entlastung bieten. Hinzu kommt spirituelle Unterstützung von Selbsthilfegruppen (89, Tbl.1).

Eine chinesische Studie (50) untersuchte die Variablen physische und mentale Gesundheit von Erdbebenopfer. Dabei stellten die Forscher fest, dass Menschen mit höchster Bildung und Einkommen die höchsten Scores für die oben genannten Variablen aufwiesen (physical score = 70,20, mental score = 65,92), woraus eindeutig hervor geht, dass ein hoher SES sich positiv auf die Gesundheit auswirkte. Anders ausgedrückt ging ein hoher SES mit physischer und psychischer Gesundheit einher.

Die letzte Ausgewertete (34) stammt aus dem Iran und es ließ sich ableiten, dass der SES einen wesentlichen Einfluss auf das Coping Verhalten hatte und dass eine positive Korrela-

---

tion zwischen Bildung und adaptivem Coping bestand. Handarbeit hatte häufig maladaptives Coping zur Folge.

Bei Frauen galt für adaptives Coping: mean= 46,16 (45,54 – 46,79 KI) bzw. Median 42,85. Bei Männern entsprechend mean= 44,84 (43,20 – 44,74 KI). Höhere Bildung war ein Prädiktor von adaptivem Coping. Darunter fielen „minimization“, „distraction“, soziale Unterstützung, Situationskontrolle, „positive self instructions“.

Als maladaptives Coping wurden „passive avoidance“, „rumination“, Aggression definiert.

### 10.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bezüglich der ersten Fragestellung lassen sich die Ergebnisse meiner Literatur Recherche folgendermaßen zusammenfassen: Frauen wenden folgende Coping- Methoden häufiger an im Vergleich zu Männern: „self-distraction“, „aktives Coping“, „denial“, „emotional und instrumental support“, „venting“, „positive reframing“, „planning“, Religionsausübung, Selbstvorwürfe, positives Denken, positive Neubewertung, Flucht, logische Analyse, emotionale Erfüllung, alternative Belohnung und Vermeidung.

Männer favorisierten „substance use“, Humor, Distanzierung, Schuldverweigerung sowie Akzeptanz.

Beim „behavioral disengagement“, der Verstärkung positiver Emotionen sowie bezüglich des emotionsfokussierten und des negativen Copings stellte sich eine wechselnde Geschlechtsverteilung heraus.

Bezüglich der zweiten Fragestellung lässt sich festhalten, dass je höher der soziale Status war, desto häufiger kamen „planning“, politischer Aktivität, aktives Coping bzw. „problem solving“ und umso weniger „avoidance coping“ zur Anwendung. Auch nahmen höhere soziale Schichten, wie die Mittel- und Oberschicht Unterstützung von Freunden, Familie, Partner an. Die Mittelschicht setzte auf kurze Distanz zu engen Vertrauten. Dieses Ergebnis darf nicht so missverstanden werden, dass die anderen sozialen Schichten sich anders verhielten. Es wurde nur die Mittelschicht diesbezüglich untersucht. Weiterhin korrelierten soziale Unterstützung, Optimismus und „problem engagement“ mit einer positiven Grundstimmung. Die meisten untersuchten Menschen gehörten hierbei der Mittel- und Oberschicht an. Je höher das SES war, desto geringer war die Aggression. Eine positive Neubewertung der Situation wurde eher von der Mittel- und Oberschicht vorgenommen.

Die Unterschicht wandte häufiger „venting“, während die Mittel- und Oberschicht ihre Gefühle kontrollierte, möglicherweise aufgrund von Aneignung. Auch setzte die Unterschicht häufiger „avoidance“, „denial“, „angry out“ und „self-distraction“ häufiger an.

Physische Aktivität als Coping -Methode wurde von Studenten sowohl der Unter- und als auch Oberschicht eingesetzt.

Es ist wichtig zu betonen, dass die Ergebnisse dieser Literatur Recherche bezüglich des Coping Verhaltens von Frauen und Männern nicht verallgemeinert werden dürfen, da die Anzahl der Studien zu gering war. Aus demselben Grund lässt sich keine verallgemeinernde Aussage über die Bewältigungsstrategien der einzelnen sozialen Schichten ableiten

## **11. Diskussion**

Diese Diplomarbeit untersucht, ob Geschlechts- und Sozialschicht spezifische Unterschiede existieren. Es handelt sich um eine Literatur Recherche. In dem Fall könnten die Gesundheitskassen diese Unterschiede nutzen, um entsprechend Angebote für die Versicherten zu erstellen und diese den Versicherten zu unterbreiten. Diese Angebote sollten dabei helfen, Stress zu bewältigen. Weniger Stress bzw. besseres Coping könnten präventiv dazu führen, dass weniger Herz-Kreislauf- und psychische Erkrankungen in der Bevölkerung auftreten.

### **11.1 Erste Fragestellung**

Als Referenz zu meiner Literatur Recherche habe ich den Appendix folgenden Artikels verwendet: Coping strategies among conflict-affected adults in low- and middle-income countries: A systematic literature review (90).

Zum einen stammten einige Artikel meiner Recherche aus Ländern mit durchschnittlich niedrigem Einkommen, wie Taiwan, Iran, China, Mittelamerika und ermöglichen somit einen direkten Vergleich des Coping Verhaltens.

Zum anderen waren die berücksichtigten Länder des Appendix durch Wohlstand gekennzeichnet sind, wie Australien, Nordeuropa, die USA.

Es ist interessant, herauszufinden, ob sich eventuell Ähnlichkeiten feststellen lassen.

Laut meiner Literaturrecherche wandten zusammenfassend Frauen folgende Coping Strategien häufiger an als Männer: „self-distraction“, aktives Coping, „denial“, „emotional und instrumental support“, „venting“, „positive reframing“, „planning“, Religionsausübung, Selbstvorwürfe, positives Denken, positive Neubewertung. Frauen favorisierten ebenfalls Fluchtendenzen, logische Analyse, emotionale Erfüllung, alternative Belohnung und Vermeidung.

Männer wendeten als Bewältigungsmethode häufiger „substance use“, Humor, Distanzierung, Schuldverweigerung sowie Akzeptanz im Vergleich zu Frauen an.

Beim „behavioral disengagement“, der Akzeptanz, der Verstärkung positiver Emotionen sowie bezüglich des emotionsfokussierten und des negativen Copings zeigte sich laut meiner Literatur Recherche in verschiedenen Studien eine wechselnde Geschlechtsverteilung.

Laut Kassam & Nanji (2006) (91) erreichten von 61 pakistanischen weiblichen Flüchtlingen Ablenkung durch Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und Bildung von Selbsthilfegruppen, in denen sie über ihre Schwierigkeiten diskutierten, Männer erreichten Ablenkung eher durch den Besuch von Freizeiteinrichtungen.

Ob mehr Frauen oder Männer „self-distraction“ nutzten, konnte nicht eruiert werden, da keine eindeutige Geschlechtsdifferenzierung in der Studie von ihnen vorgenommen worden ist.

Laut meiner Literatur Recherche wandten Frauen häufiger „self-distraction“ an als Männer. Die Ablenkung ermöglichte einerseits den Frauen eine Ruhepause, den zeitlichen Rahmen, um Kräfte zu mobilisieren und sich dem Problem zu stellen. Andererseits bietet Ablenkung die Möglichkeit der Relativierung des Problems. Durch die Relativierung des Problems erwächst die Möglichkeit einer Lösungsfindung. So berichteten Mütter von Kindern mit chronischer Darmerkrankung, dass sie allein weggehen würden oder Geschenke für sich und ihre Familie kaufen würden bzw. mehr Energie in ihre Arbeit investieren würden. Frauen belohnten sich für die Pflege des kranken Kindes mit einer kurzen Auszeit, mit Geschenken oder erzielten den Ausgleich durch intensive Arbeit. Dadurch schützten sich davor, an ihre Grenzen zu stoßen und die Pflege als Disstress wahrzunehmen. Durch die Auszeit konnten sie ihre Energiespeicher auffüllen und ihre Pflege verantwortungsvoll ausüben.

An chronischer Niereninsuffizienz und an HIV erkrankte Frauen könnten durch die Auszeit eine ständige Konfrontation mit der Erkrankung vermeiden, und könnten auf diese Weise Ressourcen zu aktivieren. Denselben Effekt könnten im Rettungsdienst beschäftigte Frauen durch die Ablenkung erwirken.

So analysierte auch Eggermann & Panter-Brick (2010) (92) das Verhalten afghanischer Eltern. Auch hier ist keine konkrete Aussage über die genaue Anzahl von Frauen und Männern möglich, möglicherweise waren es 1010 Frauen und ebenso viele Männer, die „self-distraction“ anwandten. Genauso verhält es sich bei der Studie von Bass & al. (2012) (93). Es konnten keine konkreten Anzahlangaben über die Geschlechtsverteilung gemacht werden.

„Denial“ wurde laut Bryce et al. (1986b) (94) von 192 libanesischen Müttern im Vergleich zu anderen Bewältigungsmechanismen am seltensten eingesetzt. Das widerspricht den Ergebnissen meiner Literatur Recherche, wonach Frauen „denial“ häufiger anwandten als Männer.

Die Verweigerung der Akzeptanz der Situation kann der erste Schritt auf die Konfrontation mit dem Stressor sein, sie stellt eine akute Reaktion dar. Als zweiter Schritt kann dann die aktive Auseinandersetzung mit dem Stressor folgen, um eine Lösung für das Problem zu erarbeiten und herbeizuführen.

Punamaki et al. (1986) (95) fand bei der Untersuchung von 174 Frauen in der Westbank und im Gaza-Streifen, dass nur 1/3 dieser Frauen am häufigsten auf diese Weise Stress bewältigten. Auch diese Ergebnisse stehen nicht im Einklang mit den Ergebnissen meiner Literatur Recherche, wie oben erläutert.

Eine andere Studie von Bryce et al. (1986a) (94), die 152 libanesische Mütter untersuchte, erwähnte zwar „denial“ als Coping Strategie, es fehlten jegliche Häufigkeitsangaben. Das traf auch auf die Studie von Punamaki et al. (2008) (94) zu, die männlichen Rückkehrer im Gazastreifen untersuchte. Es fehlen Angaben darüber, wie häufig „denial“ eingesetzt wurde. Laut meiner Literatur Recherche wandten es an chronischer Niereninsuffizienz und an HIV erkrankte Frauen häufiger an im Vergleich zu Männern. Die Mitteilung der Diagnose einer schweren Erkrankung belastet den Patienten/ die Patientin sehr und ruft zunächst eine Nichtakzeptanz der Diagnose hervor, da die Patienten durch die Diagnosemitteilung sehr vielen Zukunftsängsten und Unsicherheiten ausgesetzt sind. Die Krankheit und ihre Konsequenzen müssen in den Alltag, das Leben der Betroffenen integriert werden.

In Bezug auf aktives Coping nannten Punamaki et al. (2008) (95) es als Bewältigungsmethode, es fehlten jedoch die geschlechtsspezifischen Häufigkeitsangaben.

Laut meiner Literatur Recherche wandten aktives Coping häufiger Frauen im Vergleich zu Männern. Zahnmedizinstudentinnen, italienische Pflegerinnen, Alkoholikerinnen, Witwen, On-Call-Arbeiterinnen favorisierten diese Bewältigungsmethode. Sie überlegten sich eine Lösung für das Problem und setzten diese aktiv um.

Einige Forscher fassten die Begriffe instrumenteller support und emotionaler support unter „social support“ zusammen. Laut Ahern et al. (2004) (96) konnte bei 306 albanischen Kosovaren ähnliche „social support“ Scores eruiert werden. Diese Ergebnisse sind konträr zu meinen.

Laut meiner Recherche wandten Frauen in neun Studien am häufigsten instrumentellen „support“ als Teilkomponente der sozialen Unterstützung und in sieben Studien am häufigsten emotionale Unterstützung an. Dabei wurde der instrumentelle „support“ von Zahnmedizinstudentinnen aus der Türkei, Australien, Neuseeland und Chile, Alkoholikerinnen oder italienische Pflegerinnen angewandt. Hierbei steht die Unterstützung durch andere im Vordergrund. Diese können z.B. eine Unterstützung bei Behördengängen oder Ähnlichem sein oder weiterhin der tägliche Einkauf, der übernommen wird. Die emotionale Unterstützung war Medizinstudentinnen aus der Türkei, Australien, Neuseeland und Chile wichtig. Auch Kranken wie an HIV oder chronischer Niereninsuffizienz Leidenden war der Trost, das Verständnis sehr wichtig. Das traf auch auf Witwen, Alkoholikerinnen und Mütter von Teenagern mit chronischer Darmerkrankung zu.

Die Inanspruchnahme von fachlich kompetenten Personen oder Vertrauten können ein wichtiger Faktor beim Bewältigen von Stress sein.

Bryce et al.(1986b) (94), der 152 libanesische Mütter untersuchte, erwähnte „socially-oriented“ coping also „social support“ als Bewältigungsstrategie, machte aber keine differen-

---

zierten Angaben über die Anwendungshäufigkeiten.

Ebenso verhält es sich bei Khamis (1998) (97), der 305 palästinensische Frauen untersuchte. Er zählte „social support“ als wichtige Bewältigungsmethode neben spiritueller Unterstützung auf, unterließ aber Häufigkeitsangaben.

Als wichtigste Coping Methode nannten Klaric et al. (2008) (98), die 187 Frauen aus Bosnien Herzegowina untersuchten, soziale Unterstützung durch Familie, Freunde und Mitarbeitern. Diese Ergebnisse waren deckungsgleich mit denen meiner Literatur Recherche, wie oben angeführt. Konkret wandten in insgesamt 16 Studien Frauen häufiger diese Bewältigungsmethoden an im Vergleich zu Männern.

Zahnmedizinstudentinnen aus der Türkei, Australien, Chile, an einer chronischen Niereninsuffizienz oder an HIV erkrankte Frauen, Alkoholikerinnen, Mütter von Teenagern mit chronischer Darmerkrankung sowie Witwen suchten das Gespräch, den Austausch mit anderen.

Bryce et al.(1986b) (94) untersuchten 192 libanesische Mütter, bei denen familienorientiertes Coping, was dem „social support“ gleichkommt, eine Mittelstellung einnahm.

Lopes Cardozo et al. (2005) (99), der 699 Afghanen untersuchte, kam zum Schluss, dass Besprechung der Probleme mit Freunden, die dritt häufigste Bewältigungsmethode unter den Frauen war. Weiterhin wandten Frauen diese Strategie häufiger an als Männer (11,1% vs. 5,0%). Das ist kongruent zu meiner Literaturrecherche.

Seino et al. (2008) (100), die 555 afghanische Mütter untersuchten, gaben an, dass 43% den Besuch von Freunden als Bewältigungsmethode anführten.

Usta, Farver & Zein (2008) (101) untersuchten 310 libanesische Frauen und stellten fest, dass 40% der Frauen soziale Unterstützung von NGO-Arbeitern, Freunden/ Familie oder anderen Frauen erhielten.

Handgrove (2009) (102) untersuchte Flüchtlinge aus Liberia in Ghana und gab an, dass soziale Unterstützung durch die Kirchen gewährt wurde, ließ jedoch Angaben zu geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung vermissen. Soziale Unterstützung nahmen laut meiner Literatur Recherche mehr Frauen in Anspruch als Männer, das wurde im vorangehenden Diskussionsteil erläutert.

Laut Kassam & Nanji (2006) (91), die 61 afghanische Flüchtlinge in Pakistan untersuchten, nutzten Frauen häufiger Unterstützung, auch die von der Familie. Wie oben erläutert ergab meine Literatur Recherche, dass emotionale Unterstützung von Frauen favorisiert wurde.

Sousa (2013) (103) untersuchte 122 palästinensische Frauen in der West Bank und betonte den Wert der familiären Unterstützung, es wurden jedoch keine Angaben zur Geschlechterverteilung gemacht. Das ist konform zu meinen Ergebnissen.

Bass et al. (2012) (93) untersuchten 333 Indonesier und kamen zum gegenteiligen Ergebnis, konkret, dass Männer häufiger diskutierten und chatteten als Frauen. Es war nicht explizit ableitbar, ob diese Diskussionen innerhalb der Familie stattfanden.

Laut Khamis (1998) (97) wurde bei der Untersuchung von 305 Frauen in Palästinensergebieten festgestellt, dass „reframing“ als Coping Methode eingesetzt wurde, es fehlten jedoch Häufigkeitsangaben. Laut meiner Literatur Recherche setzten es Frauen in sechs Studien am häufigsten ein.

Einen positiven Aspekt in einer stressigen Situation sahen chronisch niereninsuffiziente Frauen, Medizinstudentinnen aus Australien, Neuseeland, Chile, an HIV erkrankte Frauen, Alkoholikerinnen, On-Call-Arbeiterinnen sowie Witwen. Das „Gute“ in einer stressigen Situation sehen, ermöglicht emotionales Wachstum und macht eine aktive Bewältigung erst möglich. Dadurch, dass man bereit ist, eine stressige Situation zu analysieren und daraus für die Zukunft Lehren zu ziehen, widersetzt man sich der Kapitulation vor dem Problem, es wird dadurch inneres Wachstum möglich.

In Bezug auf „planning“ stellten Hussain & Bhushan (2011) (104) bei 266 tibetischen Flüchtlingen fest, dass Männer es häufiger einsetzten als Frauen. Das entspricht nicht meinen Ergebnissen. Meine Literatur Recherche kommt zum gegenteiligen Ergebnis, wonach es am häufigsten von Frauen in vier Studien Anwendung fand.

Es handelte sich hierbei um Zahnmedizinstudentinnen aus der Türkei, Australien, Chile, Alkoholikerinnen und chronisch niereninsuffiziente Frauen. Für chronisch niereninsuffiziente Frauen beispielsweise ist die Planung des Alltags sehr wichtig. Eine tägliche Dialyse muss in deren Alltag integriert werden. Eine Dialyse ist zeitaufwendig.

Studentinnen z.B. müssen sich innerhalb kurzer Zeit eine große Menge an Wissen aneignen, um einen erfolgreichen Studienabschluss zu erreichen. Auch Alkoholikerinnen favorisierten Planung, diese könnten geplante Maßnahmen beinhalten, um ihre Alkoholsucht z.B. zu verbergen oder Maßnahmen, um ihren Alltag trotz der Sucht zu bewältigen.

Bezüglich der Religion als Bewältigungsstrategie stellten Bass et al. (2012) (93) bei 333 Indonesiern, die von Konflikt betroffen waren, fest, dass Beten und das Rezitieren von Koranversen zu den häufigen Bewältigungsstrategien zählten, geschlechtsspezifische Häufigkeitsangaben fehlten.

Das trifft auch für Khamis (1998) (97) zu.

Dagegen stellten Lopes Cardozo et al. (2005) (989) bei der Untersuchung von 699 Bewohnern in Afghanistan fest, dass Frauen gleich häufig wie Männer den Koran lasen und beteten.

Seino et al. (2008) (100) fand bei der Untersuchung von 555 Müttern in Afghanistan heraus, dass 61% einem religiösen Führer folgten und dass 55% den Koran lasen und beteten.

Dies stimmt mit meinen Ergebnissen überein. In acht Studien wandten Frauen Religion häufiger als Bewältigungsstrategie im Vergleich zu Männern an. Hierbei handelte es sich um chronisch niereninsuffiziente Frauen, Mütter von auf einer Intensivstation verstorbenen Kindern, weiterhin um psychisch kranke Frauen, Zahnmedizinstudentinnen aus der Türkei sowie um Mütter von Neugeborenen. Das Gebet diente als Kraftquelle, als Trost.

Badri, van den Borne & Crutzen (2013) (105) untersuchten 20 sudanesische Studentinnen, die Lesungen aus dem Koran und das Gebet als Coping Strategie nannten. Eine genaue Differenzierung hinsichtlich der Häufigkeit der Anwendung fehlte auch hier.

Hardgrove (2009) (102), der weiblichen liberianische Flüchtlinge in Ghana untersuchte, fand heraus, dass Religion, der Glaube an einen schützenden Gott und die klerikale Führung den Frauen zur Bewältigung ihrer Situation wichtig war.

Das trifft auch für Kassam & Nanji (2006) (91) zu, deren Studie 61 afghanische Flüchtlinge in Pakistan erfasste. Laut ihren Angaben war Religion eine Bewältigungsstrategie, es wurden jedoch keine näheren Angaben gemacht.

Khamis (1998) (97) zählte bei 305 untersuchten Frauen in palästinensischen Gebieten die Spiritualität als Bewältigungsstrategie ebenfalls auf, konkretisierte die Häufigkeitsverteilung nicht.

Seino et al. (2008) (100) nannten zwar die Religion als Coping Methode bei 555 untersuchten Frauen in Afghanistan, verzichteten auf die Benennung konkreter Häufigkeitsverteilungen.

Das trifft auch auf Sousa (2013) (103) zu.

Laut Hussain & Bhushan (2011) (104) dominierte bei der Untersuchung von 226 tibetischen Flüchtlingen in Indien die Anwendung von Selbstvorwürfen bei Frauen im Vergleich zu Männern.

Diese Ergebnisse stimmen mit meinen überein. Frauen machten sich häufiger Selbstvorwürfe im Vergleich zu Männern. Dieses war bei meiner Literatur Recherche in drei Studien der Fall. Diese Frauen waren entweder chronisch niereninsuffizient, On-Call-Arbeiterinnen oder Zahnmedizinstudentinnen aus der Türkei, Australien, Chile. Selbstvorwürfe und Selbstkritik zeigen eher Frauen, Männer favorisieren eher Schuldverweigerung. Eine Erklärung dieses Phänomens sprengt den Rahmen dieser Diplomarbeit und kann nur angedeutet werden. Eine chronische Niereninsuffizienz könnte Folge eines Analgetika Missbrauchs sein. Zahnmedizinstudentinnen könnten sich mangelnde Prüfungsvorbereitung beispielsweise vorwerfen angesichts einer anstehenden Prüfung. On-Call-Arbeiterinnen könnten sich Inkompetenz vorwerfen angesichts unzufriedener Kunden.

Meine Ergebnisse stimmen bezüglich des „positive reappraisal“ mit denen von Hussain &

Bushan (2011) (104) überein. Frauen wandten es häufiger an als Männer. Es waren Alkoholikerinnen, Trainee-Lehrerinnen, Panikpatientinnen. Eine positive Neubewertung der Situation vermag günstigere Bedingungen zur Bewältigung einer stressigen Situation zu verschaffen. Sie kann Ressourcen verdeutlichen.

Khamis (1998) erwähnte „positive reframing“ bei der Untersuchung von 305 Frauen in palästinensischen Gebieten als Bewältigungsmethode, es fehlen Angaben über die Häufigkeitsverteilung (97). Laut meiner Literatur Recherche wandten es häufiger Frauen an. Wie die positive Neubewertung kann „positive reframing“ Ressourcen verdeutlichen.

Hussain & Bushan (2011) kam zu dem Ergebnis, dass Frauen häufiger als Männer ihre Situation akzeptierten (104). Laut meiner Literatur Recherche akzeptierten Männer in fünf Studien häufiger ihre Situation im Vergleich zu Frauen. In vier anderen Studien wurde diese Bewältigungsmethode von Frauen favorisiert. Hiermit sind die Ergebnisse meiner Literatur Recherche konträr zu denen von Hussain & Bushan.

Trainee-Lehrer in Brunei, an HIV erkrankte Männer, Zahnmedizinstudenten aus der Türkei, an Panik Leidende, Veteranen akzeptierten ihre Situation, sie hätten gelernt, damit zu leben, sie hätten sich mit der Situation arrangiert.

Bryce et al. (1986b) (94) stellten bei 192 palästinensischen weiblichen Flüchtlingen fest, dass logische Analyse hier am häufigsten eingesetzt wurde. Das ist konform zu meinen Ergebnissen, wonach Frauen in einer Studie häufiger logische Analyse anwandten im Vergleich zu Männern. Hierbei handelte es sich um Alkoholikerinnen. Alkoholikerinnen neigten auch zur Planung. So könnten beispielsweise Alkoholikerinnen, die ihre Sucht verborgen halten möchten logische Analyse anwenden, um diesem Umstand gerecht zu werden.

Bei der Betrachtung von Flucht wiesen Kassam & Nanji (2006) (91) bei der Untersuchung von 61 afghanischen Flüchtlingen in Pakistan daraufhin, dass eine temporäre Flucht aus dem Camp stattfand, er konnte jedoch keine konkreten Angaben über die Häufigkeitsverteilung bei beiden Geschlechtern machen. Fluchttendenzen wurden laut meiner Literatur Recherche von Frauen häufiger favorisiert. In einer Studie war die Fluchtvermeidung bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Die Studie untersuchte Panikpatienten/-innen. Flucht aus dem Camp kann jedoch nicht mit Flucht Tendenzen gleichgesetzt werden. Flucht aus dem Camp könnte als eine Auszeit verstanden werden, Flucht Tendenzen hingegen bedeutet Flucht vor einer stressigen Situation.

Generell lässt sich eine allgemeine Aussage über das Coping Verhalten von Frauen und Männern aus meiner Literatur Recherche nicht ohne weiteres ableiten, da das Kollektiv der einzelnen Studien über die verschiedenen Coping Mechanismen klein war.

Hierin liegt eine Limitation meiner Ergebnisse. Weitere Untersuchungen in der Zukunft würden eine große Chance bieten, das zu leisten.

Laut meiner Literatur Recherche überwiegt bei Frauen als Bewältigungsstrategie das aktive Coping sowie der „social support“. Darunter ist emotionale und instrumentelle Unterstützung gemeint, wie etwa durch Behörden. So könnte man im Rahmen eines Gesundheitsprogramms psychologische Gesprächstherapie anbieten oder die Errichtung von Selbsthilfegruppen, in der Probleme besprochen werden und Erfahrungen ausgetauscht werden. Genauer wird im weiteren Text eingegangen.

Bei der instrumentellen Unterstützung könnten Sozialarbeiter, die etwa bei den Behördengängen unterstützen, eingesetzt werden.

Das „positive reframing“, „positive reappraisal“ könnte durch Psychologen oder in Selbsthilfegruppen verstärkt werden. Die positive Neubewertung einer Situation könnte Ressourcen freilegen, die die Bewältigung sehr erleichtern.

„Self-distraction“ ist bei den Frauen als Bewältigungsmethode besonders wichtig. So könnten Freizeitangebote, die kostenlos oder preisgünstig sind, angeboten werden, um den Frauen eine vorübergehende Pause innerhalb des Spannungsfeldes zu ermöglichen.

Um das Bedürfnis der Frauen nach Religion zu decken, könnten sich Gruppen zum gemeinsamen Gottesdienst oder gemeinschaftlichen Gebet formieren oder es könnten in den Medien entsprechende Sendungen angeboten werden.

Durch Anbietung von sozialer Unterstützung könnten konkrete Lösungen dazu beitragen, dass Selbstvorwürfe weichen.

Bei beiden Vorschlägen handelt es sich um eine individuelle Herangehensweise. Die psychologische Gesprächstherapie könnte zur Realisierung des Problems sowie zur Erkennung von Ressourcen führen und damit die Bewältigung erleichtern. Selbsthilfegruppen können individuell die Besprechung von Problemen anhand von konkreten Fragen gewährleisten. Die Erfahrung von Betroffenen stellt ein wichtiges Kriterium dar.

Forscher der Vergleichsliteratur untersuchten ein homogenes Kollektiv. Diese setzte sich meistens aus Flüchtlingen zusammen. Die Stichproben der Studien meiner Literatur Recherche setzte sich beispielsweise aus Ärzten/Ärztinnen, Alkoholikern/Alkoholikerinnen oder Schmerzpatienten/Schmerzpatientinnen usw. zusammen.

Das wäre selbstkritisch anzumerken. Auch wenn eine Strukturgleichheit dadurch gegeben war, dass ein gewisses Alter und das jeweilige Geschlecht bei der Auswahl berücksichtigt worden waren, so bleibt eine gewisse Unsicherheit diesbezüglich bestehen.

---

Das stellt auch eine Limitation meiner Ergebnisse dar.

Männer bevorzugten laut meiner Literatur Recherche „substance use“, Humor, Vermeidung, Schuldverweigerung.

Gesundheitskampagnen könnten Männer für die gesundheitliche Risiken sensibilisieren, gleichzeitig könnten Themen, wie anonyme Alkoholiker enttabuisiert werden und damit ein Zugang erleichtert werden.

Eine höhere Steuer auf alkoholische Getränke und Tabak könnte evtl. zu einem Rückgang des Konsums führen. Alternativ zur Tabaksteuer könnte der Einsatz von e-Zigarette mehr Popularität gelangen und die Erreichung des Nichtraucherstatus ermöglichen. Allerdings liegen über die Risiken der e-Zigarette keine endgültigen wissenschaftlichen Ergebnisse vor. Sie enthält Nikotin und Giftstoffe.

Die Akupunktur wäre eine Alternative zur e-Zigarette, wenn deren Kosten von den Gesundheitskassen größtenteils übernommen oder sie gänzlich in deren Leistungskatalog aufgenommen werden würden (107).

Die Vermeidung und Schuldverweigerung der Männer könnten z.B. mit psychologischer Hilfe überwunden werden. Eine Übernahme solcher Leistungen in den Leistungskatalog der Krankenkassen wäre eine Möglichkeit zur Minderung bzw. Behebung dieses Verhaltens.

Eine interessante Frage ist, warum Männer und Frauen unterschiedliche Coping Strategien einsetzen. Möglicherweise spielt Erziehung eine Rolle oder das Verständnis der Frauen und die Männerrolle in der Gesellschaft, auch die Persönlichkeit des Einzelnen darf nicht außer Acht gelassen werden.

Die Beantwortung dieser Frage erfordert Fachwissen von Psychologen und Soziologen, sie würde den Rahmen dieser Diplomarbeit definitiv sprengen. Das Kollektiv der ersten Fragestellung umfasste knapp 10000 Studienteilnehmer/-innen, das Kollektiv der zweiten über 400.000. Diese Tatsache erlaubt dennoch keine Aussage darüber, wie Frauen und Männer allgemein bewältigen.

Dazu müssten weitere Studien durchgeführt werden.

Darin liegt die Limitation dieser Diplomarbeit.

Sie kann dennoch eine gewisse Hilfestellung bei der Erstellung von Gesundheitsprogramm-en sein.

Eine weitere Limitation dieser Diplomarbeit besteht darin, dass sich die Kollektive der einzelnen Studien unterschiedlich zusammensetzten. Es wurden jeweils unterschiedliche Berufsgruppen beispielsweise bezüglich ihres Coping Verhaltens untersucht. Es war keine Strukturgleichheit gewährleistet.

## 11.2 Zweite Fragestellung

Bryce et al. (1989a) (94) fanden bei der Untersuchung von 152 Müttern, die Konflikt betroffen waren, dass höhere Bildung und Einkommen negativ mit „denial“ korrelierten.

Eine genaue Aussage bezüglich dieser Bewältigungsmethode bei den jeweiligen Gesellschaftsklassen fehlt.

Laut meiner Literatur Recherche lässt sich festhalten, dass Menschen, die der Unterschicht angehörten, „avoidance“, „denial“ häufiger einsetzten, dagegen weniger „problem solving“. Das Angebot von psychologischen Gesprächen könnte den Menschen frühzeitig ihr Verhalten widerspiegeln. Darüber hinaus könnten dadurch Ressourcen erfolgreich aufgezeigt werden. Soziale Projekte könnten gezielt Wege aufzeigen, um ein erfolgreiches „problem solving“ zu gewährleisten. Das würde zur Stressreduktion bei den Menschen schwacher sozialer Schichten führen und damit psychischen und kardiovaskulären Erkrankungen vorbeugen. Die Inanspruchnahme von Psychologen müsste in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden.

Punamaki et al. (2008) (95) fanden bei der Untersuchung von 92 männlichen Rückkehrern in den Gazastreifen, dass eine negative Assoziation zwischen sozialer Zugehörigkeit und „avoidance“ und „denial“ bestand. Anders ausgedrückt, je niedriger das Gefühl der sozialen Zugehörigkeit war, je unsicherer der soziale Status der Rückkehrer war, desto eher wurde „avoidance“ und „denial“ eingesetzt. Auch hier fehlen genaue Aussagen in den verschiedenen Gesellschaftsschichten.

Für Menschen der untersten Gesellschaftsschicht sind sehr häufig ihre finanziellen Ressourcen unzureichend. Die Konsequenz hieraus ist, dass sie zum einen nicht über die finanziellen Mittel verfügen, sich einer Herausforderung, einem Problem zu stellen, dessen Lösung an Geldausgaben geknüpft ist. Hingegen verfügen die Mittel- und Oberschicht sehr häufig über finanzielle Rücklagen, die dieses gewährleisten.

Zum anderen ist der Zugang zu Informationen für arme Menschen sehr schwierig, wenn nicht unmöglich. Honorare von Experten als Anlaufstelle stellen häufig eine unüberwindbare Barriere für arme Menschen dar. Ehrenamtlich eingesetzte Fachkräfte z.B. könnten hier Abhilfe schaffen.

Die logische Konsequenz hieraus ist, dass „problematische Situationen“ von armen Menschen vermieden werden.

Farhood (1999) (106) fand bei der Untersuchung von 438 Konflikt betroffenen Familien in Libanon heraus, dass die Anwendung von kognitivem Coping mit höherer Bildung und wirtschaftlichem Status assoziiert war. Das entspricht den Ergebnissen meiner Literatur

Recherche. Konkret hatten „degree“ Absolventen im Vergleich zu „high school“ Absolventen höhere Scores für Planung. Studenten/-innen lernen, ihren Alltag zu planen, um den Anforderungen des Studiums gerecht zu werden und das Studium erfolgreich zu absolvieren. Punamaki et al. (2008) (95) stellten weiterhin fest, dass soziale Zugehörigkeit positiv assoziiert war mit aktivem, konstruktivem und emotionsfokussiertem Coping.

Weiterhin fanden Punamaki et al. (1986) (95) bei der Untersuchung von 174 Konflikt betroffenen Frauen heraus, dass Frauen politische Aktivität als Coping Strategie einsetzten, die eine gute Bildung hatten, berufstätig waren und einer hohen sozialen Gesellschaftsschicht angehörten, weniger als 7 Kinder hatten und keine palästinensischen Flüchtlinge ab 1948 waren. Politische Aktivität kann die Folge von politischen Missständen in einer Gesellschaft sein. Man versucht die hieraus resultierende Frustration durch politische Aktivität zu bewältigen. Politische Aktivität kann als eine Form des aktiven Coping und des „problem solving“ aufgefasst werden. Die Ergebnisse Punamakis & al. entsprechen den Ergebnissen meiner Literatur Recherche. Konkret lässt sich gemäß diesen festhalten, dass je höher der sozioökonomische Status war, umso weniger „avoidance coping“ angewandt wurde. Im Umkehrschluss heißt es, dass je höher der sozioökonomische Status war, umso mehr durch aktive Tätigkeit bewältigt wurde.

Laut meinen Ergebnissen wandten Menschen, die der Unterschicht angehörten, „problem solving“ am seltensten an, insbesondere Frauen. „Problem solving“ ist eine Form des aktiven Coping.

Das Aktivwerden in der Problemlösung erfordert häufig die entsprechende finanzielle Situation, die die richtigen Schritte in die richtige Richtung ermöglicht, um ein Problem erfolgreich zu beheben. Andernfalls ist es ein fatalistischer, blinder Aktionismus, der nutzlos ist. Wie bereits weiter oben unter „denial“ und „avoidance“ dargelegt, kann das Aktivwerden für die unterste soziale Schicht unrealistisch sein. Laut meiner Literatur Recherche nahmen Menschen mit höherem SES-Unterstützung durch Familie, Freunde oder Partner häufiger an. Soziale Schichten mit niedrigem SES zeigten sich dagegen scheu diesbezüglich. Mehr Unterstützung bedeutete weniger wahrgenommenen Stress. Das steht im Widerspruch zu den Ergebnissen von Kassam & Nanji (91), Bryce et al. (94), Ahern et al. (96), Khamis et al. (97), Klaric et al. (98), Usta, Farver & Zein (101), Hardgrove (102), Sousa (103), die ausschließlich Flüchtlinge oder Rückkehrer in armen Gebieten untersuchten.

Hinsichtlich des maladaptiven Coping zeigten Männer der Mittelschicht einen höheren Alkoholkonsum im Vergleich zu den Frauen der Mittelschicht, wenn sie einer konkreten Stresssituation ausgesetzt waren, z.B. eine Jobunsicherheit bestand. Hier könnten Angebote der psychologischen Gesprächsführung die Menschen für ihr Fehlverhalten sensibilisieren und Alternativen anbieten, wie z.B. Sport. Eine Prävention von Kardiovaskulären oder psychischen

Erkrankungen wäre dadurch möglich. Menschen, die der Unterschicht angehörten, neigten eher zu stressbedingtem Essen. Aber auch Männer mit akademischen Abschlüssen neigten zu letzterem laut meiner Recherche. Psychologische Gesprächsführung oder Gesprächstherapie mit Diätassistenten könnten die Menschen für ihr Fehlverhalten sensibilisieren und sie diesbezüglich beraten.

Gemäß meiner Literatur Recherche kam in einer Studie das „venting“ bei Vertretern der Unterschicht öfter zum Einsatz. Meine Ergebnisse konnten nicht mit denen anderer Autoren verglichen werden, da ich keine Vergleichsliteratur diesbezüglich gefunden habe. Es scheint so zu sein, dass Menschen der Mittel- oder Oberschicht eher ihre negativen Gefühle kontrollieren und nicht zum Ausdruck bringen, sei es, dass man aufgrund eines Berufsbildes diese Kontrolle erlernt hat oder im Rahmen der beruflichen Ausbildung sich diese angeeignet hat.

„Planning“ setzten hingegen eher Personen mit höherer Bildung laut meinen Ergebnissen ein. Das entspricht den Ergebnissen anderer Forscher, hier sei auf Punamaki et al. (1986) verwiesen.

Eine gute finanzielle Rücklage, wie sie meist in der Mittel- und Oberschicht vorhanden ist, erlaubt eine umfassende Analyse des Problems und eine sorgfältige Planung zu dessen Lösung. Dadurch, dass diese Schichten einem höheren Informationspotential zugänglich sind, ist einerseits eine entsprechende Planung einfacher andererseits die Beanspruchung von zielführender Hilfe möglich. Auch Alkoholikerinnen planen, so könnte es sich um möglicherweise Schritte zur Vermeidung der Offenbarung der Sucht handeln.

Laut meiner Literatur Recherche führte eine kurze örtliche Distanz zu engen Vertrauten in der Mittelschicht zur Stressreduktion. Dieses Ergebnis sollte nicht so missverstanden werden, dass nur oder hauptsächlich die Mittelschicht auf dieses zurückgriff. Es ist vielmehr auf das untersuchte Kollektiv zurückzuführen. Konkret wurde die Mittelschicht in der Studie untersucht. So könnte der Erwerb eines günstigen Zugtickets, wie z.B. in Deutschland das sogenannte 49-Euro Ticket, entsprechend helfen, die Vertrauten schnell zu erreichen. Die dadurch einsetzende Stressreduktion würde zur Vorbeugung von Herz- und Kreislauferkrankungen sowie psychischen Erkrankungen führen.

Die Mittel- und Oberschicht setzten laut meiner Literatur Recherche soziale Unterstützung, Planung, kognitives Coping ein. Bei entsprechenden finanziellen Ressourcen lässt sich eine gezielte Planung zur Problemlösung einfacher umsetzen. Zu diesem Ergebnis kam Pomanaki et al. (1986).

Laut meiner Literatur Recherche korrelierten soziale Unterstützung, Optimismus und „problem engagement“ mit einer positiven Grundstimmung in einer Studie. Darin hatten die meisten untersuchten Menschen einen College- bzw. einen Universitätsabschluss. Ich konnte meine Ergebnisse nicht mit denen anderer Autoren vergleichen, da ich keine entsprechende

Vergleichsliteratur finden konnte.

Meine Literatur Recherche ließ laut einer Studie den Schluss zu, dass ein höheres Haushaltseinkommen oder Religiosität/Spiritualität mit einem geringeren Ausmaß an Aggression einhergingen. Ein Vergleich mit anderen Autoren konnte diesbezüglich nicht vorgenommen werden, da sich keine geeignete Literatur finden ließ. Eine gute finanzielle Situation schafft Gelassenheit gegenüber Stressoren, solange die Situation überschaubar für den Betroffenen bleibt, sie verschafft Gewissheit, das Problem lösen zu können.

Die Bewältigung durch körperliche Aktivität wurde gemäß meiner Literatur Recherche in geringem Maß eingesetzt. In dieser Studie gehörten die meisten untersuchten Studenten der Unterschicht an, gefolgt von der Oberschicht. Eine mögliche Erklärung wäre, dass beispielsweise Studenten aus der Unterschicht ihren Lebensunterhalt teilweise oder gänzlich durch die Ausübung eines Jobs bestreiten müssten und folglich aus Zeitmangel auf solche Aktivitäten verzichteten.

Aus meiner Literatur Recherche ließ sich gemäß einer Studie feststellen, dass Frauen der Unterschicht häufig „ihren Ärger freien Lauf lassen“, das sogenannte „angry out“ Verhalten. Der Begriff „venting“ beschreibt dieses Verhalten gut.

Wie bereits ausgeführt, wäre eine mögliche Erklärung für dieses Verhalten, dass im Rahmen einer höheren beruflichen Qualifikation Selbstkontrolle erlernt werden kann. Das „angry out“ Verhalten findet in unserer Gesellschaft keine Akzeptanz, insbesondere nicht in höheren sozialen Schichten.

„Positive reappraisal“ wandten gemäß einer Studie meiner Literatur Recherche höhere Gesellschaftsschichten an. Eine schlechte finanzielle Situation könnte ein möglicher Grund sein, dass arme Menschen ihre Situation negativ und als ausweglos erlebten. Eine mögliche Folge könnte eine Situationsvermeidung sein. Ein Vergleich mit anderen Autoren konnte ich nicht vornehmen, da sich keine entsprechende Vergleichsliteratur finden ließ.

Gemäß meiner Literatur Recherche ließ sich festhalten, dass handlungsorientierte Aktivitäten, um abgelenkt zu werden, positives Denken, Wissenserwerb, sowie „weinen“, „ignorieren“, „sich ärgern“ häufig von pflegenden Angehörigen schizophrener Patienten/-innen als Bewältigungsstrategien angewandt wurden. Sie gehörten größtenteils der Unterschicht an. Ihre Bewältigungsmethoden lassen sich gut mit den Begriffen „self-distraction“ und „denial“ gut umschreiben.

Eine Verallgemeinerung bezüglich des Coping Verhaltens einer bestimmten sozialen Schicht ist aufgrund dieser Studie nicht zulässig, da das Kollektiv der Studie klein war. Die Stichprobengröße der zweiten Fragestellung umfasste knapp 480000 Personen. Da es sich bei den jeweiligen Studien um unterschiedliche Studien mit jeweils unterschiedlichen

Kollektiven handelt, kann eine allgemein endgültige Aussage über das Coping Verhalten der einzelnen sozialen Schichten nicht hergeleitet werden.

Darin liegt die Limitation dieser Diplomarbeit.

Um diese Frage beantworten zu können, müssten in Zukunft mehr Studien durchgeführt werden. Entsprechend der ersten Fragestellung gilt auch für die zweite, dass meine Ergebnisse eine gewisse Hilfestellung bieten können bei der Erstellung von Gesundheitsprogrammen.

Eine weitere Limitation dieser Diplomarbeit besteht darin, dass eine Strukturgleichheit nicht gewährleistet ist. Das Kollektiv der einzelnen Studien war jeweils unterschiedlich. Es wurden z.B. Ärzte/Ärztinnen, Patienten/Patientinnen, pflegende Angehörige jeweils untersucht. Im Appendix des Artikels 89 untersuchten die Autoren größtenteils Flüchtlinge oder geflüchtete Rückkehrer.

Ob eine bestimmte Gesellschaftsschicht für eine bestimmte Erkrankung prädestiniert ist, kann nicht abschließend beantwortet werden, weil insuffizientes Coping zum empfundenen Disstress führt, was wiederum sowohl psychische Erkrankungen wie Depressionen oder somatische Erkrankungen wie Herzinfarkt, zur Folge haben kann.

## Literaturverzeichnis

1. Brand M, Mezger F. Zentrale Theorien zur Stressentstehung [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: <https://docplayer.org/24739347-Zentrale-theorien-zur-stressentstehung.html>.
2. Menche N [Hrsg.]. PFLEGE HEUTE. 4. Aufl. München, Urban & Fischer Verlag. 2007.
3. Angerer P [Hrsg.] & Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft. Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. Heidelberg [u.a]: Ecomed Medizin.
4. Richard Lazarus (1922 – 2002): Theorien zur Stressbewältigung – Deutsches Ärzteblatt [zuletzt geprüft am 28.07.2025]. verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de>.
5. Bangkok Charta for Health Promotion in a Globalized World – WHO [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter>.
6. Herz-Kreislauf-Krankheiten. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: [https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/gesundheit/volkskrankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen/herz-kreislauf-erkrankungen\\_node.html](https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/gesundheit/volkskrankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen/herz-kreislauf-erkrankungen_node.html).
7. Chronischer Stress: Ängste und Depressionen können... - Deutsches Ärzteblatt [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/132456/Chronischer-Stress-Aengste-und-Depressionen-koennen-Leben-verkuerzen>.
8. Gesundheit am Arbeitsplatz: Wie Stress im Beruf das Herz...- Deutsches Ärzteblatt [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/172007/Gesundheit-am-Arbeitsplatz-Wie-Stress-im-Beruf-das-Herz-schaedigt>.
9. Psychische Belastung in der Schwangerschaft stört... - Frauenärzte im Netz [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: <https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/aktuelles/meldung/psychische-belastung-in-der-schwangerschaft-stoert-geistige-entwicklung-des-kindes/>.
10. Van der Meer M, Rolls A, Baumans V, Olivier B, van Zutphen L. F. Use of score sheets for welfare assessment of transgenic mice. *Lab Anim.* 2001 Oct; 35(4): 379 - 389. <https://doi.org/10.1258/0023677011911859>.

11. Thorakkal Shamim. Nurke's model of vicious circle of poverty theory: Is it applicable for dental profession in India. *J Family Med Prim Care* 2022 Mar 10;11(3):1221-1222.
12. Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level: Why More Equal Societies Do Better: *Local Economy* January 2020; 24(8): 705-706.doi:1080/02690940903367991.
13. Demographisches Jahrbuch 2020.Statistics Austria. [Internet] [zuletzt geprüft am 28.07.2025] verfügbar unter: <https://www.statistics.at> > services > publikationen > detail.
14. Harburg E, Blakelock EH, Roeper PR. Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: *Detroit Psychosom Med*1979 May; 413:189-202. doi: 10.1097/00006842-197905000-00002.
15. Coping Orientation to Problems Experienced - NovoPsych [Internet] [zuletzt geprüft am 14.06.2024] verfügbar unter: <https://novopsych.com.au/assessments/formulation/brief-cope/>.
16. Abraham L, Thom O, Greenslade J, Wallis M, Johnston A, Eric Carlström E, Mills D, Crilly J. Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments. *Emerg Med Australas* 2018 Jun; 303:375-381.
17. Hawthorne D M, Youngblut J M, Brooten D. Use of spiritual coping strategies by gender, race/ethnicity, and religion at 1 and 3 months after infant's/child's intensive care unit death. *J Am Assoc Nurse Pract* 2017 Oct; 2910:591-599.
18. Goghari V, Shakeel M, Swan J, Kim H, Sharif-Razi M, Hodgins D. A family study of Trauma and coping strategies in Gambling. *Disorder J Gambl Stud.* 2020 Sep;363:767-782. doi: 10.1007/s10899-020-09963-0.
19. Serafim de Barros A, Furlan AER, Marques LHN, de Araújo Filho GM. Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior.* Volume 82, May 2018, Pages 1-5.
20. Gurvich C, Thomas N, Thomas EH, Hudaib AR, Sood L, Fabiato K, Sutton K, Isaacs A, Arunogiri S, Sharp G, Kulkarni J. Coping styles and mental health in response to societal changes during COVID-19 Pandemic. *Int J Soc Psychiatry.* 2021 Aug; 675:540-549. doi: 10.1177/0020764020961790.
21. Sand M, Hessam S, Sand D, Bechara FG, Vorstius C, Bromba M, Stockfleth E, Shiue I. Stress coping styles of 459 emergency care physicians in Germany. A pilot study. *An- aesthesist* 2016 Nov; 6511:841-846.

22. The Health Professions Stress and Coping Scale- Research Gate. [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/325348513\\_The\\_Health\\_Professions\\_Stress\\_and\\_Coping\\_Scale\\_A\\_preliminary\\_study\\_of\\_a\\_new\\_instrument\\_to\\_assess\\_stress\\_and\\_coping\\_strategies\\_in\\_health\\_professions](https://www.researchgate.net/publication/325348513_The_Health_Professions_Stress_and_Coping_Scale_A_preliminary_study_of_a_new_instrument_to_assess_stress_and_coping_strategies_in_health_professions).
23. Casu G, Zaia V, do Carmo Fernandes Martins M, Parente Barbosa C, Gremigni P. A dyadic mediation study on social support, coping, and stress among couples starting fertility treatment. *J Fam Psychol*. 2019 Apr; 333:315-326.
24. van Velzen G, Huygen F, van Kleef M, van Eijs F, Marinus J, van Hilten J. Sex matters in complex regional pain syndrome. *Eur J Pain*. 2019 Jul; 236:1108-1116.
25. Carlsen K, Phan BL, Pittman N, Benkov K, Dubinsky MC, Keefer L. Coping among parents of teens with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Nurs*. 2019 Jul-Aug; 424:342-350.
26. van Knippenberg R, de Vugt M, Ponds R, Verhey F, Myin-Germeys I. Emotional reactivity to daily life stress in spousal caregivers of people with dementia: An experience sampling study. *PLoS One*. 2018 Apr 4; 134:e0194118. doi: 10.1371/journal.pone.0194118.
27. Mundia L. How brunei trainee teachers cope with distress:counseling implications. *BMC Res Notes* 2017 Nov 14; 101:596. doi: 10.1186/s13104-017-2922-0.
28. Büssing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia DR, Poier D. Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms . *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 10; 171:551. doi: 10.1186/s12913-017-2445-3.
29. Simplified Coping Style Questionnaire (SCSQ)-Bio-protocol [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024] verfügbar unter: [bio-protocol.https:// bio-protocol org > bio 101](https://bio-protocol.org/bio101).
30. Antonovsky - Theorie und Praxis der Salutogenese-Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Verfügbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-2-2008-Reinshagen.pdf>.
31. Rotter J B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*.1996; 80(1):1-28.
32. RSQ-D – Manual- Testzentrale [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024] verfügbar unter: [https://www.testzentrale.de > shop > manual – 48425](https://www.testzentrale.de/shop/manual-48425).

33. Kim MK, Kim JS, Park HI, Choi SW, Oh WJ, Seok JH. Early life stress, resilience and emotional dysregulation in major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *J Affect Disord* 2018 Aug 15;113-119. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.119.
34. Roohafza H, Sadeghi M, Shirani S, Bahonar A, Mackie M, Sarafzadegan N. Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *Croat Med J*.2009 Aug; 504:380-6. doi: 10.3325/cmj.2009.50.380.
35. Koushede V, Holstein BE, Andersen A, Hansen EB. Stress and medicine use for headache: does sense of coherence modify the association? *Eur J Public Health*. 2011 Oct; 215: 656-61. doi: 10.1093/eurpub/ckq077.
36. Steptoe A. Positive affect and psychosocial processes related to health *Br J Psychol* 2008 May; 99Pt 2: 211-27. doi: 10.1111/j.2044-8295.2008.tb00474.x.
37. Laitinen J, Ek E, Sovio U. Stressrelated eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Prev Med*. 2002 Jan; 341:29-39. doi: 10.1006/pmed.2001.0948.
38. Curran E, Perra O, Rosato M, Ferry F, Leavey G. Complex childhood trauma, gender and depression: Patterns and correlates of help-seeking and maladaptive coping. *Journal of Affective Disorders*. Volume 292, 1 September 2021, 603-613.
39. Brookings J B, Bolton B. Confirmatory factor analysis of the Interpersonal Support evaluation List. *Am J Community Psycho*.1988 Febr; 16(1):137-47. Doi:1007/BF00906076
40. Gallagher DE, Thompson LW, Peterson JA. Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly. *Int J Aging Hum Dev*. 1981. PMID: 7044992 Review.
41. Shen BJ, Takeuchi DT. A structural model of acculturation and mental health status among Chinese Americans. *Am J Community Psychol*.2001 Jun; 293:387-418. doi: 10.1023/A:1010338413293.
42. Smith Slep AM, Foran HM, Heyman RE, Snarr JD. Unique risk and protective factors for partner aggression in a large scale air force survey. *J Community Health*. 2010 Aug; 354:375-83. doi: 10.1007/s10900-010-9264-3.
43. Schmeelk-Cone KH, Zimmerman MA, Abelson JL. The Buffering Effects of Active Coping on the Relationship Between SES and Cortisol Among African American Young Adults. *Behavioral Medicine*, 29:2, 85-94. doi: 10.1080/08964280309596061.

- 
44. Cruz SY, Fabián C, Pagán I, Ríos JL, González AM, Betancourt J, González MJ, Rivera-Soto WT, Palacios C. Physical activity and its associations with sociodemographic characteristics, dietary patterns, and perceived academic stress in students attending college in Puerto Rico. *P R Health Sci J*.2013 Mar; 321:44-50.
  45. BMI-Rechner-Adipositas Gesellschaft [Internet] [zuletzt geprüft am 06.06.2024]. verfügbar unter: <https://adipositas-gesellschaft.de/bmi/>.
  46. Problemanalyse-Dorsch-Lexikon der Psychologie [Internet] [zuletzt geprüft am 06.06.2024]. verfügbar unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/problemanalyse>.
  47. Gadalla TM. Sense of mastery, social support, and health in elderly Canadians. *J Aging Health*. 2009 Jun; 214:581-95. doi: 10.1177/0898264309333318.
  48. Gadalla TM. The role of mastery and social support in the association between life stressors and psychological distress in older Canadians. *J Gerontol Soc Work* . 2010 Aug; 536:512-30. doi: 10.1080/01634372.2010.490691.
  49. Feng X, Thomas Astell-Burt T. What types of social interactions reduce the risk of psychological distress? Fixed effects longitudinal analysis of a cohort of 30,271 middle-to-older aged Australians. *J Affect Disord*. 2016 Nov 1; 204:99-102.doi: 10.1016/j.jad.2016.06.041.
  50. Xu J, He Y. Psychological health and coping strategy among survivors in the year following the 2008 Wenchuan earthquake *Psychiatry Clin Neurosci*2012 Apr; 663:210-9.doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02331.x.
  51. Lee C, Tsenkova V, Carr D. Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women *Soc Sci Med*.2014 Mar; 105:122-30.doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.017.
  52. Christensen U, Schmidt L, Hougaard CO, Kriegbaum M, Holstein BE. Socioeconomic position and variations in coping strategies in musculoskeletal pain: a cross-sectional study of 1,287 40- and 50-year-old men and women. *Rehabil Med*. 2006 Sep; 385:316-21.
  53. Steptoe A, Marmot M. Burden of psychosocial adversity and vulnerability in middle age: associations with biobehavioral risk factors and quality of life .*Psychosom Med*.2003 Nov-Dec; 656:102937.doi.10.1097/01.psy.0000097347.57237.2d.
  54. Esther Colell E, Sanchez-Niubo A, Ferrer M, Domingo-Salvany A. Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. Testing a model of mediating factors. *Int J Drug Policy*. 2016 Nov; 37:21-30.doi: 10.1016/j.drugpo.2016.07.002.

- 
55. Shimano C, Hara M, Nishida Y, Nanri H, Otsuka Y, Nakamura K, Higaki Y, Imaizumi T, Taguchi N, Sakamoto T, Horita M, Shinchi K, Tanaka K. Perceived stress and coping strategies in relation to body mass index: cross-sectional study of 12,045 Japanese men and women. *PLoS One*. 2015 Feb 12;102:e0118105. doi: 10.1371/journal.pone.0118105.
56. Item (Test) - Wikipedia [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter: [https://de.wikipedia.org/wiki/Item\\_\(Test\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Item_(Test)).
57. Gemmell LA, Terhorst L, Jhamb M, Unruh M, Myaskovsky L, Kester L, Steel J. Gender and Racial Differences in Stress, Coping, and Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease. *J Pain Symptom Manage* 2016 Dec; 526, 806-812.
58. Rzesutek M. Health-related quality of life and coping strategies among people living with HIV: the moderating role of gender. *Arch Womens Ment Health*. 2018 Jun; 213:247-257. doi: 10.1007/s00737-017-0801-2.
59. Hamid A, Musa SA. The mediating effects of coping strategies on the relationship between secondary traumatic stress and burnout in professional caregivers in the UAE. *J Ment Health* . 2017 Feb; 261:28-35. doi: 10.1080/09638237.2016.1244714.
60. Ersan N, Fişekçioğlu E, Dölekoğlu S, Oktay I, İlgüy D. Perceived sources and levels of stress, general self-efficacy and coping strategies in clinical dental students. *Psychol Health Med* 2017 Dec;2210:1175-1185.
61. Gambetta-Tessini K, Mariño R, Morgan M, Anderson V. Coping strategies and the salutogenetic Model in future oral health professionals. *BMC Med Educ*. 2016 Aug 26;161:224.
62. Scuri S, Petrelli F, Nguyen TTC, Grappasonni I. Training to improve resilience and coping to monitor PTSD in rescue workers. *J Prev Med Hyg*. 2019 Mar 29; 601:E58-E63. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.1.1134.
63. Rubio L, Dumitrache C, Cordon-Pozo E, Rubio-Herrera R. Coping: Impact of Gender and Stressful Life Events in Middle and in Old Age. *Clin Gerontol* . 2016 Oct-Dec; 395:468-488. doi: 10.1080/07317115.2015.1132290.
64. Crilly J, Greenslade JH, Johnston A, Carlström E, Thom O, Abraham L, Mills D, Wallis M. Staff perceptions of the emergency department working environment: An international cross-sectional survey. *Emerg Med Australas* 2019 Dec; 316:1082-1091. doi: 10.1111/1742-6723.13325.
65. Caruso R, Miazza D, Berzolari FG, Grugnetti M, Lichosik D, Arrigoni C. Gender differences among cancer nurses' stress perception and coping: an Italian single centre observational study. *G Ital Med Lav Ergon* 2017 Nov; 392:93-99.

- 
66. Cerea S, Bottesi G, Grisham JR, Vieno A, Ghisi M. Dispositional and situational coping among individuals with alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2017 Sep; 80:79-87. doi: 10.1016/j.jsat.2017.07.004.
67. Carr D. Mental health of older widows and widowers: which coping strategies are most protective? *Aging Ment Health* 2020 Feb; 242:291-299.
68. Baumstarck K, Alessandrini M, Hamidou Z, Auquier P, Leroy T, Boyer L. Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health Qual Life Outcomes* . 2017 Jan 11; 151:8.doi:10.1186/s12955-016-0581-9.
69. Trolle N, Lund T, Winding TN, Labriola M. Perceived stress among 20-21 year-olds and their future labour market participation - an eight-year follow-up study. *BMC Public Health*. 2017 Mar 31; 171:287. doi: 10.1186/s12889-017-4179-x.
70. Roberts B, Vincent GE, Ferguson SA, Reynolds AC, Jay SM. Understanding the Differing Impacts of On-Call Work for Males and Females: Results from an Online Survey. *Int J Environ Res Public Health* . 2019 Jan 29; 163:370. doi: 10.3390/ijerph16030370.
71. Liddon L, Kingerlee R, Barry JA. Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *Br J Clin Psychol* 2018 Mar; 571:42-58. doi: 10.1111/bjc.12147.
72. Kim JE, Song IH, Lee SH. Gender Differences of Stressful Life Events, Coping Style, Symptom Severity, and Health-Related Quality of Life in Patients With Panic Disorder *J Nerv Ment Dis* 2017 Sep; 2059:714-719. doi: 10.1097/NMD.0000000000000696.
73. Sih DA, Bimerew M, Modeste RM. Coping strategies of mothers with preterm babies admitted in a public hospital in Cape Town. *Curationis*. 2019 Oct 1; 421:e1-e8. doi: 10.4102/curationis.v42i1.1872.
74. Gobin RL, Strauss JL, Golshan S, Allard CB, Bomyea J, Schnurr PP, Lang AJ. Gender Differences in Response to Acceptance and Commitment Therapy Among Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn Veterans. *Womens Health Issues*. 2019 May-Jun;293:267-273. doi: 10.1016/j.whi.2019.03.003.
75. Myers L, Trobliger R, Bortnik K, Lancman M. Are there gender differences in those diagnosed with psychogenic nonepileptic seizures? *Epilepsy Behav* 2018 Jan;78:161-165. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.10.019.

- 
76. Alnazly E. Coping strategies and socio-demographic characteristics among Jordanian caregivers of patients receiving hemodialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2016 Jan; 271:101-6. doi: 10.4103/1319-2442.174088.
77. Zander KK, Mathew S, Garnett ST. Exploring Heat Stress Relief Measures among the Australian Labour Force. *Int J Environ Res Public Health* 2018 Feb 26; 153:401. doi: 10.3390/ijerph15030401.
78. Hradil, S. Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie, Band 1, Korte, H., Schäfers, B. (Hrsg.), Wiesbaden, Springer Verlag; 2016.
79. Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W., Smith, G.D. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:7-12. Doi: 10.1136/jech.2004.023531
80. Christensen U, Schmidt L, Kriegbaum M, Hougaard CO, Holstein BE. Coping with un-employment: does educational attainment make any difference? *Scand J Public Health* 2006; 344:363-70. doi: 10.1080/14034940500489339.
81. Definition der Begriffe "Psychosozial" und „Spiritualität“ im .... DG Palliativmedizin. verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.org/images/posi...> [Internet] [zuletzt geprüft am 09.04.2025].
82. Huenink E, Porterfield S. Parent Support Programs and Coping Mechanisms in NICU Parents. *Adv Neonatal Care* 2017 Apr; 172:E10-E18. doi: 10.1097/ANC.0000000000000359.
83. Schwartz, S.J., Unger, J.B., Zamboanga, B.L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 234-251.
84. Downe-Wamboldt B L, P M Melanson. Emotions, coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis. *West J Nurs Res* 1995 Jun; 173:250-65. doi: 10.1177/019394599501700302.
85. Fatalismus – Schullexikon-Brockhaus. verfügbar unter: <https://brockhaus.de/ecs/julex/adults/fatalismus>. [Internet] [zuletzt geprüft am 09.04.2025].
86. What is an Evasive coping Strategy? AI Chat for scientific [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024] verfügbar unter: <https://typeset.io/questions/what-is-an-evasive-coping-strategy-14c8um76lc>.
87. K Währungszeichen - Enzyklopädie - Brockhaus.de. [Internet]. verfügbar unter: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/k-w%C3%A4hrungszeichen>.

---

88. \$ - Wikipedia [Internet] [zuletzt geprüft am 03.06.2024]. verfügbar unter:  
[https://de.wikipedia.org/wiki/\\$](https://de.wikipedia.org/wiki/$).

89. Huang XY, Sun FK, Yen WJ, Fu CM.. The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *J Clin Nurs* 2008 Mar; 176: 817-26. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02130.x.

90. Seguin M, Roberts B. Coping strategies among conflict-affected adults in low -and middle-income countries: A systematic literature review. *Global Public Health*.

91— 106.: Appendix zu Artikel 90.

107. White A., Taylor A. Acupuncture for smoking cessation: where now? *Acupunct.Med.* 2014 Aug;32(4): 306-7.doi:10.1136/acupmed-2014-010625.Epub 2014 Jul 16.