



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Belastete Alleinerzieherinnen?

**Anforderungen, subjektives Stresserleben
und subjektive Beeinträchtigung der Gesundheit bei
alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden
Müttern im Vergleich.“**

verfasst von

Daniela Denise Berger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 442

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Anthropologie

Betreuerin:

Ao. Univ.-Prof. Mag.rer.nat. Mag.phil. Dr.rer.nat.

Sylvia Kirchengast

DANKSAGUNG

Herzlichen Dank meiner Diplomarbeitsbetreuerin
Frau Ao. Univ. Prof. Mag. Mag. Dr. Sylvia Kirchengast
für ihre Geduld, ihre Hilfestellungen und die Betreuung meiner Arbeit.

Vielen Dank auch Frau. Ao. Univ. Prof. Mag. Dr. Katrin Schäfer.

Großen Dank meinen Kindern und meinem Lebenspartner
für alle ihre Liebe und Unterstützung.

Lieben Dank auch all meinen Freundinnen und Freunden für ihr offenes Ohr,
ihre Aufmunterungen und ihren Beistand – besonderer Dank gilt meinen Freundinnen
Diana und Sylvia.

Besten Dank auch Nick für das Lektorieren meines Abstracts.

Und ein großes und herzliches Dankeschön den Schulen, den Elternvereinen und
insbesondere den Müttern, die sich so zahlreich an der Umfrage beteiligten.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG 2

ZUSAMMENFASSUNG 7

ABSTRACT 8

1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1.1 Einleitung 9

1.2 Stress 9

1.2.1 Stress - eine Begriffsbestimmung 10

1.2.1 Stressoren 11

1.2.3 Stressreaktion 11

1.2.3.1 Die SAM-Achse 13

1.2.3.2 Die HHN- Achse 14

1.2.4 Stressassoziierte Folgen 15

1.2.5 Bewältigungsverhalten aus der Perspektive der Gesundheitsgefährdung 17

1.2.6 Messung der Komponenten des Stressprozesses 17

1.3 Stress und Gesundheit 17

1.3.1 Begriffsbestimmung und Messung der Gesundheit 18

1.3.2 Modellvorstellungen von Stress im Zusammenhang mit seiner Bedeutung für die Gesundheit 18

1.3.2.1 Das biologisch-medizinische reaktionsorientierte Modell nach Selye 18

1.3.2.2 Das psychobiologische reaktionsorientierte Konzept der allostatistischen Belastung nach McEwen 19

1.3.2.3 Stress und Gesundheit aus reizorientierter psychosozialer Perspektive 21

1.3.2.4 Das Transaktionale Modell nach Lazarus 21

1.3.2.5 Das Systemische Anforderungs-Ressourcen Modell nach Becker 22

1.4 Die Lebenssituation alleinerziehender und nicht alleinerziehender Mütter 23

1.4.1 Anforderungs- und Ressourcensituation im Vergleich 23

1.4.2 Stress und Gesundheit bei alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern 26

2 ZIELSETZUNG UND HYPOTHESEN

2.1 Hypothese 1 27

2.2 Hypothese 2 28

2.3 Hypothese 3 28**2.4 Hypothese 4 29****3 MATERIAL UND METHODEN****3.1 Definition von „Alleinerzieherin“ 30****3.2 Stichprobe und Datenerhebung 30**

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe 30

3.2.2 Datenerhebung 30

3.2.2.1 Online-Befragung 30

3.2.2.2 Papierbasierte Befragung 31

3.3 Ausschlusskriterien 31**3.4 Aufbau und Beschreibung des Fragebogens 31**

3.4.1 Allgemeiner Aufbau 31

3.4.2 Ausgewählte psychometrische Verfahren 32

3.4.2.1 Das Trierer Inventar zum chronischen Stress 32

3.4.2.2 Der Gießener Beschwerdebogen - Kurzform (GGB-24) 33

3.4.2.3 Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes 34

3.5 Datenanalyse 34

3.5.1 Beschreibende Statistik 34

3.5.2 Prüfstatistik 35

4 ERGEBNISSE**4.1 Soziodemographische Daten 36**

4.1.1 Erziehungsstatus der Probandinnen 36

4.1.2 Beziehungsstatus der Probandinnen 36

4.1.3 Alter der Probandinnen 37

4.1.4 Anzahl der Kinder bis zum 15. Lebensjahr 37

4.1.5 Alter des jüngsten Kindes 38

4.1.6 Anzahl der Kinder pro Altersklasse 39

4.1.7 Höchste abgeschlossene Ausbildung 40

4.1.8 Berufs- und Ausbildungssituation 41

4.1.9 Wohnort 43

4.1.10 Die Betreuungssituation 44

4.2 Belastungssituation der Mütter 47

- 4.2.1 Nervendes Verhalten des Kindes 47
- 4.2.2 Überfordert durch das Verhalten des Kindes 48
- 4.2.3 Mangel an gemeinsamer Zeit mit dem Kind 49
- 4.2.4 Vereinbarkeitsproblematik 51
- 4.2.5 Rauchverhalten als Indikator für das Belastungserleben 52

4.3 Ressourcensituation der Mütter 53

- 4.3.1 Netto-Haushaltseinkommen und Einkommenszufriedenheit 53
- 4.3.2 Zeit für eigene Belange und Bedürfnisse 55
- 4.3.3 Emotionale Unterstützung: Über Sorgen sprechen können 56
- 4.3.4 Soziale Unterstützung: Hilfe bei der Betreuung des Kindes 57

4.4 Subjektiv chronisches Stresserleben 58

4.5 Gesundheitliche Beeinträchtigungen 60

- 4.5.1 Beschwerdedruck 60
- 4.5.2 Subjektive Gesundheit 61

4.6 Chronischer Stress und gesundheitliche Belastung 62

- 4.6.1 Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Beschwerdedruck 62
- 4.6.2 Zusammenhang zwischen chronischem Stress und subjektiver Gesundheit 63

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenprüfung 65

- 4.7.1 Prüfung der Hypothese 1 65
- 4.7.2 Prüfung der Hypothese 2 65
- 4.7.3 Prüfung der Hypothese 3 66
- 4.7.4 Prüfung der Hypothese 4 66

5 DISKUSSION

5.1 Repräsentativität der Stichprobe und Methodenkritik 67

5.2 Diskussion der Ergebnisse 68

- 5.2.1 Merkmale der Stichprobe 68
- 5.2.2 Finanzielle Ressourcen 69
- 5.2.3 Subjektives Stresserleben 69
- 5.2.4 Soziale Unterstützung 70
- 5.2.5 Emotionale Unterstützung und sozialer Austausch 71
- 5.2.6 Vereinbarkeit von Beruf und Familie 71
- 5.2.7 Die Ressource Zeit 72

- 5.2.8 Belastung durch das Verhalten des Kindes 74
- 5.2.9 Rauchen als Indikator für das Belastungserleben 74
- 5.2.10 Gesundheitsbelastung 75

6 CONCLUSIO UND AUSBLICK 77

7 LITERATURVERZEICHNIS 78

8 ANHANG

8.1 Der Fragebogen 103

8.2 Die Fragenbatterie der Screening Skala zum chronischen Stress (SSCS) des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS) 111

8.3 Die Fragenbatterie des Gießener Beschwerdebogens (GEB-24) 112

8.4 Brief an die Direktion 113

8.5 Bestätigung der Diplomarbeit 115

8.6 Begleitschreiben an die Mütter 116

8.7 Liste der teilgenommenen Schulen 116

8.8 Nicht weiter ausgewertete Ergebnisse 117

8.9 Abbildungsverzeichnis 121

8.10 Tabellenverzeichnis 122

8.11 Abkürzungsverzeichnis 123

CURRICULUM VITAE 124

ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurden 58 alleinerziehende mit 259 nicht alleinerziehenden Müttern im Alter von 20 bis 54 Jahren ($M = 35.86 \pm 6.97$), die mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren im selben Haushalt lebten, hinsichtlich ihres Anforderungs- und Ressourcenprofils, ihres subjektiven Stresserlebens und in Bezug auf ihre gesundheitliche Beeinträchtigung miteinander verglichen. Hierbei wurde angenommen, dass für alleinerziehende Mütter eine höhere Belastung vorliegt.

Die Rekrutierung der Probandinnen erfolgte über Schulen und über persönliche Kontakte. Die Daten wurden in Wien und Niederösterreich im Zeitraum von Ende Juni bis Ende August 2012 über die Methoden der Online-Befragung und der papierbasierten Befragung erhoben, wobei sowohl ein eigens entworfener Fragebogen als auch standardisierte psychometrische Verfahren (Screening-Skala *SSCS* des Trierer Inventars zum chronischen Stress *TICS*; Gießener Beschwerdebogen *GBB-24*) zum Einsatz kamen.

Es bestätigte sich, dass die Alleinerzieherinnen im Vergleich zu den in Partnerschaft lebenden Müttern in einigen Bereichen deutlich belasteter sind.

Wesentliche Benachteiligungen ließen sich hinsichtlich ihrer Einkommenssituation, der Vereinbarkeit von Beruf/Ausbildung und Familie sowie der adäquaten Hilfe bei der Betreuung der Kinder feststellen. Die alleinerziehenden Mütter waren außerdem häufiger durch das Verhalten ihrer Kinder überfordert. Zudem erlebten sie ein wesentlich höheres Ausmaß an chronischem Stress und fühlten sich gesundheitlich deutlich beeinträchtigt. Entgegen der Vorannahme, fand sich kein Unterschied bezüglich der Höhe des Tabakkonsums. Ebenso wenig fühlten sich die alleinerziehenden Mütter im Vergleich zu Müttern mit Partner vom Verhalten ihrer Kinder häufiger „genervt“. Die Annahme, dass Alleinerzieherinnen gegenüber der Vergleichsgruppe häufiger den Wunsch hegen würden, mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen zu können, wurde auch nicht bestätigt.

Dies ist möglicherweise auf die mangelnde Repräsentativität der Stichprobe zurückzuführen, wonach die Ergebnisse nur über eine beschränkte Aussagekraft verfügen.

Da aber nicht nur die vorliegenden Ergebnisse, sondern auch jene anderer Studien darauf hinweisen, dass Alleinerzieherinnen in gesundheitlichen Belangen deutlich benachteiligt sind, wäre es sowohl von wissenschaftlichem als auch von gesundheitspolitischem Interesse, zu ermitteln, ob sozialpolitische Interventionen eine Verminderung der gesundheitlichen Benachteiligung bei Alleinerzieherinnen erzielen könnten.

ABSTRACT

This study compares the requirement and resource profiles, subjective stress and health impairment of 58 single mothers and 259 non-single mothers aged between 20 and 54 years ($M = 35.86 \pm 6.97$) with at least one child under 15 years in the same household. The assumption was that single mothers are higher burdened than mothers living with partners.

The sample was recruited through schools and personal contacts. The data were collected in Vienna and Lower Austria between the end of June and the end of August 2012 by online survey and a paper-based survey using a self-devised question paper and standardised psychometric questionnaires (Screening Scale *SSCS* of the Trier Inventory for Chronic Stress *TICS*; Giessen Complaint Questionnaire *GBB-24*).

The results showed that single mothers are much more burdened in some areas than mothers living with partners.

Obvious disadvantages were found, as expected, related to the income situation, compatibility of family and work/study and adequate help in looking after the children. The single mothers were also more frequently overwhelmed by their children's behaviour. They experienced a higher degree of chronic stress and considered their health to be more greatly impaired.

The assumption that there would be a difference in tobacco consumption as an indicator of stress was not confirmed, nor were the single mothers irritated by their children's behaviour more frequently than mothers with partners. The presumption that single mothers would more frequently feel the desire to spend more time with their children than non-single mothers was not confirmed. This is possibly due to the unrepresentative nature of the random sample, which naturally limits the meaningfulness of the results.

As not only this study but others indicated that single mothers are clearly more disadvantaged in terms of health, it would be interesting to determine, if social policy measure could improve the health situation of single mothers, not only of a scientific but also of a health policy point of view.

1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1.1 Einleitung

In unserer Gesellschaft steht Stress für die „[...] verschiedenen Widrigkeiten des modernen Lebens“ (Becker, 2006, S. 61). So fühlen sich Menschen vor allem aufgrund von Spannungen und Differenzen in sozialen Beziehungen, durch inadäquate Anforderungen am Arbeitsplatz, den Mangel an finanziellen Ressourcen oder an sozialer Unterstützung, intrapsychische Belastungen, sowie aufgrund ungünstiger Umweltbedingungen (Rensing u.a., 2006) oder durch Zeitdruck (Maier-Gräwe & Kahle, 2009) belastet. Stress bedeutet aber auch „[...]Störung und Gefährdung des Organismus“ (Rensing u.a., 2006, S.4). Insbesondere chronischer Stress, der sich über Tage oder sogar Jahre erstreckt (Dhabhar, 2002), wird mit vielfältigen somatoformen oder auch klinisch manifesten Störungen in Verbindung gebracht (Nater u.a., 2011). Gemäß differierender Lebenssituationen sind Menschen verschiedener sozialer Gruppen unterschiedlich stark durch psychische, physische, soziale und gesundheitliche Risiken belastet (Borgetto, 2009). Alleinerziehende gelten mehrheitlich als besonders benachteiligte Gruppe (Zartler u.a., 2011; Helfferich u.a., 2003). Ihre Lebenssituation ist von zahlreichen belastenden Faktoren gekennzeichnet. Demnach sind sie auch einer erhöhten Stressbelastung ausgesetzt, die einen bedeutsamen Risikofaktor für gesundheitliche Störungen darstellen kann (Zartler u.a., 2011, S.49). So wirken psychische Stressoren, wie die erhöhte Vereinbarkeitsproblematik (Statistik Austria, 2011) und die alleinige Verantwortung für familiäre Belange (BM für Gesundheit, 2011) aber auch physische Stressfaktoren, wie ein erhöhter, belastungsinduzierter Tabakkonsum (BMFSFJ, 2001) sowie sozioökonomische Belastungen, wie die finanzielle Benachteiligung, anhaltend und nachhaltig auf die Gesundheit der Mütter ein (Helfferich u.a., 2003).

In der vorliegenden Studie wurden alleinerziehende mit nicht alleinerziehenden Müttern hinsichtlich ihres Anforderungs- und Ressourcenprofils, ihres subjektiven Stresserlebens sowie ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung miteinander verglichen. Es galt zu ermitteln, ob alleinerziehende Mütter in höherem Ausmaß belastet sind.

1.2 Stress

Im Rahmen dieses Kapitels erfolgen eine Begriffsbestimmung und Erläuterungen sowohl zu den Komponenten und vermittelnden Faktoren des Stressprozesses als auch zur Stressmessung.

1.2.1 Stress - eine Begriffsbestimmung

Hinsichtlich seiner etymologischen Bedeutung kann der Begriff vom lateinischen Verb *stringere* abgeleitet und mit *zusammendrücken* oder *zusammenziehen* übersetzt werden. In seiner heutigen Rezeption gilt er aber der englischen Sprache entlehnt, wo er ursprünglich im Kontext der Materialprüfung auf die Belastbarkeit von Metall und Glas (Litzcke & Schuh, 2010) als Spannung, Beanspruchung oder Druck (Wippert, 2009, S.93) verstanden wurde. Hans Selye übertrug diesen Begriff auf die Belastung des tierischen und hierüber auch menschlichen Organismus und gilt gemeinsam mit Walter B. Cannon als Vater der Stressforschung (Rensing u.a., 2006, S. 4). Unabhängig vom Selye, aber etwa zeitgleich, verwendeten auch US-amerikanische und britische Militärpsychiater und -mediziner diesen Begriff zur Beschreibung der unmittelbaren gefechtsbedingten oder langfristigen psychischen und physischen Belastungen von Soldaten (Kury, 2012, S. 12).

Stress-Stressor Modelle (Becker, 2006, S. 61ff) fokussieren überwiegend auf *ein* Element des Stressprozesses. So wird Stress entweder als Reaktion (funktionelle resp. pathophysiologische Veränderungen) oder Stimulus begriffen (Wippert, 2009; Lyon, 2005).

Stressor-Ressourcen-Modelle (Becker, 2006, S.81ff) konzipieren Stress und insbesondere chronischen Stress „[...] als Oberbegriff für Zustände erhöhter Beanspruchung“ (Becker u.a., 2004, S.13), der aus zu hohen, niedrigen oder unangemessenen Anforderungen bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen zu deren Bewältigung resultiert (Becker u.a., 2004; Becker, 2006).

Auch die vorliegende Studie orientiert sich an dem Anforderungs-Ressourcen-Modell.

Diese zuvor genannten Modelle werden im Zusammenhang mit ihrer Bedeutung für die Erhaltung respektive Beeinträchtigung von Gesundheit in Kap. 1.3.2 noch näher erläutert.

Als allumfassender Oberbegriff beschreibt Stress „[...] den gesamten Prozess vom Eintreten eines potenziell stressauslösenden Ereignisses [...] über die unmittelbare Stressreaktion bis hin zu den mittel- und langfristigen Folgen von Stress [...]“ (Bartholdt & Schütz, 2010, S.23) und besitzt hierüber eine zeitliche Dimension. Weitere Komponenten und vermittelnde Faktoren dieses Prozesses sind die Bewertung des Stressors - die Bedeutung eines Stressreizes ist interindividuell verschieden und über die Zeit veränderbar - und die Mechanismen der Stressbewältigung (Bartholdt & Schütz, 2010).

Im Folgenden werden die Komponenten des Stressprozesses beschrieben.

1.2.2 Stressoren

Stressoren können nach der Art des belastenden Reizes klassifiziert werden. Dazu werden u.a. chemische, physikalische, soziale, psychische (Wippert, 2009, S.93) und biologische (Rensing u.a., 2006, S. 7) Stressoren unterschieden. Zudem besteht die Möglichkeit, sie gemäß der Wahrnehmungsebene als sensorisch/psychisch und physisch/zellulär oder in Bezug auf ihre Herkunft als endogen/exogen zu differenzieren (Rensing u.a., 2006, S. 7f). Des Weiteren können sie u.a. auch hinsichtlich ihrer Vorhersehbarkeit, der Tönung, der Dauer, Häufigkeit und Intensität definiert werden (Werner & Frost, 2005, S. 130ff).

1.2.3 Stressreaktion

Die Stressreaktion ist ein durch evolutionär-selektive Drücke geformtes „[...]Programm zur Sicherung des eigenen Überlebens [...]“ (Kaluza, 2012, S. 18). Bei akuter, punktueller und somit vorübergehender Belastung ist sie hoch adaptiv und hierüber protektiv (McEwen 1998) und ermöglicht dem Organismus eine rasche Überwindung der beeinträchtigenden und mitunter lebensbedrohlichen Situation. So erhöht sie kurzfristig, aber maßgeblich, vor allem das physische Leistungsvermögen des Organismus (Rensing u.a., 2006). Zudem fördert sie, über die Aktivierung spezifisch stressassoziiierter kognitiver als auch emotionaler und hierüber vor allem motivationaler Prozesse, ein der Stresssituation angepasstes und dem Ausmaß der Bedrohung angemessenes Verhalten, das der zielgerichteten und hierüber raschen Überwindung des Stressors dienen soll (Goschke & Dreisbach, 2011; Rensing, u.a., 2006).

In seiner klassischen und für akute Stressreaktionen grundtypischen Form bedeutet dies eine Flucht- oder Kampfreaktion (Cannon, 1975).

Hierfür werden nicht nur die für die Stressreaktion relevanten Organismusfunktionen adaptiert und intensiviert, - so wird bspw. Energie in erhöhtem Maß mobilisiert und den stressreaktiven und hierüber vermehrt beanspruchten Organen zugeführt - sondern auch weniger relevante und somit, in Bezug auf den Energiebedarf, konkurrierende Organfunktionen eingeschränkt oder gehemmt (Kudielka & Wüst, 2009).

Klassische Stressreaktionen erfordern eine möglichst unverzügliche „[...]Aufnahme, Verarbeitung und Bewertung der eingehenden sensorischen Informationen[...]“ (Flatten, 2004, S.408), um daraus rasch die adäquaten Antworten erzeugen zu können. Die zentralen Schnittstellen der eingegangenen sensorischen Information sind die Regionen des Thalamus, der Amygdala sowie des Hippokampus (Flatten, 2004, S. 409). Der Thalamus leitet die eingehenden Sinnesreize sowohl dem Neokortex als auch der Amygdala zu. Über die wesentlich raschere, aber äußerst oberflächliche Verarbeitung der Reize in der Amygdala,

vermag das Individuum in Situationen, die für den Organismus eine Gefahr darstellen und ein rasches Handeln erfordern, wesentlich schneller und effektiver auf die potentiell lebensgefährliche Bedrohung zu reagieren, als es ihm infolge einer genauen und bewussten Verarbeitung der Information möglich gewesen wäre (Rensing u.a., 2006; Flatten, 2004). Dieselbe Information gelangt aber auch, etwas zeitverzögert, ins Bewusstsein, da sie zudem kortikal verarbeitet wird. Diese, nun eingehend analysierten Sinnesreize, gelangen erneut in die Amygdala und mediieren dort die „[...]vegetativen und motorischen Notfallreaktionen[...]“ (Flatten, 2004, S. 408), die von der Amygdala unmittelbar nach Eintreffen, der als Bedrohung wahrgenommenen Information, initiiert worden sind (Rensing, u.a., 2006).

Die im limbischen System vorgenommene affektive Bewertung der eingehenden Reize erzeugt aber nicht nur Reaktionen auf der physiologischen, sondern auch auf der Verhaltensebene, da sie stressrelevante Emotionen in Form von aversiven Gefühlen generiert, die als Motivatoren fungieren und das Individuum dazu veranlassen, sich um die Überwindung des Stressors zu bemühen (Rensing u.a., 2006, S.11). Über die Verarbeitung der Stressreize in höheren Regionen, wie dem zuvor genannten Kortex (Rensing u.a., 2006), aber auch in Bereichen wie dem Hippokampus (Flatten, 2004), kann das Geschehen in einen übergeordneten Kontext eingegliedert und mit anderen, für die Beurteilung oder Bewältigung der Situation relevanten, Ereignissen verglichen werden. Hierüber können die Art und das Ausmaß der Reaktion, in reflektierter und somit bewusster Weise, adaptiert werden (Goschke & Dreisbach, 2011; Rensing u.a., 2006).

Die Stressreaktion bedingt also eine kognitive und affektive Fokussierung auf den Stressor. Das Individuum reagiert diesbezüglich aufmerksamer und ängstlicher (Flatten, 2004, S. 409) und das Gedächtnis blockiert nicht stressrelevante Gedächtnisinhalte und aktiviert resp. konsolidiert vor allem jene Inhalte (Ereignisse, damit assoziierte Gefühle und Copingmechanismen), die mit der Stresssituation in Verbindung stehen. Diese Information dient dem Individuum der rascheren Überwindung eines Stressors, falls diesem erneut begegnet wird. Dieselbe Funktion erfüllt auch die Antizipation von Stress, die ebenso eine Reaktion erzeugt und dafür sorgt, dass sich der Organismus den stressreichen Anforderungen bereits vorab anpassen bzw. vorausseilend um die Lösung der stressreichen Situation bemühen kann (Rensing u.a., 2006).

Hinsichtlich der Stressreaktion sind zwei Stressachsen (Kudielka & Wüst, 2009) von entscheidender Bedeutung:

- SAM-Achse (Sympathico-Adreno-Medulläre-Achse)
- HHN- Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse)

1.2.3.1 Die SAM-Achse

Ihre Aktivierung erfolgt unmittelbar nach Eintreffen des Stressors innerhalb weniger Sekunden (Rensing u.a., 2006). Die Amygdala projiziert u.a. gemeinsam mit dem Hypothalamus zu den noradrenergen Neuronen des Locus coeruleus (LC) (Goschke & Dreisbach, 2011). Die Stimulation des LC führt einerseits im gesamten Gehirn und hierbei insbesondere in den frontalen Regionen, zu einer erhöhten Ausschüttung von Noradrenalin (Flatten, 2004) und andererseits, gemeinsam mit dem Hypothalamus, zur Aktivierung des sympathischen Nervensystems (Sachse & Roth, 2008).

Der Sympathikus aktiviert die stressreaktiven Organe sowohl direkt als auch indirekt über die Ausschüttung von Katecholaminen, insbesondere von Adrenalin, aus den chromaffinen Zellen des Nebennierenmarks. Die Katecholamine gelangen in die Blutbahn und können somit auch die sympathisch nicht oder inadäquat innervierten Gewebe und Organe erreichen (Kudielka & Wüst, 2009).

Die direkten und indirekten physiologischen Effekte, die über die Aktivierung der SAM-Achse in Gang gesetzt werden, dienen vor allem der Bewältigung akuter Stressbelastung. Die organismischen Funktionen werden hierüber auf eine äußerst intensive Beanspruchung vorbereitet (Rensing u.a., 2006).

So werden die Durchblutung der beanspruchten Muskulatur, des Gehirns und des Herzens in hohem Maße gefördert, jedoch jene der Peripherie und des Verdauungstraktes gedrosselt. Die Herzmuskelkraft, das Herzzeitvolumen sowie der Blutdruck werden erhöht und die Sauerstoffaufnahme über die Erweiterung der Bronchien verbessert. Die Steigerung der Glykogenolyse, der Glukoneogenese und der Lipolyse mobilisiert Energie und setzt diese in Form von Glucose und freien Fettsäuren frei (Jänig, 2010; Kudielka & Wüst, 2009).

Hierüber wird den stressreaktiven Organen, dem erhöhten Bedarf entsprechend, vermehrt Sauerstoff und Energie zur Verfügung gestellt (Rensing u.a., 2006).

Des Weiteren werden das Knochenmark zur vermehrten Bildung und Ausschwemmung von Leukozyten stimuliert (Gerrig & Zimbardo, 2008; Rensing u.a., 2006), die Blutgerinnung gefördert (Kudielka & Wüst, 2009), die Pupillen erweitert, die Transpiration gesteigert (Jänig, 2010) und die Nozizeption deutlich vermindert (Rensing u.a., 2006).

Die erhöhte Ausschüttung von Noradrenalin führt auch zu erhöhter „[...]Aufmerksamkeit und ängstlicher Wachsamkeit“ (Flatten, 2004, S. 409).

Weniger relevante Organfunktionen, wie die Miktion, Reproduktion und Verdauungsvorgänge werden weitgehend gehemmt (Jänig, 2010; Kudielka & Wüst, 2009).

1.2.3.2 Die HHN- Achse

Die HHN- Achse wird erst nach approximativ zehn Minuten (Ulrich-Lai & Herman, 2009) und demnach im Vergleich zur SAM-Achse etwas zeitverzögert aktiviert (Rensing u.a., 2006, S. 147).

Der primäre Signalweg zur HHN-Achse führt von der Aufnahme, Verarbeitung und Bewertung des Stressreizes im limbischen System und Kortex zum Hypothalamus (Rensing u.a., 2006, S. 148). Die nervale Stimulation des Hypothalamus bewirkt die Freisetzung von Signal-Peptiden aus den parvizellulären Neuronen (Ott u.a., 2012) des paraventriculären Kerns (PVN). Das zentrale Stresssignal, das Corticotrope-Releasing-Hormon (CRH), gelangt hierauf über die Eminentia mediana und das hypophysäre Pfortadersystem in das Gefäßsystem der Adenohypophyse und veranlasst diese zur Sekretion des Adrenokortikotropen Hormons (ACTH). Dieses wird in die Blutbahn abgegeben, gelangt mit dem Blutstrom zur Nebennierenrinde und induziert dort, genauer in der Zona fasciculata, die Ausschüttung von Glucocorticoiden, vor allem von Cortisol, das ebenfalls über das Gefäßsystem zu den Effektor-Zellen, -Geweben und -Organen gelangt (Rensing u.a., 2006). Die Kortisolausschüttung unterliegt nicht nur einer charakteristischen zirkadianen Rhythmik (Kudielka & Wüst, 2009), sondern - über die Hemmung der eigenen Aktivationskaskade auf den Ebenen sowohl des Hypothalamus als auch der Adenohypophyse (Bandelow & Wedekind, S. 494) - auch negativen Feedback-Mechanismen, die die Stressreaktion stabilisieren und ein Überschießen verhindern sollen (Rensing u.a., 2006).

Die Wirkungen im Rahmen der HHN-Achse unterstützen bei kurzfristiger Belastung (permissive Funktion) die Effekte der SAM-Achse, bei länger anhaltenden und chronischen Belastungen hingegen begrenzen oder hemmen sie deren Wirkung (suppressive Funktion) (Rensing u.a., 2006, S. 148). So beherrscht die HHN-Achse „[...] die funktionellen Veränderung bei Dauerstress“ (Rensing u.a., 2006, S147).

Auch Cortisol steigert die energiemobilisierenden Mechanismen und hemmt - zumindest bei punktuell vorübergehender Beanspruchung - die weniger relevanten Organfunktionen (Kudielka & Wüst, S. 109).

So fördert es die Glukoneogenese, die Glykogenolyse (Kudielka & Wüst, 2009), begünstigt die Aufnahme von Glukose über den Darm und hemmt oder reduziert den Glukoseverbrauch in den für die Stressreaktion irrelevanten Geweben. Außerdem stimuliert es die Proteolyse und Lipolyse in der Peripherie. Im Magen wirkt Cortisol anregend auf die Sekretion von Salzsäure, hemmt aber gleichzeitig die Schleimproduktion (Lang, 2010).

Es stimuliert auch die kardiovaskulären Funktionen, zum Teil vermittelt über die Erhöhung der Sensitivität für Adrenalin und Noradrenalin (Kudielka & Wüst, 2009, S.109). Über die Besetzung des Mineralokortikoidrezeptors fördert es die Entstehung einer Hypervolämie und begünstigt gemeinsam mit den Katecholaminen einen Anstieg des Blutdrucks (Lang, 2010).

Trotz seiner stimulierenden Wirkung auf neutrophile Granulozyten (Lang, 2010), wirkt es insgesamt supprimierend auf Immunabwehr. So wird die unspezifischen Abwehr eingeschränkt und die spezifische weitgehend gehemmt (Mutschler u.a., 2007).

Ebenso werden die Zellproliferation und die Kollagensynthese in den Bindegeweben vermindert, der Abbau hingegen wird begünstigt (Lang, 2010).

Cortisol beeinträchtigt auch die Produktion von Sexualhormonen in den Gonaden (Mutschler u.a., 2007).

Neben den beiden Hauptachsen reagieren auch andere endokrine Achsen auf Stress. Dazu gehören die Hypothalamus-Hypophysen-Wachstumshormon-Achse, die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsenhormon-Achse und das Hypothalamus-Hypophysen-Prolaktinerge System (Kudielka & Wüst, 2009, S.110), sowie das Arginin-Vasopressin- und das Renin-Angiotensin-II-Aldosteron-System (Rensing u.a., 2006, S. 127) Weitere wichtige stressreaktive Systeme sind das Immunsystem (Seegerstrom & Miller, 2004) und das Blutgerinnungssystem (Wirtz & Känel, 2009).

1.2.4 Stressassoziierte Folgen

Bei akut punktueller Belastung sind die anforderungsbedingten, physiologischen Veränderungen und die damit einhergehende ausgeprägte Beanspruchung des Organismus von kurzer Dauer. Nach Überwindung des Stressors, bspw. in Form eines physischen Angriffes, kehren die intensivierten Funktionen der beanspruchten Systeme auf ihr Ausgangsniveau zurück. Diese höchst adaptiven Vorgänge beeinträchtigen die Gesundheit im Normalfall nicht. Jedoch chronische und hierbei vor allem psychosoziale Belastungen bedingen oft eine Störung der stressreaktiven Systeme – so gelangen diese zumeist nicht mehr auf ihr basales Funktionsniveau zurück – und können, insbesondere in Verbindung mit

stressinduziertem gesundheitsgefährdenden Bewältigungsverhalten, zu pathophysiologischen Veränderungen führen (Rensing u.a., 2006).

Chronischer Stress ist sowohl mit der Entstehung (ursächliche oder mitbedingende pathophysiologische Veränderungen), dem Ausbruch (Triggereffekt), der Aufrechterhaltung (auch unabhängig von der Ätiologie der Erkrankung), als auch dem Fortschreiten (ursächliche oder begleitende pathophysiologische Prozesse) (Rensing u.a., 2006) sowohl zahlreicher konkreter, klinisch manifester aber auch psychosomatischer Erkrankungen assoziiert als auch mit einer allgemeinen Beeinträchtigung der Gesundheit (Nater u.a., 2011; McEwen & Gianaros, 2010; Juster u.a., 2010; Fries & Kirschbaum, 2009; Schulz & Sherwood, 2008; Rensing u.a., 2006; Siegrist & Marmot, 2004).

Ressourcen, wie bspw. materieller Wohlstand (Borgetto, 2009) oder soziale (Kumar, 2012; Hartung, 2011; Chueh u.a., 2011; Low u.a., 2010; Klemperer u.a., 2010; Ditzen & Heinrichs 2007; McEwen, 2007) und emotionale Unterstützung (Reblin & Uchino, 2008; Strine, 2008; Von Dem Knesebeck & Geyer, 2007; Seeman u.a., 2002), haben einen moderierenden, da salutogenen Effekt, zumal diese im Allgemeinen die Bewältigung stressreicher und hierüber potentiell krankheitsfördernder Belastungen in sowohl direkter als auch indirekter Weise begünstigen (Borgetto, 2009).

Aber auch individuelle Charakteristika, wie genetische Faktoren, Konstitution, Geschlecht, individuelle Erfahrungen und Einflüsse aus der physischen und sozialen Umwelt beeinflussen sowohl die Wahrnehmung und Bewertung des Stressors als auch die daraus resultierenden physiologischen Stressreaktionen und -folgen (Johner, 2007, S.91).

Konkret besteht ein Zusammenhang von Stress und folgenden Störungen resp. Erkrankungen: Psychosomatische Symptome und Erkrankungen (Chueh u.a., 2011; Nater u.a., 2011; Morschitzky, 2007); Autoimmunkrankheiten (Harbuz u.a., 2003); Störungen des Immunsystems und erhöhte Infektanfälligkeit (Lovell u.a., 2012; Cohen u.a., 2012; Godbout & Glaser, 2006); gestörte Wundheilung (Gouin & Kiecolt-Glaser, 2011; Walburn u.a., 2009; Kiecolt, u.a., 2005); Erschöpfungssymptome (Fries & Kirschbaum, 2009); Schwangerschaftskomplikationen (Nater, u.a. 2011); Metabolisches Syndrom (Fries & Kirschbaum, 2009); Adipositas (Sinha & Jastreboff, 2013); kardiovaskuläre Erkrankungen (Lingen-Herrmann & Meinertz, 2010; Kubzansky & Adler 2010; Wirtz & Känel, 2009; Dimsdale, 2008); muskuloskeletale Beschwerden (Moen u.a., 2013; Ochsmann u.a., 2009; Farlane, 2007); Spannungs-Kopfschmerz (Cathcart u.a., 2008); Magen-Darmbeschwerden (Nater u.a., 2011; Stengel & Taché, 2010; Hertig u.a., 2007); Funktionsstörungen der

Atemwege (Rod u.a., 2012); Schmerzstörungen (von Wachter, 2012); Miktionsbeschwerden (Günthert, 2004); rheumatische Erkrankungen (Harris u.a., 2012); Funktionsstörungen der Haut (Gieler u.a., 2008; Niemeier, 2006); Störungen der Schilddrüsenfunktion (Nadolnik, 2011); Migräne (Schnürks & Diener 2008); Schlaflosigkeit (Chrousos, 2009); Störungen des Sexualsystems (Zhou u.a., 2010); Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen (Bentz u.a., 2013; Guenzel u.a., 2013; Yuen u.a., 2012; McEwen, 2003; McEwen, 2000; McEwen, 1999) und Depression (Lemos, 2012).

1.2.5 Bewältigungsverhalten aus der Perspektive der Gesundheitsgefährdung

Das Bewältigungsverhalten (Coping) gilt, wie eingangs erwähnt, als vermittelnder Faktor im Rahmen des Stressprozesses (Bartholdt & Schütz, 2010). So fördert resp. erfordert Stress Verhaltensweisen, die der Auseinandersetzung mit dem Stressor und hierüber seiner Überwindung dienen sollen (Beckmann & Fröhlich, 2009; Lazarus & Folkman 1984).

Somit begünstigt er aber auch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, wie zum Beispiel einen belastungsinduzierten erhöhten Tabakkonsum (Lucini & Pagani, 2012; Benowitz, 2008; Steptoe, 1996). Selbst wenn sich der Nikotinkonsum für einen kurzen Zeitraum als wirksames Coping (Schiltenswolf u.a., 2005) erweist, ist er in Verbindung mit prädisponierenden Bedingungen auf lange Sicht mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko assoziiert (Keller & Thyrian, 2005).

Das Bewältigungsverhalten wird aber auch von sozialen Parametern, wie dem sozioökonomischen Status beeinflusst. So ist beispielsweise ein niederer sozioökonomischer Status mit einem erhöhten Tabakkonsum assoziiert (Sperlich u.a., 2011b; Mielck, 2005).

1.2.6 Messung der Komponenten des Stressprozesses.

Um das Ausmaß an Stress zu erfassen, gibt es eine große Anzahl an Verfahrensweisen. Da Stress aus mehreren Systemelementen besteht, sind verschiedene Aspekte messbar. Folgende vier Parameter können, so Wippert (2009, S.95ff), gemessen werden: Die Art des Stressors; die subjektiv erlebte Anforderung; sowie biologische und emotionale Stressreaktionen. Nach Kudielka & Wüst (2009) wären auch noch verhaltensbezogene Stressreaktionen zu erfassen.

1.3 Stress und Gesundheit

Wie eingangs erwähnt, finden sich in Abhängigkeit vom Fokus, unterschiedliche wissenschaftliche Stressmodelle. Das Stresskonzept ist zudem „[...] ein Schlüsselbegriff für das Verständnis der Entstehung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Krankheiten“

(Becker, 2006, S.61). Im Folgenden sollen jene Modelle, im Zusammenhang mit der Bedeutung von Stress, für die Erhaltung oder Beeinträchtigung von Gesundheit dargestellt werden.

1.3.1 Begriffsbestimmung und Messung der Gesundheit.

Gesundheit ist ein hoch komplexer und somit schwer fassbarer Begriff, da er mehr Aspekte enthält, als nur die Abwesenheit von zuvor definierter Erkrankung – aus einer rein objektiven Perspektive ist sie also nicht operationalisierbar. Ebenso wenig kann Gesundheit als Befindlichkeit konzipiert und hierüber als rein subjektives Phänomen verstanden werden (Lyon, 2005).

Gemäß Becker (2006), sind für die Erfassung der Gesundheit, da sie in Summe sowohl die objektive als auch subjektive Perspektive von Gesundheit umfassen, folgende vier Indikatoren von zentraler Bedeutung: 1) Wohlbefinden vs. dessen Beeinträchtigung; 2) Funktionstüchtigkeit der Organe vs. Funktionsstörung; 3) Anforderungsbewältigung, Leistungsfähigkeit, Fitness und Kompetenz vs. deren Beeinträchtigung; 4) Autonomie und Anpassung vs. deren Beeinträchtigung verbunden mit der Notwendigkeit therapeutischer Interventionen und Hilfsbedürftigkeit (Becker, 2006, S. 58).

Zur Erfassung des Gesundheitszustandes werden, je nach Indikator, sowohl objektive Messverfahren angewandt (u.a. medizinische Diagnosen, klinische Tests, Nutzung des Gesundheitssystems) (Statistik Schweiz, 2013) als auch psychometrische Verfahren, wie der „Gießener Beschwerdebogen“ (Brähler u.a., 2006) oder der „selbstwahrgenommene Gesundheitszustand“ (Statistik Schweiz, 2013), welche die persönliche und somit subjektive Einschätzung widerspiegeln (Becker, 2006).

1.3.2 Modellvorstellungen von Stress im Zusammenhang mit seiner Bedeutung für die Gesundheit.

Zur diesbezüglichen Erläuterung werden reiz- und reaktionsorientierte Konzepte (Stress-Stressor-Modelle) und das transaktionale Modell nach Lazarus (2005) sowie das systemische Anforderungs-Ressourcenmodell nach Becker (2006) (Anforderungs-Ressourcen-Modelle) kurz vorgestellt

1.3.2.1 Das biologisch-medizinische reaktionsorientierte Modell nach Selye

Hierin konzipiert Selye Stress als „[...] unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung“ (Selye, 1981, S.170) respektive als gemeinsamen „[...] Nenner aller

Anpassungsreaktionen des Körpers“ (Selye, 1957, S.71). Jene Reaktion bezeichnet er als „Allgemeines Adaptionssyndrom“ (Selye, 1936; 1957; 1981), das, vor allem bei Vorliegen von chronischem Stress, durch einen dreiphasigen Prozess physiologischer Veränderungen gekennzeichnet ist:

1.) Die Alarmphase ist insbesondere durch die erhöhte Ausschüttung der klassischen Stresshormone charakterisiert. Sie entspricht der Stressreaktion bei akuter Gefahr und dient somit der unmittelbaren Abwehr resp. Bewältigung des Stressors.

Kann die Bedrohung, der schädigende Reiz, nicht überwunden werden, folgt

2.) die Widerstandphase. Diese dient der Adaption an den Stressor und der Restauration des Gleichgewichts.

Verbrauchen die Anpassungsreaktionen die zur Verfügung stehende „Adaptationsenergie“ (Selye, 1957, S.351; 1981, S. 168) geht der Anpassungsprozess in die letzte Phase über, in

3.) die Erschöpfungsphase, die bei gegebener Veranlagung mit dem Ausbruch von stressbedingten Erkrankungen und in letzter Konsequenz mit dem Tod assoziiert ist (Selye, 1981).

Stress stellt demnach bei der Entstehung zahlreicher Störungen und Krankheiten - von Selye als „Anpassungskrankheiten“ bezeichnet (Selye, 1957, S. 85ff) - ein gewichtiger Faktor dar (Selye 1957; 1981). Da sich Menschen hinsichtlich ihrer Vulnerabilität individuell unterscheiden, entwickeln sich, trotz ähnlicher Stresserfahrungen resp. -exposition, interindividuell unterschiedliche Krankheiten. Allerdings beschreibt er im Zusammenhang mit den Auswirkungen chronischen oder hinreichend intensiven Stresses auch eine Reihe morphologischer Veränderungen, die einem bestimmten, immer gleich bleibendem Muster folgen und fasst diese zu einer spezifischen Stresstriade zusammen, die sich wie folgt charakterisiert: 1.) Hypertrophie der Nebennierenrinde, 2.) Atrophie lymphatischer Gewebe (Lymphknoten, Thymus, Milz) und 3. Magen- und Darmgeschwüre (Selye, 1981, S.166).

1.3.2.2. Das psychobiologische reaktionsorientierte Konzept der allostatischen Belastung nach McEwen

McEwen und Stellar (1993) modifizieren in ihrem Stresskonzept der allostatischen Belastung das Konzept der „Homöostase“ (Cannon 1939). Der Zustand des Gleichgewichts wird hierbei über eine stressbedingt adaptive Veränderung aller in die Stressreaktion eingebundenen organismischen Funktionen erreicht und als Allostase definiert. Aufgrund der stressbedingt veränderten Beanspruchung des Organismus erfolgt eine Sollwertverschiebung, die zu einer

adaptiven und somit protektiven (McEwen, 1998) Abweichung in der Funktion und Reaktivität der stressreaktiven Systeme führt. Initiiert wird diese Anpassungsreaktion über die Ausschüttung primärer Stress-Mediatoren (McEwen, 2003). Die wichtigsten Primär-Mediatoren sind die Stresshormone der beiden zentralen, stressreaktiven Systeme, genauer der HHN-Achse sowie der SAM-Achse. Aber auch andere Hormone, wie Dehydroepiandrosteron, sowie Neurotransmitter und Zytokine mediiieren die Stressreaktion (Juster, u.a., 2010; McEwen, 2003). Alle an der Stressreaktion beteiligten Mediatoren beeinflussen und regulieren einander in hochkomplexer Weise (Karatsoreos & McEwen, 2011) und ermöglichen bei akuter, punktueller und hierüber vorübergehender Beanspruchung, eine kontrollierte, der Art und dem Ausmaß der Belastungssituation entsprechende, Anpassungsreaktion. Die Veränderung in den stressreaktiven Systemen kann aber nur auf kurze Dauer in nicht schädigender Weise aufrechterhalten werden. Inadäquate Anforderungen und insbesondere chronischer Stress, überfordern die allostatischen Regulationsmechanismen, und führen zur Dysregulation der stressreaktiven Systeme und ihrer Mediatoren (McEwen, 2006; McEwen, 2003). Jene Fehlregulation, auch als allostatische Last bezeichnet, entwickelt sich sowohl aufgrund der Herausforderung durch stets neue Stressoren oder einer unzureichenden Gewöhnung resp. Anpassung an denselben, immer wiederkehrenden Stressreiz, sowie infolge einer zeitlich viel zu ausgedehnten Stressreaktion, die einer adäquaten Erholung entgegensteht oder bedingt durch eine mangelhafte Aktivierung der geeigneten Stressantwort (McEwen, 2006; 2003).

Letztendlich führt diese allostatische Last und ein stressinduziertes gesundheitsgefährdendes Bewältigungsverhalten zu einer allostatischen Überlast und diese kann sich, insbesondere im Zusammenspiel mit bereits vorhandenen Risikofaktoren, sogar als klinisch relevante Erkrankung manifestieren (Cohen u.a., 2007).

McEwen (2008) nennt hierzu Veränderungen insbesondere im Fett- und Glukosestoffwechsel, sowie im kardiovaskulären, Immun-, Hormon- und Nerven-System.

Sowohl das Risiko eine diesbezügliche Dysregulation zu erleiden als auch eine spezifische Erkrankung zu entwickeln ist interindividuell verschieden und hängt von genetischen, verhaltens- und umweltbedingten Faktoren ab, die in ihrer Wirkung belastend oder protektiv sein können (McEwen & Gianaros, 2010, Juster u.a., 2010).

So finden sich Assoziationen zwischen der allostatischen Last, deren Ausmaß mittels Biomarker erfasst werden kann (Juster u.a., 2010) u.a. mit dem Erleben chronischen Stresses, dem sozioökonomischen Status, den sozialen Beziehungen, der sozialen Unterstützung, den Anforderungen des Arbeitsplatzes, dem Lebensstil, außerdem der Ethnizität und dem

Geschlecht (Juster u.a., 2010, S. 14) und den Erfahrungen in vulnerablen Entwicklungsphasen von der frühen Kindheit bis zur Adoleszenz (Taylor u.a., 2011; McEwen & Gianaros, 2010) sowie allgemein mit schwerwiegenden Lebensereignissen in der Vergangenheit (McEwen, 2003).

1.3.2.2 Stress und Gesundheit aus reizorientierter psychosozialer Perspektive

Dieser Ansatz beleuchtet die Bedeutung des Stressors, insbesondere in Form psychosozialer Belastungen, für die Stressreaktionen und -folgen. Stress wird diesbezüglich als Anpassungsaufwand an den Stressor (Lyon, 2005, S. 29) definiert. Ein Übermaß an stressreichen Ereignissen, wie einschneidende Lebensveränderungen (Werner & Frost, 2005) oder auch alltägliche Belastungen (Macnee & McCabe, 2005) erhöhen hierbei die Anfälligkeit für Krankheiten (Lyon, 2005). Dieses Modell wurde ursprünglich von Holmes und Rahe (1967) ausgearbeitet, operationalisiert und empirisch überprüft (Lyon, 2005).

1.3.2.3 Das Transaktionale Modell nach Lazarus

Auch das transaktionale Modell bezieht sich, ähnlich dem reizorientierten Ansatz, auf stressreiche Anforderungen an das Individuum. Doch im Gegensatz zur reizorientierten Konzeption ist Stress den Ereignissen nicht inhärent (Lyon, 2005, S.33). Die zentrale Annahme dieses Modells besteht darin, dass Stress erst in einer Beziehung (Transaktion) zwischen Person und Umwelt entsteht (Lazarus & Launier, 1981, S. 213ff).

Demnach wird ein potenziell stressreiches und somit belastendes Ereignis nur dann als solches erlebt, wenn die Anforderung die vorhandenen Ressourcen und hierüber das Anpassungs- resp. Bewältigungsvermögen übersteigt. Das Ausmaß des rein subjektiv erlebten Stresses hängt somit nicht von der Art des Stressors - der objektiven Beanspruchung - sondern ausschließlich von dessen individueller Bewertung ab (Lazarus, 2005), die maßgeblich von der Verfügbarkeit von Bewältigungsmöglichkeiten bestimmt wird. Hinsichtlich des Bewältigungsverhaltens unterscheiden Lazarus & Folkman (1984) zwei Formen, das problem- und das emotionsfokussierte Coping, das idealerweise zur Bewältigung der stressreichen Anforderung führt oder zumindest zu einer Beschwichtigung des mit der stressreichen Situation einhergehenden aversiven Gefühls.

Als zentrales Konzept für das Verständnis sowohl von Stressreaktionen als auch des Gesundheitszustandes sieht Lazarus den kognitiven Bewältigungsprozess, während er die Art der Anforderungen und somit die objektiven Bedingungen außer Acht lässt (Becker, 2006, S. 178).

1.3.2.4 Das Systemische Anforderungs-Ressourcen Modell nach Becker

Die zentrale Prämisse des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells besteht in der Annahme, dass Stress und Gesundheit das Ergebnis von Regulations- und Austauschprozessen im Rahmen wechselseitiger Anforderungen zwischen den durch Anforderung und Ressourcen bestimmten Systemen eines Individuums und den ebenso durch Anforderung und Ressourcen bestimmten Systemen seiner Umwelt sind (Becker, 2006, S. 103ff). So geht Becker davon aus, dass der Gesundheitszustand eines Individuums unter anderem davon abhängt, „[...] wie gut es diesem gelingt, interne und externe Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen“ (Becker, 2006, S.110).

Externe Anforderungen beziehen sich auf sowohl verhaltensrelevante soziokulturelle Normen als auch auf physikalische und ökonomische Kontextbedingungen (Becker, 1995, S. 189) sowie auf Anforderungen aus sozialen Bereichen (Becker, 2006, S. 127ff). Als interne Anforderungen gelten Bedürfnisse physiologischer und psychologischer Natur sowie die oben erwähnten soziokulturellen Normen, Werte und Regeln in Gestalt verinnerlichter und somit handlungsanleitender Sollwerte (Becker, 2006, S. 111ff).

Unter internen Ressourcen werden persönliche physische und psychosoziale Eigenschaften verstanden (Becker, 2006, S.137ff). Becker zählt hierzu kognitive Ressourcen, emotionale Intelligenz, positive Persönlichkeitseigenschaften, soziale Rollen und Positionen und physische Eigenschaften, wie die genetische Grundausstattung, Attraktivität oder körperliche Fitness (Becker, 2006, S. 184f). Äußere Ressourcen sind materieller oder immaterieller Natur und betreffen beispielsweise finanzielle Mittel, soziale Unterstützung, ausreichend Zeit für rekreative Belange, einen sicheren Arbeitsplatz, eine befriedigende Partnerbeziehung oder eine Umwelt, die sowohl Sicherheit als auch die Möglichkeit zur sozialen Integration gewährleistet (Becker, 2006, S.131ff).

Wie aus diesem Modell (Becker, 2006) ersichtlich wird, ist das Vorhandensein adäquat zur Verfügung stehender Ressourcen für den Erhalt der Gesundheit von außerordentlicher Bedeutung. Falls diese nicht in ausreichendem Maße verfügbar sind, kann das Individuum dem Stressor nicht angemessen begegnen. Ein diesbezügliches Ungleichgewicht, also das Vorliegen von zu hohen, niedrigen und hierüber belastenden Anforderungen, bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen zu deren Bewältigung, führt demnach zu Stressreaktionen (Becker u.a., 2004, S. 13) und diese gefährden in weiterer Folge, bei Vorliegen prädisponierender Bedingungen, die im Rahmen des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell auch als Ressourcen oder Anforderungen konzipiert werden können, die

Gesundheit. Jene prädisponierenden Faktoren wären sowohl genetische und physiologische Risikofaktoren, Persönlichkeitseigenschaften als auch günstige oder ungünstige Umweltbedingungen (Becker, 2006, S. 173ff).

1.4 Die Lebenssituation alleinerziehender und nicht alleinerziehender Mütter

Im Folgenden werden die Anforderungs- und Ressourcensituation sowie die Stress- und Gesundheitsbelastung von sowohl alleinerziehenden als auch nicht alleinerziehenden Mütter dargestellt.

1.4.1 Anforderungs- und Ressourcensituation im Vergleich

Alleinerzieherinnen tragen im Normalfall „[...] die alleine finanzielle Verantwortung für die Familie [...]“ (Zartler u.a., 2011, S.94). So sind sie im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern in erhöhtem Maß auf Erwerbstätigkeit angewiesen (Statistik Austria, 2013a).

Vielen Alleinerzieherinnen ist es aber aufgrund vermehrter Betreuungspflichten - ob der alleinigen Zuständigkeit - oft nicht möglich, in vollem Ausmaß erwerbstätig zu sein, ein Umstand, der zumeist mit finanziellen Einbußen einhergeht (Zartler u.a., 2011, S. 140; Statistik Austria, 2010). Hierbei unterscheiden sie sich aber kaum von Müttern in Paarbeziehung. Allerdings fehlt den Alleinerzieherinnen zum Ausgleich das Einkommen des, aufgrund geringerer Betreuungspflichten, zumeist voll-erwerbstätigen Partners (Biffel, 2010). Trotz der höheren Anzahl von im Haushalt lebenden Personen, verfügen Paarhaushalte im Vergleich dazu, über ein deutlich höheres Äquivalenz-Einkommen (~Pro-Kopf-Einkommen), da der Ressourcenbedarf jeder weiteren erwachsenen Person um nur noch 0,5 Konsumäquivalente steigt (Statistik Austria, 2007, S.50).

So befinden sich Alleinerzieherinnen trotz erhöhter Erwerbstätigkeit im Vergleich zu Müttern mit Partner in einer finanziell eher angespannten bis prekären Situation (Statistik Austria 2007). Sie gelten demnach mehrheitlich als finanziell (Zartler u.a., 2011; Till und Till-Tentschert, 2006) und hierüber oft auch als sozial deprivierte Gruppe (Dörfler u.a., 2011) und haben gemäß EU-SILC 2011 (Statistik Austria, 2013b), neben Mehrpersonenhaushalten mit mindestens drei Kindern, die höchste Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung. Alimentationszahlungen könnten die prekäre Lage zwar etwas mildern, allerdings ist, wie einige Studien zeigen, die Zahlungsbereitschaft der Väter nicht sehr hoch. Die Hälfte der Väter kommt dieser Pflicht nicht bzw. nur in geringfügigem Ausmaß nach (BMFSFJ, 2008; Schmidt & Lüttich, 2008; Schneider u.a., 2001). Auch soziale Transfers von staatlicher Seite

können die finanzielle Situation etwas entspannen, die Inanspruchnahme geht jedoch mit weiteren psychischen Belastungen einher (Schmidt-Nieraese, 2001). Diese hohe Armutsbedrohung resultiert aber nicht nur aus der Partnerlosigkeit, sondern auch aus den sozial- resp. familienpolitischen Verhältnissen eines Landes. So ist die Armutsgefährdung alleinerziehender Mütter in Schweden und Norwegen deutlich geringer, da diese in jenen Ländern einerseits von staatlicher Seite monetär vermehrt unterstützt werden und andererseits üblicherweise in der Arbeitswelt stärker verankert sind (Dörfler & Krenn, 2005).

Die alleinige Verantwortung sowohl für die Betreuung, Versorgung und Erziehung des Kindes/der Kinder, die Haushaltsführung als auch für die Sicherung des Lebensunterhaltes (Zartler u.a., 2011; Helfferich u.a., 2003, S.5) stellt für alleinerziehende Mütter nicht nur an sich eine hohe Belastung dar (Avison u.a., 2007; Maclean u.a., 2004; Helfferich u.a., 2003; Nolting u.a., 2001; Niepel 1994), sondern geht auch mit einem größeren Problem der Vereinbarkeit einher (Statistik Austria, 2011; Zartler u.a., 2011; Forma, 2009; Maier-Gräwe & Kahle, 2009; Klepp, 2008; Byron 2005, Amesberger u.a., 2001). Mütter in einer Paarbeziehung erhalten in familiären Belangen immerhin in Teilbereichen Unterstützung durch den Partner (Zartler, 2011, S.55). Diese verfügen über deutlich mehr Möglichkeiten, sich die Familien- und Erwerbsarbeit aufzuteilen (Buber, 2012; Gumprecht, 2010, S.176; Hallberg & Klevmarken, 2003). Zumeist sind in Partnerschaft lebende Mütter in geringerem Ausmaß erwerbstätig, da sie, auch wenn sie hoch gebildet sind, in der Regel nur als Zuverdienerinnen agieren (Biffel, 2010, S. 490). Daher können sie die Anforderungen aus der Arbeitswelt mit jenen aus dem familiären Bereich spannungsfreier in Einklang bringen. Bei ausgeprägterer Erwerbstätigkeit der in Partnerschaft lebenden Mütter, die auch hier mit einem größeren Vereinbarkeitsdilemma einhergeht, erleichtert jedoch das höhere gemeinsame Einkommen die Finanzierung kostenintensiverer Betreuungsarrangements. Alleinerziehende Mütter sind demgegenüber nicht nur in einem höheren Ausmaß erwerbstätig und haben hierüber einen höheren Betreuungsbedarf, sondern verfügen zugleich über ein geringeres Maß an finanziellen Ressourcen und wie nachstehend ausgeführt auch an sozialer Unterstützung (Zartler u.a., 2011).

So mangelt es ihnen nicht nur an der Hilfe durch den Partner, sondern auch an der Unterstützung durch die Familie des Kindesvaters resp. Partners, da nach der Trennung der Kontakt zu dieser zumeist abgebrochen wird (Niepel, 1994). Auch der Freundschafts- resp. Bekanntenkreis, der potenziell für die Betreuung zur Verfügung stünde, reduziert sich nach der Trennung. Alleinerzieherinnen verfügen demnach über ein kleineres soziales Netz

(BMFSFJ, 2008) und erhalten seltener Hilfe bei der Betreuung ihrer Kinder (BMFSFJ, 2008; Helfferich u.a., 2003).

Das Fehlen eines Partners bedeutet in unserer partnerorientierten Gesellschaft oft auch das Fehlen einer wichtigen Vertrauens- und Bezugsperson (Schär u.a., 2013; Bollmann, 2012). Dafür „[...]bringt die Abwesenheit eines Partners größere Autonomie und Entscheidungsfreiheit“ (Ott, 2001, S. 26). Dennoch gibt der Großteil der Alleinerzieherinnen an, wieder in einer Partnerschaft leben zu wollen (BMFSFJ, 2008). Der fehlende Partner und das vergleichsweise kleinere soziale Netz gehen somit auch mit einem Mangel an Nähe und einem geringeren sozialen Austausch einher (Westin & Westerling, 2007; Helfferich u.a., 2003; Cairney u.a., 2003).

Die Belastungssituation der Alleinerzieherinnen ist außerdem durch einen Mangel an Zeit gekennzeichnet (Fox u.a., 2013; Zartler u.a., 2011; Meier-Gräwe & Kahle, 2009). Aufgrund der vermehrten Erwerbstätigkeit steht ihnen weniger Zeit für die Beschäftigung mit ihren Kindern (Craig & Mullan, 2012; Baierl & Neuwirth, 2011; Statistik Austria, 2009; Kendig & Bianchi, 2008; Statistisches Bundesamt, 2003) zur Verfügung. Das wird nicht nur von Seiten der Mütter (Statistik Austria, 2010; Meier-Gräwe & Kahle, 2009; Forsa, 2008; Milkie u.a., 2004), sondern auch seitens der Kinder häufiger beklagt (Hurrelmann & Andresen, 2007). Die alleinige Zuständigkeit sowohl für die Sicherung des Lebensunterhaltes als auch für alle familiären Belange führt außerdem zu einer Zeitknappheit für die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse und Belange (Statistik Austria, 2010; Meier-Gräwe & Kahle, 2009; Statistik Austria, 2009; Statistisches Bundesamt, 2003). Es gibt allerdings auch einen Bereich, der sich für Alleinerzieherinnen arbeits- und hierüber zeitextensiver darstellt. So vernachlässigen alleinerziehende Frauen, öfter als Mütter in Paarbeziehung, den Haushalt, - zum einen in Ermangelung an Zeit (Statistik Austria, 2009), zum anderen aufgrund des fehlenden Partners (Craig, 2004) - zugunsten anderer Aufgaben und Tätigkeiten. Die nicht (mehr) vorhandenen Ansprüche an die Haushaltsführung von Seiten des Partners und die nicht (mehr) vorhandenen Versorgungsleistungen gegenüber dem Partner (Meier-Gräwe & Kahle, 2009), begünstigen die Reduktion der Arbeit im Haushalt (Heiliger, 1991), wodurch die alleinerziehende Mutter ein wenig Zeit gewinnen kann (Statistisches Bundesamt, 2003).

Die alleinige Zuständigkeit für alle Belange und Bedürfnisse der Kinder kann nicht nur zu erhöhten Anforderungen oder Überforderungen der alleinerziehenden Mütter, sondern auch

der Kinder führen. Letztere vermissen insbesondere nach der Trennung der Eltern, den Vater bzw. im Allgemeinen die zweite Ansprechperson. Dieser Umstand und eine allfällige angespannte Situation zum Vater bzw. zwischen den Eltern, sowie eine prekäre finanzielle Situation (Franz, 2010), können dazu führen, dass Kinder alleinerziehender Mütter Verhaltensauffälligkeiten zeigen (Freistadt & Strohschein, 2013; Sander, 2011; Franz, 2010; Franz u.a., 2003; Gloger-Tippelt & König, 2003; Fegert, 2001), die eine weitere Belastung für die Mütter darstellen können.

1.4.2 Stress und Gesundheit bei alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern

Aufgrund der höheren subjektiven Belastungen, die zumeist auf objektiven Benachteiligungen beruhen (Helfferich u.a., 2003), bei einem gleichzeitigen Vorliegen eines Mangels an Ressourcen, erleben Alleinerziehende gegenüber nicht alleinerziehenden Müttern in vermehrtem Maße Stress (Nolting u.a., 2001). Hinzu kommt ein ungünstigeres Coping-Verhalten. So ist beispielsweise der Tabakkonsum bei Alleinerziehenden deutlich höher als bei Müttern in Paarbeziehung (BM für Gesundheit, 2011; Burstrom u.a., 2010; Fleitmann u.a., 2010; Timm, 2008; DKFZ, 2008; Wydler und Zellweger, 2005). Da ein erhöhtes Ausmaß an chronischem Stress und ein nachteiliges Gesundheitsverhalten mit einer gesteigerten Beeinträchtigung der Gesundheit assoziiert sind, könnte der allgemein schlechtere Gesundheitszustand von Alleinerziehenden möglicherweise auf diese Faktoren zurückzuführen zu sein. So schätzen Alleinerziehende nicht nur ihren Gesundheitszustand weitaus schlechter (Sperlich et al., 2011; Burstrom et al., 2010; Kim u.a., 2010) als in Partnerschaft lebende Mütter ein, sie leiden zudem häufiger an Schmerzen und Allgemeinbeschwerden (Sperlich 2011, Sperlich & Collatz 2006) geben an, öfter krank zu sein und fühlen sich in ihrem physischen und psychischen Wohlbefinden stärker beeinträchtigt (Helfferich u.a., 2003).

2 ZIELSETZUNG UND HYPOTHESEN

In der vorliegenden Studie werden alleinerziehende mit nicht alleinerziehenden Müttern hinsichtlich ihres Belastungs- und Ressourcenprofils, ihres subjektiven Stresserlebens und bezüglich ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung miteinander verglichen. Es soll ermittelt werden, ob alleinerziehende Mütter in höherem Ausmaß belastet sind.

Diesbezüglich wurden folgende Hypothesen aufgestellt.

2.1 Hypothese 1

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, sind Alleinerzieherinnen höheren Belastungen ausgesetzt.

Hierzu sollen folgende Annahmen getestet werden:

H1.1

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, fühlen sich Alleinerzieherinnen durch das Verhalten ihres Kindes/ihrer Kinder signifikant häufiger „genervt“.

H1.2

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, fühlen sich Alleinerzieherinnen durch das Verhalten ihres Kindes/ihrer Kinder signifikant häufiger überfordert.

H1.3

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, lässt sich der Beruf/die Ausbildung bei Alleinerzieherinnen signifikant schlechter mit der Betreuung des Kindes/der Kinder vereinbaren.

H1.4

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, geben Alleinerzieherinnen signifikant häufiger an, mehr Zeit mit ihrem Kind/ihren Kindern verbringen zu wollen.

H1.5

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, ist der Zigarettenkonsum (ein Indikator für Belastungserleben) bei Alleinerzieherinnen signifikant höher.

2.2 Hypothese 2

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, verfügen Alleinerzieherinnen über ein geringeres Ausmaß an Ressourcen.

Hierzu sollen folgende Annahmen getestet werden:

H2.1

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, verfügen Alleinerzieherinnen über ein signifikant geringeres Netto-Haushaltseinkommen.

H2.2

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, geben Alleinerzieherinnen signifikant seltener an, ausreichend Zeit für die eigenen Belange und Bedürfnisse (zum Bsp. Freunde treffen, Hobbies, Ausbildung, Entspannung etc.) zu haben.

H2.3

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, haben Alleinerzieherinnen signifikant seltener die Gelegenheit mit anderen über ihre Sorgen als Mütter zu sprechen.

H2.4

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, erhalten Alleinerzieherinnen signifikant seltener Hilfe bei der Betreuung ihres Kindes/ihrer Kinder.

2.3 Hypothese 3

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, empfinden Alleinerzieherinnen ein höheres Ausmaß an subjektivem Stress.

Hierzu soll folgende Annahme getestet werden:

H3.1

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, haben Alleinerzieherinnen ein mittels der Screening-Skala des TICS erfasstes signifikant höheres subjektives Stresserleben.

2.4 Hypothese 4

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, sind Alleinerzieherinnen häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt.

Hierzu sollen folgende Annahmen getestet werden:

H4.1

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, haben Alleinerzieherinnen einen anhand des GBB-24 ermittelbaren signifikant höheren Beschwerdedruck.

H4.2

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, schätzen Alleinerzieherinnen ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein.

3 MATERIAL UND METHODEN

3.1 Definition von „Alleinerzieherin“

Als Alleinerzieherinnen wurden diejenigen Mütter betrachtet, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in keiner Partnerschaft befanden.

3.2 Stichprobe und Datenerhebung

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Das Sample umfasste 317 Mütter im Alter von 20 bis 54 Jahren ($M = 35,86 \pm 6,97$), die mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren im selben Haushalt lebten.

3.2.2 Datenerhebung

Die Erhebung fand im Zeitraum von Ende Juni bis Ende August 2012 in den Bundesländern Wien und Niederösterreich statt, wobei die Rekrutierung der Probandinnen sowohl über Schulen als auch über persönliche Kontakte erfolgte. Zur Erhebung der Daten wurde die Methode der Online-Befragung und der papierbasierten Befragung gewählt. Insgesamt wurden 394 Fragebögen ausgefüllt. Der Großteil der Daten stammt aus der Online-Befragung. Hierzu wurde ein informierendes Schreiben mit einem Link zum online verfügbaren Fragebogen per Email an die Probandinnen versandt. Dasselbe Begleitschreiben war auch in der gedruckten Version inkludiert. 380 Fragebögen wurden auf digitalem Weg beantwortet und von 48 gedruckten Bögen wurden 14 retourniert. Die Teilnahme erfolgte anonym und auf freiwilliger Basis.

3.2.2.1 Online-Befragung

In Wien wurden die Direktoren und Direktorinnen von verschiedenen Wiener Schulen mit der Bitte um Teilnahme und die Weiterleitung des Online-Fragebogens kontaktiert. An der Studie nahmen zehn Wiener Schulen (siehe Anhang: Kap. 8.7) teil. Die Weiterleitung erfolgte, soweit möglich, entweder direkt an die Mütter oder indirekt über den Elternverein.

In Niederösterreich erfolgte die Rekrutierung über das Schneeball-System. Die teilnehmenden Mütter wurden ohne Vermittlung von Seiten der Schulen direkt mit der Bitte um Weiterleitung an andere, in Wien oder Niederösterreich wohnhafte, Mütter betraut.

3.2.2.2 Papierbasierte Befragung

Die gedruckten Bögen wurden samt Rücksendeküverts an Mütter aus dem Bekanntenkreis der Autorin der vorliegenden Studie mit der Bitte ausgeteilt, diese an weitere Mütter auszuteilen. Die Befragung fand auch hier in den beiden oben genannten Bundesländern statt.

3.3 Ausschlusskriterien.

Aus der Analyse ausgeschlossen wurden unvollständig ausgefüllte Fragebögen. Als nicht vollständig aufgefüllt wurden hier Fragebögen mit mehr als drei fehlenden Angaben betrachtet.

Außerdem wurden Altersgrenzen sowohl für das Alter der Mütter als auch der Kinder festgesetzt: Daten von Müttern, die zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 18 bzw. älter als 60 Jahre waren oder mit mindestens einem Kind im Alter von über 14 Jahren im selben Haushalt lebten, fanden keinen Eingang in die Analyse.

Nicht eindeutige Angaben zum Erziehungsstatus galten ebenfalls als Ausschlussgrund. So wurden all jene Fragebögen aus der Analyse ausgeschlossen, in denen sich Mütter als in Partnerschaft befindlich und zugleich als alleinerziehend bezeichneten.

Von den 394 Fragebögen wurden 77 Bögen aufgrund der Ausschlusskriterien nicht in die Analyse miteinbezogen.

3.4 Aufbau und Beschreibung des Fragebogens

3.4.1 Allgemeiner Aufbau

Der Online-Fragebogen (siehe Anhang: Kap. 8.1) wurde mit dem Software-tool „Survey Monkey“ erstellt (Survey Monkey, o. J.).

Die Durchführung des gesamten Fragebogens dauerte ca. 15 bis 20 Minuten.

Es wurden Daten zu folgenden Bereichen erhoben:

1. zur soziodemographischen Situation
2. zur Belastungs- und Ressourcensituation
3. zum Ausmaß des subjektiv erlebten Stresses
4. zum Ausmaß des Beschwerdedrucks
5. zur Einschätzung des Gesundheitszustandes

6. zur Höhe des Zigarettenkonsums
7. zur Betreuungssituation (in Bezug auf die Kinder)
8. zu bereichsspezifischen Alltagssituationen (bspw. in Bezug auf die Kinder, den Beruf, die Ausbildung, den Haushalt, das „Hausfrauendasein“)
9. zur Situation mit dem Partner
10. zur Situation als Alleinerziehende
11. zum psychischen Wohlbefinden

Die Fragen zielten auf die Feststellung der jeweiligen Umstände und untersuchten das Vorhandensein allfälliger Belastungen oder Ressourcen. Außerdem wurden zum Teil die mit der potentiell stressauslösenden Situation verknüpfte Bewertung und hierüber das Ausmaß der affektiven Reaktion erfasst.

Der Fragebogen von Krewer u.a. (2012) diente als Orientierungsgrundlage zur Formulierung der Fragen zur Betreuungssituation.

Die Antwortkategorien waren teilweise vorgegeben (drei bis fünfstufige Ratingskalen, Einfach- und Mehrfach-Nennungen) und teilweise halboffen (Alter der Probandin, Alter und Anzahl der Kinder).

Unter Verwendung des oben genannten Software-tools wurde bei der Online-Variante mit dem Feature *Pflichtfeld*, die Beantwortung bestimmter Fragen als obligatorisch festgelegt. Mit dieser Funktion konnte verhindert werden, dass Fragen übersehen oder übersprungen werden (Survey Monkey, o.J.).

3.4.2 Ausgewählte psychometrische Verfahren

Zur Erhebung des subjektiv erlebten Stresses und des Beschwerdedrucks kamen folgende Standardtests zum Einsatz:

- Die Screening-Skala (SSCS) des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS)
- Der Gießener Beschwerdebogen - Kurzform (GGB-24)

3.4.2.1 Das Trierer Inventar zum chronischen Stress (Schulz u.a., 2004)

Dieses Instrument ist ein standardisierter Selbstbeurteilungsfragebogen und dient der Erhebung verschiedener Arten chronischen Stresses. In Bezug auf die Konzipierung des

Fragebogens orientieren sich die Konstrukteure an interaktionsbezogenen Stresskonzepten (Schulz, u.a. 2004, S.8). Des Weiteren nehmen sie an, „[...] dass die Nichtpassung von Anforderungen und anforderungsbezogenen Ressourcen die Grundlage der Stressgenese darstellt“ (Becker, 2006, S.169).

Für die Erfassung der chronischen Stressbelastung wurde mit der Screening-Skala (SSCS) (siehe Anhang: Kap.8.2) eine Kurzversion des TICS verwendet. Sie enthält insgesamt 12 Items und ermittelt das subjektive Stresserleben in den Bereichen „Chronische Besorgnis, arbeitsbezogene und soziale Überlastung, Überforderung und Mangel an sozialer Anerkennung“ (Schulz u.a., 2004, S. 16).

Bei der Beantwortung der Fragen, werden die Personen gebeten zu beurteilen, wie häufig sie in den drei Monaten vor dem Zeitpunkt der Messung, die angesprochene Erfahrung gemacht haben (Schulz u.a., 2004, S. 8).

Die Beantwortung erfolgt über eine fünfstufige Ratingskala mit folgenden Antwortmöglichkeiten: 0= nie, 1= selten, 2= manchmal, 3= häufig und 4= sehr häufig. Über die Summierung der einzelnen Itemwerte wird der Skalenwert errechnet, der demnach Ausprägungen zwischen 0 und 48 annehmen kann und ein globales und unspezifisches Maß für den erlebten chronischen Stress darstellt (Schulz u.a., 2004).

Der Test kann an Personen ab dem 16. Lebensjahr angewandt werden (Schulz u.a., 2004).

3.4.2.2 Der Gießener Beschwerdebogen - Kurzform (GBB-24) (Brähler u.a., 2006)

Der Gießener Beschwerdebogen ist ein zeitökonomisches und standardisiertes Selbstbeurteilungsverfahren „[...] zur Erfassung des Beschwerdebildes“ (Brähler, u.a. 2006, S. 11), das sowohl Allgemeinbeschwerden als auch grob lokalisierbare, körperliche Schmerzen umfasst (Brähler, u.a., 2006). Dieser Fragebogen dient nicht der Diagnose klinisch manifester Erkrankungen (Becker, 2006, S. 33f), sondern bietet als psychodiagnostisches Verfahren nur die Möglichkeit einer Evaluation des Ausmaßes der subjektiven Beeinträchtigung durch die jeweilige Beschwerde (Brähler u.a., 2006). Auch der Zeitraum der erlebten Beschwerden (akut oder chronisch) ist anhand dieses Verfahrens nicht ermittelbar (Brähler u.a., 2006; Becker, 2006).

Der Fragebogen (siehe Anhang: Kap. 8.3) umfasst 4 Skalen zu jeweils 6 Items, wobei jede Skala einen Komplex aus Beschwerden beschreibt: 1) Erschöpfungsneigung, 2) Magenbeschwerden, 3) Gliederschmerzen, 4) Herzbeschwerden (Brähler u.a., 2006, S. 11).

Bei der Beantwortung der Fragen, werden die Testpersonen gebeten, anzugeben, in welchem Ausmaß sie an der jeweiligen Beschwerde leiden (Brähler u.a., 2006).

Die Beantwortung erfolgt über eine fünfstufige Ratingskala mit folgenden Antwortmöglichkeiten: 0= nicht, 1= kaum, 2= einigermaßen, 3=erheblich und 4= stark (Brähler u.a., 2006. S. 17).

Über die Summierung der Skalenwerte wird der Beschwerdedruck errechnet, der ein Maß für die Höhe der Beeinträchtigung durch die Beschwerden bereitstellt und Werte zwischen 0 und 96 annehmen kann. Der Test ist für Personen ab dem 16. Lebensjahr konzipiert (Brähler u.a., 2006).

Zur Feststellung des Ausmaßes der gesundheitlichen Beeinträchtigung wurde neben dem Verfahren zur Ermittlung des Beschwerdedrucks auch jenes zur Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes angewandt.

3.4.2.3 Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

Dieses Verfahren dient „[...]international zur Erfassung der subjektiven Gesundheit[...]“ (Robert Koch-Institut, 2012, S. 64), für die neben dem physischen Wohlbefinden, auch soziale und emotionale Aspekte von Bedeutung sind. Sie gilt als guter Indikator für den objektiven Gesundheitszustand der Probanden und Probandinnen (Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008; S. 11).

Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes konnten die Probandinnen der vorliegenden Studie die Frage nach der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes, auf einer ebenfalls fünfstufigen Ratingskala, folgendermaßen beantworten: „sehr gut“, „gut“, „befriedigend“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

3.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Programm „IBM SPSS Statistics 20“, das gemeinsam mit „Microsoft Office Excel 2010“ auch für die Erstellung der Diagramme genutzt wurde. Die Erstellung der Tabellen erfolgte mit Hilfe von „Microsoft Office Word 2010“.

3.5.1 Beschreibende Statistik

Die Deskription der Daten erfolgte unter Angabe von Mittelwerten, Standardabweichungen, Spannweite und der Verteilung der prozentualen Häufigkeiten.

Bei zu geringer Zellenbesetzung und zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Merkmalswerte zu Klassen oder Gruppen zusammengefasst (Bühner & Ziegler, 2009). So

wurden in Bezug auf die Erfassung des Alters der Kinder Altersklassen und hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung der Mütter Ausbildungsklassen gebildet. Auch die Darstellung der Berufs- resp. Ausbildungssituation erfolgte in Gruppen.

3.5.2 Prüfstatistik

Intervallskalierte Daten wurden mit Hilfe des „Kolmogorov-Smirnov-Tests“ auf Normalverteilung geprüft. Normalverteilte Daten wurden anhand parametrischer Tests analysiert, bei nicht normalverteilten resp. ordinalskalierten Daten kamen nicht-parametrischen Verfahren zur Anwendung. Bei Vorliegen von signifikanten Ergebnissen wurde für relevante Fragestellungen auch die Höhe des Effekts berechnet.

Bei Vorliegen normalverteilter Variablen wurde anhand des „Zweistichproben-t-Tests“ untersucht, ob sich die Mittelwerte der beiden unabhängigen Stichproben voneinander signifikant unterscheiden. Zur Messung der Effektstärke wurde der Korrelationskoeffizient r nach Bravais-Pearson verwendet (Bühner & Ziegler, 2009).

Bei nicht normalverteilten oder ordinalskalierten Daten mit mindestens vier Ausprägungen wurde der „Mann-Whitney-U-Test“ zum Vergleich der beiden unabhängigen Stichproben angewandt. Die Berechnung erfolgt über den Vergleich der Rangreihen der beiden Stichproben. Zur approximativen Bestimmung der Effektstärke wurde ϕ berechnet.

Der Chi-Quadrat-Test kam bei ordinalskalierten Variablen mit weniger als vier Ausprägungen als auch bei nominal-skalierten Variablen zum Einsatz. Hierbei wurde überprüft, ob sich die beobachteten von den erwarteten Häufigkeiten signifikant unterscheiden (Bühner & Ziegler, 2009).

Um die Beziehung zweier Variablen darzustellen, wurden Korrelationen angewandt. Für die intervallskalierten, aber nicht normal verteilten Variablen erfolgte die Korrelation nach Spearman, für die ordinalskalierten die Korrelation nach Kendall-Tau.

Das Signifikanzniveau wurde für alle Tests auf 5% festgelegt (Bühner & Ziegler, 2009).

4 ERGEBNISSE

4.1. Soziodemographische Daten

4.1.1 Erziehungsstatus der Probandinnen

58 Frauen der vorliegenden Studie geben an, alleinerziehend und 259 nicht alleinerziehend zu sein (siehe Abbildung 1).

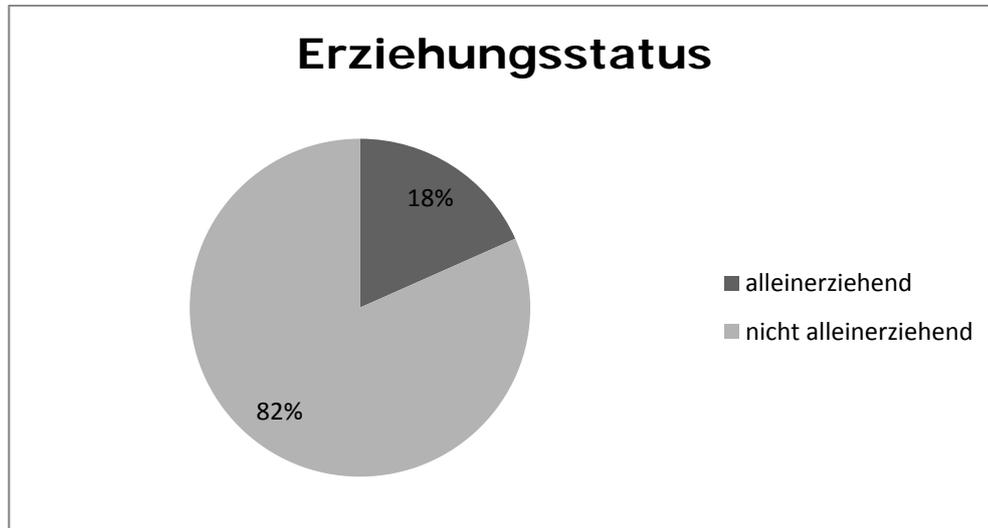


Abb.1: Einfaches Kreisdiagramm zur Darstellung des prozentualen Anteils der alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Probandinnen ($N=317$).

4.1.2 Beziehungsstatus der Probandinnen

Wie Abbildung 2 zeigt, sind 52,3% der Frauen verheiratet, 28,4 % leben in einer festen Partnerschaft, 7,9 % sind ledig und 6,9 % geschieden, weitere 3,5% haben sich von ihrem Partner getrennt.

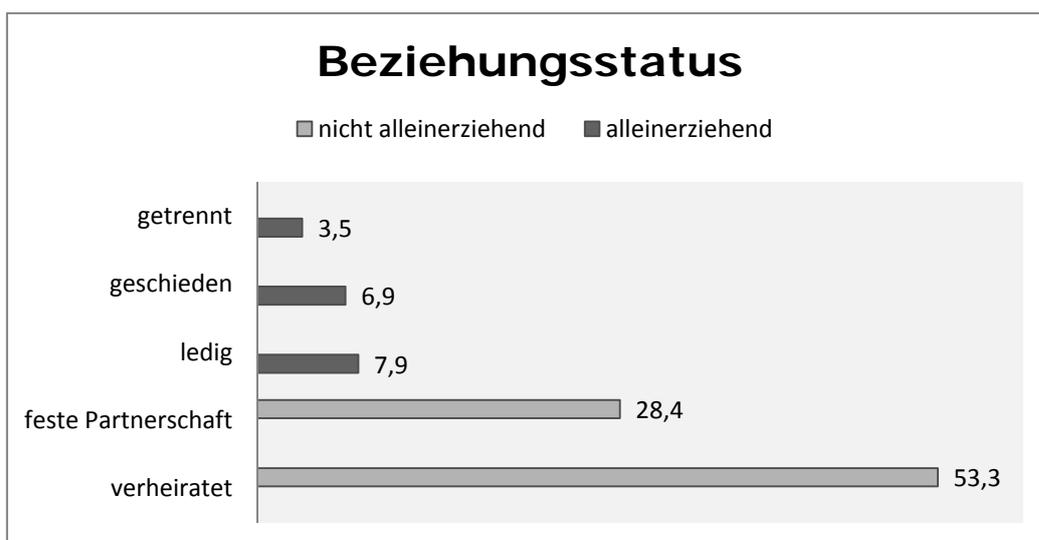


Abb.2: Einfaches Balkendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung der Probandinnen nach ihrem Beziehungsstatus ($N= 317$)

4.1.3 Alter der Probandinnen

Das Durchschnittsalter der Alleinerzieherinnen ($M= 36,97 \pm 7,17$) Jahren liegt geringfügig über jenem der Mütter mit Partner ($M= 35,6 \pm 6,92$), aber unterscheidet sich nicht signifikant von diesem. (KS-Test: $p= 0,047$; Mann-Whitney U-Test: $z= -1,35$, $p= 0,18$; $N= 316$, $n= 58$,; $n=258$). Die jüngste Mutter ist 20 Jahre alt und alleinerziehend, die älteste 54 Jahre und lebt in einer Partnerschaft. Die Altersspannweite ist mit 33 Jahren für beide Gruppen ident. Die Altersverteilung (siehe Abbildung 3) ist relativ ausgeglichen. Eine in Partnerschaft lebende Mutter machte hierzu keine Angabe.

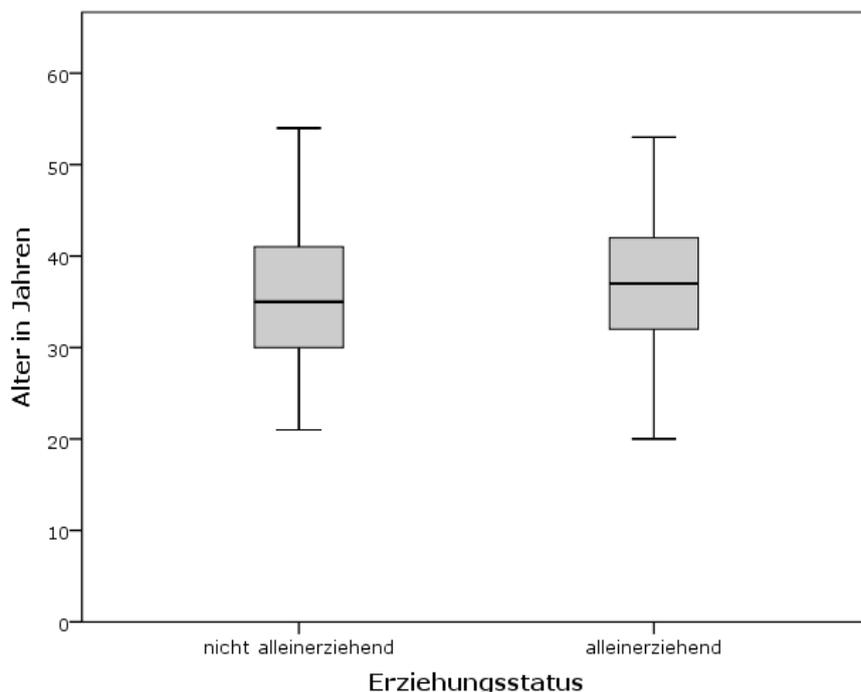


Abb.3: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung des Alters der Probandinnen ($N=316$, $n= 58$,; $n=258$) in Jahren. Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.1.4 Anzahl der Kinder bis zum 15. Lebensjahr

Die befragten Mütter leben mit durchschnittlich 1,73 Kindern ($SD= 0,76$) im selben Haushalt. Allerdings betreuen Alleinerziehende ($M= 1,48 \pm 0,63$) im Vergleich zu Müttern mit Partner ($M= 1,79 \pm 0,79$) hoch signifikant weniger Kinder (KS-Test: $p \leq 0,00$; Mann-Whitney U-Test: $z=-2,79$; $p= 0,005$; $N=317$) (siehe Abbildung 4). Die höchste Anzahl der zu betreuenden Kinder findet sich mit 5 Kindern ausschließlich bei den Müttern, die in einer Partnerschaft leben. Alleinerziehende leben mit höchstens 4 Kindern im selben Haushalt.

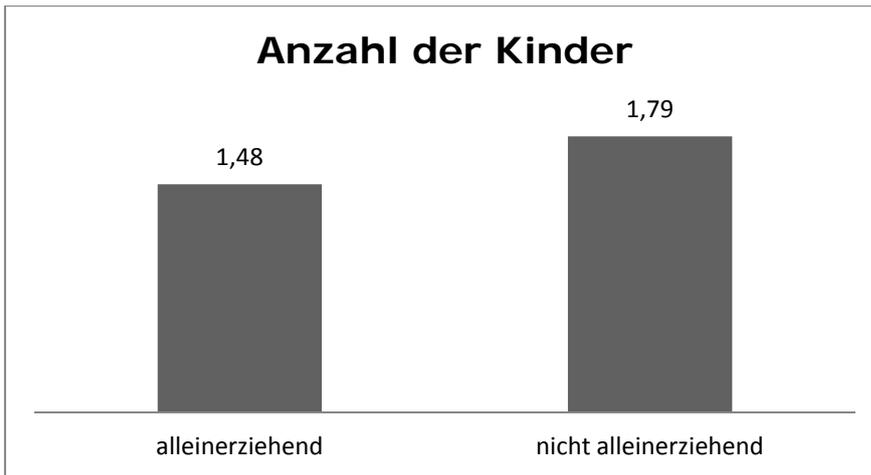


Abb.4: Einfaches Balkendiagramm zur Darstellung der durchschnittlichen Anzahl der Kinder der Probandinnen ($N=317$). Gruppirt nach Erziehungsstatus der Probandin. Vergleich der Mittelwerte nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.1.5 Alter des jüngsten Kindes

Das Durchschnittsalter des jüngsten Kindes ($M=8,52\pm 3,8$) ist bei Alleinerziehenden in höchst signifikantem Ausmaß höher als das des jüngsten Kindes ($M=5,49\pm 4$) der in Partnerschaft lebenden Mütter (*KS-Test*: $p \leq 0,00$; *Mann-Whitney U-Test*: $z = -4,96$; $p \leq 0,000$; $N=317$) (siehe Abbildung 5)

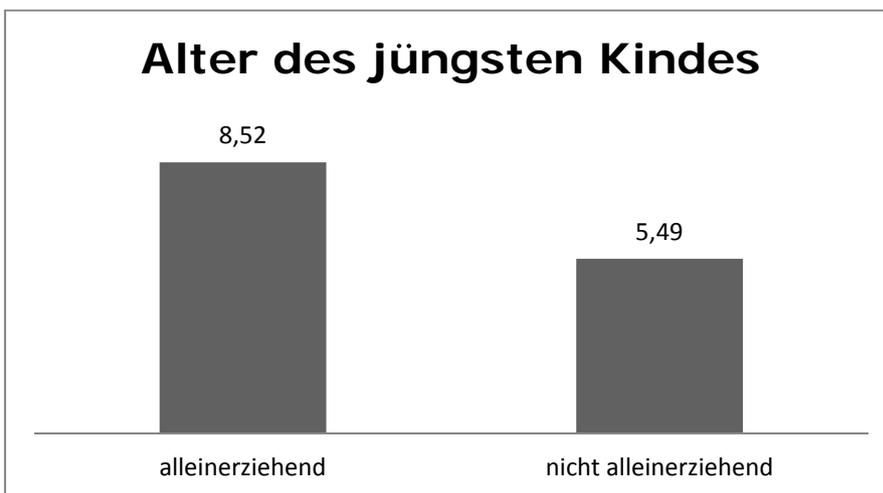


Abb.5: Einfaches Balkendiagramm zur Darstellung des durchschnittlichen Alters des jüngsten Kindes der Probandinnen ($N=317$). Gruppirt nach Erziehungsstatus der Probandin. Vergleich der Mittelwerte nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.1.6 Anzahl der Kinder pro Altersklasse

Die Altersklassen der Kinder vom 1. bis zum 15. Lebensjahr

Altersklasse 1: 1. bis 3. Lebensjahr

Altersklasse 2: 4. bis 7. Lebensjahr

Altersklasse 3: 8. bis 11. Lebensjahr

Altersklasse 4: 12. bis 15. Lebensjahr

Alleinerzieherinnen haben im Vergleich zu Müttern, die in einer Partnerschaft leben signifikant sowohl weniger Kinder in der Altersklasse 1 (*KS-Test: $p \leq 0,00$; Mann-Whitney U-Test: $z = -4,07$; $p \leq 0,000$; $N=317$*) als auch in der Altersklasse 2 (*KS-Test: $p \leq 0,00$; Mann-Whitney U-Test: $z = -2,03$; $p = 0,043$; $N=317$*).

Für die Altersklasse 3 zeigte sich kein signifikanter Unterschied (*KS-Test: $p \leq 0,00$; Mann-Whitney U-Test: $z = -0,53$; $p = 0,6$; $N=317$*). Allerdings haben Alleinerziehende signifikant mehr Kinder in der Altersklasse 4 (*KS-Test: $p \leq 0,00$; Mann-Whitney U-Test: $z = -2,16$; $p = 0,03$; $N=317$*). (siehe Tabelle 1 und Abbildung 6)

Tab.1: Durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Altersklasse ($N=317$)

		Alters= klasse 1	Alters= klasse 2	Alters= klasse 3	Alters= klasse 4
Alleinerzieherinnen	M	0,14	0,31	0,59	0,48
	SD	0,35	0,57	0,62	0,63
Mütter mit Partner	M	0,46	0,45	0,56	0,33
	SD	0,56	0,57	0,68	0,61

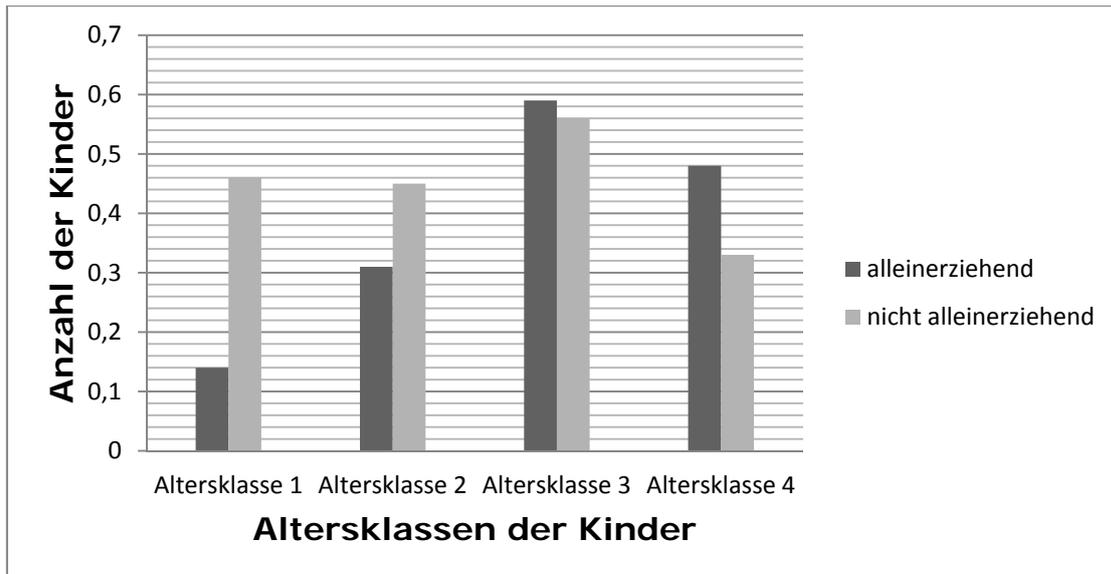


Abb.6: Gruppierendes Säulendiagramm zur Darstellung der durchschnittlichen Anzahl der Kinder der Probandinnen ($N=317$) pro Altersklasse des Kindes. Gruppiert nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.1.7 Höchste abgeschlossene Ausbildung

In Bezug auf die höchste abgeschlossene Ausbildung haben 36,2% der Alleinerzieherinnen und 26,6% der Mütter mit Partner eine höhere Schule absolviert und 31% der Alleinerzieherinnen als auch 44,4% der in Partnerschaft lebenden Mütter ein Studium abgeschlossen. Nur 12,1% der Alleinerzieherinnen und 13,9% der Mütter mit Partner haben eine Lehre absolviert. Ein noch geringerer Prozentsatz, genauer 5,2% der alleinerziehenden und 3,9% der nicht alleinerziehenden Mütter haben nur einen Pflichtschulabschluss. (siehe Abbildung 7)

Ausbildungsklassen

Ausbildungs-Klasse 1 umfasst die Ausprägungen „Pflichtschule“, „Lehre“ und „Fachschule“
 Ausbildungs-Klasse 2 beinhaltet die Ausprägungen „Meister- bzw. Werkmeisterschule“, „Höhere Schule“ und „Berufsreife- bzw. Studienberechtigungsprüfung“.

Ausbildungsklasse 3 enthält die Ausprägung „(Fach-)Hochschule und hochschulverwandte Lehranstalt“

Hinsichtlich der einzelnen Ausbildungsklassen fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern. ($\chi^2=1,37$; $df= 2$; $p= 0,5$; $N=317$)

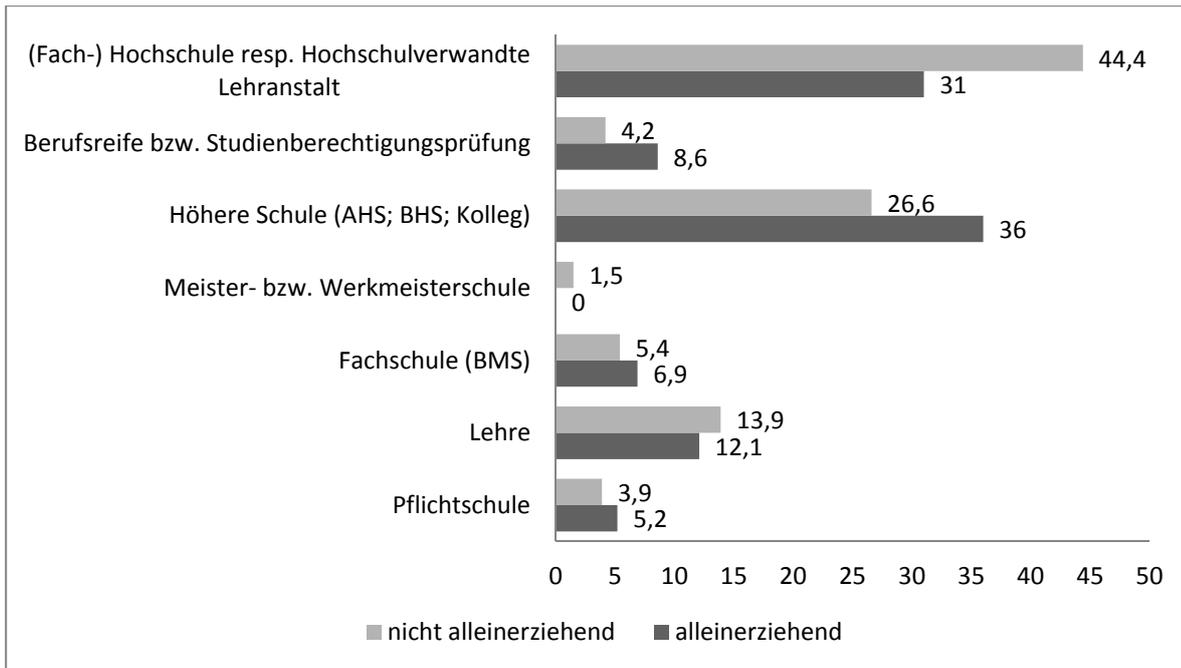


Abb.7: Gruppierendes Balkendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung nach höchster abgeschlossener Ausbildung der Probandinnen ($N=317$). Gruppierend nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.1.8 Berufs- und Ausbildungssituation

Der größte prozentuale Anteil, genauer 67,2% der Alleinerzieherinnen und 49,4% der Mütter in Paarbeziehung sind Angestellte oder Beamtinnen. Davon befinden sich 8,6% der Alleinerzieherinnen und 7,3% der Mütter mit Partner in leitender Position. Den geringsten Anteil stellen die Arbeiterinnen mit knapp 1% der in Partnerschaft lebenden Mütter dar. Keine der Alleinerzieherinnen gab an, Arbeiterin zu sein. Ein geringer Anteil befindet sich mit rund 3,5% sowohl der alleinerziehenden als auch nicht alleinerziehenden Mütter in Ausbildung. Weder erwerbstätig noch in Ausbildung sind 31,7% der in Partnerschaft lebenden Mütter und 17,2% der Alleinerzieherinnen. Unter „sonstige“ wurden die Kombinationen („Angestellte im eigenen Betrieb“, Angestellte und selbstständig/freiberuflich“, „leitende Angestellte und selbstständig/freiberuflich“, „selbstständig im eigenen Betrieb“ als auch „selbstständig und Beamtin“), die sich aus Mehrfachnennungen ergaben, zusammengefasst. Hier finden sich 1,7% der Mütter mit Partner und 5% der Alleinerzieherinnen. (siehe Abbildung 8)

Wie Abbildung 9 zeigt, sind 23,7% der Mütter, die in einer Partnerschaft leben, bis 10 bzw. 20 Stunden erwerbstätig oder in Ausbildung, während dies nur für 10,3 % der Alleinerzieherinnen zutrifft. 72,4% der alleinerziehenden Mütter und 44,6% der Mütter mit Partner arbeiten mindestens 30 Stunden.

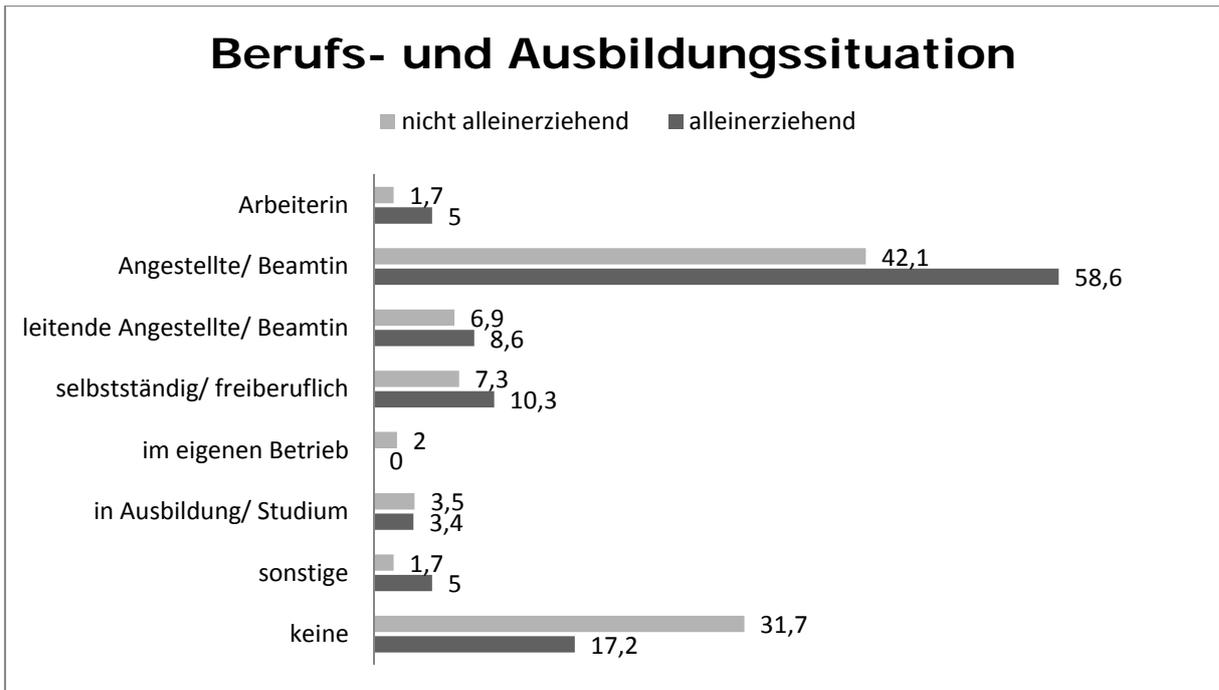


Abb.8: Gruppieretes Balkendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung nach Berufs- und Ausbildungssituation der Probandinnen ($N=317$). Gruppieret nach Erziehungsstatus der Probandinnen (Mehrfachantworten möglich).

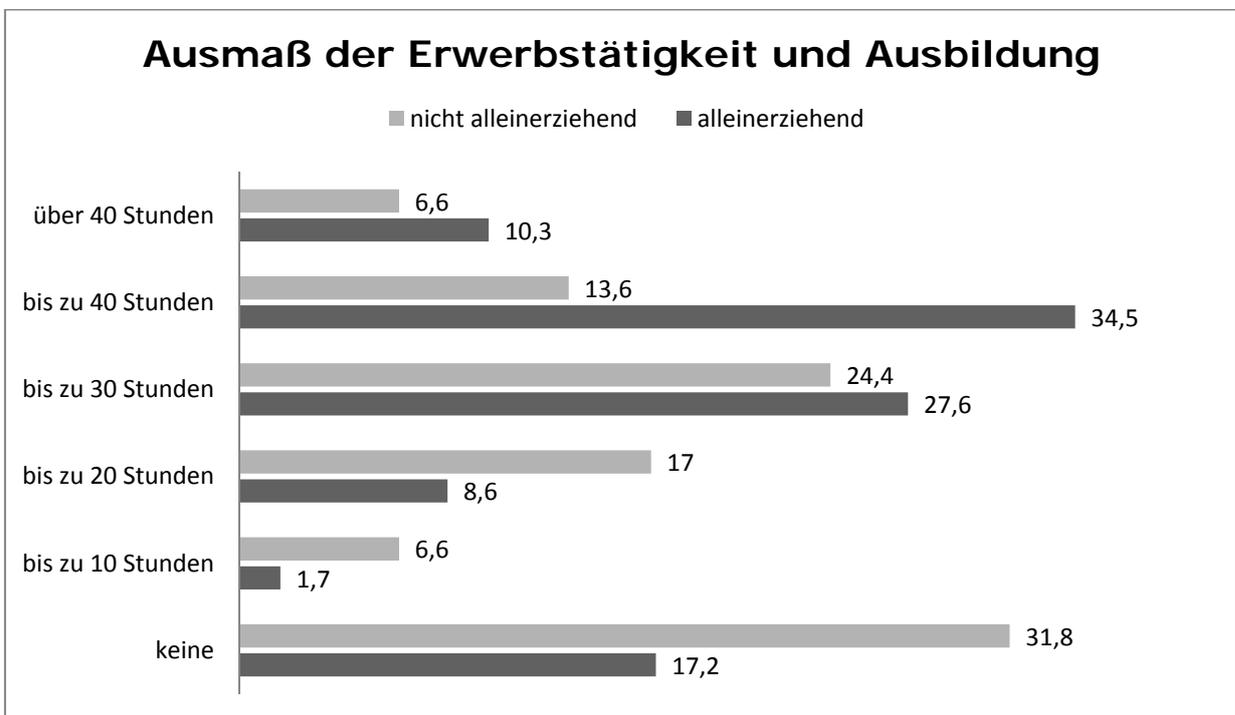


Abb.9: Gruppieretes Balkendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung nach dem Ausmaß der Erwerbstätigkeit in Anzahl der Stunden pro Woche. ($N=316$, $n=258$, $n=58$) Gruppieret nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

Gruppen zur Berufs- und Ausbildungssituation

Gruppe 1 beinhaltet die Ausprägung „keine Beschäftigung, nicht in Ausbildung“

Gruppe 2 umfasst die Ausprägungen „Arbeiterinnen“, „Angestellte“ und „Beamtinnen“

Gruppe 3 enthält die Ausprägungen „leitende Angestellte“ und „Beamtinnen“

Gruppe 4 besteht aus der Ausprägung „in Ausbildung/Studium“

Gruppe 5 erfasst die Ausprägungen „selbstständig/freiberuflich“, im eigenen Betrieb und „sonstige“.

Beim Vergleich der Gruppen fand sich kein signifikanter Unterschied für die allein und nicht allein Erziehenden. ($\chi^2=6,3$; $df= 4$; $p= 0,18$; $N=317$)

In Bezug auf das Ausmaß der mit Erwerbstätigkeit oder Ausbildung verbrachten Zeit fanden sich höchst signifikante Unterschiede ($N = \text{Mann-Whitney U-Test}$: $z = -3,89$; $p \leq 0,000$; $N=316$, $n= 258$, $n=58$) Alleinerziehende sind deutlich öfter und in höherem zeitlichen Ausmaß erwerbstätig (siehe Abbildung 9). Wie Abbildung 8 zeigt, befinden sie sich aber nicht häufiger in Ausbildung.

4.1.9 Wohnort

Der Wohnort wurde sowohl nach der Region (Stadt oder Land) als auch nach der Größe der Stadt (Einwohnerzahl) unterschieden.

Wie Abbildung 10 zeigt, leben Alleinerziehende mit 69% etwas häufiger in der Großstadt (über 100.000 Einwohner) als in Partnerschaft lebende Mütter (60,9%). Am Land überwiegt der prozentuale Anteil der Mütter in Partnerschaften (16,2%) gegenüber dem der Alleinerzieherinnen (10,3%). Hinsichtlich der Verteilung in Bezug auf die Variable Wohnort liegt kein signifikanter Unterschied vor. ($\chi^2=6,07$; $df= 4$; $p= 0,19$; $N=317$)

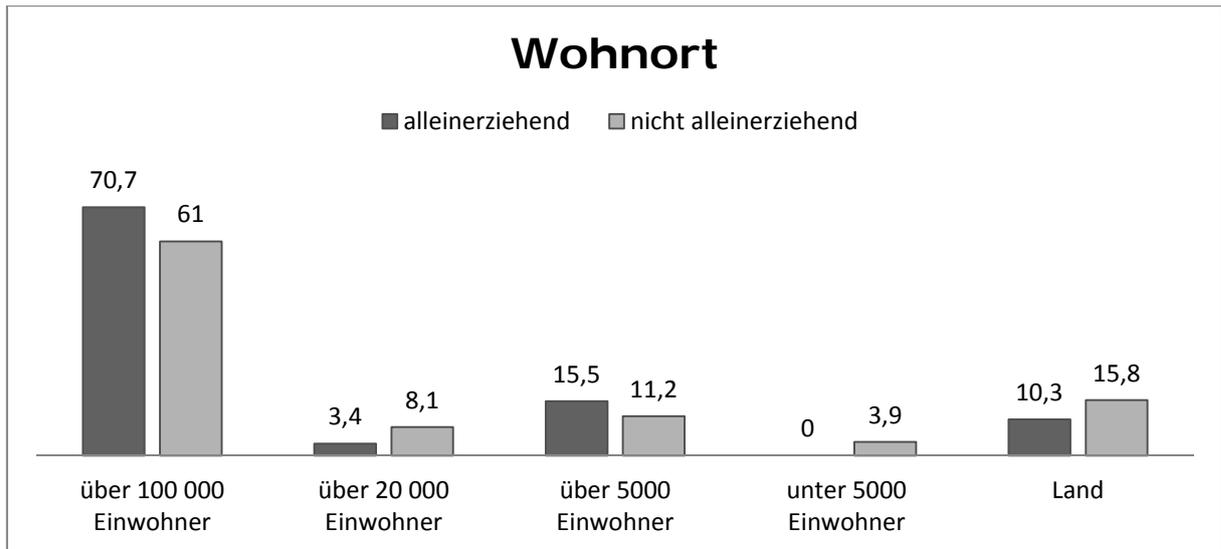


Abb.10: Gruppieretes Säulendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung nach dem Wohnort der Probandinnen ($N=317$). Gruppieretes nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.1.10 Die Betreuungssituation

25,9% der Alleinerzieherinnen betreuen ihr Kind weitgehend selbst, während dies nur für 17% der Mütter in Paarbeziehung gilt.

Bei 79,2% der Mütter mit Partner hilft auch der Vater des Kindes bzw. der Partner der Mutter bei der Betreuung des Kindes, wohingegen dies lediglich für 48,3% der Alleinerzieherinnen zutrifft.

70,3% der Mütter, die in ein Partnerschaft leben, geben an, Hilfe von den Großeltern oder anderen Verwandten zu erhalten, im Vergleich dazu bekommen nur 56,9% der Alleinerzieherinnen diesbezüglich Unterstützung.

29,3% der Alleinerzieherinnen und 34% der Mütter mit Partner erhalten Hilfe von Freunden, Bekannten oder Nachbarn.

Hinsichtlich der Betreuung durch eine Tagesmutter, Babysitter oder Au-pair finden sich nur marginale Unterschiede.

10,3% der Alleinerzieherinnen und 12,7% der nicht alleinerziehenden Frauen verwenden diese Form der Betreuung.

Auch institutionelle Tages-Einrichtungen werden von 65,5% der Alleinerzieherinnen als auch 59,1% der Mütter mit Partner für die Betreuung ihrer Kinder genutzt. (siehe Abbildung 11)

Es zeigt sich, dass die Mütter mit Partner, im Vergleich zu den Alleinerzieherinnen, zum einen höchst signifikant mehr Hilfe vom Vater des Kindes resp. Partner der Mutter erhalten (*Mann-Whitney U-Test*: $z = -4,8$; $p \leq 0,000$; $N=317$) und zum anderen auch eine signifikant

höhere Unterstützung durch die Großeltern des Kindes oder andere Verwandte. (*Mann-Whitney U-Test: $z = -1,97$; $p = 0,049$; $N = 317$*) Hinsichtlich der anderen Betreuungsformen finden sich bei der Überprüfung mit dem Mann-Whitney U-Test keine signifikanten Unterschiede. ($p \geq 0,05$, $N = 317$)

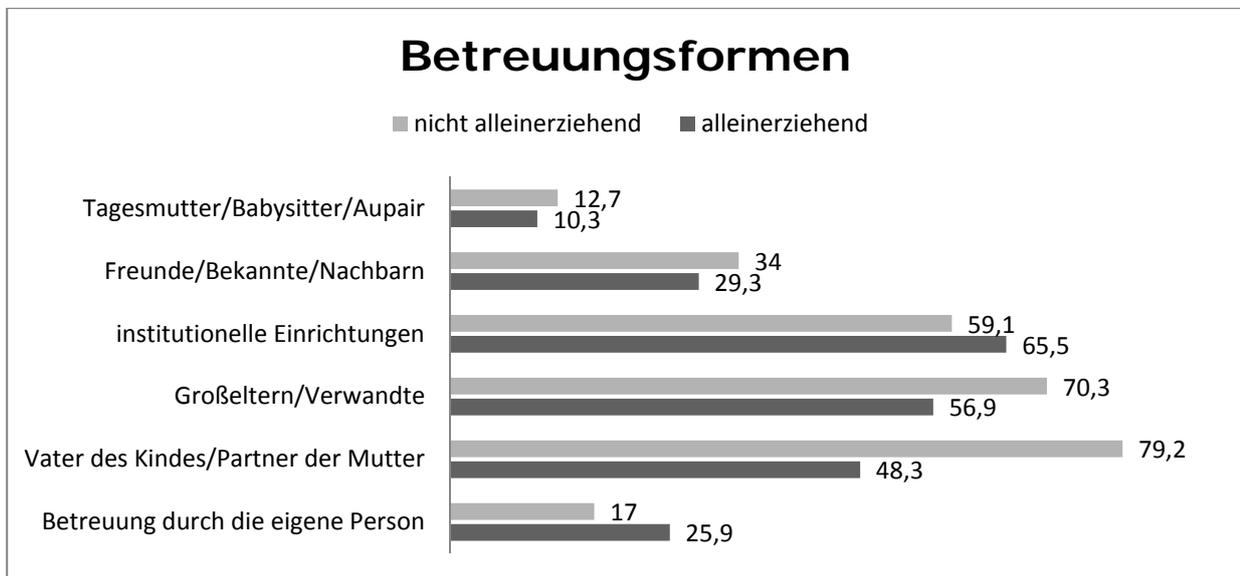


Abb.11: Gruppiertes Balkendiagramm zur prozentualen Verteilung nach Betreuungsform des Kindes der Probandin ($N = 317$). Gruppiert nach Erziehungsstatus der Probandin. (Mehrfachantworten möglich).

Insgesamt 87% der Mütter mit Partner geben an, mit den Betreuungsmöglichkeiten (Entfernung, Betreuungsausmaß) zufrieden bis sehr zufrieden zu sein, während dies nur für 72,2% der Alleinerziehenden zutrifft. Hingegen sind nur 4,5% der in einer Partnerschaft lebenden Mütter aber 16,7% der Alleinerzieherinnen eher bis sehr unzufrieden. (siehe Abbildung 12)

Der Unterschied hinsichtlich der Verteilung ist höchst signifikant. (*Mann-Whitney U-test: $z = 3,48$, $p \leq 0,000$; $N = 299$, $n = 54$; $n = 245$*). Alleinerzieherinnen sind mit den Betreuungsmöglichkeiten deutlich unzufriedener als Mütter mit Partner.

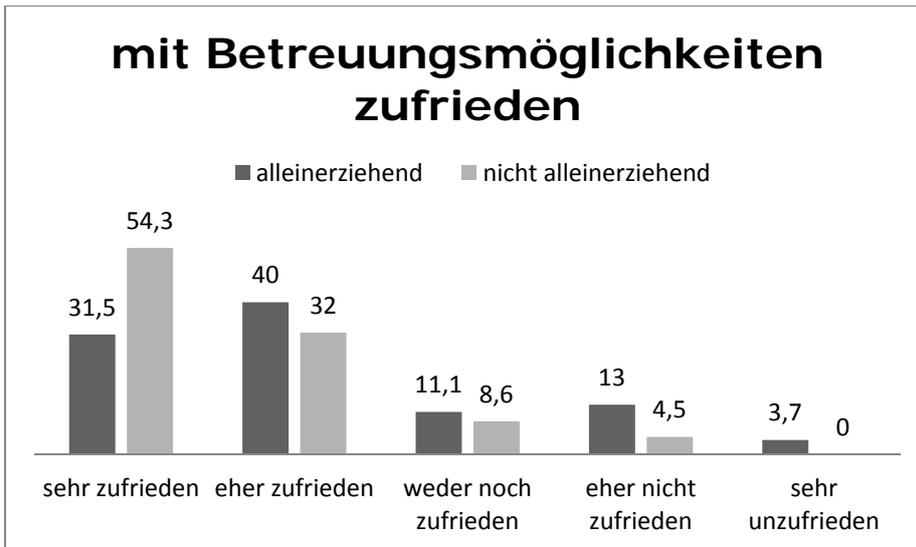


Abb.12: Gruppieretes Säulendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung nach dem Ausmaß der Zufriedenheit mit den Betreuungsmöglichkeiten (Entfernung, Betreuungsausmaß) der Probandinnen ($N=299$, $n=54$; $n=245$). Gruppieret nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

Mit dem Betreuungs-Angebot (Vielfalt) sind 51,7% der in einer Partnerschaft lebenden Mütter und 50% der Alleinerzieherinnen zufrieden. 36% der Mütter mit Partner und 27,28% der Alleinerziehenden sind mit dem Angebot teilweise zufrieden. Hingegen sind nur 12,4% der Mütter in Partnerschaft, aber 22,2% der Alleinerzieherinnen mit dem Angebot nicht zufrieden. (siehe Abbildung 13) Der Unterschied in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Angebot ist aber nicht signifikant ($\chi^2=3,88$; $df= 2$; $p= 0,14$; $N= 296$, $n=54$; $n=242$).

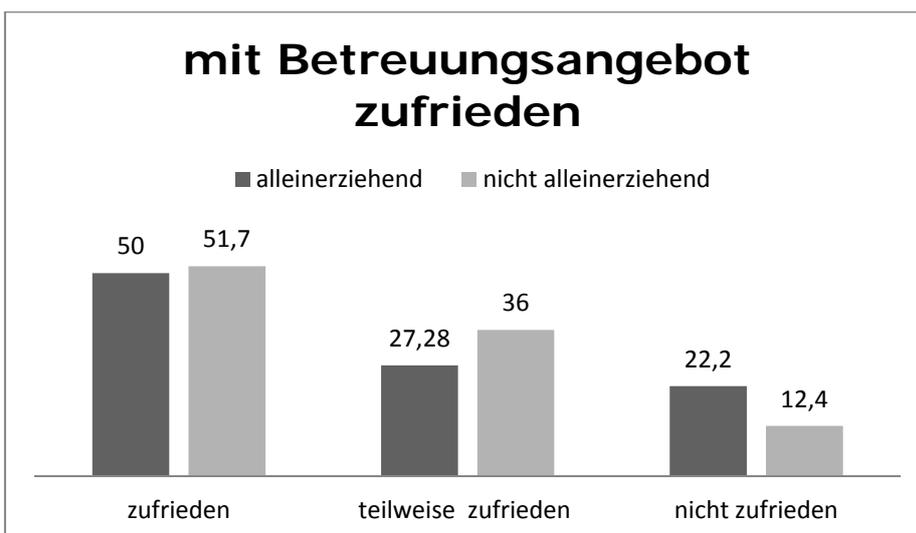


Abb.13: Gruppieretes Säulendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung nach dem Ausmaß der Zufriedenheit mit dem Betreuungsangebot (Vielfalt) der Probandinnen ($N=296$, $n=54$, $n=242$). Gruppieret nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

36,3% Mütter mit Partner verfügen über drei oder mehr als drei Personen, die im Notfall die Betreuung des Kindes sofort und zuverlässig übernehmen kann, während nur 15,5% über drei oder mehr als drei Personen verfügen. Für 29,3% der Alleinerzieherinnen steht keine Person zur Verfügung, während das nur für 8,1% der in Partnerschaft lebenden Mütter zutrifft (siehe Abbildung 14). Alleinerziehende verfügen über höchst signifikant weniger Personen, die im Notfall für die Betreuung der Kinder zur Verfügung stehen. (Mann-Whitney U-test: $z = 3,48$; $p \leq 0,000$; $N = 317$)

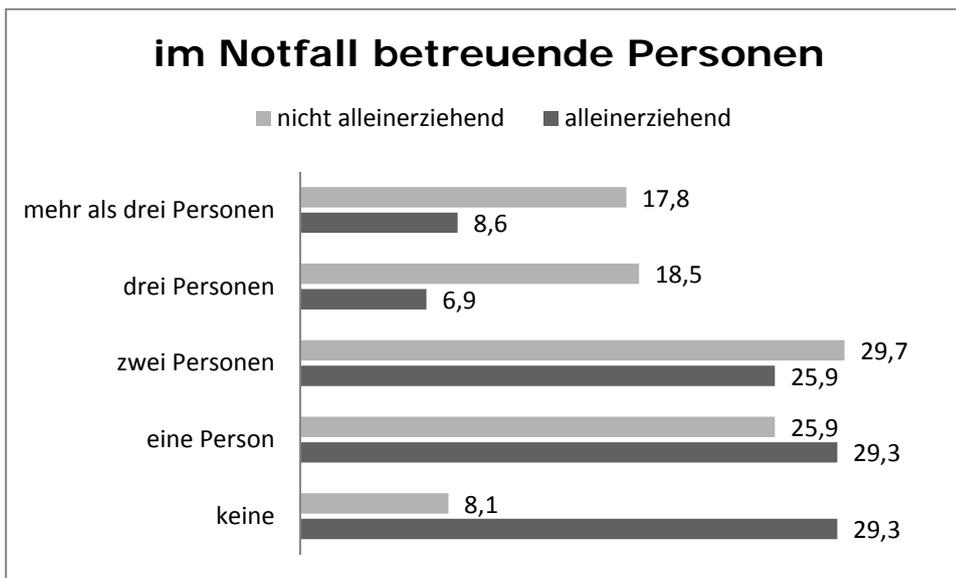


Abb.14: Gruppiertes Balkendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung nach der Anzahl der betreuenden Personen. ($N = 317$) Gruppiert nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.2 Belastungssituation der Mütter

4.2.1 Nervendes Verhalten des Kindes

Insgesamt 36,2% der Alleinerzieherinnen geben an, vom Verhalten ihres Kindes häufig bis sehr häufig genervt zu sein, während sich Müttern mit Partner geringfügig weniger, genauer zu 29,7% häufig bis sehr häufig genervt fühlen. (siehe Tabelle 2) Der Unterschied zwischen den alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern ist hinsichtlich dieser Variablen marginal und statistisch nicht signifikant (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,73$; $N = 317$). (siehe Abbildung 15)

Tab.2: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes nervt“ ($N=317$).

„genervt“	nie	selten	manchmal	häufig	Sehr häufig
Alleinerziehend	1,7%	15,5%	46,6%	34,5%	1,7%
Nicht alleinerziehend	3,5%	18,1%	48,6%	24,7%	5%

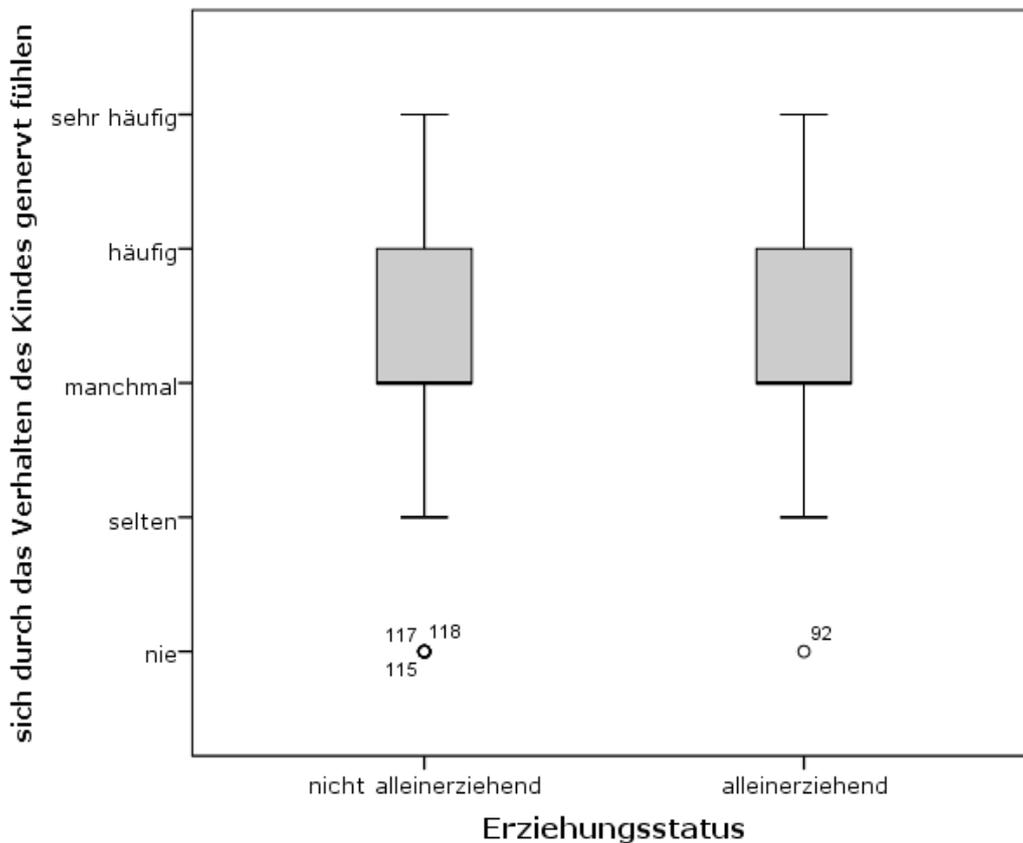


Abb.15: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (sehr häufig, häufig, manchmal, selten, nie) bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N=317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes nervt“. Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandin.

4.2.2 Überfordert durch das Verhalten des Kindes

Wie Tabelle 3 zeigt, geben 29,3% der Alleinerzieherinnen an, dass sie das Verhalten ihres Kindes häufig bis sehr häufig überfordert, wohingegen Mütter mit Partner sich nur zu 16,3% häufig bis sehr häufig überfordert fühlen. Selten bis nie überfordert das Verhalten des Kindes nur 18,9% der Alleinerzieherinnen, während das für 38,2% der Mütter mit Partner zutrifft. In Bezug auf diese Variable zeigt sich auch ein statistisch hoch signifikanter Unterschied. (*Mann-Whitney U-Test*: $z = -3,19$; $p = 0,001$; $\phi = 0,18$; $N = 317$) (siehe Abbildung 16)

Tab.3: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes überfordert“ ($N=317$).

Verhalten überfordert	Nie	selten	manchmal	häufig	Sehr häufig
Alleinerziehend	1,7%	17,2%	51,7%	20,7%	8,6%
Nicht alleinerziehend	6,2%	32%	45,6%	12,4%	3,9%

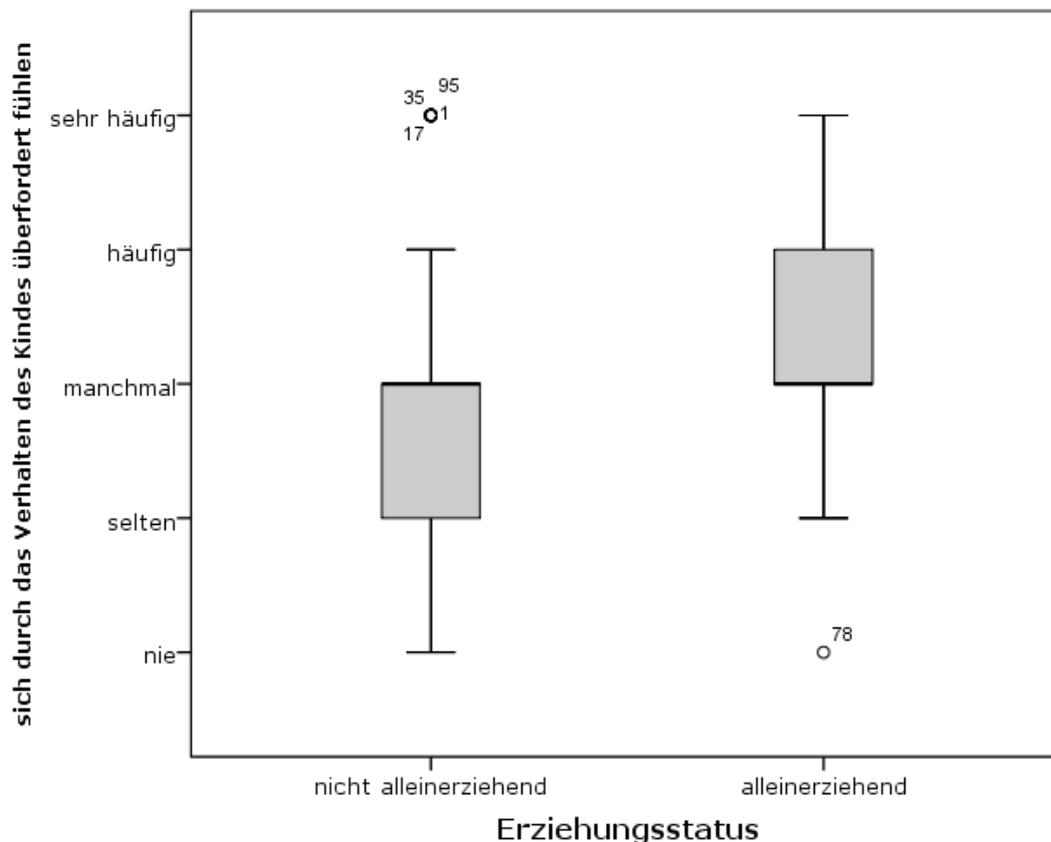


Abb.16: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (sehr häufig, häufig, manchmal, selten, nie) bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N=317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes überfordert.“ Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.2.3 Mangel an gemeinsamer Zeit mit dem Kind

43,1% der Alleinerzieherinnen und 37,9% der Mütter in Paarfamilien wünschen sich häufig bis sehr häufig, mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen zu können, während 15,5% der Alleinerzieherinnen und 23,6% der Mütter mit Partner diesen Wunsch selten bis nie verspüren (siehe Tabelle 4). Alleinerziehende wünschen sich zwar tendenziell häufiger, mehr Zeit mit

ihrem Kind verbringen zu können, der Unterschied ist statistisch aber nicht signifikant. (Mann-Whitney U-Test:; $p= 0,28$; $N=317$). (siehe Abbildung 17)

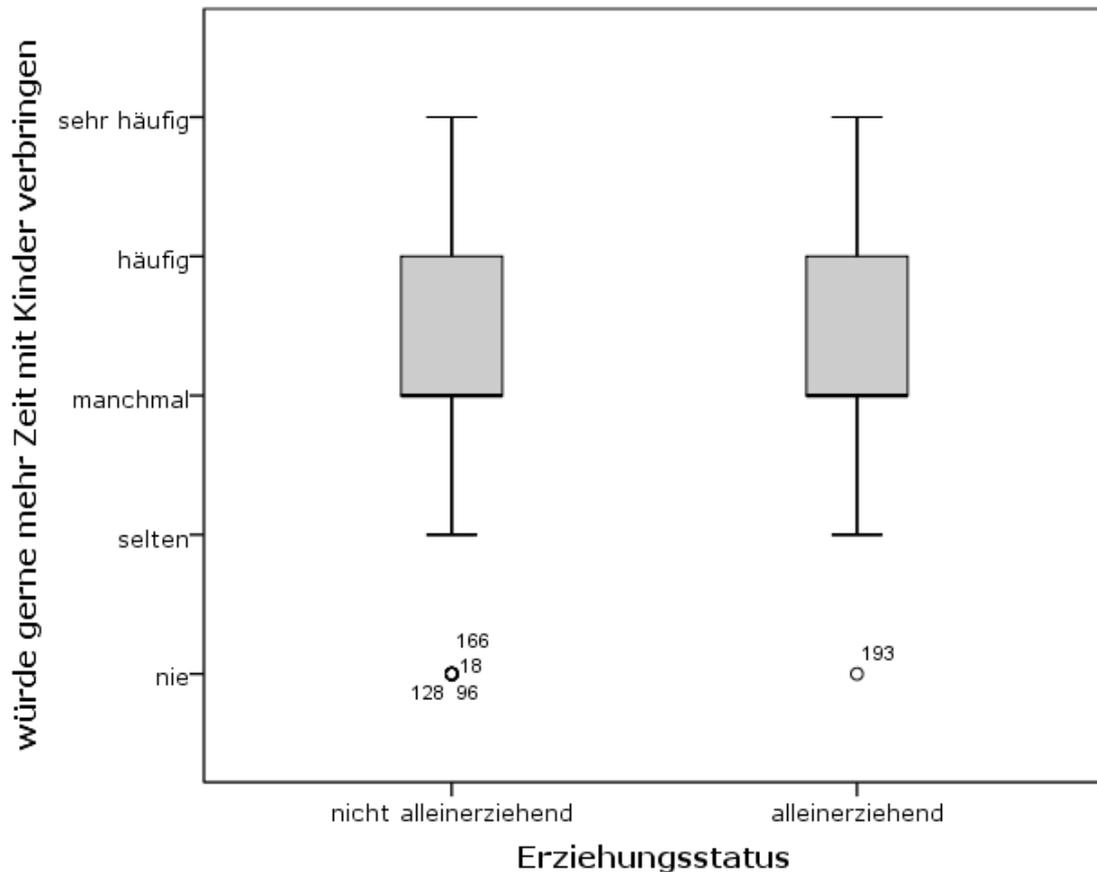


Abb.17: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (sehr häufig, häufig, manchmal, selten, nie) bezüglich der Frage wie häufig die Probandinnen ($N= 317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich würde gerne mehr Zeit mit meinem Kind verbringen.“ Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen.

Tab.4: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich würde gerne mehr Zeit mit meinem Kind verbringen.“ ($N=317$)

Zeit mit dem Kind	Nie	selten	manchmal	häufig	Sehr häufig
Alleinerziehend	1,7%	13,8%	41,4%	29,3%	13,8%
Nicht alleinerziehend	3,9%	19,7%	38,6%	24,3%	13,5%

4.2.4 Vereinbarkeitsproblematik

90,5% der Mütter mit Partner und 68,8% der Alleinerzieherinnen geben an, den Beruf, die Ausbildung mit der Betreuung des Kindes/der Kinder gut bis sehr gut vereinbaren zu können, während dies für 9,5% der Mütter mit Partner und 32,2% der Alleinerzieherinnen eher schlecht bis sehr schlecht möglich ist. (siehe Tabelle 5) Der deutliche Unterschied zwischen den Gruppen ist auch statistisch höchst signifikant (*Mann-Whitney U-Test*: $z = -3,58$; $p \leq 0,000$; $\varphi = 0,2$; $N=227$, $n=48$, $n=179$). (siehe Abb. 18). Alleinerzieherinnen können im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern den Beruf deutlich schlechter mit der Betreuung des Kindes/der Kinder vereinbaren.

Tab.5: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie gut sich der derzeitige Beruf bzw. die Ausbildung mit der Betreuung des Kindes vereinbaren lassen ($N=227$).

Vereinbarkeit	Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut
Alleinerziehend	10,4%	20,8%	50%	18,8%
Nicht alleinerziehend	2,2%	7,3%	53,6%	36,9%

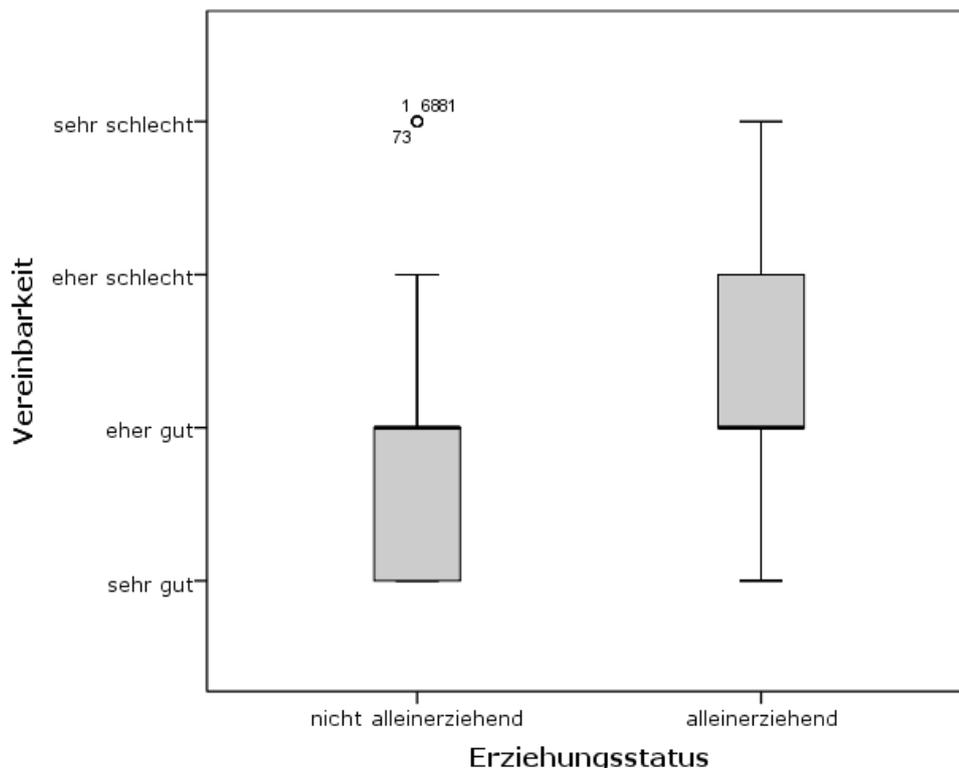


Abb.18: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die vier Antwortkategorien (sehr gut, eher gut, eher schlecht, sehr schlecht) bezüglich der Frage, wie gut sich der derzeitige Beruf bzw. die Ausbildung mit der Betreuung des Kindes vereinbaren lassen. Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen ($N=227$, $n=48$, $n=179$.)

4.2.5 Rauchverhalten als Indikator für das Belastungserleben

73,9% der Mütter mit Partner und 62,1% der Alleinerzieherinnen sind Nichtraucherinnen.

Nur 8,2% der in Partnerschaft lebenden Mütter, aber 20,7% der alleinerziehenden rauchen immerhin bis zu 5 Zigaretten am Tag. Etwas geringer ist der Unterschied bei stärkeren Raucherinnen. Hier konsumieren 17,2% der Alleinerzieherinnen und 14,4% der Mütter, die in einer Partnerschaft leben bis zu 20 Zigaretten täglich. Bei den besonders starken Raucherinnen kehrt sich das Verhältnis um. Keine Alleinerzieherin aber 3,5% der Mütter mit Partner rauchen täglich über 20 Zigaretten. (Siehe Tabelle 6)

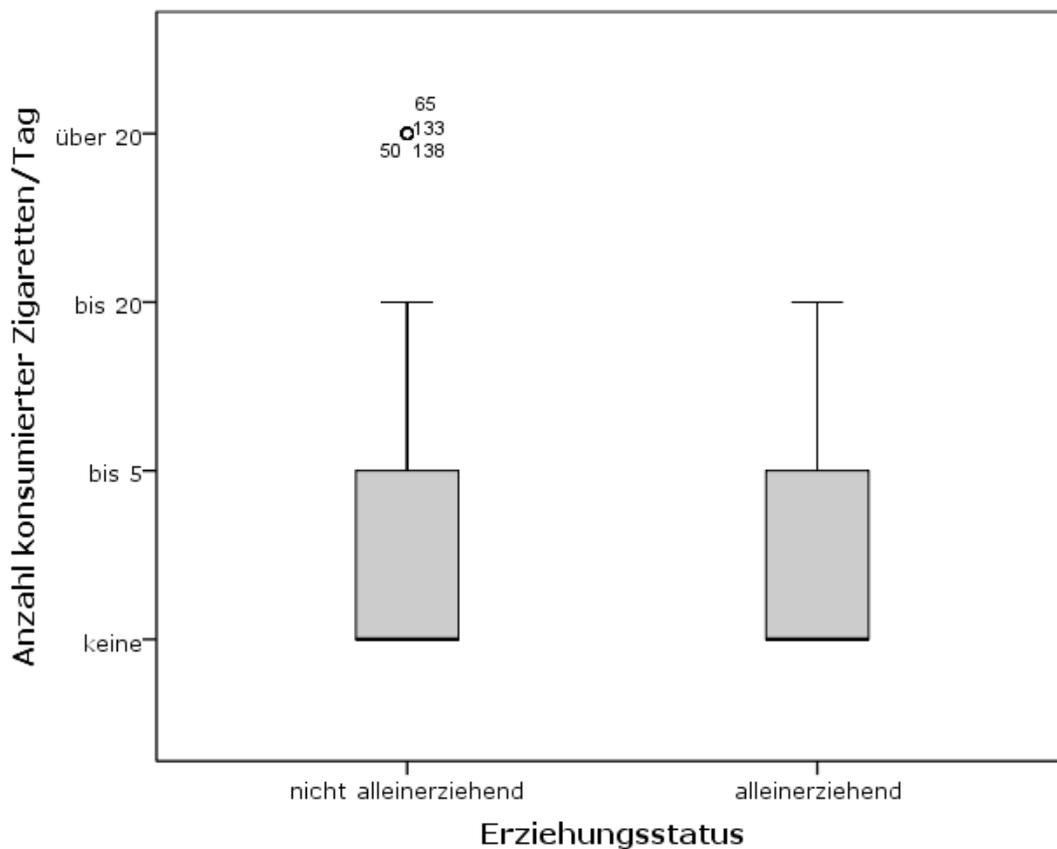


Abb.19: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (keine, bis 5, bis 20, über 20) bezüglich der Frage, nach der Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten. Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen ($N=315$, $n=58$, $n=257$).

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft haben Alleinerzieherinnen zwar einen tendenziell höheren Zigarettenkonsum, der Unterschied ist statistisch aber nicht signifikant. (*Mann-Whitney U-Test*; $p = 0,18$; $N=315$, $n=58$, $n=257$). (siehe Abbildung 19)

Tab.6: Prozentuale Verteilung zur Angabe der Höhe des Tabakkonsums ($N=315$).

Zigarettenkonsum/Tag	keine	bis 5	bis 20	über 20
Alleinerziehend	62,1%	20,7%	17,2%	0%
Nicht alleinerziehend	73,9%	8,2%	14,4%	3,5%

4.3 Ressourcensituation der Mütter

4.3.1 Netto-Haushaltseinkommen und Einkommenszufriedenheit

21,1% der alleinerziehenden Mütter stehen im Monat lediglich 601 bis 1200 Euro im Monat zu Verfügung. Weitere 45% verfügen monatlich nur über 1201 bis 1800 Euro. Der Großteil der Alleinerzieherinnen befindet sich demnach im unteren Einkommenssektor. Etwa die Hälfte der Mütter mit Partner, genauer jeweils 24,3% verfügen monatlich über 1801 bis 2400 bzw. 2401 bis 3000 Euro. Über 3600 Euro stehen 21,5% der Mütter, die in einer Partnerschaft leben zur Verfügung, während dies nur für 3,5% der Alleinerzieherinnen zutrifft. (siehe Abbildung 20)

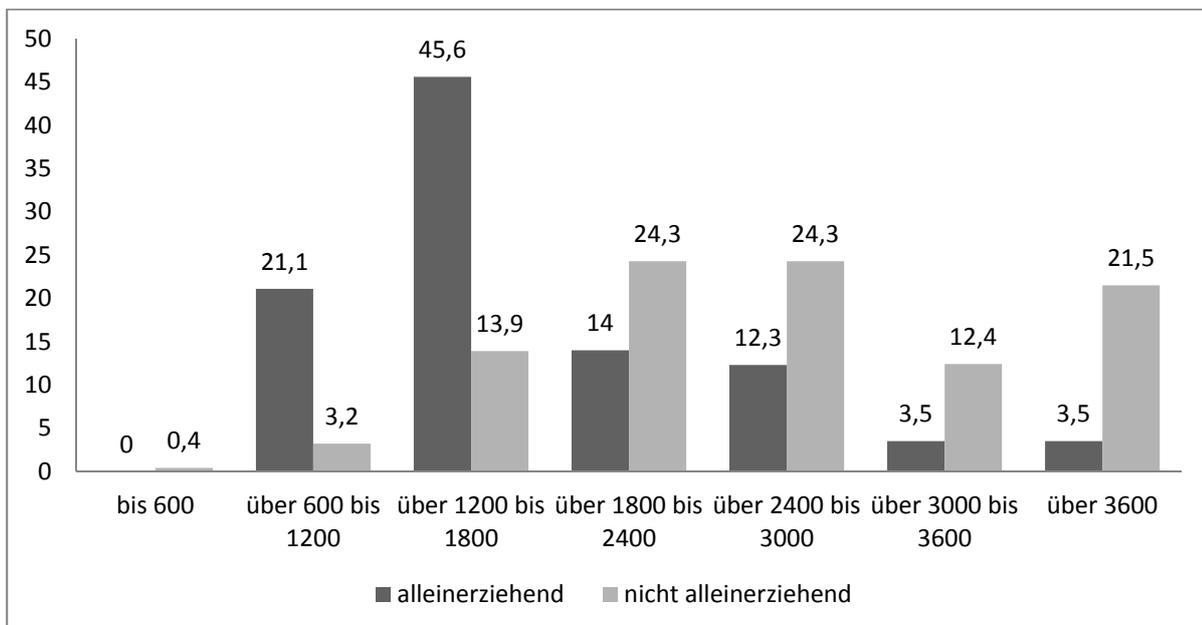


Abb. 20. Gruppieretes Säulendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung des Netto-Haushaltseinkommens der Probandinnen ($N= 308$, $n=57$, $n=251$). Gruppieret nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

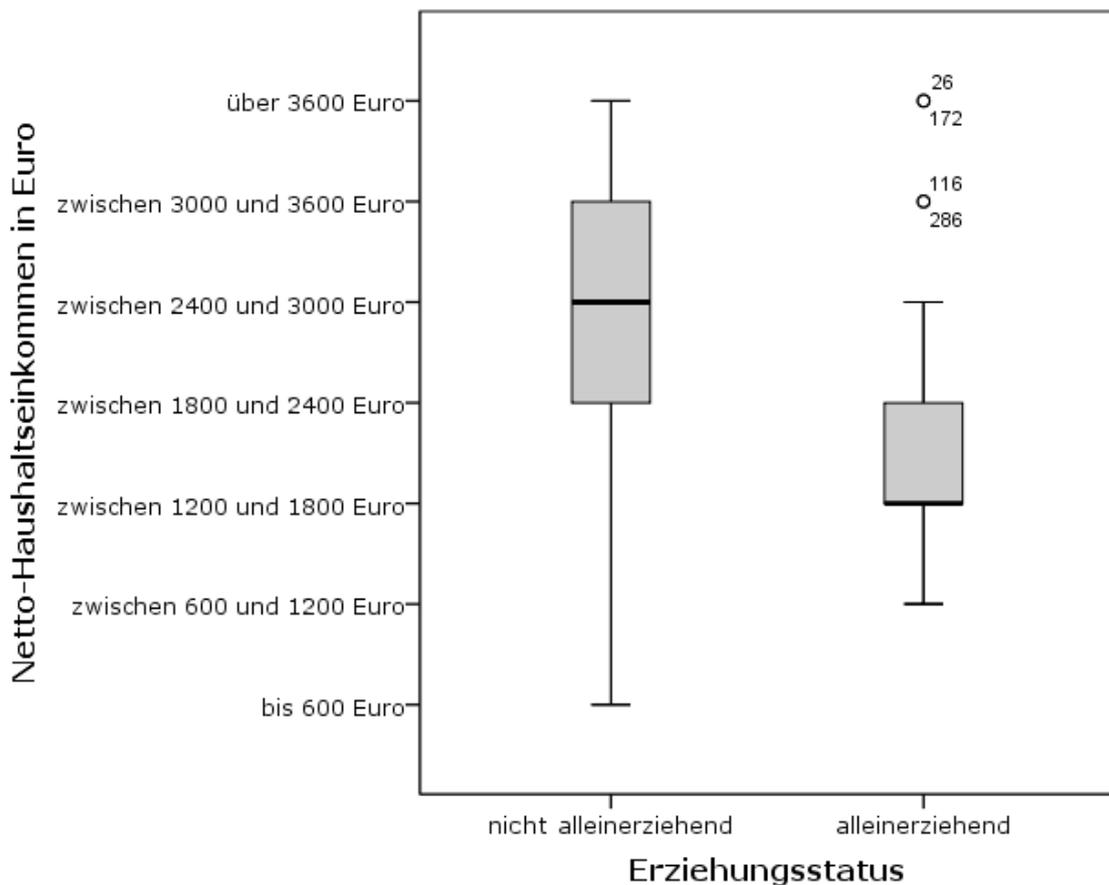


Abb.21: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung des Netto-Haushaltseinkommen der Probandinnen ($N= 308$, $n=57$, $n=251$). Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen.

Alleinerzieherinnen verfügen im Vergleich zu Müttern in Paarfamilien über ein höchst signifikant geringeres monatliches Netto-Haushaltseinkommen. (*Mann-Whitney U-Test*: $z = -1,35$; $p \leq 0,000$, $\varphi = 0,39$; $N = 308$, $n = 57$, $n = 251$). (siehe Abbildung 21)

40,5% der Mütter mit Partner, aber lediglich 13,8% der Alleinerzieherinnen sind mit ihrem Einkommen zufrieden. 41,7% der in Partnerschaft lebenden Mütter und 53,4% der Alleinerzieherinnen geben an, partiell zufrieden zu sein. Während nur 17,8% der Mütter mit Partner mit ihrem Einkommen nicht zufrieden sind, trifft das für 32,8% der Alleinerzieherinnen zu. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist höchst signifikant. ($\chi^2 = 16,2$; $df = 2$; $p \leq 0,00$; $N = 317$) (siehe Abbildung 22)

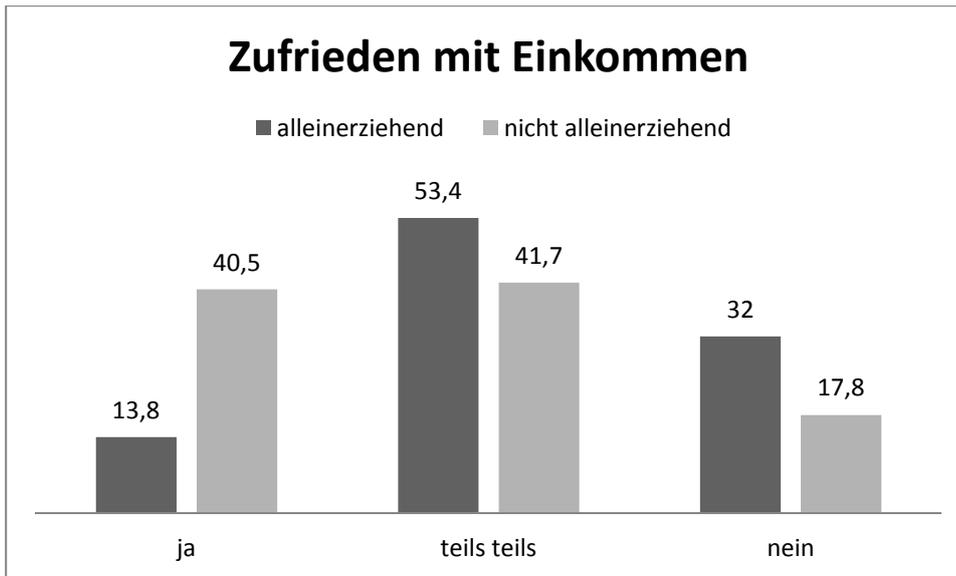


Abb. 22: Gruppierendes Säulendiagramm zur Darstellung der prozentualen Verteilung der Zufriedenheit mit dem Netto-Haushaltseinkommens der Probandinnen ($N= 317$). Gruppierendes nach Erziehungsstatus der Probandinnen.

4.3.2 Zeit für eigene Belange und Bedürfnisse

Insgesamt 60,3% der Alleinerzieherinnen geben an, selten oder nie ausreichend Zeit für sich zu haben, während dies nur für 47,5% der Mütter mit Partner zutrifft. 25,1 % der Mütter in Paarfamilien, aber nur 17,2% der Alleinerzieherinnen finden häufig bis sehr häufig ausreichend Zeit für die eigenen Belange. (siehe Tabelle 7)

Tab.7: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N= 317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich habe genug Zeit für mich. (zum Bsp. Freunde treffen, Hobbies, Ausbildung, Entspannung...)“

ausreichend Zeit	Nie	selten	manchmal	häufig	Sehr häufig
Alleinerziehend	10,3%	50%	22,4%	10,3%	6,9%
Nicht alleinerziehend	7,7%	39,8%	27,4%	22,4%	2,7%

Alleinerzieherinnen finden im Vergleich zu Müttern mit Partner zwar deutlich seltener ausreichend Zeit für sich, dieser Unterschied ist aber nicht signifikant. (*Mann-Whitney U-Test*: $z = -1,6$; $p = 0,1$; $N=317$). (siehe Abbildung 23)

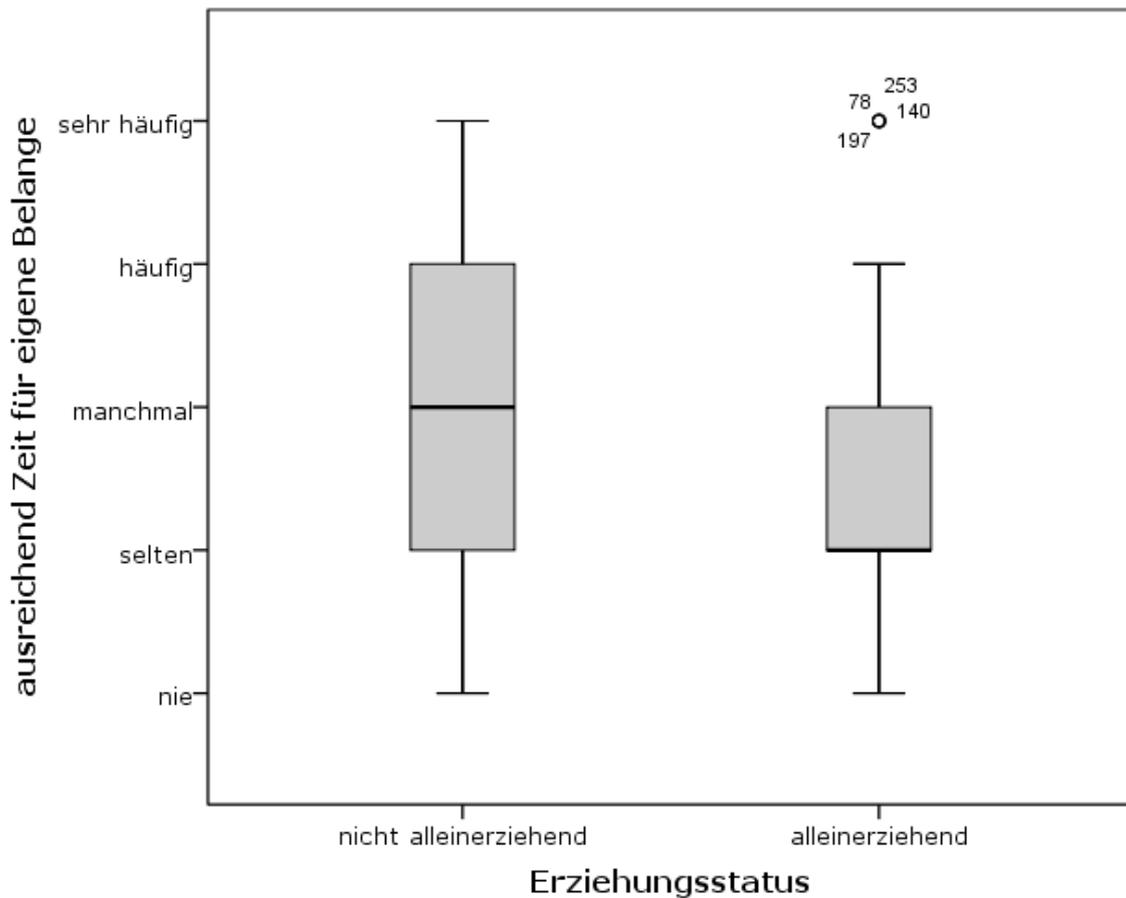


Abb.23: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (sehr häufig, häufig, manchmal, selten, nie) bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N= 317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich habe genug Zeit für mich. (zum Bsp. Freunde treffen, Hobbies, Ausbildung, Entspannung...)“. Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandin.

4.3.3 Emotionale Unterstützung: Über Sorgen sprechen können

48,3% der Alleinerzieherinnen und 63,3% der Mütter mit Partner geben an, häufig bis sehr häufig mit anderen über ihre Sorgen als Mutter sprechen zu können. Demgegenüber haben dazu 13,8% der alleinerziehenden Mütter und 9,6% der Mütter in Partnerschaft selten bis nie die Gelegenheit. (siehe Tabelle 8)

Tab.8: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N= 317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich kann mit anderen über meine Sorgen als Mutter sprechen.“

über Sorgen sprechen	Nie	selten	manchmal	häufig	Sehr häufig
Alleinerziehend	1,7%	12,1%	37,9%	20,7%	27,6%
Nicht alleinerziehend	2,3%	7,3%	27%	38,2%	25,1%

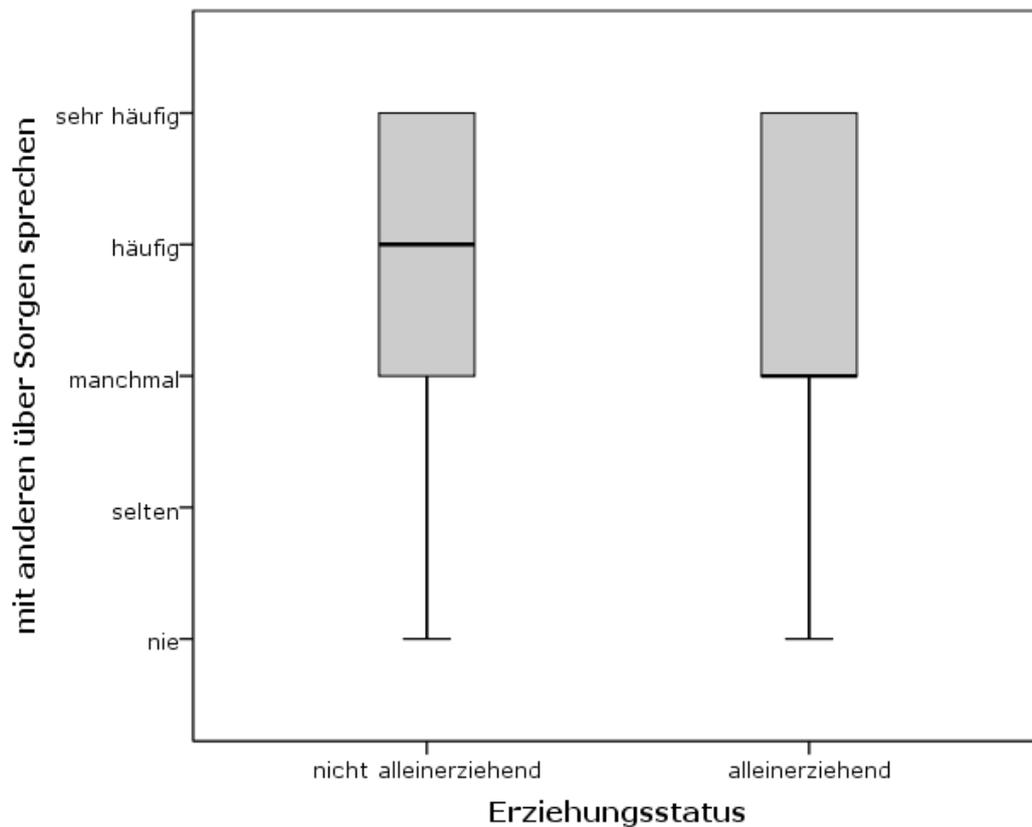


Abb.24: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (sehr häufig, häufig, manchmal, selten, nie) bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N= 317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich kann mit anderen über meine Sorgen als Mutter sprechen.“ Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandin.

Alleinerzieherinnen haben zwar tendenziell seltener die Gelegenheit, mit anderen über ihre Sorgen als Mutter zu sprechen, aber dieser Unterschied erweist sich als statistisch nicht signifikant. (*Mann-Whitney U-Test*: $p=0,23$; $N=317$). (siehe Abbildung 24)

4.3.4 Soziale Unterstützung: Hilfe bei der Betreuung des Kindes

6,9% der alleinerziehenden Mütter erhalten selten und 46,6% nie ausreichend Hilfe bei der Betreuung ihres Kindes, während lediglich 17,4% der Mütter mit Partner selten und nur 3,5% nie genügend Unterstützung erhalten. (siehe Tabelle 9) Alleinerziehende erhalten deutlich seltener ausreichend Hilfe bei der Betreuung ihres Kindes

Der Unterschied zu den Müttern mit Partnern erweist sich sogar als statistisch höchst signifikant. (*Mann-Whitney U-Test*: $z = -4,11$; $p \leq 0,000$; $\phi = 0,23$; $N=317$) (siehe Abb. 25)

Tab.9: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N=317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich erhalte ausreichend Hilfe bei der Betreuung meines Kindes.“

Ausreichend Hilfe bei Betreuung des Kindes	Nie	selten	manchmal	häufig	Sehr häufig
Alleinerziehend	6,9%	46,6%	19%	15,5%	12,1%
Nicht alleinerziehend	3,5%	17,4%	25,1%	38,2%	15,8%

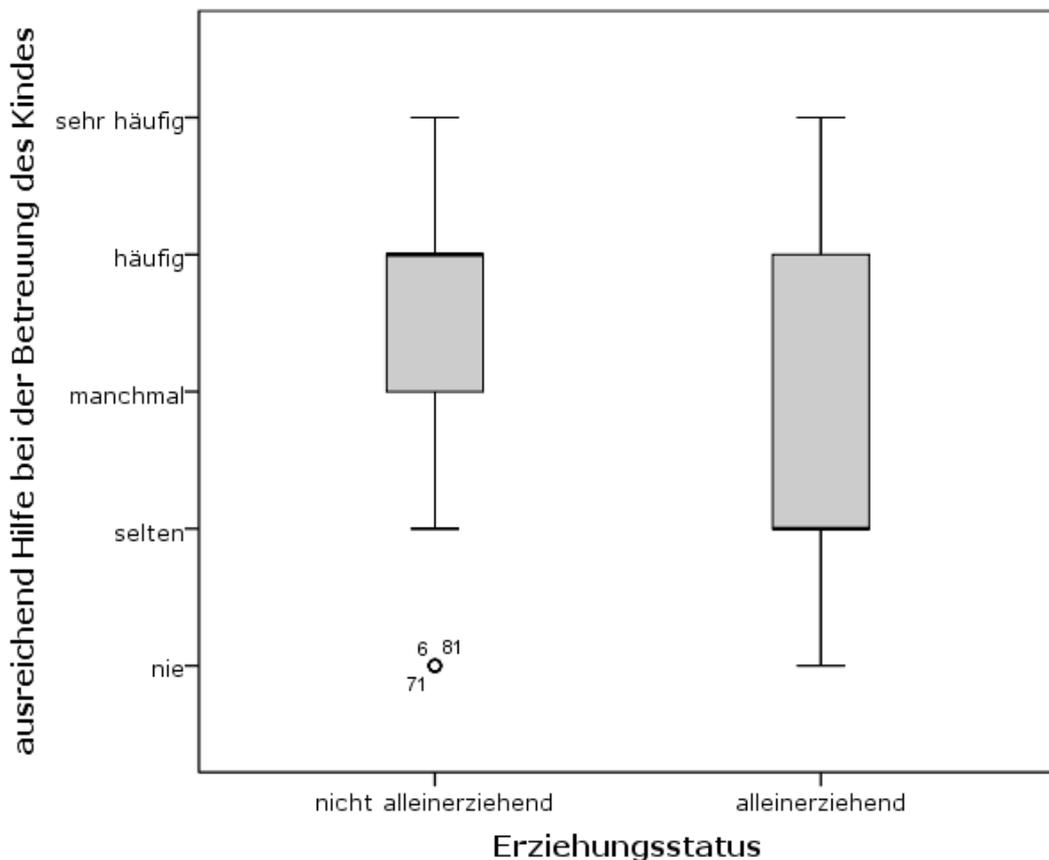


Abb.25: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (sehr häufig, häufig, manchmal, selten, nie) bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen ($N=317$) folgende Situation erlebt oder folgende Erfahrung gemacht haben: „Ich erhalte ausreichend Hilfe bei der Betreuung meines Kindes.“. Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandin.

4.4 Subjektiv chronisches Stresserleben

Hinsichtlich des Summenscores der Screening-Skala des Trier Inventars zum chronischen Stress (Wertebereich variiert zwischen 0 und 48 Punkten) erzielen Alleinerzieherinnen deutlich höhere Werte ($M = 26,22 \pm 9,78$) als Mütter mit Partner ($M = 21,10 \pm 9,47$). (siehe

Tabelle 10) Die Überprüfung der Verteilungsform für die vorliegende Variable ergab sowohl bei der Gesamtstichprobe (KS-Test: $p=0,38$; $N=317$) als auch bei der getrennten Betrachtung der zu vergleichenden Gruppen, genauer der Alleinerzieherinnen (KS-Test: $p=0,99$; $n=58$) und Mütter in Paarbeziehung (KS-Test: $p=0,33$, $n= 259$) eine Normalverteilung.

Es zeigte sich ein höchst signifikanter Unterschied. ($t(315) = -3,7$; $p \leq 0,000$; $r = 0,2$; $N=317$). (siehe Abbildung 26). Alleinerzieherinnen erleben gegenüber Müttern mit Partner ein deutlich höheres Ausmaß an chronischem Stress.

Tab.10: Summenscore der „Screening-Skala des TICS ($N=317$.)

Summenscore (SSCS)	Mittelwert	Standardabweichung
Alleinerzieherinnen	26,22	9,78
Mütter mit Partner	21,10	9,47

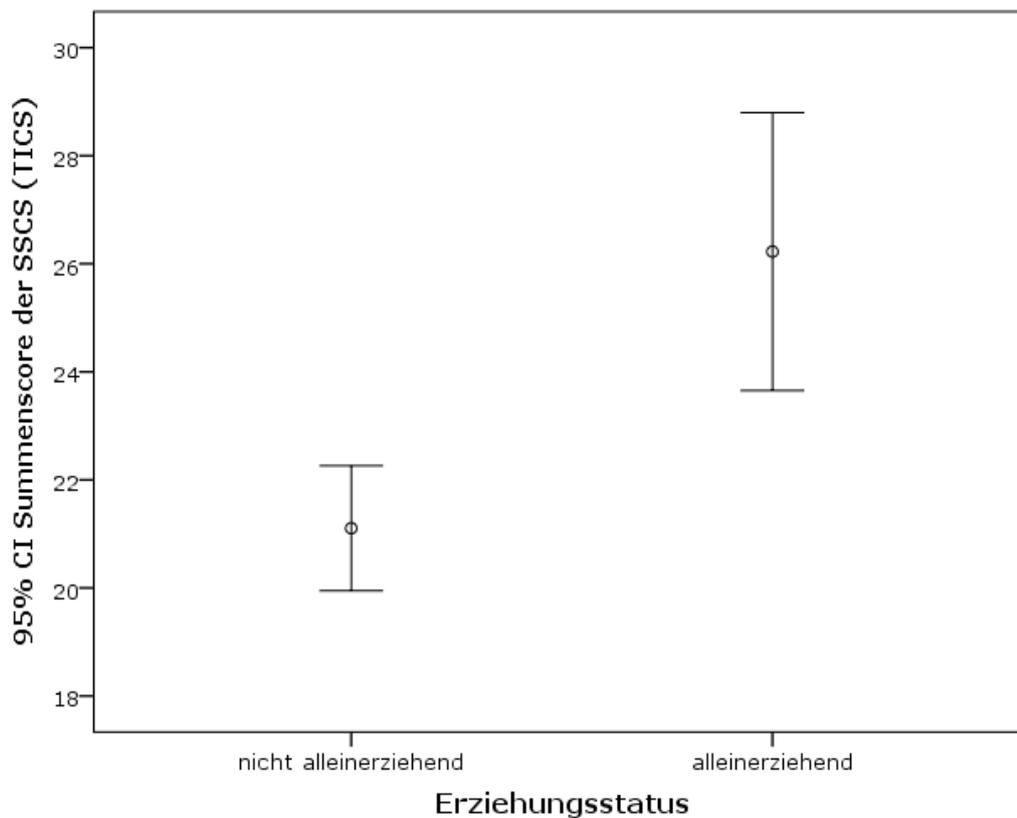


Abb.26: Stressbelastung der Probandinnen ($N= 317$). Einfaches Fehlerbalkendiagramm mit dem 95%-Konfidenzintervall des Mittelwertes für den Summenscore der „Screening-Skala des Trier Inventars zum chronischen Stress“. Vergleich nach dem Erziehungsstatus der Probandin.

4.5 Gesundheitliche Beeinträchtigungen

4.5.1 Beschwerdedruck

Hinsichtlich des Beschwerdedrucks, (Gesamtwertes aller Skalenwerte) des Gießener Beschwerdeboogens (Wertebereich variiert zwischen 0 und 96 Punkten) erzielen Alleinerzieherinnen ($M = 29,12 \pm 16,75$) deutlich höhere Werte als in Partnerschaft lebende Mütter ($M = 23,14 \pm 14,39$). (siehe Tab. 11) Der Unterschied zwischen den alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern erweist sich auch als statistisch signifikant. (KS-Test: $p=0,017$; Mann-Whitney U-test: $z = -2,48$; $p = 0,013$; $\varphi = 0,14$; $N=317$). (siehe Abb. 27)

Tab.11: Summenscore aller Skalen des GBB-24 (Beschwerdedruck) ($N=317$)

Beschwerdedruck (GBB-24)	Mittelwert	Standardabweichung
Alleinerzieherinnen	29,12	16,75
Mütter mit Partner	23,14	14,39

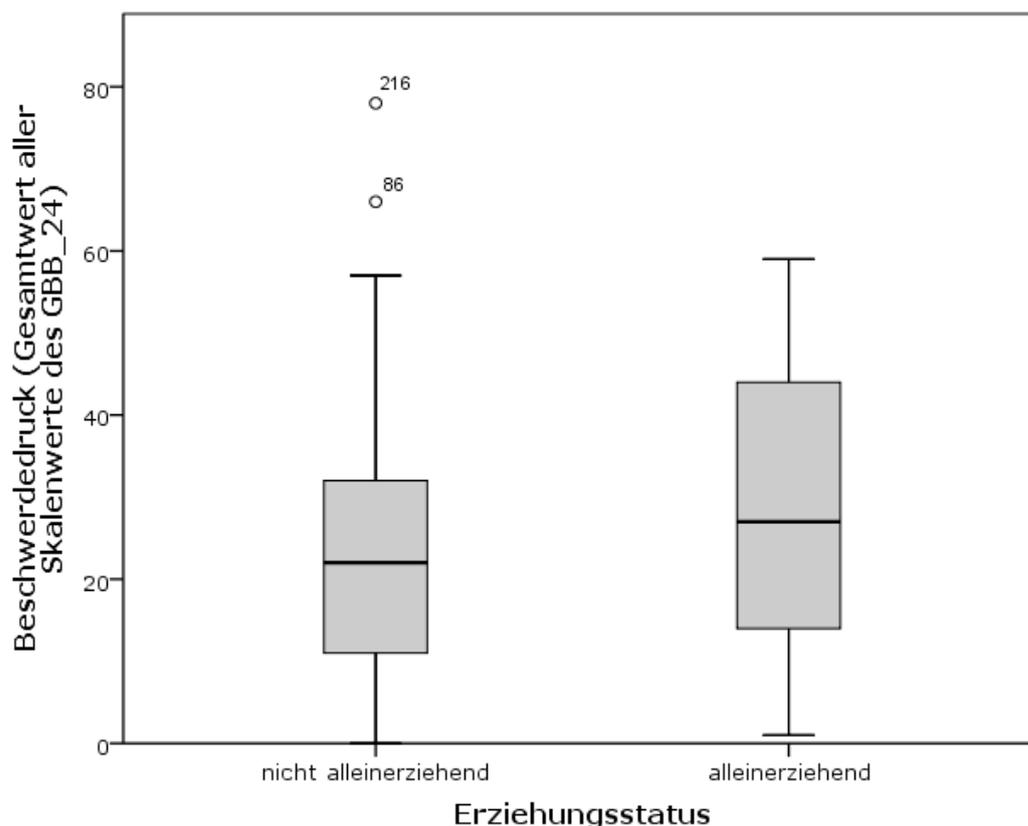


Abb.27: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung des Summscores aller Skalenwerte des Gießener Beschwerdeboogens (Beschwerdedruck) ($N= 317$). Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandin.

4.5.2 Subjektive Gesundheit

62,5% der in Partnerschaft lebenden Mütter schätzen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein, während dies lediglich für 41,4% der Alleinerzieherinnen zutrifft. 12% der Alleinerzieherinnen aber nur 5% der Mütter mit Partner geben an, ihre Gesundheit als schlecht bis sehr schlecht einzuschätzen. (siehe Tab. 11)

Tab.12: Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage: „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ ($N=317$)

Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand	Sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	Sehr schlecht
Alleinerziehend	12,1%	29,3%	46,6%	8,6%	3,4%
Nicht alleinerziehend	18,5%	44,0%	32,4%	5,0%	0,0%

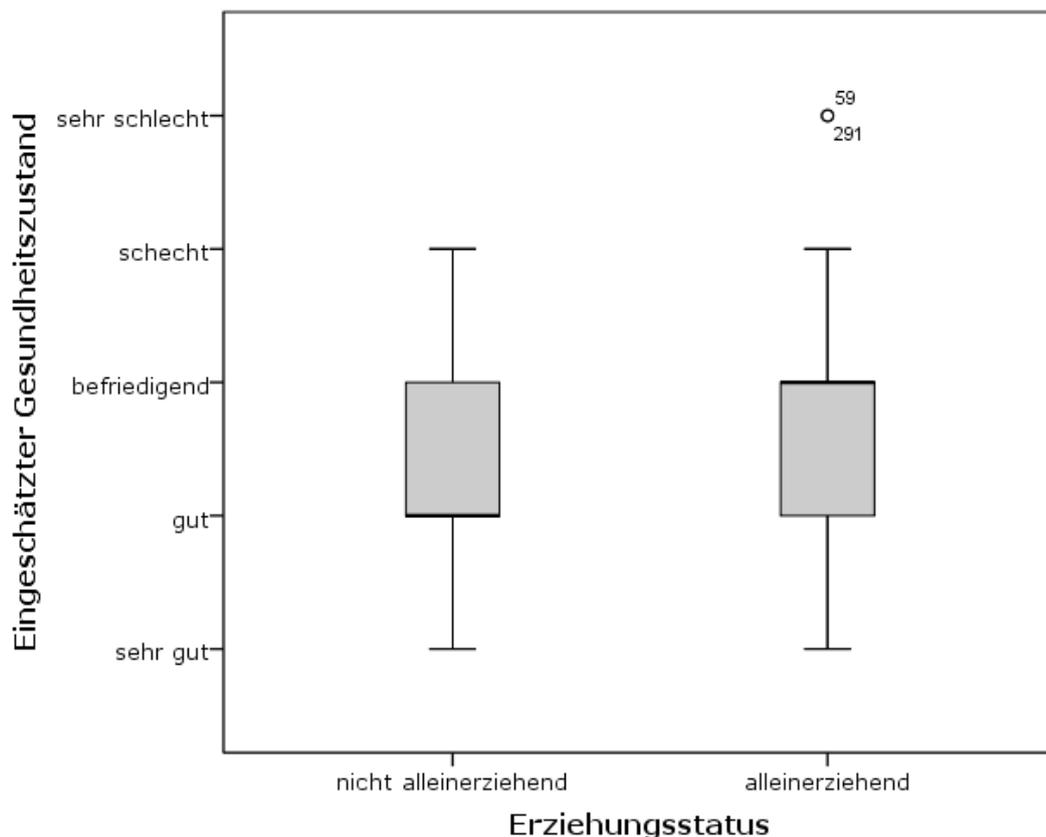


Abb.28: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien (sehr gut, gut, befriedigend, schlecht, sehr schlecht) bezüglich der Frage: „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ ($N= 317$). Vergleich der Lageparameter „kleinster nicht extremer Wert“, „1. Quartil“, „Median“, „3. Quartil“ und „größter nicht extremer Wert“ nach dem Erziehungsstatus der Probandin.

Der Unterschied zwischen den alleinerziehenden ($n= 58$) und nicht alleinerziehenden Müttern ($n=259$) ist deutlich und zudem statistisch hoch signifikant. (Mann-Whitney U-test: $z = -2,92$; $p = 0,003$; $\phi = 0,16$; $N = 317$). (siehe Abbildung 28)

4.6. Chronischer Stress und gesundheitliche Belastung

4.6.1 Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Beschwerdedruck

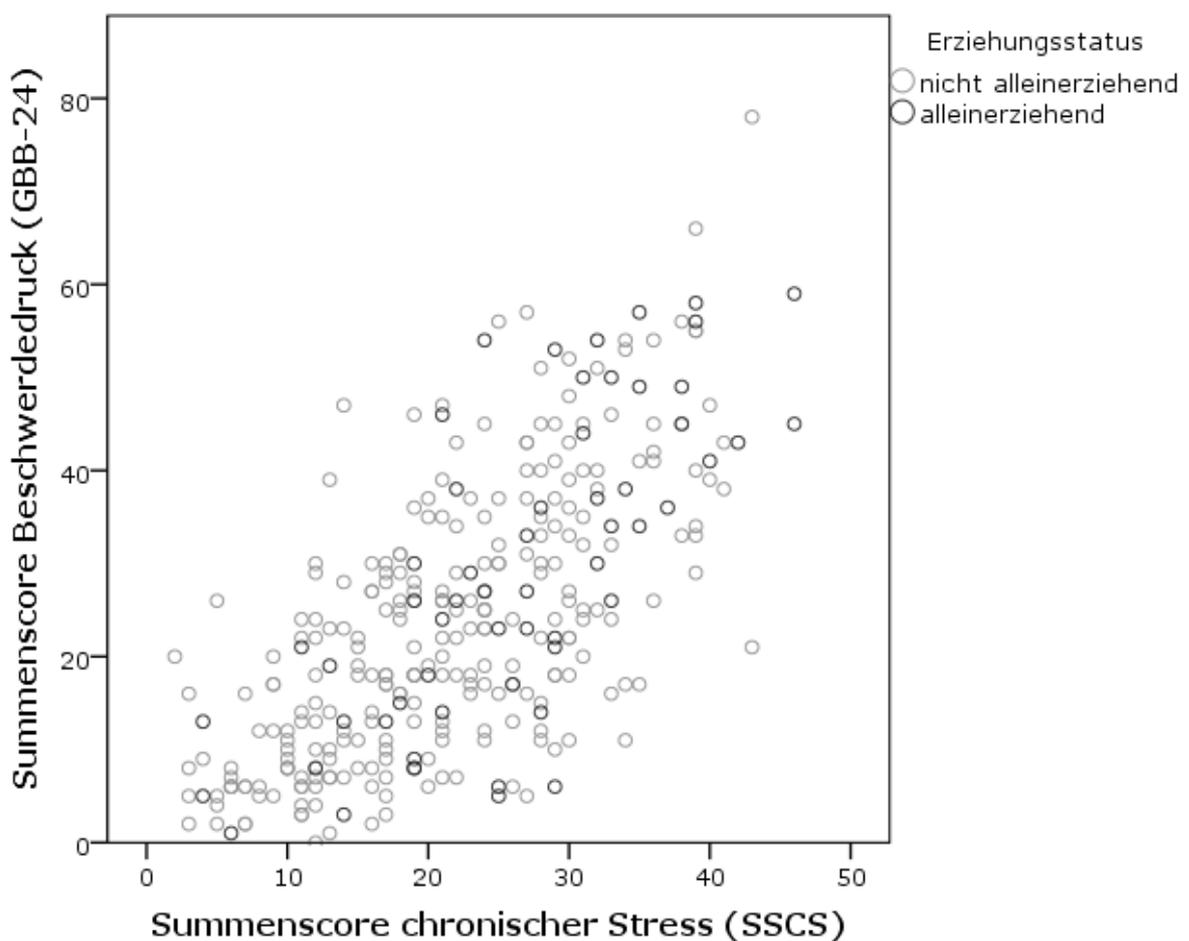


Abb.29: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem Summenscore der „Screening-Skala des Trier Inventars zum chronischen Stress“ (Summenscore chronischer Stress) und dem Summenscore aller Skalenwerte des „Gießener Beschwerdebogen“ (Summenscore Beschwerdedruck) ($N = 317$). Differenziert nach dem Erziehungsstatus der Probandinnen.

Die Spearman Rang Korrelation zeigte einen statistisch höchst signifikanten, positiven und hohen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des subjektiv erlebten Stresses und der Höhe

des Beschwerdedrucks für sowohl Mütter mit Partner ($r_s(257) = 0,66; p \leq 0.000$) als auch Alleinerzieherinnen ($r_s(56) = 0,74; p \leq 0.000$) (siehe Abbildung 29)

4.6.2 Zusammenhang zwischen chronischem Stress und subjektiver Gesundheit

Anhand der Kendall-Tau-b-Korrelation konnte ein deutlicher, statistisch höchst signifikanter und positiver Zusammenhang zwischen dem subjektiv chronischen Stresserleben und dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand gezeigt werden. Je höher das Ausmaß des Stresserlebens, desto schlechter wurde der Gesundheitszustand eingeschätzt. Dies galt sowohl für die Mütter mit Partner ($\tau(257) = 0,38; p < 0.000$) (siehe Abbildung 30) als auch für die Alleinerzieherinnen ($\tau(56) = 0,39; p \leq 0.000$). (siehe Abbildung 31)

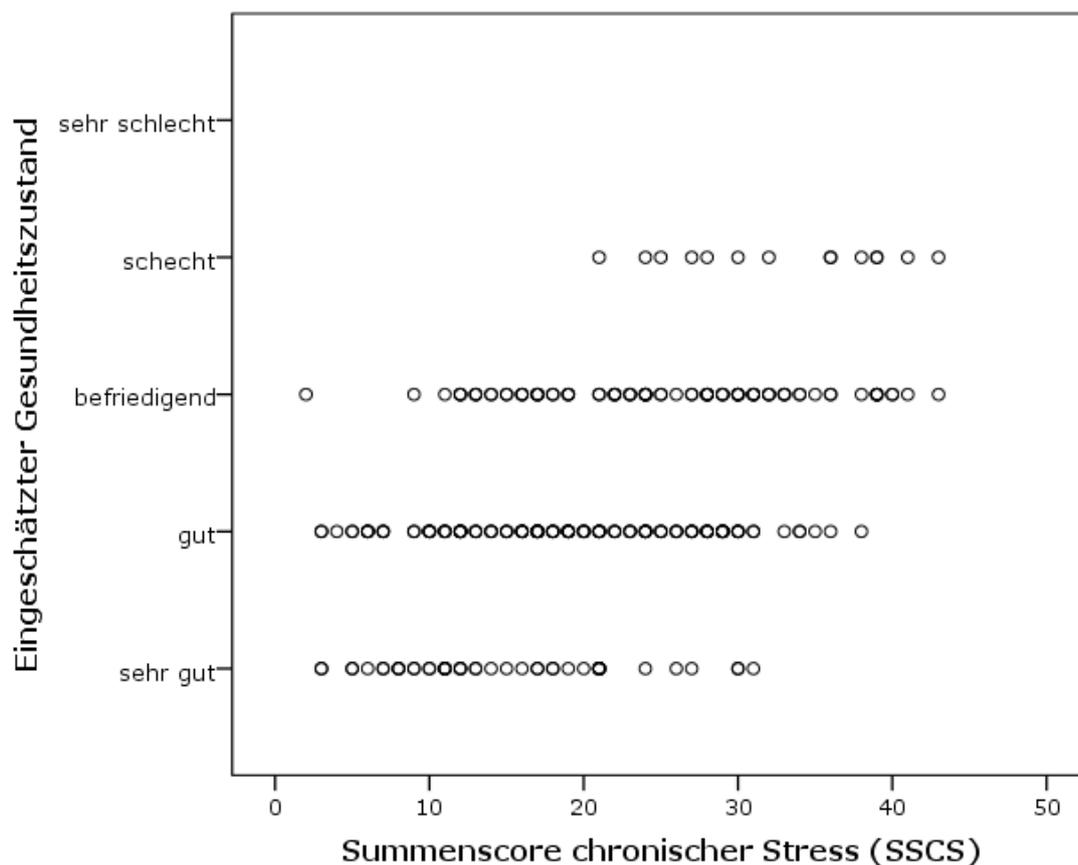


Abb.30: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem Summenscore der „Screening-Skala des Trier Inventars zum chronischen Stress“ (Summenscore chronischer Stress) und der Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ (Eingeschätzter Gesundheitszustand) ($n=259$). Darstellung der Korrelation für Mütter mit Partner.

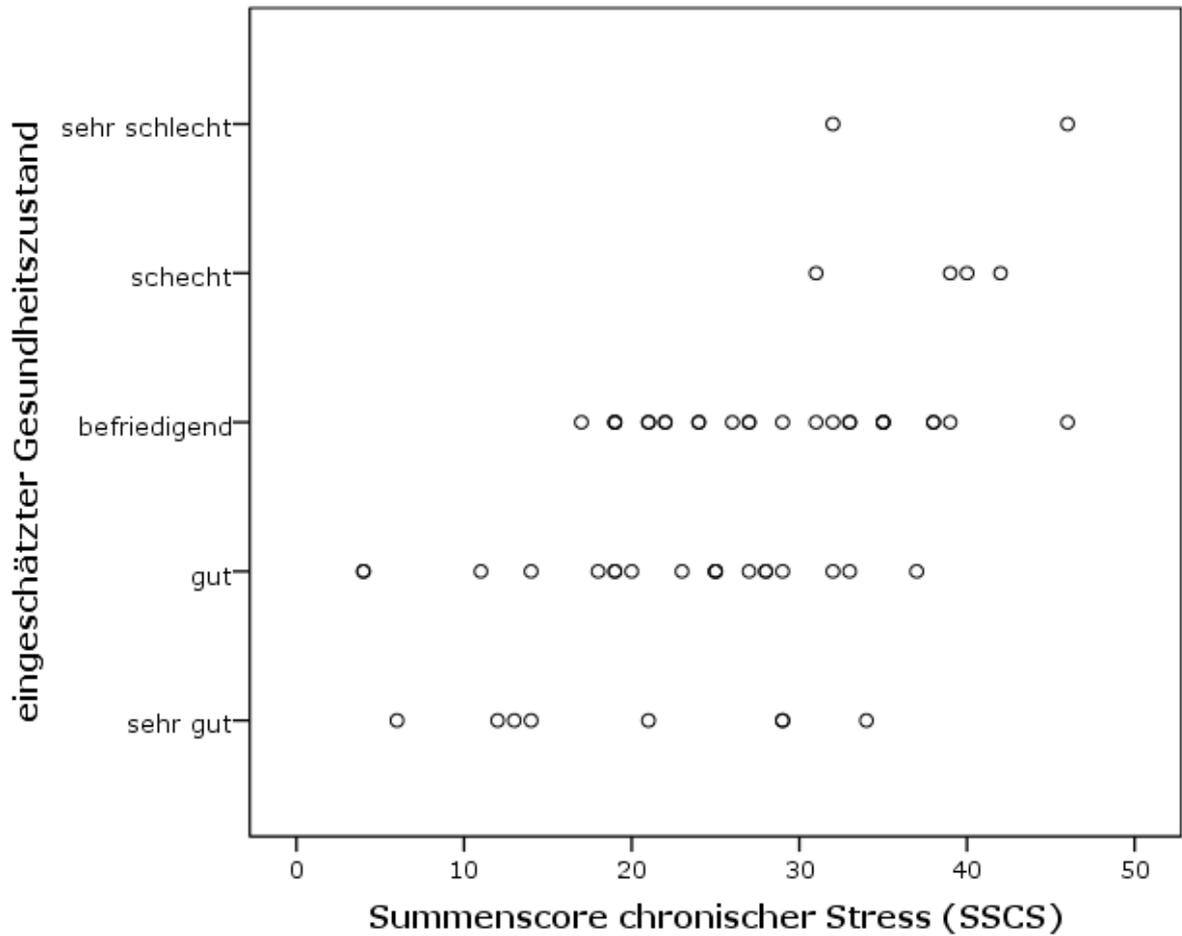


Abb.31: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem Summenscore der „Screening-Skala des Trier Inventars zum chronischen Stress“ (Summenscore chronischer Stress) und der Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ (Eingeschätzter Gesundheitszustand) ($n=58$). Darstellung der Korrelation für alleinerziehende Mütter.

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenprüfung

4.7.1 Prüfung der Hypothese 1

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, sind Alleinerzieherinnen höheren Belastungen ausgesetzt.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die diesbezüglich abgeleiteten Annahmen anhand eines Mann-Whitney-U-Tests auf signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen getestet.

Die Hypothese konnte zum Teil bestätigt werden.

So zeigte sich, dass alleinerziehende Mütter im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft, wie vorab angenommen, ihren Beruf mit der Betreuung ihres Kindes/ihrer Kinder höchst signifikant schlechter vereinbaren können und sie sich zudem, gemäß der Vorhersage, vom Verhalten ihres Kindes/ihrer Kinder hoch signifikant häufiger überfordert fühlen.

Keine Bestätigung fand sich hingegen in Bezug auf folgende Annahmen:

Es wurde kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Höhe des Tabakkonsums gefunden, daher konnte die Vorhersage, dass alleinerziehende Mütter einen diesbezüglich signifikant höheren Konsum hätten, nicht bestätigt werden. Ebenso fühlen sich die alleinerziehenden Mütter im Vergleich zu Müttern mit Partner, entgegen der Annahme, vom Verhalten ihres Kindes/ihrer Kinder nicht signifikant häufiger „genervt“. Auch bezüglich der Vorhersage, dass alleinerziehende Mütter gegenüber der Vergleichsgruppe häufiger den Wunsch äußern würden, mehr Zeit mit ihrem Kind/ihren Kindern verbringen zu können, fand sich kein signifikanter Unterschied.

4.7.2 Prüfung der Hypothese 2

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, verfügen Alleinerzieherinnen über ein geringeres Ausmaß an Ressourcen.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die daraus abgeleiteten Vorhersagen mit Hilfe eines Mann-Whitney-U-Tests auf signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen getestet. Die Hypothese konnte partiell bestätigt werden.

Alleinerziehende Mütter verfügen, wie vorab angenommen, über ein höchst signifikant geringeres Netto-Haushaltseinkommen und erhalten zudem höchst signifikant seltener ausreichend Hilfe bei der Betreuung des Kindes/der Kinder. Entgegen der Vorhersage, geben alleinerziehende Mütter im Vergleich zu Müttern mit Partner nicht signifikant seltener an, ausreichend Zeit für die Befriedigung der eigenen Belange und Bedürfnisse zu haben. Auch die Annahme, dass Alleinerzieherinnen gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant seltener die Gelegenheit hätten, über ihre Sorgen als Mutter zu sprechen, konnte nicht bestätigt werden.

4.7.3 Prüfung der Hypothese 3

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, empfinden Alleinerzieherinnen ein höheres Ausmaß an chronischem Stress.

Die Hypothese wurde anhand eines Zweistichproben-t-Tests auf signifikante Unterschiede getestet und konnte bestätigt werden.

Gegenüber Müttern in Partnerschaften empfinden Alleinerzieherinnen, gemäß der Vorhersage, ein deutlich höheres Ausmaß an chronischem Stress. Der diesbezügliche Unterschied ist höchst signifikant.

4.7.4 Prüfung der Hypothese 4

Im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften, sind Alleinerzieherinnen häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die hierfür abgeleiteten Annahmen mit Hilfe eines Mann-Whitney-U-Tests auf signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen getestet. Die Hypothese konnte bestätigt werden.

Wie im Voraus angenommen, haben Alleinerzieherinnen, im Vergleich zu nicht alleinerziehenden Müttern, einen signifikant höheren Beschwerdedruck und schätzen zudem ihre Gesundheit hoch signifikant schlechter ein.

5. DISKUSSION

In der vorliegenden Arbeit wurden alleinerziehende mit nicht alleinerziehenden Müttern hinsichtlich ihres Anforderungs- und Ressourcenprofils, ihres subjektiven Stresserlebens sowie bezüglich ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung miteinander verglichen. Hierbei wurde angenommen, dass eine höhere Belastung für alleinerziehende Mütter vorliegt.

5.1 Repräsentativität der Stichprobe und Methodenkritik

Der Diskussion soll eine kritische Reflexion der Aussagekraft der Ergebnisse vorangestellt werden. Diese ist aufgrund der Nichtrepräsentativität der Stichprobe mit hoher Wahrscheinlichkeit eingeschränkt. Zudem weist auch die Methodik gewisse Mängel auf.

Der Umstand, dass zur Erhebung der Daten das Verfahren einer Online-Erhebung (Maurer & Jandura, 2009) gewählt wurde, das auch Kenntnisse im Umgang mit dem Computer erforderte, und ebenso dass die Beantwortung des, in manchen Bereichen in gehobenem Deutsch formulierten, Fragebogens zwischen 15 und 20 Minuten in Anspruch nahm, ist vermutlich für den Stichproben-Bias in Bezug auf das hohe Bildungsniveau der befragten Frauen verantwortlich. Jenes lag deutlich über dem Durchschnitt der weiblichen österreichischen Bevölkerung (Statistik Austria, 2013c). Diesbezüglich kann auch angenommen werden, dass das mit dem Bildungsniveau assoziierte Äquivalenzeinkommen, welches aufgrund der Datengüte aber nicht berechnet werden konnte, ebenfalls über dem Durchschnittsäquivalenzeinkommen der alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Mütter der österreichischen Normalbevölkerung lag (Statistik Austria, 2013c).

An dieser Stelle soll auch der Einsatz des Online-Fragebogens kritisch betrachtet werden. Dieses Verfahren bietet zweifelsohne eine kostengünstige und zeitökonomische Möglichkeit der Rekrutierung einer großen Zahl an Probandinnen (Weber & Brake, 2005, S. 75). Zudem gewährleistet diese Art der Befragung auch eine absolute Anonymität, worüber die Wahrscheinlichkeit von sozial erwünschten Antworten minimiert werden kann (Simon u.a., 2013). Allerdings führte der Einsatz dieser Erhebungsform, wie bereits oben angedeutet, mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verzerrung der Stichprobe und darüber hinaus war auch ein Einfluss von außen nicht auszuschließen, ein Umstand, der die Datengüte ebenso beeinflusst haben könnte.

Ein weiterer Fehler im methodischen Vorgehen bestand darin, die teilnehmenden Mütter anhand eines Begleitschreibens bereits vor der Befragung darauf hinzuweisen, dass ihre Belastungssituation erhoben werden solle. Auch diese Vor-Information hatte möglicherweise

eine Verzerrung der Daten zur Folge. Zudem könnte auch die Reihung der Fragen das Antwortverhalten beeinflusst haben. So wurde die Frage zur Selbsteinschätzung der Gesundheit im Anschluss an den Fragenkatalog des Gießener Beschwerdebogens (Brähler u.a., 2006) gestellt. Dadurch wurden die Bewertungen bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit unter Umständen beeinflusst. Diese potenziellen Verzerrungen könnten in einem gewissen Maß die Repräsentativität der erhobenen Daten beeinträchtigt haben.

Die schwierige Vergleichbarkeit der Daten mit denjenigen anderer Studien, liegt an der ungenauen Definition der Gruppe der alleinerziehenden Mütter. Bei einer Vielzahl von Studien wird der Begriff der „alleinerziehenden Mutter“ nicht näher bestimmt. So ist oft nicht ersichtlich, ob sich der Terminus nur auf den Haushalt bezieht, oder ob er auch den Beziehungsstatus als solchen berücksichtigt.

Eine zusätzliche Messungenauigkeit ergibt sich aus dem Alter der zu betreuenden Kinder, das in den verschiedenen Studien nicht einheitlich definiert wird und falls es überhaupt angegeben wird, zumeist vom 1. bis zum 15./ 16. oder sogar bis zum 27. Lebensjahr reicht. Inwieweit diese Divergenzen die Vergleichbarkeit und hierüber die Aussagekraft der Forschungsergebnisse beeinträchtigen, kann in diesem Rahmen nicht geklärt werden.

Weitere kritische Anmerkungen betreffen die Fragebogenkonstruktion. Neben den bereits erwähnten Mängeln, wären auch folgende Methoden kritisch zu durchleuchten. Die Mehrzahl der skalierten Variablen verfügte über nur fünf Ausprägungen, wodurch die statistische Auswertbarkeit in hohem Ausmaß eingeschränkt wurde. Eine höhere Skalierung hätte sich hier als günstiger erwiesen. Darüber hinaus waren die Antworten zur Angabe des Netto-Haushaltseinkommen oder der mit Arbeit oder Ausbildung verbrachten Stunden auf einer Skala vorgegeben. Eine offene Antwortmöglichkeit zur direkten Angabe der genauen Höhe wäre für die weitere statistische Analyse geeigneter gewesen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Merkmale der Stichprobe

Die befragten Alleinerzieherinnen sind im Vergleich zu den in Partnerschaft lebenden Müttern nur unwesentlich älter. Diesbezüglich erweist sich ein für die vorliegende Studie möglicher altersspezifischer Effekt in Bezug auf die Höhe der Stress- oder Gesundheitsbelastung als irrelevant. Allerdings betreuen sie eine signifikant geringere Anzahl an Kindern, die zudem deutlich älter sind. Dieser Unterschied scheint aber nur hinsichtlich der Anzahl der Kinder von Relevanz zu sein, zumal die vorliegende Literatur belegt, dass jedes Alter der Kinder mit spezifischen Belastungen der Mutter einhergeht und somit kein

besonders belastungsintensives Alter ausgemacht werden kann (Sperlich u.a., 2011a; Beham & Zartler, 2010; Wernhart & Neuwirth, 2007; Schneider u.a., 2001; Amesberger u.a., 2001; Nolting u.a., 2001; Sieverding, 1995). Eine höhere Anzahl an Kindern ist jedoch tendenziell mit einer erhöhten Belastung verbunden. Wernhart & Neuwirth (2007) stellten fest, dass ab dem 3. Kind die Belastung steigt, während Grundy & Kravdal (2010) das Vorhandensein von zwei Kindern und Sperlich & Collatz (2006) jenes von einem Kind als die gesundheitsförderlichste Familienkonstellation ermittelt haben. Franz u.a. (2003) stellten allerdings keinen Zusammenhang mit der Anzahl der Kinder fest. Diesbezüglich kann in Bezug auf die geringere Anzahl der zu betreuenden Kinder der befragten Alleinerzieherinnen weder ein gesundheits-protektiver noch ein -gefährdender Einfluss ausgemacht werden.

5.2.2 Finanzielle Ressourcen

Generell verfügen Alleinerzieherinnen im Vergleich zu Müttern mit Partner über ein deutlich geringeres Netto-Haushalts- und Äquivalenzeinkommen (Statistik Austria, 2013d; Kim u.a., 2010; Dziak u.a., 2010). Dieses führt häufig zu einer finanziell prekären Lage (Statistik Austria, 2013b; Sperlich u.a., 2011a; Crosier u.a., 2007).

Auch die Alleinerzieherinnen dieser Studie verfügen, wie im Voraus postuliert, über ein signifikant geringeres Netto-Haushaltseinkommen als die in Partnerschaft lebenden Mütter und geben zudem häufiger an, mit ihrem Einkommen unzufrieden zu sein. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass sich die Erfassung des Äquivalenzeinkommens besser für den Vergleich der finanziellen Ressourcen geeignet hätte. Die Umrechnung aus den vorhandenen Daten war nicht möglich, da zum einen, die Variable zur Erfassung des Netto-Haushaltseinkommens nur ordinalskaliert vorlag und zum anderen, die genaue Anzahl der im Haushalt lebenden Personen nicht miterfasst wurde.

5.2.3 Subjektives Stresserleben

Gemäß der Vorannahme, erleben die alleinerziehenden Mütter der vorliegenden Studie ein höheres Ausmaß an chronischem Stress als die in Partnerschaft lebenden Mütter. Dieser Befund der signifikant höheren Stressbelastung deckt sich auch mit den Ergebnissen anderer Studien (Sperlich u.a., 2011a; Muhammad & Gagnon, 2010; Avison u.a., 2007; Barret & Turner, 2005; Maclean u.a., 2004; Cairney u.a., 2003). Im Folgenden sollen die möglichen Ursachen diskutiert werden. So hängt die, im Rahmen der vorliegenden Studie anhand der SSCS des TICS ermittelte, vermehrte Stressbelastung mit einem Mangel an sozialer

Anerkennung, einer erhöhten chronischen Besorgnis, sowie dem Gefühl von Überforderung und sozialen und arbeitsbezogenen Überlastungen zusammen (Schulz u.a. 2004, S.16).

Ob die Alleinerziehenden in allen fünf Bereichen vermehrt Stress erleiden, kann aufgrund des Testergebnisses nicht ermittelt werden, da jenes als Summe über alle fünf Stressarten gebildet wurde. Es kann jedoch angenommen werden, dass für die Alleinerzieherinnen dieser Studie in allen Bereichen eine erhöhte Belastung vorliegt, da zahlreiche Studien darauf verweisen.

So weisen Sperlich u.a. (2012) darauf hin, dass Alleinerziehende Stress und Überlastung insbesondere aufgrund ihres hohen Einsatzes, bei gleichzeitigem Mangel an Anerkennung erleiden. Ebenso zeigen sich Alleinerzieherinnen deutlich häufiger besorgt, insbesondere aufgrund von finanziellen Nöten, infolge eines, im Vergleich zu Müttern in Paarbeziehung, deutlich niedrigerem Netto-Haushaltseinkommen (BMFSFJ, 2008; Helfferich u.a., 2003).

Die Alleinerzieherinnen der vorliegenden Studie dürften aber auch von den anderen drei Stressarten häufiger betroffen sein. So wurde vielfach auf die Belastung durch Überforderung, sowie durch soziale und arbeitsbezogene Überlastung hingewiesen, die vor allem auf der alleinigen Zuständigkeit und Verantwortung sowohl für die Betreuung und Erziehung der Kinder als auch für den Lebensunterhalt beruht (Avison u.a., 2007; Maclean u.a., 2004; Helfferich u.a., 2003).

5.2.4 Soziale Unterstützung

Im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien (Shechner u.a., 2010; Westin & Westerling, 2007; Crosier u.a., 2007; Cairney, 2003) erhalten die Alleinerzieherinnen der vorliegenden Befragung im Vergleich zu den Müttern in Paarbeziehung deutlich weniger soziale Unterstützung. Copeland & Harbaugh (2010), deren Stichprobe allerdings nur 80 Mütter von Kindern im Alter von sechs bis acht Wochen nach der Geburt umfasste und Bull und Mittelmark (2009) konnten diesbezüglich jedoch keinen Unterschied feststellen.

Die Alleinerzieherinnen der vorliegenden Studie erhalten in Bezug auf die Unterstützung durch den Vater des Kindes bzw. den Partner der Mutter, aus naheliegenden Gründen, deutlich weniger Hilfe als Mütter mit Partner. So stehen nicht einmal die Hälfte der Väter resp. ehemaligen Partner zur Betreuung der Kinder zur Verfügung. Dies deckt sich mit den Befunden der Studie von Schmidt & Lüttich (2008), die Alleinerziehende aus Salzburg zu diesem Thema befragten. Den Alleinerzieherinnen der vorliegenden Studie wird aber auch die Unterstützung durch die Großeltern der Kinder und andere Verwandte seltener zu Teil, was mit dem häufigen Kontaktabbruch zur Familie des Kindesvaters erklärt werden kann (Niepel, 1994). Die Anzahl, der im Notfall zur Betreuung des Kindes zur Verfügung stehenden

Personen, ist ebenfalls geringer. Wie im Voraus angenommen, gaben die Alleinerzieherinnen an, signifikant weniger Hilfe bei der Betreuung des Kindes zu erhalten.

5.2.5 Emotionale Unterstützung und sozialer Austausch

In unserer partnerorientierten Gesellschaft fehlt den Alleinerziehenden in Ermangelung eines Partners nicht nur die Hilfe bei der Betreuung des Kindes und der Sicherung des Lebensunterhalts, sondern auch eine wichtige Bezugs- und Unterstützungsperson, zu der in der Regel auch ein sehr enges Vertrauensverhältnis besteht (Schär u.a., 2013; Bollmann, 2012). Auch unabhängig vom Vorhandensein einer Partnerschaft sind Alleinerzieherinnen mit ihren privaten Beziehungen unzufriedener, verfügen über weniger Vertrauenspersonen und fühlen sich durch die geringere Anzahl an guten Freunden vermehrt belastet (Helfferich u.a., 2003, S.10). So mangelt es den Alleinerzieherinnen im Allgemeinen auch an emotionaler Unterstützung und an sozialem Austausch (Westin & Westerlin, 2007; Franz u.a., 2003; Cairney, 2003).

Die Annahme, dass Alleinerzieherinnen diesbezüglich seltener die Gelegenheit haben, über ihre Sorgen als Mutter zu sprechen, konnte in der vorliegenden Studie aber nicht bestätigt werden, da sich der Unterschied zu den Müttern in Partnerschaften als nicht signifikant erwies. Für die weitgehende Nivellierung des Unterschiedes könnte der eingangs thematisierte höhere Bildungsstand verantwortlich sein, zumal höher gebildete sich aktiver am Sozialleben beteiligen und demnach über ein größeres soziales Netzwerk verfügen (Wagner & Wolf, 2001). Ebenso steigt mit zunehmender Bildung die Wahrscheinlichkeit, über Vertrauenspersonen zu verfügen (Von Dem Knesebeck & Geyer, 2007) und der soziale Austausch über das Internet ist bei Personen mit höherer Bildung auch weiter verbreitet (Zillien, 2006). Die Alleinerzieherinnen dieser Stichprobe scheinen demnach über mehr Möglichkeiten für den sozialen Austausch und emotionale Unterstützung zu verfügen als Alleinerzieherinnen im Allgemeinen. Hierüber könnte der Mangel an Gelegenheiten, mit anderen über ihre Sorgen als Mütter zu sprechen, ausgeglichen worden sein.

5.2.6 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die Anforderungen der Familie mit jenen des Berufs in Einklang zu bringen, geht mit dem Problem der Vereinbarkeit einher und bedeutet für Alleinerziehende oft eine tägliche Herausforderung (Zartler u.a., 2011, S.54). In der vorliegenden Untersuchung lassen sich, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien (Minnotte, 2012; Nomaguchi, 2012; Dziak u.a., 2010; Baxter & Alexander, 2008; Avison u.a., 2007), der Beruf bzw. die

Ausbildung mit der Betreuung des Kindes bei den alleinerziehenden Müttern, im Vergleich zu den nicht alleinerziehenden, signifikant schlechter vereinbaren. Das größere Vereinbarkeitsproblem beruht mit hoher Wahrscheinlichkeit zum einen auf der deutlich ausgeprägteren Erwerbstätigkeit der im Rahmen dieser Studien befragten Alleinerzieherinnen und zum anderen auf ihrem signifikant höheren Mangel an adäquater sozialer Unterstützung. Dieser Umstand und das deutlich geringere Ausmaß an finanziellen Ressourcen könnten außerhalb der regulären Betreuungszeiten öffentlicher Einrichtungen (Zartler u.a., 2011, S. 54), genauer an Wochenenden, in den Ferien und in Randzeiten, zu einer verstärkten Vereinbarkeitsproblematik führen, da in diesen Fällen oft auf kostenintensive oder aufwendig organisierte Betreuungsarrangements zurückgegriffen werden muss (Schutter, 2011).

Hinsichtlich des Ergebnisses ist kritisch anzumerken, dass nur erwerbstätige bzw. sich in Ausbildung befindende Mütter gefragt wurden. Die Erwerbslosigkeit kann aber auch durch ein unüberwindbares Vereinbarkeitsproblem bedingt sein (BMFSFJ, 2009). Dieser Aspekt wurde zum Zeitpunkt der Datenaufnahme jedoch nicht in Betracht gezogen. Somit konnte das vollständige Ausmaß des Vereinbarkeitsdilemmas anhand der vorliegenden Daten nicht erfasst werden.

5.2.7 Die Ressource Zeit

Gegenüber Müttern in Partnerschaften fehlt es den Alleinerziehenden auch an Zeit (Fox u.a., 2013; Meier-Gräwe & Kahle, 2009). Dieser spezifische Mangel bezieht sich sowohl auf die fehlende Zeit für das Kind (Fox u.a., 2013; Craig & Mullan, 2012; Baierl & Neuwirth, 2011; Statistik Austria, 2009; Kendig & Bianchi, 2008; Statistisches Bundesamt, 2003; Sandberg & Hofferth, 2001) als auch auf die fehlende Zeit für eigene Belange und Bedürfnisse (Statistik Austria, 2010; Statistik Austria, 2009; Meier-Gräwe & Kahle, 2009; Statistisches Bundesamt, 2003).

Wie bei diversen anderen Untersuchungen (Statistik Austria, 2010; Meier-Gräwe & Kahle, 2009; Forsa, 2008; Milkie u.a., 2004) hegen auch die Alleinerziehenden der vorliegenden Studie gegenüber der Vergleichsgruppe etwas häufiger den Wunsch, mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen zu können. Dieser Unterschied war statistisch allerdings nicht signifikant, was insofern erstaunlich ist, als die Alleinerzieherinnen dieser Befragung in einem, im Vergleich zu den Müttern in Partnerschaft, signifikant höheren Ausmaß erwerbstätig sind, ein Umstand, der, so Meier-Gräwe & Kahle (2009), üblicherweise mit einer Beschränkung der gemeinsamen Zeit mit dem Kind einhergeht.

Der überraschend geringe Unterschied ist möglicherweise wiederum auf den eingangs erwähnten deutlich erhöhten Bildungsstand zurückzuführen. So weisen Berghammer (2013), Guryan u.a. (2008) und Sayer u.a. (2004) darauf hin, dass das Ausmaß der mit den Kindern verbrachten Zeit mit dem Bildungsniveau steigt, da sich Mütter mit höherer Bildung bewusster für ein Kind entscheiden und deshalb mehr Zeit in Erziehung und gemeinsam verbrachte Freizeit investieren. Es ist daher zu vermuten, dass auch die Alleinerzieherinnen dieser Studie, aufgrund ihres überdurchschnittlich hohen Bildungsgrades, einen Großteil ihrer zur Verfügung stehenden Zeit dazu nutzen, sich mit ihren Kindern zu beschäftigen und deshalb einen geringeren subjektiven Mangel an gemeinsamer Zeit erleben. Möglicherweise beruht die weitgehende Nivellierung des Unterschiedes aber auch auf dem Umstand, dass die befragten Alleinerzieherinnen weniger Kinder als die Vergleichsgruppe betreuen, die überdies vergleichsweise älter und damit auch selbstständiger sind, denn nach Kränzl-Nagel & Lange (2010), steigt der Betreuungsaufwand mit der Anzahl der Kinder und sinkt mit deren Alter.

Alleinerziehenden fehlt es, wie schon erwähnt, im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften auch an Zeit für die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse und Belange (Statistik Austria, 2010; Meier-Gräwe & Kahle, 2009; Statistik Austria, 2009; Statistisches Bundesamt, 2003). Craig (2004) hingegen stellte einen diesbezüglichen Mangel für in Partnerschaft lebende Mütter fest. Die Mehrzahl der Studien verweist jedoch auf einen Mangel seitens der Alleinerzieherinnen, der aus der bereits thematisierten Mehrfachbelastung resultiert.

In der vorliegenden Studie fand sich allerdings kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen. Auch hier ist es vorstellbar, dass das mit dem höheren Bildungsstand assoziierte potentiell höhere Einkommen (Statistik Austria, 2013c) das Gefühl in Bezug auf diesen Mangel positiv beeinflusste. Während Alleinerzieherinnen im Allgemeinen aufgrund ihrer finanziell prekären Situation insbesondere bei der Finanzierung der für den Lebenserhalt nicht notwendigen Bereiche, Abstriche machen müssen (Zartler u.a., 2011), können im Vergleich dazu die alleinerziehenden Mütter der vorliegenden Studie ihre (Frei-) Zeit vielleicht eher nach ihren Vorstellungen und Bedürfnissen gestalten. Das könnte dazu geführt haben, dass der Mangel an Zeit für die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse, der letztendlich auch durch einen Mangel an Möglichkeiten zur Befriedigung der einen Bedürfnisse beeinflusst wird, in einem deutlich geringeren Ausmaß als solcher empfunden wird. Zudem ist es auch möglich, dass die befragten Alleinerzieherinnen, aufgrund ihres hohen Bildungsniveaus, die gemeinsam mit ihren Kindern verbrachte Zeit, im Vergleich zu den Alleinerzieherinnen im Allgemeinen, aus den oben genannten Gründen eher als rekreativ

betrachten. Außerdem ist es wahrscheinlich, dass die Alleinerzieherinnen der vorliegenden Studie auch ob ihres im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften geringeren Betreuungsaufwandes etwas Zeit für sich gewinnen können.

5.2.8 Belastung durch das Verhalten des Kindes

Es wurde angenommen, dass Alleinerzieherinnen infolge der alleinigen Zuständigkeit für die Bedürfnisse des Kindes in höherem Maße gefordert sind und sich aus diesem Grund eher vom Verhalten ihres Kindes gestört resp. „genervt“ fühlen als Mütter, die in einer Partnerschaft leben (Arnhold-Kerri & Collatz, 2006; Sperlich & Collatz, 2006). Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden. Alleinerziehende und nicht alleinerziehende Mütter stören sich zu gleichen Teilen am Verhalten ihrer Kinder. Der nicht vorhandene Unterschied könnte erneut mit der höheren Ausbildung der Alleinerziehenden erklärt werden, denn die subjektiv erlebte Belastung durch die Anforderungen und das Verhalten des Kindes könnte aufgrund der bildungsbedingten größeren Erziehungsmotivation (Berghammer, 2013) gemildert worden sein.

Die prekär finanzielle Lage, die konflikthafte Beziehung zwischen dem Kindesvater und der Mutter, die aufgrund der Lage vergleichsweise größere psychische Beeinträchtigung der alleinerziehenden Mutter (Franz u.a., 2010, S. 16) und das Fehlen des Vaters oder im Allgemeinen einer zweiten Vertrauensperson für das Kind (Franz, 2010) können dazu führen, dass Kinder von Alleinerzieherinnen vermehrt Verhaltensauffälligkeiten zeigen (Franz, 2010; BMFSFJ, 2008; Hagen & Kurth, 2007; Sperlich & Collatz, 2006; Gloger-Tippelt & König, 2003; Franz u.a., 2003; Carlson & Corcoran, 2001; Hilton u.a., 2001, Hilton & Devall 1998). Zudem neigen vermehrt belastete Mütter eher dazu, Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern wahrzunehmen (Arnhold-Kerri & Collatz, 2006) resp. diese bei ihren Kindern zu provozieren (Cina & Bodenmann, 2009). Die daraus abgeleitete Annahme, dass sich Alleinerzieherinnen im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft vom Verhalten ihres Kindes signifikant häufiger überfordert fühlen, wurde in der vorliegenden Studie bestätigt.

5.2.9 Rauchen als Indikator für das Belastungserleben

Alleinerziehende Mütter, so zeigen zahlreiche Studien (Sperlich, u.a. 2011b; Burstrom u.a., 2010; Fleitmann u.a., 2010; Timm, 2008; Westin & Westerlin, 2007; Siahpush, 2004; Helfferich u.a., 2003; Weitoft u.a., 2002) rauchen deutlich häufiger als Mütter in Paarbeziehungen. Ein erhöhter Tabakkonsum kann auch als Reaktion auf stressreiche Belastungen interpretiert werden (BMFSFJ, 2001, S. 219). Obwohl auch die

Alleinerzieherinnen dieser Studie in höherem Ausmaß belastet sind, konnte der Unterschied für die Probandinnen dieser Stichprobe nicht in der erwarteten Deutlichkeit festgestellt werden. Die befragten Alleinerzieherinnen rauchen zwar etwas häufiger als Mütter in Paarbeziehungen, aber der Unterschied war nicht signifikant. Wiederum könnte das eher geringe Rauchverhalten der Alleinerzieherinnen mit ihrem hohen Bildungsniveau assoziiert sein, zumal Personen mit höherer Bildung vermehrt auf ihre Gesundheit achten und deutlich seltener rauchen (Sperlich u.a., 2011b; DKFZ, 2008; Mielck, 2005; Siahpush, 2004; Schwarz, 2003).

5.2.10 Gesundheitsbelastung

Wie bereits in der Einleitung ausgeführt, sind Belastungen bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen und das hierüber induzierte Stresserleben mit einer erhöhten Beeinträchtigung der Gesundheit assoziiert (Becker u.a., 2004). Dieser Zusammenhang konnte auch in dieser Studie gezeigt werden. Die Wahrscheinlichkeit, die Gesundheit schlechter einzuschätzen und die Höhe des Beschwerdedrucks zeigten, sowohl bei alleinerziehenden als auch nicht alleinerziehenden Müttern, eine positive und hohe Korrelation mit dem Ausmaß des subjektiv erlebten Stresses. Auch wenn aus den gesammelten Daten keine Kausalbeziehung zwischen dem Erziehungsstatus und dem Auftreten von gesundheitlichen Belastung abgeleitet werden darf, erscheint es dennoch plausibel, dass in manchen Bereichen die vermehrte gesundheitliche Beeinträchtigung der Alleinerzieherinnen, auf die höhere (Stress-) Belastung zurückzuführen ist.

Wie im Voraus angenommen, schätzen die Alleinerzieherinnen der vorliegenden Arbeit ihre Gesundheit signifikant schlechter als die in Partnerschaft lebenden Mütter ein. Dies deckt sich mit zahlreichen Befunden anderer Studien (Sperlich u.a., 2011a; Burstrom u.a., 2010; Kim u.a., 2010; Timm, 2008; Westin & Westerlin, 2007; Fritzell & Burström, 2006; Lahelma u.a., 2002; Fokkema, 2002; Whitehead u.a., 2000; Kahn u.a., 2000; Pérez & Beaudet, 1999).

Auch hinsichtlich des Beschwerdedrucks, weisen die Alleinerzieherinnen der vorliegenden Studie, im Vergleich zu den in Partnerschaft lebenden Müttern, wie vorab angenommen, signifikant höhere Werte auf. Dieser Befund stimmt mit anderen Studien überein, die belegen, dass Alleinerzieherinnen vermehrt an Allgemeinbeschwerden und Schmerzen leiden (Sperlich u.a., 2011a; Sperlich & Collatz, 2006; Helfferich u.a., 2003).

Die Lebenssituationen von Müttern in verschiedenen Ländern können aufgrund differierender soziopolitischer und -kultureller Verhältnisse sehr unterschiedlich sein. Eine

Gegenüberstellung der vorliegenden Ergebnisse mit den Befunden aus Studien anderer Länder ist daher nur bedingt aussagekräftig. Umso mehr sind die Vergleiche mit der Sekundäranalyse von vier Repräsentativbefragungen aus Deutschland (Helfferich u.a., 2003), aufgrund der ähnlichen soziokulturellen und -politischen Verhältnisse des Landes, und den sekundäranalytischen Auswertung von zwei repräsentativen Erhebungen aus Österreich (Zartler u.a., 2011) hervorzuheben.

Hinsichtlich der Befunde von Helfferich u.a. (2003) finden sich klare Übereinstimmungen mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie. So stellen sie in Bezug auf die gesundheitliche Situation alleinerziehender Mütter ebenfalls eine ausgeprägte Benachteiligung gegenüber Müttern in Partnerschaften fest. Alleinerzieherinnen schätzen ihre Gesundheit vergleichsweise schlechter ein und geben an, deutlich häufiger an chronischen Krankheiten, Allgemeinstörungen und Schmerzen zu leiden.

In der österreichischen Studie (Zartler u.a., 2011) stellen sich diese Unterschiede allerdings nicht so deutlich dar, obwohl auch hier die Alleinerzieherinnen ihren Gesundheitszustand schlechter bewerten und sich häufiger gesundheitlich belastet fühlen (Zartler u.a., 2011 S. 51). Die Befunde der vorliegenden Studie, die auf eine deutlich höhere gesundheitliche Beeinträchtigung bei alleinerziehenden Müttern verweisen, stehen daher nicht im Einklang mit den Ergebnissen der Studie von Zartler u.a. (2011). Dies ist möglicherweise auf die Güte der vorliegenden Daten zurückzuführen, die, wie eingangs dargelegt, nicht repräsentativ sind. Allerdings wäre gerade aufgrund des höheren Bildungsniveaus der alleinerziehenden Mütter ein gegenteiliger Effekt zu erwarten gewesen, da Personen mit höherem Bildungsniveau zumeist über eine deutlich bessere Gesundheit als geringer gebildete Menschen verfügen (Babitsch, 2012; Mielck & Helmert, 2012).

Die große Differenz zwischen den beiden Studien beruht wahrscheinlich eher auf der uneinheitlichen Zusammensetzung der Gruppen. Während sich die Alleinerzieherinnen der vorliegenden Arbeit per definitionem in keiner Partnerschaft befinden, konnte bei den Alleinerzieherinnen in der Studie von Zartler u.a. (2011) durchaus ein Partner vorhanden sein. Als alleinerziehend galten hier auch Mütter mit Partner, sofern dieser nicht mit der Mutter im selben Haushalt lebt. Dieser potentiell vorhandene Partner konnte somit als mögliche Ressource dienen und die Gesundheit günstig beeinflusst haben. Ob und inwieweit das Vorhandensein eines Partners, der mit der alleinerziehenden Mutter nicht im gemeinsamen Haushalt lebt und oft auch nicht der Vater des Kindes ist, sich tatsächlich als Ressource und hierüber als gesundheitsprotektiv erweist, müsste in weiteren Studien geklärt werden.

6 CONCLUSIO UND AUSBLICK

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die Alleinerzieherinnen dieser Untersuchung im Vergleich zu den in Partnerschaft lebenden Müttern in einigen Bereichen deutlich belasteter sind.

Eindeutige Benachteiligungen lassen sich hinsichtlich ihrer Einkommenssituation, der Vereinbarkeit von Beruf/Ausbildung und Familie und der adäquaten Hilfe bei der Betreuung der Kinder feststellen. Außerdem fühlen sich die Alleinerzieherinnen in Bezug auf das Verhalten ihrer Kinder viel häufiger überfordert, erleben ein wesentlich höheres Ausmaß an chronischem Stress und fühlen sich gesundheitlich deutlich beeinträchtigt. Die Unterschiede erweisen sich in all den genannten Bereichen als signifikant.

Diese Ergebnisse stehen, wie oben dargelegt, im Einklang mit den Befunden zahlreicher Studien, die ebenfalls auf die angespannte sozioökonomische Situation und die Vereinbarkeitsproblematik der alleinerziehenden Mütter sowie auf deren Überforderung und Überlastung in familiären Bereichen verweisen. Ebenso zeigen viele Studien, dass alleinerziehende Mütter im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern in vermehrtem Maße Stress erleben und gesundheitlich deutlich belasteter sind.

Im Sinne der Anforderungs-Ressourcenmodelle, wie bspw. des systemischen Anforderungs-Ressourcenmodell von Becker (Becker, 2006; Becker u.a., 2004, S.22) ist anzunehmen, dass sich bei adäquaten Anforderungen und Ressourcen die Belastungssituation der alleinerziehenden Mütter entspannt. So zeigen Curtis & Phipps (2004), die Alleinerzieherinnen mit in Partnerschaft lebenden Müttern in Kanada und Norwegen verglichen, dass sich in Norwegen die Gesundheit der alleinerziehenden Mütter, die von öffentlicher Seite ein ausreichend hohes Maß an Unterstützung erfuhren, von jener der nicht alleinerziehenden Mütter kaum unterscheidet.

Deshalb wäre es nicht nur von wissenschaftlichem, sondern auch von gesundheitspolitischem Interesse, zu ermitteln, ob folgende sozialpolitische Interventionen eine Verminderung der gesundheitlichen Benachteiligung bei Alleinerzieherinnen bewirken können: Maßnahmen zum flächendeckenden Ausbau von qualitativ hochwertiger Kinderbetreuung (Zartler u.a., 2011, S.203) zur „Förderung der Familienfreundlichkeit von Betrieben“ (Zartler u.a., 2011, S. 205), zur „Sicherung der ökonomischen Lebensgrundlage von Familien“ (Zartler u.a., 2011, S. 207) sowie kostenlose und niederschwellige Betreuungs- und Informationsangebote für Alleinerziehende (Zartler u.a., 2011, S.209) und ein vermehrtes Betreuungs-Angebot in Krisensituationen (Landesfamilienrat BW, 2012, S. 17).

7 LITERATURVERZEICHNIS

7.1 Bibliographie

Amesberger, H., Dimitz, E., Finder, R., Schiffbänker, H. & Wetzel, P. (2001). *Alleinerzieherinnen in Wien*. Wien: Studie der Arbeiterkammer Wien.

Arnhold-Kerri, S. & Collatz, J.(2006). Besteht bei Müttern ein Zusammenhang zwischen psychischem Befinden, negativen Stressverarbeitungsstrategien und der Wahrnehmung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten? *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 72, 165-171.

Avison, W. R., Ali, J. & Walters, D. (2007). Family structure, stress, and psychological distress: A Demonstration of the impact of differential exposure. *J Health Soc Behav*, 48(3), 301-317.

Babitsch, B., Ducki, A. & Maschewsky-Schneider, U. (2012). Geschlecht und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 5. vollständig überarbeitete Auflage (S. 639-657). Weinheim: Beltz-Juventa.

Bandelow, B. & Wedekind, D. (2006) Angst – Neurobiologie. In H. Förstl, M. Hautzinger & G. Roth (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen*. (S.483-522). Heidelberg: Springer Verlag

Barrett, A. E. & Turner, R. J. (2005). Family Structure and Mental Health: The Mediating Effects of Socioeconomic Status, Family Process, and Social Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 156–169.

Bartholdt, L. & Schütz, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention*. Weinheim: Beltz-Juventa.

Baxter, J. & Alexander, M. (2008). Mothers' work-to-family strain in single and couple parent families: The role of job characteristics and supports. *Australian Journal of Social Issues*, 43, 195–214.

Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen, u.a.: Hogrefe-Verlag

Becker, P., Schultz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1, 11-23.

Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen, u.a.:Hogrefe-Verlag.

Beckmann, J. & Fröhlich, S. M. (2009). Erholung und Stressmanagement. In P. M. Wippert & J. Beckmann (Hrsg.), *Stress- und Schmerzursachen verstehen. Gesundheitspsychologie und -soziologie in Prävention und Rehabilitation* (S. 155-163), Stuttgart: Thieme.

Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implication for smoking cessation treatment. *Am J Med*, 121, 3–10.

Bentz, D., Michael, T., Wilhelm, F. H., Hartmann, F. R., Kunz, S., von Rohr, I. R., & de Quervain, D. J. (2013). Influence of stress on fear memory processes in an aversive differential conditioning paradigm in humans. *Psychoneuroendocrinology*, In Press, Corrected Proof.

Berghammer, C. (2013). Keine Zeit für Kinder? Veränderungen in der Kinderbetreuungszeit von Eltern in Deutschland und Österreich. *Zeitschrift für Soziologie*, 42(1), 52-73.

Bollmann, V. (2012). Zum Forschungsstand: Familie und Geschwister. In V. Bollman (Hrsg.), *Schwestern* (S. 15-57). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Borgetto, B. (2009). Psychische und soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In P. M. Wippert & J. Beckmann. (Hrsg.), *Stress-und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und-soziologie in Prävention und Rehabilitation*. (S. 20-45). Stuttgart: Thieme.

Brähler E., Hinz A. & Scheer J. W. (2006). *Gießener Beschwerdebogen - Kurzform (GGB-24)* 3. Überarbeitete und neu normierte Auflage. Bern: Huber.

Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.

Bull, T. & Mittelmark, M. B. (2009). Work life and mental wellbeing of single and non-single working mothers in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(6), 562-568.

Burstrom, B., Whitehead, M., Clayton, S., Fritzell, S., Vannoni, F. & Costa, G. (2010). Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes: the example of Italy, Sweden and Britain. *Social Sci Med*, 70, 912-20.

Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169–198.

Cairney, J., Boyle, M., Offord, D. R. & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38(8). 442-449.

Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body*. (revised and enlarged edition) New York: W. W. Norton & Co. Inc.

Cannon, W. B. (1975). *Wut, Hunger, Angst und Schmerz: eine Physiologie der Emotionen*. München: Urban & Schwarzenberg.

Carlson, M., & Corcoran, M. (2001). Family structure and children's behavioural and cognitive outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 63, 779-792.

Cathcart, S., & Pritchard, D. (2008). Daily stress and pain sensitivity in chronic tension type headache sufferers. *Stress and Health*, 24(2), 123-127.

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 5(7), 374-81.

Chueh, K. H., Yen, C. F., Lu, L. & Yang, M. S. (2011). Association between psychosomatic symptoms and work stress among Taiwan police officers. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 27(4), 144-149.

Cina, A. & Bodenmann, G. (2009). Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 18 (1), 39-48.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D. & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA: The journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685-1687.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., Rabin, B. S., & Turner, R. B. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(16), 5995-5999.

Copeland, D. B. & Harbaugh, B. L. (2010). Psychosocial differences related to parenting infants among single and married mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33(3), 129-148.

Craig, L. (2004). Time to care: A comparison of how couple and sole parent households allocate time to work and children. Social Policy Research Centre, *University of New South Wales*. SPRC Discussion Paper No. 133.

Craig, L. & Mullan, K. (2012). Lone and Partnered Mothers' Childcare Time Within Context in Four Countries. *European sociological review*, 28(4), 512-526.

Crosier, T., Butterworth, P. & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(1), 6-13.

Curtis, L. & Phipps, S. (2004). Social transfers and the health status of mothers in Norway and Canada. *Social science & medicine*, 58(12), 2499-2507.

Dhabhar, F. S. (2002). Stress-induced augmentation of immune function—the role of stress hormones, leukocyte trafficking, and cytokines. *Brain, behavior, and immunity*, 16(6), 785-798.

Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.

Ditzen, B. & Heinrichs, M. (2007). Psychobiologische Mechanismen sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(4), 143-157.

Dörfler, S. & Krenn, B. (2005). Kinderbeihilfenpakete im internationalen Vergleich. Österreichisches Inst. für Familienforschung. *ÖIF-Working paper*, 52.

Dörfler, A., Baierl, A. S. & Neuwirth, N. (2011). Familientyp I: Ein-Eltern-Familien. In N. Neuwirth (2011). Familienformen in Österreich. *ÖIF, Forschungsbericht*, (7).

Dziak, E., Janzen, B. L. & Muhajarine, N. (2010). Inequalities in the psychological well-being of employed, single and partnered mothers: the role of psychosocial work quality and work-family conflict. *International journal for equity in health*, 9(6), 1-8.

Flatten, G. (2004). Posttraumatische Belastungsreaktionen aus neurobiologischer und synergetischer Perspektive. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* Studienausgabe der 1. Auflage (S. 404-422). Stuttgart: Schattauer.

Fleitmann, S., Dohnke, B., Balke, K., Rustler, C. & Sonntag, U. (2010). Frauen und Rauchen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(2), 117-124.

Fokkema, T. (2002). Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands?. *Social science & medicine*, 54(5), 741-752.

Forma, P. (2009). Work, family and intentions to withdraw from the workplace. *International Journal of Social Welfare*, 18(2), 183-192.

Fox, L., Han, W. J., Ruhm, C. & Waldfogel, J. (2013). Time for Children: Trends in the Employment Patterns of Parents, 1967–2009. *Demography*, 50(1), 25-49.

Franz, M., Lensche, H. & Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(2), 59-68.

Freistadt, J., & Strohschein, L. (2013). Family Structure Differences in Family Functioning Interactive Effects of Social Capital and Family Structure. *Journal of Family Issues*, 34(7), 952-974.

Fries, E. & Kirschbaum, C (2009). Chronischer Stress und Stressbezogene Erkrankungen. In P. M. Wippert & J. Beckmann. (Hrsg.), *Stress und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und-soziologie in Prävention und Rehabilitation* (113-125). Stuttgart: Thieme.

Fritzell, S. & Burström, B. (2006). Economic strain and self-rated health among lone and couple mothers in Sweden during the 1990s compared to the 1980s. *Health Policy*, 79(2), 253-264.

Gerrig, R.J. & Zimbardo, P.G. (2008). *Psychologie* (18. Aufl.). München: Pearson

Gieler, U., Niemeier, V., Kupfer, J. & Harth, W. (2008). Psychosomatik in der Dermatologie. *Hautarzt*, 59, 415-434.

Gloger-Tippelt, G. & König, L. (2003). Die Einelternfamilie aus der Perspektive von Kindern. Entwicklungspsychologisch relevante Befunde unter besonderer Berücksichtigung der Bindungsforschung. In J. M. Fegert & U. Ziegenhain (Hrsg.), *Hilfen für Alleinerziehende: die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland*. (S. 126-147). Weinheim: Beltz-Juventa.

Godbout, J. P. & Glaser, R. (2006). Stress-induced immune dysregulation: implications for wound healing, infectious disease and cancer. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 1(4), 421-427.

Goschke, T. & Dreisbach, G. (2011). Kognitiv-affektive Neurowissenschaft: Emotionale Modulation des Erinnerns, Entscheidens und Handelns. In Wittchen, H. U. & Hoyer, J.

(Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S.129-167). (2. Aufl.) Berlin: Springer Verlag.

Gouin, J. P. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. *Immunology and allergy clinics of North America*, 31(1), 81.

Grundy, E. & Kravdal, Ø. (2010). Fertility history and cause-specific mortality: a register-based analysis of complete cohorts of Norwegian women and men. *Social science & medicine*, 70(11), 1847-1857.

Günthert, E. A. (2004). Dynamische Blasenhalstenose als Ursache psychogener Miktionsbeschwerden und Miktionsstörungen. *Der Urologe*. 43(5), 565-572.

Guenzel, F. M., Wolf, O. T. & Schwabe, L. (2013). Stress disrupts response memory retrieval. *Psychoneuroendocrinology*. Artikel in Press.

Guryan, J., Hurst, E. & Kearney, M. S. (2008). Parental education and parental time with children (No. w13993). *National Bureau of Economic Research*.

Hagen, C. & Kurth, B. M. (2007). Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. *Aus Politik und Zeitgeschichte*. 42, 25-31.

Hallberg, D. & Klevmarck, A. (2003). Time for children: A study of parent's time allocation. *Journal of Population Economics*, 16(2), 205-226.

Harbuz, M. S., Chover-Gonzales, A. J. & Jessop, D. S. (2003). Hypothalamo-Pituitary-Adrenal Axis and Chronic Immune Activation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 992(1), 99-106.

Harris, M. L., Loxton, D., Sibbritt, D. W. & Byles, J. E. (2012). The relative importance of psychosocial factors in arthritis: Findings from 10,509 Australian women. *Journal of Psychosomatic Research*. 73(4), 251-256.

Hartung, S. (2011). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In T. Schott & C., Hornberg, C. (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 235-255) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Heiliger, A. (1991). *Alleinerziehen als Befreiung: Mutter-Kind-Familien als positive Sozialisationsform und als gesellschaftliche Chance*. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.

Helfferrich, C., Hendel-Kramer, A. & Klindworth, H. (2003). Gesundheit alleinerziehende Mütter und Väter. Themenheft 14. In *Gesundheitsberichterstattung-Hefte-(GBE-Hefte)*. Robert Koch-Institut.

Herrmann-Lingen, C. & Meinertz, T. (2010). Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit. *Der Internist*, 51(7), 826-835.

Hertig, V. L., Cain, K. C., Jarrett, M. E., Burr, R. L. & Heitkemper, M. M. (2007). Daily stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nursing research*, 56(6), 399-406.

Hilton, J. M. & Devall, E. L. (1998). Comparison of parenting and children's behavior in single-mother, single-father, and intact families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 29(3-4), 23-54.

Hilton, J. M., Desrochers, S. & Devall, E. L. (2001). Comparison of role demands, relationships, and child functioning in single-mother, single-father, and intact families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 35(1-2), 29-56.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.

Hurrelmann, K. & Andresen, S. (2007). *World Vision Deutschland, & TNS Infratest Sozialforschung. Kinder in Deutschland. Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Jänig, W. (2010). Vegetatives Nervensystem. In R. Schmidt, F. Lang & M. Heckmann (Hrsg.), *Physiologie des Menschen: mit Pathophysiologie*. 31. Auflage (S. 403-434). Heidelberg: Springer-Verlag.

Johner, R. L. (2007). Allostatic load: Single parents, stress-related health issues, and social care. *Health & Social Work*, 32(2), 89-94.

Juster, R. P., McEwen, B. S. & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.

Kahn, R. S., Wise, P. H., Kennedy, B. P. & Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ: British Medical Journal*, 321, 1311-1315.

Kaluza, G. (2012). *Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch. Stress erkennen, verstehen, bewältigen* (4. Auflage). Berlin: Springer-Verlag

Karatsoreos, I. N. & McEwen, B. S. (2011). Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. *Trends in cognitive sciences*, 15(12), 576-584.

Keller, S. & Thyrian, J. R. (2005). Rauchen. In R. Schwarzer, M. Jerusalem, M. & H., Weber (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch*. (S. 467-483). Göttingen: Hogrefe.

Kendig, S. M. & Bianchi, S. M. (2008). Single, cohabitating, and married mothers' time with children. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1228-1240.

Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L. & Glaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of general psychiatry*, 62(12), 1377.

Kim, D. S., Jeon, G. S. & Jang, S. N. (2010). Socioeconomic status, social support and self-rated health among lone mothers in South Korea. *International journal of public health*, 55(6), 551-559.

Klemperer, D. (2010). *Sozialmedizin–Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber.

Kubzansky, L. D. & Adler, G. K. (2010). Aldosterone: A forgotten mediator of the relationship between psychological stress and heart disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(1), 80-86.

Kudielka, B. M. & Wüst, S. (2009). Grundlagen und Modelle der psychobiologischen Stressforschung. In P.M. Wippert & J. Beckmann (Hrsg.), *Stress-und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und-soziologie in Prävention und Rehabilitation* (S.105-112), Stuttgart: Thieme Verlag.

Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K. & Berkman, L. F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social science & medicine*, 74(5), 696-706.

Kury, P. (2012). *Der überforderte Mensch: eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*, Frankfurt am Main: Campus.

Lahelma, E., Arber, S., Kivelä, K. & Roos, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social science & medicine*, 54(5), 727-740.

Lang, F. (2010). Hormone. In R. Schmidt, F. Lang & M. Heckmann (Hrsg.), *Physiologie des Menschen: mit Pathophysiologie*. 31. Auflage. (S. 435-461) Heidelberg: Springer-Verlag.

Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In J., Nitsch (Hrsg.), *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber 213 – 260.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. (2005). Stress. Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In V.H., Rice (Hrsg.), *Stress und Coping*. (S.231-308) Bern: Huber.

Lemos, J. C., Wanat, M. J., Smith, J. S., Reyes, B. A., Hollon, N. G., Van Bockstaele, E. J. & Phillips, P. E. (2012). Severe stress switches CRF action in the nucleus accumbens from appetitive to aversive. *Nature*, 490(7420), 402-406.

Litzcke, S., & Schuh, H. (2010). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*. Berlin: Springer.

Lovell, B., Moss, M. & Wetherell, M. (2012). The psychosocial, endocrine and immune consequences of caring for a child with autism or ADHD. *Psychoneuroendocrinology*, 37(4), 534-542.

Low, C. A., Thurston, R. C. & Matthews, K. A. (2010). Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Psychosomatic medicine*, 72(9), 842-854.

Lucini, D. & Pagani, M. (2012). From stress to functional syndromes: An internist's point of view. *European journal of internal medicine*, 23(4), 295-301.

Lyon, B.L. (2005). Stress, Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick, In V.H. Rice (Hrsg.), *Stress und Coping*. (S.25-47). Bern: Huber.

Maclean, H., Glynn, K. & Ansara, D. (2004). Multiple roles and women's mental health in Canada. *BMC women's health*, 25, 4 (Suppl 1), S3.

Macnee, C.L. & McCabe, S. (2005). Mikrostressoren und Gesundheit. In V.H. Rice (Hrsg.), *Stress und Coping*. (S.156-175). Bern: Huber.

Maurer, M. & Jandura, O. (2009). Masse statt Klasse? Einige kritische Anmerkungen zu Repräsentativität und Validität von Online-Befragungen. In N. Jakob, H. Schoen & T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet: Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 61-73). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

McEwen, B. S. & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, 153(18), 2093-2101.

McEwen, B. S. (1998). Stress, adaption, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad. Sci*, 840, 33-44.

McEwen, B. S. (1999). Stress and hippocampal plasticity. *Annual review of neuroscience*, 22(1), 105-122.

McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain research*, 886(1), 172-189.

McEwen, B. S. (2003). Interacting mediators of allostasis and allostatic load: towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism*, 52, 10-16.

McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 367-381.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904.

McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European journal of pharmacology*, 583(2), 174-185.

McEwen, B. S. & Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 190-222.

McFarlane, A. C. (2007). Stress-related musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(3), 549-565.

Meier-Gräwe, U. & Kahle, I. (2009). Balance zwischen Beruf und Familie: die Zeitsituation von Alleinerziehenden. In M. Heitkötter, K. Jurczyk, A. Lange & U. Meier-Gräwe. (Hrsg.), *Zeit für Beziehungen? Zeit und Zeitpolitik für Familien*. (S. 14-17) Opladen: Budrich 11(2).

Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.

Mielck, A. & Helmert, U. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 5. Vollständig überarbeitete Auflage (S. 493-515). Weinheim: Beltz-Juventa.

Milkie, M. A., Mattingly, M. J., Nomaguchi, K. M., Bianchi, S. M. & Robinson, J. P. (2004). The time squeeze: Parental statuses and feelings about time with children. *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 739-761.

Minnotte, K. L. (2012). Family structure, gender, and the work–family interface: Work-to-family conflict among single and partnered parents. *Journal of family and economic issues*, 33(1), 95-107.

Moen, B. E., Wieslander, G., Bakke, J. V. & Norbäck, D. (2013). Subjective health complaints and psychosocial work environment among university personnel. *Occupational medicine*, 63(1), 38-44.

Morschitzky, H. (2007). *Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. 2. Auflage, Wien: Springer-Verlag.

Muhammad, A. & Gagnon, A. (2010). Why should men and women marry and have children? Parenthood, marital status and self-perceived stress among Canadians. *Journal of health psychology*, 15(3), 315-325.

Mutschler, E., Schaible, H.G., Vaupel, P. & Schaible, H. G. (2007). *Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen*. 6. Auflage. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Nadolnik, L. I. (2011). Stress and the thyroid gland. *Biochemistry (Moscow) Supplement Series B: Biomedical Chemistry*, 5(2), 103-112.

Nater, U. M., Ditzen, B. & Ehlert, U. (2011). Stressabhängige körperliche Beschwerden. In H-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 1039-1052). Berlin: Springer Verlag.

Niemeier, V., Kupfer, J. & Gieler, U. (2006). Acne vulgaris–psychosomatic aspects. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 4(12), 1027-1036.

Niepel, G. (1994). *Alleinerziehende: Abschied von einem Klischee*. Opladen: Leske und Budrich.

Nolting, H. D., Niemann, D. & Schiffhorst, G. (2001). BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 DAK-Gesundheitsreport. Doppelbelastung ein Mythos? Frauen-Beruf-Familie. *Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement*.

Nomaguchi, K. M. (2012). Marital status, gender, and home-to-job conflict among employed parents. *Journal of family issues*, 33(3), 271-294.

Ochsmann, E., Rüger, H., Kraus, T., Drexler, H., Letzel, S. & Münster, E. (2009). Geschlechtsspezifische Risikofaktoren akuter Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 23(4), 377-384.

Ott, V., Machleidt, F. & Born, J. (2012). Neuroendokrinologie. In G. Gründer & O. Benkert. *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (2. Aufl.) (S. 425-433). Berlin: Springer-Verlag.

Pérez, C. & Beaudet, M. P. (1999). The health of lone mothers. *Health Reports Statistics Canada*, 11, 21-32.

Reblin, M. & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201.

- Rensing, L., Koch, M., Rippe, B. & Rippe, V. (2006). *Mensch im Stress: Psyche, Körper, Moleküle*. München: Elsevier Spektrum Akademischer Verlag.
- Rod, N. H., Kristensen, T. S., Lange, P., Prescott, E. & Diderichsen, F. (2012). Perceived stress and risk of adult-onset asthma and other atopic disorders: a longitudinal cohort study. *Allergy*, 67(11), 1408-1414.
- Sachsse, U. & Roth, G. (2008). Die Integration neurobiologischer und psychologischer Ergebnisse in der Behandlung Traumatisierter. In M. Leuzinger-Bohleber (Hrsg.), *Psychoanalyse-Neurobiologie-Trauma*. (S. 69-86) Stuttgart: Schattauer.
- Sandberg, J. F. & Hofferth, S. L. (2001). Changes in children's time with parents: United States, 1981–1997. *Demography*, 38(3), 423-436.
- Sayer, L. C., Gauthier, A. H. & Furstenberg, F. F. (2004). Educational differences in parents' time with children: Cross-national variations. *Journal of Marriage and Family*, 66(5), 1152-1169.
- Schär, M., Hilpert, P. & Bodenmann, G. (2013). Soziale Unterstützung in Partnerschaft und Familie im Kulturvergleich. In T. Ringeisen, P. Genkova & F. Leong (Hrsg.). *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven*. (S. 279-291). Heidelberg: Springer.
- Schnürks, M. & Diener, H. C. (2008). Pathophysiologie der Migräne im klinischen Kontext. *Der Schmerz*, 22(5), 523-530.
- Schneider, N. F., Krüger, D., Lasch, V., Limmer, R. & Matthias-Bleck, H. (2001). *Alleinerziehen. Vielfalt und Dynamik einer Lebensform*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress: TICS; Manual*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Schulz, R. & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44, 105-113.

Schwarz, F. (2003). Sozio-ökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten in Österreich/Working Paper 32. *ÖIF-Österreichisches Institut für Familienforschung*.

Seeman, T. E., Singer, B. H., Ryff, C. D., Love, G. D. & Levy-Storms, L. (2002). Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 395-406.

Seegerstrom, S. C. & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*; 138, 32.

Selye, H. (1957). *Stress beherrscht unser Leben*. Düsseldorf: Econ Verlag, 351.

Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J., Nitsch (Hrsg.), *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. (S. 163-187). Bern: Huber.

Shechner, T., Slone, M., Meir, Y. & Kalish, Y. (2010). Relations Between Social Support and Psychological and Parental Distress for Lesbian, Single Heterosexual by Choice, and Two-Parent Heterosexual Mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(3), 283-292.

Siahpush, M. (2004). Why is lone-motherhood so strongly associated with smoking? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(1), 37-42.

Siegrist, J. & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Social science & medicine*, 58(8), 1463-1473.

Sieverding, M. (1995). Die Gesundheit von Müttern—Ein Forschungsüberblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4(1), 6-16.

Sinha, R. & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological psychiatry*. 73 (9), 827–835.

- Sperlich, S. & Collatz, J. (2006). Ein-Elternschaft–eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 19, 127-37.
- Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S. & Geyer, S. (2011a). Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 54(6), 735-744.
- Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S., Siegrist, J. & Geyer, S. (2012). The mismatch between high effort and low reward in household and family work predicts impaired health among mothers. *The European Journal of Public Health*.
- Stengel, A. & Taché, Y. (2010). Corticotropin-releasing factor signaling and visceral response to stress. *Experimental Biology and Medicine*, 235(10), 1168-1178.
- Stephoe, A., Wardle, J., Pollard, T. M., Canaan, L. & Davies, G. J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of psychosomatic research*, 41(2), 171-180.
- Strine, T. W. (2008). Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 151-159.
- Taylor, S. E., Karlamangla, A. S., Friedman, E. M. & Seeman, T. E. (2011). Early environment affects neuroendocrine regulation in adulthood. *Social cognitive and affective neuroscience*, 6(2), 244-251.
- Ulrich-Lai, Y. M. & Herman, J. P. (2009). Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 397-409.
- Von dem Knesebeck, O. & Geyer, S. (2007). Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health*, 7(1), 272.
- Von Wachter, M. (2012). *Chronische Schmerzen: Selbsthilfe und Therapiebegleitung. Orientierung für Angehörige. Konkrete Tipps und Fallbeispiele*. Berlin: Springer-Verlag.

Wagner, M. & Wolf, C. (2001). Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(4), 529-554.

Walburn, J., Vedhara, K., Hankins, M., Rixon, L. & Weinman, J. (2009). Psychological stress and wound healing in humans: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 67(3), 253-271.

Weber, S. & Brake, A. (2005). Internetbasierte Befragung. In S. Kühl, P. Strodtz, A. Taffertshofer (Hrsg.), *Quantitative Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch*. (S. 59-84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weitoft, G. R., Haglund, B., Hjern, A. & Rosén, M. (2002). Mortality, severe morbidity and injury among long-term lone mothers in Sweden. *International journal of epidemiology*, 31(3), 573-580.

Werner, J.S. & Frost, M. H. (2005). Einschneidende Lebensereignisse und Gesundheit. In V.H., Rice (Hrsg.) *Stress und Coping*. (S.125-155). Bern: Huber.

Wernhart, G. & Neuwirth, N. (2007). Eine Analyse zum subjektiven Wohlbefinden in Österreich: wie glücklich machen Partnerschaft, Kinder und Einkommen wirklich? *Working Paper nr. 57. Wien: ÖIF*.

Westin, M. & Westerling, R. (2007). Social capital and inequality in health between single and couple parents in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 35(6), 609-617.

Whitehead, M., Burström, B., & Diderichsen, F. (2000). Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Social science & medicine*, 50(2), 255-270.

Wippert, P.M. (2009). Grundlagen und Modelle der sozialwissenschaftlichen Stressforschung. In P. M. Wippert & J. Beckmann. (Hrsg.), *Stress-und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und-soziologie in Prävention und Rehabilitation*. (S. 93-103). Stuttgart: Thieme.

Wirtz, P. H. & von Känel, R. (2009). Bedeutung sozialer Stressoren in der Hämostase und koronaren Herzerkrankungen. In P. M. Wippert & J. Beckmann. (Hrsg.), *Stress- und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und-soziologie in Prävention und Rehabilitation* (S. 127-145). Stuttgart: Thieme.

Wydler, H. & Zellweger, U. (2005). Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen mit Kindern. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. (S. 31 -38) Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich.

Yuen, E. Y., Wei, J., Liu, W., Zhong, P., Li, X. & Yan, Z. (2012). Repeated stress causes cognitive impairment by suppressing glutamate receptor expression and function in prefrontal cortex. *Neuron*, 73(5), 962-977.

Zhou, M., Wege, N., Gu, H., Shang, L., Li, J. & Siegrist, J. (2010). Work and family stress is associated with menstrual disorders but not with fibrocystic changes: cross-sectional findings in Chinese working women. *Journal of occupational health*, 52(6), 361–366.

Zillien, Nicole. (2009): *Digitale Ungleichheit. Neue Technologien und alte Ungleichheiten in der Informations- und Wissensgesellschaft*. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

7.2 Internetquellen

Baierl, A. & Neuwirth, R. (2011). Zur Entwicklung der Familienstrukturen in österreichischen Privathaushalten. In R. Neuwirth (Hrsg.), *Familienformen in Österreich –Stand und Entwicklung von Patchwork- und Ein-Eltern-Familien in der Struktur der Familienformen in Österreich*. (S. 13-35) ÖIF, *Forschungsbericht 7*. Verfügbar unter <http://www.univie.ac.at/oif/typo3/fileadmin/OEIF/Forschungsbericht/FB7-familienformen.pdf> [6.8.2013]

Beham, M. & Zartler, M. (2010). Eltern und Kinder: Ansprüche, Anforderungen und Ambivalenzen in betreuungsintensiven Lebensphasen. In Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), *Fünfter Österreichischer Familienbericht 1999-2009. Die*

Familie an der Wende zum 21. Jahrhundert. Band I, 363-402. Verfügbar unter <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/BeratungUndInformation/Familienberatung/Documents/Band%20I%20-%20Familienbeziehungen%20und%20Sozialisationsfaktoren.pdf> [6.8.2013]

Biffel, G. (2010). Teil, I. I. Frauenbericht 2010 Teil II: *Berichte zu ausgewählten Themen zur Entwicklung der Situation von Frauen in Österreich.* Verfügbar unter http://www.bka.gv.at/studien/frauenbericht2010/Frauenbericht_Teil2_3Biffel.pdf [6.8.2013]

BM für Gesundheit (2011). *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011.* Verfasst vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA, Linz: BMG. Verfügbar unter <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> [6.8.2013]

BMFSFJ (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland.* Verfügbar unter : <http://www.frauengesundheitsportal.de/themen/angebote/bericht-zur-gesundheitlichen-situation-von-frauen-in-deutschland/> [6.8.2013]

BMFSFJ (2008). *Alleinerziehende: Lebens- und Arbeitssituation sowie Lebenspläne. Information Ergebnisse einer Repräsentativumfrage im Herbst 2008.* Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/alleinerziehende-umfrage-2008,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [6.8.2013]

BMFSFJ (2009). *Familien Report 2009. Leistungen Wirkungen Trends.* Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/familienreport,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf> [6.8.2013]

Buber, I. (2012). Kinderbetreuungsaufgaben innerhalb der Familie. In: Buber, I. und N. Neuwirth (Hrsg.), *Familienentwicklung in Österreich. Erste Ergebnisse des "Generations and Gender Survey (GGG)" 2008/09:* 18-19. Verfügbar unter <http://www.ggp-austria.at/fileadmin/ggp-austria/familienentwicklung.pdf> [6.8.2013]

DKFZ (2008). *Frauen und Rauchen in Deutschland*. Deutsches Krebsforschungszentrum. Verfügbar unter https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Frauen_und_Rauchen_Band_9.pdf. [6.8.2013]

Fegert J.M.(2001). Entwicklungschancen und Entwicklungsrisiken in Einelternfamilien. In BMFSFJ (Hrsg.), *Dokumentation der Fachtagung Alleinerziehen in Deutschland: Ressourcen und Risiken einer Lebensform*. Berlin, 8-24. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-6719-Broschue-Alleinerziehen-in-De.property=pdf.pdf> [6.8.2013]

Forsa (2008). *Lebensgefühl von Eltern*. Verfügbar unter http://www.eltern.de/pdf/Tab-Lebensgefuehl-von-Eltern_P8490_v2.pdf. [6.8.2013]

Franz, M. (2010). *Wenn der Vater fehlt. Die Folgen kriegsbedingter und heutiger Vaterlosigkeit für Kinder und Familien*. Verfügbar unter http://www.vaeteraktuell.papaserver.de/gesellschaft/vaterlos/Wenn_der_Vater_fehlt_2010.pdf [6.8.2013]

Gumprecht, D. (2010). Einkommenssituation von Paaren mit Kindern. In Teil, I. *Frauenbericht 2010 Teil I: Statistische Analysen zur Entwicklung der Situation von Frauen in Österreich. Erwerbstätigkeit*. Verfügbar unter http://www.bka.gv.at/studien/frauenbericht2010/Frauenbericht_Teil1_3Erwerbstaetigkeit.pdf [6.8.2013]

Klepp, D. (2008). *Einfach – Schwierig. Allgemeine und spezifische Situation von Müttern in unserer Gesellschaft*. Verfügbar unter [http://www.avsozial.at/images/Vortrag_Einfach%20Schwierig_Doris%20Klepp%20\(2\).pdf](http://www.avsozial.at/images/Vortrag_Einfach%20Schwierig_Doris%20Klepp%20(2).pdf) [6.8.2013]

Kränzl-Nagl, R. & Lange, A. (2010). Familie unter veränderten temporalen Bedingungen: Herausforderungen und Chancen. In Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), *Die Familie an der Wende*. (S.167-224), 5. Familienbericht, Band 1. Verfügbar unter

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/III/III_00157/imfname_190010.pdf

[6.8.2013]

Krewer, A. M., Taube, A., Unger, H. (2012). *Fragebogen zur Lebenssituation von Alleinerziehenden mit ALG-II-Bezug in Mönchengladbach*. Verfügbar unter <http://www.vhs-mg.de/wiedereinstieg/downloads/AbschlussberichtAlleinerziehendeMG.pdf> [30.8.2013]

Landesfamilienrat BW (2012). *Alleinerziehende: Familie in konzentrierter Form. Positionen und Forderungen des Landesfamilienrates zur Situation von Ein-Elternfamilien*. Verfügbar unter: <http://www.hs-pforzheim.de/De-de/Hochschule/FamiliengerechteHochschule/Infoboerse/Documents/Positionspapier%20Alleinerziehende%20Juli%202012.pdf> [6.8.2013]

Ott, N. (2001). Die sozialpolitische Situation von Alleinerziehenden und spezifische Belastungen. In BMFSFJ (Hrsg.), *Dokumentation der Fachtagung Alleinerziehen in Deutschland: Ressourcen und Risiken einer Lebensform*. Berlin, 25-38. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-6719-Broschure-Alleinerziehen-in-De.property=pdf.pdf> [6.8.2013]

Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/SubjGesh.pdf?__blob=publicationFile [6.8.2013]

Robert Koch-Institut (2012). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/subjektive_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile [6.8.2013]

Sander (2011). *Kinder in Einelternfamilie Alleinerziehend im Lebensverlauf*. BZgA. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, 15 -19. Verfügbar unter <http://forum.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=906> [6.8.2013]

Schiltenswolf, M., Schneider, S., Rau, C. (2005). Rauchen und orthopädische Beschwerden. In Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.), *Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit*, 22-24. Heidelberg und Berlin. Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Einhalt.pdf> [31.8.2013]

Schmidt-Nieraese, H. (2001). Alleinerziehende aus Sicht der Jugend- und Familienhilfe In *Dokumentation der Fachtagung. Alleinerziehen in Deutschland: Ressourcen und Risiken*, 67-75. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-6719-Broschure-Alleinerziehen-in-De.property=pdf.pdf> [6.8.2013]

Schmidt, A. & Lüttich, A. (2008). *Befragung Salzburger Alleinerziehender 2008. Ergebnisse und Berichte*. Verfügbar unter http://isadoraduncan.es/files/File/bericht_befragung_alleinerziehender_2008.pdf [6.8.2013]

Schutter, S. (2011). Arme Alleinerziehende: Strukturen, Ursachen, Folgen und Mythen. In *BZgA. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*. (S. 24-27). Verfügbar unter http://www.veronika-hammer.de/contao/tl_files/hammer/pdfs/2011_Alleinerziehend_im_Lebensverlauf_BZgA_1_2011.pdf#page=24 [30.8.2013]

Simon, A., Zajontz, Y. & Reit, V. (2013). Lehrevaluation online oder papierbasiert? Ein empirischer Vergleich zwischen traditionellem Fragebogen und inhaltsgleicher Online-Erhebung. *Beiträge zur Hochschulforschung*, 35. Jahrgang, 3/2013. Verfügbar unter <http://www.bzh.bayern.de/uploads/media/3-2013-Simon-Zajontz-Reit.pdf> [6.8.2013]

Sperlich, S., Illiger, K. & Geyer, S. (2011b). Warum rauchen Mütter? Analyse des Einflusses der Lebenslage und psychischer Faktoren auf den Tabakkonsum von Frauen minderjähriger Kinder. *Bundesgesundheitsblatt*. Verfügbar unter <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00103-011-1358-2.pdf> [6.8.2013]

Statistik Austria (2007). *Frauen und Männer in Österreich. Statistische Analysen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden*. Verfügbar unter

Verfügbar unter <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=26402> [6.8.2013]

Statistik Austria (2009). *Zeitverwendung 2008/09. Ein Überblick über geschlechtsspezifische Unterschiede*. Wien. Verfügbar unter

<http://www.frauen.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=40387> [6.8.2013]

Statistik Austria (2010). *Bericht an das Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. Projekt „Wohlbefinden“, Zl. BMLFUWLE. 1.4.4/0025-II/3/2008*. Verfügbar unter

http://www.statistik.at/web_de/static/bericht_wohlbefinden_054907.pdf [6.8.2013]

Statistik Austria (2011). *VEREINBARKEIT VON BERUF UND FAMILIE: Modul der Arbeitskräfteerhebung* 2010. Verfügbar unter

http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/3/index.html?id=3&listid=3&detail=631 [6.8.2013]

Statistik Austria (2013a). *Pressemitteilung*. Verfügbar unter

http://www.statistik.at/web_de/presse/070420 [6.8.2013]

Statistik Austria (2013b). *Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung und die drei Zielgruppen der Europa 2020-Strategie nach Alter, Geschlecht und Haushaltstyp*.

Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/armutsgefaehrdung/043950.html [6.8.2013]

Statistik Austria (2013c). *Bildung in Zahlen 2011/12 - Schlüsselindikatoren und Analysen*.

Verfügbar unter

http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/5/index.html?id=5&listid=5&detail=560 [6.8.2013]

Statistik Austria (2013d). *Ergebnisse im Überblick: Haushaltseinkommen und Äquivalenzeinkommen*. Verfügbar unter

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/haushalts-einkommen/022294.html

[6.8.2013]

Statistik Schweiz (2013). *Ergänzungen des BIP – Indikatoren. Gesundheit - Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand: Der Indikator*. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420017.420005.html> [6.8.2013]

Statistisches Bundesamt (2003): *Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02*. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/wo-bleibt-zeit.property=pdf.pdf> [6.8.2013]

Till, M. & Till-Tentschert, U. (2006). *Armutslagen in Wien*. Wien: *Schriftenreihe des Instituts für Soziologie*, Band 40. Verfügbar unter http://homepage.univie.ac.at/matthias.till/armutslagen_in_wien_web.pdf [6.8.2013]

Survey Monkey (o. J.). *Startseite*. Verfügbar unter <http://de.surveymonkey.com/> [30.8.2013]

Timm, A. (2008). Die gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern. In J., Böcken, B., Braun & R., Amhof. *Gesundheitsmonitor 2008 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. 48 – 66 Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-775ACBEA-9447A3BF/bst/xcms_bst_dms_33759_33760_2.pdf [6.8.2013]

Zartler, U., Beham, M., Kromer, I., Leitgöb, H., Weber, C. & Friedl, P. (2011). Alleinerziehende in Österreich. Lebensbedingungen und Armutsrisiken. *BMASK (Hrsg.). Sozialpolitische Studienreihe, 7*. Verfügbar unter http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/8/4/CH2170/CMS1218527491861/band7_-_alleinerziehende.pdf [6.8.2013]

8 ANHANG

8.1. Der Fragebogen

VIELEN DANK, DASS SIE AN DIESER UMFRAGE TEILNEHMEN.

Die Umfrage erfolgt absolut ANONYM.

*** Im Folgenden ist immer nur von EINEM KIND die Rede. Wenn Sie MEHRERE KINDER haben, sind ALLE bis einschließlich zum vollendeten 14. Lebensjahr gemeint.**

Geben Sie Bitte an, wie HÄUFIG Sie diese SITUATION ERLEBT oder diese ERFAHRUNG GEMACHT haben.

Bsp: "Ich treffe mich mit meinen Freundinnen"

Ich treffe mich "sehr häufig" mit meinen Freundinnen.

Ich treffe mich "häufig" mit meinen Freundinnen.

Ich treffe mich "manchmal" mit meinen Freundinnen.

Ich treffe mich "selten" mit meinen Freundinnen.

Ich treffe mich "nie" mit meinen Freundinnen.

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Meine Interessen und Bedürfnisse sind mir wichtiger als ein perfekter Haushalt.	<input type="radio"/>				
Wenn sich mein Kind schlecht benimmt, gibt man mir die Schuld dafür.	<input type="radio"/>				
Ich hätte gerne mehr Zeit nur für mich alleine.	<input type="radio"/>				
Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes überfordert.	<input type="radio"/>				
Ich habe Angst, keine „gute Mutter“ zu sein.	<input type="radio"/>				
Mein Kind lässt mich nie zur Ruhe kommen.	<input type="radio"/>				
Ich versuche anstrengende Situationen mit meinem Kind als Herausforderung und nicht als Belastung zu sehen.	<input type="radio"/>				
Ich kann mit anderen über meine Sorgen als Mutter sprechen.	<input type="radio"/>				
Ich habe genug Zeit für mich (zum Bsp. Freunde treffen, Hobbies, Ausbildung, Entspannung...).	<input type="radio"/>				
Andere kritisieren meinen Erziehungsstil.	<input type="radio"/>				
Ich habe das Gefühl beobachtet zu werden, ob ich als Mutter alles richtig mache.	<input type="radio"/>				
Ich muss meinem Kind helfen.	<input type="radio"/>				

***Geben Sie Bitte an, wie HÄUFIG Sie diese SITUATION ERLEBT oder diese ERFahrung GEMACHT haben.**

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Ich würde gerne mehr Zeit mit meinem Kind verbringen.	<input type="radio"/>				
Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes nervt.	<input type="radio"/>				
Ich glaube, dass mein Kind gerne mit mir mehr Zeit verbringen würde.	<input type="radio"/>				
Mutter sein ist schwieriger als ich dachte.	<input type="radio"/>				
Es nervt mich, wenn andere Mütter meinen, dass ihre Kinder immer alles „besser“ können.	<input type="radio"/>				
Seitdem ich Mutter geworden bin, fühle ich mich einsam.	<input type="radio"/>				
Der Terminkalender meines Kindes macht mir zu schaffen.	<input type="radio"/>				
Ich erhalte ausreichend Hilfe bei der Betreuung meines Kindes.	<input type="radio"/>				

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Ihr Kind/eines ihrer Kinder bereits die SCHULE besucht.

Wenn NICHT, klicken Sie bitte unten auf "WEITER".

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Ich befürchte, dass ich meinem Kind beim Lernen und bei den Hausaufgaben nicht genügend helfen kann/geholfen habe.	<input type="radio"/>				
Bei den Hausaufgaben oder beim Lernen benötigt mein Kind meine Hilfe.	<input type="radio"/>				
Es strengt mich an, meinem Kind bei den Hausaufgaben oder beim Lernen zu helfen.	<input type="radio"/>				

***Wie viele Personen haben Sie, die im Notfall die Betreuung ihres Kindes sofort und zuverlässig übernehmen können.**

- Keine
- Eine Person
- Zwei Personen
- Drei Personen
- Mehr als drei Personen

***Welche Betreuungsmöglichkeiten für ihr Kind/ ihre Kinder nutzen Sie?**

(Mehrere Antworten sind möglich)

- keine, ich betreue mein Kind weitgehend selbst
- Vater des Kindes/Partner
- Großeltern/andere Verwandte
- Hort, Krippe, Kindergarten, Tagesschule, ...
- Freunde/Bekannte/Nachbarn
- Tagesmutter, Babysitter, Au-pair

Wie sehr sind Sie mit den oben genannten Betreuungsmöglichkeiten (Entfernung, Betreuungszeiten) zufrieden?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- weder noch
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden
- keine Angabe

Sind Sie mit dem Angebot an Schulen und öffentlichen Kinderbetreuungseinrichtungen (Kindergarten, Schule, Hort, Krabbelstube usw.) in ihrer Nähe zufrieden?

- Ja
- teilweise
- Nein
- keine Angabe

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Sie "alleinerziehend" sind.

Wenn NICHT, klicken Sie bitte auf "WEITER".

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Ich erhalte ausreichend Unterstützung vom Vater des Kindes.	<input type="radio"/>				
Ich habe das Gefühl, dass man mir gegenüber Vorurteile hat, weil ich AlleinerzieherIn bin.	<input type="radio"/>				

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Sie sich zurzeit in einer "Partnerschaft" bzw. "Ehe" befinden.

Wenn NICHT, klicken Sie bitte auf "WEITER".

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Bei der Erziehung des Kindes sind mein Partner und ich einer Meinung.	<input type="radio"/>				
Mein Partner beteiligt sich an der Erziehung und Versorgung des Kindes.	<input type="radio"/>				

**Bitte geben Sie wieder an, wie häufig die folgenden Aussagen für Sie zutreffen.
Hier ist mit BERUF und ARBEIT auch die ARBEIT im EIGENEN BETRIEB gemeint.**

Bitte beantworten Sie die Fragen nur, wenn Sie "arbeiten" oder sich in Ausbildung befinden.

Wenn NICHT, klicken Sie bitte auf "WEITER".

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Es ist für mich schwierig, arbeiten zu gehen/ mich auszubilden und genügend Zeit für Hausarbeit und Familie zu finden.	<input type="radio"/>				
Die Probleme, die ich zuhause habe beschäftigen mich auch in der Arbeit/ Ausbildung und umgekehrt.	<input type="radio"/>				
Ich erhalte Anerkennung dafür, dass ich als berufstätige/studierende Mutter mehr leiste als eine Mutter, die nur zuhause ist.	<input type="radio"/>				
Ich befürchte zu viel zu arbeiten und zu wenig Zeit für mein Kind zu haben.	<input type="radio"/>				
Die Arbeit zuhause stresst mich mehr als meine berufliche Tätigkeit/ meine Ausbildung.	<input type="radio"/>				
In der Arbeit /in der Ausbildung erhalte ich mehr Anerkennung für meine Leistungen als zuhause.	<input type="radio"/>				
Es ist für mich als Mutter schwierig auch im Beruf oder im Studium voranzukommen. (Beförderung, Weiterbildung, ...)	<input type="radio"/>				

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie /verbringen Sie mit ihrer Aus-/Fortbildung?

- Bis zu 10 Stunden pro Woche
- Bis zu 20 Stunden pro Woche
- Bis zu 30 Stunden pro Woche
- Bis zu 40 Stunden pro Woche
- Über 40 Stunden pro Woche

Wie lässt sich ihr derzeitiger Beruf/ ihre Ausbildung mit der Betreuung ihres Kindes vereinbaren.

- sehr gut
- eher gut
- eher schlecht
- sehr schlecht

Bitte beantworten folgende Fragen nur, wenn Sie NICHT BERUFSTÄTIG sind/ NICHT IM EIGENEN BETRIEB arbeiten/ sich NICHT IN AUSBILDUNG befinden sind.

Ansonsten klicken Sie unten bitte auf "WEITER".

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Ich würde zurzeit lieber arbeiten gehen.	<input type="radio"/>				
Ich wünsche mir mehr Anerkennung für meine Arbeit als Hausfrau und Mutter.	<input type="radio"/>				

***Wie häufig haben Sie in den letzten 3 Monaten diese Erfahrung gemacht oder diese Situation erlebt?**

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Ich habe die Befürchtung, dass Irgendetwas Unangenehmes passiert.	<input type="radio"/>				
Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten.	<input type="radio"/>				
Es gibt Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe.	<input type="radio"/>				
Es gibt Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann.	<input type="radio"/>				
Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt.	<input type="radio"/>				
Ich mache die Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe.	<input type="radio"/>				
Es gibt Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann.	<input type="radio"/>				
Es gibt Zeiten, in denen ich nicht die Leistung erbringe, die von mir erwartet wird.	<input type="radio"/>				
Es gibt Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird.	<input type="radio"/>				
Es gibt Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst.	<input type="radio"/>				
Ich habe Befürchtungen, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können.	<input type="radio"/>				
Es gibt Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen.	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich gereizt .	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich niedergeschlagen.	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich ausgeglichen.	<input type="radio"/>				

***Bitte geben Sie an, wie sehr Sie an folgenden Beschwerden leiden oder von jenen belästigt werden.**

	stark	erheblich	einigermaßen	kaum	nicht
Schwächegefühl	<input type="radio"/>				
Herzklopfen, Herzjagen und Herzstolpern	<input type="radio"/>				
Druck- und Völlegefühl im Bauchraum	<input type="radio"/>				
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="radio"/>				
Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="radio"/>				
Schwindelgefühl	<input type="radio"/>				
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>				
Nacken- und Schulterschmerzen	<input type="radio"/>				
Erbrechen	<input type="radio"/>				
Übelkeit	<input type="radio"/>				
Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="radio"/>				
Aufstoßen	<input type="radio"/>				
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="radio"/>				
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>				
Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="radio"/>				
Müdigkeit	<input type="radio"/>				
Gefühl der Benommenheit	<input type="radio"/>				
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	<input type="radio"/>				
Mattigkeit	<input type="radio"/>				
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="radio"/>				
Magenschmerzen	<input type="radio"/>				
Anfallsweise Atemnot	<input type="radio"/>				
Druckgefühl im Kopf	<input type="radio"/>				
Anfallsweise Herzbeschwerden	<input type="radio"/>				

***Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?**

- als sehr gut
 als gut
 als befriedigend
 als schlecht
 als sehr schlecht

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

- Ich rauche nicht!
 Ich rauche bis zu 5 Zigaretten am Tag.
 Ich rauche bis zu 20 Zigaretten am Tag.
 Ich rauche über 20 Zigaretten am Tag.

***Wie alt sind Sie?**

***ALTER der KINDER, die mit ihnen im gemeinsamen Haushalt leben? (leibliche Kinder, Adoptivkinder, "Stiefkinder" und Pflegekinder)**

Bitte geben Sie das Alter durch Beistriche getrennt an.

Zum Bsp: 2, 5, 12, 14 (Kinder unter einem Jahr bitte mit 0 angeben)

Ihr höchster Bildungs-/Schulabschluss?

- Kein Schulabschluss
- Pflichtschule
- Lehre
- Fachschule (BMS)
- Meister- bzw. Werkmeisterschule
- Höhere Schule (AHS; BHS; Kolleg)
- Berufsmatura- oder Studienberechtigungsprüfung
- (Fach-)Hochschule und Hochschul-verwandte Lehranstalt

Ihre derzeitige "ARBEIT" bzw. "AUSBILDUNG"?*Mehrere Antworten sind möglich.**

- Keine, zurzeit nicht berufstätig / nicht in Ausbildung/ arbeite nicht im eigenen Betrieb
- Im eigenen Betrieb
- Arbeiterin
- Angestellte
- Beamtin
- Leitende Angestellte
- Leitende Beamtin
- Selbstständig/freiberuflich
- In Ausbildung/Studium

Gesamtes verfügbares monatliches Netto-"Einkommen" (zum Bsp. Ihr Gehalt, das Gehalt Ihres Partners, Familienbeihilfe, Karenz-, Kinderbetreuungsgeld, Sozialleistungen, Alimente, Stipendium usw.)

- Bis 600 Euro
- Über 600 bis 1200 Euro
- Über 1200 bis 1800 Euro
- Über 1800 bis 2400 Euro
- Über 2400 bis 3000 Euro
- Über 3000 bis 3600 Euro
- Über 3600 Euro

***Sind Sie mit ihrem "Einkommen" zufrieden?**

- Ja
- Teils - teils
- Nein

***Wo leben Sie?**

- Stadt: über 100 000 Einwohner
- Stadt: über 20 000 bis 100 000 Einwohner
- Stadt: über 5000 bis 20 000 Einwohner
- Stadt: bis 5000 Einwohner
- Land

***Familienstand**

- verheiratet
- feste Partnerschaft
- ledig
- geschieden
- getrennt
- verwitwet

8. 2 Die Fragenbatterie der Screening Skala zum chronischen Stress (SSCS) des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS)

(Schulz u.a., 2004)

1. Ich habe die Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert.
2. Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten.
3. Es gibt Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe.
4. Es gibt Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann.
5. Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt.
6. Ich mache die Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe.
7. Es gibt Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann.
8. Es gibt Zeiten, in denen ich nicht die Leistung erbringe, die von mir erwartet wird.
9. Es gibt Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird.
10. Es gibt Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst.
11. Ich habe Befürchtungen, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können.
12. Es gibt Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen.

(Schulz u.a., 2004, S.35)

8.3 Fragenbatterie des Gießener Beschwerdeboogens (GBB-24)

(Brähler u. a., 2006)

1. Schwächegefühl
2. Herzklopfen, Herzjagen, Herzs stolpern
3. Druck- und Völlegefühl im Leibe
4. Übermäßiges Schlafbedürfnis
5. Gelenk- oder Gliederschmerzen
6. Schwindelgefühl
7. Kreuz- oder Rückenschmerzen
8. Nacken- und Schulterschmerzen
9. Erbrechen
10. Übelkeit
11. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals
12. Aufstoßen
13. Sodbrennen oder saures Aufstoßen
14. Kopfschmerzen
15. Rasche Erschöpfbarkeit
16. Müdigkeit
17. Gefühl der Benommenheit
18. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen
19. Mattigkeit
20. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust
21. Magenschmerzen
22. Anfallsweise Atemnot
23. Druckgefühl im Kopf
24. Anfallsweise Herzbeschwerden

(Brähler u.a., 2006)

8.4 Brief an die Direktion

Sehr geehrte Frau Dir. Vorname Nachname!

Sehr geehrter Herr Dir. Vornahme Nachname!

Ich bin Diplom-Studentin der Biologie und schreibe zurzeit am Institut für Anthropologie eine Diplomarbeit zu dem Thema:

„Subjektives Stressempfinden und gesundheitliche Beeinträchtigung im Kontext mütterspezifischer Belastungen.“

Daher wende ich mich nun an Sie mit der Bitte, es mir zu ermöglichen, die Mütter ihrer Schülerinnen und Schüler in diese empirische Studie einzubinden.

Ich habe mich für eine „ONLINEBEFRAGUNG“ entschieden, da diese einen deutlich geringeren organisatorischen Aufwand für Ihre Schule darstellt.

Zudem bestätigte mir Herr Mag. Rick (Stadtschulrat Wien), dass für diese Form der Erhebung auch keine Genehmigung durch den Stadtschulrat für Wien erforderlich ist.

Die Teilnahme an der Befragung erfolgt anonym. Weder Name, noch E-Mail- oder IP-Adresse der Probandin wird mir übermittelt beziehungsweise in einer anderen nachvollziehbaren Weise gespeichert.

Nur eine hohe Beteiligung kann eine repräsentative Aussage zum Belastungs-, Stress- und Beschwerdeerleben gewährleisten, daher würde ich mich sehr freuen, wenn Sie sich an dieser Studie beteiligten. Selbstverständlich werden alle teilnehmenden Schulen in der Studie angeführt und dankend erwähnt.

Zur Vorgehensweise:

WENN SIE DEN MÜTTERN IHRER SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER DIE TEILNAHME ERMÖGLICHEN MÖCHTEN, SENDE ICH IHNEN EINE "WEITERE MAIL", DIE DEN LINK ZUR UMFRAGE UND EINE ELTERNINFORMATION ENTHÄLT, DIE SIE DANN ALS SOLCHE DIREKT AN DIE ELTERN WEITERLEITEN KÖNNEN.

SOLLTEN SIE ÜBER KEINE MAILINGLISTE DER ELTERN IHRER SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER VERFÜGEN, BITTE ICH SIE HERZLICH DARUM, DIESE ZUSENDUNG UND DIE DARAUF FOLGENDE ELTERNINFORMATION AN IHREN

ELTERNVEREIN WEITERZULEITEN, DA DIESER OFT ÜBER EINE SOLCHE VERFÜGT.

Wenn Sie auch Interesse an den Ergebnissen der Studie haben, bin ich gerne bereit, Ihnen diese nach Abschluss der Studie zu übermitteln.

Im Anhang befinden sich der FRAGEBOGEN ALS PDF, der allerdings NICHT ONLINE AUSGEFÜLLT WERDEN SOLL, sondern nur der besseren Übersicht dient und die Bestätigung der Universität Wien (Department für Anthropologie), dass die Untersuchung im Rahmen meiner Ausbildung an der Universität Wien stattfindet und auch dort betreut wird. DER AUSZUFÜLLENDE ONLINE-FRAGEBOGEN IST HIERÜBER ERREICHBAR:
<https://de.surveymonkey.com/s/GPT73LZ>

Im Voraus dankend verbleibe ich mit freundlichen Grüßen.

Daniela Berger

8.5 Bestätigung der Diplomarbeit.



universität
wien

Fakultät für Lebenswissenschaften

Department für Anthropologie
A.o.Univ.Prof.Dr. MMag. Sylvia Kirchengast
Althanstraße 14
A- 1090 Wien

T +43(1) 4277-54712
F +43 (1) 4277-9 547
sylvia.kirchengast@univie.ac.at
[http:// www.anthropology.at](http://www.anthropology.at)

Wien 19.6.2012

Bestätigung Diplomarbeit:

Ich bestätige hiermit, dass Frau Daniela Berger ihre Diplomarbeit Titel: „Stressfaktor Mutterschaft. Subjektives Stressempfinden und körperliche Beschwerden im Kontext mütterspezifischer Belastungen“ unter meiner Ägide am Department für Anthropologie durchführt.

Ich bitte Frau Berger in ihren Bemühungen zu unterstützen.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung

a.o.Univ.Prof.Dr.Sylvia Kirchengast.



8.6 Begleitschreiben an die Mütter

Liebe Mütter!

Mein Name ist Daniela Berger. Ich bin Studentin der Biologie am Institut für Anthropologie und schreibe derzeit eine Diplomarbeit, zum Thema „Stress und gesundheitliche Beeinträchtigung im Kontext mütterspezifischer Belastungen“

Im Rahmen dieser Arbeit soll vor allem ermittelt werden, was Ihnen Stress bereitet, wie Sie damit umgehen und wer ihnen hilft.

Ich bitte Sie herzlich darum, sich 10 - 15 Minuten Zeit zu nehmen, um an der Umfrage zu diesem Thema teilzunehmen.

Die Umfrage ist absolut ANONYM. Ich erfahre weder Ihren Namen, noch Ihre E-Mail- oder IP-Adresse, noch werden Ihre persönlichen Daten in anderweitig auswertbarer Weise gespeichert.

Die Umfrage richtet sich nur an Mütter. Als Vater können sie daran leider nicht teilnehmen.

Die Umfrage erreichen Sie, wenn Sie den unten stehenden Link anklicken.

Zum Link: <https://de.surveymonkey.com/s/GPT73LZ>

Herzlichen Dank.

Daniela Berger

8.7 Liste der teilgenommenen Schulen

- OVS Zeltgasse, 8
- Evangelische Volksschule Währing – *Lutherschule*, 18
- VBS Scheibenberggasse, 18 (*Vienna Bilingual Schooling*)
- GTVS Alte Donau, 22
- OVS Natorpgasse, 22
- Volksschule mit sprachheilpädagogischem Schwerpunkt - *Wiesenschule*, 23
- Schulzentrum Friesgasse, Katholische Privatschule, 15
(VS, KMS, AHS, Handelsschule, HAK)
- KMS – Grundsteingasse, 16
- Privatschule InFINUM - AHS, 22
- BG, BRG und WRG Wenzgasse , 13

8.8 Nicht weiter ausgewertete Ergebnisse.

Tab.13: Belastungs- und Ressourcensituation der Mütter. Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situationen erlebt oder folgende Erfahrungen gemacht haben: (N=317)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
<i>Ich versuche anstrengende Situationen mit meinem Kind als Herausforderung und nicht als Belastung zu sehen.</i>					
Alleinerziehend	0%	17,2%	39,7%	31%	12,1%
Nicht alleinerziehend	1,9%	14,7%	33,7%	36%	13,6%
<i>Andere kritisieren meinen Erziehungsstil.</i>					
Alleinerziehend	24,1%	37,9%	22,4%	8,6%	6,9%
Nicht alleinerziehend	22,8%	45,6%	25,1%	5%	1,5%
<i>Ich habe Angst, keine „gute Mutter“ zu sein.</i>					
Alleinerziehend	6,9%	24,1%	41,4%	17,2%	10,3%
Nicht alleinerziehend	14,7%	36,3%	29,3%	14,3%	5,4%
<i>Wenn sich mein Kind schlecht benimmt, gibt man mir die Schuld dafür.</i>					
Alleinerziehend	22,4%	29,3%	25,9%	13,8%	8,6%
Nicht alleinerziehend	26,6%	33,6%	21,6%	13,9%	4,2%
<i>Ich muss meinem Kind helfen.</i>					
Alleinerziehend	0%	12,1%	31%	39,7%	17,2%
Nicht alleinerziehend	0,8%	10,4%	40,5%	30,5%	17,8%
<i>Mein Kind lässt mich nie zur Ruhe kommen.</i>					
Alleinerziehend	3,4%	29,3%	36,2%	22,4%	8,6%
Nicht alleinerziehend	4,6%	29,3%	35,9%	22,8%	7,3%
<i>Ich habe das Gefühl beobachtet zu werden, ob ich als Mutter alles richtig mache.</i>					
Alleinerziehend	15,5%	31%	29,3%	13,8%	10,3%
Nicht alleinerziehend	24,3%	29%	23,9	16,2%	6,6%
<i>Ich hätte gerne mehr Zeit nur für mich alleine.</i>					
Alleinerziehend	1,7%	6,9%	37,9%	31%	22,4%
Nicht alleinerziehend	3,1%	13,1%	40,9%	23,9%	18,9%
<i>Meine Interessen und Bedürfnisse sind mir wichtiger als ein perfekter Haushalt.</i>					
Alleinerziehend	1,7%	10,3%	25,9%	50%	12,1%
Nicht alleinerziehend	4,6%	13,5%	35,9%	30,5%	15,4%
<i>Ich glaube, dass mein Kind gerne mit mir mehr Zeit verbringen würde.</i>					
Alleinerziehend	0%	12,1%	50%	27,6%	10,3%
Nicht alleinerziehend	3,5%	20,5%	34,4%	27,4%	14,3%
<i>Mutter sein ist schwieriger als ich dachte.</i>					

Alleinerziehend	5,2%	12,1%	32,8%	32,8%	17,2%
Nicht alleinerziehend	7,3%	25,9%	29%	23,6%	14,3%
<i>Seitdem ich Mutter geworden bin, fühle ich mich einsam.</i>					
Alleinerziehend	24,1%	25,9%	27,6%	13,8%	8,6%
Nicht alleinerziehend	44,8%	21,2%	19,3%	10,8%	3,9%
<i>Der Terminkalender meines Kindes macht mir zu schaffen.</i>					
Alleinerziehend	13,8%	22,4%	53,4%	10,3%	0%
Nicht alleinerziehend	25,5%	34,7%	26,6%	12%	1,2%
<i>Es nervt mich, wenn andere Mütter meinen, dass ihre Kinder immer alles „besser“ können.</i>					
Alleinerziehend	6,9%	15,5%	32,8%	25,9%	19%
Nicht alleinerziehend	9,7%	17,8%	25,9%	24,3%	22,4%

Tab.14: : Belastung der Mütter durch die schulische Situation des Kindes. Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situationen erlebt oder folgende Erfahrungen gemacht haben: ($N=210$, $n=166$, $n=44$)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
<i>Ich befürchte, dass ich meinem Kind beim Lernen und bei den Hausaufgaben nicht genügend helfen kann/ geholfen habe.</i>					
Alleinerziehend	18,2%	29,5%	27,3%	18,2%	6,8%
Nicht alleinerziehend	33,7%	35,5%	18,7%	9,6%	2,4%
<i>Bei den Hausaufgaben oder beim Lernen benötigt mein Kind meine Hilfe.</i>					
Alleinerziehend	6,8%	18,2%	40,9%	22,7%	11,4%
Nicht alleinerziehend	7,2%	35,5%	33,1%	17,5%	6,6%
<i>Es strengt mich an, meinem Kind bei den Hausaufgaben oder beim Lernen zu helfen.</i>					
Alleinerziehend	9,1%	20,5%	31,8%	29,5%	9,1%
Nicht alleinerziehend	21,2%	32,1%	23,6%	18,2%	4,8%

Tab.15: Belastungs- und Ressourcensituation der Alleinerzieherinnen. Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situationen erlebt oder folgende Erfahrungen gemacht haben: ($N=58$)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
<i>Ich erhalte ausreichend Unterstützung vom Vater des Kindes.</i>	17,5%	24,6%	29,8%	15,8%	12,3%
<i>Ich habe das Gefühl, dass man mir gegenüber Vorteile hat, weil ich Alleinerzieherin bin.</i>	7,1%	21,4%	23,2%	26,8%	21,4%

Tab.16: Belastungs- und Ressourcensituation der Mütter mit Partner. Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situationen erlebt oder folgende Erfahrungen gemacht haben: (N=259)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
<i>Bei der Erziehung des Kindes sind mein Partner und ich einer Meinung.</i>	0,8%	3,1%	18,3%	49,8%	28%
<i>Mein Partner beteiligt sich an der Erziehung und Versorgung des Kindes.</i>	0%	7%	17,1%	27,5%	48,4%

Tab.17: Belastungs- und Ressourcensituation der arbeitenden oder in Ausbildung befindlichen Mütter. Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situationen erlebt oder folgende Erfahrungen gemacht haben: (N=227, n=179, n=48)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
<i>Ich befürchte zu viel zu arbeiten und zu wenig Zeit für mein Kind zu haben.</i>					
Alleinerziehend	2,1%	18,8%	25%	39,6%	14,6%
Nicht alleinerziehend	12,4%	23,2%	35%	20,3%	9%
<i>Die Arbeit zuhause stresst mich mehr als meine berufliche Tätigkeit/meine Ausbildung.</i>					
Alleinerziehend	8,3%	22,9%	33,3%	27,1%	8,3%
Nicht alleinerziehend	7,9%	23,6%	29,8%	27,5%	11,2%
<i>In der Arbeit/in der Ausbildung erhalte ich mehr Anerkennung für meine Leistungen als zuhause.</i>					
Alleinerziehend	4,2%	20,8%	35,4%	22,9%	16,7%
Nicht alleinerziehend	9%	19,7%	24,7%	29,8%	16,9%
<i>Die Probleme, die ich zuhause habe, beschäftigen mich auch in der Arbeit/Ausbildung und umgekehrt.</i>					
Alleinerziehend	10,4%	14,6%	27,1%	33,3%	14,6%
Nicht alleinerziehend	9%	27,5%	36%	20,2%	7,3%
<i>Es ist für mich als Mutter schwierig auch im Beruf oder im Studium vorwärtszukommen.</i>					
Alleinerziehend	2,1%	25%	25%	25%	22,9%
Nicht alleinerziehend	9,6%	23%	26,4%	28,7%	12,4%
<i>Ich erhalte Anerkennung dafür, dass ich als berufstätig/studierende Mutter mehr leiste als eine Mutter, die nur zuhause ist.</i>					
Alleinerziehend	18,8%	45,8%	20,8%	8,3%	6,3%
Nicht alleinerziehend	19,7%	28,7%	26,4%	15,7%	9,6%

<i>Es ist für mich schwierig, arbeiten zu gehen/mich auszubilden und genügend Zeit für Hausarbeit und Familie zu finden.</i>					
Alleinerziehend	2,1%	6,3%	31,3%	31,3%	29,2%
Nicht alleinerziehend	3,9%	18%	37,6%	27,5%	12,9%

Tab.18: Belastungs- und Ressourcensituation der Mütter, die weder einer Arbeit nachgehen noch sich in Ausbildung befinden. Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situationen erlebt oder folgende Erfahrungen gemacht haben: (N= 90, n=80, n=10)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
<i>Ich würde zurzeit lieber arbeiten gehen.</i>					
Alleinerziehend	10%	10%	40%	20%	20%
Nicht alleinerziehend	13,9%	22,8%	39,2%	20,3%	3,8%
<i>Ich wünsche mir mehr Anerkennung für meine Arbeit als Hausfrau und Mutter.</i>					
Alleinerziehend	0%	0%	10%	30%	60%
Nicht alleinerziehend	2,5%	13,8%	25%	33,8%	25%

Tab.19: Psychisches Befinden der Mütter. Prozentuale Verteilung der Antworten bezüglich der Frage, wie häufig die Probandinnen folgende Situationen erlebt oder folgende Erfahrungen gemacht haben: (N=317)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
<i>Ich fühle mich gereizt.</i>					
Alleinerziehend	8,6%	20,7%	34,5%	27,6%	8,6%
Nicht alleinerziehend	12,7%	25,9%	28,6%	26,3%	6,6%
<i>Ich fühle mich niedergeschlagen.</i>					
Alleinerziehend	12,1%	15,5%	36,2%	27,6%	8,6%
Nicht alleinerziehend	24,7%	31,3%	21,2%	17,4%	5,4%
<i>Ich fühle mich ausgeglichen.</i>					
Alleinerziehend	6,9%	39,7%	32,8%	19%	1,7%
Nicht alleinerziehend	4,6%	24,7%	35,5%	28,2%	6,9%

8.9 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Einfaches Kreisdiagramm zum Erziehungsstatus.
- Abbildung 2: Einfaches Balkendiagramm zum Beziehungsstatus .
- Abbildung 3: Einfaches Boxplot-Diagramm zum durchschnittlichen Alter in Jahren.
Vergleich nach Erziehungsstatus
- Abbildung 4: Einfaches Balkendiagramm zur durchschnittlichen Anzahl der Kinder.
Vergleich nach Erziehungsstatus
- Abbildung 5: Einfaches Balkendiagramm zum durchschnittlichen Alter des jüngsten Kindes.
Vergleich nach Erziehungsstatus
- Abbildung 6: Gruppiertes Säulendiagramm zur durchschnittlichen Anzahl der Kinder pro Altersklasse. Vergleich nach Erziehungsstatus
- Abbildung 7: Gruppiertes Balkendiagramm zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung .
Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 8: Gruppiertes Balkendiagramm zur Berufs- und Ausbildungssituation.
Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 9: Gruppiertes Balkendiagramm zum Ausmaß der Erwerbstätigkeit/Ausbildung in Anzahl der Stunden pro Woche. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 10: Gruppiertes Säulendiagramm zum Wohnort. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 11: Gruppiertes Balkendiagramm zu den Betreuungsformen. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 12: Gruppiertes Säulendiagramm zum Ausmaß der Zufriedenheit mit den Betreuungsmöglichkeiten. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 13: Gruppiertes Säulendiagramm zum Ausmaß der Zufriedenheit mit dem Betreuungsangebot. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 14: Gruppiertes Balkendiagramm zur Anzahl der betreuenden Personen. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 15: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Situation: „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes nervt.“ Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 16: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Situation: „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes überfordert.“ Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 17: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Situation: „Ich würde gerne mehr Zeit mit meinem Kind verbringen.“ Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 18: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Vereinbarkeit des Berufs/der Ausbildung mit der Betreuung des Kindes. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 19: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten.
Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 20: Gruppiertes Säulendiagramm zum Netto-Haushaltseinkommen. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 21: Einfaches Boxplot-Diagramm zum Netto-Haushaltseinkommen. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 22: Gruppiertes Säulendiagramm zur Zufriedenheit mit dem Netto-Haushaltseinkommen. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 23: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Situation: „Ich habe genug Zeit für mich.“
Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 24: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Situation: „Ich kann mit anderen über meine Sorgen als Mutter sprechen.“ Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 25: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Situation: „Ich erhalte ausreichend Hilfe bei der Betreuung meines Kindes.“ Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 26: Einfaches Fehlerbalkendiagramm zum Summenscore der Screening-Skala des Trier Inventars zum chronischen Stress. Vergleich nach Erziehungsstatus.

- Abbildung 27: Einfaches Boxplot-Diagramm zum Beschwerdedruck. Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 28: Einfaches Boxplot-Diagramm zur Frage: „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ Vergleich nach Erziehungsstatus.
- Abbildung 29: Zusammenhang zwischen dem Summenscore „chronischer Stress“ und dem Summenscore „Beschwerdedruck“. Differenziert nach dem Erziehungsstatus.
- Abbildung 30: Zusammenhang zwischen dem Summenscore „chronischer Stress“ und der Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ Darstellung für Mütter mit Partner
- Abbildung 31: Zusammenhang zwischen dem Summenscore „chronischer Stress“ und der Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ Darstellung für alleinerziehende Mütter

8.10 Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Mittelwert und Standardabweichung der durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Altersklasse von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes nervt“ von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage „Es kommt vor, dass mich das Verhalten meines Kindes überfordert“ von alleinerziehenden und nicht Alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 4: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage „Ich würde gerne mehr Zeit mit meinem Kind verbringen.“ von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage der Vereinbarkeit des Berufs bzw. der Ausbildung mit der Betreuung des Kindes von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 6: Prozentuale Verteilung zur Angabe der Höhe des Tabakkonsums von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 7: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage: „Ich habe genug Zeit für mich. (zum Bsp. Freunde treffen, Hobbies, Ausbildung, Entspannung...)“ von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 8: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage „Ich kann mit anderen über Meine Sorgen als Mutter sprechen.“ von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 9: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage „Ich erhalte ausreichend Hilfe bei der Betreuung meines Kindes.“ von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 10: Mittelwert und Standardabweichung des Summenscores der „Screening-Skala des TICS von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 11 :Mittelwert und Standardabweichung des Summenscores aller Skalen des GBB-24 (Beschwerdedruck) von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 12: Prozentuale Verteilung der Antworten zur Frage: „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand ein?“ von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.
- Tabelle 13: Belastungs- und Ressourcensituation der Mütter. Prozentuale Verteilung der

Antworten von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.

Tabelle 14: Belastung der Mütter durch die schulische Situation des Kindes. Prozentuale Verteilung der Antworten von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.

Tabelle 15: Belastungs- und Ressourcensituation der Alleinerzieherinnen. Prozentuale Verteilung der Antworten.

Tabelle 16: Belastungs- und Ressourcensituation der Mütter mit Partner. Prozentuale Verteilung der Antworten.

Tabelle 17: Belastungs- und Ressourcensituation der arbeitenden oder in Ausbildung befindlichen Mütter. Prozentuale Verteilung der Antworten von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.

Tabelle 18: Belastungs- und Ressourcensituation der Mütter, die weder einer Arbeit nachgehen noch sich in Ausbildung befinden. Prozentuale Verteilung der Antworten von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern.

Tabelle 19: Psychisches Befinden der Mütter. Prozentuale Verteilung der Antworten von alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern

8.11 Abkürzungsverzeichnis

ACTH = Adrenokortikotropes Hormon

BM für Gesundheit = Bundesministerium für Gesundheit

BMFSFJ = Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BW = Baden- Württemberg

CRH = Corticotropes-Releasing-Hormon

DKFZ = Deutsches Krebsforschungszentrum

GBB-24 = Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (24 Items)

HHN-Achse = Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse

LC = Locus coeruleus

PVN = Paraventriculärer Kern

SAM-Achse = Sympathico-Adreno-Medulläre-Achse

TICS = Trierer Inventar zum chronischen Stress

SSCS = Screening-Skala zum chronischen Stress

EU SILC = EU Community Statistics on Income and Living Conditions

EU = Europäische Union

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Daniela Berger
 Geburtsort/ -datum: St. Pölten, am 13. 07. 1970
 Staatsangehörigkeit: Österreich
 Eltern: Lucia Schmutz und Franz Berger (verst. Jänner 1995)
 Familienstand: ledig
 Kinder: Berger Michael (geb. 1995)
 Berger Leonard (geb. 1999)
 Wohnort: St. Pölten

Universitäre Ausbildung:

Universität Innsbruck:

1998: 1. Diplomprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg
 1993S – 1998S: Biologie
 1991W – 1992W : Medizin

Universität Wien:

2003S – 2013S: Diplomstudium Anthropologie
 1999S – 2002W: Humanbiologie
 1990W – 1991S : Biologie
 1990S – 1991S : Philosophie und Gewählte Fächer statt 2. Studienrichtung
 1989W: Völkerkunde und Philosophie

Schulbildung:

1089: Matura
 1984 – 1989 : Bundes-Oberstufen-Realgymnasium St. Pölten (BORG Sonderform mit musikalischem Schwerpunkt)
 1980 – 1984: Mary Ward Privathauptschule der Englischen Fräulein St. Pölten
 1978 – 1980: Mary Ward Privatvolksschule der Englischen Fräulein St. Pölten
 1976 – 1978: Volksschule St. Pölten – Wagram

Beschäftigt resp. freier Dienstvertrag bei:

2007 – 2009:	Fa. Riedl-Prayer-Drahanowsky-Barton Radiologiegruppenpraxis OEG
2005 – 2006:	Fa. Hammer
2001 – 2005:	Fa. Artex Kunstaussstellungsservice GMBH
1999 – 2000:	Karenz
1998:	Fa. Dehner
1995 – 1997:	Karenz
1994:	Fa. Schmutz
1993:	MOHI Tirol – Sozial integrative Alltagsbegleitung und Landes-Krankenhaus Hochzirl
1992:	Seraphisches Liebeswerk Innsbruck
1990:	Ferialpraxis Kurbetrieb Oberlaa

Weitere Tätigkeiten.

2010 – lfd.:	in häuslicher Pflege (St. Pölten)
2005 – lfd.:	Unentgeltliche Nachhilfe in Deutsch, Physik und Biologie
2005 – 2010:	Unterstützung der Grünen Ottakring bei diversen Veranstaltungen

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

1992 – 1993:	Johanniter Tirol
1986 – 1989:	Sozialistische Jugend Niederösterreich
1985 – 1986:	Kinderfreunde Niederösterreich

Sprachkenntnisse: Englisch
Italienisch

Musikalische Ausbildung: Klavier, Geige, Querflöte, Klarinette, Gesang