
Joanna Hellweg & Johanna Koch

Kohärenzgefühl und emotionale Beeinträchtigung von Studierenden während der COVID-19-Pandemie

Der Beitrag stellt eine quantitative Studie zur emotionalen Beeinträchtigung der Studierenden infolge von COVID-19 Pandemie dar, die im Rahmen einer Masterarbeit erarbeitet wurde. Ziel ist die Ermittlung von möglichen Zusammenhängen zwischen *Kohärenzgefühl* und *negativem Affekt* unter Berücksichtigung des Geschlechts und des angestrebten Studienabschlusses. Insbesondere sollen dabei *Angst, allgemeine Besorgnis und Sorgen* der Studierenden während der Pandemie ermittelt werden, da sie eine Störung psychosozialer Funktionsfähigkeit herbeiführen können.

Schlüsselwörter: COVID-19, emotionale Beeinträchtigung, psychische Belastung, negativer Affekt, Kohärenzgefühl

Sense of coherence and emotional impairment of students during the COVID-19 pandemic

This paper presents a quantitative study of students' emotional impairment as a result of the COVID-19 pandemic, which was developed as part of a master's thesis. The aim is to determine possible relationships between a sense of coherence and negative affect, considering gender and intended degree. In particular, the aim is to identify students' anxiety, general apprehension, and worry during the pandemic, as they may induce a disturbance of psychosocial functioning.

Keywords: COVID-19, emotional impairment, psychological distress, negative affect, sense of coherence.

1 Ausgangslage

Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie brachte zahlreiche Regelungen und Alltagsbeschränkungen und somit unerwartete Herausforderungen für die Lebensführung mit sich. Auch Studierende wurden davon stark betroffen. Aus den allgemein verhängten Hygiene- und Abstandsregeln sowie der Beschränkung sozialer Kontakte als Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung resultierte die zeitweise Schließung von Bildungsinstitutionen und somit auch die Umstellung von Präsenz- auf Online-Lehre. Darüber hinaus gingen studentische Jobs verloren, mussten Sport-, Kultur- und Freizeitaktivitäten für längere Zeit aufgegeben und soziale Interaktionen auf das Minimum reduziert werden.

Kohärenzgefühl und COVID-19

Diese erzwungene Umstellung oder Veränderung der Lebensführung durch die Pandemie blieb für viele Menschen nicht spurlos und ging oftmals mit körperlichen und psychischen Belastungen einher. Davon waren auch junge Erwachsene, u. a. Studierende stark betroffen.

In einer Studie von Benke et al. konnte u. a. nachgewiesen werden, dass junge Erwachsene während der Lockdown-Maßnahmen mehr als andere Gruppen der Einsamkeit ausgesetzt und somit besonders vulnerabel für das Auftreten von Angststörungen und Depressionen waren (vgl. Benke et al., 2020). Studienergebnisse von Hein et al. bestätigten außerdem, dass viele Studierende unter depressiven Störungen infolge der COVID-19-Pandemie litten und höheren emotionalen Belastungen als vor der Pandemie ausgesetzt waren (vgl. Hein et al., 2020, S. 4). Traus et al. konnten zudem empirisch belegen, dass die emotionale Belastung der Studierenden infolge der Pandemie viel höher von ihnen eingeschätzt wurde als die körperlichen Belastungen. (vgl. Traus et al., 2020).

Auch eine Studie von Cao et al. konnte eine hohe psychische Belastung bei Studierenden durch die COVID-19-Pandemie nachweisen. Im Ergebnis zeigte sich, dass sich viele Studierende vor den Auswirkungen der Pandemie auf ihr Studium fürchteten und u. a. Angst verspürten, das Studium nicht rechtzeitig abschließen zu können (vgl. Cao et al., 2020, S. 3).

Zu den häufig genannten psychischen Belastungen in der Pandemie wurden u. a. die Strukturlosigkeit des Studienalltags und die fehlende Alltagsroutine von Studierenden gezählt, die höhere Anforderungen an ihre Selbstorganisation und -disziplin stellten (vgl. Klug & Meister, 2020, S. 21). Das Leben und Arbeiten an einem Ort sowie finanzielle Sorgen, z. B. über die längerfristige Finanzierung des Studiums, wurden als weitere Belastungsfaktoren angegeben (vgl. ebd.).

Die COVID-19 Pandemie und vor allem die damit einhergehenden Maßnahmen, Anforderungen und Regelungen haben eindeutig den Alltag von Studierenden verändert und stark in ihre Lebensführung eingegriffen.

Die Art und Weise, wie die pandemiebedingten Veränderungen empfunden wurden, kann allerdings stark variieren und hängt häufig von ihrer kognitiven Bewertung ab. Die subjektive Wahrnehmung korreliert sehr häufig mit dem Belastungsempfinden (vgl. Born et al., 2008; Smith & Meyers, 2002) und hängt stark von dispositionsähnlichen Ressourcen ab, die für die eigene Belastbarkeit und das Stresserleben verantwortlich sind (vgl. Jerusalem, 1992; Antonovsky, 1997). Zu diesen Ressourcen gehört u. a. das Kohärenzgefühl (*sense of coherence*) von Aaron Antonovsky, das als subjektive Grundeinstellung eines Individuums gegenüber unvorhergesehenen Situationen definiert wird und darüber entscheidet, ob eine Situation als bewältigbare Herausforderung oder eher als Belastung wahrgenommen wird (vgl. Antonovsky, 1997, S. 36). Von dieser individuellen Bewertung hängt letztendlich ab, ob entsprechende Ressourcen zur Bewältigung aktiviert werden und das psychische Wohlbefinden dabei beeinträchtigt wird.

In bisherigen empirischen Untersuchungen zu emotionalen Belastungen von Studierenden infolge der COVID-19-Pandemie wurde das Kohärenzgefühl nicht berücksichtigt. Das Ziel dieser Studie ist daher zu erforschen, ob sich die COVID-19-Pandemie das emotionale Befinden von Studierenden beeinträchtigt und ob es hierzu mögliche Zusammenhänge mit dem Kohärenzgefühl als individuelle Disposition gibt.

Die Studie soll explizit der Frage nachgehen, ob es Unterschiede im Belastungsempfinden von Studierenden bezüglich der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Abhängigkeit zum Kohärenzgefühl gibt und ob sich hierzu Differenzen hinsichtlich Geschlechts und angestrebtem Studienabschluss feststellen lassen.

2 Forschungsdesign

Bei der Studie handelt es sich um eine quantitative Querschnittsstudie, die zu Beginn des Sommersemesters 2021 (zwischen dem 19.03.2021 und dem 20.05.2021) durchgeführt wurde. Dabei wurde ein vollstandardisierter Fragebogen eingesetzt, um Aspekte des subjektiven Erlebens zu erfassen, die nicht direkt beobachtbar sind (beispielsweise Trait- und State-Angst oder die Neigung zu depressiven Störungen). Die schriftliche Befragung fand online statt, da zum Zeitpunkt der Studie keine Präsenzlehre möglich war und die Befragten nur auf digitalem Weg erreicht werden konnten.

Die Befragung wurde mithilfe des Online-Tools *Lime Survey* durchgeführt. Der Zugang erfolgte über einen Link, der durch Dozierende des Instituts EKG an alle Bachelor- und Masterstudierenden verschickt wurde. Aus forschungsethischen Gründen wurde darauf verzichtet, IP-Adressen der Befragten zu speichern, sodass die Daten vertraulich und anonym behandelt werden konnten. Dies sollte zudem die Bereitschaft erhöhen, die Fragen ehrlich zu beantworten (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 398).

Die Studie ist eine systematische Replikationsstudie, da sich ihr Design teilweise an bereits durchgeführten Studien orientiert (vgl. Hein et al., 2020). So wurde ein Teil des Fragebogens von Hein et al. übernommen, der den *negativen Affekt* enthält. Als *negativer Affekt* wird häufig das Ausmaß negativer Anspannung durch Niedergeschlagenheit, Ärger und Angst beschrieben (vgl. Watson & Tellegen, 1985, S. 221). In Anlehnung an Hein et al. (2020) wird ein *negativer Affekt* durch die Erfassung folgender Konstrukte abgebildet: (1) generalisierte Angststörungen, (2) Unsicherheitsintoleranz, (3) Angstintensität, (4) Depression und (5) auf COVID-19 bezogene Angst. Bei den einzelnen Konstrukten geht es hauptsächlich um die Ermittlung der individuellen Beeinträchtigung des emotionalen Erlebens während der COVID-19-Pandemie. Dabei spielen vor allem Angst, allgemeine Besorgnis und Sorgen eine zentrale Rolle, die eine Störung der psychosozialen Funktionsfähigkeit eines Individuums herbeiführen können.

Ein Teil der Fragen zum COVID-19 *bezogenen Sicherheitsverhalten* (vgl. Hein et al., 2020) wurde aus dem Fragebogen von Hein et al. entfernt, da er für die Fragestellung der Studie nicht relevant war. Stattdessen wurde der Fragebogen zum

Kohärenzgefühl (Leipziger Kurzsкала) hinzugefügt (vgl. Schuhmacher et al., 2001), um die individuellen SOC-Werte der Befragten zu ermitteln und diese in Bezug zum *negativen Affekt* zu setzen.

2.1 Stichprobe

Untersuchungsgegenstand sind Studierende des Instituts Ernährung, Konsum und Gesundheit der Universität Paderborn. Dabei wurden alle Bachelor- und Masterstudiengänge im Lehramt (Ernährungslehre, Hauswirtschaft, Ernährungs- und Haushaltswissenschaft sowie Lebensmitteltechnik) befragt.

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Studierenden wurden in den Lehrveranstaltungen, über die Webseite des Instituts sowie über die Lernplattform PANDA gebeten, an der Umfrage teilzunehmen. Es handelt sich somit um eine Selbstselektions-Stichprobe (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 306). An der Befragung nahmen 212 Studierende des Instituts EKG teil, von denen 145 den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Die Rücklaufquote lag somit bei 68,3 Prozent. 80 Prozent der Befragten waren weiblich und 18,6 Prozent männlich. Die restlichen Befragten identifizierten sich als divers oder machten keine Angabe zum Geschlecht.

Der überwiegende Teil der Befragten studierte zum Zeitpunkt der Studie das Fach Hauswirtschaft (52,4 Prozent), 26,2 Prozent das Fach Ernährungslehre, 18,6 Prozent Ernährungs- und Haushaltswissenschaft und 2,75 Prozent Lebensmitteltechnik. 79,3 Prozent der Studierenden strebten den Bachelor- und 20,6 Prozent den Masterstudienabschluss an. Im Zeitraum der Umfrage haben sich 43,4 Prozent der Befragten am Studienort Paderborn aufgehalten, 56,6 Prozent befanden sich in diesem Zeitraum an anderen Orten.

15,8 Prozent der Studierenden lebten allein, ohne weitere Haushaltsmitglieder. Die restlichen Befragten lebten mit einer und mehr Person im Haushalt. 53,8 Prozent der Studierenden finanzierten das Studium hauptsächlich mithilfe von Eltern oder Angehörigen. 27,6 Prozent der Studierenden gaben an, dass ihr Studium hauptsächlich durch BAFöG oder Stipendien finanziert wird. 18,6 Prozent der Studierenden finanzierten ihr Studium hauptsächlich selbst.

62,1 Prozent der Studierenden hatten zum Zeitpunkt der Befragung an COVID-19 erkrankte Personen im persönlichen Umfeld. Das persönliche Umfeld wird in der Studie als Familie sowie als enger Freundes- oder Bekanntenkreis definiert. 42,1 Prozent der Studierenden kannten eine Person mit einem leichten COVID-19-Krankheitsverlauf. 13,1 Prozent der Studierenden hatten eine Person mit einem schweren Verlauf der COVID-19 Erkrankung im persönlichen Umfeld. 6,9 Prozent der Studierenden kannten eine Person, die an COVID-19 verstorben ist. 37,9 Prozent der Studierenden hatten zum Zeitpunkt der Umfrage keine Person in ihrem persönlichen Umfeld, welche an COVID-19 erkrankt war.

2.2 Erhebungsinstrumente

Fragebogen zur Lebensorientierung

Um das Kohärenzgefühl zu ermitteln, wurde die Leipziger Kurzsкала (SOC-L9) verwendet (vgl. Schumacher et al., 2000). Diese umfasst neun Items und erlaubt das Kohärenzgefühl mit hoher Zuverlässigkeit zu messen (vgl. Singer und Brähler, 2007, S. 28 f.).

In der vorliegenden Arbeit wurde ein SOC-Gesamtskalenwert erhoben. Die Antworten werden auf einer 7-Punkt-Likert-Skala erfasst. Die Antwortmöglichkeiten variieren je nach Item. Einige Items sind gegengerichtet und müssen in der Auswertung umgepolt werden. Die Reliabilität der SOC-L9 Skala gilt mit einem Wert von 0,87 auf Cronbach's Alpha als gut (vgl. Schuhmacher et al., 2000, S. 477).

Der Mittelwert bei der Ausprägung des Kohärenzgefühls auf der Leipziger Kurzsкала (SOC-L9) liegt in der Gruppe der 18- bis 40-jährigen bei 48,90 und die Standardabweichung bei 8,60 (vgl. Schuhmacher et al., 2000, S. 479). Bei den Männern liegt der Mittelwert bei 48,50 (SD = 8,80) und bei den Frauen bei 46,70 (SD = 9,00) (vgl. Schuhmacher et al., 2000, S. 479). In einer Stichprobe von männlichen Probanden in Deutschland im Alter von 18 bis 40 Jahren, lag das Kohärenzgefühl bei einer Prozentrangnorm von 25 bei 44 Punkten als Summenwert (vgl. Singer & Brähler, 2007, S. 65). Bei der Prozentrangnorm von 50 lag das Kohärenzgefühl bei 51 Punkten und bei einer Prozentrangnorm von 75 bei 56 Punkten (vgl. Singer & Brähler, 2007, S. 65). Bei deutschen Frauen im Alter von 18 bis 40 Jahren lag das Kohärenzgefühl bei einer Prozentrangnorm von 25 bei 41 Punkten als Summenwert, bei einer Prozentrangnorm von 50 bei 48 Punkten und bei einer Prozentrangnorm von 75 bei 52 Punkten (vgl. Singer & Brähler, 2007, S. 65).

Skala zur Angst vor COVID-19

Die Skala zur Angst vor COVID-19 wurde entwickelt, um die individuellen Ängste zu erfassen, die Personen während der COVID-19-Pandemie erleben. Die Skala umfasst sieben Items, welche als Aussagen formuliert sind. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können die Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten *stimme überhaupt nicht zu* (ein Punkt), *stimme nicht zu* (zwei Punkte), *weder noch* (drei Punkte), *stimme zu* (vier Punkte) und *stimme völlig zu* (fünf Punkte) beantworten. Der maximale Summenwert kann zwischen sieben und 35 Punkten liegen. Je höher der Score, desto höher ist die Angst vor COVID-19 (vgl. Ahorsu et al., 2020, o. S.). Die interne Konsistenz des Fragebogens liegt bei α 0,82 (vgl. Ahorsu et al., 2020, o. S.).

Für die Skala zur COVID-19 bezogenen Angst liegen keine Normwerte vor. Allerdings zeigt sich, dass es keine Unterschiede zwischen Personen mit verschiedenen Geschlechtern und verschiedenem Alter gibt (vgl. Ahorsu et al., 2020, o. S.). Je höher der erreichte Summenwert ist, desto höher ist die Angst vor COVID-19.

Kohärenzgefühl und COVID-19

State-Trait Anxiety Inventorys (STAI)

Zur Erfassung der State-Angst wurde die Version des State-Trait Anxiety Inventorys (STAI) verwendet, die sechs Items umfasst. Es wurden jeweils Items gewählt, welche die An- und Abwesenheit von Angst messen (vgl. Marteau & Bekker, 1992, S. 302). Bei den Items wurden jeweils die drei gewählt, welche die stärkste An- oder Abwesenheit von Angst messen. Die Items eins bis drei messen die Anwesenheit von Angst und die Items vier bis sechs die Abwesenheit von Angst. Den Items übergeordnet steht die Frage, wie sich die Personen in Moment der Umfrage fühlen. Die teilnehmenden Personen werden aufgefordert, nicht lange zu überlegen und die Antwort zu wählen, die den Gefühlszustand am besten beschreibt.

Ein niedriger Wert stellt dabei das Nicht-Vorhandensein der State-Angst dar, wohingegen der maximale Wert die maximale Intensität des Gefühls angibt (vgl. Laux et al., 2001, S. 49). Die sechs Items können mit *überhaupt nicht*, *ein wenig*, *ziemlich* und *sehr* beantwortet werden (vgl. Marteau & Bekker, 1992, S. 306). Der Reliabilitätskoeffizient für die sechs-Item Version des STAI liegt bei α 0,82 und gilt damit als gut (vgl. Marteau & Bekker, 1992, S. 303).

Patient Health Questionnaire

Zur Erfassung einer depressiven Störung, wurde das Patient Health Questionnaire (PHQ) in der zwei-Item Version gewählt. Übergeordnet steht die Frage: Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? Die Skala umfasst zwei Items, welche mit *überhaupt nicht* (null Punkte), *an einzelnen Tagen* (ein Punkt), *an mehr als der Hälfte der Tage* (zwei Punkte) und *beinahe jeden Tag* (drei Punkte) beantwortet werden können. Das Endergebnis kann bei einem Summenwert zwischen null und sechs liegen (vgl. Kroenke et al., 2003, S. 1285). Ab einem Wert von drei wird davon gesprochen, dass Personen eine depressive Störung haben (vgl. Löwe et al., 2005, S. 169).

Weil das PHQ-2 sehr knapp ist, werden nur die zwei wichtigsten Symptome von depressiven Störungen abgefragt. Zu diesen gehören die depressive Verstimmung und der Verlust an Interesse (vgl. Löwe et al., 2005, S. 169). Die Reliabilitätskoeffizient des PHQ-2 liegt bei α 0,83 (vgl. Löwe et al., 2005, S. 167). Das PHQ zeichnet sich durch eine hohe Validität aus.

Die Mittelwerte für Personen, die eine Major Depression haben liegen bei 4,7 (SD = 1,5) und für Personen mit anderen depressiven Störungen liegt der Mittelwert bei 3,4 (SD = 1,7) (vgl. Löwe et al., 2005, S. 168). Der Mittelwert für Personen, die keine depressive Störung aufweisen liegt bei 1,4 (SD = 1,3) (vgl. Löwe et al., 2005, S. 168).

Illness Attitude Skala (IAS)

Die Illness Attitudes Scale (IAS) misst Hypochondrie und abnormales Verhalten in Bezug auf Krankheiten. Es wurde entwickelt, um hypochondrische Sorgen unabhängig von psychischen Erkrankungen zu messen (vgl. Stewart & Watt, 2000, S. 84). Die Skala umfasst neun Subskalen, die aus je drei Items bestehen. Im gesamten

Fragebogen werden Sorgen über Krankheiten, Bedenken über Angst, Gesundheitsgewohnheiten, hypochondrische Gedanken, die Angst vor dem Tod und die Angst vor bestimmten Krankheiten erfasst.

In dieser Umfrage wurde nur die Skala verwendet, die in den Bereich der Angst vor bestimmten Krankheiten fällt. Die Skala misst, inwiefern eine Neigung dazu besteht, körperliche Empfindungen als Krankheitssymptome zu verstehen. Die Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Likert-Skala sind *nein*, *selten*, *manchmal*, *oft* und *meistens*. *Nein* wird mit null Punkten und *meistens* mit vier Punkten gewertet (vgl. Stewart & Watt, 2000, S. 88). Es zeigt sich eine gute Test-Retest Reliabilität für die neun IAS Skalen (vgl. Stewart & Watt, 2000, S. 88).

Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

Zur Messung der Unsicherheitsintoleranz (UI) wurde die Intolerance of Uncertainty Skala verwendet. Die Unsicherheitsintoleranz wurde als Charakteristik definiert, die bei exzessivem Sorgen und State-Angst involviert ist. Da Unsicherheitsintoleranz ebenfalls positiv mit generalisierten Angststörungen korreliert ist, hilft die Skala diese zu identifizieren (vgl. Carleton, 2007, S. 106).

Die Skala umfasst zwölf Items, welche als Aussagen formuliert sind. Die Items thematisieren sowohl die Unsicherheit einer Person als auch Vorstellungen darüber, dass negative Ereignisse unvorhergesehen geschehen könnten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen beantworten, wie sehr die Aussagen auf sie zutreffen. Die Antwortmöglichkeiten sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala angesiedelt und lauten: *überhaupt nicht*, *wenig*, *teils teils*, *sehr* und *völlig* (vgl. Carleton et al., 2007, S. 113). Sie werden mit einem (überhaupt nicht) bis fünf Punkten (völlig) bewertet (vgl. Lauriola, 2019, S. 3). Die interne Konsistenz liegt bei α 0,94 (vgl. Carleton et al., 2007, S. 113).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

Generalisierte Angststörungen werden neben Schlafstörungen und Depressionen besonders durch chronische oder pathologische Besorgnis definiert. Um eine generalisierte Angststörung zu erfassen, eignet sich das Penn State Worry Questionnaire, das chronische, exzessive und unkontrollierbare pathologische Besorgnis abfragt (vgl. Hoyer et al., 2005, S. 76; Stöber, 1995, S. 53).

Der Fragebogen besteht aus 16 persönlich formulierten Items, die eine Sorgenintensität ausdrücken und fünf Items, die diese negieren oder deren Kontrollierbarkeit erfragen (vgl. Meyer et al., 1990, S. 488; Glöckner-Rist & Rist, 2014, o. S.). Die Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Skala sind *überhaupt nicht typisch* (ein Punkt), *nur wenig typisch* (zwei Punkte), *ziemlich typisch* (drei Punkte), *sehr typisch* (vier Punkte) und *äußerst typisch* (fünf Punkte) für mich (vgl. Meyer et al., 1990, S. 488). Der Reliabilitätskoeffizient liegt bei α 0,86 (vgl. Stöber, 1995, S. 53). Das Penn State Worry Questionnaire in der deutschen Version ist ein Instrument mit guter Validität, um pathologische Sorgen zu erfassen (vgl. Stöber, 1995, S. 61).

Kohärenzgefühl und COVID-19

Anxiety Sensitivity Index (ASI)

Zur Messung der Angstsensitivität wurde der Anxiety Sensitivity Index (ASI) verwendet. Der ASI besteht aus 18 Items, da sich die Items in drei Subskalen mit jeweils sechs Items einteilen lassen (vgl. Taylor et al., 2007, S. 177). Daher wird vom ASI-3 gesprochen. Die erste Subskala misst somatische Bedenken, die zweite Subskala soziale Bedenken und die dritte Skala misst kognitive Bedenken (vgl. Kemper et al., 2011, S. 224). Die Subskala für somatische Bedenken umfasst Items, welche sich auf somatische Angstsymptome und gefürchtete Folgen beziehen (vgl. Kemper et al., 2011, S. 225). In der Subskala zu sozialen Bedenken wird die Furcht vor und die Folgen von öffentlich sichtbaren Angstsymptomen thematisiert (vgl. Kemper et al., 2011, S. 225). Die Subskala der kognitiven Bedenken umfasst die Furcht vor kognitiven Angstsymptomen und die erwarteten Folgen erregungsbedingter Einschränkungen sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit (vgl. Kemper et al., 2011, S. 225).

Die Antwortmöglichkeiten sind *stimme gar nicht zu* (null Punkte), *stimme wenig zu* (ein Punkt), *stimme teils teils zu* (zwei Punkte), *stimme ziemlich zu* (drei Punkte) und *stimme völlig zu* (vier Punkte). Es kann ein Gesamtwert für die Summe aller Items berechnet werden. Es ist aber auch möglich, eine Summe für die einzelnen Skalen zu berechnen.

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) liegen zwischen α 0,75 und α 0,92 (vgl. Kemper et al., 2011, o. S.). Die Reliabilitätskoeffizienten für die Subskala somatische Bedenken liegt zwischen α 0,75 und α 0,85 (vgl. Kemper et al., 2011, o. S.). Bei der Subskala für soziale Bedenken liegt die Reliabilität zwischen α 0,76 und 0,85 (vgl. Kemper et al., 2011, o. S.). Der Reliabilitätskoeffizient für die kognitiven Bedenken liegt zwischen α 0,78 und 0,89 (vgl. Kemper et al., 2011, o. S.). Die Validität der Subskalen konnte belegt werden.

Für den Angstsensitivitätsindex (ASI) wurden sowohl Mittelwerte für die gesamte Skala als auch für die Subskalen erfasst. Die Stichprobe bestand überwiegend aus Studierenden (vgl. Kemper et al., 2009, S. 232). Der Mittelwert für die gesamte Skala liegt in Deutschland bei 19,61 mit einer Standardabweichung von 12,60 (vgl. Kemper et al., 2009, S. 229). Für die Skala der somatischen Bedenken (BSM) liegt der Mittelwert bei 5,01 (SD = 4,18), bei der Skala für soziale Bedenken (BSZ) bei 9,44 und einer Standardabweichung von 5,76 (vgl. Kemper et al., 2009, S. 229). Der Mittelwert für kognitive Bedenken (BKO) liegt bei 5,16 und einer Standardabweichung von 2,66 (vgl. Kemper et al., 2009, S. 229). Die gesamten Mittelwerte sollen als Orientierungshilfe für Personen aus vergleichbaren Populationen dienen.

STAI-Trait

Im STAI-Trait Questionnaire wird mit 20 Items die Eigenschaftsangst gemessen. Die Skala dient der Feststellung individueller Unterschiede im Ausprägungsgrad der Ängstlichkeit (vgl. Laux et al., 1970, S. 47). Es soll beantwortet werden, wie sich die teilnehmenden Personen generell fühlen. Die Antwortmöglichkeiten sind *fast nie*,

manchmal, oft und fast immer. Die Bewertung dieser Antwortmöglichkeiten liegt bei null für *fast nie* und bei vier für *fast immer*. Sieben Items sind gegengerichtet, da sie in Richtung der Angstfreiheit formuliert sind (vgl. Laux et al., 2001, S. 49). Diese Items müssen entsprechend gegengerichtet bewertet werden. Höchstängstliche Personen stufen mehr Situationen als bedrohlicher ein und reagieren mit einer höheren Zustandsangst als Personen, die niedrige Werte bei der Eigenschaftsangst erzielen (vgl. Laux et al., 2001, S. 50).

Um die Trait Angst zu erfassen, wird häufig das State-Trait Angstinventar (STAI) für die Trait Angst verwendet. Bei studierenden Frauen lag der Mittelwert auf der STAI-Trait Skala bei 34,70 (SD = 8,0) (vgl. Laux et al., 2001, S. 23). Bei männlichen Befragten, die sich im Studium befinden, liegt der Mittelwert bei 34,64 (SD = 8,65) (vgl. Laux et al., 2001, S. 23).

3 Ergebnisse

Um einen Überblick über die Ergebnisse zu erhalten, wurde die deskriptive Statistik genutzt, bei der Daten mit Hilfe von Kennwerten beschrieben werden (vgl. Jäger, 2006, S. 75). Die Auswertung des Fragebogens wurde mit der Software SPSS durchgeführt. Zur Visualisierung der deskriptiven Ergebnisse wurde zusätzlich auf MS Excel zurückgegriffen.

Ausgangspunkt für die Auswertung der Daten waren die Rohdaten. Diese wurden gesichtet, wobei unvollständige Datensätze von der Auswertung ausgeschlossen wurden. Es wurden keine fehlenden Messwerte in unvollständigen Fragebögen ergänzt, auch wenn dieses bei einigen Skalen zulässig gewesen wäre. Nach der Sichtung der Daten, wurden diese deskriptivstatistisch, auf Grundlage der Fragestellung, dargestellt. Um die Ergebnisse vergleichbar darzustellen, wurden Prozentzahlen, das arithmetische Mittel und Standardabweichungen genutzt.

Um das Kohärenzgefühl und den negativen Affekt besser miteinander vergleichen zu können, wurde die z-Standardisierung angewendet. Mit Hilfe der z-Standardisierung können Verteilungen, die auf unterschiedlichen Skalen vorliegen, vergleichbar gemacht werden (vgl. Diaz-Bone, 2019, S. 64). Es wurde ein z-Wert für den negativen Affekt zusammengefasst und ein Wert für die Messung des Kohärenzgefühls ermittelt. Zur Erfassung des negativen Affekts nach Hein et al. wurde nur ein Messwert ermittelt, da nur ein Messwertpaar in die Korrelation mit eingehen kann (vgl. Diaz-Bone, 2019, S. 64).

Durch einen Korrelationskoeffizienten bestimmt die bivariate Korrelation über die Enge (starker oder schwacher Zusammenhang) und Richtung des Zusammenhangs (positiv oder negativ) (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 680). Der Koeffizient kann im Bereich von minus eins bis plus eins liegen. Minus eins stellt dabei einen perfekten negativen Zusammenhang und plus eins einen perfekten positiven Zusammenhang dar

Kohärenzgefühl und COVID-19

(vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 681). Bei einem Wert um Null existiert kein systematischer Zusammenhang (vgl. ebd.).

Um eine Regression zu messen, wird der Korrelationskoeffizient von Bravais und Pearson gewählt. Bei diesem müssen beide Merkmale mindestens intervallskaliert sein (vgl. Bourier, 2018, S. 208).

Zur Einordnung der Effektgrößenmaße werden die Normwerte nach Cohen verwendet. Bei einem Korrelationskoeffizienten ab 0,10 wird von einem kleinen, bei einem Wert ab 0,30 von einem mittleren und ab einem Wert von 0,50 von einem großen Effekt gesprochen (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 669). Es sollte keine pauschale Effektgrößen-Klassifikation vorgenommen werden, da diese für die Ergebnisinterpretation nur ein vager Anhaltspunkt ist. Größere Effekte können auf eine größere praktische Bedeutsamkeit hinweisen, aber auch numerisch kleine Effekte können besonders in Themen um Gesundheit und Menschenleben bedeutsam sein (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 669).

3.1 Kohärenzgefühl

Der Skalenmittelwert für die befragten Studierenden des Instituts EKG liegt bei 37,83 und die Standardabweichung bei 8,71. Bei den erreichten Summenwerten liegt das Minimum bei 13,00 Punkten und das Maximum bei 60,00 Punkten. Der Median liegt bei 37,00 Summenpunkten. Bei einer Prozentrangnorm von 25 haben die befragten Studierenden einen Score von 32,5 erreicht. Die Prozentrangnorm von 50 liegt bei 37 und die Prozentrangnorm von 75 liegt bei 44. Die Schiefe liegt bei -0,079 und die Kurtosis bei 0,303.

Bei den weiblichen Befragten ($n = 116$) liegt der Mittelwert bei 37,88 ($SD = 8,93$), der Median bei 37,5 und der Modus bei 37. Der niedrigste erreichte Summenwert liegt bei 17 Punkten und das erreichte Maximum bei 60 Punkten. Die Prozentrangnormen sind so verteilt, dass der Wert bei der Prozentrangnorm von 25 bei 32 liegt. Der Wert bei der Prozentrangnorm von 50 liegt bei 37,5 und bei der Prozentrangnorm von 75 bei 44. Bei den männlichen Befragten ($n = 27$) liegt der Mittelwert bei 38,66 und die Standardabweichung bei 6,43. Der Median liegt bei 37 und der Modus bei 35. Das Minimum liegt bei 28 und das Maximum bei 53. Die Skalenwerte für die Prozentrangnormen verteilen sich auf die 35 Punkte für die 25. Prozentrangnorm auf 37 Punkte für die 50. Prozentrangnorm und 44 Punkte für die 75. Prozentrangnorm.

Es konnten sowohl Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht als auch den angestrebten Studienabschluss gefunden werden. Männliche Studierende weisen ein höheres Kohärenzgefühl als weibliche Studierende auf. Außerdem hatten Studierende, die als Nächstes den Masterabschluss anstrebten, ein durchschnittlich höheres Kohärenzgefühl im Vergleich zu Studierenden vor dem Bachelorabschluss.

3.2 Emotionale Beeinträchtigung während der COVID-19-Pandemie

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur emotionalen Beeinträchtigung der Studierenden dargestellt, die anhand des negativen Affekts ermittelt wurden. Außerdem werden die Normwerte aus bevölkerungsrepräsentativen Stichproben herangezogen und mit den erhobenen Daten verglichen.

COVID-19 bezogene Angst

Zur COVID-19 bezogenen Angst wurde ein Mittelwert von 14,43 (SD = 5,31) berechnet. Die Skala hat eine Range von sieben bis 35 möglichen Punkten, damit liegt der Mittelwert in der Mitte der Range. 20,68 Prozent der Studierenden erreichen einen Wert, der im oberen Viertel der Skala liegt. Werte in diesem Bereich weisen auf eine hohe Angst vor COVID-19 hin.

Die Mittelwerte bei den beiden Geschlechtern unterscheiden sich bei dieser Skala mit 14,53 (SD= 5,28) für weibliche Befragten und 14,28 (SD = 5,54) für männliche Befragten kaum. Damit liegen die Ergebnisse jeweils in der Mitte der Range.

Studierende, die als Nächstes den Bachelorabschluss anstreben, erreichen Mittelwerte von 14,85. Studierende, die als Nächstes den Master anstreben, erreichen hingegen Mittelwerte von 12,80. Damit liegt der erreichte Mittelwert unter dem der gesamten Stichprobe. Keine Person, die im Master studiert, erreicht Werte, die im oberen Viertel der Range liegen.

Die erhobenen Werte gleichen den ermittelten Werten von Cao et al. (2020, S. 3), nach denen 24,9 Prozent der Studierenden von COVID-19 bezogener Angst stark betroffen sind.

State-Angst

Zur Erfassung der State-Angst wurde das Ausmaß der vorhandenen Angst sowie der situationspezifischen Angstgefühle gemessen. Der Mittelwert für die gesamte Stichprobe liegt bei 14,56 (SD = 1,85). Da die Skala eine Range von sechs bis 24 möglichen Punkten hat, liegt der Mittelwert in der Mitte der Range. 7,5 Prozent der Studierenden weisen Werte auf, die über dem 75. Prozentrang liegen. Damit weisen 7,5 Prozent der Studierenden ein hohes Ausmaß an vorhandener Angst auf.

Die Mittelwerte liegen mit 14,43 (SD= 1,82) bei den Studentinnen und 14,96 (SD= 1,89) bei den Studenten ebenfalls auf der Mitte der Range.

Ist der Bachelor der nächste angestrebte Abschluss, liegt der Mittelwert bei 14,57. Streben die Studierenden als Nächstes den Master an, liegt der Mittelwert bei 14,53. Damit liegen die Werte für sowohl Studierende im Bachelor als auch die im Master nah an denen, der gesamten Stichprobe.

| Kohärenzgefühl und COVID-19

Unsicherheitsintoleranz

Der erhobene Mittelwert für die gesamte Stichprobe liegt bei 36,34 (SD = 7,53). Damit liegt der Mittelwert in der Mitte der Range. Bei männlichen Befragten liegt der Mittelwert bei 35,46 (SD = 7,36) und bei weiblichen Befragten bei 36,45 (SD = 7,48). Damit liegen auch diese Mittelwerte in der Mitte der Range.

Bei den Studierenden, die als Nächstes den Bachelor anstreben, liegt der Mittelwert bei 36,62. Studierende, die den Master als nächsten Abschluss anstreben, erzielen den Mittelwert von 35,26. Die Mittelwerte liegen beide in der Mitte der Range. Im Vergleich zur gesamten Stichprobe zeigen Studierende im Master allerdings leicht bessere Werte.

Sorgetendenzen

Die in dieser Stichprobe erhobenen Mittelwerte liegen bei 48,59 (SD = 10,34) für Männer und 54,95 (SD = 11,72) für Frauen. Die von Stöber erfassten Mittelwerte liegen für Männer bei 41,24 (SD = 9,31) und bei 45,11 (SD = 8,95) für Frauen (vgl. Stöber, 1995, S. 59). Somit liegen die Mittelwerte dieser Stichprobe deutlich über denen von Stöber (1995, S. 59).

Die Mittelwerte für Studierende, die den Bachelor anstreben, liegen bei 53,73 (SD = 11,99) und für den Master bei 53,80 (SD = 12,27). Die Werte liegen damit so hoch wie die Werte für die gesamte Stichprobe mit 53,75 Punkten auf dem Summenscore.

Angstintensität

Der Mittelwert für die gesamte Skala liegt bei dieser Stichprobe bei 24,33 und einer Standardabweichung von 13,39. Damit liegt der Mittelwert über dem von Kemper et al. erhobenen Mittelwert von 19,61 (SD = 12,60) (vgl. Kemper et al., 2011, S. 231).

Die Mittelwerte der einzelnen Skalen liegen ebenfalls über denen von Kemper et al. erhobenen Mittelwerten. Der Mittelwert für somatische Bedenken liegt in der vorliegenden Stichprobe bei 7,67 (SD = 5,42). Der von Kemper et al. (vgl. 2011, S. 231) erhobene Mittelwert von 5,01 (SD = 4,18) ist somit niedriger.

Bei der Skala zur Erfassung von sozialen Bedenken liegt der Mittelwert in dieser Stichprobe bei 10,44 (SD = 5,39) und somit höher als bei Kemper et al. (9,44 (SD = 5,76)) (vgl. Kemper et al., 2011, S. 231). Das Gleiche gilt für die Skala zur Erfassung der kognitiven Bedenken, bei der der erfasste Mittelwert bei 7,82 (SD = 5,56) und der von Kemper et al. bei 5,16 (SD = 2,66) liegt (vgl. Kemper et al., 2011, S. 231).

Der Mittelwert für weibliche Befragten liegt bei 24,88 und damit so hoch wie der Mittelwert für die gesamte Stichprobe. Der Mittelwert der männlichen Befragten liegt bei 22,11 und damit etwas niedriger als der Mittelwert der gesamten Stichprobe, aber dennoch über dem von Kemper et al. erhobenen Wert.

Werden die erhobenen Werte für die gesamte Skala der gesamten Stichprobe mit denen der Teilgruppe verglichen, die den Bachelor anstrebt, dann lässt sich erkennen, dass der Mittelwert für Studierende, die als Nächstes den Bachelor anstreben, höher liegt als der Mittelwert der gesamten Stichprobe. Der Mittelwert für Studierende, die

als Nächstes den Master anstreben, liegt mit 18,4 unter dem der gesamten Stichprobe und sogar unter dem von Kemper et al. erhobenen Mittelwert.

Krankheitsangst

Der Mittelwert für die Subskala der Illness Attitudes Scale liegt bei 4,59 (SD = 2,59). Die Range der Skala liegt zwischen null bis zwölf Punkten. Damit liegt der erhobene Mittelwert im unteren Bereich der möglichen Range. Bei männlichen Befragten liegt der Mittelwert bei 4,18 (SD = 2,78) und damit auch im unteren Bereich der Range. Der Mittelwert der weiblichen Befragten von 4,72 (SD = 2,53) lässt sich ebenfalls in diese Ergebnisse einreihen.

Bei den Studierenden, die als Nächstes den Bachelor anstreben liegt der Mittelwert bei 4,66 und damit ebenfalls im unteren Bereich der Range. Wird der Master als nächster Abschluss angestrebt, so liegt der Mittelwert bei 4,3 und damit im unteren Bereich der Range.

Depressive Störungen

Weibliche Befragte erreichen in dieser Stichprobe einen durchschnittlichen Mittelwert von 3,00. Der Mittelwert bei männlichen Befragten liegt mit 2,7 niedriger. Bei den Studentinnen erreichen 48,2 Prozent einen Wert von drei oder mehr, bei den Studenten hingegen sind es 44,4 Prozent.

Für Studierende, die den Bachelorabschluss anstreben, liegt der Mittelwert bei 3,04 (SD = 1,73) und damit leicht über dem der gesamten Stichprobe.

Der Mittelwert der Studierenden, die als Nächstes den Master anstreben, liegt hingegen mit 2,56 unter dem Mittelwert der gesamten Stichprobe. Nicht nur der Mittelwert der PHQ-Skala liegt bei den Studierenden, die den Bachelor anstreben höher, auch die relative Anzahl der Personen mit einem Wert von drei, der auf das Vorliegen einer depressiven Störung hinweist, liegt mit 47,8 Prozent leicht über dem Wert der Studierenden, die den Master anstreben (46,6 Prozent).

Trait-Angst

Die befragten Studentinnen erreichten einen Mittelwert von 47,67 und die Studenten einen Mittelwert von 46,77. Damit liegen die Werte deutlich über den zuvor erfassten Mittelwerten einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (vgl. Laux et al., 2001, S. 23). Diese lagen für studierende Frauen bei 34,70 und für studierende Männer bei 34,64 (vgl. Laux et al., 2001, S. 23).

Studierende, die als Nächstes den Bachelor anstreben, erreichen Mittelwerte von 47,89 und solche, die als Nächstes den Master anstreben, erreichen Mittelwerte von 46,33. Der Mittelwert für die gesamte Stichprobe liegt bei 47,57. Damit weichen weder Studierende in Bachelorstudiengängen noch Studierende in Masterstudiengängen stark vom Mittelwert der gesamten Stichprobe ab.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die befragten Studierenden am Institut Konsum, Ernährung und Gesundheit durchschnittlich häufiger Angst und

Kohärenzgefühl und COVID-19

generalisierte Angststörungen, Angstsensitivität, Hypochondrie und depressive Störungen im Vergleich zu anderen Stichproben aufweisen. Insbesondere im Hinblick auf das Ausmaß der vorhandenen Angst, den Ausprägungsgrad der Ängstlichkeit sowie die Angstintensität zeigen insgesamt mehr Studierende höhere Werte. Dies gilt bei der Angstintensität nicht nur für den Summenwert der gesamten Skala, sondern auch für die einzelnen Subskalen, die somatische, soziale und kognitive Bedenken messen.

3.3 Kohärenzgefühl und negativer Affekt

Kohärenzgefühl und negativer Affekt sind stark negativ korreliert mit $r(n = 145) = -0,61$ ($p = 0,001$). Das bedeutet, dass unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Stichprobe ein höheres Kohärenzgefühl mit einem geringeren negativen Affekt einhergeht.

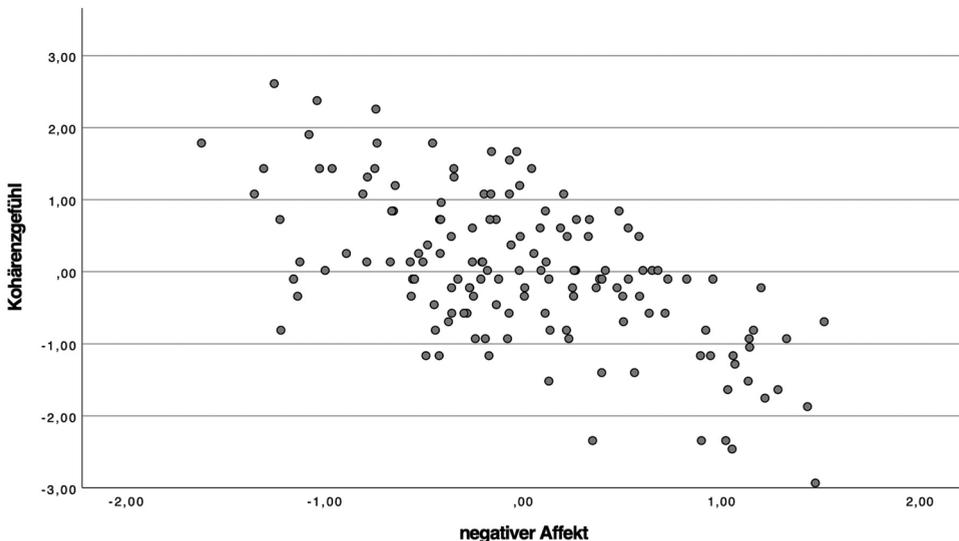


Abb. 1: Kohärenzgefühl und negativer Affekt (Quelle: eigene Darstellung)

Werden die einzelnen Skalen des *negativen Affekts* in Korrelation mit dem *Kohärenzgefühl* gesetzt, fällt auf, dass die meisten Skalen ebenfalls eine starke negative Korrelation mit dem Kohärenzgefühl aufweisen (Tabelle 1). Eine rein deskriptivstatistisch stärkere negative Korrelation als die Mittlere Korrelation mit dem Kohärenzgefühl liegt beim PHQ und bei der STAI Trait Skala vor. Eine deskriptivstatistisch geringere negative Korrelation als die Mittlere Korrelation des negativen Affekts mit dem Kohärenzgefühl liegt bei der Skala für die COVID-19 bezogene Angst, der STAI State Skala, der *Intolerance of Uncertainty Skala*, dem *Penn State Worry Questionnaire* und dem *Anxiety Sensitivity Index* vor.

Die einzige Ausnahme bildet die *Illness Attitude Subskala* zur Erfassung von körperlichen Bedenken. Hier kann ein Nullzusammenhang festgestellt werden. Eine mögliche Erklärung für den Nullzusammenhang kann darin liegen, dass die *Illness Attitude Skala* hypochondrische Sorgen unabhängig von psychologischen Erkrankungen misst (vgl. Stewart & Watt, 2000, S. 84). Die anderen Maße, mit denen das Kohärenzgefühl korreliert und mit denen konsistent substanzielle negative Korrelationen bestehen, fragen vor allem psychische Erkrankungen respektive deren Symptome ab.

Tab. 1: Korrelationen zwischen Kohärenzgefühl und negativem Affekt

	Kohärenzgefühl SOC-L9	
	r	p
Angst vor Corona-19	-0,202**	0,014
STAI-State	-0,412*	0,001
Intolerance of Uncertainty Skala	-0,372*	0,001
PSWQ	-0,482*	0,001
ASI	-0,426*	0,001
IAS	-0,071	0,399
PHQ	-0,639*	0,001
STAI Trait	-0,716*	0,001

n = 145 für alle Skalen

*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Quelle: eigene Berechnung

Im Hinblick auf das Geschlecht zeigte sich, dass das *Kohärenzgefühl* und der *negative Affekt* bei weiblichen Befragten ($r = -0,629$ ($p = 0,001$)) ein wenig stärker miteinander korreliert als bei männlichen Befragten ($r = -0,532$ ($p = 0,001$)).

Unterschiede ließen sich auch beim angestrebten Abschluss feststellen (Abbildung 2). Bei Studierenden, die als Nächstes den Master anstrebten, lag der Korrelationskoeffizient bei $-0,582$ ($p = 0,001$). Bei Studierenden vor dem Bachelorabschluss lag der Korrelationskoeffizient bei $-0,711$ ($p = 0,001$) und somit höher als bei Masterstudierenden.

Kohärenzgefühl und COVID-19

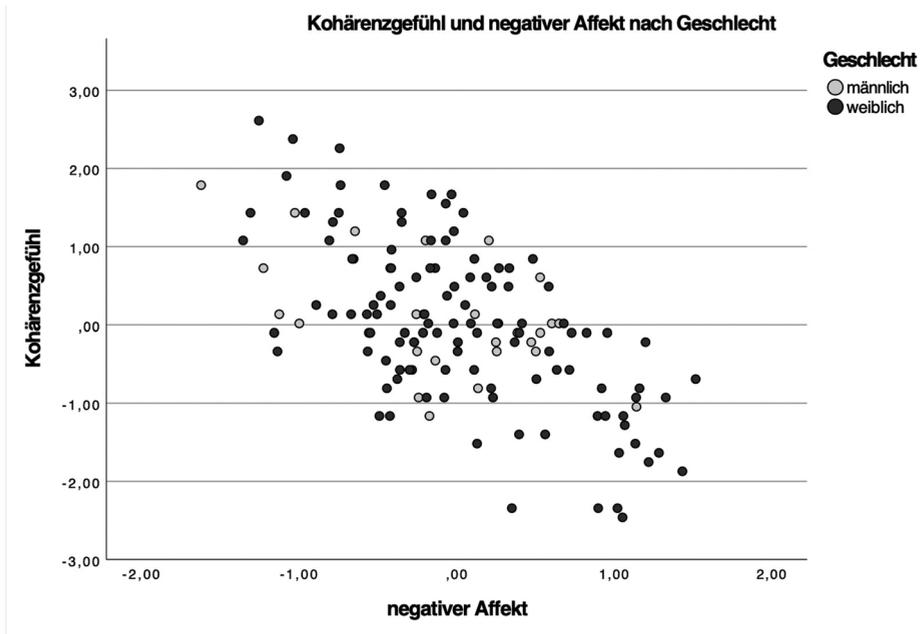


Abb. 2: Kohärenzgefühl und negativer Affekt nach Geschlecht (Quelle: eigene Darstellung)

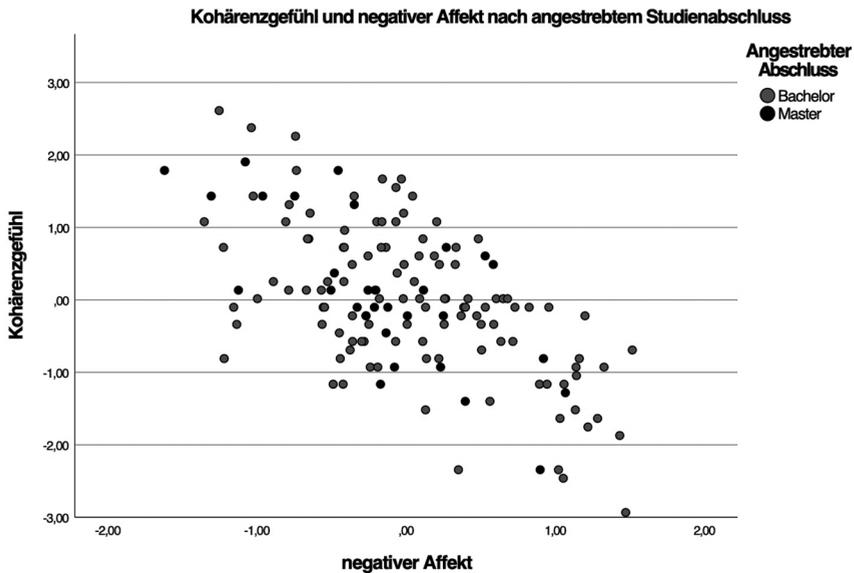


Abb. 3: Kohärenzgefühl und negativer Affekt nach angestrebtem Studienabschluss (Quelle: eigene Darstellung)

4 Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie sollte der Frage nachgehen, ob sich die COVID-19-Pandemie auf emotionale Beeinträchtigungen von Studierenden in Abhängigkeit vom Kohärenzgefühl auswirkt und ob sich hierzu Unterschiede im Geschlecht und angestrebten Studienabschluss zeigen.

Die Ergebnisse der Studie liefern umfangreiche Erkenntnisse über emotionale Beeinträchtigungen von Studierenden während der COVID-19-Pandemie. Die befragten Bachelor- und Masterstudierenden des Instituts EKG weisen insgesamt eine hohe psychische Belastung infolge der Pandemie auf. Diese Befunde zeigen eindeutig, dass die Pandemie nicht spurlos an den Studierenden vorbeigegangen ist.

Die auferlegten Regelungen und Maßnahmen zum Schutz vor der Pandemie griffen stark in die Lebensführung der Studierenden ein. Die fehlende Alltagsroutine, der Verlust der Alltagsstruktur und Stabilität und vor allem die massive Einschränkung sozialer Kontakte haben im starken Maße zur Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens der Befragten beigetragen. Besonders bei Studierenden mit niedrigem Kohärenzgefühl führte die Pandemie zu erheblichen psychischen Beeinträchtigungen. Hierzu konnte ein stark negativer Zusammenhang zwischen der Höhe des *Kohärenzgefühls* und dem *negativen Affekt* festgestellt werden. Je höher das Kohärenzgefühl der Befragten hingegen war, desto niedriger fiel deren emotionale Beeinträchtigung aus.

Differenziert nach Geschlecht zeigte sich bei den weiblichen Befragten ein höherer negativer Zusammenhang zwischen *Kohärenzgefühl* und *negativem Affekt* als bei den männlichen Befragten. Diese Ergebnisse gleichen anderen Studien, in denen männliche Befragten meist höheres Kohärenzgefühl als Frauen aufweisen (vgl. Coe et al., 1992; George, 1996; Larsson & Kallenberg, 1996; Schumacher et al., 2000).

Im Hinblick auf den angestrebten Studienabschluss wurde bei den Bachelorstudierenden insgesamt eine stärkere negative Korrelation zwischen *Kohärenzgefühl* und *negativem Affekt* als bei den Masterstudierenden gemessen.

Die Studienbefunde lassen sich mit bisherigen empirischen Befunden zum Kohärenzgefühl vergleichen, bei denen ein niedriges Kohärenzgefühl häufig mit Ängstlichkeit und depressivem Verhalten in Verbindung steht (vgl. Bowman, 1997; Coe et al., 1991; Koutsoukou-Argyaki et al., 2018), wohingegen ein hohes Kohärenzgefühl mit psychischer Gesundheit, Vermeiden von Stresszuständen sowie Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden korreliert (vgl. Carmel et al., 1991; Dangoor & Florian, 1991; Koutsoukou-Argyaki et al., 2018).

Die Ergebnisse sind besorgniserregend, da sie insbesondere negative Konsequenzen für den Studienverlauf von Studierenden mit niedrigem Kohärenzgefühl implizieren. Hier scheinen insbesondere Studierende, die noch nicht den Bachelorabschluss erreicht haben und sich sozusagen in der Mitte ihrer hochschulischen Ausbildung befinden, am stärksten gefährdet zu sein.

Kohärenzgefühl und COVID-19

Anhand der Befunde kann geschlussfolgert werden, dass die Corona-Pandemie insgesamt Studierende am Institut EKG in hohem Maße beeinträchtigt hat. Die wirklichen Konsequenzen und Folgen können zu dem jetzigen Zeitpunkt lediglich vermutet werden. Intervenierende Maßnahmen sind auf der Hochschulebene notwendig, dürfen jedoch nicht nur auf Bildungsinstitutionen beschränkt bleiben. Insbesondere Studierende mit niedrigem Kohärenzgefühl bedürfen einer professionellen psychosozialen Unterstützung, die auf eine Veränderung dysfunktionaler Wahrnehmung gerichtet ist.

Literatur

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M.D., Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health Addiction*. S. 1537-1545.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt.
- Benke, C., Autenrieth, L. K., Asselmann, E. & Pané-Farré, C. A. (2020). *Stay-at-home orders due to the COVID-19 pandemic are associated with elevated depression and anxiety in younger, but not older adults: results from a nationwide community sample of adults in Germany*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7487742/>.
- Born, A., Crackau, B. & Thomas, D. (2008). Das Kohärenzgefühl als Ressource beim Übergang ins Studium. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(2), 51-60.
- Bourier, G. (2018). *Beschreibende Statistik. Praxisorientierte Einführung – Mit Aufgaben und Lösungen*, 13. Aufl. Springer Gabler.
- Bowman, B. J. (1997). Cultural pathway towards Antonovskys Sense of Coherence. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 139-142.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 1-5.
- Carleton, R. N., Norton, P. J. & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105-117.
- Carmel, S., Anson, O., Bonne, D. Y. & Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence, and health: Gender differences in the kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32(10), 1089-1096.
- Coe, R. M., Miller, D. K. & Flaherty, J. H. (1991). Sense of Coherence and perception of caregiving burden. *Behav. Health Aging*, 2(2), 93-99.
- Dangoor, N., Florian, V. (1994). Women with chronic physical disabilities: Correlates of their life-long psychosocial adaptation. *International Journal of Rehabilitation*, 17(2), 159-168.
- Diaz-Bone, R. (2019). *Statistik für Soziologen* (5., überarb. Aufl.). UTB.

- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in Sozial- und Humanwissenschaften*, 5. Aufl. Springer.
- George, V. D. (1996). Field – workers' sense of coherence and perception of risk when making home visits. *Public Health Nursing*, 13,144-152.
- Glöckner-Rist, A., Rist, F. (2014). *Deutsche Version des Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-d). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/zis219>.
- Hein, G., Gamer, M., Gall, D., Gründahl, M., Domschke, K., Andreatta, M., Wieser, M. J. & Pauli, P. (2021). Social cognitive factors outweigh negative emotionality in predicting COVID-19 related safety behaviors. *Preventive Medicine Reports*, 2021(24),1-16.
- Hoyer, J., Helbig, S. & Margraf, J. (2005). *Diagnostik der Angststörungen*. Hogrefe.
- Jäger, R. S. (2006). Deskriptive Statistik und statistische Auswertung. In M. Wosnitza & R. S. Jäger (Hrsg.), *Daten erfassen, auswerten und präsentieren – aber wie? Eine elementare Einführung in sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden, Statistik, computergestützte Datenanalyse und Ergebnispräsentation* (S. 75-99) (4., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Empirische Pädagogik.
- Jerusalem, M. (1992). Die Bedeutung des Selbstkonzepts für Bedrohungerleben und Attributionen in Leistungssituationen. *Unterrichtswissenschaft*, 20(4), 293-307.
- Kemper, C. J., Ziegler, M., Taylor, S. (2011): ASI-3 – Angstsensitivitätsindex-3. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Informationen und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), Elektronisches Testarchiv, ZPID.
- Klug, K. & Meister, S. (2020). Study@CoronaTimes. Wie Studierende das Corona-Semester bewerten. *DNH*, 6, 20-23.
- Koutsoukou-Argyragi, A., Bertolino, A., Kreß, V., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Holm-Hadulla, R. M. (2018). Veränderungen von Kohärenzgefühl, Symptombelastung und Lebens- sowie Studienzufriedenheit im Verlauf psychosozialer Beratungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 68(2), 66-74.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2 – Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292.
- Larsson, G. & Kallenberg, K.O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of public Health*, 6, 175-180.
- Lauriola, M., Mosca, O., Trentini, C., Foschi, R., Tambelli, R. & Carleton, R. N. (2018). The Intolerance of Uncertainty Inventory: Validity and Comparison of Scoring Methods to Assess Individuals Screening Positive for Anxiety and Depression. *Frontiers in Psychology*, 9 (388), 1-11.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (2001). *Das State-Trait-Angstinventar*. Beltz.

| Kohärenzgefühl und COVID-19

- Löwe, B., Kroenke, K. & Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 163-171.
- Marteau, T. M. & Bekker, H. (1992). The Development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *The British Journal of Clinical Psychology*, 31, 301-306.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Schuhmacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfungen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychotherapie, Psychosomatik medizinischer Psychologie (PPMP)*, 50(12), 472-482.
- Singer, S. & Brähler, E. (2007). *Die Sense of Coherence Scale. Testhandbuch zur deutschen Version*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Smith, T. & Meyers, L. S. (1997). The sense of coherence: Its relationship to personality, stress, and health measurements. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 513-526.
- Stewart, S. H. & Watt, M. C. (2000). Illness Attitudes Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in a nonclinical sample. *Behavior and Research Therapy*, 38, 83-99.
- Stöber, J. (1995). Besorgnis: Ein Vergleich dreier Inventare zur Erfassung allgemeiner Sorgen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 50-63.
- Watson, D., Tellegen, A. (1985): Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235.

Verfasserinnen

Dr.ⁱⁿ phil. Joanna Hellweg
Johanna Koch
Universität Paderborn
Institut für Ernährung, Konsum und Gesundheit

Warburger Straße 100
D-33098 Paderborn

E-Mail: joanna.hellweg@uni-paderborn.de

E-Mail: jokoes@t-online.de

Internet: <https://sug.uni-paderborn.de/ekg/fd/>