

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Institut für Medizinische Psychologie  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F.A. Muthny)

# **Die Funktion von religiösen und spirituellen Einstellungen bei der Krankheitsverarbeitung einer Krebserkrankung**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des doctor rerum medicinalium

der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität Münster

Vorgelegt von Elke Tappesser

aus Essen

2008

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Volker Arolt

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F.A. Muthny

Koreferentin: Univ.-Prof. Dr. rer. soz. Irmgard Nippert

Tag der mündlichen Prüfung: 10.12.2008

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Institut für Medizinische Psychologie  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F.A. Muthny)  
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F.A. Muthny  
Koreferentin: Univ.-Prof. Dr. rer. soz. Irmgard Nippert

## **Zusammenfassung:**

Die Funktion von religiösen und spirituellen Einstellungen bei der Krankheitsverarbeitung einer Krebserkrankung. Tappesser, Elke

Die erfolgreiche Bewältigung einer Krebserkrankung hängt davon ab, wie der Patient sich mit der Erkrankung auseinandersetzt. Dabei spielen die subjektiv wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten, die die Patienten auf den Krankheitsverarbeitungsprozess haben können, eine entscheidende Rolle. Eine Einflussmöglichkeit kann der Glaube sein. Dieses emotional-kognitive System „Religion“ kann Schmerz und Leid in angenehmere Emotionen transformieren und als Werkzeug der Informationsregulation eingesetzt werden.

Die Querschnittsstudie ermittelt neue religiöse und spirituelle Einflussmöglichkeiten, die sich auf das Bewältigungsverhalten auswirken. Es wurden 111 Brustkrebspatientinnen mittels Fragebogen zu den Inhaltsbereichen, die Funktion von religiösen und spirituellen Einstellungen und deren Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung und die Lebensqualität, befragt. Nach der Befragung (N=53) erfolgte eine Fremdeinschätzung durch die Interviewerin. Hinsichtlich der Altersverteilung setzte sich die Stichprobe aus Frauen zusammen, die zwischen 40 und 60 Jahre alt waren.

Mehr als die Hälfte der Patientinnen (60%) waren verheiratet und lebten mit ihrem Partner zusammen. Es wurden alle Patientinnen in die Studie eingeschlossen, die an Brustkrebs erkrankt waren, unabhängig von ihrem Krankheitsstadium und deren Verlauf. Mehr als die Hälfte der Patientinnen glauben, dass das Leben und der Tod der Menschen von Gottes Plan bestimmt wird. Gebete und Meditation werden in Zeiten der Erkrankung ebenfalls von mehr als der Hälfte der Patientinnen als hilfreich angesehen. Die meisten Patientinnen halten sich für problemlösungskompetent und sind zuversichtlich, dass Sie auch im Hinblick auf die Erkrankung mit dieser Herausforderung zu Recht kommen werden, wobei ein Viertel der Patientinnen, die Probleme in Zusammenarbeit mit Gott lösen. Mehr als die Hälfte der Patientinnen finden Trost und Kraft im Glauben. Die Ergebnisse der Interviewstichprobe zeigen, dass 45% der Patientinnen dem Glauben einen großen Stellenwert beimessen. Die häufigsten Rituale, die die Patienten anwenden, sind Beten (55%) und eine Kerze anzünden (47%). Die durchgeführten Rituale wirken sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden (81%) der Patientinnen aus und 35% schöpfen daraus Hoffnung und Kraft. Die Rituale wirken entspannend (51%) und fördern die Gelassenheit (46%). Mehr als die Hälfte der Patientinnen schätzen den Einfluss des Glaubens auf ihr heutiges Leben als wichtig ein. Die Emotionen die durch die Rituale hervorgerufen werden, sind eher mit einem aktiv-kognitiven Copingverhalten (Hoffnung und Kraft) vergleichbar. Dadurch werden negative Auswirkungen (Angst, Depression, Stress) reduziert und die Patientinnen zeigen, auch angesichts starker Krankheitssymptome und Therapiebelastungen, eine grundlegende Zufriedenheit in ihrem Leben. Religion und Spiritualität kann als Ressource im Krankheitsverarbeitungsprozess eine wichtige Rolle spielen.

# INHALTSVERZEICHNIS

## ZUSAMMENFASSUNG

<b>1. EINLEITUNG</b>	Seite 1
<b>2. THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	3
2.1 Zur Psychologie der Religiosität	3
2.1.1 Begriffsbestimmung „Religion“	5
2.2 Zur Psychologie der Spiritualität	6
2.2.1 Begriffsbestimmung „Spiritualität“	6
2.3 Merkmale psychischer Gesundheit	7
2.3.1 Salutogenese Ansatz	8
2.3.2 Der Attributionstheoretische Ansatz	8
2.3.3 Das gesundheitliche Konzept der Kontrollüberzeugung	10
2.4 Perspektiven der Stressforschung	11
2.4.1 Transaktionales Modell zur Stressbewältigung von Lazarus	12
2.4.2 Coping	13
2.4.3 Religiöses Coping	13
2.5 Krankheitsverarbeitung- Forschungskonzepte	14
2.5.1 Phasen der Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung	19
2.5.2 Aktive Versuche der Krankheitsverarbeitung –Strategien der Auf- merksamkeitszuwendung	21
<b>3. UNTERSUCHUNGSMETHODIK</b>	25
3.1 Ziel und Fragestellungen der Untersuchung	25
3.1.1 Einteilung de Hypothesen	25
3.1.2 Hypothesen	26

3.1.3	Qualitative Methode	30
3.1.4	Interview Stichprobe	31
3.2.1	Gebildete Kategorien zur Transkription des Interviews	32
3.2.2	Fremdeinschätzung	35
3.2.3	Probandengewinnung	35
3.3	Studiendesign und Durchführung	36
3.3.1	Messinstrumente	37
<b>4.</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>44</b>
4.1	Deskriptive Statistik	44
4.1.1	Soziodemografische Daten der Gesamtstichprobe	44
4.1.2	Krankheitsbezogene Daten der Gesamtstichprobe	46
4.2	Häufigkeiten der Gesamtstichprobe	48
4.2.1	SBI-15 R	48
4.2.2	GKE	48
4.2.3	SF-12	49
4.2.4	RPSS-K	50
4.2.5	FACIT-SP	51
4.2.6	FKV	54
4.2.7	WHOQOL- Bref-15	55
4.3	Ergebnisse der Teilstichprobe	55
4.3.1	Deskriptive Statistik der Teilstichprobe	55
4.3.2	Krankheitsbezogene Daten der Teilstichprobe	57
4.3.3	SBI-15 R	58
4.3.4	GKE	59
4.3.5	SF-12	60
4.3.6	RPSS-K	61
4.3.7	FACIT-Sp	61
4.3.8	FKV-Lis	62
4.3.9	WHOQOL-Bref	63
4.4	Gegenüberstellung Fragebogen und Interviewstichprobe	64
4.5	Interviewergebnisse	67

4.5.1	Auswirkung der Rituale	69
4.5.2	Die Rolle des Glaubens bei der Verarbeitung der Erkrankung	70
4.6	Deskriptive Statistik der Fremdeinschätzung	73
4.6.1	Auswirkung religiöser und spiritueller Dimensionen auf das subjektive Wohlbefinden der Patientinnen	75
4.6.2	Hauptnutzen des religiösen und spirituellen Copings für die Patientinnen	77
4.7	Fallbeispiele	79
4.7.1	Fallbeispiel Nr 1	80
4.7.2	Fallbeispiel Nr.2	81
<b>5.</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>85</b>
	Religiöses und spirituelles Coping	85
	Altersverteilung und Religionszugehörigkeit	89
	Interview	91
	Fremdeinschätzung	92
	Fazit, Ausblick	94
	Bedeutung für den Klinischen Alltag	94
<b>6.</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>96</b>
	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>112</b>
	<b>CURRICULUM VITAE</b>	<b>114</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>116</b>

## 1. Einleitung

„Wie kirchensoziologische Untersuchungen und aktuelle empirische Befragungen zur Religiosität von Jugendlichen (vgl. Barz, 1992) belegen, ist eine neue Suche nach spirituellen religiösen Erfahrungen in dem Maße angewachsen, wie sich traditionelle Bindungen und Werte (Kirchgang, Tagesgebete), an christlichen Normen orientierte Lebensführung und Erziehung aufgelöst haben.“ (Utsch, M. 1996, S. 125)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass die traditionellen religiösen Handlungsweisen redundant werden und im Begriff sind, sich ganz aufzulösen. Sie lösen sich auf, was aber nicht bedeutet, dass sie überflüssig sind oder werden. Das Bedürfnis nach Religiosität und Spiritualität besteht weiterhin.

Dies trifft im besonderen Maße auf Personengruppen zu, die sich in einer Lebenskrise befinden. Eine Lebenskrise, z.B. eine onkologische Erkrankung, ist mit äußerlichen körperlichen und psychischen seelischen Folgen verbunden, die zu Lebensstress führen. Krankheitsverarbeitung ist die auf kognitiver und handlungsbezogener Ebene stattfindende Anpassungsleistung, die im Verlauf einer Krebserkrankung auftretenden körperlichen und psychischen Belastungen, als empfundenen Lebensstress zu minimieren. Das Ergebnis dieses oben beschriebenen Krankheitsverarbeitungsprozesses hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, der Persönlichkeit des Patienten, seiner Einstellung zur Krebserkrankung, seinen bisherigen Erlebnisse und subjektiven Vorstellungen. Der Verarbeitungsprozess betrifft nicht nur den Patienten selbst, sondern auch sein gesamtes Umfeld.

Eine onkologische Erkrankung stellt für den Patienten eine Lebenskrise der ganz besonderen Art dar. Oftmals erfährt der Patient dies als eine Schnittstelle, zwischen dem bisher geführten Leben und dem jetzigen Leben, in dem neue Prioritäten gesetzt werden. Dies ist eine Zeit, in der der Patient sich mit seinem gesamten Leben auseinandersetzt. Das Chaos, das die Erkrankung im Leben des Patienten auslöst wird neu geordnet. Die Frage nach dem Sinn des Lebens und auch zum Teil die Auseinandersetzung mit dem Tod, fordern den Rückgriff auf andere bisher vielleicht ungenutzte oder neu zu entdeckende Ressourcen, d.h. die Gesamtheit der ihm zur Verfügung stehenden Mittel, die er besitzt, um die „neue“ Aufgabe zu lösen. Der Patient setzt seine Ressourcen ein, um mit der Belastungssituation zu Recht zu kommen.

Patienten suchen Heilung, die sich selbstverständlich auf eine Linderung der Symptome bezieht, aber gerade bei einer chronischen Erkrankung erwarten viele Patienten mehr. Eine Krebserkrankung belastet die Patienten auch psychisch. Sie möchten über spirituelle Fragen mit dem Arzt sprechen, um auch auf der geistigen und psychischen Ebene die Lebenskrise zu bewältigen.

Sie fragen: „Warum bin ich krank? Welche Rolle spielt Gott dabei?“. Niemand kann darauf eine eindeutige und endgültige Antwort geben. Aber der Arzt kann Patienten darin unterstützen, seine physische und seelische Kraft, die der Glaube ihm geben kann, zu aktivieren. Das religiöse System beinhaltet Regeln, Gebote und Handlungsanweisungen, die zur Annahme der Situation, zu Geborgenheit und Sicherheit führen können und so das Fundament für eine gesunde Lebenskompetenz darstellen können. Die Sinndimension, sowie die Frage nach Ordnung und Chaos und den zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten stehen in einem engen Zusammenhang zum Glaubenssystem.



## **2. Theoretischer Hintergrund**

Aus dem Glaubenssystem heraus resultiert Ordnung. Eine Ordnung auf einen Sinn hin, wie es von Antonovsky (1997) beschrieben wird, ist notwendig um Leben lebendig zu leben. Aus dem Glaubenssystem resultiert die Ordnung, die der einzelne für sich in der Welt findet. Der Glaube kann somit als Ressource bei der Interpretation und Bewältigung einer Lebenskrise, wie die onkologische Erkrankung sie darstellt, mit Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden im Sinne von Gesundheit und Krankheit genutzt werden.

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob Brustkrebspatientinnen auf ihren Glauben zurückgreifen und welche Auswirkung diese Ressource auf den Krankheitsverarbeitungsprozess hat.

### **2.1 Zur Psychologie der Religiosität**

In den Lehrbüchern der Psychologie (vgl. Dörner & Selg 1985) oder der Klinischen Psychologie und in der Gesundheitspsychologie (vgl. Hurrelmann & Laaser, 1993) finden sich solche Stichwörter wie „transpersonal“ oder „spirituell“ in der Regel nicht.

Das Stichwort Religion ist ebenfalls selten oder nie in der psychologischen Fachliteratur zu finden. In diesem Abschnitt wird ein Überblick gegeben über die verschiedenen psychologischen Ansätze die sich mit dem Phänomen des Religiösen beschäftigen, wie z. B. die Persönlichkeitstypologie, die allgemeine Psychologie, die Entwicklungs- und Kognitions- und Sozialpsychologie und deren Forschungserkenntnisse. Eine ausreichende Auseinandersetzung mit den psychologischen Ansätzen für Religion kann hier nicht geleistet werden. Eher soll die Vielfalt und die Problematik der Eindeutigkeit auf dem Gebiet der Erforschung von Religiosität verdeutlicht werden.

Die Pluralität zeigt die verschiedenen Zugänge zu dieser Thematik, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Für die Religiosität als Forschungsgegenstand sind, dies zeigt auch die Arbeit, viele verschiedene Zugänge notwendig, die sich weder aufeinander beziehen müssen, noch gegenseitig ausschließen. In der allgemeinen Psychologie werden spezielle Wahrnehmungsformen der religiösen Erfahrung erforscht. Hinsichtlich der religiösen Motivation existieren zahlreiche tiefenpsychologische (vgl. Rizzutto, 1979; Heimbrock 1991) und entwicklungspsychologische Ansätze (vgl. Meadow & Kahoe, 1984).

Die Kognitionspsychologie befasst sich mit der Beschreibung der kognitiven Prozesse beim religiösen Erleben und Verhalten (vgl. Bucher, Reich, 1989). Der meist zitierteste Ansatz auf dem Gebiet der Persönlichkeitsforschung ist das I-E- Konzept (vgl. Donahue, 1985) von Allport. Dieser Ansatz wurde von Batson und Ventis (1982) um eine dritte Dimension von Quest erweitert, die Religion als Suche erfasst. Ein weiterer Schwerpunkt der Persönlichkeitsforschung besteht in der Auffassung dass Religion eine Copingressource darstellt (vgl. Pargament et al., 1988, 1990, 1992).

C.G. Jung (1932) hat eine Persönlichkeitstypologisierung nach den Funktionstypen des Bewusstseins eingeteilt, nach denen sich der einzelne Mensch vornehmlich von seinem Denken, Fühlen, Empfinden, leiten lässt. Jedem dieser Grundbegriffe lassen sich idealtypisch spezifische religiöse Verhaltensformen zu ordnen (vgl. Hark, 1984).

Sigmund Freud (1907,1973) deutete die religiöse Erfahrung in ihrem mystischen Gipfel, als „ozeanisches Gefühl“, als Regression ins Vor-Ich, ins kindliche, embryonale Geborgensein im Mutterschoß. Religion und insbesondere die mystische Erfahrung ist nach Freud nur eine kollektive Neurose Um die Motive eines religiösen Menschen zu verstehen, ist es sinnvoll die allgemeinen und individuellen Ausprägungen des religiösen Menschen zu betrachten (vgl. Grom, 1992).

Allport entwickelte in seinem Buch „The Individual and His Religion“ 1950 das Konzept der religiösen Gesinnung. Er entwickelte einen Idealtypus der „reifen religiösen Gesinnung“ und unterscheidet diesen von der „unreifen religiösen Gesinnung“. Die funktionelle Autonomie sieht Allport als wichtigste Disposition der reifen religiösen Gesinnung an, in der der Mensch selbst bestimmt und handelt, während die unreife religiöse Gesinnung von Ängsten und Bedürfnissen geprägt ist. Allport entwickelte die psychologischen Konstrukte der „intrinsischen“ und „extrinsischen“ Religiosität. Die extrinsische Religiosität bietet dem Individuum Selbstschutz, Trost und Seligkeit. Die intrinsische Religiosität bezieht sich auf die Betonung eines religiösen Innenlebens.

In der vorliegenden Arbeit wurden die religiösen Problemlösungsstrategien getrennt von den spirituellen Lösungsstrategien erhoben und in Beziehung zur Lebensqualität gesetzt. Des Weiteren wurde untersucht, wie und ob der Glaube ein aktives Copingverhalten begünstigt. Da die Krebserkrankung erstmal ein „Schock“ für die Patientinnen darstellt, der sie aus der Mitte des Lebens reißt, ist alles was mit der Erkrankung zu tun hat, als Stress anzusehen. Deshalb folgt, nach der Begriffsbestimmung von Religion und Spiritualität, ein Überblick über verschiedene Konzepte der Stressforschung und einer Beschreibung unterschiedlicher Stressfaktoren.

### 2.1.1 Begriffsbestimmung Religion

Der Glaube an die Existenz einer höheren Wirklichkeit ist das Kennzeichen von Religion und Spiritualität. Diese höheren Instanzen können auf Sinnfragen eine Antwort geben. Religionen unterscheiden sich von der Art und Weise, wie sie eine höhere Macht sehen (z.B. Christentum), die an eine personale übernatürliche Instanz (Gott) geknüpft ist.

Für den Gegenstand Religion existieren viele unterschiedliche Definitionen. Sie alle haben die Schwierigkeit, nur einzelne Merkmale des Gegenstands Religion hervor zu heben und andere zu vernachlässigen. Deshalb wird hier nicht auf eine Definition zurückgegriffen, die in einem Satz versucht das multidimensionale Konstrukt Religion zu erklären, sondern diese Arbeit versucht die Merkmale, die eine Religion bzw. einen religiösen Menschen kennzeichnen, zu erfassen. Diese Merkmalsbestimmung hat den Vorteil, dass sie die entscheidenden Dimensionen der Religion, so wie sie am häufigsten existieren, erfasst und als realitätsnah bezeichnet werden kann.

„Waardenburg (1986) unterscheidet drei wesentliche Merkmale:

1. *Religiös gedeutete Wirklichkeiten*: d.h. neben der sinnliche erfahrbaren Wirklichkeit wird eine „übernatürliche“ Wirklichkeit angenommen. Dies umfasst häufig den Glauben an höhere, transzendente Wesen.
2. *Religiös gedeutete Erfahrungen*: d.h. Erfahrungen werden vom Einzelnen und / oder seiner Kultur in Bezug auf religiöse Wirklichkeit gedeutet.
3. *religiös gedeutete Normen*: Moralische Bestimmungen, Regeln und Gesetze, die den Kosmos, die Gesellschaft und das Verhalten des Einzelnen betreffen, sind in ihrem Absolutheitsanspruch durch eine höhere Instanz gerechtfertigt.“

(vgl. Murken, 1994)

Gegebenheiten auf die der Mensch, der religiös ist sich bezieht, sind Glaubens- und Formenwelten einer bestimmten Religion, so wie ein Bezug zum Normen und Traditionssystem seiner Religion. Er ist in einer Religionsgemeinschaft eingebunden und teilt deren Mythen, Riten und Dogmen.

### 2.2 Zur Psychologie der Spiritualität

Die Anzahl der Personen in Europa die als religions- oder konfessionslos registriert sind, steigt weiterhin an. Diese Tendenz ist auch in den „neuen Bundesländern“ zu beobachten, in der 80% der Bevölkerung *ohne* Glaubensbekenntnis registriert sind (Utsch, 1996). Das Phänomen Glaube ist aber nicht aus der Gesellschaft verschwunden, sondern manifestiert sich in sehr individuellen unterschiedlichen Vorstellungen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen und adaptierten Variationen (vgl. Kurzdörfer, 1991, Barz; 1995).

Das 1994 in vierte, Revision erschienene „Diagnostische und statistische Manual psychischer Krankheiten“ (DSM-IV) unterscheidet Religiosität von Spiritualität. Verschlüsselt enthält es das Thema „Religiöses oder spirituelles Problem“, dazu zählen Belastungssituationen, wie der Verlust des Glaubens, Probleme nach einer Konversion zu einem neuen Glauben, oder existentielle Fragen hinsichtlich spiritueller Werte, die nicht notwendigerweise mit einer organisierten Kirche oder einer religiösen Organisation zu tun haben müssen.“ (DSM-IV, zit. nach Hall, Tisdale & Brokaw 1994, S. 395). Spiritualität kann als eine transpersonale oder personale Komponente betrachtet werden.

Die transpersonalen Theorien stützen sich auf ein Menschenbild, das keine materialistische Struktur aufweist, sondern einer geistig- spirituellen Realität oder Energie ausgeht (vgl. Walach, 1990).

Der transpersonale oder auch anthropologische Ansatz versteht Spiritualität als kosmische Qualität, die sich mit der spirituellen Seite der Natur des Menschen befasst. Spiritualität kann, muss aber nicht zwingend notwendig religiös motiviert sein. Im angloamerikanischen Raum knüpfen die psychologischen Forschungsrichtungen an die Transpersonale Psychologie (vgl. Walsh, 1995, Waldmann, 1996) und an die Traditionen der Vielfalt der religiösen Erfahrungen (James, 1991), so wie an der komplexen Psychologie C. G. Jungs (1984) an.

#### 2.2.1 Begriffsbestimmung Spiritualität

Religion und Spiritualität haben eines gemeinsam, sie bedeuten Suche nach einer höheren Macht, nach dem Lebenssinn, dem Wesentlichen, dem Eigentlichen. Jede Art von Sinnsuche und Sinnfindung kann als spirituell bezeichnet werden (vgl. Benner 1989).

Spiritualität die sich auf eine höhere Macht bezieht ist nicht personal gebunden, während sich die Inhalte der Religion auf den Glauben an eine Person (z.B. Gott, Buddha) beziehen. Religionen halten sich an Dogmen, an Gesetze und sind an Institutionen gebunden. Spiritualität will die wesenseigene Religiosität finden. Spiritualität ist die bewusste Selbstfindung in eine neue Dimension der Wahrnehmung der Wirklichkeit, ein neues Verständnis von Moral und eine neue Praxis von Exerzitium.

Brown, Peterson und Cunningham (1988) haben die Dimensionen der Spiritualität folgendermaßen definiert:

1. Die Beziehung zu uns selbst umfasst die Anerkennung des eigenen Werts, gute Ernährung, körperliche Ertüchtigung, positives Denken, Geduld u.s.w.
2. Die Beziehung zu anderen umfasst das Ausdrücken von Gefühlen, Vergebung, Ehrlichkeit, Offenheit, gegenseitiges Berühren u.s.w.
3. Die Beziehung zur höheren Macht umfasst ein ethisches Leben, Meditation und Gebet, Hoffnung und Vertrauen.“

Spiritualität kann als eine positive, wachstumsfördernde Beziehung zu uns selbst, zu anderen Menschen und der Natur sowie zu einer größeren Realität, dem Universum, verstanden werden (vgl. Murken, 1994).

Spiritualität ist ein lebendiges Fühlen und Teilnehmen an der kosmischen Wirklichkeit. Es geht nicht um Festgelegtes, sondern um die Erweiterung der Wahrnehmung. Es geht nicht um Wissen und Dogmen, sondern um Erfahrung.

### **2.3 Merkmale psychischer Gesundheit**

In den letzten 20 Jahren hat sich der Blickwinkel der Psychologie verändert. Die Psychopathogenese bzw. die Beschäftigung mit der Frage wie psychische Krankheiten entstehen, wurde von dem salutogenetischen Blickwinkel abgelöst, der sich mit den Bedingungen und der Erhaltung psychischer Gesundheit beschäftigt. Dadurch ist es möglich, zwei unterschiedliche Kategorien von Ressourcen, die die Gesundheit fördern können, zu ermitteln. Personale Ressourcen, Bedingungen der Person und Ressourcen (z.B. materielle, soziale Ressourcen) außerhalb der Person.

### **2.3.1 Salutogenese Ansatz**

Der Salutogenese Ansatz untersucht die protektiven Faktoren, die bei der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt vorhanden sind. Protektive Faktoren werden als Ressource bezeichnet. Der Salutogenese Ansatz gehört zu den bio-psychozialen Modellen, die die Frage aufgreift, wie Menschen gesund bleiben oder wieder werden. Gesundheit, Krankheit und Krankheitsbewältigung werden durch das Zusammenwirken komplexer physischer, psychischer und sozialer Faktoren bestimmt. Gesundheit bzw. Krankheit wird als Prozess betrachtet. Die Einstellung eines Menschen bestimmen seine Gesundheit (psychische Merkmale). Günstig sind ein hohes Maß an Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, gepaart mit interpersonalem Vertrauen und ein Vertrauen in die Zukunft. Psycho-physisches Wohlbefinden, das Streben des Menschen nach Reifung und Entfaltung seiner Anlagen, sowie eine ausgeprägte selbst- fremdbezogene Wertschätzung führen zur psychischen Gesundheit. Gesundheit und gesundheitsbezogenes Handeln werden wesentlich von psychischen und sozialen Faktoren bestimmt. Weitreichende Kommunikationskompetenzen, die Fähigkeit auf andere zuzugehen, Hilfe mobilisieren und annehmen können, die eigenen Bedürfnisse problembezogen bewältigen, sind zentrale gesundheitsbezogene Handlungskompetenzen.

Allport (1963, 1964) vermutete, dass intrinsische Religiosität ganz im Gegensatz zur extrinsischen Religiosität, die Gesundheit schützen und fördern könne. Bergin (1980) ist der Überzeugung, dass die Berücksichtigung der religiösen Wertvorstellungen der Klienten innerhalb der Psychotherapie eine fruchtbare Ressource darstellt. Eine Reihe von Studien (Dörr, 2001; Murken, 1994; Jäger, 1997; Becker, 1986; Deister, 1998; Deusinger, 1981) versuchen den Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit empirisch zu erfassen. Die Ergebnisse sind nicht eindeutig und ergaben, dass Religiosität bei einigen Personengruppen einen schädlichen und bei einer geringen Mehrheit einen eher positiven Einfluss hat. Allerdings ist zu bemängeln, dass Religiosität nicht einheitlich gemessen wurde und auch die Abgrenzung von Religion und Spiritualität nicht trennscharf erfolgte.

### **2.3.2 Der Attributionstheoretische Ansatz (Spilka et al., 1985)**

Der Attributionstheoretische Ansatz, geht von der Annahme aus, dass der Mensch versucht, gewisse Ereignisse zu erklären. Dies geschieht durch die Zuschreibung

(Attributierung) von Ursachen, Absichten und Motiven (vgl. Grom, 1992). Attributionen beeinflussen das soziale Verhalten, die Selbsteinschätzung und die Zukunftserwartungen. (Heckhausen, H. 1980) Religiöse Deutungssysteme werden genutzt, um Ereignisse zu erklären. Spilka et al. (1991) erarbeiteten drei Hauptmotive, die allgemeinen Attributionen zu Grunde liegen.

- 1) Religiöse Deutungssysteme können hilfreich sein, um die Welt als etwas Sinnvolles zu begreifen.
- 2) Sie befriedigen das Verlangen des Menschen nach Kontrolle und Vorhersage. Durch Gebet, Rituale und der Befolgung von Normen (instrumentell, extrinsisch orientierter Typ) wächst der Zukunftsoptimismus. Gott kontrolliert alles, so dass alles was geschieht richtig ist (intrinsisch motivierter Typ)
- 3) Religiöse Deutungsmuster stärken das positive Selbstkonzept.

Die Häufigkeit von religiösen Attributionen, hängt von vier Faktoren ab:

- a) Charakteristika des Attributors
- b) Kontext des Attributors
- c) Charakteristika des Ereignisses
- d) Kontext des Ereignisses

### *Zu 1) Charakteristika des Attributors*

Die Attributoren wie Gott erlebt wird (z.B. ob strafend, oder belohnend) hängt von der Sozialisation des Individuums ab. Der familiäre Hintergrund, ein gemeinsamer religiöser Code, sowie die Ausprägung des Selbstkonzepts sind maßgebend für die religiösen Erklärungen des Individuums. Der Attributor ist überzeugt, dass Gott in sein Leben eingreift, d.h. dass er eher religiösen Kontrollmechanismen Bedeutung beimisst.

### *Zu 2) Kontext des Attributors*

Die Mehrzahl religiöser Erfahrungen erfolgt in einem Raum, in der das Individuum diese Erfahrungen zu lassen kann (z.B. Beten im Gottesdienst).

Ausschlaggebend ist die Erfahrung, die das Individuum mit dem religiösen Deutungssystem gemacht hat, um Ereignisse zu kontrollieren.

### *Zu 3) Charakteristika des Ereignisses*

Nicht nur das Verstehen und Kontrollieren eines Ereignisses und das Selbstkonzept sind maßgebend, sondern auch wie schlüssig ein Ereignis durch das religiöse Deutungssystem

erklärt werden kann. Günstige Ereignisse Gott zu zuschreiben kann den Selbstwert erhöhen.

### *Zu 4) Kontext des Ereignisses*

Ort und Zeit des Ereignisses beeinflussen die religiösen Deutungsmuster.

Das Individuum, das z.B. vor einer medizinischen Behandlung betet und schließlich gesund wird. Das Gebet wird in dieser Situation als Abwendung von Unheil bewertet, während jemand, der in einer Synagoge z.B. einen Herzanfall erleidet, eher ein religiöses Deutungsmuster heranzieht, als derjenige, der auf dem Golfplatz einen Herzanfall erleidet.

Bei der Bewältigung einer schweren Erkrankung spielen die Attributionen eine besondere Rolle. Eine plötzlich auftretende schwere Erkrankung ist ein negatives Ereignis, gefolgt von Unwissenheit und / oder Nicht-Kontrolle. Darauf setzt eine Suche nach kausalen Erklärungen ein. Turnquist, Harvey und Anderson (1988) stellten zusammenfassend fest, dass Attributionen seltener bei einer Krebserkrankung zu beobachten sind. Bei kurzen Abständen von der Diagnosenstellung und bei leichten Erkrankungen erfolgen seltener Attributionen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob internale Kausalattributionen für die Krankheitsbewältigung „adaptiv“ oder „maladaptiv“ sind. Ein ebenfalls wichtiger Aspekt bei der Bestimmung der Rolle von Kausalattributionen ist die Art der Erkrankung.

### **2.3.3 Das gesundheitliche Konzept der Kontrollüberzeugung**

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs der beiden Aspekte Krankheitsverarbeitung und Kontrollüberzeugung, so zeigen eine Reihe von Studien, wirkt sich der Glaube, Kontrolle über den weiteren Krankheitsverlauf zu haben, positiv auf den Krankheitsverarbeitungsprozess aus.

Dem Konzept der Gesundheitsüberzeugung steht das Konzept der Kontrollüberzeugung gegenüber. Gesundheitliche Kontrollüberzeugung oder Locus of Control (LOC) ist von Rotter (1966) im Rahmen der sozialen Lerntheorie entwickelt worden. Er unterscheidet zwischen externalen und internalen Dimensionen des Locus of Control. Internale Kontrollüberzeugung bezeichnet die generalisierte Erwartung, die Folge z.B. des eigenen Verhaltens oder eigener Persönlichkeitsmerkmale sind. Externale Kontrollüberzeugung



liegt vor, wenn eine Person Ereignisse als nicht abhängig vom eigenen Handeln betrachtet, sondern z.B. das Ereignis als Glück, Pech oder Schicksal interpretiert.

Locus of Control wurde weiter differenziert in die Bereiche Internalität, als subjektiv wahrgenommene Kontrolle und Externalität als subjektiv wahrgenommene Machtlosigkeit und soziale Abhängigkeit von mächtigen Anderen. Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen können auch als Moderator von Stress und seinen Auswirkungen betrachtet werden (vgl. Krampen 1982). Kontrollüberzeugungen können im Stressprozess eine moderierende Wirkung haben. In Situationen, die nicht unbedingt durch objektiven Kontrollverlust gekennzeichnet sind, kann die Kontrollüberzeugung auf den Bewältigungsprozess einwirken. Internale leiden weniger unter Stress und können auch besser mit ihm umgehen. Eine empfundene Unkontrollierbarkeit des Krankheitsverlaufs erschwert die Akzeptanz einer Krankheit. Bei external orientierten Personen wirken sich negative Veränderungen in der Lebenssituation mit z.B. erhöhter Neigung zu Depressivität und Ängstlichkeit aus (vgl. Haisch und Zeitler, 1991). Die Zusammenhänge zwischen psychosozialer Gesundheit (Kompetenz, Selbstwert, Well-Being, Bewältigung negativer Lebenskrisen) zeigen ebenfalls positive Zusammenhänge, denn Personen, die Gott die Verantwortung für ihre Lebenssituation zuschreiben, können häufig besser damit umgehen (Selbstbild bleibt positiv), (Benson & Spilka, 1973; Jenkins & Pargament, 1988, Park & Cohen, 1993, Shortz & Worthington, 1994). Die religiöse Attributionstheorie kann mit dem Copingansatz in Verbindung gebracht werden (Hunsberger 1991, Pargament & Hahn, 1986, Spilka, 1989). Diese Verknüpfung der beiden Forschungsansätze könnte neue Erkenntnisse für den Bereich der Problemlösungs- bzw. Bewältigungsstrategien liefern.

### **2.4 Perspektiven der Stressforschung**

Eine chronische Erkrankung oder eine Erkrankung die sogar lebensbedrohlich (z.B. Aids) ist, kann von der betreffenden Person als Stressor wahrgenommen werden. Diese kritischen Lebensereignisse sind in Abgrenzung zu Alltagstressoren in ihrer Dauer klar begrenzt. Sie erfordern eine Neuorganisation des Lebens der Person und damit eine höhere Anpassungsleistung (Filipp, 1990). Qualität und Intensität einer Situation, die als Stressor identifiziert wird, hängen primär von der Bewertung des Individuums, nämlich von seiner kognitiven und emotionalen Fähigkeit gegenüber der Anforderung ab. Im Folgenden werden die Theorien, die für die Stressverarbeitung relevant sind, vorgestellt.

### 2.4.1 Transaktionales Modell zur Stressbewältigung von Lazarus

Ausgangspunkt der Theorie von Lazarus und Folkman (1984, 1991) ist, dass die Person einem kritischen Lebensereignis ausgesetzt ist (z.B. Todesfall, Geburt eines Kindes). Stress ist als eine Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt zu sehen. Die Bewältigung der Person- Umweltbeziehung erfolgt durch die Zuhilfenahme von Mediatoren.

*Primary Appraisal:* Die Person schätzt ein, wie relevant die veränderte Umweltsituation wohl für die Gesundheit, das Wohlbefinden, für seine Werte und Ziele und für sein Selbstbewusstsein ist. Folgende Bewertungskategorien stehen der Person dabei zur Verfügung, die Situation als irrelevant, positiv, stressend, schädigend, bedrohlich, oder herausfordernd ein zu stufen.

*Secondary Appraisal:* Folgende Bewertungskategorien stehen der Person dabei zur Verfügung, die Situation als irrelevant, positiv, stressend, schädigend, bedrohlich, oder herausfordernd ein zu stufen. Bei der sekundären Bewertung bezieht sich die Person auf seine vorhandenen Ressourcen, um die Situation möglichst positiv zu bewältigen.



Abbildung 2: Adaption des LAZARUS-Modells

*Reappraisal:* In dieser Phase versucht die Person die Situation neu für sich zu bewerten, z.B. die Situation wird akzeptiert oder es wird nach weiteren Informationen gesucht.

### **2.4.2 Coping**

Coping ist ein Prozess, der in Gang gesetzt wird, um eine kritische Lebenssituationen zu bewältigen, so dass das psychologische Wohlbefinden erhalten wird. Coping bezieht sich auf mehrere psychologische Funktionen wie Erhaltung des Selbstwertes, Kontrollbedürfnis, Lebenssinn, Gefühl der Geborgenheit, Zulassung von Gefühlen, (Lazarus & Folkman, 1984; Pargament, 1990). Merkmale der Person, der Situation und der verfügbaren Ressourcen werden in dem Prozess der primären und sekundären Bewertung einer stressreichen Situation eingebunden. (Jerusalem 1990) Als Coping bezeichnet man den gesamten Verarbeitungsprozess der Person- Umwelt Interaktion. Im Hinblick auf die psychische und physische Gesundheit, so zeigen die empirischen Ergebnisse, beziehen sich die Studien auf Well- Being, Depressivität, Angst, Selbstwertgefühl, Alkoholkonsum und Mortalitätsrate.

### **2.4.3 Religiöses Coping**

Religiosität kann auf der Ebene der primären sowie auf der sekundären Ebene der Bewältigungsmechanismen, die eine Person zur Verfügung stehen, genutzt werden (Pargament, 1990). Religiosität hat nicht nur einen Einfluss auf den Copingprozess, sondern kann das Produkt eines Copingprozesses selbst sein. Religiöses Coping kann ein Stress-Moderator sein, in dem in einer sehr belastenden stressreichen Situation ein hohes Maß an religiösem Coping produziert wird. Religiöses Coping kann aber auch zur Stress-Abwehr genutzt werden nämlich bei Menschen, die bereits ein hohes Ausmass an religiösem Coping besitzen. Sie profitieren unabhängig vom Stresslevel von ihrem religiösen Glauben (Pargament, 1997).

Die neuere Copingforschung bezieht die Beziehungsqualität z.B. zu Gott in den Prozess ein. Religiosität kann als vermittelndes Element innerhalb der Person- Umwelt-Interaktion verstanden werden Die Beziehung zur psychischen Gesundheit ist dann eine indirekte, d.h. Religion trägt in diesem Bewältigungsprozess indirekt zum (Wohl-) Befinden bei (Murken, 1998).

Religiosität kann auf jede Phase des Stressverarbeitenden Modells von Lazarus und Folkman einen Einfluss haben (Pargament et al., 1988).

Aus den sechs Phasen 1) Definition eines Problems, 2) Finden von Lösungsmöglichkeiten, 3) Lösungsstrategie entwickeln, 4) Lösungsweg aussuchen, 5) Problemlösung durchführen, 6) Neubewertung der Situation entstand ein anderes Copingkonzept.

Aus diesen sechs Phasen ergaben sich für das religiöse Coping drei Copingstile:

- 1) *Self-Directing Style* (Personen bewältigen das stressende Ereignis selbst, ohne der Hilfe Gottes)
- 2) *Deffering-Style* (die Verantwortung wird an Gott abgegeben, passiver Stil)
- 3) *Collaborative-Style* (die Person und Gott bewältigen das Ereignis „als aktive Partner“ gemeinsam)

Die drei Copingstile können mit verschiedenen Stufen der persönlichen und sozialen Kompetenz in Verbindung gebracht werden. Der Self-Directing Coping Style kann so interpretiert werden, dass Personen die das stressende Ereignis autonom bewältigen, über eine höhere personale Kontrolle und über ein gutes Selbstwertgefühl verfügen. Der Deffering Coping Style wird assoziiert mit einer Person, die ein geringes Maß an persönlicher Kontrolle besitzt, eher an das Schicksal glaubt, ein geringeres Selbstwertgefühl hat und der weniger Problemlösungsskills zur Verfügung stehen. Die Person glaubt an eine externe Autorität (z.B. Gott), dies führt zu einem eher passiven evtl. auch hilflosen Verhalten. Der Collaborative Style ist gekennzeichnet durch ein aktives Geben und Nehmen zwischen der Person und Gott. Dieser Stil wird mit einer guten personalen Kontrolle und gutem Selbstbewusstsein assoziiert (vgl. Pargament, 1997). Zwei Dimensionen kennzeichnen diesen Ansatz, einmal die Attribution der Verantwortung für den Copingprozess an Gott und dem aktiven Copingstil der betreffenden Person. Bei der Bewältigung einer Lebenskrise können der Glaube, der Kontakt zur Kirche und das Gespräch mit Gott, den Copingprozess erleichtern. McIntosh (1993, S. 812, 821) untersuchte 124 Eltern, die ihr Kind durch den plötzlichen Kindstod verloren hatten. Durch die kirchlichen Kontakte erfuhren die Eltern soziale Unterstützung, die sich förderlich auf den Copingprozess auswirkte. Diejenigen Eltern, deren Glaube einen hohen Stellenwert einnimmt, konnten sich eher mit dem Ereignis auseinandersetzen und sahen auch „schneller“ einen Sinn in dem Ereignis.

### **2.5 Krankheitsverarbeitung – Forschungskonzepte**

Seit Mitte der 70er Jahre ist eine rasche Entwicklung theoretischer und empirischer Arbeiten zu beobachten, in denen die Reaktionen von Krebspatienten auf die Erkrankung

im Mittelpunkt stehen. Sie werden unter den Begriffen "Krankheitsverarbeitung" oder "Krankheitsbewältigung" subsumiert, wobei sich unterschiedliche Definitionen finden (vgl. Heim 1985; Gaus, Köhle, 1986; Ziegler, 1986). Langfristige Zielsetzung dieser Untersuchungen ist eine Optimierung der medizinischen Versorgung der Patienten während Diagnosestellung, Behandlung, Rehabilitation und/oder Terminalphase der Erkrankung. Ein Ziel ist es, Dimensionen von Krankheitsverarbeitungsprozessen zu biopsychosozialen Daten des Krankheitsverlaufes in Beziehung zu setzen, um so einen Eindruck von ihrer Effektivität oder Adaptivität zu gewinnen. In den letzten Jahren haben die Studien von Krankheitsverarbeitungsprozessen bei chronischen Erkrankungen zugenommen (vgl. Muthny, 1994; Weis, 1998).

Bestimmte Verarbeitungsstrategien, wirken sich positiv auf den Verlauf der Erkrankung aus. In der onkologischen Forschung (z.B. Greer, Moorey, Watson, 1989), gibt es Hinweise, dass einige Copingstile, eine lebensverlängernde Wirkung haben können. Es gibt Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitung, der Compliance und der Lebensqualität (Muthny, Bechtel und Spaete, 1992). Die meisten Theorien zur Krankheitsverarbeitung postulieren, dass die Erkrankung durch Abwehr oder Bewältigung verarbeitet wird. Bewältigungsverhalten ist mit allen Aktivitäten gleichzusetzen, die ein Individuum einsetzt, um einer Bedrohung seiner psychischen Stabilität entgegenzutreten, um ein effektives Funktionieren zu ermöglichen. Die Erkrankung wird als Bedrohung gesehen, die die bisherige Lebensqualität beeinträchtigt (Fillipp & Klauer, 1988, S.55). Zur Definition, Konzeptualisierung und Operationalisierung von Prozessen der Krankheitsverarbeitung bzw. -bewältigung liegen völlig unterschiedliche Ansätze vor. In der Theoriebildung dominiert bisher das transaktionale Stressmodell von Lazarus (Lazarus & Launier, 1981). Hinsichtlich einzelner Aspekte der Krankheitsverarbeitung finden sich psychodynamische Ansätze (z. B. bezüglich des Problems der "Verleugnung" u.a. Gaus, Köhle, 1986) sowie sozialpsychologische Theorien (z.B. hinsichtlich kognitiver Aspekte der Krankheitsverarbeitung, wie "Ursachenattribution" und "Beeinflussbarkeitserwartungen"). Noch eher am Rande sind dagegen lernpsychologische Konzepte vertreten. Das Modell der klassischen Konditionierung kam bisher lediglich im Rahmen der Erklärung spezifischer Problembereiche (z.B. das der "antizipierten Reaktionen" im Zusammenhang mit Behandlungsnebenwirkungen) zur Geltung.

Im Bereich der Krankheitsverarbeitungsforschung existieren drei Themenkomplexe, die sich (vgl. Fillipp & Klauer, 1988)

- 1) auf die Beschreibung von Bewältigungsverhalten

- 2) auf die Varianz des Bewältigungsverhalten personaler und situationsbezogener Variablen beziehen
- 3) und der Beurteilung des Bewältigungsverhaltens im Sinne von adaptiv und maladaptiv dienen.

Die unterschiedlichen Ansätze unterscheiden sich nach folgenden Aspekten: Begriffsbestimmung, Taxonomie von Bewältigungsstrategien, Abgrenzung zu anderen Konzepten (Abwehrmechanismen, soziale Unterstützung), Spezifität, Stabilität, und Kriterien der Adaptivität.

„In Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984) definiert Heim (1988) Krankheitsverarbeitung als das Bemühen, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional-kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten.“ (Koch, Weis, 1998, S.14). In der Literatur werden die Begriffe „Krankheitsverarbeitung“ und „Krankheitsbewältigung“ synonym verwendet. Allerdings gibt es auch theoretische und begriffliche Unklarheiten. Der Begriff Coping bezieht sich auf die Bewältigung belastender Situationen im allgemeinen Kontext. Coping bezeichnet im Gegensatz zum Begriff Abwehr etwas Beobachtbares und dem Bewusstsein Zugängliches. Ist vom Coping- Konzept die Rede wird ein Trait-Konzept impliziert. Copingstrategien sind zielgerichtet und geplant. Coping ist demnach zweckrational und adaptiv. Abwehr hingegen ist rigide, realitätsverkennend und maladaptiv. Heim et al. (1983) heben die strenge Aufteilung zwischen Coping und Abwehr auf. Sie betonen, dass beide Prozesse in einander über greifen, d.h. bewusste und unbewusste Vorgänge lösen sich bei der Konfrontation mit einer schweren Erkrankung gegenseitig ab.

Steffens und Kächle (1988) untersuchten ob Abwehr und Bewältigung zwei entgegengesetzte Prozesse seien. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es nicht ausreicht den Krankheitsverarbeitungsprozess unter dem Aspekt der Abwehr oder Bewältigung zu betrachten, sondern die vitalen Bedürfnisse eines Individuums entscheiden über den Prozessverlauf. Vitale Bedürfnisse des Selbst sind narzisstische, aggressive und libidinöse Interessen. Sie prägten den Begriff Anpassung, der als komplexe Integrationsleistung verstanden wird, bei der die unterschiedlichen Bedürfnisse einer Person integriert werden. Die Intention zur Bewältigung wird von drei Faktoren der Kompetenzerwartung, Bedrohung und Ergebniserwartung bestimmt. Der Grad der Bedrohung richtet sich danach, wie der Mensch seine Situation einschätzt und für wie kompetent er sich selber hält dem entsprechend zu handeln (Kompetenzerwartung). „Bewältigungstheorien werden heute zur

Erklärung von therapeutischen Prozessen ebenso herangezogen, wie zur Analyse von Prozessen der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen, normativen Entwicklungsaufgaben oder auch Alltagsbelastungen.“ (Brüderl, 1988, S.25)

Die kognitiven, behavioralen und emotionalen Anstrengungen die ein Individuum einsetzt, um mit den Anforderungen fertig zu werden, stehen im Mittelpunkt der Untersuchungen. Die soziale Stresstheorie von Lazarus und Folkman bildet die Basis für die Theorie der Krankheitsverarbeitung (Lazarus, Folkman, 1984). Die Belastung als solche hat nicht nur einen entscheidenden Einfluss, sondern auch wie das Individuum diese Situation bewertet. Der Bewertungsprozess beginnt mit der Einschätzung der Belastung (Primary Appraisal). In einem zweiten Bewertungsschritt (Secondary Appraisal) überprüft die Person ihre individuellen Ressourcen, die sie zur Verfügung hat, um das belastende Ereignis zu bewältigen. Mehrere Verarbeitungsstrategien können simultan oder nacheinander aktiviert werden. In jeder Phase der Erkrankung können nun unterschiedliche Verarbeitungsformen eingesetzt werden. Neuere Ansätze schließen die Merkmale der Person (z.B. Selbstkonzept), der Situation (z.B. Kontrollierbarkeit, situative und zeitliche Einflüsse) sowie die soziale Unterstützungsleistung mit in den Prozess der Krankheitsverarbeitung ein. Kognitive und emotionale Bewältigungsformen sind oft schwer voneinander abzugrenzen, da die Einstellungen im Sinne von subjektiven Krankheitstheorien (Kausalattribution, Kontrollüberzeugung) eine zentrale Rolle spielen.

Es wird inhaltlich wie auch forschungsmethodisch zwischen Bewältigungsreaktion und dem Erfolg der Bewältigung, im Sinne der Adaption an die Erkrankung unterschieden, da der Erfolg eines Bewältigungsprozesses schwer zu definieren ist. Verbunden ist der Forschungszweig, der sich mit der Krankheitsbewältigung beschäftigt, mit dem, der unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften und dispositionelle Merkmale untersucht. Diese Ansätze beziehen sich auf die Ressourcen einer Person, z.B. personale und soziale Ressourcen. Subjektive Krankheitstheorien gehen davon aus, dass die Person kognitive Vorstellungen und Erklärungen im Verlauf des Krankheitsprozesses ausbildet. Diese gedanklichen Konzepte ermöglichen eine „kognitive Kontrolle“. Ursachenattribution und Kontrollüberzeugungen werden ebenfalls im Kontext mit der Krankheitsbewältigung gesehen.

### **Primäre positive Veränderungen**

Bei der Untersuchung von Krankheitsverarbeitungsstrategien geht es bisher ausschließlich um eine Verarbeitung belastender Ereignisse. Im Verlauf der Erkrankung ergeben sich jedoch auch unterschiedlichste Veränderungen, die vom Patienten als sehr positiv erlebt werden. Es ist anzunehmen, dass diese Veränderungen eine wesentliche Basis für die Bewältigung der Erkrankung darstellen.

### **Positive Veränderungen auf der somatischen Ebene**

Mit dem Einsetzen einer Primärbehandlung ist in der Regel eine Beseitigung oder Linderung tumorbedingter Beschwerden verbunden, eine zentrale positive Veränderung auf der somatischen Ebene. Nerenz et al. (1982) zeigten in einer Studie an 61 Patienten mit malignen Lymphomen, dass Personen, die einen (objektiv vorhandenen) Behandlungsfortschritt anhand relativ eindeutiger Symptome spüren konnten, einen deutlich geringeren emotionalen Distress zeigten als andere, die keine eindeutigen Anzeichen verfügbar hatten. Es ist zu vermuten, dass die Möglichkeit, Fortschritte selbst spüren zu können, ein Gefühl der Kontrollierbarkeit vermittelt und damit möglicherweise auch das Einsetzen adaptiver Bewältigungsstrategien begünstigt.

### **Positive Veränderungen auf der psychischen Ebene**

Zahlreiche Patienten berichten positive Erfahrungen, die wahrscheinlich ebenfalls eine wichtige Basis für die Krankheitsverarbeitung darstellen: z. B. das Spüren eines Gefühls tiefer Hoffnung, ein oftmals bis dahin gar nicht mehr gekanntes Lebensgefühl; eine häufig als plötzlich eintretend erlebte Sensibilisierung für Vorgänge in der Natur (das Grünwerden der Pflanzen, das Knospen der Blumen und Bäume), die mit Gefühlen der Freude und Zuversicht einhergehen kann, oder eine innere Bereitschaft, das Leben im Augenblick mehr und intensiver zu genießen, sich selbst mehr verwöhnen zu lassen (vgl. Kurtz, Marienfeld 1986; Schumacher, 1987).



### **Sekundäre positive Veränderungen**

Es ist anzunehmen, dass Personen mit einer Krebserkrankung nicht nur für sich das Leben intensiver genießen, sondern dass sie dies zusammen mit Partner, Familienangehörigen und/oder Freunden versuchen. Wirsching (1986) fand in einer empirischen Untersuchung an 50 Familien, dass die Familienmitglieder mit der Krebsdiagnose näher zusammenrückten und ihre Konfliktbereitschaft geringer wurde. Es waren passagere Veränderungen, die mit der Zeit wieder abnahmen. Unter dem Stichwort "soziale Unterstützung" werden Verhaltensweisen subsumiert, die einem Patienten während der Erkrankungszeit möglicherweise verstärkt entgegengebracht werden. Es handelt sich dabei um Unterstützung auf der instrumentellen Ebene (z.B. Erleichterungen bei der täglichen Arbeit), auf der emotionalen Ebene (Zuwendung, Zärtlichkeit) oder der sozialen Ebene in Form von Anerkennung und Wertschätzung.

Bei Patienten, die sich gerade in einer Strahlen- oder Chemotherapie befanden, zeigte sich folgendes: je mehr soziale Unterstützung sie angaben, desto positiv ausgeprägter war die emotionale Befindlichkeit, ein niedriges Selbstwertgefühl und eine geringe Sicherheit, Probleme meistern zu können. Bei den Patienten, die sich gerade nicht in Behandlung befanden, fielen diese Korrelationen niedriger aus.

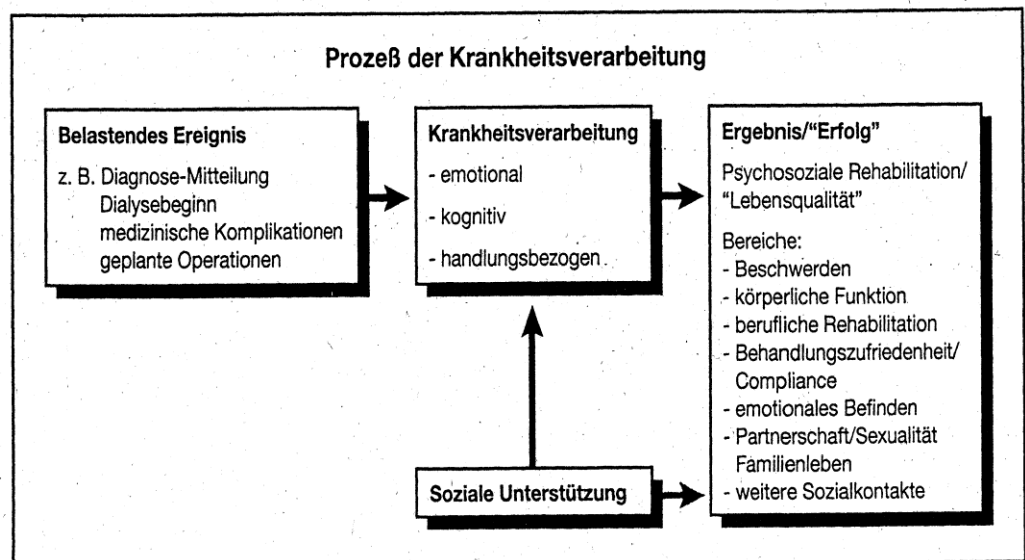
#### **2.5.1 Phasen der Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung**

Eine erste, schon während der diagnostischen Phase auftretende psychische Belastung ist die Ahnung oder das Wissen um die potentielle Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung. Diese Implikationen stehen im Mittelpunkt der meisten empirischen Arbeiten zur Krankheitsbewältigung. Dabei geht es in der Regel um die Frage, ob und inwieweit eine Person dieses Wissen realisiert, d.h. es geht um Verleugnungstendenzen und ihre Effektivität (vgl. Beutel, 1985). Einige Studien zeigen, dass während des Krankenhausaufenthaltes die primäre Belastung auf der körperlichen Ebene vorherrschte. Primäre Belastungen auf der somatischen Ebene stellen Körperbeschwerden, Funktionseinschränkungen und Störungen der Vitalbedürfnisse dar, die als krankheitsbedingt angesehen werden oder die mit einer jeweiligen Behandlungsmaßnahme einhergehen. Vier bis 6 Monate nach der Krankenhausentlassung, gaben die Patienten an, sich auf der psychischen Ebene belastet zu fühlen z.B. Beunruhigung über den weiteren Krankheitsverlauf. Sekundäre Belastungen (familiäre und finanzielle Probleme) standen in

diesem Zeitraum im Vordergrund. Gaus und Köhle (1986) weisen auf eine spezifische Phase starker Belastung etwa 4 Monate nach Abschluss einer stationären Behandlung hin. Zu diesem Zeitpunkt werden die Patienten von ihrer Umwelt nicht mehr als "krank" angesehen, sie sind aber auch noch nicht voll rehabilitiert.

Unter den empirischen Arbeiten zur Krankheitsverarbeitung bei Krebs nimmt die Erforschung von Prozessen der "Verleugnung" den weitaus größten Raum ein. Die Ergebnisse sind jedoch vor allem hinsichtlich der Adaptivität dieser Verarbeitungsform wenig aufschlussreich, da es bisher weder eine einheitliche Konzeptbildung gibt noch eine befriedigende Form der Erfassung (vgl. die methodenkritische Übersicht von Beutel 1985). Die gefundenen Beziehungen zwischen Verleugnungstendenzen und zum Beispiel der Überlebensrate fallen sowohl positiv (Greer et al., 1979) als auch negativ aus (Rogentine et al. 1979).

Einfaches Ablaufschema  
zum Prozeß der  
Krankheitsverarbeitung



Muthny, 1990

In der Abbildung wird eine Zuordnung solcher Bewältigungsstrategien zu den oben genannten Kategorien versucht, die in vorliegenden empirischen Untersuchungen bei Krebspatienten Verwendung fanden bzw. in laufenden Untersuchungen Verwendung finden. In den Fällen, in denen die bedrohlichen Implikationen der Erkrankung realisiert werden, lassen sich zwei wesentliche Zielsetzungen unterscheiden: zum einen eher aktive Versuche, die Krankheit und ihre Folgen zu überwinden, zum anderen eher passive Versuche, die Krankheit und ihre Folgen zu ertragen. Bezüglich beider Zielsetzungen gibt

es Strategien, mit denen die Aufmerksamkeit auf die Situation mit ihren Anforderungen oder auf die begleitenden Emotionen ausgerichtet ist und solche, mit denen die Aufmerksamkeit von den belastenden Anforderungen und/oder Emotionen abgewendet wird.

### **2.5.2 Aktive Versuche der Krankheitsbewältigung**

#### **Strategien der Aufmerksamkeitszuwendung**

Im Folgenden sind einige wesentliche Strategien benannt:

**- *Informationssuche:***

eine aktive Informationssuche stellt eine der ersten Handlungen nach Diagnosestellung dar. Sie ist Voraussetzung für eine angemessene Einschätzung der eigenen Situation sowie für eine aktive Mitarbeit in der Therapie.

**- *Problemanalyse:***

hierunter werden Versuche verstanden, die Situation und alle damit einhergehenden Anforderungen zu verstehen, um sich darauf einstellen zu können und um zu konkreten Handlungsimpulsen zu gelangen.

**- *Kognitionen der Selbstwirksamkeit:***

Versuche, bei denen sich eine Person vor Augen hält, was sie im Leben Positives erreicht hat bzw. welche Schwierigkeiten sie bisher schon erfolgreich überwunden hat - in der Regel, um sich Mut zu machen.

**- *Positive Phantasien:*** Phantasien, in denen sich eine Person ausmalt, wie sie die Krankheit überwinden wird oder Phantasien schöner Begebenheiten.

**- *Sinngebung:*** Versuche, der Krankheit einen besonderen Sinn zuzuschreiben, sie zum Beispiel als eine Chance zu interpretieren, Einstellungen zum eigenen Leben oder zu anderen Personen zu ändern.

- **Religiosität:** Versuche, im Glauben und den damit verbundenen Handlungen (Gebete, Kirchgang etc.) einen Halt, bei der Auseinandersetzung mit den Anforderungen zu finden und dabei emotionale Entlastung zu erfahren.
  
- **Konstruktive Aktivität:** ein Entwickeln von Aktivitäten, die den verschiedenen kognitiven Bewältigungsformen entsprechen: Aktivitäten, die das Selbstwertgefühl steigern, in denen wichtige Wünsche erfüllt werden, die einer veränderten Sinngebung entsprechen etc.
  
- **Aktive Formen der Compliance:** hierunter wird eine aktive Mitarbeit bei der Einleitung und Durchführung medizinischer Maßnahmen verstanden, zum Beispiel Fragen nach Wirksamkeit und Nebenwirkungen verschiedener Behandlungsformen, Einhalten von Behandlungsterminen etc.
  
- **Suche nach sozialer Unterstützung:** eine wahrscheinlich sehr wichtige Strategie ist die aktive Äußerung von Wünschen nach instrumentellen Hilfen oder emotionaler Zuwendung (sich verwöhnen lassen, Gespräche mit vertrauten Personen zur emotionalen Entlastung oder Problemlösung suchen etc.).
  
- **Direkte Entspannung:** über verschiedene Formen der Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation) kann ebenfalls in belastenden Situationen emotionale Entlastung erfahren werden.

### **Passive Versuche der Krankheitsbewältigung**

- **Stoizismus/Fatalismus:** Versuche, die Krankheit als etwas Unausweichliches anzusehen, das es mit Fassung zu tragen gilt. Typische Kognitionen sind: "Das ist nicht zu ändern, das muss man nun aushalten".
  
- **Grüblerische Auseinandersetzung:** hier ist ein ständig sich wiederholendes Nachdenken über die eigene Situation gemeint. Es dominieren Fragen, die kaum beantwortbar sind und die nicht zu konstruktiven Handlungsimpulsen führen.

- **Schuldzuschreibungen:** Kognitionen oder Handlungen, in denen sich selbst oder anderen Personen eine spezifische Schuld an der Erkrankung zugesprochen werden, die in Vorwürfen und Aggressionen gegen sich oder andere münden können und ebenfalls nicht zu konstruktiven Handlungsimpulsen führen.

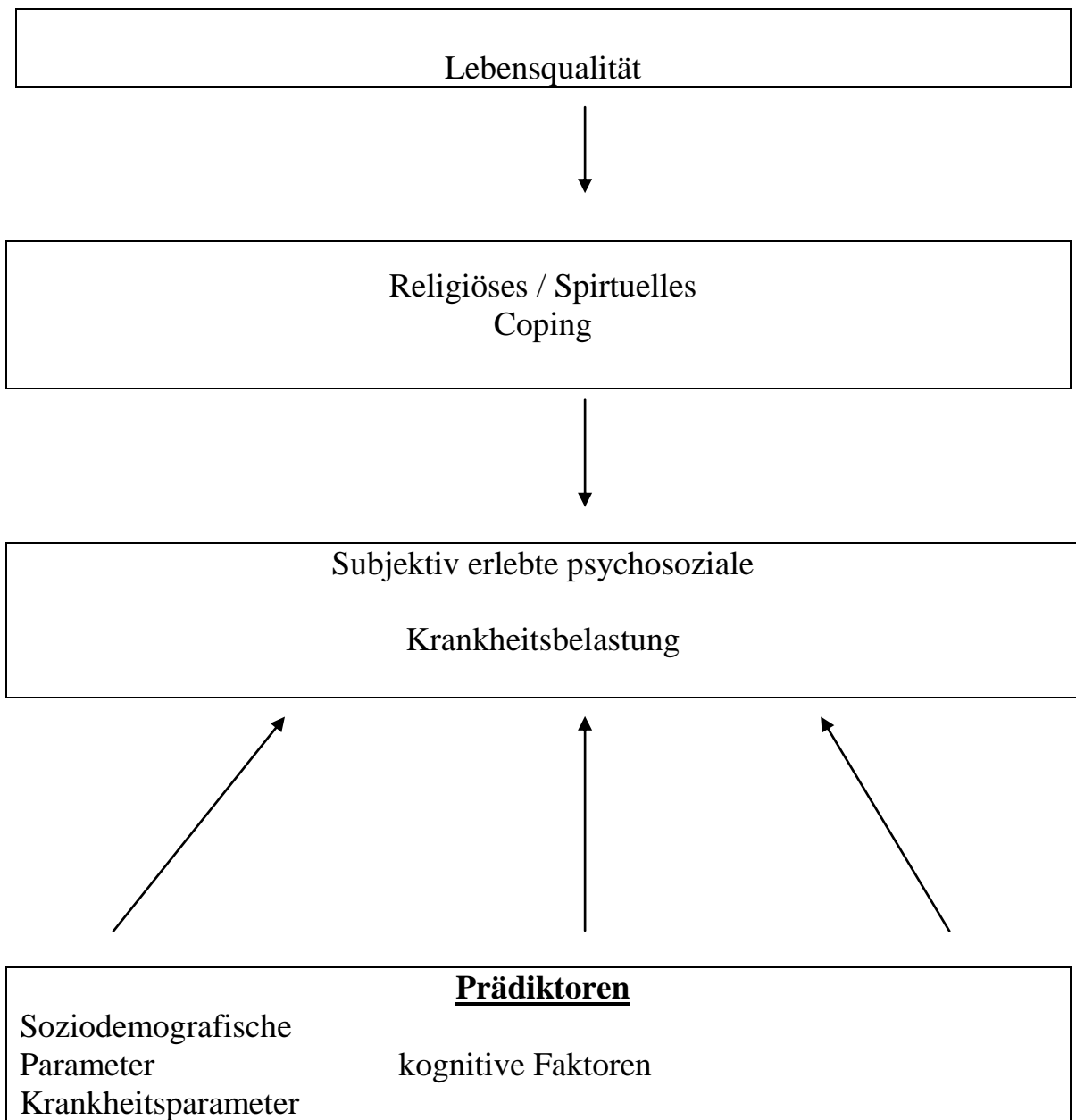
- **Klagen im Gespräch mit anderen:** in Gesprächen mit anderen wird die kognitive Auseinandersetzung des Grübelns und der Schuldzuweisen wiederholt.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Funktionen der religiösen und spirituellen Handlungen von Brustkrebspatientinnen und dessen Einfluss auf den Copingprozess untersucht. Längsschnittstudien unterstützen die Hypothese, dass Religion ein Faktor ist, der sich auf das Krankheitsrisiko und die Sterblichkeitsrate positiv auswirkt. Aus verschiedenen Gründen kann sich Religion positiv auf die Gesundheit auswirken. Einmal wirkt sich die erfahrene soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft positiv auf die Gesundheit aus. (McCullogh, Hoyt, Larson, Koenig & Thoresen, 2000). Zweitens ist die religiöse Person in der Lage, Stress anders zu bewältigen. (Pargament 1997). Gartner, Larson, & Allen (1991) haben den Zusammenhang von Religiosität und Variablen, die mit seelischer Gesundheit in Verbindung stehen in mehr als zweihundert Studien untersucht. Folgende signifikant positive Zusammenhänge zwischen den Variablen der seelischen Gesundheit und der Religiosität (vgl. Jäger, 1997) wurden ermittelt:

- weniger Drogen u. Alkoholkonsum
- geringere Suizidrate
- weniger Depressionen
- subjektives Wohlbefinden
- bessere körperliche Gesundheit
- verbesserte Stressbewältigung
- weniger Depressionen
- geringere Ängstlichkeit und Aggressivität
- verbesserter Allgemeinzustand
- höhere Lebensqualität bei Krebspatienten

**Abbildung**

Studie zur Funktion spiritueller und religiöser Einstellungen bei der Verarbeitung einer Krebserkrankung



Alter  
Bildungsstand

religiöser Verarbeitungsstil

Mamma-Ca    Geschlecht  
spiritueller Verarbeitungsstil

Die Graphik verdeutlicht, dass die Funktion von Religion und Spiritualität von unterschiedlichen Prädiktoren abhängen kann, die die Intensität des Verarbeitungsprozesses beeinflussen können.

### **3. Untersuchungsmethodik**

#### **3.1 Ziel und Fragestellungen der Untersuchung**

Die theoretischen Ausführungen verdeutlichen, dass der Glaube als Ressource für den Krankheitsverarbeitungsprozess genutzt werden kann und sich signifikant auf die Lebensqualität auswirkt. Das Hauptziel ist, religiöse und spirituelle Copingstrategien getrennt von einander zu erheben. Das religiöse bzw. spirituelle Coping kann in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung als Prädiktor für einen aktiven Copingstil in der Ermittlung weiterer psychosozialer und medizinischer Prädiktoren für den Anpassungsprozess ermittelt werden. Weitere Prädiktoren können die Selbstwirksamkeit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das religiöse kooperative Coping, die religiöse Orientierung, die Spiritualität für Krebspatienten, sowie die Depressivitätsskalen sein.

#### **Zentrale Fragestellungen**

- 1 Wie häufig werden religiöse /spirituelle Einstellungen als besonders hilfreich im Krankheitsverarbeitungsprozess erfahren und eingesetzt?
- 2 Wie häufig nutzen die Probandinnen das religiöse Problemlösungs-verhalten (Coping nach Pargament)?
- 3 Wie häufig erbringen Religion und Spiritualität zusätzliche Informationen, die sich mit anderen z.B. psychischen und sozialen Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität überschneiden?
- 4 Wie häufig wirkt sich der Glaube auf die Lebensqualität von Brust-Krebspatientinnen aus?

### **3.1.1 Einteilung der Hypothesen**

1) Die Verhaltenshypothese

Das Leben in einer Glaubensgemeinschaft hat eine verhaltensregulierende Funktion.2)

Soziales Netzwerk, Soziale Unterstützung (Kohäsionshypothese):

Die Interaktion mit der Glaubensgemeinschaft nutzt die direkten positiven sozialen Effekte und die Puffer-Effekte der sozialen Beziehungen.

3) Kohärenzhypothese: Der Glaube bietet kognitive Prozesse an, die eine kognitiv-emotionale Stimmigkeit der Lebenswelt ermöglichen.

4) Belastung-Bewältigung: Im Alltag und insbesondere bei kritischen Lebensereignissen haben religiöse Menschen einen Bewältigungsvorteil, indem ihnen bewährte und handlungsoptimierte Coping- Strategien zur Verfügung stehen.

5) Selbstwert-Hypothese: Der Glaube versetzt den Menschen in eine intensive Beziehung zu Gott. Dies verstärkt alle psychischen Prozesse, welche den Selbstwert aufbauen und regulieren.

### **3.1.2 Hypothesen**

***1) Spiritualität und Lebensqualität***

Spirituelle Patienten schätzen ihre Lebensqualität häufig als gut ein, dies wird mit der Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-Sp-12) erfasst.

***2) Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft***

Die Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft nehmen viele Patienten in Anspruch, dies wird mit dem System of Belief Inventory (SBI-15 R) gemessen.

***3) Krankheitsverarbeitung und religiöse Sinnsuche***

Die Suche nach einem religiösen Sinn wirkt sich häufig auf die Krankheitsverarbeitung aus, dies wird mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV und dem Interview) erfasst.



**4) Kooperativer Bewältigungsstil und Krankheitsverarbeitung**

Religiosität im Sinne einer Zusammenarbeit zwischen Gott und Mensch, führt häufig zu einer besseren Bewältigungsfähigkeit, dies wird mit der „Religious Problem Solving Scale“ (RPSS-K, Interview und Fremdeinschätzung) gemessen.<sup>5)</sup>

**Kooperatives Bewältigungsverhalten und Depression und Angst**

Die Zusammenarbeit mit Gott führt häufig zu geringeren Belastungen „Religious Problem Solving Scale“ (RPSS-K, Interview und Fremdeinschätzung).

**6) Depression, Trauer, Angst**

Krebspatienten haben häufiger negative Gefühle, dies wird mit dem (WHOQOL-Bref, Interview und Fremdeinschätzung) gemessen.

**7) Stärkung in der Not**

Der Glaube an Gott stärkt in der Not (RPSS-K).

**8) Trost im Glauben**

Die meisten finden Trost im Glauben (FACIT-Sp- 12, Interview, Fremdeinschätzung)

**9) Krankheit und Glauben**

Durch die Krankheit wird der Glaube gestärkt (FACIT-Sp-12, Interview).

**10) Der religiöse Glaube spendet Kraft und Energie**

Der religiöse Glaube spendet häufig Kraft und Energie (SBI-15 R, Interview, Fremdeinschätzung).

**11) Trost im religiösen Glauben suchen**

Die meisten suchen Trost im religiösen Glauben (FKV, Interview, Fremdeinschätzung).

**12) Zufriedenheit mit der Gesundheit**

Die meisten Patienten sind mit ihrer Gesundheit zufrieden (WHOQOL- Bref).

**13) Genießen**

Die meisten genießen ihr Leben (WHOQOL-Bref, Interview, Fremdeinschätzung).

**14) Sinnvoll**

Häufig wird das Leben als sinnvoll betrachtet (WHOQOL- Bref, Interview).

**15) Problemlösung**

Die meisten Probandinnen haben für jedes Problem eine Lösung (GKE-10).

**16) Religion**

Für die meisten spielt Religion eine wichtige Rolle in ihrem Leben (SBI-15- R, Interview, Fremdeinschätzung).

**17) Existenz Gottes**

Viele glauben an die Existenz Gottes (SBI-15-R, Interview und Fremdeinschätzung).

**18) Ratschläge aus der Glaubensgemeinschaft**

Die meisten suchen den Rat in der Glaubensgemeinschaft, um mit einem Problem umzugehen (SBI-15 R).

**19) Einsamkeit**

Viele verlassen sich auf Menschen mit denen sie ihren Glauben teilen, wenn sie sich einsam fühlen (SBI-15- R).

**20) Krankheit und Glaube**

Während der Erkrankung wird der Glaube gestärkt (SBI-15-R, Interview, Fremdeinschätzung).

**21) Hoffnung**

Als Resultat des Glaubens erfahren die meisten Hoffnung (SBI-15-R, Interview, Fremdeinschätzung).

**22) Um Hilfe beten**

Die meisten Probandinnen beten um Hilfe (SBI-15- R, Interview, Fremdeinschätzung)

**23) *Beten***

Beten gibt Kraft und Hoffnung (Interview, Fremdeinschätzung)

**24) *Lesen der Bibel***

Das Lesen der Bibel gibt Ruhe und Gelassenheit (Interview).

**25) *Häufigkeit der Rituale***

Viele Probandinnen beten häufig, oder besuchen die Kirche und /oder zünden eine Kerze an (Interview).

**26) *Einfluss des Glaubens auf das heutige Leben***

Für die meisten Krebspatientinnen hat der Glaube einen großen Einfluss auf ihr Leben (Interview, Fremdeinschätzung).

#### **3.1.3 Die qualitative Methode**

Für die Frage, welche Funktion der Glaube als Ressource nach einem kritischen Lebensereignis im Krankheitsverarbeitungsprozess spielt, wird die qualitativ-empirische Methode eingesetzt. Die Fragestellung bezieht sich auf die Vielschichtigkeit der Persönlichkeit in ihrer Komplexität. Die qualitative Methode stellt eine Ergänzung zur quantitativen Forschung dar, da der Blick auf die Einzelpersonlichkeit gerichtet ist und sich neue Möglichkeiten ergeben, z.B. Vermutungshypothesen zu generieren und Fragestellungen zu präzisieren. Die Einzelpersonlichkeit erhält die Möglichkeit einer Selbstdarstellung. Dies beinhaltet eine zusätzliche Beobachtungsperspektive, nämlich den Prozess aus der Perspektive des Betroffenen zu sehen.

Das Ergebnis ist ein Einblick in die Gesamtpersonlichkeit; so können Vorbedingungen, Entstehung, Dynamik und Auswirkungen für die Einzelpersonen umfangreicher erfasst werden. Kritik an der qualitativen Methode liegt in der Fülle des Datenmaterials, das unendlich viele Möglichkeiten zulässt, die erfasst und interpretiert werden können. Angesichts der Fülle und der Subjektivität ist eine schematische, formalisierte und rigide Bearbeitung ungeeignet, wie auch eine zu enge Perspektive, die die Reaktionen in den Fokus nimmt und nicht das Umfeld mit einbezieht. Die Vielfältigkeit des Datenmaterials lässt auch keine Rückschlüsse auf Gesetzmäßigkeiten zu, sondern es lassen sich evtl. Muster vermuten, die mit Hilfe der quantitativen Methode verifiziert oder falsifiziert werden können.

Im Gegensatz zur quantitativ-empirischen Methodik lassen sich die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität, Validität nicht erfüllen. Die Studie setzt sich aus einem Fragebogen und einem halbstrukturierten Interview zusammen. Dafür wurde ein Interviewleitfaden entworfen. Direkt nach dem Interview erfolgte eine Fremdeinschätzung durch die Interviewerin.

#### **Phasen eines Narrativen Interviews**

Das Narrative Interview kann in 5 Phasen eingeteilt werden:

1. Erklärungsphase: Der Befragten wird erklärt, dass es sich nicht um ein Frage-Antwort-Interview handelt, sondern sie erzählt, und die Interviewerin hört ihr aufmerksam zu. (Ggf. fragt die Interviewerin, ob sie das Gespräch aufzeichnen darf, und erklärt, dass es später zwecks Datenschutz anonymisiert wird).
2. Einleitung: Die Interviewerin erklärt, welche Aspekte für das Interview wichtig sind und stellt dann die Einstiegsfrage.
3. Erzählphase: Die Befragte erzählt so lange, bis sie die Erzählung selbst beendet. Pausen müssen von der Interviewerin ausgehalten werden.
4. Nachfragephase: Ist etwas unklar geblieben, so kann die Interviewerin jetzt nachfragen. Zusätzlich kann sie Themen ansprechen, die bisher noch nicht zur Sprache kamen.
5. Bilanzierung: Interviewerin und Interviewte können sich über den Verlauf des Interviews unterhalten. Oft war es für die Befragten das erste Mal, dass sie an einem narrativen Interview teilgenommen haben.

#### **3.1.4 Interview- Stichprobe**

Das Interview bietet die Möglichkeit, neue thematische Aspekte zu generieren. Die Patientinnen wurden aufgefordert, ihre persönlichen religiösen und spirituellen Inhalte und Erfahrungen zu verbalisieren. Anhand eines für die Studie entwickelten Interviewleitfadens wurde mit 53 Probanden ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Inhaltlich erfasste der Interviewleitfaden die unterschiedlichen religiösen und spirituellen, behavioralen, emotionalen und kognitiven Erfahrungen und Einstellungen.

Im halbstrukturierten Interview sollten die Probandinnen ermutigt werden zu berichten, wie sich die religiösen / spirituellen Handlungen, Einstellungen und Gefühle auf den Krankheitsverarbeitungsprozess auswirkten. Das Face to Face Interview dauerte ca. 20 Minuten und wurde auf Tonband aufgezeichnet.

Nach dem Interview füllten die Patientinnen den standardisierten Fragebogen aus.

### **3.2.1 Gebildete Kategorien zur Transkription des Interviews**

#### **Ängstlich**

Ob eine Patientin ängstlich ist, wird an folgenden Verhaltensweisen festgemacht:

1. Körperlich-Physiologisch (z.B. Körperhaltung, Blickrichtung, Atemrhythmus)
2. Spezifische Ängste die auch verbal geäußert werden (z.B. Angst vor dem Tod, Zukunftsangst, Angst um die Angehörigen und Hinterbliebenen)

#### **Unsicher**

Unsicherheiten der Patientinnen zeigen sich vor allen Dingen an einer zögerlichen Anworthaltung. Die Antworten, die der Patientinnen äußern, beziehen sich auf:

- 1) Ich habe mich damit noch nicht beschäftigt.
- 2) Ich weiß noch nicht wie es weitergeht.
- 3) Ich weiß nicht wie man mir helfen kann, mich zu unterstützen.
- 4) Ich habe meine jetzige Situation noch nicht richtig durchdacht.

#### **Kraftlos**

Die Kraftlosigkeit der Patientin wird an der Körperhaltung als auch an den persönlichen Äußerungen des Patienten definiert:

- 1) Körperhaltung: Der Kopf ist gesenkt, der Muskeltonus eher vermindert
- 2) Verbal äußert die Patientin die klassischen Symptome, die zu einem Erschöpfungssyndrom gehören wie z.B. Energielosigkeit, Müdigkeit,

#### **Depressiv / Resignativ**

Die Patientin fühlt sich nicht nur kraftlos, energielos und müde, sondern leidet auch unter Antriebslosigkeit und Interessenverlust bis zur Sinnlosigkeit:

- 1) Es hat doch alles keinen Sinn.
- 2) Es ist nutzlos.
- 3) Ich mach mir keine Hoffnungen mehr.
- 4) Meine Chancen sind relativ gering.

#### **Glaube und Hoffnung**

Hier werden die Antworten der Patientinnen hinzugezählt die mit Glauben, Hoffnung und Spiritualität in Verbindung stehen, z.B.

- 1) Kraft, Trost.
- 2) Sinn, Bereicherung.
- 3) Zurück zum Glauben finden.
- 4) Jetzt weiß ich wo es im Leben lang geht
- 5) Gott oder wer auch immer wird es schon richten

#### **Akzeptanz des Schicksals**

Das Schicksal bzw. die Erkrankung wird akzeptiert, dies kann man an folgenden Äußerungen der Patientin festmachen:

- 1) Ich bin mir sicher, dass das Alles seinen Sinn hat.
- 2) Die Krankheit so annehmen und nach vorne sehen.
- 3) Zukunftspläne machen.
- 4) Reflexion der individuellen Bedeutung der Erkrankung.

#### **Zweifeln**

Zweifelhafte Patiententinnen kann man an folgenden Aussagen erkennen:

- 1) die mit dem Schicksal hadert.
- 2) Zweifel hat, gesund zu werden.
- 3) Krankheit als Bestrafung sieht.
- 4) Sich ständig fragt, womit sie das verdient hat.

#### **Professionelle Unterstützung**

Patientinnen die vom ärztlichen und medizinischen Personal motiviert und unterstützt werden und den Wunsch äußern Feedback zu erhalten:

#### **Optimismus, Hoffnung**

Dies sind Patientinnen die auf eine gute Behandlung und auf die Ärzte vertrauen. Patientinnen, die optimistisch und hoffnungsvoll in die Zukunft schauen, aber auch realistisch (sich ihrer Grenzen und Möglichkeiten bewusst) sind

### 3. UNTERSUCHUNGSMETHODIK

---

- 1) ein stärkeres Gegengewicht zur Angst ist Hoffnung und Optimismus
- 2) Angst befürchtet Veränderungen, Hoffnung und Optimismus bejahen Veränderungen.



#### **3.2.2 Fremdeinschätzung**

Im Anschluss an das Interview erfolgte die Dokumentierung der Fremdeinschätzung durch die Interviewerin. Dieser Fragebogen wurde speziell für die Studie konzipiert. Er dient zur Protokollierung des persönlichen Eindrucks von den Patientinnen hinsichtlich der Nutzung und Wirkung von religiösen und spirituellen Krankheitsverarbeitungsmöglichkeiten. Inhaltlich sollte schriftlich festgehalten werden, welche religiösen und spirituellen Dimensionen die Patientinnen benannt haben und welche Funktion diese Handlung (z.B. „Regelmäßig Trost in religiösen Ritualen suchen“) für die Person hat.

In die Auswertung gehen 53 Interviews mit anschließenden vollständig ausgefüllten Fremdeinschätzungsbögen ein. Der Vergleich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung erfolgt unter folgenden Gesichtspunkten:

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen:

- der Selbstwahrnehmung des religiösen / spirituellen Verarbeitungsstils ?
- der Fremdwahrnehmung des Interviewerin?

Folgende Inhaltsbereiche werden dabei erfasst:

- Verarbeitungswege und Verarbeitungserfolg
- Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung
- Erlebter Stress und Wohlbefinden
- Funktion der Religion und / oder Spiritualität im Krankheitsverarbeitungsprozess
- Religion und /oder Spiritualität als mögliche Ressource im Krankheitsverarbeitungsprozess

#### **3.2.3 Die Probandengewinnung- Auswahlkriterien- Stichprobe**

Im Folgenden soll vorab ein kurzer Überblick über die Stichprobe gegeben werden. Die vollständige Stichprobenbeschreibung befindet sich im Ergebnisteil (S.67).

Als Einschlusskriterium wurde das Vorliegen einer Brustkrebserkrankung gewählt. Es gab keinen fest definierten Altersbereich. Eingeschlossen wurden alle Patientinnen, egal welchen Krankheitsverlauf und welches Therapieschema sie erhalten hatten und unabhängig vom Tumorstadium. Bei den meisten Patientinnen betrug der Zeitraum zwischen der Mitteilung der Diagnose und der Befragung 3- 6 Monate.

Dies ist im Copingprozess ein Zeitraum, in dem die Patientinnen den erstmaligen Schock der Diagnose überwunden haben und sich in der Therapie befinden. Die meisten Patientinnen erhielten Chemotherapie oder Bestrahlung. Zu diesem Zeitpunkt sind die Patientinnen noch nicht wieder berufstätig und haben „viel“ Zeit, über sich selbst, ihr Leben und über die Erkrankung nachzudenken. Die Patientinnen befanden sich zu diesem Zeitpunkt in der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie und in der onkologischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Münster.

### **3.3 Studiendesign und Durchführung**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Querschnittstudie, an der mehrere Abteilungen der Universitätsklinikums Münster beteiligt waren.

Bei der Konstruktion des Fragebogens werden die inhaltlichen Schwerpunkte vor allem auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung (FKV) gelegt, sowie auf Fragebögen die den religiösen Glauben (SBI) getrennt vom spirituellen (FACIT-Sp-12) erfassen und mit Lebensqualitätsparameter (WHO-Quol- Bref- 15) in Verbindung stehen. Gemessen werden die Parameter der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) und der psychischen Befindlichkeit Angst und Depression (HADS). Der religiöse Problemlösungsstil (RPSS-K) zeigt, welche Rolle der Glaube bei der Verarbeitung einer Erkrankung spielt.

Die generalisierte Kompetenzerwartung soll die habituelle Disposition im Krankheitsverarbeitungsprozess erfassen. Die Studie wurde von Februar 2006 bis Ende August 2006 in der Klinik für Radiologie und Strahlentherapie sowie in der Frauenklinik des Universitätsklinikums Münster durchgeführt. Alle an der Studie beteiligten Personen erhalten zu Beginn ausführliche Informationen über das Untersuchungsziel und die Durchführungsmodalitäten der Studie.

### 3.3.1 Messinstrumente

Für diese Untersuchung wurde ein zehnteitiger Fragebogen erstellt, der die folgenden Inhaltsbereiche enthält.

Tab.1 Instrumente der Untersuchung

#### Eingesetzte Instrumente

- Religious Problem Solving Scale, RPSS-K (Pargament, 1988; Dt. Version)
- A.Dörr, 2001), erfasst wird das religiöse kooperative Problemlösungsverhalten in Zusammenarbeit mit Gott
- System of Belief Inventory, SBI 15 (Holland et al., 1998): deutsche Übersetzung (Mehnert & Koch, 2001) Religiöse Einstellungen und religiöse Orientierungen
- Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV- Lis) Kurzform (Muthny, 1989) Bewältigung einer Krankheit
- Generalisierte Kompetenzerwartung GKE-10 (Schwarzer, 1994); Selbstwirksamkeit
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität, (SF-12, Bullinger M., Kirchberger I., 1998)
- Functional Assessment of Chronic illness Therapy (FACIT-Sp-12); (Webster, Cella, Jost, 2003), Dimensionen des subjektiven Wohlbefindens sowie Sinnfindung, Optimismus und Hoffnung
- WHO-Quol-BREF-15 World Health Organization Quality of Life Questionnaire (Angermeyer, Kilian Matschinger, 2000); Bedingungen der Lebensqualität
- Hamilton Anxiety and Depression Scale HADS-D (C. Herrmann, U .Busse, R.P. Snaith, 1995),Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität

#### Soziodemografische Daten

Diese Fragen dienten der umfassenden Beschreibung der Stichprobe. Dafür wurden folgende Variablen erhoben: Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Zusammenleben mit festem Partner, Anzahl der Kinder, höchster Schulabschluss, Berufsausbildung (falls zusätzliche vorhanden).

### **Krankheitsbezogene Daten**

Die krankheitsbezogenen Variablen wurden erhoben, um folgende Daten zu erheben: Beschwerdebeginn, Art der Beschwerden, Diagnose, Art und Zeitpunkt der Diagnosefeststellung, Therapie, Operationszeitpunkt, Befindlichkeit und Beschwerden sowie Beeinträchtigung der Nachtruhe.

### **Auswahl der Messinstrumente**

#### **1) Erhebung der spirituellen und religiösen Überzeugungen**

System of Belief Inventory (SBI-15-R; Holland et al., 1998, deutschsprachige Kurzform; Mehnert & Koch, 2001)

*Mit der adaptierten Version des „System of Belief Inventory (SBI- 15 R-D)“ von Kash et al. 1995, Holland et al., 1998 liegt ein deutschsprachiges Instrument zur Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen mit den Bereichen Überzeugungen/ Erfahrungen/ Rituale und Gemeinschaft vor. Der SBI- 15R wurde zur Untersuchung der Bedeutung sozialer Unterstützung im Kontext belastender Lebensereignisse bei Mammakarzinompatientinnen eingesetzt, wobei der Gesamtscore signifikant positiv mit dem Wohlbefinden der Patienten korrelierte. Das Instrument erfasst die religiösen und spirituellen Einstellungen mit den Bereichen Überzeugung, Rituale und Gemeinschaft, Existentielle und Sinn- gebende Aspekte werden nicht berücksichtigt.*

*Hier werden zwei Dimensionen voneinander unterschieden:*

- 1. Religiöse Überzeugungen und Praktiken (10 Items)*
- 2. Soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft (5 Items)*

*Das Instrument erfasst die religiösen und spirituellen Überzeugungen von Patienten mit einer lebensbedrohlichen oder chronischen Erkrankung. Die psychometrische Überprüfung der Kurzversion SBI-15 R in einer Normalbevölkerung ergab gute testtheoretische Kennwerte. Zehn Items erfragen die religiösen Überzeugungen und Praktiken während sich die restlichen fünf Items auf die soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft beziehen.*

## Auswahl der Messinstrumente

### 2) Erhebung der spirituellen Lebensqualität bei Krebspatienten

Functional Assessment of Chronic illness Therapy (FACIT-Sp-12; Webster, Cella, Jost, 2003).

*Hierbei handelt es sich um ein umfassendes Modulsystem für Krebspatienten (1987), das ständig erweitert wurde. Die Lebensqualitätsforschung untersucht- ergänzend zu objektiven Lebensbedingungen- als Dimensionen bzw. Indikatoren subjektiven Wohlbefindens die Zufriedenheit (kognitive Komponente) und das Glücklichein (als emotionale Komponente) mit den Variablen Optimismus, Hoffnung und Sinnorientierung. Hier wird die Kurzform (15 Items) der Langform mit (100 Items) vorgezogen. Es handelt sich um ein international anerkanntes Instrument das Religion, persönliche Anschauungen und psychisches Wohlbefinden erfasst.*

*Für das FACIT-Sp-12 liegt keine deutsche Version vor, so dass eine Übersetzung aus dem angloamerikanischen Sprachraum ins Deutsche vorgenommen wurde. Sie erfasst das positive Erleben von Bedeutung Sinn und Freude und die Funktion des Glaubens bei der Krankheitsverarbeitung. Die 12 Items ergeben nach dem faktorenanalytischen Ergebnissen zwei Subskalen. Die Skala Meaning /Peace (8 Items), erfasst das positive Erleben, Sinn, Bedeutung und Freude. Die Subskala Faith (4 Items) erfragt die Funktion des Glaubens bei der Krankheitsbewältigung, dabei wird in den Itemformulierungen kein Bezug zu Gott genommen. Die Subskalen und der Gesamtscore weisen gute interne Konsistenzen auf (Cronbachs Alpha .80).*

## **Auswahl der Messinstrumente**

### **3) Erhebung der Lebensqualität und des subjektiven Wohlbefindens**

(WHO-Quol-BREF-15, Angermeyer, Kilian Matschinger, 2000) World Health Organization Quality of Life Questionnaire

*Die Lebensqualitätsforschung untersucht- ergänzend zu objektiven Lebensbedingungen- als Dimensionen bzw. Indikatoren subjektiven Wohlbefindens die Zufriedenheit (kognitive Komponente) und das Glücklichein (als emotionale Komponente) mit den Variablen Optimismus, Hoffnung und Sinnorientierung (WHOQOL Group, 1995).*

*Hier wird die Kurzform (15 Items) der Langform mit (100 Items) vorgezogen.*

*Es handelt sich um ein international anerkanntes Instrument das Religion, persönliche Anschauungen und psychisches Wohlbefinden erfasst.*

### **4) Erhebung von Angst und Depressivität in der Klinik**

HADS-D (C. Herrmann, U .Busse, R.P. Snaith, 1995)

*Die HADS-D ist die gleichwertige deutsche Adaptation der englischen HADS (Zigmond & Snaith), die gezielt zum Einsatz bei körperlich Kranken konstruiert wurde. Sie zeichnet sich durch ihre Kürze von 14 Items aus, aus denen je eine Angst- und Depressivitäts-Subskala gebildet werden. Die Skala erfasst die bei körperlich Kranken häufigsten Störungsformen, auch im Fall leichterer Ausprägung. Sie verzichtet auf körperliche Indikatoren psychischen Befindens, die in der Zielklientel häufig Ausdruck der körperlichen Krankheit und nicht einer psychischen Störung sind. Fragebogeninstrument zur Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität, bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden bzw. Erkrankungen. Hauptanwendungsgebiete im Bereich der somatischen Medizin (Kliniken, Ambulanzen, Arztpraxen) als Screeningverfahren, in der Differenzialdiagnostik funktioneller Störungen sowie in der Erfassung und Verlaufsdocumentation reaktiver Störungen bei körperlich Kranken, z.B. auch zur Evaluation von Behandlungseffekten.*

### **5) Generalisierte Kompetenzerwartung**

(Schwarzer, 1994)

*Dieses Instrument besteht aus zehn Items und hat sich in vielen Studien als homogen, zuverlässig und gültig erwiesen. Die interne Konsistenz der Skala liegt zwischen .74 in einer Stichprobe von Männern und .93 in einer Seniorenstichprobe. Die Validität wurde unter anderem in einem Stressexperiment überprüft, in dem sich zeigte, dass Personen mit hoher Selbstwirksamkeit schwierige Aufgaben eher als Herausforderung beurteilen, während Personen mit geringer Selbstwirksamkeit solche Situationen als Bedrohung und Verlust von Kontrolle erleben. Es bestehen hohe negative Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und Depressivität sowie Ängstlichkeit, während Internalität, Neugier und Lebenszufriedenheit relativ hohe positive Korrelationen mit Selbstwirksamkeit aufweisen. Reliabilität und Validität des Instruments können damit als zufriedenstellend beurteilt werden.*

*Aufgrund des hohen Allgemeinheitsgrades des hier erfassten Konstrukts lassen sich lediglich Aussagen über generelle – und nicht über bereichsspezifische – Kompetenzerwartungen machen. Mit 10- Items, wird die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung, die eine stabile Persönlichkeitsdimension ist, erfasst. Die Persönlichkeitsdimension bringt die subjektive Überzeugung zum Ausdruck, dass aufgrund des eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigt werden können. Die Selbstwirksamkeit korreliert positiv mit den Merkmalen Optimismus, Selbstwertgefühl, internaler Kontrolle oder Leistungsmotivation. Negativ mit Merkmalen Ängstlichkeit, Depressivität oder Neurotizismus.*

**6) Religious Problem- Solving Scale- Kooperativ**

(RPSS-K, Pargament et al, 1998).

*Die Kurzform des Religious Problem Solving Scale umfasst 18 Items.*

*Die drei Skalen „passiver Verarbeitungsstil“, „Selbstmanagement“ und „kooperativer Verarbeitungsstil“ beziehen sich hier auf eine Lebenskrise. Für die Studie ausgewählt und in den Fragebogen integriert wird die Skala „kooperatives religiöses Problemlösungsverhalten“. Beim kooperativen Bewältigungsstil arbeitet der Patient mit Gott als Partner zusammen, um die Situation zu bewältigen. Diese Verarbeitungsform geht mit einem aktiv-kognitiven Bewältigungsstil einher. Die religiösen Bewältigungsformen konnten 37% der religiösen Outcomes erklären, sie erwiesen sich als Prädiktoren für nicht- religiöse Outcomes, da sie 30% der Varianz der generellen Outcomes und 12% der Varianz der psychischen Gesundheit erklärten.*

**7) Erhebung der krankheitsübergreifenden Parameter der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,**

(SF-12; Bullinger M., Kirchberger I., 1998)

*SF-12 ist die Kurzform des SF-26. Der SF-12 ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten. Der Fragebogen besteht aus Dimensionen, die sich konzeptuell in die Bereiche «körperliche Gesundheit» und «psychische Gesundheit» einordnen lassen: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden.*



### **8) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung**

(FKV-LIS; Muthny, 1989)

*Zur Erfassung von Coping wurde die Kurzform des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsbewältigung (FKV-LIS, Muthny, 1989) eingesetzt. Die Gütekriterien des Fragebogens und der bewährte Einsatz in zahlreichen empirischen deutschsprachigen Studien zum Bewältigungsverhalten bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen waren ein entscheidendes Auswahlkriterium. Der FKV102 wurde auf den FKV-LIS gekürzt und berücksichtigt in Anlehnung an Theorien zu Coping-Verhalten emotionale, kognitive und aktionale Verarbeitungsstrategien. Die 35 Items wurden vom Patienten auf einer fünfstufigen Ratingskala (1=gar nicht bis 5= sehr stark) eingeschätzt. Als Belastungsfokus wurden die letzten sieben Tage gewählt. Die Patienten bewerteten ihre Copingprozesse bezüglich der Adaptivität. Der Fragebogen setzt sich aus den Subskalen (Depressive Verarbeitung, aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche sowie Bagatellisierung und Wunschdenken). Der Fragebogen setzt sich aus vier faktorenanalytischen ableitbaren Subskalen (Depressive Verarbeitung, Ablenkung und Selbstaufbau, Religion und Sinnsuche) und einer rational konstruierten Skala (Bagatellisieren und Wunschdenken) zusammen.*

### **Spiritualität / Religion und die gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Assessmentinstrumente, die in der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung eingesetzt werden, erfassen nur selten den religiösen und spirituellen Anteil, der ebenfalls zum Leben gehört. Falls Religion und Spiritualität im Kontext der Lebensqualitätsforschung erfasst werden, dann eher in Verbindung mit psychischen Dimensionen. Dies erschwert eine Differenzierung der Dimensionen der Lebensqualität. Gut belegt ist, dass spirituelle und religiöse Glaubensüberzeugungen für schwerst- und todkranke Patienten eine wichtige Quelle der Kraft und Hoffnung bilden können (Dörr, 1992; Pargament, 1988)

Das subjektive Wohlbefinden ist umso stärker, je umfassender und tiefer die intrinsische religiöse / spirituelle Motivation ist. Spirituelle und religiös motivierte Personen sind besser in der Lage, den Tod zu akzeptieren, und zwar auch dann, wenn sie nicht an ein Leben nach dem Tod glauben.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Deskriptive Statistik

#### 4.1.1 Soziodemografische Daten der Gesamtstichprobe

Hinsichtlich der Altersverteilung setzt sich die Stichprobe aus Frauen zusammen, die hauptsächlich zwischen 40 und 60 Jahre alt sind. Die jüngste Patientin ist 26 Jahre, die älteste 82 Jahre alt (s. Tab. 1). Zwanzig Prozent der Patientinnen haben Abitur. Einen mittleren Bildungsabschluss bzw. Realschule und Mittlere Reife haben 29% der Befragten. Der Bildungsstand ist weitgehend repräsentativ für die Altersgruppe.

**Tab. 1: Charakteristika der Stichprobe**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Gesamtstichprobe (n=111)</b>
<b>Alter</b>	MW =56,8 s =12,1	(Bereich von 25,9 – 81,5 Jahre)
<b>Schulabschluss</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volks- bzw. Hauptschule</li> <li>▪ Realschule; Mittlere Reife</li> <li>▪ Polytechnische Oberschule</li> <li>▪ Fachhochschule</li> <li>▪ Abitur</li> <li>▪ anderer Schulabschluss</li> <li>▪ keine Angaben</li> </ul>	<p style="text-align: right;">47%</p> <p style="text-align: right;">29%</p> <p style="text-align: right;">1%</p> <p style="text-align: right;">8%</p> <p style="text-align: right;">19%</p> <p style="text-align: right;">9%</p> <p style="text-align: right;">3%</p>

### Religionszugehörigkeit

Von den 111 Patientinnen, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, sind mehr als die Hälfte katholisch (62%). Evangelisch sind 20% und etwa 6% der Patientinnen sind konfessionslos. Bezüglich der **beruflichen Situation** ist ein geringer Teil der Stichprobe (14%) in Vollzeit berufstätig. Die meisten Patientinnen sind Hausfrauen (40%) oder halbtags beschäftigt (12%) (s. Tab. 1a).

**Tab. 1a: Charakteristika der Gesamtstichprobe**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Gesamtstichprobe (n=111)</b>
<b>Erwerbstätigkeit</b>	▪ ja, ganztags	14%
	▪ ja, mindestens halbtags	12%
	▪ ja, weniger als halbtags	4%
	▪ nein, Hausfrau	40%
	▪ nein, in der Ausbildung	2%
	▪ nein, arbeitslos/ erwerbslos	3%
	▪ nein, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente	11%
	▪ nein, anderes	6%
	▪ keine Angabe	14%

Mehr als die Hälfte der Patientinnen (60%) sind verheiratet und leben mit ihrem Partner zusammen (s.Tab.1b). Bei der Betrachtung der Berufszugehörigkeit zeigt sich, dass sich ca. die Hälfte der Patientinnen in einem festen Anstellungsverhältnis befinden.

Die Verteilung der Stichprobe auf die Einrichtung der Universitätsklinik Münster setzt sich so zusammen, dass die meisten Patientinnen, die an der Studie teilnehmen, aus der radioonkologischen Abteilung kamen und zu diesem Zeitpunkt bestrahlt wurden.

**Tab. 1 b: Charakteristika der Stichprobe**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Gesamtstichprobe (n=111)</b>
<b>Familienstand</b>	▪ Ledig	15%
	▪ Verheiratet	60%
	▪ Geschieden /getrennt	5%
	▪ Verwitwet	9%
	▪ Keine Angabe	12%
<b>Berufsgruppen- zugehörigkeit</b>	▪ Arbeiterin	7%
	▪ Angestellte	45%
	▪ Beamtin	3%
	▪ Selbstständige	4%
	▪ Rentnerin	14%
	▪ Hausfrau	12%
	▪ Keine Angaben	14%
<b>Einrichtung</b>	▪ Frauenklinik	14%
	▪ Strahlentherapie	35%
	▪ Poliklinik Radioonkologie	47%

#### **4.1.2 Angabe zur Krankheitsgeschichte und zur medizinischen Diagnose der Gesamtstichprobe**

Bei etwa 64% ist die Brustkrebserkrankung bei einer Vorsorge- oder Routineuntersuchung festgestellt worden (s. Tab. 2). Viele Patientinnen (43%) berichten, den Knoten selbst getastet zu haben. Schmerzen haben etwa 10% der Patientinnen bei Beginn der Erkrankung und 3% geben an, keine Krankheitsanzeichen zu verspüren. Der Zeitraum zwischen der Diagnosestellung und dem Zeitpunkt der Studie schwankt zwischen 1 und 192 Monaten. Das bedeutet, dass für viele die Diagnose noch recht neu und frisch ist, bis zu den Patientinnen die ihre Diagnose vor 17 Jahren erhalten haben. Der größte Teil der Patientinnen ist innerhalb der letzten 1,5 Jahre erkrankt. Etwa 46% der Patientinnen geben zum Zeitpunkt der Befragung an, unter Beschwerden zu leiden, die hauptsächlich auf die Therapie zurückzuführen sind. Die Nebenwirkungen der Bestrahlung, die häufig mit Müdigkeit einhergeht, bejahten 11%. Von strahlenbedingten Schmerzen sind 3% betroffen. Schwierigkeiten mit den Nebenwirkungen der Chemotherapie geben 5% der Patientinnen

an. In Bezug auf die bisherige Behandlung geben 92% an, ein oder sogar mehrmals operiert worden zu sein. Fast genauso viele Patientinnen (88%) sind nach der Operation in der Radioonkologischen Ambulanz bestrahlt worden. Mehr als die Hälfte der Patientinnen (63%) haben eine Chemotherapie erhalten. 16% geben an, zusätzlich noch andere Behandlungen (z.B. Hormontherapie) erhalten zu haben. Mittlere Schlafstörungen geben 33% der Patientinnen an, 30% leiden kaum unter Schlafstörungen und 15% geben an, gut zu schlafen (s.Tab.2).

**Tab. 2: Anamnese zu den Beschwerden der Gesamtstichprobe**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Gesamtstichprobe (n=111)</b>
<b>Wie wurde die Erkrankung festgestellt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nach einem Unfall</li> <li>▪ Routineuntersuchung</li> <li>▪ krank zum Hausarzt</li> <li>▪ wegen einer anderen Erkrankung in der Klinik</li> <li>▪ Sonstiges</li> </ul>	<p>5%</p> <p>64%</p> <p>28%</p> <p>3%</p> <p>43%</p>
<b>Behandlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operation</li> <li>▪ Chemotherapie</li> <li>▪ Strahlentherapie</li> <li>▪ Andere</li> </ul>	<p>92%</p> <p>63%</p> <p>88%</p> <p>16%</p>
<b>Aktuelle Beschwerden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ k.A.</li> </ul>	<p>46%</p> <p>35%</p> <p>19%</p>
<b>Stärke der Beschwerden auf einer Skala von 1-10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MW (s)</li> </ul>	<p>3,79 (2,00)</p>
<b>Art der Beschwerden (freie Antworten)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strahlenbedingte Schmerzen</li> <li>▪ Müdigkeit</li> <li>▪ Nebenwirkung Chemotherapie</li> <li>▪ Andere Beschwerden</li> </ul>	<p>3%</p> <p>11%</p> <p>5%</p> <p>21%</p>
<b>Schlafstörungen in den letzten 12 Monaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gar nicht</li> <li>▪ Wenig</li> <li>▪ Mittel</li> <li>▪ Stark</li> <li>▪ Sehr Stark</li> </ul>	<p>15%</p> <p>30%</p> <p>33%</p> <p>10%</p> <p>2%</p>

## 4.2 Häufigkeiten der Gesamtstichprobe

### 4.2.1 System of Belief Inventory (SBI- 15 R; Holland et al., 1998)

(„Fragebogen zur Rolle religiöser und spiritueller Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung“, Mehnert & Koch, 2002; Deutsche Übersetzung).

Erfasst werden die religiösen und spirituellen Einstellungen im Hinblick auf Rituale, Glaubensgemeinschaft, Überzeugung und Erfahrungen der Patientinnen.

Wie Tabelle 3 aufzeigt, stimmen 71% der Patientinnen zu, sich über gesellschaftliche Zusammenkünfte ihrer eigenen Glaubensrichtung zu freuen. 66% der Patientinnen glauben, dass Gott über Leben und Tod bestimmt. Gebete und Meditation empfinden mehr als die Hälfte (57%) als hilfreich, um mit der Erkrankung zurechtzukommen. 55% der Patientinnen stimmen zu, dass Sie als Resultat ihres Glaubens Hoffnung erfahren haben und bei 45% der Patientinnen hat sich der Glaube durch die Krankheit verstärkt (s. Tab. 3).

**Tab. 3 : Beschreibung der religiösen und spirituellen Überzeugungen in belastenden Lebenssituationen** (SBI-15 R, Mehnert & Koch, 2002)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen * n=111
Zusammenkünfte der Glaubensgemeinschaft	71%
Leben und Tod wird von Gottes Plan bestimmt	66%
Gebete und Meditation haben mir in der Erkrankungszeit geholfen	57%
Resultat des Glaubens Hoffnung	55%
Stärkung des Glaubens in Zeiten der Krankheit	45%

\* bezogen auf 4er-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“  
„stimmt genau“ und „stimmt eher“ Ausprägungen wurden addiert

### 4.2.2 Umgang der Patientinnen mit Problemen und Schwierigkeiten

GKE- 10, („Fragebogen zur Generalisierten Kompetenzerwartung, Schwarzer“, 1994“).  
Bezüglich der Probleme und Schwierigkeiten haben die meisten Patientinnen (87% und 78%) das Gefühl, ihre Probleme lösen zu können, was immer auch passiert (s. Tab. 4). Mehr als 70% (s. Tab. 4) sind davon überzeugt, auch für überraschende Ereignisse mehrere Lösungsansätze zu haben, um mit den Schwierigkeiten zurechtzukommen.

**Tab. 4: Probleme und Schwierigkeiten der Patientinnen,**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %
	Ausprägungen * n=111
Lösung schwieriger Probleme	87%
Ich werde klarkommen, was immer auch passiert	78%
Ziele auch gegen Widerstände durchsetzen	66%
Lösung überraschender Ereignisse	77%

\* bezogen auf 4er-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“  
 „stimmt genau“ und „stimmt eher“, Ausprägungen wurden addiert

66% der Patientinnen glauben, dass Sie in der Lage sind, ihre Ziele auch gegen Widerstände umzusetzen. Bezüglich der Kontrollüberzeugung steht in der Rangreihe nach Häufigkeiten eine ausgesprochen hohe Überzeugung der Patientinnen im Vordergrund, Probleme und Schwierigkeiten, egal welcher Art, auch ohne die Hilfe Gottes lösen zu können.

#### **4.2.3 SF-12 Gesundheitszustand“, Bullinger & Kirchberger“, 1998**

Etwas mehr als die Hälfte der Patientinnen (s. Tab. 5) schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand als sehr gut ein, fühlen sich aber bei mittelschweren Tätigkeiten eingeschränkt. Körperliche Gesundheitsprobleme haben ca. 60% in dem Maße, dass sie weniger geschafft haben als sie wollten, oder in dem sie nur bestimmte Dinge erledigen konnten (s. Tab. 5 )

**Tab. 5 : Gesundheitszustand, (SF-12, Bullinger & Kirchberger, 1998)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen n=111
Gesundheitszustand	56%
Körperliche Gesundheitsprobleme	60%
Seelische Gesundheitsprobleme	50%
Fühle mich wohl	40%
Schmerzen	39%

\*bezogen auf die Antwortratings: „sehr gut“, „etwas eingeschränkt“, „Nein“, „meistens“, „ein bisschen“.

Die seelischen Gesundheitsprobleme werden allerdings ganz anders von den Patientinnen eingeschätzt. Die Hälfte der Patientinnen haben keine seelischen Gesundheitsprobleme, wenn es darum geht, dass sie weniger geschafft haben als sie wollten, oder aber auch um ihre Arbeit mit Sorgfalt durchzuführen. 40% der Patientinnen fühlten sich in der letzten Woche meistens wohl (s. Tab. 5 a).

Dieses Wohlfühlgefühl führt bei der Hälfte der Patientinnen dazu, dass sie ihre sozialen Kontakte zu anderen Menschen weiter aufrechterhalten können.

#### **4.2.4 Die Rolle des Glaubens im Copingprozess**

(RPSS-K, “Religious Problem Solving Scale”, Pargament et al., 1988)

Fast die Hälfte der Patientinnen (48%) bemühen sich sehr mit dieser Situation zurechtzukommen und vertrauen darauf, dass Gott ihnen dazu die Kraft gibt. Die meisten Patientinnen (42%) setzen sich mit der Situation im Vertrauen darauf auseinander, dass Gott ihnen hilft, die Situation zu verstehen (s. Tab. 6).



**Tab. 6: Coping in Zusammenarbeit mit Gott**

Religious Problem Solving Scale – Kooperatives Coping

<b>Vorgegebene Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten in % Ausprägungen n=111</b>
Gott gibt mir die Kraft	48%
Gott hat mich durch die Bewältigung der Not gestärkt	39%
Gott hilft ihnen die Situation zu verstehen	42%
Der Herr erweitert mein Blickfeld so dass ich erkenne, wie ich mit allem fertig werden kann	38%

---

\* bezogen auf 4er-Skala „gar nicht“ bis „sehr stark“  
Ausprägungen „stimmt genau“ und „stimmt eher“ wurden addiert

Die Patientinnen (39%) fühlen sich durch die Bewältigung der Situation von Gott gestärkt (s. Tab. 6). 38% vertrauen darauf, dass der Herr das Blickfeld erweitert und ihnen hilft zu erkennen, wie Sie mit allem fertig werden sollen.

**4.2.5 Die Funktion des Glaubens bei einer chronischen Erkrankung**

(FACIT-SP, “Functional Assessment of Chronic Illness Therapy”, Peterman et al., 1999;  
Deutsche Übersetzung, E. Tappesser, 2006)

Bezüglich der Zufriedenheit der Patientinnen geben 72% an, aus sich selbst heraus Ruhe und Harmonie schöpfen zu können. Ebenfalls eine starke Ausprägung zeigt sich bei dem Gefühl, sich voll innerem Frieden zu fühlen (s.Tab.7), ebenso viele geben aber auch genau das Gegenteil an. Sie haben Mühe ihren inneren Frieden zu finden.

## Explorative Datenanalyse

[DatenSet1] C:\Dokumente und Einstellungen\Elke\Desktop\Daten\_weibl.sav

### Krankheit im Glauben

Verarbeitete Fälle

Krankheit im Glauben		Fälle	
		Gültig	
		N	Prozent
Kraft im Glauben	stimmt nicht	25	100,0%
	stimmt kaum	30	100,0%
	stimmt eher	31	100,0%
	stimmt genau	20	100,0%

---

**Tab. 7 : Funktion des Glaubens bei einer chronischen Erkrankung**

(FACIT-Sp-12, Peterman et al., 1999)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen n=111
Sinn im Leben	84%
Ruhe und Harmonie aus sich selbst	72%
Ich fühle mich voll innerem Frieden	63%
Trost	58%
Kraft	57%

---

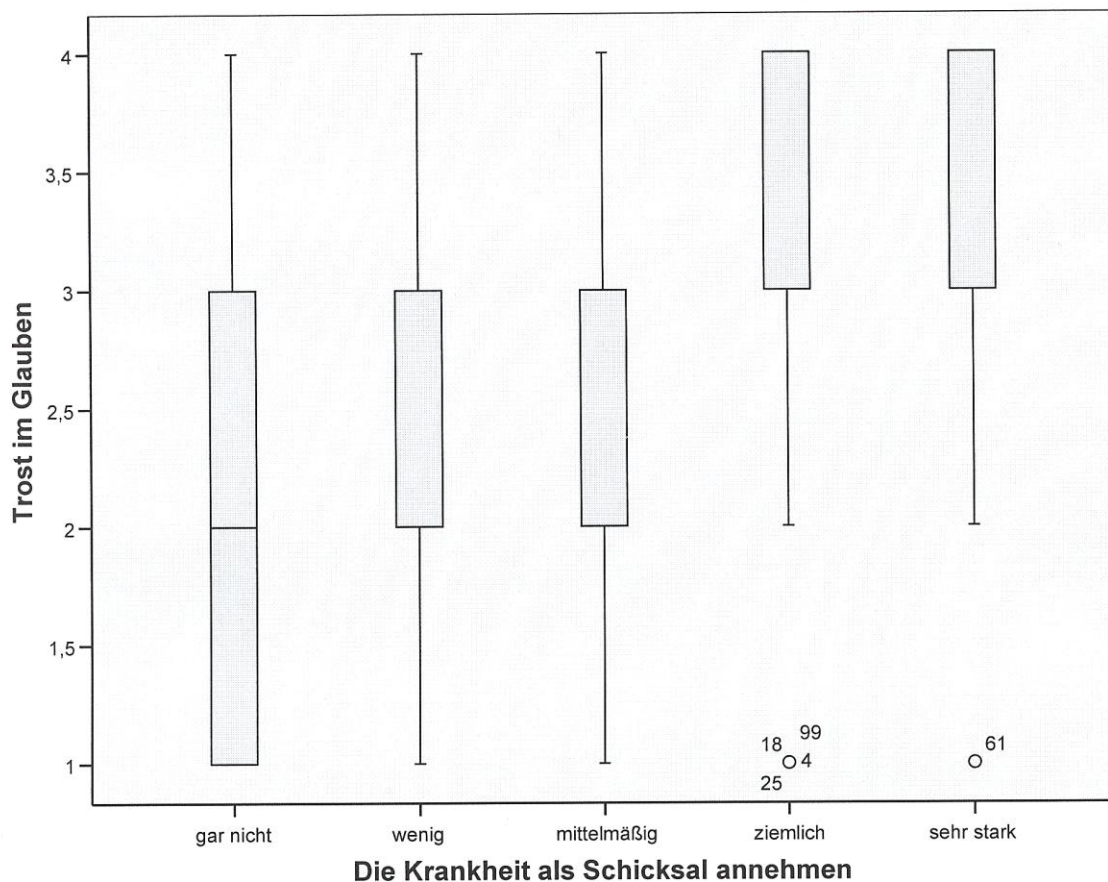
\* bezogen auf 4er-Skala „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“  
 „stimmt eher“ und „stimmt genau“; Ausprägungen wurden addiert

#### 4. ERGEBNISSE

##### Verarbeitete Fälle

Die Krankheit als Schicksal annehmen		Fälle			
		Fehlend		Gesamt	
		N	Prozent	N	Prozent
Trost im Glauben	gar nicht	0	,0%	14	100,0%
	wenig	0	,0%	14	100,0%
	mittelmäßig	0	,0%	31	100,0%
	ziemlich	0	,0%	29	100,0%
	sehr stark	0	,0%	18	100,0%

#### Trost im Glauben



Der Glaube spendet Trost (58%) und Kraft (57%), um mit der Krankheitssituation zurechtzukommen. Bezüglich des Lebenssinns findet die Aussage „Ich glaube an einen Sinn in meinem Leben“ die höchste Zustimmung (84%, die dies bestätigen).

#### 4.2.6 Häufigste Modi der Krankheitsverarbeitung

(FKV-Lis, „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung“, F.A. Muthny, 1989)

75% der Patientinnen geben sich nicht auf, sondern kämpfen gegen die Erkrankung an (s. Tab.8). In der Rangreihe nach Häufigkeit steht eine ausgesprochene Compliance-Orientierung im Vordergrund („Genau den ärztlichen Rat zu befolgen“), die von 79% der Patientinnen befürwortet wird. Weitere Compliance fördernde Einstellungen beziehen sich auf das Vertrauen gegenüber den Ärzten.

#### Tab. 8 : Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen

(FKV, F.A. Muthny, 1989)

<b>Vorgegebene Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten in % Ausprägungen n=111</b>
Genau den ärztlichen Rat befolgen	79%
Vertrauen in die Ärzte setzen	76%
Kampfgeist	75%
Selbstermutigung	66 %
Anstrengung zur Lösung der Probleme unternehmen	43%
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	31%
Intensive Lebensführung	75%

\*5-stufige Ratingskala, Werte 4 und 5 addiert

Insgesamt werden als häufigste Coping Modi benannt, (79%) die den ärztlichen Rat befolgen und „sich vornehmen intensiver zu leben“ (75%). Kampfgeist entwickeln (75%) der befragten Patientinnen (s. Tab. 8).

#### Adaptivität von Krankheitsverarbeitungsstrategien aus Patientinnensicht

Auf die Frage, welche der 35 Aussagen am meisten geholfen haben, um mit der Erkrankung und deren Auswirkungen fertig zu werden, sind 23% entschlossen gegen die Krankheit anzukämpfen. Vertrauen in die Ärzte haben 14% der Patientinnen und 7% geben an, in Zukunft intensiver leben zu wollen.

**4.2.7 Deutschsprachige Version des WHO Instruments zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität** („WHOQOL- Bref“, C. Angermeyer, R. Killian & H. Matschinger, 2002)

Die Hälfte der Patientinnen (s. Tab. 9) geben an, mit ihrer Lebensqualität zufrieden zu sein, ebenso wie mit ihrer Gesundheit. Tabelle 9 zeigt, dass die höchsten Zufriedenheitsangaben für die Qualitäten die die eigene Person betreffen bestehen.

**Tab. 9. Gesundheit und Lebensqualität,** (WHOQOL- Bref, C. Angermeyer, R. Killian & H. Matschinger, 2002)

<b>Vorgegebene Kategorien</b>	<b>Ausprägungen Häufigkeiten in % n=111</b>
Arbeitszufriedenheit	50%
Das Leben genießen können	54%
Sich im täglichen Leben sicher fühlen	53%

---

5-stufige Ratingskala, Werte 4 und 5, „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“, addiert

**4.3 Ergebnisse der Teilstichprobe mit Interviews**

**4.3.1 Soziodemografische Daten der Teilstichprobe**

Die Gesamtstichprobe umfasst 111 Patientinnen, die zum Zeitpunkt der Erhebung im Frühjahr und Sommer 2006 zur strahlentherapeutischen Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie behandelt worden sind (s. Tab. 1). An der Studie nehmen Frauen teil, die an Brustkrebs erkrankt sind, wobei das Tumorstadium, Behandlungsart und andere Parameter keine besonderen Kriterien bilden. Zu Beginn (s. 3.1) wurde die Gesamtstichprobe, daß heißt Patientinnen mit und ohne Interview, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, hinsichtlich ihrer krankheitsbezogenen, beruflichen und familiären Merkmale beschrieben.

Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der Substichprobe (n=53) kommentiert, die interviewt wurden und zum Zeitpunkt der Erhebung im Frühjahr und Sommer 2006 in der

Frauenklinik eine Chemotherapie (62%) erhalten hatten. Die Mehrzahl der interviewten Patientinnen (85%) befanden sich zu der Zeit in strahlentherapeutischer Behandlung (s. Tab.2 T). Mehr als die Hälfte der Patientinnen (61%) sind verheiratet und arbeiten in einem Angestelltenverhältnis (45%). Im Durchschnitt waren die Patientinnen 56,8 Jahre alt (s = 12,1; Bereich von 25,9 – 81,5 Jahre).

### Religionszugehörigkeit der Teilstichprobe

Von den 53 Patientinnen sind mehr als die Hälfte katholisch (66%) und 20% evangelisch (s. Tab. 1 T). Die Substichprobe unterscheidet sich diesbezüglich nicht wesentlich von der Gesamtstichprobe.

**Tab. 1 T: Charakteristika der Teilstichprobe**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Teilstichprobe (n=53)</b>
<b>Berufsgruppen- zugehörigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbeiterin</li> <li>▪ Angestellte</li> <li>▪ Beamtin</li> <li>▪ Selbstständige</li> <li>▪ Rentnerin</li> <li>▪ Hausfrau</li> <li>▪ Keine Angaben</li> </ul>	<p>9%</p> <p>45%</p> <p>18%</p> <p>7%</p> <p>5%</p> <p>7%</p> <p>9%</p>
<b>Einrichtung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauenklinik</li> <li>▪ Radioonkologie und Strahlentherapie</li> <li>▪ Poliklinik Radioonkologie</li> </ul>	<p>29%</p> <p>70%</p> <p>Keine</p>
<b>Religionszugehörigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evangelisch</li> <li>▪ Katholisch</li> <li>▪ Ohne</li> </ul>	<p>21%</p> <p>66%</p> <p>5%</p>
<b>Erwerbstätigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja, ganztags</li> <li>▪ ja, mindestens halbtags</li> <li>▪ ja, weniger als halbtags</li> <li>▪ nein, Hausfrau</li> <li>▪ nein, in der Ausbildung</li> <li>▪ nein, arbeitslos/erwerbslos</li> <li>▪ nein, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente</li> <li>▪ nein, anderes</li> <li>▪ keine Angabe</li> </ul>	<p>16%</p> <p>11%</p> <p>2%</p> <p>41%</p> <p>4%</p> <p>4%</p> <p>8%</p> <p>5%</p> <p>11%</p>
<b>Familienstand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ledig</li> <li>▪ Verheiratet</li> <li>▪ Geschieden /getrennt</li> <li>▪ Verwitwet</li> </ul>	<p>16%</p> <p>61%</p> <p>7%</p> <p>9%</p>

### 4.3.2 Krankheitsbezogene Daten der Teilstichprobe

Die meisten Patientinnen berichten, dass sie die Brustveränderung selbst ertastet haben (48%). Dieses Ergebnis zeigt sich auch in der Gesamtstichprobe. Die Hälfte der Patientinnen haben zu dem Befragungszeitpunkt Beschwerden. Am häufigsten klagen diese Patientinnen über Müdigkeit und, Schlafstörungen. Davon sind 32% der Patientinnen der Teilstichprobe und 33% Patientinnen der Gesamtstichprobe betroffen.

**Tab. 2 T: Anamnese zu den Beschwerden der Teilstichprobe**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Teilstichproben (n=53)</b>
<b>Wie wurde die Erkrankung festgestellt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nach einem Unfall</li> <li>▪ Routineuntersuchung</li> <li>▪ krank zum Hausarzt wegen einer anderen Erkrankung in der Klinik</li> <li>▪ Sonstiges</li> </ul>	<p style="text-align: center;">4%</p> <p style="text-align: center;">38%</p> <p style="text-align: center;">15%</p> <p style="text-align: center;">48%</p>
<b>Behandlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operation</li> <li>▪ Chemotherapie</li> <li>▪ Strahlentherapie</li> <li>▪ Andere</li> </ul>	<p style="text-align: center;">90%</p> <p style="text-align: center;">62%</p> <p style="text-align: center;">85%</p> <p style="text-align: center;">19%</p>
<b>Aktuelle Beschwerden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ k.A.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">50%</p> <p style="text-align: center;">38%</p> <p style="text-align: center;">14%</p>
<b>Art der Beschwerden (freie Antworten)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strahlenbedingte Schmerzen</li> <li>▪ Müdigkeit</li> <li>▪ Nebenwirkung Chemotherapie</li> <li>▪ Andere Beschwerden</li> </ul>	<p style="text-align: center;">5%</p> <p style="text-align: center;">18%</p> <p style="text-align: center;">11%</p> <p style="text-align: center;">11%</p>
<b>Schlafstörungen in den letzten 12 Monaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gar nicht</li> <li>▪ wenig</li> <li>▪ mittel</li> <li>▪ stark</li> <li>▪ sehr stark</li> </ul>	<p style="text-align: center;">13%</p> <p style="text-align: center;">38%</p> <p style="text-align: center;">32%</p> <p style="text-align: center;">9%</p> <p style="text-align: center;">4%</p>

### 4.3.3 System of Belief Inventory (SBI- 15 R; Holland et al., 1998)

(„Fragebogen zur Rolle religiöser und spiritueller Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung“, Mehnert und Koch, 2002), Deutsche Übersetzung

Das Leben und Tod der Menschen von Gottes Plan bestimmt wird, glauben 66% der Patientinnen. Mehr als die Hälfte sagen, dass Religion eine wichtige Rolle in ihrem Leben spielt (s. Tab. 3 T).und dass Gebete und Meditation ihnen in Zeiten von Krankheit geholfen hätten, mit dieser Situation zurechtzukommen. Ähnlich wie in der Gesamtstichprobe zeigt das Ergebnis der Teilstichprobe, dass sich 70% freuen, an gesellschaftlichen Zusammenkünften ihrer Glaubengemeinschaft teilzunehmen.

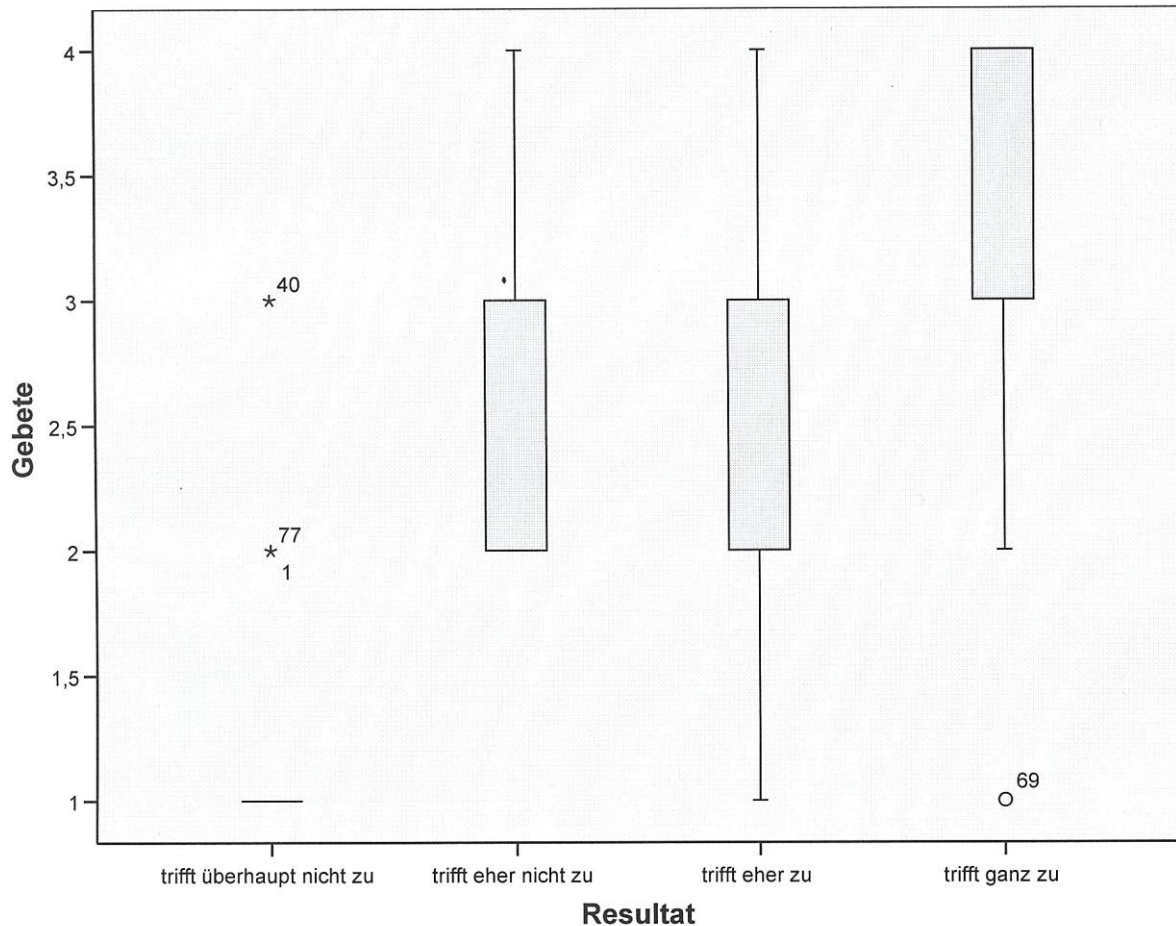
**Tab. 3 T Religiöse und spirituelle Glaubensüberzeugung**  
(SBI-15, Mehnert & Koch, 2002)

<b>Vorgegebene Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten in % Ausprägungen n=53</b>
Zusammenkünfte der Glaubengemeinschaft	70%
Leben und Tod wird von Gottes Plan bestimmt	66%
Gebete und Meditation haben mir in der Erkrankungszeit geholfen	53%
Resultat des Glaubens Hoffnung	57%
Stärkung des Glaubens in Zeiten der Krankheit	45%

---

\* bezogen auf 4er-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“  
„stimmt genau“ und „stimmt eher“ Ausprägungen wurden addiert, Werte 3 und 4 addiert





#### 4.3.4 Umgang der Patientinnen mit Problemen und Schwierigkeiten

GKE- 10, („Fragebogen zur Generalisierten Kompetenzerwartung, Schwarzer, 1994“)

Die Frauen der Substichprobe ist noch mehr als die der Gesamtstichprobe der Überzeugung, dass sie mit Problemen und Schwierigkeiten gut umgehen kann. Ihre eigene Kontrollüberzeugung bzw. Erwartung schätzen die Patientinnen recht hoch ein (s. Tab. 4 T). Dies wird besonders daran deutlich, dass 91% der Patientinnen überzeugt sind, schwierige Probleme lösen zu können, wenn sie sich intensiv darum bemühen. 80% glauben auch mit überraschenden Ereignissen gut zurechtzukommen, während 46% eher Schwierigkeiten haben, ihre Absichten und Ziele umzusetzen. Insgesamt sind die Patientinnen (82%) sehr zuversichtlich, dass sie, egal, was auch immer auf sie zu kommen mag, schon mit der Situation fertig werden.

**Tab. 4 T: Probleme und Schwierigkeiten der Patientinnen, (GKE, Schwarzer, 1994)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen * n=53
Lösung schwieriger Probleme	91%
Ich werde klarkommen, was immer auch passiert	82%
Ziele auch gegen Widerstände durchsetzen	46%
Lösung überraschender Ereignisse	80%

\* bezogen auf 4er-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“  
 „stimmt genau“ und „stimmt eher“, Ausprägungen wurden addiert

#### 4.3.5 SF-12

SF-12, („Gesundheitszustand“; Bullinger & Kirchberger“, 1998)

Etwas mehr als die Hälfte der Patientinnen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut ein, außer bei der Ausübung mittelschwerer Tätigkeiten, in der sich die Mehrheit etwas eingeschränkt fühlt. Sowohl in der Teil- als auch in der Gesamtstichprobe schaffen die Patientinnen körperlich weniger oder können nur bestimmte Dinge tun. Bei mehr als der Hälfte der Patientinnen hat die Erkrankung auch Auswirkungen auf die Seele. Dennoch fühlen sich die meisten Patientinnen ruhig und gelassen und haben auch häufig soziale Kontakte. Sie fühlen sich in dieser Hinsicht nicht von der Krankheit beeinträchtigt (s. Tab. 5 T). Allerdings über Schmerzen berichten 38% der Patientinnen.

**Tab. 5 T : Gesundheitszustand, (SF-12, Bullinger & Kirchberger“, 1998)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen n=53%
Gesundheitszustand	54%
Körperliche Gesundheitsprobleme	70%
Seelische Gesundheitsprobleme	52%
Fühle mich meistens wohl	48%
Schmerzen	38%

\*bezogen auf die Antwortratings: „sehr gut“, „etwas eingeschränkt“, „Nein“, „meistens“, „ein bisschen“.

### 4.3.6 Die Rolle des Glaubens im Copingprozess

(RPSS-K, „Religious Problem Solving Scale“, Pargament et al., 1988)

In der Teilstichprobe hoffen 42% auf den Herrn, der dabei hilft zu erkennen, wie man mit allem fertig wird. In einer Notlage arbeiten die Patientinnen mit, vertrauen dabei aber auf Gott, der ihnen Kraft geben soll, um mit der Situation zurechtzukommen. Etwa ¼ der Patientinnen lösen die Probleme in Zusammenarbeit mit Gott (s. Tab. 6 T).

**Tab. 6 T : Coping in Zusammenarbeit mit Gott**

Religious Problem Solving Scale – Kooperatives Coping

<b>Vorgegebene Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten in % Ausprägungen n=53</b>
Gott gibt mir die Kraft	49%
Gott hat mich durch die Bewältigung der Not gestärkt	30%
Der Herr erweitert mein Blickfeld, so dass ich erkenne, wie ich mit allem fertig werden kann	42%

\* bezogen auf 4er-Skala „gar nicht“ bis „sehr stark“  
„stimmt genau“ und „stimmt eher“; Ausprägungen wurden addiert

### 4.3.7 Die Funktion des Glaubens bei einer chronischen Erkrankung

(FACIT-Sp, „Functional Assessment of Chronic Illness Therapy“, Peterman et al., 1999)

Deutsche Übersetzung (E. Tappesser, 2006)

Jeweils 70 % der Patientinnen empfinden ihr Leben als produktiv und sinnvoll (s. Tab. 7 T). Sie sehen sich in der Lage, Ruhe und Harmonie aus sich selbst heraus zu schöpfen. Mehr als die Hälfte der Patientinnen finden Trost und Kraft im Glauben und 50% vertrauen darauf, dass, je nachdem wie die Krankheit sich entwickelt, diese Entwicklung auch für sie in Ordnung ist.

**Tab. 7 T : Funktion des Glaubens bei einer chronischen Erkrankung**

(FACIT-Sp-12, E. Tappesser, 2006)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in% n=53
Sinn im Leben	70%
Ruhe und Harmonie aus sich selbst	70%
Ich fühle mich voll innerem Frieden	66%
Trost	57%
Kraft	59%

\* bezogen auf 4er-Skala „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“  
 „stimmt eher“ und „stimmt genau“; Ausprägungen wurden addiert

**4.3.8 Häufigste Modi der Krankheitsverarbeitung**

FKV-Lis , („Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung“, F.A. Muthny, 1989)

Kampfgeist entwickeln 82% der Patientinnen und 68% schaffen es sich selber Mut zu machen. 66% nehmen sich vor, intensiver zu leben (s. Tab. 8 T).

**Tab. 8 T Insgesamt sind die adaptivsten Coping-Modi (FKV, F.A. Muthny, 1989)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen * n=53
Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	19%
Sich vornehmen intensiver zu leben	14%
Vertrauen in die Ärzte setzen	9%

\*bezogen auf 5er-Skala „gar nicht“ bis „sehr stark“

### 4.3.9 Deutschsprachige Version des WHO Instruments zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität

(„WHOQOL- Bref“, C. Angermeyer, R. Killian & H. Matschinger, 2002)

Die Hälfte der Stichprobe gibt an, dass sie ihr Leben genießen. Die Patientinnen empfinden ihr Leben als sinnvoll. Mehr als 50% fühlen sich wohl und zufrieden mit sich selbst. Eine wichtige Copingfunktion stellt der Kontakt zu Freunden dar, dies bejahen 78%. Dennoch geben fast 38% der Patientinnen an, zeitweilig an Traurigkeit, Verzweiflung, Angst und Depression zu leiden.

**Tab. 9 T. Deutschsprachige Version des WHO Instruments zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen * n=53
Genieße das Leben	48%
Sinnvolles Leben	45%
Zufriedenheit	50%
Depression, Trauer	
Verzweiflung, Angst	38%

\* bezogen auf 5er-Skala „gar nicht“ bis „sehr stark“

**Tab. 10 T. Gesundheit und Lebensqualität, (WHOQOL- Bref, C. Angermeyer, R. Killian & H. Matschinger, 2002)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in % Ausprägungen n=53%
Arbeitszufriedenheit	54%
Zufriedenheit mit sich selbst	56%
Unterstützung durch Freunde	78%

\* bezogen auf 5er-Skala „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“  
“Zufrieden“ und „sehr zufrieden“; Ausprägungen wurden addiert

#### **4.4 Gegenüberstellung Fragebogen- und Interviewstichprobe**

Im Wesentlichen unterscheiden sich die Häufigkeitsauszählungen des Fragebogens nicht von den Daten der Interviewstichprobe, (s. Tab. 1 S).

Hinsichtlich der Altersverteilung ist die Gesamtstichprobe mit der Teilstichprobe vergleichbar. Mittelwerte und Standardabweichungen ähneln sich. In Bezug auf die Ausbildungsparameter unterscheidet sich die Gesamtstichprobe kaum von der Substichprobe (s. Tab. 1 S). Der größte Teil der Patientinnen hat einen Haupt- bzw. Realschulabschluss. Der Anteil der Patientinnen mit Abitur ist in der Teilstichprobe (27%) geringfügig höher als in der Gesamtstichprobe (20%).

Die Erwerbstätigkeit ist in der Sub- und Gesamtstichprobe ähnlich verteilt. Die Teilstichprobe setzt sich allerdings aus etwas mehr Hausfrauen (41%), als die Gesamtstichprobe (36%), zusammen. Verheiratet sind mehr als die Hälfte der Patientinnen (61%).

**Tab. 1 S: Soziodemografische Daten**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Gesamtstichprobe (n=111)</b>	<b>Teilstichprobe (n=53)</b>
<b>Berufsgruppenzugehörigkeit</b>	▪ Arbeiterin	7%	9%
	▪ Angestellte	45%	45%
	▪ Beamte	3%	18%
	▪ Selbstständige	4%	7%
	▪ Rentnerin	14%	5%
	▪ Hausfrauen	12%	7%
	▪ Keine Angaben	14%	9%
<b>Einrichtung</b>	▪ Frauenklinik	14%	29%
	▪ Radioonkologie und Strahlentherapie	35%	70%
	▪ Poliklinik Radioonkologie	47%	Keine
<b>Religionszugehörigkeit</b>	▪ Evangelisch	20%	21%
	▪ Katholisch	62%	66%
	▪ Ohne	6%	5%
<b>Schulabschluss</b>	▪ Volks- bzw. Hauptschule	47%	41%
	▪ Realschule; Mittlere Reife	29%	21%
	▪ Polytechnische Oberschule	1%	1%
	▪ Fachhochschule	8%	8%
	▪ Abitur	19%	27%
	▪ anderer Schulabschluss	9%	9%
	▪ keine Angaben	3%	3%

#### 4. ERGEBNISSE

---

Ähnliche Ergebnisse wie die Gegenüberstellung der Soziodemografischen Daten der Gesamtstichprobe mit der Teilstichprobe, ergeben sich auch bei dem Vergleich mit den religiösen und spirituellen Überzeugungen der Patientinnen (s. Tab. 2 S).

Die weiteren Ergebnisse zeigen den gleichen Verlauf, deshalb wird an dieser Stelle, darauf verzichtet, weitere Tabellenvergleiche ausführlicher zu diskutieren.

**Tab. 2 S: Religiöse und spirituelle Überzeugungen (SBI-15-R)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %	
	Gesamtstichprobe (n=111)	Teilstichprobe (n=53)
Zusammenkünfte der Glaubensgemeinschaft	71%	60%
Leben und Tod wird von Gottes Plan bestimmt	66%	71%
Gebete und Meditation haben mir in der Erkrankungszeit geholfen	57%	55%
Resultat des Glaubens Hoffnung	55%	57%
Stärkung des Glaubens in Zeiten der Krankheit	45%	45%

---

\* bezogen auf 4er-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“  
„stimmt genau“ und „stimmt eher“ Ausprägungen wurden addiert



## 4.5 Interviewergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviewstichprobe vorgestellt. Die soziodemografischen Daten sind die gleichen wie bei der Teilstichprobe mit Interview (s. Seite 14, 16) und werden von daher nicht mehr gesondert aufgeführt.

Der Interviewleitfaden beruht auf einer Eigenentwicklung und befasst sich mit den Themen, Glauben, Spiritualität und dessen Umsetzung in Handlungen. Die meisten Frauen, die an dem Interview teilnehmen, befinden sich zu der Zeit in strahlentherapeutischer Behandlung der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universitätsklinik Münster (UKM), dies sind 55%. Von den insgesamt 53 interviewten Frauen sind 33% in chemotherapeutischer Behandlung der Frauenklinik des UKM. Das Interview erfolgt in einem separaten Zimmer, um ungestört zu sein und um eine vertraute Atmosphäre schaffen zu können. Um den Gesprächsfluss und den Verlauf des Interviews nicht durch schriftliche Aufzeichnungen zu unterbrechen, wird das Gespräch auf Tonband aufgezeichnet. Das Interview dauert zwischen 20 und 60 Minuten, im Durchschnitt beträgt die Gesprächszeit 40 Minuten.

**Tab. 1 I: Charakteristika der Stichprobe**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Interviewstichprobe (n=53)</b>
<b>Therapie</b>	▪ Bestrahlungen	21%
	▪ Chemotherapie	33%
<b>Befindlichkeit</b>	▪ Gut	14%
	▪ Schlecht	7%
<b>Einrichtung</b>	▪ Frauenklinik	31%
	▪ Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	55%
<b>Anzahl der Kinder</b>	▪ Keine Kinder	21%
	▪ Ein Kind	14%
	▪ Zwei Kinder	36%
	▪ Drei Kinder	10%
	▪ Vier Kinder	3%

Die meisten Patientinnen haben die Diagnose vor 3 bzw. 6 Monaten erhalten. Auf die Frage, wie sich die Patientinnen zum Zeitpunkt des Interviews fühlen, antworten 14%, dass

sie sich gut fühlen, 7% fühlten sich eher schlecht. Die Patientinnen, die bestrahlt werden (21%), verspüren geringe Therapienebenwirkungen, während die Patientinnen, die Chemotherapie erhalten (33%), eher über die Nebenwirkungen der Therapie berichten (s. Tab. 1 I).

Der Großteil der Patientinnen hat zwei Kinder (36%), 14% haben eines, 21% sind kinderlos und 10% haben drei Kinder, 13% der Patientinnen haben mehr als drei.

#### **Religionszugehörigkeit**

Von den 53 Patientinnen sind mehr als die Hälfte katholisch (60%). Evangelisch sind 22% und etwa 3% der Patientinnen sind konfessionslos.

#### **Krankheitsdauer**

Der Diagnosezeitpunkt bezieht sich auf den Zeitpunkt, bei dem die Patientin die Diagnose zum ersten Mal erfahren hat. Hier variieren die Zeitspannen sehr stark. Eine Patientin hat ihre Diagnose bereits 1988 erhalten und befindet sich jetzt wegen eines rezidivierenden Tumors in Behandlung. Der späteste Diagnosezeitpunkt ist der August 2006, d.h. die Patientin weiß seit ca. zwei Wochen von der Diagnose.

#### **Regelmäßig durchgeführte Rituale**

Auf die Frage, welchen Stellenwert der Glaube im Leben hat, antworten 45% der Patientinnen, dass der Glaube für sie eine große Rolle spielt.

52% sind der Meinung, dass der Glaube sich durch die Erkrankung nicht verändert hat, d.h. sie waren vor der Erkrankung genauso im Glauben verwurzelt wie jetzt.

Lediglich für 29% hat sich die Einstellung zum Glauben durch die Erkrankung verändert.

Die häufigsten Rituale und Handlungen, die die Patientinnen durchführen, sind Beten (55%) und eine Kerze anzünden (47%). Die Kirche besuchen 40% regelmäßig.

Ruhe und Stille suchen 31% der Patientinnen (s. Tab. 3 I).

**Tab.3 I: Rituale und Handlungen, die regelmäßig durchgeführt werden**

<b>Kategorien nachträglich gebildet</b>	<b>Häufigkeiten % n=53%</b>
Beten	55%
Kirchenbesuch	40%
Gesang	17%
Musik	14%
Meditieren	2%
Stille	31%
Kerze	47%
Selbst damit fertig werden	3%

---

#### **4.5.1 Auswirkung der Rituale**

Die durchgeführten Rituale wirken sich positiv auf das Wohlbefinden der Patientinnen aus, so dass 81% angeben, dass sie dadurch Ruhe erfahren (s. Tab. 4 I). 46 % geben an, dass Rituale ihnen Kraft und Gelassenheit geben. Das regelmäßige Ausführen von Ritualen gibt Hoffnung (35%) und 38% der Frauen erhalten dadurch Trost. Bei 14% spielen die Rituale eine Rolle, um sich mit dem Tod auseinanderzusetzen und 51% der Patientinnen berichten, dass die Rituale entspannend wirken.

#### 4. ERGEBNISSE

---

Insgesamt meinen 46% der Frauen, dass sie durch den Glauben gelassener sind und sie die Erkrankung besser verarbeiten. 16% sagen, dass der Glaube bei der Verarbeitung der Erkrankung keine Rolle spielt.

**Tab. 4 I: Auswirkung der Rituale**

<b>Kategorien nachträglich gebildet</b>	<b>(n=53)</b>	<b>Häufigkeiten %</b>
Ruhe		81%
Gelassenheit		46%
Umgang mit dem Tod		14%
Hoffnung		35%
Trost		38%
Kraft		46%
Entspannung		51%
Keine		2%
Andere		16%

---

#### 4.5.2 Die Rolle des Glaubens bei der Verarbeitung der Erkrankung

Viele Patienten bewältigen ihre Erkrankung mit ihren Freizeitaktivitäten und ihren Hobbies (35%), also durch Ablenkung. Für 24% der Befragten ist die soziale Unterstützung, z.B. durch die Familienangehörigen, wichtig, um mit der Erkrankung zu Recht zu kommen (s. Tab. 5 I).

**Tab. 5 I: Die Rolle des Glaubens bei der Verarbeitung der Erkrankung (n=53)**

<b>Kategorien nachträglich gebildet</b>	<b>Häufigkeiten %</b>
Gelassenheit	24%
Tod und Sterben	2%
Bestrafung	5%
Trost	14%
Keinen	16%
Ablenkung	17%
Soziale Unterstützung	24%
Hobbies	35%

---

Viele Patientinnen haben ein Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung, dass sie in Form von Ausruhen (z.B. hinlegen, schlafen) befriedigen (s. Tab. 6 I).

Der Sinn des Lebens hat sich für 83% der Patientinnen nicht verändert.

35% nehmen sich vor, intensiver leben zu wollen. 38% glauben intensiver, denn der Glaube spielt für diese Patientinnen bei der Veränderung des Lebens und der Suche nach dem Sinn des Lebens eine Rolle.

Auf die Frage, welche Bedeutung der Glaube auf der Suche nach dem Sinn des Lebens für sie spielt, antworten 38%, dass der Glaube dadurch intensiver für sie geworden sei. Für 38% der Patientinnen spielt der Glaube dabei keine Rolle, wenn es um Sinnsuche und Sinnfindung in ihrem Leben geht. Für die Hälfte der Patientinnen ist klar, dass sie ihr Leben jetzt in diesem Moment genießen wollen und 3% der Frauen möchten in Zukunft spontaner sein. Für 16% ist es das Wichtigste gesund zu werden.

**Tab. 6 I: Sinnsuche und Prioritäten des Lebens**

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien nachträglich gebildet</b>	<b>Stichprobe (n=53) Häufigkeiten %</b>
<b>Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausruhen</li> <li>▪ Musik hören</li> <li>▪ Fernsehen</li> <li>▪ Hobbies</li> </ul>	<p>59%</p> <p>12%</p> <p>3%</p> <p>5%</p>
<b>Veränderung des Lebenssinns durch die Erkrankung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensiver Leben</li> <li>▪ Erkrankung als Fingerzeig Gottes</li> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>	<p>35%</p> <p>2%</p> <p>9%</p> <p>83%</p>
<b>Die Rolle des Glaubens bei der Sinnsuche des Lebens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glaube intensiver</li> <li>▪ Keinen</li> <li>▪ Fehlend</li> </ul>	<p>38%</p> <p>38%</p> <p>24%</p>
<b>Prioritäten im Leben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leben jetzt genießen</li> <li>▪ Spontan sein</li> <li>▪ Gesund werden</li> </ul>	<p>50%</p> <p>3%</p> <p>16%</p>

#### 4. ERGEBNISSE

---

Die Verteilung der Konfession der Eltern der Patientinnen stellt sich so dar, dass 26% katholisch sind, 12% geben an, dass ihre Eltern evangelisch sind. Bezüglich der Religiosität schätzen 38% ihre Eltern als sehr religiös ein und 9% denken von ihren Eltern, dass sie weniger religiös sind, 2% (s. Tab. 7 I) der Eltern sind nicht gläubig.

**Tab. 7 I: Religiosität der Eltern der Patientinnen**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten %</b>
	n=53%
Katholisch	26%
Evangelisch	12%

**Tab. 8 I: Religiöse Ausprägungen der Eltern der Patientinnen**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten %</b>
	n=53%
Sehr religiös	38%
Weniger Religiös	9%
Nicht gläubig	2%

Mehr als die Hälfte der Patientinnen sind gläubig erzogen. 14% empfanden den Glauben in ihrer Kindheit als Zwang, dem sie sich nicht entziehen konnten. 5% glauben an einen gerechten Gott und 3% sind gar nicht religiös aufgewachsen (s. Tab. 8 I).

**Tab. 8 I: Erfahrung in der Kindheit mit dem Glauben**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten %</b>
	n=53%
Gläubig erzogen	55%
Glaube als Zwang	14%
Glaube als Ressource	2%
Glaube als Strafe	2%
Glaube an einen gerechten Gott	5%
Gar Keine	3%

Mehr als die Hälfte der Patientinnen schätzen den Einfluss des Glaubens auf ihr heutiges Leben als wichtig ein (s. Tab. 9 I).

**Tab. 9 I: Der Einfluss des Glaubens auf das heutige Leben**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten %</b> n=53%
Wichtig	57%
Nicht so wichtig	26%
Fehlend	24%

#### 4.6 Deskriptive Statistik der Fremdeinschätzung

Das Alterspektrum reicht von 25- 73 Jahren und liegt im Mittel bei 41 Jahren. Der allgemeine Eindruck, den die Patientinnen bei der Interviewerin machen, zeigt, dass viele Patientinnen, nämlich ca. 20 %, zufrieden und optimistisch wirken.

**Tab. 1F: Allgemeiner Eindruck**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten %</b> (n=53)
Zufrieden	21%
Unruhig	18%
Ausgeglichen	5%
Verdrängt	17%
Keine Auseinandersetzung	7%
Optimistisch	20%

Ein großer Teil (18%) ist unruhig, und 17% verdrängen ihre Erkrankung. Mehr als die Hälfte der Patientinnen haben einen starken Glauben (55%), an den sie große Hoffnungen knüpfen. Die meisten Patientinnen (35%) akzeptieren ihr Schicksal.

**Tab. 2F: Allgemeiner Eindruck**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten % (n=53)</b>
Kraftlos (Körperliche Erschöpfung, Schlapp, Müde, Energielos)	63%
Depressiv / Resignativ	18%
Glaube und Hoffnung	55%
Akzeptanz des Schicksals	35%

Des Weiteren hat die Interviewerin den Eindruck, dass die Patientinnen, und dies waren 41%, spirituelle und religiöse Handlungen nutzen, um die Krankheit zu verarbeiten. 82% sind der Überzeugung, dass der Glaube keinen Einfluss auf die Lebensführung (nicht Rauchen, kein Alkohol) hat.

52% der Patientinnen vermitteln den Eindruck, dass sie stark im Glauben verwurzelt sind (s. Tab. 2 F). Dementsprechend zeigt sich, dass 43% der Patientinnen den Glauben für wichtig halten. 44% bringen zum Ausdruck, dass sich ihr Glaube positiv auf ihre Erkrankung auswirkt, 36% suchen regelmäßig Trost in religiösen Ritualen und 47% schöpfen aus dem Gebet Hoffnung. 29% lesen spirituelle Texte und finden darin ihren Trost, während 30% überzeugt sind, dass religiöse Rituale (z.B. Kerze anzünden) Kraft geben. Zusammenfassend zeigt sich, dass 46% der befragten Patientinnen Kraft und Energie im religiösen Glauben finden und 45% ihre Probleme mit religiöser Hilfe lösen.



#### 4.6.1 Auswirkung religiöser und spiritueller Dimensionen auf das subjektive Wohlbefinden der Patientinnen

**Tab. 2 F: Auswirkung religiöser und spiritueller Dimensionen auf das subjektive Wohlbefinden der Patientinnen (n=53)**

<b>Vorgegebene Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten in %</b>
Stärke der religiösen Orientierung	52%
Wichtigkeit des Glaubens	43%
Positive Auswirkung des Glaubens auf die Erkrankung	44%
Trost in religiösen Ritualen suchen	36%
Aus dem Gebet Hoffnung schöpfen	47%
Trost im Lesen spiritueller Texte finden	29%
Kraft und Energie im Glauben finden	46%
Religiöse Rituale geben Kraft	30%
<u>Problemlösung mit religiöser Hilfe</u>	<u>45%</u>

\* bezogen auf eine 6er-Skala von „nicht benannt“, „gar nicht“ bis „sehr stark“

Zur Religiosität der Eltern zeigt sich, dass die eingeschätzten Antworten auf mehr als die Hälfte der Patientinnen zutrafen (s. Tab. 3 F).

Die Hälfte der Patientinnen berichten von regelmäßigen Kirchgängen mit der Familie (48%). Von regelmäßigen Tischgebeten sprechen 45% der Befragten. Gebetet wird in 52% der Familien und 58% gehen regelmäßig an den kirchlichen Feiertagen zur Kirche. 63% der Patientinnen sind im religiösen Glauben erzogen und 32% der Eltern sehen Gott als einen barmherzigen Gott an.

**Tab. 3 F: Religiosität der Eltern (n=53)**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten%</b>
Regelmäßiger Kirchengang	48%
Tischgebete	45%
Beten	52%
Einhalten der kirchlichen Feiertage	58%
Keine Auseinandersetzung	7%
Optimistisch	20%
Erziehung im religiösen Glauben	63%
Barmherzigkeit Gottes	32%

Religion und Spiritualität spielt bei der Neueinschätzung der Situation nach Diagnosemitteilung bei 29% der Patientinnen eine Rolle. Bei 66% erfolgt die Neuanpassung an die Krebserkrankung ohne auf Religion oder Spiritualität zurückzugreifen.

**Tab. 4 F: Die Rolle des Glaubens bei der „Neubewertung“ der Situation nach Diagnosemitteilung (n=53)**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten % n=53%</b>
Ja	29%
Nein	66%
Gelassenheit	7%

Zum Schluss wird eingeschätzt, welchen Hauptnutzen religiöses und / oder spirituelles Coping für die Patientinnen haben kann. 32% fühlen sich ruhiger, 18% sind zufrieden und 25% ziehen einen anderen Nutzen aus dem religiösen und spirituellen Coping.

#### 4.6.2 Hauptnutzen des religiösen und spirituellen Copings für die Patientinnen

**Tab. 5 F: Hauptnutzen des religiösen und spirituellen Copings für die Patientinnen (n=53)**

<b>Kategorien</b>	<b>Häufigkeiten %</b>
Ruhe	2%
Kraft	8%
Zufriedenheit	6%
Keinen	6%
Andere	5%

---

**Tab. 6 F: Insgesamt sind die adaptivsten Copingmodi**

Nr.1

- Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen 14%
- Sich vornehmen, intensiver zu leben 13%
- Trost im religiösen Glauben suchen 29%

Im Bezug auf die Adaptivität des Copings, nehmen 29% der Patientinnen den Trost im religiösen Glauben als hilfreichen Krankheitsverarbeitungsmodus an.

14% haben einen Kampfgeist entwickelt um gegen die Krankheit vorzugehen, während 13% sich vornehmen, intensiver zu leben.

#### **Summenscorebildung**

Mit der Bildung der Summenscores (Anhang Tab.9, S.178) wird ein breites Spektrum von Bedeutungs- und Einstellungsfeldern abgedeckt. Der Mittelwert, gibt Auskunft über das arithmetischer Mittel der Datenwerte, während die Standardabweichungen, Informationen über die Streuung der Daten liefern.. In der vorliegenden Studie kommt der SBI-15 R ebenfalls zur Anwendung. Mit 10 Items werden die religiösen Überzeugungen und Praktiken (Subskala I) und mit 5 Items die soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft (Subskala II) erfasst. Religiöse Überzeugungen und Praktiken (z.B.

“Gebete und Meditation haben mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen“) sind für die Patientinnen wichtig (MW= 2,76, SD=0,90). Erstaunlich ist, dass die soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft ebenfalls eine wichtige Rolle spielt (MW=2,34; SD= ,99), obwohl Deutschland die Bedeutung der christlichen Kirchen für die Gesamtbevölkerung eher rückläufig ist. Die Stichprobe zeigt hohe Konsistenzen der beiden Subskalen, dies bestätigen auch die bisher erzielten Ergebnisse aus anderen Studien. In dieser Studie wird die Kurzversion der SF-12 verwendet. Items der Skala sind so berechnet, dass ein hoher (Mittel-) Wert einem besseren Gesundheitszustand oder entsprechend geringeren Schmerzen entspricht. gut“ eingeschätzt. Etwas deutlicher eingeschränkt war das psychische Befinden. Hier antworteten die Befragten im Mittel, dass sie „manchmal“ bis „selten“ beeinträchtigt seien. Etwas mehr als die Hälfte der Patientinnen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut ein, außer bei der Ausübung mittelschwerer Tätigkeiten, in der sich die Mehrheit etwas eingeschränkt fühlt. Sowohl in der Teil- als auch in der Gesamtstichprobe schaffen die Patientinnen körperlich weniger oder können nur bestimmte Dinge tun. Bei mehr als der Hälfte der Patientinnen hat die Erkrankung auch seelische Auswirkungen. Die meisten Patientinnen fühlen sich ruhig und gelassen und haben auch häufig soziale Kontakte. Sie fühlen sich in dieser Hinsicht nicht von der Krankheit beeinträchtigt. Trotzdem berichten 38% der Patientinnen über Schmerzen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Patientinnen einen aktiven problemorientierten Copingstil wählen (MW=3,73, SD=0,78). Religion und Sinnsuche spielen dabei ebenfalls eine Rolle (MW=3,02, SD= 0,84). Depressive Verarbeitung, Bagatellisierung und Wunschdenken (MW=2,01; SD=0,66), (MW=2,07, SD=0,87) werden als Copingverhalten weniger genutzt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Patientinnen einen aktiven problemorientierten Copingstil wählen (MW=3,73, SD=0,78). Religion und Sinnsuche spielen dabei ebenfalls eine Rolle (MW=3,02, SD= 0,84). Depressive Verarbeitung, Bagatellisierung und Wunschdenken (MW=2,01; SD=0,66), (MW=2,07, SD=0,87) werden als Copingverhalten weniger genutzt. In der vorliegenden Arbeit beträgt der (MW=6,84) für die Skala Angst (HADS) und für die Skala Depression (MW= 4,59), die Standardabweichung liegt für Angst (SD= 3,49) und für Depression bei (SD= 3,23). Die Ergebnisse zeigen, dass die Patientinnen zu Depressionen neigen, eine kausale Beziehung kann jedoch nicht ermittelt werden. Das Modulsystem Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT, Webster, Cella & Yost, 2003), steht die Kurzfassung FACIT-Sp-12 (Peterman, Brady, 2002) zur Verfügung. Die Subskala Meaning/Peace (8 Items) erfasst das positive Erleben von Bedeutung, Sinn und Freude.

Die Subskala Faith (4 Items) erfasst die Funktion des Glaubens bei der Krankheitsbewältigung. Die Bezugnahme auf „Gott“ wird in der Itemformulierung vermieden. Das Instrument wurde für die Studie ins Deutsche übersetzt und erstmalig in der deutschen Version angewendet, von daher gibt es keinerlei Vergleichsmöglichkeiten mit dem bereits verwendeten Instrumenten hier im europäischen Sprachraum.

### **4.7 Fallbeispiele**

Die aufgeführten Fallbeispiele unterstreichen die empirische Datenlage.

Es werden zwei Fälle vorgestellt. In dem ersten Interview berichtet eine Patientin von ihrem gelebten katholischen Glauben. Im zweiten Fallbeispiel wurde eine Patientin ausgewählt, die sich nicht zum traditionellen Glaubenssystemen bekennt und ihre eigenen spirituellen Copingsressourcen entwickelt hatte.

#### **4.7.1 Fallbeispiel Nr.1**

Die interviewte Patientin wurde in der strahlentherapeutischen Ambulanz zum zehnten Mal bestrahlt. Sie hatte soweit keine Beschwerden. Die Patientin gab an katholisch zu sein, sie zählte sich selbst aber nicht zu den regelmäßigen Kirchgängern. Dennoch war ihr der Glaube sehr wichtig.

##### *3.1 Gibt es Werthaltungen oder etwas Anderes an das Sie glauben?*

Ich glaube an Gott. Ich denke immer: „Gott, schenk mir Flügel, ich liege fast am Boden, gib mir die Kraft, die ich brauche und hole mich hier raus.“

##### *3.2 Welche Rolle spielt der Glaube in ihrem Leben?*

„Er spielt schon eine wichtige Rolle. Auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 (sehr gut bis ungenügend, dann würde ich ihn auf zwei Plus einordnen.“

##### *4. Hat sich der Glaube durch die Erkrankung verändert?*

„Er war anders. Ich habe erst gefragt: Warum ich? Wie lange noch? Aber es ist vorbestimmt und das muss ich jetzt annehmen, das gehört zum Leben.“

##### *5. Haben Sie ihre Lebensgewohnheiten verändert?*

Das brachte mich aus dem Gleichgewicht. Der ganze Tagesablauf wurde umgestellt.

##### *6. Welche Rituale und Handlungen, oder persönliche Gewohnheiten führen Sie öfter durch?*

„Ich führe Zwiegespräche mit Gott, mindestens einmal in der Woche. Ich spreche mit meinem Vater, der vor 25 Jahren gestorben ist, auch er hört mir zu. Ich lebe den Glauben, in dem ich versuche, anderen Menschen zu helfen. Ich gehe nicht mehr in die Kirche, weil ich bei den Fürbitten und dem Gottesdienst dann immer anfangen zu weinen.“

##### *6.1 Wie wirken bzw. welche Auswirkungen haben diese Rituale auf Sie?*

„Sie geben mir Mut und eine innere Ruhe und Befriedigung.“

##### *6.2 Was genießen Sie daran?*

„Der Glaube gibt mir Trost und Lebensmut.“

*7.1 Welche Rolle spielt der Glaube bei der Verarbeitung ihrer Erkrankung?*

„Der Glaube ist mir eine große Hilfe“

*9. Hat sich durch die Erkrankung der Sinn des Lebens für Sie verändert?*

„Der Mensch greift zu sehr in die Natur ein. Chemie und Genfood- man fragt sich kann man dem anderen noch trauen? Ich bin sehr vorsichtig geworden. Ich glaube, dass deshalb auch diese Krankheiten entstehen.“

*9.2 Welche Prioritäten setzen Sie in Ihrem Leben?*

„Unser Haus, meine Familie, mein Mann und mein Sohn. Das Lachen und die Freude meiner Schwester, die mit ihrer Behinderung lebt. Und das Lachen meiner Mutter, die einen Schlaganfall hatte und nicht sprechen kann.“

*10. Wie religiös waren ihre Eltern?*

Beide waren sehr religiös.

*10.1 Welche Erfahrung haben Sie in ihrer Kindheit mit dem Glauben gemacht?*

„Ich bin sehr religiös erzogen.“

*10.2 Welchen Einfluss hat ihr Glaube auf Ihr heutiges Leben?*

„Ein Leben ohne Glauben kann ich mir nicht vorstellen.“

#### **4.7.2 Fallbeispiel Nr. 2**

Eine andere Patientin, die ebenfalls in der Radioonkologie bestrahlt wurde, die zwar evangelisch war, aber nicht an Gott glaubte und auch wie die meisten interviewten Patientinnen keine Kirchgängerin war, bewältigte Ihre Erkrankung eher spirituell. Sie hatte für sich ihren ganz eigenen Glauben gefunden.

Die Patientin befand sich zu diesem Zeitpunkt zum sechsten Mal in strahlentherapeutischer Behandlung. Sie hatte keine körperlichen Beschwerden, klagte aber darüber, dass sie dieser todbringenden Krankheit hilflos ausgeliefert sei.

##### *3.1 Gibt es Werthaltungen oder etwas Anderes, an das Sie glauben?*

„Der Urglaube an die Natur, das Leben. Gott, nicht unbedingt an eine Person gebunden, Personifizierung ist nicht meine Sache.“

##### *4. Hat sich der Glaube durch die Erkrankung verändert?*

„Nein, Ich habe über den Tod nachgedacht und habe darüber nachgedacht, ob das was ich tue, das richtige ist, vom Wert her. Ich kann mich nicht mit einer Wiedergeburt mit einem Paradies oder einem Himmel trösten. Ich sehe das eher so, dass das was ich als Mensch empfinde erstmal so vorbei ist mit allen sozialen Kontakten. Dass dieses Ende jeden ereilt, das hat mir geholfen, dass man das auch gestalten kann. Ich verbringe die letzte Zeit mit ganz bestimmten Sachen, die ich für wichtig halte. Das hat mir geholfen. In der Natur ist das so, dass alles stirbt und trotzdem wieder neues Leben entsteht, das ist das, was mich beruhigt. Dass ich zu diesem Kreislauf gehöre. Der Tod muss nicht zur Verzweiflung führen.“

##### *5. Haben Sie ihre Lebensgewohnheiten verändert?*

„Die Therapie verändert so viel z.B. Schlaf- Wachrhythmus. Mehr Ruhe. Kein Alkohol getrunken während der Therapie. Der Glaube hat da keine Rolle bei gespielt.“

##### *6. Gibt es Rituale und Handlungen, oder persönliche Gewohnheiten die Sie öfter durchführen?*

„Eigentlich, was man so werten kann, außer, dass ich den Kontakt zur Natur suche. Ich segele sehr gerne oder wandere in den Bergen. Regelmäßig spazieren gehen. Wir haben uns einen Hund zugelegt.“

##### *6.1 Wie wirken sich diese Handlungen auf Sie aus?*

Ich kann gut abschalten, wenn ich in die Natur gehe. Ich mag den Jahreswechsel. Es relativiert die Einstufung meiner Sorgen oder Ängste. Es entspannt mich und ich sehe manche Dinge gelassener. Durch die Erkrankung sehe ich auch viele Dinge erschreckend anders. Unordnung z.B. macht mich jetzt nicht mehr unzufrieden.



##### *7. Hat sich vor der Erkrankung schon etwas verändert?*

„Ich hatte ein unglückliches Jahr. Ich war selten krank und hatte immer viel Energie und letztes Jahr im Winter hatte ich mich einer Nasennebenhöhlenoperation unterzogen, die mich zwei Monate beeinträchtigt hat, und ich musste viele Medikamente nehmen. Bisher schaffte der Körper es immer selber, mit Krankheiten fertig zu werden, und plötzlich funktionierte das nicht mehr. Dann hatte ich einen Autounfall im Sommer, einen ziemlich schweren, wo ich mit Glück herausgekommen bin und es war schon merkwürdig, dass sich im August herausstellte, dass ich Brustkrebs hatte. Da war ich irritiert, dass da so drei Geschichten kamen, die mich so wegholten aus meinem normalen Leben.“

##### *7.1 Welche Rolle spielt der Glaube bei der Verarbeitung ihrer Erkrankung?*

„Man kann sagen es ist Zufall gewesen, manchmal habe ich auch gedacht. „Was greift da jetzt so nach Dir und zieht mich immer so in eine Richtung, in die ich ja noch gar nicht hin will. Dass das Leben jetzt so zu Ende ist.“ Meine Mutter hatte vor 15 Jahren Brustkrebs und hat jetzt ein Rezidiv und hat mit mir zeitgleich eine Chemotherapie erhalten. War auch schwierig.“

##### *8. Wie sieht es mit ihrem Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung aus?*

„Ich bin früher immer über meine Grenzen gegangen, den toten Punkt überwunden.

Hinlegen, hinsetzen. Das Entspannen fällt mir immer noch schwer. Früher habe ich, wenn ich entspannen wollte, eine Zigarette geraucht. Diese Kombination habe ich immer bedauert.“

##### *9. Hat sich durch die Erkrankung der Sinn des Lebens für Sie verändert?*

„Eigentlich nicht.“

##### *9.1 Welche Rolle spielt der Glaube dabei?*

„Keinen.“

##### *9.2 Welche Prioritäten setzen Sie in Ihrem Leben?*

„Gelassenheit, dass ich wieder zu meiner körperlichen Kraft komme.“

##### *10. Wie religiös waren ihre Eltern?*

„Nicht sehr religiös.“

*10.1 Welche Erfahrung haben Sie in ihrer Kindheit mit dem Glauben gemacht?*

„Sonntagsschule hat mir gut gefallen. Meine Großmutter hat immer mit mir gebetet. Meine Eltern haben sich da mehr so raus gehalten. Teilnahme am Religionsunterricht war verbindlich. Soziales Verhalten, das mit christlicher Nächstenliebe verbunden ist.“

*10.2 Welchen Einfluss hat ihr Glaube auf Ihr heutiges Leben?*

„Keinen großen.“

Weitere Transkriptionen der geführten Interviews, hätten die Vielschichtigkeit des Konzepts `religiöse Einstellungen` unterstrichen. Der Umgang mit der Erkrankung und die religiösen Vorstellungen wären so noch deutlicher geworden. Das ging dahin, dass einige Patientinnen, an Engel glauben und Engelsfiguren besitzen, mit denen sie regelmäßig sprechen und im Kontakt sind. Die meisten Patientinnen haben gerne über ihren Glauben gesprochen, nur wenige verhielten sich zurückhaltend. Viele Patientinnen, hatten sogar ein Leuchten in den Augen, wenn Sie von ihrem ganz persönlichen Glauben berichteten. Sie empfanden das Gespräch als sehr wohltuend entlastend, sich vor allen Dingen mit einer Dritten emotional am Krankheitsverarbeitungsprozess nicht beteiligten Personen auszutauschen.

## 5. Diskussion

### Religiöses und spirituelles Coping

Ein Überblick über die Forschungslage zeigt, dass verschiedene Ausprägungen des religiösen Erlebens, Denkens und Verhaltens bereits untersucht wurden, oder als zusätzliche Informationsquellen in der Lebensqualitätsforschung berücksichtigt werden, z.B. Selbstkontrolle, kooperative Kontrolle bedeutsamer Lebensereignisse in Zusammenarbeit mit Gott. Der religiöse Glaube stellt eine effektive Ressource bei der Bewältigung einer Krebserkrankung dar und steht mit einem aktiv-kognitiven Verarbeitungsprozess in Zusammenhang (Brady et al. 1999, Feher & Maly, 1999, Holland et al., 1998).

Der angloamerikanische Sprachraum berücksichtigt Religion und Spiritualität als Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Sie stellen eine bedeutsame Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse dar und erbringen zusätzliche Informationen, die mit anderen z.B. psychischen oder sozialen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht überlappen.

Die empirischen Ergebnisse aus den USA, die Spiritualität /Religiosität erfassen, können nicht einfach ins Deutsche übertragen werden. Der persönliche Glaube an Gott hat in den USA einen anderen Stellenwert als in Deutschland. Der Begriff „Spirit“ wird in den USA mit ganz anderen Inhalten gefüllt und impliziert ein enges Netz religionsbezogener sozialer Unterstützung. All diese Rahmenbedingungen fehlen in Deutschland. Der Glaube in Deutschland bezieht sich zur Zeit eher auf die Suche nach neuen Möglichkeiten, um seinen eigenen Glauben individuell leben zu können.

Die Übersetzung des von Holland et al. entwickelten Fragebogens „Systems of Belief Inventory / SBI“ (Holland et al., 1998) umfasst insgesamt 57 Items zur Beurteilung religiöser Einstellungen. In der Studie von Mehnert, Rieß & Koch 2001, „Die Rolle religiöser Einstellungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome“, wird die Kurzform des Fragebogens der SBI-15 R bei 117 Patienten eingesetzt. Der Vergleich der vorliegenden Studie mit der Arbeit (Mehnert, Rieß & Koch, 2001) zeigt, dass es keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Daten und den Ergebnissen der vorliegenden Studie gibt. Dies wird noch einmal durch die Ergebnisse der Gesamtskala bestätigt.

Die Annahme, dass Patienten, die sich in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium befinden, oder eine schlechtere Heilungsprognose haben, tendenziell religiöser seien, konnte die Studie nicht bestätigen. Religiöse Glaubensüberzeugungen stehen nach den Ergebnissen der Studie nicht im Zusammenhang mit dem seelischen Befinden des Patienten. Aber es gibt einen eindeutig positiven Zusammenhang zwischen religiösen Überzeugungen und einem aktiv- kognitiven Bewältigungsstil. Damit werden die bisherigen Ergebnisse aus den Studien von Dörr (2000) und Deister (2000) gestützt und für Deutschland bestätigt. Da eine Krebserkrankung auch immer eine Auseinandersetzung mit dem Tabuthema „Tod und Sterben“ bedeutet, haben sich die meisten Patientinnen mit dem Glauben beschäftigt, um dieses Thema für sich zu verarbeiten. Im Vertrauen zu Gott und zu seinem göttlichen Plan finden die Patientinnen Erleichterung und können Ihre Angst vor dem Tod ein Stück weit loslassen. Eine wichtige Ressource stellt der Glaube während der Erkrankungszeit dar, den die Patientinnen mit Hoffnung verbinden und der sich sogar in der Zeit eher noch verstärkt. Fast die Hälfte der Patientinnen (48%) bemühen sich sehr, mit dieser Situation zurechtzukommen und Vertrauen darauf, dass Gott ihnen dazu die Kraft gibt. Ein Gefühl des Ausgeliefertseins in Verbindung mit Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber der Erkrankung, weist auf eine Anpassungsstörung hin. Hier kann der Glaube, ob religiös oder individuell geprägt, eine wichtige Ressource darstellen, um eine Anpassungsstörung zu minimieren. Die Patientinnen, die eine positive religiöse Einstellung haben, werden eher mit affektiv- auseinandersetzendem Copingverhalten ihre Krankheit verarbeiten. Negative religiöse Einstellungen gehen eher mit passiv-vermeidendem Krankheitsverhaltensverhalten einher. Die Skala Religiosität und Sinnsuche gehört zu den aktiv auseinandersetzenen Krankheitsverarbeitungsstrategien. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass die Patientinnen auf diese Bewältigungsstrategien öfter zurückgreifen. Dies bestätigen auch die durchgeführten Interviews, in denen das Beten und die Gespräche mit Gott zu aktivem Problemlösungsverhalten führen. Insgesamt lässt sich vermuten, dass je positiver die Einstellungen der Patientinnen gegenüber religiösen Inhalten sind, sie umso weniger dazu neigen, ihre Krankheit durch Ablenkung und Selbstaufwertung bzw. Gefühlskontrolle und sozialem Rückzug zu verarbeiten. Im Interview wurden die Patientinnen direkt gefragt, wie wichtig ihnen der Glaube sei, sowohl religiös als auch spirituell, und ob der Glaube bei der Verarbeitung der Erkrankung für Sie eine Rolle spielt. Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, FKV, 1989) ist in vielen Untersuchungen repliziert worden. Deister (2000) vergleicht onkologische, kardiologische und HIV Patienten

bezüglich der Krankheitsverarbeitung und ihrer religiösen Einstellungen und verwendet den FKV (Muthny, 1989). Insgesamt wurden 157 Patienten/innen befragt, wovon 86 Patienten an Krebs erkrankt waren. Die Patienten in der Studie von Deister tendierten zur Problemanalyse und Lösungsverhalten. Bezüglich der Skala „Religiosität und Sinnsuche“ wird die These nicht falsifiziert, dass eine lebensbedrohliche Erkrankung mit der religiösen Orientierung verarbeitet wird. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass Patienten/innen die religiös eingestellt sind, um so eher im Sinne der Strategie „Religiosität und Sinnsuche“ die Krankheit verarbeiten und weniger in Form von Ablenkung und Selbstaufgabe und Gefühlskontrolle und mit sozialem Rückzug auf die Erkrankung reagieren. Deister ordnet die FKV- Skala „Religiosität und Sinnsuche“ den aktiv auseinandersetzenen Krankheitsverarbeitungsskalen zu. Dieses Ergebnis unterstützt die bisherigen Forschungsbefunde und die Ergebnisse der vorliegenden Studie.

Studien zur Krankheitsverarbeitung zeigen, dass nicht jedes Gefühl der Niedergeschlagenheit auf eine psychopathologische Störung hinweist, sondern auch durchaus Ausdruck des Krankheitsverarbeitungsprozesses sein kann. Im Interview wurden die Patientinnen direkt gefragt, wie wichtig ihnen der Glaube sei, sowohl religiös als auch spirituell und ob der Glaube für Sie hilfreich ist, um mit der Erkrankung besser zurechtzukommen. Für mehr als die Hälfte der befragten Patientinnen ist der Glaube ein hilfreicher Faktor der Krankheitsverarbeitung. Insgesamt bestätigt diese Untersuchung die bisher erzielten Ergebnisse insoweit, dass der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV, Muthny, 1989) das Bewältigungsverhalten der Patientinnen in Zusammenhang mit den religiösen Einstellungen verdeutlicht.

Die Patientinnen die im Krankheitsverarbeitungsprozess auf den kooperativen Copingstil vertrauen, fühlen sich optimistischer und hoffnungsvoller, dies zeigen auch die Interviewergebnisse. Gerade in der Face to Face Situation des Interviews wirken die Patientinnen selbstsicher und zuversichtlich. Bei den Verarbeitungsformen zeigt sich, dass 75% der Patientinnen nicht aufgeben, sondern gegen ihre Erkrankung ankämpfen. In der Rangreihe nach Häufigkeiten steht eine ausgesprochene Compliance-Orientierung im Vordergrund („Genau den ärztlichen Rat zu befolgen“), die von 79% der Patientinnen befürwortet wird. Weitere Compliancefördernde Einstellungen beziehen sich auf das Vertrauen gegenüber den Ärzten. Insgesamt werden als häufigste Coping Modi „Vertrauenssetzung in die Ärzte“ (76%), „sich vornehmen intensiver zu leben“ (75%) und Kampfgeist (75%) genannt. Auf die Frage, welche der 35 Aussagen am meisten geholfen haben, um mit der Erkrankung und deren Auswirkungen fertig zu werden, sind 23%

entschlossen, gegen die Krankheit anzukämpfen. „Vertrauen in die Ärzte“ haben 14% der Patientinnen und 7% geben an, in Zukunft intensiver leben zu wollen.

Die Hälfte der Stichprobe gibt an, dass sie ihr Leben genießen und mit ihrer Gesundheit zufrieden sind. Die Patientinnen empfinden ihr Leben als sinnvoll. Mehr als 50% fühlen sich wohl und zufrieden mit sich selbst. Eine wichtige Copingfunktion stellt der Kontakt zu Freunden dar, dies bejahen 78%. Die religiöse Copingforschung belegt, dass bei unterschiedlichen kritischen Lebensereignissen (Tod eines Nahestehenden, Verlust des Arbeitsplatzes, Dauerbelastung und einer chronischen Erkrankung), der Glaube auf verschiedene Weise zur Emotionsregulierung eingesetzt wird. Koenig et al. (2001) sichteten 100 englischsprachige Studien, in denen 80% der Befragten berichteten einen positiven Zusammenhang zwischen Religion und Lebenszufriedenheit, Hoffnung und Sinnorientierung zu sehen.

Mehr als die Hälfte der Patientinnen sieht in ihrer Situation den Glauben als etwas an, was Ihnen Kraft und Trost gibt. Der Glaube wird von 84% der Patientinnen für wichtig angesehen, wenn es darum geht, einen Sinn im Leben zu sehen. Die Substichprobe ist noch mehr als die Gesamtstichprobe der Überzeugung, dass sie mit Problemen und Schwierigkeiten gut umgehen kann. Dennoch geben fast 40% der Patientinnen an, zeitweilig an Traurigkeit, Verzweiflung, Angst und Depression zu leiden. Die Diagnostik einer depressiven Störung bei Krebspatienten wird dadurch erschwert, dass die somatischen Symptome (Müdigkeit, Schlafstörungen, Energieverlust) als ein Teil der Krebserkrankung auftreten und von daher nicht als verlässliches Kriterium für die Diagnose einer Depression herangezogen werden können. Die Prävalenz depressiver Störungen variiert zwischen 4,5 % und 58% (Weis, 2006). Depressionsverhindernde Wirkung von Religiosität wird von Soziologen über die soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft erklärt, während Psychologen dies eher mit dem religiösen Copingverhalten der Patienten/innen erklären. Beide Faktoren sind gut belegt und ergänzen sich (Koenig et al., 2001). Die Wirkung von Religiosität bei Depressionen bleibt jedoch unklar. Bei Pargament (1997) zeigen sich negative Depressivitätswerte. Mehrere Studien fanden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen niedrigen Depressionswerten und dem Glauben. Die Frage, ob die Patientinnen vor der Erkrankung besonders ängstlich oder sogar eher einen Hang zu Depressionen hatten, kann hier ebenfalls nicht eindeutig beantwortet werden, da es sich hier um eine Querschnittsstudie handelt. Unterschiede zu anderen Studien beruhen darauf, dass Religion und Depression unterschiedlich gemessen

wurden. Zu vermuten ist, dass jemand der glaubt (religiös oder spirituell), in Krisenzeiten, die durch eine onkologische Krankheit hervorgerufen werden, eher religiös aktiv wird.

Ihre eigene Kontrollüberzeugung bzw. Erwartung schätzen die Patientinnen recht hoch ein. Insgesamt sind die Patientinnen (86%) sehr zuversichtlich, dass sie, egal, was auch immer auf sie zu kommen mag, schon mit der Situation fertig werden. Diese Einstellung geht mit einem aktiven Copingstil einher. In der vorliegenden Studie zeigt sich ein Coping-Muster, das durch aktives Coping charakterisiert ist. Probleme werden in Zusammenarbeit mit Gott gelöst, dies hilft den Patientinnen auch, die Situation, in der sie sich befinden, zu verstehen. Dies erzeugt ein Gefühl der Kompetenz und der Selbstwirksamkeit, die zu einem aktiven Copingverhalten führt. Mehr als 40% der Befragten ziehen ihre Kraft aus dem Glauben und vertrauen auf Gott, der ihnen helfen soll, ihr Blickfeld zu erweitern, damit die Patientinnen erkennen können, wie sie mit allem fertig werden sollen. Die Patientinnen bitten um spirituelle Begleitung. Spirituelles Coping erfolgt ohne eine personale Bindung (z.B. an Gott). In der Teilstichprobe empfinden 70 % der Patientinnen ihr Leben als produktiv und sinnvoll. Sie sehen sich in der Lage, Ruhe und Harmonie aus sich selbst heraus zu schöpfen. Mehr als die Hälfte der Patientinnen finden Trost und Kraft im Glauben und 50% vertrauen darauf, dass, je nachdem wie die Krankheit sich entwickelt, diese Entwicklung auch für sie in Ordnung ist. Die Daten unterscheiden sich auch hier nicht wesentlich von der Datenlage der Gesamtstichprobe. Viele Patientinnen hier in Deutschland verstehen unter Glauben, den Glauben an eine traditionelle Religion, die hier in Europa gelebt wird und verbinden damit nicht unbedingt spirituelles Coping.

Die Forschungslage zu dem Thema „Die Funktion des Glaubens bei der Krankheitsverarbeitung“ steckt hier in Europa noch in den Kinderschuhen.

Der hier beschriebene Vergleich mit den empirischen Studien (Dörr 2000, Deister 2000) erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie wurden ausgewählt, da die verwendeten Messinstrumente eine höchst mögliche Vergleichbarkeit mit den in der Arbeit ausgewählten Messinstrumenten ermöglichen sollten. Die Forschungsergebnisse von Zwingmann & Moosbrugger 2004; Murken 1998 und Wolf, 2001, sind ebenso repräsentativ.

### **Altersverteilung und Religionszugehörigkeit**

Hinsichtlich der Altersverteilung ist die Gesamtstichprobe mit der Teilstichprobe vergleichbar. Mittelwerte und Standardabweichungen ähneln sich. In Bezug auf die

## 5. DISKUSSION

---

Ausbildungsparameter unterscheidet sich die Gesamtstichprobe kaum von der Substichprobe (s. Tab. 1 S).

Ein Großteil der an der Studie teilnehmenden Patientinnen sind katholischen Glaubens (66%), sind verheiratet und haben zwei Kinder. Mehr als die Hälfte der Patientinnen sind gläubig erzogen. 14% empfanden den Glauben in ihrer Kindheit als Zwang, dem sie sich nicht entziehen konnten. 5% glauben an einen gerechten Gott und 3% sind gar nicht religiös aufgewachsen.



### **Interview**

Die meisten Frauen, die an dem Interview teilnehmen, befinden sich zu der Zeit in strahlentherapeutischer Behandlung der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universitätsklinik Münster (UKM). Von den interviewten Frauen sind 31% in chemotherapeutischer Behandlung der Frauenklinik des UKM. Das Interview erfolgt in einem separaten Zimmer, um ungestört sein zu können und um eine vertraute Atmosphäre zu schaffen. Das Interview dauert zwischen 20 und 60 Minuten, im Durchschnitt beträgt die Gesprächszeit 40 Minuten. Die meisten Patientinnen haben die Diagnose vor 3 bzw. 6 Monaten erhalten. Dieser Zeitpunkt ist dadurch gekennzeichnet, dass die Patientinnen, sich weder richtig krank fühlen, noch richtig gesund sind und noch nicht arbeitsfähig. Sie haben viel Zeit, über viele Dinge nach zu denken, und die ein oder andere verfällt sogar ins Grübeln. Die Patientinnen denken über den Sinn des Lebens nach, ordnen ihr Leben neu und stellen sich auch die Frage, ob und welche Rolle Gott in ihrem Leben spielt. Auf die Frage, wie sich die Patientinnen zum Zeitpunkt des Interviews fühlen, antworten 14%, dass sie sich gut fühlen, 7% fühlen sich eher schlecht. Die Patientinnen, die bestrahlt werden (21%), verspüren geringe Therapienebenwirkungen, während die Patientinnen, die Chemotherapie erhalten (33%), eher über die Nebenwirkungen der Therapie berichten. Durch das Interview sollen neue Erkenntnisse über die religiösen Erfahrungen, die im Copingprozess eingesetzt werden, gewonnen werden. Auf die Frage, welchen Stellenwert der Glaube im Leben hat, antworten 45% der Patientinnen, dass der Glaube für sie eine große Rolle spielt. Lediglich für 29% hat sich die Einstellung zum Glauben durch die Erkrankung verändert. Die Studie ermittelt, welche Gefühle die Patientinnen mit der Ausübung der Rituale verbinden und stellt dar welche Krankheitsverarbeitungsfunktion den Ritualen zu kommt.

Die häufigsten Rituale und Handlungen, die die Patientinnen durchführen, sind Beten (55%) und eine Kerze anzünden (47%). Die Kirche besuchen 40% regelmäßig. Ruhe und Stille suchen 31% der Patientinnen. Die durchgeführten Rituale wirken sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden der Patientinnen aus, so dass 81% angeben, dass sie dadurch Ruhe erfahren. 46 % geben an, dass Rituale ihnen Kraft und Gelassenheit geben. Das regelmäßige Ausführen von Ritualen gibt Hoffnung (35%) und 38% der Frauen erhalten dadurch Trost. Bei 14% spielen die Rituale eine Rolle, um sich mit dem Tod auseinanderzusetzen und 51% der Patientinnen berichten, dass die Rituale entspannend

wirken. Insgesamt meinen 46% der Frauen, dass sie durch den Glauben gelassener sind und sie die Erkrankung besser verarbeiten. 16% sagen, dass der Glaube bei der Verarbeitung der Erkrankung keine Rolle spielt. Mehr als die Hälfte der Patientinnen schätzen den Einfluss des Glaubens auf ihr heutiges Leben als wichtig ein.

### **Fremdeinschätzung**

Der Fremdeinschätzungsbogen ist eine Eigenkonstruktion und stellt ein wichtiges Instrumentarium dar, um einen Vergleich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung vornehmen zu können. Mehr als die Hälfte der Patientinnen haben einen starken Glauben (55%), an den sie große Hoffnungen knüpfen. Des Weiteren hat die Interviewerin den Eindruck, dass die Patientinnen, und dies waren 41%, spirituelle und religiöse Handlungen nutzen, um die Krankheit zu verarbeiten. 52% der Patientinnen vermitteln den Eindruck, dass sie stark im Glauben verwurzelt sind. Dementsprechend zeigt sich, dass 43% der Patientinnen den Glauben für wichtig halten. 44% bringen zum Ausdruck, dass sich ihr Glaube positiv auf ihre Erkrankung auswirkt, 36% suchen regelmäßig Trost in religiösen Ritualen und 47% schöpfen aus dem Gebet Hoffnung. 29% lesen spirituelle Texte und finden darin ihren Trost, während 30% überzeugt sind, dass religiöse Rituale (z.B. Kerze anzünden) Kraft geben. Zusammenfassend zeigt sich, dass 46% der befragten Patientinnen Kraft und Energie aus dem religiösen Glauben schöpfen. Zur Religiosität der Eltern zeigt sich, dass die eingeschätzten Antworten auf mehr als die Hälfte der Patientinnen zutrafen.

Die Hälfte der Patientinnen berichten von regelmäßigen Kirchgängen mit der Familie (48%). Von regelmäßigen durchgeführten Tischgebeten berichten 45% der Befragten. Gebetet wird in 52% der Familien und 58% gehen regelmäßig an den kirchlichen Feiertagen zur Kirche. 63% der Patientinnen sind im religiösen Glauben erzogen und 32% der Eltern sehen Gott als einen barmherzigen Gott an.

Die Untersuchung zeigt, dass zwischen der religiösen Einstellung / Orientierung und dem Verhalten ein enger Zusammenhang besteht. Im Interview wird deutlich, dass die gleiche religiöse Einstellung, aber nicht unbedingt zu dem- selben Verhalten führen muss. Die erhobene generalisierte Kompetenzerwartung der Patientinnen zeigt, dass diese meistens nicht auf einen religiösen Copingstil zurückgreifen. Die soziale Integration (z.B. in eine

Glaubensgemeinschaft) führt zur emotionalen Sicherheit, und dies hängt mit der religiösen Orientierung und dem religiösen Verhalten der Patientinnen zusammen.

Dörr (2001) hat in ihrer Untersuchung diesen Zusammenhang ebenfalls bestätigen können. Die soziale Integration, die durch den religiösen Glauben stattfindet, beeinflusst aber nicht das subjektive Wohlbefinden in dem Maße, dass sich dies auf die Lebensqualitätsparameter auswirkt. Dieser Zusammenhang ist in den USA gut belegt worden; hier in Deutschland (Dörr, 2001; Murken, 1998) ist kein direkter Zusammenhang zwischen der Einbindung in das Netzwerk einer Glaubensgemeinschaft und der psychischen Gesundheit zu replizieren. Der Glaube wirkt sich auf das Angstempfinden aus. Dies zeigt sich in der Interviewstudie deutlicher als in der Fragebogenstichprobe. Dass der Glaube den Patientinnen ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit gibt, dieser Effekt wird ebenfalls in dieser Untersuchung vor allen Dingen mit den Interviewergebnissen bestätigt. Aus dieser emotionalen Sicherheit resultiert das Gefühl von Optimismus und Hoffnung, die sich auf den Copingprozess positiv auswirken. Besonders deutlich, wird der positive Effekt des kooperativen Copings, wenn es um die Auseinandersetzung mit dem Tod geht. Hier führt die kooperative Lösungsstrategie in Zusammenarbeit mit Gott zu einer deutlichen emotionalen Entlastung und Angstreduzierung.

Lediglich der Fragebogen zur Fremdeinschätzung und der Interviewleitfaden beruht auf einer Eigenkonstruktion, da es keine Instrumente für diesen Bereich gab, um religiöse und spirituelle Gefühle, Handlungen und Gedanken empirisch zu erfassen, weil diese Daten sich auf den Krankheitsverarbeitungsprozess auswirken können. Interessant wäre es, den Zusammenhang zwischen Selbstwert und Religion bzw. Selbstwert und Spiritualität bei chronisch kranken Patienten zu erheben und Einfluss dieser Variablen auf den Krankheitsverarbeitungsprozess zu untersuchen. Es bleibt noch die Frage zu beantworten, ob Spiritualität und Religiosität eigenständige Informationen erbringen, oder ob sie mit anderen Kerndimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, z.B. emotionalen und sozialen Aspekten, weitgehend übereinstimmen.

### **Fazit, Ausblick**

Durch die Methodenkombination Interview, Fragebogen (Selbst-) und Fremdeinschätzung können interessante Ergebnisse gewonnen werden.

Künftige Forschungen sollten eine Reihe von Fragestellungen mit einbeziehen. Die zentrale Frage bei der Erforschung der Krankheitsverarbeitung ist, welche Kriterien und Werte bei der Krankheitsbewältigung als „erfolgreich“ gelten.

Hier wäre es sinnvoll, einen wissenschaftstheoretischen Konsens zu finden.

Zugleich sind mit der Methode der Querschnittsanalyse auch Einschränkungen der Erhebung verbunden. Die Querschnittsanalyse ermöglicht es nicht Veränderungen der religiösen bzw. spirituellen Einstellungen im Prozess der Krankheit zu identifizieren. Diese Hinweise werden retrospektive von den Patientinnen im Interview benannt. Die Verarbeitungsform von Krebspatientinnen kann gemäß den bisherigen Forschungsergebnissen belegt werden. Deister (2000) kritisiert die Vorgehensweise der Querschnittsanalyse und gibt zu Bedenken, dass nicht zu ermitteln ist, ob der individuelle Verlauf der Erkrankung auf die religiöse Ausprägung zurückwirkt. Die Daten der Interviewstudie zeigen, dass die Ausprägung der religiösen Einstellungen in nur wenigen Fällen, durch die Erkrankung intensiviert wurde. Die Patientinnen geben eher an, dass sie vorher schon gläubig waren und dass sich die Art und Weise und nicht die Intensität des Glaubens verändert hat.

### **Bedeutung des Glaubens für den klinischen Alltag**

Religion und Spiritualität können sich stressvermindernd (transaktionales Stressbewältigungsmodell von Lazarus, 1991) auf den Krankheitsverarbeitungsprozess auswirken. Dies belegt die vorliegende Arbeit. Das Wissen von Ärzten und Pflegepersonal um die Priorität des Glaubens bei der Krankheitsverarbeitung kann im Arzt-Patienten Gespräch kommuniziert werden. Bisher ist es jedoch so, dass die Frage nach dem Glauben des Patienten als eine „intimere“ Frage angesehen wird, als nach der Funktionalität der Sexualität zu fragen. Da der Glaube, ob religiös oder spirituell geprägt, eine emotionale Komponente besitzt, kann der Arzt diese nutzen, um im Kommunikationsprozess eine Beziehungsebene herzustellen oder diese zu intensivieren. Durch den Austausch über religiöse und spirituelle Einstellungen der Patienten werden wichtige

Krankheitsverarbeitungsmodi und Einstellungen über z.B. Themen wie Tod und Sterben deutlich, die den Umgang mit diesem Tabuthema durch den Einstieg über den Glauben erleichtern können. Der Arzt erfährt wichtige Informationen, die sich auf die Behandlungen auswirken können. Es wäre wünschenswert, dass die Untersuchungsergebnisse weiter in der Medizinischen Psychologie und Religionspsychologie differenziert werden. Gerade die Interviewergebnisse liefern neue Erkenntnisse, die durch weitere Forschungsbemühungen zu einem besseren wissenschaftlichen Verständnis von religiösen und spirituellen Einstellungen und deren Auswirkung auf den Krankheitsverarbeitungsprozess beitragen können.

## 6. Literatur

Adler & Matthews, K. (1999). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.

Albani C., Bailer H., Blaser G., Geyer M., Brähler E., Grulke N., (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen , psychometrische Überprüfung der deutschen Version des (SBI-15 R) von Holland et. al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, in *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 52. Jahrgang.

Allport, G. W. (1983). *Werden der Persönlichkeit*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Angermeyer, M.C., Kilian, R., Matschinger (2002). H.WHOQOL- Bref, World Health Organization quality of Life, Deutschsprachige Version des WHO Instruments zur Erfassung von Lebensqualität.

Antonovsky, A (1993). Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S.3-14), dgvt. Tübingen.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Ausgabe von Franke, A., dgvt, Tübingen .

Barz, H. (1995). Meine Religion mach ich mir selbst! *Psychologie heute*, 22(7), 20-27,

Beck, M. (2000). Seele und Krankheit. Verlag Ferdinand Schöningh Paderborn .

Becker, P. (1996). Religiosität und seelische Gesundheit, Bischöfliches Generalvikariat Trier, 3-25.

Batson, C.D. & Schoenrade; P. A. (1991). Measuring, religion as quest: 2) Reliability concern. Journal of Scientific Study of Religion, 30, 430-447.

Belscher W., Gottwald P. (2000). Gesundheit und Spiritualität. Transpersonale Studien der Universität Oldenburg.

Belz- Merk, M. (1994). Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit. Europäische Hochschulschriften, Freiburg Breisgau, Univ. Diss.

Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen, Weinheim: Edition Medizin.

Bischof, N.(1996). Das Kraftfeld der Mythen, Signale aus der Zeit in der wir die Welt erschaffen haben. München (Piper).

Brady, M.J., Peterman A., Fitchet G., Cella D. (1999). A Case for including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology, in Psycho-oncology 8:417-428.

Braun, S. (1985). Über die Einstellung zu Tod und Sterben bei Patienten und Gesunden. Diplomarbeit. Homburg / Saar.

Brown H., Peterson J., Cunningham O. (1988). Rational and Theoretical Basis for a Behavioral /Cognitive Approach to Spirituality, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5.

Brüderl, L. (1988). *Belastende Lebenssituation*. Weinheim: Jueventa.

Bucher A., Reich K.H. (Hr.) (1989). *Entwicklung von Religiosität, Grundlagen, Theorieprobleme, Praktische Anwendung*, Fribourg Universitätsverlag.

Bullinger , M, Ludwig, M. & Steinbüchel, N.w. (Hrsg.) (1987). *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen, Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse*, Göttingen: Hogrefe.

Deister, T. (2000). *Krankheitsverarbeitung und Religiöse Einstellungen. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten*. Matthias- Grünewald-Verlag.

Derks,F. & Lans, JM.v.d. (1986). *Religious Attitudes: A Theoretical Approach*. In J.A. von Belzen & J.M. van der Lans, *Current Issues in the Psychology of Religion* (pp 200-204) Amsterdam: Rodopi.

Deusinger, I. M. & F.L. Deusinger (1981). *Untersuchungen zur Religionspsychologie*

In : H. Haase & W. Molt (Hrsg.): *Handbuch der Angewandten Psychologie Band 3* (S. 754-779).



Donahue M., (1995). Intrinsic and Extrinsic Religiousness- the empirical research . Journal for the Scientific Study of Religion, Vol.24 No4 Dec. pp.418-423.

Dörner, K. (2001). Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, Stuttgart, New York.

DSM-IV: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (2000).

Dörr, A: (1987). Religiosität und Depression: Eine empirisch psychologische Untersuchung.

Dörr, A. (2000). Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte. Studienreihe: Psychologische Forschungsergebnisse Band 80 Zugl.: Frankfurt am Main Universität, Diss.

Faltermaier, T. (2000). Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Psychologische Gesundheitsförderung, Jerusalem M., Weber H.; (Hrsg.).

Faltermaier, T.(1994). Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim Beltz.

Fraas, H-J. (1990). Die Religiosität des Menschen Religionspsychologie. UTB für Wissenschaft.

Feher & Maly (2006). Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Volume 49, Number 8, August.

Filipp, S.-H. (1990). Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Möglichkeiten der theoretischen Rekonstruktion und Konzeptualisierung. In F.A. Muthny (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung (S.24-40) Berlin: Springer.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress, in: Social Science and Medicine 45, 1207-1221.

Freud, S. (1973). Zwangshandlungen und Religionsübungen, Studienausgabe VII.

Gaus E., Köhle K., (1986) Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlich Erkrankten. In: Uexküll, Th: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.

Gartner & Larson (2004). Religiosität und Spiritualität im Alter, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Volume 37; Number 1, Februar.

Grom, B. (1992). Religionspsychologie.

Gorsuch, R. L. (1995). Measurement in Psychology of Religion Revisited, Journal of Psychology and Christianity, 9, 82-92.

Hall, T.W., Tisdale, T.C., Brokaw, B. F. (1994). Assessment of Religious Dimensions in Christian Clients: A Review of Selected Instruments for Research and Clinical use. *Journal of Psychology and Theology*, 22 (4), 395-421.

Haisch, J., Zeitler, H-P. (Hrsg.) (1991). *Gesundheitspsychologie- Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung*. Asanger, Artikel von W. Greve und G. Krampen S. 223.

Hark, H. (1984). *Religiöse Neurosen. Ursachen und Heilung*, Stuttgart.

Heim, E. (1986). Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin-Gesundheit und Krankheit aus bio-psycho-sozialer Sicht*, Bd. II (s. 343-390). Berlin: Springer.

Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 38.

Heimbrock et al. (1991). Religion als Phänomen. *Sozialwissenschaftlich und theologisch philosophische Erkundungen in der Lebenswelt*.

Henning, Ch. , Nestler E. (Hrsg.) (1998). *Einblicke. Beiträge zur Religionspsychologie. Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie*. Bad Boll: Beiträge zur Religionspsychologie. Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Hellmeister, G. & Ochsmann, R. (1996). Die religiösen Orientierungen `End`, `Means`, und `Quest`: Eine Studie zur Validierung des Ansatzes von C. Daniel Batson. In Moosbrugger, Ch. Zwingmann & D. Frank (Hrsg.), *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten, Beiträge zur Religionspsychologie*, Münster Wachsmann.

Herschbach P. (1985). *Psychosoziale Probleme von Brust- und Genitalkrebspatientinnen*. Röttger, München.

Herrmann, C., Buss, U., Snaith, P. (1995). *HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version*, Hogrefe Verlag.

Huber, S. (1996). *Dimensionen der Religiosität, Skalen Messmodelle, Ergebnisse empirisch orientierter Religionspsychologie*. Universitätsverlag Freiburg, Schweiz.

Hunsberger, B. (1991). Empirical Work in the Psychology of Religion. *Canadian Psychology* 32, 497-507.

Hurrelmann & Laaser (1993). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*

Holland et al., (1999). A Brief Spiritual Beliefs Inventory For Use of Life Research in Life-Threatening Illness, in *Psycho-Oncology* 7: 460-469.

Hood, R. (1991). Holm`s Use of Role Theory. Empirical and Hermeneutical Considerations of Sacred Text as a Source of Role Adaption. *The International Journal for the Psychology of Religion.*, 1 (3) , 153-160.

Horowitz, W. (1980). Life Events, Stress and Coping I: Poon LW (e d) Aging in the 1980s. American Psychological Association, Washington, pp 363-374.

Kurtz, Marienfeld, Hasenbrink, M. (1987). Zur Bearbeitung und Bewältigung einer Krebserkrankung.

Janz N.K.& Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. Health education Quarterly, 11, 1- 47.

James, W: (1979). Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur. Deutsche Ausgabe.

Jäger, E. M. (1997). Glaube und seelische Gesundheit. Diss. Erhard Karls- Universität Tübingen, Fakultät für Sozial- u. Verhaltenswissenschaften.

Jörns K. P. (1998). Was die Menschen wirklich glauben. Die soziale Gestalt des Glaubens- Analysen einer Umfrage. Gütersloh: Kaiser Gütersloher Verlag Haus.

Johnson D. P.,& Mullins, L.C. (1989). Religiosity and loneliness among the elderly. Journal of Applied Gerontology, 16, 110-131.

Kass, J.D. et al. (1991). Health Outcomes and a New Index of Spiritual Experience  
Journal for the Scientific Study of Religion 30, 203-211.

Kecskes, R. & C. Wolf (1993). Christliche Religiosität: Konzepte, Indikatoren, Meßinstrumente, Kölner Zeitschrift für Sozialpsychologie 45. 270-287, 1993.

Koch, U., Weis, J. (1998). Krankheitsverarbeitung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung.

Koenig H. G. (1998). Handbook of Religion and Mental Health. Academic Press.

Krampen, G. (1982). Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen (Locus of Control), Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie.

Krampen, G. (1985). Kontrollüberzeugungen In: T. Herrmann & E-D. Lantermann (Hrsg.): Persönlichkeitspsychologie (s. 265-271).

Kremer, Raimar- Helmut (1999). Interne Copingressource Religiosität. Ihre Wirkungsweise, Bedeutung und Effektivität bei der Bewältigung des Schlaganfalls. Diss. der philosophischen Fakultät I Erlangen Nürnberg.

Kurzdörfer, K. (1991). Nicht Gott, nur diffuse Transzendenz. Eine Befragung zur Religiosität von Studierenden. Lutherische Monatshefte, 6, 257-260.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw Hill.

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York Oxford University Press, 1991

Marcuse, H. (1965). The Ideologie of Death, I; H. Feifel (Ed.): The Meaning of Death, New York: McGraw-Hill, 64-76.

Majumdar, M. (2000). Meditation und Gesundheit. KVC Verlag Essen. Diss.

McCullough (1995). Prayer and Health: Conceptual Issues, Research Review, and Research Agenda.

McIntosh, D.N. (1995). Religion as Schema, with Implications for the Relation between Religion and Coping.

McIntosh D.N., R. Cohen Silver & C.B. Wortman (1993). Religion`s Role in Adjustment to Negative Life Event: Coping with the Loss of a Child, Journal of Personality and Social Psychology 65, 812-821.

Meadow, M., Kahoe D. (1984). Psychologie of Religion.

Mehnert, A., Rieß, S., Koch .U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsverarbeitung Maligner Melanome, Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 24 (2), S.147-166.

Moosbrugger H., Zwingmann Ch., Frank D. (Hrsg.) (1996). Religiosität Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie. Waxmann.

Murken, S. (1983). Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Ziegler, E. : Psychosomatische Aspekte der Onkologie, 2. Aufl. Institut für Psychosomatische Forschung, Tübingen.

Murken, S., Rüdell, H. & Laux, U. (Hrsg.) (2003). Spiritualität in der Psychosomatik.

Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge. CD- ROM Dokumentation der Tagung am 21/22 September 2001 in Bad Kreuznach.

Murken, S. (1994). Die Konzeptualisierung von Spiritualität und "Höherer Macht" im Genesungsprozess der Anonymen Alkoholiker. Archiv für Religionspsychologie 21, 141-152.

Muthny, F.A. (1990). Krankheitsverarbeitung (Hrsg.), Berlin: Springer.

Muthny, F. A. (1990b). Zur Spezifität der Krankheitsverarbeitung. In F. A. Muthny (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung (S. 143-166). Berlin: Springer.

Muthny, F.A. (1986). Erleben und Verarbeitung der Erkrankung. Universität Freiburg, Abt. Rehabilitationspsychologie (unveröff. Manuskript).

Muthny, F.A.:(1996). Erfassung der Verarbeitungsprozesse mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV), Rehabilitation, 35, 9-16.



Muthny, F.A. (1993). Krankheitsverarbeitung und Krebs- Klinische Relevanz; Meßmethodik und Ergebnisbeispiele der Copingforschung. In F.A. Muthny & G. Haag (Hrsg.) Onkologie im psychosozialen Kontext. Spektrum psychoonkologische Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung (S. 58-85), Heidelberg: Asanger.

Muthny F.A., Koch, U.& Stump, S. (1993). Praxis und Bedeutung der Lebensqualitätsforschung für die Onkologie. In F.A. Muthny & G. Haag (Hrsg.) Onkologie im psychosozialen Kontext. Spektrum psychoonkologischer Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung (S. 163-182) , Heidelberg: Asanger.

McCullough M.E., Pargament K.I., Thoresen C.E. (2000). Forgiveness, Theory, Research and Practice. Guilford Press New York.

Oser, F., Reich H. (Hrsg.) (1996). Eingebettet ins Menschsein: Beispiel Religion. Aktuelle psychologische Studien zur Entwicklung der Religiosität.

Pargament K. I., Maton K. I., Hess R. E. (1992). Religion and Prevention in Mental Health. Research, Vision an Action.

Pargament K. I. (1997). The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research and Practice. Guilford Press.

Pargament K. I. (1988). Religion and Problem- Solving Process: Three Styles of Coping, Journal for the Scientific Study of Religion, 27, 90-104.

Pargament K. I., H. Olsen, B. Reilly, K. Falgout, D.S. Ensing & K. Van Haitsma (1992). God Help Me (II): The Relationship of Religious Orientations to Religious Coping with Negative Life Events, *Journal for the Scientific Study of Religion* 31, 504-5143, 1992.

Petersen, K. (1993). *Persönliche Gottesvorstellungen*. Verlag an der Lottbek Jensen.

Petersen, K. (1996). *Gottesvorstellungen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung* In: Moosbrugger, H. C. Zwingmann & D: *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten: Beiträge zur Religionspsychologie*. Frank (Hrsg.).

Petersen, K. (1993). *Persönliche Gottesvorstellungen. Empirische Untersuchungen, Entwicklung eines Klärungsverfahrens*, Ammersbeck: Verlag an der Lottbek.

Plante Th. G., Sherman A.C. (2001). *Psychological Perspectives*. Guilford Press, New York, London.

Polak, R. (2002). (Hrsg.) *Megatrend Religion? Neue Religiosität in Europa*. Schwabenverlag AG Ostfildern.

Rizzutto, A.M. (1979) *The Birth of the Living God*. Chicago: University of Chicago Press.

Rotter, J. (1966). *Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement*, *Psychological Monographs* 80 (609) 1-28.

Sudbrack, J. (1998). Religiöse Erfahrung und menschliche Psyche. Zu Grenzfragen von Religion und Psychologie von Heiligkeit und Krankheit von Gott und Satan.

Spilka B., R.W. Hood, Jr. & R.L. Gorsuch (1985). The Psychology of Religion, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall

Spilka B., & G. Schmidt (1983): General Attribution Theory for the Psychology of Religion: The Influence of Event- Character on Attributions to God. Journal for the Scientific Study of Religion 22, S.326-339.

Spilka, B., P. Shaver & L.A. Kirkpatrick (1985). A General Attribution Theory for the Psychology of Religion. Journal for the Scientific Study of Religion, 24. 1-20.

Spilka B., McIntosh D. N. (1997). The Psychology of Religion. Theoretical Approaches.

Schmitz, Edgar (Hrsg.) (1992). Religionspsychologie. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen.

Steffens & Kächle (1988). Bewältigung und Abwehr.

Schwarzer, R. (1994). Generalized self efficacy, Assessment of a personal coping ressource, Diagnostica, 40, S. 105-123.

Swenson, W.M. (1961). Attitudes toward death in an aged population. *Journal of General Psychology* 82, 165-177.

Turnquist, D. C. Harvey, J. H. & Anderson, B.L. (1988). Attributions and adjustment to life-threatening illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 27 55-65.

Utsch, M. (Hrsg.) (2000). Wenn die Seele Sinn sucht. Neukirchen- Vluyn, Neukirchener Verlags-Haus.

Utsch, M. (1998). *Religionspsychologie: Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*, Stuttgart: Kohlhammer.

Yeginer, R. (1999). Spirituelle Praxis als Hilfe zur Bewältigung einer Krebserkrankung. Diplomarbeit, Carl- von- Ossietzky Universität Oldenburg.

Waardenburg J. (1986). *Religionen und Religion*, Neuauflage de Gruyter Berlin, New York 1996.

Walach, H. (1990). So wird Gott in dir geboren. *Christliche Glaubenserfahrung und transpersonale Psychologie*. Freiburg: Herder. Bd. 1710.

Weis, J. (1995). Krankheitsverarbeitung im Verlauf bei Krebserkrankungen. Eine prospektive Längsschnittstudie. Unveröffentlichte Habilitationsschrift der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg i. Br.

Wolf Steiner, C. (1994). Kausalattribution und Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen – Ergebnisse einer Längsschnittstudie.

Wolf S., Deusinger I.M. (1992). Arbeiten aus dem Institut für Psychologie der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main. Einstellungen zur Religion und psychische Stabilität.

Zahrnt, H. (1989). Gotteswende. Christsein zwischen Atheismus und neuer Religiosität. München: Piper.

Zimmermann, M. (1995). Spiritualität und positives Denken, zwei Lebenskonzepte im Vergleich. Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, Diss.

Zinser, Hartmut, Schwarz, Gerhard, Remus Babett. (1997). Psychologische Aspekte neuer Formen der Religiosität. MVK Medien Verlag Köhler, Tübingen.

Zwingmann, C. Rumpf, H. Moosbrugger & D. Frank. (1996). Das I-E Konzept: Wege aus der Krise? Religiöse Orientierungen und Glaubensinhalte In: Moosbrugger, H., C. Zwingmann & D. Frank (Hrsg.) Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten: Beiträge zur Religionspsychologie (S. 97-114) Münster, Waxmann, 1996.

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

Abb.	Abbildung
FACIT-Sp-12	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
GKE	Fragebogen zur Generalisierten Kompetenzerwartung
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version
RPSS-K	Religious Problem Solving Scale
SF-12	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
SBI-15 R	System of Belief Inventory
WHOQOL-Bref	Weltgesundheitsorganisation Lebensqualität

## **DANKSAGUNG**

Abschließend möchte ich mich bei allen Personen die direkt oder indirekt an der vorliegenden Arbeit beteiligt waren bedanken, ohne die die Durchführung und Vollendung nicht möglich gewesen wäre.

Meinen besonderen Dank gilt meinem Mann und meinem Sohn. Durch die liebevolle Unterstützung, das Verständnis und das Vertrauen war es mir möglich, mein Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Bedanken möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Dr. F.A. Muthny. Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie des UKM Münster für seinen wissenschaftlichen Rat und Beistand.

Meinen herzlichen Dank, gilt den Chefärzten der Abteilung der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin Herrn Prof. Dr. Willich und der Frauenklinik unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Kiesel der Universitätsklinikums Münster und ihren freundlichen und kompetenten Mitarbeiter/innen.

Vielen Dank an allen Patientinnen, die mir trotz vorhandener Belastungen in den Interviews bereitwillig Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung gegeben haben und das Fragebogenmaterial beantwortet haben.

Ich hoffe sehr, dass die vorliegende Arbeit, zum Verständnis der Krankheitsverarbeitungsprozesse bei onkologischen Patienten beiträgt, und diese Erkenntnisse in der zukünftigen Behandlung von onkologischen Patienten ihre Berücksichtigung finden werden.

Bedanken möchte ich mich bei meinen Instituts-Kolleginnen und Kollegen für ihre Ermutigung und kompetente Unterstützung.

## CURRICULUM VITAE

Elke Tappesser

geb. am 15.02.1966 in Essen



- 1984-1987      Ausbildung examinierte Krankenschwester
- 1987-1997      Zehn Jahre Berufserfahrung in den folgenden Fachbereichen:  
-Innere Medizin  
-Operative Gynäkologie  
-Onkologie  
-Fachklinik Rhein-Ruhr Rehabilitationsklinik  
-Sozialstation, Ambulante Pflege
- 1990/1993      Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife am Ruhr-Kolleg in Essen  
  
Aufenthalt in Ghana in der Korle-Bu Universitätsklinik in Accra
- 1995-1997      Studium an der Bayrischen Julius-Maximilians-Universität in Würzburg
- 1997            Akademische Zwischenprüfung
- 1997            Studium an der Westfälischen-Wilhelms-Universität in Münster  
Hauptstudium: HF Soziologie,  
NF Politikwissenschaft,  
NF Katholische Theologie
- 1998            Presse und Öffentlichkeitsarbeit bei der Stadtverwaltung Münster
- 1998            Projektarbeit in der Pädagogischen Arbeitsstelle des Schulamtes der  
Stadt Münster  
Projekt: „Neukonzipierung von kommunalen Fortbildungsangeboten für  
Schulen in Münster.“
- 1999            Presse und Öffentlichkeitsarbeit im Bildungswerk Forum in Münster
- 2000            Magisterarbeit  
Thema: Berufliche Gratifikationskrisen und Job-Burnout.  
Eine Sekundäranalyse
- 2000            Abschlussprüfung  
Thema: HF Soziologie: Statistik, Gratifikationskrisen, Job-Burnout.  
Thema: NF Politikwissenschaft/ Vergleich der Gesundheitssysteme  
England, Deutschland, Organisationstheorien.  
Thema: NF Katholische Theologie, Schwerpunkt: Religionswissenschaft  
/ Buddhismus, Schamanismus, Magiethorien



- 2001 Weiterbildung IHK- Münster, BWL, VWL, Business-English
- 2001 Traineeprogramm der Managementakademie Fresenius mit den Schwerpunkten:  
Projektmanagement, BWL,  
Personalentwicklung, Präsentations-  
und Moderationstechniken, Marketing
- 2002 Studienkoordination / Klinische Monitorin im Fachbereich Onkologie an der Universitätsklinik Münster
- seit 2003 Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie in Münster  
Promotionsstudiengang mit Schwerpunkt:  
Religion und Spiritualität bei der Krankheitsverarbeitung
- 2004 Weiterbildung:  
Touch For Health, Kinesiologie
- 2005 Ausbildung zur Entspannungskursleiterin
- 2007 Freiberufliche Tätigkeit als Unternehmerin

## **ANHANG**

## **INTERVIEWLEITFADEN**

### **Einleitung:**

Liebe Frau.../ lieber Herr.....

Ich möchte mich für Ihre Bereitschaft bedanken, an diesem Interview teilzunehmen.

Ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Münster und führe eine Studie zum Thema „Persönliche Einstellungen und Erfahrungen bei der Bewältigung einer Krebserkrankung“ durch.

Die Studie untersucht die Wirkungen der Einstellungen und Erfahrungen, die Sie mit Ihrem Glauben bzw. Religion und / oder Spiritualität in Bezug auf Ihre Erkrankung gemacht haben. Mich interessiert insbesondere, wie Sie mit Ihrer Krankheit umgehen und ob Ihr persönlicher Glaube Ihnen möglicherweise dabei geholfen hat. Ich möchte aber auch von Ihnen erfahren, ob Ihr Glaube vielleicht genau den gegenteiligen Effekt hatte und sich eher hinderlich auf den Umgang mit der Erkrankung ausgewirkt hat.

Die Erkenntnisse meiner Studie können in Weiterbildungsveranstaltungen für das medizinische Personal einfließen, sodass religiöse und spirituelle Einstellungen als ein Baustein des Krankheitsverarbeitungsprozesses zukünftig im medizinischen Alltag ihre Berücksichtigung finden.

Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einige weitere Informationen geben:

- Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Alles, was Sie mir mitteilen, wird selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Zur leichteren Protokollierung lasse ich ein Tonbandgerät mitlaufen und mache mir, wenn nötig, Notizen.
- Lassen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen ruhig Zeit. Falls Sie eine Frage nicht beantworten möchten, sagen Sie es einfach. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, teilen Sie mir dies bitte sofort mit.

Haben Sie vorab noch Fragen?

## **Information für die Patientin**

In dem Interview spreche ich von Glauben, wobei hiermit nicht nur der christlich-religiöse Glaube gemeint ist. Sondern hierzu zählen auch die nicht-religiösen Lebenseinstellungen, die für Sie persönlich wichtig sind und bestimmte Funktionen erfüllen. Diese Funktionen, die diese Lebenseinstellungen für Sie haben, interessieren mich besonders. Vor allen Dingen, ob für Sie der Glaube überhaupt in Verbindung mit ihrer Erkrankung steht und wie Sie damit umgehen.

### **Beginn des Interviews:**

1) Wie geht es Ihnen heute? (*narrativ*)

2) Aktueller Rahmen

2.1 Wann haben Sie erfahren, dass Sie an \_\_\_\_\_ erkrankt sind? (*narrativ*)

2.2 Können Sie sich noch an die Zeit unmittelbar nach der Diagnosestellung erinnern? Beschreiben Sie bitte kurz, wie Sie sich gefühlt haben (*narrativ*)

3) Welcher Religion gehören Sie an? (*teilstandardisiert*)

3.1 Gibt es etwas, an das sie glauben - an Gott oder an eine höhere Macht? (*teilstandardisiert*)

*Wenn Patientin dies verneint bzw. keinen spirituell oder religiös Glauben hat, wird ihm folgende Alternativfrage gestellt:* Gibt es Werthaltungen oder etwas Anderes in Ihrem Leben, an das Sie glauben, und was bedeutet dieser Glaube für Sie?

3.2 Welche Rolle spielt der Glaube in Ihrem Leben? (**Alternative Formulierung:** *Wie wichtig ist Ihnen Ihr Glaube? Welche Priorität hat der Glaube in Ihrem Leben?*) (*teilstandardisiert*)

4) Hat sich Ihr Glaube oder Ihre Einstellung zum Glauben durch Ihre Erkrankung verändert? Wenn ja, wie? (*narrativ*)

*Wenn Patientin verneint, dann wird die nächste Frage gestellt.*

4.1 Hat Ihnen Ihr Glaube im Umgang mit Ihrer Erkrankung geholfen? Schildern Sie mir bitte, wie sich ausgewirkt hat (z.B. Glaube gibt mir Kraft oder Trost). *(teilstandardisiert)*

4.2 Empfinden Sie Ihren Glauben eher als hinderlich in Bezug auf die Verarbeitung ihrer Erkrankung (z.B. Krankheit als Strafe, Sünde, Schuld)? Wenn „ja“, wie fühlen Sie sich dann? *(teilstandardisiert)*. Wenn „Nein“, dann wird die Frage 5 gestellt.

5. Schildern Sie doch bitte, welche Lebensgewohnheiten Sie aufgrund ihrer Erkrankung (z.B. Ernährungsweise, Sport) verändert haben oder sogar verändern mussten? Spielte der Glaube dabei eine Rolle und wenn ja welche? *(teilstandardisiert)*  
*Wenn keine Lebensgewohnheiten verändert wurden und der Glaube keine Rolle spielte, dann wird die nächste Frage gestellt.*

6) Welche Rituale oder Handlungen, die mit ihrem persönlichen Glauben verbunden sind (z.B. Kerze anzünden, Kirchenbesuch, Singen, Beten) führen Sie öfter aus?  
*(teilstandardisiert)*

***Alternativfrage bei Patienten, die Glauben verneint haben:***

Gibt es bestimmte Handlungen oder persönliche Gewohnheiten, die Sie regelmäßig ausführen, z.B. um den Tag zu beschließen (Musik hören, ein Glas Wein trinken, ein Bad nehmen) *(narrativ)*

6.1 Wie wirken sich diese Rituale oder Handlungen *(Alternativ religiöse Verhaltensweisen)* auf Ihre Gefühle und Stimmungen aus? *(narrativ)*

6.2 Was schätzen Sie daran? *(narrativ)* ***Alternativ:*** *Was macht es Ihnen so wertvoll? Was genießen Sie daran?*

7) Manche Patientin berichten, dass sich vor der Erkrankung etwas verändert hatte - manche berichten von körperlichen Beschwerden, andere von seelischen Veränderungen. Wie war das bei Ihnen? *(teilstandardisiert)*

*Wenn Patientin über keine körperlichen und seelischen Veränderungen berichtet, wird die nächste Frage gestellt.*

7.1 Welche Rolle spielt der Glaube (Religion/ Spiritualität) bei der Verarbeitung Ihrer Erkrankung für Sie? *(teilstandardisiert)*

*Spielt der Glaube keine Rolle bei der Verarbeitung der Erkrankung, wird der Patientin nach anderen Copingressourcen gefragt:*

Was tut Ihnen gut und hilft Ihnen, mit der Erkrankung zurechtzukommen?

8) Menschen gehen unterschiedlich mit Ihren Bedürfnissen nach Ruhe, Entspannung und Ablenkung um. Was tun Sie? *(narrativ)*

**(Alternativformulierung:** *Wenn Sie dieses Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung verspüren, wie gehen Sie damit um?)*

9) Wie würden Sie die Erkrankung in Ihrem Leben einordnen (z.B. als Schicksal, als Warnung, als Fingerzeig oder Wink). *Wenn Patientin die Erkrankung nicht einordnen kann, dann wird die nächste Frage 9.1 gestellt.*

9.1 Hat sich durch die Erkrankung der Sinn des Lebens für Sie verändert? Wenn ja, dann schildern Sie doch bitte, wie / in welche Richtung. *(narrativ)*

*Wenn Patient die Frage verneint, wird Frage 9.3 gestellt.*

9.2 Welche Rolle spielt für Sie der Glaube dabei? *(teilstandardisiert)*

9.3 Welche Prioritäten setzen Sie derzeit in Ihrem Leben? *(teilstandardisiert)*

10) Wie religiös / spirituell sind oder waren Ihre Eltern? *(narrativ)*

10.1 Welche Erfahrung haben Sie in Ihrer Kindheit mit dem Glauben gemacht? *(teilstandardisiert)*

10.2 Welchen Einfluss hat der Glaube auf Ihr heutiges Leben? *(narrativ)*

*Wenn Patientin dies verneint und Religion / Spiritualität keinen Einfluss auf sein Leben hat, dann wird die Abschlussfrage gestellt.*

Zum Abschluss stelle ich Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person.

### **Soziodemografische Merkmale**

Interview Nr.:

Geschlecht: Weiblich

Alter:

Familienstand: ledig      verh.      Gesch.      Single      verwitwet

Anzahl der Kinder:

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Hochschulabschluss:

### **Abschluss:**

Ich möchte mich recht herzlich bei Ihnen für Ihre Offenheit bedanken.

Möchten Sie unserem Gespräch noch etwas hinzufügen, blieben wichtige Aspekte Ihrer Meinung nach unberücksichtigt?

## **Institut für Medizinische Psychologie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Muthny

Von-Esmarch-Str. 52  
48149 Münster

Ansprechpartnerin: E. Tappesser  
Tel.: 0251 - 83 55 496



### **Unterstützende Einstellungen und Erfahrungen bei der Bewältigung einer Krebserkrankung**

**– Eine wissenschaftliche Untersuchung der Universität Münster –**

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient!**

Durch die Erkrankung sind Sie vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Wir wenden uns mit diesem Fragebogen an Sie, um zu erfahren, wie Sie persönlich mit diesen Belastungen umgehen und wie Sie Ihre Erkrankung bislang bewältigt haben. Die Studie untersucht auch die Wirkung der Religion bzw.

des Glaubens, die Einstellungen und Erfahrungen, die Sie in Bezug auf Ihre Erkrankung gemacht haben.

Religion soll sich hier nicht „nur“ auf Ihren konfessionellen Glauben und wie Sie diesen erfüllen beziehen, sondern auch Ihre ganz persönlichen und gelebten Glaubensverbindungen mit einbeziehen.

Bitte füllen Sie den Bogen auf jeden Fall aus - unabhängig davon, ob Sie eine positive oder eine kritische Einstellung zur Religion und zum Glauben haben.

Die Beantwortung der Fragen erfolgt über das Ankreuzen einer von mehreren Antwortmöglichkeiten.

Bitte lesen Sie die jeweiligen Hinweise zur Beantwortung der Fragen aufmerksam durch. Beantworten Sie die Fragen dann so, wie es für Sie persönlich am besten und am häufigsten zutrifft. Bitte überlegen Sie nicht, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte. Überlegen Sie während der Bearbeitung bitte nicht lange, sondern geben Sie jeweils die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Bitte beantworten Sie jede Frage und lassen Sie keine aus.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist, was Sie subjektiv empfinden und mit welcher Antwortmöglichkeit Sie sich am ehesten identifizieren können. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst zügig, vollständig und offen.



Die Untersuchung ist **anonym**, die Auswertung erfolgt von unabhängiger Stelle (im Institut für Medizinische Psychologie in Münster); der Datenschutz wird selbstverständlich garantiert.

Ihr Behandlungszentrum erhält keine personenbezogene Rückmeldung.

**Vielen Dank für Ihr Engagement !**



<b>Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die einige Aspekte religiöser und anderer spiritueller Glaubensrichtungen und Praktiken beschreiben. Bitte prüfen Sie, in welchem Ausmaß die entsprechende Aussage am ehesten Ihrer Meinung entspricht.</b>	<b>Trifft überhaupt nicht zu</b>	<b>Trifft eher nicht zu</b>	<b>Trifft eher zu</b>	<b>Trifft ganz zu</b>
1. Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Leben.	1	2	3	4
2. Gebete oder Meditation haben mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	1	2	3	4
3. Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	1	2	3	4
4. Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	1	2	3	4
5. Wenn ich Ratschläge brauche wie ich mit meinen Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann.	1	2	3	4
6. Ich glaube, dass Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.	1	2	3	4
7. Ich freue mich oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.	1	2	3	4
8. In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.	1	2	3	4
9. Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	1	2	3	4
10. Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	1	2	3	4
11. Ich habe durch meine Gebete und Meditationen innere Ruhe erfahren.	1	2	3	4
12. Das Leben und der Tod der Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.	1	2	3	4
13. Wenn ich Hilfe brauche suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellung teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	1	2	3	4
14. Ich glaube, dass Gott vor Schaden schützt.	1	2	3	4
15. In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.	1	2	3	4

SBI-15 R

<b>Sie finden im Folgenden eine Reihe von Aussagen, wie verschiedene Menschen mit Problemen und Schwierigkeiten umgehen. Bitte kreuzen Sie an, wie weit diese Einschätzungen auf Ihre persönliche Einstellung zutreffen.</b>	<b>Stimmt nicht</b>	<b>Stimmt kaum</b>	<b>Stimmt eher</b>	<b>Stimmt genau</b>
1. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
2. Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege mich durchzusetzen.	1	2	3	4
3. Es beriete mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
4. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurecht kommen werde.	1	2	3	4
5. In der unerwarteten Situation weiß ich immer, wie mich verhalten soll.	1	2	3	4
6. Für jedes Problem habe ich eine Lösung.	1	2	3	4
7. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	1	2	3	4
8. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde.	1	2	3	4
9. Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde weiß ich immer, wie damit fertig werde.	1	2	3	4
10. Was immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4

GKE-10

**In diesem Fragebogen geht es um Ihren Gesundheitszustand.**

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

**Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.**

<i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
1. <b>Mittelschwere Tätigkeiten</b> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen.	1	2	3
2. <b>Mehrere Treppenabsätze steigen.</b>	1	2	3

Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
1. Ich habe <b>weniger geschafft</b> , als ich wollte.	1	2
2. Ich konnte <b>nur bestimmte Dinge</b> tun.	1	2

Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten, bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
1. Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte.	1	2
2. Ich konnte nicht so <b>sorgfältig</b> wie üblich arbeiten.	1	2

	Überhaupt nicht	Ein bißchen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
1. Inwieweit haben die Schmerzen Sie <i>in der vergangenen Woche</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in der vergangenen Woche* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie <i>in der vergangenen Woche</i> ....	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
1. ...ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
2. ...voller Energie?	1	2	3	4	5	6
3. ...entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
1. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <i>in der vergangenen Woche</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

SF-12

<b>Inwieweit spielen Religion und Glauben bei Ihrer Krankheitsverarbeitung eine Rolle?</b> Bitte kreuzen Sie für jeden Satz an, inwieweit diese Haltung zurzeit auf Sie zutrifft.	<b>Gar nicht</b>	<b>Wenig</b>	<b>Mittel- mäßig</b>	<b>Ziemlich</b>	<b>Sehr stark</b>
1. Gott hat mich durch die Bewältigung dieser Not gestärkt.	1	2	3	4	5
2. Wenn ich mich entscheiden muss was ich tun will, um mit diesem Schicksalsschlag zurechtzukommen, arbeiten Gott und ich wie Partner zusammen.	1	2	3	4	5
3. Ich beziehe Gott in meine Überlegungen mit ein, auf welche Art und Weise ich die Belastung angehen kann.	1	2	3	4	5
4. Ich bemühe mich, mich mit der Situation auseinanderzusetzen im Vertrauen darauf, dass Gott mir hilft sie zu verstehen.	1	2	3	4	5
5. Ich strenge mich sehr an, in dieser Notlage klarzukommen und weiß, dass Gott mir dazu Kraft gibt.	1	2	3	4	5
6. Der Herr erweitert mein Blickfeld sodass ich erkenne, wie ich mit allem fertig werden kann.	1	2	3	4	5

RPSS-K

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Aussagen, die von anderen Personen mit Ihrer Krankheit für wichtig befunden wurden. <b>Bitte kreuzen Sie an, inwieweit jede Aussage am ehesten für Sie während der letzten 7 Tage auf Sie zutreffen hat.</b>	<b>Stimmt nicht</b>	<b>Stimmt kaum</b>	<b>Stimmt eher</b>	<b>Stimmt genau</b>
1. Ich fühle mich voll inneren Frieden.	1	2	3	4
2. Ich habe einen Grund im Leben gefunden.	1	2	3	4
3. Mein Leben ist produktiv.	1	2	3	4
4. Ich habe Mühe, inneren Frieden zu finden.	1	2	3	4
5. Ich glaube an einen Sinn in meinem Leben.	1	2	3	4
6. Ich kann Ruhe und Harmonie tief aus mir selbst schöpfen.	1	2	3	4
7. Ich fühle eine innere Harmonie.	1	2	3	4
8. Meinem Leben fehlt der Sinn und Zweck.	1	2	3	4
9. Ich finde Trost in meinem Glauben.	1	2	3	4
10. Ich finde Kraft in meinem Glauben.	1	2	3	4
11. Meine Krankheit hat meinen Glauben gestärkt.	1	2	3	4
12. Ich weiß, wie auch immer meine Krankheit sich entwickelt, es ist in Ordnung.	1	2	3	4

FACIT-SP-12

**Im Folgenden geht es darum genauer zu erfahren, wie Sie in der vergangenen Woche mit Ihrer Erkrankung umgegangen sind, was Sie im Zusammenhang damit gedacht, gefühlt und getan haben und wie weit Ihnen dies geholfen hat, mit Ihrer Situation fertig zu werden. Bitte kreuzen Sie für jeden der folgenden Sätze an, wie stark er für Ihre Situation zutrifft.**

	Gar nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	1	2	3	4	5
2. Nicht-wahrhaben-wollen des Geschehenen	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	1	2	3	4	5
4. Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	1	2	3	4	5
10. Gefühle auch nach außen zeigen	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	1	2	3	4	5
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen, intensiver zu leben	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2	3	4	5
19. Sich abzulenken versuchen	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	1	2	3	4	5
29. Ärzten misstrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	1	2	3	4	5
<p>Wenn Sie sich die 35 Aussagen auf dieser Seite vergegenwärtigen, was hat Ihnen <b>am meisten geholfen</b>, um mit der Erkrankung und Ihren Auswirkungen fertig zu werden? Bitte tragen Sie die Nummer der entsprechenden Aussage ein.  1. Nr. _____ 2. Nr. _____ 3. Nr. _____</p>					

FKV

Man weiß heute, dass körperliche Beschwerden und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

<p><b>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</b></p> <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Von Zeit zu Zeit / gelegentlich <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<p><b>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</b></p> <input type="checkbox"/> Fast immer <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
<p><b>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</b></p> <input type="checkbox"/> Ganz genauso <input type="checkbox"/> Nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> Nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> Kaum oder gar nicht	<p><b>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</b></p> <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Sehr oft
<p><b>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, sehr stark <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> Etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<p><b>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> Von Zeit zu Zeit / gelegentlich <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
<p><b>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> Nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> Inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<p><b>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> Ziemlich <input type="checkbox"/> Nicht sehr <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
<p><b>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</b></p> <input type="checkbox"/> Einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> Verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> Nur gelegentlich / nie	<p><b>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, sehr <input type="checkbox"/> Eher weniger als früher <input type="checkbox"/> Viel weniger als früher <input type="checkbox"/> Kaum bis gar nicht
<p><b>Ich fühle mich glücklich</b></p> <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Meistens	<p><b>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Nicht sehr oft <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
<p><b>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, natürlich <input type="checkbox"/> Gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> Nicht oft	<p><b>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen</b></p> <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Eher selten

HADS-D

**In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen.** Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen und Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen.

**Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.**

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder noch	Zufrieden	Sehr zufrieden
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

**In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.**

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
2. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5

**In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.**

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
2. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
3. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
4. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
5. Wie gut sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5



**In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.**

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
1. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	2	3	4
2. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	2	3	4
3. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	2	3	4
4. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	2	3	4
5. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	2	3	4
	<b>Sehr schlecht</b>	<b>Schlecht</b>	<b>Mittelmäßig</b>	<b>Gut</b>	<b>Sehr gut</b>
6. Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	2	3	4

**In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.**

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5

**In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.**

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5
3. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen?	1	2	3	4	5
6. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

**In der folgenden Frage geht es darum, wie oft sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst und Traurigkeit.**

	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
1. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF- 15

## Soziodemographische Daten

1. **Geschlecht:**  Männlich  Weiblich
2. **Geburtsdatum:**  Monat  Jahr
3. **Staatsangehörigkeit:**  Deutsch  Andere Nationalität
4. **Familienstand:**  Ledig  Verheiratet  Geschieden/getrennt lebend  Verwitwet
5. **Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?**  Nein  Ja
6. **Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie eingeschlossen?**  Personen insgesamt
7. **Wie viele davon sind 18 Jahre oder älter?**  Personen
8. **Nehmen Sie unterstützende Angebote zur Bewältigung Ihrer Erkrankung in Anspruch?**
- |                                                               |                                                       |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hilfe von Familienmitglieder         | <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe, Gärtner, ... |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung von Freunden/Bekanntem | <input type="checkbox"/> Kirchengemeinde              |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe                    | <input type="checkbox"/> Psychologische Beratung      |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                      |                                                       |
9. **Welchen Schulabschluss haben Sie?**
- |                                                             |                                                    |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule / Volksschule          | <input type="checkbox"/> Fachhochschule            |
| <input type="checkbox"/> Realschule / Mittlere Reife        | <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule |
| <input type="checkbox"/> Abitur / Allgemeine Hochschulreife | <input type="checkbox"/> Anderer Schulabschluss    |
| <input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss                |                                                    |
10. **Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?**
- |                                                                          |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)       | <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule |
| <input type="checkbox"/> Fachschule (z.B. Meisterschule, Berufsakademie) | <input type="checkbox"/> Universität, Hochschule         |
| <input type="checkbox"/> Andere Berufsausbildung                         | <input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung          |
11. **Sind Sie zurzeit erwerbstätig?**
- |                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, ganztags              | <input type="checkbox"/> Nein, in Ausbildung           |
| <input type="checkbox"/> Ja, halbtags              | <input type="checkbox"/> Nein, arbeitslos / erwerbslos |
| <input type="checkbox"/> Ja, weniger als halbtags  | <input type="checkbox"/> Nein, berentet                |
| <input type="checkbox"/> Nein, Hausfrau / Hausmann | <input type="checkbox"/> Nein, anderes                 |
12. **In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit beschäftigt bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie beschäftigt?**
- |                                           |                                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeiter         | <input type="checkbox"/> Selbständiger       |
| <input type="checkbox"/> Angestellter     | <input type="checkbox"/> Beamter             |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Rentner / Pensionär |
- 13) **Welcher Konfession gehören Sie an?**
- Evangelisch  Katholisch  Freikirchlich  Konfessionslos  Sonstiges

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und alles Gute!**

## FREMDRATING

### Allgemeiner Eindruck:

Patient wirkt...

	Voll	Stimmt eher	Teils / Teils	Trifft eher zu	Trifft stark zu
1. <b>Ängstlich</b> (z.B. körperlich physiologische Reaktionen, Körperhaltung, Blickrichtung, Atmung kurz/flach oder tief und entspannt, Globusgefühl) Angst vor dem Tod. Zukunftsangst. Angst um die Familie.	1	2	3	4	5 <b>Zuversichtlich</b>
2. <b>Unsicher</b> (Ich habe mich damit noch nicht beschäftigt, Ich weiß noch nicht wie es weitergeht, Ich weiß nicht wie man mir helfen kann mich zu unterstützen, Ich habe meine jetzige Situation noch nicht richtig durchdacht)	1	2	3	4	5 <b>Sicher</b>
3. <b>Kraftlos</b> (Körperliche Erschöpfung, Schlapp, Müde, Energielos)	1	2	3	4	5 <b>Voller Energie</b>
4. <b>Depressiv / Resignativ</b> (es hat doch alles keinen Sinn mehr, es ist nutzlos, ich mach mir da keine Hoffnungen mehr, meine Chancen sind relativ gering)	1	2	3	4	5 <b>Optimistisch</b>
5. <b>Glaube und Hoffnung</b> (Alles was mit Glaube / Spiritualität und Hoffnung zu tun hat, Kraft, Trost, Sinn, Bereicherung, zurück zum Glauben finden, jetzt wissen wo es im Leben lang geht, Gott oder wer auch immer wird es schon richten.)	1	2	3	4	5 <b>Verzweiflung</b>
6. <b>Akzeptanz des Schicksals</b> (ich bin mir sicher, das das Alles seinen Sinn hat, die Krankheit so annehmen und nach vorne sehen, Zukunftspläne machen, Reflexion der individuellen Bedeutung einer Erkrankung)	1	2	3	4	5 <b>Auflehn</b>
7. <b>Zweifeln</b> (hadern mit dem Schicksal, Behandlungserfolg bzw. Therapie, Zweifel daran gesund zu werden, Krankheit als Bestrafung und Schuld zu sehen, womit habe ich das verdient.)	1	2	3	4	5 <b>Vertrauen</b>
8. <b>Professionelle Unterstützung</b> (durch die Ärzte, durch das Pflegepersonal, Motivation; Hoffnung und Unterstützung zu erfahren, Feedback.)	1	2	3	4	5 <b>Allein, isoliert</b>

**Welche R/S Dimensionen haben dem Patienten geholfen und welche haben ihn gehemmt?**

Gar nicht    Wenig    Mittel    Ziemlich    Sehr stark

	Gar nicht	Wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr stark
1) Inwieweit wirken sich die religiösen und spirituellen Strategien des Patienten auf den <b>Krankheitsverarbeitungsprozess</b> aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Hat der Glaube des Patienten einen Einfluss auf die <b>Compliance</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Inwieweit beeinflusst <b>der Glaube</b> die <b>Lebensführung</b> des Patienten (z.B. nicht Rauchen, kein Alkohol) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Stärke der religiösen Orientierungen / Einstellungen SRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Stärke der spirituellen Orientierungen / Einstellungen SSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Wichtigkeit / Priorität des religiösen Glaubens im Leben RWL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Wichtigkeit / Priorität des spirituellen Glaubens im Leben SWL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Die Suche nach sozialer Unterstützung in der religiösen Glaubensgemeinschaft RSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Die Suche nach sozialer Unterstützung in der spirituellen Glaubensgemeinschaft SSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Der religiöse Glaube hat sich positiv auf die Erkrankung ausgewirkt BRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Der spirituelle Glaube hat sich auf die Erkrankung ausgewirkt BSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Problemlösung mit religiöser Hilfe RPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Problemlösung mit spiritueller Hilfe SPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Sich allein auf den religiösen Glauben verlassen RGV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Sich allein auf den spirituellen Glauben verlassen SGV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Regelmäßig Trost in religiösen Ritualen suchen RTG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Regelmäßig Trost in spirituellen Ritualen suchen RSG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Spirituelle Musik wirkt entspannend SME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Kirchenmusik wirkt entspannend KME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) In die Kirche gehen RKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Ruhe in Spaziergängen suchen SSN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Erfahrung und Stärkung des Selbstvertrauens in der Stille suchen (religiös) ESR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Erfahrung und Stärkung des Selbstvertrauens in der Stille suchen (spirituell) ESS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Aus dem religiösen Gebet Hoffnung schöpfen RGH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche R/S Dimensionen haben dem Patienten geholfen und welche haben ihn gehemmt?**

	Gar nicht	Wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr stark
22) Aus dem spirituellen Gebet Hoffnung schöpfen RGH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Das Lesen religiöser Texte spendet Trost RTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Das Lesen spiritueller Texte spendet Trost STH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Das Lesen der Bibel entspannt RLB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Das Lesen spiritueller Texte entspannt SLB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Kraft und Energie im religiösen Glauben finden RKE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Kraft und Energie im spirituellen Glauben finden SKE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Durch die Erkrankung eine neue Nähe zu Gott erfahren ENG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Durch die Erkrankung eine neue Nähe zu einer anderen Macht erfahren ENM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Die Erkrankung als religiöse Strafe empfinden RES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Die Erkrankung als eine spirituelle Strafe empfinden SES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Sich von Gott verlassen fühlen RGV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Sich von einer höheren Macht verlassen fühlen SGV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche R/S Dimensionen hat der Patient genutzt?**

	Gar nicht	Wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr Stark
35) Sich von Gott für seine Sünden bestraft fühlen GSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Sich von einer Macht für seine Sünden bestraft fühlen SSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Das abwenden von Gott vor der Erkrankung führt jetzt zu Schuldgefühlen RZS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Das Abwenden vom Glauben vor der Erkrankung führt jetzt zu Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Mit Gottes Hilfe Zorn und Groll überwinden RHZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) Der Glaube hilft Zorn und Groll zu überwinden RHZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Durch Gottes Vergebung Erleichterung von den Sünden erfahren. VER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Durch die Bitte um Vergebung Erleichterung bzw. Erlösung erfahren. VES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Erfahrung hat der Patient in der Kindheit mit seinem Glauben gemacht?**

	Gar nicht	Wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr Stark
43) Der Glaube spendet Trost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Der Glaube gibt Geborgenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Der Glaube gibt Kraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Der Glaube macht Angst (vor Zorn und Strafe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) Ich habe Angst kein guter Mensch zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) Ich habe Angst mich zu versündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Welche R/S Dimensionen hat der Patient benannt und wie haben sie ihm Ihrer Ansicht nach geholfen?</b>	Gar nicht	Wenig	Mittel	Ziemi-lich	Sehr Stark
1) Der religiöse Glaube erleichtert den Umgang mit Schmerzen SBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Der spirituelle Glaube erleichtert den Umgang mit Schmerzen SBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Der religiöse Glaube hilft, um mit der Angst vor Rezidiven besser umzugehen RAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Der spirituelle Glaube hilft, um mit der Angst vor Rezidiven besser umzugehen RAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Der religiöse Glaube erleichtert die Auseinandersetzung mit dem Tod RAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Der spirituelle Glaube erleichtert die Auseinandersetzung mit dem Tod SRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Der religiöse Glaube hilft Stress abzubauen RGS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Der spirituelle Glaube hilft Stress abzubauen SGS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Meditation, Ruhe, Stille gibt Geborgenheit SRG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Durch den religiösen Glauben wieder einen neuen Sinn im Leben sehen oder finden RNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Durch den spirituellen Glauben einen neuen Sinn im Leben sehen oder finden SNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Spirituelle Rituale geben Sicherheit SRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Religiöse Rituale geben Kraft RRK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Spirituelle Rituale Kraft SRK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Das Singen religiöser Lieder hilft loszulassen SRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Das Singen spiritueller Lieder hilft loszulassen SSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Das bei sich tragen religiöser Symbole wirkt unterstützend RSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Das bei sich tragen spiritueller Symbole wirkt unterstützend SSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Das Anzünden einer Kerze in der Kirche gibt Hoffnung AKK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Die Rezitation eines religiösen Psalms gibt Ruhe und Frieden RPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Die Rezitation eines spirituellen Text gibt Ruhe und Frieden SPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**1) Worin sehen Sie den Hauptnutzen des R/S Copings für diesen Patienten?**

-----  
\_\_\_\_\_

**2) Hat R/S dazu beigetragen die Situation nach der Diagnosestellung neu zu bewerten?  
Inwiefern?**

\_\_\_\_\_

**Bitte beschreiben Sie näher, wie der Patient mit Belastungen umgegangen ist und was er im Zusammenhang damit gedacht, gefühlt und getan hat und wieweit Ihm dies geholfen hat, um mit dieser Situation fertig zu werden. Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Patienten Aussagen an, wie stark diese Aussage aus ihrer Sicht für diesen Patienten zutrifft.**

	Gar nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	1	2	3	4	5
2. Nicht-wahrhaben-wollen des Geschehenen	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	1	2	3	4	5
4. Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	1	2	3	4	5
10. Gefühle auch nach außen zeigen	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	1	2	3	4	5
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen, intensiver zu leben	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2	3	4	5
19. Sich abzulenken versuchen	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	1	2	3	4	5
29. Ärzten misstrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	1	2	3	4	5
<p>Wenn Sie sich die 35 Aussagen auf dieser Seite vergegenwärtigen, was hat Ihnen <b>am meisten geholfen</b>, um mit der Erkrankung und Ihren Auswirkungen fertig zu werden? Bitte tragen Sie die Nummer der entsprechenden Aussage ein.            1. Nr. _____ 2. Nr. _____ 3. Nr. _____</p>					

FKV

Skala:

F1 Depressive Verstimmung Nr. 9, 16,22, 26, 34

F2 Aktives problemorientiertes Coping 1, 7, 8, 14, 15,

F3 Ablenkung und Selbstaufbau 13, 17, 18, 19 ,20

F4 Religiosität und Sinnsuche 21,23,24,25,30

F5 Bagatellisierung und Wunschdenken 2,3, 4

## **Ratings**

**1) Religiöse und spirituelle Sinnsuche** 1, 4, 5, 6,7,8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18,

19,20, 21,

Interview: 3, 4, 4.2, 4.3,

**2) Problemorientiertes religiöses Coping** 2, 3, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25,26, 27, 28, 29, 30, 31, 32,

**3) Problemorientiertes spirituelles Coping**

Interview: 3.1, 4,1,.4, 5.

**4) Passives religiöses Coping**

**5) Passives spirituelles Coping**

**6) Gesundheitsbezogene Lebensqualität:** 33, 34, 35

**7) Wunschdenken** 36,37

## **Definition der Ratings.**

### **Problemorientiertes religiöses Coping (Pargament)**

#### **Self- directing style**

P. löst Probleme eigenständig. Gott bleibt dabei im Hintergrund und gibt der P. Gelassenheit und Kompetenz.

2, 3, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25,26,27, 28, 29, 30, 31, 32,

### **Problemorientiertes spirituelles Coping**

#### **Self- directing style**

P. löst Problem eigenständig. Naturerfahrung, Ruhe, Stille (z.B. Spaziergänge) oder spezifische Rituale geben dem Patienten Gelassenheit und Kompetenz.

Interview: 3.1, 4.1,4.4, 5.

### **Passives religiöses Coping**

#### **Deferring style**

P. überlässt die Problemlösung Gott und verhält sich selbst passiv.

### **Passives spirituelles Coping**

#### **Deferring style**

P. überlässt die Problemlösung einer höheren Macht und verhält sich selbst passiv.

### **Kooperatives religiöses Coping**

#### **Collaborative Style**

P. übernimmt Verantwortung für sich selbst, bittet aber Gott gleichzeitig um Mithilfe.

### **Kooperatives spirituelles Coping**

#### **Collaborative Style**

P. sucht eigene Bewältigungsmöglichkeiten, wendet sich aber unterstützend an eine höhere Macht.

### **Religiöse und spirituelle Sinnsuche**

1, 4, 5, 6,7,8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18,19,20, 21,

Interview: 3, 4, 4.2, 4.3,

### **Gesundheitsbezogene Lebensqualität: 33, 34, 35**

### **Wunschdenken 36,37**

## Charakteristika der Gesamtstichprobe

Tab. 3 System of Belief Inventory (SBI-15 R) (n = 111)

Aussagen, die einige Aspekte religiöser und anderer spiritueller Glaubensrichtungen beschreiben ...	Häufigkeiten %				MW	s	k. A.
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ganz zu			
Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Leben.	9	22	31	<b>27</b>	2,85	0,97	12
Gebete oder Meditation haben mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	13	20	27	<b>30</b>	2,83	1,05	12
Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	8	11	27	<b>44</b>	3,19	0,62	12
Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	26	28	21	15	2,28	1,05	12
Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich mit meinen Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft	<b>38</b>	22	17	13	2,06	1,09	12
Ich glaube, dass Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.	21	21	29	20	2,06	1,07	12
Ich freue mich oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.	28	25	21	16	2,28	1,09	12
In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.	20	26	18	<b>27</b>	2,57	1,14	12
Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	26	20	25	19	2,41	1,12	13
Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	21	15	27	<b>28</b>	2,70	1,14	12
Ich habe durch meine Gebete und Meditationen innere Ruhe erfahren.	22	17	25	26	2,26	1,14	13

**Tab. 3 Fortsetzung System of Belief Inventory (SBI-15 R ) (n = 111)**

Aussagen, die einige Aspekte religiöser und anderer spiritueller Glaubensrichtungen beschreiben ...	trifft überhaupt nicht zu	Häufigkeiten %			MW	s	k. A.
		trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ganz zu			
Das Leben und der Tod der Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.	14	10	30	<b>36</b>	2,98	1,06	12
Wenn ich Hilfe brauche suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellung teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	26	22	21	21	2,46	1,11	12
Ich glaube, dass Gott vor Schaden schützt.	23	23	23	21	2,90	1,07	12
In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.	16	13	30	33	2,90	1,07	12

**Tab. 4 Probleme und Schwierigkeiten Patienten (GKE) (n = 111)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten %				MW*	s	k.A.
	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau			
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	0,9	3	<b>52</b>	35	3,34	0,58	11
Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen	4	21	<b>45</b>	21	2,91	0,79	11
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	4	21	<b>46</b>	20	3,17	0,69	11
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde	0,9	13	<b>47</b>	30	3,17	0,69	11
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll		31	<b>49</b>	9	2,78	0,73	11
Für jedes Problem habe ich eine Lösung	9	28	<b>44</b>	10	2,61	0,81	11
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann	3	23	<b>47</b>	17	2,86	0,76	11
<i>Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde</i>	3	15	<b>51</b>	22	3,03	0,72	11
<i>Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit fertig werde</i>	2	35	<b>52</b>	12	2,86	0,76	11
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen	3	9	<b>49</b>	29	3,16	0,72	12

**Tab. 5 (SF-12) Beurteilung des Gesundheitszustandes (n = 111)**

	Häufigkeiten %					MW	s	k.A.
	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht			
Gesundheitszustand des Patienten	3	3	56	27	0,9	3,23	0,66	11
Ausüben mittelschwerer Tätigkeiten:	<b>ja, stark eingeschränkt</b>	<b>ja, etwas eingeschränkt</b>	<b>nein, überhaupt nicht eingeschränkt</b>	<b>k.A.</b>				
- z.B. einen Tisch verschieben	12	50	28					
- z.B. mehrere Treppenabsätze steigen	9	59	33	11				
Körperliche Gesundheitsprobleme in der letzten Woche:	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>k.A.</b>					
- "habe weniger geschafft, als ich wollte"	62	29	11					
- "konnte nur bestimmte Dinge tun"	51	39	11					
Seelische Gesundheitsprobleme in der letzten Woche	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>k.A.</b>					
- "habe weniger geschafft, als ich wollte"	41	50	11					
- "konnte nicht so sorgfältig arbeiten, wie üblich"	39	51	11					



**Tab. 5 Fortsetzung Beurteilung des Gesundheitszustandes (SF-12)**

(n = 111)

		Häufigkeiten %					MW	s	k.A.		
"Haben die Schmerzen Sie im Beruf oder zu Hause behindert?"		<b>überhaupt nicht</b>	<b>ein bißchen</b>	<b>mäßig</b>	<b>ziemlich</b>	<b>sehr</b>					
		25	39	18	7	2	2,13	0,96	11		
"Wie fühlten Sie sich in der letzten Woche?"		<b>immer</b>	<b>meistens</b>	<b>ziemlich oft</b>	<b>oft</b>	<b>manchmal</b>	<b>selten</b>	<b>nie</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k.A.</b>
- ruhig und gelassen	7	39	27	15	3	0		2,65	0,94	11	
- voller Energie	3	22	26	23	13	3		3,33	1,20	11	
- entmutigt und traurig	0	6	6	33	31	15		4,4	1,05	11	
"Wie häufig haben körperliche Gesundheit und seelischen Probleme den Kontakt zu anderen Menschen (Verwandte Freunde) beeinträchtigt?"		<b>immer</b>	<b>meistens</b>	<b>manchmal</b>	<b>selten</b>	<b>nie</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k.A.</b>		
		1	6	20	29	35	4,01	0,98	11		

**Tab. 6 Religious Problem Solving Scale – Kooperativ (RPSS-K)**

**(n = 111)**

Inwieweit spielen Religion und Glauben bei Ihrer Krankheitsbewältigung eine Rolle?	Häufigkeiten %					MW	s	k. A.
	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark			
Gott hat mich durch die Bewältigung dieser Not gestärkt.	19	19	15	24	15	2,96	1,40	11
Wenn ich mich entscheiden muss, um mit diesem Schicksalsschlag zurechtzukommen, arbeiten Gott und ich wie Partner zusammen.	22	15	19	21	13	2,86	1,39	11
Ich beziehe Gott in meine Überlegungen mit ein, auf welche Art und Weise ich die Belastung angehen kann.	22	13	22	23	9	2,83	1,34	12
Ich bemühe mich, mich mit der Situation auseinanderzusetzen im Vertrauen darauf, dass Gott mir hilft sie zu verstehen.	16	13	20	<b>25</b>	17	3,15	1,37	11
Ich strengte mich sehr an, in dieser Notlage klarzukommen und weiß, dass Gott mir dazu Kraft gibt.	16	12	15	<b>25</b>	<b>23</b>	3,29	1,44	11
Der Herr erweitert mein Blickfeld so dass ich erkenne, wie ich mit allem fertig werden kann.	21	12	20	26	12	2,94	1,37	11

**Tab. 7 Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-SP-12)**

(n = 111)

Häufigkeiten %

Inwieweit spielen Religion und Glauben bei Ihrer Krankheitsbewältigung eine Rolle?	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	MW	s	k. A.
Ich fühle mich voll innerem Frieden.	9	19	<b>47</b>	16	2,78	0,85	11
Ich habe einen Grund im Leben gefunden.	7	15	<b>52</b>	17	2,88	0,80	11
Mein Leben ist produktiv.	3	19	21	29	3,60	1,33	8
Ich habe Mühe, inneren Frieden zu finden.	26	13	<b>52</b>	23	3,06	1,00	11
Ich glaube an einen Sinn in meinem Leben.	3	4	<b>44</b>	<b>40</b>	3,34	0,70	11
Ich kann Ruhe und Harmonie tief aus mir selbst schöpfen.	1	18	<b>55</b>	17	2,97	0,65	11
Ich fühle eine innere Harmonie.	4	20	50	17	2,88	0,76	11
Meinem Leben fehlt der Sinn und Zweck.	56	15	15	3	1,62	0,89	11
Ich finde Trost in meinem Glauben.	15	17	<b>41</b>	17	2,66	0,97	11
Ich finde Kraft in meinem Glauben.	16	16	<b>35</b>	22	2,71	1,03	11
Meine Krankheit hat meinen Glauben gestärkt.	21	26	27	17	2,43	1,05	11
Ich weiß, wie auch immer meine Krankheit sich entwickelt, es ist in Ordnung.	22	19	33	16	2,48	1,05	12

**Tab. 8 Krankheitsverarbeitung (n=111)**

Häufigkeiten %

Vorgegebene Kategorien	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark	MW	s	k.A.
1. Info über Erkrankung/ Behandlg. suchen	26	17	22	24	7	2,77	1,27	11
2. Geschehenes "nicht wahrhaben-wollen"	43	20	13	13	3	2,04	1,20	11
3. Herunterspielen der Bedeutung	37	10	24	9	1	2,09	1,08	11
4. Wunschdenken/ Tagträumen nachhängen	32	30	20	6	2	2,20	1,21	13
5. Sich selbst die Schuld geben	66	17	4	1	1	1,36	0,70	13
6. Andere verantwortlich machen	68	8	11	1	3	1,47	0,94	11
7. Anstrengungen zur Lösung v. Problemen	10	10	26	28	15	3,38	1,47	12
8. Plan machen und danach handeln	18	17	15	31	3	2,96	1,33	12
9. Gereizt/ ungeduldig auf andere reagieren	30	29	21	5	3	2,11	1,03	14
10. Gefühle auch nach außen zeigen	6	26	28	19	9	3,02	1,48	11
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	21	19	29	18	3	2,57	1,14	12
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol	74	8	5	3	1	2,57	1,44	11
13. Sich mehr gönnen	12	17	33	17	10	2,96	1,18	13
14. Sich vornehmen, intensiver zu leben	8	9	19	31	24	3,60	1,21	11
15. Gegen die Krankheit ankämpfen	3	7	5	31	<b>44</b>	4,16	1,07	11
16. Sich selbst bemitleiden	59	18	8	3	3	1,59	0,99	11
17. Sich selbst Mut machen	3	5	15	34	<b>32</b>	3,96	1,05	11
18. Erfolge u. Selbstbestätigung suchen	9	15	27	21	19	3,28	1,24	11
19. Sich abzulenken versuchen	10	9	33	23	13	3,24	1,17	11
20. Abstand zu gewinnen versuchen	9	18	31	25	11	3,16	1,15	12
21. Krankheit als Schicksal annehmen	12	12	27	25	15	3,22	1,25	11

Vorgegebene Kategorien	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark	MW	s	k.A.
22.Ins Grübeln kommen	23	27	27	11	3	2,40	1,11	11
23.Trost im religiösen Glauben suchen	20	19	25	12	7	2,81	1,35	11
24.In der Krankheit einen Sinn sehen	30	19	25	11	6	2,42	1,26	11
25.Trösten,daß es anderen schlechter geht	21	19	21	15	15	2,84	1,40	12
26.Mit dem Schicksal hadern	44	24	16	5	1	1,87	1,02	11
27.Genau den ärztlichen Rat befolgen	2	2	8	33	46	4,33	0,86	12
28.Vertrauen in die Ärzte setzen	4	2	8	42	34	4,11	0,98	12
29.Den Ärzten misstrauen	43	27	12	6	2	1,84	1,01	11
30.Anderen Gutes tun wollen	5	7	33	27	19	3,53	1,08	11
31.Galgenhumor entwickeln	21	16	25	19	9	2,76	1,30	11
32.Hilfe anderer in Anspruch nehmen	9	21	37	19	5	2,90	1,02	11
33.Sich gerne umsorgen lassen	16	32	26	13	4	2,53	1,08	11
34.Von anderen Menschen zurückziehen	39	21	22	4	3	2,02	1,10	11
35.Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	32	24	14	15	7	2,35	1,31	11

\* bezogen auf 5er-Skala 1=gar nicht bis 5=sehr stark

FKV gesamt Nr.1	Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	12%
	Sich vornehmen intensiver zu leben	7%
	Vertrauen in die Ärzte setzen	7%
FKV gesamt Nr.2	Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	11%
	Sich damit trösten das es andere noch schlimmer getroffen hat	4%
FKV gesamt Nr.3	Vertrauen in die Ärzte setzen	7%
	Anderen Gutes tun wollen	4%
	Trost im religiösen Glauben suchen	3%

**Tab.10 WHOQOL-BREF (n =111%)**

Häufigkeiten %

Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen	<b>sehr schlecht</b>	<b>schlecht</b>	<b>mittel-mäßig</b>	<b>gut</b>	<b>sehr gut</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
	0	7	33	47	4	3,54	0,70	11
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit	<b>sehr un-zufrieden</b>	<b>un-zufrieden</b>	<b>weder noch</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
	2	16	25	46	3	3,36	0,86	11
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<b>überhaupt nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>mittel-mäßig</b>	<b>ziemlich</b>	<b>äußerst</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
	33	35	18	4	1	1,96	0,91	11
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen	<b>überhaupt nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>mittel-mäßig</b>	<b>ziemlich</b>	<b>äußerst</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
	39	26	17	7	2	1,97	1,05	12
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	5	25	<b>54</b>	5	3,64	0,72	12
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	4	10	<b>49</b>	25	4,04	0,82	13
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	0	7	33	<b>33</b>	7	3,43	0,75	11
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	0	4	27	<b>53</b>	7	3,69	0,68	11
Wie gut sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	0	1	11	<b>44</b>	21	3,93	0,73	11

**Fortsetzung Tab. 10 WHOQOL-BREF (n = 111%)**

Häufigkeiten %

	<b>überhaupt nicht</b>	<b>eher nicht</b>	<b>halbwegs</b>	<b>über- wiegend</b>	<b>völlig</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	?	11	25	<b>42</b>	12	3,61	0,86	11
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	?	10	20	<b>40</b>	21	3,78	0,92	11
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	2	9	26	<b>36</b>	19	3,68	0,97	11
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	?	3	15	<b>46</b>	27	4,08	0,75	11
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeit-aktivitäten?	2	7	23	<b>41</b>	17	3,73	0,92	11

	<b>Sehr Schlecht</b>	<b>Schlecht</b>	<b>Mittel- mäßig</b>	<b>Gut</b>	<b>Sehr Gut</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	0	4	26	43	17	3,81	1,06	11

**Fortsetzung Tab. 10 WHOQOL-BREF (n = 111%)**

Häufigkeiten %

	<b>sehr un- zufrieden</b>	<b>Un- zufrieden</b>	<b>weder noch</b>	<b>zufrieden</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	4	16	19	<b>40</b>	11	3,42	1,06	11
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	0	8	21	<b>56</b>	6	3,66	0,72	11
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	2	10	23	<b>50</b>	5	3,52	0,84	11
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	9	18	<b>53</b>	10	3,70	0,83	11

	<b>sehr un- zufrieden</b>	<b>Un- zufrieden</b>	<b>weder noch</b>	<b>zufrieden</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	6	12	26	<b>37</b>	6	3,34	1,05	13
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	0	2	11	<b>47</b>	31	4,18	0,71	11
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	?	5	<b>47</b>	41	4,18	0,17	11



**Fortsetzung Tab. 10 WHOQOL-BREF (n =111)**

	Häufigkeiten %					MW	s	k. A.
	Sehr un- zufrieden	Un- zufrieden	Weder zufrieden noch un- zufrieden	Zufrieden	Sehr zu- frieden			
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen?	0	1	12	<b>56</b>	22	4,09	0,64	11
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	0	1	4	<b>47</b>	39	4,36	0,62	11
	<b>niemals</b>	<b>nicht oft</b>	<b>zeitweilig</b>	<b>oftmals</b>	<b>immer</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k. A.</b>
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression ?	10	36	31	9	4	2,58	0,98	11

## Charakteristika der Teilstichprobe

**Tab.3: System of Belief Inventory (SBI-15R) Teilstichprobe (n=53)**

Aussagen, die einige Aspekte religiöser und anderer spiritueller Glaubensrichtungen beschreiben	Häufigkeiten in %				MW	s	k. A.
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ganz zu			
Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Leben.	14	23	<b>32</b>	25	2,51	0,97	3
Gebete oder Meditation haben mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	18	21	23	<b>32</b>	2,74	1,13	3
Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	13	13	25	<b>45</b>	3,19	0,62	3
Wenn ich Ratschläge brauche wie ich mit meinen Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft.	<b>38</b>	25	21	11	2,06	1,05	3
In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.	21	29	18	<b>27</b>	2,53	1,14	3
Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	23	14	30	<b>27</b>	2,64	1,15	3
Das Leben und der Tod der Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.	14	10	30	<b>41</b>	2,94	1,14	3
In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe	18	14	25	<b>38</b>	2,87	1,14	3

**Tab. 4. Generalisierte Kontrollerwartung (GKE) (n = 53)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten %			Verteilung		s	k.A.
	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	MW		
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	-	4	<b>52</b>	<b>39</b>	3,38	0,56	3
Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen	4	21	<b>46</b>	23	2,94	0,79	3
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	4	20	<b>50</b>	21	2,94	0,77	3
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde	-	14	<b>50</b>	30	3,17	0,67	3
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	2	30	<b>52</b>	11	2,75	0,68	3
Für jedes Problem habe ich eine Lösung	9	30	<b>46</b>	9	2,58	0,80	3
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann	4	25	<b>48</b>	18	2,85	0,77	3
<i>Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde</i>	4	14	<b>54</b>	23	3,02	0,75	3
<i>Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit fertig werde</i>	2	29	<b>52</b>	13	2,79	0,69	3
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen	5	7	<b>52</b>	30	3,13	0,79	3

**Tab. 5 (SF-12) Beurteilung des Gesundheitszustandes (n = 53) Häufigkeiten %**

	<b>ausgezeichnet</b>	<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>weniger gut</b>	<b>schlecht</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k.A.</b>	
Gesundheitszustand des Patienten:	-	7	<b>54</b>	32	2	3,30	0,64	3	
Ausüben mittelschwerer Tätigkeiten:	<b>ja, stark eingeschränkt</b>		<b>ja, etwas eingeschränkt</b>		<b>nein, überhaupt nicht</b>			<b>k.A.</b>	
- z.B. einen Tisch verschieben	13		<b>52</b>		3			3	
- z.B. mehrere Treppenabsätze steigen	13		<b>46</b>		36			3	
Körperliche Gesundheitsprobleme in der letzten Woche:			<b>ja</b>		<b>nein</b>			<b>k.A.</b>	
- "habe weniger geschafft, als ich wollte"			70		25			3	
- "konnte nur bestimmte Dinge tun"			<b>64</b>		30			3	
Seelische Gesundheitsprobleme in der letzten Woche:			<b>ja</b>		<b>nein</b>			<b>k.A.</b>	
- "habe weniger geschafft, als ich wollte"			<b>52</b>		43			3	
- "konnte nicht so sorgfältig arbeiten, wie üblich"			<b>50</b>		45			3	
"Haben die Schmerzen Sie in der letzten Woche im Beruf oder zu Hause behindert?"	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>ein bisschen</b>	<b>ein mäßig</b>	<b>ziemlich</b>	<b>sehr</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k.A.</b>	
	28	38	21	5	4	2,17	1,03	3	
"Wie fühlten Sie sich in der letzten Woche?"	<b>immer</b>	<b>meistens</b>	<b>ziemlich oft</b>	<b>manchmal</b>	<b>selten</b>	<b>nie</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>k.A.</b>
- ruhig und gelassen	7	48	18	18	4	-	2,60	1,01	3
- voller Energie	4	21	36	14	14	5	3,32	1,25	3
- entmutigt und traurig	5	5	5	34	30	20	4,57	1,07	3

**Tab.6: Religious Problem Solving Scale – Cooperative Coping (RPSS-K)**

(n = 53)

Inwieweit spielen Religion und Glauben bei Ihrer Krankheitsbewältigung eine Rolle?	Häufigkeiten %					MW	s	k. A.
	gar nicht	wenig	mittel	Ziemlich	sehr stark			
Gott hat mich durch die Bewältigung dieser Not gestärkt.	<b>30</b>	20	9	23	13	2,66	1,48	3
Wenn ich mich entscheiden muss, um mit diesem Schicksalsschlag zurechtzukommen, arbeiten Gott und ich wie Partner zusammen.	<b>30</b>	13	16	<b>25</b>	11	2,72	1,45	3
Ich beziehe Gott in meine Überlegungen mit ein, auf welche Art und Weise ich die Belastung angehen kann.	27	14	18	<b>25</b>	9	2,73	1,39	4
Ich bemühe mich, mich mit der Situation auseinanderzusetzen im Vertrauen darauf, dass Gott mir hilft sie zu verstehen.	21	16	18	21	18	2,98	1,45	3
Ich strenge mich sehr an, in dieser Notlage klarzukommen und weiß, dass Gott mir dazu Kraft gibt.	23	14	11	24	<b>25</b>	3,11	1,56	3
Der Herr erweitert mein Blickfeld, sodass ich erkenne, wie ich mit allem fertig werden kann.	25	14	14	<b>29</b>	13	2,89	1,44	3

**Tab. 7 Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-SP-12)**

**(n = 53)**

Inwieweit spielt der Glaube eine Rolle bei Ihrer Krankheitsbewältigung ?	Häufigkeiten %				Verteilung		
	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	MW	s	k. A.
Ich fühle mich voll innerem Frieden.	11	18	<b>50</b>	16	2,75	0,87	3
Ich habe einen Grund im Leben gefunden.	14	11	<b>52</b>	18	2,77	,93	3
Mein Leben ist produktiv.	5	20	<b>52</b>	18	2,87	0,79	3
Ich habe Mühe, inneren Frieden zu finden.	27	23	34	11	2,30	1,01	3
Ich glaube an einen Sinn in meinem Leben.	2	5	<b>45</b>	43	3,36	0,68	3
Ich kann Ruhe und Harmonie tief aus mir selbst schöpfen.	2	23	<b>54</b>	16	3,36	0,68	3
Ich fühle eine innere Harmonie.	5	25	<b>48</b>	16	2,89	0,70	3
Meinem Leben fehlt der Sinn und Zweck.	57	16	20	2	1,64	0,88	3
Ich finde Trost in meinem Glauben.	18	20	<b>41</b>	16	2,58	0,99	3
Ich finde Kraft in meinem Glauben.	20	16	<b>36</b>	23	2,66	1,07	3
Meine Krankheit hat meinen Glauben gestärkt.	29	16	<b>34</b>	16	2,40	1,10	3
Ich weiß, wie auch immer meine Krankheit sich entwickelt, es ist in Ordnung.	30	14	30	20	2,42	1,15	3

Tab. 2 **Eindruck der Patientinnen ...:**

(n =53)

Häufigkeiten in %

Items	nicht eindeutig	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k. A.
<b>Ängstlich</b> (z.B. körperlich physiologische Reaktionen, Körperhaltung, Blickrichtung, Atmung kurz/flach oder tief und entspannt, Globusgefühl) Angst vor dem Tod. Zukunftsangst. Angst um die Familie.	0	71	7	9	9	4	1,66	1,18	0
<b>Unsicher</b> (Ich habe mich damit noch nicht beschäftigt, Ich weiß noch nicht wie es weitergeht, Ich weiß nicht wie man mir helfen kann mich zu unterstützen, Ich habe meine jetzige Situation noch nicht richtig durchdacht)	2	<b>68</b>	14	7	2	5	1,57	1,09	2
<b>Kraftlos</b> (Körperliche Erschöpfung, Schlapp, Müde, Energielos)	2	<b>63</b>	11	13	5	5	1,76	1,12	2
<b>Depressiv / Resignativ</b> (es hat doch alles keinen Sinn mehr, es ist nutzlos, ich mach mir da keine Hoffnungen mehr, meine Chancen sind relativ gering)	5	<b>82</b>	2	2	2	4	1,27	0,92	5
<b>Glaube und Hoffnung</b> (Alles was mit Glaube / Spiritualität und Hoffnung zu tun hat, Kraft, Trost, Sinn, Bereicherung, zurück zum Glauben finden, jetzt wissen wo es im Leben lang geht, Gott oder wer auch immer wird es schon richten.)	1	11	9	14	9	<b>55</b>	3,91	1,44	1
<b>Akzeptanz des Schicksals</b> (ich bin mir sicher, das das Alles seinen Sinn hat, die Krankheit so annehmen und nach vorne sehen, Zukunftspläne machen, Reflexion der individuellen Bedeutung einer Erkrankung)	9	7	5	11	<b>35</b>	25	3,79	1,20	9
<b>Zweifeln</b> (hadern mit dem Schicksal, Behandlungserfolg bzw. Therapie, Zweifel daran gesund zu werden, Krankheit als Bestrafung und Schuld zu sehen, womit habe ich das verdient.)	14	68	2	4	2	0	1,12	0,75	14
<b>Professionelle Unterstützung</b> (durch die Ärzte, durch das Pflegepersonal, Motivation; Hoffnung und Unterstützung zu erfahren, Feedback.)	35	11	7	5	5	9	2,86	1,59	35

Tab. 3 : (n =56)

Häufigkeiten in %

	gar nicht	wenig	mittel	ziem-lich	sehr stark	MW	s	k. A.
Inwieweit wirken sich die religiösen und spirituellen Strategien des Patienten auf den <b>Krankheitsverarbeitungsprozess</b> aus?	13	14	20	13	<b>41</b>	3,55	1,46	0
Hat der Glaube des Patienten einen Einfluss auf die <b>Compliance</b> ?	<b>70</b>	16	2	5	5	1,58	1,13	1
Inwieweit beeinflusst <b>der Glaube</b> die <b>Lebensführung</b> des Patienten (z.B. nicht Rauchen, kein Alkohol) ?	<b>82</b>	5	0	2	10	1,54	1,29	0



Tab.: 4 Welche R/S Dimensionen hat der Patient benannt und wie haben sie ihr Ihrer Ansicht nach geholfen ?:

(n = 53)

Häufigkeiten in %

Items	nicht benannt	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark	MW	s	k. A.
1) Stärke der religiösen Orientierungen / Einstellungen SRE	2	14	9	16	5	<b>52</b>	3,74	1,54	2
2) Stärke der spirituellen Orientierungen / Einstellungen SSE	<b>40</b>	13	4	4	5	4	2,44	1,55	40
3) Wichtigkeit / Priorität des religiösen Glaubens im Leben RWL	4	16	7	18	9	<b>43</b>	3,60	1,55	4
4) Wichtigkeit/Priorität des spirituellen Glaubens im Leben SWL	<b>37</b>	16	5	4	4	5	2,32	1,57	37
5) Die Suche nach sozialer Unterstützung in der religiösen Glaubensgemeinschaft RSU	31	25	2	0	2	16	2,60	1,94	31
6) Die Suche nach sozialer Unterstützung in der spirituellen Glaubensgemeinschaft SSU	<b>41</b>	21	2	2	2	0	1,40	0,91	41
7) Der religiöse Glaube hat sich positiv auf die Erkrankung ausgewirkt BRE	4	21	5	10	10	44	3,56	1,66	4
8) Der spirituelle Glaube hat sich auf Erkrankung ausgewirkt BSE	37	21	2	2	2	7	2,16	1,71	37
9) Problemlösung mit religiöser Hilfe RPS	3	23	16	4	10	45	3,43	1,73	3
10) Problemlösung mit spiritueller Hilfe SPS	38	20	2	4	2	5	2,11	1,60	38
11) Sich allein auf den religiösen Glauben verlassen RGV	22	43	7	5	4	2	1,59	1,08	22
12) Sich allein auf den spirituellen Glauben verlassen SGV	34	30	4	4	2	0	1,41	0,85	34
13) Regelmäßig Trost in religiösen Ritualen suchen RTG	7	21	11	7	13	36	3,35	1,68	7
14) Regelmäßig Trost in spirituellen Ritualen suchen RSG	33	25	7	2	2	5	1,91	1,44	33
15) Spirituelle Musik wirkt entspannend SME	34	29	4	0	0	7	1,82	1,56	34
16) Kirchenmusik wirkt entspannend KME	35	27	4	0	0	7	1,86	1,59	35

Fortsetzung Tab.5 Welche R/S Dimensionen hat der Patient benannt und wie haben sie ihm Ihrer Ansicht nach geholfen ? : (n = 53)

Häufigkeiten in %

Items	nicht eindeutig	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark	MW	s	k. A.
17) In die Kirche gehen RKG	1	23	23	14	14	23	2,91	1,52	1
18) Ruhe in Spaziergängen suchen SSN	<b>31</b>	14	0	0	5	25	3,60	1,85	31
19) Erfahrung und Stärkung des Selbstvertrauens in der Stille suchen (religiös) ESR	<b>31</b>	18	2	0	7	18	3,12	1,88	31
20) Erfahrung und Stärkung des Selbstvertrauens in der Stille suchen (spirituell) ESS	<b>38</b>	20	2	0	2	9	2,33	1,85	38
21) Aus dem religiösen Gebet Hoffnung schöpfen RGH	7	21	7	0	5	<b>47</b>	3,55	1,72	7
22) Aus dem spirituellen Gebet Hoffnung schöpfen RGH	40	21	2	0	0	5	1,81	1,60	40
23) Das Lesen religiöser Texte spendet Trost RTH	28	23	4	0	9	14	2,75	1,82	28
24) Das Lesen spiritueller Texte spendet Trost STH	40	25	2	0	0	<b>29</b>	1,31	1,01	40
25) Das Lesen der Bibel entspannt RLB	38	25	2	0	0	5	1,72	1,53	38
26) Das Lesen spiritueller Texte entspannt SLB	39	29	2	0	0	2	1,31	1,01	40
27) Kraft und Energie im religiösen Glauben finden RKE	5	21	4	10	9	<b>46</b>	3,61	1,67	5
28) Kraft und Energie im spirituellen Glauben finden SKE	36	23	2	0	2	9	2,20	1,79	36
29) Durch die Erkrankung eine neue Nähe zu Gott erfahren ENG	27	30	4	2	7	9	2,24	1,66	27
30) Durch die Erkrankung eine neue Nähe zu einer anderen Macht erfahren ENM	34	25	2	2	5	5	2,09	1,60	34
31) Die Erkrankung als religiöse Strafe empfinden RES	39	27	20	0	2	2	1,29	0,99	39
32) Die Erkrankung als eine spirituelle Strafe empfinden SES	38	30	2	0	0	0	1,06	0,24	38
33) Sich von Gott verlassen fühlen RGV	38	27	2	0	0	4	1,50	1,29	38

Fortsetzung Tab.6 Welche R/S Erfahrungen hat der Patient mit folgenden Dimensionen gemacht?: (n = 53)

Häufigkeiten in %

Items	nicht eindeutig	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark	MW	s	k. A.
34) Sich von einer höheren Macht verlassen fühlen SGV	38	30	2	0	0	0	1,06	0,24	38
35) Sich von Gott für seine Sünden bestraft fühlen GSB	2	91	0	4	0	2	1,15	0,66	2
36) Sich von einer Macht für seine Sünden bestraft fühlen SSB	2	95	2	0	0	0	1,02	0,14	2
37) Das abwenden von Gott vor der Erkrankung führt jetzt zu Schuldgefühlen RZS	2	96	0	0	0	0	1,00	0,00	2
38) Das Abwenden vom Glauben vor der Erkrankung führt jetzt zu Schuldgefühlen	2	96	0	0	0	0	1,00	0,00	2
39) Mit Gottes Hilfe Zorn und Groll überwinden RHZ	2	95	0	2	0	0	1,04	0,27	2
40) Der Glaube hilft Zorn und Groll zu überwinden RHZ	2	95	0	2	0	0	1,04	0,27	2
41) Durch Gottes Vergebung Erleichterung von den Sünden erfahren. VER	2	96	0	0	0	0	1,00	00	2
42) Durch die Bitte um Vergebung Erleichterung bzw. Erlösung erfahren. VES	2	96	0	0	0	0	1,00	00	2

Tab.7 Welche R/S Dimensionen hat der Patient benannt und wie haben sie ihm Ihrer Ansicht nach geholfen?:

(n = 53)

Häufigkeiten in %

	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark	MW	s	k. A.
1) Der religiöse Glaube erleichtert den Umgang mit Schmerzen SBR	96	0	0	0	0	1,04	0,27	0
2) Der spirituelle Glaube erleichtert den Umgang mit Schmerzen SBS	98	0	0	0	0	1,07	0,53	0
3) Der religiöse Glaube hilft, um mit der Angst vor Rezidiven besser umzugehen RAR	98	0	0	0	0	1,07	0,53	0
4) Der spirituelle Glaube hilft, um mit der Angst vor Rezidiven besser umzugehen RAS	100	0	0	0	0	1,00	0,00	0
5) Der religiöse Glaube erleichtert die Auseinandersetzung mit dem Tod RAT	86	0	4	0	0	11	1,50	1,28
6) Der spirituelle Glaube erleichtert die Auseinandersetzung mit dem Tod SRT	95	0	0	2	0	4	1,20	0,84
7) Der religiöse Glaube hilft Stress abzubauen RGS	88	2	2	2	7	1,39	1,12	0
8) Der spirituelle Glaube hilft Stress abzubauen SGS	98	0	0	0	2	1,07	0,53	0
9) Meditation, Ruhe, Stille gibt Geborgenheit SRG	77	2	2	4	0	1,73	1,48	0
10) Durch den religiösen Glauben wieder einen neuen Sinn im Leben sehen oder finden RNS	75	4	7	9	5	1,66	1,25	0
11) Durch den spirituellen Glauben einen neuen Sinn im Leben sehen oder finden SNS	91	2	0	5	2	1,25	0,86	0
12) Spirituelle Rituale geben Sicherheit SRS	91	2	0	5	2	1,25	0,86	0
13) Religiöse Rituale geben Kraft RRK	61	2	2	5	<b>30</b>	2,43	1,86	0
14) Spirituelle Rituale Kraft SRK	96	0	2	2	0	1,09	0,48	0

30 % der Patientinnen laut Fremdeinschätzung erhalten Kraft aus religiösen Ritualen und 34 % zünden regelmäßig eine Kerze in der Kirche an.

Fortsetzung Tab. 7

**Welche R/S Dimensionen hat der Patient benannt und wie haben sie ihm Ihrer Ansicht nach geholfen?** (n = 53)

Häufigkeiten in %

Items	nicht benannt	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr stark	MW	s	k. A.
15) Das Singen religiöser Lieder hilft loszulassen SRL		91	0	0	0	9	1,36	1,15	0
16) Das Singen spiritueller Lieder hilft loszulassen SSL		96	0	0	0	4	1,14	0,75	0
17) Das bei sich tragen religiöser Symbole wirkt unterstützend RSU		93	0	0	0	7	1,29	0,00	0
18) Das bei sich tragen spiritueller Symbole wirkt unterstützend SSU		100	0	0	0	0	1,00	0,00	0
19) Das Anzünden einer Kerze in der Kirche gibt Hoffnung AKK		50	2	2	13	<b>34</b>	2,79	1,88	0
20) Die Rezitation eines religiösen Psalms gibt Ruhe und Frieden RPR		95	0	0	0	5	1,12	0,91	0
21) Die Rezitation eines spirituellen Textes gibt Ruhe und Frieden SPR		100	0	0	0	0	1,00	0,00	0

**Tab.8. Krankheitsverarbeitung (n=53)**

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten %					MW	s	k.A.
	gar nicht	wenig	mittel	Ziemi-lich	sehr stark			
1.Info über Erkrankung/ Behandlg. suchen	18	14	23	32	7	2,96	1,26	3
2. Geschehenes "nicht wahrhaben-wollen"	<b>43</b>	20	13	14	5	2,96	1,26	3
3. Herunterspielen der Bedeutung	36	25	25	7	2	2,09	1,06	3
4. Wunschdenken/ Tagträume nachhängen	38	25	21	5	2	2,00	1,04	5
5. Sich selbst die Schuld geben	<b>70</b>	18	4	-	-	1,27	0,53	5
6. Andere verantwortlich machen	<b>73</b>	5	11	2	4	1,72	0,53	5
7. Anstrengungen zur Lösung von Problemen	13	9	27	27	14	1,49	1,03	3
8. Plan machen und danach handeln	21	16	14	30	13	2,96	1,41	4
9. Gereizt/ ungeduldig auf andere reagieren	32	27	23	5	4	2,14	1,10	3
10.Gefühle auch nach außen zeigen	11	29	27	18	11	2,89	1,19	3
11.Gefühle unterdrücken Selbstbeherrschung	30	16	27	18	2	2,40	1,19	4
12.Stimmungsverbesserung durch Alkohol	<b>77</b>	11	4	4	-	1,30	0,72	3
13.Sich mehr gönnen	14	18	29	20	11	2,94	1,24	5
14.Sich vornehmen, intensiver zu leben	13	5	11	<b>41</b>	25	3,64	1,30	3
15.Gegen die Krankheit ankämpfen	-	9	4	27	<b>55</b>	4,36	0,94	3
16.Sich selbst bemitleiden	<b>63</b>	23	7	2	-	1,45	0,72	3
17.Sich selbst Mut machen	2	11	14	38	30	3,89	1,05	3
18.Erfolge u. Selbstbestätigung suchen	13	20	23	18	21	3,17	1,35	3
19.Sich abzulenken versuchen	9	11	30	27	18	3,36	1,19	3
20.Abstand zu gewinnen versuchen	9	14	29	27	14	3,25	1,19	4
21.Krankheit als Schicksal annehmen	16	13	30	23	13	3,04	1,27	3
22.Ins Grübeln kommen	23	32	23	11	5	2,40	1,15	3
23.Trost im religiösen Glauben suchen	26	16	28	11	13	2,64	1,36	3
24.In der Krankheit einen Sinn sehen	32	18	25	14	5	2,40	1,26	3
25.Trösten, daß es anderen schlechter geht	18	14	30	13	18	2,98	1,36	4
26.Mit dem Schicksal hadern	41	25	21	5	2	1,96	1,04	3
27.Genau den ärztlichen Rat befolgen	2	2	11	30	<b>48</b>	4,21	0,78	4
28.Vertrauen in die Ärzte setzen	2	-	9	48	33	4,21	0,78	4
29.Den Ärzten misstrauen	45	34	4	9	4	1,87	1,11	3
30.Anderen Gutes tun wollen	7	5	36	23	23	3,35	1,15	3
31.Galgenhumor entwickeln	16	20	27	18	14	2,94	1,31	3
32.Hilfe anderer in Anspruch nehmen	7	20	38	25	5	3,02	1,01	3
33.Sich gerne umsorgen lassen	11	38	21	20	5	2,70	1,10	3
34.Von anderen Menschen zurückziehen	43	18	25	5	4	2,04	1,14	3
35.Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	34	20	16	14	11	2,45	1,41	3

\*bezogen auf 5er-Skala 1=gar nicht bis 5=sehr stark

FKV gesamt Nr.1	Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	19%	n=8
	Sich vornehmen intensiver zu leben	14%	n=5
	Vertrauen in die Ärzte setzen	9%	n=4
FKV gesamt Nr.2	Genau den ärztlichen Rat befolgen	13%	n=7
	Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	9%	n=7
	Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	5%	n=5
		4%	n=3

FKV gesamt Nr.3 Vertrauen in die Ärzte setzen	9%	n=5
Genau den ärztlichen Rat befolgen	4%	n=3
Informationen über die Erkrankung und Behandlung suchen	5%	n=3

**Tab. 9. Liste aller Scores der Krebs-Skalen** (Brustkrebs und Prostatakrebs) (n = 97)

Scores	n items	Min	Max	MW	s
SF 12 (körperlich)	6	21,56	55,26	39,10	8,54
SF 12 (psychisch)	6	21,68	59,84	42,41	10,00
FKV1 (Depressiver Verarbeitung)	5	1,00	3,60	2,01	0,66
FKV2 (Aktives problemorientiertes Coping)	5	1,00	4,80	3,37	0,78
FKV3 (Ablenkung u. Selbstaufbau)	5	1,00	5,00	3,34	0,77
FKV4 (Religiosität u. Sinnsuche)	5	1,00	5,00	3,02	0,84
FKV5 (Bagatellisierung u. Wunschdenken)	3	1,00	4,00	2,07	0,87
GEK Generalisierte Kompetenz	10	1,60	4,00	2,95	0,55
HADS (Angst)	7	0,00	17,00	6,84	3,49
HADS (Depression)	7	0,00	15,00	4,59	3,23
SBI 1 (Religiöse Überzeugungen und Praktiken)	9	1,00	4,00	2,76	0,90
SBI 2 (Soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft)	5	1,00	4,00	2,34	,99
RPSS Kooperatives Coping	6	1,00	5,00	3,09	1,26
FACIT_M1 (Frieden, Sinn und Freude)	8	2,00	4,00	2,74	0,39
FACIT_M2 (Funktion des Glaubens)	4	1,00	4,00	2,62	0,84
WHOQOL- PHYS	7	25,00	100,00	68,71	15,01
WHOQOL- PSYCH	6	41,67	100,00	70,54	12,00
WHOQOL- SOZIAL *	2 (3)	25,00	100,00	69,46	17,30
WHOQOL- UMWELT	8	46,88	96,88	75,13	11,73
WHOQOL- Global	2	25,00	100,00	61,98	17,01

\* nur zwei Items

**Tab. 10. WHOQOL-BREF (n =53 )**

	Häufigkeiten %					MW	s	k. A.
	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut			
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen		11	<b>41</b>	39	4	3,38	0,74	3
	sehr unzu- frieden	unzu- frieden	weder noch	zu- frieden	sehr zu- frieden	MW	s	k. A.
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit	2	20	30	39	4	3,25	0,90	3
	überhaupt nicht	ein wenig	mittel- mäßig	ziemlich	äußerst	MW	s	k. A.
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	39	27	21	5	2	1,98	1,03	3
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen	38	25	16	11	4	2,12	1,18	4
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	2	9	27	<b>48</b>	7	3,54	0,85	4
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	2	9	7	<b>45</b>	32	4,02	0,99	3
Wie gut können Sie sich konzentrieren?		14	34	<b>39</b>	7	3,42	0,84	3
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?		7	29	<b>50</b>	9	3,64	0,76	3
Wie gut sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	0	2	23	52	18	3,91	0,71	3



**Fortsetzung Tab.10. WHOQOL-BREF**

(n = 53)

	Häufigkeiten %					MW	s	k. A.
	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig			
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	0	18	27	<b>39</b>	11	3,45	0,93	3
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	0	18	27	<b>39</b>	11	3,45	0,93	3
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	0	13	34	<b>32</b>	16	3,55	0,93	3
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	0	4	16	<b>52</b>	23	4,00	0,76	3
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	4	11	29	<b>41</b>	11	3,47	0,97	3

	Sehr Schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr Gut	MW	s	k. A.
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	4	11	29	<b>41</b>	11	3,74	0,86	3

	sehr unzufrieden	Unzufrieden	weder noch	Zufrieden	Sehr zufrieden	MW	s	k. A.
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	2	18	18	<b>43</b>	14	3,53	1,03	3
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	0	13	21	<b>54</b>	7	3,58	0,82	3
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	4	14	25	<b>47</b>	7	3,40	0,97	3

**Fortsetzung 10.1 WHOQOL-BREF (n =53)**

	Häufigkeiten %					MW	s	k. A.
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden			
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen?	0	2	9	<b>61</b>	23	4,11	0,64	3
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	0	2	4	<b>48</b>	<b>41</b>	4,36	0,65	3
	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer	MW	s	k.A.
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression ?	13	32	<b>38</b>	9	4	2,57	0,97	3
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	2	11	27	43	13	3,57	0,93	3
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	11	13	30	34	7	3,15	1,12	3
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	0	2	11	47	31	4,18	0,71	3
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	2		52		41	4,38	0,69	3