

Aus der
Abteilung für Medizinische Psychologie der
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

**Die Rolle religiöser Einstellungen bei der
Krankheitsbewältigung Maligner Melanome**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von
Sandra Rieß
aus Delmenhorst

Hamburg 2001

Angenommen vom Fachbereich Medizin
Der Universität Hamburg am 31.Juli 2001

Rigorosum am 09.Oktober 2001

Prüfer: Prof. Dr. Dr. Koch-Gromus

Prof. Dr. Bullinger

Prof. Dr. Jüde

Inhalt

	Einleitung	1
1	Religion in der psychologischen Literatur	2
2	Theorien zur Krankheitsbewältigung	4
	2.1 Religiosität als Ressource der Krankheitsbewältigung	8
3	Zielsetzung, Methodik, Instrumente	11
	3.1 Zielsetzung	11
	3.2 Methodik und Durchführung	12
	3.3 Erhebungsinstrumente	13
	3.3.1 Fragebogen zur Erfassung religiöser Einstellungen / SBI	13
	3.3.2 Umgang mit Krankheit, Coping Inventory	14
	3.3.3 Fragebogen zum Gesundheitszustand / SF-36	14
	3.3.4 POMS	15
	3.3.5 Fragebogen zur Psychischen Befindlichkeit / BSI	15
	3.3.6 Skala interpersoneller Unterstützungsbeurteilung / ISEL	16
4	Stichprobe	17
	4.1 Soziodemographische Daten	17
	4.2 Krankheitsbezogene Daten	18
	4.3 Religionsbezogene Daten	19
5	Ergebnisse	21
	5.1 Faktorenanalytische Untersuchung des Fragebogens zur Erfassung religiöser Einstellungen	21
	5.2 Soziodemographische Merkmale in Abhängigkeit von religiösen Überzeugungen	29
	5.2.1 Geschlecht	29
	5.2.2 Lebensalter	29
	5.2.3 Familienstand	30
	5.2.4 Ausbildungsstand	30
	5.2.5 Tumorstadieneinteilung	31
	5.3 Zusammenhang zwischen psychometrischen und gesundheitsbezogenen Variablen	33
	5.3.1 Auswertungen zum Gesundheitszustand (SF-36)	33

5.3.1.1	Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Tumorstadium	34
5.3.1.2	Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und religiösen Einstellungen	34
5.3.2	Auswertungen zum Umgang mit Krankheit	35
5.3.2.1	Zusammenhang zwischen Umgang mit Krankheit und Tumorstadium	35
5.3.2.2	Zusammenhang zwischen Umgang mit Krankheit und religiösen Einstellungen	36
5.3.3	Auswertungen zur Stimmungslage (POMS)	36
5.3.3.1	Zusammenhang zwischen Stimmungslage und Tumorstadium	37
5.3.3.2	Zusammenhang zwischen Stimmungslage und religiösen Einstellungen	37
5.3.4	Auswertungen zur psychischen Befindlichkeit (BSI)	38
5.3.4.1	Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Tumorstadium	39
5.3.4.2	Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und religiösen Einstellungen	39
5.3.5	Auswertungen zur Skala interpersoneller Unterstützungsbeurteilung (ISEL)	40
5.3.5.1	Zusammenhang zwischen Unterstützungsbeurteilung und Tumorstadium	41
5.3.5.2	Zusammenhang zwischen Unterstützungsbeurteilung und religiösen Einstellungen	41
6	Diskussion	42
7	Zusammenfassung	46
8	Literatur	47
9	Anhang	54
9.1	Fragebögen	54
9.2	Tabellen	86
9.3	Danksagung	88
9.4	Lebenslauf	89

Einleitung

Nachdem in den vergangenen Jahrzehnten in der psychologischen Forschung viele Studien zu subjektiven Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung (Coping) und Lebensqualität veröffentlicht worden sind, rückte in den vergangenen Jahren die Bedeutung religiöser Aspekte in diesem Zusammenhang zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses. Nur wenige Studien beschäftigen sich bisher mit der Funktion von Religion und Glauben als persönlicher Ressource bei der Bewältigung von belastenden Ereignissen wie dem Auftreten einer lebensbedrohlichen Erkrankung.

Dabei sind religiöse Aspekte für viele der Betroffenen von sehr großer Bedeutung und Selbstverständlichkeit. Religiöse Menschen können bei belastenden und unerklärlichen Ereignissen Trost finden in ihrem Glauben und einen übergeordneten Sinnzusammenhang mit Hilfe von dessen Gedankengebäude herstellen. Nicht nur gut meßbare Parameter wie Glaubenszugehörigkeit, Häufigkeit von Kirchenbesuchen, Gebeten etc. spielen eine wichtige Rolle. Auch individuelle Glaubensinhalte, wie die Art der Beziehung zu Gott, allgemeiner einer persönlich definierten „höheren Kraft“, oder der Glaube an einen übergeordneten Sinnzusammenhang können sich in Hinblick auf die Belastungen und Einschränkungen einer schweren Erkrankung positiv auswirken und so zu einer besseren Lebensqualität der Betroffenen führen.

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluß religiöser Aspekte auf die Krankheitsverarbeitung an Krebs erkrankter Menschen. Dabei wurden Patienten mit der Diagnose eines Malignen Melanoms befragt, die also mit der Diagnose einer unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert waren. Diese stellte in den vergangenen Jahren diejenige Krebserkrankung mit der höchsten Zuwachsrate dar, so daß in Zukunft mit weiterhin wachsenden Zahlen von Erstdiagnosen zu rechnen ist. Weltweit steigt die Inzidenz pro Jahr um drei bis sieben Prozent. Allein in Europa hat sich die Inzidenzrate seit 1970 mehr als verdoppelt, zur Zeit beträgt sie in Deutschland und Mitteleuropa 10 bis 12 Neuerkrankungen je 100000 Einwohner. Zeitgleich hat auch die Mortalität deutlich zugenommen (Garbe, Büttner, Bertz, 1995).

1 Religion in der psychologischen Literatur

In der heutigen Zeit werden - zumindest in den westlichen Industriestaaten - traditionelle Werte zunehmend in Frage gestellt und die Zahl der jährlichen Kirchenaustritte nimmt zu. Dennoch sind viele Menschen in der Kindheit mit religiösen Traditionen aufgewachsen und glauben nach wie vor an die Existenz eines Gottes (Emnid, 1997). Auf der Suche nach neuen religiösen Bezugssystemen wächst das Interesse an spirituellen Fragestellungen, aber auch althergebrachte religiöse Rituale, wie Taufe oder Hochzeit scheinen gegenwärtig eine Renaissance zu erleben.

Das Bedürfnis der Menschen nach religiösen Glaubensinhalten erklärt Shafranske dadurch, daß diese es ermöglichen, „das Unerklärliche zu verstehen und die Herausforderungen und tragischen Diskontinuitäten des Lebens durch Glauben zu akzeptieren. Durch die über das reine Verständnis hinausgehende Akzeptanz vermittelt der Glaube ein Gefühl von Sinn, Zusammenhalt und Mut angesichts von Verwirrung, Enttäuschung, Verlust und Leid“ (Shafranske, 1996).

Angesichts der vielen unterschiedlichen subjektiven Erscheinungsformen des Phänomens ist es schwierig, die Begriffe **Religion** und **Spiritualität** zu definieren und voneinander abzugrenzen. Lediglich von institutionalisierter Religiosität ausgehend versteht Boos-Nünning unter Religion „eine Attitüde des Menschen, die sich auf institutionalisierte Werte, Normen und Symbole richtet und über die bei den Menschen, deren Religiosität erforscht wird, ein gewisser Konsensus herrscht oder deren Ausdrucksformen zusammen als religiös empfunden werden.“ wie dieses auf die offiziellen Kirchen zutrifft (Boos-Nünning, 1972). Weniger eng gefaßt ist der Begriff der Spiritualität. Diese wird beschrieben als „Bemühungen, metaphysische oder transzendente Aspekte des täglichen Lebens wahrzunehmen als zu supernatürlichen und anderen außerhalb unserer Person existierenden Kräften gehörig“ (Jenkins und Pargament, 1995).

In der Vergangenheit wurde Religion in der psychologischen Literatur eher negativ als „irrationales Denken und emotionale Störung, die einer psychotherapeutischen Intervention hinderlich sei“ (Ellis, 1981) bewertet. Schon Sigmund Freuds psychoanalytische Interpretation sah im religiösen Glauben an eine Vater-Gottes-Figur eine Zwangsneurose mit Ursprung in der Kindheit (Freud, GW, 1964-68).

Diese kritische Interpretation und weitgehende Unterbewertung religiöser Aspekte wird noch immer geteilt durch viele Psychologen und Mediziner, die in der Regel wesentlich weniger religiös orientiert sind als die Durchschnittsbevölkerung und damit die von ihnen behandelten Menschen (Larson et al. 1986, Shafranske et al. 1986).

Im Laufe der Zeit haben sich nicht nur religiöse Glaubensinhalte und -praktiken diversifiziert, auch die religionspsychologische Forschung ist um eine detailliertere Beschreibung der verschiedenen Ausprägungen dieses Phänomens bemüht

In einer wegweisenden Untersuchung unterschieden Allport und Ross 1967 zwischen **intrinsischer** und **extrinsischer religiöser Motivation**. Danach haben intrinsisch religiöse Menschen ihre Religiosität als Wert verinnerlicht und leben in ihrem Alltag nach deren Regeln. Hingegen stellt für extrinsisch motivierte Menschen die Religiosität ein Mittel zur Erlangung anderer, religionsunabhängiger Zwecke dar, wie zum Beispiel soziale Integration oder gesellschaftliche Anerkennung (Allport und Ross, 1967).

Spilka und Mitarbeiter stellten 1985 einen positiven Zusammenhang zwischen religiösem Glauben und psychischem Wohlbefinden fest. Religiosität geht demzufolge einher mit einem Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit (Spilka et al., 1985).

Nach C.G. Ellison lassen sich verschiedene **Funktionen von Religion** differenzieren:

- Soziale Integration sowohl durch regelmäßige Anlässe für sozialen Austausch mit Personen mit den gleichen Anschauungen und Wertvorstellungen als auch durch ein ausgedehntes und verlässliches Netzwerk professioneller und privater Unterstützung, Kontrolle über die Einhaltung von Normen, Durchführung von kollektiven Ritualen, die den eigenen Glauben und die zentrale Bedeutung der Religion verstärken.
- Etablierung einer Beziehung zu einem göttlichen Wesen auf der Suche nach Trost und Führung, Hebung des Selbstwertgefühls und Reduzierung von Selbstvorwürfen, Erhöhung der Vorhersagbarkeit von Ereignissen.
- Glaubenssysteme und Unterstützung bei der existentiellen Sinnfindung, zum Teil durch „Professionals“.
- Einrichtung von religiösen Organisationen, Übernahme eines bestimmten religiösen Lebensstiles.

(Ellison, Paloutzian, 1982)

2 Theorien zur Krankheitsbewältigung

In den letzten drei Jahrzehnten wurden jene Regulationsvorgänge untersucht, die Menschen angesichts einer Lebenskrise einsetzen, um die gestörte Subjekt-Umwelt-Beziehung in ein neues Gleichgewicht zu überführen (**Coping**). Die Bewältigungsforschung baut dabei wesentlich auf psychologischen Konzepten der **Streßtheorie- und Streßverarbeitung** auf.

In Streßsituationen besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Anforderungen an einen Organismus und seinen Fähigkeiten auf diese zu reagieren besteht (Caplan 1981). Lazarus und Folkman (1984) sehen dabei in dem von ihnen entwickelten transaktionalen Streßkonzept die subjektive Bewertung einer Situation als wesentlich für die empfundene Belastung an. Dieses bedeutet, daß dieselben Situationen oder Ereignisse hinsichtlich ihres Belastungspotentials von verschiedenen Individuen unterschiedlich empfunden werden können.

Als belastend empfundene Lebensereignisse erfordern eine **Anpassung**, die auf drei verschiedene Arten passieren kann (White 1974): Abwehr, Beherrschung oder Coping. Letzteres ist definiert als die sich ständig verändernden Anstrengungen in Kognition und Verhalten, um spezifischen inneren und/oder äußeren Anforderungen gerecht zu werden, die als belastend oder die persönlichen Reserven überfordernd eingeschätzt werden, mit dem Zweck, deren Bedrohlichkeit zu reduzieren. Dies geschieht entweder emotional-kognitiv und/oder problem- bzw. handlungsorientiert (Lazarus und Folkman 1984).

Dabei ist **Coping** als Anstrengung zu sehen, die unabhängig vom Ergebnis ist und getrennt von diesem untersucht werden muß, um Adaptation im positiven Sinne von Maladaptation unterscheiden zu können (Lazarus 1993). Im Gegensatz zu Coping, das die Entwicklung neuer Strategien zur Problembewältigung beinhaltet, wird bei der Abwehr unbewußt Erleichterung durch Verleugnung und Vermeidung gesucht (Weisman and Worden 1976-1977).

Ziel des Copings ist die Reduzierung der physiologischen und psychologischen Belastung auf ein für die Person ertragbares Maß und die Anpassung an die Wirklichkeit der Streßsituation (Caplan 1981). Laut Sarell manifestiert sich erfolgreiches Coping durch Aufrechterhalten der Rollenfunktion in den wesentlichen Lebensbereichen Familie, Arbeit

und Sozialleben. Darüber hinaus gilt es, das Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten, Beziehungen zu (für diejenige Person) bedeutsamen Menschen fortzuführen, die Aussichten auf die Wiederherstellung von Körperfunktionen zu verbessern und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, nach einer optimalen physischen Erholung eine persönlich geschätzte und sozial akzeptierte Lebenssituation zu schaffen (Rowland 1989).

In seinem **salutogenetischen Ansatz** schuf Antonovsky 1987 die Grundlage für die Untersuchung einzelner zur „Gesundheitserhaltung“ relevanter Faktoren, den sogenannten **Ressourcen**. Dabei verstand er unter dem „sense of coherence“ eine Wahrnehmung der inneren und äußeren Welt als strukturiert, vorhersehbar und verstehbar und gleichzeitig das Vertrauen darin, daß deren Anforderungen sinnhaft und handhabbar seien (Antonovsky, 1987).

Essentiell wichtig sind dabei die Suche nach der Bedeutung des Erlebten, der Versuch, Kontrolle über die Situation oder sein Leben allgemein zu erlangen, und Bemühungen, das eigene Selbstwertgefühl zu verbessern (Taylor 1983).

Die Diagnose einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung wie Krebs stellt an die Betroffenen eine Vielzahl an Anforderungen. Zum einen müssen krankheitsbezogene Anforderungen wie zum Beispiel die Entwicklung eines neuen Körperschemas und die Herstellung adäquater Beziehungen zu Ärzten und Krankenhauspersonal bewältigt werden. Darüber hinaus gibt es allgemeinere Anforderungen wie die Wiedergewinnung und Aufrechterhaltung eines emotionalen Gleichgewichtes, den Erhalt des Selbstwertgefühls, die Überwindung von Ängsten und Zukunftssorgen oder die Aufrechterhaltung wichtiger zwischenmenschlicher Beziehungen.

Am Anfang des Bewältigungsprozesses steht die kognitive Bewertung der Situation, die abhängig ist von der individuellen Wahrnehmung des Subjekt-Umwelt-Verhältnisses. Lazarus unterscheidet drei Bewertungsprozesse, die wiederholt durchlaufen werden.

In der **Primären Situationsbewertung** (primary appraisal) beurteilt der betroffene Mensch, ob ein objektivierbares Ereignis für ihn eine persönliche Bedeutung hat. Nach Lazarus und Folkman (1984) werden Situationen, für die erst einmal keine Anpassungs- oder Bewältigungsmöglichkeiten bestehen, in die Kategorien Schaden/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung eingeordnet. Der Einschätzung der Situation folgt die **Sekundäre Situationsbewertung** (secondary appraisal). Sie beinhaltet die Einschätzung der dem Individuum zur Verfügung stehenden Copingressourcen, bzw möglicher Handlungsalternativen. Es kommt zu einer ständigen Neubewertung (reappraisal) situativer

Anforderungen vor dem Hintergrund des Ergebnisses bisher angewandter Bewältigungsbemühungen.

Es gibt drei Hauptformen des Coping:

1. Problem-orientiertes oder instrumentelles Coping (aktiv-behavioral), wobei versucht wird, die gestörte Subjekt-Umwelt-Beziehung zu verändern durch aktive Einflußnahme entweder auf die Umwelt oder auf sich selbst,
2. Einschätzungs-orientiertes Coping (aktiv-kognitiv), bei dem die Bedeutung der Erfahrung uminterpretiert und ihr damit der bedrohliche Charakter genommen wird, und
3. Gefühls-orientiertes Coping, wobei lediglich die subjektive Wahrnehmung des Problems verändert wird (Pearlin und Schooler 1978, Folkman und Lazarus 1980).

Von manchen Autoren werden die beiden zuletzt genannten Formen als palliatives bzw. emotional-kognitives Coping zusammengefaßt.

Welche dieser Formen überwiegt, hängt von der individuellen Einschätzung der Situation und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten ab. Prinzipiell werden Problem-orientierte Methoden dann benutzt, wenn die zugrundeliegende Situation als prinzipiell veränderbar eingeschätzt wird. Dagegen werden bei Problemen, die als außerhalb der persönlichen Kontrolle erlebt werden, wie z.B. eine Krebserkrankung, eher Gefühls- oder Beurteilungs- orientierte Methoden benutzt (Folkman 1984).

Darüber hinaus wird die individuelle Copingstrategie von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren beeinflusst. In erster Linie ist die Art der Streßsituation wichtig, also krankheitsbedingte Faktoren wie Art der Erkrankung, Krankheitsstadium, etc. Gefolgt von individuellen Variablen, wie z.B. Lebensalter und -situation, Wertvorstellungen, religiösen Überzeugungen, den zur Verfügung stehenden emotionalen und sozialen Ressourcen. Weiterhin beeinflusst auch die soziokulturelle Situation, in der die Erkrankung auftritt, die Wahl bestimmter Copingstrategien (Rowland 1989).

Durch eine Vielzahl an Studien gelang es, einzelne Faktoren zu identifizieren, die ein erfolgreiches Coping begünstigen. Prinzipiell scheinen aktive Copingstrategien gegenüber passiven effektiver zu sein. Da Krankheitsbewältigung notwendigerweise ein dynamischer Prozeß ist, wird dieser von Menschen, die flexibel in der Entwicklung neuer Strategien sind, besser bewältigt. Weiterhin positive Auswirkungen haben eine optimistische

Grundeinstellung, Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld und Zufriedenheit mit der bisherigen Arbeitssituation.

Dem gegenüber stehen eine Reihe von Faktoren, die das Coping eher in negativem Sinne beeinflussen. Hierzu gehören soziale Isolation, mangelnde Flexibilität bei der Entwicklung neuer Strategien, Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, niedriger sozioökonomischer Standard, Alkohol- oder Drogenmißbrauch, psychiatrische Erkrankungen in der Anamnese und eine insgesamt pessimistische Lebenseinstellung (Rowland 1989).

Die klinische Bedeutung der Copingstrategien liegt in der engen Verknüpfung mit der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität des Patienten (Felton, Revenson, Hinrichsen 1984).

2.1 Religiosität als Ressource der Krankheitsbewältigung

Religion und Glauben scheinen im Copingprozess eher häufig benutzte Variablen zu sein. So berichteten 1990 78% der von Pargament und Mitarbeitern befragten Personen, daß Religion bei dem Verstehen oder dem Umgang mit negativen Lebensereignissen eine mehr oder weniger wichtige Rolle gespielt hat. Dabei wird Religion genutzt werden, um die Ätiologie der Erkrankung oder die Reaktion auf die Behandlung zu erklären oder um überhaupt der Krankheit einen Sinn zu geben (Pargament et al., 1990).

Anpassungsfähigkeit an Krankheiten wird durch viele einzelne Faktoren beeinflusst. Die religiöse Orientierung gehört neben Lebensalter, Familienstand oder sozioökonomischer Situation zu den Hintergrundvariablen im Sinne der persönlichen Ressourcen Antonovskys. Diese stehen neben den situationsbedingten Variablen wie Krankheitsstadium, Zeitdauer seit der Diagnosemitteilung, Verträglichkeit der Behandlung u.a. in engem Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung.

In seiner oft zitierten Metaanalyse zum Thema Religiosität und Gesundheit kommt Bergin 1983 zu dem widersprüchlichen Ergebnis, daß in 23% der Studien ein negativer Zusammenhang, in 30% gar kein Zusammenhang und in 47% der Studien ein positiver Zusammenhang zwischen religiöser Einstellung und seelischer Gesundheit festgestellt wurde (Bergin, 1983, 1991). Auch neuere Metaanalysen kommen zu ähnlichen Ergebnissen, wobei die positiven Zusammenhänge zwischen religiösem Glauben und verschiedenen Parametern psychischer und körperlicher Gesundheit eher überwiegen (Gartner 1996). Eine mögliche Begründung liegt sicherlich in den unterschiedlichen Definitionen sowohl von religiösem Engagement als auch von seelischer Gesundheit der verschiedenen Autoren.

In Interviews mit 16 präterminal Kranken kamen Gibbs und Achterberg-Lawlis 1978 zu dem Ergebnis, daß Todesangst negativ assoziiert sei mit der berichteten Gläubigkeit und Schlafstörungen negativ assoziiert mit der Identifikation mit der Kirche als Hauptquelle der Unterstützung. Jenkins und Pargament berichteten 1988, daß Krebspatienten, die der Meinung waren, daß Gott ihr Leben kontrolliert, von den zuständigen Krankenschwestern als wesentlich weniger aufgewühlt eingeschätzt wurden und sie selber berichteten von größerem Selbstwertgefühl.

1990 fanden Pargament, Ensing, Falgout, Olsen, Reilly, Van Haitsma und Warren heraus, daß **religiöse Copingaktivitäten** (religious coping activities) stärkere Vorhersagekraft für ein positives Copingergebnis besäßen als die religiöse Orientierung selber oder die Stärke der Religiosität. 1996 unterteilte Pargament religiöse Copingaktivitäten in solche, die angesichts einer Bedrohung oder Verlustes Sinn bewahren, und diejenigen, die Sinn transformieren.

Zu den Sinn bewahrenden Copingaktivitäten gehören demzufolge die religiöse Prävention, d.h. bestimmte Verhaltensweisen wie Gewalt, Drogenmißbrauch etc. werden als unerwünscht stigmatisiert und vermieden. Ferner Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen durch Gott oder Gemeindemitglieder, Reinigungsrituale, die nach Übertreten der religiösen Gebote eine Wiederaufnahme in die spirituelle Gemeinschaft ermöglichen, sowie religiöses Reframing, das kognitive Umdeutungsmechanismen, um negativen Lebensereignissen einen neuen, positiven Sinn zu geben.

Zu den transformierenden Copingaktivitäten gehören Wandlungsrituale, die den Übergang von einer Lebensphase in die nächste manifestieren, wie z.B. Tauf-, Hochzeits- und Beerdigungsrituale. Dabei seien folgende **Hauptaspekte für ein positives Copingergebnis** wichtig:

- Der Glaube an einen gerechten und liebenden Gott. Damit bietet Religion ein Rahmenwerk der externen Kontrolle und die Basis für Selbstwertschätzung.
- Die Wahrnehmung von Gott als unterstützendem Partner. Dadurch kann ein Teil der Verantwortung an Gott delegiert werden.
- Beteiligung bei religiösen Ritualen, wie Gebeten, Kirchenbesuchen etc., zur emotionalen Unterstützung, sozialen Integration und persönlichen Identitätsfindung.
- Suche nach spiritueller und persönlicher Unterstützung durch Religion im Sinne von Allport's intrinsischer Religiosität.

In einer 1997 veröffentlichten Untersuchung von Partnern terminal an AIDS erkrankter Männer fand Folkman vier Copingstrategien, die in engem Zusammenhang mit positivem psychischem Befinden stehen. Erstens positive Neubewertung, d.h. belastenden Ereignissen wird eine neue, positive Bewertung gegeben. Zweitens problemfokussierte Bewältigung und veränderte Zielsetzung, indem zielgerichtetes Handeln zur Lösung von Konflikten eingesetzt wird sowie Inanspruchnahme von Hilfsinstanzen. Drittens spirituelle und religiöse Überzeugungen, sowie viertens positiv bewertete Ereignisse.

Gemeinsam liegt den von Folkman beschriebenen Copingstrategien die Suche nach einer positiven Bedeutung der belastenden Ereignisse zugrunde.

Pargament und Mitarbeiter beschrieben 1988 **drei verschiedene religiöse Copingstrategien**, die neben der sozialen Unterstützung durch Familienangehörige oder Freunde auf Gott oder ein „höheres Wesen“ als omnipotente, allzeit präsente Instanz zurückgreifen. Beim kollaborativen Stil wird Gott als gleichberechtigter Partner angesehen, mit dem die Verantwortung für die Problemlösung geteilt wird. Die Verantwortung wird beim defensiven Stil an einen aktiv handelnden, autoritären Gott delegiert, während der Patient selber in einer passiven Rolle auf das Ergebnis wartet. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, individuell die Verantwortung für die eigenen Probleme zu übernehmen in der Annahme, daß Gott ihm die Fähigkeit und Freiheit zu deren Bewältigung gegeben hat.. Die Autoren fanden, daß ein aktiver religiöser Copingstil sich am positivsten auf die Krankheitsbewältigung auswirkt.

In den 90er Jahren untersuchte J. Holland in den USA die Bedeutung einzelner religiöser Aspekte bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome. Die Auswertung des neu entwickelten Fragebogens zeigte eine Unterteilung in vier Subskalen, die einzelne Aspekte von Religiosität näher beschreiben. Diese bestanden in der **existentiellen Perspektive auf Leben und Tod**, der **Nutzung religiöser Praktiken oder Rituale** zur Bewältigung belastender Ereignisse, der **Beteiligung sozialer Unterstützungssysteme** durch Teilnahme an Glaubensgemeinschaften, sowie der **persönlichen Beziehung zu Gott als einer „höheren Kraft“** als Sinnstifter. Es wurde allerdings keine Korrelation zwischen den Ergebnissen der einzelnen Subskalen und dem Ausmaß an psychischer Belastung gefunden. Lediglich zwischen dem Ausmaß religiöser Überzeugungen und der Anwendung eines aktiv-kognitiven Copingstils gab es einen positiven Zusammenhang (Holland et al., 1999).

3 Zielsetzung, Methodik, Instrumente

3.1 Zielsetzung

Im angloamerikanischen Sprachraum sind während der letzten Jahrzehnte sowohl empirische Untersuchungen durchgeführt als auch neue Instrumente entwickelt worden mit dem Ziel, einzelne Teilaspekte des Phänomens Religiosität näher zu beschreiben. Hingegen existieren im deutschsprachigen Raum trotz der umfangreichen Literatur zu Krankheitsbewältigungsstrategien und Lebensqualität nur wenige Untersuchungen über die Rolle religiöser Faktoren als individuelle Ressource im Copingprozess.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, unter **forschungsmethodischen Gesichtspunkten** das in den USA von Holland et al. entwickelte Instrument (Systems of Belief Inventory /SBI 54) an einem deutschsprachigen Patientenkollektiv anzuwenden und diesen Fragebogen hinsichtlich seiner internen Konsistenz zu überprüfen. Darüber hinaus soll die faktorielle Struktur des übersetzten Instrumentes geprüft werden mit der Frage, ob sich die Einteilung in die von Holland et al. gefundenen vier Subskalen replizieren läßt.

Inhaltlich fokussiert die Studie auf einzelne **Teilaspekte von Glaubenssystemen** mit dem Ziel, Religiosität quantitativ zu beschreiben und als Variable in den Kontext der Copingforschung einzuordnen. Die zu überprüfenden Aspekte umfassen die Ausübung religiöser Praktiken und Rituale, die soziale Unterstützung durch Angehörige der gleichen Glaubensgemeinschaft, die Perspektive auf Leben und Tod sowie die Beziehung zu Gott als einer übergeordneten Kraft.

Weiterhin wird überprüft, in welchem **Zusammenhang** einzelne religiöse Dimensionen **mit soziodemographischen Variablen**, wie z.B. Geschlecht und Lebensalter, und **krankheitsbezogenen Variablen** wie dem Tumorstadium stehen.

Es wird der Fragestellung nachgegangen, ob es eine **Beziehung zwischen psychometrischen und gesundheitlichen Variablen**, insbesondere zwischen den Variablen des Fragebogens zur Erfassung religiöser Einstellungen und den Dimensionen körperlichen und psychischen Befindens gibt. Es wird erwartet, daß Religiosität im Bewältigungsprozeß belastender Lebensereignisse mit einem kognitiv-emotionalen

Copingstil in Zusammenhang steht und sich positiv auf die Anpassung, d.h. auf das psychische Befinden, auswirkt.

3.2 Methodik und Durchführung der Untersuchung

Zur Durchführung der Befragung entschieden wir uns ebenso wie die Forschungsgruppe um Holland für Patienten mit einer Krebskrankung, und zwar die an **Malignen Melanomen** erkrankt waren. Diese Patientengruppe ist aufgrund der ausgeprägten Malignität der Erkrankung und der damit einhergehenden Einschränkung der Lebenserwartung bereits einem hohen Grad an psychosozialen Stress ausgesetzt während sie noch unter keinerlei oder allenfalls geringen körperlichen Beschwerden leiden.

Für unsere **Querschnittsstudie** in Hamburg befragten wir Patienten mit der Diagnose eines Malignen Melanoms unabhängig von dem aktuellen Krankheitsstadium oder den vorangegangenen Therapien, die sich zu diesem Zeitpunkt entweder stationär in der Dermatologischen Abteilung des Universitätskrankenhauses Eppendorf befanden oder im Sinne einer Nachsorge in der dortigen Ambulanz betreut wurden. Das einzige weitere Einschlusskriterium neben der Diagnose waren gute deutsche Sprachkenntnisse, um ein korrektes Verständnis der gestellten Fragen zu gewährleisten, sowie selbstverständlich eine Zustimmung der Betroffenen zur Teilnahme.

Im Rahmen ihres Krankenhausaufenthaltes wurden die Patienten angesprochen, ob sie bereit wären, in einer **Ein-Zeitpunkt-Befragung** per Fragebogen Auskunft über ihre Erkrankung und die persönlichen Krankheitsbewältigungsstrategien zu geben.

Die Kontaktaufnahme mit den Patienten erfolgte nach Rücksprache mit dem pflegerischen und ärztlichen Personal der betreffenden Station, so daß nur ca. 15% der Angesprochenen mit einer Teilnahme an der Untersuchung nicht einverstanden waren. Diejenigen, die mit einer Befragung einverstanden waren, erhielten einen Fragebogen, den sie entweder gleich vor Ort ausfüllten oder mit nach Hause nahmen und später auf dem Postwege zurückschickten. Zum Teil erfolgte die Datenerhebung durch eine Hilfskraft der Abteilung für Medizinische Psychologie. Die Rücklaufquote der per Post zurückgesandten Bögen wird auf ungefähr 50% geschätzt.

3.3 Erhebungsinstrumente

Neben soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten, sowie Fragen zu Lebensveränderungen wurden folgende Fragebögen eingesetzt:

- **Fragebogen zur Erfassung von religiösen Einstellungen (Systems of Belief Inventory / SBI)**
- **Umgang mit Krankheit, Coping Inventory**
- **Fragebogen zum Gesundheitszustand / SF-36**
- **POMS**
- **Fragebogen zur psychischen Befindlichkeit / BSI**
- **Skala interpersoneller Unterstützungsbeurteilung / ISEL**

Die Adaptation der englischsprachigen Fragebögen zur Erfassung der Religiosität erfolgte durch Vor- und Rückübersetzung der Items unter Mitarbeit einer Muttersprachlerin. Items, die sich aufgrund des unterschiedlichen sozialen und religiösen Hintergrundes als schwer oder nicht verständlich erwiesen wie z.B. Rassenzugehörigkeit als soziodemografisches Merkmal, wurden nicht berücksichtigt.

3.3.1 Fragebogen zur Erfassung von religiösen Einstellungen

Übersetzung des von Holland et al. entwickelten Fragebogens „Systems of Belief Inventory / SBI“ (Holland et al., 1998, Kash et al., 1995). Das Instrument umfaßt insgesamt 57 Items zur Beurteilung religiöser Einstellungen, die unterteilt werden in vier Subskalen:

- **Lebensperspektive:** Die Skala beschreibt die existentielle Perspektive auf Leben und Tod. Sie enthält 14 Items, z.B. „Ich denke ernsthaft über den Sinn des Lebens nach.“ oder „Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltag.“. Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .90$.
- **Religiöse Praktiken und Rituale:** Die Subskala umfaßt ebenfalls 14 Items. Sie beschreibt die Rolle religiöser Rituale, z.B. „Ich habe durch meine Gebete oder Meditation innere Ruhe gefunden.“ oder „Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von

Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.“. Hier beträgt die interne Konsistenz $\alpha = .93$.

- **Soziale Unterstützung durch Gemeindemitglieder:** Mit Hilfe von 14 Items wird die soziale Unterstützung durch Menschen desselben Glaubens abgefragt. Items lauten z.B. „Ich kann meine Glaubensinhalte mit anderen Menschen teilen.“ oder „Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.“. Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .94$.
- **Beziehung zu einem höheren Wesen:** Diese Subskala beschreibt die Beziehung zu Gott als höherem Wesen mit 12 Items, z.B. „Ich glaube, daß Gott Gebete erhört.“ oder „Ich habe das sichere Gefühl, daß Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.“. Die interne Konsistenz beträgt hier $\alpha = .85$.

Diese 54 Items werden beantwortet auf einer 4-Punkt-Skala von 0= trifft überhaupt nicht zu, 1= trifft eher nicht zu, 2= trifft eher zu bis 3= trifft ganz zu. Darüber hinaus werden drei offene Fragen gestellt. Für die Zuordnung der einzelnen Items zu den Subskalen siehe Anhang 9.2.2.

Für das Gesamtinstrument beträgt die interne Konsistenz $\alpha = .97$.

3.3.2 Umgang mit Krankheit

Es handelt sich um eine Übersetzung des 1981 entwickelten Fragebogens „Dealing with Illness, Coping Inventory“ (Billings und Moos, 1981). Dieses Instrument zur Beschreibung kognitiver und verhaltensbezogener Reaktionen zur Krankheitsbewältigung beschreibt drei Coping-Strategien:

1. aktiv-behavioraler Bewältigungsstil, interne Konsistenz $\alpha = .86$,
2. aktiv-kognitiver Bewältigungsstil, interne Konsistenz $\alpha = .72$
3. Vermeidung, interne Konsistenz $\alpha = .52$

Es umfaßt 52 Items, die auf einer 5-Punkt-Skala beantwortet wurden von 1= nie, 2= kaum, 3= manchmal, 4=oft bis 5= immer.

3.3.3 Fragebogen zum Gesundheitszustand / SF-36

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um die deutsche Version der „Medical Outcome Study / MOS“ (Steward et al., 1989, Bullinger und Kirchberger, 1998). Dieses Instrument dient der Erfassung verschiedener Dimensionen von Gesundheitskonzepten

- körperliche Funktionsfähigkeit (6 Items)
- körperliche Schmerzen (1 Item)
- allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items)
- soziale Funktionsfähigkeit (1 Item)
- psychisches Befinden (5 Items)

Die interne Konsistenz des Gesamtinstrumentes beträgt $\alpha = .76$.

3.3.4 POMS

Dieser Fragebogen stellt die deutsche Bearbeitung von Biehl, Dangel, Reiser (1979) des „Brief Profile of Mood States / POMS“ dar (Mc Nair, Lorr, Droppelman, 1971). Das Instrument beschreibt die aktuellen Gefühle hinsichtlich folgender Aspekte:

- Anspannung (tension-anxiety), 9 Items,
- Depression oder Rückzug (depression-dejection), 15 Items,
- Feindseligkeit (anger-hostility), 12 Items,
- Überaktivität (vigor-activity) 8 Items,
- Müdigkeit (fatigue-inertia), 7 Items,
- Verwirrung (confusion-bewilderment), 7 Items

Die 65 Items werden beantwortet auf einer 5-Punkt-Skala von 0= überhaupt nicht, 1= etwas, 2= ziemlich, 3= stark bis 4= sehr stark.

Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .95$.

3.3.5 Fragebogen zur psychischen Befindlichkeit / BSI

Hierbei handelt es sich um die deutsche Version des „Brief Symptom Inventory / BSI“ (G.H. Franke, 1995, Derogatis, 1993). Das Brief Symptom Inventory (BSI), eine Kurzform des SCL-90-R, ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigungen durch

körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen. Ausgewertet ermöglichen die 53 Items Aussagen zur Symptombelastung, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten GSI, PSDI und PST zusammengefaßt werden. Die Skalen beschreiben die Bereiche:

- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit im Sozialkontakt
- Depressivität
- Ängstlichkeit
- Aggressivität / Feindseligkeit
- Phobische Angst
- Paranoides Denken
- Psychotizismus

Die Items werden auf einer 5-Punkt-Skala von 0= überhaupt nicht, 1= ein wenig, 2= ziemlich, 3= stark bis 4= sehr stark beantwortet. Die interne Konsistenz des Fragebogens beträgt $\alpha = .96$.

3.3.6 Skala interpersoneller Unterstützungsbeurteilung

Der Fragebogen „Interpersonal Support Evaluation List / ISEL“ wurde 1985 zur Beschreibung sozialer Unterstützungssysteme entwickelt (Cohen et al., 1985, Cohen and Wills, 1985). Gemessen werden die vier wichtigsten Komponenten erhaltener sozialer Unterstützung:

- praktische Hilfe (tangible or instrumental),
- Vertrauen (appraisal or confidant),
- Selbstwert (self-esteem),
- Kameradschaft (belonging or companionship).

Insgesamt werden 40 Items auf einer 2-Punkt-Skala beantwortet (stimmt / stimmt nicht). Die interne Konsistenz des Instruments beträgt $\alpha = .89$.

4 Stichprobe

4.1 Soziodemographische Daten

Insgesamt wurden die Fragebögen von 117 Teilnehmern beantwortet, davon waren 66 Frauen (56%) und 51 Männer (44%). Das durchschnittliche Lebensalter betrug zum Zeitpunkt der Befragung 57 Jahre (24-85).

Bezüglich der familiären Situation zeigte sich, daß der überwiegende Teil der Befragten (73%) verheiratet war, gefolgt von den Verwitweten (12%) und den Ledigen (9,5%) (Tabelle 4.1).

Tab. 4.1 Soziodemografische Variablen (N=117)

		n	%
1. Alter (in Jahren)		57 (24-85)	
2. Geschlecht	weiblich	66	56,4
	männlich	51	43,6
3. Familienstand	ledig	11	9,5
	verheiratet	85	73,3
	geschieden	4	3,4
	getrennt	2	1,7
	verwitwet	14	12,1
4. Bildungsstand	Hauptschule	50	43,1
	Realschule	23	19,8
	Fachschule	11	9,5
	Abitur	12	10,3
	Fachhochschule / Universität	20	17,2

Fehlende Werte bei den absoluten Häufigkeiten einzelner Items in dieser und späteren Tabellen ergeben sich durch Missings

Der größte Teil der Befragten (43,1%) gab an, einen Volks- oder Hauptschulabschluß zu haben, gefolgt von Handels- oder Realschulreife (19,8%) und Abitur (10,3%). Auf höhere Fachschule entfielen 9,5%, auf Fachhochschule und Universität zusammen 17,2% (Tabelle 4.1).

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 37,5% angestellt oder verbeamtet, 27,9% als Angestellte oder Beamte in leitender Position. 13,5% waren Facharbeiter, gefolgt von

7,7% Arbeitern. Ebenfalls mit 7,7% vertreten waren Selbständige, freie Berufe und führende Selbständige mit zusammen 5,8%.

4.2 Krankheitsbezogene Daten

Um die Vergleichbarkeit mit der entsprechenden angloamerikanischen Studie zu gewährleisten, verwendeten wir statt der in Europa gebräuchlicheren Stadieneinteilung für Maligne Melanome nach Breslow und Clark ebenfalls die Einteilung des **American Joint Committee on Cancer**, die Tumordicke, Invasionslevel und Metastasierung miteinander verbindet (Einteilung nach Breslow und Clark siehe Anhang 9.2).

Bezogen auf diese Krankheitsstadieneinteilung befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung der größte Anteil der Patienten im Stadium IB (34.2%), gefolgt von Stadium IA (24.8%) und IIA (19.7%). D.h. Patienten im Stadium I stellen mit 59% mehr als die Hälfte der befragten Personen dar. Patienten im Stadium III waren mit 13,6% vertreten, im Stadium IV nur noch 0,9% (Tabelle.4.2).

Tab 4.2 Melanomstadien nach American Joint Committee on Cancer

Stadium	Kriterien	Häufigkeit
IA	nur Primärtumor, Dicke < 0,75 mm oder Invasionslevel II T1N0M0	29 (24,8%)
IB	nur Primärtumor, Dicke 0,76-1,5 mm oder Invasionslevel III T2N0M0	40 (34,2%)
IIA	nur Primärtumor, Dicke 1,5-4,0 mm oder Invasionslevel IV T3N0M0	23 (19,7%)
IIB	nur Primärtumor, Dicke <4 mm oder Invasionslevel V T4N0M0	7 (6,0%)
IIIA	Satelliten-Metastasen innerhalb von 2 cm zum Primärtumor, bzw. Lokalrezidiv, oder in-transit-Metastasen vor der regionären Lymphknotenstation, keine Lymphknoten- oder Fernmetastasen N0M0	10 (8,5%)
IIIB	jeder Primärtumor mit Zeichen des regionären Lymphknotenbefalls ohne Fernmetastasen N1/2M0	6 (5,1%)
IV	jeder Primärtumor mit Fernmetastasierung M1	1 (0,9%)

Obwohl der mittlere **Karnofsky-Index** mit 98,7% eine fast normale Funktion im Alltag ohne Krankheitsanzeichen beschreibt, variiert der Wert für die einzelnen Befragten zwischen 60 (gelegentliche Hilfe erforderlich, versorgt sich noch weitgehend selbst) und 100 (normale Aktivität, keine Beschwerden, kein Hinweis auf Tumorleiden).

Die häufigste **Lokalisation** des Malignen Melanoms waren mit 38% die unteren Extremitäten, dicht gefolgt von Rücken (33%) und oberen Extremitäten (14%).

Der Zeitpunkt der Erstdiagnosestellung variierte zwischen 7/74 und 2/96. Bei 16 Patienten (13.7%) traten seitdem ein oder mehrere Rezidive auf, 6 Patienten gaben eine weitere maligne Erkrankung an (Mamma, Colon, Ovar, Prostata, Augen).

Eine positive Familienanamnese hinsichtlich Maligner Melanome berichteten 8 Patienten (7,0%), in bezug auf andere maligne Erkrankungen 55 Patienten (47%), davon am häufigsten Uterus- (8), Mamma- (7) und Colon-Carcinome (6).

4.3 Religionsbezogene Daten

Insgesamt gaben 77 (65,9%) der befragten Personen an, einer bestimmten Glaubensgemeinschaft anzugehören mit folgender Verteilung: 61 Patienten (52,2%) hielten sich selbst für protestantisch und 14 (12%) für katholisch (Tabelle 4.3). Darüber hinaus gaben 25 (21,4%) an, keiner Glaubensrichtung anzugehören. 11 (9,4%) hielten sich für atheistisch. Die beiden anderen Glaubensrichtungen bestanden aus jeweils einer Person der buddhistischen und „eigenen“ Religion.

Tab. 4.3 Konfessionszugehörigkeiten (n=77)

eigene Religionszugehörigkeit	n	%
katholisch	14	12,4
protestantisch	61	54,0
andere Glaubensrichtung	2	1,8

Von den 71 Personen (61,2%), die berichteten, daß ihnen in der Kindheit die Ausübung religiöser Praktiken beigebracht wurde, schätzten nur 26 (22,4%) dieses als „regelmäßig“ ein. Insgesamt lag bei einer Skala von 1= gar nicht, 2= wenig, 3= einige, 4= oft bis 5= regelmäßig der Mittelwert bei 2,49, d.h. durchschnittlich wurden eher wenig bis einige religiöse Praktiken beigebracht.

66 Personen (56,8%) berichteten über eine Veränderung ihrer religiösen Praktiken seit der Kindheit. Von den 71 Personen, die über ein verändertes religiöses Engagement berichteten, gaben 26 (22,6%) eine Verstärkung, 45 Patienten (42,5%) eine Verringerung an (Tabelle 4.4).

Tab. 4.4 Veränderung des religiösen Engagements

	Häufigkeit	Prozent
Verstärkung des religiösen Engagements:	26	22,6
wenig	10	8,7
etwas	11	9,6
ja, sehr	5	4,3
Verringerung des religiösen Engagements:	45	42,5
wenig	7	6,6
etwas	15	14,2
ja, sehr	11	10,4
völlig	12	11,3

Als Grund für eine verstärkte Religiosität wurde von 6 Personen (24%) die Heirat mit einem/r Angehörigen einer anderen Glaubensrichtung angegeben, gefolgt von anderen Gründen wie religiöser Umkehr, Lebenserfahrung, vermehrtes Engagement des Ehemannes, Befassen mit dem Tod.

Von den 45 Menschen, die eine Verringerung ihrer Religiosität berichteten, gab die Mehrheit (15 Personen=37,5%) an, keinen wichtigen Grund gehabt zu haben. 6 Personen (15%) begründeten dieses mit örtlichen, sowie praktischen Einschränkungen. Weitere Gründe waren die Heirat mit einem/r Angehörigen einer anderen Glaubensrichtung (3 Personen=7,5%), religiöse Umkehr, Lebenserfahrung und Kritik an der Kirche als Institution.

18 der befragten Personen (15,8%) hatten ihre Glaubenszugehörigkeit verändert, wobei wiederum die meisten (8=42,1%) angaben, keinen wichtigen Grund gehabt zu haben. Gefolgt von 7 Personen (36,8%), die örtliche und praktische Einschränkungen als Grund angaben.

5 Ergebnisse

5.1 Faktorenanalytische Untersuchung des Fragebogens zur Erfassung religiöser Einstellungen

Dargestellt werden die Ergebnisse der Faktoren- und Itemanalytischen Überprüfung des SBI. Die 54 Items des SBI wurden einer Faktorenanalyse (zunächst Hauptkomponentenlösung ohne Rotation) unterzogen. Die Hauptkomponentenanalyse des in der Originalversion aus vier Subskalen bestehenden Fragebogens zeigt 7 Faktoren mit einem Eigenwert ≥ 1 . Der Verlauf der Eigenwerte (siehe Abb. 1: Scree-Test) und die Höhe der extrahierten Varianz durch die 7 Faktoren spricht für eine Ein-Faktoren-Lösung. Der Faktor erfasst 53.8% der Gesamtvarianz.

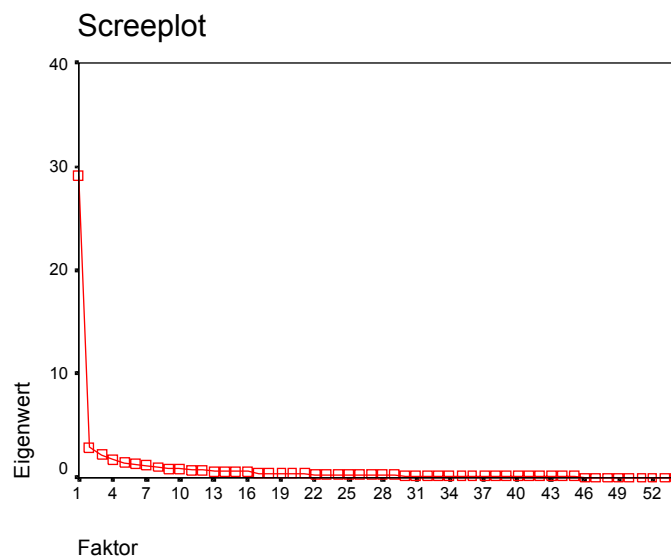


Tabelle 5.1.1 zeigt Mittelwerte, Streuungen und Faktorladungen der unrotierten Ein-Faktoren-Lösung. Auf diesem Faktor laden Items wie "Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren" oder "Ich habe als Resultat meines Glaubens innere Ruhe erfahren" hoch, d.h. die Skala erfasst den individuellen Glauben als Hilfe im Alltag im Sinne von Allport und Ross intrinsischer Religiosität. Darüber hinaus werden religiöse Rituale zur besseren Bewältigung belastender Lebensereignisse erfasst. Die interne Konsistenz der Skala ist mit Cronbachs- $\alpha=.98$ sehr hoch.

Tab. 5.1.1 (n=117)

Item		M	SD	Faktor- ladung
SBI-14	Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	1.14	1.18	.906
SBI-32	Ich habe als Resultat meines Glaubens innere Ruhe erfahren.	1.11	1.14	.888
SBI-45	Ich glaube an Gott als ein Wesen, zu dem ich sprechen kann.	1.34	1.23	.885
SBI-2	Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben.	1.01	1.05	.873
SBI-3	Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	1.14	1.11	.872
SBI-42	Mein Glaube ist eine Quelle der Hoffnung.	1.33	1.14	.861
SBI-4	Ich habe durch meine Gebete oder Meditationen Hoffnung erfahren.	1.06	1.12	.858
SBI-27	In Zeiten von Krankheit habe ich gebetet oder meditiert.	1.29	1.17	.851
SBI-51	Ich glaube, daß Gott Wunder vollbringt.	1.09	1.15	.838
SBI-35	Gebete oder Meditation helfen mir.	1.28	1.14	.835
SBI-50	Religiöse oder spirituelle Glaubensinhalte sind ein Teil meines Lebens.	0.84	1.03	.833
SBI-26	Ich habe durch meine Gebete oder Meditationen innere Ruhe gefunden.	1.25	1.12	.832
SBI-9	In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube stärker geworden.	0.97	1.05	.831
SBI-41	Ich glaube, daß Gott mich vor Schaden schützt.	1.15	1.16	.827
SBI-11	Ich glaube, daß Gott Gebete erhört.	1.32	1.16	.823
SBI-52	Das Gefühl, einer religiösen oder spirituellen Gruppe anzugehören, verleiht mir Kraft.	0.64	0.91	.813
SBI-37	Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	0.70	0.96	.812
SBI-44	Wenn ich bete, bete ich um zu danken.	1.28	1.20	.804
SBI-5	Ich habe das sichere Gefühl, daß Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	1.70	1.18	.803
SBI-8	In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.	1.39	1.18	.798
SBI-15	Ich kann meine Glaubensinhalte mit anderen Menschen teilen.	1.00	1.07	.785
SBI-49	Ich glaube, daß Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.	1.16	1.15	.783
SBI-18	Ich habe als Resultat meines Glaubens ein Gefühl der Kontrolle über mein Leben erfahren.	0.99	1.05	.773
SBI-19	Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zureden, die meinen Glauben teilen.	1.03	1.11	.771
SBI-6	Ich glaube an irgendeine Art von Himmel.	1.53	1.18	.768
SBI-38	Das Leben und der Tod der Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.	1.31	1.22	.761
SBI-33	Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	0.84	1.07	.750

Item		M	SD	Faktor- ladung
SBI-53	Ich glaube, daß bestimmte Bücher Gottes Wort sind.	1.03	1.13	.744
SBI-36	Das Gefühl der Zugehörigkeit hilft mir, mit meiner Diagnose zurechtzukommen.	0.87	1.02	.741
SBI-24	Ich habe das Gefühl, daß es einzelne Menschen in meiner Glaubensgemeinschaft gibt, denen ich meine persönlichen Sorgen und Ängste mitteilen kann.	0.90	1.09	.735
SBI-29	Ich folge den Gebetsanleitungen meiner Religion.	0.78	0.97	.731
SBI-34	Ich besuche den Gottesdienst meiner Glaubensrichtung.	0.91	1.09	.729
SBI-43	Ich glaube so an Gott, wie meine Religion es lehrt.	1.04	1.04	.722
SBI-23	Ich halte mich selber für ein folgsames Mitglied meiner Glaubensrichtung.	0.85	0.92	.715
SBI-16	Im Rahmen meiner religiösen Praktiken lese ich Bücher über meinen Glauben, wie z.B. die Bibel.	0.77	1.02	.715
SBI-1	Ich könnte mich auf jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft verlassen, falls ich jemanden bräuchte, der mich zum Arzt oder ins Krankenhaus bringt.	1.03	1.24	.706
SBI-48	Im Falle einer Familienkrise wären einige meiner Freunde, die meinen Glauben teilen, in der Lage, mich gut zu beraten wie ich damit umgehen soll.	0.83	1.00	.700
SBI-28	Ich glaube an eine Macht, die größer ist als die menschliche.	2.04	1.05	.689
SBI-46	Ich halte kirchliche Ferien oder religiöse Feiertage ein.	1.07	1.11	.685
SBI-12	Ich habe meine persönliche Art und Weise zu beten oder zu meditieren.	1.63	1.15	.684
SBI-7	Ich glaube an irgendeine Form von Leben nach dem Tod.	1.44	1.18	.666
SBI-22	Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich mit Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann.	0.59	0.94	.650
SBI-47	Ich halte mich selber für einen spirituellen Menschen.	0.68	0.92	.617
SBI-40	Ich suche den Leiter meiner Glaubensgemeinschaft auf, wenn ich Hilfe oder Beratung brauche.	0.33	0.60	.588
SBI-21	Wenn ich krank bin, bitte ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft um Hilfe.	0.41	0.74	.582
SBI-54	Der Leiter meiner Glaubensgemeinschaft ist ein Vertreter Gottes.	0.76	1.02	.574
SBI-25	Es gibt einen Sinn und eine Bedeutung des Lebens.	2.08	0.95	.558
SBI-31	Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen dafür sein könnte, daß Gott meine Stärke oder meinen Glauben prüft.	0.50	0.79	.555
SBI-13	Ich setze spezifische religiöse Praktiken, wie z.B. Essen bestimmter Nahrung oder Fasten, in meinem Alltag um.	0.25	0.63	.521

Item		M	SD	Faktor- ladung
SBI-20	Krankheit hat eine Bedeutung.	1.31	1.16	.515
SBI-17	Ich denke ernsthaft über den Sinn des Lebens nach.	2.08	0.92	.515
SBI-30	Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen für Gottes Mißfallen sein könnte.	0.30	0.59	.439
SBI-39	Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	1.28	1.14	.436
SBI-10	In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube geschwächt worden.	0.32	0.58	.301

¹ Skala jeweils von 0='trifft überhaupt nicht zu' bis 3='trifft ganz zu

Ergänzend wurde eine **4-Faktoren Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation** durchgeführt, um zu prüfen, ob sich die 4 Faktoren des Originalinstruments annähernd replizieren lassen. Es zeigte sich, daß Faktor I 53.8% erfaßt. Faktor II erfaßt 5.5%, Faktor III erfaßt 4.1% und Faktor IV erfaßt 3.3% der Gesamtvarianz.

Die Tabellen 5.1.2 bis 5.1.5 zeigen für jeden Faktor Mittelwerte, Streuungen und Faktorladungen der varimaxrotierten Vier-Faktoren-Lösung.

Tab. 5.1.2 (n=117) Faktor I

Item		M	SD	Faktor- ladung
SBI-26	Ich habe durch meine Gebete und Meditation innere Ruhe gefunden	1.25	1.12	.772
SBI-12	Ich habe meine persönliche Art und Weise zu beten oder zu meditieren	1.63	1.15	.756
SBI-5	Ich habe das sichere Gefühl, daß Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	1.70	1.18	.751
SBI-14	Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	1.14	1.18	.744
SBI-3	Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	1.14	1.11	.741
SBI-42	Mein Glaube ist eine Quelle der Hoffnung.	1.33	1.14	.735
SBI-35	Gebete oder Meditationen helfen mir.	1.28	1.14	.726
SBI-28	Ich glaube an eine Macht, die größer ist als die menschliche.	2.04	1.05	.725
SBI-45	Ich glaube an Gott als ein Wesen, zu dem ich sprechen kann.	1.34	1.23	.716
SBI-27	In Zeiten von Krankheit habe ich gebetet oder meditiert.	1.29	1.17	.709
SBI-4	Ich habe durch meine Gebete oder Meditationen Hoffnung erfahren.	1.06	1.12	.705

Item		M	SD	Faktor- ladung
SBI-11	Ich glaube, daß Gott Gebete erhört.	1.32	1.16	.705
SBI-41	Ich glaube, daß Gott mich vor Schaden schützt.	1.15	1.16	.689
SBI-6	Ich glaube an irgendeine Art von Himmel.	1.53	1.18	.682
SBI-49	Ich glaube, daß Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.	1.16	1.15	.682
SBI-51	Ich glaube, daß Gott Wunder vollbringt.	1.09	1.15	.676
SBI-32	Ich habe als Resultat meines Glaubens innere Ruhe erfahren.	1.11	1.14	.668
SBI-7	Ich glaube an irgendeine Form von Leben nach dem Tod.	1.44	1.18	.662
SBI-25	Es gibt einen Sinn und eine Bedeutung des Lebens.	2.08	0.95	.634
SBI-2	Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben.	1.01	1.05	.629
SBI-50	Religiöse und spirituelle Glaubensinhalte sind ein Teil meines Lebens.	0.84	1.03	.627
SBI-8	In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.	1.39	1.18	.622
SBI-38	Das Leben und der Tod der Menschen werden von Gottes Plan bestimmt.	1.31	1.22	.617
SBI-18	Ich habe als Resultat meines Glaubens ein Gefühl der Kontrolle über mein Leben erfahren.	0.99	1.05	.600
SBI-17	Ich denke ernsthaft über den Sinn des Lebens nach.	2.08	0.92	.598
SBI-16	Im Rahmen meiner religiösen Praktiken lese ich Bücher über meinen Glauben, wie z.B. die Bibel.	0.77	1.02	.574
SBI-47	Ich halte mich selber für einen spirituellen Menschen.	0.68	0.92	.552
SBI-19	Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.	1.03	1.11	.535
SBI-9	In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.	0.97	1.05	.506
SBI-20	Krankheit hat eine Bedeutung.	1.31	1.16	.482

¹ Skala jeweils von 0='trifft überhaupt nicht zu' bis 3='trifft ganz zu'

Die interne Konsistenz des **Faktors I** ist mit Cronbachs- α =.98 ebenfalls sehr hoch. Der Faktor erfaßt Items wie "Ich habe durch meine Gebete und Meditation innere Ruhe gefunden" oder "Ich habe meine persönliche Art und Weise zu beten oder zu meditieren". Hier laden vorwiegend Items, die individuelle Glaubensinhalte oder die Sinnfindung bei belastenden Lebensereignissen beschreiben.

Tab. 5.1.3 (n=117) Faktor II

Item		M	SD	Faktor- ladung
SBI-33	Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	0.84	1.07	.784
SBI-24	Ich habe das sichere Gefühl, daß es einzelne Menschen in meiner Glaubensgemeinschaft gibt, denen ich meine persönlichen Sorgen und Ängste mitteilen kann.	0.90	1.09	.756
SBI-22	Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich mit Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann.	0.59	0.94	.720
SBI-21	Wenn ich krank bin, bitte ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft um Hilfe.	0.41	0.74	.704
SBI-1	Ich könnte mich auf jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft verlassen, falls ich jemanden bräuchte, der mich zum Arzt oder ins Krankenhaus bringt.	1.03	1.24	.675
SBI-36	Das Gefühl der Zugehörigkeit hilft mir, mit meiner Diagnose zurechtzukommen.	0.87	1.02	.667
SBI-48	Im Falle einer Familienkrise wären einige meiner Freunde, die meinen Glauben teilen, in der Lage, mich gut zu beraten, wie ich damit umgehen soll.	0.83	1.00	.655
SBI-37	Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	0.70	0.96	.632
SBI-15	Ich kann meine Glaubensinhalte mit anderen Menschen teilen.	1.00	1.07	.603
SBI-52	Das Gefühl, einer religiösen oder spirituellen Gruppe anzugehören, verleiht mir Kraft.	0.64	0.91	.600
SBI-39	Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	1.28	1.14	.474
SBI-40	Ich suche den Leiter meiner Glaubensgemeinschaft auf, wenn ich Hilfe oder Beratung brauche.	0.33	0.60	.465
SBI-13	Ich setze spezifische religiöse Praktiken, wie z.B. das Essen bestimmter Nahrung oder Fasten in meinem Alltag um.	0.25	0.63	.413

¹ Skala jeweils von 0='trifft überhaupt nicht zu' bis 3='trifft ganz zu'

Die interne Konsistenz des **Faktors II** ist mit Cronbachs- α =.94 ebenfalls sehr hoch. Der Faktor erfaßt Items wie "Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.“ oder „Ich habe das Gefühl, daß es einzelne Menschen in meiner Glaubensgemeinschaft gibt, denen ich meine persönlichen Sorgen und Ängste

mitteilen kann.“ Die hier erfaßten Items beschreiben die soziale Integration in die religiöse Gemeinschaft, die dort erfahrene soziale Unterstützung und darüber hinaus den Einfluß, den religiöse Aspekte auf das Alltagsleben ausüben..

Tab. 5.1.4 (n=117) Faktor III

Item	M	SD	Faktorladung
SBI-43 Ich glaube so an Gott, wie meine Religion es lehrt	1.04	1.04	.798
SBI-46 Ich halte kirchliche oder religiöse Feiertage ein	1.07	1.11	.694
SBI-54 Der Leiter meiner Glaubensgemeinschaft ist ein Vertreter Gottes.	0.76	1.02	.668
SBI-44 Wenn ich bete, bete ich um zu danken.	1.28	1.20	.640
SBI-29 Ich folge den Gebetsanleitungen meiner Religion.	0.78	0.97	.624
SBI-23 Ich halte mich selber für ein folgsames Mitglied meiner Glaubensrichtung.	0.85	0.92	.602
SBI-34 Ich besuche den Gottesdienst meiner Glaubensrichtung.	0.91	1.09	.600
SBI-53 Ich glaube, daß bestimmte Bücher Gottes Worte sind.	1.03	1.13	.548

¹Skala jeweils von 0='trifft überhaupt nicht zu' bis 3='trifft ganz zu'

Die interne Konsistenz des **Faktors III** ist mit Cronbachs- α =.93 ebenfalls hoch. Der Faktor erfaßt Items wie "Ich glaube so an Gott, wie meine Religion es lehrt.“ oder „Ich halte kirchliche oder religiöse Feiertage ein.“ Hier wird die Einhaltung bestimmter von der jeweiligen Religion vorgegebenen Regeln beschrieben.

Tab. 5.1.5 (n=117) Faktor IV

Item	M	SD	Faktorladung
SBI-30 Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen für Gottes Mißfallen sein könnte.	0.30	0.59	.604
SBI-31 Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen dafür sein könnte, daß Gott meine Stärke oder meinen Glauben prüft.	0.50	0.79	.582
SBI-10 In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube geschwächt worden.	0.32	0.58	.383

¹Skala jeweils von 0='trifft überhaupt nicht zu' bis 3='trifft ganz zu'

Die interne Konsistenz des **Faktors IV** ist mit Cronbachs- α =.56 unzureichend, was allerdings in der Kürze der Skala begründet sein könnte, die lediglich 3 Items umfaßt. Der

Faktor erfaßt Items wie "Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen für Gottes Mißfallen sein könnte." oder „Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen dafür sein könnte, daß Gott meine Stärke oder meinen Glauben prüft.“

Insgesamt konnte die faktorielle Struktur des Originalfragebogens nicht identisch repliziert werden. Die Ergebnisse unserer Untersuchung legen eine Ein-Faktoren-Lösung nahe.

Um die Vergleichbarkeit mit der amerikanischen Ausgangsstudie von Holland et al. (1999) zu gewährleisten, haben wir uns entschieden, für die nachfolgenden Auswertungen die vier Skalen des Originalfragebogens zugrunde zu legen. Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Skalen sind sehr hoch (siehe Anhang 9.4).

In der deutschen Gesamtstichprobe sind die Reliabilitäten der Originalskalen hoch. Ergänzend wurde die interne Konsistenz an der Stichprobe derjenigen Patienten geprüft, die sich subjektiv einer Glaubensrichtung (katholisch, protestantisch oder andere) zugehörig fühlen (n=80).

Tab. 5.1.6

	Cronbachs-α Gesamtstichprobe N=117	Cronbachs-α subjektiv Gläubige n=80
Skala 1: Lebensperspektive	.94	.92
Skala 2: Religiöse Praktiken und Rituale	.95	.94
Skala 3: Soziale Unterstützung durch Gemeindemitglieder	.95	.94
Skala 4: Beziehung zu einem höheren Wesen	.95	.91
Gesamtskala	.98	.98

Die internen Konsistenzen sind zwar für die Menschen, die sich subjektiv als gläubig empfinden, geringfügig niedriger als bei der Gesamtstichprobe, aber noch immer als sehr hoch zu bezeichnen.

5.2 Soziodemografische Merkmale in Abhängigkeit von religiösen Überzeugungen

Eine der Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung der Fragestellung, ob und inwieweit religiöse Überzeugungen in Zusammenhang stehen mit soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Familien- oder Ausbildungsstand.

Zur Erfassung religiöser Überzeugungen werden sowohl die Gesamtskala, als auch die 4 einzelnen Subskalen (Lebensperspektive, religiöse Praktiken und Rituale, soziale Unterstützung durch Gemeindemitglieder, Beziehung zu einem höheren Wesen) des Systems of Belief Inventory für die Auswertung berücksichtigt.

5.2.1 Geschlecht

Es bestehen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Männern und Frauen in den Skalen des SBI einschließlich der Gesamtskala (Tabelle 5.2.1).

Tab. 5.2.1 Mittelwertsvergleich der Skalen des SBI in Abhängigkeit vom Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben) (N=117)

	Melanompatienten				
	männlich (n=51)		weiblich (n=66)		p
Skala¹	M	SD	M	SD	
Lebensperspektive	1.16	0.73	1.24	0.80	.57
Religiöse Praktiken und Rituale	1.02	0.83	1.11	0.86	.59
Soziale Unterstützung	0.69	0.71	0.89	0.83	.16
Beziehung zu einem höheren Wesen	1.07	0.78	1.18	0.90	.49
Gesamtskala	0.98	1.10	0.72	0.79	.40

¹Skala jeweils von 0=trifft überhaupt nicht zu bis 3=trifft ganz zu

5.2.2 Lebensalter

Hinsichtlich des Alters zeigt die Varianzanalyse einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem Alter und den beiden Skalen des SBI „Religiöse Praktiken und Rituale“ (p=.034) und „Beziehung zu einem höheren Wesen“ (p=.025), in dem Sinne,

daß die befragten Melanompatienten mit steigendem Lebensalter sowohl vermehrt religiöse Rituale praktizieren, als auch ein engeres Verhältnis zu Gott als einem höheren Wesen haben.

5.2.3 Familienstand

Es bestehen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen dem jeweiligen Familienstand der befragten Patienten in den Skalen des SBI einschließlich der Gesamtskala (Tabelle 5.2.3).

Tab.5.2.3 Mittelwertsvergleich der Skalen des SBI in Abhängigkeit von Familienstand (univariate Varianzanalyse) (n=113)

	Melanompatienten								
	Ledig (n=10)		Verheiratet (n=84)		Geschieden/ getrennt (n=7)		Verwitwet (n=12)		P
Skala¹	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Lebensperspektive	1.06	0.76	1.20	0.75	1.38	1.02	1.21	0.86	.88
Religiöse Praktiken und Rituale	0.85	0.91	1.06	0.83	1.11	0.84	1.30	0.85	.95
Soziale Unterstützung	0.71	0.81	0.79	0.75	1.03	0.93	0.96	1.02	.83
Beziehung zu einem höheren Wesen	0.83	0.98	1.12	0.83	1.18	0.82	1.44	0.91	.82
Gesamtskala	0.87	0.76	1.05	0.75	1.18	0.88	1.23	0.91	.89

¹Skala jeweils von 0=trifft überhaupt nicht zu bis 3=trifft ganz zu

5.2.4 Ausbildungsstand

Es bestehen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen dem jeweiligen Ausbildungsgrad der befragten Melanompatienten in allen Skalen des SBI sowie der Gesamtskala. Dabei erzielten Patienten mit mittleren Ausbildungsständen (Handels- oder Realschulabschluß, höherer Fachschulabschluß und Abitur) höhere Werte auf allen Subskalen. Lediglich für die Skala „Beziehung zu einem höheren Wesen“ sind die Werte nicht signifikant (Tabelle 5.2.4).

Tab. 5.2.4 Mittelwertsvergleich der Skalen des SBI in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand (univariate Varianzanalyse) (n=114)

	Melanompatienten												P
	1 (n=49)		2 (n=22)		3 (n=11)		4 (n=12)		5 (n=10)		6 (n=10)		
Skala¹	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Lebensperspektive	0.92	0.72	1.54	0.78	1.46	0.65	1.45	0.93	1.40	0.63	0.99	0.62	.009
Religiöse Praktiken und Rituale	0.81	0.79	1.45	0.99	1.22	0.68	1.32	0.98	1.31	0.67	0.74	0.59	.023
Soziale Unterstützung	0.59	0.62	1.15	1.01	0.82	0.76	1.27	0.93	0.70	0.54	0.67	0.75	.022
Beziehung zu einem höheren Wesen	0.94	0.82	1.39	0.84	1.42	0.81	1.31	1.15	1.24	0.63	0.88	0.71	.177
Gesamtskala	0.82	0.69	1.38	0.88	1.23	0.68	1.34	0.92	1.17	0.58	0.82	0.62	.026

¹Skala jeweils von 0=trifft überhaupt nicht zu bis 3=trifft ganz zu
1= Volks- oder Hauptschulabschluß, 2= Handels- oder Realschulabschluß, 3= höherer Fachschulabschluß, 4= Abitur, 5= Fachhochschulabschluß, 6= Universitätsabschluß

5.2.5 Tumorstadieneinteilung

Für die Tumorstadieneinteilung nach dem **American Joint Committee on Cancer** wurde die Stichprobe aufgrund der geringen Fallzahlen in den höheren Tumorstadien dichotomisiert. Die Stadien wurden wie folgt zusammengefaßt:

I: Stadium 1a, 1b, 2a, 2b n=99

II: Stadium 3a, 3b, 4 n=17

Tab. 5.2.5 Mittelwertsvergleich der Skalen des SBI in Abhängigkeit vom Tumorstadium (t-Test für unabhängige Stichproben) (n=116)

	Tumorstadium				
	I (n=99)		II (n=17)		p
Skala¹	M	SD	M	SD	
Lebensperspektive	1.22	0.77	1.07	0.79	.47
Religiöse Praktiken und Rituale	1.07	0.83	1.04	0.95	.92
Soziale Unterstützung	0.79	0.76	0.86	0.97	.79
Beziehung zu einem höheren Wesen	1.13	0.85	1.15	0.85	.90
Gesamtskala	1.05	0.76	1.03	0.86	.92

¹Skala jeweils von 0='trifft überhaupt nicht zu' bis 3='trifft ganz zu'

Es bestehen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede bezüglich aller Skalen des SBI zwischen den unterschiedlich fortgeschrittenen Tumorstadien. Allerdings gaben die Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung geringfügig niedrigere Werte an für die Lebensperspektive und die in der religiösen Gruppe erfahrene soziale Unterstützung (Tabelle 5.2.5).

5.3 Zusammenhang zwischen psychometrischen und gesundheitlichen Variablen

5.3.1 Auswertungen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Das Instrument erfaßt verschiedene Dimensionen subjektiver Gesundheitskonzepte. Die Items der Skala sind so berechnet, daß ein hoher (Mittel-)Wert einem besseren Gesundheitszustand oder entsprechend geringeren Schmerzen entspricht. Nicht berücksichtigt wurden die Skalen „körperliche“ und „emotionale Rollenfunktion“, sowie „Vitalität“.

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde von den Befragten insgesamt als „gut“ bis „sehr gut“ eingeschätzt. Sowohl die körperliche, als auch die soziale Funktionsfähigkeit wurden als kaum beeinträchtigt erlebt, Schmerzen waren im Mittel nur sehr leicht ausgeprägt. Etwas deutlicher eingeschränkt war das psychische Befinden. Hier antworteten die Befragten im Mittel, daß sie „manchmal“ bis „selten“ beeinträchtigt seien (Tabelle 5.3.1).

Tab. 5.3.1 Deskriptive Analyse zum SF-36 (N=117)

Skala	M	SD
Körperliche Funktionsfähigkeit¹ (6 Items)	2.39	0.56
Körperliche Schmerzen² (1 Item)	4.08	1.25
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung³ (5 Items)	3.62	0.88
Soziale Funktionsfähigkeit⁴ (1 Item)	5.41	1.10
Psychisches Befinden⁵ (5 Items)	4.34	0.77

¹ Skala von 1='eingeschränkt für länger als drei Monate' bis 3='gar nicht eingeschränkt'

² Skala von 1='starke Schmerzen' bis 5='gar keine Schmerzen'

³ Skala von 1='schlecht bzw. falsch' bis 5='hervorragend bzw. zutreffend'

⁴ Skala von 1='die ganze Zeit' bis 6='gar nicht'

⁵ Skala von 1='die ganze Zeit' bis 6='gar nicht'

5.3.1.1 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Tumorstadium

Die Patienten mit Tumorstadium I unterscheiden sich signifikant von denen mit Tumorstadium II in den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit, allgemeine Gesundheitswahrnehmung und soziale Funktionsfähigkeit. Für diese Parameter geben die Patienten der fortgeschritteneren Tumorstadien geringere Werte an, was für einen schlechteren Gesundheitszustand, bzw. eine stärker eingeschränkte soziale Funktionsfähigkeit spricht (Tabelle 5.3.1.1).

Tab. 5.3.1.1 Mittelwertsvergleich der Skalen des SF-36 in Abhängigkeit vom Tumorstadium (t-Test für unabhängige Stichproben) (N=117)

	Tumorstadium				p
	I (n=99)		II (n=17)		
SF-36	M	SD	M	SD	
Körperliche Funktionsfähigkeit	2.44	0.54	2.04	0.54	.01
Körperliche Schmerzen	4.15	1.22	3.59	1.37	.09
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	3.69	0.85	3.15	0.99	.05
Soziale Funktionsfähigkeit	5.52	0.99	4.76	1.48	.01
Psychisches Befinden	4.38	0.76	4.08	0.83	.18

5.3.1.2 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und religiösen Einstellungen

Zwischen den einzelnen Skalen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes und den Skalen des SBI ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge (Tabelle 5.3.1.2).

Tab. 5.3.1.2 Korrelative Analyse zum Zusammenhang zwischen Systems of Belief Inventory und SF-36

SBI	SBI-1	SBI-2	SBI-3	SBI-4	SBI-gesamt
SF-36					
Körperliche Funktionsfähigkeit	.10	.09	-.03	.09	.07
Körperliche Schmerzen	.07	.01	.10	.03	.05
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	.06	-.01	.04	.03	.03
Soziale Funktionsfähigkeit	-.04	-.08	-.08	-.07	-.07
Psychisches Befinden	-.05	-.06	.01	.01	-.02

5.3.2 Auswertungen zum Umgang mit Krankheit

Dieses Instrument beschreibt kognitive und verhaltensbezogene Reaktionen zur Krankheitsbewältigung mit Hilfe von drei Skalen

1. Aktiv-behavioraler Bewältigungsstil
2. Aktiv-kognitiver Bewältigungsstil
3. Vermeidung .

Am häufigsten wurde von den befragten Patienten ein aktiv-kognitiver Bewältigungsstil angegeben, gefolgt vom aktiv-behavioralen Bewältigungsstil. Vermeidung wird deutlich seltener angewandt (Tabelle 5.3.2).

Tab. 5.3.2 Deskriptive Analyse zum Umgang mit Krankheit (N=117)

Umgang mit Krankheit	M	SD	Cronbachs- α
Aktiv-behavioraler Bewältigungsstil	2.07	0.58	.82
Aktiv-kognitiver Bewältigungsstil	2.68	0.66	.82
Vermeidung	1.93	0.43	.73

¹Skala jeweils von 1='nie' bis 5='immer'

5.3.2.1 Zusammenhang zwischen Umgang mit Krankheit und Tumorstadium

Die Patienten mit Tumorstadium I unterscheiden sich hinsichtlich des Bewältigungsstils in keiner Skala signifikant von denen mit Tumorstadium II (Tabelle 5.3.2.1).

Tab. 5.3.2.1 Mittelwertsvergleich der Skalen des Umgangs mit Krankheit in Abhängigkeit vom Tumorstadium (t-Test für unabhängige Stichproben) (N=117)

Umgang mit Krankheit	Tumorstadium				p
	I (n=99)		II (n=17)		
	M	SD	M	SD	
Aktiv-behavioraler Bewältigungsstil	2.04	0.59	2.22	0.51	.21
Aktiv-kognitiver Bewältigungsstil	2.65	0.70	2.82	0.40	.33
Vermeidung	1.92	0.44	1.99	0.42	.54

¹Skala jeweils von 1='nie' bis 5='immer'

5.3.2.2 Zusammenhang zwischen Umgang mit Krankheit und religiösen Einstellungen

Mit einer Korrelation auf dem Niveau von 0,01 besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen allen Subskalen des SBI und einem aktiv-kognitiven Bewältigungsstil. Für den aktiv-behavioralen Bewältigungsstil besteht ein signifikanter Zusammenhang nur noch für die allgemeine Lebensperspektive (Niveau von 0.05) (Tabelle 5.3.2.2).

Tab. 5.3.2.2 Korrelative Analyse zum Zusammenhang zwischen Systems of Belief Inventory und Umgang mit Krankheit

	SBI	SBI-1	SBI-2	SBI-3	SBI-4	SBI-gesamt
Umgang mit Krankheit						
Aktiv-behavioraler Bewältigungsstil		.21*	.14	.16	.10	.16
Aktiv-kognitiver Bewältigungsstil		.47**	.44**	.33**	.35**	.43**
Vermeidung		.09	.09	.04	.07	.08

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

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

5.3.3 Auswertungen zur Stimmungslage (POMS)

Tab. 5.3.3 Deskriptive Analyse zum POMS (N=117)

Skala ¹	M	SD	Cronbachs- α
Niedergeschlagenheit	0.31	0.44	.91
Müdigkeit	0.65	0.63	.87
Tatendrang	1.88	0.78	.88
Mißmut	0.79	0.41	.62

¹ Skala jeweils von 0='überhaupt nicht' bis 4='sehr stark'

Untersucht wurden die vorherrschenden Befindlichkeiten hinsichtlich der aktuellen Stimmungslage. Insgesamt beschreiben die befragten Patienten ihre Stimmungslage als gut, vor allem Niedergeschlagenheit, aber auch Müdigkeit und eine mißmutige Stimmung werden im Mittel verneint. Hingegen wird Tatendrang als Parameter für Aktivitäten als

tendenziell „ziemlich“ bis „mittelmäßig“ ausgeprägt beschrieben. Die internen Konsistenzen sind für Niedergeschlagenheit, Müdigkeit und Tatendrang ungefähr gleich hoch, während sie für Mißmut deutlich niedriger liegt (Tabelle 5.3.3).

5.3.3.1 Zusammenhang zwischen Stimmungslage und Tumorstadium

Tab. 5.3.3.1 Mittelwertsvergleich der Skalen des POMS in Abhängigkeit vom Tumorstadium (t-Test für unabhängige Stichproben) (N=117)

Poms ¹	Tumorstadium				p
	I (n=99)		II (n=17)		
	M	SD	M	SD	
Niedergeschlagenheit	0.30	0.43	0.42	0.50	.34
Müdigkeit	0.60	0.59	1.02	0.78	.05
Tatendrang	1.90	0.79	1.71	0.73	.34
Mißmut	0.77	0.41	0.87	0.41	.41

¹Skala jeweils von 0='überhaupt nicht' bis 4='sehr stark'

Der Vergleich der Patienten mit Tumorstadium I und II ergab signifikante Unterschiede nur für die Skala Müdigkeit, für den die Patienten der fortgeschritteneren Tumorstadien einen höheren Wert angaben. Dagegen berichteten die Patienten der Tumorstadien II über nur geringfügig stärker ausgeprägte Niedergeschlagenheit und Mißmut, sowie insgesamt weniger Tatendrang.

5.3.3.2 Zusammenhang zwischen Stimmungslage und religiösen Einstellungen

Tab. 5.3.3.2 Korrelative Analyse zum Zusammenhang zwischen Systems of Belief Inventory und Profile of Mood States

SBI	SBI-1	SBI-2	SBI-3	SBI-4	SBI-gesamt
Poms					
Niedergeschlagenheit	-.05	.05	-.08	0.1	-.01
Müdigkeit	-.10	.00	-.14	-.03	-.07
Tatendrang	.03	-.02	-.01	-.04	-.01
Mißmut	-.06	.04	-.10	-.02	-.04

Zwischen den einzelnen Skalen des SBI und denen des POMS ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge (Tabelle 5.3.3.2).

5.3.4 Auswertungen zur psychischen Befindlichkeit (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome. Ausgewertet ermöglichen die 53 Items Aussagen zur Symptombelastung während der vergangenen 7 Tage, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten GSI, PSDI und PST zusammengefaßt werden.

Die Werte der Patienten in den 9 Skalen und dem GSI entsprechen denen der Standardisierungsstichprobe an gesunden Probanden (vgl. Franke, 1995). Leicht erhöhte Werte zeigen sich in den Skalen "Depressivität", "Ängstlichkeit", "Phobische Angst" sowie "Paranoides Denken".(Tabelle 5.3.4)

Tab. 5.3.4 Deskriptive Analyse zum BSI (N=117)

BSI¹	M	SD	Cronbachs-α
Somatisierung	0.36	0.46	.75
Zwanghaftigkeit	0.49	0.56	.84
Unsicherheit im Sozialkontakt	0.48	0.61	.78
Depressivität	0.31	0.55	.87
Ängstlichkeit	0.37	0.44	.76
Aggressivität	0.32	0.43	.79
Phobische Angst	0.30	0.51	.74
Paranoides Denken	0.47	0.43	.55
Psychotizismus	0.22	0.40	.66
GSI	0.36	0.38	-
PSDI	1.31	0,45	-
PST	13.83	9.73	-

¹ Skala jeweils von 0='überhaupt nicht' bis 4='sehr stark'

5.3.4.1 Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Tumorstadium

Tab. 5.3.4.1 Mittelwertsvergleich der Skalen des BSI in Abhängigkeit vom Tumorstadium (t-Test für unabhängige Stichproben) (N=117)

	Tumorstadium				
	I (n=99)		II (n=17)		p
BSI ¹	M	SD	M	SD	
Somatisierung	0.34	0.46	0.51	0.50	.20
Zwanghaftigkeit	0.45	0.53	0.71	0.67	.16
Unsicherheit im Sozialkontakt	0.45	0.55	0.62	0.91	.48
Depressivität	0.32	0.57	0.27	0.47	.72
Ängstlichkeit	0.37	0.45	0.37	0.38	.99
Aggressivität	0.32	0.45	0.34	0.37	.83
Phobische Angst	0.31	0.54	0.24	0.31	.42
Paranoides Denken	0.45	0.43	0.54	0.45	.47
Psychotizismus	0.23	0.41	0.21	0.34	.88
GSI	0.36	0.39	0.42	0.32	.48
PSDI	1.29	0.44	1.45	0.49	.65
PST	13.75	10.10	14.71	7.64	.21

¹Skala jeweils von 0='überhaupt nicht' bis 4='sehr stark'

Die Patienten mit Tumorstadium I unterscheiden sich in keiner Skala signifikant von denen mit Tumorstadium II (Tabelle 5.3.4.1).

5.3.4.2 Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und religiösen Einstellungen

Zwischen den einzelnen Skalen des Brief Symptom Inventory und denen des SBI bestehen keine signifikanten Zusammenhänge (Tabelle 5.3.4.2).

Tab. 5.3.4.2 Korrelative Analyse zum Zusammenhang zwischen Systems of Belief Inventory und BSI

	SBI	SBI-1	SBI-2	SBI-3	SBI-4	SBI-gesamt
BSI						
Somatisierung		-.06	.02	-.10	.01	-.03
Zwanghaftigkeit		-.06	.04	-.02	-.01	-.01
Unsicherheit im Sozialkontakt		.06	.12	.03	.04	.07
Depressivität		.04	.07	-.04	.04	.03
Ängstlichkeit		-.09	-.03	-.13	-.07	-.08
Aggressivität		-.02	-.02	-.07	-.03	-.03
Phobische Angst		.01	.06	-.06	.02	.01
Paranoides Denken		.00	.02	-.09	-.04	-.03
Psychotizismus		.04	.08	-.03	.03	.03
GSI		-.01	.058	-.065	.006	.001
PSDI		-.04	-.00	-.10	.01	-.03
PST		-.03	.03	-.01	-.04	-.04

5.3.5 Auswertungen zur Skala interpersoneller Unterstützungsbeurteilung (ISEL)

Das Instrument mißt vier Komponenten erfahrener sozialer Unterstützung mit Hilfe von 40 Items. Diese sind so berechnet, daß ein hoher (Mittel)wert einer besseren sozialen Unterstützung entspricht. Die interne Konsistenz des Gesamtinstruments mit Cronbachs- α =.16 ist sehr niedrig.

Tab. 5.3.5 Deskriptive Analyse zum ISEL (N=117)

ISEL gesamt	M	SD	Cronbachs-α
	0.44	0.06	.16

¹ Skala von 0='stimme nicht zu' bis 1='stimme zu'

5.3.5.1 Zusammenhang zwischen interpersoneller Unterstützungsbeurteilung und Tumorstadium

Tab. 5.3.5.1 Mittelwertsvergleich des ISEL in Abhängigkeit vom Tumorstadium (t-Test für unabhängige Stichproben) (N=117)

ISEL gesamt	Tumorstadium				p
	I (n=99)		II (n=17)		
	M	SD	M	SD	
	0.44	0.06	0.41	0.01	.06

Es ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Tumorstadien und der erhaltenen sozialen Unterstützung.

5.3.5.2 Zusammenhang zwischen interpersoneller Unterstützungsbeurteilung und religiösen Einstellungen

Tab. 5.3.5.2 Korrelative Analyse zum Zusammenhang zwischen Systems of Belief Inventory und ISEL

SBI	SBI-1	SBI-2	SBI-3	SBI-4	SBI-gesamt
ISEL gesamt	-.11	-.12	-.05	-.10	-.10

Auch zwischen den religiösen Einstellungen und der sozialen Unterstützung waren keine signifikanten Zusammenhänge erkennbar.

6 Diskussion

In den vergangenen Jahren rückten in der psychologischen Forschung Theorien zu Krankheitsbewältigung / Coping und Lebensqualität zunehmend in den Vordergrund wissenschaftlichen Interesses, insbesondere die Rolle religiöser Glaubensinhalte in diesem Kontext war Thema zahlreicher Veröffentlichungen. Allerdings existieren im deutschsprachigen Raum bisher nur wenige Studien, die einzelne Aspekte genauer beschreiben.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, Religiosität als persönliche Ressource quantitativ zu beschreiben und in den Kontext der bereits bestehenden **Copingforschung** einzuordnen. werden untersucht werden soll das Ausmaß, in dem die Krankheitsbewältigung an Malignem Melanom erkrankter Patienten in Zusammenhang steht mit deren Religiosität unter zu Hilfenahme eines in den USA von Holland et al. entwickelten Fragebogens zur Erfassung religiöser Einstellungen (Systems of Belief Inventory). Dieser beschreibt vier Teilaspekte: die allgemeine Lebensperspektive, die Umsetzung religiöser Praktiken und Rituale, die soziale Unterstützung durch Mitglieder der gleichen Glaubensgemeinschaft und die Beziehung zu Gott als einem höheren Wesen. Daneben eingesetzt wurden Fragebögen zu soziodemografischen und krankheitsbezogenen Daten, Fragebogen zum Umgang mit Krankheit, Fragebogen zum Gesundheitszustand, zur psychischen Befindlichkeit (BSI), POMS und die Skala interpersoneller Unterstützungsbeurteilung (ISEL).

Untersucht wurden im Rahmen einer **Querschnittsstudie** insgesamt 117 Patienten der Dermatologischen Abteilung des Universitätskrankenhauses Eppendorf entweder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes oder während der Nachsorge in der dortigen Ambulanz per Fragebogen. Der Kontakt zu den Patienten wurde hergestellt über die Vermittlung des pflegerischen und ärztlichen Personals der jeweiligen Stationen, so daß die Rücklaufquote sehr hoch war. Es ist jedoch nicht auszuschließen, daß durch die Art der Kontaktaufnahme bereits eine positive Selektion der ohnehin kleinen Stichprobe hinsichtlich Aspekten wie psychischer Belastbarkeit oder kommunikativer Kompetenz stattgefunden haben könnte. Die Patienten wurden persönlich angesprochen, ob sie mit

einer Teilnahme an der Untersuchung einverstanden wären und erhielten dann den auszufüllenden Fragebogen.

Über die Hälfte der **Stichprobe** waren weiblichen Geschlechts (56%). Das durchschnittliche Lebensalter betrug zum Zeitpunkt der Befragung 57 Jahre, der überwiegende Teil war verheiratet (85%). Bezüglich der Krankheitsdaten war die Stichprobe relativ einheitlich: mehr als die Hälfte (59%) befanden sich im Krankheitsstadium I. Nur wenige Patienten befanden sich in fortgeschrittenen Stadien (Stadium III: 13,6%, Stadium IV: 0,9%). Mit 98,7% war dementsprechend der Karnofsky-Index recht hoch, was eine fast normale Funktion im Alltag ohne wesentliche Einschränkungen durch Krankheit bedeutet. Glaubenszugehörigkeit bestand entweder für die protestantische oder katholische Kirche. 65,9% der Patienten gaben an, einer bestimmten Glaubensgemeinschaft anzugehören, überwiegend der protestantischen Kirche (54%).

Bei der Überprüfung des Fragebogens unter **forschungsmethodischen Gesichtspunkten** konnte die faktorielle Struktur des Originalinstruments mit der Einteilung in vier Subskalen nicht repliziert werden. Bei einer 4-Faktoren Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation erfaßte Faktor I 53,8%, Faktor II nur noch 5,5%, Faktor III 4,1% und Faktor IV 3,3% der Gesamtvarianz. Dabei waren die internen Konsistenzen der ersten drei Faktoren sehr hoch mit Cronbachs- α =.98, .94 und .93. Daß die interne Konsistenz des vierten Faktors mit Cronbachs- α =.56 unzureichend war könnte durch dessen Kürze (3 Items) begründet sein. Für die nachfolgenden Analysen wurden trotzdem diese vier Skalen zugrunde gelegt, um eine Vergleichbarkeit mit der amerikanischen Erhebung zu gewährleisten.

In **inhaltlicher Hinsicht** wurde ein positiver Zusammenhang zwischen soziodemografischen Variablen und Religiosität für das Lebensalter und den Ausbildungsstand gefunden. Das Alter und die Variablen „Religiöse Praktiken und Rituale“ und „Beziehung zu einem höheren Wesen“ korrelieren signifikant, in dem Sinne, daß ältere Menschen mit zunehmendem Lebensalter vermehrt religiöse Rituale praktizieren und eine intensivere Beziehung zu Gott als höherem Wesen unterhalten.. Patienten mit mittleren Schulabschluß (Handels- oder Realschulabschluß, höherer Fachschulabschluß oder Abitur) erzielten höhere Werte auf allen Subskalen des Fragebogens zur Erfassung

religiöser Einstellungen. Daraus läßt sich folgern, daß Menschen mit entweder niedrigem oder sehr hohem Ausbildungsniveau weniger religiös zu sein scheinen. Kein Zusammenhang konnte für die Variablen Geschlechtszugehörigkeit, Familienstand, Tumorstadium und Religiosität festgestellt werden.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs gesundheitlicher und psychometrischer Variablen zeigte sich eine hoch signifikante Korrelation für die **Anwendung eines aktiv-kognitiven Bewältigungsstils** in Bezug auf alle vier Skalen religiöser Einstellungen. Für einen aktiv-behavioralen Stil bestand ein signifikanter Zusammenhang nur noch mit der Variable „Lebensperspektive“. Keine Abhängigkeiten ergaben sich für den Zusammenhang zwischen dem Umgang mit Krankheit und dem Tumorstadium. Ebenfalls ohne Korrelation zu den religiösen Einstellungen war der Gesundheitszustand (SF-36), die Stimmungslage (POMS), die psychischen Befindlichkeit (BSI) oder die interpersonelle Unterstützung (ISEL).

Es läßt sich folgern, daß Menschen, die in hohem Maße auf religiöse oder spirituelle Werte zurückgreifen, häufig ein aktives Bewältigungsverhalten aufweisen, insbesondere ein aktiv-kognitiver Stil scheint mit hoher Religiosität einherzugehen. Ein aktiv-kognitiver Bewältigungsstil ist durch die Akzeptanz des Patienten seiner Erkrankung definiert und dem Versuch, deren Auswirkungen als positiv und sinnvoll zu betrachten (Fawzy et al., 1990), also eine kognitive Umbewertung der Situation vorzunehmen ohne dabei die Wirklichkeit zu verändern. In diesem Sinne widerspricht das Ergebnis einigen theoretischen Konzepten, die Religion als passiv-regressives Phänomen betrachten (Ellis, 1981). Religiöser Glaube könnte als individuelle Ressource benutzt werden, um die mit einer Krankheit einhergehenden Belastungen neu zu bewerten und in einen übergeordneten Sinnzusammenhang einzuordnen.

In der **amerikanischen Untersuchung von Holland et al.** waren die höheren Krankheitsstadien mit mehr Patienten vertreten (Stadium I: 32%, II: 28%, III: 21%, IV: 19%). Der mittlere Karnofsky-Index lag allerdings ebenfalls bei 97% und variierte nicht für die verschiedenen Krankheitsstadien, was eine beinahe normale Funktionsfähigkeit im Alltag bedeutet. In der Frage der Religionszugehörigkeiten waren mehr verschiedene Religionen vertreten (Katholiken, Juden, Protestanten, Agnostiker Atheisten, Muslime), was durchaus die gesellschaftliche Situation in den USA repräsentiert. Die Studienteilnehmer waren eher gut ausgebildet.

Das Bildungsniveau und die Subskalen des SBI waren negativ korreliert. Ebenso wie in unserer Studie wurde ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen einem aktiv-kognitiven Bewältigungsstil und allen Skalen des SBI nachgewiesen mit einer noch höheren Korrelation ($r=0.46$, $p<0,0001$). Patienten in fortgeschritteneren Krankheitsstadien erfuhren mehr soziale Unterstützung.

Im Hinblick auf **künftige Forschungsvorhaben** sollten größere Stichproben angestrebt werden, um zu präziseren und valideren Ergebnissen zu gelangen. In ihrer Zusammensetzung sollten sie bezüglich Krankheitsstadien, körperlichen Einschränkungen und sozialer Funktionsfähigkeit möglichst heterogener sein, da nur so Aussagen möglich sein werden, ob diese Faktoren die Art der Bewältigungsstrategien wirklich beeinflussen. Auch eine breitere Streuung hinsichtlich des Ausbildungsstands der befragten Personen wäre wünschenswert.

7 Zusammenfassung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um die Anwendung eines in den USA entwickelten Fragebogens zur Erfassung religiöser Einstellungen auf ein deutsches Patientenkollektiv mit der Diagnose eines Malignen Melanoms. Angesichts der wenigen Studien zur Rolle religiöser Faktoren bei der Krankheitsbewältigung sollte das Ziel verfolgt werden, Religiosität als persönliche Ressource quantitativ zu beschreiben und in den Kontext der bestehenden Copingforschung einzuordnen. Die untersuchten Teilaspekte waren die von Holland et al. beschriebenen Subskalen allgemeine Lebensperspektive, Umsetzung religiöser Praktiken und Rituale, soziale Unterstützung durch Mitglieder der Glaubensgemeinschaft sowie die Beziehung zu Gott als höherem Wesen.

Der übersetzte Fragebogen wurde unter forschungsmethodischen Gesichtspunkten überprüft, wobei die faktorielle Struktur des Originalinstruments mit der von Holland et al. gefundenen Unterteilung in vier Subskalen nicht repliziert werden konnte. Die internen Konsistenzen der Faktoren I bis III waren bei einer Einteilung in vier Subskalen mit Cronbachs- α =.98, .94 und .93 sehr hoch. Während die interne Konsistenz von Faktor IV mit Cronbachs- α =.56 nur unzureichend ist. Dieses könnte allerdings in der Kürze des Instruments mit nur drei Items begründet sein.

Bei den soziodemografischen Variablen zeigte sich ein Zusammenhang sowohl zwischen dem Ausbildungsstand als auch zwischen dem Lebensalter und den religiösen Einstellungen, in dem Sinne, daß die befragten Melanompatienten mit zunehmendem Alter sowohl vermehrt religiöse Rituale praktizieren als auch eine engere Beziehung zu Gott als höherem Wesen haben. Während zwischen Tumorstadium, Geschlechtszugehörigkeit, Familienstand und Religiosität kein Zusammenhang festzustellen war.

Eine hochsignifikante Korrelation konnte gezeigt werden zwischen einem aktiv-kognitiven Bewältigungsstil und allen vier Subskalen des Fragebogens zur Erfassung religiöser Einstellungen. Während für einen aktiv-behavioralen Stil dieser Zusammenhang nur für die Skala Lebensperspektive zutrifft. Als unabhängig von der Religiosität erwiesen sich die Variablen des Gesundheitszustands (SF-36), der Stimmungslage (POMS), der psychischen Befindlichkeit (BSI) und die soziale Unterstützung (ISEL).

8 Literaturverzeichnis

- Allport, G.W., Ross, J.M.** (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4):432-443.
- American Joint Committee on Cancer** (1992). Malignant Melanoma of the skin. American Joint Committee on Cancer Manual for Staging of cancer. 4th ed. (Beahrs, , O.H., Henson, D.E., Hutter, R.V.P., et al., Eds). JB Lippincott, Philadelphia, 143-148.
- Antonovsky, A.** (1987). *Unraveling the mystery of health*. Jossey Bass, London.
- Bergin, A.E.** (1991). Values and religious issues in Psychotherapy and mental Health. *American Psychologist*, 46:394-403.
- Bergin, A.E.** (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(2):170-184.
- Billings, A.G., Moos, K.** (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life-events. *J. Behav. Med.* 4, 139-157.
- Boos-Nünning, U.** (1972). Dimensionen der Religiosität.
- Bullinger, M., Kirchberger, I.** (1998). Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe Verlag
- Caplan, G.** (1981). Mastery of Stress. *American Journal of Psychiatry* 138, 413-420.
- Clark, W.H.Jr, From, L., Bernardino, E.A., Mihm, M.C.** (1969). The histogenesis and biologic behaviour of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Research* 29, 705-727.
- Cohen, S., Mermelstein, R.J., Kamarck, T., et al.** (1985). Measuring the fundamental components of social support. *Social Support: Theory, Research and Applications*, I.G. Sarason and B. Sarason, eds.
- Cohen, S., Wills, T.A.** (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 98, 310-357.
- Derogatis, L.R.** (1983). SCL-90 administration, scoring and procedures manual-1 for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Copyrighted manuscript, Baltimore. *Psychology*, 48:635-639.
- Ellis, A.** (1981). Science, religiosity and rational emotive psychology. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 155-158.
- Ellison, C.W., Paloutzian, R.F.** (1982). The Spiritual Well-Being Scale. *Life Advance*,

Nyack, N.Y.

- EMNID** (1997). Was glauben die Deutschen? Emnid Institut für Meinungsforschung, Bielefeld.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., et al.** (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I.Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch. Gen. Psychiatry* 47, 720-735.
- Felton B.J., Revenson, T.A., Hinrichsen, G.A.** (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science Medicine*, 18:889-898.
- Folkman, S., Lazarus, R.S.** (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health Soc. Behav.* 21:219-39.
- Folkman, S.** (1984). Personal control and stress and coping processes:A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 46:839-52.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R.J.** (1986). dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5): 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R.S.** (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3): 466-475.
- Folkman, S.** (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207-21.
- Franke, G.H.** (1995). Deutsche Version des Brief-Symptom-Inventory. Hogrefe-Verlag.
- Freud, S.** (1964-68). *Gesammelte Werke*, 18(7), 129-139.
- Garbe, C., Büttner, Bertz, J., et al.** (1995). Das Zentralregister Malignes Melanom der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in den Jahren 1983-1993. Epidemiologische Entwicklungen und aktuelle therapeutische Versorgung des Malignen Melanoms der aut. *Hautarzt* 46, 683-692.
- Gartner, J.** (1996). Religious commitment, mental health, and prosocial behaviour: A review of the empirical literature. In: E.P. Shafranske: Religion and the clinical practice of Psychology, 187-214.
- Gibbs, H.W., Achterberg-Lawlis, J.** (1978). Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 563-569.
- Holland, J., Kash, K.M., Passik, S., et al.** (1998). A brief spiritual beliefs inventory for

use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology* 7, 460-469.

- Holland, J.C., Passik, S., Kash, K.M., Russak, S.M., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Fox, B., Baider, L.** (1999). The Role of Religious and Spiritual Beliefs in Coping with Malignant Melanoma. *Psycho-Oncology* 8: 14-26.
- Jenkins, R.A., Pargament, K.I.** (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer.
- Jenkins, R.A., Pargament, K.I.** (1988). Cognitive appraisals in cancer patients. *Social Science & Medicine* 26(6): 625-633.
- Kash, K.M., Holland, J., Passik, S.D., et al.** (1995). The Systems of Belief Inventory (SBI): a scale to measure spiritual and religious beliefs in quality of life and coping research. *Psychosom. Med.* 57,62.
- Larson, D.B., Pattison, E.M., Blazer, D.G., Omran, A.R., Kaplan, B.H.** (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *Am. J. of Psychiatry*, 143, 329-334.
- Lazarus, R.S., Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Lazarus, R.S.** (1993). Coping theory and research: Past, Present, and future. *Psychosomatic Medicine* 55: 234-247.
- McNair, D.M., Lorr, M., Droppleman, L.F.** (1971). *Manual-Profile of Moods States*. Educational and Industrial Testing Service, San Diego.
- Mihm, M.C.Jr, Clark, W.H., From, L.** (1971). The clinical diagnosis, classification and histogenetic concepts of the early stages of cutaneous malignant melanomas. *N. Engl. J. Med.* 284, 1078-1082.
- Pargament, K.I., Kenneth, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., Jones, W.** (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of religion*, 27, S. 90-104.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitisma, K., Warren, R.** (1990). God help me: Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6): 793-824.
- Pargament, K.I.** (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In E.P. Shafranske: *Religion and the clinical Practice of Psychology*, 215-240.

- Pearlin, L.I., Schooler, C.** (1978). The structure of coping. *J. Health Soc. Behav.* 19:20-21.
- Rowland, J.** (1989). Intrapersonal resources: Coping. In J.C. Holland and J.H. Rowland (eds), *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 44-57.
- Shafranske, E.P.** (1996). Introduction: Foundation for the consideration of religion in the clinical practice of psychology. In: E.P. Shafranske: *Religion and the clinical Practice of Psychology*, 1-20.
- Spilka, B., Hood, R.W., Gorsuch, R.L.** (1985). *The psychology of religion: An empirical approach*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
- Sterry, W., Merk, H.** (1987). Malignes Melanom, Stadieneinteilung und Prognose. In: *Checkliste Dermatologie und Venerologie*, Thieme Verlag, S. 428ff.
- Stewart, A.L., Greenfield, S., Hays, R.D., et al.** (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcome Study. *J. Am. Med. Assoc.* 262, 907-913.
- Taylor, S.E.** (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *Am. Psychol.* 38: 1161-73.
- Weisman, A.D. and Worden, J.W.** (1976-1977). The existential plight of cancer: Significance of the first 100 days. *Int. J. Psychiatry Med.* 7:1-15.
- White, R.W.** (1974). Strategies of Adaptation: An Attempt at systematic Description. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, und J.E. Adams (eds), *Coping and Adaptation*. New York: Basic Books: 47-48.

9 Anhang

9.1 Fragebögen

9.1.2 Anschreiben

Liebe Patienten,

Wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit bei einer Fragebogen-Untersuchung, in der es darum geht, wie Menschen mit Ihrer Krankheit zurechtkommen.

Für manche Menschen spielt Religion eine wichtige Rolle, für andere ist sie wiederum bedeutungslos. Wir bitten Sie, den Fragebogen auf jeden Fall auszufüllen, auch wenn einige der Fragen auf Sie persönlich eher nicht zutreffen sollten, damit wir uns ein vollständiges Bild machen und die gewonnenen Informationen auswerten können. Deshalb ist es wichtig, daß Sie keine Frage auslassen.

Es ist unsere Absicht, die persönliche Situation unserer Patienten besser zu verstehen, um sie in Behandlung und Nachsorge besser unterstützen zu können. Dabei konzentrieren wir uns auf die Frage, welche Rolle Religion und Religiosität bei der Krankheitsverarbeitung von Patienten mit Malignen Melanomen spielen. Deswegen werden Sie viele Fragen zu Ihrer religiösen Einstellung finden.

Um einen wirklichen Eindruck von den Sorgen und Problemen unserer Patienten zu bekommen, ist es unumgänglich, auch teilweise sehr persönliche Fragen zu stellen. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen und bedenken Sie, daß alles, was Sie uns mitteilen, streng vertraulich behandelt wird und anonym bleibt. Das gilt selbstverständlich auch Ihrem Behandelnden Arzt gegenüber.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einwilligung

Ich habe die Beschreibung der Untersuchung „**Die Rolle religiöser Glaubensinhalte bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome**“ gelesen und verstanden.

Ich bin damit einverstanden, daß die aus meinem Fragebogen gewonnenen Informationen ausgewertet werden dürfen.

Name: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, eventuell später nochmals um meine Mitarbeit an einer weiterführenden Studie gebeten zu werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Falls Sie einverstanden sind, benötigen wir Ihren Namen und Ihre Anschrift.

FRAGEBOGEN ZU SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN

Datum: _/_/

- 1.) **Patient:** _____ Med. Bericht: _____
- 2.) **Alter:** _/_/
- 3.) **Geschlecht:** 1. männlich
 2. weiblich
- 4.) **Familienstand:** 1. ledig
 2. verheiratet
 3. geschieden
 4. getrennt
 5. verwitwet
- 5.) **Schulbildung:** 1. Volks- oder Hauptschule
 2. Handels- oder Realschule
 3. höhere Fachschule
 4. Abitur
 5. Fachhochschule
 6. Universität
- 6.) **Beruf:** 1. Arbeiter
 2. Facharbeiter
 3. Angestellter oder Beamter mit ausführender Tätigkeit
 4. Angestellter oder Beamter mit leitender Tätigkeit
 5. Selbständiger
 6. freier Beruf, führender Selbständiger

- 7.) **Karnofsky** 100 normale Aktivität, keine Beschwerden, kein Hinweis für Tumorleiden
 :
 90 geringfügig verminderte Aktivität und Belastbarkeit
 80 normale Aktivität nur mit Anstrengung, deutlich verringert Aktivität
 70 Unfähigkeit zu normaler Aktivität, versorgt sich aber selbst
 60 gelegentliche Hilfe erforderlich, versorgt sich noch weitgehend selbst
 50 ständige Unterstützung und Pflege, häufige ärztliche Hilfe erforderlich
 40 überwiegend bettlägerig, spezielle Hilfe erforderlich
 30 dauernd bettlägerig, geschulte Pflegekraft notwendig
 20 schwerkrank, Hospitalisierung, aktive supportive Therapie
 10 moribund

8.) **Melanomstadieneinteilung nach „American Joint Committee on Cancer“**

Stadium	Kriterien	
<input type="checkbox"/> I A	nur Primärtumor, Dicke $\leq 0,75$ mm, oder Invasionslevel II	T1N0M0
<input type="checkbox"/> I B	nur Primärtumor, Dicke $0,76 - 1,5$ mm, oder Invasionslevel III	T2N0M0
<input type="checkbox"/> II A	nur Primärtumor, Dicke $1,5 - 4,0$ mm, oder Invasionslevel IV	T3N0M0
<input type="checkbox"/> II B	nur Primärtumor, Dicke > 4 mm, oder Invasionslevel V	T4N0M0
<input type="checkbox"/> IIIA	Satelliten-Metastasen innerhalb von 2 cm zum Primärtumor (bzw. Lokalrezidiv) oder in-transit-Metastasen vor der regionären Lymphknotenstation, keine Lymphknoten- oder Fernmetastasen	N0M0
<input type="checkbox"/> IIIB	jeder Primärtumor mit Zeichen des regionären Lymphknotenbefalls ohne Fernmetastasen	N1/2M0
<input type="checkbox"/> IV	jeder Primärtumor mit Fernmetastasierung	M1

9.) **Datum der histologischen Diagnose eines Malignen Melanoms:** ___/___/___/

10.) **Lokalisation des Malignen Melanoms:**

- 1. Kopf
- 2. Brust
- 3. Schultern
- 4. Bauch
- 5. Rücken
- 6. obere Extremitäten
- 7. untere Extremitäten

11.) Ist bei dem Patienten eine Exzision weit im Gesunden durchgeführt worden?

- 1. ja
- 2. nein

12.) Ist bei dem Patienten eine Spalthauttransplantation durchgeführt worden?

- 1. ja
- 2. nein

13.) Sind bei dem Patienten Lymphknoten entfernt worden?

- 1. ja
- 2. nein

14.) Ist bei dem Patienten eine Amputation durchgeführt worden?

- 1. ja
- 2. nein

Falls ja: welche? _____

15.) Gab es Rezidive?

- 1. ja
- 2. nein

16.) Gibt es in der Familienanamnese Fälle von Malignen Melanomen?

- 1. ja
- 2. nein

Falls ja: in welchem

Verwandtschaftsgrad? _____

17.) Krebsfälle in der Familienanamnese?

1. ja 2. nein

Falls ja: welcher Art, welches Familienverhältnis?

18.) Hat der Patient eine weitere Krebsdiagnose?

1. ja 2. nein

Falls ja: welche? _____

19.) Hat der Patient andere Krankheiten?

1. ja 2. nein

Falls ja: welche? _____

20.) Hat man Ihnen als Kind beigebracht, bestimmte religiöse Praktiken auszuüben?

1. gar nicht
 2. wenige
 3. einige
 4. oft
 5. regelmäßig

21.) Übte Ihre Familie Praktiken einer Religion oder einer anderen spirituellen Richtung aus?

1. gar nicht
 2. wenige
 3. einige
 4. oft
 5. regelmäßig

- 22.) Halten Mitglieder Ihres Haushalts sich für:
- 1. katholisch
 - 2. protestantisch
 - 3. Anhänger anderer Glaubensrichtung, welcher? _____
 - 4. Anhänger gemischter Glaubensrichtung
 - 5. keine religiöse Überzeugung
 - 6. überzeugte Nichtgläubige
- 23.) Haben sich Ihre religiösen Praktiken seit Ihrer Kindheit verändert?
- 1. nein, gar nicht
 - 2. wenig
 - 3. etwas
 - 4. ja, sehr
- 24.) Hat sich Ihr religiöses Engagement seit Ihrer Kindheit verstärkt?
- 1. nein, gar nicht
 - 2. wenig
 - 3. etwas
 - 4. ja, sehr
- 25.) Falls ja, warum?
- 1. religiöse „Umkehr“
 - 2. Heirat mit einem/r Angehörigen einer anderen Religion
 - 3. andere Gründe, welche? _____
- 26.) Hat sich Ihr religiöses Engagement verringert?
- 1. nein, gar nicht
 - 2. wenig
 - 3. etwas
 - 4. ja, sehr
 - 5. völlig

27.) Falls ja, warum?

- 1. religiöse „Umkehr“
- 2. Heirat mit einem/r Angehörigen einer anderen Religion
- 3. örtliche oder praktische Einschränkungen
- 4. kein wichtiger Grund
- 5. andere Gründe, welche? _____

28.) Haben Sie Ihre Glaubenszugehörigkeit verändert?

- 1. ja
- 2. nein

29.) Falls ja, warum?

- 1. religiöse „Umkehr“
- 2. Heirat mit einem/r Angehörigen einer anderen Religion
- 3. örtliche oder praktische Einschränkungen
- 4. kein wichtiger Grund
- 5. andere Gründe, welche? _____

30.) Halten Sie sich selber für:

- 1. katholisch
- 2. protestantisch
- 3. Angehöriger einer anderen Glaubensrichtung, welcher? _____
- 4. keiner Glaubensrichtung angehörend
- 5. überzeugter Nichtgläubiger

FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG VON RELIGIÖSEN EINSTELLUNGEN

Nachfolgend 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.

01. Ich könnte mich auf jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft verlassen, falls ich jemanden bräuchte, der mich zum Arzt oder ins Krankenhaus bringt.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

02. Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

03. Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

04. Ich habe durch meine Gebete oder Meditationen Hoffnung erfahren.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

05. Ich habe das sichere Gefühl, daß Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

06. Ich glaube an irgendeine Art von Himmel.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

07. Ich glaube an irgendeine Art von Leben nach dem Tod.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

08. In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

09. In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

10. In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube geschwächt worden.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

11. Ich glaube, daß Gott Gebete erhört.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

12. Ich habe meine persönliche Art und Weise zu beten oder zu meditieren.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

13. Ich setze spezifische religiöse Praktiken, wie z.B. Essen bestimmter Nahrung oder Fasten, in meinem Alltag um.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

14. Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

15. Ich kann meine Glaubensinhalte mit anderen Menschen teilen.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

16. Im Rahmen meiner religiösen Praktiken lese ich Bücher über meinen Glauben, wie z.B. die Bibel.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

17. Ich denke ernsthaft über den Sinn des Lebens nach.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

18. Ich habe als Resultat meines Glaubens ein Gefühl der Kontrolle über mein Leben erfahren.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

19. Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zureden, die meinen Glauben teilen.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

20. Krankheit hat eine Bedeutung.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

21. Wenn ich krank bin, bitte ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft um Hilfe.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

- 22. Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich mit Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 23. Ich halte mich selber für ein folgsames Mitglied meiner Glaubensrichtung.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 24. Ich habe das Gefühl, daß es einzelne Menschen in meiner Glaubensgemeinschaft gibt, denen ich meine persönlichen Sorgen und Ängste mitteilen kann.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 25. Es gibt einen Sinn und eine Bedeutung des Lebens.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 26. Ich habe durch meine Gebete oder Meditationen innere Ruhe gefunden.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 27. In Zeiten von Krankheit habe ich gebetet oder meditiert.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 28. Ich glaube an eine Macht, die größer ist als die menschliche.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 29. Ich folge den Gebetsanleitungen meiner Religion.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

- 30. Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen für Gottes Mißfallen sein könnte.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 31. Ich glaube, daß Krankheit ein Zeichen dafür sein könnte, daß Gott meine Stärke oder meinen Glauben prüft.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 32. Ich habe als Resultat meines Glaubens innere Ruhe erfahren.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 33. Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 34. Ich besuche den Gottesdienst meiner Glaubensrichtung.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 35. Gebete oder Meditation helfen mir.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 36. Das Gefühl der Zugehörigkeit hilft mir, mit meiner Diagnose zurechtzukommen.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

37. Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

38. Das Leben und der Tod der Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

39. Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

40. Ich suche den Leiter meiner Glaubensgemeinschaft auf, wenn ich Hilfe oder Beratung brauche.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

41. Ich glaube, daß Gott mich vor Schaden schützt.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

42. Mein Glaube ist eine Quelle der Hoffnung.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

43. Ich glaube so an Gott wie meine Religion es lehrt.

0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

- 44. Wenn ich bete, bete ich um zu danken.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 45. Ich glaube an Gott als ein Wesen, zu dem ich sprechen kann.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 46. Ich halte kirchliche Ferien oder religiöse Feiertage ein.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 Trifft ganz zu
- 47. Ich halte mich selber für einen spirituellen Menschen.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 48. Im Falle einer Familienkrise wären einige meiner Freunde, die meinen Glauben teilen, in der Lage, mich gut zu beraten wie ich damit umgehen soll.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 49. Ich glaube, daß Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 50. Religiöse oder spirituelle Glaubensinhalte sind ein Teil meines Lebens.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 51. Ich glaube, daß Gott Wunder vollbringt.**
 0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu

- 52. Das Gefühl, einer religiösen oder spirituellen Gruppe anzugehören, verleiht mir Kraft.**
0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 53. Ich glaube, daß bestimmte Bücher Gottes Worte sind.**
0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 54. Der Leiter meiner Glaubensgemeinschaft ist ein Vertreter Gottes.**
0 trifft überhaupt nicht zu 1 trifft eher nicht zu 2 trifft eher zu 3 trifft ganz zu
- 55. Welche Worte würden Sie selber benutzen, um die in diesen Fragen dargestellten Dinge zu beschreiben?**
- 56. Was haben wir vergessen zu fragen, von dem Sie denken, daß es wichtig sei?**
- 57. Haben Sie weitere Ideen, die Sie uns mitteilen möchten, um uns dabei zu helfen, diese Fragen weiterzuentwickeln?**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

LEBENSVERÄNDERUNGEN

Kreuzen Sie bitte an, ob es in Ihrem Leben während der vergangenen 6 Monate Veränderungen in bezug auf die folgenden Fragen gegeben hat. Falls Sie mit JA antworten, bewerten Sie bitte die Gesamtauswirkungen dieser Veränderung anhand der folgenden Skala. Die Zahl -3 steht für sehr negative Auswirkungen

0 steht für keine Auswirkungen

+3 steht für sehr positive Auswirkungen

1. Gab es in Ihrem Leben während der letzten 6 Monate finanzielle Veränderungen?

ja/nein

Falls ja, welche Zahl beschreibt das Ausmaß am besten?

sehr negativ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 sehr positiv

2. Gab es in Ihrem Leben während der letzten 6 Monate gesundheitliche Veränderungen?

ja/nein

Falls ja, welche Zahl beschreibt das Ausmaß am besten?

sehr negativ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 sehr positiv

3. Gab es in Ihrem Leben während der letzten 6 Monate Veränderungen hinsichtlich Ihrer Arbeit?

ja/nein

Falls ja, welche Zahl beschreibt das Ausmaß am besten?

sehr negativ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 sehr positiv

4. Gab es in Ihrem Leben während der letzten 6 Monate familiäre Veränderungen?

ja/nein

Falls ja, welche Zahl beschreibt das Ausmaß am besten?

sehr negativ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 sehr positiv

5. Gab es in Ihrem Leben während der letzten 6 Monate eheliche Veränderungen?

ja/nein

Falls ja, welche Zahl beschreibt das Ausmaß am besten?

sehr negativ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 sehr positiv

KOMMENTARE ZU MALIGNEN MELANOMEN

Bearbeitungshinweise:

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Menschen über anstrengende Ereignisse in ihrem Leben gemacht haben. Bitte kreuzen Sie neben den Aussagen an, wie häufig diese Aussagen für Sie **während der letzten 7 Tage bezüglich Maligner Melanome** zutrafen. Falls eine der Aussagen für diesen Zeitraum überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte die „0“ in der „überhaupt nicht“ Spalte an.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1.) Ich dachte darüber nach, selbst wenn ich es nicht wollte.	0	1	3	5
2.) Ich versuchte, nicht die Fassung zu verlieren, wenn ich darüber nachdachte oder daran erinnert wurde.	0	1	3	5
3.) Ich bemühte mich, es aus meinem Gedächtnis zu streichen.	0	1	3	5
4.) Ich konnte schlecht einschlafen oder durchschlafen, weil mir Bilder oder Gedanken durch den Kopf gingen.	0	1	3	5
5.) Ich hatte Phasen starker Gefühle dazu.	0	1	3	5
6.) Ich träumte davon.	0	1	3	5
7.) Ich mied Dinge, die mich daran erinnerten.	0	1	3	5
8.) Ich hatte das Gefühl, als ob es nicht passiert wäre oder nicht wahr sei.	0	1	3	5
9.) Ich versuchte, nicht darüber zu reden.	0	1	3	5
10.) Bilder dazu schossen mir durch den Kopf.	0	1	3	5
11.) Andere Dinge veranlaßten mich dauernd, daran zu denken.	0	1	3	5

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
12.) Mir war Klar, daß ich immer noch viele Gefühle dazu hatte, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	0	1	3	5
13.) Ich versuchte, nicht daran zu denken.	0	1	3	5
14.) Bei jeder Gelegenheit erinnerte ich mich daran.	0	1	3	5
15.) Meine Gefühle dazu waren wie betäubt.	0	1	3	5

UMGANG MIT KRANKHEIT

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Dingen, die manche Menschen tun, um mit den Problemen in ihrem Leben zurechtzukommen. Welche dieser Verhaltensweisen haben Sie angewandt, um mit Ihrer Krankheit umzugehen?

	nie	kaum	manchmal	oft	immer
1.) Ich versuchte, mich darüber nicht aufzuregen oder mir Sorgen darüber zu machen.	1	2	3	4	5
2.) Ich versuchte, andere nicht merken zu lassen, wie ich mich fühlte.	1	2	3	4	5
3.) Ich betete viel für einen guten Ausgang der Situation.	1	2	3	4	5
4.) Ich habe mich mit den jeweils anliegenden Problemen beschäftigt.	1	2	3	4	5
5.) Ich ging öfter aus.	1	2	3	4	5
6.) Da man nichts tun konnte, akzeptierte ich die Situation.	1	2	3	4	5
7.) Ich sprach nur, um darüber reden zu können mit Leuten.	1	2	3	4	5
8.) Ich dachte an die positiven Veränderungen in mir seit ich krank war.	1	2	3	4	5
9.) Ich fragte einen Freund oder einen Fachmann um Rat, wie man die Dinge in dieser Situation ändern könne.	1	2	3	4	5
10.) Ich mied Gesellschaft.	1	2	3	4	5
11.) Ich versuchte jemanden, wie z.B. einen Arzt, dazu zu bringen, etwas daran zu ändern.	1	2	3	4	5
12.) Ich nahm mehr Vitamine und gesundes Essen zu mir.	1	2	3	4	5
13.) Ich lehnte es ab, darüber nachzudenken.	1	2	3	4	5

	nie	kaum	manchmal	oft	immer
14.) Ich besuchte einen Freund oder einen Fachmann, der mir helfen sollte, mich besser zu fühlen.	1	2	3	4	5
15.) In meinem Kopf legte ich mir einen Handlungsplan zurecht.	1	2	3	4	5
16.) Ich dachte mehr über den Sinn des Lebens nach.	1	2	3	4	5
17.) Ich vertraute meinem Glauben an Gott.	1	2	3	4	5
18.) Ich sprach mit anderen Menschen, die in der gleichen Situation waren.	1	2	3	4	5
19.) Ich bereitete mich auf das schlimmste vor.	1	2	3	4	5
20.) Ich wendete mich meiner Arbeit oder anderen Aktivitäten zu, um es aus meinen Gedanken zu verbannen.	1	2	3	4	5
21.) Ich genoß die alltäglichen Dinge mehr als ich es vorher getan hatte.	1	2	3	4	5
22.) Ich entwickelte mich persönlich weiter.	1	2	3	4	5
23.) Ich machte mehr Sport.	1	2	3	4	5
Ich versuchte, die Anspannung zu lindern, indem ich:					
24.) mehr als gewöhnlich trank.	1	2	3	4	5
25.) mehr als gewöhnlich aß.	1	2	3	4	5
26.) mehr als gewöhnlich rauchte.	1	2	3	4	5
27.) mehr Beruhigungsmittel als gewöhnlich nahm.	1	2	3	4	5
28.) mehr als gewöhnlich schlief.	1	2	3	4	5
29.) Ich versuchte, einige der Probleme, die meine Krankheit mit sich brachte, zu lösen.	1	2	3	4	5
30.) Ich war darauf angewiesen, daß andere mich aufheiterten und mir halfen, mich besser zu fühlen.	1	2	3	4	5
31.) Ich benutzte Methoden wie Meditation, Selbsthypnose und Vorstellungskraft.	1	2	3	4	5

	nie	kaum	manchmal	oft	immer
32.) Ich beteiligte mich an politischen Aktivitäten in Bereichen, die meine Krankheit betrafen.	1	2	3	4	5
33.) Ich befriedigte mich verstärkt selber.	1	2	3	4	5
34.) Ich versuchte zu verstehen, was meine Krankheit ausgelöst hatte.	1	2	3	4	5
35.) Ich machte Witze darüber und lehnte es ab, mich allzu ernsthaft damit zu beschäftigen.	1	2	3	4	5
36.) Ich hatte einen festen Standpunkt und kämpfte für das, was ich wollte oder brauchte.	1	2	3	4	5
37.) Ich versuchte zu verstehen, wie andere Menschen in dieser Situation dachten oder fühlten.	1	2	3	4	5
38.) Ich weinte, schrie oder lachte mehr um meine Gefühle auszudrücken.	1	2	3	4	5
39.) Ich versuchte, mehr über meine Krankheit herauszufinden.	1	2	3	4	5
40.) Ich glaubte, daß sich mit der Zeit etwas verändern würde, und daß es das beste wäre abzuwarten.	1	2	3	4	5
41.) In meinem Kopf durchdachte ich die Situation immer wieder.	1	2	3	4	5
42.) Ich hatte Tagträume von besseren Zeiten.	1	2	3	4	5
43.) Ich dachte darüber nach, wie ich Dinge anders hätte machen können.	1	2	3	4	5
44.) Ich hatte mehr sexuellen Kontakt.	1	2	3	4	5
45.) Ich vertraute meinen Ärzten, daß sie die beste Behandlung für mich wußten.	1	2	3	4	5
46.) Ich dachte viel darüber nach, was wirklich wichtig in meinem Leben ist.	1	2	3	4	5
47.) Ich bemühte mich, ein Abkommen oder einen Kompromiß zu erreichen, um die Dinge zu ändern.	1	2	3	4	5

- | | nie | kaum | manchm | oft | immer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|
| | | | al | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48.) Ich kaufte mir etwas oder tat etwas Besonderes für mich selbst. | | | | | |
| 49.) Kennen Sie jemanden, der Ihre Krankheit hat? | <input type="checkbox"/> | 1. ja | | <input type="checkbox"/> | 2. nein |
| 50.) In welchem Verhältnis stehen/ standen Sie zu dieser Person? | | | | | |
| Ehegatte/in | | <input type="checkbox"/> | 1 | | |
| enge/r Freund/in | | <input type="checkbox"/> | 2 | | |
| Bekannte/r | | <input type="checkbox"/> | 3 | | |
| Verwandte/r | | <input type="checkbox"/> | 4 | | |
| Freund/in | | <input type="checkbox"/> | 5 | | |
| andere | | <input type="checkbox"/> | 6 | | |
| 51.) Wie gut kommen Sie Ihrer eigenen Einschätzung nach mit Ihrer Krankheit zurecht im Vergleich zu ihr/ihm? | | | | | |
| viel besser | | <input type="checkbox"/> | 1 | | |
| besser | | <input type="checkbox"/> | 2 | | |
| genauso | | <input type="checkbox"/> | 3 | | |
| schlechter | | <input type="checkbox"/> | 4 | | |
| viel schlechter | | <input type="checkbox"/> | 5 | | |
| 52.) Wenn Sie sich selber mit den meisten anderen Menschen vergleichen, die das gleiche durchmachen mußten wie Sie jetzt, wie gut kommen Sie Ihrer eigenen Einschätzung nach mit Ihrer Krankheit und deren Behandlung zurecht ? | | | | | |
| viel besser | | <input type="checkbox"/> | 1 | | |
| besser | | <input type="checkbox"/> | 2 | | |
| genauso | | <input type="checkbox"/> | 3 | | |
| schlechter | | <input type="checkbox"/> | 4 | | |
| viel schlechter | | <input type="checkbox"/> | 5 | | |

Danke für Ihre Mitarbeit!

GESUNDHEITLICHER ZUSTAND

1.) Würden Sie sagen, Ihr gesundheitlicher Zustand ist im allgemeinen:

1. hervorragend 2. sehr gut 3. gut 4. mäßig gut 5. schlecht

2.) Wie lange (wenn überhaupt) hat Ihr gesundheitlicher Zustand Sie bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

	eingeschränkt für länger als 3 Monate	eingeschränkt für 3 Monate oder kürzer	gar nicht eingeschränkt
a) Die Art kraftaufwendiger Tätigkeiten oder deren Ausmaß, wie z.B. das Heben schwerer Gegenstände oder das Ausüben anstrengender Sportarten.	1	2	3
b) Die Art weniger anstrengender Tätigkeiten oder deren Ausmaß, wie z.B. das Verschieben eines Tisches, Tragen von Gemüse oder Kegeln.	1	2	3
c) Bergauf gehen oder einige Stockwerke hinaufgehen.	1	2	3
d) Sich herunterbeugen, aufrichten oder sich bücken	1	2	3
e) Einen Häuserblock weit gehen.	1	2	3
f) Essen, sich ankleiden, baden oder zur Toilette gehen.	1	2	3

3.) Wie starke körperliche Schmerzen hatten Sie während der letzten 4 Wochen?

1. gar keine 2. sehr leichte 3. leichte 4. mäßige 5. starke

4.) Hindert Ihr gesundheitlicher Zustand Sie daran, zur Arbeit zugehen, Haushaltsarbeiten zu erledigen oder zur Schule zu gehen?

1. ja, für länger als 3 Monate 2. ja, seit 3 Monaten oder kürzer 3. nein

5.) Waren Sie nicht in der Lage, bestimmte Arten oder ein bestimmtes Ausmaß von Arbeit, Haus- oder Schularbeit zu erledigen?

1. ja, für länger als 3 Monate 2. ja, seit 3 Monaten oder kürzer 3. nein

Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Fragen diejenige Nummer der Skala an, die am ehesten dem entspricht, wie Sie sich **während des letzten Monats** gefühlt haben.

	1	2	3	4	5	6
	die ganze Zeit	die meiste Zeit	oft	manch- mal	selten	gar nicht
6.) Wie oft hat Ihr gesundheitlicher Zustand während des letzten Monats Ihre sozialen Aktivitäten eingeschränkt (wie Besuch von Freunden oder nahen Verwandten)?	1	2	3	4	5	6
7.) Wieviel Zeit während des letzten Monats waren Sie sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
8.) Wie oft haben Sie sich während des letzten Monats ruhig oder friedvoll gefühlt?	1	2	3	4	5	6
9.) Wie oft haben Sie sich während des letzten Monats niedergeschlagen und traurig gefühlt?	1	2	3	4	5	6
10.) Wie oft haben Sie sich während des letzten Monats als glücklicher Mensch gefühlt?	1	2	3	4	5	6
11.) Wie oft waren Sie während des letzten Monats so niedergeschlagen, daß nichts Sie aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6

12.) Bitte kreuzen Sie die Nummer der Skala an, die am ehesten beschreibt, ob die folgende Aussage für Sie zutrifft oder falsch ist.

	voll und ganz zutreffend	meistens zutreffend	ich bin mir nicht sicher	meistens falsch	voll und ganz falsch
a) Ich bin irgendwie krank.	1	2	3	4	5
b) Ich bin so gesund wie alle anderen, die ich kenne.	1	2	3	4	5
c) Mein gesundheitlicher Zustand ist hervorragend.	1	2	3	4	5
d) In letzter Zeit habe ich mich schlecht gefühlt.	1	2	3	4	5

POMS

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Worten, die Gefühle beschreiben. Bitte lesen Sie jede Zeile sorgfältig und markieren Sie dann diejenige Zahl, die **Ihre jetzigen Gefühle** am besten beschreibt.

Die Zahlen entsprechen den folgenden Aussagen:

0 = überhaupt nicht

1 = etwas

2 = ziemlich

3 = stark

4 = sehr stark

1	zugewandt	0	1	2	3	4	34	nervös	0	1	2	3	4
2	angespannt	0	1	2	3	4	35	einsam	0	1	2	3	4
3	zornig	0	1	2	3	4	36	erbärmlich	0	1	2	3	4
4	entkräftet	0	1	2	3	4	37	konfus	0	1	2	3	4
5	unglücklich	0	1	2	3	4	38	vergnügt	0	1	2	3	4
6	scharfsichtig	0	1	2	3	4	39	bitter	0	1	2	3	4
7	lebhaft	0	1	2	3	4	40	abgeschlafft	0	1	2	3	4
8	verwirrt	0	1	2	3	4	41	ängstlich	0	1	2	3	4
9	reumütig	0	1	2	3	4	42	kampfbereit	0	1	2	3	4
10	zittrig	0	1	2	3	4	43	gutmütig	0	1	2	3	4
11	lustlos	0	1	2	3	4	44	düster	0	1	2	3	4
12	ärgerlich	0	1	2	3	4	45	verzweifelt	0	1	2	3	4
13	nachdenklich	0	1	2	3	4	46	lahm	0	1	2	3	4
14	traurig	0	1	2	3	4	47	aufsässig	0	1	2	3	4
15	aktiv	0	1	2	3	4	48	hilflos	0	1	2	3	4
16	zappelig	0	1	2	3	4	49	erschöpft	0	1	2	3	4
17	miesepetrig	0	1	2	3	4	50	durcheinander	0	1	2	3	4
18	trübsinnig	0	1	2	3	4	51	wachsam	0	1	2	3	4
19	energiegeladen	0	1	2	3	4	52	betrogen	0	1	2	3	4
20	panisch	0	1	2	3	4	53	wütend	0	1	2	3	4
21	hoffnungslos	0	1	2	3	4	54	tüchtig	0	1	2	3	4
22	entspannt	0	1	2	3	4	55	vertrauensvoll	0	1	2	3	4
23	wertlos	0	1	2	3	4	56	schwungvoll	0	1	2	3	4
24	boshaft	0	1	2	3	4	57	schlecht gelaunt	0	1	2	3	4
25	sympathisch	0	1	2	3	4	58	nichtsnutzig	0	1	2	3	4
26	schwerfällig	0	1	2	3	4	59	vergeßlich	0	1	2	3	4
27	ruhelos	0	1	2	3	4	60	nachlässig	0	1	2	3	4
28	unkonzentriert	0	1	2	3	4	61	schrecklich ängstlich	0	1	2	3	4
29	müde	0	1	2	3	4							
30	nützlich	0	1	2	3	4	62	schuldig	0	1	2	3	4
31	verärgert	0	1	2	3	4	63	kraftvoll	0	1	2	3	4
32	entmutigt	0	1	2	3	4	64	unsicher	0	1	2	3	4
33	verdrießlich	0	1	2	3	4	65	groggy	0	1	2	3	4

PSYCHISCHE BEFINDLICHKEIT

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der letzten 7 Tage**. Manche Probleme und Beschwerden kommen nur selten vor, gehen Sie bitte dennoch jede einzelne Position durch.

Wie sehr haben Sie gelitten unter...

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1.) Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
2.) Ohnmachts- und Schwindelgefühl	0	1	2	3	4
3.) der Idee, daß jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
4.) dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	0	1	2	3	4
5.) Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
6.) dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4
7.) Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
8.) Furcht vor offenen Plätzen oder vor der Strasse	0	1	2	3	4
9.) Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
10.) dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann	0	1	2	3	4
11.) Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4
12.) plötzliches Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
13.) Gefühlsausbrüche, denen gegenüber Sie sich machtlos fühlen	0	1	2	3	4
14.) Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
15.) dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
16.) Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
17.) Schwermut	0	1	2	3	4
18.) dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
19.) Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
20.) Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
21.) dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
22.) Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen	0	1	2	3	4
23.) Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24.) dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
25.) Schwierigkeiten einzuschlafen	0	1	2	3	4
26.) dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
27.) Schwierigkeiten sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28.) Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29.) Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30.) Hitzewallungen oder Kälteschauer	0	1	2	3	4
31.) der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32.) Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33.) Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
34.) den Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollen	0	1	2	3	4
35.) einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit gegenüber der Zukunft	0	1	2	3	4
36.) Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
37.) Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38.) dem Gefühl, angespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39.) Gedanken an Tod oder Sterben	0	1	2	3	4
40.) dem Drang, jemanden zu schlagen oder zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41.) dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42.) starke Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
43.) der Abneigung gegenüber Menschenmengen	0	1	2	3	4
44.) dem Eindruck, daß Sie sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen können	0	1	2	3	4
45.) Schreck- oder Panikanfälle	0	1	2	3	4
46.) dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47.) Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
48.) mangelnde Anerkennung Ihrer Leistung durch andere	0	1	2	3	4
49.) so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
50.) dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51.) dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52.) Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53.) den Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

SKALA INTERPERSONELLER UNTERSTÜTZUNGSBEURTEILUNG

In dem nachfolgenden Fragebogen geht es um die Erfassung von subjektiven Erfahrungen und Gefühlen sowie von bestimmten Bezugspersonen. Dazu sind eine Reihe von Aussagen zusammengestellt worden. Durch die Beantwortung des Fragebogens teilen Sie uns mit, wie die einzelnen Aussagen aus Ihrer Sicht zu bewerten sind. Kreuzen Sie dafür bitte bei jeder Aussage an, ob sie für Sie zutrifft oder nicht. Beachten Sie dabei, daß es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, sondern nur solche, die für Sie stimmen oder nicht stimmen.

Beachten Sie bitte noch folgende Punkte:

Versuchen Sie bei der Beantwortung nicht darauf zu achten, welche Antwort den besten Eindruck machen würde- dafür interessieren wir uns nicht, sondern beantworten Sie die einzelnen Aussagen nach Ihrer Erfahrung und Ihrem persönlichen Erleben.

Denken Sie über einen bestimmten Satz nicht lange nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Es kann sein, daß einzelne der Aussagen für Sie weder richtig noch falsch sind, bzw. nicht ganz richtig oder nicht ganz falsch. Versuchen Sie jedoch trotz dieser Möglichkeit, für jede Aussage eine Antwort anzukreuzen, die für Sie am ehesten stimmt.

Lesen Sie bitte jede Aussage sorgfältig durch bevor Sie sie beantworten. Vergessen Sie allerdings nicht, daß es nicht um einen guten Eindruck oder um die Erbringung eines guten Ergebnisses geht.

- | | stimmt | stimmt
nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.) Wenn ich an einem Freitag nachmittag entscheide, am Abend ins Kino zu gehen, könnte ich jemanden finden, der mit mir geht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.) Wenn ich für eine gewisse Zeit verreisen müßte, hätte ich jemanden, der mir nach meiner Wohnung sieht (Blumen gießen, Haustiere versorgen, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.) Die meisten Menschen, die ich kenne, halten große Stücke von mir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	stimmt	stimmt nicht
4.) Im Vergleich zu den meisten anderen Menschen bin ich mit meinem Leben zufriedener.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich fürchte, es gibt niemanden, mit dem ich meine geheimsten Befürchtungen und Ängste teilen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Wenn ich krank werde und jemanden brauche, um mich zum Arzt zu fahren, hätte ich Schwierigkeiten, jemanden zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Im allgemeinen haben die Menschen nicht sehr viel Vertrauen in mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Wenn ich kurz einmal einen Tagesausflug oder ähnliches unternehmen wollte (z.B. baden gehen, Bergwandern, etc.) hätte ich Schwierigkeiten, jemanden zu finden, der mich begleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Ich werde selten dazu eingeladen, mit anderen etwas zu unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Würde ich einer Panne wegen mit meinem Auto 20km außerhalb der Stadt liegenbleiben, könnte ich jemanden anrufen, der mich abholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Es gibt niemanden, der mir sachliche Rückmeldung darüber geben kann, wie ich mit meinen Problemen umgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) Die meisten meiner Freunde sind erfolgreicher als ich, in ihrem Leben Veränderungen herbeizuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) Ich täte mich schwer, jemanden zu finden, der mir beim Übersiedeln hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) Wenn ich mich einsam fühle, gibt es Leute, die ich anrufen kann, um mit ihnen zu reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.) Ich denke, meine Freunde glauben, daß ich ihnen beim Lösen ihrer Probleme nicht sehr gut helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) Es gibt einen Menschen zu dem ich gern gehe, wenn ich Rat bei sexuellen Problemen brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.) Ich habe regelmäßig persönlichen Kontakt zu Mitgliedern meiner Familie oder zu meinen Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.) Die meisten meiner Freunde sind interessanter als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt	stimmt nicht
19.) Müßte ich einen wichtigen Brief dringend noch vor 18 Uhr zur Post bringen und wäre aber verhindert, dann hätte ich jemanden, der mir das erledigen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.) Unter meinen Bekannten würde niemand ein Geburtstagsfest für mich organisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.) Wenn ich krank wäre, hätte ich niemanden, der mir meinen täglichen Hausarbeiten erledigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.) Ich habe jemanden, der auf meine Leistungen stolz ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.) Es gibt jemanden, an den ich mich um Rat im Umgang mit Problemen bei der Haushaltsführung wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.) Wenn ich Ratschläge für den Umgang mit persönlichen Problemen brauche, habe ich jemanden, an den ich mich wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.) Die meisten Menschen, die ich kenne, haben nicht dieselben Interessen wie ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.) Wenn ich jemanden bräuchte, der mich sehr früh am Morgen zum Bahnhof oder Flughafen bringt, hätte ich Schwierigkeiten, jemanden zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.) Wenn ich mit jemandem essen gehen wollte, hätte ich keine Schwierigkeiten, jemanden dafür zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.) Es gibt jemanden, an den ich mich um Rat wenden könnte, wenn ich mich beruflich verändern wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.) Es gibt verschiedene Menschen, mit denen ich gerne zusammen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.) Es gibt niemanden, der mir gute finanzielle Ratschläge geben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.) Ich kann die meisten Dinge genauso gut erledigen wie andere Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.) Ich stehe meinen Freunden näher als die meisten anderen Menschen ihren Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.) Ich habe niemanden, den ich bitten könnte, mir sein Auto für ein paar Stunden zu borgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt	stimmt nicht
34.) Ich habe das Gefühl, daß ich in meinem Freundeskreis eher am Rande stehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.) Wenn ich aus irgendeinem Grund verhaftet würde, hätte ich jemanden, den ich anrufen könnte, um die Kautions für mich zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.) Es gibt nur sehr wenige Menschen, bei denen ich das Vertrauen habe, daß sie mir bei der Lösung meiner Probleme helfen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.) Ich muß mich anstrengen, mit meinen Freunden Schritt zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.) Bei einer Familienkrise könnten mir nur wenige meiner Freunde brauchbare Ratschläge geben, wie ich damit umgehen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.) Wenn ich aus einer Not heraus schnell DM 2000 ausleihen müßte, hätte ich jemanden, den ich darum bitten könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.) Es gibt wenigstens einen Menschen, den ich kenne, dessen Ratschlägen ich wirklich vertraue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontrollieren Sie bitte noch einmal, ob Sie alle Aussagen bearbeitet haben.

9.2 Tabellen

9.2.1 Stadieneinteilung für Maligne Melanome

Die Einteilung in Tumorstadien erfolgt anhand verschiedener Kriterien. Als wichtigstes prognostisches Kriterium hat sich das histologische Stadium erwiesen, das entweder nach **Clark** durch die betroffenen Hautschichten (Tabelle 9.2.1.1) oder nach **Breslow** durch die vertikale Eindringtiefe (Tabelle 9.2.1.2) definiert wird.

Tab 9.2.1.1 Einteilung nach Clark (Invasionslevel)

Level	Definition	5-Jahres- Überlebensrate	10-Jahres- Überlebensrate
I	intraepidermal	100%	100%
II	Melanom im Papillarkörper	90%	85%
III	Melanom im Stratum reticulare	85%	65%
IV	Melanom im tiefen Korium	65%	50%
V	Melanom ins Fettgewebe eingedrungen	20-40%	30%

Tab 9.2.1.2 Einteilung nach Breslow

Tumordicke	5-Jahres- Überlebensrate	10-Jahres- Überlebensrate
unter 0,75 mm	99%	99%
0,75-1,5 mm	75-90%	80%
1,5-3,0 mm	50-70%	55%
über 3,0 mm	20-40%	30%

Quelle: W. Sterry, H. Merk: Checkliste Dermatologie und Venerologie 1987, Clark et al., 1969, Mihm et al., 1971

9.2.2 Zuordnung der Items des Fragebogens zur Erfassung von religiösen Einstellungen zu den einzelnen Subskalen

Tab. 9.2.2.1

Skala 1: 'Lebensperspektive', 14 Items

Skala 2: 'Religiöse Praktiken und Rituale'

Skala 3: 'Soziale Unterstützung durch Gemeindemitglieder'

Skala 4: 'Beziehungen zu einem höheren Wesen'

Tab. 9.2.2.2

Items	2	6	7	9	10	14	17	18	20	25	32	42	47	50
1 (14)	2	6	7	9	10	14	17	18	20	25	32	42	47	50
2 (14)	3	4	8	12	13	16	23	26	27	29	34	35	44	46
3 (13)	1	15	19	21	22	24	33	36	37	39	40	48	52	
4 (13)	5	11	28	30	31	38	41	43	45	49	51	53	54	

9.2.3 Interkorrelationen

Tab 9.2.3 Korrelationen nach Pearson

	SBI 1	SBI 2	SBI 3	SBI 4	SBI gesamt
SBI 1	1,000	,925	,811	883	,963
SBI 2		1,000	,806	,895	,967
SBI 3			1,000	,751	,891
SBI 4				1,000	,940
SBI gesamt					1,000

9.3 Danksagung

Für ihre Unterstützung und Geduld danke ich vor allem Dipl.-Psych. Anja Mehnert, Dipl.-Ing. Simona Weisleder, Christine Weisleder, Dipl.-Ing. Julia Gottwald, sowie den Patienten und Mitarbeitern der Abteilung für Dermatologie der Universitätsklinik Eppendorf ohne deren Mitarbeit diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

9.4 Lebenslauf

12.08.1967 geboren in Delmenhorst

Schulbildung

1973 - 1977 Grundschule in Schierbrok
1977 - 1979 Orientierungsstufe Bookholzberg
1979 - 1986 Gymnasium Ganderkesee
Juni 1986 Abitur

1986 - 1987 Auslandsaufenthalt in Belfast, Nordirland
Juni 1987 Certificate of Proficiency in English, University of Cambridge

Medizinstudium

1987 - 1995 Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
Nov. - 1995 Abschluß des Studiums

Feb. 1996 - Juli 1997 AIP in der Abt. für Anästhesie und Intensivmedizin, St. Adolf-Stift, Reinbek

Weiterbildung

1997 - 1998 Abt. für Anästhesie und Intensivmedizin, Evangelisches Krankenhaus Bethesda, Hamburg
Seit 1998 Abt. für Anästhesie, Schmerztherapie und Intensivmedizin, Krankenhaus, Buchholz