



Bachelorarbeit

Patienten-Partner Kommunikation und Lebensqualität nach einer Krebsdiagnose

Isabel Hotz

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Annia Rüesch Ranganadan

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent: Dr. phil. hum. Alfred Künzler

Zürich, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

Unser herzlicher Dank geht an Dr. phil. hum. Alfred Künzler, der sich bereit erklärte, unsere Arbeit zu begleiten und uns die Datensammlung zur Verfügung stellte. Er hat mit seiner Unterstützung wertvolle Hilfe geleistet.

An dieser Stelle möchten wir uns auch bei Herrn Aureliano Crameri für seine Beratung im Bereich Statistik bedanken.

Abstract

In dieser quantitativen Längsschnittuntersuchung wird evaluiert, ob die Art der Partnerschaft und die Partnerschaftszufriedenheit einen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose, erfasst als Lebensqualität, haben. Die Datenerhebung erfolgt durch die Fragebogen FDCT-N, RAS und SF-12, welche in einer grösseren Studie eingebunden sind. Zusätzlich wird untersucht, ob und inwiefern geschlechtsspezifische Unterschiede einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragestellung haben. Bei der Datenauswertung wurden die Messzeitpunkte direkt nach Diagnosemitteilung (t1) und ein halbes Jahr (t2) bzw. ein ganzes Jahr (t3) danach berücksichtigt. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ($N^{t1}=218$, $N^{t2}=190$, $N^{t3}=155$) zeigt, dass sowohl die Art der Partnerschaft, welche an dyadischen Kompetenzen gemessen wird, sowie die Partnerschaftszufriedenheit einen signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Dimension der Lebensqualität haben. Bei der Art der Partnerschaft gilt dies insbesondere für die Items „eigene Stresskommunikation“, „eigenes und gemeinsames supportives Coping“ und „gemeinsames negatives vermeidendes Coping“.

In der psychoonkologischen Praxis sollte vermehrt auf die Punkte adäquate, sachliche Kommunikation, Umgang mit der eigenen Befindlichkeit, Bedürfnisäusserung bzw. Psychohygiene der unterstützenden Partner, sowie Erleben von gemeinsamen, positiven Aktivitäten in der Partnerschaft geachtet werden.

Die sachliche Stresskommunikation erweist sich als bester Prädiktor für die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose nach einem Jahr und unterstützt dabei gängige Theorien, welche angemessene Kommunikation als Fundament einer funktionierenden Partnerschaft bezeichnen. Die Auswertung der Ergebnisse zur Partnerschaftszufriedenheit betont den wichtigen Aspekt der dyadischen Beziehung und empfiehlt Psychoonkologen und Ärzten, die Patienten und ihre Partner weniger als Einzelpersonen wahrzunehmen, sondern als untrennbare Dyade, die sich in komplexen Vorgängen reziprok beeinflusst und eine bedeutende Wirkung auf die Lebensqualität aufweist. Eine höhere Lebensqualität ist, wie empirische Studien beweisen, mit einer tieferen Mortalität bei onkologischen Erkrankungen und folglich auch mit weniger Kosten im Gesundheitswesen verbunden.

Inhalt

1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Zielsetzung.....	1
1.2 Stand der Forschung.....	1
1.3 Fragestellung.....	2
1.4 Aufbau und Methode.....	2
1.5 Abgrenzung.....	3
I. THEORETISCHER TEIL	4
2. Psychoonkologie	4
2.1 Definition.....	4
2.2 Epidemiologie der Krebserkrankungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich.....	4
2.3. Multifaktorielle Karzinogenese.....	6
2.3.1 Psychosozial mitbedingte Karzinogenese.....	8
2.3.2 Stress (Distress).....	8
3. Art der Paarbeziehung	9
3.1 Definition.....	9
3.2. Coping.....	9
3.2.1 Individuelles Coping.....	10
3.2.2 Dyadisches Coping.....	11
3.2.3 Formen des dyadischen Copings.....	12
3.3 Stresskommunikation in der Partnerschaft.....	15
3.4 Schlussfolgerungen.....	18
4. Partnerschaftszufriedenheit	19
4.1 Definition.....	20
4.2 Die fünf Partnerschaftstypen nach Gottman.....	21
4.2.1 Konflikt-engagierte Paare.....	21
4.2.2 Konflikt-vermeidende Paare.....	22
4.2.3 Feindselige und feindselig-distanzierte Paare.....	23
4.3 Schlussfolgerungen.....	23
5. Lebensqualität	25
5.1 Gesundheitliche Definition der Lebensqualität.....	25
5.1.1 Psychisches Wohlergehen.....	26
5.2 Lebensqualität und Krebs.....	26
5.3 Objektivierbarkeit von Lebensqualität.....	27
5.4 Ziele der Lebensqualitätsforschung.....	29
5.5 Schlussfolgerungen.....	29

II. EMPIRISCHER TEIL	30
6. Forschungsgegenstand	30
6.1 Zielsetzung.....	30
6.2 Forschungsfrage und Hypothesen.....	30
7. Methode	31
7.1 Datenerhebung.....	31
7.2 Untersuchungsinstrumente.....	33
7.2.1 FDCT-N: Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz.....	33
7.2.2 RAS: Relationship Assessment Scale.....	34
7.2.3 SF-12: Short Form-12 Health Survey.....	35
7.3 Stichprobe.....	35
7.4 Datenaufbereitung.....	36
7.5 Statistisches Vorgehen.....	36
7.5.1 Modellformulierung.....	36
7.5.2 Prüfung der Modellprämissen.....	39
7.6 Ergebnisse der deskriptiven Statistik.....	40
7.6.1 FDCT-N.....	40
7.6.2 RAS.....	42
7.6.3 SF-12.....	43
7.7 Ergebnisse der Regressionsfunktion.....	45
7.7.1 Ergebnisse des FDCT-N mit dem SF-12.....	46
7.7.2 Ergebnisse der RAS mit dem SF-12.....	49
8. Diskussion	52
8.1 Beantwortung und Interpretation der Fragestellung.....	52
8.1.1 Hypothese a).....	52
8.1.2 Hypothese aa).....	56
8.1.3 Hypothese b).....	56
8.1.4 Hypothese bb).....	57
8.2 Kritische Betrachtung.....	57
8.2.1 Methodenkritik.....	58
8.2.2 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	59
9. Literatur	62
10. Anhang	66

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Multifaktorielle Karzinogenese (Tschuschke, 2011, S. 19).....	6
Abb. 2:	Modell der ehelichen Stabilität nach Gottman (Heinrichs, Bodemann, Hahlweg, 2008, S. 4).....	24
Abb. 3:	Grafische Darstellung der Messzeitpunkte.....	38

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Selektion psychosozialer Variablen, Fox 1998 (zit. nach Tschuschke, 2011, S. 22).....	7
Tab. 2:	Blöcke für SPSS, FDCT-N.....	37
Tab. 3:	Deskriptive Statistik der Subskalen des FDCT-N, t1.....	40
Tab. 4:	Deskriptive Statistik der Subskalen des FDCT-N, t2.....	41
Tab. 5:	Deskriptive Statistik der Subskalen des FDCT-N, t3.....	41
Tab. 6:	Deskriptive Statistik der RAS, t1.....	43
Tab. 7:	Deskriptive Statistik der RAS, t2.....	43
Tab. 8:	Deskriptive Statistik der RAS, t3.....	43
Tab. 9:	Deskriptive Statistik des SF-12, t1.....	44
Tab. 10:	Deskriptive Statistik des SF-12, t2.....	44
Tab. 11:	Deskriptive Statistik des SF-12, t3.....	44
Tab. 12:	Ergebnisse des FDCT-N mit dem SF-12.....	47
Tab. 13:	Ergebnisse der RAS-N mit dem SF-12.....	49

Abkürzungsverzeichnis

WHO = World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

FDCT-N = Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz

GemSuppEmot = Gemeinsames supportives emotionales Coping

GemNegVerm = Gemeinsames negatives vermeidendes Coping

KommEigEmot = Eigene emotionale Kommunikation

KommEigSach = Eigene sachliche Kommunikation

EigSuppEmot = Eigenes emotionales supportives Coping

EigSuppSach = Eigenes sachliches supportives Coping

RAS = Relationship Assessment Scale

DC = Dyadisches Coping

SF-12 = Short Form-12 Health Survey

LQ = Lebensqualität

t1 = Zeitmessung nach Diagnosemitteilung

t2 = Zeitmessung nach einem halben Jahr nach Diagnosemitteilung

t3 = Zeitmessung nach einem Jahr nach Diagnosemitteilung

t4 = Katamnese, Zeitmessung drei Jahre nach Diagnosemitteilung

In dieser Arbeit sind der Lesbarkeit halber im Plural immer die weibliche wie auch die männliche Form gemeint. Im Singular wird beiden Geschlechtern Rechnung getragen.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Die Diagnosestellung einer onkologischen Erkrankung ist ein einschneidendes Ereignis im Leben jedes Menschen. Trotz besserer medizinischer Versorgung und rückläufiger Mortalitätsraten wird eine Krebserkrankung auch heute noch mit grossem Leid und Tod assoziiert.

Das Leben mit einer Krebsdiagnose stellt, neben den somatischen Beschwerden, eine beachtliche psychische Herausforderung dar. Diese Situation birgt sowohl für die Patienten wie auch für ihre Partner grosse Schwierigkeiten. Alle Betroffenen sind gezwungen, sich mit existentiellen Fragen auseinander zu setzen. Krebserkrankungen belasten das ganze Familiensystem und werden aus diesem Grund auch als „Familienkrankheit“ bezeichnet.

Diese Arbeit hat zum Ziel zu evaluieren, ob die Art der Paarbeziehung und die Partnerschaftszufriedenheit einen Einfluss auf die psychische Bewältigung der Krebsdiagnose haben.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung können wichtige Erkenntnisse für die Gestaltung der psychologischen Unterstützung von Krebskranken sowie den Einbezug der Angehörigen gewonnen werden. Der heute von Ärzten und Psychologen standardmässig praktizierte Ablauf der Behandlung von Krebspatienten in Spitälern oder Praxen, ohne Einbezug des Systems, könnte so optimiert und den Bedürfnissen angepasst werden. Es könnte sich als sinnvoll erweisen, die Partner von Anfang an zu den Konsultationen mitzunehmen. Zusätzliche Therapien, wie z.B. Paartherapien bei onkologischen Erkrankungen, könnten eingeleitet und angeboten werden.

1.2 Stand der Forschung

Das Fachgebiet der Psychoonkologie ist noch relativ jung. Das mag daran liegen, dass psychologische Forschung im medizinischen Umfeld generell einen schweren Stand hat. Erfahrungen aus der Praxis zeigen aber, dass sich die Psychoonkologie nach und nach zu einem festen Bestandteil der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung entwickeln wird (Künzler, Zindel, Bargetzi & Znoj, 2007, S.2). Erste Untersuchungen zu dyadischem Coping tauchten zu Beginn der 1990er Jahre auf. Seither stösst dieser Bereich auf stetig wachsendes Interesse (Bodenmann, 2008, S. 11).

Dyadisches Coping und Krebserkrankungen stellen zusammen einen hochkomplexen Gegenstandsbereich dar, dem viele Untersuchungen nicht gerecht werden. Der aktuelle Forschungsstand bei der Untersuchung der Bedeutung des Copings im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen ist momentan noch nicht ausreichend. Dasselbe gilt für die Partnerschaftsforschung im onkologischen Bereich (Tschuschke, 2011, S. 116). Lebensqualität wird erst seit den achtziger Jahren als Outcome-Kriterium [engl. Outcome = Endergebnis einer Massnahme] in der medizinischen Forschung akzeptiert. Dies ist gleichbedeutend mit einem Paradigmenwechsel in der medizinischen Leistung (Krischke, 1996, S.11). So wird heute nicht mehr bloss die Heilung als Kriterium des Gesamtergebnisses einer Krebsbehandlung verstanden, sondern eben auch die Lebensqualität.

1.3 Fragestellung

Haben die Art der Paarbeziehung und die Partnerschaftszufriedenheit einen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose erfasst als Lebensqualität?

Aus der Fragestellung wurden folgende Hypothesen abgeleitet:

a) Die Art der Paarbeziehung hat einen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose der Patienten.

aa) Für Frauen stellt die Art der Paarbeziehung einen statistischen signifikanten, positiven Wert für die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose dar.

b) Eine onkologische Erkrankung wird bei einem hohen Mass an Partnerschaftszufriedenheit psychisch besser bewältigt.

bb) Ein hohes Mass an Partnerschaftszufriedenheit ist bei beiden Geschlechtern gleich wichtig für die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose.

1.4 Aufbau und Methode

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird der wissenschaftliche Hintergrund dargestellt, auf welchem sowohl die Interviewbogen zur Befragung der onkologischen Patienten, als auch die Auswertung und Interpretation der Statistikergebnisse beruhen. Der Schwerpunkt des theoretischen Teils liegt darin, eine kurze und klare Übersicht über die wichtigsten wissenschaftlichen Fakten und Modelle zu geben.

Im empirischen Teil werden die Fragestellung und die Hypothesen beschrieben, die Stichprobe und die verwendeten methodischen Instrumente werden erläutert. Anschliessend wird auf die Planung des statistischen Vorgehens eingegangen. Die Hypothesen a), aa), b) und bb), welche aus der Fragestellung hervorgehen, beschreiben einen funktionalen linearen Zusammenhang zwischen einer intervallskalierten, abhängigen Kriteriumsvariable und mehr als zwei unabhängigen Prädiktorvariablen. Um die Hypothesen zu prüfen, wurde die lineare multiple Regression verwendet. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenanalyse dargestellt, interpretiert und diskutiert. Abschliessend werden kritische Aspekte der Arbeit dargestellt, Schlussfolgerungen gezogen und ein Ausblick in die Zukunft präsentiert.

1.5 Abgrenzung

Es wurden nur Daten von erwachsenen Patienten und Patientinnen mit einer onkologischen Diagnose verwendet, Fragebogenantworten der Partner wurden nicht mit einbezogen. Die Untersuchung befasst sich mit dem Umgang einer schweren chronischen Erkrankung, es wurde daher keine Kontrollgruppe mit gesunden Probanden als Vergleichsgruppe beigezogen.

Weiter wurden in dieser Arbeit nur die Daten verwendet, die direkt nach der Diagnosestellung (t1) und bis und mit einem Jahr (t3) erhoben wurden. Die Katamnese (t4), die Befragung drei Jahre nach Diagnosestellung, wurde nicht verwendet, da davon ausgegangen wurde, dass die grösste Veränderung der psychischen Gesundheit, der Partnerschaftszufriedenheit und der Art der Paarbeziehung innerhalb eines Jahres geschieht. Es liegen keine Daten vor zur Befindlichkeit der Teilnehmer vor der Diagnosemitteilung (t1).

I THEORETISCHER TEIL

2. Psychoonkologie

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich damit, was Psychoonkologie als Teildisziplin der Psychologie beinhaltet. Des Weiteren wird die Häufigkeit von onkologischen Erkrankungen und deren Entstehung beschrieben.

2.1 Definition Psychoonkologie

Die Psychoonkologie ist gemäss Dorfmueller u. Dietzfelbinger 2009; Hasenbring u. Schulz, 1994; Holland 1998; Larbig u. Tschuschke, 2000; Schwarz u. Singer, 2008 (zit. nach Tschuschke, 2011, S. 19) ein Gebiet von interdisziplinärer Kooperation zwischen Onkologen, Immunologen, Endokrinologen, Psychologen und Soziologen. Eine Abzweigung nach Schedlowski und Tewes, 1996 (zit. nach Tschuschke, 2011, S. 9-10), welche in enger Beziehung zur Psychoonkologie steht, ist die Psychoneuroimmunologie, in der sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlichster medizinischer Teildisziplinen ausdrückt.

Das noch relativ junge Fachgebiet der Psychoonkologie gewährleistet eine zusätzliche Hilfe neben der routinemässigen fachonkologischen Behandlung. Krebserkrankten und ihren Angehörigen werden Strategien vermittelt und Wissen an die Hand gegeben, um psychosoziale Bewältigungsmöglichkeiten zu erwerben, welche ihnen ermöglichen, aktiv ihren Ängsten und Sorgen zu begegnen. So entwickelt sich die Psychoonkologie immer mehr zu einer eigenständigen Disziplin im stationären und ambulanten medizinischen Versorgungsbereich, welcher den spezifischen Bedürfnissen lebensbedrohlich erkrankter Menschen und ihrem sozialen Umfeld Rechnung trägt (Tschuschke, 2011, S. V-VII).

2.2 Epidemiologie der Krebserkrankungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich

In der Schweiz werden jährlich schätzungsweise 35'000 neue Krebsfälle diagnostiziert, 19'000 bei Männern und 16'000 bei Frauen. Bei den Männern machen Prostata-, Lungen- und Dickdarmkrebs 53% der Neuerkrankungen aus, bei den Frauen entfallen 50% auf Lungen-, Dickdarm- und Brustkrebs. Andere Krebserkrankungen haben alle einen

Anteil von weniger als 6%. 16'000 Personen sterben jedes Jahr in der Schweiz an Krebs (Bundesamt für Statistik, 2011, S. 18).

In der Schweiz erkranken Frauen im Durchschnitt mit 67,3 und Männer mit 68,7 Jahren an Krebs. Frauen sterben in der Schweiz im Mittel mit 75,3 und Männer mit 74 Jahren an einer onkologischen Erkrankung (www.bfs.admin.ch).

Laut dem Robert Koch-Institut (2008; zit. nach Tschuschke, 2011, S. 9) gehören Krebserkrankungen heute weltweit, neben koronaren Erkrankungen, zu den häufigsten Todesursachen. Der scheinbare Widerspruch, dass die Zahl der registrierten Neuerkrankungen steigt und doch von einer kontinuierlich abnehmenden Sterblichkeit die Rede ist, rührt vermutlich aus einer verbesserten Diagnostik und somit von einer früheren Krebserkennung und -behandlung her (Tschuschke, 2011, S. 9).

In Deutschland erkranken Frauen im Mittel mit 68, Männer mit 69 Jahren an Krebs. Frauen versterben an einer Krebserkrankung im Mittel mit 76, Männer mit 72 Jahren. Das Risiko einer Frau, im Laufe des Lebens an Krebs zu erkranken, beträgt 38% im Vergleich zu 47% für Männer. Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten bei Krebs in Deutschland liegen bei den Männern zwischen 54% bis 57% und bei den Frauen bei ca. 61% bis 62% (Robert Koch-Institut, 2010, S. 19-20).

Im Vergleich dazu überleben in der Schweiz gemäss Bundesamt für Statistik (2011, S. 20) 48% der Männer und 57% der Frauen die Krankheit länger als fünf Jahre. Die Schweiz weist im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Erkrankungsraten bei Brust-, Hoden-, und Prostatakrebs, bei Hautmelanomen und Hodgkin-Lymphomen auf. Bei anderen Krebsarten liegt die Schweiz im europäischen Mittel (Bundesamt für Statistik, 2011, S. 8).

Die allgemeine Krebssterblichkeit ist, wie bereits beschrieben, relativ rückläufig, was an den Möglichkeiten der modernen Medizin liegt. Berechtigt scheint die Frage zu sein, inwieweit die verbesserten Überlebenschancen auch abhängig von psychosozialen Variablen sind. Wenn früher eine Krebsdiagnose mit hoher Sicherheit Sterben und Tod zur Folge hatte, bedeutet dieser Befund heute eher eine chronische Erkrankung, bei der es darum geht, die Lebensqualität zu optimieren (Tschuschke, 2011, S. 9-10).

2.3 Multifaktorielle Karzinogenese

Trotz intensiver Forschungen sind die Ursachen von Krebskrankheiten bis heute zum grössten Teil nicht bekannt. Doch gilt es heute als wenig wahrscheinlich, dass bloss ein einzelner Faktor für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich gemacht werden kann. Nach dem heutigen Wissensstand wird meist von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. Umwelteinflüsse, wie Strahlen, Viren und Karzinogene und psychosoziale Faktoren wie Stress, Fehlverhaltensweisen, immunologische, endokrine und genetische Faktoren wirken auf eine noch unbekannt Art interaktiv oder kumulierend auf die Karzinogenese ein (Tschuschke, 2011, S. 19) (vgl. Abb. 1).

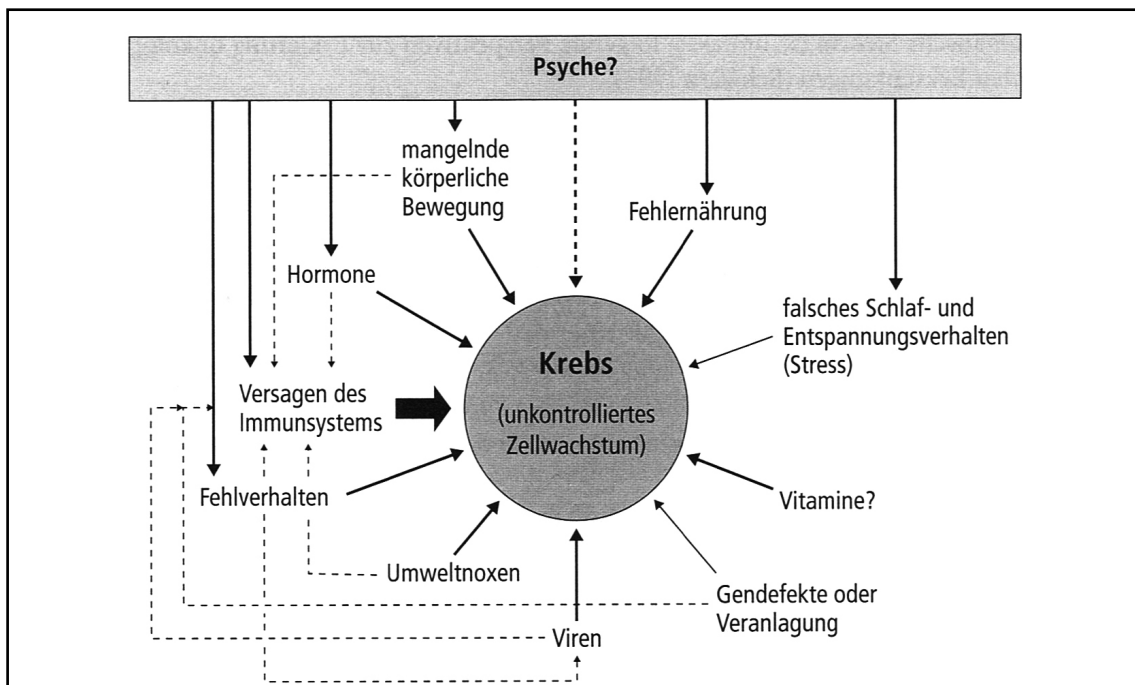


Abb. 1: Multifaktorielle Karzinogenese (Tschuschke, 2011, S. 19)

Laut Dorf Müller (2009, S. 4) hat bei den vermeidbaren Risikofaktoren, wie falsche Ernährungsweise oder zu hoher Alkoholkonsum, das Rauchen eine übergeordnete Bedeutung. Tabakrauch, Umweltverschmutzungen und Radon [ein im Boden produziertes natürliches radioaktives Edelgas] tragen erheblich zum Lungenkrebsrisiko bei. Rauchen und Alkoholkonsum sind eine wichtige Ursache von Hals-Nasen-Ohren-Krebs. Alkohol und der übermässige Verzehr von rotem oder verarbeitetem Fleisch wirkt sich nachweislich auf die Entstehung von Dickdarmkrebs aus. Häufiger Konsum von geräucherten,

Tab. 1: Selektion psychosozialer Variablen, die mit der Prognose von Krebs in Verbindung gebracht werden, Fox, 1998 (zit. nach Tschuschke, 2011, S. 22)

• Stress	• hohes Neurosenniveau
• Psychosen, speziell Schizophrenie	• gehemmte Sexualität
• Hilf- und Hoffnungslosigkeit	• Rigidität
• Ausmass an soziale Unterstützung	• soziale Introversion
• Hospitalisierungsdepression	• Selbstentfremdung
• niedriges Neurosenniveau	• niedriges Neurosenniveau
• Verleugnung	• Extraversion
• eingengte Persönlichkeit	• hoher verbaler IQ und die Möglichkeit Feindseligkeit zu kontrollieren
• emotionale Ausdrucksarmut	• anale Persönlichkeit
• Depression	• masochistischer Charakter
• ausgeprägte Angst, Anspannung und Feindseligkeit	• Unterdrückung von Gefühlen, speziell Ärger
• Auftreten von als stressvoll erlebten Ereignissen, wie z. B. Katastrophen, Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Familienerkrankungen oder Todesfall	• Unterwürfigkeit
	• gestörte weibliche Identifikation (Brustkrebs)
	• starker Ausdruck von Gefühlen
	• schwere andauernde ungelöste psychische Konflikte

gesalzenen, getrockneten oder gepökelten Esswaren erhöht das Risiko, an Magenkrebs zu erkranken. Zu lange oder/und zu starke Sonneneinwirkung verursacht Hautmelanome. Bei vielen Krebsarten jedoch, wie beispielsweise beim Brustkrebs, gehören auch die Familienanamnese und die genetische Veranlagung zu den Risikofaktoren (Bundesamt für Statistik, 2011, S. 9).

Gemäss Dorfmueller (2009, S. 5) beträgt die genetische Komponente bei der Krebsentstehung 5% oder mehr und es sind vor allem Darm, Brust, Ovarien und Haut betroffen. Auch wurde der Einfluss von Infektionen auf die Karzinogenese in der Vergangenheit unterschätzt. So werden in Westeuropa und Nordamerika 15% der Krebserkrankungen ursächlich auf Infektionen zurückgeführt. Ferner können Tumorkrankheiten im Magen durch *Helicobacter pylori* (6-8%), im Gebärmutterhals durch das humane Papillomavirus (90-100%), in der Leber durch die Hepatiden B und C (50-80%) und in Lymphknoten (Lymphome) durch das Epstein-Barr-Virus (15%) hervorgerufen werden. Für diese Infektionen sind Impfstoffe entweder bereits im Einsatz oder sie sind in der Erprobung (Dorfmueller, 2009, S. 5).

2.3.1 Psychosozial mitbedingte Karzinogenese

Die Beziehung zwischen der Natur der Persönlichkeit und der Krebsinzidenz stand schon seit dem Altertum im Raum. Laut Schwarz 1994; 2004; Schwarz u. Singer 2008; Spiegel u. Kato 2000 müssen die Befürchtungen der Psychoonkologen und der Onkologen, die an Krebs erkrankten Patienten würden für ihre Erkrankung schuldig gemacht, weil sie falsch mit Stress, Gefühlen und Beziehungen umgegangen seien, in einem komplexeren Gesamtzusammenhang gesehen werden (zit. nach Tschuschke, 2011, S. 19). Künzler, Zindel, Znoj und Bargetzi (2010, S. 345) stellen fest, dass, obwohl die heutigen Forschungsdaten eindeutig gegen das 1980 verbreitete Konzept der „Krebspersönlichkeit“ sprechen, Krebspatienten auch heute noch häufig eine psychosomatische Krankheitstheorie heran ziehen. Vielfach sind es Frauen, die sich vorwerfen, zu viel Ärger „geschluckt“ oder zu viel für andere und zu wenig für sich selbst getan zu haben. In einer Schweizer Studie gaben ein halbes Jahr nach einer Krebsdiagnose 22% der Patientinnen an, unter starken Schuldgefühlen zu leiden.

Als eine Gratwanderung beschreibt Tschuschke (2011, S. 20) das Unterfangen, die tatsächlich vorgegebenen Persönlichkeitsmerkmale in Verbindung zur Krebsinzidenz und -progression zu untersuchen, ohne dabei in den Verdacht einer Klischeebedienung zu geraten.

Eine Zusammenstellung der psychosozialen Faktoren, die in die Untersuchung bezüglich der Entstehung, Inzidenz und Progression von Krebserkrankungen in Verbindung gebracht worden sind, sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

2.3.2 Stress (Distress)

Wenn negative Ereignisse eintreten und diese von der Person als nicht bewältigbar erlebt werden, sei dies bewusst oder unbewusst, entsteht Stress (Distress). Nach heutigem Forschungsstand besteht eine nicht mehr zu verleugnende kausale Beteiligung belastender Lebensereignisse bzw. stresserzeugender Dauerbelastung an kanzerogenen Erkrankungsrisiken. Die Stresshypothese belegt zudem die umgekehrte Betrachtungsweise, dass eine niedere Lebensqualität signifikant mit einer höheren Sterblichkeit bei Krebspatienten korreliert und eine hohe Lebensqualität mit einer höheren Überlebensdauer (Tschuschke, 2011, S. 22-27).

3. Art der Paarbeziehung

Im folgenden Kapitel wird ein kurzer Überblick über die Entstehung der Coping-Modelle, über die verschiedenen Formen des individuellen und dyadischen Coping sowie über die Stresskommunikation gegeben. Abschliessend werden die wichtigsten Faktoren zusammengefasst und weiterführende Gedanken formuliert.

3.1 Definition

In dieser Arbeit wird die Art der Paarbeziehung anhand dyadischer Coping-Kompetenzen gemessen. Aus der unterschiedlichen Anwendung und Ausprägung der verschiedenen Coping-Stile kann darauf geschlossen werden, welche Art des partnerschaftlichen Umgangs die Beziehung formt. Laut Forschungsergebnissen der letzten 20 Jahre erweist sich das dyadische Coping als relevanter Prädiktor für verschiedene Partnerschaftsaspekte wie z.B. die Beziehungsqualität oder die Scheidungsrate (Bodenmann, 1997; 2000; 2004; zit. nach Bodenmann, 2008, S. 19). Auch bei der Begleitung von Paaren im Kontext schwerer Erkrankungen nimmt dyadisches Coping einen wichtigen Stellenwert ein (Bodenmann, 2008, S. 23).

3.2 Coping

Coping-Modelle setzen sich mit Umgang und Bewältigung von Stress (vgl. Kapitel 2.3.2, S. 8) oder Belastungen im lebensgeschichtlichen Verlauf auseinander. Tschuschke (2011, S. 88) definiert Copinghandlungen als „bewusste Reaktionen auf stressende und/oder bedrohliche Situationen“. Coping kann aber auch allgemeiner mit Krankheitsbewältigung – im psychischen wie im physischen Sinne – umschrieben werden. Wie empirische Studien zeigen, führt ungünstiges Coping oft zu schlechten Krankheitsverläufen (Tschuschke, 2011, S. 110). Eine weitere Definition versteht Coping als einen Prozess, in welchem das Individuum versucht, ein „Kräftegleichgewicht zwischen den Anforderungen der Situation und seinen Bewältigungsressourcen“ herzustellen, (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1978; zit. nach Tschuschke, 2011, S. 88).

Das theoretische Konzept des Copings [engl. to cope with, umgehen] wird seit Ende der 1960er Jahre verbreitet im wissenschaftlichen Kontext erforscht (Tschuschke, 2011, S. 88).

Die grosse Zahl an unterschiedlichen Copingstrategien und -stilen wird zu zwei Dimensionen zusammengefasst, den sogenannten basalen Copingreaktionen: das emotionale und das problemorientierte Coping (Parker & Endler, 1996; zit. nach Tschuschke, 2011, S. 88).

In der Forschung konnte bezüglich der Abgrenzung des Copings von der psychoanalytischen Abwehr noch kein Konsens gefunden werden. Lazarus (1981; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 58) zählt psychoanalytische Mechanismen wie Verleugnung, Projektion, Vermeidung oder Intellektualisierung etc. zu den intrapsychischen Bewältigungsformen. Tschuschke (2011, S. 89-92) argumentiert jedoch, dass es sich beim zugrundeliegenden Menschenbild des Copings um ein „bewusst und selbstkompetent gesteuertes Individuum“ handle, dass „Situationen rational bewerte“.

Zur Belastungsbewältigung in der Partnerschaft können Paare auf individuelles Coping, gemeinsames Coping oder auf externe soziale Unterstützung zurückgreifen. Im Folgenden wird genauer auf das individuelle und das gemeinsame (dyadische) Coping eingegangen.

3.2.1 Individuelles Coping

Die Wahl des zur Stressbewältigung eingesetzten Copingmusters hängt weniger von den Persönlichkeitsfaktoren des Individuums, sondern eher von Kontextbedingungen wie z.B. der Motivation oder der Verfügbarkeit von Ressourcen ab (Folkman & Lazarus, 1980; Faller, 1998; zit. nach Tschuschke, 2011, S. 88). Die Grundlage eines erfolgreichen Copingprozesses sind eine adäquate Wahrnehmung und Bewertung der subjektiven Realität. Die Mobilisierung von Copingmöglichkeiten und -ressourcen hängt eng mit der individuellen Einschätzung der Situation zusammen (Bodenmann, 1995, S. 57). Beim individuellen Copingprozess wird im ersten Schritt die zu bewältigende Lage wahrgenommen und eingeschätzt (primary appraisal), danach aufgrund der persönlichen Erfahrungen und des individuellen Hintergrunds bewertet und gewichtet (secondary appraisal) und schlussendlich auf Basis dieser Erkenntnisse neu eingeordnet (reappraisal) (Faller, 1998; zit. nach Tschuschke, 2011, S. 89). Diese Bewertung geschieht kontinuierlich und hat einen entscheidenden Einfluss auf das Bewältigungsverhalten. Wird z.B. eine Situation subjektiv als unkontrollierbar wahrgenommen, führt dies zu Passivität und Resignation (Perrez & Reicherts, 1986; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 57-58). Das Analysieren der Lage und die aktive Reaktion bzw. Handlung darauf werden dem prob-

lemzentrierten Coping zugeordnet. Wunschdenken, Fokussierung auf das Positive, Distanzierung, Informationsunterdrückung oder Ausblenden, Selbstvorwürfe und Palliation [Anpassung an die Situation] gehören zum emotionszentrierten Coping (Folkman & Lazarus, 1985; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 58).

3.2.2 Dyadisches Coping

Erste Konzeptionen zu dyadischem oder partnerschaftlichem Coping wurden erst ab Anfang der 1990er Jahre beschrieben (Bodenmann, 1990; 1995; Bodenmann & Perrez, 1991; zit. nach Bodenmann, 2008, S. 11). Seither hat das dyadische Coping international stetig an Bedeutung gewonnen (Bodenmann, 2008, S. 11).

Beim dyadischen Coping handelt es sich um ein Konstrukt aus der systemisch-therapeutischen Richtung. In Partnerschaften wird Stresssituationen mit dyadischem Coping begegnet, wobei beide Partner gleiche oder komplementäre Bewältigungshandlungen einbringen. Ziel ist, eine neue „Homöostase des vom stressbetroffenen Individuums, des Gesamtsystems oder der Beziehung zwischen dem Paar und seiner Aussenwelt herbeizuführen“ (Bodenmann, 1995, S. 63). Dyadisches Coping wird vor allem dann eingesetzt, wenn einer der beiden Partner mit der Bewältigung eines dyade-externen Ereignisses wie z.B. einer Krebserkrankung überfordert ist (Bodenmann, 2008, S. 18).

Bodenmann (1995) geht davon aus, dass dyadisches Coping nach dem selben Prozessmuster abläuft wie individuelles Coping (S. 44). Im Unterschied zum individuellen Coping ist der Ablauf des dyadischen Coping zusätzlich von den Wechselwirkungen zwischen den Partnern geprägt. Um eine angemessene Copinghandlung zu erreichen, müssen die stressbetroffenen Partner fähig sein, wahrnehmbare Stresssignale auszusenden. Die unterstützenden Partner müssen diese Signale empfangen und richtig einschätzen können. Im besten Fall erfolgt ein gegenseitiger Austausch und eine dyadische Neueinschätzung der Situation, welche zur Koordination der Copinghandlung und zur Unterstützung der Stressbetroffenen führt (Bodenmann, 1995, S. 44-56). Im weniger günstigen Fall ignoriert der unterstützende Partner/ die unterstützende Partnerin die Signale des anderen, äussert selber Stress oder lässt sich vom Stress der Partnerin/ des Partners anstecken (Stresskontamination) (Bodenmann, 2008, S.15).

Dyadisches Coping wird dann aktiviert, wenn die Partner über individuelle und dyadische Kompetenzen wie z.B. angemessene Kommunikation, Wahrnehmung und die Fä-

higkeit zur Enkodierung der Stresssignale verfügen, wenn motivale Faktoren wie z.B. eine hohe Partnerschaftszufriedenheit vorhanden und wenn situative Bedingungen wie z.B. das Ressourcenniveau erfüllt sind. Neben der Stressbewältigung dient dyadisches Coping auch dazu, die Beziehung und das „Wir-Gefühl“ des Paares zu stärken und Ressourcen zu aktivieren (Bodenmann, 2008, S. 17-19). Dyadisches Coping kann durch die vermehrten gemeinsamen Aktivitäten des Paares die Partnerschaftszufriedenheit verbessern (Birchler, Weiss & Vincent, 1975; Kirchler 1989; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 64). Bringt der Stressor jedoch beide Partner gleichzeitig in eine negative Gefühlslage, ist die Wahrscheinlichkeit auf ein erfolgreiches Coping reduziert (Barbee, Cunningham, Winstead, Derlega, Gulley, Yankeelov & Druen, 1993; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 64).

3.2.3 Formen des dyadischen Copings

Bei allen Formen des dyadischen Copings wird zwischen sach- und emotionsbezogenen Reaktionen unterschieden. Sachbezogenes DC beinhaltet geplante und koordinierte Handlungen beider Partner wie z.B. eine situationsangepasste Arbeitseinteilung im Haushalt, gemeinsames Diskutieren von Lösungsansätzen oder das Planen von konkreten Vorgehensstrategien. Das emotionsbezogene DC befasst sich mit der Regulation emotionaler Stressoren. Dies kann durch gemeinsame Gespräche, gegenseitige Solidarisierung, Bekundung von emotionaler Verbundenheit etc. geschehen (Bodenmann, 1995, S. 63-64).

Supportives DC

Beim supportiven dyadischen Coping werden die stressbetroffenen Partner unterstützt, ohne dass ihnen die Bewältigungsarbeit ganz abgenommen wird. Voraussetzung für den Einsatz von supportivem DC ist, dass die Belastungen der Partner adäquat wahrgenommen werden können.

Sachbezogenes supportives DC beinhaltet konkrete Hilfestellungen an den Partner/ die Partnerin wie z.B. das Geben von direkten Ratschlägen, Mithilfe oder Entlastung beim Ausführen von Tätigkeiten, das Sammeln von Informationen oder das Präsentieren von Lösungsmöglichkeiten (Bodenmann, 1995, S.64). Das Gewähren von finanzieller Unterstützung wird ebenfalls dem sachbezogenen supportivem DC zugerechnet (Cutrona

& Suhr, 1992; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 64). Emotionales supportives DC umfasst das Äussern von positiven Gefühlen, das Signalisieren von Zusammengehörigkeit, das Zeigen von Empathie, Betroffenheit, Wertschätzung und Sympathie, die Ermutigung des Partners und palliative Handlungen. Ebenso wichtig ist die Validierung der Copingbemühungen der Partner, das Umbewerten der Situation sowie der Glaube an den Partner/ die Partnerin (Bodenmann, 1995, S. 65). Im Wesentlichen beinhaltet das emotionale supportive DC den „nurturant and emotional support“, den „esteem support“ und den „network support“ (Cutrona & Suhr, 1992; zit. nach Bodenmann 1995, S.65).

Supportives DC erfolgt mit hoher Wahrscheinlichkeit, wenn eine Asymmetrie bei den Bewältigungsmöglichkeiten der Partner vorherrscht. Sei dies, weil einer der Partner aktuell oder konstant über bessere Copingressourcen verfügt, nur einer der Partner akut von Stress betroffen ist oder wenn es sich um einen paarexternen Stressor handelt, d.h. wenn der betroffene Partner/ die betroffene Partnerin den Umstand nicht selber verursacht hat (Bodenmann, 1995, S. 65-66).

Laut Bodenmann (2008) zeigen Untersuchungen, dass emotionales supportives DC in gewissen Fällen einen dysfunktionalen Effekt auf die Stressbewältigung haben kann, selbst wenn es mit guten Intentionen ausgeführt wird. Lerntheoretisch gesehen kann supportives DC den Stress der Partner erhöhen. Starkes Empathieempfinden und Aufbauschen des Stresserlebnisses kann zur „Katastrophisierung“ führen. Durch ein Übermass an Schonung und Sorge wird der Partner/ die Partnerin geschwächt und entmündigt, seine/ihre Ressourcen werden minimiert. Überbehütung kann zu einer völlig unnötigen und von Partnern nicht gewünschten Übernahme der Stressbewältigung führen. Ausserdem erfolgt durch die selektive Zuwendung in Stresssituationen eine Verstärkung der Stresssymptome (S.19). Das Risiko einer Verstärkung besteht vor allem dann, wenn das Ungleichgewicht in der Beziehung über längere Zeit anhält oder das asymmetrische Unterstützungsmuster mehrere Bereiche betrifft. Hält der Zustand der Entmündigung über längere Zeit an, kann es zur Annahmeverweigerung der Unterstützungshandlungen kommen (Bodenmann, 1995, S. 76).

Delegiertes DC

Im Gegensatz zum supportivem DC wird beim delegierten DC die Bewältigung der belastenden Situation vom unterstützenden Partner/ Partnerin komplett übernommen. Vo-

raussetzung dafür ist, dass der stressbetroffene Partner/ die stressbetroffene Partnerin explizit um Unterstützung gebeten hat. Delegiertes DC kann sich in der vollständigen Übernahme von gewissen Tätigkeiten oder Aufgaben des Partners/ der Partnerin z.B. im Haushalt zeigen. Es beinhaltet aber auch den Verzicht auf gewisse Aktivitäten wie z.B. das Einladen von Gästen, um den Partner/ die Partnerin zu entlasten (Bodenmann, 2008, S. 16). Delegiertes DC tritt auf, wenn nur einer der Partner vom Stress betroffen ist und er/sie diese Situation nicht selber verschuldet hat. Ausserdem muss der unterstützende Partner/ die unterstützende Partnerin über angemessene Copingressourcen verfügen und ausreichend zur Übernahme der Tätigkeiten motiviert sein (Bodenmann, 1995, S. 68).

Negatives DC

Laut Bodemann (2008) kann sich dyadisches Coping auch in einer feindseligen, ambivalenten oder oberflächlichen Weise zeigen. Beim feindseligen DC reagiert der Partner/ die Partnerin zwar auf die Stressäusserungen des anderen und bietet ihr/ihm Unterstützung an, die Unterstützung selber erfolgt aber in „herabsetzender, schulmeisterlicher, gereizter, distanzierter, kritischer oder sarkastischer Weise“. Die stressbetroffenen Partner werden vom anderen offen angegriffen oder subtil lächerlich gemacht. Es wird ihnen vorgeworfen, sie sollen besser lernen mit dem Stress umzugehen oder der Stress wird bagatellisiert. Beim ambivalenten DC bieten die nicht vom Stressereignis betroffenen Partner ebenfalls ihre Unterstützung an, jedoch auf eine subtilere aversive Weise als beim feindseligen DC. Insgeheim wird die Unterstützung des Partners/ der Partnerin als bemühend, unangenehm oder belastend empfunden, weshalb Unterstützungshandlungen verzögert oder verlangsamt ausgeführt werden. Möglicherweise empfindet man die Unterstützung suchenden Partner auch als inkompetent und minderwertig, da sie nicht selber mit der Situation umgehen können. Auch beim oberflächlichen DC wird dem Partner/ der Partnerin Unterstützung geboten, allerdings ist man nur mit halbem Ohr und Herz dabei, hinter der Unterstützung steht mehr ein Gefühl des Verpflichtetseins als wahres Engagement und Interesse (Bodenmann, 2008, S. 16).

Negatives DC tritt meistens dann auf, wenn die Stresssituation durch den einen Partner direkt verschuldet oder zumindest mitverschuldet ist. Manchmal haben auch unterstützende Partner in diesem Moment nur minimale oder reduzierte Copingressourcen und

können deshalb die Kraft für eine angemessene Copinghandlung nicht aufbringen. Liegt insgesamt eine negative Paardynamik vor, sind unterstützende Partner ärgerlich auf den anderen Partner, fühlen sie sich ausgenutzt oder unfair behandelt, steigt die Wahrscheinlichkeit von negativem DC (Bodenmann, 2008, S. 17).

Gemeinsames DC

Beim gemeinsamen DC sind beide Partner zur gleichen Zeit in den symmetrisch oder komplementären Copingprozess involviert. Ziel ist es, partnerschaftliche Synergien zu nutzen und ein für beide Partner wichtiges Bewältigungsziel zu erreichen (Bodenmann, 1995, S. 63). Gemeinsames DC erfolgt oft in Stresssituationen, in denen beide Partner gleichermaßen betroffen sind. Der Stressauslöser liegt dabei in der Regel ausserhalb der Partnerschaft. Gemeinsames DC umfasst gemeinsames Abwägen und Suchen von Lösungsstrategien oder gemeinsames Planen und Koordinieren der Lösungsumsetzung. Es beinhaltet aber auch gegenseitige Solidarisierung, Zuspruch oder Gefühlsberuhigung durch Gespräche. Das Ausführen gemeinsamer sportlicher, religiöser oder spiritueller Aktivitäten wird ebenfalls dazugezählt (Bodenmann, 2008, S. 17).

3.3 Stresskommunikation in der Partnerschaft

Laut Burke und Weir gilt die Kommunikation sowohl als Basis für eine funktionierende Partnerschaft als auch als grundlegende Bedingung für dyadisches Coping (1982; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 78). Auf der Kommunikation bauen Organisation und Kooperation des Paares auf, beides elementare Komponenten für das Ausführen von Copinghandlungen (Bodenmann, 1995, S.78). In dieser Arbeit wird zwischen sachlichen und emotionalen Stressäusserungen unterschieden. Der sachliche Bereich umfasst vor allem die Planung und Diskussion von Lösungsstrategien sowie die Aussprache über paarinterne Regeln und Muster (Revenstorf, 1981; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 78). Fehler oder Inkonsistenzen bei der Wahrnehmung oder Dekodierung von Stresskommunikation führen zu einem erschwerten Copingprozess (Bodenmann, 1995, S.78).

Die Kommunikationsfähigkeiten selber werden ebenfalls durch Stressempfindungen beeinflusst. Untersuchungen zeigen, dass sich die Kommunikationsqualität unter Stress auch bei Paaren mit guten Kommunikationskompetenzen um rund die Hälfte verschlechtert (Bodenmann, 2007, S. 148). Personen unter Stress reagieren häufiger gereizt

oder unwirsch auf Interaktionsangebote des Partners/ der Partnerin. Das Risiko zur Überreaktion steigt, unbedeutende Konflikte explodieren und entgleisen schneller. Kommunikation unter Stress ist durch Egozentrismus geprägt, man ist auf die eigenen Probleme konzentriert und es fehlt die Motivation, auf den Partner/ die Partnerin einzugehen. Gestresste Individuen nehmen ausserdem die Stresssignale ihrer Partner weniger adäquat wahr und haben weniger Energie, um Copinghandlungen auszuführen (Bodenmann, 1995, S. 77).

Die wichtigsten Aspekte der emotionalen Kommunikation sind die Selbstöffnung und das Mitteilen von Gefühlen (Hendrick, 1981; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 78). Mehrere Untersuchungen haben den Zusammenhang zwischen Selbstöffnung und Partnerschaftszufriedenheit aufgezeigt (Bodenmann, 1995, S. 78). Gestresste Partner öffnen sich aber ihren Partnern gegenüber weniger (Bodenmann, 2007, S. 53). Paare mit einseitiger Selbstöffnung sind zwar unzufriedener, aber noch immer zufriedener als Paare ohne Selbstöffnung (Bodenmann, 1995, S. 79). Ausserdem fehlt unter Stress die Energie, problematische Persönlichkeitszüge dem Partner/ der Partnerin gegenüber zu verschleiern, es kommen Schwächen und unschöne Seiten zum Vorschein, welche den Partner/ die Partnerin möglicherweise enttäuschen. Bleibt der Stress über längere Zeit konstant, kann es zu einem Entfremdungsprozess kommen (Bodenmann, 2007, S. 55).

Die Art wie Paare unter Stress kommunizieren, hat einen bedeutenden Einfluss auf die Beziehungsqualität. Paare, welche im Alltag viel Stress erleben und nicht damit umzugehen wissen, sind am meisten gefährdet. Partnerschaften mit viel Stress, die gleichzeitig auch über hohe Stressbewältigungskompetenzen verfügen, zeichnen sich durch einen viel stabileren Verlauf aus (Bodenmann, 2007, S. 51-57).

Positive Stresskommunikation

Kommunikation findet immer auf mehreren Ebenen statt, sei dies verbal, para- oder nonverbal. Diese Ebenen sind komplex, überlagern sich gegenseitig und können sich widersprechen (Bodenmann, 2007, S. 143). Bittet man seinen Partner/ seine Partnerin z.B. um sachliche oder praktische Unterstützung (Entlastung im Alltag) handelt es sich um sachliche Kommunikation. Das Äussern von Gefühlen oder das Bitten um emotionale Unterstützung wird zur emotionalen Kommunikation gezählt. Hier spielt auch der Grad der Selbstöffnung eine Rolle. Paare mit guten Kommunikationsfähigkeiten, die

fähig sind, Konflikte konstruktiv auszutragen und gemeinsam nach Lösungen und Bewältigungsmöglichkeiten zu suchen, sind im Allgemeinen zufriedener und haben ein geringeres Risiko für Trennung und Scheidung (Bodenmann, 2007, S.142-143).

Negative Stresskommunikation

Als für eine Beziehung besonders problematische Kommunikationsformen haben sich die folgenden fünf Interaktionsmuster herausgestellt:

- a) Defensive Kommunikation: Der defensive Partner/ die defensive Partnerin verteidigt sich, fixiert sich auf seine/ihre Sicht, das Ziel ist die Wahrung des eigenen Gesichts und nicht die Lösung des Konflikts. Die Kommunikation ist geprägt von Rechtfertigungen, Gegenanklagen- und Vorwürfen, Ja-aber-Äusserungen und Schuldverweigerung. Bei dieser Art der Kommunikation wird das Thema nicht wirklich diskutiert und es können keine Lösungsvorschläge gefunden werden, da der Standpunkt des anderen gar nicht wahrgenommen wird.
- b) Verächtliche Kommunikation: Die Interaktionen sind geprägt von mangelndem Respekt und fehlender Achtung gegenüber dem Partner/ der Partnerin. Charakteristisch sind sarkastische und zynische Bemerkungen, sich über den anderen lustig zu machen oder ihn/sie zu beleidigen. Verächtliche Kommunikation drängt den anderen Partner in eine defensive Haltung oder in den Rückzug.
- c) Dominante Kommunikation: Es wird versucht, den anderen Partner zu dominieren, ihn klein zu machen und nur die eigene Position durchzusetzen. Dies geschieht durch schnelles Sprechen, Unterbrechen oder Bevormunden des Partners, durch das Aufstellen von verallgemeinernden Regeln, Du-Botschaften oder rigider Wiederholung des eigenen Standpunktes. Dominante Kommunikation führt ebenfalls zu einer defensiven Haltung des anderen Partners oder zu Quengeleien.
- d) Provokative Kommunikation: Ein Partner versucht, den anderen durch Fragen oder Gesten blosszustellen oder lächerlich zu machen. Dies geschieht durch hypothetische Fragen, welche der Partner/ die Partnerin gar nicht beantworten kann. Diese Kommunikation führt zu einer defensiven Kommunikation oder Rückzug von Seiten des anderen Partners.
- e) Rückzug von der Kommunikation: Durch abweisendes, ignorierendes Verhalten wird die Kommunikation verweigert. Der Partner/ die Partnerin wird behandelt, als existie-

re er/sie nicht, es erfolgt keine Rückmeldung. Äusserlich wirkt der abweisende Partner/ die abweisende Partnerin gleichgültig, in Wirklichkeit ist er/sie innerlich aber hoch enerviert. Enthaltung von der Kommunikation führt zu verächtlicher oder provokativer Kommunikation, Quengeleien, später zu Rückzug und komplettem Ausstieg aus der partnerschaftlichen Kommunikation.

All diesen negativen Kommunikationsformen liegt zu Grunde, dass Konfliktthemen nicht angegangen werden und somit nicht gelöst werden können. Dadurch können sie sich über die Zeit zu schwerwiegenden Streitthemen aufbauen (Bodenmann, 2007, S. 143-149).

3.4 Schlussfolgerungen

Wenn in der Dyade nur eine Person vom Stress betroffen ist, erfolgt in der Regel zuerst individuelles Coping. Erst wenn sich diese Bemühungen als nicht genügend effizient erweisen, kommt es zu dyadischem Coping (Bodenmann, 1995, S. 68). Die Basisfaktoren für das Zustandekommen von dyadischem Coping sind adäquate Kommunikationsfähigkeiten und die Organisation und Kooperation in der Partnerschaft. Weiter ist das Mass an Motivation zum Ausführen von dyadischem Coping sowohl beim unterstützenden Partner/ bei der unterstützenden Partnerin wie beim erkrankten Partner/ bei der erkrankten Partnerin von Bedeutung. Eine hohes Mass an Paarzufriedenheit wirkt am motivierendsten. Das Erreichen von dyaderelevanten Zielen ist ebenso ein Motivationsfaktor. Bei paarexternen Auslösern, wie z.B. onkologischen Erkrankungen ist die Wahrscheinlichkeit zu DC am höchsten. Die vom Stress betroffenen Partner müssen ausserdem gewillt sein, die Unterstützungsleistungen anzunehmen. Gute Voraussetzung dafür sind ebenfalls eine hohe Paarzufriedenheit mit einem hohen Mass an Vertrauen und ein Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben. Um dyadisches Coping wirkungsvoll auszuführen, braucht es sowohl individuelle wie auch dyadische Copingkompetenzen (zu welchen auch die Kommunikationsfähigkeiten gezählt werden). Ausserdem spielt die situative Befindlichkeit eine Rolle und es müssen genügend Ressourcen vorhanden sein (Bodenmann, 1995; 2007; 2008).

Vor allem beim supportiven DC kann es auch zu dysfunktionalen Effekten kommen. Schonung und Überprotektion führt zur Bevormundung und Schwächung der Patienten

und vergrössert das Ungleichgewicht in der Partnerschaft (Bodenmann, 1995, S.76). Speziell bei Frauen besteht das Risiko, vollständig in der Betreuung des erkrankten Partners aufzugehen und darüber die eigenen Bedürfnisse vergessen. Ohne Thematisierung der eigenen Belastungen wird aber eine dyadische Bewältigung verunmöglicht. Durch das immer grösser werdende Ungleichgewicht entsteht eine innere Distanz zwischen den Paaren, welche schlussendlich schädlich für die Beziehung ist (Künzler et al., 2007, S.2). Ein Übermass an Empathie und situativer, emotionaler Zuwendung kann ausserdem zur Verstärkung (im Sinne der Lerntheorie von Skinner (1953)) der Stresssymptome führen (Bodenmann, 1995, S. 83-84).

Zwischen dem durch die Krebserkrankung ausgelösten Stress und der für die Bewältigung der Krankheit wichtigen Kommunikation entsteht eine Wechselwirkung, welche die Beziehungsqualität negativ beeinflussen kann.

Dyadisches Coping ist ein sehr komplexer Vorgang mit vielen Faktoren, die sich reziprok beeinflussen. Dyadisches Coping widerspiegelt das „Wir-Gefühl“ in der Beziehung, fördert die Paarkohäsion und ist die Basis für Vertrauen und Intimität (Bodenmann, 1995, S. 74).

Verschiedene Studien zeigen, dass besonders die Qualität des Copings einen entscheidenden Einfluss auf die Bewältigung von Krankheiten hat (Tschusche, 2011, S. 117).

Dies wird speziell in der psychoonkologischen Versorgung in der Schweiz noch zu wenig berücksichtigt. Auch dem Umstand, welche tragende Rolle die Partner der Patienten im Bewältigungsprozess einer onkologischen Krankheit spielen, wird noch viel zu wenig Rechnung getragen (Künzler et al., 2007, S. 2).

4. Partnerschaftszufriedenheit

Nach Bodenmann (1995) beeinflussen und verstärken sich dyadisches Coping und Partnerschaftszufriedenheit gegenseitig. Zufriedene Paare sind motivierter, persönlich involvierter und investieren mehr Energie beim Ausführen von Copinghandlungen, wodurch sich die Qualität des Copings verbessert. Die gelungene Bewältigung von Belastungen und Stress festigt das Gefühl der Zusammengehörigkeit und hat dadurch einen positiven Einfluss auf die Partnerschaftszufriedenheit (S. 74-75). In zufriedenen Partnerschaften entsteht ausserdem a priori weniger Stress, da die Partner mit mehr Geduld, Einfühlungsvermögen und Interesse aufeinander zugehen, sich mehr Zeit zum Diskutieren

ren von Problemen nehmen und der allgemeine Umgang miteinander freundlicher und liebevoller ausfällt (Burke & Weir, 1982; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 66).

Bodenmann (1995) hält ausserdem fest, dass die wichtigen Faktoren sowohl für die Beziehungsqualität als auch für die Beziehungsstabilität individuelle und dyadische Kompetenzen sind (S. 12).

Im nachfolgenden Kapitel wird auf die Prädiktoren stabiler bzw. unstabiler Beziehungen eingegangen. Die Subtypen zufriedener und unzufriedener Paarbeziehungen werden kurz dargestellt sowie die Partnerschaftskommunikation unter Stress erläutert. Abschliessend werden die wichtigsten Faktoren nochmals zusammengefasst und diskutiert.

4.1 Definition

Empirische Studien und vergleichende Untersuchungen zeigen, dass es klare Charakteristika für die Gestaltung einer zufriedenen Beziehung gibt (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2006, S.45). Bodenmann (2007, S. 18) fasst drei Basiskompetenzen als Grundlage einer zufriedenen Partnerschaft zusammen. Dazu gehören eine offene, akkurate und situationsangepasste Kommunikation, die Fähigkeit, Alltagsprobleme effizient lösen zu können, und wirksames Coping bei der Bewältigung von Alltagsstress. Bei Schindler et al. (2006, S. 45-46) findet sich dazu eine ausführlichere Darstellung. Demnach stellt sich in zufriedenen Partnerschaften ein höheres Mass an positivem Austausch im alltäglichen Umgang miteinander ein. Ebenso verfügen die Partner über mehr Kommunikations- und Problemlösekompetenzen. Dank der höheren Beziehungsqualität verstricken sich zufriedene Paare weniger häufig in andauerndes, negatives Verhalten wie Kritisieren, Beschuldigen oder Vorwürfe machen und es gelingt ihnen eher, diese Eskalationskette zu Gunsten eines Kompromisses zu unterbrechen. Zufriedene Paare zeigen in Untersuchungen günstigere Werte in den verschiedenen Bereichen des Zusammenlebens wie Sexualität, Freizeitgestaltung, Erziehung der Kinder etc. Im Gegensatz dazu gelingt es unglücklichen Paaren oft nicht, ihren Beziehungsalltag in diesem Sinne zu strukturieren. Schindler et. al (2006, S.46) werfen dabei die Frage auf, ob destruktive Beziehungsgestaltung zu unglücklichen Beziehungen führt oder ob das umgekehrt der Fall sei. Bodenmann (2007, S.17) hebt ausserdem noch die Rolle der Emotionen und der Selbstbestätigung und -entwicklung hervor. In einer zufriedenen Partnerschaft füh-

len sich beide Partner emotional aufgehoben, geliebt und geborgen. Es findet ein gegenseitiger Austausch statt, die Partner können sich so geben, wie sie sind. Stärken können sich entfalten und entwickeln, die Partnerschaft regt zum persönlichen Wachstum an. Schwächen werden respektiert. Es herrscht gleichermassen ein „Wir-Gefühl“ wie Platz für eigene Individualität. Die Partner sind füreinander da und helfen einander bei der Bewältigung von Schwierigkeiten.

4.2 Die fünf Partnerschaftstypen nach Gottman

Ein Schlüsselfaktor zur Erforschung der Partnerschaftszufriedenheit liegt in der Beobachtung der Kommunikation und Interaktion des Paares. Gottman (1993, S. 1-15) beschreibt vier Typen zufriedener und unzufriedener Paare mit z.T. sehr unterschiedlichen Interaktionsstilen.

4.2.1 Konflikt-engagierte Paare

Laut Gottman (1993) können sich Konflikt-engagierte und Konflikt-vermeidende Paare auf eine relativ stabile Ehe einstellen. Er unterscheidet zwischen zwei Typen von Konflikt-engagierten Paaren, gemessen am Grad der Emotionalität in der Interaktion (S. 5).

- a) Bei **lebhaft-impulsiven Paaren** kommt es schnell zu Konflikten, die zu heftigen Auseinandersetzungen führen. Sie investieren viel Energie und Emotionen in den verbalen Schlagabtausch. Diskussionen sind durch Leidenschaft gekennzeichnet, jeder versucht, den anderen Partner von seinem Standpunkt zu überzeugen. Die zentralen Reibungspunkte in der Partnerschaft sind Individualität und Eigenständigkeit. Häufig mangelt es an Empathie. Gefühle und Ansichten des anderen werden voreilig bewertet. Das Niveau der positiven Interaktionen (Humor und Affekte) in der Partnerschaft ist aber ebenfalls hoch. Die Partner sind sehr expressiv, zeigen sich interessiert und involvieren sich (Gottman, 1993, S. 6-7). Lebhaft-impulsive Partnerschaften sind romantisch und leidenschaftlich, es besteht jedoch das Risiko, sich in endlosen Nörgeleien über Unbedeutendes zu verlieren (Gottman, 1993, S. 15).
- b) **Konstruktive Paare** setzen Emotionen hauptsächlich vermittelnd ein, sie zeigen häufig Empathie und Verständnis für die Gefühle des Partners. Die Partnerschaft ist durch hohe gegenseitige Unterstützung und respektvolle Wahrnehmung des Partners

gekennzeichnet. Es finden häufig konfliktbezogene Diskussionen statt, die Dispute werden mit einer gewissen Ruhe und Mühelosigkeit ausgetragen. Bei Nicht-Übereinstimmungen bemühen sich die Partner, trotzdem eine Lösung für das Problem zu finden. Das Verhältnis zwischen Positivem und Negativem in der Partnerschaft ist ausgeglichen und insgesamt auf einem moderaten Niveau. Charakteristisch für konstruktive Partnerschaften ist ein hohes Mass an Ruhe, Intimität und Gemeinsamkeit. Da Freundschaft und gemeinsame Erfahrungen für das Paar wichtiger sind als individuelle Autonomie, besteht die Gefahr, dass längerfristig die Romantik aus der Beziehung verschwindet und das Paar nur durch eine enge Freundschaft verbunden ist. In Egetherapien wird diese Beziehungsform oft als Ziel angestrebt, da viele Therapeuten einen grossen Wert auf das gegenseitige Zuhören legen (Gottman, 1993, S. 10-11).

4.2.2 Konflikt-vermeidende Paare

Konflikt-vermeidende Paare erleben sich selbst nicht als vermeidend. Beobachtungen zeigen jedoch, dass sie über keine spezifischen Strategien zur Lösung von Konflikten verfügen. Die Lösungsvorschläge der Partner sind allgemein und unspezifisch, da dem anderen Partner wenig Interesse entgegengebracht wird. Zwischen dem Paar findet nur wenig Austausch statt, Meinungsverschiedenheiten werden als unbedeutend unter den Tisch gewischt. Die Gemeinsamkeiten in der Partnerschaft sind das höchste Gut, man arrangiert sich lieber mit Uneinigkeiten als dass man die Harmonie der Partnerschaft in einem Streit aufs Spiel setzt. Potenziell verletzende Auseinandersetzungen werden möglichst vermieden. Bei Konflikten werden nur wenige Versuche unternommen, den Partner von der eigenen Meinung zu überzeugen. Diskussionen finden unter dem Einsatz von sehr wenig Emotionen – weder positiven noch negativen – statt. In der Paarbeziehung ergeben sich sowohl wenig positive als auch wenig negative Interaktionen. Die Gesamtbilanz der Negativität sowie der Emotionalität ist daher gering (Gottman, 1993; 1994; zit. nach Bodenmann, 1995, S.15). Bei Konflikt-vermeidenden Paaren besteht ein geringeres Risiko durch direkte Konfrontation oder Konflikte verletzt zu werden, jedoch besteht die Gefahr, dass sich die Partner emotional voneinander distanzieren und sich in der Beziehung einsam fühlen (Gottman, 1993, S. 10).

4.2.3 Feindselige und feindselig-distanzierte Paare

Laut Gottman (1993; 1994) weisen diese beiden Partnerschaftstypen eine geringe Partnerschaftszufriedenheit auf und sind in einem hohen Mass scheidungsgefährdet. Bezeichnend für diesen Partnerschaftstyp ist eine hohe Rate an negativer Interaktion im Verhältnis zu einem geringen Mass an positivem Austausch. Zusätzlich verfügen beide Partner über wenig Fähigkeiten zur Konfliktlösung. Bei Auseinandersetzungen kommt es häufig zu persönlichkeitsbezogenen Angriffen, defensivem oder abweisendem Verhalten oder beleidigender Kritik. Konflikte sind geprägt von mangelndem Interesse am Partner (S. 14-15). Die charakteristische Auseinandersetzung bei feindseligen Paaren verläuft hitzig. Man beschimpft und beleidigt einander, demütigt sich oder wird sarkastisch (Schindler et. al., 2006, S. 59). Bei feindselig-distanzierten Paaren kommt es weniger zu offenen Auseinandersetzungen, aber wenn, dann sind diese durch eine starke emotionale Gleichgültigkeit geprägt. Schon alltägliche Banalitäten führen zu Verstrickungen in Diskussionen, welche sich durch kurze reziproke Angriffs- und Defensivitätsprozesse zu einem ausgewachsenen Konflikt steigern (Gottman, 1995; zit. nach Bodenmann, 1995, S. 14-15). Feindselig-distanzierte Paare sind zusätzlich noch viel weniger engagierte Zuhörer als feindselige Paare (Gottman, 1993, S. 5).

4.3 Schlussfolgerungen

Ausschlaggebend für eine zufriedene Paarbeziehung ist nicht die Anzahl der negativen Interaktionen, sondern die Fähigkeit des Paares, aversiven Austausch mit positivem zu kompensieren und auszubalancieren (Gottman, 1993, S. 11). Auf den ersten Blick weisen z.B. lebhaft-impulsive Paare ein hohes Konfliktpotenzial auf. Diese Negativität wird jedoch ausgeglichen durch viel Humor und eine im Allgemeinen leidenschaftliche, romantische Beziehung. In einer zufriedenen Beziehung beträgt die Ratio zwischen positiven und negativen Interaktionen bei der Konfliktlösung laut Gottman (1993) 5:1. Intensive Auseinandersetzungen bis zur Eskalation oder die Vermeidung von Konflikten sind also nicht unbedingt dysfunktional für die Beziehung, ausser die Kommunikation wird von einem sehr hohen Mass an Kritik, sich Beklagen, defensivem, verachtendem oder verabscheuendem Verhalten geprägt (S. 11). Das Ausdiskutieren von Meinungsverschiedenheiten dient auch dazu, gegensätzliche Qualitäten in Beziehungen wie z.B. Intimität und Autonomie auszubalancieren. Konflikte und Spannungen können in einem

gewissen Grad sogar dazu beitragen, die Attraktivität der Partnerschaft länger zu erhalten (Gottman, 1993, S. 12). Eine immer nur positive Partnerschaft ist nach Gottman (1993) genauso instabil wie eine nur negative (S. 12).

Abbildung 2 zeigt, welche Vorgänge ablaufen, wenn das Verhältnis von 5:1 zwischen positiver und negativer Interaktionen kippt. Sobald die interaktive „Triadische Balance“ zwischen Kommunikation, Wahrnehmung und Psychophysiologie aus dem Gleichgewicht gerät, wird es schwieriger Kompromisse einzugehen und die psychophysiologische Erregbarkeit steigt. Auch die Wahrnehmung verändert sich, Attributionsprozesse werden immer negativer und immer stabiler. Die Partner fühlen sich durch die steigende Negativität überflutet, dies führt zur Distanzierung und Isolierung der Partner. Die Geschichte der Ehe wird umgestaltet, positive Erinnerungen erscheinen plötzlich in einem neuen, negativen Licht. Das Überdenken der Beziehung lässt schliesslich den Wunsch nach Scheidung aufkommen (Gottman, 1994; zit. nach Schindler et. al, 2006, S. 60). Ob dieser Gedanke auch umgesetzt wird, hängt von verschiedenen Faktoren wie z.B. der Liberalisierung der Gesellschaft, der finanziellen Lage des Paares oder des Vorhandenseins von Kindern ab (Bodenmann, 1995, S. 7-8).

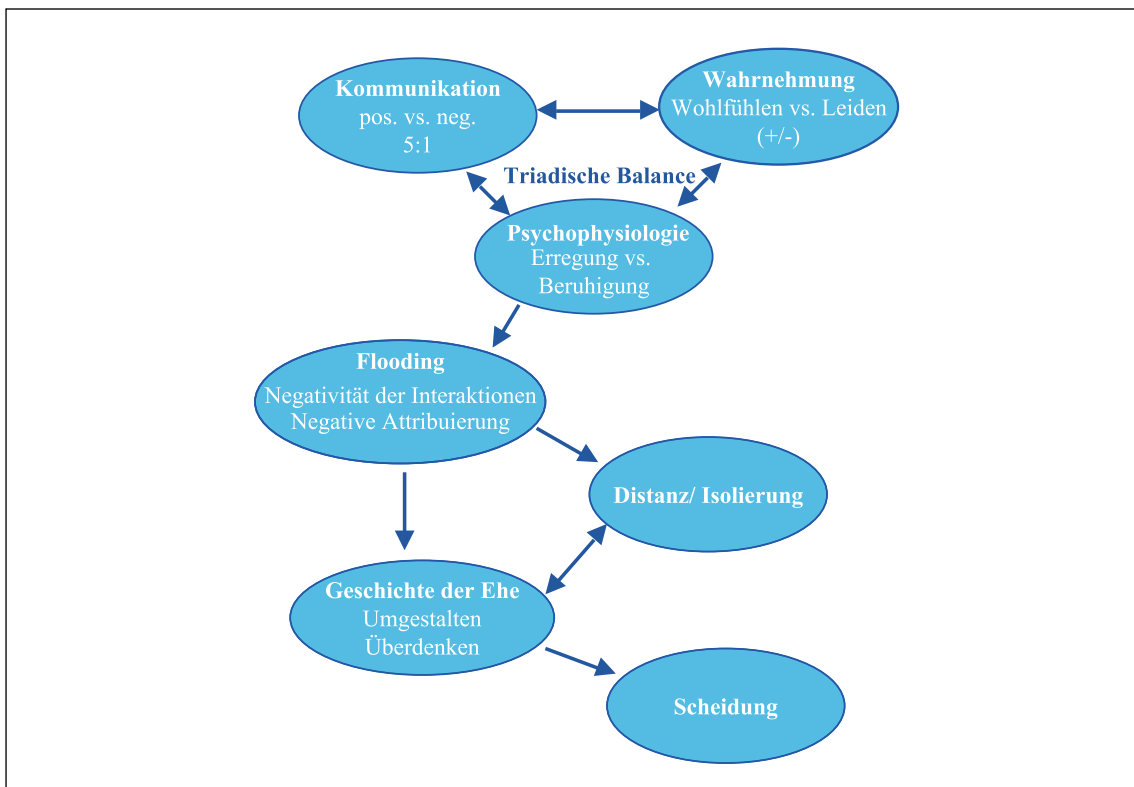


Abb. 2: Modell der ehelichen Stabilität nach Gottman (1994); zit. nach Schindler et. al, 2006, S. 61

5. Lebensqualität

In diesem Kapitel werden der Begriff und die Bedeutung der gesundheitlichen Lebensqualität im Zusammenhang mit Krebs erläutert. Ferner werden die Objektivierbarkeit der Lebensqualität und die Ziele der Lebensqualitätsforschung betrachtet.

5.1 Gesundheitliche Definition der Lebensqualität

In Abgrenzung zur umfassenden Betrachtung der Lebensqualität umschreibt der in der Medizin verwendete gesundheitsbezogene Begriff der Lebensqualität laut Schölmerich und Thews (1990) keine gesellschaftlichen und politischen Aspekte, sondern betont demgegenüber individuelle gesundheitsbezogene Beurteilungskriterien (zit. nach Krichske, 1996, S. 55).

Heute wird unter gesundheitsbezogener Lebensqualität vielfach die subjektive Bewertung der einzelnen Personen, die Art und Weise wie Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, verstanden (Bullinger, 1998, S. 4-7).

Laut Bullinger und Pöppel (1988, S. 679-680) bezieht sich die Lebensqualität auf die emotionalen, funktionalen, sozialen und psychischen Aspekte menschlicher Existenz. Sie ist jedoch nicht direkt von außen beobachtbar, sondern erschliesst sich vielmehr mittelbar aus verschiedenen Komponenten. Diese Komponenten umfassen im Wesentlichen das psychische Befinden des Patienten, seine Funktions- und Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Beruf, Haushalt etc.), die Anzahl und Güte der Beziehungen zu anderen Menschen (z.B. Ehepartner) sowie die körperliche Verfassung des Patienten (z.B. Gesundheitszustand, Beschwerden, etc.).

In einer ersten Annäherung einer Definition orientiert sich der Begriff der Lebensqualität an der WHO-Definition (1948) für Gesundheit: Gesundheit ist danach nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit, sondern „ein Zustand völligen Wohlbefindens im physischen, mentalen und sozialen Sinn“ (Porzolt, 2000, S. 7).

Nach dieser Definition wäre jedoch Lebensqualität nur für wenige onkologische Patienten zu erreichen und so muss der Begriff der Lebensqualität Abstufungen zulassen (Aulbert & Niederle, 1990, S. 4).

Porzolt (2000) beschreibt recht anschaulich eine neuere Definition von Lebensqualität und geht in diesem Zusammenhang auch auf die Erwartungshaltung der Patienten ein (S. 7).

„Die Höhe der Lebensqualität ergibt sich aus dem Vergleich der selbstgesetzten Soll- mit den selbstbeobachteten Ist-Werten. Aus der – vielleicht auch nur annäherungsweise – Übereinstimmung von Soll-Wert (selbstdefiniertem Anspruch) und Ist-Wert (erlebtem Befinden) folgt Zufriedenheit“.

Laut Herschbach (2008) ist die subjektive Lebensqualität der Krebspatienten im Wesentlichen nicht bloss durch objektive Faktoren der Erkrankungs-, Behandlungs- und Lebenssituation bestimmt, sondern auch durch seine Persönlichkeitseigenschaften. Zu diesen Eigenschaften gehören unter anderem Optimismus/Pessimismus, Urvertrauen/Misstrauen und auch individuelle Anpassungsmöglichkeiten. So kann z.B. der Einzelne/die Einzelne die aktuelle Situation mit neuen Massstäben bewerten bzw. seine/ihre eigene Erwartungshaltung an die neue Lage adaptieren (zit. nach Dorfmueller, 1999, S. 54).

5.2 Psychisches Wohlergehen

Leben wird erst dann lebensunwert, wenn es unerträglich wird, z.B. bei unerträglichen Schmerzen, unerträglicher Abhängigkeit, unerträglicher Einsamkeit, unerträglicher Unwürdigkeit, doch auch hier ist der individuelle Bezug entscheidend. Für die Person, die leben möchte, ist auch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von untergeordneter Bedeutung, zumal diese durch entsprechende psychische oder soziale Kontakte gemildert werden kann. So lebt der Mensch als kommunikatives Wesen zuerst psychosozial und erst in zweiter Linie biologisch-aktiv. Dies führt zur Überlegung, dass für die Lebensqualität vor allem emotionales Wohlergehen wichtig sein müsste. Klar ist aber, dass das psychische Wohlergehen durch körperliche Störungen sehr negativ beeinflusst werden kann; andererseits kann die innere Einstellung auch diese Störungen ausblenden (Aulbert & Niederle, 1990, S. 4-5).

5.3 Lebensqualität und Krebs

Erst in den achtziger Jahren wurde Lebensqualität als Outcome-Kriterium [Ergebnis einer Massnahme] in der medizinischen Forschung akzeptiert. Für diesen Paradigmenwechsel in der medizinischen Leistung war vor allem die Erkenntnis, dass gerade bei Krebspatienten die Lebensverlängerung um jeden Preis angesichts der massiven Ne-

benwirkungen der Therapien nicht länger gewünscht und propagiert wird (Krischke, 1996, S.11).

Vor allem wenn die Aussicht auf Heilung nicht mehr gegeben ist, wird die Qualität des Überlebens angestrebt. Therapiebedingte Nebenwirkungen, wiederholte Spitalaufenthalte, verstümmelnde Operationen und angsterzeugende Überdiagnostik können die Lebensqualität der Krebskranken derart einengen, dass der therapiebedingte Zugewinn an Lebenszeit keinen Wert mehr besitzt. So dürfen die möglichen Beschwerden durch die Therapie nicht die Beschwerden durch die Krebserkrankung übersteigen. Umgekehrt kann aber auch eine Therapie nötig sein, um die Lebensqualität zu erhöhen, z.B. bei einer vorhersehbaren Komplikation als Folge des Tumorwachstums.

Für manche Menschen kann sich trotz aller krankheitsbedingten Beschränkungen, der in der WHO Definition gebrauchte Begriff des „geistigen Wohlergehens“ einstellen einzig aufgrund der Tatsache, dass er oder sie noch lebt. So kann Leben seine Qualität, seinen Wert auch in sich selber haben. Dies zeigt uns, dass geistiges Wohlbefinden zweifellos abhängig ist vom körperlichen und sozialen Wohlergehen, dass geistiges Wohlergehen jedoch vor den anderen Priorität hat. Weiter wird deutlich, dass Wohlergehen eine subjektive Bewertung ist und sich so weitgehend vor einer objektiven Bewertung verschliesst (Aulbert & Niederle, 1990, S. 2-4).

5.4 Objektivierbarkeit von Lebensqualität

Wie soll man den Wert der Lebensqualität messen, wenn keine Heilung, kein Überlebensvorteil und oft nicht mal eine deutliche Besserung der Beschwerden erreicht werden kann und zudem zum Teil erhebliche Nebenwirkungen in Kauf genommen werden müssen (Dorfmueller, 1999, S. 55)?

Gemäss Porzsolt (2000, S. 7) finden auf den folgenden drei Ebenen Lebensqualitätsmessungen statt: physisches, mentales und soziales Wohlergehen.

Dorfmueller (1999, S. 54-55) unterstreicht im Zusammenhang mit Lebensqualitätsmessungen die Wichtigkeit, dass Fragebogen nicht von Angehörigen, Ärzten oder Pflegepersonal ausgefüllt werden, sondern von den Patienten selbst. Denn die zuverlässigste Informationsquelle – und eben für die Lebensqualität einzig gültige – sind die Patienten. Dabei erübrigt sich zudem die Frage nach dem Wahrheitsgehalt, da es keine richtige oder falsche Befindlichkeit gibt. Ärztliche Fremdeinschätzungen können nach

wie vor gewonnen werden, sind aber nicht unbedingt ein gutes Mass für die Einschätzung der Patienten.

Etwa im Jahre 1985 hat die Entwicklung verlässlicher Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität begonnen mit dem Ziel, die Werte international vergleichen zu können und gleichzeitig multidimensional, subjektiv und patientenfreundlich zu sein. Die heute verwendeten Instrumente zielen auf die subjektiv erlebte Lebensqualität ab. Nach Dorfmueller (1999, S. 55) eignen sich zur Erfassung der Lebensqualität folgende Instrumente:

- Fragebogen zur Selbsteinschätzung durch den Patienten
- Interviews mit Patienten
- Fremdeinschätzung durch Ärzte, Pflegende oder Familienangehörige

Dem hält Dorfmueller (2009, S. 50) entgegen, dass jede Selbstbeurteilung auch Einschränkungen unterliegt. So hängt das Ergebnis eines Fragebogens immer auch von der situativen Verfassung, der Kooperationsbereitschaft, der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Krankheitseinsicht, von der verfügbaren Zeit und nicht zuletzt vom Vertrauen in die Untersucher und der Aufrichtigkeit bzw. der Vorstellung sozialer Erwünschtheit der Patienten ab. Darum ist es wichtig, dass die Inhalte und Ergebnisse des Fragebogens in das Gespräch mit den Patienten aktiv integriert werden.

Kritisch äussern sich auch Auberle und Niederle (1990, S. 8) zur Objektivierbarkeit der Lebensqualität: Der Begriff der Lebensqualität sei zu komplex, als dass er einfach mittels Fragebogen zu erfassen wäre. Auch wenn es gelingt, einen statistisch signifikanten Index zu erheben, würde diese Aussage für den Einzelnen doch nur bedingt gelten, da sich der Einzelfall nach dem statistischen Mittel richten müsse (Auberle & Niederle, 1990, S. 8).

5.5 Ziele der Lebensqualitätsforschung

Die gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung wird als Outcome-Kriterium benutzt. Besonders in der Krebsforschung ist ein wesentliches Kriterium die Risiko-Nutzen-Analyse einer Therapie. Unter den Outcome-Gesichtspunkten lassen sich laut Krichke (1996, S. 61) folgende Ziele der Lebensqualitätsforschung aufzeigen:

- Verbesserung und Optimierung der Patientenbetreuung
- Bewertung der Therapienebenwirkungen und Identifikation prognostischer Faktoren
- Beschreibung und Dokumentation des Verlaufs der Erkrankung und der Therapie
- Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs von Krebspatienten
- Auswahl alternativer Behandlungsstrategien
- Ressourcenallokation [Zuordnung und Verteilung knapper Ressourcen] im Gesundheitswesen

5.6 Schlussfolgerungen

Lebensqualität scheint eine gänzlich subjektive Erfahrung zu sein, welche von den Werten der Betroffenen aber auch von den Hilfen, die die Kranken erfahren, abhängig ist. So birgt sie viele komplexe und unterschiedliche Aspekte in sich, die es erschweren – oder sogar verunmöglichen – Lebensqualität objektiv bewerten zu wollen. Dennoch stellt die Messung der Lebensqualität ein wichtiges Instrumentarium dar, um die Patienten vorausschauend und prophylaktisch zu behandeln und zu betreuen. Therapiedefizite können so aufgedeckt und die supportive und palliative Behandlung verbessert werden.

II. EMPIRISCHER TEIL

In diesem Teil der Arbeit wird einleitend die Zielsetzung formuliert. Anschliessend wird die Forschungsfrage mit den daraus abgeleiteten Hypothesen präsentiert. Danach wird auf die statistische Methodik mit der Datenerhebung, den Untersuchungsinstrumenten, der Stichprobe und der Datenaufbereitung eingegangen. Unter dem Kapitel 7.5 „statistisches Vorgehen“ wird die Modellformulierung und die Prüfung der Modelprämissen präsentiert. Schliesslich werden die Ergebnisse der deskriptiven Statistik und der Regressionsfunktion dargestellt, interpretiert und diskutiert. Zum Schluss folgt eine kritische Betrachtung der Methodik, gefolgt von den Schlussfolgerungen und einem Ausblick in die Zukunft.

6. Forschungsgegenstand

6.1 Zielsetzung

Die vorliegende empirische Arbeit soll den längsschnittlichen Zusammenhang zwischen der Art der Paarbeziehung und der Partnerschaftszufriedenheit auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose untersuchen. Die Bewältigung der Krebsdiagnose wird als Lebensqualität erfasst, wobei nur die psychische Dimension berücksichtigt wird. Es wird davon ausgegangen, dass mit der Bewältigung psychischer Probleme auch die Lebensqualität zunimmt. Dabei sollen verschiedene Messzeitpunkte berücksichtigt werden, um so stärkere Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang zu erhalten. Zudem wird der Frage nachgegangen, ob geschlechtsspezifische Zusammenhänge in der Art der Paarbeziehung und der Partnerschaftszufriedenheit in Hinblick auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose bestehen.

Aus den Ergebnissen der Datenanalyse werden Schlussfolgerungen gezogen, ob das therapeutische Setting, so wie es heute mehrheitlich gehandhabt wird (ohne Einbezug des Partners/ der Partnerin), gerechtfertigt ist oder ob sich der Einbezug der Partner als Gewinn für die Krebstherapie und somit auch für die psychische Bewältigung einer onkologischen Erkrankung erweist. Auch soll aus den Resultaten hervorgehen, welche Bereiche einer partnerschaftlichen Beziehung sich unterstützend auf die psychische Gesundheit von Krebspatienten auswirken und welche Bereiche negative Konsequenzen haben.

6.2 Forschungsfrage und Hypothesen

Grundlage für die Fragestellung dieser Arbeit ist die Kritik am heutigen standardisierten Ablauf des stationären und ambulanten medizinischen Versorgungsbereichs für Krebspatienten. Die Frage der vorliegenden Arbeit zielt darauf ab herauszufinden, ob und welche Aspekte einer partnerschaftlichen Beziehung einen Mehrwert für die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose besitzen. Die gute psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose wird einer guten Lebensqualität gleichgestellt. Da der Lebensqualität als Outcome-Kriterium bei Krebsbehandlungen einen wichtigen Stellenwert zukommt und eine gute Lebensqualität zudem eine niedrigere Sterblichkeit bei Krebs bedeutet, geht diese Arbeit zudem der Frage nach, wie das medizinische sowie das therapeutische Setting optimiert werden könnten.

Fragestellung:

Hat die Art der Paarbeziehung und die Partnerschaftszufriedenheit einen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose erfasst als Lebensqualität?

Hypothesen:

a) Die Art der Paarbeziehung hat einen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose der Patienten.

aa) Für Frauen stellt die Art der Paarbeziehung einen statistisch signifikanten, positiven Wert für die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose dar.

b) Eine onkologische Erkrankung wird bei einem hohen Mass an Partnerschaftszufriedenheit psychisch besser bewältigt.

bb) Ein hohes Mass an Partnerschaftszufriedenheit ist bei beiden Geschlechtern gleich wichtig für die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose.

7 Methode

7.1 Datenerhebung

Die Studiendaten wurden vom Kantonsspital Aarau, der Universität Bern, der Krebsliga Schweiz und der Krebsliga Aargau zur Verfügung gestellt. Sie sind Teil einer grösseren Langzeitstudie und wurden im Kantonsspital Aarau zwischen 2004 und 2007 nach einer

einjährigen Pilotphase von 2003 bis 2004 erhoben. Das gesamte Forschungsprojekt wurde von der Ethikkommission geprüft. Die Teilnehmenden wurden im Fragebogen darauf aufmerksam gemacht, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden, anonym ausgewertet und an niemanden weitergegeben werden. Auch wurde darauf hingewiesen, dass nach Abschluss des Projektes die Daten vernichtet werden. Betont wurde ferner, dass die Teilnahme an dieser psychologischen Studie freiwillig ist und die Antworten keinerlei Einfluss auf die Behandlung haben. Die Teilnahme wurde schriftlich vereinbart. Darauf folgte die Befragung mittels Fragebogen, welcher nach Hause verschickt wurde. Dieser sollte innerhalb einer Woche ausgefüllt werden und mit einem beigelegtem frankierten Antwortkuvert ans Kantonsspital Aarau zurück gesendet werden (vgl. Anhang B).

Es wurden vier verschiedene Fragebogen mit dem Titel „COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern“ (vgl. Anhang B) verschickt: ein Fragebogen für Patientinnen, ein Fragebogen für Patienten, ein Fragebogen für die Partnerin und ein Fragebogen für den Partner. Diese wurden zu folgenden Zeitpunkten versendet: nach Diagnosestellung (t1), ein halbes Jahr nach Diagnosestellung (t2), ein Jahr nach Diagnosestellung (t3) und drei Jahre nach Diagnosestellung (t4).

Die Fragebogen beinhalten auf der ersten Seite die Instruktion zum Ausfüllen desselben mit folgenden Vorgaben: Die zeitliche Anforderung von einer guten Stunde für das Ausfüllen des Fragebogens und die Aufforderung, diesen mit Pausen an einem Tag auszufüllen. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass es meist keine richtigen oder falschen Antworten gäbe und man so antworten solle, wie es für einen persönlich zuträfe. Da der Fragebogen zu verschiedenen Zeitpunkten verschickt wurde und viele Fragen somit bereits bekannt waren, sollte man sich nicht überlegen, wie man früher angekreuzt hatte, sondern so wie es aktuell zuträfe. Danach folgen Angaben zur Person wie Geschlecht und Geburtsdatum und das Datum des Ausfüllens des Fragebogens, gefolgt vom höchsten erreichten Berufsabschluss, der derzeitigen Erwerbstätigkeit, des jährlichen geschätzten Familieneinkommens, ob man alleine, mit einem Partner/ einer Partnerin lebe, wie lange man in einer Partnerschaft lebe und ob man Kinder (eigene, adoptierte oder Stiefkinder) habe. Darauf beginnt der eigentliche Gesamtfragebogen mit seinen 15 einzelnen standardisierten Fragebogen. Zuletzt erfolgt eine Rückmeldung, wie man das Ausfüllen des Fragebogens empfunden habe mit der Möglichkeit Dinge zu erwähnen,

welche nicht zur Sprache gekommen seien, aber dennoch für die Krankheitsverarbeitung als sehr wichtig wahrgenommen würden.

7.2 Untersuchungsinstrumente

Die Datenerhebung für diese Arbeit erfolgte durch die Verwendung einzelner Fragebögen aus dem Gesamtfragebogen „COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern“ (vgl. Anhang B).

Die Art der Paarbeziehung wurde mittels FDCT-N (Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz) erhoben. Die Frage nach der Partnerschaftszufriedenheit wurde mit Hilfe der RAS (Relationship Assessment Scale) eruiert. Zur Messung der psychische Gesundheit/Lebensqualität bzw. der psychischen Bewältigung der Krebsdiagnose wurde der SF-12 (Health Survey Short Form) verwendet. Im folgenden Teil werden die Testinstrumente kurz vorgestellt.

7.2.1 FDCT-N: Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz

Der FDCT wurde 1995 entwickelt und anschliessend mehrfach modifiziert und überarbeitet. Der FDCT-N ist der letzte der FDCT Reihe und wurde bei Studien am häufigsten eingesetzt. Der FDCT-N ist heute nicht mehr erhältlich, er wurde 2008 durch seine Weiterentwicklung dem Dyadischen Coping Inventar DCI von Guy Bodenmann ersetzt (Bodenmann, 2008, S. 18). Das DCI war zu Beginn der Pilotphase der Langzeitstudie (2003), noch nicht veröffentlicht, weshalb die Daten mithilfe des FDCT-N erfasst wurden.

Der Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz ist ein empirisch gut abgestütztes Instrument, das Formen des dyadischen Coping misst. Er untersucht das dyadische Coping aus der Sicht von PartnerIn A und PartnerIn B, jeweils auf das eigene Verhalten und das Verhalten des Partners/ der Partnerin sowie auf die Gesamtdyade bezogen. Der Fragebogen beinhaltet 41 Items, die in neun Subskalen unterteilt sind und auf einer 5-stufigen Likert-Skala basieren. Bei der Messung wird zwischen positivem und negativem dyadischen Coping unterschieden. Zusätzlich wird differenziert zwischen problem- und emotionsbezogenem dyadischem Coping.

Subskalen:

- eigene Stresskommunikation (4 Items)
- Stresskommunikation des Partners/ der Partnerin (4 Items)
- eigenes supportives DC (7 Items)
- supportives DC des Partners/ der Partnerin (7 Items)
- eigenes negatives DC (5 Items)
- negatives DC des Partners/ der Partnerin (5 Items)
- gemeinsames DC (6 Items)
- Vermeidung von dyadischem Verhalten (1 Item)
- Evaluation des dyadischen Verhalten (2 Items)

Beim FDCT-N handelt es sich um ein Fragebogenverfahren mit Selbst- und Fremdeinschätzungsskalen. Er wird bei der Paardiagnostik in der Grundlagenforschung, in der klinischen Praxis und der Evaluationsforschung eingesetzt. Die Testbogen sind in einer weiblichen und einer männlichen Form verfasst. Das Mindestalter der Partner zur Teilnahme beträgt 16 Jahre. Der Fragebogen kann, abhängig von der Bearbeitungsgeschwindigkeit, in 15-30 Minuten ausgefüllt werden (Bodenmann, 2000; zit. nach Bodenmann, 2008, S. 18-19).

7.2.2 RAS: Relationship Assessment Scale

Die RAS ist ein ökonomisches und valides Instrument zur Erfassung der Zufriedenheit in einer dyadischen Beziehung. Hohe Korrelationen mit anderen Verfahren zur Messung der Partnerschaftszufriedenheit zeigen, dass das theoretische Konstrukt der Partnerschaftszufriedenheit stabil ist. Die aus der amerikanischen Form übernommene einfaktorielle Skala wurde sinngemäss übersetzt und liegt in einer weiblichen sowie einer männlichen Fassung vor. Sie kann auch bei der Untersuchung von nicht-ehelichen Partnerschaften oder solchen ohne sexuelle Kontakte eingesetzt werden. Die einzige Bedingung, die für eine valide Auswertung der Testresultate erforderlich ist, ist eine Beziehungsdauer von mindestens sechs Monaten.

Die RAS umfasst sieben Items, welche auf einer 5-Punkte Likert-Skala gemessen werden. Die kurze Form erlaubt es, die RAS in grösser angelegte Untersuchungen einzu-

binden, bei welchen das Hauptaugenmerk nicht auf der Zufriedenheit liegt, dies aber doch einen Einfluss auf die Variablen hat. Ausserdem kann die RAS als Screeningverfahren in der Paartherapie verwendet werden (Sander & Böcker, 1993, 55-62).

7.2.3 SF-12: Short Form-12 Health Survey

Mit dem SF-12 steht eine ökonomische Kurzform des SF-36 Health Survey Fragebogens zur Verfügung. Der SF-12 ist explizit auf die Messung des Erfolgs und des Nutzens gesundheitsbezogener Dienstleistungen ausgerichtet. Im Mittelpunkt steht die subjektive Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Patienten. Der SF-36 beruht auf dem Fragebogen „Medical Outcomes Study“ (MOS-Fragebogen; Tarlov, Ware & Greenfield, 1989). Ausgangspunkt zur Entwicklung dieses Fragebogens war ein Wandel des Gesundheitsbegriffs (vgl. Kapitel 5) (Krischke, 1996, S. 101).

Der SF-36 erfasst acht Subskalen, die sich konzeptuell in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden (Bullinger & Kirchberger, 1998, S. 7) (vgl. Anhang F).

7.3 Stichprobe

Die Rekrutierung des Fragebogens „COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern“ erfolgte im Kantonsspital Aarau in verschiedenen Spitalabteilungen und extern. Es wurden 130 onkologische Patientinnen und 130 onkologische Patienten befragt. Bei der Diagnosemitteilung (t1) füllten gesamthaft 218 Patienten (83.2%) den Fragebogen aus, nach einem halben Jahr nach Diagnosemitteilung (t2) nahmen noch 190 Patienten (72.5%), nach einem Jahr (t3) 155 (59.2%) und nach drei Jahren (Katamnese) 124 Patienten (47,3%) teil. Als Gründe für die rückgängigen Zahlen wurden erfasst: kognitive Probleme, zu schwach, Fragebogen direkt nach Diagnosemitteilung verpasst, Rückzug, nach verschiedenen Zeitpunkten nicht mehr mitgemacht, nicht auffindbar. Bis zum Ende der Studie waren 85 Patienten (32,4%) verstorben (vgl. Anhang I).

Die in dieser Studie am meisten gestellte Diagnose war Brustkrebs, gefolgt von Lymphdrüsenkrebs und Lungenkrebs (vgl. Anhang I). Das durchschnittliche Alter der an der Studie teilgenommenen Patienten betrug 57,3 Jahre.

7.4 Datenaufbereitung

Die Daten wurden in 21 verschiedene Bereiche unterteilt wie Geschlecht, Paarnummer, Alter, Bildung etc. Es wurde zwischen Patientendaten (i), Partnerdaten (r) und Paardaten (c) unterschieden. Zudem wurden die Daten von drei verschiedenen Messzeitpunkten der Befragung berücksichtigt, Erst- Zweit- Dritt- und Viertbefragung. Die erste Befragung erfolgte nach Diagnosemitteilung (t1), Follow-ups nach sechs Monaten (t2), nach zwölf Monaten (t3) und die Katamnese (t4) nach drei Jahren, welche in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wird.

7.5 Statistisches Vorgehen

Nachfolgend wird das Modell formuliert, mit dem die Fragestellung bearbeitet wurde. Zudem wird die Auswahl des Regressionsmodells begründet. Danach wird die Prüfung der Modellprämissen dargestellt und abschliessend folgt das statistische Vorgehen und die Ausführung der Ergebnisse.

7.5.1 Modellformulierung

Die Prognosen für den Ausprägungsgrad der Variable „psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose, erfasst als Lebensqualität“, basieren auf den Variablen „Art der Partnerschaft“ und „Partnerschaftszufriedenheit“.

Die Hypothesen a), aa), b) und bb), welche aus der Fragestellung hervorgehen, beschreiben einen linearen funktionalen Zusammenhang zwischen einer intervallskalierten abhängigen Kriteriumsvariable und mehr als zwei unabhängigen Prädiktorvariablen.

Um die Hypothesen zu prüfen, wurde die lineare multiple Regression verwendet.

Künzler, Zindel, Bargetzi u. Znoj (2005, S. 1) zeigten, dass dyadisches Coping signifikant mit der durch die RAS erfasste Partnerschaftszufriedenheit korreliert. Der FDCT-N und die RAS beziehen sich auf ähnliche Prädiktoren. In unserer Arbeit wurden die Ergebnisse des FDCT-N und der RAS getrennt untersucht, um Überschneidungen zu vermeiden und eine schärfere Trennung des Einflusses zu erreichen.

Da zudem beim FDCT-N die Gleichung mit 19 unabhängigen Variablen berechnet wurde, wurde das Regressionsmodell mit Blöcken als sinnvoll erachtet. Hierbei lassen sich laut Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2006, S. 877-878) im SPSS Blöcke von unabhängigen Variablen nacheinander in die Regressionsgleichung aufnehmen. Das SPSS gibt zunächst die Regressionsgleichung und die zugehörigen Werte für Block 1 an, danach für alle Variablen aus Block 1 und 2 zusammen, dann Block 1, 2 und 3 usw. In Block 1 wurden die wichtigsten Variablen im Sinne von theoretisch am besten begründbar eingetragen. In der Tabelle 2 sind die Blöcke mit absteigender Wichtigkeit der Variablen aufgelistet. Block 1, der als am wichtigsten erachtete Block, beinhaltet die Stresskommunikation. Ohne verbaler oder non-verbaler Stressäußerung von Seiten der betroffenen Partner kommt es zu keinem DC. Im Block 2 folgt das unterstützende DC, welches bei onkologischen Erkrankungen laut Theorie am häufigsten angewendet wird.

Tab. 2: Blöcke für SPSS, FDCT-N

TEST t1/t2/t3	ITEMS	SUBITEMS/BLÖCKE
FDCT-N (UV) (m.w.)	STRESSKOMMUNIKATION	KommEigSach KommPartSach KommEigEmot KommPartEmot
	UNTERSTÜTZENDES COPING	EigSuppSach PartSuppSach EigSuppEmot PartSuppEmot EigSuppDeleg PartSuppDeleg
	NEGATIVES COPING	EigNegHost PartNegHost EigNegAmbi PartNegAmbi EigNegRück PartNegRück
	GEMEINSAMES COPING	GemeinSuppSach GemeinSuppEmot GemeinNegVerm
RAS (UV) (m./w.)	GESAMTER TEST	Fragen eins bis sieben
SF-12 (AV)	GESAMTER TEST	Fragen eins bis zwölf

Negatives DC, in Block 3, kommt weniger häufig zum Einsatz, wenn aber dann mit einem gravierenden Einfluss auf die Bewältigung der Stresssituation. Der Einsatz von gemeinsamen DC setzt voraus, dass beide Partner im gleichen Mass vom Stressereignis betroffen sind. Im Fall einer Krebserkrankung ist die Ressourcenbalance der Partner aber unausgeglichen. Aus diesem Grund wurde das gemeinsame DC im Block 4 untersucht.

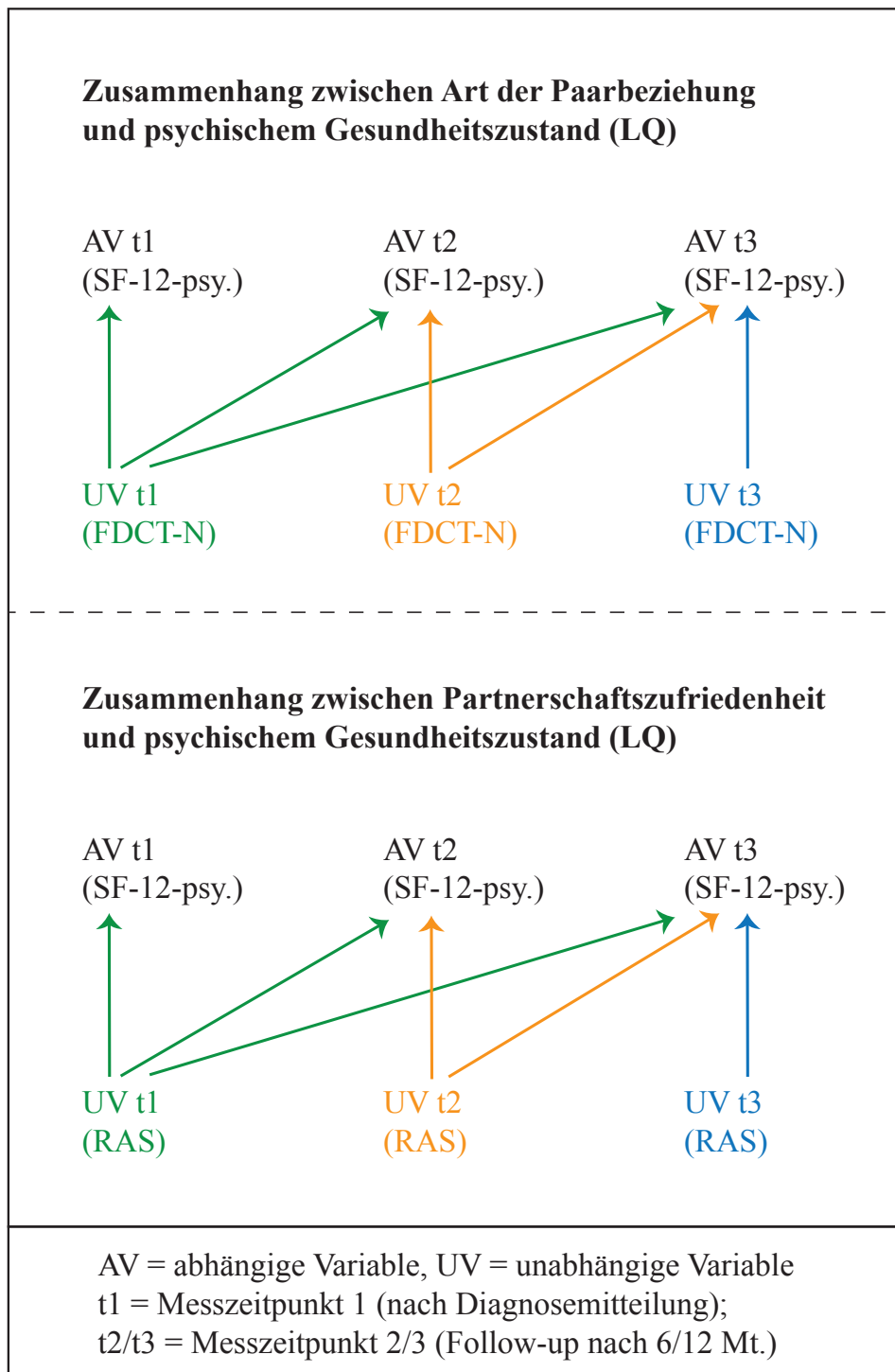


Abb. 3: Grafische Darstellung der Messzeitpunkte

Die Abbildung 3 erläutert das statistische Vorgehen. Sie veranschaulicht, zu welchen Zeitpunkten der Zusammenhang der Prädiktorvariablen mit der Kriteriumsvariable untersucht wurde. Es wird ersichtlich, dass die Daten vom FDCT-N sowie die der RAS zum einem als Ist-Zustand, also t1 mit t1, t2 mit t2 und t3 mit t3 untersucht wurden. Zum anderen wurden die längsschnittlichen Daten verwendet, um den Zusammenhang über die Zeit sichtbar zu machen. Dies ermöglicht eine Prognose, welche Variablen eine gute Voraussetzung für die Bewältigung einer Krebsdiagnose darstellen. Bei der Frage nach dem Geschlechtsunterschied wurden nur die signifikanten Variablen aus dem FDCT-N ausgewertet.

Beim FDCT-N wurde die Variable „Evaluation Partnerunterstützung und gemeinsames Coping“ (Frage 40 und 41) nicht berücksichtigt, da für die Fragestellung nur die Basisvariablen eine Rolle spielen und die Metaebene nicht berücksichtigt wurde. Bei der RAS wurde der gesamte Test verwendet.

7.5.2 Prüfung der Modellprämissen

Für die Überprüfung der Annahmen, die der Berechnung einer linearen multiplen Regressionsanalyse zugrunde liegen, müssen nach Backhaus et al. (2006, S. 877-878) folgende Punkte erfüllt sein:

- a) Linearität
- b) Homoskedastizität
- c) Keine Autokorrelation
- d) Keine Multikollinearität

- a) Die Linearität lässt sich bei einer multiplen Regression nicht mehr in einem Koordinatensystem darstellen, sondern muss theoretisch begründet werden. Von der Theorie her lässt sich ableiten, dass eine konstruktive Kommunikation und gute Coping-Kompetenzen sowie eine hohe Partnerschaftszufriedenheit sich positiv linear zu einer hohen Lebensqualität verhalten.
- b) Durch die Betrachtung der Residuen wurde die Homoskedastizität überprüft. Beim FDCT-N und beim SF-12 ist die Verteilung der Residuen annähernd normal. Bei der RAS ergibt sich ein Deckeneffekt, welcher durch die homogene Gruppe erklärbar ist. Die meisten Patienten kreuzten eine 4 oder mehr an (vgl. Anhang J).

- c) Es besteht keine Autokorrelation der Residuen, die Werte des Durbin-Watson-Tests liegen nahe bei 2 (vgl. Anhang J).
- d) Multikollinearität liegt dann vor, wenn sich eine unabhängige Variable als lineare Funktion einer anderen unabhängigen Variable darstellt. Das SPSS überprüft diese mit dem VIF (Variance Inflation Factor). Urban und Mayerl (2006) empfehlen, dass der VIF nicht über 5 liegen sollte. Dies ist bei den vorliegenden Daten nicht der Fall, somit besteht keine Multikollinearität (vgl. Anhang J).

7.6 Ergebnisse der deskriptiven Statistik

7.6.1 FDCT-N

Die Variablen der Art der Paarbeziehung „Stresskommunikation“, „unterstützendes Coping“, „negatives Coping“ sowie „gemeinsames Coping“ wurden mit Hilfe des standardisierten Tests FDCT-N erhoben.

Tab. 3, 4, 5 : Deskriptive Statistik der Subskalen des FDCT-N (t1-t3)

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i1DC_kommEigEmot	176	1,0	5,0	3,119	,9441
i1DC_kommEigSach	177	1,5	5,0	3,593	,8038
i1DC_kommPartEmot	175	1,0	5,0	2,949	1,0200
i1DC_kommPartSach	175	1,0	5,0	3,357	,9079
i1DC_eigSuppEmot	175	1,7	5,0	4,036	,7694
i1DC_eigSuppSach	175	1,0	5,0	3,783	,7851
i1DC_eigSuppDeleg	173	1,0	5,0	3,702	,8471
i1DC_eigNegHost	175	1,0	5,0	1,291	,5448
i1DC_eigNegAmbi	174	1,0	5,0	1,980	,8921
i1DC_eigNegRück	173	1,0	5,0	2,000	1,0287
i1DC_partSuppEmot	176	2,0	5,0	4,077	,8161
i1DC_partSuppSach	176	1,0	5,0	3,821	,9137
i1DC_partSuppDeleg	176	1,0	5,0	4,011	,9350
i1DC_partNegHost	176	1,0	4,5	1,330	,6274
i1DC_partNegAmbi	176	1,0	5,0	1,770	,9116
i1DC_partNegRück	175	1,0	5,0	1,817	1,0231
i1DC_gemSuppEmot	174	1,0	5,0	3,200	,9153
i1DC_gemSuppSach	174	1,0	5,0	4,136	,7942
i1DC_gemNegVermeid	174	1,0	5,0	2,310	1,0348
Gültige Werte (Listenweise)	169				

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i2DC_kommEigEmot	143	1,0	5,0	2,906	,8900
i2DC_kommEigSach	143	1,0	5,0	3,406	,9287
i2DC_kommPartEmot	141	1,0	5,0	2,801	,9178
i2DC_kommPartSach	141	1,0	5,0	3,078	,8287
i2DC_eigSuppEmot	142	2,0	5,0	3,803	,7036
i2DC_eigSuppSach	142	1,5	5,0	3,486	,7694
i2DC_eigSuppDeleg	141	1,5	5,0	3,472	,8489
i2DC_eigNegHost	142	1,0	3,0	1,268	,4862
i2DC_eigNegAmbi	142	1,0	4,5	2,025	,7772
i2DC_eigNegRück	142	1,0	5,0	2,141	1,0558
i2DC_partSuppEmot	140	1,0	5,0	3,938	,8562
i2DC_partSuppSach	141	1,0	5,0	3,511	,8752
i2DC_partSuppDeleg	141	1,0	5,0	3,748	,9666
i2DC_partNegHost	141	1,0	3,5	1,223	,4368
i2DC_partNegAmbi	141	1,0	5,0	1,762	,8031
i2DC_partNegRück	141	1,0	5,0	1,752	,9036
i2DC_gemSuppEmot	142	1,0	5,0	3,020	,8209
i2DC_gemSuppSach	142	1,3	5,0	3,917	,7852
i2DC_gemNegVermeid	142	1,0	5,0	2,345	1,0853
Gültige Werte (Listenweise)	139				

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i3DC_kommEigEmot	112	1	5	2,85	,956
i3DC_kommEigSach	112	2	5	3,23	,808
i3DC_kommPartEmot	112	1	5	2,71	,934
i3DC_kommPartSach	112	1	5	2,96	,712
i3DC_eigSuppEmot	111	2	5	3,69	,742
i3DC_eigSuppSach	111	1	5	3,38	,831
i3DC_eigSuppDeleg	111	1	5	3,27	,783
i3DC_eigNegHost	111	1	4	1,20	,406
i3DC_eigNegAmbi	111	1	4	1,96	,834
i3DC_eigNegRück	111	1	5	2,07	,951
i3DC_partSuppEmot	112	2	5	3,76	,799
i3DC_partSuppSach	112	1	5	3,50	,865
i3DC_partSuppDeleg	112	1	5	3,66	,944
i3DC_partNegHost	112	1	3	1,22	,429
i3DC_partNegAmbi	112	1	4	1,70	,784
i3DC_partNegRück	112	1	5	1,83	1,012
i3DC_gemSuppEmot	112	1	5	2,87	,899
i3DC_gemSuppSach	112	2	5	3,79	,788
i3DC_gemNegVermeid	112	1	5	2,21	1,058
Gültige Werte (Listenweise)	109				

Der Likert-Skalenumfang beträgt 1 bis 5, wobei 1 nie, 2 selten, 3 manchmal, 4 häufig und 5 sehr oft bedeuten. Fragen zu „negativem“ Verhalten sind nicht umgepolt. So bleibt die sprachliche Logik und Interpretierbarkeit der Werte erhalten. Ein hoher Wert für negatives Verhalten bedeutet demnach viel negatives Copingverhalten (Fragen 7, 10, 11, 13, 16, 23, 26, 27, 28, 30, 38). Auf diese Weise kann allerdings kein Gesamtwert für das Coping errechnet werden, da ansonsten Negatives und Positives mit einfließen würde (vgl. Anhang E). Jedoch kann das supportive und das negative Coping für sich betrachtet werden. Beim gemeinsamen Coping muss zwischen negativem und positivem Coping unterschieden und die Werte müssen separat betrachtet werden. Für die Fragestellung wurden die Zeitpunkte t1, t2 und t3 und die Patientendaten (i) verwendet (vgl. Anhang D). Die Daten von t4 und die Partnerdaten (r) wurden nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 1.5, S. 3).

Die Tabellen 3 bis 5 zeigen eine Übersicht aller einzelnen Prädiktorvariablen der Art der Paarbeziehung zum Zeitpunkt t1, t2 und t3 bezüglich Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung.

Die Stichprobe t1 besteht aus 169, t2 aus 139, und t3 aus 109 gültigen Probanden. Die Mittelwerte der gesamten Stresskommunikation, des gesamten supportiven Copings, des gesamten negativen Copings sowie des gesamten gemeinsamen Copings über alle Messzeitpunkte (t1/t2/t3) lassen sich aus der Tabelle 3 bis 5 entnehmen. Dabei wird ersichtlich, wiederum gesamthaft betrachtet, dass die Mittelwerte der Stresskommunikation von t1 über t2 bis t3 laufend abnehmen (3.25/3.05/2.94). Das supportive Coping nimmt über die Zeit ebenfalls ab (3.91/3.66/3.54), das negative Coping bleibt konstant (1.67/1.67/1.66). Der Wert des gemeinsamen supportiven Copings sinkt über die Messzeitpunkte (3.67/3.47/3.33) und das gemeinsame negative Coping nimmt bei t3 ganz leicht ab (2.31/2.34/2.21).

7.6.2 RAS

Die Variable „Partnerschaftszufriedenheit“ wurde mittels der Relationship Assessment Scale erhoben. Die Skala umfasst Antwortoptionen von 1 bis 5, wobei 1 eine niedrige Partnerschaftszufriedenheit und 5 eine hohe Partnerschaftszufriedenheit bedeuten. Die Fragen 4 und 7 wurden invertiert, um die Daten statistisch berechnen zu können (vgl. Anhang E).

Bei der RAS wurden wiederum die Zeitpunkte t1, t2 und t3 und die Patientendaten (i) berücksichtigt (vgl. Anhang D). Die Daten von t4 und die Partnerdaten (r) wurden nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 1.5, S. 3).

Die Tabellen 6 bis 8 stellen eine Übersicht der Prädiktorvariable Partnerschaftszufriedenheit zum Zeitpunkt t1, t2 und t3 bezüglich Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung dar. Die Stichprobe t1 besteht aus 176, t2 aus 141, und t3 aus 112 gültigen Probanden.

Die Mittelwerte der RAS über alle Messzeitpunkte (t1/t2/t3) sind in Tabelle 6 bis 8 abgebildet. Sie bleiben über das Jahr betrachtet ziemlich konstant (4.37/4.28/4.31).

Tab. 6, 7, 8 : Deskriptive Statistik der RAS (t1-t3)

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i1RAS	176	1,5	5,0	4,373	,6846
Gültige Werte (Listenweise)	176				

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i2RAS	141	1,0	5,0	4,282	,7358
Gültige Werte (Listenweise)	141				

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i3RAS	112	1,4	5,0	4,318	,7113
Gültige Werte (Listenweise)	112				

7.6.3 SF-12

Die Variable „psychischer Gesundheitszustand“ wurde mithilfe des SF-12 ermittelt. Die Skalen der Fragen gehen von 1 bis 2, von 1 bis 3, von 1 bis 5 und von 1 bis 6. Ein hoher Gesamtwert bedeutet eine hohe Lebensqualität und ein niedriger Wert eine niedere Lebensqualität. Für die Frage nach dem psychischen Gesundheitszustand sowie nach dem körperlichen Gesundheitszustand fließen immer alle Daten der Fragen mit ein, diese werden jedoch unterschiedlich gewichtet (vgl. Anhang G). Es wurden die drei Messzeitpunkte t1, t2 und t3 und die Patientendaten (i) berücksichtigt (vgl. Anhang D). Die Daten von t4 und die Partnerdaten (r) wurden nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 1.5, S. 3). Für die Fragestellung dieser Arbeit bedeutet ein hoher Gesamtwert eine gute psychische Bewältigung der Krebsdiagnose und ein niedriger Wert eine geringere psychische Bewältigung der Krebsdiagnose.

Die Tabellen 9 bis 11 zeigen eine Übersicht der Prädiktorvariable zum Zeitpunkt t1, t2 und t3 bezüglich Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung.

Tab. 9, 10, 11 : Deskriptive Statistik des SF-12 (t1-t3)

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i1SF12psych	217	19	67	48,95	10,171
Gültige Werte (Listenweise)	217				

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i2SF12psych	188	19	69	50,54	10,158
Gültige Werte (Listenweise)	188				

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
i3SF12psych	154	22	66	50,64	10,162
Gültige Werte (Listenweise)	154				

Die Stichprobe t1 besteht aus 217, t2 aus 188, und t3 aus 154 gültigen Probanden. Die Mittelwerte des SF-12 über alle Messzeitpunkte (t1/t2/t3) sind in Tabelle 9 bis 11 abgebildet. Die Mittelwerte des psychischen Gesundheitszustandes steigen über den Zeitraum von einem Jahr an (48.95/50.54/50.64). Die Mittelwerte für die psychische Summenskala ist dem Anhang H zu entnehmen und beträgt für Krebspatienten in Hinblick auf die 25./ 50./ 75. Perzentile (42.58/52.56/57.19). Somit liegen die erhobenen Werte alle im Durchschnitt.

7.7 Ergebnisse der Regressionsfunktion

Um zu prüfen, wie gut die Regressionsfunktion das Modell beschreibt, werden bei der multiplen Regression zwei Gütemasse berechnet:

- Das Bestimmtheitsmass R^2
- Die F-Statistik

Die vom SPSS ausgegebenen korrigierten R^2 Werte geben an, wie gut die Regressionsgerade zu den empirischen Werten passt. Dies bedeutet, dass der Wert angibt, wie viel Prozent der Varianz in der Kriteriumsvariable durch die Prädiktorvariablen erklärt werden können. Nach Cohen (1992; zit. nach Hirsig, 2007, Anhang A-II.18) gelten folgende Werte für R^2 :

$R^2 = 0.0196$	kleine Effektstärke
$R^2 = 0.1300$	mittlere Effektstärke
$R^2 = 0.2600$	grosse Effektstärke

Durch die F-Statistik wird überprüft, ob das Bestimmtheitsmass nur zufällig oder aber durch den Zusammenhang der Daten entstanden ist. Dieser F-Wert sollte grösser als 1 sein.

Die Signifikanz kann mittels p-Wert abgelesen werden. Liegt der Wert unter 0.05, so kann davon ausgegangen werden, dass der Zusammenhang der Variablen im Modell statistisch signifikant ist. Durch Prüfung der Regressionskoeffizienten kann festgestellt werden, welche Variable den grössten Einfluss hat, dies ist unter dem Beta-Wert abzulesen. Auch hierbei sollte der p-Wert unter 0.05 sein.

7.7.1 Ergebnisse des FDCT-N mit dem SF-12

Die folgenden statistischen Daten sind im Anhang J einzusehen. Die Variablen des FDCT-N zur jeweiligen Frage sind dem Anhang E und die dazugehörigen Fragen im Fragebogen dem Anhang B zu entnehmen.

Messzeitpunkte t1 mit t1

Der FDCT-N t1 weist bei Block 2 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t1 auf ($p = 0.019$). Die Variable **gemeinsames negatives vermeidendes Coping** (Beta = -0.028) wird signifikant ($p < 0.05$). Der T-Wert ist negativ und beschreibt einen negativen Zusammenhang. Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.058 (5.8%). Dies entspricht einer kleinen bis mittleren Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (2.485).

Bei der Untersuchung des Geschlechts bzgl. **gemeinsamen negativen vermeidenden Verhaltens** weisen die Frauen mit einem Mittelwert von 51,259 gegenüber den Männern einen um 1,521 niedrigeren Wert auf, dies entspricht einem nicht signifikanten Unterschied ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t1 mit t2

Keiner der Blöcke des FDCT-N t1 weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t2 auf ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t1 mit t3

Der FDCT-N t1 weist bei Block 1 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t3 auf. ($p = 0.030$). Die Variablen **eigene sachliche Kommunikation** (Beta = 0.347) und **eigene emotionale Kommunikation** (Beta = -0.295) werden signifikant ($p < 0.05$). Der T-Wert der Variable **eigene sachliche Kommunikation** ist positiv und beschreibt so einen positiven Zusammenhang, wohingegen der T-Wert der **eigenen emotionalen Kommunikation** negativ ist und einen negativen Zusammenhang beschreibt. Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.069 (6.9%). Dies entspricht einer kleinen bis mittleren Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (2.802).

Der Wert der **eigenen sachlichen Kommunikation** und der **eigenen emotionalen Kommunikation** der Männer ist um 0.479 im Mittel kleiner als der der Frauen von 45.899, was jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bedeutet ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t2 mit t2

Der FDCT-N t2 weist bei Block 4 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t2 auf. ($p = 0.011$). Die Variablen **eigenes supportives emotionales Coping** (Beta = 0.284), **eigene emotionale Kommunikation** (Beta = -0.257) und **gemeinsames emotionales supportives Coping** (Beta = 0.236) werden signifikant ($p < 0.05$). Der T-Wert der Variable **eigenes supportives emotionales Coping** ist positiv und beschreibt einen positiven Zusammenhang, wohingegen der T-Wert der **eigenen emotionalen Kommunikation** negativ ist und einen negativen Zusammenhang beschreibt. Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.125 (12.5%). Dies entspricht einer mittleren Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (2.033).

Bei der Geschlechtsuntersuchung des **eigenen supportiven emotionalen Coping**, der **eigenen emotionalen Kommunikation** und dem **gemeinsamen emotionalen supportiven Coping** weisen die Frauen einen Mittelwert von 45.220 und die Männer einen um 1.866 geringeren Wert auf, dies entspricht einem nicht signifikanten Unterschied ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t2 mit t3

Der FDCT-N t2 weist bei Block 3 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t3 auf ($p = 0.018$). Die Variablen **eigene emotionale Kommunikation** (Beta = -0.363) wird signifikant ($p < 0.05$) und weist einen negativen Zusammenhang auf (T-Wert = -2.880). Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.034 (3.4%). Dies entspricht einer kleinen Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (1.228).

Der Wert der **eigenen emotionalen Kommunikation** der Männer ist im Durchschnitt um 2.284 niedriger als der der Frauen von 65.658, was jedoch keinem signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern entspricht ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t3 mit t3

Der FDCT-N t3 weist bei Block 4 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t3 auf ($p = 0.007$). Die Variablen **eigene emotionale Kommunikation** (Beta = -0.292) und **eigenes sachliches supportives Coping** (Beta = 0.274) werden signifikant ($p < 0.05$). Wobei wiederum der T-Wert der **eigenen emotionalen Kommunikation** negativ ist und einen negativen Zusammenhang postuliert. Der T-Wert des eigenen **support-**

tiven sachlichen Copings ist positiv und beschreibt somit einen positiven Zusammenhang. Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.174 (17.4%). Dies entspricht einer mittleren Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (2.195).

Bei der Untersuchung des Geschlechts bzgl. der **eigenen emotionalen Kommunikation** sowie des **eigenen supportiven sachlichen Copings** weisen die Frauen mit einem Mittelwert von 50.537 gegenüber den Männern einen um 0.594 höheren Wert auf, dies entspricht einem nicht signifikanten Unterschied ($p > 0.05$).

Tab. 13 : Ergebnisse der RAS mit dem SF-12

FDCT-N - SF-12 und GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE				
Messzeitpunkte	Stresskommunikation	Unterstützendes Coping	Negatives Coping	Gemeinsames Coping
t1 mit t1	nicht sig.	nicht sig.	nicht sig.	- GemNegVerm
	Geschlecht nicht sig.			
t1 mit t2	nicht sig.	nicht sig.	nicht sig.	nicht sig.
t1 mit t3	+ KommEigSach - KommEigEmot	nicht sig.	nicht sig.	nicht sig.
	Geschlecht nicht sig.			
t2 mit t2	- KommEigEmot	+ EigSuppEmot + GemSuppEmot	nicht sig.	nicht sig.
	Geschlecht nicht sig.		Geschlecht nicht sig.	
t2 mit t3	- KommEigEmot	nicht sig.	nicht sig.	nicht sig.
	Geschlecht nicht sig.			
t3 mit t3	- KommEigEmot	+ EigSuppSach	nicht sig.	nicht sig.
	Geschlecht nicht sig.		Geschlecht nicht sig.	

Legende: signifikant nicht signifikant - neg. Zusammenhang
 + pos. Zusammenhang

Beantwortung der Hypothesen a) und aa)

Der in Hypothese a) postulierte Zusammenhang zwischen der Art der Paarbeziehung und der Bewältigung einer Krebsdiagnose konnte somit bestätigt werden.

Zu keinem Zeitpunkt konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern nachgewiesen werden. Somit wird die Hypothese aa), die von einer Differenz bezüglich der Geschlechter und der Art der Paarbeziehung und der psychischen Bewältigung einer Krebsdiagnose ausgeht, verworfen.

7.7.2 Ergebnisse der RAS mit dem SF-12

Die folgenden statistischen Daten sind im Anhang J einzusehen. Die Variablen der RAS zur jeweiligen Frage sind dem Anhang E und die dazugehörigen Fragen im Fragebogen sind dem Anhang B zu entnehmen.

Messzeitpunkte t1 mit t1

Das gesamte Modell der RAS t1 weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t1 auf ($p = 0.002$). Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.049 (4.9%). Dies entspricht einer kleinen Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (10.069). Der Beta Wert beträgt 0.234, der T-Wert ist positiv und beschreibt somit einen positiven Zusammenhang.

Die Untersuchung des Geschlechts der RAS ergibt mit einem im Durchschnitt um 2.339 grösseren Wert für die Männer gegenüber den Frauen von 28.637 keinen signifikanten Unterschied ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t1 mit t2

Das gesamte Modell der RAS t1 weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t2 auf ($p = 0.002$). Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.069 (6.9%). Dies entspricht einer kleinen bis mittleren Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (10.328). Der Beta Wert beträgt 0.277, der T-Wert ist positiv und beschreibt somit einen positiven Zusammenhang.

Der Wert der RAS der Frauen beträgt im Mittel 32.164 und jener der Männer ist um 0.302 grösser, was keine signifikante Differenz zwischen den Geschlechtern bedeutet ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t1 mit t3

Das gesamte Modell der RAS t1 weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t3 auf ($p = 0.011$). Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.053 (5.3%). Dies entspricht einer kleinen Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (6.684). Der Beta Wert beträgt 0.250, der T-Wert ist positiv und beschreibt somit einen positiven Zusammenhang.

Der Wert der RAS der Frauen beträgt im Durchschnitt 33.332 und jener der Männer ist um 0.429 grösser, was keine signifikante Differenz zwischen den Geschlechtern bedeutet ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t2 mit t2

Das gesamte Modell der RAS t2 weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t2 auf ($p = 0.003$). Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.054 (5.4%). Dies entspricht einer kleinen Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (8.998). Der Beta Wert beträgt 0.247, der T-Wert ist positiv und beschreibt somit einen positiven Zusammenhang.

Der Wert der RAS der Frauen beträgt im Durchschnitt 36.494 und jener der Männer ist um 0.086 grösser, was keine signifikante Differenz zwischen den Geschlechtern bedeutet ($p > 0.05$).

Messzeitpunkte t2 mit t3

Das gesamte Modell der RAS t2 weist keinen signifikanten Zusammenhang mit SF-12 t3 auf ($p = 0.472$).

Messzeitpunkte t3 mit t3

Das gesamte Modell der RAS t3 weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem SF-12 t3 auf ($p = 0.015$). Der Wert des korrigierten R^2 beträgt 0.044 (4.4%). Dies entspricht einer kleinen Effektstärke. Der F-Wert liegt über 1 (6.114). Der Beta Wert beträgt 0.229, der T-Wert ist positiv und beschreibt somit einen positiven Zusammenhang.

Der Wert der RAS der Frauen beträgt im Durchschnitt 36.061 und jener der Männer ist um 0.638 grösser, was keine signifikante Differenz zwischen den Geschlechtern bedeutet ($p > 0.05$).

Beantwortung der Hypothesen b) und bb)

Die T-Werte sind bei allen Messzeitpunkten positiv, dies weist auf einen positiven Zusammenhang hin. Folglich kann der in Hypothese b) postulierte positive Zusammenhang zwischen der Partnerschaftsbeziehung und der Bewältigung einer Krebsdiagnose angenommen werden.

Zu keinem Zeitpunkt konnte ein signifikanter Unterschied betreffend des Geschlechts festgestellt werden. Daher wird die Hypothese bb), die besagt, dass keine Differenz bezüglich des Geschlechts und Partnerschaftszufriedenheit und der psychischen Bewältigung einer Krebsdiagnose besteht, angenommen.

Tab. 12 : Ergebnisse des FDCT-N mit dem SF-12

RAS - SF-12	
Messzeitpunkte	RAS (Partnerschaftszufriedenheit)
t1 mit t1	signifikant
t1 mit t2	signifikant
t1 mit t3	signifikant
t2 mit t2	signifikant
t2 mit t3	nicht signifikant
t3 mit t3	signifikant

8. Diskussion

8.1 Beantwortung und Interpretation der Fragestellung

Bedingt durch die grosse Anzahl der Prädiktorvariablen im FDCT-N erfolgt die Beantwortung der Hypothesen getrennt. Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse der Datenauswertung nochmals kurz zusammengefasst, danach folgt die Interpretation und die Beantwortung der jeweiligen Hypothese und der Fragestellung.

8.1.1 Hypothese a)

Von den verschiedenen Items des FDCT-N zeigten die Stresskommunikation, das unterstützende Coping und das gemeinsame Coping einen signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Bewältigung einer Krebsdiagnose. Alle anderen Kategorien wiesen keinen signifikanten Zusammenhang auf.

Stresskommunikation

Bei der Kategorie Stresskommunikation konnte ein signifikanter negativer Zusammenhang mit schwacher bis mittlerer Effektstärke der eigenen emotionalen Kommunikation mit dem psychischen Gesundheitszustand über die Zeit (t1 mit t3, t2 mit t2, t2 mit t3, t3 mit t3) festgestellt werden. Ein hohes Mass an eigener emotionalen Kommunikation direkt nach Diagnosemitteilung (t1) hat demnach einen negativen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose nach einem Jahr (t3). Zudem konnte ein schwacher bis mittlerer positiver Zusammenhang zwischen der eigenen sachlichen Kommunikation und dem psychischen Gesundheitszustand festgestellt werden. Wenn die eigene sachliche Kommunikation bei Diagnosemitteilung (t1) hoch ist, hat dies einen positiven Zusammenhang mit der psychischen Bewältigung der Krebsdiagnose nach einem Jahr (t3). Anhand der Beta-Werte liess sich bestimmen, dass die eigene sachliche Kommunikation der bessere Prädiktor über die Zeit von einem Jahr ist als die eigene emotionale Kommunikation.

Interpretation

Langfristig gesehen ist die Fähigkeit des Patienten/ der Patientin, akkurate sachliche Stressäusserungen vorzubringen, ein Prädiktor für eine bessere Lebensqualität ein Jahr nach Diagnosestellung. Adäquat mitteilen zu können, welche praktische Unterstützung

man braucht oder wie man sich die organisatorische Aufteilung von Aufgaben im Alltag vorstellt, schafft eine solide Basis für die Partnerschaft, da die Verantwortungsbereiche klar verteilt sind. Bei einer angemessenen sachlichen Kommunikation steigen die Chancen auf effizientes supportives DC, welches ebenfalls einen positiven Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebskrankheit aufweist.

Häufiges Äussern von emotionalen Stressbefindlichkeiten hat jedoch langfristig gesehen einen negativen Einfluss auf die psychische Bewältigung der Krebsdiagnose. Das häufige Kommunizieren von schlechtem Befinden steuert den Fokus der Wahrnehmung möglicherweise noch mehr auf die negativen Auswirkungen der Krankheit, im Sinne einer Katastrophisierung. Lerntheoretisch betrachtet verstärkt die besonders liebevolle selektive Zuwendung in emotionalen Stressmomenten die Stresssymptome. Die vermehrte Betonung der Krankheit und ihrer negativen Folgen kann bei Partnern eine erhöhte Unterstützungs- und Schonhaltung auslösen. Überprotektion entmündigt die erkrankten Partner, macht sie schwach und abhängig. Dies schädigt die Balance des Gebens und Nehmens in der Partnerschaft und führt zu versteckten Aggressionsempfindungen, welche das Auftreten von negativen Copingformen begünstigen.

Die Auswirkungen häufiger emotionaler Stressäusserungen macht sich erst über die Zeit bemerkbar. Verhalten wird erst im Laufe der Zeit verstärkt und entwickelt sich zu einem festen, rigiden Muster. Mit dem Andauern der Krankheit sinken ausserdem die Copingressourcen der Partner. Dieser Effekt betrifft sämtliche untersuchte Items des FDCT-N, wie sich in der deskriptiven Statistik beobachten lässt. Die Werte für die eigene sachliche Kommunikation sind dabei durchgehend höher, als die der eigenen emotionalen Kommunikation (vgl. Kapitel 7.6.1, S. 40-41). Dies zeigt, dass im allgemeinen Bitten um sachliche Unterstützung eher kommuniziert werden, als dass eigene negative Gefühle geäussert werden. Der empirisch nachgewiesene längsschnittliche negative Zusammenhang der eigenen emotionalen Stresskommunikation mit der psychischen Bewältigung einer onkologischen Diagnose bestätigt die im DCI gegenüber des FDCT-N vorgenommene Differenzierung des supportiven DC durch Bodenmann (2008, S. 19).

Supportives Coping

Zum Messzeitpunkt ein halbes Jahr nach Diagnosemitteilung (t2 mit t2) konnte ein signifikanter positiver Zusammenhang mittlerer Effektstärke zwischen der Lebensqualität

und dem eigenen bzw. dem gemeinsamen unterstützenden dyadischen Coping nachgewiesen werden. Zudem stellte sich heraus, dass ein Jahr nach Diagnosemitteilung (t3 mit t3) das eigene sachliche, unterstützende DC einen signifikant positiven Zusammenhang mittlerer Effektstärke mit der Bewältigung einer Krebsdiagnose aufweist.

Interpretation

Nach einem halben Jahr lässt sich bei Paaren, bei denen emotionales supportives Coping häufig angewendet wird, eine signifikant bessere psychische Lebensqualität nachweisen. Das Mass an dyadischem Coping eignet sich jedoch nicht als Prädiktor über die Zeit.

Auch hier zeigt sich, wie wichtig es ist, dass die Belastungen des Partners/ der Partnerin in der Beziehung thematisiert werden. Eine Krebserkrankung kann einen schwerwiegenden Schicksalsschlag bedeuten, dennoch profitiert die Beziehung und schlussendlich auch die bessere psychische Bewältigung der Krankheit deutlich davon, wenn der Fokus des Paares nicht allein auf der Erkrankung und ihren Folgen liegt. Kann der unterstützende Partner/ die unterstützende Partnerin seinen/ihren Stress ausdrücken und wird dabei ernst genommen, wird einerseits das Ungleichgewicht der Beziehung etwas ausbalanciert und andererseits kann der Partner/ die Partnerin Psychohygiene ausüben, was seine/ihre Ressourcen wieder aufbaut. Durch diesen ganzen Prozess steigt auch die Beziehungszufriedenheit und die Motivation zum Coping.

Nach einem halben Jahr leistet das Ausführen von gemeinsamen Aktivitäten einen wichtigen Beitrag zu einer höheren psychischen Lebensqualität. Sich gemeinsam etwas Gutes tun schweisst das Paar zusammen und der Fokus liegt auf einer positiven Aktivität.

Nach einem Jahr wirkt sich der Einsatz von eigenem supportiven Coping positiv auf die Bewältigung einer Krebsdiagnose aus. Ein Jahr nach dem Erhalten der Diagnose verschiebt sich der Fokus von den Gefühlen Richtung sachliches Handeln. Die Lebensqualität des Patienten/ der Patientin steigt, wenn er/sie dem Partner/ der Partnerin hilft, die Katastrophisierung der Lage zu vermeiden und die Situation in einem positiveren Licht zu sehen.

Interessant ist, dass sich vor allem das eigene supportive Coping positiv auf die Lebensqualität der Patienten auswirkt. Eigene Copinghandlungen geben den Patienten eine gewisse Kontrolle über das eigene Leben zurück, sie werden nicht völlig entmündigt,

sondern können sich stark fühlen, da sie den Partnern auch etwas zurückgeben können. Die Lebensqualität ist höher, wenn die Balance in der Beziehung ausgeglichener ist. Über den Zeitraum von einem Jahr nimmt die Häufigkeit des supportiven Coping in allen Bereichen leicht ab. Dies ist verständlich, eine schwere chronische Krankheit wie Krebs zehrt über die Zeit sehr an den Ressourcen beider Partner.

Gemeinsames Coping

In der Untersuchung hat sich gezeigt, dass sich die gemeinsame Vermeidung von dyadischem Verhalten signifikant negativ auf den Zustand direkt nach Diagnosemitteilung (t1) mit (t1) auswirkt. Es konnte ein schwacher bis mittlerer Zusammenhang nachgewiesen werden.

Interpretation

In der Zeit direkt nach der Diagnosemitteilung wirkt es sich negativ auf die unmittelbare Lebensqualität aus, wenn beide Partner den Stress alleine verarbeiten und sich gegenseitig aus dem Weg gehen. In dieser Phase kurz nach Diagnosestellung könnte es sich dabei um eine Folge des individuellen emotionalen Copingprozesses handeln, welcher bei Stressereignissen immer zuerst abläuft und zu welchem Distanzierung, Informationsunterdrückung und das Ausblenden gezählt werden. Das Fehlen des gemeinsamen Austausches wirkt sich aber gerade in dieser Phase negativ auf die psychische Lebensqualität aus.

Im Längsschnitt lässt sich dieser Effekt jedoch nicht beobachten. Wie in der deskriptiven Statistik des FDCT-N gezeigt wird, sinkt der Wert des gemeinsamen negativen Coping nach einem Jahr (vgl. Kapitel 7.6.1, S. 40-41). Die Verarbeitung des Stresses wird nach einem Jahr möglicherweise etwas öfter gemeinsam gehandhabt. Möglicherweise fällt es den Partnern nach Überwindung des ersten Schocks und der Anpassung an die neue Situation leichter, dem Stress gemeinsam zu begegnen. Dazu könnte auch ein Prozess der persönlichen Weiterentwicklung beitragen, ausgelöst durch Copingvorgänge, bei welchen die Situation überprüft, Ressourcen aktiviert und schliesslich eine Neubewertung der subjektiven und dyadischen Realität vorgenommen wird.

8.1.2 Hypothese aa)

Zwischen dem Geschlecht der Patienten und der Art der Paarbeziehung konnte kein signifikanter Zusammenhang mit der Bewältigung einer Krebsdiagnose festgestellt werden. Dies lässt darauf schliessen, dass bei Frauen und Männern die Kommunikation und der dyadische Austausch gleich wichtig für die Bewältigung einer Krebsdiagnose sind.

8.1.3 Hypothese b)

Zwischen der Partnerschaftszufriedenheit und der psychischen Bewältigung einer Krebsdiagnose konnte über fast alle Zeitpunkte ein signifikanter positiver Zusammenhang mit kleiner bis mittlerer Effektstärke festgestellt werden. Ausgenommen ist die Zeitspanne zwischen einem halben Jahr nach Diagnose und einem Jahr nach Diagnosestellung. Die Partnerschaftszufriedenheit nach einem halben Jahr nach Diagnosemitteilung (t2) ist demnach kein Prädiktor für die psychische Lebensqualität nach einem Jahr nach Diagnosestellung (t3).

Interpretation

Wie in der Theorie gezeigt wurde, hat die Partnerschaftszufriedenheit einen reziproken Einfluss auf die Anwendung von dyadischem Coping. Es erstaunt daher nicht, dass eine hohe Partnerschaftszufriedenheit einen signifikant positiven Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose hat. Zufriedene Partner zeigen mehr Motivation und mehr Interesse bei der Unterstützung ihres Partners/ ihrer Partnerin, wovon der erkrankte Partner/ die erkrankte Partnerin profitieren kann und so seine/ihre Lebensqualität verbessert wird. Eine zufriedene Partnerschaft wird von einem hohen Mass an positiven Interaktionen, gegenseitigem Vertrauen und dem Gefühl emotionaler Geborgenheit geprägt. Zufriedene Partner respektieren sich gegenseitig, gehen aufeinander ein und verstehen sich. Vor allem bei Konflikt-engagierten Paaren besteht auch Raum für die eigene Meinungs- und Bedürfnisäusserung und für kritische Auseinandersetzungen, welche neue Perspektiven eröffnen. Das Gefühl von „gemeinsam durch schlechte Zeiten gehen“ mindert das Stressempfinden bei Personen mit einer Krebserkrankung, entlastet sie und hilft ihnen bei der psychischen Bewältigung. Somit konnte empirisch nachgewiesen werden, dass bei der psychischen Bewältigung einer Krebserkrankung nicht nur die eigenen Ressourcen oder Bewältigungsstrategien eine Rolle spielen, sondern dass die Be-

ziehung zum Partner/ zur Partnerin einen entscheidenden Einfluss auf die subjektive psychische Lebensqualität hat.

Die Partnerschaftszufriedenheit bei Diagnosestellung erweist sich ausserdem in der Längsschnittuntersuchung als ein guter Prädiktor für das Mass an psychischer Lebensqualität sowohl nach einem halben wie nach einem ganzen Jahr. Krebspatienten, die in einer zufriedenen Beziehung leben, profitieren von einer besseren Bewältigungsprognose als solche in einer schlechten.

Bei der deskriptiven Statistik der RAS ist festzustellen, dass die Werte über die gesamte Zeit von einem Jahr relativ stabil bleiben. Dies lässt vermuten, dass die Partnerschaftszufriedenheit ein über die Zeit hin stabiles Merkmal ist, welches auf äussere Einflüsse wenig sensibel reagiert.

8.1.4 Hypothese bb)

Zwischen dem Geschlecht der Patienten und der Partnerschaftszufriedenheit konnte kein signifikanter Zusammenhang bei der Bewältigung einer Krebsdiagnose festgestellt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Frauen und Männern die Zufriedenheit in der Partnerschaft gleich wichtig für die Bewältigung einer Krebsdiagnose ist.

Beantwortung der Fragestellung:

Die vorliegenden empirischen Untersuchungen bestätigen, dass sowohl die Art der Paarbeziehung wie auch die Partnerschaftszufriedenheit einen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose, erfasst als Lebensqualität haben.

Von den zu Beginn aufgestellten vier Hypothesen wurde nur die Hypothese aa) nicht angenommen.

8.2 Kritische Betrachtung

Dieses Kapitel wird durch eine kritische Reflexion über die Methodik eingeleitet. Unter Schlussfolgerungen wird, gestützt auf die untersuchten Hypothesen, argumentiert, auf was man zukünftig im medizinischen und therapeutischen Setting mit onkologischen Patienten im ambulanten wie im stationären Bereich achten sollte. Die Arbeit schliesst mit dem Ausblick, welcher sich offenen Fragen und Zukunftsperspektiven widmet.

8.2.1 Methodenkritik

Da die Fragebogen zu Hause ausgefüllt und dann per Post zurückgeschickt wurden, entfällt der persönliche Kontakt, bei dem Unklarheiten oder Verhaltensbeobachtungen und der Zustand der Patienten vermerkt werden könnten. Das Ergebnis eines Fragebogens hängt immer auch von der situativen Verfassung, der Kooperationsbereitschaft, der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und der persönlichen Vorstellung von sozialer Erwünschtheit ab. Darum wäre es wichtig, dass die Inhalte und Ergebnisse des Fragebogens in das Gespräch mit den Patienten aktiv integriert würden. Die in dieser Arbeit untersuchten Tests FDCT-N, RAS und SF-12 befanden sich im letzten Teil des Gesamtfragebogens. Je nach psychischer und/oder somatischer Verfassung und Konzentrationsleistung war das Ausfüllen des Gesamtfragebogens, was durchschnittlich 74 Minuten in Anspruch nahm, sicherlich bei manchen anstrengend, was wiederum zu Verfälschungen wie ungenauem Lesen und/oder Überspringen von Fragen führen kann. Bezüglich der Untersuchungsinstrumente ist kritisch anzumerken, dass zum Teil nicht darauf geachtet wurde, das Geschlecht den jeweiligen Fragebogen (weibliche und männliche Variante) korrekt anzupassen, was beim Lesen der Fragen irritieren kann. Beachtlich ist die Anzahl der Probanden für diese Untersuchung, die sich, trotz sinkender Zahl, stets in einem validen Bereich befindet (N 218-155) und die Arbeit daher aussagekräftig ist.

Anzumerken ist, dass mit dem FDCT-N ein heute veralteter Test verwendet wurde, welcher nicht mehr erhältlich ist. Ausserdem kann beim FDCT-N kein Gesamtwert für das Coping errechnet werden, da die Fragen zum negativen Coping nicht umgepolt wurden. Zudem werden die verschiedenen Copingformen jeweils nur durch zwei Fragen gemessen und aus den Antworten werden dann Rückschlüsse auf das gesamte Copingverhalten gezogen. So wird z.B. die emotionale Stresskommunikation mit zwei Fragen erfasst, die auf negative Befindlichkeiten hinweisen „Ich zeige meiner Partnerin, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht“; „Ich sage meiner Partnerin offen, wenn ich gestresst bin und ihre emotionale Unterstützung brauche“. Möglicherweise würde mit einer neutraleren Formulierung, z.B. „Ich zeige meiner Partnerin, wie ich mich fühle“, andere Resultate erzielt werden.

Im Allgemeinen ist zu beachten, dass die äusserst komplexe Realität durch psychologische Tests nicht vollständig abgebildet werden kann. Dies betrifft vor allem theoretische

Konstrukte, die enorm durch subjektive Einschätzungsprozesse bestimmt werden und darum nur schwer objektivierbar sind wie z.B. die Lebensqualität.

8.2.2 Schlussfolgerungen und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es zu evaluieren, ob die Art der Paarbeziehung und die Partnerschaftszufriedenheit einen Einfluss auf die psychische Bewältigung einer Krebsdiagnose haben. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung sollten wichtige Erkenntnisse für die Gestaltung der psychologischen Unterstützung von Krebskranken sowie den Einbezug der Angehörigen gewonnen werden. Diese Erkenntnisse werden nun nachfolgend dargestellt.

Die statistische Auswertung der Daten zeigte, dass vor allem in der Anfangsphase nach der Krebsdiagnosestellung die Gefahr besteht, dass sich Patienten und ihre Partner, z.B. aus Überforderung durch diese Diagnose, voneinander zurückziehen. Laut dieser Untersuchung ist die Folge davon aber eine schlechtere psychische Krankheitsbewältigung. Psychoonkologen und auch die behandelnden Ärzte sollten darum in dieser Phase besonders auf Anzeichen von Rückzug achten und im Gespräch explizit danach fragen. Wird ein solches Verhalten beobachtet oder mitgeteilt, sollten entsprechende Unterstützungs- und Verarbeitungsangebote wie z.B. Paartherapien angeboten werden.

Im weiteren Verlauf der Krebserkrankung geht es im Einzelsetting vor allem darum, den schwierigen Umgang mit der eigenen Befindlichkeit noch weiter zu verbessern, um die Partnerschaft damit nicht übermässig zu belasten. Hierbei ist es wichtig, den Fokus mehr auf die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu legen, eigene Ressourcen zu stärken und auch Kraft in sich selber zu finden. In einer psychoonkologischen Paartherapie soll die Bedürfnisäusserung und Psychohygiene der begleitenden Partner ein wichtiger Aspekt sein. Ausserdem soll das Paar angeregt werden, zusammen möglichst viele Aktivitäten auszuüben, die entspannend und lebensbejahend sind. Aus den Untersuchungsergebnissen wird ersichtlich, dass vor allem die eigene sachliche Kommunikation einen wichtigen Beitrag an einer besseren psychischen Lebensqualität hat. Anleitung zu einer Verbesserung der sachlichen Kommunikation lassen sich in der Praxis einfacher umsetzen und sind auch für weniger reflexionsfähige Personen oder solche, die einen weniger guten Zugang zu ihren eigenen Gefühlen haben, verständlich erklärbar und ausführbar.

Instruktionen auf sachlicher Ebene stossen bei Patienten auf weniger psychischen Widerstand und zeigen trotzdem eine gute Wirkung auf die Lebensqualität.

Verbesserte Kommunikation führt zu effizienterem dyadischen Coping, dies wiederum erhöht die Partnerschaftszufriedenheit. Dyadisches Coping und Partnerschaftszufriedenheit beeinflussen sich reziprok. Dies zeigt den grossen Stellenwert, welcher die Partner im Bewältigungsprozess einnehmen. Die Untersuchungsergebnisse legen nahe, bei einer onkologischen Erkrankung nicht nur die Patienten zu behandeln, sondern die Paare als untrennbare und sich wechselseitig beeinflussende Einheiten wahrzunehmen.

Weiter stellt sich die Frage, was mit Paaren geschehen soll, welche über sehr schlechte dyadische Copingstile verfügen oder sich in einer sehr unzufriedenen Beziehung befinden. Ein möglicherweise ketzerischer Gedanke wäre, ob sich in einer solchen Situation zu Gunsten einer besseren psychischen Lebensqualität vielleicht nicht eher eine Trennung anerböte. Eine weiterführende Studie könnte untersuchen, inwiefern eine unzufriedene Beziehung die Bewältigung einer Krebsdiagnose negativ beeinflusst und ob bzw. in welchen Situationen dieser negative Einfluss die ebenfalls belastenden Konsequenzen einer Trennung überwiegt.

Bedingt durch den spärlichen Stand der Forschung von Paarbeziehungen im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen wären grundsätzlich weitere Untersuchungen dieser Art wünschenswert. Des Weiteren wäre z.B. Krebs bei Kindern und Jugendlichen und ihren Angehörigen ein interessantes Thema für weitere Forschungen. Prinzipiell wären Bedürfnisabklärungen von Krebspatienten und ihren Partnern oder Eltern bezüglich des therapeutischen und medizinischen Angebots interessant, um spezifischere Therapien anbieten zu können. Überdies wäre der Einbezug der somatischen Dimension in einer weiterführenden Arbeit sicherlich auch aufschlussreich.

Abschliessend soll festgehalten werden, ungünstiges Coping führt zu schlechteren Krankheitsverläufen was wiederum, um ein wirtschaftliches Argument anzufügen, erhöhte Kosten für das gesamte Gesundheitssystem bedeutet. Neue Forschungen zeigen ausserdem, dass eine gute Lebensqualität mit einer niedrigeren Sterblichkeit bei Krebspatienten einhergeht. Aus diesem Grund wäre es erstrebenswert, die Lebensqualität mit allen Mitteln und Möglichkeiten zu verbessern.

Diese Ergebnisse führen zum Schluss, dass ein Umdenken im therapeutischen und medizinischen Setting stattfinden sollte. Es wird nie kaum ein erfolgreiches medizinisches

wie psychologisches Setting geben, wenn alle Krebspatienten gleich behandelt werden. Und so erscheint es sinnvoll, die Partner der Krebspatienten bei Behandlungen und Gesprächen zu integrieren. Denn nur wenn die Partner auch wirklich involviert sind, können sie eine echte Ressource darstellen, und nur so haben Psychoonkologen und Ärzte die Möglichkeit, positiv und auch individuell im System mitwirken zu können. Gerade bei Krebserkrankungen sollte ein multimodales Behandlungssystem, welches die psychologischen Aspekte mit einschliesst, zur Regel gehören.

9. Literaturverzeichnis

- Aulbert, E. & Niederle, N. (Hrsg.) (1990). *Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 8. verb. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, 1996: Springer-Verlag.
- Barbee, A P., Cunningham, M. R., Winstead, B. A., Derlega, V. J., Gulley, M. R., Yankeeelov, P. A. & Druen, P. B. (1993). Effects of gender role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues*, 49, 175-190.
- Birchler, G. R., Weiss, R. L. & Vincent J. P. (1975). Multimethod analysis of social reinforcement exchange in happy and unhappy marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 349-360.
- Bodenmann, G. (1990). *Ärgerregulation und deren Bedeutung für die dyadische Interaktion. Pilotstudie zu einem Stressexperiment*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg.
- Bodenmann, G. (1995). *Bewältigung von Stress in Partnerschaften*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadisches Coping: theoretischer und empirischer Stand. *Zeitschrift für Familienforschung*, 9, 7-25.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2007). *Stress und Partnerschaft*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2008). *DCI. Dyadisches Coping Inventar. Manual*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. & Perrez, M. (1991). Dyadisches Coping - eine systemische Betrachtungsweise der Belastungsbewältigung in Partnerschaften. *Zeitschrift für Familienforschung*, 3, 4-25.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Pöppel, E. (1988). Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz? *Deutsches Ärzteblatt*, 85, 679-680.

- Bundesamt für Statistik (2011). *Krebs in der Schweiz. Stand und Entwicklung von 1983 bis 2007*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2011). *Krebsmortalität: Krebs insgesamt*. Zuletzt aktualisiert am: 25.08.2011: Neuchâtel.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/05/key/01/03.html>
(letztes Zugriffsdatum: 03.05.2012)
- Burke, R. J. & Weir, T. (1982). Husband-wife helping relationships as moderators of experienced stress: The „mental hygiene“ function in marriage. In McCubbin, H. I., Cauble, A. E. & Patterson, J. M. (Eds.), *Family stress, coping, and social support* (pp. 221-238). Springfield: Charles Thomas.
- Cutrona, C. & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behavior. *Communication Research*, 19, 154-174.
- Dorfmueller, M. & Dietzfelbinger, H. (Hrsg.) (2009). *Psychoonkologie. Diagnostik - Methoden - Therapieverfahren*. München: Elsevier.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Gottman, J. M. (1993). The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction. A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (1), 1-15.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale: Erlbaum.
- Hasenbring, M. & Schulz, K.-H. (1994). Onkologie. In: Gerber, W., Basler, H.-D., Teves, U. (Hrsg), *Lehrbuch der Medizinischen Psychologie: Grundlagen und Anwendungen der Biologischen Psychologie in der Medizin* (S.175-189). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hendrick, S. S. (1981). Self-disclosure and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 1150-1159.
- Hirsig, R. (2007). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften. Eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS*. Zürich: Seismo.

- Holland, J. C. (Ed.) (1998). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.) (2009). *Krebs im Kanton Zürich. Kurzbericht des Krebsregisters*.
- Kirchler, E. (1989). Zufriedenheit unterm gemeinsamen Dach. Ein Überblick über soziopsychologische Untersuchungen zur Ehequalität. *Gruppendynamik, 1*, 75-94.
- Künzler, A., Zindel, A., Bargetzi, M. & Znoj, H. J. (2005). *Couples Coping with a Recent Diagnosis of Cancer*. Poster presented at the Annual Conference of the European Health Psychology Society, September 2005, Galway, Ireland.
- Künzler, A., Zindel, A., Bargetzi, M. & Znoj, H. J. (2007). Who cares, who bears, who benefits? Female spouses vicariously carry the burden after cancer diagnosis. *Psychology & Health, 2010 in press*.
- Künzler, A., Zindel, A., Znoj, H. J. & Bargetzi, M. (2010). *Psychische Belastungen bei Krebspatienten und ihren Partnern im ersten Jahr nach Diagnosestellung*. Bern: Huber.
- Krischke, N.R. (1996). *Lebensqualität und Krebs*. Quintessenz MMV Medizin: München.
- Larbig, W. & Tschuschke, V. (Hrsg.) (2000). *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. München: Ernst Reinhardt.
- Lazarus, R. S. (1981). Stress und Stressbewältigung - ein Paradigma. In S-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198-232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In Pervin L. A. & Lewis, M. (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum Press.
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey 2., ergänzte und überarbeitete Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Parker, J. D. A. & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: a historical overview. In Zeidner, M. & Endler, N. S. (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp. 3-23). New York: Wiley & Sons.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1986). Appraisal, coping, and attribution processes by depressed persons: An S-R-S-R approach. *The German Journal of Psychology, 10*, 315-326.

- Porzolt, F. (2000). *Nutzlose Wirkungen und zweifelhafte therapeutische Strategien*. Ulmer Universitätsmagazin 235 (2000) 7–8; http://vts.uni-ulm.de/docs/2000/485/vts_485.pdf (letztes Zugriffsdatum: 19.03.2012)
- Revenstorf, D. (1981). Die Rolle der Attribution von Partnerkonflikten in der Therapie. *Partnerberatung*, 3/4, 175-189.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.) 2010. *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends*. 7. Ausgabe. Berlin.
- Sander, J. & Böcker, S. (1993). Die deutsche Form der Relationship Assessment Scale (RAS): eine kurze Skala zur Messung der Zufriedenheit in einer Partnerschaft. *Diagnostica*, 39 (1), 55-62.
- Schedlowski, M. & Tewes, U. (Hrsg.) (1996). *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (2006). *Partnerschaftsprobleme: Therapiemanual*. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Schölmerich, P. & Thews, G. (1990). *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Stuttgart: Fischer.
- Schwarz, R., Bernhard, J., Flechtner, H., Küchler, Th. & Hürny, Ch. (Hrsg.) (1991). *Aktuelle Onkologie. Lebensqualität in der Onkologie*. München: Zuckschwerdt.
- Schwarz, R. & Singer, S. (2008). *Einführung Psychosoziale Onkologie*. München: Reinhardt Verlag.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- Spiegel, D. & Kato, P. M. (2000). Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: Larbig, W. & Tschuschke, V. (Hrsg.), *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse* (S.111-50). München: Ernst Reinhardt.
- Tschuschke, V. (2011). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer.
- WHO / Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, 6. Aufl.* Bern: Huber.

10. Anhangsverzeichnis

Anhang A: Information zum Fragebogen.....	67
Anhang B: Fragebogen (Auszug).....	68
Anhang C: Messinstrumente Übersicht.....	84
Anhang D: Organisation Datenfile.....	86
Anhang E: Skalenbildung FDCT-N, RAS (Beispiel mit i, t1).....	87
Anhang F: SF-12 und SF-36 Items, Subskalen und Summenskalen.....	89
Anhang G: SF-12 Gewichtung.....	90
Anhang H: SF-12 Summenskalen nach Erkrankungen.....	91
Anhang I: Deskriptive Statistiken.....	92
Anhang J: Statistische Auswertungen der Regressionsfunktion.....	97

Anhang A: Information zum Fragebogen



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega cancro svizzera
swiss cancer league



Kantonsspital Aarau



krebsliga aargau

^b
UNIVERSITÄT
BERN

COPING -

Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern

Eine Studie des Instituts für Psychologie der Universität Bern

Information zum Fragebogen für Partnerinnen und Partner 3 Jahre nach Diagnose

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Sie haben sich bereit erklärt, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Dafür danken wir Ihnen von Herzen. Mit Ihren Antworten tragen Sie dazu bei, dass jene Krebspatientinnen und -patienten sowie die Angehörigen, die dies wünschen, in Zukunft noch gezielter unterstützt werden können. Wir sind uns bewusst, dass Sie sich eventuell immer noch in einer schwierigen Situation befinden, umso mehr schätzen wir Ihr Engagement.

Diese Untersuchung wird durch das psychologische Institut der Universität Bern zusammen mit dem Kantonsspital Aarau, der Krebsliga und weiteren Partnern durchgeführt.

Bei dieser Studie geht es darum, wie Menschen mit der Krebserkrankung umgehen. Eine solche Erkrankung hat oft auch Auswirkungen auf die Partnerschaft, und Partnerinnen und Partner sind häufig die wichtigsten Unterstützungspersonen. Darum möchten wir auch Sie befragen. Auch Ihre Sichtweise ist wichtig!

Sie haben bereits zwei oder drei mal einen Fragebogen von uns ausgefüllt und gesehen, dass er Fragen dazu beinhaltet, wie Sie mit der Erkrankung Ihrer Partnerin/Ihres Partners zurecht kommen, aber auch zu vielen anderen Aspekten Ihres Lebens. Der vorliegende Bogen ist wiederum sehr ähnlich, damit wir Veränderungen im Verlauf der Zeit genau erfassen können. Das Ausfüllen wird eine gute Stunde in Anspruch nehmen.

Dieses Forschungsprojekt ist von der Ethikkommission geprüft worden. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und an niemanden weitergegeben. Nach Abschluss des Projektes werden ihre Daten vernichtet. Die Teilnahme an dieser psychologischen Studie und Ihre Antworten haben keinen Einfluss auf die Behandlung Ihres Partners/Ihrer Partnerin.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen innerhalb einer Woche im beiliegenden frankierten Antwortcouvert zurück.

Ihr Studienleiter für Fragen:
Alfred Künzler, Tel. 062 838 58 38 (Montag, Mittwoch und Freitag zu Bürozeiten),
alfred.kuenzler@ksa.ch

Herzlichen Dank für Ihren wertvollen Beitrag!

Anhang B: Fragebogen (Auszug)

1. Angaben zu Ihrer Person

1. Heutiges Datum Tag.....Monat.....Jahr.....

2. Geschlecht ₁ weiblich ₂ männlich

3. Geburtsdatum Tag.....Monat.....Jahr.....

4. Höchster erreichter Berufsabschluss

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ keiner | <input type="checkbox"/> ₄ höhere Fachschule/Meisterprüfung |
| <input type="checkbox"/> ₂ Anlehre | <input type="checkbox"/> ₅ Matura/Lehrerseminar/DMS |
| <input type="checkbox"/> ₃ Lehre/Berufsschule | <input type="checkbox"/> ₆ Hochschule/Uni |

5. Derzeitige Erwerbstätigkeit (mehrere Nennungen möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ selbständig erwerbend | <input type="checkbox"/> ₁ in Aus- / Weiterbildung | <input type="checkbox"/> ₁ Hausfrau/Hausmann |
| <input type="checkbox"/> ₁ angestellt | <input type="checkbox"/> ₁ arbeitslos | <input type="checkbox"/> ₁ pensioniert |
| <input type="checkbox"/> erwerbstätig zu insgesamt% | | <input type="checkbox"/> krankgeschrieben zu.....% |

6. Jährliches geschätztes Familieneinkommen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ bis 40 000 SFr. | <input type="checkbox"/> ₃ bis 100 000 SFr. |
| <input type="checkbox"/> ₂ bis 70 000 SFr. | <input type="checkbox"/> ₄ über 100 000 SFr. |

Wie viele Personen (inklusive Kinder) leben von diesem Einkommen?.....Person / Personen

7. Wohnen Sie

- ₀ alleine
- mit einem Partner / einer Partnerin zusammen seit.....Jahr/Jahren
- ₉₉ anderes, nämlich.....

8. Haben Sie Kinder (eigene, adoptierte, Stiefkinder)?

- | | |
|-----------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> ₀ nein |
| Ich habe Kinder | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl |
| im Alter von 0 – 5 Jahren | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl |
| im Alter von 6 – 12 Jahren | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl |
| im Alter von 13 – 20 Jahren | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl |
| älter als 20 Jahre | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl |

2. Schmerzen

1. Wie **stark** litten Sie in den letzten 7 Tagen unter Schmerzen?

überhaupt nicht ₁ ein bisschen ₂ mässig ₃ ziemlich ₄ sehr ₅

2. Wie **oft** litten Sie in den letzten 7 Tagen unter Schmerzen?

nie ₁ selten ₂ manchmal ₃ meistens ₄ immer ₅

3. Was tun Sie zur Schmerzlinderung? (mehrere Nennungen möglich)

₁ habe keine Schmerzen ₁ Medikamente ₁ Entspannung/Meditation
₁ Alternativmedizin ₁ Schlafen ₁ körperliche Aktivität/Sport
₁ anderes, nämlich

3. Gefühle

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die **letzten 7 Tage**. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die auf Sie **am ehesten zutrifft**.

1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	<input type="checkbox"/> ₁ meistens	<input type="checkbox"/> ₂ oft	<input type="checkbox"/> ₃ von Zeit zu Zeit	<input type="checkbox"/> ₄ überhaupt nicht
2. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	<input type="checkbox"/> ₁ ganz genau so	<input type="checkbox"/> ₂ nicht ganz so sehr	<input type="checkbox"/> ₃ nur noch ein wenig	<input type="checkbox"/> ₄ kaum oder gar nicht
3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung dass etwas Schreckliches passieren könnte.	<input type="checkbox"/> ₁ ja, sehr stark	<input type="checkbox"/> ₂ ja, aber nicht allzu stark	<input type="checkbox"/> ₃ etwas, aber es macht mir keine Sorgen	<input type="checkbox"/> ₄ überhaupt nicht
4. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	<input type="checkbox"/> ₁ einen Grossteil der Zeit	<input type="checkbox"/> ₂ verhältnismässig oft	<input type="checkbox"/> ₃ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	<input type="checkbox"/> ₃ nur gelegentlich bis gar nicht
5. Ich fühle mich glücklich.	<input type="checkbox"/> ₁ überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ₂ selten	<input type="checkbox"/> ₃ manchmal	<input type="checkbox"/> ₄ meistens
6. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.	<input type="checkbox"/> ₁ ja, natürlich	<input type="checkbox"/> ₂ gewöhnlich schon	<input type="checkbox"/> ₃ nicht oft	<input type="checkbox"/> ₄ überhaupt nicht
7. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.	<input type="checkbox"/> ₁ fast immer	<input type="checkbox"/> ₂ sehr oft	<input type="checkbox"/> ₃ manchmal	<input type="checkbox"/> ₄ überhaupt nicht
8. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.	<input type="checkbox"/> ₁ überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ₂ gelegentlich	<input type="checkbox"/> ₃ ziemlich oft	<input type="checkbox"/> ₄ sehr oft

9. Ich habe das Interesse an meiner äusseren Erscheinung verloren.	<input type="checkbox"/> ₁ ja, stimmt genau	<input type="checkbox"/> ₂ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte	<input type="checkbox"/> ₃ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum	<input type="checkbox"/> ₄ ich kümmere mich so viel darum wie immer
10. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.	<input type="checkbox"/> ₁ ja, tatsächlich sehr	<input type="checkbox"/> ₂ ziemlich	<input type="checkbox"/> ₃ nicht sehr	<input type="checkbox"/> ₄ überhaupt nicht
11. Ich blicke mit Freude in die Zukunft.	<input type="checkbox"/> ₁ ja, sehr	<input type="checkbox"/> ₂ eher weniger als früher	<input type="checkbox"/> ₃ viel weniger als früher	<input type="checkbox"/> ₄ kaum bis gar nicht
12. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.	<input type="checkbox"/> ₁ ja, tatsächlich sehr oft	<input type="checkbox"/> ₂ ziemlich oft	<input type="checkbox"/> ₃ nicht sehr oft	<input type="checkbox"/> ₄ überhaupt nicht
13. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.	<input type="checkbox"/> ₁ oft	<input type="checkbox"/> ₂ manchmal	<input type="checkbox"/> ₃ eher selten	<input type="checkbox"/> ₄ sehr selten

4. Befinden

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat.

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. ...Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. ...dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. ...dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. ...Verletzlichkeit in Gefühlsdingen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. ...dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. ...dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
7. ...Schweregefühl in den Armen oder den Beinen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. ...Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. ...Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. Persönliche Überlegungen

1. Als was sehen Sie Ihre Krebserkrankung? (Bitte nur **1 Kreuz** machen)

- ₁ als Feind, der bekämpft werden muss
₂ als Mitteilung des Körpers, dass das gesundheitliche Gleichgewicht verloren gegangen ist
₃ als Folge einer ungesunden Lebensweise ₄ als Folge von zu viel Stress oder Kummer
₅ als Strafe Gottes ₆ als Prüfung ₇ als reiner Zufall

₈ anderes, nämlich

2. Ich leide unter Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen: Hätte ich gewisse Dinge früher gemacht (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) oder andere Dinge gemieden (z.B. rauchen, ungesunde Ernährung) wäre ich vielleicht nicht erkrankt.

stimmt genau stimmt ein wenig stimmt teils-teils stimmt eher nicht stimmt gar nicht
₁ ₂ ₃ ₄ ₅

3. Ich frage mich oft: "warum bin gerade ich krank geworden?"

₁ stimmt ₂ stimmt nicht

4. Falls Sie „stimmt“ angekreuzt haben, beschreiben Sie bitte, welche (vorläufige) Überlegungen Sie gemacht haben.

.....

5. Ich vergleiche mich oft mit anderen Patientinnen oder Patienten.

stimmt genau stimmt ein wenig stimmt teils-teils stimmt eher nicht stimmt gar nicht
₁ ₂ ₃ ₄ ₅

6. Im Vergleich mit anderen Patientinnen / Patienten geht es mir besser.

stimmt genau stimmt ein wenig stimmt teils-teils stimmt eher nicht stimmt gar nicht
₁ ₂ ₃ ₄ ₅

6. Krankheitsverarbeitung

Wir wissen aus Gesprächen mit Partnerinnen von Krebspatienten, dass im Umgang mit dieser Krankheit sehr verschiedene Gefühle, Gedanken und Handlungen auftreten.

Bitte kreuzen Sie an, was Sie **in den letzten 7 Tagen** normalerweise taten und wie Sie sich fühlten.

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Ich habe neue Wege des Denkens und Handels ausprobiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin Gedanken, die mich in Stress versetzen, aus dem Weg gegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe wichtige soziale Beziehungen abgebrochen, um Scham- oder Peinlichkeitsgefühle zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe andere wissen lassen, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe meine starken Gefühle klar ausgedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe sorgfältig alles abgewogen, wenn ich eine harte Entscheidung fällen musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe ausführlich über emotional wichtige Themen gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe übertrieben emotional reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe gut entscheiden können, ob ich im Moment das Wohl der Gemeinschaft oder meine persönlichen Bedürfnisse in den Vordergrund stellen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin mir meiner Stärken und Schwächen bewusst gewesen und habe mich in den meisten Situationen kompetent gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ich habe sowohl gewusst, wann ich mir Sorgen machen muss, als auch, wann ich eine Sache auf sich beruhen lassen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Ich habe mit einer engen Freundin / einem engen Freund über Themen gesprochen, die sehr stressvoll für mich sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. Ich habe die Nase schnell voll gehabt und eine Beziehung / Bekanntschaft abgebrochen, wenn mich was geärgert hat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Ich habe mich nach Möglichkeit abgelenkt, um schmerzhafte Gefühle zu vermeiden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Ich habe Dinge falsch oder verzerrt wahrgenommen, oder nicht richtig verstanden, was andere meinen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. Ich habe mich sowohl entspannen, als auch harten Einsatz leisten können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Ich habe mich so benommen, dass ich und wichtige andere Bezugspersonen einander auf der gleichen Ebene mit Wertschätzung behandelt haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau	
18. Ich habe Erinnerungen aus der Vergangenheit mit der Gegenwart und mit Zukunftserwartungen vermischt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19. Ich habe hart gearbeitet, aber mir auch Ruhe gegönnt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20. Ich bin ruhelos gewesen und habe mich ständig beschäftigt, damit keine unangenehmen Gefühle und Gedanken aufkommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21. Ich habe mich selbst und / oder andere ständig beobachten müssen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
22. Ich habe mich missverstanden gefühlt und deshalb aggressiv auf andere reagiert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
23. Ich habe Spannungen vermieden, indem ich bestimmten sozialen Ereignissen aus dem Weg gegangen bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
24. Ich habe auf mich und meine Fähigkeiten vertrauen können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
25. Ich habe sorgfältig entschieden, auch wenn die Situation komplex war.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
26. Ich habe mich darum bemüht, meine Gedanken anderen mitzuteilen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Bitte kreuzen Sie an, wie weit die folgenden Aussagen für Sie persönlich in den letzten 7 Tagen zutreffend waren.

	nicht zutreffend	ein bisschen	ziemlich	sehr zutreffend
27. Ich habe mich mit der Arbeit oder anderen Sachen beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28. Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Ich habe mir eingeredet, dass das alles nicht wahr ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Ich habe Alkohol oder andere Mittel zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31. Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32. Ich beschäftigte mich nicht mehr damit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33. Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34. Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35. Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36. Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	nicht zutreffend	ein bisschen	ziemlich	sehr zutreffend
37. Um das durchzustehen, habe ich mich mit Alkohol oder anderen Mitteln besänftigt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
38. Ich habe versucht, die Dinge von einer positiveren Seite zu betrachten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
39. Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
40. Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
41. Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
42. Ich habe versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
43. Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
44. Ich habe Witze darüber gemacht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
45. Ich habe etwas unternommen, um mich abzulenken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
46. Ich habe mich damit abgefunden, dass es passiert ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
47. Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
48. Ich habe versucht, Halt in meinem Glauben zu finden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
49. Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
50. Ich habe gelernt, damit zu leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
51. Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, was hier das Richtige wäre.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
52. Ich habe mir dafür selbst die Schuld gegeben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
53. Ich habe gebetet oder meditiert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
54. Ich habe alles mit Humor genommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

	stimmt überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	stimmt genau
55. Alles in allem bin ich zufrieden mit der Art, wie ich mit meinem jetzigen Leben umgehe.		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
56. Wenn ich mit meinem Befinden vor ca. 3 Monaten vergleiche, geht es mir alles in allem gesehen heute besser.		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

29. Was hat Ihnen sonst noch geholfen, um besser mit Ihrer Krankheit zurecht zu kommen?

.....

7. Ärzte und Krankenhaus

1. Bisher habe ich von den Ärztinnen und Ärzten

- ₁ zu wenig Information bekommen
- ₂ alle Informationen bekommen, die ich wollte
- ₃ zu viele Informationen bekommen
- ₄ anderes, nämlich

2. Ich habe Vertrauen in die Ärztinnen und Ärzte.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| stimmt genau | stimmt ein wenig | stimmt teils-teils | stimmt eher nicht | stimmt gar nicht |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

3. Ich fühle mich von den Ärztinnen / Ärzten und den Krankenschwestern unterstützt.

stimmt genau ₁ stimmt ein wenig ₂ stimmt teils-teils ₃ stimmt eher nicht ₄ stimmt gar nicht ₅

8. Diagnosemitteilung

Bitte geben Sie an, wie häufig jede der folgenden Reaktionen bei Ihnen **in den letzten 7 Tagen** aufgetreten ist.
Die Fragen beziehen sich auf die Mitteilung der Diagnose, bzw. den Moment, als Sie realisierten, dass Sie an Krebs erkrankt sind.

	kam gar nicht vor	selten	manch-mal	oft
1. Immer wenn ich an die Diagnosemitteilung erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Andere Dinge erinnerten mich immer daran.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich an die Diagnose dachte oder daran erinnert wurde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Ich versuchte, Erinnerungen an die Diagnosemitteilung aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Bilder, die mit der Mitteilung der Diagnose zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Ich versuchte, die Diagnosemitteilung aus meinen Gedanken zu streichen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	kam gar nicht vor	selten	manch-mal	oft
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch die Diagnose aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Die Gefühle, welche die Mitteilung der Diagnose in mir auslöste, waren ein bisschen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit der Diagnosemitteilung zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. Ich konnte nicht einschlafen (weil ich immer die Mitteilung der Diagnose vor mir sah).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit der Mitteilung der Diagnose zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. Ich versuchte, die Diagnosemitteilung aus meiner Erinnerung zu streichen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. Die Erinnerungen an die Mitteilung der Diagnose lösten bei mir körperliche Reaktionen aus wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. Ich träumte von der Diagnosemitteilung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. Ich versuchte, Gespräche über die Diagnosemitteilung zu vermeiden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

9. Belastende Lebensereignisse

Bitte gehen Sie die Liste durch und geben Sie bei jedem erlebten Ereignis an, wie lange das her ist und wie oft Sie es erlebt haben.

	Das Ereignis liegt		
	nicht erlebt	mehr als 1 Jahr zurück	weniger als 1 Jahr zurück
1. Augenzeuge von Gewalt (auch innerhalb der Familie) oder einem schlimmen Unfall	<input type="checkbox"/> ₀	ich habe es ... mal erlebt	ich habe es ... mal erlebt
2. Opfer von Gewalt (auch innerhalb der Familie) oder einem schlimmen Unfall	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
3. Tod eines nahen Angehörigen oder nahen Freundes	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
4. Scheidung/Trennung	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
Das Ereignis liegt			
	nicht erlebt	mehr als 1 Jahr zurück	weniger als 1 Jahr zurück
5. ernsthafte körperliche Erkrankung eines nahen Angehörigen oder nahen Freundes	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
6. eigene frühere ernsthafte Erkrankung	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
7. ernsthafte psychische Erkrankung eines nahen Angehörigen oder nahen Freundes	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
8. eigene ernsthafte psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
9. Verlust des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
10. Schulden von 10 000 Franken oder mehr	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt
11. anderes, nämlich	<input type="checkbox"/> ₀	... mal erlebt	... mal erlebt

12. Welches Ereignis, das **mehr** als 1 Jahr zurück liegt, hat Sie damals am meisten beeinträchtigt?

Ereignis Nr. hat mich am meisten beeinträchtigt und zwar ...

gar nicht ₁ kaum ₂ ein wenig ₃ ziemlich ₄ sehr ₅

13. Welches Ereignis, das **weniger** als 1 Jahr zurück liegt, hat Sie damals am meisten beeinträchtigt?

Ereignis Nr. hat mich am meisten beeinträchtigt und zwar ...

gar nicht ₁ kaum ₂ ein wenig ₃ ziemlich ₄ sehr ₅

Bitte Pause machen nicht vergessen!

10. Lebenseinstellungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre **allgemeine Einstellung zum Leben**, unabhängig von Ihrem jetzigen Krankheitszustand.

	stimmt gar nicht			stimmt ganz ge- nau	
1. Ich bin eine Optimistin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich frage mich häufig: "Warum muss mir das gerade passieren?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich liebe das Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Auch wenn mir schlimme Dinge im Leben zustossen, glaube ich dennoch, dass sich alles zum Guten wendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Insgesamt habe ich den Eindruck, dass sich die Geschehnisse in meiner Umgebung in meinem Sinne entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe die Dinge fest im Griff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich glaube, dass ich fast jeder Lebensaufgabe gewachsen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kann mich als "Steh-auf-Männchen" bezeichnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mein Leben ist ein einziges Chaos, da sich jeden Tag Dinge oder Situationen ereignen, die nicht vorhersehbar sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich glaube, auf den Verlauf der Dinge in meiner Umwelt Einfluss nehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich oft in meinem Tun und Handeln von meinen Mitmenschen bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Manchmal zweifle ich am Sinn meines Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Meine Lebensauffassung ist generell sehr optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Grossen und Ganzen habe ich grosses Vertrauen in die Fähigkeiten und Absichten unserer Politiker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Was mein zukünftiges Leben anbelangt, bin ich sehr optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es gibt keine Gerechtigkeit auf der Welt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Oft stehe ich fassungslos den Ereignissen in meinem Leben gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich kann oft nicht verstehen, dass sich die Dinge so entwickeln und nicht anders.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt gar nicht			stimmt ganz ge- nau	
19. Auch wenn es manchmal ganz anders aussieht, so fügen sich doch auf lange Sicht die Dinge in meinem Leben harmonisch zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Soziales Umfeld

Bei den nächsten Fragen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zu Familienmitgliedern, Freunden, Kollegen und Nachbarn. Die Beziehung zu Ihrem Partner ist hier nicht gemeint.

	trifft nicht zu			trifft genau zu	
1. Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (z.B. Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meinen Freunden / Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Freunde / Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe Freunde / Angehörige, die mich einfach auch mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiss ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fühle mich oft als Aussenseiterin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bei manchen Freunden / Angehörigen kann ich mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	trifft nicht zu			trifft genau zu	
15. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (z.B. Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z.B. wichtige Informationen, Adresse eines guten Arztes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Seit ich krank bin werde ich zu sehr geschont, behandelt man mich überfürsorglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Seit ich krank bin werde ich von meinen Mitmenschen gemieden, weichen sie mir aus. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

25. Nehmen Sie an einer Selbsthilfegruppe teil?
₁ ja ₂ nein

26. Haben Sie regelmässige Sitzungen bei einem Psychologen/einer Psychiaterin?
₁ ja ₂ nein

27. Haben Sie regelmässige Gespräche bei einem Seelsorger?
₁ ja ₂ nein

15. Paarbeziehung (FDCT-N)

rot = negativer Zusammenhang mit LQ, *grün* = positiver Zusammenhang mit LQ

Bei den folgenden Fragen geht es um die Beziehung zu Ihrem Partner. Falls Sie zur Zeit nicht in einer Partnerschaft leben, fahren Sie bitte weiter mit Frageblock 17.

Was tun Sie, wenn Sie sich gestresst / belastet fühlen?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
1. Ich teile meinem Partner mit, wenn ich froh um seine praktische Unterstützung oder sachlichen Ratschläge und Hilfestellungen bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Ich bitte meinen Partner, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen, wenn ich überlastet bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Ich zeige meinem Partner, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Ich sage meinem Partner offen, wenn ich gestresst bin und seine emotionale Unterstützung brauche.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Wie reagiert Ihr Partner auf Ihre Belastung / Stressäusserungen?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
5. Er gibt mir das Gefühl, dass er mich versteht, und dass ihn mein Stress interessiert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Er solidarisiert sich mit mir, sagt mir, dass er dieses Gefühl auch kenne und hält zu mir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Er macht sich über meinen Stress lustig und lacht mich aus.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Er hilft mir, die Situation in einem anderen Licht zu sehen, das Problem zu relativieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Er hört mir zu, gibt mir Raum, mich auszusprechen und spricht mir gut zu oder muntert mich auf.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Was tut Ihr Partner, wenn Sie gestresst / belastet sind?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
10. Er gibt mir zu verstehen, dass er nicht mit meinen Problemen behelligt sein möchte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Er hilft mir zwar, doch tut er dies unwillig und demotiviert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

12. Er übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Er nimmt sich zwar Zeit für mich, doch scheint er in seinen Gedanken anderswo zu sein.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Er hilft mir, die Situation zu analysieren, damit ich das Problem konkret angehen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Er packt zu, wenn ich zuviel zu tun habe, um mich zu entlasten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Wenn ich gestresst bin, geht mir mein Partner aus dem Weg.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Was tut Ihr Partner, wenn er sich gestresst / belastet fühlt?

	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr oft
17. Er teilt mir mit, wenn er froh um meine praktische Unterstützung oder sachliche Ratschläge und Hilfestellung ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Er bittet mich, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. Er zeigt mir, dass er sich belastet fühlt und es ihm schlecht geht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. Er sagt mir offen, wenn er gestresst ist und meine emotionale Unterstützung braucht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Wie reagieren Sie auf diese Belastungs- / Stressäußerungen ihres Partners?

	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr oft
21. Ich gebe meinem Partner das Gefühl, dass ich ihn verstehe, mich für seinen Stress interessiere.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. Ich solidarisiere mich mit ihm, sage ihm, dass ich dieses Gefühl auch kenne und halte zu ihm.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. Ich mache mich über den Stress meines Partners lustig und lache ihn aus.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24. Ich sage meinem Partner, dass alles nicht so schlimm ist und helfe ihm die Situation in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. Ich höre ihm zu, gebe ihm Raum, sich auszusprechen, rede ihm gut zu oder mache ihm Mut.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. Ich gebe ihm zu verstehen, dass er mich mit seinen Problemen nicht behelligen möchte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. Wenn mein Partner gestresst ist, ziehe ich mich zurück.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28. Ich helfe ihm zwar, doch bin ich nicht motiviert und finde, dass er selber besser mit seinen Problemen umgehen sollte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
29. Ich übernehme Aufgaben und Tätigkeiten, die er sonst macht, um ihn zu entlasten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30. Ich rede meinem Partner gut zu oder nehme ihn in die Arme, bin aber in Gedanken anderswo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
31. Ich versuche, mit meinem Partner die Situation sachlich zu analysieren und ihm zu helfen, das Problem zu verstehen und zu verändern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32. Ich packe zu, wenn er zuviel zu tun hat, um ihn zu entlasten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Wie gehen Sie und Ihr Partner mit Belastungen um, die Sie beide betreffen?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
33. Wir versuchen das Problem gemeinsam zu bewältigen und konkrete Lösungen zu suchen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34. Wir setzen uns ernsthaft mit dem Problem auseinander und analysieren, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35. Wir helfen uns gegenseitig, das Problem zu relativieren und in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36. Wir entspannen uns gegenseitig durch Massage, baden miteinander oder hören zusammen Musik.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
37. Wir sprechen miteinander und tauschen unsere Gefühle aus, um uns zu beruhigen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
38. Wenn wir beide gestresst sind, ziehen wir uns zurück und gehen uns aus dem Weg.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
39. Wir sind zärtlich zueinander, schlafen miteinander und versuchen so, den Stress zu bewältigen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Wie beurteilen Sie Ihren Umgang mit Belastungen als Paar?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
40. Ich bin zufrieden mit der Unterstützung meines Partners und der gemeinsamen Stressbewältigung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
41. Ich empfinde die Unterstützung meines Partners und unseren gemeinsamen Umgang mit Stress als wirksam .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16. Partnerschaftszufriedenheit (RAS)

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die **im Moment** am besten auf Sie zutrifft.

- Wie gut kommt Ihr Partner Ihren Bedürfnissen entgegen?
überhaupt nicht ₁ ₂ ₃ ₄ vollkommen ₅
- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer Beziehung?
sehr unzufrieden ₁ ₂ ₃ ₄ sehr zufrieden ₅
- Wie gut ist ihre Beziehung verglichen mit anderen?
sehr schlecht ₁ ₂ ₃ ₄ sehr gut ₅
- Wie oft wünschen Sie sich, diese Beziehung nicht eingegangen zu sein?
niemals ₁ ₂ ₃ ₄ sehr oft ₅
- In welchem Mass hat ihre Beziehung Ihre ursprünglichen Erwartungen erfüllt?
überhaupt nicht vollkommen

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

6. Wie sehr lieben Sie Ihren Partner?

überhaupt nicht

vollkommen

₁
₂
₃
₄
₅

7. Wie viele Probleme gibt es in Ihrer Partnerschaft?

sehr wenige

sehr viele

₁
₂
₃
₄
₅

17. Allgemeiner Gesundheitszustand/Lebensqualität (SF-12)

Bei den nächsten Fragen geht es um **Ihre** persönliche Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet

sehr gut

gut

weniger gut

schlecht

₁
₂
₃
₄
₅

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

2. mittelschwere Tätigkeiten (z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen)

stark eingeschränkt

etwas eingeschränkt

überhaupt nicht eingeschränkt

₁
₂
₃

3. mehrere Treppenabsätze steigen

stark eingeschränkt

etwas eingeschränkt

überhaupt nicht eingeschränkt

₁
₂
₃

Hatten Sie in den letzten 7 Tagen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit, im Beruf oder zu Hause?

4. Ich habe weniger erledigen können als ich wollte ja ₁ nein ₂

5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun ja ₁ nein ₂

Hatten Sie in den letzten 7 Tagen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit, alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause (z.B. weil Sie sich ängstlich oder traurig fühlten).

6. Ich habe weniger erledigen können als ich wollte ja ₁ nein ₂

7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten ja ₁ nein ₂

8. In wieweit haben Schmerzen oder Unwohlsein Sie in den letzten 7 Tagen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf behindert?

überhaupt nicht

ein bisschen

mässig

ziemlich

sehr

	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Wie oft waren Sie in den letzten 7 Tagen

		immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
9.	ruhig und gelassen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10.	voller Energie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11.	entmutigt und traurig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

12. Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den letzten 7 Tagen Ihre Kontakte zu anderen Menschen beeinträchtigt (z.B. Besuche bei Freunden, Vereinsle-
ben usw.)?

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

18. Krankheitsverlauf und Behandlung

Haben Sie zur Zeit oder in den letzten 2 Wochen folgende Behandlungen gehabt?

1. Operation ₁ ja ₂ nein 2. Chemotherapie ₁ ja ₂ nein

3. Hormontherapie ₁ ja ₂ nein 4. Amputationen ₁ ja ₂ nein

5. Bestrahlung ₁ ja ₂ nein

6. anderes, nämlich.....

7. Spitalaufenthalt ohne
Isolationszimmer ₁ ja ₂ nein

8. Spitalaufenthalt mit
Isolationszimmer ₁ ja ₂ nein

9. *Hatten Sie unerwartete Zwischenfälle (z.B. Grippe)
oder Komplikationen (z.B. schlecht heilende Operationsnarben)?*

₁ nein ₂ ja, nämlich
.....

10. *Besteht bei Ihnen wegen der Behandlung ein Einfluss auf die Fortpflanzungsfähigkeit?*

₁ nein ₂ ja, nämlich ₃ noch offen

11. *Wurde Ihnen eine Überlebensrate oder Heilungschance genannt?*

₁ nein ja, nämlich % Überlebensrate
 ja, nämlich % Heilungschance
 diese Mitteilung erhielt ich im Monat im Jahr

19. Psycho-Onkologie

1. Falls Sie das psycho-onkologische Angebot im Kantonsspital Aarau genutzt haben, geben Sie bitte Ihre Zufriedenheit an.

nicht genutzt gar nicht zufrieden ein wenig ziemlich sehr zufrieden
₀ ₁ ₂ ₃ ₄

2. Hatten Sie früher – nicht in Zusammenhang mit der Krebserkrankung – mehrere Sitzungen bei einer Psychologin / einem Psychiater?

₀ nein ₁ ja

20. Rückmeldung

1. War das Ausfüllen des Fragebogens für Sie seelisch

sehr belastend etwas belastend unentschieden etwas entlastend sehr entlastend
₁ ₂ ₃ ₄ ₅

2. Was hier nicht zur Sprache kam, aber für mich bei der Krankheitsverarbeitung sehr wichtig ist....

Anhang C: Messinstrumente Übersicht

Bereich (Instrument)	Zeitpunkt	Partner	Autoren	Skalenbeschreibung	Anzahl Items
1. Angaben zur Person	t1 t2 t3	ja	AZ/AK	Berufliche Bildung; Erwerbstätigkeit; Einkommen; Familienstand	8
2. Schmerzen	t1 t2 t3	nein	AZ/AK	Schmerzintensität; Schmerzhäufigkeit	3
3. Gefühle (HADS-D)	t1 t2 t3	ja	Herrmann et al. 1995	Angst; Depression	13
4. Befinden (SCL-K9)	t1 t2 t3	ja	Klaghofer & Brähler 2001	Psychischer Beschwerdedruck	9
5. Persönliche Überlegungen	t1 t2 t3	ja	AZ/AK	Persönliche Krankheitstheorie, Selbstvorwürfe, "warum ich"-Frage	6
6. Krankheitsverarbeitung (EMOREG)	t1 t2 t3	ja	AZ/AK		3
(Brief-Cope)			Znoj 2000	Autokontrolle, Ausdruck, Vermeiden, Verzerrern	26
			Knoll 2002 (nach Carver 1997)	Ablenkung, aktives Coping, Verleugnung, Substanzinnahme, Suche nach emotionaler Unterstützung, Suche nach instrumenteller Unterstützung, behaviorales Loslassen, Emotionen ausdrücken, positive Reinterpretation, Planen, Humor, Akzeptanz, Religion, Selbstvorwürfe	28
7. Krankheitsfolgen	-- t2 t3	ja	AZ/AK	Krebsspezifische Nebenwirkungen; Folgen allgemeiner lebensbedrohlicher u. behandlungsintensiver Erkrankungen	12; Partner 15
8. Ärzte und Krankenhaus	t1 t2 t3	ja	AZ/AK	Informationsmenge von Arzt zu Patient; Vertrauen u. Unterstützung	3
9. Diagnosemitteilung (IES-R)	t1 t2 t3	ja	Maercker & Schützwohl 1998 (nach Horowitz, Wilner & Alvarez 1979)	Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal	22
10. Belastende Lebensereignisse	t1 t2 t3	ja	AZ/AK (basierend auf Holmes & Rahe 1967 resp. Bodenmann 1998)	Belastung durch nicht mit Krebs in Zusammenhang stehende kritische Lebensereignisse	13
11. Kindheit und Jugend	-- t2 --	ja	AZ/AK	Protektive Faktoren/Resilienz; frühe Belastung; frühe Bindung	9
12. Persönliche Veränderungen (PGI)	-- t2 t3	ja	Tedeschi & Calhoun 1996; dt. Maercker & Langner 2001	Neue Möglichkeiten; Beziehungen; Wertschätzung des Lebens; Persönliche Stärke; Religion	21
13. Lebenseinstellungen (SOC-HD)	t1-- --	ja	Schmidt-Rathjens et al. 1997 (nach Antonovsky 1983)	Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit)	19

14. Soziales Umfeld (SozU-K22)	t1 -- --	ja	Sommer & Fydrich 1989;	Emotionale Unterstützung, Praktische Unterstützung, Soziale Integration, Vertrauensperson, Zufriedenheit mit soz. Unt.	22
14. Soziales Umfeld	-- t2 t3	ja	AZ/AK	Krankheitsbezogene soziale Unterstützung	5 eigene
15. Paarbeziehung (FDCT-N)	t1 t2 t3	ja	Bodenmann 2000	Stresskommunikation, supportives dyadisches Coping (DC), negatives DC, gemeinsames DC, Vermeidung von DC, Evaluation von DC	41
16. Partnerschaftszufriedenheit (RAS)	t1 t2 t3	ja	Sander & Böcker 1993 (nach Hendrick 1981)	Partnerschaftszufriedenheit	7
17. Lebensqualität (SF-12)	t1 t2 t3	ja	Bullinger & Kirchberger 1998 (nach Ware et al. 1993)	Somatische und psychische Lebensqualität	12
18. Arztbesuche	t1 t2 t3	nur Part	AK/AZ	Anzahl Arztbesuche, Spitaltage	1
19. Krankheitsverlauf und Behandlung	t1 t2 t3	nein	AZ/AK	medizin. Angaben zu Krankheitsverlauf und Behandlung	11
20. Psychoonkologie	t1 t2 t3	ja	AK/AZ	Zufriedenheit mit Psy.onk.	2
21. Rückmeldung	t1 t2 t3	ja	AZ/AK	Belastung durch Ausfüllen des Fragebogens, offene Frage	2

Legende:

t1 = Messzeitpunkt 1 (nach Diagnosemitteilung); t2/t3 = Messzeitpunkt 2/3 (Follow-up nach 6/12 Mt.)

Partner = gibt an, welche Bereiche auch von den Partnern ausgefüllt werden.

AZ/AK = Angela Zindel/Alfred Künzler

Anzahl Items: ca. 250 pro Messzeitpunkt

durchschnittliche Bearbeitungsdauer t1: 76 Min.

Anhang D: Organisation Datenfile

ID	mediz. + Teilnahme-Daten	Fragebogendaten: Bereiche 1...21									Psycho- Onkolo- gie (Std.böge n)
		t1			...			t4			
		patient	part- ner	couple				patient	partner	couple	
Fälle 1- 9013		i1...	r1...	c1...				i4...	r4...	c4...	PO...

System der Variablenbenennung

Item roh: ab_c.deee

- a i=Patient r=Partner
- b 1/2/3 = Erst-/Zweit-/Drittbefragung (bei Diagnose / Follow-up 6/12 Mt)
- c 1..21 = Bereich Nr
- d 1..99 = Frage Nr
- eee ein- bis dreistelliges Kürzel = Teilfrage

Beispiel: *r2_1.5sel* (Partnerbefragung Zeitpunkt 2, Fragebogen-Bereich 1, Frage 5, Teilfrage zur Selbständigkeit)

Item bearbeitet: ab_cText

Beispiel: *i1_5schuld* (Patientenbefragung Zeitpunkt 1, Fragebogen-Bereich 5, Frage zur Schuld – Item wurde umgepolt)

Skala: abText

Beispiel: *i1SzIndex* (Patientenbefragung Zeitpunkt 1, Skala Schmerzindex – aus mehreren Items errechnet)

Anhang E: Skalenbildung FDCT-N, RAS (Beispiel mit i, t1)

-
- *Zu gebrauchen mit Dateien „Daten bereinigt [patient, partner, t1, t2, t3].sav“
 - ***Berechnet werden hier die meisten Skalen** (ausser SF12, COPEbrief: eigene Skriptdateien)
 - *Unlogisch gepolte Rohwerte werden umgepolt (zB. Bereich 5).
 - *
 - *Zum Erstellen eines spezifischen Skriptes:
 - * In Word Felder aktualisieren (Menü *Bearbeiten/Alles markieren*,
 - * Rechtsklick auf Markierung, *Felder aktualisieren*),
 - * dann gesamten Text in sps-File einfügen.
 - *
 - * (*Hier sind die ask-Felder für Feldaktualisierung hinterlegt:*)
 - *Aktuell eingestellte Werte: wer: **i** Messung: **I** ergibt: **iI** (**Patient t1**)
 - *Für andere Person oder anderen Messzeitpunkt Felder aktualisieren!
-
- ***ACHTUNG NACHTRAG 29.9.08.**
 - *Bereich 19 Items 1 bis 8 muss für t2 und t3 manuell gelöscht werden (andere Codierung im Bogen wird nicht berücksichtigt!).
- *Nachfolgend das SPSS-Skript für Skalenbildung.

*15 FDCT-N.

- * Stresskommunikation.
 - COMPUTE *iI*DC_kommEigEmot = MEAN(*iI*_15.3, *iI*_15.4) .
 - COMPUTE *iI*DC_kommEigSach = MEAN(*iI*_15.1, *iI*_15.2) .
 - COMPUTE *iI*DC_kommPartEmot = MEAN(*iI*_15.19, *iI*_15.20) .
 - COMPUTE *iI*DC_kommPartSach = MEAN(*iI*_15.17, *iI*_15.18) .
- * Eigenes Coping supportiv.
 - COMPUTE *iI*DC_eigSuppEmot = MEAN(*iI*_15.21, *iI*_15.22, *iI*_15.25) .
 - COMPUTE *iI*DC_eigSuppSach = MEAN(*iI*_15.24, *iI*_15.31) .
 - COMPUTE *iI*DC_eigSuppDeleg = MEAN(*iI*_15.29, *iI*_15.32) .
- * Eigenes Coping negativ.
 - COMPUTE *iI*DC_eigNegHost = MEAN(*iI*_15.23, *iI*_15.26) .
 - COMPUTE *iI*DC_eigNegAmbi = MEAN(*iI*_15.28, *iI*_15.30) .
 - COMPUTE *iI*DC_eigNegRück = *iI*_15.27 .
- * Coping des Partners supportiv.
 - COMPUTE *iI*DC_partSuppEmot = MEAN(*iI*_15.5, *iI*_15.6, *iI*_15.9) .
 - COMPUTE *iI*DC_partSuppSach = MEAN(*iI*_15.8, *iI*_15.14) .
 - COMPUTE *iI*DC_partSuppDeleg = MEAN(*iI*_15.12, *iI*_15.15) .
- * Coping des Partners negativ.
 - COMPUTE *iI*DC_partNegHost = MEAN(*iI*_15.7, *iI*_15.10) .
 - COMPUTE *iI*DC_partNegAmbi = MEAN(*iI*_15.11, *iI*_15.13) .
 - COMPUTE *iI*DC_partNegRück = *iI*_15.16 .
- * Gemeinsames Coping .
 - COMPUTE *iI*DC_gemSuppEmot = MEAN(*iI*_15.36, *iI*_15.37, *iI*_15.39) .
 - COMPUTE *iI*DC_gemSuppSach = MEAN(*iI*_15.33, *iI*_15.34, *iI*_15.35) .
 - COMPUTE *iI*DC_gemNegVermeid = *iI*_15.38 .
- * Evaluation Partnerunterstützung und gemeinsames Coping.
 - COMPUTE *iI*DC_evalZufrieden = *iI*_15.40 .
 - COMPUTE *iI*DC_evalWirksam = *iI*_15.41 .
- * Sekundärfaktoren (eigene) für Perspektivenvergleich .
 - COMPUTE *iI*DCsek_kommEig = MEAN(*iI*DC_kommEigEmot, *iI*DC_kommEigSach) .
 - COMPUTE *iI*DCsek_kommPart = MEAN(*iI*DC_kommPartEmot, *iI*DC_kommPartSach) .
 - COMPUTE *iI*DCsek_eigSupp = MEAN(*iI*DC_eigSuppEmot, *iI*DC_eigSuppSach, *iI*DC_eigSuppDeleg) .

```

COMPUTE iDCsek_partSupp = MEAN(iDC_partSuppEmot, iDC_partSuppSach, iD-
C_partSuppDeleg) .
COMPUTE iDCsek_gemSupp = MEAN(iDC_gemSuppEmot, iDC_gemSuppSach) .
COMPUTE iDCsek_eigNeg = MEAN(iDC_eigNegHost, iDC_eigNegAmbi, iDC_eig-
NegRück) .
COMPUTE iDCsek_partNeg = MEAN(iDC_partNegHost, iDC_partNegAmbi, iDC_part-
NegRück) .
* Tertiärfaktoren (eigene) .
COMPUTE iDCter_komm = MEAN(iDCsek_kommEig, iDCsek_kommPart) .
COMPUTE iDCter_supp = MEAN(iDCsek_eigSupp, iDCsek_partSupp, iDCsek_gem-
Supp) .
COMPUTE iDCter_neg = MEAN(iDCsek_eigNeg, iDCsek_partNeg, iDC_gemNegVer-
meid) .
* Sekundärfaktoren (weitere eigene) .
COMPUTE iDCsek_emot = MEAN(iDC_kommEigEmot, iDC_kommPartEmot, iD-
C_eigSuppEmot, iDC_partSuppEmot, iDC_gemSuppEmot) .
* Sachbezogen als „Sachbezogen“ plus „Delegiert“: letztere Items sind ebenfalls sachbezogen,
vgl. Bodenmann 2000 S. 3 .
COMPUTE iDCsek_sach = MEAN(iDC_eigSuppSach, iDC_partSuppSach, iDC_gem-
SuppSach, iDC_eigSuppDeleg, iDC_partSuppDeleg) .
COMPUTE iDCsek_gem = MEAN(iDC_gemSuppEmot, iDC_gemSuppSach, 6 - iD-
C_gemNegVermeid) .
COMPUTE iDCsek_eval = MEAN(iDC_evalZufrieden, iDC_evalWirksam) .
EXECUTE .

```

*16 RAS.

* *invertiert*: 4 7.

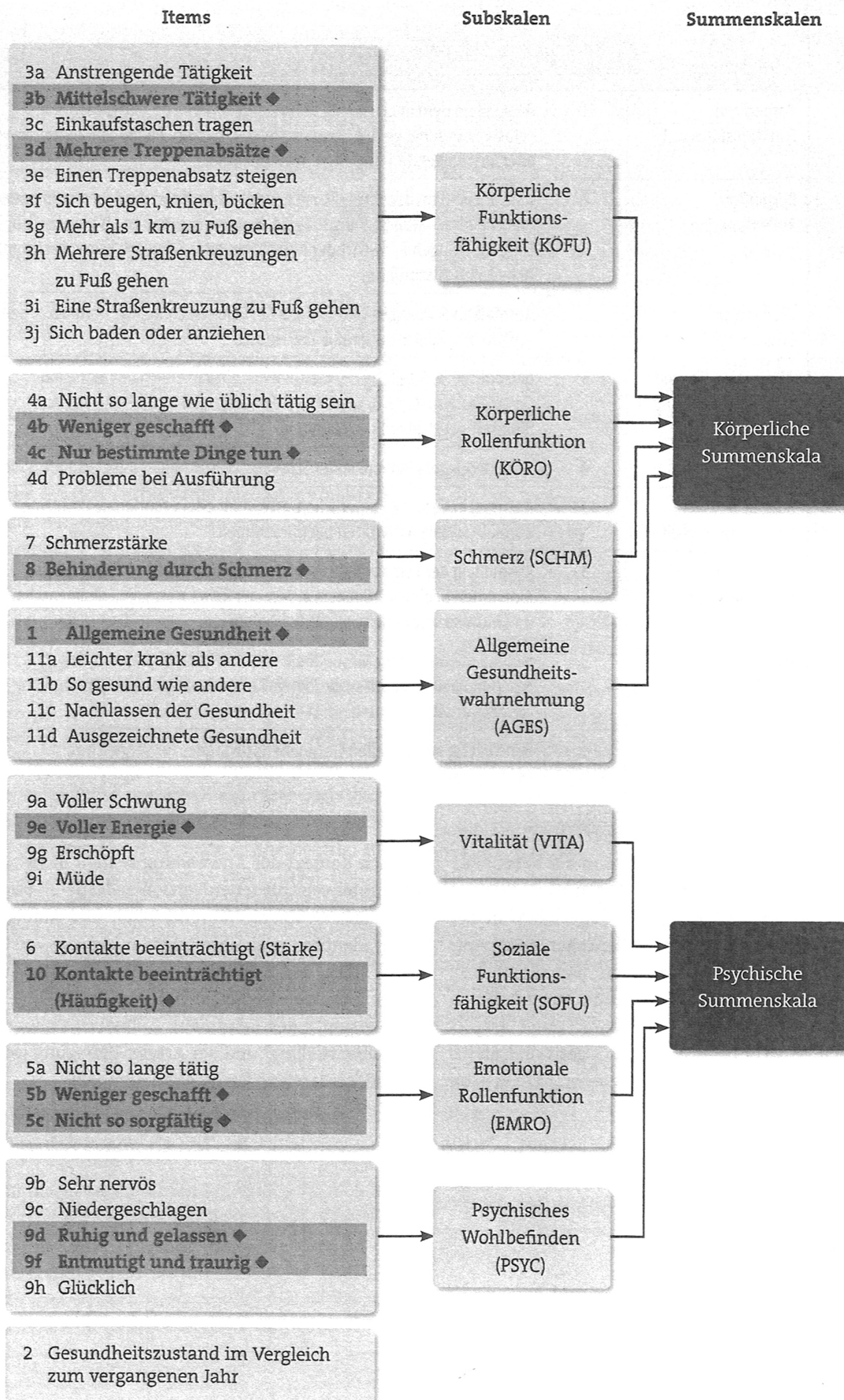
```

COMPUTE iIRAS = MEAN(i_16.1, i_16.2, i_16.3, 6 - i_16.4, i_16.5, i_16.6, 6 -
i_16.7) .
EXECUTE .

```


Anhang F: SF-12 und SF-36 Items, Subskalen und Summenskalen

Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger M. (2011)



Anhang G: SF-12 Gewichtung

Item (Variablenname in SPSS)*	Antwortmöglichkeit	Dummy Variable	Gewicht – körperlicher Faktor	Gewicht – psychischer Faktor
2 (PFI02)	Stark eingeschränkt	PF02_1	-7.23216	3.93115
	Etwas eingeschränkt	PF02_2	-3.45555	1.86840
3 (PFI04)	Stark eingeschränkt	PF04_1	-6.24397	2.68282
	Etwas eingeschränkt	PF04_2	-2.73557	1.43103
4 (ROLPH2)	Ja	RP2_1	-4.61617	1.44060
5 (ROLPH3)	Ja	RP3_1	-5.51747	1.66968
8 (PAIN2)	Sehr	BP2_1	-11.25544	1.48619
	Ziemlich	BP2_2	-8.38063	1.76691
	Mäßig	BP2_3	-6.50522	1.49384
	Ein bisschen	BP2_4	-3.80130	0.90384
1 (GHP1)	Schlecht	GH1_1	-8.37399	-1.71175
	Weniger gut	GH1_2	-5.56461	-0.16891
	Gut	GH1_3	-3.02396	0.03482
	Sehr gut	GH1_4	-1.31872	-0.06064
10 (VITAL2)	Nie	VT2_1	-2.44706	-6.02409
	Selten	VT2_2	-2.02168	-4.88962
	Manchmal	VT2_3	-1.61850	-3.29805
	Ziemlich oft	VT2_4	-1.14387	-1.65178
	Meistens	VT2_5	-0.42251	-0.92057
12 (SOC2)	Immer	SF2_1	-0.33682	-6.29724
	Meistens	SF2_2	-0.94342	-8.26066
	Manchmal	SF2_3	-0.18043	-5.63286
	Selten	SF2_4	0.11038	-3.13896
6 (ROLEM2)	Ja	RE2_1	3.04365	-6.82672
7 (ROLEM3)	Ja	RE3_1	2.32091	-5.69921
9 (MHI3)	Nie	MH3_1	3.46638	-10.19085
	Selten	MH3_2	2.90426	-7.92717
	Manchmal	MH3_3	2.37241	-6.31121
	Ziemlich oft	MH3_4	1.36689	-4.09842
	Meistens	MH3_5	0.66514	-1.94949
11 (MHI4)	Immer	MH4_1	4.61446	-16.15395
	Meistens	MH4_2	3.41593	-10.77911
	Ziemlich oft	MH4_3	2.34247	-8.09914
	Manchmal	MH4_4	1.28044	-4.59055
	Selten	MH4_5	0.41188	-1.95934
	Konstante	-	56.57706	60.75781

Anmerkung: pfi=Physical Function, rolph=Role Physical, rolem=Role Emotional, soc=Social Function, pain=Bodily Pain, vita=Vitality, ghp=General Health, mhi=Mental Health. * Zur Bedeutung der Variablenamen siehe auch Kapitel 4.1.5.

Anhang H: SF-12 Summenskalen nach Erkrankungen

	SF-12 Summenskala	N	AM	SD	25. Perzentil	50. Perzentil (Median)	75. Perzentil	Minimum/Maximum
Angina Pectoris	Körperlich	423	39.50	10.55	32.36	39.79	47.89	10.71/60.06
	Psychisch	423	50.85	10.52	46.00	53.48	58.35	14.05/69.74
Herzinfarkt	Körperlich	147	39.15	11.31	32.98	40.29	47.11	11.79/57.21
	Psychisch	147	52.14	10.57	45.91	55.50	59.67	23.86/69.45
Herzinsuffizienz	Körperlich	277	38.71	10.98	31.31	40.08	47.45	10.71/58.57
	Psychisch	277	50.46	10.24	44.12	52.94	58.28	23.03/70.11
Schlaganfall	Körperlich	87	36.98	11.01	30.70	36.52	44.18	14.22/58.67
	Psychisch	87	50.12	11.15	42.88	53.47	57.96	25.04/66.87
PAVK	Körperlich	394	39.84	11.38	31.70	40.98	49.62	10.61/63.25
	Psychisch	394	50.97	9.78	45.62	52.99	57.92	22.54/70.11
Venenthrombose	Körperlich	266	41.77	10.63	33.12	43.72	50.40	13.02/60.08
	Psychisch	266	50.88	9.87	46.68	53.30	57.92	22.54/66.98
Asthma	Körperlich	439	46.18	10.28	41.01	49.21	53.80	10.71/64.14
	Psychisch	439	50.33	9.88	45.74	53.30	57.83	17.75/66.57
Chronische Bronchitis	Körperlich	532	43.69	10.73	36.76	46.54	51.48	10.71/61.45
	Psychisch	532	48.68	10.58	42.54	52.09	56.29	10.49/66.98
Diabetes (mit Insulintherapie)	Körperlich	119	41.38	11.27	34.75	43.49	50.86	11.79/58.63
	Psychisch	119	50.21	8.59	43.59	52.55	59.97	23.20/66.87
Diabetes (ohne Insulin)	Körperlich	252	40.92	10.59	33.67	41.48	50.40	11.79/59.55
	Psychisch	252	51.07	9.41	46.66	53.99	57.92	18.73/68.16
Krebs	Körperlich	225	44.24	10.59	37.96	47.08	53.07	11.23/60.78
	Psychisch	225	49.34	10.50	42.58	52.56	57.19	18.21/65.12
Arthrose	Körperlich	1845	42.50	10.30	35.55	44.25	50.55	10.61/62.80
	Psychisch	1845	51.28	9.59	46.85	53.81	58.01	8.54/70.11
Entzündliche Gelenkerkr.	Körperlich	695	40.36	10.40	33.02	41.90	48.34	11.23/60.30
	Psychisch	695	50.27	10.19	44.87	52.96	57.92	14.05/67.10
Osteoporose	Körperlich	263	39.03	10.86	30.90	40.34	47.24	11.23/60.08
	Psychisch	263	49.56	10.55	43.59	52.17	57.19	16.60/65.12
Migräne	Körperlich	1142	45.96	9.48	40.66	49.11	53.30	11.79/60.42
	Psychisch	1142	49.03	9.72	43.33	51.71	56.28	10.49/69.74
Psychische Erkrankung	Körperlich	693	44.31	10.53	36.69	46.40	53.07	11.23/64.38
	Psychisch	693	42.96	11.09	34.68	43.77	51.99	8.54/66.87
Essstörung	Körperlich	110	46.86	9.51	38.95	49.93	53.99	22.20/63.25
	Psychisch	110	43.80	10.14	35.37	44.37	52.12	21.83/64.81
Suchterkrankung	Körperlich	121	45.14	10.63	39.10	47.75	53.07	12.09/60.55
	Psychisch	121	46.21	10.63	38.82	48.22	54.86	19.52/66.98

Anhang I: Deskriptive Statistiken

Statistiken

		Geschl. PAT	Paar Nr
N	Gültig	260	261
	Fehlend	2	1

iAlter

Mittelwert	N	Standardabweichung
57,25	260	13,972

Häufigkeitstabelle

Geschl. PAT

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	w	130	49,6	50,0	50,0
	m	130	49,6	50,0	100,0
	Gesamt	260	99,2	100,0	
Fehlend	System	2	,8		
Gesamt		262	100,0		

Statistiken

		i1status	i2status	i3status	i4status
N	Gültig	260	260	260	260
	Fehlend	2	2	2	2

Häufigkeitstabelle

i1status

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausgefüllt	218	83,2	83,8	83,8
	kognit. Problem	1	,4	,4	84,2
	zu schwach	1	,4	,4	84,6
	t1 verpasst	29	11,1	11,2	95,8
	Rückzug	11	4,2	4,2	100,0
	Gesamt	260	99,2	100,0	
Fehlend	System	2	,8		
Gesamt		262	100,0		

i2status

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausgefüllt	190	72,5	73,1	73,1
	zu schwach	3	1,1	1,2	74,2
	verstorben	13	5,0	5,0	79,2
	Rückzug	43	16,4	16,5	95,8
	t1 out	11	4,2	4,2	100,0
	Gesamt	260	99,2	100,0	
Fehlend	System	2	,8		
Gesamt		262	100,0		

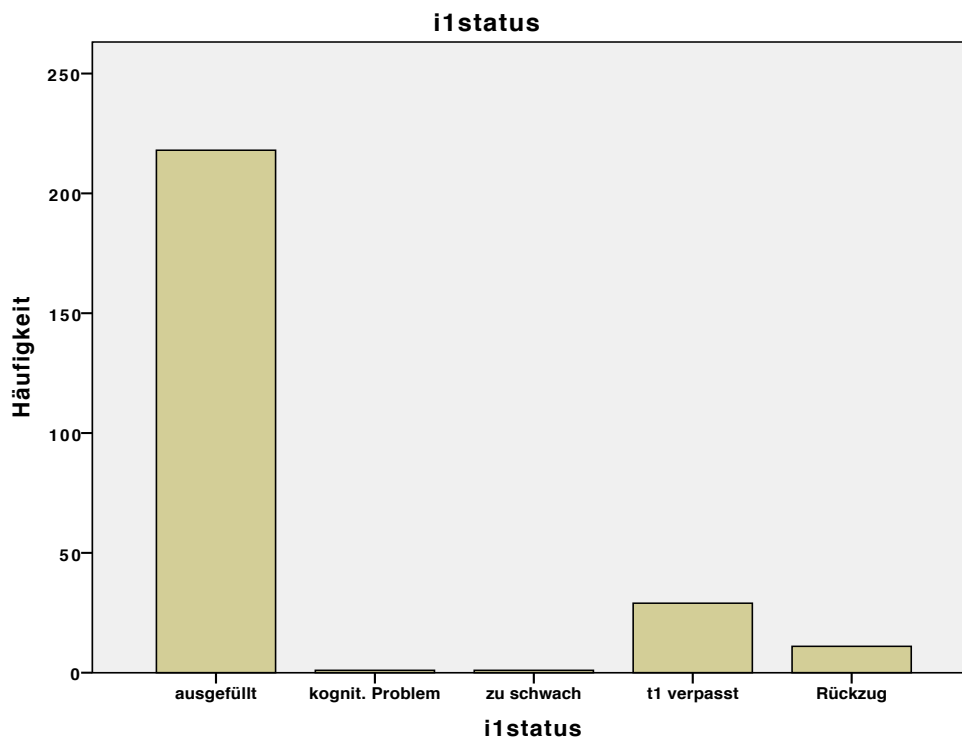
i3status

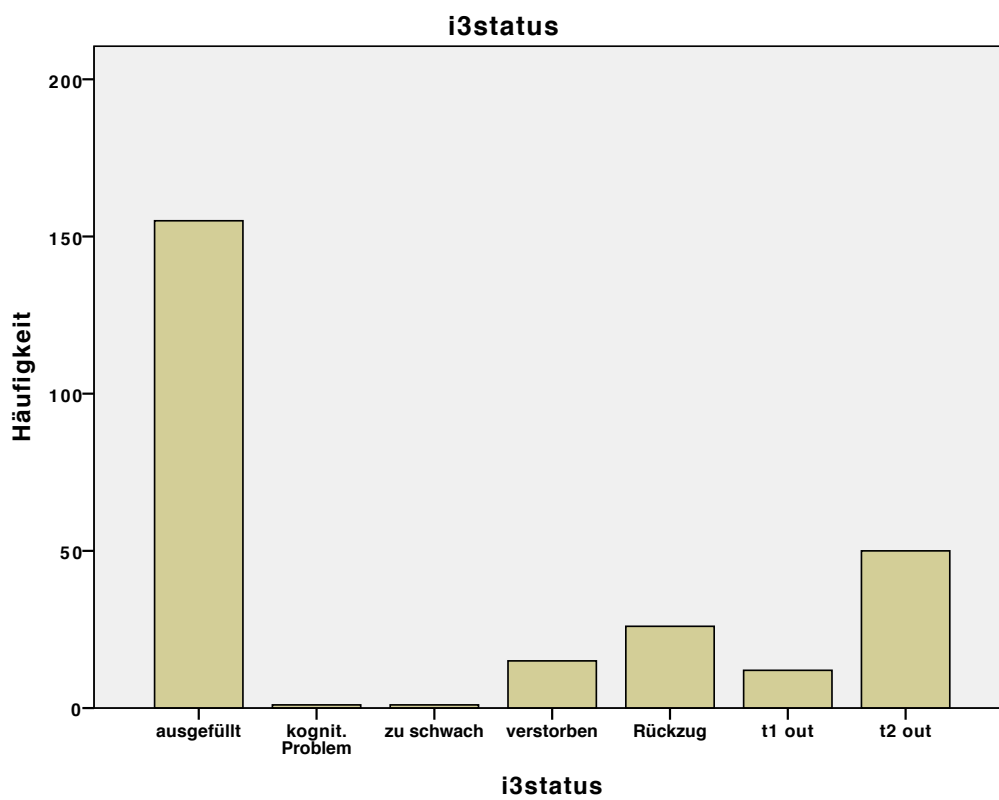
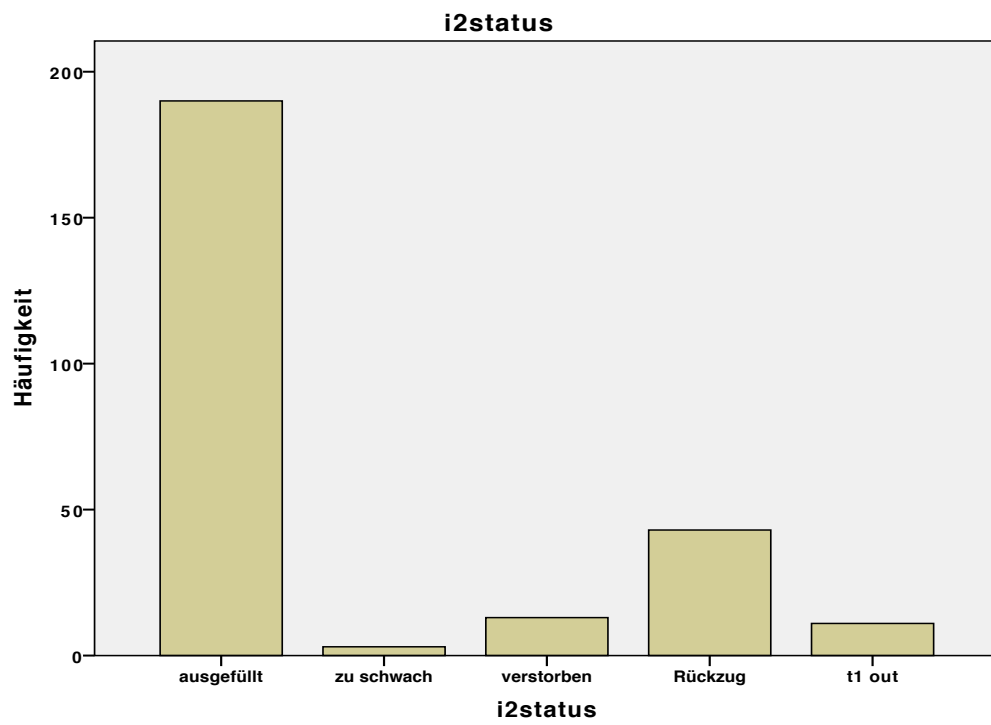
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausgefüllt	155	59,2	59,6	59,6
	kognit. Problem	1	,4	,4	60,0
	zu schwach	1	,4	,4	60,4
	verstorben	15	5,7	5,8	66,2
	Rückzug	26	9,9	10,0	76,2
	t1 out	12	4,6	4,6	80,8
	t2 out	50	19,1	19,2	100,0
	Gesamt	260	99,2	100,0	
Fehlend	System	2	,8		
Gesamt		262	100,0		

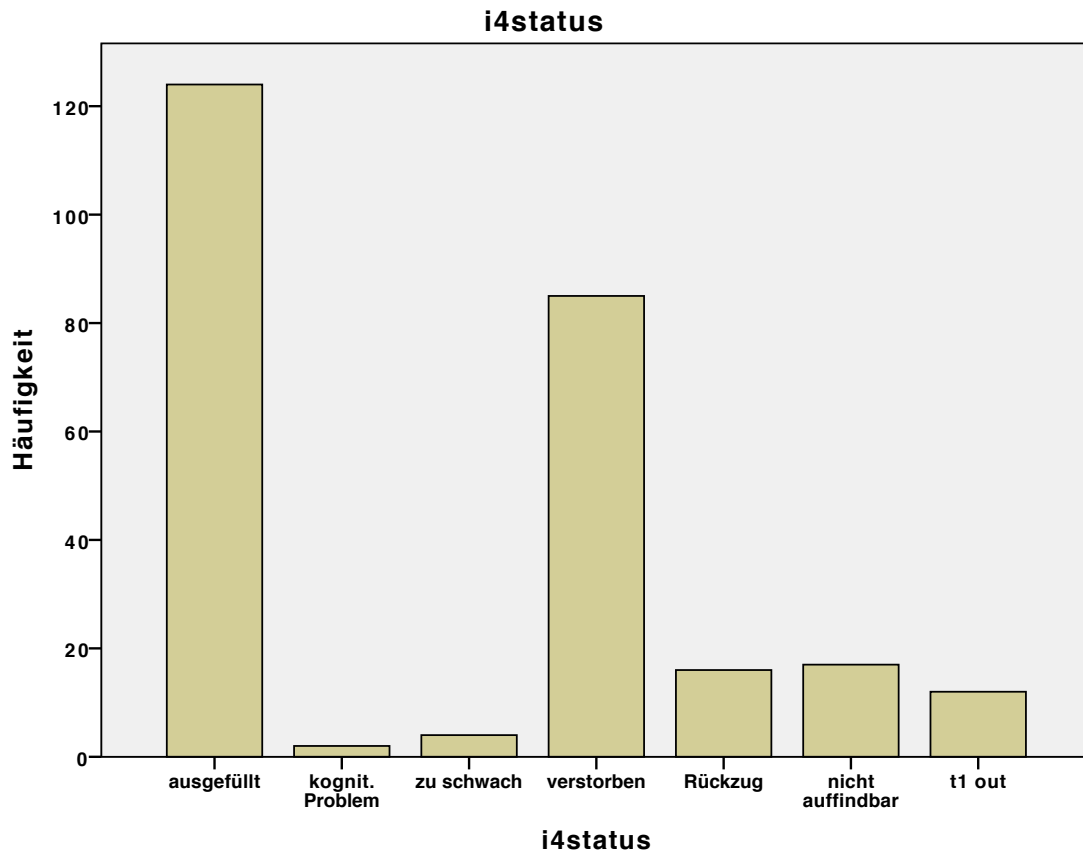
i4status

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausgefüllt	124	47,3	47,7	47,7
	kognit. Problem	2	,8	,8	48,5
	zu schwach	4	1,5	1,5	50,0
	verstorben	85	32,4	32,7	82,7
	Rückzug	16	6,1	6,2	88,8
	nicht auffindbar	17	6,5	6,5	95,4
	t1 out	12	4,6	4,6	100,0
	Gesamt	260	99,2	100,0	
Fehlend	System	2	,8		
Gesamt		262	100,0		

Balkendiagramm

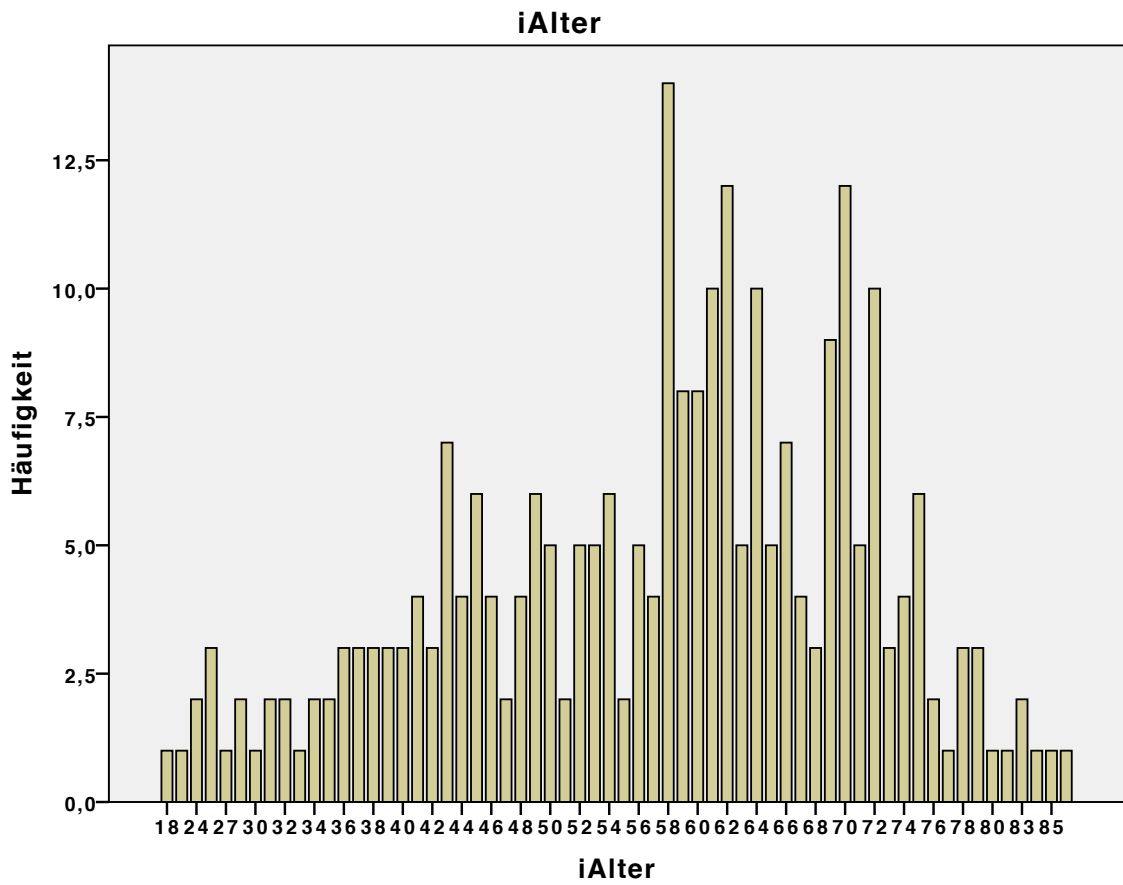
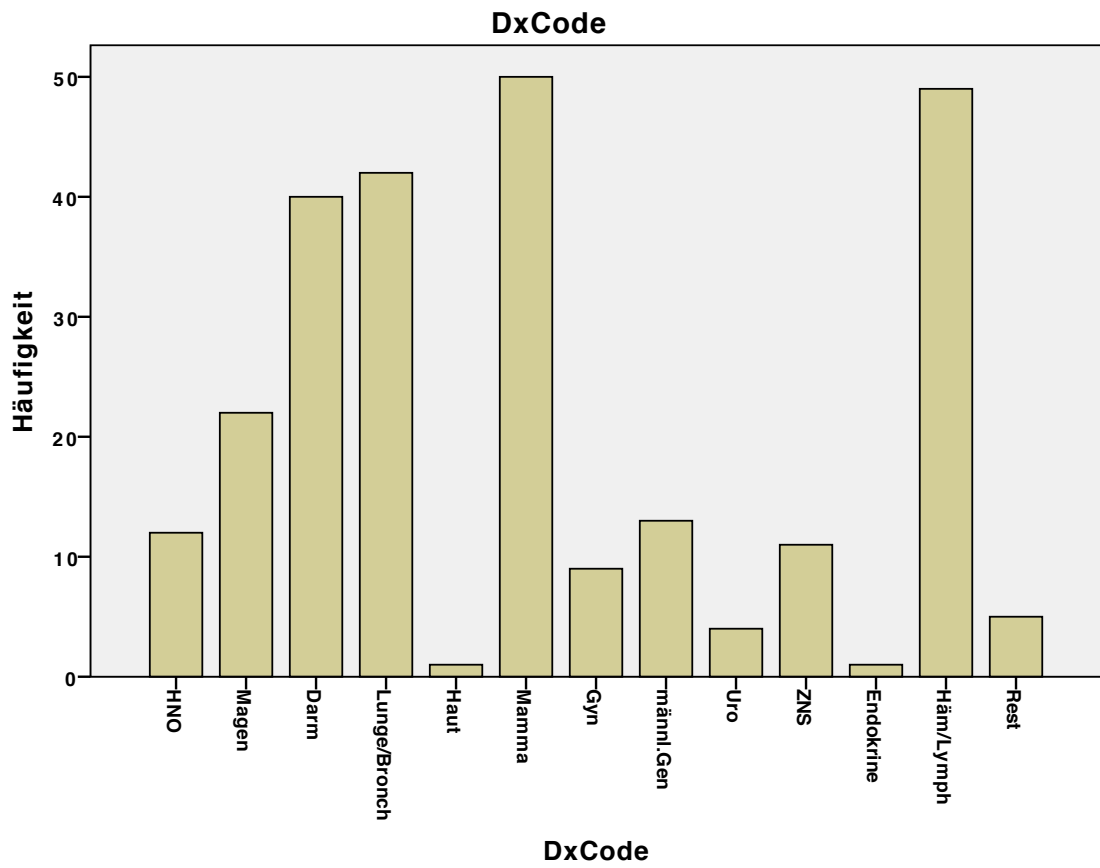






DxCode

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	HNO	12	4,6	4,6	4,6
	Magen	22	8,4	8,5	13,1
	Darm	40	15,3	15,4	28,6
	Lunge/Bronch	42	16,0	16,2	44,8
	Haut	1	,4	,4	45,2
	Mamma	50	19,1	19,3	64,5
	Gyn	9	3,4	3,5	68,0
	männl.Gen	13	5,0	5,0	73,0
	Uro	4	1,5	1,5	74,5
	ZNS	11	4,2	4,2	78,8
	Endokrine	1	,4	,4	79,2
	Häm/Lymph	49	18,7	18,9	98,1
	Rest	5	1,9	1,9	100,0
	Gesamt	259	98,9	100,0	
	Fehlend	System	3	1,1	
Gesamt		262	100,0		



Anhang J: Statistische Auswertungen der Regressionsfunktion

FDCT-N t1 mit SF-12 t1

Modellzusammenfassung^e

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,203 ^a	,041	,018	10,286
2	,312 ^b	,098	,058	10,071
3	,335 ^c	,112	,038	10,181
4	,368 ^d	,136	,025	10,246

ANOVA^e

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	743,600	4	185,900	1,757	,140 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	17350,185	164	105,794		
	Gesamt	18093,785	168			
2	Regression	1764,528	7	252,075	2,485	,019 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	16329,258	161	101,424		
	Gesamt	18093,785	168			
3	Regression	2026,765	13	155,905	1,504	,121 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	16067,020	155	103,658		
	Gesamt	18093,785	168			
4	Regression	2452,339	19	129,070	1,230	,241 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	15641,447	149	104,976		
	Gesamt	18093,785	168			

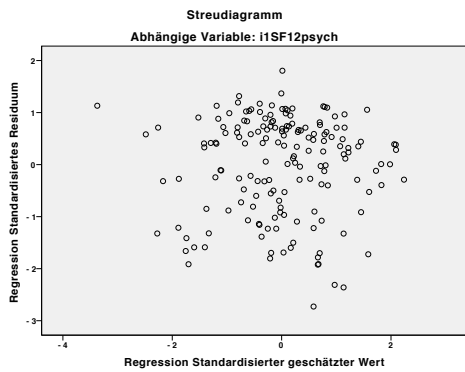
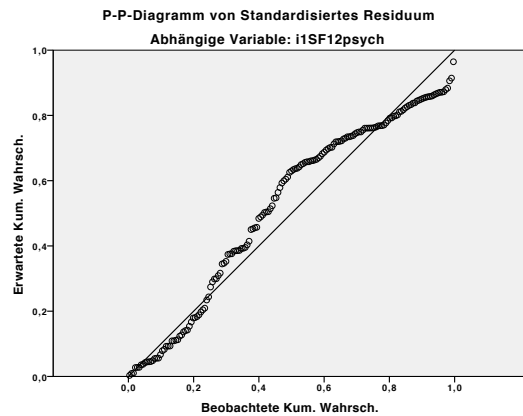
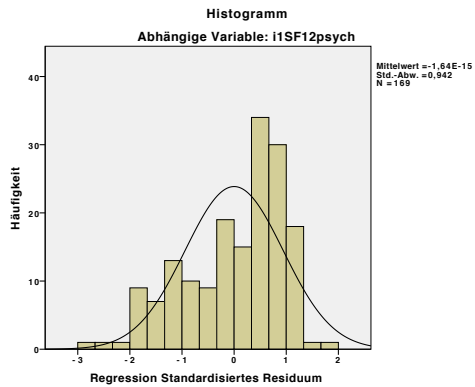
Koeffizienten^a

Modell		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)		9,959	,000		
	i1DC_kommEigEmot	-,234	-2,355	,020	,591	1,692
	i1DC_kommEigSach	,226	2,342	,020	,626	1,598
	i1DC_kommPartEmot	,040	,447	,655	,732	1,366
	i1DC_kommPartSach	,021	,239	,811	,763	1,311
2	(Konstante)		7,882	,000		
	i1DC_kommEigEmot	-,195	-1,978	,050	,574	1,741
	i1DC_kommEigSach	,141	1,411	,160	,560	1,786
	i1DC_kommPartEmot	,048	,544	,587	,724	1,382
	i1DC_kommPartSach	-,054	-,600	,549	,688	1,452
	i1DC_gemSuppEmot	,019	,200	,842	,590	1,696
	i1DC_gemSuppSach	,134	1,410	,160	,619	1,615
i1DC_gemNegVermeid	-,178	-2,224	,028	,872	1,146	
3	(Konstante)		6,699	,000		
	i1DC_kommEigEmot	-,211	-2,048	,042	,541	1,849
	i1DC_kommEigSach	,132	1,230	,220	,499	2,006
	i1DC_kommPartEmot	,035	,383	,702	,686	1,458
	i1DC_kommPartSach	-,086	-,887	,377	,610	1,638
	i1DC_gemSuppEmot	,019	,187	,852	,544	1,839
	i1DC_gemSuppSach	,071	,603	,547	,408	2,448
	i1DC_gemNegVermeid	-,189	-2,208	,029	,784	1,276
	i1DC_eigSuppEmot	,034	,295	,768	,434	2,303
	i1DC_eigSuppSach	,034	,295	,768	,440	2,272
	i1DC_eigSuppDeleg	,090	,935	,351	,624	1,601
	i1DC_partSuppEmot	-,061	-,455	,650	,321	3,114
	i1DC_partSuppSach	,009	,074	,941	,405	2,471
i1DC_partSuppDeleg	,082	,801	,425	,540	1,852	
4	(Konstante)		6,243	,000		

Koeffizienten^a

Modell		Standardisier	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		te Koeffizienten			Toleranz	VIF
	Beta					
4	i1DC_kommEigEmot	-,221	-2,114	,036	,532	1,880
	i1DC_kommEigSach	,106	,958	,340	,472	2,120
	i1DC_kommPartEmot	,047	,490	,625	,638	1,567
	i1DC_kommPartSach	-,087	-,875	,383	,585	1,708
	i1DC_gemSuppEmot	,050	,473	,637	,513	1,947
	i1DC_gemSuppSach	,074	,609	,544	,394	2,541
	i1DC_gemNegVermeid	-,176	-1,645	,102	,508	1,969
	i1DC_eigSuppEmot	,005	,045	,964	,394	2,536
	i1DC_eigSuppSach	,048	,402	,689	,414	2,416
	i1DC_eigSuppDeleg	,072	,726	,469	,586	1,707
	i1DC_partSuppEmot	-,077	-,533	,595	,278	3,596
	i1DC_partSuppSach	,025	,203	,839	,396	2,524
	i1DC_partSuppDeleg	,101	,960	,339	,527	1,897
	i1DC_eigNegHost	-,032	-,317	,751	,573	1,746
	i1DC_eigNegAmbi	-,029	-,308	,759	,632	1,581
	i1DC_eigNegRück	,061	,610	,543	,588	1,701
	i1DC_partNegHost	-,211	-1,775	,078	,412	2,430
	i1DC_partNegAmbi	,152	1,176	,241	,349	2,864
	i1DC_partNegRück	-,013	-,122	,903	,516	1,937

a. Abhängige Variable: i1SF12psych



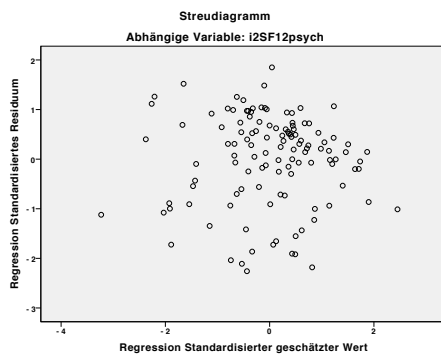
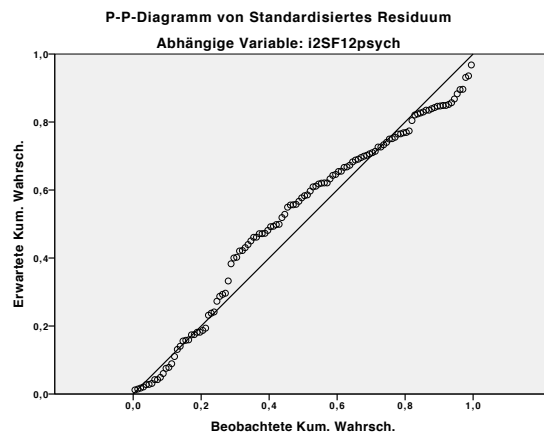
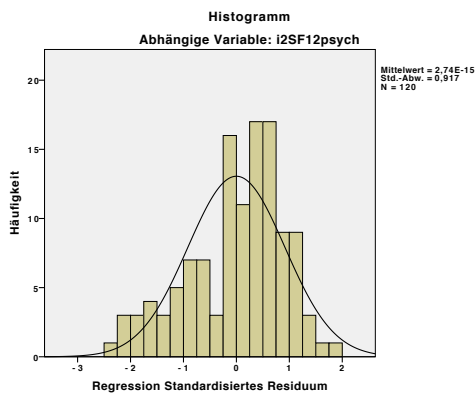
FDCT-N t1 mit SF-12 t2

Modellzusammenfassung^e

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,156 ^a	,024	-,010	9,944
2	,184 ^b	,034	-,027	10,027
3	,324 ^c	,105	-,005	9,919
4	,439 ^d	,193	,039	9,700

ANOVA^e

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	282,051	4	70,513	,713	,585 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	11371,520	115	98,883		
	Gesamt	11653,571	119			
2	Regression	392,484	7	56,069	,558	,789 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	11261,088	112	100,545		
	Gesamt	11653,571	119			
3	Regression	1223,975	13	94,152	,957	,498 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	10429,596	106	98,392		
	Gesamt	11653,571	119			
4	Regression	2244,787	19	118,147	1,256	,231 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	9408,784	100	94,088		
	Gesamt	11653,571	119			



FDCT-N t1 mit SF-12 t3

Modellzusammenfassung^e

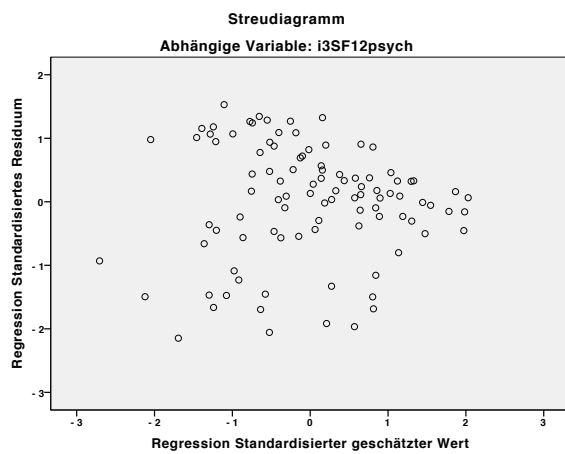
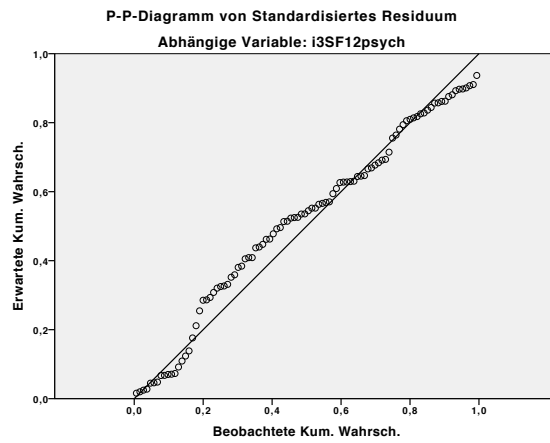
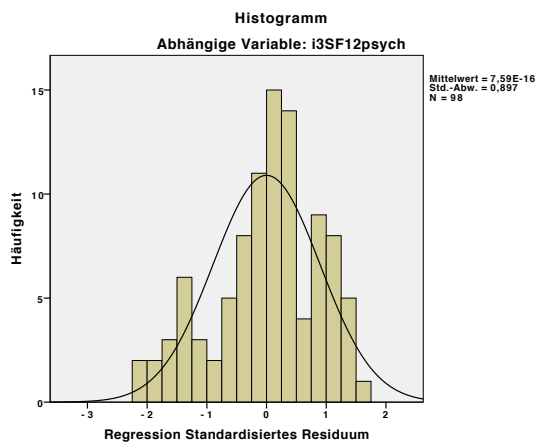
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,328 ^a	,108	,069	9,778
2	,355 ^b	,126	,058	9,837
3	,413 ^c	,170	,042	9,921
4	,443 ^d	,196	,000	10,135

ANOVA^e

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	1071,829	4	267,957	2,802	,030 ^a
Nicht standardisierte Residuen	8892,188	93	95,615		
Gesamt	9964,017	97			
2 Regression	1254,946	7	179,278	1,853	,087 ^b
Nicht standardisierte Residuen	8709,071	90	96,767		
Gesamt	9964,017	97			
3 Regression	1695,477	13	130,421	1,325	,215 ^c
Nicht standardisierte Residuen	8268,541	84	98,435		
Gesamt	9964,017	97			
4 Regression	1952,035	19	102,739	1,000	,470 ^d
Nicht standardisierte Residuen	8011,983	78	102,718		
Gesamt	9964,017	97			

Koeffizienten^a

Modell	Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
				Beta	Toleranz
1 (Konstante)		6,909	,000		
i1DC_kommEigEmot	-,295	-2,385	,019	,628	1,592
i1DC_kommEigSach	,347	2,890	,005	,667	1,498
i1DC_kommPartEmot	,226	1,969	,052	,729	1,371
i1DC_kommPartSach	-,113	-1,010	,315	,773	1,294
2 (Konstante)		5,094	,000		
i1DC_kommEigEmot	-,298	-2,383	,019	,619	1,615
i1DC_kommEigSach	,336	2,624	,010	,594	1,684
i1DC_kommPartEmot	,214	1,831	,070	,713	1,403
i1DC_kommPartSach	-,140	-1,210	,230	,722	1,386
i1DC_gemSuppEmot	,142	1,134	,260	,617	1,621
i1DC_gemSuppSach	-,074	-,571	,569	,581	1,721
i1DC_gemNegVermeid	-,060	-,542	,589	,800	1,250
3 (Konstante)		4,632	,000		
i1DC_kommEigEmot	-,337	-2,548	,013	,565	1,770
i1DC_kommEigSach	,286	2,016	,047	,491	2,035
i1DC_kommPartEmot	,204	1,673	,098	,665	1,505
i1DC_kommPartSach	-,112	-,891	,376	,628	1,593
i1DC_gemSuppEmot	,151	1,135	,260	,560	1,787
i1DC_gemSuppSach	-,164	-1,037	,303	,395	2,534
i1DC_gemNegVermeid	-,035	-,298	,766	,727	1,376
i1DC_eigSuppEmot	,102	,736	,464	,513	1,951
i1DC_eigSuppSach	,098	,610	,543	,386	2,589
i1DC_eigSuppDeleg	-,163	-1,203	,232	,536	1,866
i1DC_partSuppEmot	-,118	-,703	,484	,353	2,835
i1DC_partSuppSach	,117	,660	,511	,316	3,161
i1DC_partSuppDeleg	,125	,910	,366	,523	1,913
4 (Konstante)		3,892	,000		



FDCT-N t2 mit SF-12 t2

Modellzusammenfassung^e

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,232 ^a	,054	,026	10,153
2	,382 ^b	,146	,079	9,871
3	,419 ^c	,175	,067	9,934
4	,495 ^d	,245	,125	9,625

ANOVA^e

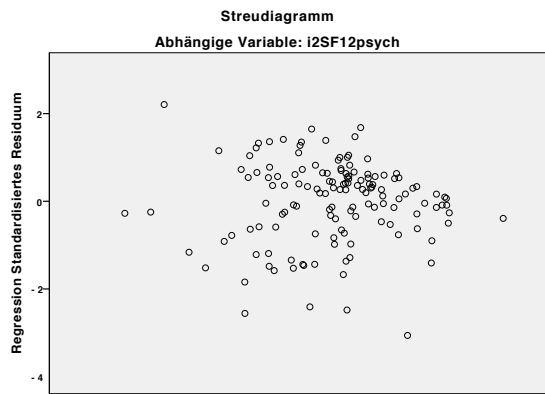
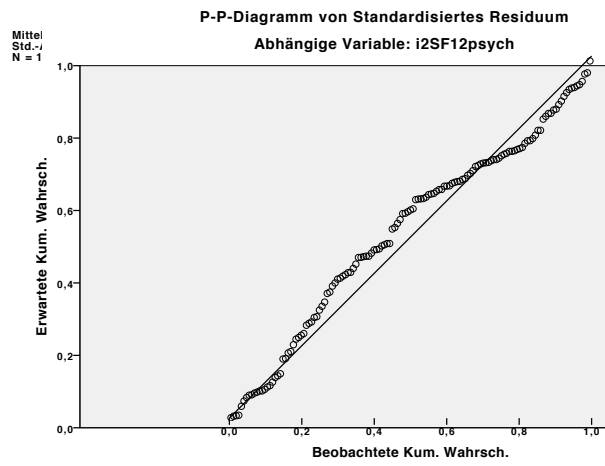
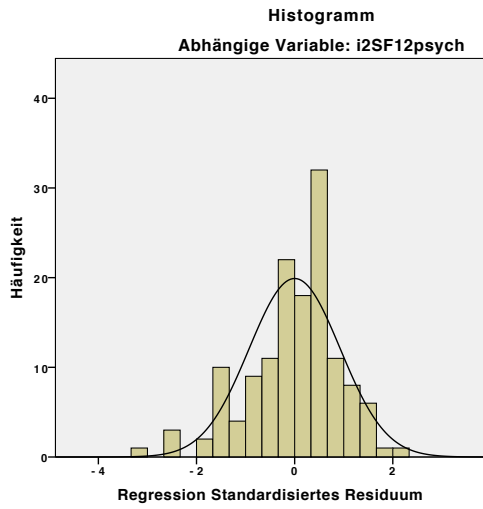
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	788,202	4	197,051	1,912	,112 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	13813,035	134	103,082		
	Gesamt	14601,237	138			
2	Regression	2129,525	10	212,952	2,186	,023 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	12471,712	128	97,435		
	Gesamt	14601,237	138			
3	Regression	2560,881	16	160,055	1,622	,073 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	12040,356	122	98,691		
	Gesamt	14601,237	138			
4	Regression	3577,982	19	188,315	2,033	,011 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	11023,255	119	92,632		
	Gesamt	14601,237	138			

Koeffizienten^a

Modell	Standardisier te Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
				Beta	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	11,476	,000			
	i2DC_kommEigEmot	-,299	-,2708	,008	,577	1,732
	i2DC_kommEigSach	,159	1,446	,151	,586	1,707
	i2DC_kommPartEmot	,067	,676	,500	,721	1,387
	i2DC_kommPartSach	-,029	-,291	,771	,733	1,364
2	(Konstante)	7,378	,000			
	i2DC_kommEigEmot	-,310	-,2849	,005	,565	1,771
	i2DC_kommEigSach	,100	,753	,453	,380	2,631
	i2DC_kommPartEmot	,033	,335	,738	,671	1,491
	i2DC_kommPartSach	-,038	-,370	,712	,618	1,617
	i2DC_eigSuppEmot	,370	3,301	,001	,532	1,881
	i2DC_eigSuppSach	-,051	-,442	,659	,500	1,998
	i2DC_eigSuppDeleg	-,058	-,564	,574	,635	1,574
	i2DC_partSuppEmot	-,074	-,512	,609	,317	3,153
	i2DC_partSuppSach	,069	,455	,650	,287	3,481
	i2DC_partSuppDeleg	-,053	-,471	,639	,518	1,929
3	(Konstante)	6,456	,000			
	i2DC_kommEigEmot	-,288	-,2574	,011	,540	1,852
	i2DC_kommEigSach	,079	,578	,564	,363	2,758
	i2DC_kommPartEmot	,029	,279	,780	,624	1,603
	i2DC_kommPartSach	-,033	-,313	,755	,604	1,656
	i2DC_eigSuppEmot	,340	2,825	,006	,468	2,138
	i2DC_eigSuppSach	-,037	-,308	,759	,475	2,105
	i2DC_eigSuppDeleg	-,023	-,215	,830	,612	1,635
	i2DC_partSuppEmot	-,111	-,694	,489	,265	3,774
	i2DC_partSuppSach	,078	,490	,625	,267	3,745
	i2DC_partSuppDeleg	-,055	-,464	,644	,472	2,119
	i2DC_eigNegHost	-,117	-,158	,249	,659	1,517
	i2DC_eigNegAmbi	,052	,491	,624	,610	1,640
	i2DC_eigNegRück	,028	,240	,811	,490	2,042
	i2DC_partNegHost	-,100	-,1032	,304	,726	1,378
	i2DC_partNegAmbi	,050	,456	,649	,566	1,768
	i2DC_partNegRück	-,101	-,1036	,302	,712	1,404
4	(Konstante)	5,596	,000			

Koeffizienten^a

Modell	Standardisier te Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
				Beta	Toleranz	VIF
4	i2DC_kommEigEmot	-,257	-,2341	,021	,526	1,901
	i2DC_kommEigSach	,052	,380	,705	,340	2,938
	i2DC_kommPartEmot	,044	,438	,662	,617	1,619
	i2DC_kommPartSach	-,061	-,575	,567	,565	1,771
	i2DC_eigSuppEmot	,284	2,407	,018	,456	2,194
	i2DC_eigSuppSach	-,131	-,1101	,273	,446	2,242
	i2DC_eigSuppDeleg	-,021	-,203	,839	,608	1,644
	i2DC_partSuppEmot	-,188	-,1200	,233	,258	3,869
	i2DC_partSuppSach	-,009	-,056	,956	,259	3,855
	i2DC_partSuppDeleg	-,079	-,676	,500	,470	2,129
	i2DC_eigNegHost	-,158	-,1578	,117	,635	1,574
	i2DC_eigNegAmbi	,052	,505	,615	,593	1,686
	i2DC_eigNegRück	,076	,617	,538	,422	2,372
	i2DC_partNegHost	-,079	-,842	,402	,720	1,389
	i2DC_partNegAmbi	,056	,518	,606	,544	1,837
	i2DC_partNegRück	-,035	-,361	,718	,677	1,477
	i2DC_gemSuppEmot	,236	2,129	,035	,517	1,935
	i2DC_gemSuppSach	,211	1,718	,088	,420	2,382
	i2DC_gemNegVermeid	-,025	-,224	,823	,513	1,950



FDCT-N t2 mit SF-12 t3

Modellzusammenfassung^e

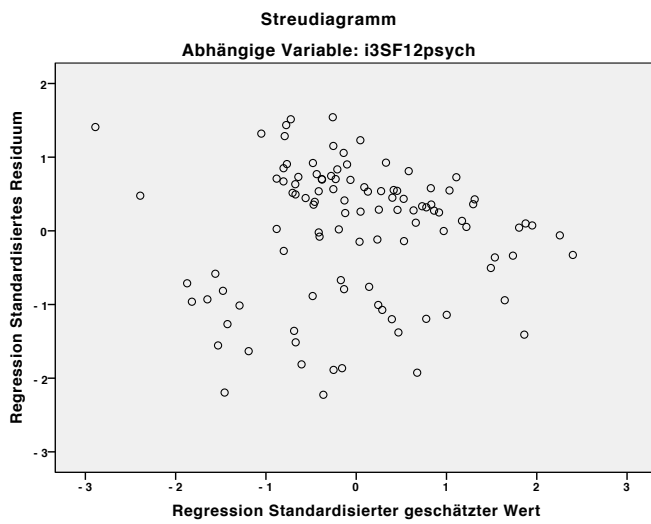
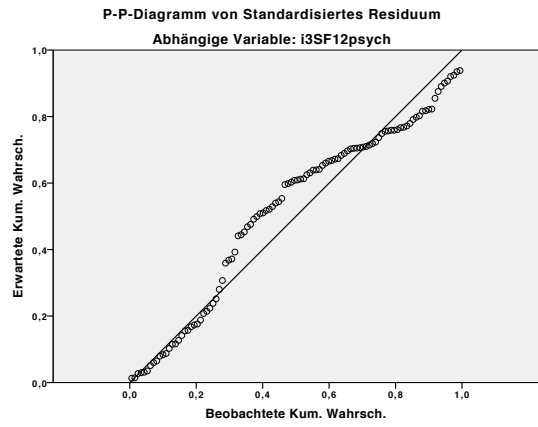
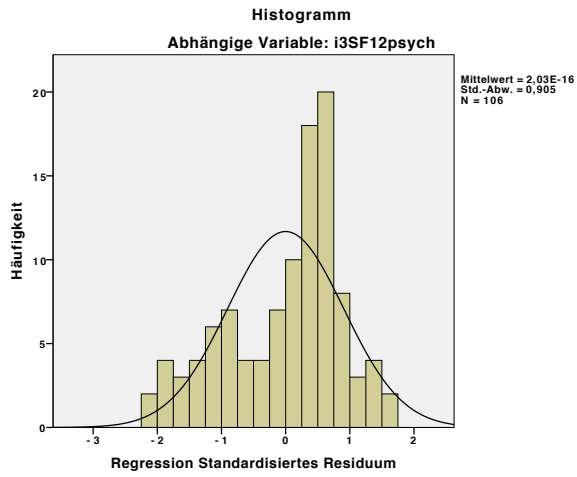
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,332 ^a	,110	,075	9,886
2	,394 ^b	,155	,067	9,932
3	,425 ^c	,181	,034	10,107
4	,445 ^d	,198	,021	10,170

ANOVA^e

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	1226,071	4	306,518	3,136	,018 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	9871,085	101	97,734		
	Gesamt	11097,156	105			
2	Regression	1725,070	10	172,507	1,749	,081 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	9372,085	95	98,654		
	Gesamt	11097,156	105			
3	Regression	2006,175	16	125,386	1,228	,264 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	9090,981	89	102,146		
	Gesamt	11097,156	105			
4	Regression	2201,951	19	115,892	1,120	,346 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	8895,205	86	103,433		
	Gesamt	11097,156	105			

Koeffizienten^a

Modell	Standardisier te Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
	Beta			Toleranz	VIF	
1	(Konstante)	10,396	,000			
	i2DC_kommEigEmot	-,363	-,2,880	,005	,553	1,808
	i2DC_kommEigSach	,105	,831	,408	,551	1,813
	i2DC_kommPartEmot	,082	,744	,458	,728	1,374
	i2DC_kommPartSach	,102	,932	,353	,734	1,362
2	(Konstante)	7,043	,000			
	i2DC_kommEigEmot	-,375	-,2,900	,005	,533	1,876
	i2DC_kommEigSach	,174	1,079	,283	,342	2,921
	i2DC_kommPartEmot	,040	,348	,728	,665	1,504
	i2DC_kommPartSach	,066	,550	,583	,626	1,597
	i2DC_eigSuppEmot	,107	,862	,391	,578	1,731
	i2DC_eigSuppSach	,040	,311	,757	,544	1,837
	i2DC_eigSuppDeleg	,070	,616	,539	,685	1,460
	i2DC_partSuppEmot	-,127	-,792	,430	,349	2,869
	i2DC_partSuppSach	,095	,557	,579	,306	3,263
	i2DC_partSuppDeleg	-,166	-,1,330	,187	,573	1,745
3	(Konstante)	5,641	,000			
	i2DC_kommEigEmot	-,366	-,2,682	,009	,494	2,026
	i2DC_kommEigSach	,109	,639	,524	,319	3,136
	i2DC_kommPartEmot	-,005	-,040	,968	,589	1,699
	i2DC_kommPartSach	,088	,708	,481	,601	1,663
	i2DC_eigSuppEmot	,142	1,020	,311	,472	2,118
	i2DC_eigSuppSach	-,008	-,062	,951	,492	2,031
	i2DC_eigSuppDeleg	,077	,650	,517	,656	1,525
	i2DC_partSuppEmot	-,044	-,247	,805	,285	3,505
	i2DC_partSuppSach	,077	,424	,673	,276	3,617
	i2DC_partSuppDeleg	-,180	-,1,349	,181	,518	1,931
	i2DC_eigNegHost	,041	,342	,733	,645	1,550
	i2DC_eigNegAmbi	-,114	-,893	,374	,563	1,777
	i2DC_eigNegRück	,105	,714	,477	,425	2,350
	i2DC_partNegHost	-,049	-,450	,654	,769	1,300
	i2DC_partNegAmbi	,151	1,214	,228	,598	1,673
	i2DC_partNegRück	-,120	-,995	,323	,629	1,589
4	(Konstante)		5,427	,000		



FDCT-N t3 mit SF-12 t3

Modellzusammenfassung^e

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,318 ^a	,101	,066	9,777
2	,449 ^b	,202	,120	9,490
3	,526 ^c	,277	,151	9,323
4	,565 ^d	,319	,174	9,197

ANOVA^e

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	1114,671	4	278,668	2,915	,025 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	9941,395	104	95,590		
	Gesamt	11056,066	108			
2	Regression	2230,110	10	223,011	2,476	,011 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	8825,957	98	90,061		
	Gesamt	11056,066	108			
3	Regression	3059,571	16	191,223	2,200	,010 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	7996,495	92	86,918		
	Gesamt	11056,066	108			
4	Regression	3527,788	19	185,673	2,195	,007 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	7528,279	89	84,587		
	Gesamt	11056,066	108			

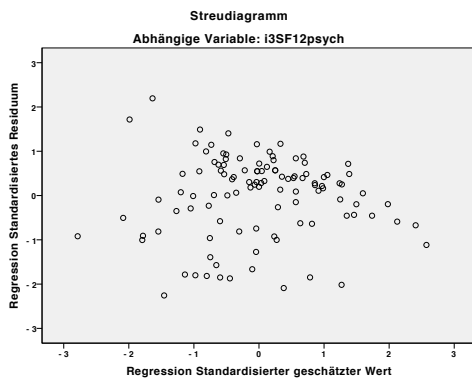
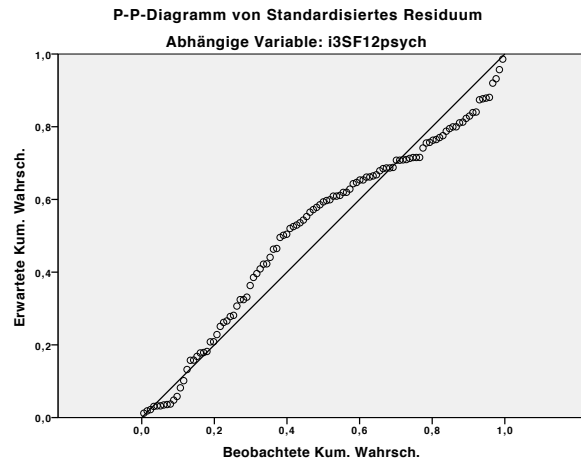
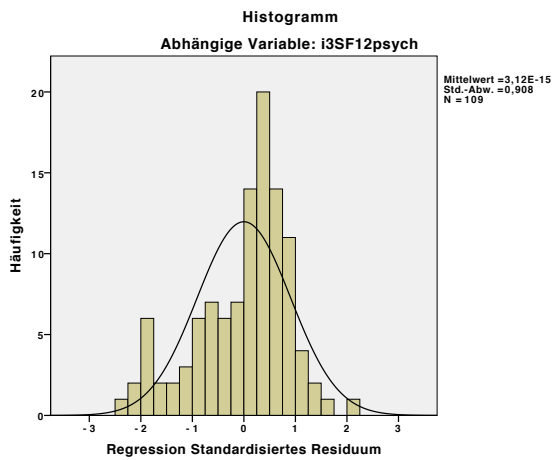
Koeffizienten^a

Modell		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)		10,322	,000		
	i3DC_kommEigEmot	-,296	-2,319	,022	,530	1,886
	i3DC_kommEigSach	-,054	-,450	,654	,604	1,657
	i3DC_kommPartEmot	,127	1,140	,257	,701	1,426
	i3DC_kommPartSach	,058	,568	,571	,836	1,196
2	(Konstante)		7,880	,000		
	i3DC_kommEigEmot	-,273	-2,166	,033	,511	1,957
	i3DC_kommEigSach	-,126	-,975	,332	,488	2,050
	i3DC_kommPartEmot	-,011	-,091	,928	,604	1,655
	i3DC_kommPartSach	,044	,386	,701	,621	1,609
	i3DC_eigSuppEmot	,146	1,055	,294	,424	2,357
	i3DC_eigSuppSach	,272	2,076	,040	,476	2,099
	i3DC_eigSuppDeleg	,044	,407	,685	,702	1,424
	i3DC_partSuppEmot	-,030	-,216	,829	,426	2,347
	i3DC_partSuppSach	-,173	-1,229	,222	,412	2,425
	i3DC_partSuppDeleg	,045	,413	,680	,701	1,426
3	(Konstante)		7,042	,000		
	i3DC_kommEigEmot	-,250	-1,959	,053	,484	2,064
	i3DC_kommEigSach	-,077	-,577	,565	,444	2,250
	i3DC_kommPartEmot	,044	,359	,720	,532	1,881
	i3DC_kommPartSach	,043	,362	,718	,569	1,758
	i3DC_eigSuppEmot	,149	1,053	,295	,394	2,537
	i3DC_eigSuppSach	,252	1,942	,055	,468	2,138
	i3DC_eigSuppDeleg	,065	,574	,567	,623	1,606
	i3DC_partSuppEmot	-,153	-1,039	,302	,364	2,750
	i3DC_partSuppSach	-,216	-1,531	,129	,395	2,531
	i3DC_partSuppDeleg	,034	,313	,755	,677	1,477
	i3DC_eigNegHost	-,008	-,070	,944	,587	1,704
	i3DC_eigNegAmbi	,166	1,516	,133	,659	1,518
	i3DC_eigNegRück	-,100	-,928	,356	,678	1,475
	i3DC_partNegHost	-,199	-1,848	,068	,676	1,478
i3DC_partNegAmbi	-,041	-,330	,742	,512	1,955	
i3DC_partNegRück	-,096	-,796	,428	,537	1,863	
4	(Konstante)		7,168	,000		

Koeffizienten^a

Modell	Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
				Beta	T	Toleranz
4	i3DC_kommEigEmot	-,292	-2,247	,027	,454	2,204
	i3DC_kommEigSach	-,060	-,454	,651	,435	2,297
	i3DC_kommPartEmot	,109	,873	,385	,493	2,026
	i3DC_kommPartSach	,031	,269	,788	,560	1,786
	i3DC_eigSuppEmot	,086	,599	,551	,369	2,710
	i3DC_eigSuppSach	,274	2,044	,044	,427	2,345
	i3DC_eigSuppDeleg	,029	,249	,804	,583	1,717
	i3DC_partSuppEmot	-,209	-1,398	,165	,344	2,911
	i3DC_partSuppSach	-,171	-1,140	,257	,339	2,946
	i3DC_partSuppDeleg	,023	,213	,832	,655	1,526
	i3DC_eigNegHost	-,067	-,574	,567	,555	1,801
	i3DC_eigNegAmbi	,166	1,493	,139	,620	1,613
	i3DC_eigNegRück	-,008	-,072	,943	,583	1,716
	i3DC_partNegHost	-,178	-1,636	,105	,648	1,542
	i3DC_partNegAmbi	,018	,137	,891	,449	2,229
	i3DC_partNegRück	-,039	-,316	,753	,513	1,951
	i3DC_gemSuppEmot	,233	1,744	,085	,428	2,335
	i3DC_gemSuppSach	-,115	-,833	,407	,401	2,493
	i3DC_gemNegVermeid	-,167	-1,359	,178	,508	1,968

a. Abhängige Variable: i3SF12psych



FDCT-N t1 mit SF-12 t1_Geschlecht

Regression

Aufgenommene/Entfernte Variablen^b

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	i1DC_gemNegVermeid, Geschl. PAT	.	Einschluß

a. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

b. Abhängige Variable: i1SF12psych

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,229 ^a	,052	,041	10,348	2,029

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1DC_gemNegVermeid, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i1SF12psych

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	1013,572	2	506,786	4,733	,010 ^a
Nicht standardisierte Residuen	18310,541	171	107,079		
Gesamt	19324,113	173			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1DC_gemNegVermeid, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i1SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler
1	(Konstante)	51,259	3,306
	Geschl. PAT	1,521	1,599
	i1DC_gemNegVermeid	-2,162	,763

Koeffizienten^a

Modell		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)		15,505	,000		
	Geschl. PAT	,071	,952	,343	,993	1,008
	i1DC_gemNegVermeid	-,212	-2,832	,005	,993	1,008

a. Abhängige Variable: i1SF12psych

FDCT-N t1 mit SF-12 t3_Geschlecht

Regression

Aufgenommene/Entfernte Variablen^b

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	i1DC_kommEigSach, Geschl. PAT, i1DC_kommEigEmot	.	Einschluß

a. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,269 ^a	,072	,044	9,931	1,927

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1DC_kommEigSach, Geschl. PAT, i1DC_kommEigEmot

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	751,009	3	250,336	2,538	,061 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	9664,802	98	98,620		
	Gesamt	10415,811	101			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1DC_kommEigSach, Geschl. PAT, i1DC_kommEigEmot

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler
1	(Konstante)	45,899	6,851
	Geschl. PAT	-,479	2,077
	i1DC_kommEigEmot	-3,079	1,390
	i1DC_kommEigSach	4,393	1,698

Koeffizienten^a

Modell		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)		6,700	,000		
	Geschl. PAT	-,024	-,231	,818	,909	1,100
	i1DC_kommEigEmot	-,270	-2,216	,029	,639	1,566
	i1DC_kommEigSach	,307	2,588	,011	,675	1,482

a. Abhängige Variable: i3SF12psych

FDCT-N t2 mit SF-12 t2_Geschlecht

Regression

Aufgenommene/Entfernte Variablen^b

Modell	Aufgenommene Variable n	Entfernte Variablen	Methode
1	i2DC_gemSuppEmot, Geschl. PAT, i2DC_kommEigEmot, i2DC_eigSuppEmot	.	Einschluß

a. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

b. Abhängige Variable: i2SF12psych

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,400 ^a	,160	,136	9,503	2,039

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2DC_gemSuppEmot, Geschl. PAT, i2DC_kommEigEmot, i2DC_eigSuppEmot

b. Abhängige Variable: i2SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	2358,853	4	589,713	6,530	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	12372,358	137	90,309		
	Gesamt	14731,210	141			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2DC_gemSuppEmot, Geschl. PAT, i2DC_kommEigEmot, i2DC_eigSuppEmot

b. Abhängige Variable: i2SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler
1	(Konstante)	45,220	6,327
	Geschl. PAT	-1,866	1,814
	i2DC_kommEigEmot	-3,469	,999
	i2DC_eigSuppEmot	2,668	1,351
	i2DC_gemSuppEmot	2,871	1,154

Koeffizienten^a

Modell		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)		7,148	,000		
	Geschl. PAT	-,091	-1,028	,306	,781	1,281
	i2DC_kommEigEmot	-,302	-3,474	,001	,814	1,229
	i2DC_eigSuppEmot	,184	1,975	,050	,709	1,411
	i2DC_gemSuppEmot	,231	2,488	,014	,714	1,401

a. Abhängige Variable: i2SF12psych

FDCT-N t2 mit SF-12 t3_Geschlecht

Regression

Aufgenommene/Entfernte Variablen^b

Modell	Aufgenommene Variable n	Entfernte Variablen	Methode
1	i2DC_kommEigEmot, Geschl. PAT	.	Einschluß

a. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,292 ^a	,085	,068	9,834	1,776

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2DC_kommEigEmot, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	952,892	2	476,446	4,927	,009 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	10250,859	106	96,706		
	Gesamt	11203,751	108			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2DC_kommEigEmot, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler
1	(Konstante)	65,658	5,853
	Geschl. PAT	-2,284	2,108
	i2DC_kommEigEmot	-3,842	1,232

Koeffizienten^a

Modell		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)		11,219	,000		
	Geschl. PAT	-,113	-1,084	,281	,799	1,251
	i2DC_kommEigEmot	-,324	-3,119	,002	,799	1,251

a. Abhängige Variable: i3SF12psych

FDCT-N t3 mit SF-12 t3_Geschlecht

Regression

Aufgenommene/Entfernte Variablen^b

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	i3DC_eigSuppSach, Geschl. PAT, i3DC_kommEigEmot	.	Einschluß

a. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,409 ^a	,167	,144	9,338	1,848

a. Einflußvariablen : (Konstante), i3DC_eigSuppSach, Geschl. PAT, i3DC_kommEigEmot

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	1857,484	3	619,161	7,101	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	9242,526	106	87,194		
	Gesamt	11100,010	109			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i3DC_eigSuppSach, Geschl. PAT, i3DC_kommEigEmot

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten	
		Regressionskoeffizient	Standardfehler
1	(Konstante)	50,537	5,511
	Geschl. PAT	-,594	1,856
	i3DC_kommEigEmot	-3,959	1,018
	i3DC_eigSuppSach	3,780	1,128

Koeffizienten^a

Modell		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)		9,170	,000		
	Geschl. PAT	-,030	-,320	,749	,921	1,086
	i3DC_kommEigEmot	-,372	-3,888	,000	,858	1,165
	i3DC_eigSuppSach	,309	3,352	,001	,926	1,080

a. Abhängige Variable: i3SF12psych

RAS t1 mit SF-12 t1

Regression

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,234 ^a	,055	,049	10,259

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS

b. Abhängige Variable: i1SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	1059,883	1	1059,883	10,069	,002 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	18314,698	174	105,257		
	Gesamt	19374,581	175			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS

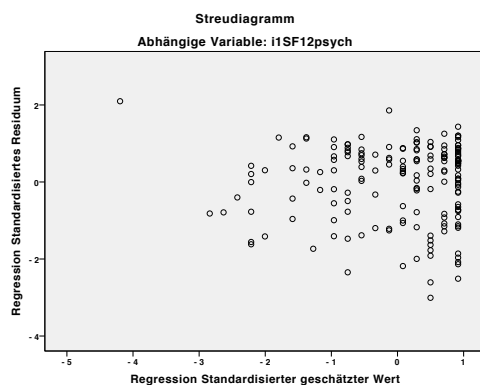
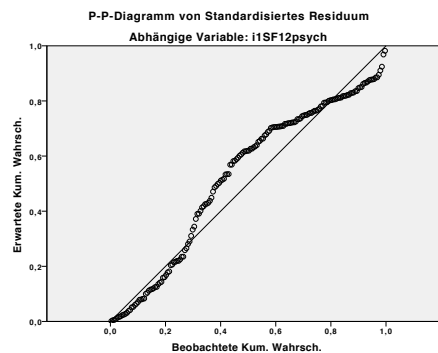
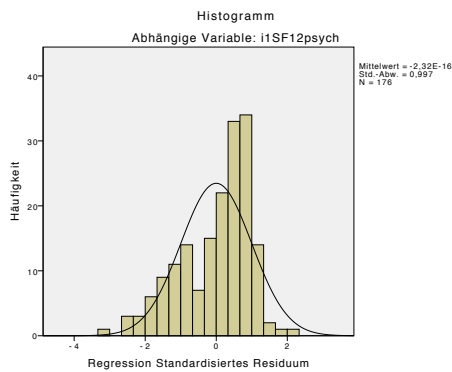
b. Abhängige Variable: i1SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	32,968	5,013		6,576	,000		
	i1RAS	3,595	1,133	,234	3,173	,002	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i1SF12psych

Diagramme



RAS t1 mit SF-12 t2

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,277 ^a	,077	,069	9,483

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS

b. Abhängige Variable: i2SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	928,715	1	928,715	10,328	,002 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	11150,668	124	89,925		
	Gesamt	12079,383	125			

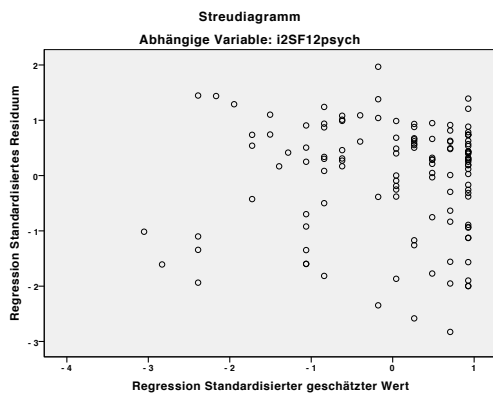
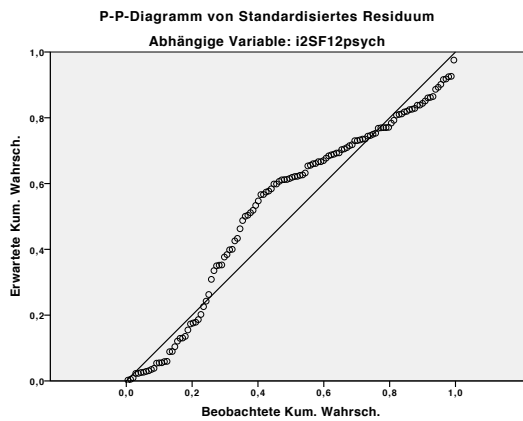
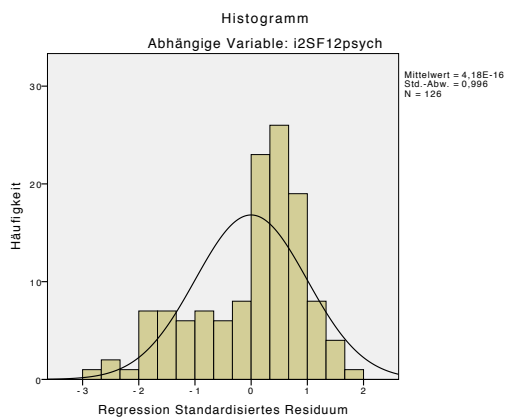
a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS

b. Abhängige Variable: i2SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	32,656	5,838		5,594	,000		
	i1RAS	4,218	1,313	,277	3,214	,002	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i2SF12psych



RAS t1 mit SF-12 t3

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,250 ^a	,063	,053	9,881

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS
 b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

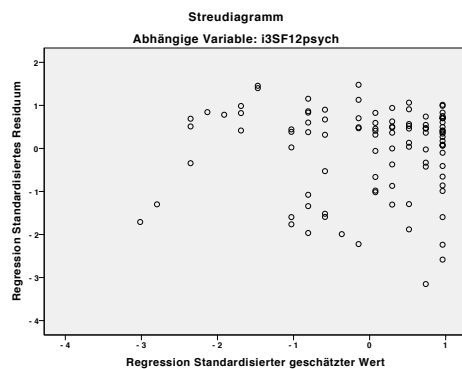
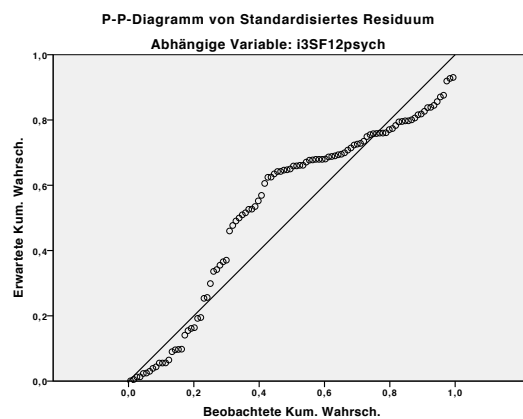
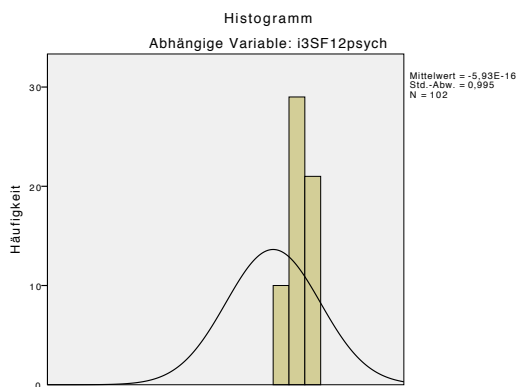
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	652,592	1	652,592	6,684	,011 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	9763,219	100	97,632		
	Gesamt	10415,811	101			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS
 b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	34,137	6,728		5,074	,000		
	i1RAS	3,929	1,520	,250	2,585	,011	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i3SF12psych



RAS t2 mit SF-12 t2

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,247 ^a	,061	,054	9,894

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2RAS
 b. Abhängige Variable: i2SF12psych

ANOVA^b

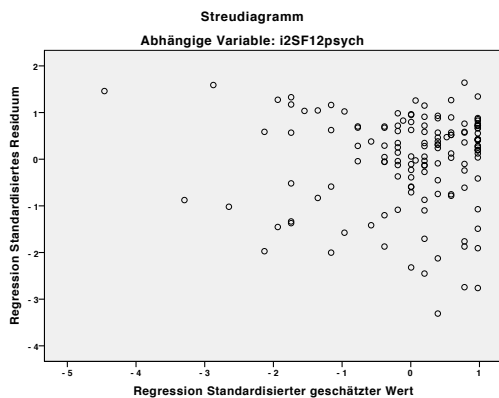
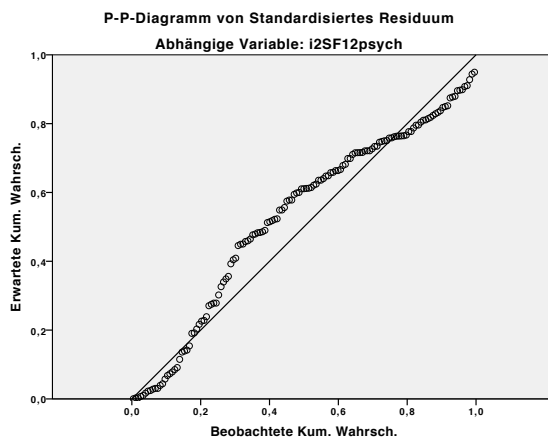
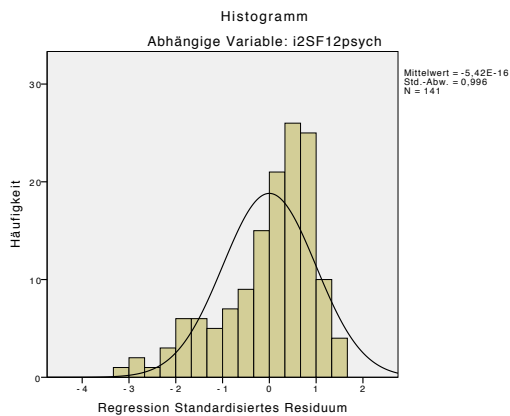
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	880,810	1	880,810	8,998	,003 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	13606,941	139	97,892		
	Gesamt	14487,751	140			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2RAS
 b. Abhängige Variable: i2SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	36,606	4,937		7,415	,000		
	i2RAS	3,409	1,136	,247	3,000	,003	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i2SF12psych



RAS t2 mit SF-12 t3

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,070 ^a	,005	-,004	10,249

a. Einflussvariablen : (Konstante), i2RAS

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	54,741	1	54,741	,521	,472 ^a
Nicht standardisierte Residuen	11134,231	106	105,040		
Gesamt	11188,972	107			

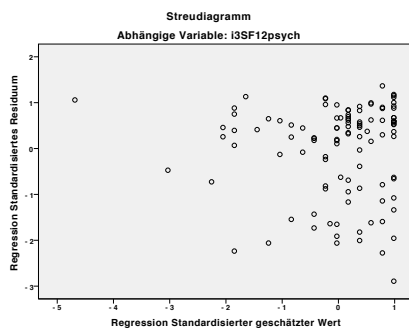
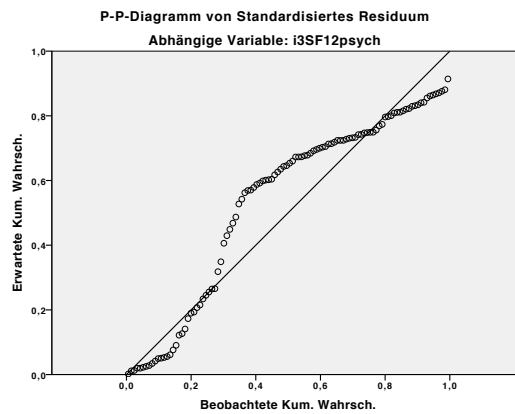
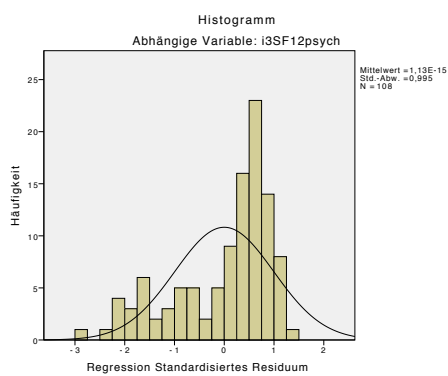
a. Einflussvariablen : (Konstante), i2RAS

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	46,662	6,127		7,615	,000		
	i2RAS	1,014	1,405	,070	,722	,472	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i3SF12psych



RAS t3 mit SF-12 t23

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,229 ^a	,053	,044	9,901

a. Einflußvariablen : (Konstante), i3RAS
 b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	599,405	1	599,405	6,114	,015 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	10783,803	110	98,035		
	Gesamt	11383,208	111			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i3RAS
 b. Abhängige Variable: i3SF12psych

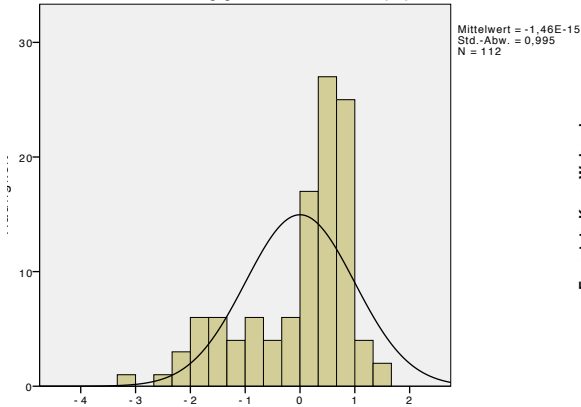
Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	VIF	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Kollinearitätsstatistik	Toleranz
1	(Konstante)	36,989	5,782		6,398	,000		
	i3RAS	3,267	1,321	,229	2,473	,015	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i3SF12psych

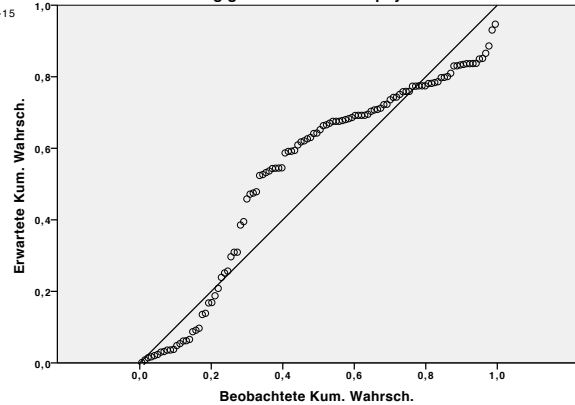
Histogramm

Abhängige Variable: i3SF12psych



P-P-Diagramm von Standardisiertes Residuum

Abhängige Variable: i3SF12psych



Streudiagramm

Abhängige Variable: i3SF12psych



RAS t1 mit SF-12 t1_Geschlecht

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,258 ^a	,067	,056	10,224	2,015

a. Einflussvariablen : (Konstante), i1RAS, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i1SF12psych

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	1291,024	2	645,512	6,175	,003 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	18083,557	173	104,529		
	Gesamt	19374,581	175			

a. Einflussvariablen : (Konstante), i1RAS, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i1SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	28,637	5,783		4,952	,000		
	Geschl. PAT	2,339	1,573	,110	1,487	,139	,993	1,007
	i1RAS	3,734	1,133	,243	3,296	,001	,993	1,007

a. Abhängige Variable: i1SF12psych

RAS t1 mit SF-12 t2_Geschlecht

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,278 ^a	,077	,062	9,520	1,929

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i2SF12psych

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	931,485	2	465,743	5,139	,007 ^a
Nicht standardisierte Residuen	11147,897	123	90,633		
Gesamt	12079,383	125			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i2SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	32,164	6,503		4,946	,000		
	Geschl. PAT	,302	1,728	,015	,175	,861	1,000	1,000
	i1RAS	4,221	1,318	,277	3,203	,002	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i2SF12psych

RAS t1 mit SF-12 t3_Geschlecht

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,251 ^d	,063	,044	9,928	1,722

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS, Geschl. PAT
 b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	657,179	2	328,590	3,333	,040 ^d
Nicht standardisierte Residuen	9758,632	99	98,572		
Gesamt	10415,811	101			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i1RAS, Geschl. PAT
 b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	33,332	7,721		4,317	,000		
	Geschl. PAT	,429	1,989	,021	,216	,830	,991	1,009
	i1RAS	3,961	1,534	,252	2,582	,011	,991	1,009

a. Abhängige Variable: i3SF12psych

RAS t2 mit SF-12t2 und RAS t2 mit SF-12 t3_Geschlecht

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,247 ^a	,061	,047	9,930	2,001

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2RAS, Geschl. PAT
b. Abhängige Variable: i2SF12psych

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	881,065	2	440,532	4,468	,013 ^a
Nicht standardisierte Residuen	13606,686	138	98,599		
Gesamt	14487,751	140			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2RAS, Geschl. PAT
b. Abhängige Variable: i2SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	36,494	5,427		6,724	,000		
	Geschl. PAT	,086	1,685	,004	,051	,960	,994	1,006
	i2RAS	3,404	1,144	,246	2,975	,003	,994	1,006

a. Abhängige Variable: i2SF12psych

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,076 ^a	,006	-,013	10,293	1,729

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2RAS, Geschl. PAT
b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	63,951	2	31,975	,302	,740 ^a
Nicht standardisierte Residuen	11125,022	105	105,953		
Gesamt	11188,972	107			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i2RAS, Geschl. PAT
b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	45,787	6,832		6,701	,000		
	Geschl. PAT	,584	1,982	,029	,295	,769	1,000	1,000
	i2RAS	1,011	1,411	,070	,717	,475	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i3SF12psych

RAS t3 mit SF-12 t3_Geschlecht

Regression

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,232 ^a	,054	,036	9,941	1,755

a. Einflußvariablen : (Konstante), i3RAS, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	610,795	2	305,397	3,090	,050 ^a
Nicht standardisierte Residuen	10772,414	109	98,829		
Gesamt	11383,208	111			

a. Einflußvariablen : (Konstante), i3RAS, Geschl. PAT

b. Abhängige Variable: i3SF12psych

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	36,061	6,417		5,620	,000		
	Geschl. PAT	,638	1,880	,032	,339	,735	1,000	1,000
	i3RAS	3,258	1,327	,229	2,455	,016	1,000	1,000

a. Abhängige Variable: i3SF12psych

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst haben.

Unterschriften: