

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

**Belastung bei Angehörigen während der Betreuung
palliativer KrebspatientInnen als Prädiktor für das
Entstehen psychiatrischer Erkrankungen**

verfasst von / submitted by

Öznur Yadikar

angestrebter akademischer Grad/in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2015 / Vienna, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt /

A 298

degree programme code as it appears on

the student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt /

Psychologie

degree programme as it appears on

the student record sheet:

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sinngemäß:

*„Aus tiefster Überzeugung,
Dem Wohle gewidmet“*

In Dank an jedes Glück und jede Hürde, das mir bestimmt war,
mir persönlich, um daran zu wachsen.

In Dank an jeden, jeden der mir zur Seite stand,

Dank an jeden, der mich durch diese Zeit begleitet hat.

Dank an jeden, der an mich glaubte, so dass auch ich wieder
glauben konnte,

Ich sage Danke, weil es nur so, nicht anders, sein sollte.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	9
Anmerkung	11
1 Einleitung	13
2 Theoretischer Hintergrund	15
2.1 Krebserkrankung	15
2.1.1 Prävalenz, Inzidenz und Krebsmortalität	15
2.1.2 Ursachen und Entstehung von Krebs	15
2.1.3 Behandlung auf Onkologischer Station, Tagesstation und Am- bulanz	16
2.1.4 Behandlung auf Palliativstation	16
2.1.5 Definition und Stellenwert der Palliativmedizin	17
2.1.6 Mitbetroffenheit der Familie bei schweren Krebsdiagnosen . .	17
2.2 Pflegewissenschaft	18
2.2.1 Definition und Aufgabe der Pflege	18
2.2.2 Struktur der Pflegewissenschaft	18
2.2.3 Konzepte und Theorien der Pflege	19
2.2.4 Bewältigungs-orientierte Entwicklungstheorien	19
2.2.5 Familien-und umweltbezogene Pflege nach Systemtheorie . . .	19
2.2.6 Friedemanns Theorie des systemischen Gleichgewichts	20
2.3 Pflegende Angehörige	22
2.3.1 Definition Familie und Typisierung Angehöriger	22
2.3.2 Angehörige von KrebspatientInnen	23
2.3.3 Unterschiede weiblicher und männlicher pflegender Angehörige	23
2.3.4 Gesundheit und Psychiatrische Erkrankungen bei Angehörigen	24
2.3.5 Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen	27
2.3.6 Psychischer Stress und Coping nach Lazarus	30
2.3.7 Hoffnung als Ressource bei Krebs	32
2.3.8 Tod und Trauer	32
2.4 Relevanz des Themas	34
2.4.1 Wissenschaftliche Relevanz	34
2.4.2 Praktische Relevanz	35
2.5 Zielsetzungen der Arbeit	36
2.6 Fragestellungen und Hypothesen	37

2.6.1	Fragestellung 1: Belastung - Indikator: psychiatrische Erkrankung	37
2.6.2	Fragestellung 2: Coping und Hoffnung - psychiatrische Erkrankung	38
2.6.3	Fragestellung 3: Coping und Hoffnung - Trauerstörung	38
3	Empirischer Teil	39
3.1	Studiendesign	39
3.1.1	TeilnehmerInnen	39
3.1.2	Einschlusskriterien	40
3.1.3	Ausschlusskriterien	40
3.2	Praktische Durchführung	40
3.2.1	Rekrutierung	41
3.2.2	Datenerhebung	41
3.2.3	Datenmanagement und Datenschutz	41
3.3	Variable	42
3.3.1	Outcome-Variable	42
3.3.2	Prädiktorvariable	43
3.3.3	Zusätzliche Variable	43
3.4	Erhebungsinstrumente	44
3.4.1	Soziodemografischer Fragebogen	44
3.4.2	Screenings zu Depressivität und Angststörung	44
3.4.3	Screenings zu PTBS	45
3.4.4	Fragebogen zu verlängerten Trauerreaktionen	46
3.4.5	Fragebogen zu Coping	47
3.4.6	Hoffnungsmessung	47
3.5	Statistische Datenauswertung	48
3.5.1	Deskriptivstatistik	48
3.5.2	Inferenzstatistik	48
3.5.3	Regressionsanalysen	49
3.6	Ergebnisdarstellung	52
3.6.1	Soziodemografische Variablen	52
3.6.2	Hypothesenprüfung	86
4	Diskussion und Schlussfolgerung	91
4.1	Zum Einfluss soziodemografischer Faktoren	91
4.2	Zum Einfluss der Pflegefaktoren	92
4.3	Zum Einfluss der Belastungsfaktoren	92

4.4	Zum Einfluss von Bewältigungsmechanismen und Hoffnung	94
4.5	Zum Einfluss von Verlust	95
5	Kritik und Ausblick	97
	Literatur	99
	Tabellenverzeichnis	111
	Abbildungsverzeichnis	114
	Anhang	115
	Anhang A : Abstract English	115
	Anhang B : Zusammenfassung Deutsch	117
	Anhang C : Soziodemografischer Fragebogen	119
	Anhang D : Screeningverfahren	123
	Anhang E : Originalitätserklärung	130
	Curriculum Vitae	131

Abkürzungen

PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ICD	International Classification of Diseases
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale
DSM-V	Diagnostical and Statistical Manual
APA	American Psychological Association
PG-13	Prolonged Grief Disorder Inventory
IBM-SPSS	International Business Machines Corporation-Statistical Package of the Social Sciences
IES-R	Impact of Events Scale ? Revised
MPSS	Modified PTSD Symptom Scale
IHS	Integrative Hope Scale
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
DW	Durbin-Watson-Statistik

Anmerkung

Die vorliegende Arbeit untersucht mit einem interdisziplinären Ansatz die Schnittstelle der psychosozialen Versorgung und Pflegewissenschaft in der Krebs- und Angehörigenforschung. Hierzu bezieht sie Daten aus einer übergeordneten Studie, die im Rahmen der Forschung der Bedürfnisse und Belastungen von palliativen Krebsangehörigen an der Medizinischen Universität Wien unter der Anleitung von Frau Dr.in Schrank durchgeführt wurde. Ein großer Dank dafür gebührt Frau Dr.in Schrank, die die Daten dieser Studie zur Verfügung gestellt und damit die vorliegende Diplomarbeit ermöglicht hat.

1 Einleitung

Europaweit zeigen demografische Entwicklungen den Trend einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung und damit auch die Zunahme pflegebedürftiger Menschen. Pflegebedürftigkeit geht oftmals mit schwerer chronischer Erkrankung oder einem palliativen Krankheitsverlauf einher (Köhler et al., 2012).

Die Statistik Austria (2014) veröffentlicht in einem Diagnosebericht, dass jährlich in Österreich etwa 39.000 Menschen an Krebs erkranken. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen Tumorerkrankungen die zweithäufigste Todesursache dar (Statistik Austria, 2014). Eine Krebsdiagnose ist aber nicht nur ein Einschnitt in das Leben der Erkrankten, sondern auch ihrer Familienangehörigen (Chen et al., 2014; Hindermann & Strauß, 2002; Popek et al., 2015). Neben den physischen und psychischen Folgen der Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium für den Betroffenen gibt es Befunde auch darüber, dass Angehörige, die häufig Pflege und Betreuungsaufgaben erfüllen, schwerwiegenden Belastungen ausgesetzt sind (Hindermann et al., 2002; Köhler et al., 2012; Popek et al., 2015; Proot et al., 2003). Sie stehen unter einem starken Druck den Anforderungen der Versorgung und Pflege in kurativer, finanzieller sowie psychischer Hinsicht zu genügen (Chen et al., 2014; Hindermann et al., 2002; Popek et al., 2015; Schur et al., 2014a). Es wurde mehrfach ein Zusammenhang zwischen Stressbelastungen, insbesondere bei LebenspartnerInnen von KrebspatientInnen, und einer erhöhten Anfälligkeit zu psychischen Störungen belegt (Popek et al., 2015; Proot et al., 2003; Schur et al., 2014b). Dabei sind langanhaltende Emotionen, wie Trauer und Verlustängste, Faktoren und zugleich Auslöser für psychische Störungen und können, wenn sie nicht bemerkt und behandelt werden, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei den Angehörigen verursachen (Proot et al., 2003; Schur et al., 2014b). Aus diesem Grund ist es unentbehrlich, dass im Fall von Krebs, besonders im fortgeschrittenen Stadium, die Belastung der Angehörigen berücksichtigt wird (Proot et al., 2003). Für onkologische Erkrankungen und Palliativpflege, die mit einer existenziellen Bedrohung für die PatientInnen und ihre Angehörigen einhergehen, fehlt es in jedem Fall noch an Verständnis und Kompetenz für die Situation und Pflegebelastungen durch professionelle Pflegefachkräfte und Hausärzte (Chen et al., 2014; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005). Mithilfe der Befunde aus dieser empirischen Untersuchung soll unser Bild über pflegende Angehörige von palliativen KrebspatientInnen hinsichtlich der Auswirkungen von Pflegebelastungen erweitert werden. Pflegende Angehörige sollen nicht länger als nur VersorgungshelferInnen betrachtet werden, sondern sind auch selbst VersorgungsrezipientInnen (Hindermann et al., 2002).

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden die in dieser Arbeit vorkommenden Begriffe und Konstrukte definiert, bevor sie dann im empirischen Teil untersucht werden können.

2.1 Krebserkrankung

Zunächst wird das Krankheitsbild „Krebs“ näher beschrieben, um ein besseres Verständnis für den Krankheitsverlauf der Betroffenen, bis zum palliativen Stadium, und den Einbezug der Familienangehörige zu gewährleisten.

2.1.1 Prävalenz, Inzidenz und Krebsmortalität

Auf Basis der Zahlen des österreichischen Krebsregisters beträgt der Anteil der Bevölkerung, der bis zu diesem Zeitpunkt an Krebs Erkrankten im Jahre 2012- je 32 von 100 Männern vor dem 75. Lebensjahr und je 25 von 100 Frauen (Statistik Austria, 2014). Aus diesen Berechnungen beträgt im Diagnosejahre 2012 das Risiko vor dem 75. Lebensjahr an Krebs zu erkranken- gemeint sind hier Darm-, Lungen-, Brust- oder Prostatakrebs- rund 15%. Prävalenz- und Inzidenzrate sowie die Krebsmortalität werden bedeutend, um für die medizinische und ressourcenorientierte Versorgung ein umfassendes Bild von Krebserkrankungen erstellen zu können (Statistik Austria, 2014). Für Österreich steigt die absolute Rate der Neuerkrankungen an Krebs laut den Prognosen dieser Statistik um weitere 8% bis 2020 und bis 2030 um sogar 14% und die Zahl der Sterbefälle an bösartigen Neubildungen folgt diesem Trend mit +7% bis 2020 und +16% bis 2030. Jedoch gehen die altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität in relativer Häufigkeit zurück (Statistik Austria, 2014).

Es kommt zu einer Zunahme Langzeitüberlebender und Folgeerkrankungen bedingt durch Krebs (Popek et al., 2015). Ergebnisse eine multizentrischen Komorbiditätsstudie aus Deutschland zeigen, dass etwa ein Drittel von TumorpatientInnen psychische Begleiterscheinungen aufweisen und auf die Unterstützung durch ihre Angehörige als Quelle primärer Unterstützung angewiesen sind (Mehnert et al., 2014).

2.1.2 Ursachen und Entstehung von Krebs

Krebs ist eine Tumorerkrankung, die durch die Entartung und die unkontrollierte Vermehrung einer Körperzelle entsteht (Tallen, 2013).

Gemäß der Definition des seit 1910 bestehenden Dachverbandes Österreichische Krebshilfe (2013) werden gutartige Tumore als solche bezeichnet, sofern sie keine unmittelbare Gefahr zur Vermehrung darstellen und eher örtlich beschränkt sind.

Als bösartige Tumore werden jene, die sich durch genetisch mutierende Ursprungszellen und Teilungsprozesse vermehren und in benachbartes Gewebe eindringen definiert (Eickelen, 2009; Österreichische Krebshilfe). Theoretisch kann jede Körperzelle entarten, wobei von der Zellart und dem befallenen Organ abhängt, welche Krankheitszeichen auftreten und welche Behandlungserfolgsaussichten gegeben sind (Österreichische Krebshilfe, 2013).

Wenn eine Krebsdiagnose gestellt wurde, dann ist für die Behandlung entscheidend, in welchem Stadium sich der Tumor bzw. die Ausbreitung der Tumorzellen (auch genannt Metastasierung) befindet (Eickelen, 2009). Insbesondere diese als Metastasen bezeichneten Tochtergeschwülste „machen einen bösartigen Tumor zur lebensbedrohlichen Gefahr“ (Eickelen, 2009, S.22).

In einem fortgeschrittenen Stadium kann Krebs kaum geheilt werden; diese „unheilbar“ erkrankten Menschen sind aber nicht „unbehandelbar“ (Judmaier, 1984, S.9). Es erfordert daher neben Prävention, Behandlung oftmals auch jahrelange Nachsorge, um das Risiko von Folgeerkrankungen gering zu halten (Ott und Bokelmann, 1974, S.26ff) .

2.1.3 Behandlung auf Onkologischer Station, Tagesstation und Ambulanz

Die Onkologie zählt zu den Abteilungen der Inneren Medizin und kann stationäre, tagesstationäre und ambulante Versorgung bieten (Deutscher Verlag für Gesundheitsinformation, 2008). Wesentliche Aspekte der Krebsbehandlung sind gemäß dem Deutschen Verlag für Gesundheitsinformation die umfassende Diagnostik, pharmakologische Akut- und Langzeittherapie von Tumorerkrankungen, oft mit dem Fokus auf Schmerztherapie und Chemotherapie, sowie die Nachsorge und Überweisung in Rehabilitationseinrichtungen. Die Onkologie verfolgt das kurative Ziel der Entfernung des gesamten Tumorgewebes oder, wenn dies nicht mehr möglich ist, im Sinne der palliativen Aufrechterhaltung, die Verkleinerung des Tumorgewebes, um die Lebenszeit zu verlängern und die Symptome zu behandeln (Deutscher Verlag für Gesundheitsinformation, 2008).

2.1.4 Behandlung auf Palliativstation

Die Palliativstation in Krankenhäusern ist häufig Teil der übergeordneten Organisationsstruktur der Onkologie, unterscheidet sich aber mitunter deutlich von dieser (Temel et al., 2010). Diese Versorgung umfasst nicht nur rein medizinische Aufgaben, wie etwa die Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen, sondern

auch die Betreuung in pflegerischen, sozialen, psychologischen und spirituellen Belangen (Ferris et al., 2009; Levy, 2009).

2.1.5 Definition und Stellenwert der Palliativmedizin

Gemäß Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO, zitiert nach Hartenstein, 2002, S.61) bedeutet Palliativmedizin „eine aktive ganzheitliche Betreuung von PatientInnen mit begrenzter Lebensdauer infolge unheilbarer Erkrankung“, bei der primär versucht wird die bestmögliche Lebensqualität und Aktivität von PatientInnen aufrechtzuerhalten (Temel et al., 2010). Sie bildet die medizinische Komponente zu der „Palliative Care“. Ihren Ursprung hat der Terminus der Palliative Care in den 1960er Jahren in der Idee von Cicely Saunders, einer englischen Krankenschwester und Sozialarbeiterin für PatientInnen mit Krebserkrankungen, wenn Heilung durch Therapie aussichtslos wurde, eine entsprechende Versorgung und Sterbebegleitung zu gewährleisten (Hartenstein 2002). Daher erhalten die Seelsorge und bedürfnisorientierte Versorgung Vorrang, diagnostische Maßnahmen werden auf das Notwendigste reduziert (Ventrafridda, 1991, zitiert nach Hartenstein, 2002). Das Sterben wird bei Ventrafridda (1991) als normaler Prozess des Lebens verstanden (zitiert nach Hartenstein, 2002). Der Stellenwert der Palliativmedizin in der Onkologie ergibt sich aus dieser Zielsetzung. Palliativmedizinische Versorgung stellt „das für den Menschen Sinnvolle über das durch medizinischen Fortschritt Machbare“ (Hartenstein, 2002, S.60).

2.1.6 Mitbetroffenheit der Familie bei schweren Krebsdiagnosen

Im ganzheitlichen Konzept der Palliativmedizin wird die Familie als Mitbetroffene bei Erkrankungen von nahestehenden Personen mitberücksichtigt (Hartenstein, 2002). Der Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden bedeutet für Angehörige große Veränderungen im Alltag (Hindermann et al., 2002; Popek et al., 2015; Thornsnes et al., 2014). Diese besondere Situation stellt sie oft selbst vor die Sinnfrage des Lebens und vor moralisch-ethische Grenzfragen zum Thema Pflege und Tod (Blindheim et al., 2013).

Soziale Unterstützung wird daher als ein bedeutsamer protektiver Faktor im Verlauf der fortschreitenden Erkrankung und insbesondere in der Trauerphase nach dem Versterben der Betroffenen betrachtet (Mahler-Hutter, 2010).

2.2 Pflegewissenschaft

Da die vorliegende Arbeit die pflegenden Angehörigen von KrebspatientInnen behandelt, wird im Folgenden näher auf die Pflege als praktisch orientierte Wissenschaft und Konzepte und Theorien der Pflege eingegangen.

2.2.1 Definition und Aufgabe der Pflege

Die Pflegewissenschaft wird im Grunde als eine Praxiswissenschaft verstanden, die sich soziologischer Theorien und Methoden bedient, weil diese „sich mit allen menschlichen Bedürfnissen und Problemen befassen, welche mit Gesundheit, Krisensituation und Krankheit zu tun haben“ (Käppeli, 1986; zitiert nach Brandenburg, 2003, S. 37). In westlichen modernen Gesellschaften nimmt, bedingt durch den demografischen Wandel und den Anstieg der Lebenserwartung von Menschen, das Risiko für chronische-degenerative Erkrankungen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu (Görres & Friesacher, 1998). Dieser Strukturwandel stellt aus Sicht von Görres und Friesacher (1998) neue Aufgaben und Herausforderungen an das Gesundheitssystem und die Pflege.

Schrems (2002, zitiert nach Grasserbauer, 2008, S. 37) sieht die Hauptaufgabe der Pflege darin, eine „Alltagsbewältigung mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Lebensqualität von gesunden und kranken Menschen, ebenso wie der Pflegepersonen“ zu ermöglichen.

2.2.2 Struktur der Pflegewissenschaft

Die Pflegewissenschaft ist durch das Metaparadigma gekennzeichnet, das sich aus den Konzepten Mensch, Umwelt, Pflege und Gesundheit zusammensetzt (Fawcett, 1999). In der Struktur des Pflegewissens stellt das Metaparadigma diejenige Komponente mit dem höchsten Abstraktionsgrad dar und macht allgemeine Aussagen über die Beziehungen zwischen - Mensch, Umwelt Gesundheit und Pflege (Fawcett, 1999). Friesacher und Rux-Haase (1998, zitiert nach Brandenburg, 2003, S. 104) definieren das Metaparadigma konkreter noch als „eine übergeordnete neutrale wissenschaftliche Weltanschauung“ [beruhend auf] dem „breiten Konsens über die ausgewählten Konzepte der Pflegewissenschaft“. Insofern bezeichnet Fawcett (1989, zitiert nach Friedemann, 1996, S.15) ein Konzept als „die Gesamtheit der geistigen Vorstellungen oder Ideen“, die ein beobachtbares Phänomen (wie z.B. die Konzepte Mensch, Umwelt und Gesundheit) ausmachen. In pflegewissenschaftlichen Untersuchungen werden Kriterien wie der Abstraktionsgrad, Erklärungsreichweite und der Realitätsbezug herangezogen, um zwischen konzeptuellen Modellen und Theorien zu

unterscheiden (Fawcett, 1999). Im Vergleich zu den Modellen der Pflege seien diese laut Fitzpatrick (1996) spezifische Aussagen und empirisch überprüfbar (zitiert nach Brandenburg, 2003). Im weiteren Verlauf soll daher auf die Pflege-theorien fokussiert werden.

2.2.3 Konzepte und Theorien der Pflege

Die Konzepte und Theorien der Pflege betreffen den komplexen Erlebens- und Handlungsbereich, der unterschiedliche theoretische Zugänge kennt (Brandenburg, 2003). Es sind psychologische und soziologische Ansätze von zentraler Bedeutung. Da es aber noch keine allgemein akzeptierte Systematik gibt, die sämtliche Pflege-theorien umfasst, wird hier darauf verzichtet. Es werden analog zum Thema dieser Arbeit Bezüge zu ausgewählten Pflege-theorien hergestellt, darunter die bewältigungsorientierten Entwicklungstheorien (Brandenburg, 2003) und die familien- und umweltbezogene Pflege (Friedemann, 1996), welche auf der Systemtheorie basiert, da sie die unmittelbare Rolle von Angehörigen, die Pflegearbeit leisten, gut verdeutlicht.

2.2.4 Bewältigungs-orientierte Entwicklungstheorien

Der bewältigungs-orientierte Ansatz sieht Belastungen und die Auseinandersetzung mit ihnen (Coping) als Grundelemente für Entwicklungsprozesse über die Lebensspanne (Brandenburg, 2003). Die Bewältigungstheorie von Lazarus und Folkman (1984) wurde im klinischen Bereich entwickelt und stellt für den Umgang mit Belastungssituationen eine praktikable Konzeption dar, die in der pflegerischen Praxis angewandt werden kann.

2.2.5 Familien-und umweltbezogene Pflege nach Systemtheorie

Die Familie hat in erster Linie eine rechtliche und eine biologische Definition für Menschen, die in einem gewissen Nähe- und Verwandtschaftsverhältnis zueinander stehen. Dabei besteht die kleinste Form der Familie aus Mutter, Vater und Kind. Zentrale Themen sind die Erziehung und gemeinsame Lebensführung, sowie auch die Genetik und Krankheiten, die vererbt werden können (N.F. Schneider, 2012). Doch soziologisch betrachtet spielt die Familie eine oft viel größere Rolle im Leben (Friedemann, 1996). Die Familie als solche bzw. primäre Bezugspersonen stellen in der Pflegebetreuung nach Friedemann einen höchst einflussreichen Teil der sozialen Umwelt von PatientInnen dar, wobei dieses Familiensystem von seinen Mitgliedern subjektiv geschaffen und organisiert wird. Das Familiensystem bildet interpersonelle Subsysteme aus, die für seine Mitglieder Rollen und Aufgaben definieren und dienen

dem übergeordneten Ziel Schutz und Geborgenheit zu schaffen (Friedemann, 1996). Nach diesem Prinzip der familien- und umweltbezogenen Theorie strebt ein jedes Familienmitglied an, Angst abzubauen und auf seine natürliche Weise Kongruenz mit der unmittelbaren Umwelt zu erreichen (Friedemann, 1996). Der systemtheoretische Ansatz Friedemanns (1996) besagt, dass eine Änderung in der Lebenserwartung einer Einzelnen (Subsystem) durch die Diagnose „Krebs“ Veränderungen bei Angehörigen, entsprechend in allen anderen Subsystemen bewirkt. Daher spricht man erst von einer ganzheitlichen Versorgung, sobald das unmittelbare soziale Bezugssystem in die Pflege mit eingeschlossen wird (Friedemann, 1996).

Im Falle einer Krankheitssituation sind daher Angehörige dieses sozialen Systems ebenfalls stark betroffen (Hindermann et al., 2002; Popek et al., 2015).

2.2.6 Friedemanns Theorie des systemischen Gleichgewichts

Die Theorie des systemischen Gleichgewichts ist die Grundlage der familien- und umweltbezogenen Pflege nach Friedemann. Sie hat ihre Vorgänger in der Familiensoziologie und Familientherapie (Friedemann, 1996). Im Prinzip orientiert sich die Theorie des systemischen Gleichgewichts wie andere Pflege-theorien auch an dem Metaparadigma, führt aber zusätzlich die Familie als wesentlichstes Umwelt-System ein und weitet die Betrachtung von Gesundheit und Pflege auf die Angehörigen aus (Friedemann, 1996). Das übergeordnete Ziel der Theorie nach Friedemann ist, dass der Mensch ein angstfreies und sinnvolles Leben in Kongruenz mit seiner Umwelt führt. „Dies ist maßgebend für die Gesundheit und die gesundheitsfördernden Maßnahmen“ (Friedemann, 1996, S.21). Die Theorie des systemischen Gleichgewichts nach Friedemann beruht auf vier Hauptzielen in Bezug auf das Konzept Mensch: Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität mit dem vorrangigen Ziel Ängste zu bekämpfen. Als neuer Zusatz führt Friedeman die Konzepte Umwelt, Familie und Gesundheit, sowie Pflege und Familiengesundheit ein. Diese werden im Anschluss erläutert.

Konzept „Mensch“. Menschliches Verhalten, mit dem Ziel Angst zu bekämpfen, Herausforderungen zu bewältigen und Kongruenz zu finden, setzt sich zusammen aus Bedürfnissen wie Stabilität, Wachstum, Regulation bzw. Kontrolle und Spiritualität (Friedemann, 1996). Stabilität bedeutet nach Friedemann, dass Menschen durch die Erhaltung des Systems in der Lage sind Ängste abzubauen, dagegen verletzen Einschnitte im Leben das Bedürfnis nach Stabilität. Von Wachstum ist die Rede, wenn durch eine Veränderung die Prioritäten im Leben einer Person erfolgreich umorientiert werden können und Anpassungen an die neue Lebenssituationen

erfolgen (Friedemann, 1996). Das Bedürfnis nach Kontrolle und Regulation meint den Aufbau von Bewältigungssystemen, die zum Schutz der Person dienen. Bereiche, die als angenehm empfunden werden, werden akzeptiert und andere Bereiche, die ungewollt sind, werden vermieden (Huber, 2009). Die Spiritualität verbindet immer zwei Subsysteme; Ein Gefühl der Zugehörigkeit und der Anerkennung werden geschaffen (Friedemann, 1996, zitiert nach Huber, 2009). Religiosität und Hoffnung werden als theoretische Konstrukte für Spiritualität verstanden, die als messbare Indikatoren eingesetzt werden (Bengel & Lyssenko, 2012). Prozesse, die diesen Bedürfnissen zugrunde liegen, sind die Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation (Friedemann, 1996, zitiert nach Huber, 2009). Diese Dimensionen gelten bei Friedemann sowohl für den einzelnen Menschen als auch für das System Familie.

Konzept „Umwelt“. Im Konzept Umwelt wird durch Anpassung an diese nach Kongruenz gestrebt (Huber, 2009). Wenn das System eines Menschen mit den Systemen seiner Umwelt übereinstimmt, ist dieser Mensch angstfrei (Friedemann, 1996).

Konzept „Familie / Familiengesundheit“. Familienmitglieder sind zufrieden und angstfrei, wenn Kongruenz innerhalb der Familie herrscht; Dabei sind die Beziehungen zum System Umwelt reziprok (Friedemann, 1996, zitiert nach Huber, 2009).

Konzept „Gesundheit“. „Fühlt sich ein Mensch ganz allgemein wohl, dann bezeichnet er sich als gesund, auch wenn eine körperliche Krankheit vorliegt“ (Huber, 2009, S.7). Durch Kongruenz der Systeme kann nach Friedemann (1996) abgeleitet werden, dass Gesundheit ein Produkt sei (zitiert nach Huber, 2009).

Konzept „Pflege“. Im Konzept Pflege werden die Phänomene - Individuum, Familie, Interaktionssysteme, Gemeinde eingeschlossen (Huber, 2009). Die Schaffung von Kongruenz soll erleichtert werden. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts zielt damit auf eine familien- und umweltbezogene Pflege, die erkennen lässt, dass die Pflege und Betreuung von Personen einen Mittelpunkt des Familienlebens darstellen und Auswirkungen auf alle Beteiligten nehmen (Huber, 2009).

2.3 Pflegende Angehörige

Im folgenden Abschnitt wird erläutert, wer als Beteiligte oder Angehörige im sozialen System einer PatientIn gemeint ist und wodurch sich pflegende Angehörige auszeichnen.

2.3.1 Definition Familie und Typisierung Angehöriger

Angehörige sind das unmittelbare Bezugssystem Betroffener (Hindermann et al., 2002). In erster Linie besteht es aus den Familienmitgliedern. Im systemischen Ansatz wird Familie als ein soziales System verstanden, dass „nur aus Kommunikationen“ besteht (Luhmann, 1990, S. 197). Nach Luhmann sind Familien daher sich selbstproduzierende, und in sich geschlossene soziale Systeme. Sie sind im Allgemeinen durch Verwandtschaft und emotionale Beziehung, durch juristische sowie auch sozioökonomische Gegebenheiten gekennzeichnet. Der Begriff Angehörige geht jedoch weit über den Begriff Familie hinaus und schließt neben leiblichen Verwandten auch Ehe- und LebenspartnerInnen, FreundInnen, Bekannte und Menschen des aktiven sozialen Lebens mit ein (Luhmann, 1990). Pflegende Angehörige sind meist ehrenamtlich tätig und von professionellem Pflegepersonal zu unterscheiden (Huber, 2009).

In dieser Arbeit geht es um Angehörige, die die Pflege und Betreuungsaufgaben eines nahe stehenden Menschen leisten. Angelehnt an die Definition von Reggentin (2005) gelten hier als pflegende Angehörige jene nicht professionelle Hauptpflegepersonen, wenn sie in den vorangegangenen sechs Monaten oder länger (bis zu zehn Jahren) den hauptsächlichen Pflegebedarf von schwer erkrankten Personen übernommen haben. Aufgrund dieser zeitlichen Dimension erscheint es wichtig, zu untersuchen, in welchem Ausmaß eine hauptsächlich alleinige Betreuung realisiert wird. Laut einer repräsentativen Umfrage der Österreichischen Gesellschaft für Marketing im Oktober 2002 werden 84% der pflegebedürftigen Personen von Angehörigen betreut (Seidl, 2007). Sie verbringen täglich durchschnittlich mehrere Stunden und zumindest 4 Stunden pro Woche mit Pflegearbeit und Versorgungstätigkeiten (Lamura et al., 2006). Auch Angehörige, die diese Pflege organisieren, gehören zu pflegenden Angehörigen (Huber, 2009).

Es werden Angehörige im Hinblick auf ihre aktive und zeitintensive Beteiligung in der Pflege unterschieden. Sie sollen wie folgt in zwei Typen zusammengefasst werden, da sie für diese Untersuchung wichtige Anhaltspunkte liefern können (Daneke, 2000, zitiert nach Huber, 2009, S. 17-19):

Daneke (2000) fasst die sich „distanzierenden und delegierenden Angehörigen“ als solche zusammen, die weniger aktive Betreuung leisten und sich eher mit finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten der Pflege und Versorgung befassen. Es herrscht eine gewisse Distanz bis Spannung zwischen ihnen und den PatientInnen, da sie selten im offenen Gespräch über die Anliegen und persönlichen Bedürfnisse sprechen (Daneke, 2000, zitiert nach Huber, 2009). Die „aktiven und psychosozial-stabilisierenden Angehörigen“ dagegen werden bei Daneke beschrieben also solche, die sich mit der Pflegesituation aktiv auseinander und akzeptieren. Sie kennen die Bedürfnisse und Probleme der PatientIn und leben zumeist in gemeinsamer Wohnung und sind insgesamt darum bemüht, die Betroffenen vor einer sozialen Isolation zu bewahren (Huber, 2009).

2.3.2 Angehörige von KrebspatientInnen

Die Familienangehörige von PatientInnen mit schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs sind gleichermaßen eingebunden und gefordert, Veränderungen in vielen Bereichen ihres Lebens vorzunehmen (Hindermann et al., 2002). Für PartnerInnen und Angehörige von KrebspatientInnen entstehen mit der neuen Situation viele neue Fragen hinsichtlich des Alltagsmanagements, der finanziellen Absicherung, im Sinne der Beziehungsgestaltung und sozialen Einbindung sowie Lebensstiländerung und auch Fragen der neuen Sinnfindung und Zukunftsplanung mit und ohne die PatientInnen (Hindermann et al., 2002; Popek et al., 2015). Die fortgeschrittene Krebserkrankung einer Person verursacht in der Familie der Betroffenen häufig deshalb einen Rollenkonflikt, weil zusätzliche Aufgaben und damit physische, soziale und finanzielle Belastungen für die Angehörigen entstehen (Dumont et al., 2008; Hindermann et al., 2002; Sherman et al., 2014).

2.3.3 Unterschiede weiblicher und männlicher pflegender Angehörige

In der bisherigen Literatur zu pflegenden Angehörigen wurden auch hinsichtlich des Geschlechts Unterschiede angenommen (Gilbar, 1999; Köhler et al., 2012; Moser et al., 2013). Frauen zwischen dem 50. und 75. Lebensjahr bilden mit über 80% die größte Gruppe der aktiven pflegenden Angehörigen für ihre PartnerInnen oder Eltern (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005). Sie nehmen häufiger die pflegende Angehörigenrolle ein und investieren deutlich mehr Zeit für Betreuungsaufgaben, oder ändern ihr Beschäftigungsverhältnis aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes für die Pflege (Kim und Given, 2008; Popek et al., 2015). Sowohl weibliche als auch männliche Angehörige stehen vor einer Mehrfachbelastung, die Pflege- und Hausarbeit sowie auch finanzielle Absicherung gleichzeitig

leisten zu müssen, wobei Männer häufiger Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen (Hindermann et al., 2002).

Hinsichtlich Geschlechterunterschiede ist aus der bisherigen Literatur erkennbar, dass Frauen über insgesamt höhere emotionale Belastung berichten, dahingegen sich Männer durch anfallende Pflegeaufgaben stärkeren Rollenkonflikten ausgesetzt fühlen (Gilbar, 1999; Hindermann et al., 2002; Moser et al. 2013; Popek et al., 2015). Keller, Henrich, Beutel, und Sellschopp (1998) nahmen an, dass der subjektive Belastungsgrad bei weiblichen Angehörigen sich aus den selbst erlebten krankheitsbedingten Mehranforderungen ergibt, während sich bei männlichen Angehörigen das psychische Befinden der PartnerInnen als ausschlaggebend für ihre Befindlichkeit erweist. Insgesamt zeigen weibliche Angehörige höhere Werte in emotionalen Belastungen, neigen eher zu Depression, Angst, Erschöpfung und Schmerz als männliche Angehörige (Williams et al., 2011).

In dieser Arbeit sollen die genannten Befunde zu Geschlechterunterschieden überprüft und repliziert werden und in Bezug auf ihre Auswirkungen und Trauerphänomene näher untersucht werden. Pflegende Angehörige stellen selbst in gewissermaßen eine Risikogruppe dar und sind nicht allein aktive kompetente Hilfskräfte für pflegebedürftige Nahestehende, sondern sollten auch als NutzerInnen der Pflege und Versorgung behandelt werden (Hindermann et al., 2002).

2.3.4 Gesundheit und Psychiatrische Erkrankungen bei Angehörigen

Die WHO definiert Gesundheit als einen „Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Nach Friedemanns (1996) Auffassung ist Gesundheit der Ausdruck „der Kongruenz des menschlichen Systems in Rhythmus und Muster sowohl nach außen mit seiner Umwelt, als auch nach innen mit seinen Subsystemen“ (S.28). Hier wird der Stellenwert der Wechselwirkungen und Einflüsse der sozialen Umwelt auf das subjektive Befinden betont (Friedemann, 1996).

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2005) gab in ihren Leitlinien zu Pflegenden Angehörigen im Raum Deutschland heraus, dass pflegende Angehörige zu 42% wegen eigener Beschwerden einen Arzt aufsuchen. Infolge der Pflegebelastungen stehen Angehörige selbst unter einem erhöhten Mortalitätsrisiko von bis zu 63% (Schulz et al., 1999). Die bisherige Forschung zur psychologischen Morbidität von Angehörigen allgemein konnte zeigen, dass Angehörige gehäuft manifestierte Angststörungen und Depressionen (Chentsova-Dutton et al., 2002; Sansoni et al., 2004) oder chronische Schlafstörungen (Carter et al., 2002) entwickeln, sowie

geschwächte Immun-Funktionen und eine erhöhte kardiovaskuläre Anfälligkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Vanderwerker et al., 2005) haben. Zu den charakteristischen physischen wie psychischen Beeinträchtigungen der Angehörigen gehören auch Hoffnungslosigkeit, und Schuldgefühle sowie psychosomatische Symptome wie Ess- und Verdauungsstörungen, Schlafstörungen und Kopfschmerzen sowie Burnout (Hindermann et al., 2002). Eine Untersuchung von Stein, Crystal, und Cunningham (2000) wies nach, dass pflegende Angehörige eher die eigene Gesundheit vernachlässigen als Angehörige, die keine erkrankten Familienmitglieder betreuen (Stein et al., 2000; Williams et al., 2013). Die Studie von Haley, LaMonde, Han, Burton, und Schonwetter (2003) fasst zusammen, dass pflegende Angehörige eher depressive Symptomatik zeigen, sofern sie die zu erledigenden Aufgaben als belastender empfinden und weniger Selbstwirksamkeit erfahren oder weniger zufrieden mit der Rolle der Pflegenden sind, und ihr geringe Bedeutung zumessen.

Die hier interessierenden psychiatrischen Erkrankungen sind wie im Titel angezeigt: Depression, Angst und Posttraumatische Belastungsstörung. Im Weiteren sollen diese differential-diagnostisch charakterisiert werden, weil sie für die Erhebung im Rahmen dieser Arbeit entscheidend sind.

Depression. Die Depression ist durch die WHO (2012) weltweit anerkannt als eine psychische bzw. psychiatrische Erkrankung, die sich vor allem durch eine gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebslosigkeit auszeichnet. Eine schwere Depression wird eingestuft wie eine Krebserkrankung im Endstadium (WHO, 2012). Sie kann über eine längere Zeit andauern oder wiederkehrend auftreten (WHO, 2015). Im DSM-IV wird als Major Depression verstanden, wenn zumindest fünf Symptome der depressiven Verstimmung, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit, psychomotorischen Unruhe, Trägheit und Gefühle der Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Konzentrationsproblemen und Suizidgedanken über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen anhalten (Hautzinger & Thies, 2009). Die Verstimmung kann übrigens unterschiedliche, auch wechselnde Qualitäten wie Niedergeschlagenheit, traurige und ängstliche Gefühlszustände bis hin zur Panik, ein Gefühl der Leere, Gereiztheit und Missmut aufweisen (Ihle, Groen, Walter, Esser & Petermann, 2012).

Angststörung. Die Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, die inzwischen mehr als 10-15 % der Bevölkerung betreffen (Faust, 2001;

Kessler et al., 2005). Nicht einmal zur Hälfte der Fälle mit Angstsymptomatik werden erkannt und fachgerecht behandelt (Fernandez et al, 2007; Wittchen et al., 2002). Wenn eine Person, Ängste über das normale Ausmaß hinaus entwickelt und diese nicht kontrollieren kann, obwohl dafür keine objektive Ursache besteht, leidet an einer so genannten Angststörung (Hoyer & Margraf, 2003).

Eine solche Angst kann wiederholt über längere Zeit andauern und oder objektspezifisch sein. Die WHO legte im Jahre 1991 mit dem International Classification of Diseases (ICD-10) Kriterien für eine differentialdiagnostische Klassifikation von Angststörungen fest:

Aufgrund der Zielsetzung dieser Arbeit wird nur kurz auf ausgewählte Formen eingegangen. Die Soziale Phobie (F40.1) und Panikstörung (F41.0) sind die mit am meisten vertretenen Formen von Angststörungen (Bandelow, Lichte, Rudolf, Wiltink, & Beutel, 2014). Angst kann auch, wenn sie sich auf verschiedene Alltags- und Lebenssituationen bezieht, gehäuft und in wechselnder Kombination eines unterschiedlichen Dauerzustandes auftreten; hierbei wird eine Diagnose (F41.1) für Generalisierte Angststörung vergeben (Bandelow et al., 2014).

Angehörige geben im Rahmen dieser Arbeit durch Selbsteinschätzungen an, wie ängstlich sie sich fühlen und verhalten- in ihrer Rolle als Nahestehende einer palliativen KrebspatientIn.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die PTBS stellt eine verzögerte psychische Reaktion auf ein belastendes Ereignis dar und ist die einzige Form der Angststörung, die damit ein zuvor traumatisch erlebtes Ereignis erfordert (Becker, 2005). Es zeigen sich bei Menschen, die eine PTBS entwickeln nach länger als einem Monat anhaltende Symptome aus drei Bereichen, fasst Becker zusammen (2005): Wiedererleben durch Flashbacks des Traumas, Vermeidung der Erinnerungen an die belastende Situation und eine autonome Übererregung, die zusammen mit Schreckhaftigkeit und Konzentrationsproblemen einhergeht. Diese so genannten Traumata können von unterschiedlicher Dauer und zeitlichen Abständen sein (Flatten et al., 2011). In der Leitlinie für PTBS stellen Flatten et al. dar, dass typischerweise Belastungsstörungen nach schweren Unfällen, Gewaltverbrechen, Naturkatastrophen oder Kriegshandlungen auf treten, wobei auch hier Gefühle wie Angst und Unruhe sehr stark in unangemessener Stärke erlebt werden und kaum mehr von alleine bewältigbar scheinen. Als Folge können Betroffene in tiefe Verzweiflung stürzen und Angehörige der Betroffenen sogar sekundärer Belastung ausgesetzt sein, wenn sie die Erkrankung oder den Tod durch Krebs als traumatisch erlebt haben (Flatten et

al., 2011).

Daher soll in dieser Arbeit auch eine Antwort darauf gefunden werden, wie pflegende Angehörige die Erkrankung der PatientInnen selbst verarbeiten und ob sie durch Betreuungsarbeit neigen eine PTBS entwickeln.

2.3.5 Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen

Bislang wurde Angehörigen in der Versorgung weniger Beachtung geschenkt (Hindermann et al., 2002; Popek et al., 2015). Erst mit Beginn der 80er Jahre rückten pflegende Angehörige auch mit ihrer subjektiven Befindlichkeit in das Blickfeld der klinisch-psychologischen Forschung (Hindermann et al., 2002). Man sah in ihnen aber lange Zeit allein die Ressource für soziale Unterstützung der PatientInnen (Hindermann et al., 2002; Popek et al., 2015).

Die Prädiktoren für psychische Morbidität und die Bedürfnisse der Angehörige nach Unterstützung auf verschiedenen Ebenen sind noch Gegenstand der Forschung und insbesondere hinsichtlich psychosozialer Angebote auf pflegende Angehörigen auszuweiten (Köhler et al., 2012; Moser et al., 2013; Popek et al., 2015).

Im Folgenden sollen eine gezielte Auswahl der gefundenen und bedeutendsten Belastungsfaktoren der Pflegesituation von Angehörigen untersucht werden.

Naheverhältnis zur PatientIn. Eine enge persönliche Bindung zu einem pflegebedürftigen Angehörigen kann als eine der Hauptfaktoren für eine starke gesundheitliche Gefährdung der pflegenden Angehörigen betrachtet werden (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin,). Ergebnisse von Studien zeigen an, dass sich parallel zum Krankheitsverlauf der Betroffenen auch der physische wie psychische Gesundheitszustand der Angehörigen verschlechtert (Chentsova-Dutton et al., 2000; Haley et al., 2001; Schulz et al., 1999). Am häufigsten sind es die EhepartnerInnen und die Kinder der Betroffenen, die die alleinige Pflegearbeit leisten und vor allem weibliche Angehörige, die wenig Unterstützung von außen annehmen (Gilbar, 1999; Stetz, 1987). Das Ausmaß der emotionalen Belastungen hängt stark davon ab, wie gut Angehörige an die neue Pflegesituation angepasst sind (Popek et al., 2015). Oft sehen pflegende Angehörige es als selbstverständlich, EhepartnerInnen und Familienmitglieder zu versorgen, und professionelle Hilfe anzunehmen, fällt schwerer (Popek et al., 2015; Senden et al., 2005). Bei EhepartnerInnen kommen Zukunftsängste und Trauer auf, weil sie ihre Lebenspläne anpassen und mit dem baldigen Verlust der PartnerIn umgehen lernen müssen (Dumont et al., 2008; Hindermann et al., 2002).

Ausmaß der Pflege und Situation. Als ein weiterer Belastungsfaktor gilt das Ausmaß der Pflege mit der spezifischen Pflegesituation. Nach dem ersten Schock einer Krebsdiagnose findet innerhalb der Familie eine Kohäsion, ein enger familiärer Zusammenhalt statt, was oft zu einer Isolierung von der Außenwelt führt (Hindermann et al., 2002).

Infolge der Erkrankung eines Familienmitglieds kommt es zu vielen Anpassungsleistungen wie Pflegeaufgaben und Ernährungsumstellungen, Arztbesuche und soziale Unterstützung. Es sind intensive Betreuungsphasen möglich, in denen Angehörige bis zu 40 Stunden und mehr pro Woche mit der Organisation und Versorgung der Betroffenen beschäftigt sind, so dass sie keiner anderen beruflichen Tätigkeit nachgehen können (Popek et al., 2015).

Insbesondere bei längerfristiger Pflege treten Erschöpfungszustände auf, wenn sich Angehörige alleine um die Pflege kümmern und keine Unterstützung durch andere Angehörige, oder professionelles Pflegepersonal haben (Popek et al., 2015; Senden et al., 2005; Thorsnes et al., 2014). Der Umfang und die Dauer der Betreuungsaufgaben durch Familienangehörige und PartnerInnen können so groß werden, dass sie zu Risikofaktoren für die körperliche und psychische Befindlichkeit der Angehörigen werden (Vanderwerker et al., 2005). Die Pflegezeit kann individuell und je nach Schweregrad der Erkrankung unterschiedlich sein, durchschnittlich werden pflegebedürftige Angehörige etwa 2 1/2 Jahre betreut, wobei im Falle von Krebs im fortgeschrittenen Stadium die Lebenserwartung eher kürzer angenommen wird (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2012).

Sozioökonomische Faktoren und Pflegezeit. Eine Schätzung der Wirtschaftsuniversität Wien von U. Schneider et al. (2009) hat ergeben, dass mehr als 120.000 Österreicher ihre Angehörigen zuhause pflegen.

Sie sind teilweise selbst PensionistInnen oder noch berufstätig. Grundlegend stellt sich die Frage, wie sich Pflege und Beruf vereinbaren lassen. „Viele sehen keinen anderen Ausweg, als selbst zuhause zu bleiben, wodurch sie eine geringere Pension erhalten“, so Birgit Meinhard-Schiebel, Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger (Freynschlag, 2013). Die Umstände und der Zeiteinsatz einer längerfristigen Pflege von erkrankten Angehörigen können jedoch schwerwiegende kognitive und emotionale Belastungen sowie Zukunftssorgen mit sich bringen (Popek et al., 2015). Die Art der Belastung scheint stark von der jeweiligen Lebensphase, in der sich die PatientInnen bzw. ihre Angehörigen befinden, und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben und Kosten abzuhängen (Hindermann et al., 2002).

Tumorerkrankungen betreffen vorrangig ältere Personen mit einem medianen Altersmittel von 65 Jahren (Popek et al., 2015). Diese leiden wie Popek et al. aufzeigen, an chronischen Beschwerden und langfristiger Pflegebedürftigkeit. Bei Angehörigen älterer Krebsbetroffener tritt häufig eine Rollenkonfusion auf, so dass die Pflegebetreuung parallel mit der eigenen Haushaltsführung, Kinderbetreuung und oder beruflichen Verpflichtungen zu leisten ist (Lowenstein & Gilbar, 2000). Die Ergebnisse von Popek et al. zeigen, dass Angehörige von KrebspatientInnen zahlreiche Aufgaben emotionaler, instrumenteller oder informationeller Art übernehmen. Sie sind die primäre, Begleitperson und Unterstützung mit häufig hoher eigener psychosozialer Belastung (Popek et al., 2015). Es geht aus dieser Untersuchung hervor, dass die Pflege- und Betreuungszeit das Ausmaß einer beruflichen Vollzeitbeschäftigung annehmen kann.

Entsprechend einer Studie von Yabroff und Kim (2009) aus den Jahren 2003 bis 2006 zur Pflegezeiterhebung brachten Angehörige in den ersten zwei Jahren nach der Diagnose über einen Zeitraum von etwa 14 Monaten täglich 8,3 Stunden für pflegerische Aufgaben auf.

Aus den demografischen Entwicklungen einer Zunahme der Langzeitüberlebender nach Krebs lässt sich schlussfolgern, dass auch die Pflegearbeit von Angehörigen immer bedeutender und an Pflegezeit längerfristiger werden wird (Popek et al., 2015). In Österreich wird derzeit darüber verhandelt, eine Pflegezeit und Pflegekarenz zu schaffen, um Betroffene zu entlasten (Freynschlag, 2013). Anfang 2012 wurde in Deutschland die Familienpflegezeit eingeführt, mit der Beschäftigte ihre Arbeitszeit für höchstens zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren können, um nahe Angehörige zu pflegen und zum Jahresanfang 2015 wurden weitere gesetzliche Änderungen zugunsten der pflegenden Angehörige vorgenommen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2015).

Stressbelastungen bei pflegenden Angehörigen. Das Ausmaß der Belastungen von pflegenden Angehörigen wurde bereits als ein Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen und Depression erkannt (Braun et al., 2010; Grunfeld et al., 1997; Moser et al., 2013). Der fortschreitende Krankheitsverlauf der Krebsbetroffenen und die Hilflosigkeit für Angehörige können ebenso einen erheblichen Einfluss auf die psychische Morbidität nahestehender Familienmitglieder nehmen (Prigerson, et al., 2009; Schulz et al., 2008; Sheldon, 1998). Die Situation, mit einer nahestehenden KrebspatientIn die Zeit der Krankheit und Untersuchungen gemeinsam durchzumachen, stärkt nicht nur die Beziehung durch Kohärenz, wie bereits durchgenommen, sondern stellt auch eine Gefahr für die Angehörigen selbst dar, wenn die Belastungen

zu hoch werden, vor allem wenn es keine Unterstützung gibt (Deeken et al., 2003; Popek et al., 2015).

2.3.6 Psychischer Stress und Coping nach Lazarus

Eine Definition für psychischen Stress (*engl., auch emotional distress*) ist bei Lazarus und Folkman (1984, zitiert nach Li et al., 2014) zu finden: Lazarus beschreibt hier Stress als einen allgemeinen Zustand, der aus der dynamischen Beziehung mit der Umwelt (Transaktion) entsteht. Das so genannte Transaktionale Stressmodell basiert auf dieser Erklärung. Lazarus (1984, zitiert nach Li et al., 2014) unterscheidet dabei zwischen kritischen Lebensereignissen, wie Erkrankungen und dem Verlust durch den Tod einer nahe stehenden Person, und den alltäglichen Stressoren, die keine größeren Folgen haben. Jede Diagnose einer Krebserkrankung stellt für Betroffene und Nahestehende eine existentielle Herausforderung dar, die es zu bewältigen gilt (Blindheim et al., 2013; Han et al., 2014). Hier kommen Bewältigungsstrategien zum Einsatz.

Im Transaktionalen Modell von Lazarus (1984) bedeuten Bewältigungsstrategien, diejenigen Handlungen und Prozesse die eine Person mit dem Ziel setzt, die schwierigen Lebenssituationen zu meistern. In einer Situation ähnlich der Pflege können externe und interne Anforderungen die verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten von Angehörigen beanspruchen und sie überfordern (Han et al., 2014; Thorsnes et al., 2014).

In diesem Zusammenhang sei Coping ein Prozess, in dem pflegende Angehörige den mit der Krankheitssituation verbundenen Stress zu bewältigen versuchen, wobei die Stressbewältigung bereits von einigen Autoren als ein bedeutsamer und modifizierbarer Prädiktor für psychische Morbidität erkannt wurde (Cooper et al., 2008; Li et al., 2012; Li et al., 2014). Folgende Copingstrategien werden bei Li et al. (2014) berichtet:

- Das „problem-orientierte Coping“ wird bei Coolidge et al (2000, zitiert nach Li et al., 2014) und Li et al. (2012) auch als instrumentelles Coping bezeichnet, da auf die Veränderungen der Stresssituation abgezielt wird. Bei dieser Strategie wird versucht durch aktive Handlung oder das Unterlassen von Handlung Problemsituationen zu überwinden (Li et al., 2014).
- Das „emotions-orientierte Coping“ kann als eine palliative Maßnahme gesehen werden, und hat die Symptommelinderung zum Ziel (Kaluza, 1999). Es geht vorrangig darum, die durch die Situation entstandene spontane emotionale

Erregung abzubauen.

- Diejenige Copingstrategie, bei der z.B. die Angehörigen versuchen sich aus der Stresssituation der Pflegebetreuung zu befreien, wird bei Coolidge et al. und Li et al. (zitiert nach Li et al., 2014) als „dysfunktional“ oder „vermeidend“ bezeichnet. Es wird darauf abgezielt, durch Neubewertung der Situation Ressourcen zu aktivieren, diese Strategie ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der konstruktiven Umbewertung der Stresssituation, vielmehr steht sie ihr gegenüber (Li et al., 2014).

Alle diese Mechanismen der Stressbewältigung haben gemein, dass sie eine Intervention gegen den psychischen Stress zum Ziel haben. Des Weiteren gelangten Li et al. (2014) in ihrer Untersuchung weiters zu dem Ergebnis, dass pflegende Angehörige, die im Verlauf einer Intervention Copingstrategien anwandten, vergleichsweise zu jenen Angehörigen ohne entsprechendes Coping klinisch signifikant geringere Ausprägungen in den Skalen für Angst und Depression (HADS-D) aufwiesen: Diese Intervention bestand aus acht Trainingseinheiten, in denen es schrittweise um das Erlernen und regelmäßige Anwenden von Entspannungsverfahren, Verhaltensmodifikation, kognitive Neu- und positive Umbewertungen sowie die aktive Suche nach emotionaler Unterstützung geht. Ein Verständnis über die Funktionsweise dieser Coping-Intervention wäre von großem klinischen Nutzen.

Basierend auf der Theorie zu Stressbelastungen und Copingstrategien ist hier anzunehmen, dass diejenigen Angehörigen mit geringer erlebtem Stress problem-orientiertes Coping als Präventionsmaßnahme von psychischen Erkrankungen anwenden würden (Li et al., 2012; Li et al., 2014).

Johansson et al. (2002) haben untersucht, welche Copingstrategien gegen den psychischen Stress Angehörige von schwerkranken PatientInnen nutzen. Sie fanden bei diesen Copingstrategien, um emotionale Lasten zu erleichtern, zu ersetzen, negative Gefühle und Gedanken zu überwinden und auszublenden. Jedoch können längerfristig viele Angehörige emotionale und situative Belastungen nicht alleine bewältigen und klagen am häufigsten über mangelnde Information und fehlende kompetente Unterstützung (Blindheim et al., 2013). Kompetente Unterstützung sollte aus klinischer Sicht auch Wissen und Methoden zur Stressbewältigung vermitteln (Proot et al., 2003).

2.3.7 Hoffnung als Ressource bei Krebs

Coping und soziale Unterstützung sind als Ressourcen für die Krankheitsverarbeitung bereits entdeckt; sie korrelieren mit niedrigeren Werten in Depression und Angststörungen (Li et al., 2012). In der Sozialpsychologie wird zusätzlich das Konstrukt der Hoffnung seit den Sechzigerjahren des 20. Jahrhunderts im Zusammenhang mit den Pflegewissenschaften erforscht (Huppmann & Lipps, 2006). Hoffnung ist „ein [...] komplexes Konzept, das [...] in Aspekte des inneren Erlebens und [...] auf Objekte der Hoffnung zerlegt werden kann; doch in der Praxis ist der Begriff Hoffnung [...] durch seinen Sinn für ein bestimmtes Individuum in einer gegebenen Situation definiert“ (Houldin, 2003; zitiert nach Morgenbesser, 2010, S.19). Zuvor definierte Hinds (1984) Hoffnung als ein Konstrukt, das in den Krisenzeiten des Lebens und bei persönlichen Herausforderungen Trost spendet. Der Ausspruch des Existenzanalytikers und Logotherapeuten Viktor Frankl beschreibt treffend, dass es „oft erst die Ruinen [sind], die den Blick frei geben auf den Himmel“ (Pirker-Binder, 2008). In diesem Zusammenhang schließen Leiden, wenn auch unheilbare, Hoffnung nicht aus (Williams et al., 2013), erst das Verzweifeln, wenn durch die Leiden kein Sinn mehr im Leben gesehen werden kann, bedeutet Hoffnungslosigkeit.

Manche Autoren betrachten daher die soziale Unterstützung als eine wesentliche Voraussetzung, „um Hoffnung bewahren zu können“ (Herth, 1990; Huppmann et al., 2006, S. 13; Raleigh, 1992; zitiert nach Morgenbesser, 2010, S.20.), auch wenn eine Genesung nicht mehr zu erwarten ist.

In dem Fall spricht Huppmann et al. (2006) von Adaptation der Hoffnung, d.h., „der Mensch hofft in Tagen der Gesundheit, der Krankheit und des Sterbens: auf Erhalt seines psychophysischen Wohlbefindens [...]“ (S.13). Zunehmend wird die Bedeutung der Hoffnung in der Medizinischen Psychologie gewürdigt, insbesondere im Kontext der Sterbebegleitung Krebskranker (Huppmann et al., 2006).

Wenn Hoffnung tatsächlich als stabilisierende Ressource bestätigt werden kann, ist anzunehmen, dass sie zur Bewältigung der Zukunftssorgen und Pflegebelastung bei Angehörigen beiträgt (Williams et al., 2013). Daher ist es hier ein Anliegen, neben den Bewältigungsstrategien, auch die Hoffnung bei pflegebelasteten Angehörigen zu untersuchen. Sofern PatientInnen sowie Angehörige in ihrem Prozess der Trauerarbeit unterstützt werden, kann das für die Entwicklung eines realistischen Optimismus und einer neuen Sinnfindung im Leben sehr bedeutend sein (Morgenbesser, 2010).

2.3.8 Tod und Trauer

Menschen reagieren in Situationen am Ende des Lebens einer geliebten Person mit Entsetzen; doch das Abschiednehmen und das Trauern sind ein normaler mensch-

licher Prozess (Kast, 2011). Der Tod einer Person, mit der man eng in Beziehung steht, kann nach Kast (2011) bei den Hinterbliebenen aufgrund der Verlusterfahrung auch eine Beziehungs- und Identitätskrise bewirken.

Bereits beim fortschreitenden Krankheitsverlauf und erst recht nach dem Versterben der PatientInnen können Gefühle wie Hilflosigkeit und Trauer akute Belastungsreaktionen bei Angehörigen hervorrufen, wobei darunter keine psychische Störung im engeren Sinne zu verstehen ist, da die Symptome in der Regel nicht länger als sechs Monate nach einem traumatischen Ereignis oder ihrer Folgen andauern (ICD Code, 2015).

Schwierig ist hier bei Belastungsreaktionen zwischen normaler und auffällig verlängerter Hoffnungslosigkeit und Trauer zu unterscheiden (Kast, 2011). Kontroverse Meinungen gibt es zu der Erklärung des DSM-V der American Psychological Association (APA), für den normalen Trauerprozess eine Dauer von bis zu maximal zwei Wochen festzulegen und eine klare klinisch-diagnostische Klassifizierung zu finden, die sich von Störungen mit ähnlichen Symptomen unterscheidet (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2013). Hier kommen Symptome der Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit zusammen, die das Vollbild der Depression und PTBS nicht decken und bisher eher als „*complicated grief*“ oder „*traumatic grief*“ bezeichnet wurden (Prigerson et al., 2009). Die Unterscheidung soll zwar einem frühzeitigen Behandlungsinteresse und einem besser angepassten Therapieplan zur Trauerarbeit dienen (Kast, 2011), dagegen spricht jedoch, dass nach wenigen Wochen oder Monaten sich evidenzbasierend bei mehr als 80% der Betroffenen mit und ohne pharmakologische oder psychotherapeutische Maßnahmen die Trauerreaktionen wieder auflösen, und im Allgemeinen keine Störung von Organfunktionen auftritt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2013).

Befunde zeigen hingegen auch, dass Angehörige mit einer verlängerten Trauer ein erhöhtes Risiko für Suizidalität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und eine geringe Lebensqualität aufweisen (Latham et al., 2004). Man spricht erst von dieser pathologischen Form der Trauer ab einem Dauerzustand von über sechs Monaten nach der Verlusterfahrung (Boelen et al., 2007). Die Pflege einer Betroffenen über einen längeren Zeitraum als sechs Monate könnte demnach in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für verlängerte Trauerreaktionen mit dem Tod der PatientInnen stehen (Latham et al., 2004).

Im Rahmen dieser Arbeit sollen diese Annahmen bestätigt und Zusammenhänge für die Entwicklung und Morbidität psychiatrischer Erkrankungen bei pflegenden

Angehörigen analysiert werden. Insofern interessiert es in einem nächsten Schritt festzuhalten, was in einer Pflegesituation bei fortgeschrittenem Krebs sich für pflegende Angehörige mit dem Versterben der PatientInnen verändert. Untersuchungen zum Einfluss des Todesumstandes zeigen ein noch sehr inkonsistentes Bild (Mahler-Hutter, 2010). Kaltman und Bonanno (2003) verwiesen darauf, dass bei einem gewaltsamen Tod Angehörige stärkere Symptome einer PTBS und Depression haben, im Vergleich zu Angehörigen von PatientInnen, die einen natürlichen Tod durch Alter oder Krankheit sterben. Dagegen fanden Bailley, Kral und Dunham (1999) hinsichtlich der Trauerreaktion zwischen erwartetem und unerwartetem Verlust keine signifikanten Unterschiede bei Angehörigen.

Ressourcen wie Hoffnung und Unterstützung können als bedeutende Schutzfaktoren angenommen werden (Williams et al., 2013).

In dieser Arbeit wird der Verlust durch Krebs als ein noch ungerichteter Prädiktor für Anpassungsprozesse oder verlängerte Trauerprozesse bei Angehörigen betrachtet und in Zusammenhang mit Hoffnungslosigkeit und gesteigerter psychischer Morbidität hier näher untersucht.

2.4 Relevanz des Themas

Nachdem die relevanten Begriffe und die einzelnen Bereiche, die diese Arbeit mit der Pflegewissenschaft, Medizin und Psychologie zusammenführt, erklärt sind, wird im Folgenden die Wichtigkeit der Thematik dieser Arbeit für die Wissenschaft und die klinische Praxis erläutert.

2.4.1 Wissenschaftliche Relevanz

Trotz zahlreicher wissenschaftlicher Befunde zu den psychologischen Belastungen bei Angehörigen unheilbar kranker PatientInnen gibt es noch wenig Literatur zur Prävalenz von psychischer Morbidität als Auswirkungen von Belastungen durch Pflegearbeit (Köhler et al., 2012; Vanderwerker et al., 2005). Der weltweite Anstieg der Zahl an Krebserkrankungen erfordert entsprechende Umsetzungen in der häuslichen wie auch stationären Palliativpflege, welche die Belastung der Angehörigen von PatientInnen miteinschließt (Hindermann et al., 2002). Befunde innerhalb der Gesundheitspsychologie betonen einen stressmildernden Effekt sozialer Unterstützung insbesondere in Bezug auf die Krankheitsbewältigung (Holt-Lunstad et al., 2010). Innerhalb der Psychoonkologie ist unabdingbar, die Blickrichtung auf die Angehörigen nicht mehr nur in ihrer Funktion als Ressource für die Erkrankten, sondern immer mehr auch als Betroffene im gesamten Prozess der Krankheitsverarbeitung

zu erweitern (Popek et al., 2015).

Daher interessiert vordergründig in dieser Arbeit, die Belastung und Folgen von Belastung im Verlauf der Pflegezeit bis zum Tod der KrebspatientInnen zu ermitteln. Ziel ist es, den Eintritt und die Entwicklung psychischer Störungen als Begleiterscheinungen von Stress- oder Trauerprozessen insgesamt besser zu verstehen.

2.4.2 Praktische Relevanz

Besonders für die palliative Versorgung bleiben Fragen offen, inwieweit pflegende Angehörige unter dem Gesichtspunkt der Mitbetroffenheit und Überforderung bei schwerer Erkrankung von Nahestehenden leiden und wie ihnen geholfen werden kann (Hartenstein, 2002). Des Weiteren erfordert die verlängerte Trauer bei Krebs und Todesfall von nahestehenden Menschen eine sensible und komplexe Diagnosestellung, da unterschiedliche Prozesse und eine unterschiedliche Dauer für Trauerreaktionen sowie auch verschiedene geschlechtsspezifische, individuelle und kulturelle Trauerformen möglich sind (Kast, 2011).

Neben dem symptomorientierten Zugang mittels psychologisch-diagnostischer Inventare, die Screeningverfahren bieten, fehlt es an Erfahrungen und sensitivem Umgang mit den Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen (Proot et al., 2003). Die Ergebnisse dieser Arbeit können dazu dienen, Zusammenhänge zwischen Bewältigungsmechanismen von Angehörigen palliativer KrebspatientInnen in der Pflege und psychischer Morbidität besser zu verstehen. Denn HausärztInnen und anderen professionellen Fachkräften fehlt es an theoretischen Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen, um Überlastungsanzeichen oder verlängerte Trauer zu erkennen und Hilfestellungen zu bieten (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005). Familienangehörige leisten häufig alleine den größten Teil der Pflegebetreuung und erhalten dagegen nur wenig Unterstützung durch andere Angehörige oder Pflegekräfte (Köhler et al., 2012; Proot et al., 2003). In Anlehnung an den bisherigen Forschungsstand (Gilbar, 1999; Hindermann et al., 2002; Moser et al. 2013; Popek et al., 2015) und die Ergebnisse dieser Arbeit sollen konzeptuelle Umsetzungen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Belastung, Coping und Risikofaktoren der psychischen Morbidität bei pflegenden Angehörigen möglich werden. Damit kann der Zugang zur Versorgung für Angehörige von schwerkranken PatientInnen erleichtert werden.

2.5 Zielsetzungen der Arbeit

Diese Diplomarbeit thematisiert die Prävalenz der psychosozialen Belastung von pflegenden Angehörigen von palliativen KrebspatientInnen. Der theoretische Teil beinhaltet Definitionen zu Krebs, insbesondere im Palliativ-Stadium, und zu Pflegenden Angehörigen sowie Theorien zur Pflege und reflektiert dazu den bisherigen Stand der Forschung. Unter Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen und den bisherigen Forschungsergebnissen werden die Fragestellungen und die dazugehörigen Hypothesen formuliert.

Im empirischen Teil werden diese Hypothesen untersucht und die Methodik dieser Untersuchung vorgestellt. Gemeinsam werden abschließend die Ergebnisse des empirischen Teils auf Grundlage des theoretischen Hintergrunds kritisch durchleuchtet und Implikationen für zukünftige Forschung gegeben.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen in erster Linie den Bedarf an frühzeitigen systematischen Erhebungen von Angehörigen aufzeigen und diese fördern. Die Arbeit untersucht gezielt, die im Verlauf der Pflege auftretenden Belastung für pflegende Angehörige von KrebspatientInnen und deren Auswirkungen auf ihre Gesundheit und psychische Morbidität als Tendenzen zu Depression, Angst- und PTBS. Für diese Untersuchung sollen Daten von Angehörigen verwendet werden, welche mittels von Selbsteinschätzungen Aussagen zur Depressivität, Angst- und Anpassungsstörung, PTBS, aber auch zu Symptomen der Trauer und Einschätzungen zu Hoffnung bei Angehörigen machen sollen. Auch die Auswirkungen von Tod sowie langandauernde Trauer-Belastung während der Pflegezeit hinsichtlich geschlechtsspezifischer Rollenbilder und Copingstrategien werden an dieser Stichprobe genauer untersucht, damit in Zukunft das Wissen darüber genutzt werden kann, um gezielt Konzepte für weibliche und männliche Angehörige von KrebspatientInnen zu entwerfen. Dabei soll es als übergeordnetes Ziel darum gehen, bestmöglich die Angehörigen von Krebskranken in die begleitende palliative Versorgung einzubinden.

2.6 Fragestellungen und Hypothesen

Nachfolgend werden drei Fragestellungen mit den entsprechenden abgeleiteten Hypothesen der Studie formuliert. Die zentrale Forschungsfrage lautet, ob erlebte Belastung bei Angehörigen während der Betreuung palliativer KrebspatientInnen das Entstehen psychiatrischer Erkrankungen (Depression, Angst- und PTBS) vorhersagen kann.

Des Weiteren wird untersucht, ob Hoffnung und Copingstrategien als mögliche protektive Faktoren der Entstehung der untersuchten psychiatrischen Erkrankungen vorbeugen können, wie sich weibliche Angehörige und männliche Angehörige verhalten und ob Hoffnung und Copingstrategien, das generelle Vorliegen einer Trauerstörung erklären können. Die Hoffnungs- und Copingskala bestehen aus vier Subskalen, die u.a. die soziale Unterstützung als Strategie und als Ressource beinhalten, so dass sie nicht separat erhoben wurde.

Die Beschreibung der zur Beantwortung dieser Fragestellungen verwendeten Erhebungsinstrumente erfolgt in Kapitel 3.4.

2.6.1 Fragestellung 1: Belastung - Indikator: psychiatrische Erkrankung

Hängt das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung (mindestens eine vs. keine Tendenz für eine Depression, Angst- und PTBS) zum zweiten Erhebungszeitpunkt ab von der Belastung zum ersten Erhebungszeitpunkt bzw. von der Belastungsveränderung zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt?

Falls das Vorliegen von der Belastungshöhe abhängt, wie hoch ist der prädiktive/erklärende Wert der Belastungsveränderung für das Vorliegen mindestens einer der oben genannten psychiatrischen Erkrankung.

H1: Die Belastungshöhe zur Baseline und die Belastungsveränderung zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt haben einen signifikanten Erklärungswert für das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung (Depressivität, und/oder Angst und/oder PTBS) zum Follow-up.

2.6.2 Fragestellung 2: Coping und Hoffnung - psychiatrische Erkrankung

Hängen die Ausprägungen auf der Depressions-, Angst- und PTBS-Skala bei Angehörigen palliativer KrebspatientInnen zum Follow-up von den Werten auf den Skalen für Hoffnung und Copingstrategien der ersten Erhebung ab? Falls die Ausprägungen in Depression, Angst und PTBS von Hoffnung und Copingstrategien abhängen, interessiert es, wie stark sich dieser Einfluss im Verlauf der Pflegebetreuung zum zweiten Erhebungszeitpunkt zeigt.

H1: Hoffnung und Copingstrategien zum ersten Zeitpunkt sind signifikante Prädiktoren für die Prognose der Ausprägungen in Depressivität, Angst- und PTBS im Follow-up.

2.6.3 Fragestellung 3: Coping und Hoffnung - Trauerstörung

Hängt die Entwicklung einer Trauerstörung gemäß dem Cut-off Wert des PG-13 Inventars zum zweiten Erhebungszeitpunkt ab von der Hoffnung und Copingswerte des ersten Erhebungszeitpunktes?

Falls das Vorliegen von pathologischer Trauer von Hoffnung Coping abhängt, wie hoch ist der prädiktive/erklärende Wert dieser für das Kriterium.

H1: Die Ausprägungen auf den Hoffnungs- und Copingskalen zur Baseline haben einen signifikanten Erklärungswert für das Vorliegen einer Trauerdiagnose bei Angehörigen mit Trauerfall.

3 Empirischer Teil

In diesem Kapitel werden das für die empirische Erhebung der vorliegenden Diplomarbeit intendierte Studiendesign, die Zielstichprobe aus den befragten TeilnehmerInnen und die zur Untersuchung der Fragestellungen ausgewählten Messinstrumente beschrieben. Der detaillierte Durchführungsplan und der Rekrutierungsprozess werden eingehend vorgestellt. Darüber hinaus werden die verwendeten Messinstrumente hinsichtlich ihrer Skalenbeschreibungen, ihrer Messintention sowie klinischer Validierungen erläutert und die erhobenen soziodemografischen Daten präsentiert. Die konkreten theoriegeleiteten Hypothesen werden empirisch geprüft und zusätzlich wird auf die Operationalisierung der Variablen eingegangen.

Anzumerken ist bei der Erhebung der psychiatrischen Erkrankungen, dass im Rahmen dieser Arbeit lediglich von einer Symptomatik bzw. Tendenz für eine Depression, Angststörung und PTBS die Rede sein kann, da keine Diagnosestellung im engeren Sinne erfolgt ist, sondern zur Operationalisierung diagnostische Screeningverfahren herangezogen worden waren. Insofern ist unter dem Ausdruck „psychiatrische Erkrankung“ im weiteren Verlauf eine Tendenz zu verstehen.

Abschließend folgt im empirischen Teil dieser Arbeit die deskriptiv- und inferenzstatistische Auswertung und Interpretation der Daten zur Beantwortung der interessierenden Fragen sowie Schlussfolgerungen zum Forschungsthema.

3.1 Studiendesign

Die vorliegende empirische Untersuchung hat ein prospektives Design mit zwei Messzeitpunkten. Mit der Follow-up-Erhebung (2. Erhebung) werden zwei Gruppen ad hoc nach Vorliegen eines Sterbefalls unterschieden, jene aus Angehörigen mit zwischenzeitlicher Verlusterfahrung und die Gruppe ohne Verlust ihrer krebserkrankten PatientInnen.

3.1.1 TeilnehmerInnen

Der Gesamtstichprobenumfang der Studie, in deren Rahmen diese Arbeit erfolgt, betrug zunächst 345 TeilnehmerInnen. Jedoch hat eine hohe Zahl der TeilnehmerInnen (265; 76,8%) nicht zu beiden Messzeitpunkten vollständig ausgefüllte Fragebögen abgegeben und waren daher aus den nachfolgenden Analysen auszuschließen. Weitere Kriterien zum Ein- und Ausschluss der TeilnehmerInnen werden im Folgenden zusammengefasst angeführt.

3.1.2 Einschlusskriterien

- Mindestalter 18 Jahre
- Angehörige in Pflegebetreuung von fortgeschritten erkrankter KrebspatientInnen (definiert als metastasierende Tumorerkrankung ¹ mit palliativem Therapieziel zur Zeit des erst Erhebungszeitpunktes= Baseline)
- keine schweren kognitiven Beeinträchtigungen
- ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch
- informiertes Einverständnis zur Teilnahme

3.1.3 Ausschlusskriterien

TeilnehmerInnen wurden ausgeschlossen, sofern bekannt war, dass sie

- unter schweren kognitiven Beeinträchtigungen litten,
- ein Alter unter 18 Jahren,
- unzureichende Deutschkenntnisse hatten.

Außerdem konnten Daten nicht verwendet werden, wenn es

- keine Bereitschaft zu einer Zweiterhebung gab,
- eine weitere Befragung aus gegebenen Gründen nicht mehr durchgeführt werden konnte.

3.2 Praktische Durchführung

Die im Rahmen der Analysen vorliegender Arbeit verwendeten Daten wurden durch ein Forscherteam der Medizinischen Universität Wien erhoben und zur Verfügung gestellt. Als TeilnehmerInnen wurden im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 die Angehörigen von fortgeschritten erkrankten KrebspatientInnen in Kooperation mit der Abteilung der Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien und mit vier weiteren klinischen und Forschungszentren für Onkologie und Palliativmedizin rekrutiert.

¹Anmerkung: mit Lebenserwartung von max. sechs Monaten nach Auskunft der zuständigen Ärzte

3.2.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen erfolgte an folgenden Zentren:

- Allgemeines Krankenhaus Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin I.,
Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin
Abteilung für Strahlentherapie
- Wilhelminenspital
Abteilung für Onkologie und Hämatologie
- Krankenhaus Hietzing
Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin

3.2.2 Datenerhebung

Zunächst wurde ein Kurzbrief mit Informationen zur Studie an potentielle TeilnehmerInnen gesendet und ein Anruf durch die behandelnden AssistenzärztInnen angekündigt. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme wurde das Einverständnis zur Teilnahme der Angehörigen eingeholt und im Anschluss wurden die ausgewählten Fragebögen mit Einverständniserklärung und vorfrankiertem Rücksendekуверт an teilnehmende Angehörige geschickt. Kamen die Fragebögen innerhalb der nächsten zwei Wochen nicht ausgefüllt zurück, wurden die Angehörigen erneut telefonisch kontaktiert. Auf Wunsch konnten Gespräche mit einer FachärztIn für Psychiatrie oder einer klinischen PsychologIn vereinbart werden, sofern sich die TeilnehmerInnen durch das Beantworten der Fragebögen belastet fühlen sollten. Ebenso sollten die AssistenzärztInnen, die im persönlichen Gespräch den Eindruck hatten, dass die Angehörigen unter behandlungsbedürftiger Belastung leiden könnten, zu einer psychiatrischen oder psychologischen Begutachtung raten.

Ansonsten wurde bei Rücksendung direkt der zweite Messzeitpunkt geplant, und die TeilnehmerInnen wurden innerhalb von 9 Monaten erneut kontaktiert, d.h. nach Ablauf der kritischen ersten 6 Monate nach dem Tod der PatientInnen und ein weiteres Mal innerhalb von 18 Monaten, wenn die PatientInnen der teilnehmenden Angehörigen noch am Leben waren und um festzustellen, ob sich psychiatrische Erkrankungen manifestiert haben.

3.2.3 Datenmanagement und Datenschutz

Die Daten wurden mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS 20® erfasst und ausgewertet. Alle Angehörigen wurden nummeriert und anonymisiert. Die Fragebogendaten wurden manuell eingegeben und durch weitere MitarbeiterInnen kontrolliert

und auf ihre Plausibilität geprüft. Fehlende Werte wurden entsprechend den Vorgaben der Fragebögen imputiert.

Alle Daten der StudienteilnehmerInnen wurden entsprechend der Datenschutzbestimmungen an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien aufbewahrt und sind entsprechend ethischer Richtlinien lediglich für unmittelbar an der Datenauswertung beteiligte StudienmitarbeiterInnen einzusehen. Darüber hinaus wurden zur Gewährleistung des Datenschutzes die Namen durch einen Identifikationscode ersetzt, so dass keine persönlichen Informationen, die die Anonymität und den Datenschutz gefährden könnten, öffentlich zugänglich gemacht wurden.

3.3 Variable

Es wurden jeweils soziodemografische Variablen der Angehörigen und Variablen der Pflege und Belastung erhoben. Mittels strukturierter Fragebögen wurden Operationalisierungen für die folgenden Variablen verwendet: Hoffnung, verlängerte Trauerreaktionen, Coping-Stile, Angst-, Depressions- und PTBS-Symptomatik. Für die Gruppe der Angehörigen mit den verstorbenen PatientInnen wurden die Inventare ggf. angepasst (siehe Anmerkungen unter 3.3.1).

3.3.1 Outcome-Variable

Als abhängige Variablen zu den psychiatrischen Erkrankungen dieser Studie werden Cutoff Werte aus den Screeningverfahren der folgenden psychischen Konzepte verwendet.

- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)**
- **Impact of Events Scale - Revised (IES-R)**
- **Modified PTSD Symptom Scale (MPSS)²**
- **Prolonged Grief-13 (PG-13)³**

²Anmerkung: PTBS- Symptomatik wurde bei Angehörigen mit vor länger als sechs Monaten verstorbenen PatientInnen zusätzlich mit dem MPSS erhoben, um das Vorliegen einer PTBS separat zu erfassen.

³Anmerkung: PG-13 wurde nur vorgegeben, sofern die PatientInnen verstorben waren und die kritische Trauerzeit von mindestens sechs Monaten verstrichen war.

3.3.2 Prädiktorvariable

Die unabhängigen Prädiktorvariablen bilden die folgenden Messinstrumente:

- Belastungsgrad- ein Screening-Item aus dem soziodemografischen Fragebogen
- Hoffnung- **Integrative Hope Scale** (IHS)
- Bewältigungsstrategien- **Coping Inventory for Stressful Situations** (CISS)

3.3.3 Zusätzliche Variable

Zusätzlich werden folgende im soziodemografischen Fragebogen erhobenen Angaben für die statistischen Berechnungen verwendet:

- Alter (ab 18 Jahre)
- Geschlecht
- Familienstand
- Schulbildung
- Verhältnis zur PatientIn
- Kontaktzeit mit der Patientin
- Wohnverhältnisse
- gemeinsames Wohnen mit und ohne PatientIn
- Ausmaß der Pflegebetreuung
- Unterstützung durch andere Personen
- Kosten der Pflege
- Lebensunterhalt und Einkommenshöhe
- Sorgspflicht
- Erlebter Belastungsgrad
- Weitergabe der Information an Fachpersonal
- gegebenenfalls die Situation und Anwesenheit beim Versterben der PatientIn.

3.4 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die für diese Untersuchung verwendeten klinisch-diagnostischen Screeningverfahren, zu denen entsprechende Validitätsprüfungen vorliegen, vorgestellt. Die standardisierten Messinstrumente wurden in ihrer deutschen Übersetzung entsprechend vorgegeben. Es wurden zudem soziodemografische Daten erhoben.

3.4.1 Soziodemografischer Fragebogen

Die TeilnehmerInnen wurden gebeten, Angaben zu ihrer Person zu machen. Die folgenden Daten wurden erhoben mittels Soziodemografischem Fragebogen (siehe Anhang C) entnommen werden: Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnverhältnisse, höchste abgeschlossene Schulbildung, die Stellung im letztausgeübten Beruf, der derzeitige Lebensunterhalt und die Einkommenshöhe (Nettoangaben in Euro).

3.4.2 Screenings zu Depressivität und Angststörung

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) ist das in der palliativen Pflege meist verwendete Verfahren zur Erfassung des dimensional Schweregrads von Depression und Angstsymptomen (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011). Sie wurde von Herman-Lingen et al. für die medizinische Verlaufsbeurteilung bei PatientInnen mit psychosomatischer Morbidität entwickelt und hat folgende Charakteristika:

Der Gesamtsummenwert kann als Maß für die allgemeine psychische Beeinträchtigung eingesetzt werden. Es wird gezielt nur auf psychische Angst- und Depressionssymptome fokussiert, um eine Konfundierung durch somatische Komorbidität zu vermeiden. Erfasst werden auch leichtere Ausprägungen psychischer Störungen, die in der somatischen Medizin häufig vorliegen. Schwere psychopathologische Symptome werden bewusst ausgeklammert, was zur sehr hohen Akzeptanz des Verfahrens in den Zielgruppen beiträgt. Die 3. aktualisierte Auflage beinhaltet repräsentative Bevölkerungsnormen. Die HADS kann in der deutschen Version auch für Angehörige herangezogen werden. Das Inventar besteht aus 14 Items, das die psychische Verfassung bei Angst und Depression auf zwei verschiedenen Subskalen in einer kontinuierlichen Dimension mittels 4-stufiger Ratingskala abbilden sollen. (Hermann- Lingen et al., 2011)

Zigmond und Snaith (1983) schlugen Cutoff Werte für beide Subskalen vor. In den meisten Studien werden daher Werte von 8 bis 10 als kritische Werte und Werte darüber als valide betrachtet, um Diagnosen für Depressivität und Angststörung zu stellen. Es kann maximal ein Wert von 21 erreicht werden (Michopoulos et al.,

2008). Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 5 Minuten. Eine Erhebung mit HADS bildet die Standardmethode zur Erfassung von Angst und Depression und weist gute Reliabilitäten sowie gute interne Validitäten zwischen .67 bis .90 auf (Brands, Köhler, Stapert, Wade, & van Heugten, 2014).

3.4.3 Screenings zu PTBS

Der Impact of Events Scale - Revised (IES-R) ist ein 22-Item Selbsteinschätzungsinventar, das mittels der Angaben den subjektiv erlebten Grad der Stressbelastung infolge von traumatischen Ereignissen erfasst (Weiss & Marmar, 1997). Der IES-R nach Weiss et al. die revidierte Fassung des früheren 15-Item Fragebogens und gibt Subskalen an für Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal. Die Beantwortung nimmt eine Zeit von 5-10 Minuten in Anspruch. Es sollen eine spezifische stressbelastete Situation angegeben werden und, wie stark sie sich während der letzten sieben Tage durch dieses Ereignis belastet gefühlt haben (Weiss et al., 1997). Die Items werden auf einer 5-stufigen Rangskala von (0) *gar nicht* bis zu (4) *extrem belastet* beantwortet (Weiss et al., 1997). Die IES-R ermöglicht drei Subskalenindices und Cutoff Werte zwischen 22 bis 24 (Rash et al., 2008) bei Creamer, Bell & Failla (2003) hingegen liegt der Gesamtwert, mit der eine PTBS identifiziert wurde erst bei 33. Daher empfiehlt sich für diese Arbeit entsprechend der Besonderheiten der Stichprobe einen Wert an der oberen Grenze zu wählen. Zur Auswertung erlaubt bei Weiss et al. (1997) eine Regressionsgleichung aus den drei Subskalen das Vorliegen einer PTBS Diagnose abzuschätzen. Wenn der resultierende Wert > 0.0 beträgt, ist eine PTBS-Diagnose wahrscheinlich (Weiss et al., 1997). Die Sensitivität für eine PTBS-Diagnosestellung beträgt bei Maercker und Schützwohl (1998) 0.70 bzw. 0.76, ihre Spezifität 0.88 bzw. 0.90. Normwerte liegen nicht vor. Die IES-R vermag lediglich Angaben zu dem Grad des Stresserlebens in Verbindung mit traumatischen Ereignissen machen und weist ansprechende psychometrische Eigenschaften auf (Maercker et al., 1998). Für die Subskalen liegen die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) nach Maercker et al. bei .79 bis .90.

Die Modified PTSD Symptom Scale (MPSS) ist ein 17-Item Screeningverfahren zur Erfassung der Symptomatik einer PTBS (Spitzer, Abraham, Reschke, & Freyberger, 2001). Sie ist eine modifizierte Fassung der PTSD Symptom Scale (PSS), wobei Spitzer et al. zusätzlich den Schweregrad für jedes Item ermitteln. Der Fragebogen ist in 5 bis 10 Minuten beantwortbar. Die Befragten schätzen auf einer 4-stufigen Häufigkeitsskala von (0) *gar nicht* bis (3) *5-mal und öfter/ Woche* und auf einer

Intensitätsskala von (A) *gar nicht betroffen* bis (D) *extrem betroffen* ihre erlebte Symptomatik ein (Spitzer et al., 2001). Ein Cutoff Wert von 29 wird von Ruglass, Papini, Trub und Hien (2014) zur vorläufigen Diagnosestellung der PTBS vorgeschlagen; oder es können die Skalen zur Häufigkeit, Schweregrad und Gesamtwerte zur Erfassung der typischen Symptomatik für PTBS verwendet werden. Gesamtwerte liegen zwischen 0 bis 119 (Ruglass et al., 2014). Ein Gesamtwert von 71 und darüber in der Gesamtpopulation zeigt an, dass eine PTBS vorliegt und ein Wert von 46 und darüber zeigt in der klinischen Stichprobe bereits PTBS an (Falsetti et al., 1993). Die MPSS weist gute psychometrische Eigenschaften mit Cronbachs Alpha bei .88 bis .97 auf und wurde für die Diagnosestellung einer PTBS und ihrer Symptomatik sowie die Erfassung des Schweregrades von Spitzer et al. (2001) klinisch validiert. Dieses Verfahren wurde in einer zweiten Erhebung nur vorgegeben, sofern die PatientIn bereits verstorben war.

3.4.4 Fragebogen zu verlängerten Trauerreaktionen

Die Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13) ist ein 13-Item Verfahren und wurde im Hinblick auf die Beschreibungen des DSM-IV von Prigerson et al. (2009) entwickelt und validiert, in dem verlängerte Trauerreaktionen bei Verlust einer geliebten Person vor mindestens sechs Monaten als Kriterium der Dauer und ein weiteres Kriterium für dysfunktionale psychische Befindlichkeit zutreffen müssen. Die Items sind auf einer 5-stufigen Skala von (1) *gar nicht* bis (5) *immer* in ihrer Häufigkeit und Stärke der Trauer-Symptome zu beantworten (Prigerson et al., 2009). Sie ist das erste Selbstbeurteilungsverfahren, das nach Prigerson et al. die Symptome dieses noch schwierig einzuordnenden Störungsbildes der pathologischen Form der Trauer abzeichnet. Prigerson et al. fassen zusammen, dass über Studien hinweg als Cutoff Wert maximale Übereinstimmung bei einem Wert von 1 gefunden wurde. Für die Anerkennung einer verlängerten Trauer sollen gemäß Prigerson et al. (2009) fünf Kriterien erfüllt sein:

1. Der Verlust einer geliebten Person;
2. Trennungsschmerz, dazu sollen die Frage 1 oder 2 mit mindestens einmal täglichen Symptomen zutreffen;
3. Kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Symptome müssen mit den 3-11 zumindest mit einmal täglich oder ziemlich oft beantwortet werden;
4. Das Kriterium der Dauer von mindestens sechs Monaten nach der Verlusterfahrung muss in Frage 12 mit ja zutreffen,

5. Das Kriterium für signifikante Beeinträchtigung des sozialen Lebens und anderer wichtiger Lebensbereiche muss in Frage 13 mit ja für zutreffend beantwortet werden.

Ein Gesamtwert lässt sich über die Summe der Items 1-13 errechnen (He et al., 2014). Die PG-13 hat gute interne Konsistenzen und Validitäten zum Konstrukt und Kriterien, da Ähnlichkeiten in den Symptomen der Depression und PTBS bestehen (Prigerson et al., 2009). Die PG-13 erfordert zumeist weniger als 10 Minuten Bearbeitungszeit. Dieses Verfahren wurde in einer zweiten Erhebung nur vorgegeben, sofern die PatientIn bereits verstorben war.

3.4.5 Fragebogen zu Coping

Das Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) wurde als 24-Item Kurzversion der ursprünglich 48-Item Version vorgegeben. Die Beantwortungszeit beträgt ungefähr 10 Minuten. Die TeilnehmerInnen wurden befragt, wie sehr sie darum bemüht sind in einer Stresssituation Maßnahmen zur Bewältigung zu setzen und können auf einer Likertskala von (1) *gar nicht* bis (5) *sehr viel* antworten (Kälin, 1995). Mit drei Subskalen für Copingstrategien werden die im theoretischen Teil dieser Arbeit referierten Dimensionen erfasst: Aufgaben-orientiertes, Emotions-orientiertes und Vermeidungs-orientiertes Coping, wobei sich das Vermeidungs-orientierte Coping zusätzlich aus dem Zerstreuungsorientierten und dem Sozial-ablenkungs-orientierten Coping zusammensetzt (Kälin, 1995).

Jede Skala reicht von einem Minimalsummenscore von 0 bis zum Maximalwert von 28 (Mahler-Hutter, 2010). Die internen Konsistenzkoeffizienten liegen bei der Stichprobe junger Erwachsener für den problemorientierten Copingstil bei $\alpha = .75$, für den emotionsorientierten Copingstil bei $\alpha = .79$ (Endler & Parker, 1990). Das CISS ist ein valides sowie zuverlässiges Instrument zur Erfassung von Copingmechanismen (Brands et al., 2014).

3.4.6 Hoffnungsmessung

Die Integrative Hope Scale (IHS) ist ein 23 -Item Screeningverfahren und bildet die Antworten der Befragten auf einer sechsstufigen Likertskala von (1) *trifft gar nicht* zu bis (6) *trifft sehr zu* (Schränk et al., 2011). Für die Beantwortung werden die maximal 10 Minuten Zeit benötigt. Es können nach Schränk et al. (2011) Gesamtwerte als Summenwerte der jeweils zu den vier Subskalen Vertrauen und Zuversicht, Perspektive, Zukunftsausrichtung und Sozialorientiertheit errechnet werden. Die Gesamtsummenwerte liegen im Bereich zwischen 23 und 138, mit niedrigen Werten für eine geringe und mit höheren Werten für eine höhere Ausprägung in dem Konstrukt

Hoffnung (Schränk et al., 2011). Aus dieser Untersuchung gehen vier Dimensionen hervor, die Fragen zu allen drei ursprünglichen Skalen der Hoffnungsmessungen, darunter Snyders Hoffnungsskala (1991) erfassen. Schränk et al. (2012) fanden, dass die IHS das Konstrukt der Hoffnung in seiner gesamten Komplexität abbildet und gute konvergente und diskriminante Validitäten zeigt. Diese Studie bestätigte für die Hoffnungsskala gute psychometrische Eigenschaften in der Norm für die Gesamtbevölkerung und für Menschen mit schwerwiegenden mentalen Beeinträchtigungen auf. Die Werte für Cronbach's Alpha liegen bei .92, und die Retest-Reliabilität beträgt .85 (Schränk et al., 2012).

3.5 Statistische Datenauswertung

Die zur Auswertung der erhobenen Daten verwendeten deskriptiv- und inferenzstatistischen Analysen werden in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt. Die Beschreibungen für die statistischen Verfahren stammen aus Backhaus et al., 2006; Bortz & Döring, 2006; Bortz & Schuster, 2010; Bühl, 2008; Field, 2009; Fromm, 2005; Schermelleh-Engel & Werner, 2007; Schneider, Hommel & Brettner, 2010. Als Signifikanzniveau wurde vorab, entsprechend dem Fehler 1. Art, $\alpha = 5\%$ festgelegt. Im Rahmen der Hypothesentestungen wird demnach ein Ergebnis mit $p \leq .05$ als signifikant bezeichnet. Zur Beurteilung der praktischen Relevanz von Ergebnissen wird bei varianzanalytischen Verfahren die standardisierte Effektstärke η_p^2 , gemäß der Klassifikation nach Cohen (1988), angegeben, wobei Werte $\geq .01$ als klein, $\geq .06$ als mittel und $\geq .14$ als groß interpretiert werden.

3.5.1 Deskriptivstatistik

Für die deskriptivstatistischen Analysen wurden, je nach Skalenniveau der Variablen, entsprechende statistische Häufigkeiten und Anteilswerte anhand von Kreuztabellen sowie Mittelwerte und Standardabweichungen für die metrischen Daten angegeben. Die statistischen Kennwerte werden im Allgemeinen auf zwei Dezimalstellen gekürzt.

3.5.2 Inferenzstatistik

Die Anzahl der aufgrund einzelner fehlender Daten (*missing values*) auszuschließenden TeilnehmerInnen variierte je nach Skala und daher wird in den Analysen der zu untersuchenden Hypothesen jeweils eine gültige Fallzahl angeführt. Für die Prüfung der Hypothesen wurden geeignete inferenzstatistische Verfahren herangezogen.

3.5.3 Regressionsanalysen

Die Regressionsanalyse ermöglicht es im Allgemeinen, den Zusammenhang zwischen einer Zielvariablen und Einflussgröße X_i statistisch zu beschreiben, die Werte der Zielvariablen mittels der beobachteten Werte der Einflussvariablen zu schätzen bzw. die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines der Ereignisse zu berechnen (A. Schneider et al., 2010). Anhand der prognostischen Auftretenswahrscheinlichkeiten für die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Kategorie können diese Einflussvariablen als Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren mit erklärendem Wert identifiziert werden (A. Schneider et al., 2010). Die Voraussetzungen zur Durchführung dieser Analysen werden für die binäre logistische und die multiple lineare Regressionen getrennt dargelegt.

Binäre logistische Regression. Die binäre logistische Regression untersucht die Abhängigkeit einer dichotomen Ziel- Kriteriumsvariablen von einer oder mehreren Einflussvariablen (UV), die ein beliebiges Skalenniveau aufweisen können (Bühl, 2008). Als Voraussetzung einer binären logistischen Regression gilt, dass zwischen den Prädiktorvariablen keine Multikollinearität (Korrelation zwischen den UV) vorliegt, da sonst bedingt durch die möglichen Kovariatenmuster verzerrte Schätzungen und erhöhte Standardfehler auftreten können (Backhaus et al., 2006; Fromm, 2005). Erforderlich ist eine Fallzahl von mindestens 15 Fällen pro Gruppe, wobei mit der Zahl der Prädiktoren auch die Stichprobenzahl pro Gruppe steigt (Field, 2009). Bei diesem Verfahren handelt es sich um ein verallgemeinertes lineares Modell (generalized linear model), das die Schätzwerte der abhängigen Variablen nicht unmittelbar durch eine lineare Gleichung bestimmt, sondern in einen nicht-linearen Verlauf transformiert (Fromm, 2005). Es wird die Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Gruppenzugehörigkeit $p(y=1)$ betrachtet (Fromm, 2005). Der Vorteil einer logistischen Regression liegt in der Modellannahme, dass die Einflussgröße nicht eine proportionale Veränderung, sondern eine kontinuierliche der Zielvariablen erklärt (Fromm, 2005). Zur Interpretation wird daher bei Fromm (2005) das Vorzeichen der Prädiktorvariablen herangezogen und zur Bestimmung der Stärke des Einflusses verwendet man den so genannten Effekt-Koeffizienten $\exp(B)$. Dieser gibt, wie Fromm erläutert, den Faktor der Vervielfachung der Odds Ratio an, wenn sich die Prädiktorvariable um eine Einheit verändert. Ziel ist es, die Regressionskoeffizienten so zu schätzen, dass die Modellgleichung die dichotomen Ausprägungen der AV bestmöglich trennt (Fromm, 2005). Hierzu wird die Maximum-Likelihood-Methode verwendet, bei dem bestimmt wird, wie wahrscheinlich das Auftreten eines Kriteriums einer konkreten Stichprobe ist (Fromm, 2005).

Multiple lineare Regression. Die multiple Regressionsanalyse untersucht den gemeinsamen Erklärungswert mehrerer unabhängiger Variablen auf eine Ziel- bzw. Kriteriumsvariable (Bühl, 2008). Das Ergebnis dieser Analyse besteht in einer Modellgleichung zur Vorhersage von Werten dieser Zielvariablen. Der erklärte Varianzanteil R^2 gibt das Ausmaß der Modellanpassung an. Durch einen linearen Zusammenhang wird die Zielvariable aus den erklärenden unabhängigen Variablen (standardisierte Regressionskoeffizienten) geschätzt und vorhergesagt. Ziel der multiplen Regressionsanalyse ist es, diejenigen Faktoren in die Modellberechnungen einzuschließen, die tatsächlich einen Einfluss auf die Zielvariable haben und einen möglichst hohen Anteil erklären (A. Schneider et al, 2010). Mit den Methoden der Variablenselektion können entsprechende Modellanpassungen der Schätzungsgleichung vorgenommen werden. Jedoch sollte bei der Auswahl von Prädiktoren besser hypothesengeleitet vorgegangen werden, um eine α -Fehler-Inflation zu verhindern (Schermelleh-Engel et al., 2007). Zu den Voraussetzungen für die Berechnung der multiplen linearen Regression zählt der lineare Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable (Kriterium) und ihren Prädiktoren (Regressoren), damit die beobachteten Daten durch das geschätzte Modell bestmöglich rekonstruiert werden können (Field, 2009). Die multiple Regression erfordert Variablen auf Intervallskalenniveau oder kategorialem Niveau (Bühl, 2008). Die multivariate Regression erfordert wie bei Schermelleh-Engel et al. ebenso die Unkorreliertheit der erklärenden unabhängigen Variablen (keine Multikollinearität), dies wird mittels der Toleranzkoeffizienten geprüft. Hohe lineare Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren würden im Extremfall dazu führen, dass eine Einflussvariable aus den anderen Prädiktoren vorhersagbar und nicht mehr genau bestimmbar wäre (Schermelleh-Engel et al., 2007).

Als weitere Voraussetzungen gelten bei Field Homoskedastizität, d.h. die Streuung der Residuen in den verschiedenen Bereichen der unabhängigen Variablen ist konstant, und keine auffälligen Autokorrelationen der Residuen, welche die Korrelation mit den benachbarten Residuen über die Durbin-Watson Statistik anzeigt und bei einem Koeffizienten zwischen 0 und 4 eine Aussage über die Art der Korrelation trifft. Ein Wert von 2 bedeutet hier keine Autokorrelationen, ein Wert über 2 zeigt eine negative und ein Wert unter 2 eine positive Korrelation der Residuen an (Field, 2009).

Bei der Berechnung der multiplen Regressionsanalyse wird neben dem Korrelations- und Determinationskoeffizienten R^2 ein korrigierter R^2 -Wert angegeben (Schermelleh-Engel et al., 2007). Der t -Wert und die entsprechende Signifikanzangabe nach Schermelleh-Engel et al. sagen für jeden einzelnen Prädiktor aus, ob er einen signifikanten Beitrag

zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen leistet. Bei den Kollinearitätsstatistiken gibt der Toleranzwert, den (Schermelleh-Engel et al., 2007) berichten, an, wieviel Prozent der Varianz durch eine bestimmte Einflussgröße und nicht durch die anderen unabhängigen Variablen (UVs) erklärt werden kann ($1 - (R^2)$).

3.5.3.1 Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)

Mit der zweifaktoriellen Varianzanalyse kann der Einfluss zweier UVs auf eine AV gleichzeitig untersucht werden. Solche mehrfaktoriellen Analysen sind einzelnen univariaten ANOVA vorzuziehen, insbesondere bei einem Messwiederholungsdesign. Voraussetzungen für den Einsatz dieses Verfahrens sind die Homogenität der Varianzen, die mittels Levene-Test ein Signifikanzniveau $p < .05$ überprüft wird, sowie die Normalverteilung der AV (Field, 2009). Dabei muss bei Field die AV ein metrisches Skalenniveau aufweisen, während die unabhängigen Variablen nur nominalskaliert vorliegen dürfen. Neben den Haupteffekten kann mittels der zweifaktoriellen ANOVA die Wechselwirkung (bzw. Interaktion) zwischen den Faktoren der UV auf Signifikanz getestet werden (Field, 2009). Zur Identifizierung signifikanter Unterschiede wird die F-Statistik herangezogen, welche dann als signifikant gilt, wenn $p < .05$ (Field, 2009). Darüber hinaus wird das partielle Eta-Quadrat η_p^2 bestimmt, um nach Field (2009) die Effektstärke der Ergebnisse zu berücksichtigen. Hierzu wird der Anteil der Varianz an der Gesamtvarianz berechnet.

Nach Cohen (1988) ist $\eta_p^2 = .01$ ein schwacher Effekt, $\eta_p^2 = .06$ ein mittlerer Effekt und $\eta_p^2 = .14$ ein starker Effekt. Abschließend können Post-Hoc Analysen mit Bonferroni-Korrektur herangezogen werden, um Unterschiede zwischen einzelnen Mittelwerten untersuchen zu können; Signifikante Unterschiede gelten ab einem $p < .05$ (Field, 2009).

3.5.3.2 Produkt-Moment-Korrelation bzw. punktbiseriale Korrelation

Für Zusammenhangshypothesen wird die punktbiseriale Korrelation (r_{pb}) herangezogen, sofern die eine Variable dichotom ist und die andere Variable zumindest ein Intervallskalenniveau aufweist (Bortz et al., 2006). Wenn beide Variablen einem metrischen Datenniveau unterliegen, kann nach Bortz et al. der Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation herangezogen werden. Der Korrelationskoeffizient kann prinzipiell Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Des Weiteren kann das Bestimmtheitsmaß B (R^2) als Indikator für jede Korrelation angegeben werden, um den erklärten Varianzanteil der Variable A durch die Variable B anzuzeigen (Bortz et al., 2006). Der Signifikanztest für die punktbiseriale Korrelation entspricht nach Bortz et al. dem t-Test für unabhängige Stichproben. Für die Korrelation sind keine

Kausalitätsannahmen zu treffen, da unbekannt ist, ob die Richtung der Korrelation durch eine dritte Variable beeinflusst wurde (Bortz et al., 2006).

3.6 Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten aufgeteilt nach den demografischen und klinisch-relevanten Aspekten, zusammengefasst dargestellt.

3.6.1 Soziodemografische Variablen

Nachdem die Daten für die vorliegende Studie strukturiert sowie auf Vollständigkeit kontrolliert worden waren, verringerte sich der Stichprobenumfang auf $N = 80$ Personen, von denen 38 Angehörige zum zweiten Messzeitpunkt weiterhin Pflegebetreuung leisteten. Demgegenüber gaben 42 Angehörige an, dass ihre PatientInnen zwischenzeitlich verstorben waren und somit kein Pflegebedarf mehr bestand.

Die Stichprobe der vorliegenden Studie wird, unter Berücksichtigung der Geschlechter und in den Angehörigengruppen mit und ohne Verlusterfahrung (Tod der PatientIn), beschrieben.

Altersverteilung nach Geschlecht. Die Stichprobe setzte sich zu 66,3% (53 von 80) aus weiblichen Angehörigen und zu 33,8 % (27 von 80) aus männlichen Angehörigen zusammen. Das Alter der pflegenden Angehörigen, das auf Grundlage des erhobenen Geburtsdatums exakt berechnet werden konnte, lag mit einem Mittelwert bei 53.88 ($SD = 13.96$) Jahren. Die jüngste Angehörige wies ein Alter von 22.87 Jahren auf und der älteste Angehörige war 85.24 Jahre alt (siehe Tabelle 1). Mittels t -test für unabhängige Stichproben wurden die Mittelwerte für das Alter der weiblichen und männlichen Angehörigen verglichen; die Prüfgröße fiel mit $t(78) = 1.59$, $p = .115$ nicht signifikant aus, womit das Lebensalter von männlichen und weiblichen pflegenden Angehörigen als vergleichbar angenommen werden konnte.

Tabelle 1

<i>Kennwerte des Lebensalters in Abhängigkeit des Geschlechts</i>							
Geschlecht	N	%	M	SD	Min	Max	Mdn
männlich	27	33,8%	57.32	15.11	24.46	85.24	60.05
weiblich	53	66,2%	52.12	13.14	22.87	77.57	51.96
Insgesamt	80	100%	53.88	13.96	22.87	85.24	53.56

Familienstand. Der Familienstand der Angehörigen wurde in Abhängigkeit vom Geschlecht beschrieben und wie folgt, in Tabelle 2, dargestellt. Von den 80 pflegenden

Angehörigen waren die meisten in einer Partnerschaft (79,7 %), unter den Männern waren es 24 von 27 (88,9 %) und den weiblichen Angehörigen 39 von 52 (75 %). Von einer Person war die entsprechende Angabe nicht vorliegend.

Tabelle 2

Häufigkeiten und relative Anteile zum Familienstand der Angehörigen in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht		Familienstand				Gesamt
		ledig / alleinstehend	in Partnerschaft	geschieden / getrennt	verwitwet	
männlich	Anzahl	1	24	1	1	27
	%	3,7%	88,9%	3,7%	3,7%	100,0%
weiblich	Anzahl	3	39	5	5	52
	%	5,8%	75,0%	9,6%	9,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	4	63	6	6	79
	%	5,1%	79,7%	7,6%	7,6%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 1.84, $p = .632$ nicht signifikant aus; es konnte kein Verteilungsunterschied im Familienstand hinsichtlich des Geschlechts beobachtet werden.

Wohnverhältnisse. Bei der Darstellung der Wohnverhältnisse der pflegenden Angehörigen wird zwischen den Angehörigengruppen (Verlust und ohne) differenziert (siehe Tabelle 3). Insgesamt lebten knapp die Hälfte der Angehörigen (46,8%) mit ihren LebenspartnerInnen und etwas über ein Drittel (35%) mit ihren Familien zusammen. Von einer Person war die entsprechende Angabe nicht vorliegend.

Tabelle 3

Häufigkeiten und relative Anteile der Wohnverhältnisse in Abhängigkeit der Angehörigengruppen

Angehörigengruppe		Wohnverhältnisse					Gesamt
		alleine	mit PartnerIn	mit Familie	in einem Haus	andere	
ohne Verlust	Anzahl	5	17	14	1	0	37
	%	13,5%	45,9%	37,8%	2,7%	0,0%	100,0%
Verlust	Anzahl	5	20	14	0	3	42
	%	11,9%	47,6%	33,3%	0,0%	7,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	10	37	28	1	3	79
	%	12,7%	46,8%	35,4%	1,3%	3,8%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 3.56, p = .495 nicht signifikant aus; es konnte kein Verteilungsunterschied in den Wohnverhältnissen bezüglich der Angehörigengruppen festgestellt werden.

Schulbildung. Die Gesamtstichprobe wurde hinsichtlich der Schulbildung zwischen Männern und Frauen verglichen. Von einer weiblichen Person war die entsprechende Angabe nicht vorliegend (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Häufigkeiten und relative Anteile für die höchst abgeschlossene Schulbildung nach Geschlecht

Geschlecht		Schulbildung					Gesamt
		Pflicht schule	Berufs schule	Berufs bildende Schule	Matura	Uni/ FH	
männlich	Anzahl	0	15	3	5	4	27
	%	0,0%	55,6%	11,1%	18,5%	14,8%	100,0%
weiblich	Anzahl	5	14	18	9	6	52
	%	9,6%	26,9%	34,6%	17,3%	11,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	29	21	14	10	79
	%	6,3%	36,7%	26,6%	17,7%	3,8%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 10.15, p = .031 signifikant aus; es konnte ein Verteilungsunterschied in der höchst abgeschlossenen Schulbildung hinsichtlich der Geschlechter beobachtet werden. Unter Berücksichtigung der standardisierten Residuen kann angenommen werden, dass auffällig weniger männliche Angehörige eine berufsbildende schulische Ausbildung absolviert hatten. Demgegenüber wiesen männliche Angehörige zu mehr als der Hälfte mit 55,6% eine Berufsschule als höchst abgeschlossene Schulbildung auf.

Beruf. Bezüglich des Verteilungsunterschieds im derzeit oder zuletzt ausgeübten Beruf in Abhängigkeit der Geschlechter wurde eine Kreuztabelle erstellt (siehe Tabelle 5). Von zwei weiblichen Personen waren die entsprechenden Angaben nicht vorliegend.

Tabelle 5

Häufigkeiten und relative Anteile für die berufliche Stellung nach Geschlecht

Geschlecht		berufliche Stellung					Gesamt
		ArbeiterIn	Angestellte/r	Beamte/r	Selbstständig	sonstiges	
männlich	Anzahl	0	11	8	8	0	27
	%	0,0%	40,7%	29,6%	29,6%	0,0%	100,0%
weiblich	Anzahl	2	37	4	6	2	51
	%	3,9%	72,5%	7,8%	11,8%	3,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	2	48	12	14	2	78
	%	2,6%	61,5%	15,4%	17,9%	12,7%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 12.37, $p = .005$ signifikant aus; es konnte ein Verteilungsunterschied in der beruflichen Stellung hinsichtlich der Geschlechter beobachtet werden. Unter Berücksichtigung der standardisierten Residuen kann angenommen werden, dass Frauen häufiger (72,5 %) in einem Angestelltenverhältnis standen, während die männlichen Angehörigen häufiger (59,2 %) Beamte und selbstständig waren.

Lebensunterhalt. Beim aktuellen Lebensunterhalt von Angehörigen wird ebenfalls zwischen Männern und Frauen unterschieden (siehe Tabelle 6). Knapp über die Hälfte der männlichen Angehörigen (51,9 %) waren in Pension. Bei den Frauen waren 25 % Pensionistinnen. 48,1 % Männer gaben an, berufstätig zu sein. Der Anteil der berufstätigen Frauen betrug 53,8 %. Von einer weiblichen Person war die entsprechende Angabe nicht vorliegend.

Tabelle 6

Häufigkeiten und Anteile für den derzeitigen Lebensunterhalt in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht		Derzeitiger Lebensunterhalt							Gesamt
		Berufstätig	Krankenstand	Ausbildung	Haushalt	Pension	Sozialhilfe	sonstiges	
männlich	Anzahl	13	0	0	0	14	0	0	27
	%	48,1%	0,0%	0,0%	0,0%	51,9%	0,0%	0,0%	100,0%
weiblich	Anzahl	28	1	1	5	13	1	3	52
	%	53,8%	1,9%	1,9%	9,6%	25,0%	1,9%	5,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	41	1	1	5	27	1	3	79
	%	51,9%	1,3%	1,3%	6,3%	34,2%	1,3%	3,8%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 8.51, $p = .115$ nicht signifikant aus; es konnte kein besonderer Verteilungsunterschied im Lebensunterhalt hinsichtlich des Geschlechts beobachtet werden, wenngleich die

standardisierten Residuen auf einen höheren Anteilswert von Männern im Ruhestand hinweisen.

Einkommen. Das monatliche Nettoeinkommen der Angehörigen wird in einem sechsstufigen Klassifikationssystem erfasst. Von 2 weiblichen Personen waren die entsprechenden Angaben nicht vorliegend (siehe Tabelle 7). Der größte Anteil der befragten Männer gab zu einem Drittel (9 von 27) an im Monat über 2.000€ bis 3.000€ netto zu verfügen. Die meisten Frauen, 14 von 51 (27,5 %), bezogen ein Einkommen zwischen 1.500€ bis 2.000€ im Monat.

Tabelle 7

Häufigkeiten und Anteile über das Nettoeinkommen der pflegenden Angehörigen nach Geschlecht

Geschlecht		Kategorie in €						Gesamt
		1	3	4	5	6		
männlich	Anzahl	1	4	6	9	6	1	27
	%	3,7%	14,8%	22,2%	33,3%	22,2%	3,7%	100,0%
weiblich	Anzahl	5	10	14	12	8	2	51
	%	9,8%	19,6%	27,5%	23,5%	15,7%	3,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	41	1	1	5	27	1	3
	%	7,7%	17,9%	25,6%	26,9%	17,9%	3,8%	100,0%

1 bis 1.000 - 2 1.000 bis 1.500 - 3 1.500 bis 2.000 - 4 2.000 bis 3.000 - 5 3.000 bis 5.000 - 6 mehr als 5.000 €

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 2.55, p = .852 nicht signifikant aus; es konnte kein Verteilungsunterschied im Haushaltseinkommen hinsichtlich des Geschlechts beobachtet werden.

3.6.1.1 Pflegezeit- und Betreuungsvariablen

Im folgenden Teil werden die Angaben hinsichtlich der Pflegebetreuung und -belastung beschrieben: Dazu zählen das Verhältnis zwischen den pflegenden Angehörigen und ihren PatientInnen, die Frage, ob die befragten Angehörigen gemeinsam mit den PatientInnen wohnen, ob sie generell Unterstützung in der Pflegetätigkeit annehmen, damit verbunden auch die Frage der Sorgspflicht, und welcher finanzielle Aufwand durch die Pflegebetreuung für sie entstanden ist. Des Weiteren werden für diese Stichprobe die Kontaktzeit mit den PatientInnen und die aktive Betreuungszeit pro

Woche, die bisherige Dauer der Pflege beschrieben, sowie auch den selbsteingeschätzten Belastungsgrad der pflegenden Angehörigen und diesbezüglich der Wunsch der im Rahmen dieser Studie erhobenen Screeningergebnisse an das Fachpersonal der entsprechenden Klinik weiterzugeben, fortlaufend als Weitergabe bezeichnet.

Verhältnis zu den Krebsbetroffenen. Die Mehrheit der pflegenden Männer (74 %) waren die Lebenspartner der Patientinnen. Bei den weiblichen Angehörigen waren die meisten (43,4 %) die Lebenspartnerinnen und (41,5 %) hatten ein von Krebs betroffenes Elternteil gepflegt (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8

Häufigkeiten und Anteile zum Verwandtschaftsverhältnis zwischen Angehörigen und PatientInnen nach Geschlecht

Geschlecht		Verhältnis zur PatientIn						Gesamt
		PartnerIn	Kind	Geschwister	Eltern	FreundIn/ Bekannte/r	sonstige	
männlich	Anzahl	20	5	1	0	1	0	27
	%	74,1%	18,5%	3,7%	0,0%	3,7%	0,0%	100,0%
weiblich	Anzahl	23	22	0	2	3	3	53
	%	43,4%	41,5%	0,0%	3,8%	5,7%	5,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	43	27	1	2	4	3	80
	%	53,8%	33,8%	1,2%	2,5%	5,0%	3,8%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 9.46, $p = .045$ signifikant aus; es konnte ein Verteilungsunterschied im Verhältnis zur gepflegten Person zwischen Männern und Frauen festgestellt werden; Männer kamen häufiger für die Pflege der PartnerInnen auf.

Gemeinsames Wohnen. Auf die Frage, ob die befragten Angehörigen gemeinsam mit den krebskranken PatientInnen in einem Haushalt lebten (siehe Tabelle 9), antwortete die Mehrheit der Frauen und Männer mit „ja“.

Tabelle 9

Häufigkeiten und relative Anteile zum Gemeinsamen Wohnen mit den PatientInnen nach Geschlecht

Geschlecht		gemeinsames Wohnen		Gesamt
		nein	ja	
männlich	Anzahl	7	20	27
	%	25,9%	74,1%	100,0%
weiblich	Anzahl	23		
	%	52,8%	47,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	35	45	
	%	43,8%	56,2%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 5.20, p = .032 signifikant aus; es konnte ein Verteilungsunterschied im hinsichtlich des Geschlechts beobachtet werden. Unter Berücksichtigung der standardisierten Residuen kann angenommen werden, dass Frauen auffällig häufiger (52,8 %) nicht mit den PatientInnen in einem Haushalt lebten als Männer, wobei die männlichen Angehörigen zu 74,1 % gemeinsam mit den PflegepatientInnen lebten.

Unterstützung. Die Ergebnisse zur alleinigen oder unterstützten Pflegebetreuung werden im Verlauf der Pflegebetreuung, zum zweiten Erhebungszeitpunkt, getrennt nach den Geschlechtern und der Angehörigengruppe dargestellt (siehe Tabelle 10). Auf die Frage, ob die pflegenden Angehörigen Unterstützung durch andere Personen annahmen oder alleine den Betreuungsaufgaben nachgingen, antworteten fast alle Männer (92,3 % ohne Verlust, 92,9 % Verlust) und Frauen (88 % ohne Verlust, 89,3 % Verlust) $N= 80$ unabhängig davon, ob sie weiterhin die PatientInnen pflegten, dass sie keine Unterstützung hatten.

Tabelle 10

Häufigkeiten und Anteile zur Unterstützung durch andere Personen bei der Pflegebetreuung nach Geschlecht und Angehörigengruppe

				Unterstützung durch andere		Gesamt
Angehörigengruppe				nein	ja	
Ohne Verlust	Geschlecht	männlich	Anzahl	12	1	13
			%	92,3%	7,75%	100,0%
		weiblich	Anzahl	22	3	25
			%	88,8%	12,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	34	4	38	
		%	89,5%	10,4%	100,0%	
Verlust	Geschlecht	männlich	Anzahl	13	1	14
			%	92,9%	7,1%	100,0%
		weiblich	Anzahl	25	3	28
			%	89,3%	10,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	38	4	42	
		%	90,5%	9,5%	100,0%	

Die Prüfgrößen, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, für den Verteilungsunterschied der Geschlechter in den beiden Teilstichproben der Angehörigengruppen ohne Verlust fielen mit $x^2 = 0.17$, $p = .681$ und bei Verlust mit $x^2 = 0.14$, $p = .710$ nicht signifikant aus. Es konnten keine Unterschiede zwischen den Männern und Frauen, gleichgültig, ob sie ihre PatientInnen verloren hatten oder weiterhin Pflegebetreuung leisteten, beobachtet werden.

Sorgepflicht. Die Bereitschaft bzw. Verpflichtung der Angehörigen, für ihre PflegepatientInnen zu sorgen, wurde nach Geschlecht differenziert betrachtet und abhängig davon, ob sie eine alleinige oder unterstützte Pflegebetreuung geleistet haben (siehe Tabelle 11).

Unter allen männlichen pflegenden Angehörigen hatten 26 von 27 (96,3 %) keine Unterstützung durch andere Personen, hiervon waren 20 (76,9 %) der Meinung, dass Angehörige selbstverständlich die Sorgepflicht hatten, sich um ihr krebskrankes Familienmitglied zu kümmern. Bei den weiblichen Angehörigen dieser Stichprobe hatten 47 von 53 (88,68 %) keine Unterstützung durch andere Personen, hiervon waren 38 (80,9 %) überzeugt, dass Angehörige die Sorge für ihre zu pflegenden Familienmitglieder trugen.

Tabelle 11

Häufigkeiten und Anteile zur Sorgepflicht Angehöriger nach Geschlecht und in Abhängigkeit Unterstützung anzunehmen

Unterstützung			Sorgepflicht der Angehörigen				Gesamt
			Ja, auf jeden Fall		Eher ja	Nicht unbedingt	
nein	Geschlecht	männlich	Anzahl %	20 76,9%	5 19,2%	1 3,8%	26 100,0%
		weiblich	Anzahl %	38 80,9%	7 14,9%	2 4,3%	47 100,0%
	Gesamt	Anzahl %	58 34	12 45	3 4	73 100,0%	
ja	Geschlecht	männlich	Anzahl %	1 100,0%	- -	- -	- -
		weiblich	Anzahl %	6 100,0%	- -	- -	- -
	Gesamt	Anzahl %	58 100,0%	- -	- -	- -	

Die Prüfgröße fiel für nicht Unterstützte mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 0.47, $p = .884$ nicht signifikant aus; eine Gleichverteilung von Männern und Frauen hinsichtlich der Sorgepflicht der Angehörigen konnte angenommen werden. Für die Unterstützten konnte diese Prüfung eines Verteilungsunterschiedes aufgrund der zu niedrigen Häufigkeiten nicht berechnet werden.

Finanzieller Mehraufwand (Kosten). Die monatlichen Ausgaben im Rahmen der Pflegebetreuung wurden in einem siebenstufigen Kategoriensystem erfasst. Von insgesamt 80 TeilnehmerInnen dieser Studie waren die Angaben von 68 vorliegend (siehe Tabelle 12). Fast ein Drittel der Frauen (28,6 %), gaben an, schätzungsweise 100 € bis 250 €, Ausgaben zu haben. Bei den männlichen Angehörigen hatten

nahezu ein Drittel (30,8 %) einen finanziellen Mehraufwand von 100 € bis 250 € monatlich.

Tabelle 12

Häufigkeiten und relative Anteile für Pflegekosten der Angehörigen nach Geschlecht

Geschlecht	Kategorie in €								Gesamt
		1	2	3	4	5	6	7	
männlich	Anzahl	5	2	8	6	3	2	0	26
	%	19,2%	7,7%	30,8%	23,1%	11,5%	7,7%	0,0%	100,0%
weiblich	Anzahl	10	7	12	8	2	1	2	42
	%	23,8%	16,7%	28,6%	19,0%	4,8%	2,4%	4,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	15	9	20	14	5	3	2	68
	%	22,1%	13,2%	29,4%	20,6%	7,4%	4,4%	2,9%	100,0%

1 bis 50 - 2 50 bis 100 - 3 100 bis 250 - 4 250 bis 500 - 5 500 bis 750 - 6 750 bis 1.000 - 7 mehr als 1.000 €

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 4.27, p = .669 nicht signifikant aus; es konnte kein Verteilungsunterschied in Abhängigkeit vom Geschlecht beobachtet werden.

Zusätzlich wurde geprüft, ob die Kosten zum zweiten Erhebungszeitpunkt ($n = 33$, gültigen Fällen der Teilstichprobe) für diejenigen Männer und Frauen, die weiterhin pflegten, gleichverteilt war (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13

Häufigkeiten und relative Anteile für die Kosten der Pflegenden (ohne Verlust) zum 2. Zeitpunkt

Geschlecht	Kategorie in €								Gesamt
		1	2	3	4	5	6	7	
männlich	Anzahl	1	2	2	0	4	2	0	11
	%	9,1%	18,2%	18,2%	0,0%	36,4%	18,2%	0,0%	100,0%
weiblich	Anzahl	9	1	2	6	2	1	1	22
	%	40,9%	4,5%	9,1%	27,3%	9,1%	4,5%	4,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	10	3	4	6	6	3	1	33
	%	30,3%	9,1%	12,1%	18,2%	18,2%	9,1%	3,0%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 12.19, p = .021 signifikant aus; es konnte ein Verteilungsunterschied zwischen den Geschlechtern zum zweiten Erhebungszeitpunkt festgestellt werden. Männer hatten im Follow-up im Vergleich zu Frauen, die pflegten, bedeutend häufiger einen hohen finanziellen Aufwand von über 250€ monatlich zu leisten.

Kontaktzeit. Von allen 80 pflegenden Angehörigen liegen Angaben zur Kontaktzeit vor (siehe Tabelle 14). Die Mehrheit der männlichen Angehörigen (66,7 %) verbrachten über 40 Stunden die Woche Zeit mit den PatientInnen. Bei den Frauen sind es knapp über die Hälfte (54,7 %), die mehr als 40 Stunden die Woche Kontakt zu den PatientInnen hatten.

Tabelle 14

Häufigkeiten und Anteilswerte der Kontaktzeit zu den PatientInnen

Geschlecht		Kontaktzeit in h / pro Woche					Gesamt
		<10	10 bis 20	20 bis 30	30 bis 40	>40	
männlich	Anzahl	3	5	1	0	18	27
	%	11,1%	18,5%	3,7%	0,0%	66,7%	100,0%
weiblich	Anzahl	8	13	2	1	29	53
	%	15,1%	24,5%	3,8%	1,9%	54,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	11	18	3	1	47	80
	%	13,8%	22,5%	3,8%	1,2%	58,8%	

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 1.53, p = .920 nicht signifikant aus; eine Gleichverteilung der Stichproben von Männern und Frauen hinsichtlich der Kontaktzeit mit den PatientInnen konnte angenommen werden.

Betreuungszeit. Die Angehörigen, die sich im Speziellen um die Pflege der palliativen KrebspatientInnen kümmerten, werden in Abbildung 1 nach ihrem Verhältnis zur PatientIn und ihrem Betreuungsausmaß dargestellt.

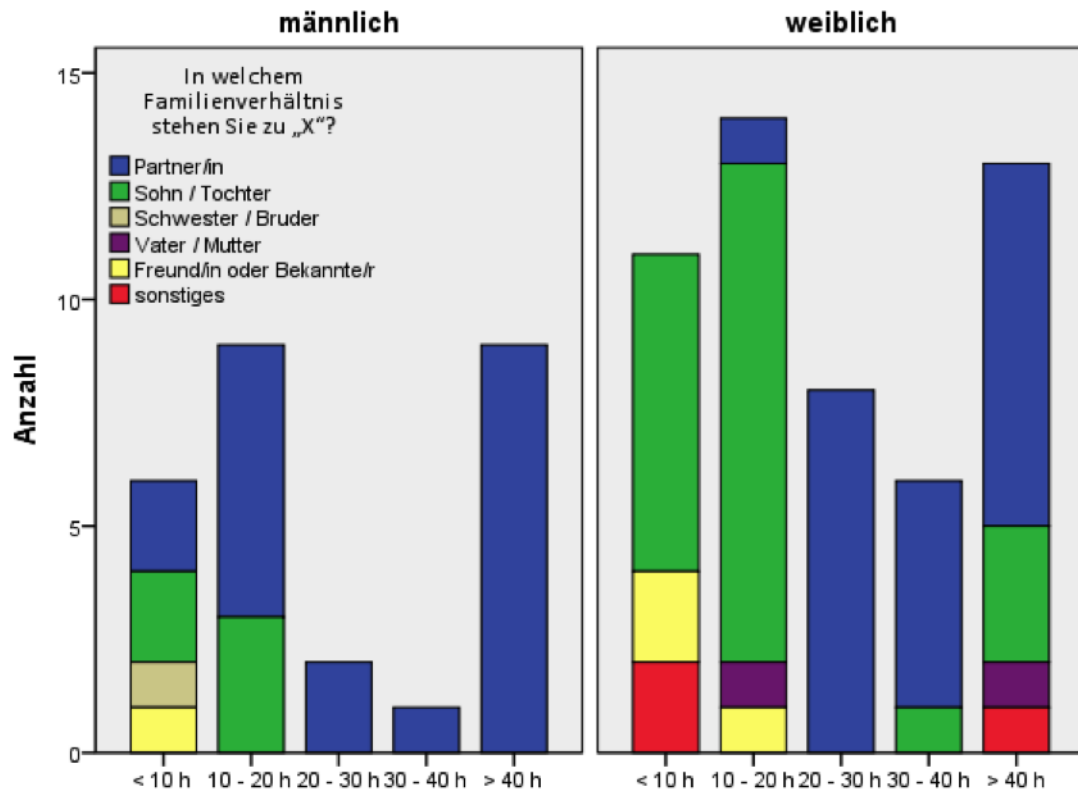


Abbildung 1

Balkendiagramm zur Betreuungszeit im Stundenausmaß/ pro Woche und abhängig vom Familienverhältnis

Anhand der Häufigkeiten für das reale Betreuungsausmaß der Angehörigen dieser Stichprobe wird deutlich, dass die Gruppe der weiblichen Angehörigen im Vergleich zu den männlichen Angehörigen heterogener war und ein relativ höheres Stundenausmaß für die Pflegetätigkeiten investiert wurde. Um diese Geschlechterverteilung zu überprüfen, wurden die Angaben der Angehörigen im Zeitverlauf Pflegebetreuung deskriptiv ausgewertet (siehe Tabelle 15). Es waren zum ersten Erhebungszeitpunkt von insgesamt 79 Befragten- mit einem fehlenden Wert in der weiblichen Stichprobe- ein Drittel der pflegenden Männer und ein Viertel der Frauen über 40h die Woche aktiv mit diversen Betreuungstätigkeiten (Pflege, Versorgung und Unterstützung) beschäftigt.

Tabelle 15

Häufigkeiten und Anteile zum Ausmaß der Betreuungszeit in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht		Betreuungszeit in h/ pro Woche					Gesamt
		<10	10 bis 20	20 bis 30	30 bis 40	>40	
männlich	Anzahl	6	9	2	1	9	27
	%	22,2%	33,3%	7,4%	3,7%	33,3%	100,0%
weiblich	Anzahl	11	14	8	6	13	52
	%	21,2%	26,9%	15,4%	11,5%	25,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	17	23	10	7	22	79
	%	21,5%	29,1%	12,7%	27,8%		100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 2.61, p = .645 nicht signifikant aus; eine Gleichverteilung der Stichproben von Männern und Frauen hinsichtlich der Betreuungszeit der Krebskranken konnte angenommen werden.

Betreuungsgruppe zum 2. Erhebungszeitpunkt. Angehörige, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt weiterhin ihre Familienmitglieder pflegten, bildeten die Gruppe ohne Verlust, bestehend $n = 36$ gültigen Fällen der Teilstichprobe (siehe Tabelle 16). Davon betreuten die meisten Männer (41,7 %) die krebsbetroffenen PflegepatientInnen über 40 Stunden die Woche und von den Frauen davon waren die meisten (45,8 %) unter 10 Stunden beschäftigt.

Tabelle 16

Häufigkeiten und Anteile zur Betreuungszeit pro Woche bei weiblichen und männlichen Angehörigen zum zweiten Erhebungszeitpunkt

2. Zeitpunkt (ohne Verlust)		Betreuungszeit in h/ pro Woche					Gesamt
		<10	10 bis 20	20 bis 30	30 bis 40	>40	
männlich	Anzahl	2	1	2	2	5	12
	%	16,7%	8,3%	16,7%	16,7%	41,7%	100,0%
weiblich	Anzahl	11	5	2	1	5	24
	%	45,8%	20,8%	8,3%	4,2%	20,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	13	6	4	3	10	36
	%	36,1%	16,7%	11,1%	8,3%		100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 5.86, p = .171 nicht signifikant aus; es können keine Verteilungsunterschiede in der Pflege- und Betreuungszeit der palliativen KrebspatientInnen zwischen den Geschlechtern zum zweiten Erhebungszeitpunkt beobachtet werden.

Pflegedauer. Die Ergebnisse für die Pflegedauer werden zwischen pflegenden Frauen und Männern zum ersten Erhebungszeitpunkt mit $N = 80$ verglichen (siehe Tabelle 17). Fast ein Drittel (29,6 %) Männer und etwa gleich viele Frauen (22,6 %) gaben an, dass sie seit über drei Jahren schon Pflegebetreuung für ihre krebserkrankten PatientInnen leisteten.

Tabelle 17

Häufigkeiten und relative Anteile für die bisherige Pflegedauer der Angehörigen nach Geschlecht

Geschlecht		bisherige Pflegedauer in Jahren							Gesamt
		$\leq \frac{1}{2}$	$\frac{1}{2} - 1$	$1 - 1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2} - 2$	$2 - 2\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2} - 3$	> 3	
männlich	Anzahl	6	7	3	1	1	1	8	27
	%	22,2%	25,9%	11,1%	3,7%	3,7%	3,7%	29,6%	100,0%
weiblich	Anzahl	13	11	7	6	2	2	12	53
	%	24,5%	20,8%	13,2%	11,3%	3,8%	3,8%	22,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	19	18	10	7	3	3	20	80
	%	23,8%	22,5%	12,5%	8,8%	3,8%	3,8%	25,0%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 2.13, $p = .951$ nicht signifikant aus; es können keine Verteilungsunterschiede in der Pflegedauer von Frauen und Männern Erhebungszeitpunkt festgestellt werden.

Weitergabe der Ergebnisse. Ob pflegende Angehörige prinzipiell wollten, dass sie bei bzw. aufgrund ihrer Belastungssymptomatik an fachkompetente TherapeutInnen weitergeleitet werden, wurde in beiden Angehörigengruppen, sowohl bei Männern als auch Frauen, gleichermaßen befürwortet. Die folgende Tabelle 18 zeigt die Anteilswerte von $n = 64$ Angehörigen zum zweiten Erhebungszeitpunkt.

Tabelle 18

Häufigkeiten und relative Anteile zur Weitergabe der Studienergebnisse nach Geschlecht und Angehörigengruppe

Angehörigengruppe				Weitergabe der Ergebnisse		Gesamt
Zum 2. Zeitpunkt				nein	ja	
Ohne Verlust	Geschlecht	männlich	Anzahl	2	8	10
			%	20,0%	80,0%	100,0%
		weiblich	Anzahl	3	15	18
			%	16,7%	83,3%	100,0%
Verlust	Geschlecht	männlich	Anzahl	2	11	13
			%	15,4%	84,6%	100,0%
		weiblich	Anzahl	0	23	23
			%	0,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Geschlecht	männlich	Anzahl	4	19	23
			%	17,4%	82,6%	100,0%
		weiblich	Anzahl	3	38	41
			%	7,3%	92,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		7	57	64
		%		10,9%	89,1%	100,0%

Die Prüfgrößen fielen mit (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) für die Gruppe ohne Verlust mit $\chi^2 = 0.05$, $p = .825$ und für jene mit Verlust mit $\chi^2 = 3.75$, $p = .053$ nicht signifikant aus. Insgesamt waren 89,1 % der Angehörigen nach einer längeren Pflegedauer bereit ihre Ergebnisse an das Fachpersonal der Klinik weiterzugeben. Der Wunsch zur Weitergabe der Ergebnisse wurde mittels punktbiserialer Korrelation auf den Zusammenhang zwischen beiden Erhebungszeitpunkten überprüft, welcher für den Korrelationskoeffizienten mit $r = .404$ bei $p = .003$ ($n = 53$, Teilstichprobe) mittelgradig positiv ausfiel. Eine mittlere hohe Korrelation bedeutet hier einen Hinweis auf Meinungsstabilität der Angehörigen zwischen den Angaben der ersten und zweiten Erhebung.

3.6.1.2 Prädiktoren für psychiatrische Erkrankungen

Die im Rahmen dieser Studie interessierenden Einflussfaktoren, die Belastung durch Pflege, Bewältigungsstrategien (Coping) und Hoffnung, sind theoriegeleitete Prädiktoren, deren Erklärungswert auf die Entstehung und das Vorliegen von Depression, Angst- und PTBS untersucht wird. Im Folgenden wird dargestellt, wie die Stichprobe in Bezug auf diese Variablen verteilt war.

Belastungsgrad. Wie stark sich Angehörige durch die Pflegebetreuung auf einer Skala von (1) *sehr niedrig* bis (10) *sehr hoch* belastet fühlten, wird im Folgenden nach Geschlecht und Erhebungszeitpunkt, anschließend nach den Angehörigengruppen differenziert beschrieben.

Mittels zweifaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde die Unterschiedlichkeit zwischen den Geschlechtern und die Veränderung im Zeitverlauf geprüft. Die Homogenität der Varianzen konnte zu beiden Messzeitpunkten angenommen werden, (p 's $> .05$). Die männlichen Angehörigen gaben zum ersten Erhebungszeitpunkt einen durchschnittlichen Belastungsgrad von ($M = 5.26$, $SD = 2.68$) einer mittelgradigen Belastung an (siehe Tabelle 19), die weiblichen Angehörigen waren mit ($M = 7.08$, $SD = 2.50$) stärker belastet. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt ist die durchschnittliche Belastung bei den Männern auf ($M = 6.19$, $SD = 2.78$) gestiegen, bei den Frauen ist sie mit ($M = 6.62$, $SD = 2.70$) geringer geworden.

Tabelle 19

Vergleich der Mittelwerte für den Belastungsgrad von Frauen und Männern im Verlauf der Pflege

Belastungsgrad (Skala 1-10)		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Zeitpunkt	männlich	27	5.26	2.68
	weiblich	52	7.08	2.50
2. Zeitpunkt	männlich	26	6.19	2.78
	weiblich	53	6.62	2.70

Die Prüfgröße für die Interaktion aus Zeit x Geschlecht fiel mit $F(1, 76) = 4.38$, $p = .040$ ($\eta_p^2 = .055$) signifikant aus, so dass mit nachfolgenden t -Tests für unabhängige Stichproben dieser Wechselwirkungseffekt differenziert zu interpretieren war.

Für den ersten Zeitpunkt fiel die Prüfgröße mit $t(77) = -2.97$, $p = .004$ signifikant aus, während für den zweiten Zeitpunkt mit $t(77) = -0.66$, $p = .515$ kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern beobachtet werden konnte. Die Gruppe der Angehörigen, die weiterhin pflegten (ohne Verlust) war durchschnittlich ($M = 6.24$, stärker belastet als zur ersten Erhebung. Die Verlust- Gruppe, bestehend aus Angehörigen, deren PatientInnen zwischenzeitlich verstorben waren, hatten sich zur zweiten Erhebung durchschnittlich ($M = 6.71$, $SD = 2.52$) niedriger belastet gefühlt. Des Weiteren wird der selbsteingeschätzte Belastungsgrad der Angehörigen im Verlauf der Pflege zwischen den Angehörigengruppen vergleichend dargestellt (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20

*Vergleich der Mittelwerte für Belastung im Verlauf und zwischen den Angehörigen-
gruppen*

Belastungsgrad	Angehörigengruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Zeitpunkt	ohne Verlust	37	5.49	2.86
	Verlust	41	7.32	2.30
	Gesamt	78	6.45	2.72
2. Zeitpunkt	ohne Verlust	37	6.32	2.95
	Verlust	41	6.71	2.52
	Gesamt	78	6.53	2.72

Mittels zweifaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde die Unterschiedlichkeit der Belastung zwischen den Angehörigengruppen (Verlust und ohne) sowie deren Veränderung im Zeitverlauf geprüft. Die Varianzhomogenität konnte zu beiden Messzeitpunkten angenommen werden, (p 's $> .05$). Die Angehörigen ohne Verlust gaben zum ersten Erhebungszeitpunkt einen durchschnittlichen Belastungsgrad von ($M = 5.49$, $SD = 2.86$) einer mittelgradigen Belastung an, die Angehörigen mit Verlust waren mit ($M = 7.32$, $SD = 2.3$) stärker belastet. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt ist die durchschnittliche Belastung bei den weiterhin Pflegenden auf ($M = 6.32$, $SD = 2.95$) gestiegen, bei den Angehörigen nach einem Verlust ist sie mit ($M = 6.71$, $SD = 2.52$) geringer geworden. Die Prüfgröße für die Interaktion aus Zeit x Gruppe fiel mit $F(1, 76) = 5.45$, $p = .022$ ($\eta_p^2 = .067$) signifikant aus, so dass mit nachfolgenden t -Tests für unabhängige Stichproben dieser Wechselwirkungseffekt ebenfalls differenziert zu interpretieren war. Für den ersten Zeitpunkt fiel die Prüfgröße mittels Welch-Test mit $t(68.44) = -3.11$, $p = .003$ signifikant aus, während für den zweiten Zeitpunkt mit $t(77) = -0.76$, $p = .449$ kein signifikanter Unterschied zwischen den Angehörigengruppen zu beobachten war (siehe Abbildung 2).

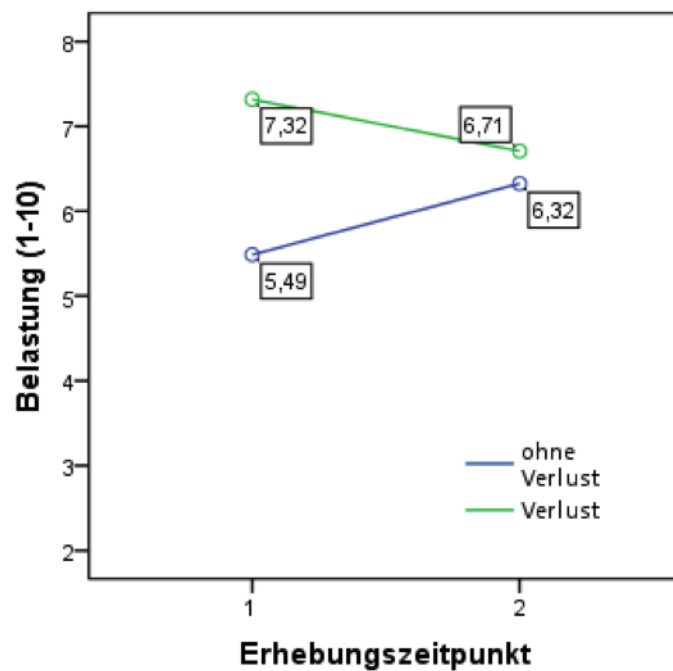


Abbildung 2

Funktion der Belastung als Interaktion aus Gruppe (Verlust / ohne) und Zeitpunkte

Belastungsveränderung. Nachdem sich die Geschlechter in den Belastungswerten zum ersten Zeitpunkt signifikant unterschieden hatten, wurde zusätzlich die Belastungsveränderung geprüft (siehe Tabelle 21). Demgemäß wurde vorab als Variable die Differenz zwischen den Werten für den ersten und zweiten Messzeitpunkt berechnet. Hierzu wurde vom zweiten Zeitpunkt (T2) der Wert vom ersten Zeitpunkt (T1) abgezogen, so dass positive Werte auf eine Zunahme der Belastung hinweisen.

Tabelle 21

Kennwerte der Belastungsveränderung (positive Werte weisen auf eine Zunahme hin) in Abhängigkeit vom Geschlecht der Pflegenden und Angehörigengruppe

Angehörigengruppe	Geschlecht	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Ohne Verlust	männlich	2.23	3.37	13
	weiblich	0.08	2.89	24
	Gesamt	0.84	3.19	37
Verlust	männlich	-0.23	2.68	13
	weiblich	-0.79	2.04	28
	Gesamt	-0.61	2.25	41
Gesamt	männlich	1.00	3.24	26
	weiblich	-0.38	2.48	52
	Gesamt	0.08	2.81	78

Die Varianzhomogenität, geprüft mittels Levene-Test, konnte mit $p = .235$ angenommen werden. Die Prüfgröße für die Wechselwirkung aus Angehörigengruppe x Geschlecht fiel mit $F(1, 74) = 1.54$, $p = .219$ nicht signifikant aus, so dass die Haupteffekte ohne Einschränkung interpretierbar waren (siehe *Abbildung 3*). Der Zwischensubjektfaktor Geschlecht fiel mit $F(1, 74) = 4.43$, $p = .039$ ($\eta_p^2 = .057$) signifikant aus; Männer hatten eine signifikant höhere Zunahme der Belastung im Zeitverlauf. Der Zwischensubjektfaktor Angehörigengruppe, stellvertretend für den Vergleich zwischen Angehörigen mit und ohne Verlust, fiel mit $F(1, 74) = 6.73$, $p = .011$ ($\eta_p^2 = .083$) ebenfalls signifikant aus. Insgesamt nahm die Belastung Angehöriger bei anhaltender Pflegebetreuung (ohne Verlust) zu; die Angehörigen mit Trauerfall wiesen zum zweiten Zeitpunkt erwartungsgemäß ein niedrigeres Belastungsniveau auf.

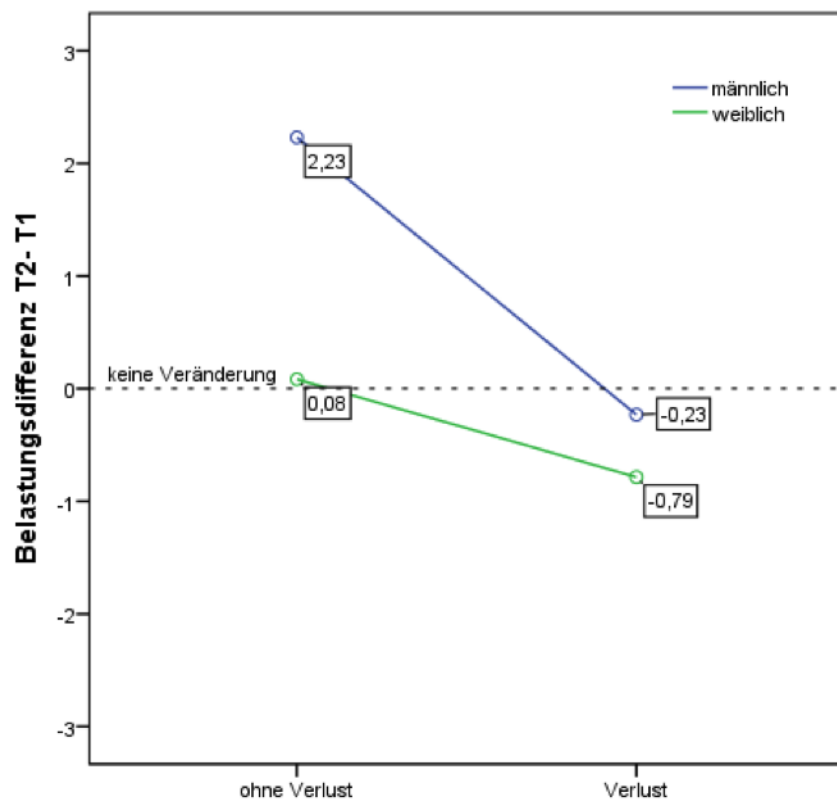


Abbildung 3

Funktion der Belastungs-veränderung in Abhängigkeit vom Geschlecht der Pflegenden und Angehörigengruppe

Coping und Hoffnung

Coping nach CISS. Die TeilnehmerInnen wurden befragt, wie sehr sie darum bemüht waren in einer Stresssituation Maßnahmen zur Bewältigung zu setzen. Auf einer Likertskala von (1) *gar nicht* bis (5) *sehr viel* wurden die Ausprägungen für die Nutzung von Bewältigungsstrategien auf den Subskalen- Aufgaben-orientiertes, Emotions-, Zerstreuungs- und Sozialorientiertes Coping, beschrieben in Kapitel 3.4.6, erfasst und in Mittelwerten verrechnet.

Hoffnung nach IHS. Die Hoffnungswerte von Angehörigen wurden auf einer sechsstufigen Likertskala von (1) *trifft gar nicht zu* bis (6) *trifft sehr zu* erfasst. Es wurden Mittelwerte zu jeweils vier Subskalen- Vertrauen und Zuversicht, Perspektive, Zukunfts- und Sozialorientiertheit, beschrieben in Kapitel 3.4.7, verrechnet.

Die abhängigen Variablen **Hoffnung und Coping** werden in ihren vier Subskalen bezüglich des Geschlechts mithilfe von *t*-Tests verglichen (siehe Tabelle 22). Die Mittelwerte der Subskalen für Coping und Hoffnung zeigten im Allgemeinen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Insgesamt lagen die Mittelwerte der Subskalen eher im mittleren bis höheren Bereich für tendenziell höhere Ausprägungen in Coping und Hoffnung. Als niedrigste Werte in Coping waren auf einer Skala von 1 bis 5 mit ($M = 2.38$, $SD = .80$) bei männlichen Angehörigen die Ausprägungen für emotions- und zerstreungsorientiertes Coping zu beobachten. Dagegen war der niedrigste Wert auf den Hoffnungssubskalen mit der Skalierung von 1 bis 6 mit ($M = 4.18$, $SD = 1.21$) bei weiblichen Angehörigen die Ausprägung in Perspektive.

Tabelle 22

Mittelwertsvergleiche und Signifikanzprüfung der Geschlechter in Coping (1-5) und Hoffnung (1-6) zum ersten Zeitpunkt

Skala	Subskala	Geschlecht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>
Coping	aufgabenorientiert	männlich	26	3.67	.78	0.94 (75)	.756
		weiblich	51	3.51	.67		
	emotionsorientiert	männlich	26	2.38	.80	-0.66 (75)	.514
		weiblich	51	2.51	.82		
	zerstreuungsorientiert	männlich	26	2.38	1.05	-0.78 (75)	.438
		weiblich	51	2.57	1.01		
	sozialorientiert	männlich	26	3.07	.83	-1.37 (75)	.175
		weiblich	51	3.38	1.00		
Hoffnung	Vertrauen und Zuversicht	männlich	27	4.81	.71	1.41 (78)	.162
		weiblich	53	4.54	.84		
	Perspektive	männlich	27	4.34	1.12	0.56 (78)	.576
		weiblich	53	4.18	1.12		
	Zukunftsorientiertheit	männlich	27	4.88	.56	0.88 (78)	.385
		weiblich	53	4.72	1.10		
	Sozialorientiertheit	männlich	27	4.94	.65	-0.91 (78)	.365
		weiblich	53	5.10	.77		

Des Weiteren wurden mittels *t*-Tests für verbundene Stichproben die Mittelwerte von den Angehörigen (insgesamt) auf den Skalen für Coping und Hoffnung zwischen dem ersten und dem zweiten Erhebungszeitpunkt einzeln untersucht (siehe Tabelle 23).

Die Ausprägungen für Bewältigungsstrategien waren konsistent im Zeitverlauf. In den Strategien für aufgaben-, zerstreungs- und sozialorientiertes Coping ergaben die Mittelwertsvergleiche der beiden Erhebungen jeweils einen geringen Zuwachs. Dagegen wurde die emotionsorientierte Strategie zum Follow-up weniger eingesetzt. Für diese Unterschiede fielen Signifikanzprüfung ($p < .05$) nicht signifikant aus.

In den Ausprägungen für Hoffnung waren die Mittelwerte der Subskalen - Vertrauen und Zuversicht, Perspektive sowie Zukunftsorientiertheit - zum zweiten Zeitpunkt geringfügig höher, wobei die Werte für Sozialorientiertheit niedriger wurden. Die Mittelwertsunterschiede blieben generell konstant, ausgenommen die Veränderung der Werte in Perspektive mit $p = .033$, diese Differenz zeigte eine signifikante Zunahme beim Follow-up.

Tabelle 23

Mittelwertsvergleiche der beiden Erhebungen für Coping und Hoffnung

Skala	Subskala	Gepaarte Differenzen					<i>t</i>	df	Signifikanz (2-seitig)
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	95% KI der Differenz				
					Untere	Obere			
Coping	aufgabenorientiert	-.13	.58	.07	-.26	.01	-1.89	75	.063
	Emotionsorientiert	.07	.70	.08	-.09	.23	.88		.380
	zerstreuungsorientiert	-.15	1.11	.13	-.41	.10	-1.20		.238
	sozialorientiert	-.13	.83	.10	-.32	.06	-1.35		.180
Hoffnung	Vertrauen & Zuversicht	-.03	.58	.07	-.16	.10	-.42	78	.673
	Perspektive	-.21	.88	.10	-.41	-.02	-2.17		.033
	Zukunftsorientiertheit	-.15	.67	.08	-.30	.00	-1.93		.057
	Sozialorientiertheit	.15	.77	.09	-.02	.32	1.73		.088

Korrelationen mit Belastung. Um Zusammenhänge von für die Pflegebetreuung relevanten Variablen mit der Belastung beurteilen zu können, werden Korrelationen der Belastung mit den folgenden Variablen, bei welchen sich der Geschlechterunterschied als signifikant herausstellt, und von denen ein Zusammenhang mit der Belastung erwartet wird, berechnet. Hierbei werden Variablen nicht berücksichtigt, bei denen erwartet wurde, dass diese Ursache (UV) oder Effekt (AV) waren. Darunter fallen die psychiatrischen Variablen HADS (Angst und Depression), IES-R (PTBS). Kategoriale Variablen wurden dichotomisiert, um *t*-Tests im Mittelwertvergleich der Belastung durchführen zu können.

Belastung und Coping. Mittels Korrelationsprüfung wurde der Zusammenhang zwischen dem erlebten Belastungsgrad und der eingesetzten Bewältigungsstrategien untersucht (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24

*Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation der Belastung mit Coping im Follow-up
n=78*

2. Zeitpunkt		Aufgaben-orientiert	Emotions-orientiert	Zerstreuungs-orientiert	Sozial-orientiert
Belastung	<i>r</i>	-.24*	.40**	.025	-.01
	Signifikanz (2-seitig)	.032	.000	.826	.939

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

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

Die Korrelationskoeffizienten für die Subskalen aufgabenorientierte Strategie mit $r = -.24$ ($p < .05$) wurde negativ signifikant und für die emotionsorientierte Strategie zeigte sich ein mittlerer positiver Zusammenhang mit $r = .40$, $p < .001$.

Belastung und Kontakt- bzw. Betreuungszeit. Zusammenhänge zwischen der Belastung und der Kontakt- und Betreuungszeit, die Angehörige mit den krebserkrankten PatientInnen verbringen, werden angenommen und daher mittels Korrelationskoeffizienten nach Pearson angegeben (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25

Korrelation der Belastung mit Kontakt- und Betreuungszeit von Angehörigen

		Kontaktzeit pro Woche	Betreuungszeit pro Woche
	<i>r</i>	.27*	.21
Belastung	<i>N</i>	79	78
Kontaktzeit pro Woche	<i>r</i>	1	.69
	<i>N</i>	80	79
Betreuungszeit pro Woche	<i>r</i>	.69	1
	<i>N</i>	79	79

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

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

Es zeigte sich ein geringer Zusammenhang nach Pearson mit $r = .27$ zwischen der Kontaktzeit und Belastung von Angehörigen, mit einer Signifikanz von $p = .016$, die Betreuungszeit fiel mit $p > .05$ knapp nicht signifikant aus. Gefunden wurde ein deutlicher positiver Zusammenhang der Kontaktzeit mit der Betreuungszeit $r = .69$, $p < .001$, welcher signifikant ausfiel.

Hoffnung und Weitergabe. Einer weiteren Korrelationsprüfung wurden der Zusammenhang zwischen Hoffnung und der Wunsch zur Weitergabe bei klinisch auffälligen Screeningergebnissen von pflegenden Angehörigen in der Gesamtstichprobe unterzogen, es lagen Angaben von 68 Personen vor (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26

Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation von Hoffnung und Weitergabe von Ergebnissen der Angehörigen $n=68$

Hoffnungssubskalen	Wunsch der Weitergabe
Vertrauen & Zuversicht (IHS)	.24*
Perspektive (IHS)	.26*
Zukunftsorientiertheit (IHS)	.26*
Sozialorientiertheit (IHS)	.19

Die Korrelationskoeffizienten der Subskalen Vertrauen und Zuversicht mit der Weitergabe mit $r = .24$, $p = .048$ für Perspektive und Weitergabe mit $r = .26$, $p = .033$, sowie Zukunftsorientiertheit mit dem Wunsch der Weitergabe mit $r = .26$, $p = .034$ werden signifikant und stellen allesamt geringe positive Zusammenhänge dar. Eine Angehörige mit hohen Werten in diesen Subskalen für Hoffnung ging eher mit der Bereitschaft einher, ihre Screeningergebnisse an das Personal weiterzugeben.

3.6.1.3 Psychiatrische Erkrankungen

Als psychiatrische Erkrankungen wurden die Verteilungen der Geschlechter auf kritische Werte gemäß den Cut-off Werten für Depression, Angst- und PTBS untersucht (siehe Tabelle 27). Zusätzlich wurde eine dichotome Variable generiert, die das Vorliegen zumindest einer dieser psychiatrischen Erkrankungen (ja/ nein- Kriterium) anzeigt. Pflegende Angehörige hatten insgesamt 43,8 % (Baseline) und 40 % (Follow-up) ein solches Kriterium erfüllt und auffällige Werte auf zumindest einer der Subskalen des HADS für Depression und Angststörung oder des IES-R und MPSS für PTBS erreicht.

In beiden Geschlechtergruppen wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt die relativen Anteile für zumindest eine Verdachtsdiagnose geringer.

Tabelle 27

Häufigkeiten mindestens einer psychiatr. Erkrankung gemäß den Cut-off Werten für beide Zeitpunkte

Geschlecht		1. Zeitpunkt:			2. Zeitpunkt:		
		Psychiatrische Diagnose gemäß Cut-off's		Gesamt	Psychiatrische Diagnose gemäß Cut-off's		Gesamt
		nein	ja		nein	ja	
männlich	Anzahl	17	10	27	15	12	27
	%	63,0%	37,0%	100,0%	16,2%	10,8%	100,0%
weiblich	Anzahl	28	25	53	33	20	53
	%	52,8%	47,2%	100,0%	62,3%	37,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	45	35	80	48	32	80
	%	56,2%	43,8%	100,0%	60,0%	40,0%	100,0%

Die Prüfgrößen für die Geschlechterverteilung (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) fielen zur ersten Erhebung mit $x^2 = 7.46$, $p = .388$ und zur zweiten mit $x^2 = 0.33$, $p = .562$ nicht signifikant aus. Die relativen Anteile der Erkrankten gemäß Cut-off Werten änderten sich nicht im Verlauf der Pflegebetreuung. Die weiblichen Angehörigen kamen relativ häufiger unter Verdacht eine psychiatrische Störung zu entwickeln. Unter Berücksichtigung der standardisierten Residuen wurde hingegen eine Gleichverteilung der Geschlechter beobachtet.

Depressions- und Angstskaala nach HADS. Die psychische Verfassung bei Angst und Depression wurde in zwei Subskalen mittels 4-stufiger Ratingskala in Mittel- und Summenwerte sowie Cut-offs verrechnet.

Depression. Gemäß den Cut-off Werten auf der Depressionsskala des HADS hatten 10 von 27 (37 %) Männern und 24 von 53 (45,3 %) Frauen einen auffälligen Wert, der die Diagnose einer Depression wahrscheinlich macht (siehe Tabelle 28). Der Geschlechterunterschied fiel in dieser Stichprobe diesbezüglich mit $\chi^2(1) = 4.98$, $p = .481$ nicht signifikant aus; Frauen und Männer sind bezüglich der Diagnose einer Depression in dieser Stichprobe vergleichbar. Hinsichtlich der Altersverteilung pflegender Angehöriger fiel auf, dass die männlichen Angehörigen häufiger um das Alter von 60 Jahren und aufwärts depressiver wurden, dagegen waren hohe Ausprägungen in der Depressionsskala bei Frauen unabhängig vom Alter (siehe Abbildung 4).

Tabelle 28

Häufigkeiten und Anteilswerte für Depression gemäß Cut-off Wert in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht		Depression gemäß Cut-off		Gesamt
		nein	ja	
männlich	Anzahl	17	10	27
	%	63,0%	37,0%	100,0%
weiblich	Anzahl	29	24	53
	%	54,7%	45,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	46	34	80
	%	57,5%	42,5%	100,0%

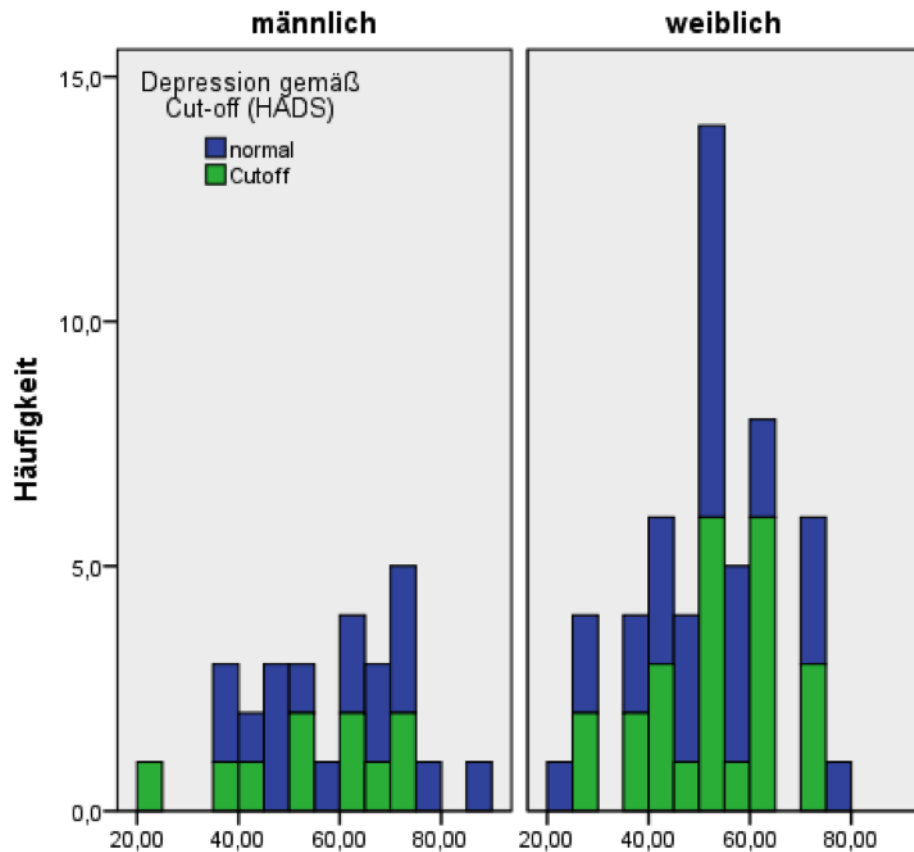


Abbildung 4

Häufigkeiten (y- Achse) für Depression gemäß Cut-off nach Lebensalter (x- Achse) und Geschlecht (links: Männer rechts: Frauen)

Angststörung. Die Tendenz einer Angststörung laut den Cut-off Werten des HADS entwickelten über die Hälfte (51,9 %) der männlichen Angehörigen und häufiger beinahe zwei Drittel (60,4 %) der Frauen (siehe Tabelle 29). Die Altersverteilung (Abbildung 5) zeigt, dass mehr weibliche Angehörige im höheren Alter von 50 Jahren und aufwärts von Angst betroffen waren, die Männer mit Risiko auf Angststörung waren unabhängig vom Alter annähernd gleichverteilt.

Tabelle 29

Häufigkeiten und Anteile für die Diagnose einer Angststörung laut Cut-off Wert in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht		Angst gemäß Cut-off		Gesamt
		nein	ja	
männlich	Anzahl	13	14	27
	%	48,1%	51,9%	100,0%
weiblich	Anzahl	21	32	53
	%	39,6%	60,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	34	46	80
	%	42,5%	57,5%	100,0%

Die Prüfgröße χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) fiel mit $= 0.53$, $p = .484$ nicht signifikant aus; die Gleichverteilung bei einer Angstdiagnose für männliche und weibliche Angehörige konnte beibehalten werden.

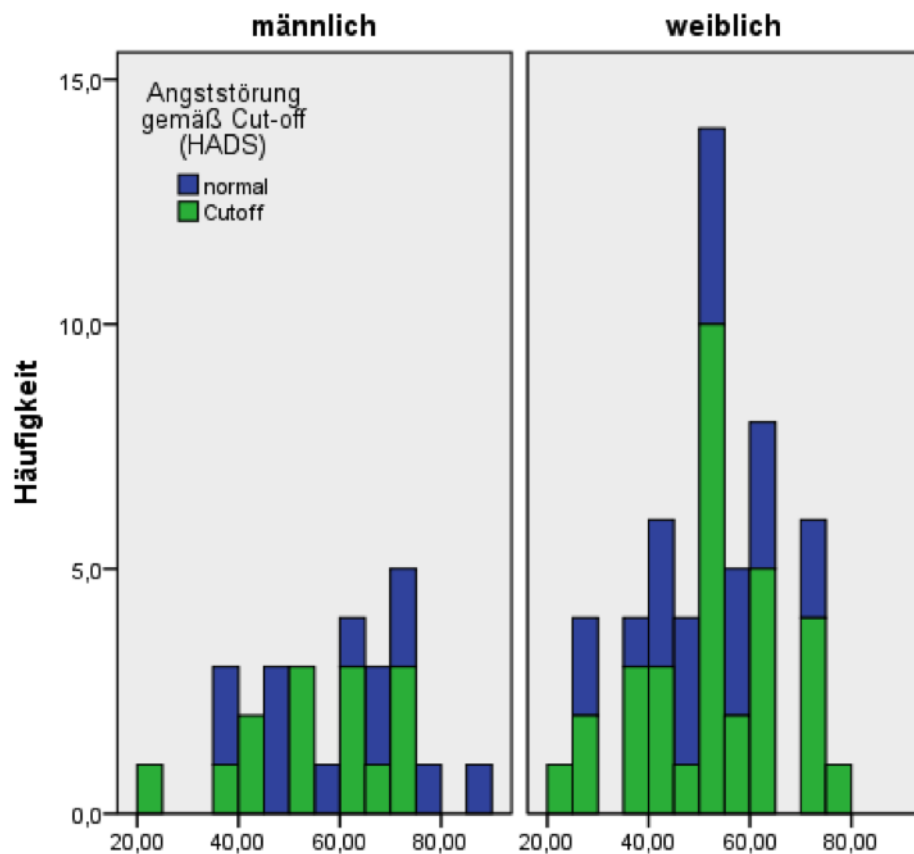


Abbildung 5

Häufigkeiten (y- Achse) für eine Angstdiagnose gemäß Cutoff bei Angehörigen nach Lebensalter (x- Achse) und Geschlecht (links: Männer rechts: Frauen)

PTBS nach IES-R. Die Items wurden auf einer 5-stufigen Rangskala von (0) *gar nicht* bis zu (4) *extrem belastet* in drei Subskalenindices und Cut-off Werte verrechnet. Eine Verdachtsdiagnose für PTBS bei pflegenden Angehörigen wurde gemäß einem Cut-off Wert auf der IES-R Skala über 0 wahrscheinlich. Dieser Fall traf auf 19,2 % der männlichen Angehörigen und 19,6 % der weiblichen zu. Der Verteilungsunterschied zwischen den Geschlechtern wurde nicht signifikant ($x^2 = 0.02$, $p = .968$). Es waren die Angaben von drei Personen, einem Mann und zwei Frauen nicht vorliegend (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30

Häufigkeiten und Anteile für Verdacht auf PTBS bei männlichen und weiblichen Angehörigen

Geschlecht		PTBS gemäß IES-R Cut- off		Gesamt
		Kein Verdacht	Verdacht auf PTBS	
männlich	Anzahl	21	5	26
	%	80,8%	19,2%	100,0%
weiblich	Anzahl	41	10	51
	%	80,4%	19,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	62	15	77
	%	80,5%	19,5%	100,0%

Zusätzlich wurden die IES-R Werte für PTBS zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten verglichen. Hierbei konnte beobachtet werden, dass die Häufigkeit einer PTBS Diagnose unter Verdacht in der Angehörigengruppe ohne Verlust zum zweiten Erhebungszeitpunkt (22,2 %) höher wurde, dagegen nahm die Zahl der PTBS Diagnosen zum Follow-up in der Gruppe mit Verlusterfahrung um ein Fünftel ab (4,8 %). Es fehlten zwei Angaben aus der Gruppe ohne Verlust (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31

Häufigkeiten und relative Anteile für PTBS Verdacht gemäß dem Cut-off Wert des IES-R zwischen den Angehörigengruppen zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt

Angehörigen gruppe	PTBS zur 2.Zeit		Gesamt	PTBS zur 1.Zeit		Gesamt
	Kein Verdacht auf PTBS	Verdacht auf PTBS		Kein Verdacht auf PTBS	Verdacht auf PTBS	
ohne Verlust	28	8	36	30	6	36
	77,8%	22,2%	100,0%	83,3 %	16,7 %	100,0 %
Verlust	40	2	42	32	9	41
	95,2%	4,8%	100,0%	78,0 %	22,0 %	100,0 %
Gesamt	68	10	78	62	15	77
	87,2%	12,8%	100,0%	80,5 %	19,5 %	100,0 %

Die Prüfgrößen x^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) fielen für die Ba-

seline Erhebung mit $r = 0.88$, $p = .676$ nicht signifikant und für das Follow-up mit $r = 5.29$, $p = .021$ signifikant aus. Unter Berücksichtigung der standardisierten Residuen, konnte für die Gruppe der Angehörigen ohne Verlust eine auffällige höhere Fallzahl mit Verdacht auf PTBS angenommen werden, dagegen hatten weniger Angehörige, deren PatientInnen zwischenzeitlich verstorben waren, PTBS.

PTBS nach MPSS. Die Befragten mit Verlusterfahrung schätzten zum zweiten Erhebungszeitpunkt zusätzlich auf einer 4-stufigen Häufigkeitsskala von (0) *gar nicht* bis (3) *5-mal und öfter/ Woche* und auf einer Intensitätsskala von (A) *gar nicht betroffen* bis (D) *extrem betroffen* ihren erlebten Grad der Traumatisierung ein. Es wurden vergleichend mit einem Cut-off Wert von 29, der zur Diagnosestellung einer Belastungsstörung herangezogen werden kann, Aussagen hinsichtlich der Betroffenheit von Männern und Frauen aus $n=33$ gültigen Fällen getroffen (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32

Kennwerte der MPSS Skalen in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht		Häufigkeit (MPSS)	Schweregrad (MPSS)	Summenscore (MPSS)
männlich	<i>n</i>	12	11	9
	<i>M</i>	11,83	15,82	25,33
	<i>SD</i>	10,84	16,15	19,04
	<i>Mdn</i>	10,00	15,00	29,00
	Min	0	0	4
	Max	29	41	54
weiblich	<i>n</i>	26	22	24
	<i>M</i>	14,62	17,27	32,88
	<i>SD</i>	9,25	13,99	26,07
	<i>Mdn</i>	13,00	12,00	27,00
	Min	1	0	0
	Max	37	50	87
Insgesamt	<i>n</i>	38	33	33
	<i>M</i>	13,74	16,79	30,82
	<i>SD</i>	9,72	14,51	24,30
	<i>Mdn</i>	12,50	12,00	29,00
	Min	0	0	0
	Max	37	50	87

Trauer. Die Wahrscheinlichkeit eine Trauerstörung zu entwickeln, nachdem die palliative PatientIn lange verstorben war, betrug bei männlichen Angehörigen 7,1 % und bei weiblichen 17,9 % (siehe Tabelle 33). Es war ein relativer Unterschied zum zweiten Erhebungszeitpunkt zu beobachten, dieser wurde auf Gleichverteilung der Geschlechter getestet. Insgesamt waren 14,3 % der 42 Angehörigen nach dem Tod der KrebspatientInnen betroffen von einer pathologischen Form der Trauer.

Tabelle 33

Häufigkeiten und Anteile für eine Trauerstörung gemäß dem Cut-off des PG-13 in der Gruppe mit Verlust

Geschlecht	Trauerstörung gemäß Cut-off		Gesamt
	nein	ja	
männlich	13	1	14
	92,9%	7,1%	100,0%
weiblich	23	5	28
	82,1%	17,9%	100,0%
Gesamt	36	6	42
	85,7%	14,3%	100,0%

Die Prüfgrößen χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) fiel mit $= 0.88$, $p = .350$ nicht signifikant aus; Frauen und Männer zeigten in der Stichprobe für den Verdacht auf eine Trauerstörung auf Basis der Cut-off Werte keinen Verteilungsunterschied.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den erhobenen psychiatrischen Merkmalsklassen auf mögliche Zusammenhänge mit den Variablen der Betreuungs- und Belastungssituation dargestellt. Diese werden abschnittsweise in den entsprechenden Korrelationsmatrizen zusammengefasst.

Korrelationen mit HADS-D. Die Depressionswerte des HADS-D korrelieren (siehe Tabelle 34) mit der Angstskaala des gleichen Verfahrens auf einem Niveau von $r = .84$, $p < .001$ mit höchst signifikant positiv, d.h. die Symptomatik einer Depression geht mit hohen Werten auf der Angstskaala einher und umgekehrt. Zusammenhänge mit den Copingstrategien erwiesen sich bei Angst- und Depressionswerten auf der Skala für die aufgabenorientierte Strategie signifikant und nahezu gleich hoch mit einem geringen negativen Koeffizienten $r = -.23$ (x Angst) und $-.29$ (x Depression). Auch für die emotionsorientierte Strategie gab es einen auffälligen Zusammenhang ($p < .05$) mit einem geringen positiven $r = .29$ und $= .44$. Bei hohen psychiatrischen

Ausprägungen wurden weniger aufgabenorientierte und mehr emotionsorientierte Strategien genutzt.

Die Hoffnungswerte korrelierten auffällig geringfügig bis mittelgradig negativ in allen vier Subskalen mit Angst und Depression. Bei hohen psychiatrischen Ausprägungen waren niedrige Werte in den Hoffnungsskalen zu erwarten. Zwischen den Werten des IES-R für traumatische Ereignisse und den Werten der Angst- und Depressionsskalen des HADS konnten geringe negative Korrelationen, die sich als höchst signifikant erwiesen ($p < .001$), beobachtet werden, wobei mit dem Cut-off Wert für den Verdacht einer PTBS kein signifikanter Zusammenhang bestand. Bei hohen Angst- und Depressionswerten gingen eher niedrigere Ausprägungen für traumatisches Erleben einher. Auffällige geringfügig positive Zusammenhänge ergaben sich mit der Kontakt- und Betreuungszeit der PatientInnen, welche für das Ausmaß von über zehn Stunden pro Woche berechnet wurden, sowie mit der Belastungseinschätzung durch die Angehörigen selbst $r = .54$. Es gab jedoch keine Korrelation zwischen den psychiatrischen Ausprägungen in Depression und Angst und dem Fall, dass Angehörige Unterstützung durch andere Personen in der Pflegebetreuung ihrer PatientInnen hatten oder nicht.

Tabelle 34

Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für die Zusammenhänge der Angst- und Depressionsskala HADS-D ($N = 77$)

		1	2
1 Angst in Meanscores (M,T1, HADS)	r	-	.84**
2 Depression (M, T1, HADS)	r	.84**	-
Aufgabenorientiertes Coping (CISS)	r	-.23*	-.29*
Emotionsorientiertes Coping (CISS)	r	.29**	.44**
Zerstreuungsorientiertes Coping (CISS)	r	.03	.06
Sozialorientiertes Coping (CISS)	r	-.06	-.06
Vertrauen & Zuversicht (IHS)	r	-.52**	-.62**
Perspektive (IHS)	r	-.71**	-.75**
Zukunftsorientiertheit (IHS)	r	-.52**	-.53**
Sozialorientiertheit (IHS)	r	-.27*	-.30**
Intrusion (T1, IES-R)	r	-.48**	-.52**
Vermeidung (T1, IES-R)	r	-.48**	-.52**
Hyperarousal (T1, IES-R)	r	-.48**	-.52**
Traum. Erleben Gesamt (T1, IES-R)	r	-.49**	-.52**
Traum. Erleben Cut-Off (T1, IES-R)	r	-.48**	-.51**
PTBS Cut-off (T1, IES-R)	r	.18	.11
Angst Cut-off (T1, HADS)	r	.80**	.64**
Depression Cut-off (T1, HADS)	r	.73**	.83**
Kontakt über 10h	r	.25*	.25*
Pflege über 10h	r	.34**	.42**
Unterstützung	r	.00	.04
Erlebter Belastungsgrad	r	.54**	.56**

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

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

Korrelationen mit IES- R und MPSS. Anhand der Interkorrelationen mit dem IES-R Inventar (siehe Tabelle 35) gab es mittlere positive Korrelationen der Hoffnungswerte in Sozialorientiertheit mit $r = .57$ und in Vertrauen und Zuversicht mit $r = .65$, die mit $p < .001$ signifikant ausfielen. Die Pflegezeit und der erlebte Belastungsgrad wiesen hingegen mit $r = -.23$ auf schwach negative, aber signifikante Zusammenhänge ($p = .04$) mit traumatischem Erleben hin. Bei den Copingstrategien korrelierte mit dem Cut-off Wert des IES-R für eine PTBS Diagnose lediglich die sozialorientierte Strategie schwach negativ ($r = .26$, $p = .027$). Ebenso fielen die Korrelationen zwischen HADS und dem Cutoff des IES-R mit $r = -.38$ mäßig negativ aus ($p = .01$).

Tabelle 35

Koeffizienten der Produktmomentkorrelation für die Zusammenhänge der IES-R Skala für PTBS (N = 77)

		1	2	3	4
1 Traum. Erleben (T1, IES-R)	<i>r</i>	-	-.48**	-.34**	-.37**
2 PTBS Cut-off (T1, IES-R)	<i>r</i>		-	.04	.00
3 IES-R Cut-Off (T2)	<i>r</i>			-	.68**
4 PTBS Cut-off (T2, IES-R)	<i>r</i>				-
Alter	<i>r</i>	.00	.07	-.03	-.15
Bisherige Pflegedauer	<i>r</i>	.02	.04	.21	.17
Unterstützung	<i>r</i>	-.10	-.02	-.14	.03
Sorgepflicht	<i>r</i>	-.18	-.01	.25*	.16
Erlebter Belastungsgrad	<i>r</i>	-.23*	.22	.17	.02
Aufgabenorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	.14	.00	-.16	-.04
Emotionsorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	-.17	.05	.44**	.25*
Zerstreuungsorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	.07	-.16	.33**	.11
Sozialorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	.21	-.26*	.03	-.06
Vertrauen & Zuversicht (IHS)	<i>r</i>	.65**	-.31**	-.26*	-.19
Perspektive (IHS)	<i>r</i>	.57**	-.27*	-.55**	-.37**
Zukunftsorientiertheit (IHS)	<i>r</i>	.60**	-.36**	-.18	-.22
Sozialorientiertheit (IHS)	<i>r</i>	.57**	-.31**	-.14	-.06
Pflegeaufwand ab 10h / pro Woche	<i>r</i>	-.23*	.09	.22	.11
Angst Cut-off (T1, HADS)	<i>r</i>	-.38**	.08	.30**	.26*
Depression Cut-off (T1, HADS)	<i>r</i>	-.38**	.03	.42**	.30**
Depression Cut-off (T2, HADS)	<i>r</i>	-.33**	-.00	.56**	.49**
Angst Cut-off (T2, HADS)	<i>r</i>	-.32**	.12	.56**	.33**

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

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

Die Korrelationen für das MPSS, welches der beschränkten Teilnehmerzahl vorgegeben wurde, die ihre zu pflegenden PatientInnen verloren hatten, sind der Tabelle 36 zu entnehmen. Es zeigte sich eine Korrelation der PTBS mit dem Lebensalter der Angehörigen mittelgradig negativ mit $r = -.43$ ($p = .005$). Außerdem erwies sich ein signifikanter Zusammenhang mit der emotionsorientierten Copingstrategie, der mäßig positiv mit $r = .38$ ($p = .016$) ausfiel. Es zeigten sich keine weiteren signifikanten Zusammenhänge für PTBS mittels dieser beiden Verfahren.

Tabelle 36

Koeffizienten der Produktmomentkorrelation für Zusammenhänge mit PTBS (MPSS)

2. Zeitpunkt		PTBS (MPSS)	Häufigkeitsskala	Schweregradskala
Trauer Cut-off (PG-13)	<i>r</i>	.30	-.08	-.10
	<i>n</i>	33	42	42
Kriterium: Psychiatrische Erkrankung (T1)	<i>r</i>	.52**	-.15	-.16
	<i>n</i>	33	42	42
Kriterium: Psychiatrische Erkrankung (T2)	<i>r</i>	.40*	-.01	.01
	<i>n</i>	33	42	42
Depression Cut-off (T2, HADS)	<i>r</i>	.45**	.20	.17
	<i>n</i>	33	42	42
Angst Cut-off (T2, HADS)	<i>r</i>	.41*	-.08	.04
	<i>n</i>	33	42	42
Anwesenheit beim Tod	<i>r</i>	-.16	-.05	-.08
	<i>n</i>	33	42	42
Aufgabenorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	-.47**	-.05	-.03
	<i>n</i>	32	41	41
Emotionsorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	.33	.22	.38*
	<i>n</i>	32	41	41
Zerstreuungsorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	.06	.11	-.20
	<i>n</i>	32	41	41
Sozialorientiertes Coping (CISS)	<i>r</i>	-.17	-.02	-.07
	<i>n</i>	32	41	41
Vertrauen & Zuversicht (IHS)	<i>r</i>	-.45*	-.01	-.07
	<i>n</i>	32	41	41
Perspektive (IHS)	<i>r</i>	-.44*	.14	-.07
	<i>n</i>	32	41	41
Zukunftsorientiertheit (IHS)	<i>r</i>	-.67**	.23	.18
	<i>n</i>	32	41	41
Sozialorientiertheit (IHS)	<i>r</i>	-.33	-.05	-.11
	<i>n</i>	32	41	41
Traum. Erleben (IES-R)	<i>r</i>	.35*	-.09	.08
	<i>n</i>	33	42	42
PTBS Cut-off (IES- R)	<i>r</i>	.38*	.08	.12
	<i>n</i>	33	42	42
Erlebter Belastungsgrad	<i>r</i>	.33	.02	.05
	<i>n</i>	32	41	41
Kontaktzeit in h	<i>r</i>	-.17	-.13	-.16
	<i>n</i>	33	42	42
Sorgepflicht	<i>r</i>	-.06	-.07	-.05
	<i>n</i>	33	42	42
Unterstützung	<i>r</i>	-.24	.10	-.03
	<i>n</i>	33	42	42
Alter	<i>r</i>	.02	-.28	-.43**
	<i>n</i>	33	42	42

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

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

Korrelationen mit PG-13. Eine Trauerstörung wurde gemäß einem Cut-off Wert der PG-13 wahrscheinlich. Der Cut-off Wert für die Trauerstörung korrelierte (siehe Tabelle 37) mit $r = .78$, $p < .001$ deutlich positiv signifikant mit der Kriteriumsvariable, die bei der zweiten Erhebung zur Einteilung mindestens einer psychiatrischen Störung verwendet wurde. Im Vergleich dazu war die Korrelation der Einteilung einer psychiatrischen Erkrankung zum ersten Zeitpunkt nicht signifikant und fiel nur schwach mit $r = .27$ aus. Des Weiteren konnte kein auffälliger Zusammenhang mit der Anwesenheit der Angehörigen beim Tod der KrebspatientIn beobachtet werden. Die Korrelationen mit den Copingstrategien zeigte auch schwache aber signifikante Koeffizienten, die mit $r = .32$ positiv für die emotionsorientierte Strategie und negativ mit $r = -.34$ ausfielen. Die drei Hoffnungsskalen Vertrauen & Zuversicht, Perspektive sowie Zukunftsorientiertheit korrelierten signifikant negativ mit der Trauer (r 's von $-.32$ bis $-.48$), wobei das Zusammenhangsmaß mit der Skala der Sozialorientiertheit positiv, aber unauffällig war. Zwischen dem Cut-off Wert für eine Trauerstörung dem Belastungsgrad zum zweiten Zeitpunkt konnte ein mittelgroßer Zusammenhang von $r = .46$ ($p = .002$) beobachtet werden. Die Korrelationsprüfungen mit den Variablen der Unterstützung und Sorgepflicht fielen nicht signifikant aus.

Tabelle 37

Koeffizienten der Produktmomentkorrelation für die Zusammenhänge der PG-13 Skala für Trauerstörung ($N = 42$)

2. Zeitpunkt		Trauer Cut-off (PG-13)
Kriterium: Psychiatrische Erkrankung (T1)	r	.27
Kriterium: Psychiatrische Erkrankung (T2)	r	.78**
Depression Cut-off (HADS)	r	.25
Angst Cut-off (HADS)	r	.55**
Anwesenheit beim Tod	r	.06
Aufgabenorientiertes Coping (CISS)	r	-.34*
Emotionsorientiertes Coping (CISS)	r	.32*
Zerstreuungsorientiertes Coping (CISS)	r	.06
Sozialorientiertes Coping (CISS)	r	.07
Vertrauen & Zuversicht,(IHS)	r	-.38*
Perspektive (IHS)	r	-.32*
Zukunftsorientiertheit (IHS)	r	-.48**
Sozialorientiertheit (IHS)	r	-.07
IES-R Cut-Off	r	.20
PTBS Cut-off (IES- R)	r	.23
Erlebter Belastungsgrad	r	.46**
Kontaktzeit	r	.24
Sorgepflicht	r	-.05
Unterstützung	r	-.13
Alter	r	.21

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

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

3.6.2 Hypothesenprüfung

In diesem Abschnitt sollen die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit mithilfe der in Kapitel 3.5.2 beschriebenen statistischen Auswertungsverfahren untersucht und dargestellt werden.

Zur Verteilungsannahme der abhängigen Variablen kann auf Grundlage des zentralen Grenzwerttheorems bei Stichprobenumfängen > 30 (Bortz et al., 2006) im Rahmen dieser Arbeit im Allgemeinen von der Normalverteilung der Messwerte ausgegangen werden.

Fragestellung 1: Belastung als Indikator

Ob die Entwicklung einer psychiatrischen Erkrankung bei pflegenden Angehörigen vom Belastungsgrad der ersten Erhebung abhängt, wird nachfolgend mittels binärer logistischer Regression geprüft. Die Voraussetzungen der erforderliche Stichprobenumfang, metrisches Skalenniveau der unabhängigen Variablen sowie das dichotome Skalenniveau der abhängigen Kriteriumsvariablen sind erfüllt. Die Belastungsprädiktoren korrelieren mäßig negativ mit $r = -.52$ ($p < .001$, $N = 78$, gültigen Fällen) und somit kann eine Multikollinearität ausgeschlossen werden. Kriterium (AV) ist das Vorliegen mindestens einer psychiatrischen Erkrankung, die Prädiktoren (UV's) sind der Belastungsgrad und die Belastungsveränderung zwischen beiden Erhebungen T1 und T2. Die Prädiktoren wurden mit der Einschlussmethode einbezogen (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38

Koeffizienten der binären logistischen Regression, Kriterium zumindest eine psychiatrische Erkrankung

	B	SE	Wald(1)	p	Exp(B)	95% KI für EXP (B)	
						uG	oG
Belastung T1	.22	.11	3.83	.050	1.25	1.00	1.56
Belastungsveränderung	.36	.12	9.14	.002	1.44	1.14	1.82
Konstante	-1.96	.82	5.70	.017	0.14		

Beide Belastungsindikatoren sind Prädiktoren mit signifikantem Erklärungswert, die Prüfgröße Wald fiel sowohl für den Belastungsgrad T1 mit $x^2(1) = 3.83$, $p = .050$ als auch für die Belastungsveränderung mit $x^2(1) = 9.14$, $p = .002$ jeweils signifikant aus, wobei die Belastungsveränderung einen höheren Anteil zur Vorhersage einer psychiatrischen Diagnose leistet, wie die ermittelte Effektgröße Odds Ratio (OR) mit 1.44 zeigt.

Die Anpassungsgüte für das Modell zeigte nach Nagelkerke's $R^2 = 18,2\%$ eine knapp akzeptable Höhe an. Die beiden Prädiktoren weisen gegenüber dem Kriterium eine Trennschärfe 0.5 auf, die Hypothese kann übernommen werden. Tabelle 39 zeigt den Erklärungswert der Belastung für das Kriterium zumindest einer psychiatrischen Erkrankung. 71,8% der Fälle (56 von 78) wurden korrekt zugeordnet.

Tabelle 39

Klassifikationsmatrix für das Kriterium Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung

		Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen
		0	1	
Beobachtet	Keine (0)	39	8	83,0
	zumindest eine psychiatrische Erkrankung (1)	14	17	54,8
Gesamtprozentsatz		53	25	71,8

Fragestellung 2: Coping und Hoffnung - psychiatrische Erkrankungen

Um den Einfluss von bestimmten Hoffnungsaspekten (IHS) und Copingstrategien (CISS) für die Vorhersagbarkeit auffälliger Werte des HADS in Depression & Angst- sowie des IES-R in PTBS zu ermitteln, wurden jeweils multiple lineare Regressionsanalysen mit der schrittweisen Rückwärtsmethode berechnet. Dies bedeutet, dass zunächst eine Modellgleichung basierend auf acht Prädiktoren (Subskalen des IHS und CISS) gebildet wurde und dann schrittweise jene Prädiktoren entfernt wurden, welche durch den Ausschluss die Vorhersage des Kriteriums am wenigsten beeinflusst hatten. Dieser Prozess wurde wiederholt, bis kein Prädiktor auszuschließen war, ohne die Prognose signifikant zu verändern. Der Erklärungswert der signifikanten Prädiktoren wurde mittels des standardisierten Regressionskoeffizienten β angegeben und kann ähnlich dem Korrelationskoeffizienten interpretiert werden. Der erklärte Varianzanteil am Kriterium wurde schließlich mit Nagelkerkes R^2 angegeben.

Vor Durchführung der Modellprüfung wurden jeweils die hierfür nötigen Voraussetzungen berücksichtigt (Field, 2009):

Das metrische Skalenniveau der Variablen war gegeben, die Normalverteilung der standardisierten Residuen wurde mittels Histogramm inspiziert, das Vorliegen von Autokorrelationen der Residuen wurde anhand der Durbin- Watson-Statistik (DW) geprüft, wobei dieser Koeffizient zwischen 1 und 4 liegen kann

(keine Autokorrelationen bei Werten zwischen 1 und 3; und Toleranz-Werte wurden zur Bestimmung von Multikollinearität der Prädiktoren herangezogen (der Wert kann zwischen 0 und 1 liegen); Bei einem Wert $<.20$ muss von Multikollinearität ausgegangen werden. (Field, 2009)

Kriterium Depression. Für die Vorhersage einer Depression konnten die Voraussetzungen für die Modellprüfung, Normalverteilung der standardisierten Residuen, Homoskedastizität, kein Verdacht auf Autokorrelation ($DW = 1.11$), sowie keine Multikollinearität der Prädiktoren (Toleranz-Werte $\geq .637$) bestätigt werden. Die globale Modellzusammenfassung zeigte mit $F(3, 72) = 14.09$, $p < .001$ ein signifikantes Ergebnis und den Hinweis auf drei Prädiktoren mit Erklärungswert. Tabelle 40 zeigt die signifikanten Prädiktoren des Modells.

Tabelle 40

Koeffizienten der Modellprüfung für das Vorliegen einer Depression nach HADS-D

Modell	Nicht stand. Koeffizienten		Stand. Koeffizienten	t	p	Kollinearitätsstatistik	
	B	SE				Toleranz	VIF
(Konstante)	.98	.41		2.42	.018		
Emotionsorientiertes Coping (CISS)	.15	.09	.20	1.71	.091	.637	1.569
Zerstreuungsorientiertes Coping (CISS)	.16	.06	.27	2.70	.009	.874	1.144
Perspektive (IHS)	-.18	.06	-.35	-3.12	.003	.712	1.404

Als signifikante Prädiktoren erwiesen sich die Subskalen emotions- und zerstreungsorientiertes Coping des CISS, sowie der/die Perspektive des IHS. Der Erklärungswert der signifikanten Prädiktoren an der Variabilität des Kriteriums Depression erreicht $R^2 = 37,0\%$.

Kriterium Angststörung. Für die Vorhersage einer Angststörung konnten die Voraussetzungen für die Modellprüfung, der Normalverteilung der standardisierten Residuen, Homoskedastizität und keine Autokorrelationen ($DW = 1.41$) sowie keine Multikollinearität der Prädiktoren (Toleranz-Werte $\geq .982$) angenommen werden. Die globale Modellzusammenfassung zeigte mit $F(2,73) = 28.63$, $p < .001$ ein signifikantes Ergebnis und den Hinweis auf zwei Prädiktoren mit Erklärungswert. Tabelle 41 zeigt die signifikanten Prädiktoren der Regressionsanalyse.

Tabelle 41

Koeffizienten der Modellprüfung für das Vorliegen einer Angststörung nach HADS-D

Modell	Nicht stand. Koeffizienten		Stand. Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>	Kollinearitätsstatistik	
	<i>B</i>	<i>SE</i>				Toleranz	VIF
(Konstante)	1.70	.27		6.21	.000		
Zerstreuungsorientiertes Coping (CISS)	.23	.06	.36	4.03	.000	.982	1.019
Perspektive (IHS)	-.28	.05	-.51	-5.80	.000	.982	1.019

Als signifikante Prädiktoren erwiesen sich die Subskalen zerstreungsorientiertes Coping des CISS, sowie die Perspektive des IHS. Der Erklärungswert der signifikanten Prädiktoren an der Variabilität des Kriteriums Angststörung erreicht $R^2 = 44\%$.

Kriterium Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Für die Prognose einer PTBS waren die Voraussetzungen für die Modellprüfung mit der Normalverteilung der standardisierten Residuen, Homoskedastizität und keine Autokorrelationen ($DW = 1.95$) sowie keine Multikollinearität der Prädiktoren (Toleranz-Werte $\geq .925$) erfüllt. Die globale Modellzusammenfassung zeigte mit $F(3, 71) = 24.71$, $p < .001$ ein signifikantes Ergebnis und den Hinweis auf drei Prädiktoren mit Erklärungswert. Tabelle 42 zeigt die signifikanten Prädiktoren der Modellprüfung.

Tabelle 42

Koeffizienten der Modellprüfung für das Vorliegen einer PTBS nach IES-R

Modell	Nicht stand. Koeffizienten		Stand. Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>	Kollinearitätsstatistik	
	<i>B</i>	<i>SE</i>				Toleranz	VIF
(Konstante)	83.11	12.35		6.73	.000		
Aufgabenorientiertes Coping (CISS)	-5.29	2.96	-.16	-1.79	.078	.909	1.100
Zerstreuungsorientiertes Coping (CISS)	9.05	2.04	.39	4.44	.000	.925	1.081
Perspektive (IHS)	-11.04	1.79	-.53	-6.18	.000	.942	1.061

Als signifikante Prädiktoren erwiesen sich die Subskalen arbeitsorientiertes, zerstreungsorientiertes Coping des CISS, sowie der/die Perspektive des IHS. Der Erklärungswert drei signifikanten Prädiktoren an der Variabilität des Kriteriums PTBS erreicht $R^2 = 50,6\%$.

Fragestellung 3: Hoffnung und Coping als Schutzfaktoren für eine Trauerstörung

Ob die Entwicklung einer Trauerstörung bei pflegenden Angehörigen zum Follow-up von den Ausprägungen in Hoffnung und Copingstrategien zur ersten Erhebung abhängt, wird nachfolgend mittels binärer logistischer Regression geprüft. Hierzu wurden die Angehörigen mit Verlustverfahren (Teilstichprobe $n = 42$) herangezogen. Für die Hoffnungs- und Copingwerte auf den jeweiligen vier Subskalen sollen differenzierte Interpretationen erfolgen. Die Voraussetzungen metrisches Skalenniveau der unabhängigen Variablen sowie das dichotome Skalenniveau der abhängigen Kriteriumsvariablen Trauerstörung gemäß einem Cut-off Wert sind erfüllt. Die Prädiktoren korrelieren höchstens mäßig negativ mit $r = -.34$ und positiv mit $r = .44$, ($p < .05$) und somit konnte eine Multikollinearität ausgeschlossen werden. Kriterium (AV) war das Vorliegen einer Trauerstörung gemäß Cut-off Wert des PG-13, (UV's) sind die metrischen Ausprägungen der Subskalen in Hoffnung und Copingstrategien der ersten Erhebung. Die Prädiktoren wurden mit der Rückwärtsmethode nach Wald schrittweise analysiert (Tabelle 43).

Aus den insgesamt acht Prädiktoren wurden zwei Indikatoren mit signifikantem Erklärungswert identifiziert, die Prüfgröße Wald fiel für Hoffnung auf der Skala Zukunftsorientiertheit T1 mit $\chi^2(1) = 5.22$, $p = .022$ signifikant aus und für emotionsorientiertes Coping mit $\chi^2(1) = 3.47$, $p = .062$ tendenziell signifikant aus, wobei die emotionsorientierte Copingstrategie einen höheren Anteil zur Vorhersage von Trauer leistet, wie die ermittelte Effektgröße Odds Ratio (OR) mit 6.81 zeigt. Die Anpassungsgüte für das Modell zeigte nach Nagelkerke's $R^2 = 48,9\%$ ein akzeptables Ausmaß an. Die beiden Prädiktoren wiesen gegenüber dem Kriterium eine Trennschärfe 0.5 auf, die Hypothese konnte angenommen werden. Tabelle 43 zeigt den Erklärungswert der Schutzfaktoren Hoffnung und Coping für das Kriterium einer Trauerdiagnose. 90,5 % der Fälle (38 von 42) wurden korrekt zugeordnet.

Tabelle 43

Klassifikationsmatrix für das Kriterium Vorliegen einer Trauerstörung

		Beobachtet		Vorhergesagt	
			Trauer (PG-13)		% der Richtigen
			0	1	
Schritt 7	Gesamtprozentsatz				90,5
	Trauer (PG-13)	keine (0)	35	1	97,2
		Trauer (1)	3	3	50,0
	Gesamtprozentsatz				90,5

4 Diskussion und Schlussfolgerung

Ziel der vorliegenden Diplomarbeitsstudie war es die Prävalenz der psychosozialen Belastung von pflegenden Angehörigen von palliativen KrebspatientInnen auf ihre Ursachen und Folgen für die psychische Gesundheit zu untersuchen. Auf Basis systemischer Pflegekonzepte wurde im theoretischen Teil dieser Arbeit versucht, die prinzipielle Mitbetroffenheit von Angehörigen sowie auch ihre Motivation für die Pflegebetreuung von Krebsbetroffenen im palliativen Krankheitszustand darzustellen. Hierzu wurden die Einflüsse soziodemografischer Faktoren, pflegespezifischer Faktoren und der Belastung, sowie der stabilisierenden Faktoren (Coping und Hoffnung) und der Trauer um die Erkrankung oder den Todesfall der Krebsbetroffenen untersucht. Im folgenden Teil werden vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstandes die relevanten Ergebnisse interpretiert und diskutiert.

Anschließend werden die Einschränkungen dieser empirischen Erhebung angeführt und Vorschläge für die weiterführende Forschung auf diesem Gebiet gegeben.

4.1 Zum Einfluss soziodemografischer Faktoren

Übereinstimmend mit den bisherigen Forschungsbefunden (Kim & Given, 2008; Popek et al., 2015) waren in dieser Erhebung mit 66 % die Mehrheit der pflegenden Angehörigen Frauen im Alter über 50 Jahren. Der Durchschnitt der pflegenden Männer lag bei 57 Jahren, obwohl sich hinsichtlich des Alters der Angehörigen kein signifikanter Unterschied zeigte, ist eine Tendenz zu erkennen. In dieser Lebensphase war ein Drittel der Befragten bereits im Ruhestand oder größtenteils weiterhin berufstätig. Männliche Angehörige waren bedeutend häufiger Pensionisten, so dass Zusammenhänge mit dem höheren Alter ($r = .50$, $p < .001$) zu erwarten waren, hingegen war mindestens jede zweite weibliche Angehörige noch berufstätig. Dies geht einher mit dem tendenziell jüngeren Alter. Entsprechend der Annahme der bisherigen Angehörigenforschung, dass eine Rollenkonfusion bezogen auf den organisatorischen und sozioökonomischen Mehraufwand von Angehörigen existiert (Chen et al., 2014; Hindermann et al., 2002; Lowenstein et al., 2000; Popek et al., 2015; Schur et al., 2014a), zeigen die Ergebnisse dieser Studie insgesamt, dass pflegende Angehörige mehr oder minder gefordert waren, Pflegebetreuung parallel mit der eigenen Lebens- und Haushaltsführung sowie teilweise noch beruflichen Verpflichtungen zu leisten. Auf eine differenzierte Darstellung dieser Tätigkeiten wird jedoch verzichtet, da diese den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

4.2 Zum Einfluss der Pflegefaktoren

Unabhängig vom Geschlecht hatten pflegende Angehörige kaum Unterstützung durch andere Personen. Auf Basis der untersuchten Stichprobe gab es keinen Hinweis darauf, wie dies in einigen Studien angenommen wurde (Hindermann et al., 2002; Kim et al., 2008; Popek et al., 2015), dass männliche Angehörige häufiger als Frauen professionelle Hilfe annahmen. Angehörige palliativer KrebspatientInnen sahen sich generell dazu verpflichtet, für die ihnen nahestehenden Erkrankten selbst zu sorgen, wobei Frauen insgesamt häufiger dazu neigten, die helfende Rolle als Pflegeperson für Verwandte sowie auch für Bekannte und FreundInnen zu übernehmen. Männer waren mit der Betreuung insbesondere von ihren Lebenspartnerinnen beschäftigt, mit denen sie in einem gemeinsamen Haushalt lebten.

Als primäre Bezugspersonen, zumeist die PartnerInnen oder Kinder bzw. Eltern der zu Pflegenden, verbrachten die Angehörigen sehr viel Zeit mit den PatientInnen. Waren sie berufstätig oder mit Krankheit, Ausbildung, Haushalt oder Kindern beschäftigt, betreuten sie ihre Angehörigen weniger aktiv; dies traf häufiger auf die Frauen dieser Stichprobe zu. Männer hatten häufiger bis zu 40 Stunden und mehr Betreuung pro Woche geleistet als Frauen, wobei sich dieses Ergebnis als nicht signifikant erwies. Es wurden die Betreuungsaufgaben nicht differenziert. Die Angehörigen in dieser Studie hatten mindestens vier Stunden und sogar mehr Zeit pro Woche in die Pflege und Unterstützung der PatientInnen investiert, lebten zumeist in gemeinsamer Wohnung mit den zu pflegenden Nahestehenden und waren daher so genannte aktive und psychosozial-stabilisierende Angehörige. Die Angehörigen, die sich um die schwerkranken PatientInnen über 10 Stunden in der Woche kümmerten, entwickelten eher psychischen Stress, Angstsymptomatik und Depressivität. Das Zeitausmaß der Pflege stieg mit der fortschreitenden Erkrankung der Krebsbetroffenen weiter und nahm längerfristig das Ausmaß einer beruflichen Vollzeitbeschäftigung an; wie auch aus der Studie von Popek et al. (2015) hervorgegangen war, konnte gezeigt werden, dass parallel mit den demografischen Entwicklungen und der Zunahme langzeitüberlebender Krebsbetroffener die Pflegearbeit und entsprechend die Pflegezeit von Angehörigen angestiegen war. Ein Drittel dieser Stichprobe betreute schon seit über drei Jahren alleine, so dass hiermit eine potenzielle Risikogruppe mit psychischer Belastung der Langzeitpflege identifiziert werden konnte.

4.3 Zum Einfluss der Belastungsfaktoren

Bisherige Forschungsbefunde zeigten einstimmig, dass Angehörige von palliativen KrebspatientInnen, die häufig eine längere Pflege- und Betreuung leisteten, schwer-

wiegenden Belastungen ausgesetzt waren (Hindermann et al., 2002; Köhler et al., 2012; Popek et al., 2015; Proot et al., 2003). Die pflegenden Angehörigen dieser Studie wiesen im Schnitt eine mittlere bis höhere Belastung auf, wobei sich die Frauen zum ersten Zeitpunkt deutlich stärker belastet fühlten als die Männer. Im Zeitverlauf kehrte dieses Verhältnis leicht um. Zum Follow-up nahm die Belastung generell weiter zu. Insbesondere männliche Angehörige fühlten sich in einer Follow-up Erhebung stärker belastet, während die erlebte Belastung bei den Frauen etwas geringer wurde. Ursachen dafür können Gewöhnungseffekte und soziales Coping sein oder bedingt durch den Krankheitsfortschritt eine Unterbringung in einer Klinik.

Mit der Zunahme der allgemeinen Belastung durch die längere Pflegedauer wurde eine erhöhte Anfälligkeit zu psychischen Störungen angenommen (Popek et al., 2015; Proot et al., 2003; Schur et al., 2014b). Die bisherige Forschung zur psychologischen Morbidität von Angehörigen konnte zeigen, dass Angehörige gehäuft manifestierte Angststörungen und Depressionen erleiden (Chentsova-Dutton et al., 2002; Sansoni et al., 2004). In der vorliegenden Studie wurden die Belastungsindikatoren als Prädiktoren mit signifikantem Erklärungswert für die psychische Morbidität bei pflegenden Angehörigen nachgewiesen, wobei die Belastungsveränderung einen höheren Anteil zur Vorhersage einer psychiatrischen Diagnose leistete. 72 % der Angehörigen dieser Stichprobe mit mindestens einer klinisch auffälligen Ausprägung konnten durch die Belastungsindikatoren vorhergesagt werden. Insgesamt wiesen die Angehörigen, deren PatientInnen verstorben waren, mit dem Wegfall der Betreuungsaufgaben jedoch einen niedrigeren Belastungsgrad auf. In Anlehnung an diese Beobachtungen können die Ergebnisse von Stein et al. (2000), die nachweisen konnten, dass Angehörige die eigene Gesundheit vernachlässigen, wenn sie schwerkranke PatientInnen betreuen, bestätigt werden. Als das unmittelbare soziale Bezugssystem sind für Angehörige gemäß der Systemtheorie oft Rollen und Aufgaben definiert, die sie in die Krankheitsbewältigung und die Krankheitsentwicklung der Betroffenen so stark einbinden, dass eine Änderung in der Lebenserwartung durch eine fortgeschrittene Krebserkrankung von PatientInnen zu kongruenten Veränderungen der psychischen Morbidität und Mortalität bei pflegenden Angehörigen selbst führen können (Friedemann, 1996; Schulz et al., 1999). Die Belastungen der Pflege und Lebensumstände von palliativen PatientInnen stellen sich als eine besondere Situation dar, in der Angehörige neben dem pflegerischen Mehraufwand, soziale Unterstützung leisten müssen und sich mit dem fortschreitenden Krankheitsverlauf auch mit dem baldigen Tod ihrer Geliebten auseinander setzen (Blindheim et al., 2013).

4.4 Zum Einfluss von Bewältigungsmechanismen und Hoffnung

In diesem Zusammenhang wurden Coping und Hoffnung als Ressourcen für die Krankheitsverarbeitung bereits erkannt (Cooper et al., 2008; Herth, 1990; Li et al., 2012; Li et al., 2014; Lipps et al., 2006); sie korrelierten mit niedrigeren Werten in Depression und Angststörungen (Li et al., 2012). Die vorliegende Studie konnte diese Befunde bestätigen. Die Ausprägungen für Bewältigungsstrategien waren für aufgaben-, zerstreungs- und sozialorientiertes Coping nahezu konsistent während der Pflegedauer und wurden mit einem geringen Zuwachs häufiger genutzt. Zusammenhänge mit den Copingstrategien erwiesen sich bei Angst- und Depressionswerten auf der Skala für die aufgabenorientierte Strategie signifikant negativ, während sich für die emotionsorientierte Strategie ein positiver Zusammenhang ergab. Dieser Befund war nicht anders zu erwarten, da Angst und Depressivität mitunter zu den affektiven Störungsbildern gehören. Bei hohen psychiatrischen Ausprägungen nutzten Angehörige weniger aufgabenorientierte und mehr emotionsorientierte Strategien. Diesbezüglich kann die Wahl der Copingstrategie ein Indiz dafür sein, wie stark das Ausmaß des psychischen Stressempfindens ist und inwieweit die psychische Morbidität fortgeschritten sein könnte (Li et al., 2012; Li et al., 2014). Die männlichen Angehörigen dieser Studie nutzten weniger emotions- und zerstreungsorientiertes Coping als Frauen. Gleichzeitig waren sie, wenn auch nicht signifikant unterschiedlich tendenziell gemäß den Cut-off Werten des HADS, weniger depressiv und ängstlich als die weiblichen Angehörigen dieser Studie, die mehr emotionsorientierte Strategien einsetzten. Im Verlauf der längerfristigen Pflege hatten Angehörige

höhere Ausprägungen auf den Hoffnungsskalen für Vertrauen & Zuversicht, Perspektive sowie für Zukunftsorientiertheit wobei sich die Zunahme in Perspektive als signifikant erwies; weibliche Angehörige waren zum ersten Zeitpunkt signifikant perspektivloser. Eine Adaptation der Hoffnung zur Krankheits- und Trauerbewältigung kann dieses Ergebnis erklären. Entsprechend der Annahme von Williams et al. (2013), konnte gezeigt werden, dass die Situation um eine Erkrankung nahestehender Personen oder eine Verlusterfahrung, Hoffnung als solche nicht ausschließt. Die Ergebnisse dieser Studie konnten nachweisen, dass hohe Ausprägungen in Hoffnung mit auffällig niedrigen Werten für Angststörung und Depression korrelierten. Auch wurden Zusammenhänge der Hoffnung mit dem Wunsch der Informationsweitergabe an das professionelle und therapeutische Fachpersonal gefunden. Die Angehörigen dieser Stichprobe waren zwar alleine mit der Pflege der palliativen PatientInnen be-

schäftigt, wünschten sich aber mehr soziale Unterstützung.

In der vorliegenden Studie wurden die Copingstrategien und Hoffnungsaspekte als protektive Faktoren mit signifikantem Erklärungswert für die generelle psychische Morbidität bei pflegenden Angehörigen nachgewiesen, wobei die Hoffnungsskala Perspektive vs. Perspektivlosigkeit und emotionsorientiertes Coping die höchsten Anteile zur Vorhersage einer Depression, PTBS oder einer Trauerstörung leisteten.

37 % der Angehörigen dieser Stichprobe mit auffälligen Werten in Depression, 44 % mit Angstsymptomatik und etwa 50 % bei PTBS Verdacht konnten anhand der signifikanten Prädiktoren (Perspektive, emotions- und zerstreungs-, sowie arbeitsorientiertes Coping) vorhergesagt werden.

Im Rahmen dieser Studie konnten Hoffnung und Coping als stabilisierende Ressourcen bestätigt werden.

4.5 Zum Einfluss von Verlust

Nachdem festgestellt werden konnte, dass Hoffnung und Coping einen hohen Erklärungswert für psychische Morbidität bei pflegenden Angehörigen haben, das Phänomen der Trauer aber noch nicht allzu lange beforscht wurde, interessierte es, wie lange der intensive Schmerz um den Tod einer palliativen PatientIn tatsächlich anhielt und wie mit diesem Verlust längerfristig umgegangen wurde. Hierzu bot sich die Follow-up Erhebung im Rahmen dieser Studie an. Die pflegenden Angehörigen von KrebspatientInnen wurden zu einem späteren Erhebungszeitpunkt gefragt, ob sie weiterhin Pflegetätigkeiten übten und durch deren vielfältige Anforderungen belastet waren oder zwischenzeitlich einen Verlust erlitten hatten. Die Ergebnisse dazu wurden in der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und die Angehörigen mit und ohne einen Trauerfall hinsichtlich ihrer erlebten Belastung und der psychischen Gesundheit unterschieden.

Unter Trauer um einen verstorbenen Angehörigen wurde zwar bislang keine psychische Störung im engeren Sinne verstanden, doch es wurden Symptome der Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und traumatische Belastungsreaktionen als Begleiterscheinungen in einer Trauerphase beobachtet, die selten länger als sechs Monate andauerten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013; Kast, 2011). Eine klare klinisch-diagnostische Klassifizierung schlug die APA im DSM-V vor, da eine pathologische Form der Trauer nicht vollständig die Symptomatik einer Depression oder Belastungsstörung als solche abbildete (Prigerson et al., 2009). In der vorliegenden Studie konnten Zusammenhänge von geringer bis mittlerer Höhe der Trauerskala PG-13 mit den Skalen des HADS für Depression und den Cut-off Werten des IES-R für traumatisches Erleben und PTBS gefunden werden. Werte in Hoffnung konnten

die Entwicklung einer Trauerstörung gemäß dem Cut-off Wert des PG-13 anzeigen und zu 90 % vorhersagen. Trauer wies am stärksten Zusammenhänge mit emotionsorientiertem Coping und der Zukunftsorientiertheit auf. Außerdem konnte im Vergleich der Belastungsmittelwerte der Angehörigen mit und ohne Trauerfall nachgewiesen werden, dass die pflegebedingten Belastungen zurückgingen. Demzufolge war anzunehmen, dass bei Angehörigen mit aufgabenorientierter Copingstrategie weniger häufig eine Trauerstörung diagnostiziert wurde. Befunde zeigen hingegen auch, dass Angehörige mit verlängerten Trauerreaktionen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und eine geringere Lebensqualität aufweisen (Latham et al., 2004).

Schließlich konnten die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, dass Ressourcen wie Hoffnung und Coping als bedeutende Schutzfaktoren für psychische Gesundheit gelten und noch größerer Beachtung in der psychosozialen Versorgung palliativmedizinischer Betroffener bedürfen.

5 Kritik und Ausblick

Einschränkungen bestanden generell in der Fallzahl, die durch das Studien- und Gruppendesign bestimmt wurde. Es sollten alle Angehörigen mit Angaben zu beiden Zeitpunkten extrahiert werden. Des Weiteren wurden zu den unterschiedlichen Bedingungen aufgrund logischer Zusammenhänge nicht durchgehend dieselben Messinstrumente verwendet, wie z.B. die Betreuungszeit, welche zum zweiten Zeitpunkt nur von weiterhin pflegenden Angehörigen vorlag. Screeningverfahren wie das Zarit Burden Inventar (ZBI), ein Belastungsinventar wurde nur Angehörigen ohne Trauerfall vorgegeben und das MPSS oder PG-13 nur denjenigen mit Trauer, daher konnten diese Ergebnisse sehr eingeschränkt bis gar nicht (beim ZBI) verwertet werden. Schließlich wurde als Operationalisierung der Belastung ein Item verwendet, welches für TeilnehmerInnen jeder Gruppe- und Zeitbedingung vorlag, nachdem mittels Korrelationsprüfung ein hoher Zusammenhang mit $r = .60$, $p < .001$ mit dem ZBI festgestellt und kontrolliert wurde. Insgesamt sind im Rahmen dieser Studie diagnostische Screeningverfahren eingesetzt worden, die klinisch validiert waren, wobei diese aus Selbsteinschätzungen der pflegenden Angehörigen zu ihrer erlebten Symptomatik in ausgewählten psychiatrischen Merkmalen bestanden. Außerdem wies die Stichprobe zu zwei Drittel weibliche Angehörige auf und erschwerte so die Abbildung der realen Anteile im Vergleich der Geschlechter hinsichtlich ihrer Skalenausprägungen. Es wurden somit nur relative Anteile der vorliegenden Stichprobe herangezogen.

Abgesehen davon, konnten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit die bisherigen Befunde, dass Pflegebelastungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit und psychische Morbidität von Angehörigen als Tendenzen zu Depression, Angst- und Posttraumatische Belastungsstörung sowie auch verlängerte Trauerreaktionen hatten, bestätigen (Chentsova-Dutton et al., 2002; Popek et al., 2015; Proot et al., 2003; Sansoni et al., 2004; Schur et al., 2014b). Ein hoher Unterstützungsbedarf besteht vor allem für Angehörige, die alleine sich um die Sorge palliativer Krebsbetroffener kümmern und über Pflegebelastungen klagen (Ebert-Vogel, n.d.). Auf der einen Seite werden Frauen bei Ebert-Vogel soziokulturell bedingt in die Rolle der fürsorglichen Pflegerinnen gedrängt, auf der anderen Seite sollen Männer aktiv sein, sie sollen weniger emotional auftreten und insofern weniger über Belastung klagen. Wie sich zeigte, ist es sinnvoll, den Genderaspekt mit zu berücksichtigen, und gezielte therapeutische Konzepte zu entwerfen. Diesbezüglich erfordert es eine adäquate Unterstützung für weibliche und männliche Angehörige, im Speziellen in der Kommunikation mit Ärztinnen und Pflegepersonal, hinsichtlich der Krankheits-

bewältigung und mobiler Hilfsdienste. In Ausblick steht auch, die genaue Funktionsweise und die Wahl der Copingstrategien von Frauen und Männern hinsichtlich der problemorientierten Copingstrategien und Hoffnungs- sowie Perspektivenfördernden Ressourcen näher zu untersuchen, um Risikogruppen bei pflegenden Angehörigen zu identifizieren.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse dieser Arbeit und weiterer Angehörigenforschung den Bedarf an frühzeitigen präventiven Erhebungen von Angehörigen aufzeigen können, damit langfristig das Wissen über systemische Konzepte und Einflussfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen in der begleitenden Palliativversorgung genutzt werden kann.

Literatur

- American Psychological Association. (APA). (2015). *Zarit Burden Interview*. Verfügbar unter: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/zarit.aspx>.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Auflage). Berlin: Springer.
- Bailey, S., Kral, M. & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grief differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 29, 256-271. doi: 10.1111/j.1943-278X.1999.tb00301
- Ballard, A., Green, T., McCaa, A., & Logsdon, M. C. (1997). *A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. Oncology nursing forum*, 24(5), 899-904. Verfügbar unter: <http://europepmc.org/abstract/med/9201742>.
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., & Beutel, M. (Hrsg.). (2014). *S3-Leitlinie Angststörungen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Becker, E.S. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung. In Petermann, F., & Reinecker, H. (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (482- 489). Hogrefe Verlag.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. In *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 43*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Blindheim, K., Thornes, S. L., Brataas, H. V., & Dahl, B. M. (2013). The role of next kin of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations. *Journal of clinical nursing*, 22(5-6), 681-689. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04349
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 444-452. doi: 10.1007/s00406-007-0744-0
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Auflage). Berlin: Springer.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2013). *Pressemitteilung. Trauer ist keine psy-*

- chische Krankheit*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media20130517_pm_bptk_Trauer_ist_keine_psychische_Krankheit.pdf.
- Braun, M., Scholz, U., Hornung, R., & Martin, M. (2010). *Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(2), 111-119. doi: 10.1007/s00391-010-0097-6
- Brandenburg, H., & Bekel, G. (2003). *Pflegewissenschaft: Lehr-und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
- Brands, I. M., Köhler, S., Stapert, S. Z., Wade, D. T., & van Heugten, C. M. (2014). Psychometric properties of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in patients with acquired brain injury. *Psychological assessment*, 26(3), 848. doi: 10.1037/a0036275
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2015). *Gesetz über die Familienpflegezeit §2*. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/fpfzg/2.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2010). *Gesundheitsdefinition der WHO 1948*. Verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheit_sfoerderung#f0.
- Bühl, A. (2008). SPSS 16: *Einführung in die moderne Datenanalyse* (11.Auflage). München: Pearson Studium.
- Carter, P.A. (2002). Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncol Nurs, Forum* 29, 1277-1283. doi: 10.1188/02.ONF.1277-1283
- Chen, S. C., Lai, Y. H., Liao, C. T., Huang, B. S., Lin, C. Y., Fan, K. H., & Chang, J. T. C. (2014). Unmet supportive care needs and characteristics of family caregivers of patients with oral cancer after surgery. *Psycho-Oncology*, 23 (5), 569-577. doi: 10.1002/pon.3458
- Chentsova-Dutton, Y., & Shuchter S. (2000). The psychological and physical health of hospice caregivers. *Ann Clin Psychiatry*, 12, 19-27. doi: 10.3109/10401230009147083
- Chentsova-Dutton, Y., Shuchter, S.,... & Hutchin, S. (2002). Depression and grief reactions in hospice caregivers: From pre-death to 1 year afterwards. *J Affect Disord*, 69, 53-60. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00368-2
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. (2. Ausgabe) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cohen, R., Leis, A. M., Kuhl, D., Charbonneau, C., Ritvo, P., & Ashbury, F. D. (2006). QOLLTI-F: measuring family carer quality of life. *Palliative medicine*, 20(8), 755-767. doi: 10.1177/0269216306072764
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, & M., Livingston, G. (2008). Copingstrategies, an-

- xiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 23(9), 929-936. doi: 10.1002/gps.2007
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 1489-1496. doi: 10.1016/j.brat.2003.07.010
- Daneke, S. (2000). *Angehörigenarbeit*. München: Urban und Fischer.
- Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 26(4), 922-953. doi: 10.1016/S0885-3924(03)00327-0
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2005). *Pflegende Angehörige* (DEGAM Leitlinie Nr. 6). Verfügbar unter: [Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-06_PA_003.pdf](#).
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2014). Angststörungen-Vorstellungen der neuen Behandlungsrichtlinien. Verfügbar unter: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/pressemitteilungen/2014/2014-05-07_Hintergrund_S3-Leitlinie_Angstst%C3%B6rungen.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2013, April 15). *Stellungnahme Nr.5. Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Zur Diskussion um das angekündigte Diagnosesystem DSM-V*. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Stellungnahme_DSM-5_Final.pdf.
- Deutscher Verlag für Gesundheitsinformation. (2008). *Leading medicine guide*. Verfügbar unter: <http://www.leading-medicine-guide.at/Krebs-Blut>.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen. (2012). *Lebenserwartung und Pflegebedarf im Alter. Was kann aus der Pflegestatistik gelernt werden?* Verfügbar unter: http://www.forschungsdatenzentrum.de/veranstaltungen/10jahre/ges_vortrag_scholz_hoffmann.pdf.
- Dumont, I., Dumont, S., & Mongeau, S. (2008). End-of-life care and the grieving process: family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qualitative health research*, 18(8), 1049-1061. doi: 10.1177/1049732308320110
- Ebert-Vogel, A., (n.d.) *Gender-Aspekte der Belastung von pflegenden Angehörigen palliativer KrebspatientInnen*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Medizinische

Universität, Wien.

- Eickelen, K. (2009). *Krebs wenn nicht heilbar dann besiegt: Krebskur- Total nach Rudolf Breuss Erfahrungsbericht eines Grading III Krebspatienten*. Norderstedt: Books on Demand.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 42(2), 207-220. doi: 10.1080/00049539008260119
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A., & Kilpatrick, D.G. (1993) The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 16(6), 161-162.
- Faust, V. (2001). *Psychosoziale Gesundheit Von Angst bis Zwang. Angststörungen*. Verfügbar unter: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/angst.html>.
- Fawcett, J. (1999). *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*. Bern: Huber.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., ... & Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 172-173. doi: 10.1192/bjp.bp.106.023507
- Ferris, F. D., Bruera, E., Cherny, N., Cummings, C., Currow, D., Dudgeon, D., ... & Von Roenn, J. H. (2009). Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps-from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 27(18), 3052-3058. doi: 10.1200/JCO.2008.20.1558.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (3. Auflage). London: Sage publications.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P.,... & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.
- Freyenschalg, S. (2013, Januar 25). Angehörige. Die unsichtbare Doppelbelastung. *Wiener Zeitung*. Verfügbar unter: http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/chronik/519089_Die-unsichtbare%20Doppelbelastung.html.
- Friedemann, M. L. (1996). *Familien-und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts*. Bern: Huber.
- Fromm, S. (2005). *Binäre logistische Regressionsanalyse. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler mit SPSS für Windows*. Unveröffentlichtes Manuskript. Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Universität Bamberg, Bamberg.
- Gilbar, O. (1999). Gender as a predictor of burden and psychological distress of

- elderly husbands and wives of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8(4), 287-294. Verfügbar unter: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199907/08\)8:4%3C287::AID-PON385%3E3.0.CO;2-W/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1611(199907/08)8:4%3C287::AID-PON385%3E3.0.CO;2-W/pdf)
- Görres, S., & Friesacher, H. (1998). Pflegewissenschaft in Deutschland- Gegenwärtiger Stand und Entwicklungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(3), 157-169. doi: 10.1007/s003910050031
- Grasserbauer, E. (2008). *Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.
- Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I., & Danbrook, C. (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1101-1105. Verfügbar unter: <http://www.cmaj.ca/content/157/8/1101.short>
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2). doi: 10.1089/109662103764978461
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Narramore, S., & Schonwetter, R. (2001). Family caregiving in hospice: effects on psychological and health functioning among spousal caregivers of hospice patients with lung cancer or dementia. *Hospice Journal*, 1-18. doi: 10.1300/J011v15n04_01
- Han, Y., Hu, D., Liu, Y., Lu, C., Luo, Z., Zhao, J.,... & Mao, J. (2014). Coping styles and social support among depressed Chinese family caregivers of patients with esophageal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 571-577. doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.002
- Hartenstein, R. (2002). Stellenwert der Palliativmedizin in der Onkologie. *Onkologie*, 25, 60-64. doi: 10.1159/000055246
- Hautzinger, M., & Thies, E. (2009). Klinische Psychologie: *psychische Störungen kompakt*. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q., & Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry research*, 219(2), 347-352. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.022
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D)* (3., aktualisierte und neu normierte Auflage). Manual. Bern: Hans Huber.
- Hindermann, S., & Strauß, B. (2002). Angehörige älterer Tumorpatienten. *Der Onkologe*, 8(2), 151-160. doi: 10.1007/s00761-001-0275-7
- Hinds, P.S. (1984). Including a definition of hope through the use of grounded theory

- methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 357-67. doi: 10.1111/j.1365-2648.1984.tb00384
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), 859. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Hoyer, J., & Margraf, J. (Hrsg.). (2003). *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer-Verlag.
- Huber, C. (2009). *Pflegende Angehörige. Zur Situation der pflegenden Angehörigen im Waldviertel*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.
- Huppmann, G., & Lipps, B. (2006). „Hoffnung“ in deutschsprachigen Lehrtexten der Medizinischen Psychologie: Von den Anfängen (1773) bis zum ersten Gegenstandskatalog dieses Faches (1973). *Prolegomena einer Medizinischen Psychologie der Hoffnung*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.
- ICD Code. (2015). *Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen*. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.2.html>.
- Ihle, W., Groen, G., Walter, D., Esser, G., & Petermann, F. (2012). *Depression*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Judmaier, F. (1984). *Krebs: psychische Phänomene und pädagogische Hilfen*. Wien: Böhlau
- Johansson, I., Hildingh, C., & Fridlund, B. (2002). Coping strategies when an adult next-of-kin/close friend is in critical care: a grounded theory analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(2), 96-108. doi: 10.1016/S0964-3397(02)00019-8
- Kaltman, S. & Bonanno, G. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 131-147. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00184-6
- Kaluza, G. (2004). Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung. In *Stressbewältigung*. (3-10). Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-10093-6_1
- Kälin, W. (1995). Drei Coping-Fragebögen im Vergleich: Faktorenstruktur, psychometrische Güte und Gemeinsamkeiten des COPE, des „Coping Inventory of Stressful Situations“ und des „ways of coping questionnaire“ (unveröffentlichte Doktorarbeit). Universität Bern, Bern.
- Kast, V. (2011). Natürliche Trauer-komplizierte Trauer. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1(2), 94-101. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/28/129>.
- Keller, M., Henrich, G., Beutel, M., & Sellschopp, A. (1998). Wechselseitige Belastung und Unterstützung bei Paaren mit einem Krebskranken. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48, 358- 568. Verfügbar unter:

<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-12357-001>.

- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olsson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., ... & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*, 352, 2515-23. doi: 10.1056/NEJMsa043266
- Kim, Y., & Given, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors. *Cancer*, 112(S11), 2556-2568. doi: 10.1002/cncr.23449
- Köhler, N., Perner, A., Anders, D., Brähler, E., Papsdorf, K., & Götze, H. (2012). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Pflegebelastung von Angehörigen palliativer Tumorkranken in häuslicher Versorgung. *Psychother Psych Med*, 62, 157-162. doi: 10.1055/s-0032-1304601
- Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L., & Döhner, H. (2006). Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 429-442. doi: 10.1007/s00391-006-0416-0
- Latham, A.E., & Prigerson, H.G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav*; 34(4), 350-362. doi: 10.1521/suli.34.4.350.53737
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. Berlin: Springer-Verlag.
- Levy, M. H., Back, A., Benedetti, C., Billings, J. A., Block, S., Boston, B., ... & Karver, S. B. (2009). Palliative Care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(4), 436-473. Verfügbar unter: <http://www.jnccn.org/content/7/4/436.short>
- Li, R., Cooper, C., Barber, J., Rapaport, P., Griffin, M., & Livingston, G. (2014). Coping strategies as mediators of the effect of the START (strategies for relatives) intervention on psychological morbidity for family carers of people with dementia in a randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 168, 298-305. doi: 10.1016/j.jad.2014.07.008
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A., & Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 139(1), 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.055
- Lowenstein, A., & Gilbar, O. (2000). The perception of caregiving burden on the part of elderly cancer patients, spouses and adult children. *Families, Systems, & Health*, 18(3), 337. doi: 10.1037/h0091862
- Luhmann, N. (1990). Sozialesystem Familie. In Soziologische Aufklärung, 5. Kon-

- struktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact-of-Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141. Verfügbar unter: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-12114-002>.
- Mahler-Hutter, J. (2010). *Komplizierte Trauer bei älteren Menschen und der Zusammenhang mit Copingstrategien, Kohärenzgefühl und Todesumstand*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., ... & Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, JCO-2014. doi: 10.1200/JCO.2014.56.0086
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., ... Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Annals of general psychiatry*, 7(1), 4. doi: 10.1186/1744-859X-7-4
- Morgenbesser, J. (2010). *Copingstrategien und das Erleben von Hoffnung bei Erwachsenen mit einer Krebserkrankung. Eine systematische Literaturarbeit*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien. Wien.
- Moser, M. T., Künzler, A., Nussbeck, F., Bargetzi, M., & Znoj, H. J. (2013). Higher emotional distress in female partners of cancer patients: prevalence and patient/partner interdependencies in a 3-year cohort. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2693-2701. doi: 10.1002/pon.3331
- Multi-Health Systems. (2004-2015). *Ciss Coping Inventory for stressful situations*. Zugriff am 22.06.2015. Verfügbar unter: <http://www.mhs.com/product.aspx?gr=cli&id=overview&prod=ciss#scales>.
- Ohaeri, J. U., & Awadalla, A. W. (2009). The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population. *Annals of Saudi medicine*, 29(2), 98. doi: 10.4103/0256-4947.51790
- Österreichische Krebshilfe. (2013). *Was ist Krebs?* Verfügbar unter: <http://www.krebshilfe.net/information/was-ist-krebs/>.
- Ott, G., & Bokelmann, D. (1974). Organisation der Nachsorge bei Tumorpatienten. In *Standardisierte Krebsbehandlung*. Berlin: Springer-Verlag.
- Pirker-Binder, I. (2008). Glaube, Hoffnung, Zuversicht-spirituelle Ansätze in der Psychotherapie. Wie oft sind es erst die Ruinen, die den Blick freigeben auf den Himmel. *Psychotherapie* 03(08), S.33. Verfügbar unter: <http://www.pirker-binder.at/wp-content/glaubehoffnungzuversichtpromed08.pdf>.
- Popek, V., & Hönig, K. (2015). Krebs und Familie. *Der Nervenarzt*, 86(3), 266-273.

doi: 10.1007/s00115-014-4154-z

- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), 917. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H. F., Goldsteen, M., Luker, K. A., & Widdershoven, G. A. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(2), 113-121. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00220.x
- Rash, C. J., Coffey, S. F., Baschnagel, J. S., Drobles, D. J., & Saladin, M. E. (2008). Psychometric properties of the IES-R in traumatized substance dependent individuals with and without PTSD. *Addictive behaviors*, 33(8), 1039-1047. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.04.006
- Reggentin, H. (2005). Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 101-107. doi: 10.1007/s00391-005-0295-9
- Ruglass, L. M., Papini, S., Trub, L., & Hien, D. A. (2014). Psychometric Properties of the Modified Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale among Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders Receiving Outpatient Group Treatments. *J Trauma Stress Disor Treat* 4, 1, 2. doi: 10.4172/2324-8947.1000139
- Sansoni, J., Vellonem, E. & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *Int J Nurs Pract* 10, 93-100. doi: 10.1111/j.1440-172X.2003.00461
- Schermelleh-Engel, K., & Werner, C. (2007). *Multiple lineare und moderierte Regression. Computerunterstützte Einführung in multivariate statistische Analyseverfahren*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Frankfurt, Frankfurt.
- Schneider, A., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Übersichtsarbeit: Lineare Regressionsanalyse: Teil 14 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen- Ausgabe B*, 107(44), 776. doi: 10.3238/arztebl.2010.0776
- Schneider, N. F. (2012, Mai 31). Was ist Familie? eine Frage von hoher gesellschaftspolitischer Relevanz. *Bundeszentrale für politische Bildung*. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138023/was-ist-familie>.
- Schneider, U., Trukeschitz, B., Mühlmann, R., Jung, R., Ponocny, I., Katzlinger, M., & Österle, A. (2009). *Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung*

- älter Menschen 2008*. (Forschungsbericht des Forschungsinstituts Nr. 01). Verfügbar unter: <http://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/ri/alterssoekonomie/FB12009.pdf>.
- Schrank, B., Woppmann, A., Hay, A. G., Sibitz, I., Zehetmayer, S., & Lauber, C. (2012). Validation of the Integrative Hope Scale in people with psychosis. *Psychiatry research*, 198(3), 395-399. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.052
- Schrank, B., Woppmann, A., Sibitz, I., & Lauber, C. (2011). Development and validation of an integrative scale to assess hope. *Health Expectations*, 14(4), 417-428. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00645.x
- Schulz, R., Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA* 282, 2215-2219. doi: 10.1001/jama.282.23.2215
- Schulz, R., Hebert, R., & Boerner, K. (2008). Bereavement after caregiving. *Geriatrics*, 63(1), 20-22. Verfügbar: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790185/>
- Schur, S., Ebert-Vogel, A., Amering, M., Masel, E. K., Neubauer, M., Schrott, A., ... Schrank, B. (2014b). Validation of the „Quality of Life in Life-Threatening Illness- Family Carer Version“ (QOLLTI-F) in German-speaking carers of advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 22(10), 2783-2791. doi: 10.1007/s00520-014-2272-6
- Schur, S., Neubauer, M., Amering, M., Ebert-Vogel, A., Masel, E. K., Sibitz, I., ... Schrank, B. (2014a). Validation of the Family Inventory of Needs (FIN) for family caregivers in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 1-7. doi: 10.1017/S1478951514000261
- Seidl, E. (Hrsg.), (2007). *Pflegende Angehörige im Mittelpunkt: Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger von demenzkranken Menschen* (1. Auflage). Wien: Böhlau.
- Senden, C., Vandecasteele, T., Vandenbergh, E., Versluys, K., Piers, R., Gryphonck, M., & Van Den Noortgate, N. (2005). The interaction between lived experiences of older patients and their family caregivers confronted with a cancer diagnosis and treatment: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 52(1), 197-206. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.012
- Sheldon, F. (1998). ABC of palliative care: bereavement. *British Medical Journal*, 316 (7129), 456-458. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2665627/pdf/9492677.pdf>.
- Sherman, D. W., McGuire, D. B., Free, D., & Cheon, J. Y. (2014). A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using a mixed methods approach. *Journal of pain and symptom management*,

- 48(3), 385-399. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.006
- Silva, P. A. B., Soares, S. M., Santos, J. F. G., & Silva, L. B. (2014). Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de saude publica*, 48(3), 390-397. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004912
- Spitzer, C., Abraham, G., Reschke, K., & Freyberger, H. J. (2001). Die deutsche Version der Modified PTSD Symptom Scale (MPSS): Erste psychometrische Befunde zu einem Screeningverfahren für posttraumatische Symptomatik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie; Forschung und Praxis*, 30(3), 159-163. doi: 10.1026/0084-5345.30.3.159
- Statistik Austria. (2014, Januar). *Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich*. 4. Auflage. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/index.html
- Stein, M.D., Crystal, S., & Cunningham, W.E. (2000). Delays in seeking HIV care due to competing caregiver responsibilities. *Am J Public Health* 90, 1138- 1140. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446306/pdf/10897195.pdf>.
- Stetz, K. M. (1987). Caregiving demands during advanced cancer: The spouse's needs. *Cancer Nursing*, 10(5), 260-268. Abstract verfügbar unter: http://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/1987/10000/caregiving_demands_during_advanced_cancer_the.4.aspx.
- Tallen, G. (2013). *Was ist Krebs?* Verfügbar unter: http://www.kinderkrebsinfo.de/patienten/fragen_zu_krebs/was_ist_krebs/index_ger.html.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678
- Thorsnes, S. L., Blindheim, K., & Brataas, H. V. (2014). Next of kin of cancer patients-Challenges in the situation and experiences from a next of kin course. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 578-584. doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.001
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(28), 6899-6907. doi: 10.1200/JCO.2005.01.370
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised. In Wilson, J. P., & Keane, T. T. M (Hrsg.). *Assessing psychological trauma and PTSD*, 2, (168-189). New York: The Guilford Press.

- Weltgesundheitsorganisation. (2012). *Depression: a global public health concern*. Verfügbar unter: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
- Weltgesundheitsorganisation. (2015). *Definition einer Depression*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>.
- Williams, A.L. & McCorkle, R. (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliat Support Care*, 9(3): p. 315-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951511000265>
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8), 24-34. Abstract verfügbar unter: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-13588-004>
- Yabroff, K. R., & Kim, Y. (2009). Time costs associated with informal caregiving for cancer survivors. *Cancer*, 115(S18), 4362-4373. doi: 10.1002/cncr.24588
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67,361-370. Verfügbar unter: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19073947.pdf>

Tabellenverzeichnis

1	Kennwerte des Lebensalters in Abhängigkeit des Geschlechts	52
2	Häufigkeiten und relative Anteile zum Familienstand der Angehörigen in Abhängigkeit vom Geschlecht	53
3	Häufigkeiten und relative Anteile der Wohnverhältnisse in Abhängig- keit der Angehörigengruppen	53
4	Häufigkeiten und relative Anteile für die höchst abgeschlossene Schul- bildung nach Geschlecht	54
5	Häufigkeiten und relative Anteile für die berufliche Stellung nach Ge- schlecht	55
6	Häufigkeiten und Anteile für den derzeitigen Lebensunterhalt in Ab- hängigkeit vom Geschlecht	55
7	Häufigkeiten und Anteile über das Nettoeinkommen der pflegenden Angehörigen nach Geschlecht	56
8	Häufigkeiten und Anteile zum Verwandtschaftsverhältnis zwischen Angehörigen und PatientInnen nach Geschlecht	57
9	Häufigkeiten und relative Anteile zum Gemeinsamen Wohnen mit den PatientInnen nach Geschlecht	58
10	Häufigkeiten und Anteile zur Unterstützung durch andere Personen bei der Pflegebetreuung nach Geschlecht und Angehörigengruppe . .	59
11	Häufigkeiten und Anteile zur Sorgepflicht Angehöriger nach Geschlecht und in Abhängigkeit Unterstützung anzunehmen	60
12	Häufigkeiten und relative Anteile für Pflegekosten der Angehörigen nach Geschlecht	61
13	Häufigkeiten und relative Anteile für die Kosten der Pflegenden (ohne Verlust) zum 2. Zeitpunkt	61
14	Häufigkeiten und Anteilswerte der Kontaktzeit zu den PatientInnen .	62
15	Häufigkeiten und Anteile zum Ausmaß der Betreuungszeit in Abhän- gigkeit vom Geschlecht	64
16	Häufigkeiten und Anteile zur Betreuungszeit pro Woche bei weibli- chen und männlichen Angehörigen zum zweiten Erhebungszeitpunkt	64
17	Häufigkeiten und relative Anteile für die bisherige Pflegedauer der Angehörigen nach Geschlecht	65
18	Häufigkeiten und relative Anteile zur Weitergabe der Studienergeb- nisse nach Geschlecht und Angehörigengruppe	66

19	Vergleich der Mittelwerte für den Belastungsgrad von Frauen und Männern im Verlauf der Pflege	67
20	Vergleich der Mittelwerte für Belastung im Verlauf und zwischen den Angehörigengruppen	68
21	Kennwerte der Belastungsveränderung (positive Werte weisen auf eine Zunahme hin) in Abhängigkeit vom Geschlecht der Pflegenden und Angehörigengruppe	69
22	Mittelwertsvergleiche und Signifikanzprüfung der Geschlechter in Coping (1-5) und Hoffnung (1-6) zum ersten Zeitpunkt	72
23	Mittelwertsvergleiche der beiden Erhebungen für Coping und Hoffnung	73
24	Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation der Belastung mit Coping im Follow-up n=78	73
25	Korrelation der Belastung mit Kontakt- und Betreuungszeit von Angehörigen	74
26	Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation von Hoffnung und Weitergabe von Ergebnissen der Angehörigen n=68	74
27	Häufigkeiten mindestens einer psychiatr. Erkrankung gemäß den Cut-off Werten für beide Zeitpunkte	75
28	Häufigkeiten und Anteilswerte für Depression gemäß Cut-off Wert in Abhängigkeit vom Geschlecht	76
29	Häufigkeiten und Anteile für die Diagnose einer Angststörung laut Cut-off Wert in Abhängigkeit vom Geschlecht	78
30	Häufigkeiten und Anteile für Verdacht auf PTBS bei männlichen und weiblichen Angehörigen	79
31	Häufigkeiten und relative Anteile für PTBS Verdacht gemäß dem Cut-off Wert des IES-R zwischen den Angehörigengruppen zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt	79
32	Kennwerte der MPSS Skalen in Abhängigkeit vom Geschlecht	80
33	Häufigkeiten und Anteile für eine Trauerstörung gemäß dem Cut-off des PG-13 in der Gruppe mit Verlust	81
34	Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für die Zusammenhänge der Angst- und Depressionsskala HADS-D (N = 77)	82
35	Koeffizienten der Produktmomentkorrelation für die Zusammenhänge der IES-R Skala für PTBS (N = 77)	83
36	Koeffizienten der Produktmomentkorrelation für Zusammenhänge mit PTBS (MPSS)	84

37	Koeffizienten der Produktmomentkorrelation für die Zusammenhänge der PG-13 Skala für Trauerstörung ($N = 42$)	85
38	Koeffizienten der binären logistischen Regression, Kriterium zumin- dest eine psychiatrische Erkrankung	86
39	Klassifikationsmatrix für das Kriterium Vorliegen einer psychiatri- schen Erkrankung	87
40	Koeffizienten der Modellprüfung für das Vorliegen einer Depression nach HADS-D	88
41	Koeffizienten der Modellprüfung für das Vorliegen einer Angststörung nach HADS-D	89
42	Koeffizienten der Modellprüfung für das Vorliegen einer PTBS nach IES-R	89
43	Klassifikationsmatrix für das Kriterium Vorliegen einer Trauerstörung	90

Abbildungsverzeichnis

1	Balkendiagramm zur Betreuungszeit im Stundenausmaß/ pro Woche und abhängig vom Familienverhältnis	63
2	Funktion der Belastung als Interaktion aus Gruppe (Verlust / ohne) und Zeitpunkte	69
3	Funktion der Belastungs-veränderung in Abhängigkeit vom Geschlecht der Pflegenden und Angehörigengruppe	70
4	Häufigkeiten (y- Achse) für Depression gemäß Cut-off nach Lebensalter (x- Achse) und Geschlecht (links: Männer rechts: Frauen)	77
5	Häufigkeiten (y- Achse) für eine Angstdiagnose gemäß Cutoff bei Angehörigen nach Lebensalter (x- Achse) und Geschlecht (links: Männer rechts: Frauen)	78

Anhang

Anhang A

Abstract English

Objective: There are numerous findings regarding the psychological burden of caregivers of palliative patients, however, there is still a little research to the prevalence of psychic morbidity as effects of burden by caregiving. This study is designed to give a better understanding of the entry and the development of psychic diseases as concomitants of stress processes or grief in the course of the caregiving.

Methods: In a prospective study, we recruited 80 informal caregivers of cancer patients on the oncological, day-oncological and the palliative station of four medical centres in Vienna. The Participants were assessed using a set of questionnaires about the caregiving circumstances, their psychological burden level and symptoms of depression, anxiety, posttraumatic stress (PTSD) and the grief disorder. The data was collected in a baseline and follow up investigation six to nine months later to enclose possibly long time effects. At the follow up it was assessed also, whether the palliative patient had passed away in the meantime, so that the informal caregivers could be distinguished after permanently caregiving and those with lost patients.

Results: Longtime-caregivers were more burdened than caregivers after a bereavement. The Burden of caregiving had significant effects on the health and psychic morbidity of caregivers as trends towards depression, anxiety and PTSD. Hope and Copingstyles became significant as predictors with explanation value and correlated negatively with the psychiatric stamping on the scales HADS and IES-R as well as also PG-13 for prolonged grief. The suspicion of a grief disorder was not put up necessarily after the loss of the being close patient. A diagnosis of grief became likely, provided that the caregivers had highly scored on the scales of lack of prospects, avoidance strategies and emotion-oriented Copingstyle.

Conclusion: Conditioned by the multiple demands of caregiving to end-of-life patients it could be confirmed that long-time caregivers are put out to a raised risk to develop a psychic illness. Nevertheless, informal caregivers are essential in the nursing care. Hence, seems as a preventive measure to achieve that family members are involved in the care of palliative patients systematically, they will receive diagnostics as well as therapy offers as of now.

Anhang B

Zusammenfassung Deutsch

Ziel: Befunde zu den psychologischen Belastungen bei Angehörigen von palliativen PatientInnen gibt es zahlreiche, doch wurde zur Prävalenz von psychischer Morbidität als Auswirkungen von Belastung durch Pflegetätigkeiten noch wenig geforscht. Diese Studie zielt darauf ab, den Eintritt und die Entwicklung psychischer Störungen im Verlauf der Pflegebetreuung als Begleiterscheinungen von Stress- oder Trauerprozessen insgesamt besser zu verstehen.

Methoden: In einem prospektiven Studiendesign wurden 80 Angehörige an der Onkologischen, Tagesonkologischen und Palliativstation von vier Kliniken in Wien rekrutiert, die aktiv eine krebserkrankte nahestehende Person betreuten zu den Betreuungsumständen, der Belastung durch die Pflegetätigkeiten sowie auch zu der psychischen Befindlichkeit befragt. Erhoben wurden die Angaben in einer Baseline und Follow-up Untersuchung, sechs bis neun Monate später, um Langzeiteffekte möglichst zu berücksichtigen. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde zusätzlich erhoben, ob die zu pflegende palliative PatientIn zwischenzeitlich verstorben war, so dass die Angehörigen nach dauerhaft pflegenden und Angehörigen mit Verlusterfahrung unterschieden werden konnten.

Ergebnisse: Langzeitpflegende Angehörige ungeachtet des Geschlechts waren signifikant stärker belastet als Angehörige nach einem Trauerfall. Die Pflegebelastung hatte insgesamt signifikante Auswirkungen auf die Gesundheit und psychische Morbidität von Angehörigen als Tendenzen zu Depression, Angst- und Posttraumatische Belastungsstörung. Hoffnung und Copingstrategien wurden als weitere Prädiktoren mit Erklärungswert signifikant und korrelierten negativ mit den psychiatrischen Ausprägungen auf den Skalen HADS und IES-R sowie auch auf der PG-13 für verlängerte Trauer. Der Verdacht einer Trauerstörung wurde nicht zwangsläufig nach dem Verlust der nahestehenden Person aufgestellt, vielmehr wurde eine Trauerdiagnose wahrscheinlich, sofern bei Angehörigen Perspektivlosigkeit, Vermeidungsstrategien und emotionsorientiertes Coping zusammenkamen.

Konklusion: Bedingt durch die vielfachen Anforderungen der Betreuung Krebskranker konnte bestätigt werden, dass dauerhaft pflegende Angehörige einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Angehörige sind in der Pflegeversorgung jedoch unverzichtbar. Daher scheint als eine präventive Maßnahme eine systematische Diagnostik der Belastungsfaktoren von pflegenden Angehörigen in der Palliativmedizin erforderlich.

Anhang C

Soziodemografischer Fragebogen

Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen fortgeschritten kranker
KrebspatientInnen und sein Zusammenhang mit Belastung, Depression und
Lebensqualität

Hintergrunddaten

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an bzw. tragen Sie Ihre Antwort auf der
punktuierten Linie ein. Bitte beantworten Sie **ALLE** Fragen! Machen Sie bitte nur
EIN Kreuz pro Frage!

Datum:

Familiennamen:

Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

☐ männlich ☐ weiblich

Zivilstand:

☐ ledig / alleinstehend

☐ in Partnerschaft lebend

☐ geschieden / getrennt

☐ verwitwet

Wohnverhältnisse: Wie wohnen Sie?

☐ lebe alleine

☐ mit Partner/in

☐ mit Familie: mit Partner/in und/oder Kindern

☐ in einem Heim

☐ andere:

Schulbildung (höchst abgeschlossene Schule/Lehreinrichtung):

☐ Pflichtschule (Volks- und Hauptschule)

☐ Berufsschule (Lehre)

☐ berufsbildende mittlere oder höhere Schule (AHS, BHS, HAK, HASCH)

☐ Matura

☐ Universität / Fachhochschule

☐ kein Schulabschluss

Beruf:.....

Stellung im zuletzt ausgeübten bzw. derzeitigen Beruf:

- ☐ Arbeiter/in
- ☐ Angestellte/r
- ☐ Beamte/r
- ☐ Selbstständig
- ☐ Lehrling
- ☐ Sonstiges:

Derzeitiger Lebensunterhalt:

- ☐ berufstätig
- ☐ Krankenstand seit weniger als 2 Wochen
- ☐ Krankenstand über 2 (vorher berufstätig)
- ☐ Schüler/in / Student/in
- ☐ Hausfrau/-mann ohne berufliche Tätigkeit
- ☐ Pension
- ☐ Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Sozialhilfe
- ☐ Militärdienst / Zivildienst
- ☐ Sonstiges:

Im Folgenden bezeichnen wir der Länge wegen Ihr erkranktes Familienmitglied mit „X“.

- ☐ Partner/in
- ☐ Sohn / Tochter
- ☐ Schwester / Bruder
- ☐ Vater / Mutter
- ☐ Freund/in oder Bekannte/r
- ☐ sonstiges:

Leben Sie mit „X“ im gemeinsamen Haushalt?

- ☐ ja ☐ nein Wie viel Kontakt haben Sie zu „X“ (Stunden pro Woche)?
- ☐ unter 10
- ☐ 10 bis 20
- ☐ 20 bis 30
- ☐ 30 bis 40
- ☐ mehr als 40

Wie viel Zeit pro Woche verwenden Sie für die Versorgung, Pflege und Unterstützung von „X“?

- ☐ unter 10
- ☐ 10 bis 20
- ☐ 20 bis 30
- ☐ 30 bis 40
- ☐ mehr als 40

Seit wann sind Sie mit der Pflege / Unterstützung von „X“ schon beschäftigt?

- ☐ bis zu 6 Monate
- ☐ 6 - 12 Monate
- ☐ 1 - 1 1/2 Jahre
- ☐ 1 1/2 - 2 Jahre
- ☐ 2 - 2 1/2 Jahre
- ☐ 2 1/2 - 3 Jahre
- ☐ mehr als 3 Jahre

In welchem Ausmaß wurde „X“ in den letzten Wochen von weiteren Personen betreut?

- ☐ „X“ wurde von niemandem außer mir betreut
- ☐ von Verwandten oder BekanntenStunden pro Woche
- ☐ von HeimbeförderInnenStunden pro Woche
- ☐ von mobilem Pflegepersonal Stunden pro Woche
- ☐ andere:Stunden pro Woche

Glauben Sie im Allgemeinen, dass Angehörige eine Verpflichtung haben, sich um ein krebskrankes Familienmitglied zu kümmern?

- ☐ Ja, auf jeden Fall
- ☐ Eher ja
- ☐ Nicht unbedingt
- ☐ Nein

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie sehr Sie sich durch die Erkrankung von „X“ belastet fühlen (1=wenig belastet, 10=sehr stark belastet):

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Hat sich die Belastung für Sie im Laufe der Zeit verändert?

- ☐ nein
- ☐ geringer geworden
- ☐ größer geworden
- ☐ schwankend

Wie hoch schätzen Sie den finanziellen Aufwand, der Ihnen persönlich durch die Betreuung von „X“ **pro Monat** entsteht?

- ☐ bis €50,-
- ☐ €50 - 100,-
- ☐ €100 - 250,-
- ☐ €250 - 500,-
- ☐ €500 - 750,-
- ☐ €750 - 1.000,-
- ☐ mehr als €1.000,-

Über wie viel Geld verfügt Ihr Haushalt **im Monat** (netto)?

- ☐ bis €1.000,-
- ☐ €1.000,- bis 1.500,-
- ☐ €1.500,- bis 2.000,-
- ☐ €2.000,- bis 3.000,-
- ☐ €3.000,- bis 5.000,-
- ☐ mehr als €5.000,-

Anhang D

IES-R

Denken Sie bitte an die Erkrankung und den allgemeinen Zustand Ihres kranken Angehörigen, der zur letzten stationären Aufnahme geführt hat. Geben Sie im Folgenden an, wie Sie **in der vergangenen Woche** zu dieser schwierigen Situation gestanden haben. Dazu kreuzen Sie bitte für jede der genannten Reaktionen an, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	Überhaupt nicht	Selten	Manchmal	Oft
1. Immer, wenn ich an die Situation erinnert wurde, kehrten dieselben Gefühle wieder.	☐	☐	☐	☐
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	☐	☐	☐	☐
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	☐	☐	☐	☐
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	☐	☐	☐	☐
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.	☐	☐	☐	☐
7. Es kam mir so vor als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	☐	☐	☐	☐
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	☐	☐	☐	☐
9. Bilder, die mit der Situation zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	☐	☐	☐	☐
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	☐	☐	☐	☐
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	☐	☐	☐	☐
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch die Situation noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	☐	☐	☐	☐

Integrative Hoffnungs-Skala

Im Folgenden ist eine Reihe von Aussagen aufgelistet. Lesen Sie jede Aussage durch und entscheiden Sie dann, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft. Markieren Sie das zutreffende Kästchen, um zu zeigen, wie sehr sie mit dieser Aussage in der **letzten** Woche übereinstimmen.

	Lehne -4	Lehne -3	Lehne -2	Stimme +2	Stimme +3	Stimme +4
1. Ich habe eine tiefe innere Stärke.	----	---	--	+	++	+++
2. Es fällt mir schwer, Interesse für Aktivitäten aufzubringen, die ich früher genossen habe.	----	---	--	+	++	+++
3. Es gibt Dinge, die ich im Leben machen möchte.	----	---	--	+	++	+++
4. Ich fühle mich geliebt.	----	---	--	+	++	+++
5. Auch wenn andere schon verzweifeln, weiß ich, dass ich einen Weg finden kann, um das Problem zu lösen.	----	---	--	+	++	+++
6. Es scheint, als ob mir alle meine Unterstützung entzogen wurde.	----	---	--	+	++	+++
7. Ich bin zielstrebig.	----	---	--	+	++	+++
8. Ich freue mich darauf, Dinge zu tun, die ich genieße.	----	---	--	+	++	+++
9. Ich glaube, dass jeder Tag Möglichkeiten bietet.	----	---	--	+	++	+++
10. Ich fühle mich belastet durch Probleme, was mich daran hindert, meine Zukunft zu planen.	----	---	--	+	++	+++
11. Ich habe jemanden, der meine Sorgen mit mir teilt.	----	---	--	+	++	+++
12. Ich kann inmitten von Schwierigkeiten Möglichkeiten sehen.	----	---	--	+	++	+++
13. Manche Bereiche meines Lebens empfinde ich als hoffnungslos.	----	---	--	+	++	+++
14. Ich werde von anderen gebraucht.	----	---	--	+	++	+++
15. Ich spüre, dass mein Leben Wert und Geltung hat.	----	---	--	+	++	+++
16. Ich fühle mich gefangen, hinuntergezogen.	----	---	--	+	++	+++
17. Ich mache Pläne für meine Zukunft.	----	---	--	+	++	+++
18. Ich war bisher im Leben ziemlich erfolgreich.	----	---	--	+	++	+++

	Lehne	Lehne	Lehne	Sie meine	Sie meine	Sie meine
19. Ich bin zunehmend unbeteiligt an den meisten Dingen des Lebens.	---	--	-	+	++	+++
20. Ich werde für das, was ich bin, geschätzt.	---	--	-	+	++	+++
21. Die Erfahrungen aus meiner Vergangenheit haben mich für die Zukunft gut vorbereitet.	---	--	-	+	++	+++
22. Ich habe vor, das Beste aus meinem Leben zu machen.	---	--	-	+	++	+++
23. Ich habe einen Glauben, der mir Halt gibt.	---	--	-	+	++	+++

HADS

Was traf für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zu? Bitte machen Sie ein Kreuz pro Frage.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- ☐ meistens
- ☐ oft
- ☐ von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- ☐ Überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- ☐ fast immer
- ☐ sehr oft
- ☐ manchmal
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ☐ ganz genau so
- ☐ nicht ganz so sehr
- ☐ nur noch ein wenig
- ☐ kaum oder gar nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- ☐ überhaupt nicht
- ☐ gelegentlich
- ☐ ziemlich oft
- ☐ sehr oft

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ☐ ja, sehr stark

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ☐ ja, stimmt genau
- ☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum,

☐ ja, aber nicht allzu stark	wie ich sollte
☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen	☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
☐ überhaupt nicht	☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer
<i>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.</i>	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
☐ ja, so viel wie immer	☐ ja, tatsächlich sehr
☐ nicht mehr ganz so viel	☐ ziemlich
☐ inzwischen viel weniger	☐ nicht sehr
☐ überhaupt nicht	☐ überhaupt nicht
<i>Mir gehen besänftigende Gedanken durch den Kopf.</i>	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
☐ einen Großteil der Zeit	☐ ja, tatsächlich sehr
☐ verhältnismäßig oft	☐ ziemlich
☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	☐ nicht sehr
☐ nur gelegentlich / nie	☐ überhaupt nicht
<i>Mir gehen besänftigende Gedanken durch den Kopf.</i>	Ich blicke mit Freude in die Zukunft.
☐ einen Großteil der Zeit	☐ ja, sehr
☐ verhältnismäßig oft	☐ eher weniger als früher
☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	☐ viel weniger als früher
☐ nur gelegentlich / nie	☐ kaum bis gar nicht
<i>Mir gehen besänftigende Gedanken durch den Kopf.</i>	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.
☐ einen Großteil der Zeit	☐ ja, tatsächlich oft
☐ verhältnismäßig oft	☐ ziemlich oft

☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	☐ nicht sehr oft
☐ nur gelegentlich / nie	☐ überhaupt nicht
<i>Ich fühle mich glücklich.</i>	Ich kann mich an einem guten Buch, an einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.
☐ überhaupt nicht	☐ Oft
☐ selten	☐ manchmal
☐ manchmal	☐ eher selten
☐ meistens	☐ sehr selten
<i>Ich kann behaglich dazitzen und mich entspannen.</i>	Ich kann mich an einem guten Buch, an einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.
☐ ja, natürlich	☐ Oft
☐ gewöhnlich schon	☐ manchmal
☐ nicht oft	☐ eher selten
☐ überhaupt nicht	☐ sehr selten
<i>Ich fühle mich glücklich.</i>	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.
☐ überhaupt nicht	☐ ja, tatsächlich oft
☐ selten	☐ ziemlich oft
☐ manchmal	☐ nicht sehr oft
☐ meistens	☐ überhaupt nicht
<i>Ich kann behaglich dazitzen und mich entspannen.</i>	Ich kann mich an einem guten Buch, an einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.
☐ ja, natürlich	☐ Oft
☐ gewöhnlich schon	☐ manchmal

Das ist für mich:	sehr untypisch	etwas untypisch	teils teils	etwas typisch	sehr typisch
14. Ich denke über die Situation nach, damit ich sie verstehe	1	2	3	4	5
15. Ich denke über die Situation nach und versuche, aus meinen Fehlern zu lernen	1	2	3	4	5
16. Ich wünsche mir, ich könnte ungeschehen machen, was passiert ist	1	2	3	4	5
17. Ich besuche einen Freund/ eine Freundin	1	2	3	4	5
18. Ich verbringe Zeit mit einem mir nahe stehenden Menschen	1	2	3	4	5
19. Ich durchdenke zuerst das Problem, bevor ich etwas unternehme	1	2	3	4	5
20. Ich rufe einen Freund/ eine Freundin an	1	2	3	4	5
21. Ich werde wütend	1	2	3	4	5
22. Ich schaue mir einen Film an	1	2	3	4	5
23. Ich erarbeite mehrere Lösungsvorschläge für das Problem	1	2	3	4	5
24. Ich versuche so planmäßig und gezielt vorzugehen, dass ich die Situation in den Griff bekomme	1	2	3	4	5

Weitere Anmerkungen, die Ihnen wichtig sind bzw. was möchten Sie, dass das Pflage team weiß?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Möchten Sie, dass wir diese Information (natürlich anonym) an das Pflegeteam weiterleiten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang E

Originalitätserklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen entnommenen Gedanken sind als solche gekennzeichnet. Die Arbeit wurde bislang in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 17.12.2015

Öznur Yadikar

Curriculum Vitae



ANGABEN ZUR PERSON

Name	Öznur Yadikar
Adresse	Inzersdorfer Straße 99/1/11, 1100 Wien
Email	oezyadikar@live.de
Geburtsdatum	19.01.1990
Staatsbürgerschaft	Deutsch

AUSBILDUNG

05/2012	Abschluss, 1. Studienabschnitt in Psychologie, Universität Wien
Seit 10/2009	Studium der Psychologie, Universität Wien
2002 – 2009	Abitur, Diesterweg-Gymnasium, Berlin mit Vorwissenschaftlicher Arbeit in Psychologie

ARBEITSERFAHRUNGEN

07/2014 – 09/2014	Praktikum in der psychosomatischen Abteilung an der Charité Berlin (CBF) Tätigkeiten: Diagnostik, Anleiten von PMR, Psychodrama
Seit 2014	Autistenassistentin bei der Österreichischen Autistenhilfe, Wien
04/2014-07/2014	Psychodrama-Selbsterfahrungsgruppe, Wien
10/2013 – 4/2014	Praktikum bei der Österreichischen Autistenhilfe, Wien
2007 – 2009	Ehrenamt, Sprachförderung von Vorschulkindern, Berlin
05 /2005	Praktikum in der psychiatrischen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses Berlin