

Unterschiede in der Krankheitsbewältigung zwischen allein und nicht allein lebenden nierentransplantierten Patienten

Monique Bernhardt¹, Gabriele Helga Franke¹, Melanie Jagla², Jens Reimer³, Leif Haferkamp⁴, Oliver Witzke⁴ & Tobias Türk⁴

¹ Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Rehabilitationspsychologie

² Universität Flensburg, Institut für Psychologie, Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

³ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

⁴ Klinik für Nephrologie, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

Fragestellungen

1. Hat der soziale Faktor des Alleinlebens Auswirkungen auf die Dimensionen der Krankheitsverarbeitung bei nierentransplantierten Patienten?
2. Existieren bezogen auf andere Konstrukte, die mit Coping im Zusammenhang stehen, weitere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen?
3. Haben diese Unterschiede Bestand, wenn weitere klinische und soziodemographische Variablen zur Prüfung herangezogen werden?

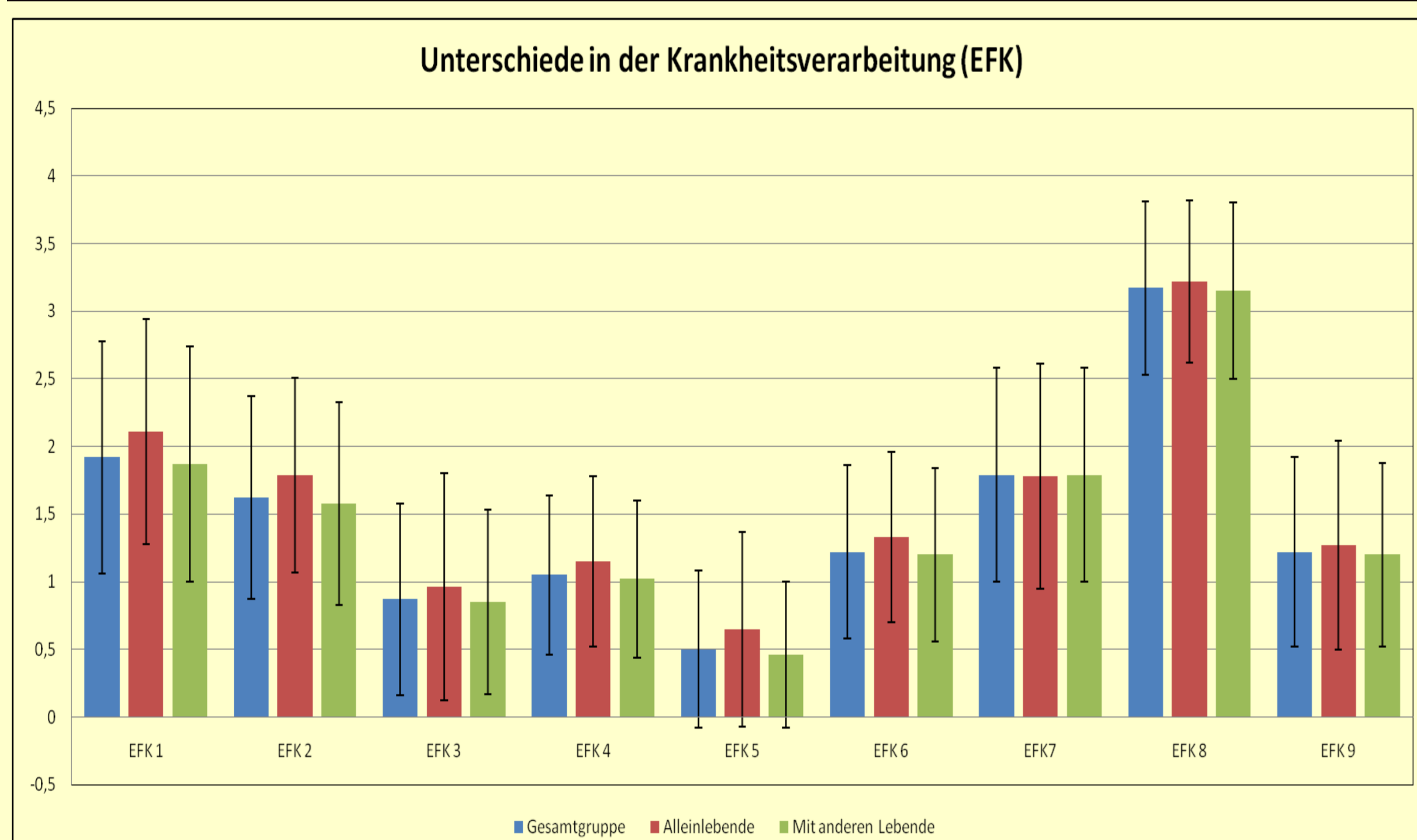
Methode

In die Studie wurden 418 erfolgreich transplantierte Patienten der Nierentransplantationsambulanz der Klinik für Nephrologie des Universitätsklinikums Essen eingeschlossen. Die Patienten wurden anhand ihrer Wohnsituation in Allein- (n=79) und mit anderen Lebende (n=339) unterteilt. Das einbezogene Fragebogenset umfasste soziodemografische und klinische Informationen, den Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK), die Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-Sozu-K-14), das SF-Health Survey mit acht Items (SF-8) sowie die End-Stage Renal Disease Symptom Checklist Transplantation Modul (ESRD-SCL-TM).

Der EFK ist ein krankheitsübergreifendes, 45 Items umfassendes Verfahren und erfasst das aktuelle Bewältigungsverhalten auf emotionaler, kognitiver und der Verhaltensebene. Die neun Skalen umfassen die Bewältigungsbereiche: „Handelndes, problemorientiertes Coping“ (1) „Abstand und Selbstaufbau“ (2), „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ (3), „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ (4), „Depressive Verarbeitung“ (5), „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ (6), „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“ (7), „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ (8) und „Erarbeiten eines inneren Haltes“ (9).

Anhand multivariater Varianzanalytischer Prüfungen mit nachgeschalteten univariaten Einzelvergleichen wurden Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (EFK) geprüft. Zur weiterführenden Untersuchung wurden separate schrittweise Regressionsanalysen berechnet.

Ergebnisse



Zur Beurteilung der Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung wurden die Skalenmittelwerte des EFK herangezogen. Eine multivariate Varianzanalyse, die simultan über alle neun Skalen durchgeführt wurde, erbrachte einen Trend zur Unterschiedlichkeit zwischen den Gruppen der allein und der mit anderen Lebenden ($F=1.76$, $p=0.07$).

Am wendeten die nierentransplantierten Patienten „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ (EFK8) an, wobei sich zwischen den beiden Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten. In Bezug auf die Fragestellung wurde geprüft, inwieweit sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung statistisch signifikant unterscheiden. Hier zeigten sich Unterschiede auf den Skalen „Depressive Verarbeitung“ (EFK 5, $F=6.99$, $p<0.009$) „Abstand und Selbstaufbau“ (EFK 2, $F=5.30$, $p<0.022$) und „Handelndes, problemorientiertes Coping“ (EFK 1, $F=4.71$, $p<0.031$). Die Alleinlebenden berichteten bei allen drei Skalen signifikant höhere Werte.

Die deutlichsten Unterschiede nach varianzanalytischer Prüfung zeigten sich auf den EFK-Skalen „Depressive Verarbeitung“ ($F=6,99$; $p=0,009$), „Abstand und Selbstaufbau“ ($F=5,30$; $p=0,022$) sowie „Handelndes, problemorientiertes Coping“ ($F=4,71$; $p=0,031$).

In den Regressionsmodellen setzten sich überwiegend psychologische und weniger klinische und soziodemografische Variablen zur Aufklärung der statistisch signifikanten Krankheitsverarbeitungsstrategien durch („Depressive Verarbeitung“ $R^2=0,573$; „Abstand und Selbstaufbau“ $R^2=0,569$; „Handelndes und Problemorientiertes Coping“ $R^2=0,569$). Nur der Unterschied im „Handelndes und problemorientierten Coping“ ließ sich teilweise durch die Wohnform erklären. Demnach hatte dieser Unterschied zwischen den gebildeten Gruppen (alleinlebende vs. mit anderen lebende Patienten) nach der weiterführenden Prüfung Bestand.

Prädiktoren	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p
	B	Standardfehler	Beta		
EFK-2-Abstand & Selbstaufbau	,437	,051	,379	8,490	,000
EFK-7-Aktive Suche nach sozialer Einbindung	,203	,047	,187	4,280	,000
EFK-9-Erarbeiten eines inneren Haltes	,208	,048	,168	4,301	,000
EFK-8-Vertrauen in die ärztliche Kunst	,113	,049	,084	2,324	,021
SozuK14-Summe	,127	,043	,114	2,942	,003
EFK-3-Informationssuche & Erfahrungsaustausch	,139	,047	,115	2,925	,004
ESDR 6-Transplantations-assoziierte psychische Belastung	-,225	,065	-,158	-3,457	,001
ESRD 1-Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit	,138	,058	,104	2,399	,017
Wohnform	-,177	,074	-,080	-2,396	,017

Diskussion

Alleinlebende Patienten zeigten eine statistisch signifikant höhere depressive Verarbeitung, geringere soziale Unterstützung und höhere erkrankungsspezifische psychische sowie transplantationsassoziierte Belastungen. Darüber hinaus setzten sie gezielter handelnde und problemorientierte Bewältigungsstrategien ein.

Für die Gruppe der Alleinlebenden gilt nach vorliegenden Ergebnissen, individuelle Belastungsfaktoren zu identifizieren und verschiedene Hilfsangebote, wie den Anschluss an Selbsthilfegruppen zur Beseitigung der sozialen Isolation zu vermitteln sowie die Informationssuche und den Erfahrungsaustausch zu erhöhen. Des Weiteren sollten übergreifende Schulungs- und Beratungsangebote bereitgestellt werden, die den Patienten unterstützen, um Grübeleien und Unsicherheiten über den Krankheitsverlauf zu reduzieren sowie die positiven Krankheitsbewältigungsstrategien weiter zu fördern.

Kontakt: monique_bernhardt@yahoo.de