

hAWK 12



Nachwuchs- wissenschaftler- konferenz

mitteldeutscher Fachhochschulen,
Hochschule Harz, Wernigerode,
14. April 2011

Frieder Stolzenburg,
Florian Ruh (Hrsg.)

Tagungsband

Impressum

Titel 12. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz
mitteldeutscher Fachhochschulen,
Hochschule Harz, Wernigerode, 14. April 2011,
Tagungsband

Herausgeber Frieder Stolzenburg, Florian Ruh

Adresse Hochschule Harz
Friedrichstr. 57–59
38855 Wernigerode

Umschlaggestaltung Kerstin Repp

Erscheinungsjahr 2011

Druck Koch-Druck, Halberstadt

Psychische Belastung, Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung bei stationär behandelten gynäkologischen Patientinnen

Jagla, M.^{1,4}, Parchmann, O.², Kumbier, E.², Zirkenbach, B.³ & Franke, G.H.⁴

- (1) Universität Flensburg, Institut für Psychologie, Abteilung für Gesundheitspsychologie & Gesundheitsbildung
- (2) Krankenhaus am Rosarium Sangerhausen, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
- (3) Johanniter Zentren für medizinische Versorgung in der Altmark GmbH; Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Osterburg
- (4) Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Einleitung

Der Begriff „Psychogynäkologie“ oder der sich mehr durchsetzende Begriff „gynäkologische Psychosomatik“ (Rohde & Dorn, 2007) impliziert eine Verbindung der Fachrichtungen Psychologie und Gynäkologie. Dabei werden neben den somatischen Aspekten auch die psychischen Komponenten, wie Lebensqualität, psychische Belastung und Krankheitsverarbeitung, der Patientinnen mit gynäkologischen Erkrankungen berücksichtigt und maßgeblich in die Forschung einbezogen (Schultz-Zehden, 2001, 2005). Die Forschungsschwerpunkte in der gynäkologischen Psychosomatik fokussieren häufig die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychische Beeinträchtigung von gynäkologischen Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (Dorn & Rohde, 2008; Neises, 2007; Schneider, 2007; Schuth, 2004) bzw. deren Nachsorge- oder psychosozialen Betreuungsmaßnahmen (Berger & Klein, 2000; Siedentopf, 2005).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychische Belastung, vor allem aber die Krankheitsverarbeitung in einer anfallenden Stichprobe von Patientinnen in der stationären Gynäkologie zu untersuchen und Implikationen für die Praxis abzuleiten.

Methode

Die vorliegenden Daten wurden in zwei Wellen (10/03-12/03 und 08/07-12/07) im Krankenhaus Am Rosarium GmbH Sangerhausen erhoben. Die insgesamt 123 Patientinnen wurden präoperativ bezüglich ihrer psychischen Belastung mit dem Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998) und bezüglich ihrer Coping-Strategien mit Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK; Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000) untersucht. Alle verwendeten Verfahren erfüllen die Hauptgütekriterien.

Das BSI erfasst die subjektive psychische Beeinträchtigung einer Person innerhalb der letzten sieben Tage mit Hilfe von 53 Items und beschreibt neben den drei globalen Kennwerten GSI, PSDI und PST die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus.

Der SF-36 erfasst die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Hilfe der Skalen Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, die der Körperlichen Summenskala zugeordnet werden und den Skalen Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden, die zur Psychischen Summenskala gehören.

Der EFK ist ein 45 Items umfassendes Verfahren, das sich in die neun Bereiche: Handelndes, problemorientiertes Coping (HPC), Abstand und Selbstaufbau (AUS), Informationssuche und Erfahrungsaustausch (IUE), Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr (BWB), Depressive Verarbeitung (DV), Bereitschaft zur Annahme von Hilfe (BAH), Aktive Suche nach Sozialer Einbindung (ASS), Vertrauen in die ärztliche Kunst (VIÄ) und Erarbeiten eines inneren Haltes (EIH) gliedert.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Die 123 Patientinnen waren durchschnittlich 48,2 Jahre alt (SD=12, min=17, max=78). Annähernd die Hälfte der Patientinnen machte Angaben zum Familien- und Ausbildungsstand. Fast ein Drittel (31.7%) war verheiratet, 8.9% waren geschieden und je 4.1% waren ledig oder verwitwet; 41.5% hatten Kinder. 62.2% hatten ihre Schullaufbahn mit einem Haupt-/ oder Realschulabschluss beendet, 28.5% berichteten von einem abgeschlossenen Studium.

Die Patientinnen wurden entsprechend ihrer selbstberichteten gynäkologischen Erkrankungen in vier Gruppen (Karzinom/ Verdacht auf Karzinom [n=21]; Zyklusstörungen und Schmerzen [n=59]; Lageveränderungen und Inkontinenz [n=25]; unbekannt [n=18]) differenziert.

Psychische Belastung

Zur Beurteilung der psychischen Belastung wurden die drei globalen Kennwerte sowie die neun Skalen des BSI herangezogen. Der T-Wert des GSI lag bei 51,9 (SD=12,9; Range: 21-80), des PSDI bei 55,1 (SD=11,9; Range: 21-80) und des PST bei 50,3 (SD=12,1; Range: 28-80). Die T-Werte der neun Skalen schwankten zwischen 47,1 (SD=10,5; Range: 35-80) für die Skala Zwanghaftigkeit und 56,4 (SD=10,6; Range: 39-80) bei der Skala Somatisierung. Insgesamt zeigte sich, dass für die Gesamtstichprobe die Kriterien für eine psychische Auffälligkeit gemäß Falldefinition ($T_{\text{GSI}} \geq 63$ und/ oder $T_{2 \text{ Skalen}} \geq 63$; Franke, 2000) nicht erfüllt waren. Die weiterführende Datenanalyse zeigte, dass 43 Patientinnen (35%) die Kriterien erfüllten und auffällig psychisch belastet waren. Bei diesen Patientinnen lag der T-Wert des GSI bei 66,1 (SD=6,5), des PSDI bei 64,5 (SD=8,4) und des PST bei 62,4 (SD=8,9). Die Skalen Somatisierung (T=64,9; SD=9,2), Ängstlichkeit (T=62,4; SD=11), Phobische Angst (T=61,8; SD=12), Depressivität (T=61,6; SD=8,7) und Psychotizismus (T=61,5; SD=9,8) lagen im Bereich einer leichten Belastung, die restlichen Skalen lagen im unauffälligen Bereich. Zwischen den gebildeten klinischen Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede im Belastungsniveau gezeigt werden.

Lebensqualität

Die T-Werte der beiden Summenskalen des SF-36 lagen mit 40,6 (SD=9,6; Range: 17,5-60,3) für die Psychische und 49 (SD=10,3; Range: 19,5-66,4) für die Körperliche Summenskala im Normbereich. Für die acht Subskalen lagen die transformierten Werte zwischen 54,1 (SD=20,2; Range: 0-95) bei der Skala Vitalität und 75,7 (SD=23,6; Range: 12,5-100) bei der Skala Soziale Funktionsfähigkeit, wobei 0 den schlechtesten und 100 den besten Gesundheitszustand angibt. Im Vergleich zur Normstichprobe wiesen die gynäkologischen Patientinnen bei allen Subskalen und der Körperlichen Summenskala statistisch signifikante Unterschiede im Sinne einer deutlich eingeschränkten gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf. Weiterhin zeigte sich, dass die laut BSI psychisch auffällig belasteten Patientinnen im Vergleich zu den nicht belasteten Patientinnen, außer bei der Skala Körperliche Funktionsfähig-

keit, einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand beschrieben. Zwischen den gebildeten klinischen Gruppen konnten keine Mittelwertdifferenzen gezeigt werden.

Krankheitsverarbeitung

Die Analyse der Krankheitsverarbeitungsstrategien in der Gesamtstichprobe zeigte, dass die Patientinnen ein stark ausgeprägtes „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ aufwiesen und den Einsatz von „Handelndem, problemorientiertem Coping“ beschrieben; eher selten wurde „Depressive Verarbeitung“ als Bewältigungsstrategie eingesetzt. Im Vergleich zu anderen Patienten mit verschiedenen somatischen Erkrankungen (N=1434) wiesen die Patientinnen statistisch signifikant mehr „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ auf, wobei sie sich eher weniger einen inneren Halt erarbeiten (EIH) konnten, weniger nach sozialen Kontakten suchten (ASS), insgesamt weniger bagatellisierten (BWB) und weniger depressive Mechanismen (DV) einsetzten. Zwischen den klinischen Gruppen zeigten sich signifikante Mittelwertdifferenzen beim „Handelnden, problemorientierten Coping“; hier erreichten die Patientinnen mit Lageveränderungen und Inkontinenzbeschwerden die höchsten Werte. Der Bewältigungsmechanismus „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ wurde von den Patientinnen mit Krebserkrankungen oder Verdacht auf Krebserkrankungen am häufigsten, von Patientinnen mit Zyklusbeschwerden und Schmerzen am wenigsten eingesetzt. Die weitere Analyse zeigte, dass sich statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich des Umgangs mit der Erkrankung zwischen psychisch belasteten und nicht belasteten Patientinnen nachweisen ließen. Die nach Falldefinition psychisch belasteten Patientinnen (n=43) setzten deutlich häufiger die „Depressive Verarbeitung“ ein, hatten ein geringeres „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ und neigten eher zum Bagatellisieren (BWB).

Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte psychologische Aspekte bei gynäkologischen Erkrankungen. Im Vergleich zu den Norm- bzw. Vergleichsstichproben der eingesetzten psychometrischen Verfahren zeigte die Gesamtstichprobe der gynäkologischen Patientinnen bei geringerer gesundheitsbezogener Lebensqualität keine ausgeprägte psychische Belastung. Bei Anwendung der Falldefinition stellte sich dar, dass 35% der Patientinnen auffällig psychisch belastet waren, was sich auch negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Krankheitsverarbeitung auswirkte. In Bezug auf ihre Krankheitsverarbeitung zeigten die Patientinnen vor allem ein großes „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ und setzten, unabhängig von ihrer gynäkologischen Erkrankung, oft handlungsbasierte Strategien und wenig maladaptive Mechanismen ein. Weiterhin konnten Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung zwischen den gebildeten klinischen Gruppen analysiert werden.

Zusammenfassend ist zu berichten, dass die Patientinnen zur Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Vergleich zur Referenzstichprobe eher weniger adaptive Bewältigungsmechanismen aktivieren. Rehabilitationspsychologische Interventionen zur Krankheitsverarbeitung sowie psychoedukative Maßnahmen sollten hier ansetzen, um die Anpassung an die Erkrankung zu fördern, psychische Belastung zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern.

Literatur

Berger, D. & Klein, H.O. (2000). Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei gynäkologischen malignen Erkrankungen. *Der Gynäkologe*, 33, 494-502.

- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Dorn, A. & Rohde, A. (2008). Krebs und Psyche: am Beispiel des Mammakarzinoms. *Psychiatrie*, 5, 83-90.
- Franke, G.H. (2000). BSI. *Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H., Mähner, N., Reimer, J., Spangemacher, B. & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 166-172.
- Jagla, M. & Franke, G.H. (2010). Wer bewältigt wie? Krankheitsbewältigung bei verschiedenen somatischen Erkrankungen. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). *Trends in der medizinischen Rehabilitation* (S. 71-86). Berlin: dpv.
- Neises, M. (2007). Posttraumatische Belastungsstörung nach Krebs – Krebs als Trauma? *Der Gynäkologe*, 40 (2), 139-147.
- Rohde, A. & Dorn, A. (2007). *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, C. (2007). Psychologische Aspekte bei gynäkologischen Malignomen. *Der Gynäkologe*, 40 (11), 865-871.
- Schultz-Zehden, B. (2001). Menstruation und Lebensqualität. *Psychomed*, 2, 112-118.
- Schultz-Zehden, B. (2005). *Lust, Leid, Lebensqualität von Frauen heute – Ergebnisse der deutschen Kohortenstudie zur Frauengesundheit*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schuth, W. (2004). Gynäkologische Psychoonkologie – Die Patientin mit Krebs und ihr Arzt. *Der Onkologe*, 9, 10: 1007-1018.
- Siedentopf, F. (2005). Psychoonkologie in der Mammakarzinom-Nachsorge. *Frauenarzt*, 46 (10), 886-888.