

Aus der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten
(Direktor: Prof. Dr. med. M. Jünger)
der Medizinischen Fakultät
der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Lebensqualität und Copingstrategien bei Patienten mit stationär behandlungsbedürftigen
Hauterkrankungen – eine multifaktorielle Analyse

Inaugural-Dissertation

Zur

Erlangung des akademischen

Grades

Doktor der Medizin

(Dr. med.)

der

Medizinischen Fakultät

der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Greifswald

2007

vorgelegt von:
Henrike Manthey
geb. 08.02.1969
in Rostock

| | |
|----------------------|-------------------------------------|
| Dekan: | Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer |
| 1. Gutachter: | Prof. Dr. med. Michael Jünger |
| 2. Gutachter: | Prof. Dr. med. Rudolf Happle |
| Raum: | Seminarraum 4, Community Medicine |
| Tag der Disputation: | 09.04.2008 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Einführung in das Thema | 1 |
| 1.1. Belastungen durch die Hauterkrankung..... | 1 |
| 1.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität..... | 6 |
| 1.3. Bewältigung der Belastung..... | 8 |
| 2. Methoden | 13 |
| 2.1. Aufbau und Organisation der Studie | 13 |
| 2.2. Erhebungsinstrumente | 14 |
| 2.2.1. Erfassung der Lebensqualität..... | 14 |
| 2.2.2. Erfassung des Copingverhaltens..... | 16 |
| 2.2.3. Erfassung der Belastung durch die Hauterkrankung | 17 |
| 2.3. Umgang mit fehlenden Werten..... | 18 |
| 2.4. Statistische Auswertung..... | 19 |
| 2.4.1. Univariate Statistik | 19 |
| 2.4.2. Hierarchische Regressionsanalyse..... | 19 |
| 2.4.3. Kovarianzanalyse..... | 20 |
| 3. Ergebnisse..... | 22 |
| 3.1. Beschreibung der Studienteilnehmer | 22 |
| 3.2. Ausprägung spezifischer Merkmale der Hauterkrankung | 26 |
| 3.3. Statistische Kennzahlen zu den 8 Lebensqualitätsskalen des SF-36 | 29 |
| 3.4. Die SF-36-Skalen im Vergleich mit einer Normstichprobe | 32 |
| 3.5. Statistische Kennzahlen zu den Copingskalen..... | 35 |
| 3.6. Korrelation der erhobenen Variablen | 37 |
| 3.7. Hierarchische Regressionsanalyse der Lebensqualität als Kriteriumsvariable..... | 39 |
| 3.8. Lebensqualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen..... | 43 |
| 3.9. Welche Copingstrategien benutzten Patienten, die trotz starker Belastung durch die Hauterkrankung eine gute Lebensqualität hatten?..... | 47 |
| 3.9.1. Ergebnisse der Kovarianzanalyse für die Gruppenbildung zur körperlichen Lebensqualität (Summenskala)..... | 47 |
| 3.9.2. Ergebnisse der Kovarianzanalyse für die Gruppenbildung zur psychischen Lebensqualität (Summenskala)..... | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 3.10. Der Vergleich zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten der Hautklinik | 51 |
| 4. Diskussion | 52 |
| 4.1. Lebensqualität der Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung..... | 52 |
| 4.2. Soziodemographische Variablen und Lebensqualität..... | 53 |
| 4.3. Spezifische Belastungen durch die Hauterkrankung und Lebensqualität..... | 55 |
| 4.4. Coping und biographische Variablen | 57 |
| 4.5. Coping und Belastungsvariablen | 58 |
| 4.6. Coping und Lebensqualität | 59 |
| 4.7. Regressionsmodelle zur Lebensqualität und Gruppenvergleich..... | 60 |
| 4.8. Unterschiedliche Diagnosen und Lebensqualität..... | 66 |
| 4.9. Methodische und statistische Diskussion | 68 |
| 4.9.1. Repräsentativität der Patientenstichprobe..... | 68 |
| 4.9.2. Krankheitsübergreifende Fragestellung..... | 69 |
| 4.9.3. Zeitrahmen | 70 |
| 4.9.4. Regressionsmodell | 70 |
| 4.9.5. Kovarianzanalyse..... | 71 |
| 5. Zusammenfassung | 72 |
| 6. Literaturverzeichnis | 74 |
| 7. Anhang der Tabellen | 81 |
| 8. Fragebogen | 84 |
| 9. Danksagung | 91 |
| 10. Lebenslauf..... | 92 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Aufbau und Konzept des SF-36..... | 15 |
| Tabelle 2: Aufbau und Konzept des COPE | 17 |
| Tabelle 3: Anzahl der ursprünglich fehlenden und ersetzten Werte..... | 18 |
| Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Studienpatienten | 23 |
| Tabelle 5: Art der Ausbildung | 24 |
| Tabelle 6: Diagnosen der Patienten und deren Einteilung in Gruppen..... | 25 |
| Tabelle 7: Anzahl der Nebendiagnosen und Medikamente (N = 164) | 26 |
| Tabelle 8: Kennzahlen der erkrankungsbezogenen Merkmale (N = 164)..... | 27 |
| Tabelle 9: Diagnosegruppen und Schweregrad der Erkrankung | 28 |
| Tabelle 10: Deskriptive Statistik der Skalen des SF-36 | 30 |
| Tabelle 11: Die Skalen des SF-36 im Vergleich mit einer Normstichprobe | 33 |
| Tabelle 12: Die SF-36-Skalen der Patienten ohne Nebendiagnosen im Vergleich mit einer Normstichprobe ohne chronische Erkrankungen..... | 34 |
| Tabelle 13: Deskriptive Statistik der Copingskalen | 35 |
| Tabelle 14: Rangkorrelationskoeffizienten (nach Spearman) zwischen den erhobenen soziodemographischen Daten, den Belastungsvariablen und den Lebensqualitäts- und Copingskalen (N = 164)..... | 38 |
| Tabelle 15: Hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage der „Körperlichen Summenskala“ | 40 |
| Tabelle 16: Hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage der „Psychischen Summenskala“ | 41 |
| Tabelle 17: Kovarianzanalyse des Einflusses von Diagnosen auf die Lebensqualität unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen..... | 43 |
| Tabelle 18: Kovarianzanalyse des Einflusses von Diagnosen auf die Lebensqualität unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen..... | 45 |
| Tabelle 19: Kovarianzanalyse in den Gruppen mit guter und schlechter Lebensqualität („Körperliche Summenskala“)..... | 48 |
| Tabelle 20: Kovarianzanalyse in den Gruppen mit guter und schlechter Lebensqualität („Psychische Summenskala“)..... | 49 |

| | |
|---|----|
| Tabelle 21: Vergleich der teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten bezüglich soziodemographischer und krankheitsspezifischer Daten | 51 |
| Tabelle 22: Interpretation des Gruppenvergleiches zur „Psychischen Summenskala“ | 64 |
| Tabelle 23: Interpretation des Gruppenvergleiches zur „Körperlichen Summenskala“ | 65 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abb. 1 Transaktionales Modell nach Lazarus und Folkman 1987 | 10 |
| Abb. 2 Häufigkeitsverteilung von Juckreiz und Schmerzen..... | 27 |
| Abb. 3 Häufigkeitsverteilung des Schweregrades der Hauterkrankung | 28 |
| Abb. 4 Histogramm für die „Körperliche Summenskala“ des SF-36..... | 31 |
| Abb. 5 Histogramm für die „Psychische Summenskala“ des SF-36..... | 31 |
| Abb. 6 Histogramme der Copingstrategien mit Normalverteilungskurve..... | 36 |
| Abb. 7 Partielles Regressionsdiagramm der Akzeptanz mit der „Psychischen..... | 42 |
| Abb. 8 Geschätzte Randmittel der „Körperlichen Summenskala“ in den einzelnen Diagnosegruppen ohne Kontrollvariablen (Ausgangswerte), mit biographischen Kontrollvariablen und mit Belastungsvariablen. | 44 |
| Abb. 9 Geschätzte Randmittel der „Psychischen Summenskala“ in den einzelnen Diagnosegruppen ohne Kontrollvariablen (Ausgangswerte), mit biographischen Kontrollvariablen und mit Belastungsvariablen. | 46 |
| Abb. 10 Darstellung der Gruppenunterschiede für die Copingstrategie Akzeptanz..... | 48 |
| Abb. 11 Darstellung der Gruppenunterschiede für die Copingstrategie Akzeptanz..... | 50 |
| Abb. 12 Modifizierung des transaktionalen Modells für die Effektgröße „Körperliche Lebensqualität“ | 62 |
| Abb. 13 Modifizierung des transaktionalen Modells für die Effektgröße „Psychische Lebensqualität“ | 63 |

Anhangsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle A 1: Kategorisierung der Copingstrategien | 81 |
| Tabelle A 2: Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie | 82 |
| Tabelle A 3: Korrelation nach Spearman für die 8 Skalen des SF-36..... | 83 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|--|
| Abb. | Abbildung |
| AGes | Allgemeine Gesundheitswahrnehmung |
| B | nicht standardisierter Regressionskoeffizient |
| Beta | Standardisierter Regressionskoeffizient |
| Cum R^2 | kumuliertes Bestimmtheitsmaß |
| CVI | Chronische venöse Insuffizienz |
| df | Freiheitsgrade |
| DLQI | Dermatology Life Quality Index |
| EmRo | Emotionale Rollenfunktion |
| F | F-verteilte Prüfgröße |
| KöFu | Körperliche Funktionsfähigkeit |
| KöRo | Körperliche Rollenfunktion |
| Max | Maximum |
| Min | Minimum |
| MW | Mittelwert |
| N | Stichprobenumfang |
| NB | Neubildung |
| n.n.b. | nicht näher bezeichnet |
| n.s. | nicht signifikant |
| ND | Nebendiagnosen |
| o.g. | oben genannt |
| p | exaktes Signifikanzniveau |
| Pat. | Patient |
| PASI | Psoriasis Area and Severity Index |
| PDI | Psoriasis Disability Index |
| Psyc | Psychisches Wohlbefinden |
| R | multipler Korrelationskoeffizient |
| r | Korrelationskoeffizient |
| R^2 | Bestimmtheitsmaß (quadrierter multipler Korrelationskoeffizient) |
| Schm | Körperliche Schmerzen |
| SCORAD | Scoring Atopic Dermatitis |
| SD | Standardabweichung |
| SE_B | Standardfehler für B |
| SF-36 | Short Form 36 (36 Fragen) |
| SG der HE | Schweregrad der Hauterkrankung |
| SoFu | Soziale Funktionsfähigkeit |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| T | t-verteilte Prüfgröße |
| VIF | Varianzinflationsfaktor |
| Vita | Vitalität |

1. Einführung in das Thema

Menschen mit chronischen Hauterkrankungen klagen häufig über eine geringe Lebensqualität. Sie leiden unter Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten, haben ein geringeres psychisches Wohlbefindens und mehr Probleme bei den sozialen Beziehungen als die gesunde Vergleichspopulation (Bingefors et al. 2002, Dalgard et al. 2004, Finlay and Ryan 1996, Jowett and Ryan 1985, Stangier und Ehlers 2000).

Aber nicht alle Menschen mit chronischen Erkrankungen sind in ihrer Lebensqualität eingeschränkt (Carver und Scheier 2000). Gründe dafür könnten in der Art der Belastung, an der persönlichen Situation oder auch am Umgang mit der Erkrankung zu suchen sein. Der Umgang, auch Coping (Bewältigung) genannt, ist der Gegenstand dieser Untersuchung an Patienten mit stationär behandlungsbedürftigen Hauterkrankungen.

1.1. Belastungen durch die Hauterkrankung

Die Belastungen, denen ein Patient mit einer Hauterkrankung ausgesetzt ist, sind vielfältig und unterscheiden sich in ihrer Qualität und Quantität bei den verschiedenen Diagnosen. Belastungen, die durch eine Erkrankung entstehen, können in 5 Problemfelder eingeteilt werden (Martin et al. 2003):

1. krankheitsspezifische Symptome
2. zeitlicher Verlauf (akut, chronisch, rezidivierend)
3. Ursache (z. B. genetisch, infektiös, unbekannt, traumatisch)
4. Folgen (völlige Wiederherstellung der Gesundheit, bleibende Behinderungen, tödlicher Verlauf)
5. Kontrollierbarkeit (Beeinflussbarkeit durch eine Behandlung).

Die Belastungen, die im Rahmen von Hauterkrankungen auftreten, lassen sich entlang dieser Belastungsdimensionen beschreiben.

Zu 1. Krankheitsspezifische Symptome

Körperliche Einschränkungen bei Hautkrankheiten finden sich vor allem bei Patienten mit CVI (chronischer venöser Insuffizienz) (Klyscz et al. 1998). Die Patienten berichten über schwere, müde Beine und Probleme bei längerem Stehen und Laufen. Aber auch die Patienten mit Ekzemen oder Psoriasis an Händen und Füßen können unter erheblichem körperlichen Funktionsverlust leiden, da sie in ausgeprägten Fällen Schwierigkeiten beim Laufen und Arbeiten mit den Händen haben (Finlay und Ryan 1996, Jowett und Ryan 1985). Patienten mit akuten Infektionen der Haut sind zusätzlich zum lokalen Funktionsverlust durch Fieber und Abgeschlagenheit in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (z.B. beim Erysipel).

Schmerzen sind ein typisches Symptom bei infizierten Hauterkrankungen, z.B. Erysipel oder Herpes zoster. Aber auch 21% der Patienten mit Psoriasis und 31% der Ekzempatienten gaben in der Studie von Jowett und Ryan (1985) Schmerzen durch ihre Hauterkrankung an. Beim Handekzem sind es vor allem die Rhagaden und Fissuren, die Schmerzen verursachen können (Coenraads et al. 2004).

Gutartige Neubildungen sind in der Regel schmerzlos, können sich aber durch Irritationen entzünden und so zu Schmerzen führen. Gleiches gilt auch für die semimaligen und bösartigen Neubildungen. Im fortgeschrittenen Stadium der semimaligen und bösartigen Neubildungen kann es zusätzlich durch infiltrierendes Wachstum in tiefere Hautschichten zu Schmerzen kommen.

Patienten mit Stauungsdermatitis oder Ulkus der Beine aufgrund einer CVI klagen ebenfalls häufig über Schmerzen in den Beinen (Klyscz et al. 1998).

Intensiver Juckreiz ist ein weiteres typisches Symptom einiger Hauterkrankungen. Besonders Patienten mit Neurodermitis oder chronischer Urtikaria sind davon betroffen (Grob et al. 2005). In der Studie von Jowett und Ryan (1985) berichteten auch 87% der Patienten mit Psoriasis über Juckreiz im Krankheitsverlauf.

Über das körperliche Unbehagen hinaus führt der Juckreiz oft zum Kratzen. Das wiederum erzeugt eine Entzündungsreaktion mit erhöhtem Juckreiz und Kratzbedürfnis. Es kann zu mechanischer Schädigung der Haut kommen und führt durch den empfundenen

Kontrollverlust zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Resignation, Scham und Schuld (Stangier und Ehlers 2000).

Patienten mit betroffenen Hautstellen im für die Umwelt sichtbaren Bereich fühlen oft Ablehnung, Ignoranz und Unverständnis durch die Mitmenschen (Stangier und Ehlers 2000). Die Hälfte der Patienten mit Akne, Psoriasis und Ekzem (über 80% der Patienten haben sichtbare Hautveränderungen) berichteten über ein vermindertes Selbstbewusstsein, 80% über Scham, 60% über Angst und 30% über Depressionen (Jowett und Ryan 1985). Eine deutliche Beeinträchtigung in allen Freizeitaktivitäten zeigten Patienten mit Psoriasis (92% sichtbar) in der Studie von Grob et al. (2005), was den Autor zu dem Schluss führte, dass die Sichtbarkeit der Hauterkrankung eine große Beeinträchtigung im alltäglichen Leben für den Patienten bedeutet. In der Studie von Wahl et al. (1999a), in der 224 Patienten mit Psoriasis befragt wurden, hatte die Sichtbarkeit der Hauterkrankung einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. Schmidt et al. (2001) fanden in ihrer Studie von 50 weiblichen Patienten mit Alopezie, dass die Patientinnen mit deutlich sichtbarem Haarverlust eine geringere Lebensqualität hatten als die Patientinnen mit weniger sichtbarem Haarverlust.

Neben funktionalen Einschränkungen und krankheitstypischen Beschwerden litten etwa 30% der Patienten mit Hauterkrankungen auch unter psychischen Symptomen (Fried et al. 2005). Diese wurden von den Patienten meist mit einem bestimmten Symptom oder dem spezifischem Verlauf der Erkrankung in Verbindung gebracht. So wurde von den Patienten Angst vor Narben oder Angst vor der Prognose angegeben (Jowett und Ryan 1985). Patienten mit CVI berichteten über Angst vor einem Ulkus, einer Thrombose, dem Versagen der Therapie oder vor einer Operation (Klyszcz et al. 1998). Patienten mit chronischen Hauterkrankungen berichteten häufig über depressive Symptome, selbst häufiger als Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen (Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Angina pectoris, Dalgard et al. 2004). In ihrer Arbeit über Akne und die Psyche stellten Baldwin (2002) die Veränderungen dar, die diese Hauterkrankung auf die Psyche hatten, z.B. Erleben von Angst, Ärger, Unsicherheit, Depression oder Suizidalität.

Zu 2. Zeitlicher Verlauf

Patienten mit akuten dermatologischen Erkrankungen müssen im Gegensatz zu Patienten mit chronischen oder chronisch-rezidivierenden Erkrankungen nicht mit der Ungewissheit des weiteren Verlauf leben. Sie sind zunächst überrascht, aus ihrem Alltagsleben gerissen und leiden unter den Symptomen, haben aber die Hoffnung auf baldige Wiederherstellung der Gesundheit.

Patienten mit chronisch-rezidivierenden Hauterkrankungen leiden unter dem ständigen Wechsel der Symptome und unter der Angst vor Verschlimmerung der Erkrankung (Jowett and Ryan 1985). Die Patienten empfinden die spezifischen körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen als bedrohlich und wenig kontrollierbar (Stangier et al. 1998a).

Patienten mit bösartigen Hauttumoren sehen sich einer lebensbedrohlichen Erkrankung ausgesetzt. Sie stehen zwischen Hoffen und Bangen im Verlauf der oft belastenden Behandlung. Manchmal müssen sie entstellende chirurgische Eingriffe ertragen. Vor allem die Patienten mit Metastasen sind aufgrund der Behandlungsmaßnahmen, Müdigkeit oder Schmerzen nicht mehr in der Lage ihren normalen Aktivitäten nachzugehen (Kneier 2003).

Zu 3. Ursache

Die Ursachen für Hauterkrankungen können genetisch, infektiös, traumatisch, physikalisch-toxisch, degenerativ, vaskulär, immunologisch oder multifaktoriell sein. Bei einigen Erkrankungen ist die Ursache bis heute ungeklärt und kann bei den Patienten zu Verunsicherung führen (Johnson et al. 2006). In der Studie von Niemeier et al. (2002) berichteten diejenigen Patienten über mehr Stress und Hilflosigkeit, bei denen keine Ursache für ihre Ekzemerkrankung gefunden werden konnte. Es ist bekannt, dass Patienten, die die Ursache einer Erkrankung auf ihr Gesundheitsverhalten zurückführen, eine niedrigere Lebensqualität haben als Patienten, die ihre Erkrankung als schicksalhaft einschätzen.

Zu 4. Folgen

Bei einigen Hauterkrankungen kann von der völligen Wiederherstellung der Gesundheit ausgegangen werden. Das betrifft vor allem die Patienten mit gutartigen Neubildungen, die außer einer Narbe keine weiteren Folgen zu erwarten haben. Ähnlich verhält es sich für einen großen Teil der Patienten mit semimaligenen Neubildungen. Einige Patienten aus

dieser Erkrankungsgruppe müssen aber zu regelmäßigen Kontrollen, wenn die Erkrankung schon weit fortgeschritten ist oder mit einem häufigeren Auftreten dieser Tumorart zu rechnen ist.

Patienten, die zur Testung auf Arzneimittel oder Insektengift kommen, sind in der Regel nicht beeinträchtigt und müssen trotz einer Auflage zur Vermeidung von bestimmten Substanzen oder besonderer Vorsicht vor Insektenstichen keine gesundheitlichen Einschränkungen erwarten.

Treten belastende Krankheitssymptome kontinuierlich oder rezidivierend auf, sind immer wieder Behandlungsmaßnahmen, Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte nötig. Das trifft auf die Patienten mit CVI, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis und chronischer Urtikaria zu. Lebenslang bestehende, entstellende und juckende oder schmerzhaft Hauterscheinungen können die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen.

Die Patienten mit chronischen Hauterkrankungen müssen sich einer Veränderung ihres Selbstbildes und ihrer Stellung im sozialen Gefüge stellen (Maes et al. 1996). 14-16% der Patienten mit Akne, Ekzem und Psoriasis berichteten über eingeschränkte berufliche Möglichkeiten aufgrund ihrer Hauterkrankung (Jowett und Ryan 1985). Für Patienten mit berufsbedingtem Handekzem bedeutete das oft die Aufgabe des Berufes am Anfang ihrer Laufbahn, verbunden mit hohen Umschulungskosten (Coenraads et al. 2004). Für Patienten mit Psoriasis oder Akne war oftmals das Erscheinungsbild limitierend für eine Anstellung oder Karriere in Berufen mit Öffentlichkeitsarbeit (Jowett und Ryan 1985). Anhaltende Beschwerden wie beispielsweise Schmerzen oder schwere müde Beine bei CVI führten zur Veränderung des Freizeitverhaltens (Klyscz et al. 1998). Bei einem Drittel der Patienten mit Ekzem und fast die Hälfte der Patienten mit Psoriasis führten die Hauterscheinungen zu einer Veränderung des Sport- und Freizeitverhaltens (Jowett und Ryan 1985). Anhaltend zeitaufwendige Pflegemaßnahmen, die zudem noch unangenehm riechen oder schwierig anzuwenden waren, führten zu familiären oder ehelichen Problemen und verminderter Compliance in der Therapie (Jowett und Ryan 1985, Finlay und Ryan 1996). In der Studie von Balkrishan et al. (2003) fanden sich Einschränkungen im Freizeitverhalten, sozialem Leben und im Wohlbefinden bei Patientinnen mit Melasma. Bei Patienten mit bösartigen Neubildungen stand neben der primären Traumatisierung die Angst vor Rezidiven und Metastasen im Vordergrund (Schmid et al. 2000, S.135). Die bösartigste Tumorform, das Maligne Melanom, hatte eine 5-Jahres-Überlebensrate nach

Diagnosestellung von ca. 82 Prozent für alle Stadien zusammen (Hölzel et al. 1996, S.239). Eine starke und frühzeitige Neigung zu lymphogener und/oder hämatogener Metastasierung bedeutet, dass sich diese Patienten mit dem Tod auseinandersetzen müssen.

Zu 5. Kontrollierbarkeit durch die medizinische Behandlung

Gutartige Neubildungen und viele der Patienten mit semimaligne Neubildungen können zufrieden stellend durch einen operativen Eingriff behandelt werden. Ausnahmen bilden die Patienten mit rezidivierendem Basalzellkarzinom, die zu häufigen Kontrollen in die Klinik müssen und mit der Ungewissheit leben müssen, wann das nächste Mal eine Operation nötig wird.

Das Erysipel spricht in der Regel gut auf eine antibiotische Behandlung an, in etwa 25% kommt es aber zu Rezidiven (Braun Falco 1996, S.199-202). Die Erkrankungen Neurodermitis, Ekzem und Psoriasis können symptomatisch behandelt werden. Die Behandlung ist aufwendig, langwierig und „schmierig“. Die medikamentöse Behandlung mit Steroiden ist für manche Patienten mit ausgeprägten Ängsten vor Nebenwirkungen verbunden (Jowett und Ryan 1985). Ein Wiederaufflammen der Symptome ist häufig. Eine Heilung oft nicht möglich (Mach 1995).

Bei Patienten mit CVI ist die konservative Behandlung mit Kompressionsstrümpfen und Verbänden ebenfalls langwierig und der Erfolg der Operation (Sklerosierung) oft nur vorübergehend (Finlay and Ryan 1996). Vor allem durch die Kombination mit komplizierenden Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und periphere arterielle Verschlusskrankheit ist langfristig mit einem Fortschreiten der Erkrankung und zunehmender Immobilität zu rechnen.

1.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mit der allgemeinen Verlängerung der Lebenszeit kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer Zunahme von chronischen Erkrankungen (Bengel et al. 2003, Bullinger und Kirchberger 1998). Die Heilung als Therapieziel ist bei vielen Patienten nicht möglich und so richtet sich das Augenmerk zunehmend auf die Verbesserung der Lebensqualität.

Was zur Lebensqualität gehört, ist unter den Vertretern der verschiedenen Fachrichtungen umstritten. In der Medizin hat sich der Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität mit den Inhaltsbereichen körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz durchgesetzt (Bullinger und Kirchberger 1998).

Die Ansicht darüber, was eine gute Lebensqualität ausmacht, hat sich im Laufe der Zeit verändert. War es früher die „Abwesenheit von Belastungen und Beeinträchtigungen“ (Katz et al. 1963), so wird heute eine gute Lebensqualität angenommen, wenn die persönlichen Erwartungen erfüllt oder sogar übertroffen werden (Calman 1984). Die Erwartungen können hoch oder niedrig sein und sich im Laufe des Lebens ändern, indem sie persönlichen Umständen angepasst werden (Felce und Perry 1995). Übertragen auf die Lebensqualität im gesundheitlichen Bereich bedeutet es, dass die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Situation von den persönlichen Vorstellungen und Erwartungen an die Gesundheit und Fitness und somit auch von biographischen Gegebenheiten abhängt. Ein älterer Mensch wird mit einer Laufstrecke von 1 Kilometer vielleicht recht zufrieden sein, wogegen ein junger Mensch eine Erschöpfung nach derselben Strecke als Beeinträchtigung in seiner Lebensqualität erleben könnte. Die individuellen Faktoren spielen also bei der Selbsteinschätzung der Lebensqualität eine bedeutsame Rolle. So fanden sich signifikante Abhängigkeiten der Lebensqualität vom Alter (Sprangers et al. 2000, Wahl et al. 1999a), dem Geschlecht (Bullinger und Kirchberger 1998, Ellert und Bellach 1999), dem Bildungsstand und der Anzahl der Nebenerkrankungen (Sprangers et al. 2000). In dieser Studie wurden daher die soziodemographischen Daten der Patienten nicht nur aufgeführt sondern auch in die statistische Auswertung aufgenommen und kontrolliert.

Eine Messung der Lebensqualität zwischen einzelnen Individuen (interindividuell) setzt voraus, dass es Parameter gibt, die allgemeingültig eine gute oder schlechte Lebensqualität bezeichnen (Radoschewski 2000). Es sind krankheitsübergreifende und krankheitsspezifische Fragebögen entwickelt worden (Augustin 2001, Spilker 1990). In der Dermatologie finden neben krankheitsspezifischen auch allgemeine Fragebögen zur Lebensqualität ihre Anwendung (Iliev et al. 1998).

1.3. Bewältigung der Belastung

Als Bewältigung (Coping) werden die Gedanken und das Verhalten zusammengefasst, die Menschen nutzen, um mit den inneren und äußeren Anforderungen einer als stressvoll eingeschätzten Situation umzugehen. Diese Definition von Lazarus und Folkman (1987) wird weitgehend akzeptiert (Echteld 2001, Tennen et al. 2000). Dabei dominiert heute die Auffassung, dass es sich beim Coping um bewusste oder bewusstseinsfähige Prozesse handelt, über die man gezielt Auskunft geben kann (Schwarzer 1993).

Die zahlreich durchgeführten Studien zur Anwendung von Copingstrategien in Stresssituationen führten in den letzten 40 Jahren zu einer Fülle von Bewältigungstheorien (Tabelle A 1). Einer eindeutigen Strukturierung stand entgegen, dass es eine Vielzahl von Einflussfaktoren im Bewältigungsprozess gab. Je nach Sichtweise standen die zu bewältigende Situation, die Persönlichkeit und ihre Ressourcen, der Copingprozess oder auch die Effektgröße im Vordergrund (Maes et al. 1996). Eine einheitliche Nomenklatur für Copingstrategien existiert aber bis heute nicht (Folkman und Moskowitz 2004).

Die Gedanken oder Verhaltensweisen, die in zahlreichen Copinginventaren erfragt wurden, gingen in die Hunderte. Die einzelnen Fragen (Items) wurden theoretisch und/oder mittels Faktorenanalysen zu verschiedenen Copingstrategien zusammengefasst. So wurden die Copingstrategien mal in situationsbezogene (problemfokussierte), emotionsregulierende, aktive, passive, vermeidende, assimilative oder akkommodative Strategien eingeteilt.

Copingstrategien (z.B. aktive und passive) wurden vom Individuum simultan eingesetzt (Aldwin und Revensen 1987, Carver und Scheier 1994), so dass ihre Effektivität, um Krisen zu bewältigen, nicht immer konsistent dargelegt werden konnte (Carver et. al. 1992). Kurzfristige Effekte von Copingstrategien unterschieden sich von langfristigen Effekten (Repetti 1992).

Wentura (2002) beschrieb, dass das Wohlbefinden oder die Handlungsfähigkeit gesichert werden könnten, dass aber beide Erfordernisse nicht immer gleichzeitig bedient werden können.

Der Inhaltsbereich der Effektgröße divergierte in den Studien und reichte vom allgemeinen Wohlbefinden über körperliche Gesundheit zu Sozialverhalten (Schwarzer 1993). Soll beispielsweise der Copingerfolg bei einer chronischen Erkrankung an dem psychischen

Wohlbefinden (z.B. Abwesenheit von Depression oder Angst; Äußerungen von Freude, Gelassenheit und Elan), an der körperlichen Funktionsfähigkeit, an der erhaltenen Arbeitsfähigkeit, dem gleich bleibendem Freizeitverhalten oder den sozialen Kontakten gemessen werden? Es ist ersichtlich, dass nicht alle Bereiche in einer Belastungssituation immer gleichzeitig durch die Bewältigungsstrategien positiv beeinflusst werden können. So könnte zum Beispiel durch Aufgabe von intensiven Freizeitaktivitäten die Arbeitsfähigkeit erhalten werden, aber die sozialen Kontakte und möglicherweise auch das psychische Befinden würden leiden.

Bei der Beurteilung der Effektivität ist ebenfalls der zeitliche Verlauf zu beachten (Schwarzer 1993). Carver und Scheier (1994) z.B. untersuchten das Copingverhalten von 125 Studenten vor und nach dem Examen und nach der Bekanntgabe der Ergebnisse. Sie fanden Unterschiede in der Anwendung der Copingstrategien abhängig von der aufkommenden Bedrohung. Nach dem Examen und während des Wartens auf die Ergebnisse wurde vermehrt dysfunktionale Vermeidung eingesetzt und nach der Bekanntgabe der Ergebnisse kam verstärkt problemfokussiertes Verhalten zum Einsatz. Auch Kremer und Quednau (2001) fanden in ihrer Längsschnittstudie, dass Patienten mit Schlaganfall drei Monate nach dem Ereignis, wenn sich die Situation stabilisiert hatte, problemorientiertes Coping weniger und ablenkendes Coping häufiger anwendeten als kurz nach dem Ereignis.

Den meisten Arbeiten zum Copingverhalten liegt als theoretischer Hintergrund das transaktionale Modell (vgl. Abb. 1) von Lazarus und Folkman (1987) zugrunde (Bengel et al. 2003). In diesem Modell werden die Wechselwirkungen zwischen einer Belastungssituation und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person erklärt. Zunächst muss die neue Situation als bedrohlich eingeschätzt werden (primary appraisal), worauf dann die Einschätzung der eigenen Ressourcen zur Bewältigung der Situation erfolgen kann (secondary appraisal). Es wird also nicht mehr die objektive Belastung durch eine bestimmte Diagnose, bzw. deren Begleiterscheinungen, untersucht, sondern die „gefühlte Belastung“ betrachtet, die sich auch im Laufe der Zeit ändern kann. Mit wiederholten Neubewertungen kann der abgelaufene Bewältigungsprozess eingeschätzt und die ursprüngliche Bewertung und die eingesetzten Copingstrategien verändert werden.

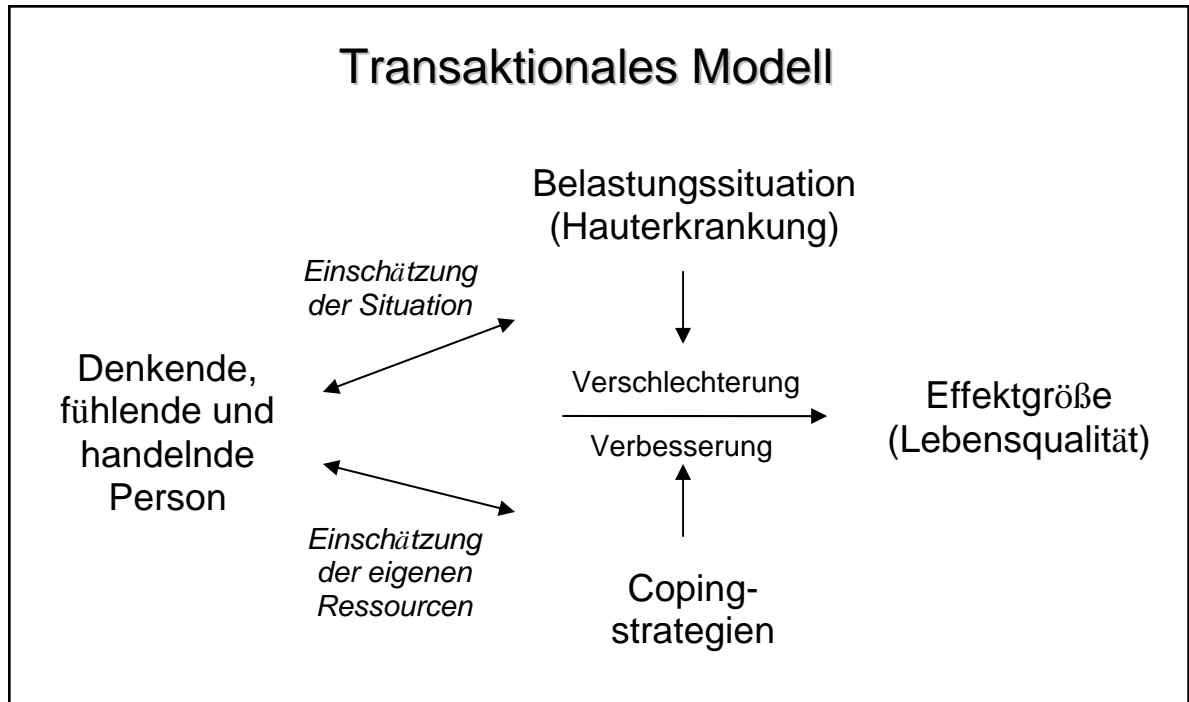


Abb. 1 Transaktionales Modell nach Lazarus und Folkman 1987

Im transaktionalen Modell wird das belastende Ereignis als (mit den eigenen Möglichkeiten) kontrollierbar oder unkontrollierbar eingeschätzt. Entsprechend den Voraussetzungen sollen die eingesetzten Copingstrategien zu einer Lösung des Konfliktes oder Verbesserung der Effektgröße (Wohlbefinden, Lebensqualität) führen. Es scheint auf die kontinuierliche Passung der eingesetzten Strategien mit der bedrohlichen Situation anzukommen (Lazarus 1999).

Die Forschungstätigkeit zum Coping hat zum Ziel, Strategien zu identifizieren, die in einer belastenden Situation zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen.

Es zeigte sich in zahlreichen Studien, die als belastendes Ereignis eine chronische Erkrankung betrachteten, dass aktives und problemorientiertes Coping überwiegend mit einer besseren Lebensqualität und dass vermeidende und emotionsfokussierte Copingstrategien mit einer schlechteren Lebensqualität einhergingen (Jim et al. 2006, Maes et al. 1996).

Die hier ausgewählten Copingstrategien aus dem Copinginventar von Carver et al. (1989) sollen auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität überprüft werden. Es handelt sich dabei um emotionsregulierende Strategien (Akzeptanz und positive Reinterpretation) und

problemorientierte Strategien (Planen, Suche nach sozialer Unterstützung, Suche nach emotionaler Unterstützung).

Mit Akzeptanz der Erkrankung ist eine Verschiebung der Werte von Gesundheit und Krankheit gemeint. Es bedeutet im weitesten Sinne eine Loslösung von den Lebenszielen, die durch die Erkrankung verloren oder bedroht sind und die Fähigkeit neue Werte zu finden, die nicht im Konflikt mit der Erkrankung stehen (Berntsson und Ringsberg 2003).

Die positive Reinterpretation ist die Fähigkeit auch in zunächst belastenden oder bedrohlichen Situationen etwas Gutes zu finden. Zum Beispiel könnte ein selbst chronisch kranker Arzt die positive Seite entdecken, dass er nun mehr Verständnis für seine Patienten hat und in seiner Berufsausübung zufriedener wird.

Planen ist eine Strategie, die darauf gerichtet ist die Situation aktiv zu ändern. Die Patienten überlegen, was sie gegen die Erkrankung unternehmen können. Diese Strategie wird häufiger von Menschen genutzt, die die belastende Situation als potentiell veränderbar einschätzen (Carver et al. 1989).

Auch die Suche nach sozialer Unterstützung ist eine aktive und problemorientierte Copingstrategie. Es werden Informationen über die Erkrankung gesucht. Andere Menschen werden um Rat oder Hilfe gebeten. Die Menschen, die diese Strategie anwenden, sind in der Lage, auf andere zuzugehen, sich eigene Schwächen einzugestehen und sich Hilfe zu holen.

Die Suche nach emotionaler Unterstützung ist aus Fragen über den Umgang mit Gefühlen zusammengesetzt. Die Menschen, die hier einen hohen Skalenwert haben, sind in der Lage über ihre Gefühle zu sprechen und haben in ihrer Umgebung wahrscheinlich Menschen, die sich für ihre schwierige Situation interessieren.

1.4. Zielsetzung und Fragestellung

Ausgehend von den obigen Betrachtungen zur Belastung durch die Hauterkrankung, Lebensqualität bei Hauterkrankungen und dem Copingverhalten ist folgende Theorie zu prüfen:

Hauterkrankungen bringen spezifische Belastungen mit sich, die die Lebensqualität einschränken können. Die Lebensqualität sollte umso schlechter sein, je mehr und stärker die Belastung auftritt. Copingstrategien sollten die Lebensqualität verbessern. Für die Untersuchung wurden solche Strategien ausgewählt von denen bekannt ist, dass sie mit einer besseren Lebensqualität korrelierten.

Folgenden Fragen soll nachgegangen werden:

Wie ist die Lebensqualität der Patienten mit Hauterkrankungen im Vergleich mit der Normalbevölkerung? Wie hängt die Lebensqualität mit den soziodemographischen Daten und Belastungsparametern zusammen?

Welchen Beitrag leisten die Copingstrategien zur Erklärung der Lebensqualität?

Gibt es Patienten, die durch die Hauterkrankung stark belastet sind und trotzdem eine gute Lebensqualität haben? Welche Copingstrategien wenden sie an?

2. Methoden

2.1. Aufbau und Organisation der Studie

Von Mai 2003 bis November 2003 wurden alle Patienten, die zur stationären Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald aufgenommen wurden, gebeten an einer Studie zur „Rolle von Bewältigungsmechanismen bei der Veränderung der subjektiven Lebensqualität von dermatologisch erkrankten und stationär behandelten Patienten“ teilzunehmen. Die Teilnahme war freiwillig und konnte jederzeit abgebrochen werden. Die Zustimmung der Ethikkommission der Universität Greifswald zur Befragung der Patienten lag vor.

Am Tag der Aufnahme wurde den Patienten ein Fragebogenkomplex ausgehändigt, mit der Bitte, ihn noch am selben Tage auszufüllen. Er wurde am nächsten Tag eingesammelt und gegebenenfalls Hilfestellung beim Ausfüllen gegeben (Vorlesen, oder erklären einzelner Fragen).

Der Fragebogen bestand aus mehreren Teilen. Es wurden demographische Daten erfragt, sowie Fragen zur Belastung durch die Hauterkrankung, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zum Copingverhalten, zur Copingdisposition, Stimmung, Depressivität und zum Freizeitverhalten gestellt. Nach eigenen Angaben benötigten die Patienten zwischen einer $\frac{3}{4}$ Stunde bis zu maximal 3 Stunden für das Ausfüllen.

In dieser Arbeit wurden zur Beantwortung der oben genannten Fragestellung die biographischen und krankheitsbezogenen Daten, der Fragebogen zur Lebensqualität (SF-36), die Juckreiz und Schmerzskala und die Fragen zum Copingverhalten (20 Fragen aus dem COPE-Inventar) ausgewertet.

Zusätzlich zur Selbstauskunft durch die Patienten wurden von den behandelnden Ärzten Fragen zum allgemeinen Gesundheitsstatus (Karnofski-Index), zum Schweregrad der Hauterkrankung und zum Heilungsverlauf auf einem gesonderten Blatt beantwortet. Die Diagnose, die Anzahl der Nebendiagnosen, die Anzahl der eingenommenen Medikamente und die Aufenthaltsdauer wurden den Krankenakten entnommen.

Von 289 im Untersuchungszeitraum in der Hautklinik erstmals aufgenommenen Patienten haben sich 200 zur Teilnahme bereit erklärt und den Fragebogen ausgefüllt. 47 Patienten (23,5%) benötigten Hilfe beim Ausfüllen. Aufgrund von fehlenden Werten für einzelne Variablen konnten von den 200 ursprünglichen Fragebögen nur 164 Fragebögen in die Analysen aufgenommen werden.

Von den 89 nicht teilnehmenden Patienten, haben 51 die Teilnahme abgelehnt. 38 Patienten konnten aus anderen Gründen nicht befragt werden. Eine Aufstellung der Gründe gibt die Tabelle A 2 im Anhang.

2.2. Erhebungsinstrumente

2.2.1. Erfassung der Lebensqualität

In dieser Studie kam der krankheitsübergreifende Lebensqualitätsfragebogen SF-36 (im Anhang S.86) zur Anwendung, da in der Hautklinik ganz verschiedene Krankheitsbilder zu finden waren. Die Gütekriterien sind an verschieden großen Stichproben der Normalbevölkerung getestet worden (Bullinger und Kirchberger 1998, Ellert und Bellach 1999, Radoschewski und Bellach 1999). Der SF-36 hat sich krankheitsübergreifend als zuverlässig und valide erwiesen (Bullinger und Kirchberger 1998, de Korte et al. 2002, Ferguson et. al 2002, Skoet et al. 2003, Ware und Gandek 1998).

Der SF-36 setzt sich aus 36 Fragen über die körperliche, soziale und psychische Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion zusammen. Die Fragen beziehen sich auf einen Zeitraum von 4 Wochen vor dem jetzigen Krankenhausaufenthalt. Es handelt sich bei den SF-36 Fragebogen um die Beurteilung objektiver und subjektiver Gesundheitsindikatoren durch den Patienten selbst.

Der SF-36 konnte zwischen Patienten mit einer Hauterkrankung und der Normalbevölkerung diskriminieren. Hautpatienten hatten in verschiedenen Bereichen eine geringere Lebensqualität (Bullinger und Kirchberger 1998, S.44f, Skoet et al. 2003, Kiebert et al. 2002). In ihm werden körperliche und psychische Aspekte der Lebensqualität in 8 Skalen erfasst (Tabelle 1).

Tabelle 1: Aufbau und Konzept des SF-36

| Konzept/Dimension | Items | Dimen- sions- stufe | Dimen- sions- spanne | Cronbachs Alpha |
|---|-------|---------------------------|----------------------------|--------------------|
| „Körperliche Funktionsfähigkeit“ = Mobilität/ADL (z.B. Treppensteigen , Anziehen) | 10 | 21 | 10-30 | 0,94 |
| „Körperliche Rollenfunktion“ = Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder alltägliche Aktivitäten beeinträchtigt (weniger schaffen als gewöhnlich) | 4 | 5 | 4-8 | 0,89 |
| „Körperliche Schmerzen“ = Ausmaß der Schmerzen und Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit | 2 | 11 | 2-12 | 0,88 |
| „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ = (Persönliche Beurteilung der Gesundheit, zukünftige Erwartungen und Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen) | 5 | 21 | 5-25 | 0,76 |
| „Vitalität“ = energiegeladen versus müde und erschöpft | 4 | 21 | 4-24 | 0,80 |
| „Soziale Funktionsfähigkeit“ = Wirkung der Erkrankung auf soziale Kontakte | 2 | 9 | 2-10 | 0,74 |
| „Emotionale Rollenfunktion“ = Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder alltägliche Aktivitäten beeinträchtigen | 3 | 4 | 3-6 | 0,85 |
| „Psychisches Wohlbefinden“ = Emotionale Grundstimmung (z.B. Allgemeine Gestimmtheit, Abwesenheit von Angst oder Depression) | 5 | 26 | 5-30 | 0,80 |

(vgl. Bullinger und Kirchberger 1998, S. 12)

Die Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ ist eine objektive Einschätzung, wie die Leistungsfähigkeit (z.B. wie viele Treppen steigen) durch die Erkrankung beeinträchtigt ist. Die „Körperliche Rollenfunktion“ spiegelt das Ausmaß wider, in dem die Erkrankung die Verrichtung der alltäglichen Aufgaben beeinträchtigt. Dort spielt schon eine subjektive Sichtweise des Befragten mit hinein, da sich die alltäglichen Aufgaben individuell unterscheiden. Auch das Ausmaß der Schmerzen und der Einfluss von Schmerzen auf die normale Arbeit sind subjektive Gesichtspunkte der Lebensqualität, ebenso wie Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen in der Skala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“. Diese vier Skalen können in einer „Körperlichen Summenskala“ zusammengefasst werden. Sie gibt darüber Auskunft, in welchem Maße die Erkrankung das körperliche Befinden und die Verrichtung der alltäglichen Verpflichtungen beeinträchtigt.

Die Skala „Vitalität“ ist Ausdruck der Tatkraft und Spannkraft der Person. In der Skala „Soziale Funktionsfähigkeit“ wird erfasst, inwieweit soziale Kontakte, familiäre

Beziehungen und Freundschaften noch gepflegt werden können. Ob seelische Probleme die Verrichtung der alltäglichen Aufgaben beeinträchtigen, wird in der Skala „Emotionale Rollenfunktion“ erfragt. Die Skala „Psychisches Wohlbefinden“ beinhaltet Fragen zur Stimmung, wie zum Beispiel Fragen zur Depressivität, Ängstlichkeit oder Traurigkeit. Die vier Skalen werden in der „Psychischen Summenskala“ zusammengefasst und drücken in ihrer Gesamtheit die Auswirkungen der Erkrankung auf das psychische Befinden aus.

Die Items wurden nach den Anwendungsvorschriften aus der Handanweisung von Bullinger und Kirchberger (1998) bearbeitet (Umkodiert, Fehlende Werte ersetzt) und in diese 8 Subskalen zusammengefasst und transformiert.

2.2.2. Erfassung des Copingverhaltens

Aus dem 15 Skalen umfassenden Copinginventar von Carver et al. (1989) wurden die 5 Skalen Akzeptanz, positive Reinterpretation, Planen, Suche nach sozialer und Suche nach emotionaler Unterstützung ausgewählt (im Anhang S.90). Die Patienten wurden gebeten, die Fragen bezüglich ihres Gefühls gegenüber der Erkrankung in der zurückliegenden Woche zu beantworten, um ein situationsspezifisches Bild vom Copingverhalten zu erlangen.

Die Antworten waren auf einer vierstufigen Ratingskala anzukreuzen (1 = überhaupt nicht bis 4 = ganz genau). Jeweils 4 Fragen repräsentierten eine Copingstrategie. Die Summenwerte rangierten zwischen 4 (keine Anwendung der Copingstrategie) bis 16 (maximale Anwendung dieser Copingstrategie). Ein hoher Wert bedeutete, dass die Copingstrategie oft angewendet wurde und ein niedriger Wert, dass die Copingstrategie nicht oder nur selten zum Einsatz kam (Tabelle 2).

Tabelle 2: Aufbau und Konzept des COPE

| Konzept/Dimension | Items | Dimen- sions- spanne | Cronbachs Alpha der Normstichprobe (N=978) ^b |
|--|-------|----------------------------|---|
| Akzeptanz = sich mit der Erkrankung abfinden; lernen damit zu leben; akzeptieren, dass es nicht geändert werden kann | 4 | 4-16 | 0,65 |
| Positive Reinterpretation = etwas aus der Erkrankung lernen; etwas Gutes darin sehen; sich daran weiterentwickeln | 4 | 4-16 | 0,68 |
| Planen = sich Gedanken machen, was das Richtige wäre; überlegen was zu tun sei; mit dem Problem umgehen | 4 | 4-16 | 0,80 |
| Suche nach sozialer Unterstützung = Rat und Hilfe einholen; andere fragen, die in einer ähnlichen Situation stecken; | 4 | 4-16 | 0,75 |
| Suche nach emotionaler Unterstützung = mit anderen über die Gefühle sprechen; aufmunternde Unterstützung erhalten | 4 | 4-16 | 0,85 |

(vgl. Carver et al. 1989)

Die Test-Retest-Reliabilität (Verlässlichkeit) war in der Originalstudie des Autors des Copinginventars (Carver et al. 1989), in der 978 Studenten nach ihren Copingstrategien im Umgang mit schwierigen Situationen befragt wurden, mit Werten zwischen 0,61 und 0,72 ausreichend. Auch Billingsley et al. (1993) fanden eine ausreichende bis gute Test-Retest-Qualität von 0,63 –0,84 bei den 5 Skalen (80 Studenten im Umgang mit Stress).

Die Cronbachs Alpha-Werte als Ausdruck der Reliabilität innerhalb der Skalen waren in der Studie von Carver et al. (1989) für die 5 Skalen mit Werten zwischen 0,65 und 0,85 ausreichend bis gut (Tabelle 2).

2.2.3. Erfassung der Belastung durch die Hauterkrankung

Die Diagnosen der Patienten wurden mit Unterstützung einer Fachärztin für Dermatologie 9 Diagnosegruppen zugeordnet. In die 10. Gruppe wurden alle Patienten aufgenommen, deren Diagnosen sich nicht den anderen Gruppen zuordnen ließen.

Bei 20 Patienten (10%) wurden 2 Hauterkrankungen und bei 6 Patienten (3%) wurden 3 Hauterkrankungen diagnostiziert. Die Patienten wurden gebeten sich in dem Fragebogen

auf die Hauterkrankung zu beziehen, die zur Aufnahme ins Krankenhaus führte. Diese Diagnose war auch entscheidend für die Zuordnung in eine der 10 Gruppen.

Der Schweregrad der Hauterkrankung wurde durch die behandelnden Ärzte auf einer fünfstufigen Ratingskala (1 = geringfügig, 5 = sehr ernsthaft) eingeschätzt.

Die Sichtbarkeit der Hauterkrankung wurde zwei Kategorien zugeordnet (2 = Gesicht, Hals, Hände; 1 = alle übrigen Körperregionen). In der Literatur wird häufig noch die zusätzliche Kategorie Hauterkrankung der Geschlechtsorgane (sensible Region) aufgeführt (Schmid-Ott et al. 1999). In der Untersuchungsgruppe war hiervon nur ein Patient betroffen. Er ist unter die Kategorie 1 subsumiert worden.

Zur Erfassung der Belastung durch Juckreiz und Schmerz wurden die Patienten gebeten, Fragen auf einer fünfstufigen Ratingskala zu beantworten (1=gar nicht, 5 = sehr stark).

2.3. Umgang mit fehlenden Werten

Die Anzahl der ursprünglich fehlenden und dann ersetzten Werte ist in Tabelle 3 aufgeführt.

Die fehlenden Werte im SF-36 wurden nach den Anwendungsvorschriften von Bullinger und Kirchberger (1998) bearbeitet.

Fehlende Werte in den Copingskalen nach Carver wurden durch den Mittelwert dieser Skala des Patienten ersetzt, wenn nur eine oder zwei von 4 Fragen nicht beantwortet wurden. Wurde nur eine oder keine der 4 zu einer Subskala gehörenden Fragen beantwortet, wurde diese Skala weiterhin als fehlend betrachtet.

Tabelle 3: Anzahl der ursprünglich fehlenden und ersetzten Werte

| | Werte insgesamt | Fehlende Werte (%) | Ersetzte Werte |
|-------|-----------------|--------------------|----------------|
| SF-36 | 7200 | 124 (1,72) | 56 |
| COPE | 4000 | 149 (3,7) | 43 |

Fehlende Werte der übrigen Variablen (soziodemographische oder Belastungsvariablen) wurden nicht ersetzt.

2.4. Statistische Auswertung

Die Eingabe und statistische Auswertung der Daten erfolgte im Programm SPSS 12.0 für Windows. Entsprechend dem Standard der Medizinstatistik wurden die Daten doppelt eingegeben, verglichen und die Tippfehler anhand der Originalfragebögen korrigiert.

2.4.1. Univariate Statistik

Die Kennwerte der erhobenen Variablen wurden tabellarisch dargestellt.

Die Daten zu Juckreiz, Schmerzen, Sichtbarkeit und Schweregrad der Hauterkrankung und die Skalenwerte zur Lebensqualität sowie zum Copingverhalten wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung überprüft (Bühl und Zöfel 2002, S.307). Die Gruppen der Studienteilnehmer und der Nichtteilnehmer wurden hinsichtlich soziodemographischer Daten, Anzahl der Nebendiagnosen und Anzahl der Medikamente verglichen (Oneway Anova mit Post-Hoc-Test), um einzuschätzen, ob die Studienpopulation alle Patienten einer Hautklinik widerspiegelt.

Die Skalen des Lebensqualitätsfragebogens wurden über einen Ein-Stichproben-Mittelwertsvergleich mit den Mittelwerten der Normstichprobe von Bullinger und Kirchberger (1998) verglichen.

Zur Überprüfung der einfachen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen wurde für alle Variablen der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet und tabellarisch dargestellt.

2.4.2. Hierarchische Regressionsanalyse

Mit der Methode der hierarchischen Regressionsanalyse sind Untersuchungen über den Erklärungsbeitrag inhaltlich strukturierter Merkmalsmengen möglich (Rudolf und Müller 2004, S. 51). Zur Ermittlung des Einflusses des Copingverhaltens auf die Lebensqualität, über den Einfluss von soziodemographischen Vorgaben und hautspezifischen Belastungen hinaus, wurden 2 hierarchische Regressionsanalysen gerechnet.

Voraussetzung ist eine multivariate Normalverteilung aller beteiligten kontinuierlichen Variablen, es sei denn der Stichprobenumfang ist ausreichend groß ($n > 40$ bei $k < 10$)

(Bortz 2005, S 450). Einen ausgereiften Test für multivariate Normalverteilung gibt es bisher nicht (Bortz 2005, S.450). Univariate Normalverteilung lag bei den Lebensqualitätsparametern und den Copingstrategien nicht vor. In dieser Studie war aber eine ausreichende große Stichprobengröße mit $n = 164$ bei $k = 11$ gegeben.

Zur Identifikation von Ausreißern wurde eine Residuenstatistik durchgeführt, da Ausreißer einen bedeutsamen Einfluss auf das Ergebnis der Regressionsanalyse nehmen können (vgl. Tabachnick und Fidell 1996, S. 133). Es fanden sich allerdings keine Ausreißer.

Als erster Schritt wurden die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsstand zusammen mit der Anzahl der Nebendiagnosen und Medikamente als Kontrollvariablen in die Regressionsanalyse aufgenommen. Im zweiten Schritt wurde für die Belastungen durch die Hauterkrankung (Juckreiz, Schmerzen und Sichtbarkeit der Hauterkrankung) kontrolliert. Im dritten Schritt wurden die Copingstrategien einbezogen. Alle Variablen wurden über die Methode „Einschluss“ in die hierarchische Regressionsanalyse aufgenommen.

2.4.3. Kovarianzanalyse

Die Kovarianzanalyse ist eine Methode zur Erklärung von Unterschieden in den Mittelwerten einer abhängigen Variablen zwischen verschiedenen Gruppen, wobei der Einfluss der Kovariaten auf diese Variable neutralisiert wird.

In dieser Studie kam die Kovarianzanalyse zum Einsatz bei der Überprüfung von Unterschiedshypothesen bei der Lebensqualität zwischen den einzelnen Diagnosegruppen und bei den Copingstrategien zwischen Patienten mit starker und geringer Belastung durch die Hauterkrankung, sowie guter und schlechter Lebensqualität.

Voraussetzungen für die Analyse sind normalverteilte Messwerte innerhalb der Gruppen und multivariate Normalverteilung. Bei größeren Stichproben (Untergruppengröße: $N > 10$) sinkt jedoch das Risiko einer Fehleinschätzung bei Verletzung dieser Voraussetzungen. In der Patientengruppe mit Urtikaria waren 9 Patienten und in der Gruppe mit Erysipel sogar nur 6 Patienten.

Das Signifikanzniveau für Mehrfachvergleiche wurde per Voreinstellung nach Bonferroni

korrigiert. Die Voreinstellungen im SPSS-Programm wurden bei gesättigtem Modell belassen. Es wurden zusätzlich die Homogenitätstests (Box-Test, Levene-Test) durchgeführt (Bühl und Zöpfel 2000).

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Studienteilnehmer

Es nahmen insgesamt 200 Patienten an der Befragung teil. 164 Patienten hatten nach Ersetzen einzelner Fehlwerte der SF-36- und der Copingskalen einen vollständigen Datensatz. Bei 36 Patienten fehlten teilweise ganze Skalen, so dass sie nicht in die Auswertung aufgenommen werden konnten. Damit die Charakterisierung der Patientenstichprobe mit der schließlich ausgewerteten Stichprobe übereinstimmt, wurde auch die beschreibende und univariate Statistik auf die 164 Patienten mit vollständigem Datensatz bezogen.

Die Patienten waren zwischen 14 und 87 Jahren alt mit einem Durchschnitt von 53,2 Jahren (Tabelle 4). Die Geschlechtsverteilung war mit 73 Männern (44,5%) und 91 Frauen (55,5%) leicht zugunsten der Frauen verteilt.

Der Bildungsstand, gemessen anhand der Schulbildung, entsprach in etwa dem Bevölkerungsdurchschnitt (Normstichprobe des Bundesgesundheitsurvey: Ellert und Bellach 1999).

Das höhere Durchschnittsalter gegenüber der Vergleichsstichprobe aus der Bevölkerung sowie der höhere Rentneranteil in unserer Stichprobe (Tabelle 4) waren zum Teil für den hohen Prozentsatzes an nichtberufstätiger Bevölkerung verantwortlich. Mit einer Anzahl von 22 Arbeitslosen auf 53 Berufstätige/Auszubildende lag der Anteil der Arbeitslosen bei 29,3%. Das ist etwas höher als die regionale Arbeitslosenzahl von 25,6% für Mecklenburg Vorpommern im Jahre 2003 (Bundesanstalt für Arbeit).

In Partnerschaft oder Familie lebten 82% der Befragten, was etwas höher als der Bevölkerungsdurchschnitt von 77% (Ost- und Westdeutschland zusammen) liegt (Bullinger und Kirchberger 1998).

Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Studienpatienten

| | Anzahl (Gesamt: 164) | % | Vergleichsstichprobe (Bullinger u. Kirchberger 1998) N = 2914 |
|---|-------------------------|-------|--|
| Alter (Range: 14-87) | MW = 53,2 | | MW = 47,7 |
| Geschlecht | | | |
| Weiblich | 91 | 55,5 | 55,6% |
| Männlich | 73 | 44,5 | 44,4% |
| Schulabschluss | | | |
| Kein Schulabschluss | 6 | 4 | |
| Haupt-/Volksschule | 72 | 44 | (43,2%*) |
| Realschule/10.Klasse | 57 | 35 | (20,3%*) |
| Abitur | 27 | 16 | (16,1%*) |
| Sonstiges | 2 | 1 | |
| Art der Berufsausbildung | | | |
| Keine Ausbildung | 20 | 12 | |
| In Aus- oder Weiterbildung | 13 | 8 | |
| Facharbeiterabschluss | 68 | 41 | |
| Fachschule | 34 | 21 | |
| Hochschule | 21 | 13 | |
| Sonstiges | 3 | 2 | |
| Fehlende Werte | 5 | 3 | |
| Berufstätig | 40 | 24 | ca. 33% |
| Nicht berufstätig, | 124 | 76 | ca. 66% |
| davon | | | |
| -arbeitslos | -22 | -20 | |
| -In Ausbildung | -13 | -10 | |
| -Hausfrau | - 1 | - 0,8 | |
| -Rentner | -83 | -66 | - ca. 50% |
| -Sonstiges | - 5 | - 4 | |
| Familienstand | | | |
| Ledig | 29 | 18 | |
| Verheiratet | 100 | 61 | |
| Verwitwet | 23 | 14 | |
| Geschieden | 12 | 7 | |
| In Gemeinschaft lebend | | | |
| in Partnerschaft oder bei den Eltern/Kindern | 168 | 84 | 77% |
| allein lebend | 32 | 16 | 23% |

(*übernommen aus Ellert und Bellach 1999; N = 6964)

Bildungsstand und Art der Berufsausbildung wurden für die Datenauswertung zu der Variablen „Art der Ausbildung“ zusammengefasst (Tabelle 5). Entscheidend war dabei die höchste Ausbildung. Schüler oder in Ausbildung befindliche Patienten wurden gemäß ihrer zu erwartenden Ausbildung eingeteilt (z.B. Realschüler in Lehre, Studenten in Hochschule). Dadurch wurde es möglich, eine Ordinalskala (1 = Keine Ausbildung bis 4 = Hochschule) des Ausbildungsniveaus zu erzeugen, die möglichst allen Patienten gerecht wurde.

Tabelle 5: Art der Ausbildung

| Art der Ausbildung | Anzahl der Patienten | % |
|--------------------|----------------------|-----|
| Keine Ausbildung | 22 | 14 |
| Lehre | 81 | 49 |
| Berufsfachschule | 37 | 22 |
| Hochschule | 24 | 15 |
| Gesamt | 164 | 100 |

Die Diagnosen der Patienten und deren Einteilung in Diagnosegruppen ist in der Tabelle 6 dargestellt. Die Erkrankungen der Patienten konnten 9 Oberbegriffen (Gutartige Neubildungen, Semimaligne Neubildungen, Bösartige Neubildungen, CVI, Neurodermitis/Ekzem, Psoriasis, Urtikaria, Erysipel und Allergietestung) zugeordnet werden. In der 10. Gruppe wurden die selteneren Erkrankungen zusammengefasst.

In die Gruppe 5 (Neurodermitis/Ekzem) wurden die Patienten mit den ICD-10-Nummern L20, L23, L24, L25, L27 und L 30 aufgenommen, da es sich um Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen handelt.

Tabelle 6: Diagnosen der Patienten und deren Einteilung in Gruppen

| Gruppen Nr. | Gruppe | Diagnosen | Diagnosenschlüssel | Anz. der Pat. |
|-------------|--------------------------|--|---|---------------|
| 1 | Gutartige Neubildungen | gutartige NB des Bindegewebes, Nävus, Verruca senilis, Keratose | D 03.7, D 21.9, D 22.5, D 22.7, D 22.9, D 23.9, L 57.0, L 82, L 85.8 | 16 |
| 2 | Semimaligne Neubildungen | Basaliome, Melanoma in situ | C 44.2, C 44.3, C 44.4, C 44.5, C 44.7, C 44.9, D 03.7 | 20 |
| 3 | Bösartige Neubildungen | Plattenepithelkarzinom, Malignes Melanom verschiedener Lokalisation, Karzinom der Haut n. n. b. | C 00.1, C 43, C 43.6, C 43.7, C 43.9, C 44.0, C 44.3, C 44.9, | 17 |
| 4 | CVI | Primäre CVI oder Thrombose der Beine mit oder ohne Ulcus cruris | I 80.3, I 83, I 83.1, I 83.2, I 89.0, J 42, L 97 | 14 |
| 5 | Neurodermitis/ Ekzem | Neurodermitis, Allergische oder toxische Kontaktdermatitis, Ekzema numulare, Dyshidrose, Ekzem | L 20.8, L 20.9, L 23.7, L 23.9, L 24.9, L 27.0, L 30.0, L 30.1, L 30.3, L 30.9 | 23 |
| 6 | Psoriasis | Psoriasis | L 40.0, L 40.3, L 40.8, | 18 |
| 7 | Urtikaria | Urtikaria | L 50.2, L 50.8, L 50.89 | 9 |
| 8 | Erysipel | Erysipel, Hautabzeß | A 46, L 02.9 | 6 |
| 9 | Testung | Patienten zur Allergietestung | T 63.4, T 78.3, T 86.0, T 88.7, Z 88.7 | 17 |
| 10 | Sonstige | Stomatits mit Exanthem Skabies Mycosis fungoides T-Zell-Lymphom Akute Graft-versus-host-Krankheit Sarkoidose der Haut Akute Thrombose Pemphigoid, Pemphigus Lichen ruber Lichtdermatose Onychoschisis Haarfollikulitis Schweißdrüsenabzeß Poikilodermie circumscriphte Sklerodermie Lupus erythematodes Systemische Sklerodermie Neurofibromatose | B 08.4 B 86 C 84.0 C 84.5 T 86.01 D 86.3 I 80.3 L 12.0, L 10.9 L 43.9 L 55.1, L 56.4 L 60.3 L 73.8, L 73.9 L 74.8 L 81.6 L 94.0 M 32.9 M 34.0, M 34.1 Q 85.0 | 24 |
| | | Gesamt | | 164 |

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist nicht nur von der aktuellen Hauterkrankung beeinträchtigt, sondern auch von den bestehenden aktuellen und chronischen Vorerkrankungen. Als Maß für die zusätzliche gesundheitliche Belastung zur bestehenden Hauterkrankung wurde die Anzahl der Nebendiagnosen und der eingenommenen Medikamente erfasst (Tabelle 7).

Die Studienpatienten hatten keine bis 11 Nebendiagnosen und nahmen bis zu 15 Medikamente oral ein. Es gab eine überwiegende Anzahl von Patienten mit nur wenigen Nebendiagnosen und Medikamenten, was sich in der Schiefe und dem Kolmogorov-Smirnov-Test niederschlug. Das signifikante Ergebnis bedeutete, dass die Parameter nicht normal verteilt waren.

Zur besseren Übersichtlichkeit der Ergebnisse und aufgrund einer hohen Korrelation untereinander ($r = 0,743$) wurden diese beiden Skalen zu einer zusammengefasst (NDplusMed). Wegen der unterschiedlicher Skalenbreite wurden die Variablen zunächst z-transformiert und dann addiert (vgl. Hutcheson und Sofroniou 1999, S. 84).

Tabelle 7: Anzahl der Nebendiagnosen und Medikamente (N = 164)

| | Min | Max | MW | SD | Schiefe | Kurtosis | Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilig. |
|---------------------------|-------|------|--------|-----|---------|----------|--|
| Anzahl der Nebendiagnosen | 0 | 11 | 2,8 | 2,4 | 0,897 | 0,335 | $p < 0,000$ |
| Anzahl der Medikamente | 0 | 15 | 4,0 | 3,2 | 0,913 | 0,469 | $p < 0,000$ |
| NDplusMed | -2,32 | 6,08 | 0,0841 | 1,9 | 0,896 | 0,412 | $p < 0,000$ |

3.2. Ausprägung spezifischer Merkmale der Hauterkrankung

Die Kennzahlen der Belastung durch die Hauterkrankung wurden in der Tabelle 8 dargestellt. Der Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung war für alle Parameter signifikant, so dass keine Normalverteilung der Werte vorlag.

Tabelle 8: Kennzahlen der erkrankungsbezogenen Merkmale (N = 164)

| | Min | Max | MW | SD | Schiefe | Kurtosis | Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilg. |
|---------------------------------|-----|-----|------|-----|---------|----------|---|
| Juckreiz | 1 | 5 | 2,19 | 1,4 | 0,786 | -0,774 | p < 0,000 |
| Schmerzen | 1 | 5 | 1,85 | 1,1 | 1,264 | 0,616 | p < 0,000 |
| Schweregrad der Hauterkrankung | 1 | 5 | 3,07 | 0,8 | -0,283 | 1,090 | p < 0,000 |
| Sichtbarkeit der Hauterkrankung | 1 | 2 | 1,58 | 0,5 | -0,324 | -1,919 | p < 0,000 |

Die angegebenen Häufigkeiten von Juckreiz, Schmerzen und dem Schweregrad der Hauterkrankung sind in den Abb. 2 dargestellt. Die Verteilungen für Juckreiz und Schmerzen waren deutlich linkssteil. Ein großer Anteil der Patienten hatte nicht unter diesen Beschwerden zu leiden.

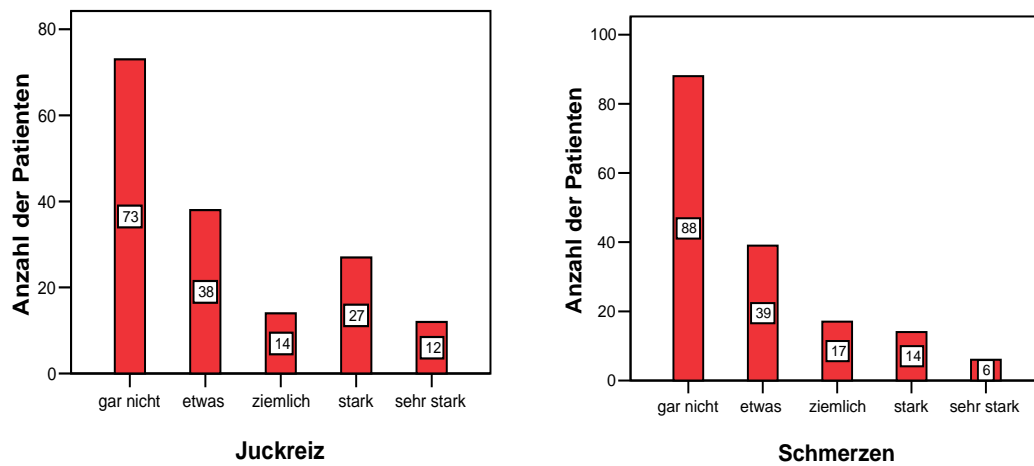


Abb. 2 Häufigkeitsverteilung von Juckreiz und Schmerzen

Der Schweregrad der Hauterkrankung wurde überwiegend als mittel eingeschätzt (Abb. 3).

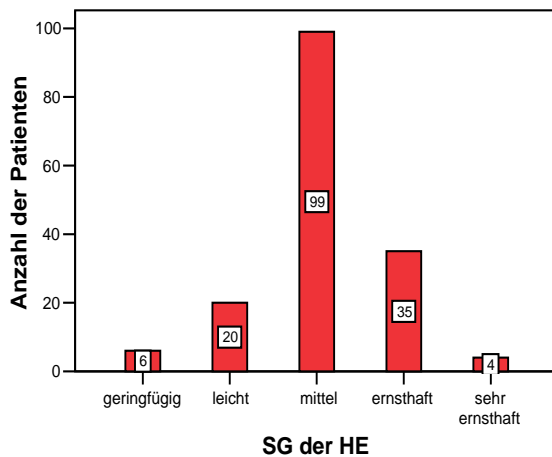


Abb. 3 Häufigkeitsverteilung des Schweregrades der Hauterkrankung

Als ernsthaft und sehr ernsthaft wurden von den behandelnden Ärzten überwiegend die bösartigen Neubildungen und die bösartigen Erkrankungen unter Sonstiges eingeschätzt (Tabelle 9). Weder in der Gruppe der semimaligen und bösartigen Neubildungen noch bei den ekzemartigen, blasenbildenden und entzündlichen Erkrankungen gab es geringfügige Fälle.

Tabelle 9: Diagnosegruppen und Schweregrad der Erkrankung

| | Geringfügig | Leicht | mittel | ernsthaft | Sehr ernsthaft |
|------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| 1 gutartige Neubildung | 2 | 3 | 7 | 4 | |
| 2 semimaligne NB | | 5 | 12 | 3 | |
| 3 bösartige Neubildung | | 1 | 5 | 9 | 2 |
| 4 CVI | 1 | | 9 | 4 | |
| 5 Neurodermitis/Ekzem | | 1 | 18 | 4 | |
| 6 Psoriasis | | 1 | 17 | | |
| 7 Urtikaria | | 2 | 6 | 1 | |
| 8 Erysipel | | 1 | 5 | | |
| 9 Testung | 2 | 4 | 6 | 4 | 1 |
| 10 Sonstiges | 1 | 2 | 14 | 6 | 1 |
| Gesamt | 6 | 20 | 99 | 35 | 4 |

Bei der Sichtbarkeit der Hauterkrankung gab es nur die Einteilung in sichtbar oder nicht sichtbar. 95 von 164 Patienten hatten eine sichtbare Hauterkrankung (58%), bei 69 (42%) war diese nicht sichtbar.

3.3. Statistische Kennzahlen zu den 8 Lebensqualitätsskalen des SF-36

Die Kennzahlen der Lebensqualitätsskalen des SF-36 sind in der Tabelle 10 dargestellt.

Zur Vereinfachung der weiteren Darstellungen und für die multivariate Statistik wurden die 8 Skalen des SF-36 in zwei Summenskalen zusammengefasst. Die Kennzahlen der Summenskalen sind ebenfalls in der Tabelle 10 dargestellt.

Eine Normalverteilung der Werte bestand nur für die „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“. Auch über eine Transformation der Werte (Quadrierung oder Wurzel ziehen) konnte keine Normalverteilung hergestellt werden, so dass mit den Originalwerten gerechnet wurde.

Die Reliabilitätsanalyse ergab außer für die Skala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ für alle Skalen befriedigende ($\text{Alpha} > 0,7$) bis sehr gute ($\text{Alpha} > 0,9$) Ergebnisse. Der Vergleich mit den Cronbachs-Alpha-Werten der Stichproben der Originalliteratur ergab ähnliche Cronbachs-Alpha-Werte (Tabelle 1).

Die Häufigkeitsverteilung der Summenskalen mit Normalverteilungskurve ist in der Abb. 4 und Abb. 5 dargestellt.

Tabelle 10: Deskriptive Statistik der Skalen des SF-36

| | Min. | Max. | MW | SD | Schiefe | Kurtosis | Kolmogorov- Smirnov-Test auf Normalverteilung | Cronbachs Alpha | |
|----------------------------------|-------|------|------|----|---------|----------|---|-----------------------|---|
| | | | | | | | | Studien- patienten | Normstichprobe (N=2914) ^a |
| „Körperliche Funktionsfähigkeit“ | 0,00 | 100 | 66,5 | 32 | -0,527 | -1,170 | p = 0,000 | 0,95 | 0,94 |
| „Körperliche Rollenfunktion“ | 0,00 | 100 | 53,8 | 44 | -0,174 | -1,759 | p = 0,000 | 0,91 | 0,89 |
| „Körperliche Schmerzen“ | 0,00 | 100 | 65,0 | 32 | -0,239 | -1,410 | p = 0,000 | 0,95 | 0,88 |
| „Allg. Gesundheitswahrnehmung“ | 10,00 | 100 | 56,5 | 22 | 0,006 | -0,723 | p = 0,200 | 0,64 | 0,76 |
| „Vitalität“ | 10,00 | 100 | 55,3 | 19 | -0,129 | -0,614 | p = 0,009 | 0,74 | 0,80 |
| „Soziale Funktionsfähigkeit“ | 12,50 | 100 | 81,8 | 22 | -1,018 | 0,200 | p = 0,000 | 0,77 | 0,74 |
| „Emotionale Rollenfunktion“ | 0,00 | 100 | 69,5 | 40 | -0,847 | -0,966 | p = 0,000 | 0,84 | 0,85 |
| „Psychisches Wohlbefinden“ | 6,40 | 100 | 66,8 | 19 | -0,426 | -0,376 | p = 0,001 | 0,82 | 0,80 |
| „Körperliche Summenskala“ | 17,9 | 62,6 | 42,0 | 13 | -0,249 | -1,319 | p = 0,000 | 0,83 | - |
| „Psychische Summenskala“ | 21,8 | 70,2 | 48,7 | 10 | -0,488 | -0,347 | p = 0,001 | 0,72 | - |

a Normstichprobe der SF-36-Skalen: Bullinger und Kirchberger 1998 (Normalbevölkerung);

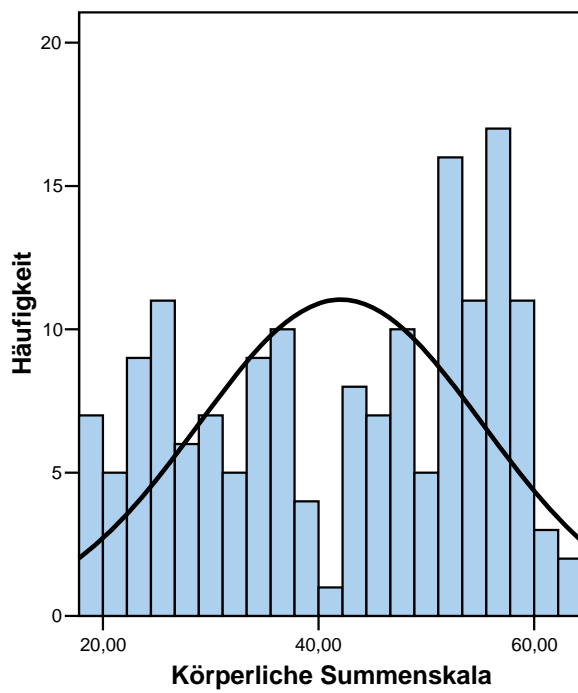


Abb. 4 Histogramm für die „Körperliche Summenskala“ des SF-36

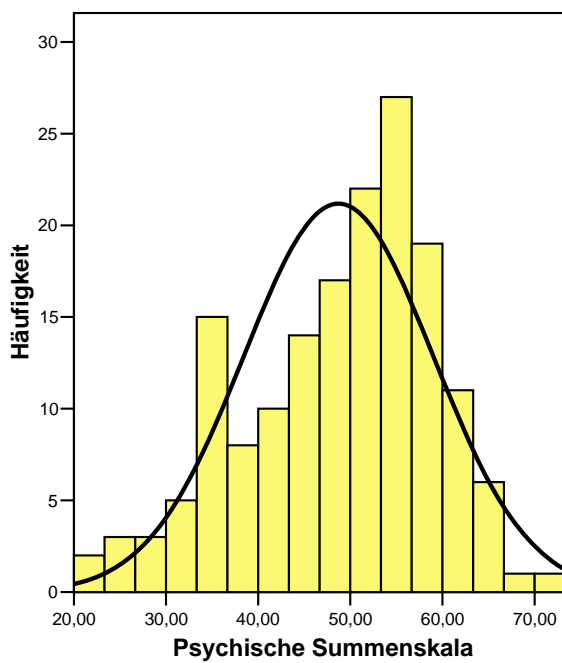


Abb. 5 Histogramm für die „Psychische Summenskala“ des SF-36

3.4. Die SF-36-Skalen im Vergleich mit einer Normstichprobe

Der Vergleich der Studienpopulation mit der Normstichprobe von Bullinger und Kirchberger (1998) ergab für alle Bereiche der Lebensqualität signifikant geringere Werte im t-Test, was einer geringeren Lebensqualität bei den Patienten der Hautklinik entspricht (Tabelle 11). Der t-Test für eine Stichprobe fand hier Anwendung, da die Rohdaten der Normstichprobe nicht zur Verfügung standen. Es wurde auch der von Bullinger und Kirchberger in ihrem Handbuch vorgeschlagenen Vergleich der Mittelwerte mittels Punktunterschied durchgeführt, der zu den gleichen Ergebnissen führte (Ergebnisse nicht dargestellt).

In der Studienstichprobe und in der Normstichprobe von Bullinger und Kirchberger (1998) kamen eine Reihe chronischer Erkrankungen vor, die einen Einfluss auf die Lebensqualität haben können (z. B. Diabetes, Hypertonus, Arthrose). Um diese Einflüsse auszuschalten und zu sehen welche Bereiche der mit dem SF-36 gemessenen Lebensqualität speziell durch eine Hauterkrankung betroffen waren, wurde die Lebensqualität von den 42 Patienten der Studienteilnehmer, die keine Nebendiagnosen hatten, mit der Normstichprobe ohne chronische Erkrankungen aus dem Handbuch von Bullinger und Kirchberger verglichen (Tabelle 12).

Die Patienten mit Hauterkrankungen ohne Begleiterkrankungen hatten in allen Bereichen der mit dem SF-36 gemessenen Lebensqualität ebenfalls signifikant niedrigere Mittelwerte als die gesunde Normstichprobe.

Tabelle 11: Die Skalen des SF-36 im Vergleich mit einer Normstichprobe

| | Patienten (N = 164) Durchschnittsalter: 53,2 Jahre | | Normstichprobe (Ost) ¹ | | | T-Test bei einer Stichprobe (2-seitig) | | |
|----------------------------------|---|----|-----------------------------------|----|----|---|-----|-----------------|
| | MW | SD | Anzahl | MW | SD | T | df | Sign.(2-seitig) |
| „Körperliche Funktionsfähigkeit“ | 66 | 32 | 970 | 85 | 23 | -7,397 | 163 | 0,000 |
| „Körperliche Rollenfunktion“ | 54 | 44 | 978 | 81 | 34 | -7,880 | 163 | 0,000 |
| „Körperliche Schmerzen“ | 65 | 32 | 957 | 78 | 28 | -5,158 | 163 | 0,000 |
| „Allg. Gesundheitswahrnehmung.“ | 57 | 22 | 958 | 68 | 22 | -6,763 | 163 | 0,000 |
| „Vitalität“ | 55 | 19 | 964 | 64 | 18 | -5,705 | 163 | 0,000 |
| „Soziale Funktionsfähigkeit“ | 82 | 22 | 981 | 89 | 18 | -4,261 | 163 | 0,000 |
| „Emotionale Rollenfunktion“ | 70 | 40 | 957 | 88 | 29 | -5,893 | 163 | 0,000 |
| „Psychisches Wohlbefinden“ | 67 | 19 | 961 | 74 | 17 | -4,886 | 163 | 0,000 |
| „Körperliche Summenskala“ | 42 | 13 | 2773* | 50 | 10 | -7,929 | 163 | 0,000 |
| „Psychische Summenskala“ | 48 | 10 | 2773* | 52 | 8 | -3,506 | 163 | 0,001 |

Normstichprobe (Ost) aus der Handanweisung für den SF-36 von Bullinger und Kirchberger (1998; S.62 und S.107-114)

¹kein Durchschnittsalter angegeben

*Normstichprobe Gesamtdeutschland, da für die Summenskalen keine Normstichprobe Ost als Vergleich vorhanden war

Tabelle 12: Die SF-36-Skalen der Patienten ohne Nebendiagnosen im Vergleich mit einer Normstichprobe ohne chronische Erkrankungen

| | Pat. ohne Nebendiagnosen (N = 42) Durchschnittsalter: 37 Jahre | | Normstichprobe ohne chron. Erkrankungen* | | | T-Test bei einer Stichprobe (2-seitig) | | |
|----------------------------------|---|----|---|----|----|---|----|-----------------|
| | MW | SD | Anzahl | MW | SD | T | df | Sign.(2-seitig) |
| „Körperliche Funktionsfähigkeit“ | 90 | 17 | 915 | 97 | 10 | -2,292 | 31 | 0,029 |
| „Körperliche Rollenfunktion“ | 75 | 36 | 912 | 97 | 13 | -3,412 | 31 | 0,002 |
| „Körperliche Schmerzen“ | 77 | 24 | 917 | 95 | 14 | -4,218 | 31 | 0,000 |
| „Allg. Gesundheitswahrnehmung.“ | 70 | 21 | 906 | 80 | 13 | -2,578 | 31 | 0,015 |
| „Vitalität“ | 59 | 19 | 913 | 72 | 14 | -3,829 | 31 | 0,001 |
| „Soziale Funktionsfähigkeit“ | 81 | 20 | 918 | 95 | 12 | -4,035 | 31 | 0,000 |
| „Emotionale Rollenfunktion“ | 78 | 31 | 909 | 97 | 14 | -3,418 | 31 | 0,002 |
| „Psychisches Wohlbefinden“ | 70 | 18 | 913 | 79 | 13 | -2,724 | 31 | 0,011 |

Normstichprobe (Ost und West zusammen) aus der Handanweisung für den SF-36 von Bullinger und Kirchberger (1998; S.47)

*kein Durchschnittsalter angegeben

3.5. Statistische Kennzahlen zu den Copingskalen

Die statistischen Kennzahlen der 5 untersuchten Copingskalen wurden in der Tabelle 13 dargestellt. Die Skalen hatten befriedigende ($> 0,7$) bis gute ($> 0,8$) Cronbachs-Alpha-Werte. Die Verteilung der Werte entsprach nicht einer Normalverteilung, was der signifikante Kolmogorov-Smirnov-Test belegte. Die zugehörigen Histogramme wurden in der Abb. 6 aufgeführt.

Tabelle 13: Deskriptive Statistik der Copingskalen

| | Min. | Max. | MW | SD | Schiefe | Kurtosis | Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung | Cronbachs Alpha |
|--------------------------------------|------|------|------|-----|---------|----------|--|-----------------|
| Akzeptanz | 4 | 16 | 10,5 | 3,8 | -0,174 | -1,078 | p = 0,000 | 0,79 |
| Positive Reinterpretation | 4 | 16 | 9,3 | 3,3 | 0,323 | -0,826 | p = 0,000 | 0,73 |
| Planen | 4 | 16 | 9,8 | 3,6 | 0,128 | -0,979 | P = 0,000 | 0,80 |
| Suche nach sozialer Unterstützung | 4 | 16 | 10,6 | 3,8 | -0,169 | -1,114 | P = 0,000 | 0,80 |
| Suche nach emotionaler Unterstützung | 4 | 16 | 8,6 | 3,6 | 0,370 | -0,849 | P = 0,000 | 0,82 |

N = 164

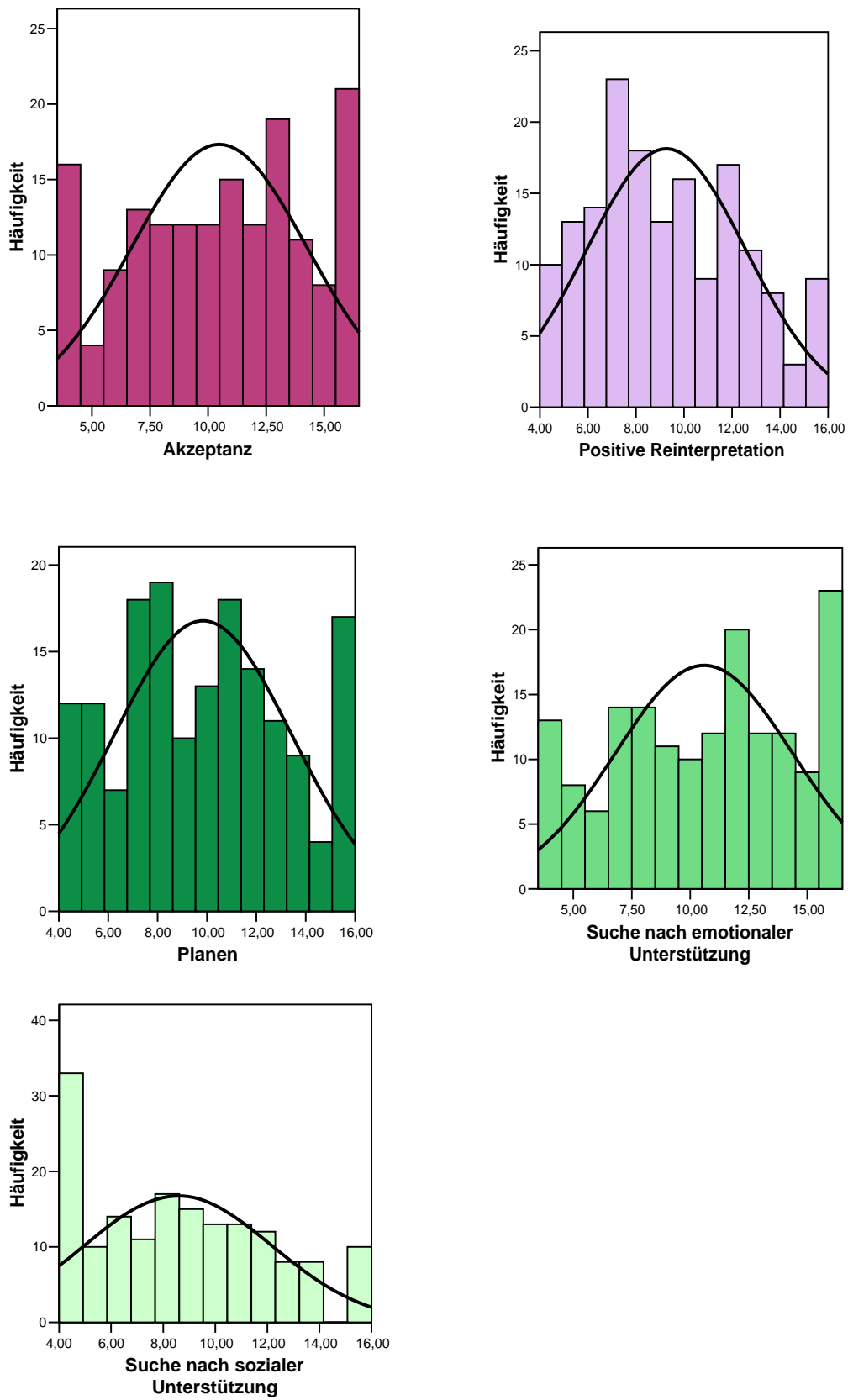


Abb. 6 Histogramme der Copingstrategien mit Normalverteilungskurve

3.6. Korrelation der erhobenen Variablen

Es wurde eine Korrelationsanalyse nach Spearman berechnet, die Zusammenhänge zwischen den biographischen Variablen, den Belastungsparametern, den Copingstrategien und der Lebensqualität aufdecken sollten (Tabelle 14).

Der Signifikanztest im Statistikprogramm gab für Korrelationskoeffizienten ab $r = 0,163$ eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ aus. Allgemein gilt, dass bei einem Korrelationskoeffizienten von $r > 0,5$ von einem starken Zusammenhang zwischen den Variablen ausgegangen werden kann. Bei $r = 0,3$ wird ein mittlerer Zusammenhang angenommen und bei $r = 0,1$ wird von einem schwachen Zusammenhang gesprochen. Für diese Studie wurde die Korrelationsanalyse benutzt, um zu entscheiden, welche Variablen in die hierarchische Regressionsanalyse aufgenommen werden sollten.

Alter, Geschlecht, Bildungsstand und die Nebendiagnosen plus Medikamente waren sowohl mit der Lebensqualität als auch mit den Copingstrategien korreliert und wurden deshalb in die Regressionsanalyse aufgenommen.

Die Variablen Schmerzen, Juckreiz und Sichtbarkeit der Hauterkrankung, die die Belastung durch die Hauterkrankung widerspiegeln sollten, korrelierten ebenfalls mit der Lebensqualität oder den Copingstrategien und wurden daher auch in die Regressionsanalyse aufgenommen.

Der Schweregrad der Hauterkrankung korrelierte nur mit der Sichtbarkeit der Erkrankung, so dass auf die Einbeziehung dieser Variable in die Regressionsanalyse verzichtet wurde.

Tabelle 14: Rangkorrelationskoeffizienten (nach Spearman) zwischen den erhobenen soziodemographischen Daten, den Belastungsvariablen und den Lebensqualitäts- und Copingskalen (N = 164)

| | Alter | Geschlecht | Bildungsstand | NDplusMed | Juckreiz | Schmerzen | SG der HE | Sichtbarkeit |
|-----------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
| Alter | 1 | | | | | | | |
| Geschlecht | -0,041 | 1 | | | | | | |
| Bildungsstand | -0,163* | -0,198* | 1 | | | | | |
| NDplusMed | 0,675** | 0,021 | -0,128 | 1 | | | | |
| Juckreiz | -0,267** | 0,138 | -0,048 | -0,070 | 1 | | | |
| Schmerzen | 0,051 | 0,139 | 0,086 | 0,228** | 0,122 | 1 | | |
| SG der HE | 0,051 | 0,017 | 0,019 | 0,102 | -0,050 | 0,090 | 1 | |
| Sichtbarkeit | -0,035 | -0,067 | -0,074 | -0,055 | 0,387** | -0,114 | -0,190* | 1 |
| Akzeptanz | 0,015 | 0,024 | -0,178* | -0,080 | -0,219** | -0,095 | -0,012 | -0,074 |
| Pos. Reinterpretation | 0,100 | 0,081 | -0,018 | -0,049 | -0,109 | -0,009 | -0,026 | -0,181* |
| Planen | 0,082 | 0,149 | 0,137 | -0,026 | 0,122 | 0,222** | -0,085 | -0,088 |
| Emot Unterstützung | -0,077 | 0,186* | 0,024 | -0,089 | 0,075 | 0,155* | -0,025 | -0,066 |
| Soz. Unterstützung | -0,138 | 0,095 | 0,052 | -0,086 | 0,225** | 0,329** | -0,039 | 0,006 |
| Körperl. Summensk | -0,408** | -0,022 | 0,182* | -0,561** | -0,014 | -0,532** | -0,107 | -0,014 |
| Psych. Summensk. | 0,294** | -0,153 | -0,086 | 0,186* | -0,271** | -0,136 | -0,089 | -0,145 |

Fortsetzung der Tabelle 14

| | Akzeptanz | Positive Reinterpretation | Planen | Suche nach Emot Unterstützung | Suche nach Soz. Unterstützung | „Körperliche Summenskala“ | „Psychische Summenskala“ |
|---------------------------|----------------|---------------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Akzeptanz | 1 | | | | | | |
| Pos. Reinterpretation | 0,399** | 1 | | | | | |
| Planen | -0,045 | 0,458** | 1 | | | | |
| Emot Unterstützung | -0,125 | 0,225** | 0,437** | 1 | | | |
| Soz. Unterstützung | -0,151 | 0,240** | 0,536** | 0,593** | 1 | | |
| „Körperliche Summenskala“ | 0,117 | 0,163* | 0,035 | 0,022 | -0,074 | 1 | |
| „Psychische Summenskala“ | 0,286** | 0,113 | -0,063 | -0,156* | -0,234** | -0,136 | 1 |

** p < 0,01; * p < 0,05 (zweiseitig)

3.7. Hierarchische Regressionsanalyse der Lebensqualität als Kriteriumsvariable

Es wurden 2 Regressionsanalysen mit den Kriteriumsvariablen „Körperliche Summenskala“ und „Psychische Summenskala“ gerechnet.

Zur Verminderung des Problems der Multikollinearität wurde die Copingstrategie Planen nicht in die Analyse aufgenommen, da sie hoch mit den Copingstrategien Suche nach emotionaler und sozialer Unterstützung korrelierte und in der univariaten Statistik keinen Einfluss auf die Lebensqualitätssummenskalen hatte (Tabelle 14).

Die Kollinearitätsdiagnose ergab für alle Prädiktorvariablen Toleranzen von $> 0,1$ und kleiner 1, VIF-Werte zwischen 1 und 2, sowie einen Gesamtkonditionsindex von 26. Ernsthafte Kollinearitätsprobleme werden bei Toleranzen $< 0,1$, VIF-Werte gleich oder größer als 5 (Hutcheson und Sofroniou 1999, S. 83) und Werten zwischen 20 und 30 für den Konditionsindex (Rudolf und Müller 2004, S.61) erwartet. Nur der Gesamtkonditionsindex ist in dieser Studie mit 26 als kritisch anzusehen. Dieser recht hohe Wert bedeutet, dass zwischen den verbliebenen Variablen noch Zusammenhänge bestanden. Die untereinander stark korrelierenden Einflussgrößen können in ihrem Ausmaß des Einflusses auf die Kriteriumsvariable falsch eingeschätzt werden. Der gemeinsame Einfluss wird aber als richtig eingeschätzt.

Im ersten Schritt der hierarchischen Regressionsanalysen wurden die Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand und die Variable Nebendiagnosen/Medikamente) eingegeben. Im zweiten Schritt kamen die Belastungsvariablen der Hauterkrankung (Juckreiz, Schmerzen und Sichtbarkeit der Hauterkrankung) hinzu. Im dritten Schritt wurden die Copingstrategien zur Vorhersage der jeweiligen Lebensqualitätsskala herangezogen (Tabelle 15).

Tabelle 15: Hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage der „Körperlichen Summenskala“

| Schritt | Prädiktor | Beta | T | P | Partial- korrelation | Änderung in R ² |
|-------------------------------|---|--------|--------|--------------|-------------------------|-------------------------------|
| 1 | Alter (z-transformiert) | -0,084 | -1,014 | 0,312 | -0,080 | 0,34* |
| | Geschlecht | 0,011 | 0,171 | 0,864 | 0,014 | |
| | Bildungsstand | 0,124 | 1,854 | 0,066 | 0,145 | |
| | NDundMed | -0,497 | -6,022 | 0,000 | -0,431 | |
| 2 | Juckreiz | 0,006 | 0,093 | 0,926 | 0,007 | 0,19* |
| | Schmerzen | -0,473 | -7,929 | 0,000 | -0,536 | |
| | Sichtbarkeit | -0,086 | -1,388 | 0,167 | -0,110 | |
| 3 | Akzeptanz | 0,019 | 0,286 | 0,775 | 0,023 | 0,01 |
| | Positive Reinterpretation | 0,116 | 1,702 | 0,091 | 0,137 | |
| | Suche nach emotionaler Unterstützung | -0,002 | -0,031 | 0,975 | -0,003 | |
| | Suche nach sozialer Unterstützung | -0,006 | -0,086 | 0,932 | -0,007 | |
| | | | | | | |
| Cum R ² | | | | | | 0,54 |
| Cum R ² (adjusted) | | | | | | 0,51 |

Anmerkungen: Beta = standardisierter Regressionskoeffizient, p = exaktes Signifikanzniveau von T (zweiseitig), * Änderung von R² ist signifikant (p < 0,05)

Durch die eingeschlossenen Variablen wurden 51% der Varianz der „Körperlichen Summenskala“ erklärt, wobei der größte Anteil auf die Anzahl der Nebendiagnosen/Medikamente und die Schmerzen fiel (siehe hohe T-Werte und Partialkorrelationen). Die körperliche Verfassung war also besser bei geringerer Anzahl von Nebendiagnosen/Medikamenten und geringeren Schmerzen. Die Copingstrategien trugen nicht zur Erklärung der Varianz der Skala bei (Änderung von R² = 0,01; n.s.).

Tabelle 16: Hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage der „Psychischen Summenskala“

| Schritt | Prädiktor | Beta | T | p | Partial- korrelation | Änderung in R ² | |
|---------|--------------------------------------|--------|--------|--------------|-------------------------|-------------------------------|------|
| 1 | Alter (z-transformiert) | 0,228 | 2,341 | 0,020 | 0,183 | 0,08* | |
| | Geschlecht | -0,165 | -2,118 | 0,036 | -0,166 | | |
| | Bildungsstand | -0,078 | -0,985 | 0,326 | -0,078 | | |
| | NDundMed | -0,012 | -0,128 | 0,899 | -0,010 | | |
| 2 | Juckreiz | -0,152 | -1,760 | 0,080 | -0,140 | 0,07* | |
| | Schmerzen | -0,142 | -1,772 | 0,078 | -0,140 | | |
| | Sichtbarkeit | -0,135 | -1,625 | 0,106 | -0,129 | | |
| 3 | Akzeptanz | 0,250 | 2,911 | 0,004 | 0,230 | 0,07* | |
| | Positive Reinterpretation | -0,021 | -0,237 | 0,813 | -0,019 | | |
| | Suche nach emotionaler Unterstützung | -0,043 | -0,465 | 0,642 | -0,038 | | |
| | Suche nach sozialer Unterstützung | -0,085 | -0,870 | 0,386 | -0,070 | | |
| | Cum R ² | | | | | | 0,22 |
| | Cum R ² (adjusted) | | | | | | 0,17 |

Anmerkungen: Beta = standardisierter Regressionskoeffizient, p = exaktes Signifikanzniveau von T (zweiseitig), * Änderung von R² ist signifikant (p < 0,05)

Das Regressionsmodell zur Vorhersage der „Psychischen Summenskala“ erklärte insgesamt 17% der Varianz (Tabelle 16). Mit den eingeschlossenen Variablen wurden also nur wenige Einflussgrößen auf das psychische Befinden erfasst. Einen signifikanten Einfluss hatten das Alter und das Geschlecht. Patienten in höherem Alter und männliche Patienten schätzten ihr psychisches Befinden als besser ein. Unter den Belastungsvariablen fanden sich keine signifikanten Einflussgrößen. Aber die Werte für Juckreiz und Schmerzen lagen nur knapp unter dem Signifikanzniveau und leisteten in ihrer Gesamtheit einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der „Psychischen Summenskala“. Patienten, die sehr unter Juckreiz und Schmerzen litten hatten niedrigere Werte in der „Psychischen Summenskala“.

Aus der Regressionsanalyse ging hervor, dass die Copingstrategien über die soziodemographischen und Belastungsvariablen hinaus einen signifikanten Beitrag zur

Erklärung der Varianz der Skala leisteten (Änderung in $R^2 = 0,07$; signifikant). Das Ergebnis war auf die Copingstrategie Akzeptanz zurückzuführen. Sie war positiv mit der „Psychischen Summenskala“ korreliert ($r_{\text{part}} = 0,230$, $p < 0,05$) (Abb. 7), das heißt, dass Patienten, die diese Strategie häufig anwendeten auch ein besseres psychisches Wohlbefinden hatten.

In der Abbildung war zu erkennen, dass die Werte weit um die Regressionsgrade streuten. Der signifikante r -Wert von 0,230 ($p < 0,05$) bedeutete, dass ein schwacher bis mittlerer Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Psychischer Summenskala bestand.

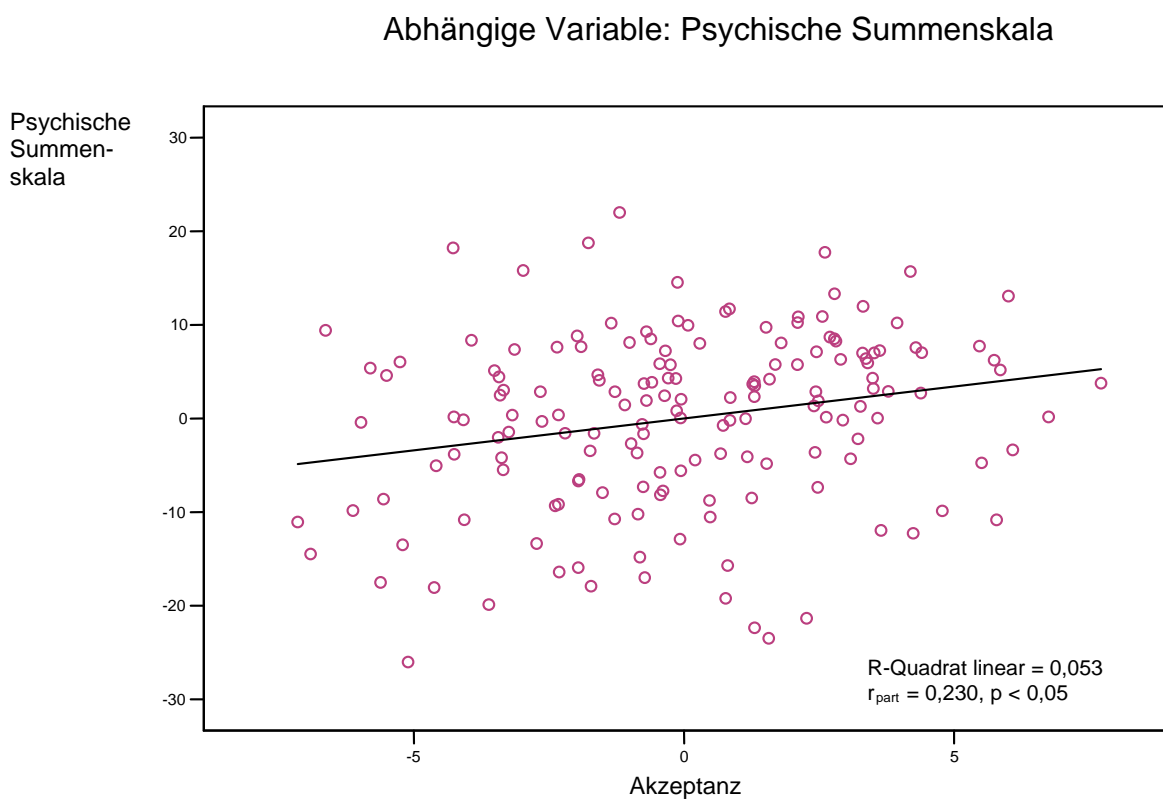


Abb. 7 Partielles Regressionsdiagramm der Akzeptanz mit der „Psychischen Summenskala“ (für soziodemographische und Belastungsvariablen kontrolliert)

3.8. Lebensqualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen

Über eine Regressionsanalyse konnte der Einfluss der Diagnosegruppen nicht berechnet werden, da es sich bei den Diagnosegruppen um eine Nominalskala handelte. Eine Umwandlung in „Dummyvariablen“ erschien aufgrund der dann zusätzlich stark erhöhten Anzahl der Variablen nicht sinnvoll. Deshalb wurde eine Kovarianzanalyse gerechnet, um den Einfluss der Art der Diagnose auf die Lebensqualität zu ermitteln. Für die „Körperliche Summenskala“ und für die „Psychische Summenskala“ wurden jeweils drei Berechnungen durchgeführt (ohne Kontrollvariablen, mit Kontrolle der biographischen Daten und mit Kontrolle der biographischen und Belastungsvariablen)

Für die „Körperliche Summenskala“ war die Testung der univariaten Effekte mit $p < 0,000$ signifikant (Tabelle 17). Auch nach Neutralisierung der Effekte von Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Anzahl der Nebendiagnosen und Medikamente hatte die Art der Diagnose noch einen Einfluss auf die Lebensqualität ($F = 2,302$; $p < 0,05$). Nach Neutralisierung auch der Belastungsvariablen war die Art der Diagnose nicht mehr bedeutsam für die „Körperliche Summenskala“ ($F = 0,569$, n.s.).

Tabelle 17: Kovarianzanalyse des Einflusses von Diagnosen auf die Lebensqualität unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen

| „Körperliche Summenskala“ | Df | F | p |
|--|-------|-------|--------------|
| - ohne Kontrollvariablen | 8,131 | 4,774 | 0,000 |
| - für biographische Variablen kontrolliert | 8,127 | 2,302 | 0,024 |
| - für biographische und Belastungsvariablen kontrolliert | 8,123 | 0,569 | 0,801 |

Dieses Ergebnis bedeutet, dass das körperliche Befinden und die Funktionsfähigkeit durch die erhobenen Variablen gut abgebildet werden konnten. Nach Neutralisierung der Variablen gab es keine signifikanten Unterschiede mehr in der körperlichen Lebensqualität zwischen den einzelnen Diagnosen.

Dieses Ergebnis bestätigt noch mal das Ergebnis der Regressionsanalyse, in der gezeigt werden konnte, dass ein hoher Anteil der Varianz (51%) der „Körperlichen Summenskala“ durch die erhobenen Variablen erklärt werden konnte.

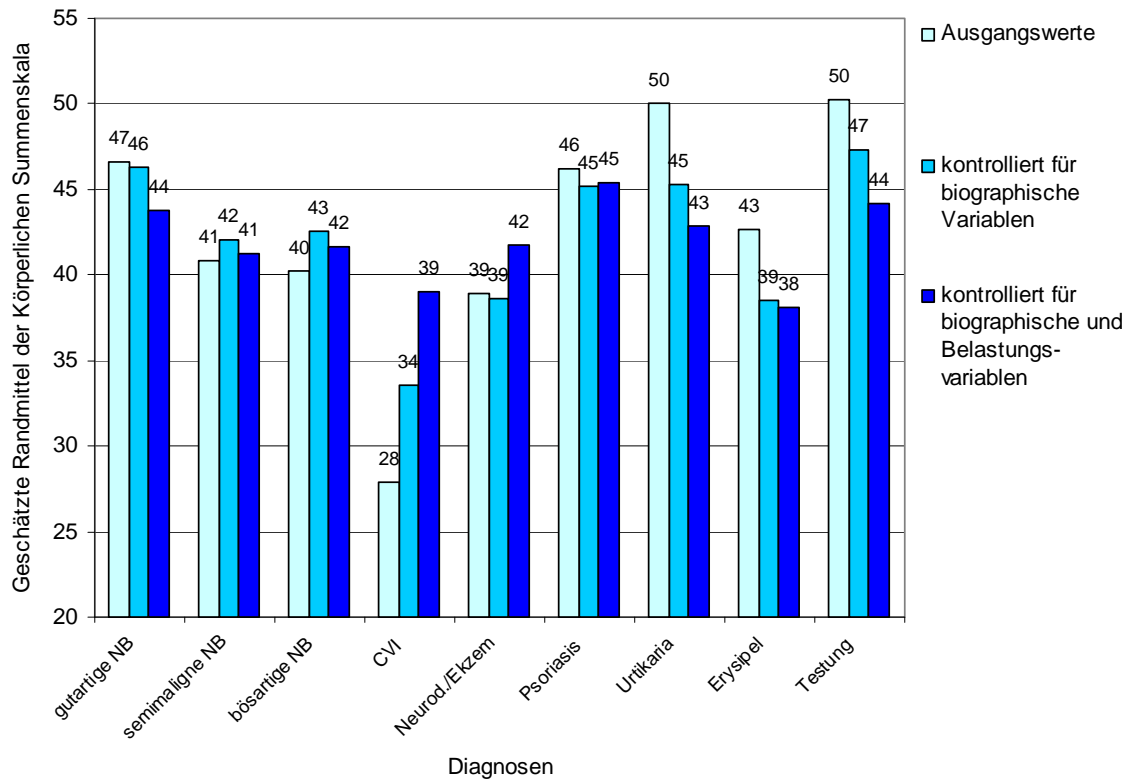


Abb. 8 Geschätzte Randmittel der „Körperlichen Summenskala“ in den einzelnen Diagnosegruppen ohne Kontrollvariablen (Ausgangswerte), mit biographischen Kontrollvariablen und mit Belastungsvariablen.

Der paarweise Vergleich (nach Bonferroni korrigiertes Signifikanzniveau für Mehrfachvergleiche) deckte auf, welche Diagnosegruppen für das signifikante Ergebnis im Einzelnen verantwortlich waren. Es fiel auf, dass die Patienten mit CVI gegenüber Patienten mit gutartigen NB, Psoriasis, Urtikaria und Patienten, die zur Testung kamen, signifikant geringere Werte in der „Körperlichen Summenskala“ hatten. Dieser Unterschied war nicht überraschend. Er war nach Neutralisierung der biographischen Variablen nur noch gegenüber den Patienten zur Testung signifikant und nach Einbeziehung auch der Belastungsvariablen wie Juckreiz, Schmerzen, Sichtbarkeit und Schweregrad der Hauterkrankung nicht mehr nachweisbar.

Welchen Einfluss die Art der Diagnose auf das psychische Befinden (Summenskala) hatte, wurde im nächsten Abschnitt dargestellt. Auch nach Neutralisierung der biographischen und Belastungsvariablen waren die Mittelwerte der „Psychischen Summenskala“ zwischen

einzelnen Diagnosegruppen signifikant unterschiedlich (Tabelle 18). Es kam durch die Einbeziehung der Variablen nicht zu einer Angleichung der Werte der Skala wie bei der „Körperlichen Summenskala“.

Tabelle 18: Kovarianzanalyse des Einflusses von Diagnosen auf die Lebensqualität unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen

| „Psychische Summenskala“ | Df | F | P |
|--|-------|-------|--------------|
| - ohne Kontrollvariablen | 8,131 | 3,308 | 0,002 |
| - für biographische Variablen kontrolliert | 8,127 | 3,938 | 0,000 |
| - für biographische und Belastungsvariablen kontrolliert | 8,123 | 2,373 | 0,021 |

Durch den paarweisen Vergleich (nach Bonferroni korrigiertes Signifikanzniveau) konnte ermittelt werden, dass die Patienten mit Neurodermitis/Ekzem die niedrigsten Werte in der „Psychischen Summenskala“ hatten. In der ersten Analyse (ohne Kontrollvariablen) waren die Werte der Skala gegenüber Patienten mit gutartigen NB, semimalignen NB, CVI und Patienten zur Testung signifikant geringer. Nach Neutralisierung der biographischen Variablen war das Ergebnis noch gegenüber Patienten mit gutartigen NB, Urtikaria und Testung signifikant. Und nach Neutralisierung auch der Belastungsvariablen waren bei den Patienten mit Neurodermitis/Ekzem die Werte der „Psychischen Summenskala“ gegenüber den Patienten mit Urtikaria noch signifikant geringer (vergleiche auch Abb. 9).

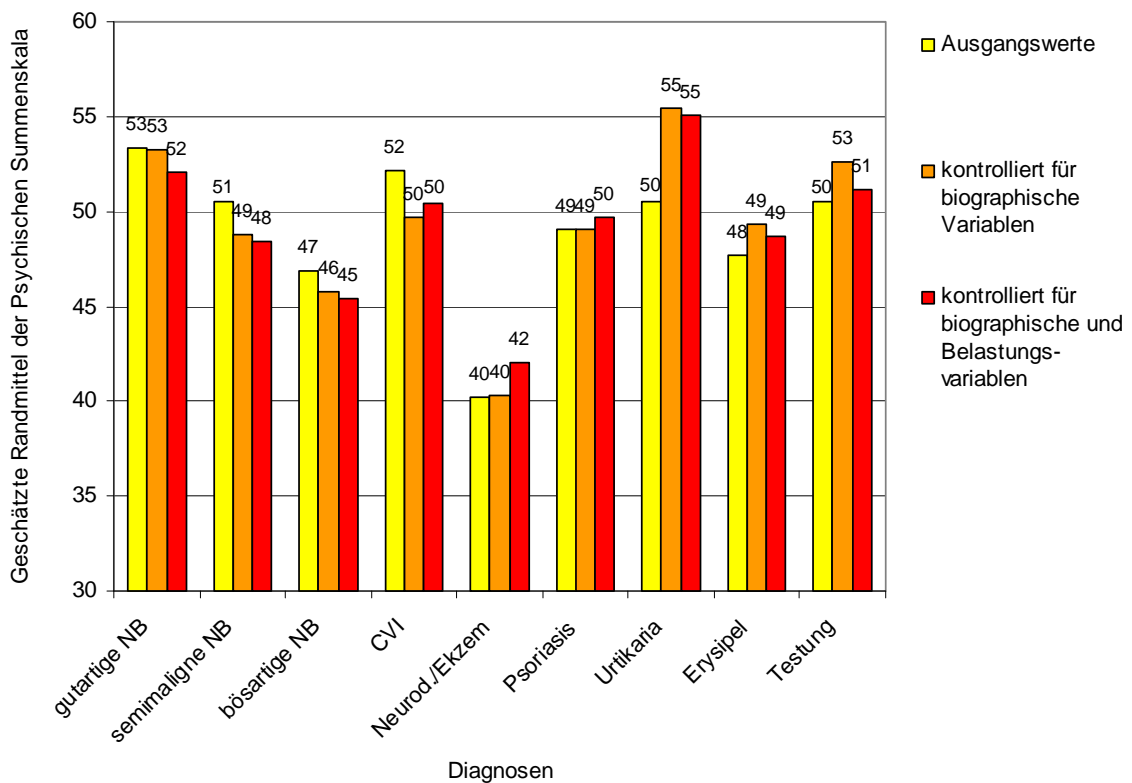


Abb. 9 Geschätzte Randmittel der „Psychischen Summenskala“ in den einzelnen Diagnosegruppen ohne Kontrollvariablen (Ausgangswerte), mit biographischen Kontrollvariablen und mit Belastungsvariablen.

Aus der Grafik ist ersichtlich, dass im Gegensatz zu der „Körperlichen Summenskala“ sich die Mittelwerte der „Psychischen Summenskala“ durch die Einbeziehung der soziodemographischen und Belastungsvariablen kaum änderten. Das bedeutete, dass die Effekte der erhobenen Variablen (Kovariaten) und der Diagnosegruppen auf die psychische Lebensqualität nicht vermischt sind. Das z.B. nicht wie bei der „Körperlichen Summenskala“ das Herausrechnen des Alters und der Nebendiagnosen bei der CVI zu einer besseren Lebensqualität führte, weil gerade ältere Menschen häufig an einer CVI litten und dann auch meist noch mehrere Nebendiagnosen hatten.

3.9. Welche Copingstrategien benutzten Patienten, die trotz starker Belastung durch die Hauterkrankung eine gute Lebensqualität hatten?

Über eine Matrix wurden 79 Patienten identifiziert, die durch die Hauterkrankung stark belastet waren und 85, die nur gering bis mäßig belastet waren. In die Belastung gingen Juckreiz, Schmerzen und Schweregrad der Hauterkrankung ein. Patienten, die in einem der drei Bereiche den Wert 4 oder 5 hatten, wurden in die Gruppe mit starker Belastung durch die Hauterkrankung eingeteilt und die anderen in die Gruppe geringe bis mäßige Belastung durch die Hauterkrankung. Die Patienten mit guter und schlechter Lebensqualität wurden über die Ermittlung des Median der Summenskalen in zwei Gruppen unterteilt.

Es wurden Kovarianzanalysen durchgeführt, um für den Einfluss der soziodemographischen Daten und der Variable Nebendiagnosen/Medikamente zu kontrollieren und zu sehen, ob sich die Anwendung von Copingstrategien in den Gruppen unterscheiden. Es wurde somit überprüft, welche Copingstrategien von den Patienten benutzt wurden, die trotz hoher Belastung durch die Hauterkrankung eine gute Lebensqualität hatten.

Das Signifikanzniveau wurde für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni korrigiert. Der Box-Test und der Levene-Test waren für alle Analysen nicht signifikant, so dass von einer Gleichheit der Kovarianzmatritzen und der Fehlervarianz ausgegangen werden konnte. Die Voraussetzung für die Anwendung und Wertung der Tests waren somit gegeben.

3.9.1. Ergebnisse der Kovarianzanalyse für die Gruppenbildung zur körperlichen Lebensqualität (Summenskala)

Im paarweisen Vergleich zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen geringe Belastung/gute Lebensqualität und hohe Belastung/gute Lebensqualität auf dem korrigierten Signifikanzniveau (Tabelle 19). Patienten mit hoher Belastung und guter körperlicher Lebensqualität wendeten die Strategie Akzeptanz signifikant weniger an als Patienten mit geringer Belastung und hoher körperlicher Lebensqualität (Abb. 10). Patienten, die sich körperlich gesund fühlten, akzeptierten die Hauterkrankung weniger, wenn sie mit starken Belastungen wie Juckreiz oder Schmerzen einherging. Bei Patienten, die sich körperlich nicht gesund fühlten (niedrige Werte in der „Körperlichen Summenskala“), gab es keinen Unterschied in der Akzeptanz der Erkrankung.

Tabelle 19: Kovarianzanalyse in den Gruppen mit guter und schlechter Lebensqualität („Körperliche Summenskala“)

| | Geringe Belastung | | | | hohe Belastung | | | | Univariate Tests (df: 3,156) | |
|---------------------------------|-------------------|-----|------|-----|----------------|-----|------|-----|---------------------------------|--------------|
| | 39 | | 46 | | 43 | | 36 | | | |
| „Körperliche Summenskala“ | Schlecht | | Gut | | Schlecht | | gut | | F | P |
| | MW | SD | MW | SD | MW | SD | MW | SD | | |
| Akzeptanz | 10,1 | 0,6 | 11,8 | 0,6 | 10,1 | 0,6 | 9,5 | 0,6 | 3,237 | 0,024 |
| Positive Reinterpretation | 9,5 | 0,6 | 9,7 | 0,5 | 8,5 | 0,5 | 9,3 | 0,5 | 0,990 | 0,399 |
| Planen | 8,9 | 0,6 | 10,3 | 0,5 | 10,3 | 0,6 | 9,7 | 0,6 | 1,367 | 0,255 |
| Suche n. emot. Unterstützung | 10,7 | 0,6 | 10,2 | 0,6 | 11 | 0,6 | 10,4 | 0,6 | 0,284 | 0,837 |
| Suche n. sozialer Unterstützung | 8,5 | 0,6 | 8,1 | 0,6 | 9,2 | 0,6 | 8,6 | 0,6 | 0,610 | 0,609 |

Für die Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Nebendiagnosen/Medikamente wurde kontrolliert. Hellgrau – dunkelgrau unterlegt bedeutete einen signifikanten Unterschied der Anwendung von Copingstrategien zwischen den Gruppen auf dem nach Bonferroni korrigiertem Signifikanzniveau für Mehrfachvergleiche

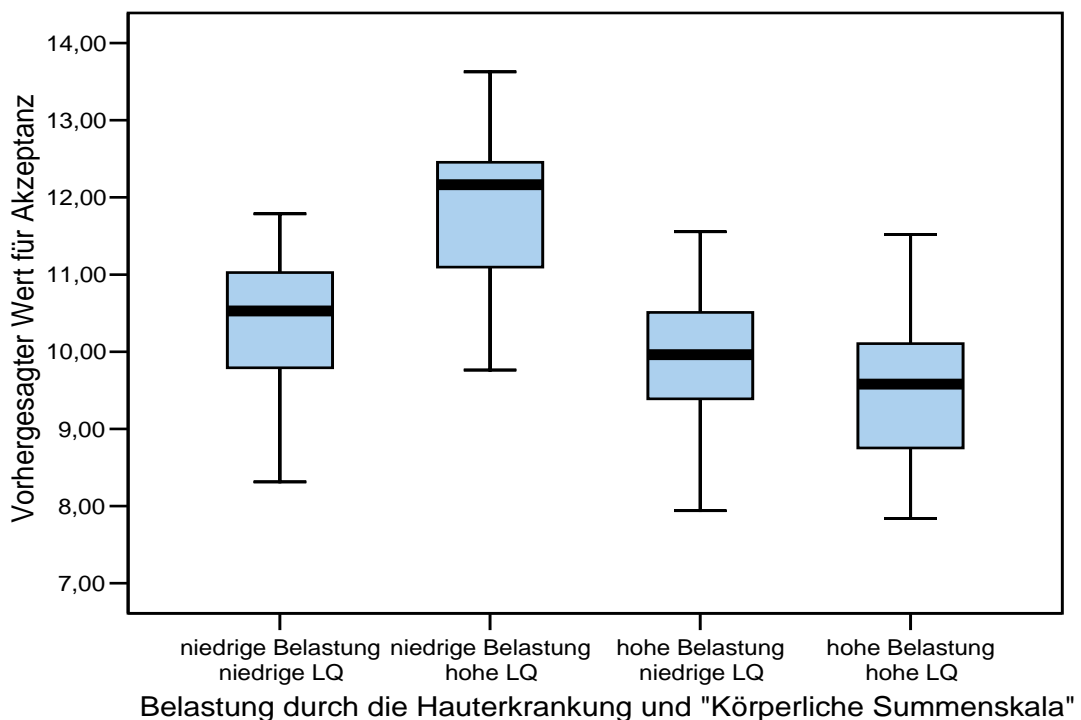


Abb. 10 Darstellung der Gruppenunterschiede für die Copingstrategie Akzeptanz

3.9.2. Ergebnisse der Kovarianzanalyse für die Gruppenbildung zur psychischen Lebensqualität (Summenskala)

Für die Copingstrategie Akzeptanz war der univariate Test signifikant (Tabelle 20). Im paarweisen Vergleich zeigte sich, dass Patienten mit hoher psychischer Lebensqualität die Hauterkrankung eher akzeptierten als Patienten mit geringer psychischer Lebensqualität. Die Belastung durch die Hauterkrankung spielte dabei kaum Rolle. Die Werte für die Akzeptanz der Erkrankung bei den Patienten mit geringer Belastung (wenig Juckreiz, wenig Schmerzen oder geringer Schweregrad) waren insgesamt etwas höher.

Tabelle 20: Kovarianzanalyse in den Gruppen mit guter und schlechter Lebensqualität („Psychische Summenskala“)

| | geringe Belastung | | | | hohe Belastung | | | | Univariate Tests (df: 3,156) | |
|---------------------------------|-------------------|-----|------|-----|----------------|-----|------|-----|---------------------------------|--------------|
| | 39 | | 46 | | 43 | | 36 | | | |
| „Psychische Summenskala“ | Schlecht | | Gut | | schlecht | | gut | | | |
| | MW | SD | MW | SD | MW | SD | MW | SD | F | P |
| Akzeptanz | 10,2 | 0,6 | 11,9 | 0,5 | 8,7 | 0,6 | 11,0 | 0,6 | 5,502 | 0,001 |
| Positive Reinterpretation | 9,2 | 0,5 | 9,9 | 0,5 | 8,6 | 0,5 | 9,2 | 0,6 | 1,181 | 0,319 |
| Planen | 9,7 | 0,6 | 9,7 | 0,6 | 10,1 | 0,5 | 9,8 | 0,6 | 0,130 | 0,942 |
| Suche n. emot. Unterstützung | 10,5 | 0,6 | 10,4 | 0,6 | 11,4 | 0,6 | 9,9 | 0,6 | 0,964 | 0,411 |
| Suche n. sozialer Unterstützung | 8,6 | 0,6 | 7,9 | 0,5 | 9,4 | 0,6 | 8,3 | 0,6 | 1,164 | 0,325 |

Für die Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Nebendiagnosen/Medikamente wurde kontrolliert. Hellgrau – dunkelgrau unterlegt bedeutete einen signifikanten Unterschied der Anwendung von Copingstrategien zwischen den Gruppen auf dem nach Bonferroni korrigiertem Signifikanzniveau für Mehrfachvergleiche

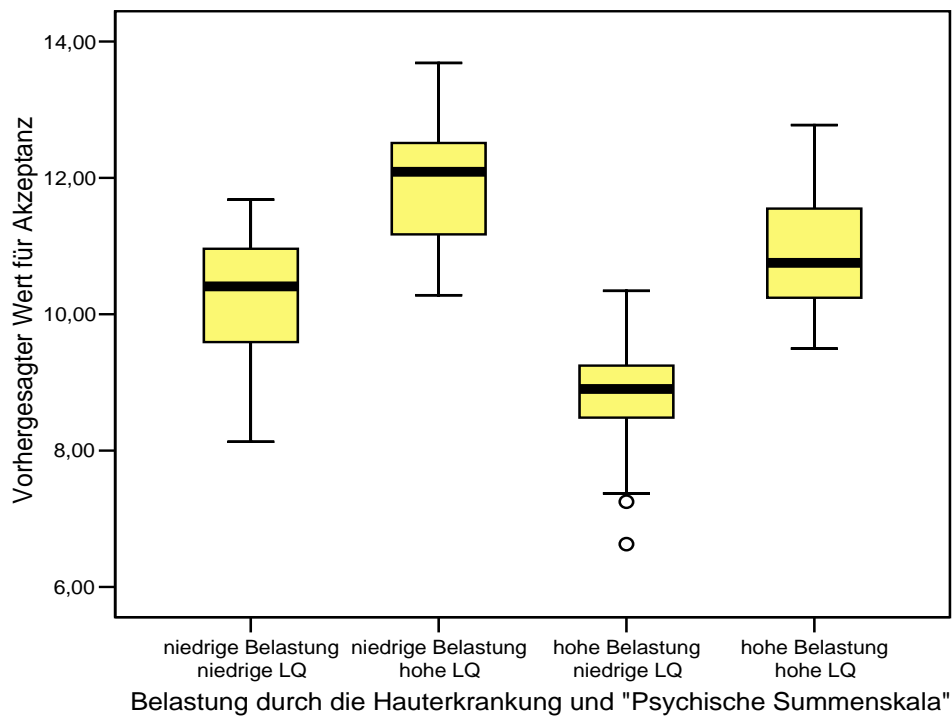


Abb. 11 Darstellung der Gruppenunterschiede für die Copingstrategie Akzeptanz

Aus der Abb. 11 ist ersichtlich, dass Patienten, die trotz starker Belastung durch die Hauterkrankung eine gute Lebensqualität haben, die Copingstrategie Akzeptanz häufig anwenden.

3.10. Der Vergleich zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten der Hautklinik

Die 164 Patienten mit kompletten Fragebogen wurden mit den Patientengruppen der Hautklinik verglichen, die aus verschiedenen Gründen nicht an der Studie teilnahmen (Tabelle 21). Es wurde eine Oneway Anova mit Post-Hoc-Test (Bonferroni-Anpassung) gerechnet. Er war signifikant für das Alter und für die Variable Nebendiagnosen/Medikamente.

Tabelle 21: Vergleich der teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten bezüglich soziodemographischer und krankheitsspezifischer Daten

| | F | df | Signifikanz |
|-----------------------------------|------|----|--------------|
| Alter | 9,63 | 3 | 0,000 |
| Geschlecht | 0,56 | 3 | 0,644 |
| NDplusMed | 8,39 | 3 | 0,000 |
| Sichtbarkeit der Hauterkrankung** | 2,48 | 3 | 0,062 |
| Anzahl der Tage auf Station | 1,5 | 3 | 0,213 |

Oneway Anova

Der Post-Hoc-Test zeigte, dass die 51 Patienten, die die Teilnahme ablehnten, signifikant älter waren als die Patienten, die an der Studie teilnahmen ($p = 0,001$).

Ebenfalls älter als die Teilnehmenden (164 Patienten und 36 Patienten mit inkompletten Fragebogen) waren die 38 Patienten, die aus anderen Gründen nicht an der Studie teilgenommen hatten ($p = 0,000$ und $p = 0,028$).

Bezüglich der Nebendiagnosen und Medikamente zeichnete sich ein ähnliches Bild ab. Die nicht teilgenommenen Patienten hatten jeweils gegenüber den teilnehmenden mehr Nebendiagnosen und Medikamente.

4. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden die Lebensqualität und die Copingstrategien von stationär behandelten Patienten der Hautklinik der Universität Greifswald untersucht. Zunächst wurden die erhobenen Skalenwerte für den SF-36 mit anderen Arbeiten verglichen. Der Zusammenhang zwischen Lebensqualität, soziodemographischen Faktoren, Belastungsfaktoren durch die Hauterkrankung und Copingstrategien wurde mittels einer Korrelationsanalyse untersucht. Anschließend wurde über eine hierarchische Regressionsanalyse überprüft, ob die Copingstrategien zusätzlich einen erklärenden Anteil an der Lebensqualität hatten.

Da die Patienten der Hautklinik sehr unterschiedliche Diagnosen aufwiesen, wurde in einem zweiten Schritt untersucht, welche Erkrankungen mit einer besonders niedrigen Lebensqualität einhergingen und welche Parameter dafür verantwortlich waren.

Um der Frage nachzugehen, welche Copingstrategien mit einer besseren Lebensqualität verbunden waren, wurden die Patienten in Gruppen mit guter und schlechter Lebensqualität sowie hoher und niedriger Belastung durch die Hauterkrankung unterteilt und zwischen diesen die Anwendung von Copingstrategien verglichen.

4.1. Lebensqualität der Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung

Die Patienten dieser Studie fühlten sich gegenüber der Normalbevölkerung in allen Bereichen der mit dem SF-36 gemessenen Lebensqualität beeinträchtigt. Diese Befunde waren auch nach Ausschluss der Patienten mit Nebenerkrankungen noch nachzuweisen. Die „Körperliche Summenskala“ und die „Psychische Summenskala“ hatten ebenfalls signifikant niedrigere Werte als die Stichprobe aus der Normalbevölkerung (Ost).

Auch Binglefors et al. (2002) fanden in ihrer Studie von 5404 Personen aus der Region Uppland in Schweden, dass die Patienten mit Hauterkrankungen gegenüber der Normalbevölkerung in allen SF-36-Skalen geringere Werte aufwiesen.

Der SF-36 scheint somit ein Instrument zu sein, das in der Lage ist, Einschränkungen der Lebensqualität durch die Hauterkrankung zu erfassen.

Finlay (1997) bezeichnete jedoch die Anwendung des SF-36 für die Erfassung der Lebensqualität bei Hauterkrankungen als Kompromiss, da speziellen Einschränkungen, die

durch eine Hauterkrankung bestehen können, mit diesem allgemeinen Lebensqualitätsfragebogen nicht zufrieden stellend erfasst werden können. Der Vorteil für diese Studie bestand jedoch in der Vergleichbarkeit mit der Normalbevölkerung (Iliev et al. 1998) und er erfasste mit seiner Allgemeingültigkeit auch die Multimorbidität der stationär behandelten Patienten.

4.2. Soziodemographische Variablen und Lebensqualität

In dieser Studie fand sich eine Altersabhängigkeit der „Körperlichen Summenskala“ in dem Sinne, dass mit höherem Alter die körperlichen Funktionen abnahmen (Korrelationsanalyse nach Spearman Tabelle 14). Auch in großen Studien zur Lebensqualität der Normalbevölkerung (Bullinger und Kirchberger 1998, Ellert und Bellach 1999) und chronisch Kranker (Singer et al. 1999) fand sich eine Altersabhängigkeit der Lebensqualität in dem Sinne, dass die körperlichen Fähigkeiten in höherem Alter geringer waren. Dieses erwartete Ergebnis lag sicher zum großen Teil an die in höherem Alter häufiger auftretenden Krankheiten sowie an geringerer Fitness aufgrund von normalen Alterungserscheinungen.

Die „Psychische Summenskala“ hingegen war positiv mit dem Alter korreliert. Betrachtete man die Fragen, die die psychische Funktionsfähigkeit widerspiegeln, so bedeutete das Ergebnis, dass ältere Patienten sich nicht von ihrem Gesundheitszustand beeinträchtigen ließen und trotzdem Wohlbefinden äußerten und ihre sozialen Kontakte pflegten. Die Befunde der Studien von Dalgard et al (2004), Gelfand et al. (2004), Morgan et al. (1997), Rapp et al. (2001), Wittkowski et al. (2004) und Zachariae et al. (2000) an Patienten mit Hauterkrankungen bestätigten die Befunde dieser Studie. Sie fanden ebenfalls, dass jüngere Patienten durch ihre Hauterkrankung in ihrer Lebensqualität stärker beeinträchtigt waren als ältere Patienten.

Eine mögliche Erklärung wäre, dass bei älteren Menschen Krankheit und Gebrechlichkeit eher gesellschaftlich akzeptiert sind. Die Jüngeren ziehen sich möglicherweise im Krankheitsfall schneller zurück und suchen erst dann wieder Kontakt, wenn sie sich fit und gesund fühlen. Für die jüngeren Patienten gehört Krankheit noch nicht selbstverständlich zum Leben dazu, wie es im Alter der Fall ist (vgl. Rothermund et al. 1994). Felton und Revenson (1987) kamen in ihrer Studie von 151 Patienten mit chronischen internistischen

Erkrankungen zu dem Schluss, dass eine Krankheit in höherem Alter als vorhersagbarer Stress empfunden wurde und daher Reaktionen wie Angst und Ärger nicht mehr so ausgeprägt waren. Eine Erklärung, die in eine ähnliche Richtung geht, wäre, dass jüngere Patienten unter einem Attraktivitätsverlust durch eine Hauterkrankung mehr leiden als ältere Patienten.

In dieser Studie fand sich kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Körperlicher oder Psychischer Summenskala“. In der Studie von Wahl et al. (1999a), in der Psoriasispatienten befragt wurden, fand sich ebenfalls kein Einfluss des Geschlechts auf die Lebensqualität der Patienten. In den Untersuchungen an großen Normstichproben (Bullinger und Kirchberger 1998) fanden sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern für einzelne Subskalen des SF-36, in dem Sinne, dass Frauen eine schlechtere Lebensqualität hatten als Männer. In dieser Arbeit fanden sich ebenfalls Unterschiede in der Betrachtung der Subskalen (Tabelle A 3). Dass in dieser Studie die Lebensqualität der Frauen im Bereich „Vitalität“ und „Psychisches Wohlbefinden“ niedriger ist als die der Männer, könnte an der häufigeren Prävalenz depressiver Symptome bei Frauen liegen. Ob es sich dabei um tatsächliche „organische“ Ursachen oder um gesellschaftliche „Artefakte“ handelt, ist noch nicht abschließend geklärt (Bartels 2004). In der Arbeit von Sprangers et al. (2000) hatten Männer in 2 von 29 Arbeiten eine bessere körperliche Lebensqualität und in 9 von 29 Arbeiten eine bessere psychische Lebensqualität (Summenskalen). Frauen hatten nur in einer Arbeit eine bessere Lebensqualität und dort auch nur in der „Körperlichen Summenskala“. Auch Studien zur Lebensqualität bei Patienten mit Hautkrankheiten zeigten eine größere Beeinträchtigung der Lebensqualität von Frauen gegenüber Männern (Morgan et al. 1997, Zachariae et al. 2000). Insgesamt scheinen Frauen ihre Lebensqualität als etwas schlechter einzuschätzen.

Der Bildungsstand war positiv mit der körperlichen Funktion korreliert. Sprangers et al. (2000) fanden in ihrer Auswertung von Daten zu 15000 Patienten mit chronischen Erkrankungen ebenfalls, dass eine höhere Ausbildung mit besseren Werten in den körperlichen Skalen des SF-36 einhergingen. Dies Ergebnis war nicht überraschend, denn mit einem höheren Bildungsstand ist in der Regel auch eine ökonomisch und sozial bessere Situation verbunden, die mit einer besseren Gesundheit und längerem Leben einhergeht (Mielck 2000). Unterstützt wird diese These auch durch die Untersuchung von

Radoschewski und Bellach (1999), die in ihrer Auswertung des Bundes-Gesundheits-Survey eine bessere Lebensqualität in fast allen Unterskalen des SF-36 bei Angehörigen der höheren Sozialschichten fanden.

Die höhere Anzahl von Nebendiagnosen und Medikamenten hatte einen signifikanten negativen Einfluss auf die körperliche Funktion. Auch Sprangers et al. (2000) fanden in ihrer Übersichtsarbeit, dass die Patienten mit mehreren Nebendiagnosen zu der eigentlichen chronischen Hauptdiagnose die niedrigste Lebensqualität in den „Körperlichen und Psychischen Summenskalen“ des SF-36 hatten. In dieser Studie konnte nur über die Anzahl der Nebendiagnosen und die Anzahl der eingenommenen Medikamente versucht werden, die Reduktion der Lebensqualität zu erklären und zu relativieren, um eine Aussage zu der Beeinträchtigung durch die Hauterkrankung zu treffen. Dass die mit dem SF-36 erfasste Lebensqualität aber ein Ergebnis der kombinierten Effekte aller Erkrankungen des Patienten sind, soll hier noch mal ausdrücklich erwähnt werden. Ideal für Untersuchungen der Lebensqualität sind Patienten mit nur einer Erkrankung, eine Forderung die einen erheblich größeren Zeitrahmen und Aufwand erfordern würde.

4.3. Spezifische Belastungen durch die Hauterkrankung und Lebensqualität

In der Korrelationsanalyse nach Spearman (Tabelle 14) fand sich eine positive Korrelation zwischen „Körperlicher Summenskala“ und Schmerzen. Das mag zum großen Teil darauf zurückzuführen sein, dass ein Teilaspekt der Summenskala ebenfalls die Schmerzen sind. Andererseits korrelierte die Schmerzskala auch mit allen Unterskalen des SF-36 positiv, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Schmerzen alle anderen körperlichen Funktionen beeinträchtigten (Tabelle A 3 im Anhang). Erklärbar wäre das zum Beispiel durch Schonhaltungen und Vermeidung von körperlichen Aktivitäten durch die Schmerzen.

Die Schmerzen hatten mit der „Psychische Summenskala“ keinen signifikanten Korrelationskoeffizienten. Er verfehlte mit $p = 0,083$ das Signifikanzniveau. Mit allen Unterskalen der psychischen Lebensqualität bildeten die Schmerzen einen signifikanten Korrelationskoeffizienten (Tabelle A 3). Die Ursache für den Verlust des

Zusammenhanges liegt am Wahrscheinlichsten an der besonderen Art, wie die Summenskalen gebildet werden. Die Anwendungsvorschrift nach Bullinger beinhaltet die Forderung, dass die „Psychische Summenskala“ hoch mit den psychischen Subskalen korreliert, jedoch nicht mit den körperlichen Subskalen. Durch die Umwandlungstechnik gelingt das, jedoch ist eine der körperlichen Unterskalen des SF-36 eine Schmerzskala, die hoch mit den Schmerzen durch die Hauterkrankung korreliert. Somit wurde durch diese Forderung der Zusammenhang der „Psychischen Summenskala“ mit den Schmerzen wahrscheinlich teilweise ausgeschaltet.

Dass der Juckreiz die psychische Lebensqualität beeinträchtigte, war ein erwartetes Ergebnis. In der Arbeit von Wahl et al. (1999b) wurden die von Psoriasispatienten selbst berichteten Symptome (Juckreiz, Kratzen, Schmerzen, Schuppung, Brennen) zu einer Skala zusammengefasst, die hoch mit den beiden Summenskalen des SF-36 korrelierte. In der Tabelle A 3 im Anhang war zu sehen, dass in dieser Studie nur die psychischen Unterskalen einen solchen Zusammenhang zeigten. Die körperlichen Funktionen wurden durch den Juckreiz nicht beeinträchtigt. Eine Erklärung für dieses doch erstaunliche Ergebnis wäre, dass vor allem jüngere und somit auch körperlich fitte Patienten von solchen Hauterkrankungen betroffen sind, die viel Juckreiz auslösen. Zu denken wäre da vor allem an die Neurodermitis, das Ekzem oder die Urtikaria.

Der Schweregrad der Erkrankung hatte bei den Studienpatienten keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität, auch nicht, wenn die Unterskalen untersucht wurden. Stangier et al. (1998a) fanden schwache Korrelationen des Schweregrades der Hauterkrankung mit den subjektiven Beeinträchtigungen der Patienten (Psoriasis: N = 101, Neurodermitis: N = 91). In der Studie von Rapp et al. (2001), in der nur Patienten mit Psoriasis (N = 318) untersucht wurden, fand sich ein signifikanter Zusammenhang vom Schweregrad der Erkrankung mit einer Verminderung der Lebensqualität. Auch in der Studie von Zachariae et al. (2000) fanden die Untersucher einen signifikanten Zusammenhang zwischen niedriger Lebensqualität (hautspezifischer Fragebogen) und hohem Schweregrad der Erkrankung. In diesen Studien wurde der Schweregrad über verschiedene spezifische Scores erfasst, die z.B. die Größe der betroffenen Hautareale und das Ausmaß von Infiltration, Schuppung oder Erythem erfassten. Das waren der PASI für Psoriasis oder der SCORAD für Neurodermitis (siehe dazu Schmidt-Ott et al. 1999).

In dieser Studie wurde der Schweregrad nur durch eine einzige Skala erfasst, die krankheitsübergreifend den Schweregrad beschreiben sollte. Damit wurde eher eine Variable „Krankheitsschwere“ erzeugt, die belegte, dass bestimmte Erkrankungen aus Sicht des behandelnden Arztes als bedrohlicher eingeschätzt wurden als andere. Mit der Anwendung eines spezifischeren Instrumentes hätte es vielleicht auch in dieser Studie ein signifikantes Ergebnis zwischen Schweregrad der Hauterkrankung und Lebensqualität gegeben.

Die Sichtbarkeit der Hauterkrankung hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Summenskalen, wobei der Korrelationskoeffizient $r = 0,145$ mit $p = 0,065$ das Signifikanzniveau nur knapp verfehlte. Die Untersuchung der Unterskalen ergab (Tabelle A 3), dass die Sichtbarkeit der Hauterkrankung das „Psychische Wohlbefinden“ beeinträchtigte. Das war ein erwartetes Ergebnis. Es ist vorstellbar, dass sichtbare Effloreszenzen die Patienten zurückhalten, sich in der Öffentlichkeit ungezwungen zu bewegen. Das Zurückgewiesen werden durch die Mitmenschen kann zu vermehrter Depression und Angst führen.

Durch eine kosmetische Behandlung konnte bei 20 Patientinnen mit Hauterkrankungen im Gesicht ein signifikanter Anstieg der Lebensqualität (DLQI) erreicht werden (Boehnke et al. 2002), was diese These unterstützt.

4.4. Coping und biographische Variablen

Eine altersabhängige Anwendung von Copingstrategien konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Auch in der Literatur wurden keine Hinweise gefunden, dass die hier angewendeten Copingstrategien nach Carver eine Altersabhängigkeit aufwiesen. Für andere Copingstrategien konnte eine altersabhängige Anwendung von Copingstrategien gefunden werden (z.B. Felton und Revenson 1986). Vor allem Probleme lösende, Informationen suchende und Hilfe suchende Strategien wurden dort mit zunehmendem Alter seltener angewendet, was darauf hindeutet, dass im Alter weniger häufig nach einer aktiven Veränderung der belastenden Situation gesucht wird.

In der Studie von Fortune et al. (2002) zu Copingstrategien von 250 Patienten mit Psoriasis wurde beschrieben, dass Frauen häufiger als Männer Copingstrategien benutzten, die mit

den emotionalen Konsequenzen der Erkrankung umgehen (bspw. Suche nach emotionaler und sozialer Unterstützung, Gefühle äußern). Das bestätigte sich auch in dieser Studie durch den Korrelationskoeffizienten von Geschlecht und Suche nach emotionaler Unterstützung. Frauen wendeten diese Strategie häufiger an.

Die Copingstrategie Akzeptanz war die einzige, die eine signifikante Korrelation mit dem Bildungsstand aufwies. Mit höherem Bildungsstand wurde diese Strategie weniger häufig angewendet. Das könnte bedeuten, dass Menschen mit höherer Bildung sich eher in der Lage sehen etwas an ihrer Situation zu verändern. Durch höhere Bildung stehen dem Patienten mehr Möglichkeiten der Bewältigung (z. Bsp. finanzielle, Informationensuchende oder planende Strategien) zur Verfügung und er braucht auf die eher passive Akzeptanz der Situation nicht zurückzugreifen.

Es wäre zu vermuten gewesen, dass viele Nebenerkrankungen zu einer Reihe von gesundheitlichen Problemen führten. Denkbar wäre, dass Strategien wie Suche nach emotionaler und sozialer Unterstützung von diesen Patienten häufiger benutzt wurden. Die Variable Anzahl der Nebendiagnosen/Medikamente spielte für die Anwendung von Copingstrategien jedoch keine Rolle.

4.5. Coping und Belastungsvariablen

Die Anwendung von Copingstrategien war von dem Ausmaß der Beeinträchtigung durch die Hauterkrankung abhängig. Patienten, die unter viel Juckreiz litten, wendeten die Copingstrategie Akzeptanz weniger häufig an, suchten jedoch mehr nach sozialer Unterstützung.

Bei starken Schmerzen suchten die Patienten mehr soziale und emotionale Unterstützung und wendeten auch die Strategie Planen häufiger an.

Die Sichtbarkeit der Hauterkrankung in emotional sensiblen Regionen war mit weniger positiver Reinterpretation verbunden.

Diese Ergebnisse können sinnvoll interpretiert werden. Ständig belastende Lebensbedingungen können schlechter akzeptiert oder positiv bewertet werden. Es wird eher nach Möglichkeiten gesucht, sie zu verändern (Planen, Suche nach sozialer

Unterstützung) oder es wird versucht die negativen Emotionen (Kontrollverlust und Hilflosigkeit) durch Sprechen über die Gefühle abzubauen.

Dass unterschiedliche Belastungen zu einem spezifischen Einsatz von Copingstrategien führen, konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (Beutel 1988).

4.6. Coping und Lebensqualität

In der Korrelationsanalyse fanden sich einige signifikante Korrelationen zwischen den Copingstrategien und den Summenskalen der Lebensqualität (Tabelle 14).

Die Akzeptanz war positiv mit der „Psychischen Summenskala“ und die positive Reinterpretation war positiv mit der „Körperlichen Summenskala“ korreliert. Diese Strategien gingen also mit einer guten Lebensqualität einher.

Der Einfluss der Akzeptanz setzt sich auch in der hierarchischen Regressionsanalyse durch und wird dort ausführlich besprochen. Die Anwendung der positiven Reinterpretation bedeutet, dass diese Menschen belastende Ereignisse als eine Herausforderung sehen, die sich zum Guten wenden kann. Sie glauben, dass sie davon etwas lernen und an der Erfahrung wachsen können. Das würde auch gut auf Menschen zutreffen, die sich körperlich fit fühlen, sich durch körperliche Beschwerden nicht in ihren alltäglichen Aktivitäten einschränken lassen und sich als gesünder und widerstandsfähiger als andere einschätzen. Ein Zusammenhang zwischen positiver Reinterpretation und der körperlichen Lebensqualität könnte bedeuten, dass mit beiden Skalen ein ähnliches Konstrukt gemessen wurde.

Die Strategien Suche nach emotionaler und sozialer Unterstützung korrelierten negativ mit der „Psychischen Summenskala“. Diese Strategien waren mit einer Einschränkung des Wohlbefindens und sozialer Kontakte verbunden.

Die Copingstrategien Suche nach emotionaler und sozialer Unterstützung werden den aktiven und problemorientierten Copingstrategie zugerechnet und konnten in mehreren Studien mit einem besseren Wohlbefinden assoziiert werden (Maes et al 1996, S. 241), was den Ergebnissen in dieser Studie widerspricht.

Die Suche nach sozialer Unterstützung bedeutet Suche nach Rat, Hilfe oder Informationen und die Suche nach emotionaler Unterstützung bedeutet Suche nach seelischem Beistand, Trost, Verständnis und Mitgeföhle. Das sind Strategien, die nur in bestimmten Situationen

angewendet werden. Trost, Rat und Hilfe werden benötigt, wenn Situationen bedrohlich und unkontrollierbar sind, wenn sie also nicht allein bewältigt werden können. Das trifft für bösartige Erkrankungen und für chronische Erkrankungen zu, die mit erheblichen Belastungen verbunden sind. Das würde erklären, warum diese Strategien in unserer Studie besonders häufig angewendet wurden, wenn gleichzeitig auch die psychische Lebensqualität als schlecht eingeschätzt wurde. Auch Andersson und Ekdahl (1992) fanden, dass emotionsregulierende Strategien besonders in unkontrollierbaren Situationen zur Anwendung kamen.

Bezüglich des Umgangs mit Hauterkrankungen fanden Wahl et al. (1999b) in einer Studie an 273 Psoriasispatienten heraus, dass Patienten, die öfter emotionales Coping (Jalowiec Coping Skala) benutzten über eine schlechtere Lebensqualität in der Unterskala „Psychisches Wohlbefinden“ des SF-36 klagten.

Das Planen ist die aktive Beschäftigung mit der Situation. Eine schwierige, nicht ertragbare Situation könnte durch planendes Handeln möglicherweise geändert werden und wäre dann ebenfalls mit einer schlechteren Lebensqualität korreliert. Die Strategie Planen zeigte in dieser Studie jedoch keinen Zusammenhang mit den Summenskalen.

Dass die Zusammenhänge zwischen Copingstrategien und Lebensqualität in dieser Studie recht schwach sind mag zum Teil auch an dem Aufbau des Fragebogens gelegen haben. Die Copingstrategien wurden hautkrankheitsbezogen erfragt. Die Lebensqualität, die mit dem SF-36 gemessen wurde ist eher ein allgemeines Maß. Wäre beides hautspezifisch erfasst worden, wären die Zusammenhänge vielleicht etwas stärker gewesen.

4.7. Regressionsmodelle zur Lebensqualität und Gruppenvergleich

In den letzten Kapiteln wurde erläutert, welche Beziehungen zwischen der Lebensqualität, Copingstrategien, soziodemographischen und Belastungsvariablen und der Lebensqualität bestanden. Die Beziehungen waren sehr komplex und es schien, dass bestimmte Voraussetzungen auf die Copingstrategien und die Lebensqualität einen gerichteten Einfluss hatten. Eine Korrelation zwischen den beiden zu untersuchenden Variablen könnte daher eine Scheinkorrelation sein. Zum Beispiel könnte mehr emotionales Coping bei Frauen und schlechtere psychische Lebensqualität bei Frauen zu der Annahme führen, dass emotionales Coping mit einer schlechteren psychischen Lebensqualität einherging.

Um zu untersuchen wie die Copingstrategien über die soziodemographischen und Belastungsvariablen hinaus die Lebensqualität beeinflussten, wurde eine Regressionsanalyse mit schrittweisem Einschluss der Variablen gerechnet.

In dieser Studie wurden zwei Regressionsanalysen gerechnet, um den Einfluss von Copingstrategien auf die „Körperliche und psychische Summenskala“ zu ermitteln. Dabei wurden im ersten Schritt die soziodemographischen Variablen, im zweiten Schritt die Belastungsvariablen und schließlich die Copingstrategien aufgenommen.

Das Regressionsmodell zur „Körperlichen Summenskala“ ergab keinen signifikanten Einfluss der Copingstrategien über den Einfluss von biographischen und Belastungsvariablen hinaus. Die Strategie positive Reinterpretation verfehlte nur knapp das Signifikanzniveau. Sie hatte einen positiven Korrelationskoeffizienten mit der „Körperlichen Summenskala“, was darauf hindeutete, dass fitte und aktive Menschen, die sich in ihren täglichen Aktivitäten nicht durch körperliche Beschwerden beeinträchtigen lassen, diese Strategie möglicherweise etwas häufiger anwendeten (siehe S.59).

Durch die eingegangenen Variablen konnten insgesamt 51% der Varianz erklärt werden. Den größten Anteil daran hatten die Anzahl der Nebendiagnosen/Medikamente und die Schmerzen (Tabelle 15, Abb. 12). Das Ergebnis ist nicht überraschend, denn mit zunehmender Anzahl von Erkrankungen lässt auch die körperliche Leistungsfähigkeit und Beschwerdefreiheit nach. Das Alter hatte keinen Einfluss mehr, was sicher an seiner Korrelation mit der Variable Nebendiagnose/Medikamente lag. Letztere setzte sich durch, was daran gelegen haben mag, dass es auch ältere gesunde Menschen gab, die körperlich leistungsfähig waren und im Gegensatz dazu gab es jüngere Patienten mit einer oder mehrerer Nebenerkrankungen, die körperliche Funktionseinbußen hinnehmen mussten. Der Bildungsstand wurde kursiv geschrieben mit in die Abbildung aufgenommen. Er verfehlte das Signifikanzniveau nur knapp. Der Korrelationskoeffizient mit der körperlichen Lebensqualität war positiv, was wie schon oben beschrieben mit einer besseren Lebensqualität bei besserer Ausbildung einherging.

Dass die Schmerzen so einen großen Anteil an der Varianz der Lebensqualität hatten lag sicher zum Teil an der hohen Korrelation mit der Schmerzskala des SF-36, die mit einem Viertel in die „Körperlichen Summenskala“ einging. Schmerzen führten aber auch, wie

schon oben erwähnt, zu Schonhaltungen und körperlichen Leistungseinbußen, so dass auch dadurch der hohe Einfluss der Schmerzen auf die körperliche Lebensqualität erklärt werden könnte. An den Nebendiagnosen und den dann auch häufig eingenommenen Medikamenten ließe sich wenig ändern, aber das Ergebnis zeigte, dass die Behandlung der Schmerzen eine wichtige Aufgabe zur Verbesserung der körperlichen Lebensqualität wäre.

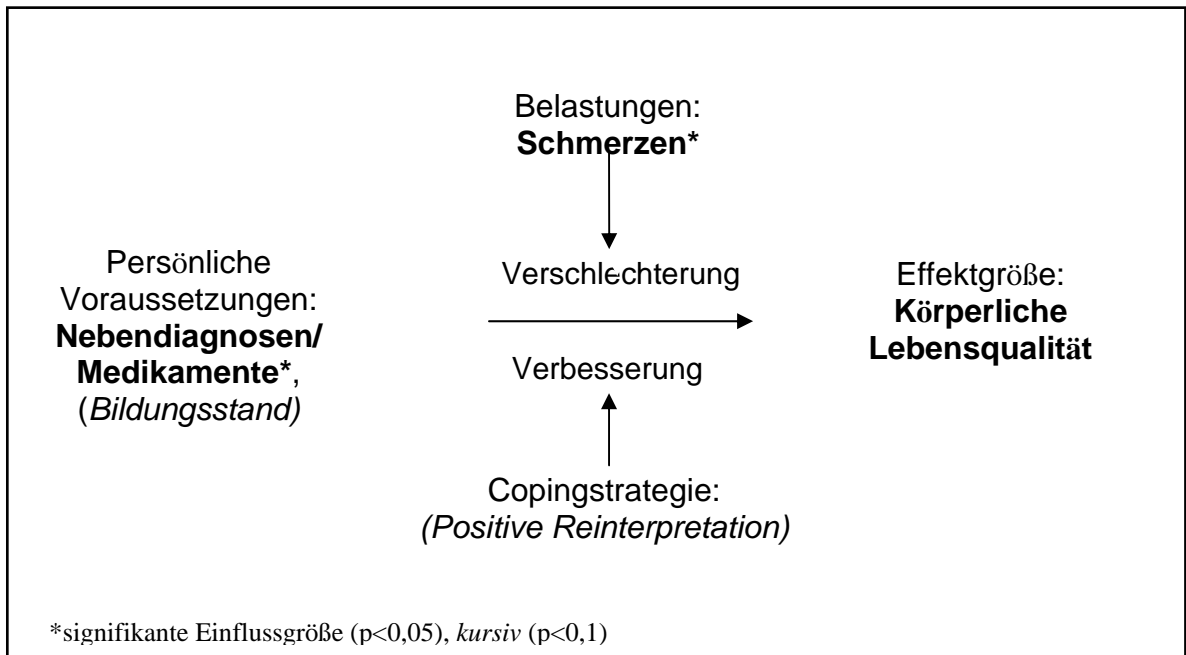


Abb. 12 Modifizierung des transaktionalen Modells für die Effektgröße „Körperliche Lebensqualität“

Das Regressionsmodell zur „Psychischen Summenskala“ ergab, dass die Copingstrategien über den Einfluss von biographischen und Belastungsvariablen hinaus einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der Varianz der psychischen Lebensqualität leisteten (Tabelle 16, Abb. 13). Im Regressionsmodell waren ebenfalls noch das Alter und das Geschlecht der Patienten ausschlaggebend für die psychische Lebensqualität. Jüngere und weibliche Patienten schätzten sich selbst als weniger vital oder positiv gestimmt ein und ließen sich durch ihre Erkrankung in den sozialen Kontakten beeinträchtigen (siehe auch S.53). Die Art der Diagnose wurde mit in die folgende Abbildung aufgenommen, da sie ebenfalls mit einer schlechteren Lebensqualität einherging (siehe Abb. 9).

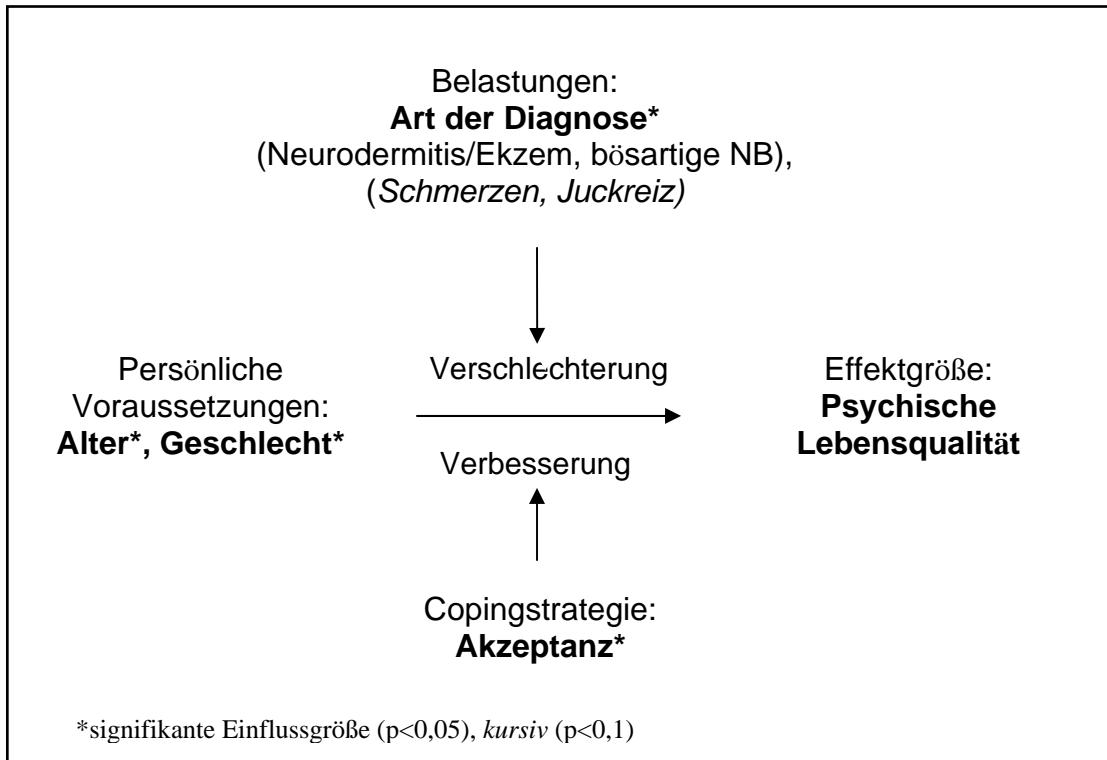


Abb. 13 Modifizierung des transaktionalen Modells für die Effektgröße „Psychische Lebensqualität“

Die häufige Anwendung der Akzeptanz war mit einer höheren psychischen Lebensqualität verbunden (positiver Korrelationskoeffizient).

Zu der Bedeutung der Copingstrategie Akzeptanz für die Lebensqualität gibt es widersprüchliche Ergebnisse in der Literatur. Bei 32 Patienten nach Knochenmarkstransplantation ging diese Strategien mit Resignation und einer schlechteren Lebensqualität einher (Litwins et al. 1994). In der Studie von Fortune et al. (2004), in der 250 Patienten mit Psoriasis zu ihrem Copingverhalten befragt wurden, war die Akzeptanz die am häufigsten benutzte Copingstrategie, zeigte aber keine Korrelation mit dem Lebensqualitätsindex (PDI). In unabänderlichen Situationen, z.B. bei chronischen Erkrankungen mit immer wiederkehrenden Belastungen sollte die Akzeptanz der Situation jedoch essentiell für die Anpassungsreaktion sein (Maes et al. 1996, S.227) und zu Abbau von Depression, Angst und Stress und somit zu einer besseren psychischen Lebensqualität führen.

Andere Untersuchungen haben gezeigt, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, z.B. Optimismus, mit der bevorzugten Anwendung von bestimmten Copingstrategien einhergingen (Scheier und Carver 1992) und dass diese mit einer guten psychischen

Lebensqualität stark korrelierten (Diener et al. 2003). Diener et al. (2003) fanden, dass die Lebensqualität auch nach einschneidenden Lebenskrisen bei diesen Personen schnell wieder auf das alte Maß zurückging. Das würde auch erklären, warum der körperliche Aspekt der Lebensqualität (Summenskala) nicht mit der Akzeptanz korrelierte, da es sich bei dieser Skala um eine objektivere Einschätzung der Lebensqualität handelte. Wie viele Treppen man steigen kann, ist eine von Gefühlen und Bewertungen zunächst freie Aussage. Sie gewinnt erst dann Bedeutung, wenn erwartet wird, die Treppen ohne Mühe steigen zu können und dieses aufgrund bestimmter Voraussetzungen (z.B. Krankheit) nicht mehr möglich ist.

In diesem Zusammenhang sollen auch die Ergebnisse der Kovarianzanalyse im Gruppenvergleich (Tabelle 20) interpretiert werden. Patienten mit guter psychischer Lebensqualität hatten eine hohe Akzeptanz. Die Akzeptanz war geringer in den beiden Gruppen mit schlechterer Lebensqualität, insbesondere wenn auch die Belastung hoch war (Tabelle 22).

Tabelle 22: Interpretation des Gruppenvergleiches zur „Psychischen Summenskala“

| Psychische Lebensqualität (Summenskala) | Belastung durch die Hauterkrankung (Juckreiz, Schmerzen, Schweregrad der Hauterkrankung) | Akzeptanz der Hauterkrankung |
|---|--|---|
| <i>Mir geht es nicht gut.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich kaum.</i> | <i>Ich habe mich ziemlich damit abgefunden.</i> |
| <i>Mir geht es gut.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich kaum.</i> | <i>Ich habe mich ganz und gar damit abgefunden.</i> |
| <i>Mir geht es nicht gut.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich stark.</i> | <i>Ich habe mich gar nicht damit abgefunden.</i> |
| <i>Mir geht es gut.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich stark.</i> | <i>Ich habe mich ganz und gar damit abgefunden.</i> |

Anders verhielt es sich im Gruppenvergleich bei der körperlichen Lebensqualität. Patienten mit hoher Belastung durch die Hauterkrankung schienen die Copingstrategie Akzeptanz ebenfalls seltener anzuwenden. Hierbei waren es aber gerade die Patienten, die eine hohe körperliche Lebensqualität hatten, die sich mit ihrer Erkrankung am schlechtesten Abfinden konnten und Akzeptanz weniger oft anwendeten (Tabelle 23).

Tabelle 23: Interpretation des Gruppenvergleiches zur „Körperlichen Summenskala“

| Körperliche Lebensqualität (Summenskala) | Belastung durch die Hauterkrankung (Juckreiz, Schmerzen, Schweregrad der Hauterkrankung) | Akzeptanz der Hauterkrankung |
|--|--|---|
| <i>Ich bin körperlich eingeschränkt.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich kaum.</i> | <i>Ich habe mich ziemlich damit abgefunden.</i> |
| <i>Ich bin körperlich fit.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich kaum.</i> | <i>Ich habe mich ganz und gar damit abgefunden.</i> |
| <i>Ich bin körperlich eingeschränkt.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich stark.</i> | <i>Ich habe mich ein bisschen damit abgefunden.</i> |
| <i>Ich bin körperlich fit.</i> | <i>Die Hauterkrankung belastet mich stark.</i> | <i>Ich habe mich gar nicht damit abgefunden.</i> |

Die Akzeptanz schien also einmal unabhängig von der Belastung gute Lebensqualität („Psychische Summenskala“) regelrecht widerzuspiegeln, andererseits bei den Patienten, die sich ansonsten sehr fit fühlten weniger häufig angewendet zu werden („Körperliche Summenskala“). Patienten, die sich in ihren körperlichen Aktivitäten eingeschränkt fühlten und sich durch körperliche Belastungen in ihren Aktivitäten beeinträchtigen ließen, sind vielleicht auch eher bereit einen weiteren Schicksalsschlag hinzunehmen, als Patienten, die sich selbst als mobil, widerstandsfähig und aktiv erleben.

Ob Akzeptanz zu einer besseren Lebensqualität führt, oder die subjektive Einschätzung, eine bessere Lebensqualität zu haben, mit einer häufigeren Anwendung von Akzeptanz einhergeht, kann durch das Design dieser Studie nicht belegt werden. Ein Beweis müsste über eine Interventionsstudie geführt werden, in der die Patienten mit geringer Akzeptanz und Lebensqualität eine kognitive behaviorale Therapie mit dem Schwerpunkt „Verbesserung der Akzeptanz“ erhalten und das Outcome kontrolliert wird. Da das Copingverhalten durch solch eine Therapie erlernt werden kann (Folkman and Moskowitz 2004), ist es vorstellbar, dass Patienten mit wenig Akzeptanz und schlechter Lebensqualität durch eine erlernte bessere Akzeptanz zu einer besseren Lebensqualität gelangen.

Dass eine psychologische Betreuung zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten mit Hauterkrankungen führt, ist schon in einzelnen Studien nachgewiesen

worden (z.B. Capooore et al. 1998). Eine genaue Miterfassung von soziodemographischen und anderen Belastungsvariablen wäre dann ebenfalls nötig, um andere Einflussfaktoren auf die Lebensqualität zu kontrollieren.

Die Copingstrategien Suche nach emotionaler und Suche nach sozialer Unterstützung hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Varianz der Summenskalen. Das bedeutete, dass die in der einfachen Korrelationsanalyse gefundenen Beziehungen sich nicht durchsetzen konnten. Die Hilfe suchenden Strategien schienen also über soziodemographische und Belastungsvariablen hinaus keine Beziehung zur Lebensqualität zu haben. Sie wurden bei bestimmten Belastungen (starker Juckreiz, Schmerzen) vermehrt angewendet, oder waren abhängig von biographischen Faktoren (z. Bsp. Geschlecht oder Bildungsstand).

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass diese Strategien situationsabhängig oder in Abhängigkeit von der persönlichen Ausgangssituation eingesetzt wurden (siehe dazu S. 57 und S. 58).

4.8. Unterschiedliche Diagnosen und Lebensqualität

Ob die Lebensqualität bei den verschiedenen Diagnosen unterschiedlich war, wurde über eine Kovarianzanalyse berechnet.

In dieser Studie gab es für die „Körperliche Summenskala“ zwischen den Diagnosegruppen auch nach Einbeziehung von soziodemographischen Parametern und Anzahl der Nebendiagnose/Medikamente signifikante Unterschiede (Tabelle 17). Nach Einbeziehung der Belastungsvariablen (Juckreiz, Schmerzen, Sichtbarkeit und Schweregrad der Hauterkrankung) in die Analyse waren signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen nicht mehr nachzuweisen. Vor allem die Patienten mit CVI hatten ursprünglich die niedrigsten Werte. Mit den soziodemographischen und Belastungsvariablen konnte also ein Teil der Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Diagnosegruppen erklärt werden und die körperliche Lebensqualität glich sich an.

Bei der „Psychischen Summenskala“ waren auch nach Einbeziehung der soziodemographischen und der Belastungsfaktoren der Hauterkrankung noch signifikante

Unterschiede in der Lebensqualität zwischen den einzelnen Diagnosen nachweisbar. Aus der Abb. 9 ist ersichtlich, dass vor allem die Patienten mit der Diagnose Neurodermitis/Ekzem niedrige Werte in der Summenskala haben. Es ist vorstellbar, dass z.B. der chronische Verlauf, die langwierige Behandlung oder die fehlende Akzeptanz in Familie und Bevölkerung bei den Patienten mit Neurodermitis oder auch Psoriasis zu Beeinträchtigungen im psychischen Wohlbefinden führen, im Gegensatz z.B. zu Patienten, die zur Allergietestung kamen.

Durch die Werte der Patienten mit gutartigen, semimalignen und bösartigen Neubildungen konnten Aspekte der Erkrankung, die hier nicht ausreichend erfasst wurden, dargestellt werden. Aus der Abb. 9 ist ersichtlich, dass die psychische Lebensqualität der Patienten mit einer schwerwiegenderen Diagnose schlechter war, auch wenn alle anderen Faktoren neutralisiert wurden. Vorstellbar wäre, dass z. B. Angst vor nebenwirkungsreicher Behandlung, die unsichere Prognose oder auch Schuldgefühle die psychische Lebensqualität beeinträchtigten.

Unterschiede in der Lebensqualität zwischen verschiedenen Hauterkrankungen fanden sich in zahlreichen Studien (Grob et al. 2005, Kiebert et al. 2002, Stangier et al. 1998b, Zachariae et al. 2000). Weitgehend wurde in diesen Studien auf die Kontrolle von soziodemographischen und Belastungsvariablen verzichtet. Grob et al. (2005) fanden, dass Psoriasispatienten und Neurodermitispatienten gegenüber Patienten mit Urtikaria häufiger in ihren sozialen Kontakten, ihrer Selbstwahrnehmung und ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt waren. Stangier et al. (1998b) berichteten, dass Neurodermitis und Epidermolysispatienten gegenüber anderen Hauterkrankungen (Vitiligo, Akne, Psoriasis, Kontaktekzem) die schlechteste Lebensqualität beklagten. Beim Vergleich der Lebensqualität zwischen Psoriasis- und Ekzempatienten fanden Kurwa und Finlay (1995) eine schlechtere Lebensqualität bei Ekzempatienten. Patienten mit Psoriasis oder Ekzem hatten im Vergleich mit Patienten mit gutartigen oder bösartigen Neubildungen schlechtere Werte bezüglich ihres Freizeitverhaltens (alterskontrolliert) (Morgan et al. 1997). Wie auch in dieser Untersuchung, waren es in den oben genannten Studien oft die Patienten mit Neurodermitis/Ekzem, die eine geringe Lebensqualität hatten. Warum auch nach Einbeziehung der Belastungsfaktoren die Neurodermitis/Ekzem-Patienten noch niedrigere Werte haben als Patienten mit bösartigen Neubildungen, ließe sich vielleicht in psychodynamischen Erklärungsansätzen der Erkrankung finden.

Es gibt aber auch Studien, wo keine Unterschiede zwischen einzelnen Diagnosegruppen gefunden wurden (z.B. Schmid-Ott et al. 2003). Hier erbrachte der Vergleich von Lebensqualität und Stigmatisierungserleben zwischen den Diagnosegruppen Neurodermitis und Psoriasis keine signifikanten Unterschiede. Die Patientengruppen wurden in der Studie bezüglich Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Berufstätigkeit und Krankheitsdauer parallelisiert.

In dieser Studie sollte mit dem Versuch der Kontrolle der Belastungsvariablen die Patienten mit verschiedenen dermatologischen Erkrankungen weitestgehend parallelisiert und hinsichtlich ihres Copingverhaltens untersucht werden. Für die „Körperliche Summenskala“ schien das gelungen zu sein.

Das Ergebnis der Kovarianzanalyse für die „Psychische Summenskala“ zeigte aber, dass nicht alle entscheidenden Faktoren erfasst wurden, um die Patienten hinsichtlich ihrer Belastung durch die Hauterkrankung auf einen Stand zu bringen.

4.9. Methodische und statistische Diskussion

4.9.1. Repräsentativität der Patientenstichprobe

200 von 289 Patienten die von Mai 2003 bis November 2003 stationär in die Hautklinik aufgenommen wurden, nahmen an der Studie teil. Bei 164 Patienten war der Fragebogen komplett ausgefüllt. Die 36 Patienten, die aufgrund eines inkompletten Fragebogens aus der Analyse ausgeschlossen werden mussten, waren bezüglich der soziodemographischen Daten, Nebendiagnosen und Medikamente nicht unterschiedlich zu den 164 Patienten, die in die Analyse aufgenommen werden konnten.

Der Vergleich zwischen Teilnehmern (N=164) und Nichtteilnehmern (N=89) zeigte, dass nicht die gesamte Breite der stationären Patienten einer Hautklinik in die Studie eingeschlossen werden konnten. Die teilnehmenden Patienten waren gegenüber den Patienten, bei denen die Befragung nicht möglich war, signifikant jünger, hatten weniger Nebendiagnosen und nahmen weniger Medikamente ein. Im Geschlecht, der Sichtbarkeit

der Hauterkrankung und der Anzahl der Tage auf Station unterschieden sich die Gruppen jedoch nicht signifikant.

Insgesamt hatten 70% der Patienten der Hautklinik den doch recht umfangreichen Fragebogen ausgefüllt, was für eine hohe Bereitschaft der Patienten sprach, über sich und ihre Gefühle im Umgang mit der Hauterkrankung Auskunft zu geben.

30% der Patienten hatten nicht an der Studie teilgenommen, was die Repräsentativität und die Validität der Schlussfolgerungen beeinträchtigt. Die ablehnenden Patienten stellten dabei die problematischste Gruppe für die Beurteilung der Copingstrategien dar (13% von 289 Patienten). Hier handelte es sich um eine Gruppe, die nicht Auskunft geben wollte. Der häufige Ablehnungsgrund „Ich habe keine Hauterkrankung“ deutete darauf hin, dass unter den ablehnenden Patienten viele waren, die sich mit ihrer Hauterkrankung nicht auseinandersetzen wollten. Das Copingverhalten dieser Patienten hätte man wohl nur über eine Fremdbeurteilung annähernd in Erfahrung bringen können.

Es fehlten weiterhin schwer kranke Patienten, die aufgrund ihres körperlichen Zustandes oder beeinträchtigender Medikation den Fragebogen nicht ausfüllen konnten (z.B. hohe Dosen Morphinum zur Schmerzlinderung). Bei den älteren Patienten waren einige aufgrund von Altersdemenz nicht in der Lage gewesen, den Fragebogen auszufüllen.

4.9.2. Krankheitsübergreifende Fragestellung

Eine krankheitsübergreifende Fragestellung hatte Nachteile bezüglich der Aussagekraft der Ergebnisse. In dieser Studie wurden zwar spezifische Belastungen beschrieben und auf ihren Einfluss auf die Lebensqualität kontrolliert, aber nicht alle Aspekte konnten erfasst werden. In Untersuchungen, die sich nur auf ein Krankheitsbild beschränkten, z.B. Psoriasis, könnte man davon ausgehen, dass bestimmte allgemeine Belastungen (Prognose, Ursache, Verlauf, Behandelbarkeit) der Hauterkrankung gleich sind und die Aussagen zu den Copingstrategien dann ein stärkeres Gewicht bekommen würden. Eine Untersuchung an einer großen Patientenzahl mit einheitlicher Diagnose wäre hier anzuschließen.

4.9.3. Zeitrahmen

Der Zeitrahmen, über den Auskunft gegeben werden sollte, bezog sich für die Lebensqualität auf 4 Wochen vor dem stationären Aufenthalt. In der Regel ist ein solcher Zeitraum für die Patienten überschaubar, obwohl kürzere Zeiträume eine exaktere Antwort hervorbringen (Finlay 1997). Mit einem Zeitraum von 4 Wochen konnten aber bestimmte Symptome oder auch Befindlichkeiten erfasst werden, die nicht jeden Tag auftraten, z. B. Juckreiz oder Angst, so dass sich für 4 Wochen entschieden wurde. Die Anwendung von Copingstrategien wurde für den Zeitraum von 1 Woche vor dem stationären Aufenthalt erfasst. Er bezog sich auf den Umgang mit der Hauterkrankung und sollte den aktuellen Status wiedergeben. Es wäre auch möglich, dass sich die Fragen auf einen längeren Zeitraum beziehen, aber dann wird eher ein generelles Copingverhalten erfasst (Carver und Scheier 2000).

4.9.4. Regressionsmodell

Die Auswahl der Kontrollvariablen (Prädiktorvariablen) für die Regressionsanalyse war schwierig, da eine zu große Anzahl von Variablen zu einem „overfitting“ des Modells führte. Es musste ein sinnvolles Verhältnis von Anzahl der Variablen und Anzahl der Patienten erhalten bleiben. Theoretisch begründbar wäre es gewesen, noch weitere Variablen in die multivariaten Analysen aufzunehmen (z.B. Arbeitslosigkeit, allein lebend, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Psychopharmaka, Art der Nebendiagnosen). Aus o.g. Gründen wurde darauf aber verzichtet.

Die Erklärung der Varianz der Lebensqualität durch die Copingstrategien ist mit dem Wert von 7% für die „Psychische Summenskala“ niedrig. Bei so einer komplexen Kriteriumsvariablen wie der Lebensqualität scheint dieser Wert jedoch trotzdem bedeutsam zu sein.

Einige signifikante Korrelationen aus der univariaten Statistik sind in der Regressionsanalyse nicht mehr nachweisbar. Zur Erklärung muss an dieser Stelle auf eine Schwachstelle der Methode verwiesen werden. Die Aufnahme von mehreren untereinander

korrelierten Prädiktoren kann zu Suppressionseffekten führen. Ein bestimmter Teil der Varianz der Kriteriumsvariable wird dann schon durch eine der Variablen erklärt und die zweite kann dann keinen signifikanten Beitrag mehr leisten. In dieser Studie wurde darauf geachtet, dass Variablen, die untereinander hoch korrelierten nicht gemeinsam in die Analyse aufgenommen wurden, aber auch damit ließen sich Suppressionseffekte nicht vollständig vermeiden. Eine Möglichkeit wäre die oft verwendete Ausschlussmethode, aber es war hier für die Fragestellung der „zusätzlich“ erklärten Varianz durch die Copingstrategien notwendig, dass alle soziodemographischen Variablen und Belastungsfaktoren in der Analyse verblieben.

4.9.5. Kovarianzanalyse

Es muss hier erwähnt werden, dass die Voraussetzungen für eine Kovarianzanalyse mit einer Nichtnormalverteilung der Kriteriumsvariablen (Lebensqualitätsparameter) verletzt waren, was sich unter anderem auch in einem signifikanten Box-Test niederschlug. Wenn der Box-Test bei ungleichen Untergruppengrößen signifikant ist, dann ist die Gefahr erhöht, den Signifikanztest falsch einzuschätzen. War, wie in dieser Studie, die größere Varianz bei den kleineren Gruppengrößen, so wird der Signifikanztest als zu freizügig eingeschätzt (Tabachnick und Fidell 1996, S. 382). Das heißt für die Ergebnisse dieser Studie, dass signifikante Unterschiede in der Lebensqualität (Summenskalen) zwischen den einzelnen Diagnosegruppen möglicherweise nicht bestanden. Das kann durch eine Angleichung der Patientenzahlen pro Untergruppengröße ausgeglichen werden. Es wäre eine Untersuchung zu dieser Fragestellung mit einheitlichen Untergruppengrößen oder mit mehr als 20 Patienten pro Gruppe notwendig. Für die Gruppenvergleiche im Abschnitt 3.9 ab S. 47 traf diese Einschränkung nicht zu, da es sich hier um ausreichend große Gruppen mit annähernd gleicher Gruppenstärke handelte.

5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde die Lebensqualität von stationär behandelten Patienten der Hautklinik Greifswald mit einer Normstichprobe verglichen und die Beziehungen zwischen dem Copingverhalten der Patienten und ihrer Lebensqualität untersucht. Ausgangspunkt war die Hypothese, dass die gesundheitspezifische Lebensqualität der Patienten neben soziodemographischen Voraussetzungen und der spezifischen Belastung durch die Hauterkrankung auch von Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung abhängig ist. Die 8 Skalen des SF-36 wurden zu zwei Summenskalen zusammengefasst, die einmal das körperliche und einmal das psychische Befinden darstellten. Mittels Hierarchischer Regressionsanalyse wurde der Anteil der Copingstrategien errechnet, der über soziodemographische und Belastungsvariablen hinaus für die Lebensqualität verantwortlich war. Mit Hilfe einer Multiplen Kovarianzanalyse wurde untersucht, ob die Art der Diagnose einen zusätzlichen Einfluss auf die Lebensqualität hatte.

In einem zweiten Schritt wurden die Patienten in 4 Gruppen mit hoher und niedriger Belastung durch die Hauterkrankung und guter und schlechter Lebensqualität unterteilt. Um festzustellen, was die Patienten, die trotz hoher Belastung eine gute Lebensqualität hatten anders machten, wurde die Anwendung der Copingstrategien innerhalb dieser Gruppen untersucht.

Die Patienten der Hautklinik hatten gegenüber der Normalbevölkerung eine geringere Lebensqualität in allen Bereichen des SF-36.

Die körperlichen Aspekte der Lebensqualität waren überwiegend von der Anzahl der Nebendiagnosen und den auftretenden Schmerzen bei der Erkrankung abhängig, wogegen die psychischen Bereiche der Lebensqualität vom Geschlecht, dem Alter und den hautspezifischen Belastungen (Juckreiz, Schmerzen und Sichtbarkeit der Hauterkrankung) abhängig waren.

In der hierarchischen Regressionsanalyse wurde für die körperliche Lebensqualität (Summenskala) ermittelt, dass viele Nebendiagnosen und Medikamente sowie starke Schmerzen die Lebensqualität negativ beeinträchtigten.

Für eine gute psychische Lebensqualität (Summenskala) waren höheres Lebensalter, männliches Geschlecht und die häufige Anwendung der Copingstrategie Akzeptanz bedeutsam.

Die Untersuchung der Lebensqualität zwischen den einzelnen Diagnosegruppen ergab, dass Patienten mit Neurodermitis/Ekzem und auch Patienten mit bösartigen Neubildungen die schlechtesten Werte in der „Psychischen Summenskala“ hatten. Das zeigte, dass auch andere Faktoren der Erkrankung, die hier nicht erfasst wurden, eine Rolle für die psychischen Lebensqualitätsparameter spielen (z.B. unterschiedlicher Verlauf, Behandelbarkeit, Akzeptanz in der Bevölkerung).

Die körperliche Lebensqualität zwischen einzelnen Diagnosegruppen unterschied sich nach Kontrolle der soziodemographischen und Belastungsvariablen nicht mehr signifikant voneinander.

Die Patienten, die trotz hoher Belastung durch die Hauterkrankung eine gute psychische Lebensqualität hatten, benutzten häufiger die Copingstrategie Akzeptanz. Für die körperliche Lebensqualität konnte dieser Zusammenhang nicht gefunden werden. Dort war die Akzeptanz nur hoch wenn neben einer hohen körperlichen Leistungsfähigkeit auch die Belastung durch die Hauterkrankung niedrig war.

Es wurde diskutiert, dass die Copingstrategie einerseits die psychische Lebensqualität widerspiegelte, andererseits von Patienten, die eine gute körperliche Lebensqualität hatten zur Bewältigung einer belastenden Situation (Hautkrankheit) weniger zur Anwendung kamen.

Die Bedeutung der Akzeptanz für die Lebensqualität legt nahe, diese Strategie für eine Interventionsstudie zu verwenden. Sollte sich unter kontrollierten Bedingungen die psychische Lebensqualität der Patienten verbessern, könnte das ein Ansatzpunkt sein, um die Situation der Patienten mit Hauterkrankungen zu verbessern.

Die herausragende Rolle des Schmerzes bei der Erklärung der Varianz der Lebensqualität wurde erwähnt. Alle Bereiche der Lebensqualität waren durch die Schmerzen beeinträchtigt. Eine konsequente medikamentöse Schmerzbehandlung könnte zu einer Verbesserung der körperlichen und psychischen Aspekte der Lebensqualität beitragen.

6. Literaturverzeichnis

- Aldwin C.M., Revenson T.A. (1987), Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health., *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 337-348
- Andersson S.I., Ekdahl C. (1992), Self-appraisal and coping in out-patients with chronic disease, *Scandinavian Journal of Psychology* 33: 289-300
- Augstin M. (2001), Erfassung von Lebensqualität in dermatologischen Studien, *Der Hautarzt* 52: 697-700
- Baldwin HE (2002), The interaction between acne vulgaris and the psyche, *Cutis* 70: 133-139
- Balkrishnan R., McMichael A.J., Camacho F.T., Saltzberg F., Hausman T.S., Grummer S., Feldman S.R., Chren M.-M. (2003), Development and validation of a health-related quality of life instrument for women with melasma, *Br J Dermatol* 149: 572-577
- Baltes P.B., Baltes M.M. (1990), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge University Press, Cambridge, New York
- Bartels T. (2004) Geschlechterunterschiede im Verlauf unipolarer Depressionen : eine repräsentative Normalbevölkerungsstudie, Dissertation, Universität Greifswald.
- Bengel J., Beutel M., Broda M., Haag G., Härter M., Lucius-Höhne G., Muthny F.A., Potreck-Rose F., Stegie R., Weis J. (2003), Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung, *Psychother Psych Med* 53: 83-93
- Berntsson L., Ringsberg K.C. (2003), Correlation between perceived Symptoms, self-rated health and coping strategies in patients with asthma-like symptoms but negative asthma test, *Psychology, Health and Medicine* 8: 305-315
- Beutel M. (1988), *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*, Edition Medizin, Weinheim
- Billingsley K.D., Waehler C.A., Hardin S.I. (1993), Stability of optimism and choice of coping strategy, *Percept Mot Skills* 76: 91-97
- Bingefors K., Lindberg M., Isacson D. (2002), Self-reported dermatological problems and use of prescribed topical drugs correlate with decreased quality of life: an epidemiological survey, *British journal of Dermatology* 147: 285-290
- Boehncke WH, Ochsendorf F, Paeslack I, Kaufmann R, Zollner TM (2002), Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases, *European Journal of Dermatology* 12: 577-580
- Bortz J. (2005), *Statistik für Sozialwissenschaftler*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York

- Brandstädter J., Renner G. (1990), Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and Age-Related Analysis of Assimilative and Accommodative Strategies of Coping, *Psychology and Aging* 5: 58-67
- Braun-Falco O. (2005), *Dermatologie und Venerologie*, Springer Medizin-Verlag, Heidelberg
- Bullinger M., Kirchberger I. (1998), *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*, Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- Bundesanstalt für Arbeit (2005), http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000100/html/jahr/arbeitsmarkt_2003_gesamt.pdf.
- Buunk B.P., Collins R.L., Taylor S.E., van Yperen N.W., Dakof G.A. (1990), The Affective Consequences of Social Comparison: Either Direction Has Its Ups and Downs, *Journal of Personality and Social Psychology* 59: 1238-1249
- Bühl A., Zöpfel P. (2000), *SPSS Version 10*, Addison Wesley Verlag, München
- Calman K.C. (1984), Quality of life in cancer patients - hypothesis, *J Med Ethics* 10: 124-127
- Capoore HS, Payne CMER, Goldin D (1998), Does psychological intervention help chronic skin conditions?, *Postgraduate Medical Journal* 74: 662-664
- Carver C.S., Scheier M.F., Pozo C. (1992), Conceptualizing the Process of Coping with Health Problems, in *Hostility, Coping and Health*, ed. Friedman H.S., American Psychological Association, Washington, DC p 167-187
- Carver Ch.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. (1989), Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach, *Journal of Personality and Sozial Psychology* 56: 267-283
- Carver Ch.S., Scheier M.F. (1994), Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction, *Journal of Personality and Sozial Psychology* 66: 184-195
- Carver Ch.S., Scheier M.F. (2000), Scaling back goals and recalibration of the aspects of normal adaptive self-regulation: Understanding "Response Shift" phenomena, *Soc Sci Med* 50: 1715-1722
- Coenraads P.J., Bouma J., Diepgen T.L. (2004), Lebensqualität bei Patienten mit berufsbedingten Handekzemen, *Der Hautarzt* 55: 28-30
- Dalgard F., Svensson A., Holm J.O., Sundby J. (2004), Self-Reported Skin Morbidity among Adults: Associations with Quality of Life and General Health in a Norwegian Survey, *J Invest Dermatol Symp Proc* 9: 120-125
- de Korte J., Mommers F.M., Sprangers M.A., et.al. (2002), The suitability of quality-of-life questionnaire for psoriasis research: a systematic literature review, *Arch Dermatol* 138: 1221-1227

- Diener E., Oishi S., Lucas R.E. (2003), Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life, *Annu Rev Psychol* 54: 403-425
- Echteld M.A., van Elderen T.M.T., van der Kamp L.J.Th. (2001), How goal disturbance, coping and chest pain relate to quality of life: A study among patients waiting for PTCA, *Quality of Life Research* 10: 487-501
- Ellert U., Bellach B.-M. (1999), Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey - Beschreibung einer aktuellen Normstichprobe, *Gesundheitswesen* 61: 184-190
- Felce D., Perry J. (1995), Quality of life: Its definition and measurement, *Res Develop Disab* 16: 51-74
- Felton B.J., Revenson T.A. (1987), Age Differences in Coping with Chronic Illness, *Psychology and Aging* 2: 164-170
- Ferguson R.J., Robinson A.B., Splaine M. (2002), Use of the Reliable Change Index to evaluate clinical significance in SF-36 outcomes, *Quality of Life Research* 11: 509-516
- Finlay A.Y., Ryan T.J. (1996), Disability and Handicap in Dermatology, *International Journal of Dermatology* 35: 305-311
- Finlay A.Y. (1997), Quality of life measurement in dermatology: a practical guide, *Br J Dermatol* 136: 305-314
- Folkman S., Moskowitz J.T. (2004), Coping: Pitfalls and Promise, *Annu Rev Psychol* 55: 745-774
- Fortune D.G., Richards H.L., Main C.J., Griffiths C.E.M. (2002), Patients strategies for coping with psoriasis, *Clinical dermatology* 27: 177-184
- Fried R.G., Gupta M.A., Gupta A.K. (2005), Depression and skin disease, *Dermatologic clinics* 23: 657-664
- Gelfand J.M., Feldman S.R., Stern R.S., Thomas J., Rolstad T., Margolis D.J. (2004), Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population, *Journal of the American Academy of Dermatology* 51: 704-708
- Grob J.J., Revus J., Ortonne J.P., Auquier P., Lorette G. (2005), Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life, *British journal of Dermatology* 152: 289-295
- Haan N. (1977), *Coping and defending : processes of self-environment organization*, Academic Press, New York
- Hölzel D., Klamert A., Schmidt M. (1996), *Krebs : Häufigkeiten, Befunde und Behandlungsergebnisse : Perspektiven für die Krebsdiskussion und eine quantitative klinisch-epidemiologische Onkologie aus dem Tumorregister München*, Zuckschwerdt, München

- Hutcheson G.D., Sofroniou N. (1999), *The multivariate social scientists : introductory statistics using generalized linear models*, Sage, London p -276
- Iliev D., Furrer L., Elsner P. (1998), Zur Einschätzung der Lebensqualität von Patienten in der Dermatologie, *Der Hautarzt* 49: 453-456
- Jim H. S., Richardson S. A., Golden-Kreutz D. M., Andersen B. L. (2006), Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors, *Health Psychology* 25: 753-761
- Johnson L.M., Zautra A. J., Davis M. C. (2006), The Role of Illness Uncertainty on Coping with Fibromyalgia Symptoms, *Health Psychology* 25: 696-703
- Jowett S., Ryan T. (1985), Skin Disease and Handicap: An Analysis of the Impact of Skin Conditions, *Soc Sci Med* 20: 425-429
- Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. (1963), Studies of illness in the aged, *Journal of American Medical Association* 185: 914-919
- Kiebert G., Sorensen S.V., Revicki D., Fagan S.C., Doyle J.J., Cohen J., Fivenson D. (2002), Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life, *International Journal of Dermatology* 41: 151-158
- Klyszcz T., Jünger M., Schanz St., Janz M., Rassner G., Kohnen R. (1998), Lebensqualität bei chronisch venöser Insuffizienz (CVI), *Der Hautarzt* 49: 372-381
- Kneier A.W. (2003), Coping with melanoma - ten strategies that promote psychological adjustment, *Surgical Clinics of North America* 83: 417-430
- Kremer R., Quednau K. (2002), Das Bewältigungsverhalten von Schlaganfallpatienten: Intensität und Effektivität, *Psychother Psych Med* 52: 70-76
- Kurwa H.A., Finlay A.Y. (1995), Dermatology in-patient management greatly improves life, *Br J Dermatol* 133: 575-578
- Kübler-Ross E. (1969), *On death and dying*, MacMillan, New York
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, Springer, New York
- Lazarus R.S., Folkman S. (1987), Transactional theory and research on emotions and coping, *European Journal of Personality* 1: 141-170
- Lazarus R.S. (1999), *Stress and Emotion: A New Synthesis*, Springer Publishing Company, New York
- Litwins N.M., Rodrigue J.R., Weiner R.S. (1994), Quality of life in adult recipients of bone marrow transplantation, *Psychological reports* 75: 323-328
- Mach K. (1995), *Dermatologie*, Enke, Stuttgart

- Maes S., Leventhal H., de Ridder D.T.D. (1996), Coping with chronic diseases, in *Handbook of Coping*, ed. Zeidner M. and Endler N.S., New York: Wiley p 221-251
- Martin R., Rothrock N., Leventhal H., Leventhal E. (2003), Common sense models of illness: implications for symptom perception and health related behaviors, in *Social Psychological Foundations of Health and Illness*, ed. Suls J. and Wallston K.A., Blackwell Publishing Ltd, Malden p 199-225
- Mielck A. (2000), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit : empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Huber, Bern
- Morgan M., Mc Creedy R., Simpson J., Hay R. (1997), Dermatology quality of life scales - a measure of the impact of skin diseases, *British journal of Dermatology* 136: 202-206
- Niemeier V., Nippesen M., Kupfer J., Schill W.-B., Gieler U. (2002), Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup needs psychological care?, *Psychodermatology* 146: 1031-1037
- Parker J.D., Endler N.S. (1996), Coping and Defense: A Historical Overview, in *Handbook of Coping*, ed. Zeidner M. and Endler N.S., John Wiley & Sons, New York p 3-23
- Radoschewski M., Bellach B.-M. (1999), Der SF-36 im Bundes-Gesundheits-Survey - Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene, *Gesundheitswesen* 61: 191-199
- Rapp S.R., Cottrell C.A., Leary M.R. (2001), Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients, *British journal of Dermatology* 610-616
- Repetti R.L. (1992), Social Withdrawal as a Short-Term Coping Response to Daily Stressors, in *Hostility, Coping and Health*, ed. Friedman H.S., American Psychological Association, Washington, DC p 151-165
- Rothermund K., Dillmann U., Brandtstädter J. (1994), Belastende Lebenssituationen im mittleren und höheren Erwachsenenalter: zur differentiellen Wirksamkeit assimilativer und akkommodativer Bewältigung, *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 4: 245-268
- Rudolf M., Müller J. (2004), *Multivariate Verfahren*, Hogrefe, Göttingen p -328
- Scheier M. F., Carver C.S., (1992), Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update, *Cognitive Therapie and Research* 16: 201-228
- Schmid-Ott G., Burchard R., Niederauer H.H., Lamprecht F., Künsebeck H.-W. (2003), Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis, *Der Hautarzt* 54: 852-857
- Schmid-Ott G, Kuensebeck HW, Jaeger B, Werfel T, Frahm K, Ruitman J, Kapp A, Lamprecht F (1999), Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients, *Acta Dermato-Venereologica* 79: 443-447

- Schmid L., Clemm Ch., Gummer M. (2000), Medizinische Rehabilitation und psychosoziale Betreuung, in *Maligne Melanome*, ed. Volkenandt M. and Plewig G., München, Bern, Wien, New York p 133-139
- Schmidt S., Wollina U., Looks A., Strauss B. (2000), Quality of Life and Strategies of Coping with Disease in Patients with Chronic Leg Ulcers, *Dermatology and Psychosomatics* 1: 27-34
- Schmidt S., Fischer T.W., Chren M.-M., Strauss B.M., Elsner P. (2001), Strategies of coping and quality of life in women with alopecia, *British journal of Dermatology* 144: 1038-1043
- Schwarzer R. (1993), *Streß, Angst und Handlungsregulation*, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Singer M.A., Hopman W.M., MacKenzie T.A. (1999), Physical Functioning and Mental Health in Patients with Chronic Medical Conditions, *Quality of Life Research* 8: 687-691
- Skoet R., Zachariae R., Agner T. (2003), Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature, *British journal of Dermatology* 149: 452-456
- Spilker B. (1990), *Quality of life assessments in clinical trials*, Raven Press, New York
- Sprangers M.A.G., de Regt E.B., Andries F., van Agt H.M.E., Bijl R.V., de Boer J.B., Foets M., Hoeymans N., Jacobs A.E., Kempen G.I.J.M., Miedema H.S., Tjihuis M.A.R., de Haes H.C.J.M. (2000), Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?, *Journal of Clinical Epidemiology* 53: 895-907
- Stangier U., Barnhofer T., Aschoff S., Hoyer J. (1998a), Prädiktoren der Krankheitsbewältigung von Patienten mit Neurodermitis und Psoriasis, *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 6: 179-189
- Stangier U., Gieler U., Ehlers A. (1998b), Entwicklung eines Fragebogens zur Krankheitsbewältigung bei Hauterkrankungen (Marburger Haut-Fragebogen, MHF), *Diagnostica* 44: 30-40
- Stangier U, Ehlers A (2000), Stress and anxiety in dermatological disorders, *Management of Stress and Anxiety in Medical Disorders* 304-333
- Tabachnick BG, Fidell LS (1996), *Using Multivariate Statistics*, HarperCollinsCollegePublishers, Northridge p 1-880
- Tennen H., Affleck G., Armeli St., Carney M.A. (2000), A daily process approach to coping, *American Psychologist* 55: 626-636
- Wahl A., Hanestad B.R., Wiklund I., Moum T. (1999b), Coping and Quality of Life in patients with psoriasis, *Quality of Life Research* 8: 427-433
- Wahl A., Moum T., Hanestad B.R., Wiklund I. (1999a), The relationship between demographic and clinical variables, and quality of life aspects in patients with psoriasis, *Quality of Life Research* 8: 319-326

Ware J.E., Gandek B. (1998), Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project, *J Clin Epidemiol* 51: 903-912

Wentura D., Greve W., Klauer T. (2002), Theorien der Bewältigung, in *Theorien der Sozialpsychologie, Band III: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*, ed. Frey D. and Irle M., Verlag Hans Huber, Berlin, Göttingen, Toronto, Seattle p 101-125

Wittkowski A., Richards H.L., Griffiths C.E.M., Main C.J. (2004), The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis, *Journal of Psychosomatic Research* 57: 195-200

Zachariae R., Zachariae C., Ibsen H., Touborg Mortensen J., Wulf H.Ch. (2000), Dermatology Life Quality Index: Data from Danish Inpatients and Outpatients, *Acta Derm Venerol* 80: 272-276

7. Anhang der Tabellen

Tabelle A 1: Kategorisierung der Copingstrategien

| Copingkategorien | Theorie | Literatur |
|---|--|--------------------------------|
| Kognitive und affektive Regulationsprozesse | Neopsychoanalytische Theorie (Coping-, Verteidigungs- und Fragmentierungsmodus) | Haan (1977) |
| Verleugnung, Ärger, Aushandeln, Niedergeschlagenheit, Akzeptanz | Phasenmodell der Bewältigung | Kübler-Ross (1969) |
| Problemzentrierte versus emotionszentrierte Reaktionen | Kognitiv-transaktionale Bewältigungstheorie (primäre und sekundäre Einschätzung) | Lazarus und Folkman (1984) |
| Assimilative versus akkommodative Bewältigungsformen | Theorie der primären und sekundären Kontrolle (Bewältigung von Kontrollverlust) | Brandstädter und Renner (1990) |
| Abwärts- und Aufwärtsvergleiche | Theorie der sozialen Vergleiche | Buunk (1990) |
| Aufgabenorientierte, emotionsregulierende und vermeidende Copingstile | Persönlichkeits- und Situationsabhängigkeit der Anwendung von Copingstrategien | Parker und Endler (1996) |
| Selektion, Optimierung, Kompensation | SOK-Theorie (Bewältigung des Alterns) | Baltes und Baltes (1990) |

Einen historischen Überblick über die Entwicklung der Copingtheorien findet sich unter anderem bei Parker und Endler (1996) oder bei Wentura et. al. (2002).

Tabelle A 2: Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie

| Anz. d. Pat. | Gründe für die Ablehnung durch die Patienten (gesamt: 51) |
|--------------|---|
| 11 | mag nicht ausfüllen |
| 9 | habe keine Hauterkrankung |
| 7 | ist ihm/ihr zuviel, keine Lust |
| 5 | keine Angaben eines Grundes für die Ablehnung |
| 3 | zu anstrengend, zu kompliziert, kann sich nicht konzentrieren |
| 2 | angefangen, dann abgebrochen, findet das „blöd“ |
| 2 | „geben Sie das mal einem Jüngeren“; „sei zu alt“ |
| 2 | habe schon zu viele Fragebögen ausgefüllt |
| 2 | „wen geht das was an“, „ist ihm zu persönlich“ |
| 1 | habe keine Brille dabei |
| 1 | „ich bewältige meine Erkrankung alleine“ |
| 1 | ist den ganzen Tag zu beschäftigt |
| 1 | „habe mit der Krebserkrankung genug zu verarbeiten“ |
| 1 | regt sich dabei zu sehr auf |
| 1 | Zu starke Schmerzen |
| 1 | „Statistik helfe ihm nicht weiter“ |
| 1 | Fragebogen verloren |
| | Andere Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie (gesamt: 38) |
| 18 | Demenz (davon 2 Korsakowsyndrom) |
| 6 | Weniger als 24 Stunden auf Station |
| 4 | Zu schlechter Allgemeinzustand (davon 2 mit Morphinum behandelt) |
| 4 | Verständnisprobleme (Schwerhörigkeit, Schlechtes Sehen, spricht kein deutsch) |
| 3 | nicht angetroffen |
| 1 | Akute Psychose |
| 1 | Bettruhe, keine ungestörte Möglichkeit der Befragung |
| 1 | FKHS |

Tabelle A 3: Korrelation nach Spearman für die 8 Skalen des SF-36

| | Alter | Geschlecht | Bildungs- stand | NDplus Med | Juckreiz | Schmer- zen | SG der HE | Sichtbar- keit | Akzep- tanz | Pos. Reinterpr. | Planen | Suche nach emotionaler Unterstützg. | Suche nach sozialer Unterstützg. |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------------|----------------|--------------------|--------|---|--|
| Körperliche Funktionsfähigkeit | -0,435** | -0,072 | 0,222** | -0,580** | 0,071 | -0,455** | -0,139 | 0,012 | 0,075 | 0,124 | 0,051 | 0,014 | -0,020 |
| Körperliche Rollenfunktion | -0,263** | -0,027 | 0,151 | -0,368** | -0,105 | -0,394** | -0,116 | -0,111 | 0,239** | 0,179* | 0,072 | -0,009 | -0,067 |
| Schmerz | -0,205** | -0,048 | 0,028 | -0,352** | -0,142 | -0,675** | -0,069 | 0,012 | 0,164* | 0,180* | -0,107 | -0,076 | -0,241** |
| Allgemeine Gesundheitswahr- nehmung | -0,239** | -0,017 | 0,164** | -0,410** | -0,071 | -0,350** | -0,105 | -0,077 | 0,196* | 0,079 | 0,032 | -0,013 | -0,106 |
| Vitalität | -0,044 | -0,181* | 0,101 | -0,175* | -0,185* | -0,332** | -0,150 | -0,079 | 0,163* | 0,215** | 0,091 | -0,050 | -0,127 |
| Soziale Funktionsfähigkeit | 0,263** | -0,070 | -0,086 | 0,140 | -0,243** | -0,214** | -0,093 | -0,152 | 0,298** | 0,139 | -0,119 | -0,232** | -0,269** |
| Emotionale. Rollenfunktion | 0,048 | -0,079 | -0,038 | -0,105 | -0,114 | -0,378** | -0,121 | -0,013 | 0,259** | 0,130 | -0,008 | -0,145 | -0,185* |
| Psychisches Wohlbefinden | 0,003 | -0,225** | 0,093 | -0,080 | -0,290** | -0,218** | -0,076 | -0,204** | 0,261** | 0,110 | -0,077 | -0,093 | -0,195* |

** p < 0,01; * p < 0,05

8. Fragebogen

Einverständniserklärung

Erklärung zur freiwilligen Teilnahme an der Studie „Die Rolle von Bewältigungsmechanismen bei der Veränderung der subjektiven Lebensqualität von dermatologisch erkrankten und stationär behandelten Patienten“

Nachname_____

Vorname_____

Geburtsdatum_____

Adresse des Patienten_____

Ich bin vor der Untersuchung über die Studie von Dr._____ aufgeklärt worden.

Ich nehme freiwillig an der Studie teil und bin damit einverstanden, dass meine Angaben gespeichert werden. Meine Angaben werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke ohne Nennung des Namens verwendet und streng vertraulich behandelt.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit zurückziehen.

Greifswald, den_____

Unterschrift (Patient)_____

Unterschrift (Arzt)_____

Fragebogen zur Studie

Datum: _____

Angaben zur Person

1. Geschlecht
 1 männlich 2 weiblich

2. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

3. Familienstand
 1 ledig
 2 verheiratet
 3 verwitwet
 4 geschieden

4. Mit welchen Personen leben Sie zusammen (ggf. Mehrfachnennungen)?
 1 allein lebend
 2 Ehepartner(in) / Lebenspartner(in)
 3 Kinder
 4 sonstige Familienangehörige
 5 sonstige

Schulbildung und Beruf

5. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
 1 keinen Schulabschluss
 2 Volksschule, Gemeindeschule, Hauptschule, 8. Klasse POS
 3 Mittlere Reife, Realschule, 10. Klasse
 4 Abitur, Hochschulreife
 5 sonstiges, und zwar _____

6. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?
 0 nein
 1 ja, und zwar
 1 Lehre (kaufmännisch, gewerblich, landwirtschaftlich, hauswirtschaftlich, öffentlicher Dienst, Volontariat / Praktikum)
 2 Fachschulbesuch, Berufsfachschule, Handelsschule
 3 Hochschulstudium, Fachhochschulstudium
 4 sonstiges, und zwar _____

7. Sind Sie zurzeit berufstätig?
 1 ja
 0 nein, denn ich bin:
 1 Rentner/in
 2 arbeitslos

- () 3 Hausfrau/-mann
 () 4 in Ausbildung / Weiterbildung / im Studium
 () 5 sonstiges, und zwar _____

8. Beschwerden

Beurteilen Sie bitte, wie stark folgende Beschwerden bei Ihnen ausgeprägt sind?

| | Habe ich | | | | |
|-----------|-----------|-------|----------|-------|------------|
| | Gar nicht | etwas | ziemlich | stark | Sehr stark |
| Juckreiz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Schmerzen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Fragen zum Gesundheitszustand (SF-36)

| 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | | | | |
|--|----------|-----|-------------|----------|
| ausgezeichnet | Sehr gut | Gut | Weniger gut | Schlecht |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Viel besser als vor einem Jahr | Etwas besser als vor einem Jahr | Etwa so wie vor einem Jahr | Etwas schlechter als vor einem Jahr | Viel schlechter als vor einem Jahr |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Im Folgenden sind Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Zahl an.

| Tätigkeiten | Ja, stark eingeschränkt | Ja, etwas eingeschränkt | Nein, gar nicht eingeschränkt |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| a. anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben | 1 | 2 | 3 |
| b. mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen | 1 | 2 | 3 |
| c. Einkaufstaschen heben oder tragen | 1 | 2 | 3 |
| d. mehrere Treppenabsätze steigen | 1 | 2 | 3 |
| e. einen Treppenabsatz steigen | 1 | 2 | 3 |
| f. sich beugen, knien, bücken | 1 | 2 | 3 |
| g. mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen | 1 | 2 | 3 |
| h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen | 1 | 2 | 3 |
| i. einen Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen | 1 | 2 | 3 |
| j. sich baden oder anziehen | 1 | 2 | 3 |

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

| Schwierigkeiten | ja | Nein |
|--|----|------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein | 1 | 2 |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | 1 | 2 |
| c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun | 1 | 2 |
| d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (musste mich z. B. besonders anstrengen) | 1 | 2 |

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

| Schwierigkeiten | ja | Nein |
|---|----|------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein | 1 | 2 |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | 1 | 2 |
| c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten | 1 | 2 |

| | | | | |
|---|-------|-------|----------|------|
| 6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? | | | | |
| Überhaupt nicht | Etwas | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|-------------|--------|-------|-------|------------|
| 7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? | | | | | |
| Keine Schmerzen | Sehr leicht | Leicht | Mäßig | Stark | Sehr stark |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | |
|---|-------|-------|----------|------|
| 8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausführung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? | | | | |
| Überhaupt nicht | Etwas | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|-------|----------|--------------|----------|--------|-----|
| 9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist, Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen) | | | | | | |
| Befinden | Immer | Meistens | Ziemlich oft | Manchmal | Selten | Nie |
| a. voller Schwung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. sehr nervös | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. ruhig und gelassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. voller Energie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. entmutigt und traurig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. erschöpft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. glücklich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. müde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | |
|---|----------|----------|--------|-----|
| 10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | | | | |
| Immer | Meistens | Manchmal | Selten | Nie |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu | | | | | |
|---|----------------|----------------------|------------|----------------------------|---------------------------|
| Aussagen | Trifft ganz zu | Trifft weitgehend zu | Weiß nicht | Trifft weitgehend nicht zu | Trifft überhaupt nicht zu |
| Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Umgang mit Ihrer Erkrankung (Coping nach Carver)

Im Folgenden geht es darum, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben, wenn Sie an Ihre Erkrankung dachten. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in der letzten Woche zu? Bitte machen Sie für jede Aussage eine Angaben.

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------|--------------|----------|------------|
| überhaupt nicht | ein bisschen | ziemlich | ganz genau |

| | |
|--|---------|
| 1. Ich habe mich mit meiner Hauterkrankung abgefunden. | 4-3-2-1 |
| 2. Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann. | 4-3-2-1 |
| 3. Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten. | 4-3-2-1 |
| 4. Ich habe versucht, die Dinge von einer positiveren Seite zu betrachten. | 4-3-2-1 |
| 5. Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen. | 4-3-2-1 |
| 6. Ich habe gelernt damit zu leben. | 4-3-2-1 |
| 7. Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, was hier das Richtige wäre. | 4-3-2-1 |
| 8. Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegen gebracht. | 4-3-2-1 |
| 9. Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist. | 4-3-2-1 |
| 10. Ich habe andere Menschen um Hilfe oder Rat gebeten. | 4-3-2-1 |
| 11. Ich habe mich an den Gedanken gewöhnt, dass ich eine Hauterkrankung habe. | 4-3-2-1 |
| 12. Ich habe darüber nachgedacht, wie ich am besten mit dem Problem umgehe. | 4-3-2-1 |
| 13. Ich habe jemandem erzählt, wie ich mich fühle. | 4-3-2-1 |
| 14. Ich habe etwas aus meiner Erkrankung gelernt. | 4-3-2-1 |
| 15. Ich habe Menschen gefragt, die ebenfalls eine Hauterkrankung hatten, was sie getan haben. | 4-3-2-1 |
| 16. Ich habe akzeptiert, dass es nun mal so ist und nicht geändert werden kann. | 4-3-2-1 |
| 17. Ich habe mir einen Plan gemacht, was zu tun ist. | 4-3-2-1 |
| 18. Ich habe mit anderen über meine Gefühle gesprochen. | 4-3-2-1 |
| 19. Ich sehe meine Erkrankung als eine Erfahrung an, die zur Weiterentwicklung meiner Person beiträgt. | 4-3-2-1 |
| 20. Ich habe mich mit jemandem besprochen, um mehr über die Situation zu erfahren. | 4-3-2-1 |

9. Danksagung

Ich möchte mich bei Herrn Prof. Dr. med. M. Jünger für die Vergabe des Themas und die Möglichkeit, an der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Greifswald die Befragung der Patienten durchzuführen, bedanken.

Frau Dr. med. Susanna Heising und Herrn Dr. phil. Bernhard Leipold danke ich für die Idee zu dieser Arbeit, für ihre stets hilfsbereite, engagierte und freundliche Unterstützung sowie für die kritische Durchsicht früherer Manuskriptversionen.

Ein besonderer Dank gilt auch dem Pflegepersonal der Hautklinik, die mich freundlich aufgenommen haben und die Patienten zur Ausfüllung des Fragebogens motivierten.

Für die konstruktiven Hinweise zur statistischen Datenauswertung danke ich Herrn Dr. H. Haase.

Mein besonderer Dank gilt allen Patienten der Hautklinik, ohne deren bereitwillige Auskunft diese Arbeit nicht entstanden wäre.

10. Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Datenschutzgründen in der elektronischen Fassung nicht veröffentlicht.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die hier vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe, und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.