

**Angstbewältigung, soziale Unterstützung und die perioperative
Anpassung von chirurgischen Intensivpatienten**

Miriam Ventocilla

Angstbewältigung, soziale Unterstützung und die perioperative Anpassung von
chirurgischen Intensivpatienten

Von der Medizinischen Fakultät
der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
zur Erlangung des akademischen Grades
einer Doktorin der Medizin
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Miriam Ventocilla geb. Kheirallah

aus

Neuss

Berichter: Herr Universitätsprofessor
 Dr. rer. nat. Klaus Willmes-von Hinckeldey
 Herr Universitätsprofessor
 Dr. phil. Dipl.-Psych. Siegfried Gauggel

Tag der mündlichen Prüfung: 16. April 2009

Diese Dissertation ist auf den Internetseiten der Hochschulbibliothek online verfügbar.

Für meine Großeltern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Angst und deren Bedeutung für die perioperative Situation ...	4
2.2 Angstbewältigung im Zusammenhang mit perioperativer Anpassung	7
2.3 Konzepte sozialer Unterstützung.....	12
2.4 Soziale Unterstützung im Zusammenhang mit Angstbewältigung und Genesung	17
2.5 Die perioperative Situation.....	21
2.6 Die Erfassung des perioperativen Anpassungsstatus	25
3. Problemstellung und Hypothesen.....	30
4. Methode	33
4.1 Stichprobe	33
4.2 Untersuchungsablauf und Erhebungszeitpunkte.....	33
4.3 Erhobene Merkmale	36
4.4 Statistische Auswertung	39
5. Ergebnisse	40
5.1 Postoperative Erholung	40
5.2 Zustandsangst	41
5.3 Bewältigungsstrategien	49
5.4 Soziale Unterstützung	54

6. Diskussion	59
6.1 Postoperative Anpassung	59
6.2 Verlauf der perioperativen Zustandsangst.....	60
6.3 Zusammenhänge zwischen Zustandsangst und postoperativer Erholung.....	63
6.4 Angstbewältigung.....	64
6.4.1 Zusammenhänge zwischen Angstbewältigung und postoperativer Erholung.....	64
6.4.2 Zusammenhänge zwischen Angstbewältigung und Zustandsangst.....	65
6.5 Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und postoperativer Erholung.....	66
6.6 Ausblick.....	68
 7. Zusammenfassung.....	 72
 Literaturverzeichnis.....	 73
 Anhang	 78

1. Einleitung

Eine Person, die sich einer Operation stellt, begibt sich in eine für sie außergewöhnliche, belastende und unkontrollierbare Situation, welche neben der körperlichen Belastung zusätzlich auch viele andere Lebensbereiche, wie zum Beispiel Beruf, Partnerschaft und Sexualität, umfasst (vgl. Klauer, Filipp, 1993). Die im Alltag funktionierenden Bewältigungsstrategien sind in einer perioperativen Situation wenig hilfreich, weil ein Patient¹ hier für den Ablauf der Operation keine aktive Rolle einnehmen kann. Da aber im Laufe der Zeit von der Operationsindikation über eventuelle Voruntersuchungen, die eigentliche Operation bis hin zur Entlassung eine Reihe von unterschiedlichen Anforderungen auf den Patienten zukommen, muss die betroffene Person Anpassungsleistungen und Bewältigungsstrategien anwenden, die jeweils mehr oder weniger erfolgreich sein können.

Die spezielle Situation von chirurgischen Patienten spiegelt sich nicht nur in dem Eingriff selbst wider, sondern umfasst zusätzlich weitere Faktoren, wie zum Beispiel die ungewohnte und teils unbekannte Umgebung des Krankenhauses, die Ungewissheit über den Ablauf der Operation und eventuell auch über die Diagnose, die noch vor einer Operation offen stehen kann. Weiterhin besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, wie es die meisten Menschen in ihrem aktuellen Leben nicht kennen. Die Kommunikation mit dem Krankenpflegepersonal sowie mit den behandelnden Ärzten kann unter Umständen zu Missverständnissen oder verstärkten Befürchtungen und Angstgefühlen führen. Oft werden durch die perioperative Situation sehr intime Bereiche des Lebens, wie zum Beispiel die Körperpflege oder die Kontrolle der Darmtätigkeit, zum offenen Interesse mehrerer Personen. Dazu kommt die Angst vor Schmerzen, der Narkose und Komplikationen, die bei einer Operation auftreten können. Eine perioperative Situation stellt also ein stressreiches Ereignis dar, welches in hohem Maße sich vom Alltag unterscheidende Bewältigungsstrategien erfordert.

Die Angstinhalte in einer solchen Situation sind sowohl individuell als auch während des Ablaufes sehr unterschiedlich. Es lassen sich im Wesentlichen drei verschiedene Angstinhalte unterscheiden, nämlich die Anästhesieangst, die Operationsangst und die Krankheitsangst. Die Inhalte der Anästhesieangst bestehen in der Befürchtung, trotz Narkose Schmerzen zu empfinden oder nicht mehr aufwachen zu können. Angst vor

¹ Aus Gründen der Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nicht zwischen der männlichen und der weiblichen Form unterschieden, es sei denn, der Geschlechtsunterschied ist relevant.

einem Misslingen der Operation und daraus eventuell entstehenden körperlichen Beeinträchtigungen spiegeln sich in der Operationsangst wider. Die Krankheitsangst ergibt sich aus der Sorge um eine schwerwiegende intraoperativ gestellte Diagnose, die das Leben des Betroffenen beeinträchtigen könnte, wie zum Beispiel ein bösartiger Tumor (vgl. Krohne et. al., 1994).

Weiterhin ist es wichtig, auch das soziale Umfeld im Hinblick auf die perioperative Anpassung zu berücksichtigen. Hierbei spielen vor allen Dingen dauerhafte enge Beziehungen eine Rolle, wie sie zum Beispiel zwischen Ehepartnern oder innerhalb einer Familie bestehen. Soziale Unterstützung umfasst viele Dimensionen, als deren wichtigste die emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung zu nennen sind (vgl. Schwarzer, 2004). Als emotionale Unterstützung versteht man unter anderem Mitleid oder Trost in einer belastenden Situation. Die instrumentelle Unterstützung zeigt sich im Besorgen materieller Güter und Erledigen von bestimmten Arbeiten. Im Falle der informationellen Unterstützung werden Informationen übermittelt und Ratschläge erteilt. Eine perioperative Situation beinhaltet Hilfsbedürftigkeit und bedeutet immer Stress, welcher für beide Parteien, d.h. für den Hilfesuchenden und den Hilfeleistenden, bewältigt werden will.

Die Entwicklung von Kriterien zur Erfassung der Belastung, der Anpassung und des sozialen Umfeldes einer Person, bezogen auf die perioperative Situation, ist von Bedeutung, da nur so einheitliche Ergebnisse erzielt werden können. Hier ist die Eignung der einzelnen Kriterien zur Erfassung des Belastungs- und Anpassungsstatus besonders zu berücksichtigen. Die in diesem Zusammenhang angewandten Messverfahren sind sehr vielfältig und es mangelt an vergleichbaren Ergebnissen. Es ist diesbezüglich wichtig, zwischen kurz- und langfristiger perioperativer Anpassung zu unterscheiden, da die jeweilige effektive Bewältigungsstrategie unterschiedlich ist. Ein repressives Bewältigungsverhalten, das heißt Ausblenden oder Leugnen von bedrohlichen Aspekten, ist für die kurzfristige Anpassung sinnvoller, da es sich hier um eine nicht kontrollierbare Situation handelt. Die aktive Auseinandersetzung mit der Situation ist jedoch für die langfristige Anpassung erfolgreicher. Durch Informationssuche und Reflexion über die individuelle Krankheitssituation wird ein Verhalten angenommen, welches geprägt ist durch frühzeitiges Erkennen von Symptomen oder häufigere Vorsorgeuntersuchungen. Dies könnte den Verlauf einer Krankheit positiv beeinflussen.

Die Forschung hat nun die Aufgabe, die jeweilige Situation einer Person prä-, intra- und postoperativ zu erfassen und daraus Schlussfolgerungen für die Behandlung zu ziehen.

Ob die perioperative Belastung einer Person Einfluss auf die Anpassung an die Situation hat, ist ein Schwerpunkt dabei. Daraus folgt die Frage, welche allgemeinen sowie psychologischen Vorbereitungsmaßnahmen angewendet werden könnten, um den Patienten eine bessere Anpassung und Bewältigung ihrer Situation zu ermöglichen. Außerdem ist es Aufgabe der Forschung, individuell angepasste Interventionsmaßnahmen zu entwickeln, um Patienten den Umgang mit einer perioperativen Situation zu erleichtern. Die vorliegende Arbeit möchte hierzu beitragen, indem sie die Zustandsangst, die Angstbewältigung und die soziale Unterstützung mit der perioperativen Anpassung in Beziehung setzt und detailliert untersucht.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Angst und deren Bedeutung für die perioperative Situation

Emotionen, wie zum Beispiel Freude, Ärger oder Angst, haben sich phylogenetisch herausgebildet und besitzen für den Menschen eine Anpassungsfunktion (vgl. de Bruin, 1998). Diese Emotionen umfassen normalerweise einen kurzen Zeitraum. Die Stressreaktion aber stellt einen Spezialfall von emotionalen Reaktionen dar (vgl. Scherer, 1986). Hier wird der Ausgangswert eines Organismus mit Verzögerung oder, im Falle einer chronischen Stressreaktion, gar nicht mehr erreicht. Der Stressprozess besteht zeitlich aus drei Komponenten: die äußere stressauslösende Bedingung (Stressor), die unmittelbare Stressreaktion des Individuums und die längerfristige Konsequenz für die allgemeine Anpassung eines Menschen. Die Emotion der Angst und die Stressreaktion gehen fließend ineinander über, wobei die zentrale emotionale Komponente einer Stressreaktion sicherlich die Angst ist. Ein Ereignis beinhaltet einen psychogenen Stressfaktor, wenn erfahren wird, dass es ungünstige Konsequenzen oder potentielle widrige Auswirkungen haben könnte (vgl. Lazarus und Folkman, 1984). Epstein (1972) erklärt das Entstehen von Angst dadurch, dass eine Situation als bedrohlich empfunden wird, die Person aber darauf nicht angemessen reagieren kann. Für Krebspatienten z.B. sind Angst und Depression die häufigsten psychologischen Schwierigkeiten in Bezug auf die Bewältigung ihrer Krankheit (vgl. Wasteson et al., 2002).

Es ist von Bedeutung, dass zusätzlich zum aktuellen emotionalen Zustand der Angst, den eine bevorstehende Operation auslöst, bei manchen Personen noch ein habituelles Persönlichkeitsmerkmal existiert, das als Ängstlichkeit bezeichnet wird. Damit ist die individuell unterschiedliche, aber intraindividuell stabile Tendenz gemeint, eine bestimmte Situation als bedrohlich einzuschätzen, womit die aktuelle Angstemotion noch erhöht wird. Diese dispositionelle Angstneigung wird als „trait“ bezeichnet und unterscheidet sich von der vorübergehenden Angst oder Zustandsangst, welche „state“ genannt wird (vgl. Spielberger, 1972). Die aktuelle Emotion der Zustandsangst bedeutet einen intraindividuell variierenden Zustand einer Person, der durch ein subjektives Gefühl von Erregung, Anspannung und Besorgnis geprägt ist. Das Trait-State-Angstmodell von Spielberger (1972) erklärt das Verhältnis der dispositionellen Angstneigung zur Zustandsangst: Personen, die eine höhere Ängstlichkeit besitzen, zeigen in einer bedrohlichen Situation auch eine höhere Zustandsangst als niedrigängstliche Menschen. Somit ist zu vermuten, dass aus der dispositionellen Angstneigung auf das Ausmaß der zu erwartenden Zustandsangst geschlossen werden

kann. Auf die perioperative Situation übertragen würde dies bedeuten, dass in deren Verlauf eine hochängstliche Person einen größeren Anstieg der Zustandsangst zeigen würde als eine niedrigängstliche Person. Diese Aussage ist aber nicht unumstritten und die Angstneigung zeigte sich in Untersuchungen besonders bei einer physischen Bedrohung nicht als zuverlässiger Prädiktor für die Zustandsangst (vgl. Auerbach, 1973). Es lässt sich allgemein nicht von einem eindeutigen Einfluss der präoperativen Belastung auf die postoperative Anpassung schließen. Der prä- wie auch der postoperative Zustand umfasst viele Dimensionen und die einzelnen Kriterien sind sehr vielschichtig.

Die bekannteste und einflussreichste Theorie über den Zusammenhang von präoperativer Angst und postoperativer Anpassung stammt aus der Arbeit von Janis (1958). Er schlug vor, dass Angst und Sorge eine nützliche präoperative Funktion haben, um Patienten in eine vorbereitende mentale Aktivität zu verwickeln, und er formulierte diese Aktivität als „work of worrying“. Die Qualität und Quantität dieser Sorge bestimmt den postoperativen emotionalen Status. Wenn eine Person zu wenig Angst empfindet, so kann sie dieses „work of worrying“ nicht meistern und ist deshalb nicht auf die kommenden Schmerzen, das Unwohlsein und die Einschränkungen, die die postoperative Phase mit sich bringt, vorbereitet. Die nachfolgende Erfahrung könnte zu Verzweiflung, Reizbarkeit und Ärger gegenüber dem Personal führen. Janis sah auch die Patienten mit großer Angst als problematisch an, da ihr „work of worrying“ eine zu große Tragbreite an Sorgen beinhaltet, welche in keinem Verhältnis zu dem bevorstehenden chirurgischen Eingriff steht. Dies hat seiner Meinung nach zur Folge, dass diese Personen ebenfalls nicht auf die postoperative Phase vorbereitet sind. Also – so Janis - führt ein moderates Maß an präoperativer Angst zu einer optimalen präoperativen mentalen Vorbereitung und somit zu einem optimalen postoperativen emotionalen Anpassungsstatus. Diese Theorie hat auf den klinischen Bereich große Auswirkungen. Sie identifiziert zwei Gruppen von Patienten, die ein erhöhtes Risiko besitzen, postoperativ in eine Notlage zu geraten. Dies führt zu der Möglichkeit, hier Interventionen zu entwickeln, die dieses Risiko senken. Janis schlug vor, beiden Gruppen präoperativ mehr Informationen über die bevorstehende Operation zukommen zu lassen. Für die wenig Ängstlichen würde dies bedeuten, dass ihr Angstniveau ansteigt und so das „work of worrying“ in Gang gesetzt wird. Die hoch Ängstlichen könnten so ihre angemessenen Sorgen identifizieren. Die eigenen Studien von Janis mit chirurgischen Patienten unterstützen seine Hypothese.

Eine Studie von Krohne, Kleemann, Hardt & Theisen (1990) zeigte, dass zu verschiedenen Zeitpunkten vor der Operation auch verschiedene Angstniveaus erreicht werden. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus gaben die Patienten gegenüber den Normwerten nur leicht erhöhte Zustandsangstwerte an, welche nach der Prämedikationsvisite durch den Anästhesisten wieder deutlich absanken. Von dem Gespräch mit dem Anästhesisten geht also offenbar eine stressreduzierende Wirkung aus, welche für geplante und systematische psychologische Interventionen zur Reduzierung von Stress eine Rolle spielen kann. Mit dem zeitlichen Näherkommen der Operation stiegen nur die physiologischen Parameter der Angst kontinuierlich an. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass vor einem Einsetzen einer bedrohlichen Situation psychologische Angsthemmprozesse stattfinden (vgl. Epstein, 1972), die zuerst auf kognitiv-emotionaler Ebene und erst später, wenn überhaupt, auf die somatische Ebene einwirken. Johnston (1988) fand heraus, dass ein moderates Maß an präoperativer Angst den schlechtesten Anpassungsstatus hervorbrachte. Neben der präoperativen Angst spielen auch präoperative Schmerzen und Müdigkeit oder Erschöpfung eine Rolle für die postoperative Anpassung. Große Erschöpfung vor einer Operation kann zu einer erschwerten postoperativen Erholung führen. Patienten, die vor einer Operation starke Schmerzen empfinden, zeigen ein höheres Angstniveau und tragen das Risiko einer schlechteren postoperativen Anpassung (vgl. de Groot et al., 1997).

Bei ca. drei Viertel aller Patienten treten im Zusammenhang mit bevorstehenden operativen Eingriffen starke Ängste auf (vgl. Krohne et al., 1994). Diese Ängste beinhalten verschiedene Aspekte: Angst vor Anästhesie, Angst vor negativen Konsequenzen der Operation, Angst vor der Diagnose einer unheilbaren Krankheit, Angst vor Schmerzen. Die Stress- bzw. Angstreaktion umfasst drei Ebenen: die subjektive oder Selbstbeschreibungsebene, die verhaltensmotorische Ebene und die physiologisch-biochemische Ebene. Die subjektive Ebene wird meist über Fragebögen oder Interviews erfasst, wobei die betroffene Person zu ihrer momentanen Befindlichkeit befragt wird. Gesichtsausdruck oder fremd-beobachtete Erregung beispielsweise stellen die expressiv-motorische Variablen dar, die als Fremdeinschätzungen von den behandelnden Ärzten oder dem Pflegepersonal hinzukommen können. Ihre Erfassung ist jedoch wegen des hohen Aufwands äußerst selten. Wenn Angst durch Fremdbeobachtung (z.B. durch die Krankenschwester) gemessen wird, stimmen die Beobachtungen mit der subjektiven Einschätzung überein, der kognitive Inhalt der Ängste und Sorgen aber kann vom Beobachter nicht eingeschätzt werden. Außerdem können Krankenschwestern das Ausmaß an

Schmerzen, welches ein Patient empfindet, ebenfalls schlecht beurteilen. Mitpatienten sind hier besser in der Lage, Schmerzen und Sorgen eines Patienten einzuschätzen (vgl. Johnston, 1984 und 1986). Die physiologisch-biochemische Ebene des Körpers lässt sich in vegetative (z.B. Blutdruck, Puls, elektrodermale Hautaktivität), zentralnervöse (wie z.B. EEG), neuroendokrine (z.B. Katecholamine und Wachstumshormone) und metabolische Reaktionen (z.B. freie Fettsäuren im Blut) einteilen (vgl. Krohne et al., 1990; Slangen, 1994).

Der in dieser Arbeit prä- und postoperativ verwandte Zustandsangstfragebogen KASA (Kognitive, Affektive, Somatische Angstsymptome) erfasst die affektive, kognitive und somatische Komponente der Zustandsangst (vgl. Krohne et al., 2000). Die hier von Patienten berichtete Zustandsangst ist ein valider Indikator für die Erfassung perioperativer Angst. Die affektiven Angstsymptome gehören in das Feld der Emotionalität (z.B. Gefühle von Anspannung und Unbehagen), kognitive Angstsymptome in den Bereich der Besorgnis. Somatische Angstsymptome zeigen die physiologischen Reaktionen des Körpers auf die Angst an (z.B. Herzklopfen, Zittern, Magendruck). Vor und nach einer Operation beinhaltet die Zustandsangst zu verschiedenen Zeitpunkten sowohl affektive, kognitive und somatische Faktoren, wobei einigen Studien zufolge kognitive Angstsymptome präoperativ ansteigen und postoperativ signifikant abfallen (vgl. Krohne, Slangen und Kleemann, 1996; Slangen, Kleemann und Krohne, 1993; Slangen et al., 1994).

2.2 Angstbewältigung im Zusammenhang mit perioperativer Anpassung

Als Antwort auf Stress bzw. Angst möchte der Organismus mit einer körperlichen Reaktion antworten: Angriff oder Flucht. Im Falle einer perioperativen Situation aber sind beide Möglichkeiten der Reaktion nicht gegeben und der Patient kann kaum durch aktives Handeln seine Angst bewältigen. Wie also soll der Mensch nun dieser Situation entsprechend seine Angst verarbeiten? Er muss auf kognitive Strategien, wie z.B. Ablenken oder Informationssuche, zurückgreifen, um seine Wahrnehmung der perioperativen Situation zu verändern und seine Angst zu reduzieren. Bezogen auf die individuelle Stressreduktion haben diese Maßnahmen formal die gleiche Funktion wie anxiolytisch wirkende Medikamente (vgl. Krohne, Fuchs, Slangen, 1994).

Das Konzept der Bewältigung beinhaltet eine belastende Situation, die in einem Menschen bewusst oder unbewusst ein Verhalten auslöst, welches zum Ziel hat, eine befriedigende Beziehung zwischen der eigenen Person und der Umwelt wiederherzustellen. Lazarus und Folkman (1984) definieren das Bewältigungsverhalten

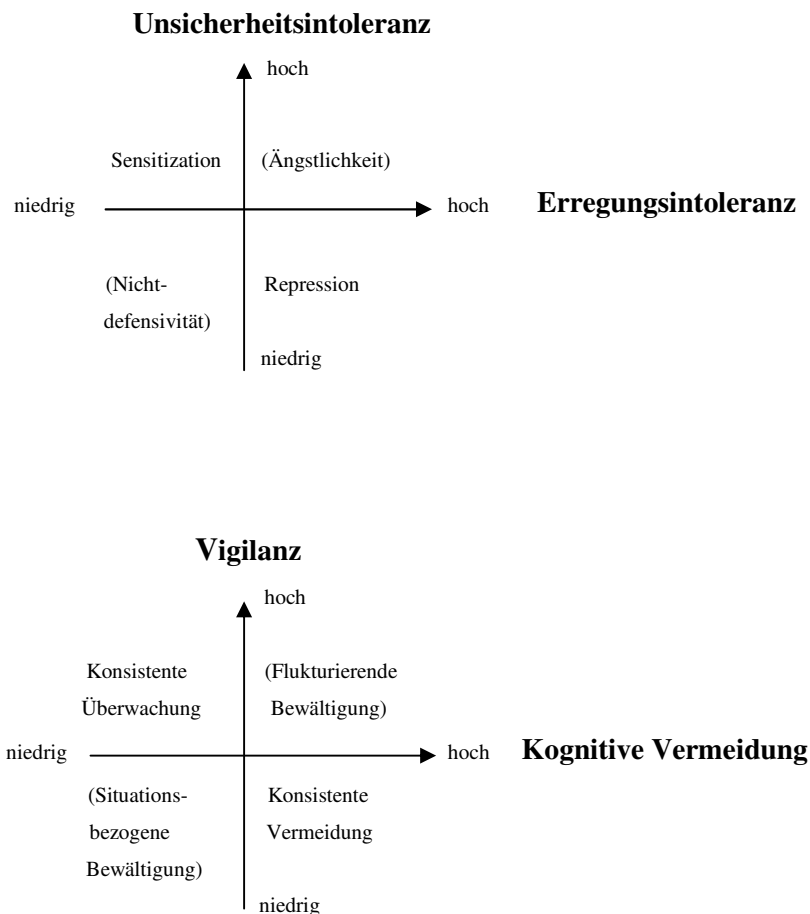
als sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen, mit externen und/oder internen Anforderungen fertig zu werden, die (subjektiv) die eigenen Ressourcen beanspruchen oder überschreiten. Somit ist zu erkennen, dass das Bewältigungsverhalten eine Reihe von inneren (psychischen) wie auch äußeren Aktivitäten eines Menschen umfassen kann, die immer im Kontext mit einer belastenden Situation stehen. Dabei kann ein Bewältigungsverhalten sowohl mit als auch ohne Erfolg im Hinblick auf die Änderung einer Situation auftreten. Es scheint aber eine Beziehung zwischen einem bestimmten Bewältigungsverhalten und dem Wohlbefinden des jeweiligen Menschen zu bestehen (vgl. Stone et al., 1993). Krohne definiert Angstbewältigung als die kognitiven oder verhaltensmäßigen Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Bedrohungsquelle zu kontrollieren und den durch diese Quelle ausgelösten emotionalen Zustand mit seinen verschiedenen (somatischen und kognitiven) Komponenten zu regulieren (vgl. Krohne, 1996).

Die während eines Operationsgeschehens auftretende Angst wird von Mensch zu Mensch unterschiedlich bewältigt. Hierbei ist es wichtig, die dispositionellen von den aktuellen Angstbewältigungsstrategien zu unterscheiden (vgl. Krohne, 1996). Eine mögliche Einteilung dispositioneller Bewältigungsstrategien erfolgt durch die Unterscheidung von „Repression“ und „Sensitization“. Dem Begriff der „Repression“ werden Personen zugeteilt, die sich bemühen, den Bedrohungsgehalt von Situationen zu verleugnen oder herunterzuspielen. „Sensitization“ dagegen bedeutet eine besonders hohe Aufmerksamkeit gegenüber Bedrohungsreizen. Die Angstbewältigung wird als ein Prozess verstanden, welcher die dispositionelle Bewältigungsstrategie zwar berücksichtigt, aber zusätzlich stark von der aktuellen Situation abhängt. Somit ist es wichtig, die Persönlichkeitsdisposition, die situativen Merkmale sowie das aktuelle Bewältigungsverhalten im Zusammenhang zu betrachten. Außerdem haben Studien bewiesen (vgl. Böhm, Dony, 1984), dass die jeweiligen Bewältigungsstrategien nicht unabhängig von den demographischen Merkmalen Alter und Geschlecht sowie der Schulbildung gesehen werden dürfen.

Eine bewährte Kategorisierung der aktuellen Bewältigungsstrategien ist auf Cohen und Lazarus (1982) zurückzuführen. Die Forscher unterscheiden diesbezüglich „Vigilanz“ und „kognitive Vermeidung“. „Vigilanz“ bedeutet, dass sich der Mensch dem Ereignis, hier also der Operation, zuwendet und sich mit ihr kognitiv und emotional auseinandersetzt, indem er z.B. Informationen sucht oder Fragen zum Verlauf der Operation stellt. Der Patient beabsichtigt, seine Unsicherheit durch Wissen zu reduzieren, um nicht negativ überrascht zu werden. Die Motivation dieses Verhaltens ist

also die Unsicherheit. Menschen, die Unsicherheit schlecht ertragen können, setzen verstärkt die Bewältigungsstrategie der Vigilanz ein. Man spricht hier auch vom Konstrukt der Intoleranz gegenüber Unsicherheit. Individuen mit dieser Bewältigungsstrategie werden „Sensitizer“ genannt (vgl. Krohne, 1996). „Kognitive Vermeidung“ dagegen hat zum Ziel, die Stress auslösenden Faktoren zu leugnen, um Erregung zu umgehen. Der emotionale Zustand soll auf diese Weise in seiner Intensität reduziert werden. Individuen, die schlecht mit emotionaler Erregung umgehen können, werden eher von der Bewältigungsstrategie der Vermeidung Gebrauch machen. Dieses Konstrukt repräsentiert die Intoleranz gegenüber emotionaler Erregung. Individuen mit dieser Bewältigungsstrategie werden „Represser“ genannt. Beide Formen der Bewältigungsstrategien haben sowohl Vor- als auch Nachteile. Vorteil der vigilanten Bewältigung ist, dass die Person sich mit dieser Strategie vor negativen Überraschungen zu schützen versucht und glaubt, die Entwicklung einer Situation vorhersagen zu können. Ein Nachteil ist jedoch, dass sich die Person durch Sammeln und Bearbeiten von Informationen intensiver mit den Gefahren der Situation auseinandersetzt und somit bei sich vermehrt Angstreaktionen auslöst. Diesen Nachteil hat die vermeidende Bewältigungsstrategie nicht, da hier die Gefahrenreize und die Auseinandersetzung mit ihnen unterdrückt werden. Die Person lebt also relativ lange angstfrei. Sie kann aber meist nicht adäquat reagieren, wenn eine eindeutige Bedrohung auftritt. Die Situation kann von dem Individuum dann nicht mehr bewältigt werden und die emotionale Erregung steigt stark an. Eine dritte Gruppe repräsentiert diejenigen Individuen, die sich sowohl gegen Unsicherheit als auch gegen emotionale Erregung hoch intolerant zeigen und während einer Belastungssituation weder den einen noch den anderen Zustand ertragen können. Man spricht hier von einer fluktuierenden Bewältigung, da jedes Bewältigungsverhalten zeitlich nur sehr kurz eingesetzt wird. Indem diese Personen sowohl negative Überraschungen wie auch emotionale Erregung zu meiden versuchen, werden sie meist nicht abwarten und prüfen können, ob ihre Strategie erfolgreich ist, da sie unsystematisch auf vigilantes und vermeidendes Verhalten zurückgreifen. Es handelt sich hier oft um hochängstliche Personen, die auch „erfolglose Bewältiger“ genannt werden. Die letzte Gruppe repräsentiert die „Nichtdefensiven“. Hierbei handelt es sich um eine Personengruppe, die weder für Unsicherheit noch für Erregung intolerant ist. Entweder sehen sich diese Individuen nicht in der Lage, eine der genannten Bewältigungsstrategien anzuwenden, oder sie besitzen eine größere Toleranz gegenüber Unsicherheit und Erregung und können somit die Bewältigungsformen flexibler einsetzen. „Nichtdefensive“ versuchen außerdem, die Bedrohlichkeit der Situation zu

verändern, indem sie aktiv und instrumentell in die Situation eingreifen möchten. Diesen Ausführungen liegt das Modell der Bewältigungsmodi (vgl. Krohne, 1996) zu Grunde, welches sich graphisch folgendermaßen darstellt:



Wie in verschiedenen Studien, die im Nachfolgenden spezifischer erläutert werden, herausgefunden wurde, scheint die Bewältigungsform der Vermeidung in kurzfristigen bedrohlichen Situationen, wie es bei einer Operation der Fall ist, die effektivere zu sein. In den Untersuchungen von Salmon (1992) zeigten Represser niedrigere Werte in Bezug auf das emotionale Befinden, auf Schmerzen und auf die Länge des Klinikaufenthaltes, jedoch höhere Werte bezüglich autonomer Parameter. Der Grund dafür könnte darin bestehen, dass durch die Bewältigungsform der Vermeidung die Angst zwar persönlich niedriger wahrgenommen wird, die autonome Angstreaktion jedoch trotzdem existiert. Nichtdefensive haben in einer perioperativen Situation besondere Schwierigkeiten, da direktes Handeln und Eingreifen hier nicht möglich ist und die belastende Situation intrapsychisch bewältigt werden muss. Eine Studie von George, Scott, Turner und Gregg (1980) kam zu dem Ergebnis, dass höhere

präoperative Angst und Vigilanz größere postoperative Schmerzen und längerfristige Beeinträchtigungen im täglichen Leben mit sich ziehen. Sensitizer nehmen postoperativ die meisten Schmerzmittel ein und brauchen auch höhere Dosen an Narkosemitteln, gefolgt von Repressern (vgl. Krohne et al., 1996). Zusätzlich zeigen Sensitizer und Hochhängstliche mehr kognitive, somatische und affektive Angstsymptome. Die Gruppe der Hochhängstlichen zeigt sich in einer perioperativen Situation besonders hilflos, da sie eine hohe Angstneigung und keine eindeutige Präferenz für eine bestimmte Bewältigungsstrategie besitzt. Es zeigt sich jedoch, dass die beiden Gruppen Vigilanz und kognitive Vermeidung nicht ausreichen, um die Vielfalt der Angstbewältigung zu erfassen. Es ergeben sich mehr Kategorien, wie z.B. Suche nach sozialer Unterstützung, positive Umbewertung und Relativierung, welche in einem Vergleich mit noch stärker belasteten Personen bestehen könnte.

Es ist hervorzuheben, dass die jeweilige Bewältigungsstrategie Einfluss auf die postoperative Erholung eines Individuums nimmt. Vigilante Personen scheinen in diesem Zusammenhang im Nachteil zu sein. Es ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass repressive Bewältigung nur im Kontext mit kurzfristigen Situationen vorteilhaft ist. Auf längere Situationen bezogen zeigt sich ein umgekehrtes Bild (vgl. Suls und Fletcher, 1985). Zum Beispiel stellte man bei Patienten mit Asthma fest, dass Represser nach Auftreten eines Anfalls häufiger stationär behandelt werden müssen als Sensitizer, da diese ängstlicher sind und schneller auf ihre Beschwerden reagieren, so dass eine Verschlechterung ihres Befindens verhindert werden kann. Represser dagegen ignorieren oft die ersten Zeichen eines Asthmaanfalls, nehmen ihre Symptome nicht ernst und warten somit ab, bis sich ein gefährlicher Anfall in vollem Ausmaß ereignet. Vigilanz ist also dann effektiv, wenn es um Prävention geht, Vermeidung dagegen, wenn es darum geht, eine bedrohliche Situation zu akzeptieren, der man durch aktives Handeln nicht mehr entkommen kann. Ein chirurgischer Eingriff stellt eine solche Situation dar. Deshalb ist für die Person, die sich einer Operation unterzieht und somit keinen oder einen nur sehr geringen Handlungsspielraum besitzt, den bisherigen Forschungsergebnissen nach ein vermeidender Bewältigungsstil vorteilhafter.

Der Genesungsprozess ist mehrdimensional, verschiedene Formen der Angstbewältigung sind vor, während und nach einer Operation notwendig. Daher ist eine Formulierung von Kriterien vonnöten, die sich zur Beurteilung des Anpassungsstatus eignen. Zur empirischen Erfassung von Angstbewältigung gibt es bis dato z.B. das Angstbewältigungsinventar (ABI) (vgl. Krohne und Egloff, 1994). Hier wird getrennt in die Bereiche physische und selbstwertbedrohliche Situationen.

Außerdem werden Vigilanz und kognitive Vermeidung auf zwei separaten Skalen gemessen. In dieser Studie wurde das aktuelle Angstbewältigungsverhalten der Patienten mittels des Fragebogens COSS (The Coping with Surgical Stress) (vgl. Krohne et al., 2000) erhoben, der auf die Situation chirurgischer Patienten abgestimmt ist. Sieben Gruppen von Bewältigungsverhalten werden hier unterschieden: Informationssuche, Abwärtsvergleich, Vertrauen/Optimismus, Glaube, Ablenkung, Rückgriff auf eigene Ressourcen und Rumination

2.3 Konzepte sozialer Unterstützung

Cobb (1976) definiert Unterstützung als Information, die eine Person glauben macht, dass sie geliebt und geschätzt wird, für sie gesorgt wird und sie einem sozialen Netzwerk von Kommunikation und gegenseitiger Verantwortung angehört. Für Schwarzer (2004) umfasst die soziale Unterstützung die Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem der Betroffenen Leid erzeugt, zu verändern oder zumindest das Ertragen dieses Zustands zu erleichtern, wenn sich objektiv nichts ändern lässt. Soziale Unterstützung bedeutet also die qualitative Interaktion zweier Menschen, die das Ziel hat, einem der Beteiligten zu helfen. Aber auch der Helfende hat ein Motiv für sein Handeln, denn nicht jedem wird er die gleiche Hilfe zuteil werden lassen. Somit ist soziale Unterstützung ein „Prozess, der auf Gegenseitigkeit beruht, denn man muss schon etwas dafür tun, um beachtet und umsorgt zu werden“ (Schwarzer, 2004). Meist findet soziale Unterstützung innerhalb enger Beziehungen statt, wie sie zwischen Ehepartnern oder im Kontext einer Familie bestehen können. Menschen, die ihre Beschwerden gezielt äußern, um Hilfe bitten und ihrem Gegenüber Dank entgegenbringen, erhalten außerdem mehr soziale Unterstützung als Menschen, die dies nicht tun. Es scheint, dass Frauen mehr Unterstützung geben und erhalten als Männer (vgl. House et al., 1988). Kleine Netzwerke, starke Bande, hohe Dichte, hohe Homogenität und niedrige Verteilung sind vorteilhaft für das Wohlergehen und die Gesundheit und die Aufrechterhaltung der Identität. Wenn sich aber eine Veränderung der Identität vollzieht, wie z.B. während oder nach einer Scheidung, kann ein größeres Netzwerk, eine niedrigere Dichte und größere soziale und kulturelle Heterogenität von besserem Nutzen sein.

Dunkel-Schetter und Skokan (1990) unterscheiden vier verschiedene Faktoren, die im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung von Bedeutung sind: Stressfaktoren, Faktoren des Hilfeempfängers, Faktoren auf der Seite des Helfenden und Beziehungsfaktoren. Diese Begriffe werden im Folgenden erläutert: Hilfsbedürftigkeit

wird von einer betroffenen Person immer als Stress empfunden. Die Person kann die momentanen Anforderungen, die an sie gestellt werden, nicht selbst erfüllen und ist auf soziale Ressourcen angewiesen. Wird dieser Bedarf sowohl von der betroffenen Person als auch von seinem Gegenüber erkannt, so stellt dies eine gute Voraussetzung für eine soziale Interaktion dar (vgl. Hofboll, 1989). Als Faktoren für den Hilfeempfänger nennen Hofboll und Freedy (1990) den Zeitfaktor und die Intensität der Belastung: Eine zu hohe oder sehr lange Belastung führt oft zu einem Abbruch der sozialen Unterstützung. Die Effizienz der sozialen Unterstützung ist im mittleren Bereich der Belastung am höchsten. Außerdem sind persönliche Ressourcen, wie z.B. ein hohes Selbstwertgefühl, Kompetenz, Optimismus und internale Kontrollüberzeugung, günstige Voraussetzungen dafür, ausreichend Hilfe zu erhalten. Menschen mit hohem Selbstwertgefühl können ihre Situation effizienter bewältigen und brauchen deshalb gegebenenfalls weniger Unterstützung als andere. Soziale Kompetenz, d.h. die Fähigkeit, durch gekonnte Kommunikation mit Netzwerkmitgliedern um Hilfe zu bitten, ist eine Grundvoraussetzung für die Mobilisierung von sozialer Unterstützung. Geringe soziale Kompetenz dagegen reduziert die Wahrscheinlichkeit zur Netzwerk-Aktivierung. Außerdem ist die Bereitschaft dafür, Hilfe zu akzeptieren, ohne sich dabei unterlegen oder verpflichtet zu fühlen, auch individuell unterschiedlich ausgeprägt. Zusätzlich kann Schüchternheit eine Barriere darstellen, die eine Person davon abhält, sich Hilfe zu suchen. Eine soziale Attraktivität auf der Seite des Hilfesuchenden fördert die Bereitschaft zur sozialen Unterstützung auf der Seite des Helfenden. Passive, undankbare und schwermütige Menschen sind nicht attraktiv und werden auf lange Sicht weniger unterstützt (vgl. Barbee et al., 1990; Notarius und Herrick, 1988). Es spielen also individuelle Faktoren der Persönlichkeit eine Rolle, ob jemand Hilfe empfängt oder nicht. Als Faktoren auf der Seite der Helfenden sind eine Reihe von Kognitionen und Emotionen anzusehen. Wichtig ist zum einen, worin der Hilfeleistende die Ursache für die Situation des Hilfesuchenden sieht. Zum anderen entscheidet die Kontrollierbarkeit der Ursache darüber, ob auf der Seite des Helfenden Unterstützung gewährt wird oder nicht. Ist das Schicksal der betroffenen Person nicht kontrollierbar, so ruft dies mehr Mitleid als Hilfsbereitschaft hervor. Dazu kommt die Empathie, die der Hilfeleistende empfindet und ihn zum Handelnden macht. Auch die augenblickliche Stimmung, die subjektiven Kosten und die Wahrnehmung der Unausweichlichkeit der Situation stellen Faktoren auf der Seite des Helfenden dar, die für die soziale Unterstützung von Bedeutung sind. Unter den Beziehungsfaktoren verstehen Dunkel-Schetter und Skokan (1990) den Grad der Intimität in und die Zufriedenheit mit einer

Partnerbeziehung, welche als positive Voraussetzung im Rahmen der sozialen Unterstützung gelten können.

Ein weiterer Aspekt der sozialen Unterstützung ist das eigene Verschulden der Situation, wie z.B. einer Krankheit. Ist ein Schicksal, wie z.B. das Auftreten eines Herzinfarktes ohne eigenes Verschulden aufgetreten, dann erzeugt dies meist mehr soziale Unterstützung als fahrlässiges oder sogar risikoreiches Verhalten, wie Rauchen, fettreiche Ernährung etc. Dem Erkrankten wird die Ursache seiner Erkrankung als selbst induziert zugeschrieben und die Bereitschaft zur Hilfeleistung sinkt. Neben der Ursache, die eine Person dazu bringt, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist auch das Bewältigungsverhalten eine Voraussetzung, die einen anderen dazu führen kann, Hilfe zu leisten. Wenn ein Patient die Ursache für seine Krankheit selbst verschuldet hat, nun aber schon seit langer Zeit alle Anstrengungen unternimmt, um dies wiedergutzumachen, kann dies dazu führen, dass das Bewältigungsverhalten sein Gegenüber stärker beeindruckt als sein Fehlverhalten in der Vergangenheit. Es lässt sich also zwischen der Verantwortlichkeit für die Verursachung eines Problems und der Verantwortlichkeit für dessen Lösung unterscheiden. Eine Studie von Schwarzer und Weiner (1990) zeigte, dass Patienten, die sich selbst um ihre Genesung bemühen, ein größeres Ausmaß an sozialer Unterstützung zuteil wird als Patienten, die zu ihrer eigenen Problemlösung nichts Konstruktives beitragen. Letztere rufen eher Ärger als Empathie bei den Beobachtenden hervor. Zusätzlich sind Menschen, die selbst Erfahrungen mit kritischen Ereignissen in ihrem Leben gemacht haben, eher dazu bereit, Unterstützung zu leisten, als Menschen ohne eine solche Erfahrung (vgl. Schwarzer, 2004).

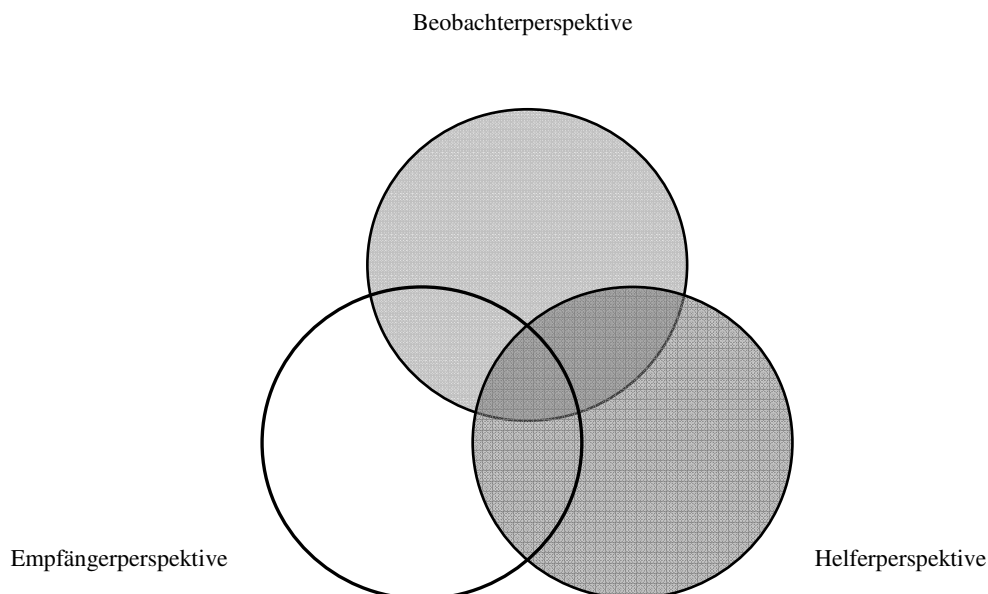
Ebenfalls von großer Bedeutung in diesem Zusammenhang sind die Begriffe soziale Integration, wahrgenommene und erhaltene Unterstützung. Begrifflich von der sozialen Unterstützung abzugrenzen ist die soziale Integration, worunter die Einbettung in ein soziales Netzwerk zu verstehen ist (vgl. Schwarzer, 2004). Es handelt sich hier um eher quantitative Aspekte, wie z.B. den Familienstand, die Anzahl von Verwandten und Freunden und die Häufigkeit sozialer Kontakte. Soziale Integration ist eine Voraussetzung für soziale Unterstützung und beinhaltet sowohl positive Aspekte, die sich in den Beziehungen äußern, wie auch negative, welche in Spannungen und Auseinandersetzungen bestehen. Die wahrgenommene Unterstützung reflektiert die Überzeugungen, Erwartungen und Bewertungen eines Individuums und kann mittels Fragebögen erfasst werden. Es handelt sich also um die Wahrnehmung einer Person, die mit der realen Situation übereinstimmen kann, aber nicht muss. Die erhaltene

Unterstützung dagegen bezieht sich auf tatsächlich geleistete hilfreiche Handlungen. Es geht also um ein reales Geschehen, welches zusätzlich zur subjektiven Perspektive auch noch objektiv erfasst werden kann (vgl. Kulik und Mahler, 1989). Wahrgenommene und erhaltene Unterstützung unterscheiden sich im Hinblick auf den Zeitpunkt, zu dem sie wichtig werden. Unter alltäglichen Umständen ist vor allem die wahrgenommene Unterstützung von Bedeutung, denn hier kann eine Person normalerweise ihre Probleme allein bewältigen oder benötigt nur in begrenztem Maße Hilfe von anderen. Die generelle Wahrnehmung, dass sich jemand geliebt und umsorgt fühlt und dass andere helfen würden, wenn es wirklich vonnöten ist, trägt sowohl zur psychischen als auch zur physischen Gesundheit bei. Wenn aber die Unterstützung tatsächlich mobilisiert werden muss, können Diskrepanzen auftreten. Hier kann sich die wahrgenommene Unterstützung stark von der erhaltenen unterscheiden. Möglicherweise antwortet das soziale Netzwerk entweder nicht in angemessener Weise oder die verfügbare Unterstützung wird überschätzt. Menschen mit hohem Selbstwertgefühl erwarten z.B. mehr verfügbare Unterstützung als sie im Falle von Hilfsbedürftigkeit tatsächlich erhalten würden. Im Gegensatz dazu kann die erhaltene Unterstützung auch unterschätzt werden. Eine verzerrte Wahrnehmung kann also zu Über- oder Unterschätzung der sozialen Ressourcen führen.

Ardelt und Laireiter (1993) bzw. Laireiter et al. (1997) nehmen eine andere Unterteilung der Netzwerkbeziehungen vor. Sie unterscheiden nach Lebensbereichen, der emotionalen Nähe und der aus der Beziehung erhaltenen sozialen Unterstützung. Die in den Lebensbereichen definierten Netzwerkbeziehungen umfassen sowohl die Kernfamilie, professionelle Helfer wie auch soziale Beziehungen, die das Berufsfeld, Nachbarn, Freunde und Bekannte mit einschließen. Der Grad der emotionalen Nähe wird bestimmt durch den Kreis aus Vertrauten, Freunden (Menschen, zu denen eine freundschaftliche Beziehung besteht, intime Angelegenheiten aber nicht besprochen werden) und Bekannten (Personen, zu denen zwar regelmäßig Kontakt, aber weder eine vertraute noch freundschaftliche Beziehung besteht). Die aus einer Beziehung erhaltene soziale Unterstützung unterteilen die Autoren in psychische und instrumentelle Unterstützung. Hierbei ist von Bedeutung, ob die Art der sozialen Unterstützung in Worten des Trostes oder Ratschlägen, in Handlungen oder in Geschenken zum Ausdruck gebracht wird. Je nach Persönlichkeit und Situation wird einmal die eine, ein anderes Mal die andere Art der sozialen Unterstützung hilfreicher und effektiver sein.

Was aber kennzeichnet eine gute soziale Unterstützung? Bei der Interaktion der betroffenen Individuen ergibt sich eine Reihe von Konstellationen, die eine soziale

Unterstützungssituation ausmachen können. So kann z.B. der Helfende eine gute Intention besitzen, der zu Unterstützende diese aber gar nicht registrieren oder gar als Last empfinden. Eine weitere denkbare Situation wäre, dass der Hilfesuchende sich von einer Person optimal unterstützt fühlt, letztere sich jedoch ihrer geleisteten Unterstützung gar nicht bewusst ist. Es gibt eine dritte, neutrale Perspektive, die Beobachterperspektive, die objektiv beurteilen kann, ob in einem bestimmten Fall soziale Unterstützung vorhanden ist oder nicht. Diese dritte beobachtende Perspektive benötigt nun Zugang zu den Kognitionen des Empfängers, um die Situation bewerten zu können. Diese Ausführungen lassen erkennen, dass drei Perspektiven im Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung existieren: die Helferperspektive, die Empfängerperspektive und die Beobachterperspektive. Dunkel-Schetter et al. (1991) erläutern dieses Konzept in folgender Grafik:



Die Schnittmenge aller drei Perspektiven stellt den Idealfall dar, ist jedoch sehr klein. Tatsächlich treten häufig Situationen auf, in denen Missverständnisse und/oder Fehlinterpretationen vorherrschen, die sowohl zu negativen wie auch zu positiven Effekten führen können. Denn es ist möglich, dass eine Situation durchaus nach sozialer Unterstützung aussieht, in Wirklichkeit aber das genaue Gegenteil darstellt. Hierfür sei ein Beispiel aufgeführt: Ein im Krankenhaus liegender Mann bekommt täglich Besuch von seiner Frau. Dies erscheint auf den ersten Blick als klarer Fall von sozialer Unterstützung. Aber es bleibt von der beobachteten Perspektive aus unklar, ob die

Ehefrau die Besuche aus rein altruistischen oder vielleicht sogar aus egoistischen Gründen absolviert und ob der Patient diese Besuche auch wirklich als Unterstützung oder vielleicht sogar als belastend empfindet. Daran wird deutlich, dass die soziale Unterstützung zwar aus Handlungen, Ratschlägen oder Haltungen des Helfers gegenüber dem Empfänger besteht, die endgültige Bewertung dieses Geschehens aber durch die Kognitionen des Empfängers vonstattengeht. Dunkel-Schetter et al. (1991) unterscheiden demgemäß zwischen Unterstützungsversuchen und wirksamen Unterstützungsinteraktionen. Ein Unterstützungsversuch ist das altruistische Handeln einer Person, ohne dass der gemeinte Empfänger eine Unterstützung empfindet. Bei einer wirksamen Unterstützungsinteraktion hingegen ist die geschaffene Situation des Hilfeleistenden für den Empfänger positiv und hilfreich.

2.4 Soziale Unterstützung im Zusammenhang mit Angstbewältigung und Genesung

Generell wird angenommen, dass soziale Unterstützung einen großen Einfluss auf die Erhaltung von Gesundheit und auf die Bewältigung von Krankheiten hat. Sie findet jedoch in sehr komplexen Zusammenhängen statt und einige Studien zeigen, dass soziale Beziehungen, wenn überhaupt, eher inkonsistente Effekte auf die körperliche Gesundheit haben (vgl. Cohen, 1988; Ganster und Victor, 1988; House et al., 1988; Schwarzer und Leppin, 1989). Generell wird soziale Unterstützung immer mit weniger Krankheit oder Stress assoziiert. Unter bestimmten Bedingungen kann es aber auch zu positiver Korrelation dieser beiden Variablen kommen. Hier geht soziale Unterstützung mit einem Mehr an Krankheit einher. Beispielsweise ist es möglich, dass ein Patient durchaus noch in der Lage ist, bestimmte Aufgaben seines Alltags zu bewältigen, diese ihm jedoch aufgrund seiner Krankheit abgenommen werden. Dies kann dazu führen, dass sich der Patient noch kränker fühlt und/oder sich sein gesundheitlicher Zustand durch mangelnde körperliche sowie geistige Aktivität verschlechtert.

Der Kreis der sozialen Unterstützung im Alltag einer gesunden Person ist sicherlich weiter zu ziehen als der einer kranken Person. Meistens spielt sich die soziale Unterstützung in Bezug auf Angstbewältigung und perioperative Anpassung im Kreise der engen Familie ab. Besonders bei schweren Erkrankungen ist es der betroffenen Person kaum möglich, viele unterschiedliche Kontakte zu pflegen. Außerdem geht im Falle einer schweren Krankheit der soziale Kontakt zu vielen Personen in die Brüche, weil die Alltagsbewältigung nun anders aussieht und eine sonst gegenseitige soziale Unterstützung zur einseitigen reduziert wird. Die daraus resultierende Art von

Beziehung ist für alle Beteiligten sehr schwierig und lockere Bekanntschaften halten dem nicht stand. Außerdem muss der schwer Erkrankte oft sehr persönliche und intime Dinge sowohl auf der körperlichen wie auch auf der emotionalen Ebene von sich preisgeben. Im Idealfall kann dies gegenüber Menschen seines Vertrauens geschehen.

Eine Studie von Haller et al. (2003) über das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CEDE) bestätigt diese Ausführungen und ergab, dass Patienten mit CEDE im Durchschnitt ein erheblich kleineres soziales Netzwerk besitzen als gesunde Menschen. Die Zusammensetzung des sozialen Netzwerks nach emotionaler Nähe aber zeigt, dass die Erkrankten nahezu gleich viele Vertrauenspersonen angeben wie Gesunde. Das soziale Netzwerk von CEDE-Patienten ist somit anders zusammengesetzt, es besteht hauptsächlich aus der engsten Kernfamilie und beinhaltet weniger Personen, die als oberflächliche Alltagsbekanntschaften ohne emotionale Nähe beschrieben werden.

Bereits die wahrgenommene soziale Unterstützung wie auch die Fähigkeit, soziale Unterstützung zu mobilisieren, kann als Bewältigungsverhalten angesehen werden. Dies bedeutet, dass wahrgenommene soziale Isolation eine fehlende Option eines Bewältigungsverhaltens darstellt und die betroffene Person ausschließlich auf nicht-soziale Möglichkeiten der Bewältigung angewiesen ist. Bewältigungsverhalten hat als Voraussetzung, dass eine Person Stress empfindet und ihn als solchen einschätzt, und kann somit indirekt von wahrgenommener Unterstützung beeinflusst werden. Die soziale Integration wie die wahrgenommene Unterstützung bilden dabei eine soziale Ressource, wenn sie jeweils als stabile Größe angesehen werden. Die tatsächliche oder erhaltene Unterstützung ist dagegen keine Ressource an sich, kann aber als Teil eines Bewältigungsprozesses angesehen werden, welcher die Mobilisierung, die Erhaltung und die Bewertung der Unterstützung einschließt. Das Bewältigungsverhalten besteht also in der Mobilisierung und der Akzeptanz sozialer Unterstützung, wenn diese einer Person zuteil wird. Thoits (1985) definiert soziale Unterstützung als Bewältigungshilfe. Natürlich gibt es auch andere Ressourcen der Bewältigung wie Gesundheit, Energie, Zeit, materielle Güter, die in einer Stresssituation eine Rolle spielen.

Ein weiterer Kernpunkt der sozialen Unterstützung in Bezug auf Krankheit liegt im zeitlichen Kontext. Chronische Krankheiten entwickeln sich über einen langen Zeitraum, so dass die soziale Unterstützung hier ein stabiles Merkmal darstellt. Akute Manifestationen von Krankheiten dagegen benötigen eher spontane, zeitlich sehr begrenzte soziale Unterstützung. Cohen (1988) sieht Stabilität eher als einen Faktor der sozialen Integration an, während soziale Unterstützung eher bei akuten Krankheiten

zum Ausdruck gebracht wird. Eine Studie von Schmeling-Kludas et al. (1991) untersuchte den Unterschied zwischen internistischen und chirurgischen Patienten im Hinblick auf psychosoziale Belastungen und sie ergab, dass die chirurgische Patientengruppe einen stärkeren Bedarf an Unterstützung durch Bekannte hatte als die internistischen Patienten. Die Autoren begründen dies mit der Annahme, dass sich diese Patienten vermutlich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mehr auf praktische Unterstützung angewiesen fühlen (z.B. bei eingeschränkter Bewegungsfähigkeit).

Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Genesungsprozess eines Patienten kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. So kann z.B. zwischen dem Verhaltensansatz und dem Interdependenzansatz unterschieden werden (vgl. Schwarzer, 2004). Eine Untersuchung von Kulik und Mahler (1989) spiegelt den Verhaltensansatz wider. Dieser besagt, dass die Unterstützung direkt aus der Anzahl der Krankenbesuche, die der jeweils betroffene Patient erhält, erfasst werden kann. Als Kriterien für die postoperative Erholung galten die Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation und die im Krankenhaus insgesamt. In der Studie wurden 72 Männer, die sich einer Bypass-Operation unterziehen mussten, in drei Gruppen unterteilt: verheiratete Männer mit jeweils guter oder schwacher Unterstützung und ledige Männer. Die gut unterstützten wurden durchschnittlich 1.26 Tage früher entlassen als die schwach unterstützten. Die ledigen Männer hatten eine Verweildauer, die zwischen den gut und den schwach unterstützten verheirateten Männern lag. Die Liegezeit auf der Intensivstation fiel dementsprechend aus. Die Mechanismen, die soziale Unterstützung hier ausmachen, sind unterschiedliche. Zum einen kann angenommen werden, dass die reine Anwesenheit der Ehefrauen für den Partner als angenehm empfunden wird, zum anderen kann auch die aktive Hilfe der Frauen, wie z.B. Hilfe beim Essen oder Mobilisieren und auch Zuspruch, der den Lebensmut und die Selbstheilungskräfte steigert, den Genesungsprozess beschleunigen. Ledige Menschen sind häufiger an das Alleinsein gewöhnt, bewältigen ihren Alltag meist selbständig und sind daher nicht übermäßig auf sozialen Rückhalt angewiesen. Die in dieser Situation schwach unterstützten Ehemänner aber sind es seit Jahren wahrscheinlich gewohnt, dass bei der Bewältigung von Problemen ihre Partnerin anwesend ist und sie umsorgt, so dass sie sich während des Krankenhausaufenthaltes ohne die Anwesenheit der Ehefrau bzw. ohne deren regelmäßigen Besuch sozial isoliert fühlen. Dadurch fällt möglicherweise hier die Dauer des Genesungsprozesses und des Aufenthaltes im Krankenhaus am höchsten aus.

Coyne et al. (1990) repräsentieren mit einer ihrer Studien den Interdependenzansatz. Dieser besagt, dass die Qualität der Beziehung auf den Genesungsprozess wirkt. Bei dieser Studie handelte es sich um Männer, die sich einer Herzoperation unterziehen mussten. Auf beiden Seiten, also bei den zu operierenden Ehemännern, wie auch bei den Ehefrauen, wurden sowohl Kognitionen als auch Emotionen untersucht. Es zeigte sich, dass mit der Belastung der Männer auch die psychische Belastung der Ehefrauen ansteigt, welche noch höher ausfällt, wenn die Frau ihren Mann als Bürde empfindet. Dementsprechend geben die Frauen dann unangemessene Unterstützung und umsorgen ihre Ehemänner in unnötiger Art und Weise. Dagegen führen eine qualitativ gute Beziehung vor dem Eingriff und die Überzeugung der Ehefrau, ihr Mann sei in der Lage, die Situation der Operation gut zu bewältigen, zu effektiverer sozialer Unterstützung.

Ist eine Person über längere Zeit Stress ausgesetzt, kann ein zusätzlicher Mangel an sozialer Unterstützung zu chronisch erhöhten neuroendokrinen Antworten und zu einer Immunsuppression beitragen. Dies könnte im weiteren Verlauf eine Beeinträchtigung der körperlichen Abwehr nach sich ziehen. Es ist dagegen zu erwarten, dass soziale Unterstützung neuroendokrine Reaktivität unterdrückt und das Immunsystem stärkt (vgl. Cohen, 1988). Dementsprechend würde ein Mangel an sozialer Unterstützung einen negativen Einfluss auf das Entstehen und das Fortschreiten von Krankheiten ausüben.

Die soziale Unterstützung im Allgemeinen ist eine weit gefasste und in vielen Studien thematisierte Dimension. Es wird weitgehend davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung direkt oder indirekt bessere gesundheitliche Anpassung mit sich bringt und bereits entstandenen Stress abmildert (vgl. Knoll und Kienle, 2007). Jedoch sind die Ergebnisse nicht immer eindeutig. Wie aus den obigen Ausführungen leicht zu erkennen ist, gibt es eine Reihe von Versuchen, die einzelnen Kategorien der sozialen Unterstützung zu differenzieren. Im deutschen Sprachraum herrscht ein Mangel an validierten Messinstrumenten, die die soziale Unterstützung erfassen. Die Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) ist im angloamerikanischen Sprachraum ein reliables und valides Messinstrument (vgl. Cohen und Habermann, 1983 und Delistamati et al. 2006) und wurde in dieser Studie in einer deutschen Adaptation eingesetzt. Der ISEL besteht aus fünf Subskalen, die folgende Komponenten von sozialer Unterstützung erfassen: Bewertungsunterstützung, instrumentelle Unterstützung, emotionale Unterstützung, Selbstwertunterstützung und Unterstützung durch Gruppenzugehörigkeit.

2.5 Die perioperative Situation

Lange Zeit fand die psychologische Komponente des Operationsgeschehens wenig Interesse in der medizinischen Forschung. Vor allem die Anästhesie aber erkannte dies als Problem und widmete ihm zahlreiche Veröffentlichungen (vgl. Tolksdorf, 1985). Wenn eine Operation bevorsteht, sind Patienten ängstlicher als zu anderen Zeitpunkten (vgl. Johnston, 1986). Generell muss sich eine Person, die sich in ein Krankenhaus begibt, von ihrem persönlichen Alltag auf den des Krankenhauses umstellen. In einer Studie von Schmeling-Kludas et al. (1991) berichteten Patienten, dass ihnen die Umstellung vor allem durch die eingeschränkte körperliche Bewegung, die Trennung von Familie und häuslicher Umgebung und die aufkommende Langeweile schwer fiel. Weitere stressauslösende Faktoren für einen Patienten, der sich einer Operation unterziehen muss, sind z.B. das Gefühl, dass die Ereignisse nicht unter der eigenen Kontrolle stehen, die Sorge, wie die Familie die Situation meistert, oder die Furcht vor einer schwerwiegenden Diagnose, die erst durch die Operation zutage tritt (vgl. Salmon, 1992). Die Sorgen der betroffenen Personen beschränken sich also nicht nur auf das Umfeld des Krankenhauses und die bedrohende Situationen der Operation, sondern beinhalten zusätzlich äußere Faktoren. Ein weiterer wichtiger Punkt besteht darin, dass bei chirurgischen Patienten, im Gegensatz zu denen anderer Fachrichtungen, die in den meisten Fällen geplante Operation im Fokus ihres Erlebens steht. Dadurch werden Krankheit und Operation fast als Einheit gesehen und diagnostische und therapeutische Maßnahmen treten eher in den Hintergrund (vgl. Schmeling-Kludas et al., 1991). Diese Personen sehen die Ursache für ihr Leiden und ihre Situation, im Gegensatz zu internistischen Patienten, eindeutiger und fast ausschließlich durch somatische Faktoren bestimmt. Chirurgische Patienten sind oft jüngere Patienten. Bei der erwähnten Studie gaben besonders Patienten unter 30 Jahren Schwierigkeiten an, sich auf das Leben im Krankenhaus einzustellen. Zusätzlich fiel auf, dass weibliche Patienten der chirurgischen Gruppe in medizinischen Belangen besser informiert sind als männliche Patienten. Diejenigen Personen, die ihre Diagnose genau angeben können, messen im Vergleich zu kranken Menschen mit nur ungenauer Diagnosekenntnis dem eigenen Verhalten bzw. einer alternativen Lebenseinstellung signifikant größere Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf zu.

Die perioperative Situation lässt sich in fünf Phasen unterteilen:

1. Zeit zwischen der Entscheidung zur stationären Aufnahme und der tatsächlichen Aufnahme.
2. Die Aufnahme ins Krankenhaus
3. Die Vorbereitungsphase zur Operation
4. Die Operation
5. Die postoperative Phase

Zu 1.) Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus werden Patienten aller Fachrichtungen mit verschiedenen Faktoren konfrontiert, die für das Erleben ihrer Situation wichtig sind. Geringe medizinische Vorkenntnisse z.B. können durch die Entscheidung zur stationären Aufnahme zu erhöhten Belastungen führen. Als weiteres Beispiel ist die Erstmanifestation eines Leidens zu nennen. Auch in diesem Kontext haben Patienten mehr Schwierigkeiten, sich auf das Leben im Krankenhaus einzustellen als solche, die schon einige Male stationär behandelt wurden.

Zu 2.) Die Phase der stationären Aufnahme hat für die meisten Patienten die Bedeutung, dass sie etwas über das Procedere im Krankenhaus erfahren, z.B. welche Untersuchungen durchgeführt werden oder wie lange die Behandlung voraussichtlich dauern wird. Zusätzlich ist es für Patienten wichtig, eine Vertrauensbeziehung zu ihrem behandelnden Arzt aufzubauen und/oder Linderung ihrer Beschwerden zu erhalten.

Zu 3.) In der Vorbereitungsphase auf die Operation kommen auf einen chirurgischen Patienten eine Reihe von Untersuchungen zu, wie z.B. Blutentnahmen, Röntgen- und Sonographieaufnahmen bis hin zu kleineren Eingriffen, wie z.B. Gastro- oder Coloskopien. Diese Maßnahmen können für den einzelnen jeweils mehr oder weniger belastend sein. Wichtige Aspekte hierbei sind vor allem aus der Perspektive der Patienten die Freundlichkeit des Personals, eine gute Pflege sowie eine gute medizinische Versorgung (vgl. Schmeling-Kludas, 1991). Diese sind in der postoperativen Phase von gleicher Bedeutung und implizieren, dass die Mitarbeiter im Krankenhaus erheblich zur psychischen Stabilität der Patienten beitragen können.

Zu 4.) Die intraoperative Phase ist zum großen Teil gekennzeichnet durch körperliche Parameter und das Krankheitsbild. Ebenfalls Einfluss auf den Verlauf einer Operation nehmen die Qualität der Vorbereitung durch den Arzt und das Pflegepersonal wie auch die individuelle Angstbewältigung und das soziale Umfeld.

Zu 5.) Die postoperative Phase umfasst die benötigte Zeit der Genesung eines Menschen. Hier spielen wiederum wechselwirkend Angstbewältigung, soziales Umfeld, physiologische Parameter, Schmerzen, die Kommunikation zwischen Patient und

behandelnden Ärzten und Pflegepersonal und die Umstände auf den Stationen (z.B. ob der Patient mehrmals umgeschoben wurde, viel Lärm ausgesetzt war und/oder durch Mitpatienten gestört wurde) eine Rolle.

Chirurgische Patienten erfahren eine Angst vor dem Unbekannten. Diejenigen Patienten, die nicht wissen, was auf sie zukommen wird, werden vermutlich mehr Probleme bei der Anpassung haben. Johnson (1973) betonte, dass es außerordentlich wichtig sei, die Empfindungen vorherzusagen und vorwegzunehmen, die mit dem bedrohenden Ereignis im Zusammenhang stehen. Dabei ist es besser für den Patienten, die postoperativen Schmerzen stark zu überschätzen als nur ein wenig zu unterschätzen. Es kann also die Hypothese aufgestellt werden, dass sich eine Person auf die Schmerzen vorbereitet, die sie für sich selbst vorhersagt. Im Gegensatz zu Janis' Untersuchung, die ergab, dass ein zu niedriges Angstniveau sich negativ auf die postoperative Anpassung auswirkt, deutet diese Hypothese darauf hin, dass ein zu niedriges Niveau an Einschätzung der Gefahr zu einer inadäquaten Vorbereitung auf die Operation führt. Diese Annahme weist auch auf die schon diskutierte Kontrollierbarkeit einer Situation hin, die für chirurgische Patienten sehr gering ausfällt, da die meisten Gefahren, die von einer Operation ausgehen, nicht von ihnen selbst, sondern von Ärzten und Pflegepersonal kontrolliert werden. Oft verwehren sowohl Krankenschwestern wie auch Ärzte dem Patienten, eine aktive Rolle in ihrem Krankheits- und Genesungsprozess einzunehmen. Seligmann (1975) stellt die Abwesenheit von aktivem Coping gleich mit erlernter Hilflosigkeit und zeigt, dass diese sich umso leichter bei einem Patienten induzieren lässt, je länger sein Krankenhausaufenthalt besteht. Es könnte also hilfreich sein, den Patienten in kleine Entscheidungen mit einzubeziehen und/oder ihm Strategien beizubringen, z.B. bestimmte Atemtechniken, Entspannungsübungen oder kognitive Strategien, die ihm ein subjektives Gefühl der Kontrolle über die bevorstehende Gefahr und seine Angst geben, unabhängig davon, ob die Kontrollierbarkeit real existiert oder nicht. Das Prinzip der Sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung besagt, dass sich das, was eine Person denkt, bewahrheiten wird und somit das Ergebnis einer Situation, in diesem Falle die perioperative Anpassung, durch seine Gedanken und Gefühle beeinflusst.

Beim Genesungsprozess spielt sicherlich auch der Aspekt der Motivation eine Rolle. In Bezug darauf werden Belohnungen als Faktoren gesehen, die helfen, physiologische Prozesse zu regulieren und dadurch Verhalten zu motivieren. Das Belohnungssystem spielt eine zentrale Rolle für das Überleben und das Wohlergehen von Individuen (vgl. Gauggel, 2004). Informationen über die Verfügbarkeit einer Belohnung können genutzt

werden, um das Verhalten auf das Erreichen der Belohnung hin auszurichten. Die Erwartung einer Belohnung bestimmt also die Richtung, Intensität und Persistenz des Verhaltens. Auch Ziele spielen eine große Rolle. Ziele sind ins Auge gefasste oder vorgestellte Zustände, die Personen willentlich anstreben und auf deren Erreichung sie aktiv hinarbeiten bzw. die sie vermeiden möchten. Im operativen Kontext kann die partielle oder vollständige Genesung, aber auch die Zwischenschritte bis dorthin, wie z.B. der Kostenaufbau, die Mobilisation etc., von der jeweiligen Person sowohl als Belohnung als auch als Ziel angesehen werden. Die physiologischen Prozesse, die dadurch angeregt werden, können somit den Genesungsprozess unterstützen. Das Wissen darüber könnte bei der Formulierung im Aufklärungsgespräch durch den Arzt oder innerhalb der Pflege angewandt werden, um der von der Operation betroffenen Person in diesem Kontext hilfreich zur Seite zu stehen und den Genesungsprozess zu fördern (vgl. Teuwen, 2005).

Es gibt Persönlichkeitsmerkmale, die für eine perioperative Anpassung von Bedeutung sein können. Die schon im Kapitel über Angst vorgenommene Unterscheidung zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal der Ängstlichkeit und der aktuellen Zustandsangst soll deswegen hier nur noch einmal erwähnt werden, ohne detailliert darauf einzugehen. Die bereits erwähnten Studien von Krohne, Kleemann, Hardt und Theisen (1989) zeigten, dass bei hoher präoperativer Zustandsangst ein ungünstiger Effekt bezüglich der postoperativen Verweildauer auftritt. Möglicherweise geht die Angabe starker somatischer Angstsymptome mit einer allgemein labileren körperlichen Verfassung einher, die zu einer späteren Entlassungsentscheidung der behandelnden Ärzte führt. Ebenfalls seien hier die unterschiedlichen Formen der Bewältigung noch einmal erwähnt, die verschiedene Effekte auf die perioperative Anpassung haben können. Es lassen sich Bewältigungsformen bzw. Stressoren identifizieren, die sich günstig oder ungünstig auf das Anpassungsverhalten auswirken. Hierbei sind externe Determinanten von internen zu unterscheiden. Externe Determinanten betreffen die Art der medizinischen (z.B. die anxiolytische Prämedikation) und der psychologischen Operationsvorbereitung. Letztere läuft meist nur unsystematisch ab. Interne Determinanten repräsentieren die spezifischen Bewältigungsmaßnahmen, die Patienten im Kontext einer Operation einsetzen. Da das Operationsgeschehen aber aufgrund der geringen Beeinflussbarkeit der Situation besondere Bewältigungsmaßnahmen erfordert, sind hier spezielle Bewältigungsstrategien gefordert, wie z.B. Umbewertung, Ausblendung bedrohungsbezogener Hinweisreize, Informationssuche oder Ablenkung. Durch die Erfassung der jeweiligen Determinanten können diese für den Verlauf der

Operation berücksichtigt und somit das Anpassungsverhalten beeinflusst werden. Es ist von Bedeutung, die Änderungen des Belastungsniveaus im zeitlichen Verlauf zu beobachten, um hier kritische Zeitpunkte für eventuelle Interventionen zu identifizieren. Die Erforschung von Belastungsfaktoren und deren Bewältigung im Kontext mit Operationen ist ein wichtiges Feld, wenn es darum gehen soll, die betroffenen Personen effektiv zu unterstützen. Dies kann zu kürzeren Liegezeiten im Krankenhaus, weniger Komplikationen und nicht zuletzt zu geringeren Kosten im Gesundheitssystem führen.

2.6 Die Erfassung des perioperativen Anpassungsstatus

Was genau beinhaltet der Begriff Genesung? Der Begriff Genesung besagt, dass es sich um einen Prozess handelt und nicht um eine statische Größe. Dieser Prozess kann als Phase vom Ende einer Krankheit bis zum Wiederherstellen des prämorbidem Gesundheitszustandes (vgl. Roche, 1993) oder als letzte Phase einer Erkrankung mit ausklingenden Krankheitserscheinungen bis zur Herstellung der Gesundheit (vgl. Pschyrembel, 1998) definiert werden. Aus diesen Begriffsbestimmungen ergeben sich die Probleme, den prämorbidem Zustand, Krankheit und Gesundheit zu definieren und zu messen. Es stellt sich weiterhin die Frage, ob die Genesung ein einheitlicher Prozess ist und ob die Messgrößen, die diesen erfassen sollen, ihn auch wirklich messen oder eher einen Zustand des jeweiligen Patienten. Arzt und Patient können eine unterschiedliche Vorstellung von Genesung haben. Während der Arzt die Struktur und Funktion des Körpers dafür verantwortlich macht, ob ein Patient genesen ist oder nicht, kann die betroffene Person ihre Aktivitäten bzw. deren Einschränkung als Maß für die Genesung ansehen. Es erscheint also zweifelhaft, dass die Genesung einen einheitlichen Prozess darstellt und dass die große Breite an Messgrößen, die für die Genesung angewandt werden, alle den gleichen Vorgang messen. Dieser ist außerdem bestimmt durch die Geschwindigkeit, in der er abläuft, wobei eine zügige Genesung als erfolgreich und eine langsam vonstatten gehende Genesung als schlecht gelten kann.

Bei einer Studie über den psychologischen Effekt im Hinblick auf die postoperative Genesung von allgemein chirurgischen Patienten (vgl. Kopp et al., 2003) wurde deutlich, dass valide Vorhersagen über den Verlauf einer postoperativen Erholung sowohl klinische, soziodemographische Kriterien wie auch Faktoren der Persönlichkeit und das Bewältigungsverhalten der jeweiligen Person mit in Betracht ziehen müssen. Die Kriterien zur Beurteilung des Anpassungsstatus eines Patienten sind jedoch sehr vielfältig und oft ist es fraglich, ob die erhobenen Parameter brauchbar und valide für die Anzeige der momentanen Zustandsänderungen sind.

Eine Möglichkeit der Einteilung ist die Unterscheidung in medizinische und psychologische bzw. psychosoziale Kriterien. Medizinische Indikatoren für den Anpassungsstatus eines Patienten während einer Operation sind die auf das Körpergewicht bezogene benötigte Menge eines Narkotikums bei der Narkoseeinleitung sowie Herzfrequenz- und Blutdruckveränderungen während der Intubation. Im Verlauf der eigentlichen Operation können dem Narkoseprotokoll Angaben zu Kreislaufparametern und eventuellen Komplikationen entnommen werden. Auch gibt die Narkosetiefe einen Einblick in den Anpassungsstatus eines Patienten. Diese lässt Rückschlüsse auf die präoperative Erregung zu (vgl. Bonke et al., 1990). Zusätzliche medizinische Kriterien sind z.B. Komplikationen während und nach der Operation, Verbrauch von Schmerzmedikamenten, Blutdruck, Puls und die Verweildauer im Krankenhaus (vgl. Boeke et al., 1991; Johnston, 1984). Letztere sollte an die für die jeweilige Operation erwartete Aufenthaltsdauer angepasst werden. Jeder dieser Parameter muss aber bezüglich seiner Aussagekraft in der jeweiligen Situation analysiert werden (vgl. Krohne et al., 1994). Die Schmerzmedikation z.B. entspricht nicht unbedingt dem individuellen Bedarf eines Patienten, sondern spiegelt möglicherweise einfach die Stationsroutine wider (vgl. Johnston und Vögele, 1992), die Länge des Krankenhausaufenthaltes hängt gegebenenfalls von der aktuellen Bettensituation des Krankenhauses ab. Diese Beispiele zeigen, dass die jeweiligen Messgrößen von verschiedenen Variablen beeinflusst werden. Deshalb ist es fraglich, ob sie die gleiche Dimension der Genesung messen. Untersuchungen haben außerdem ergeben, dass die einzelnen Messgrößen untereinander nicht korrelieren (vgl. Salmon, 1992). Auch kann es Unklarheiten darüber geben, ob sich der Begriff Genesung auf die Krankheit insgesamt oder auf die Erholung von der Operation bezieht.

Psychologische bzw. psychosoziale Kriterien, die als Messgrößen für den Prozess der Genesung herangezogen werden können, sind z.B. Art und Pflege der Behandlung und die Compliance des Patienten im Hinblick auf medizinische Vorschriften. Auch die Art der Kommunikation stellt einen Faktor dar, der die perioperative Situation beeinflusst. Der präoperative Zustand eines Patienten steht im Zusammenhang mit seiner Kommunikationsweise und spielt damit für die postoperative Anpassung eine Rolle. Bestimmte Kommunikationsstile sind unangemessen für bestimmte Persönlichkeitstypen. Diejenige Kommunikation ist am effektivsten, die berücksichtigt, ob ein Patient vermeidendes oder der Operation zugewandtes Verhalten zeigt (vgl. Miller, 1980). Ein inkompatibles Verhältnis zwischen den Kommunikationsstilen kann also einen negativen Effekt auf die perioperative Anpassung zeigen. Andrew (1970)

stellte in einer seiner Studien fest, dass vermeidende Personen größere Mengen an Schmerzmedikation benötigen, wenn ihnen präoperativ Informationen übermittelt werden. Ein weiterer Faktor, der häufig diskutiert wird, ist die Vorhersehbarkeit. Eine Studie von Mahler und Kulik (1990) zeigte, dass eine präoperative Wahrnehmung von Kontrolle über die Genesung, die Einbeziehung in die Behandlung und Informationen über die zu erwartende Genesung einen positiven Einfluss auf die postoperative Erholung des Patienten haben. Ist eine Person davon überzeugt, dass sie eine wichtige Rolle bei dem Prozess der Genesung spielt, und hat diese Person das Ziel, so wenig Narkosemittel wie nur möglich zu benötigen, so sind dies Merkmale für eine unkomplizierte postoperative Anpassung (vgl. Kopp et al., 2003). Auch die Lebenszufriedenheit kann als Messgröße gelten. Diese korrelierte stärker mit der postoperativen Genesung als die Schwere der Krankheit und die Anzahl der vorherigen Operationen. Nur einen indirekten Einfluss auf die Genesung hatte in dieser Studie das Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit durch seine Verbindung mit einigen Items, die für das Bewältigungsverhalten relevant sind. Es ist noch unklar, warum in dieser Studie die Lebenszufriedenheit und das behandlungsorientierte Bewältigungsverhalten größeren Einfluss auf die Genesung eines Patienten hatten als das Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit. Die soziale Unterstützung stand in direkter Beziehung zur Genesung der Patienten dieser Studie.

Bei einer Studie über Patienten mit ulcerativer Colitis (vgl. Weinryb, 1997) waren Probleme in der Sexualität, ein perfektionistisches Körperideal und eine niedrige Frustrationstoleranz schlechte Voraussetzungen für die postoperative Anpassung.

Auch das Merkmal Geschlecht spielt eine Rolle auf die perioperative Anpassung. Eine Studie von Krohne et al. (1989) stellte einen bemerkenswerten Unterschied zwischen Frauen und Männern bezüglich der Angst und der benötigten Menge an Narkotika fest. Frauen, die am Morgen vor der Operation starke Angst angaben, benötigten bedeutend höhere Narkosedosen als Frauen mit wenig Angst. Bei den Männern zeigte sich das umgekehrte Bild. Männer, die wenig Angst angaben, benötigten höhere Dosen als Männer mit einem hohen Angstniveau. Die Erklärung könnte darin liegen, dass einige Männer ihre Angst nicht eingestehen, die physiologischen Parameter der Angst aber bis zur Einleitung der Narkose ansteigen und sie somit auch höhere Dosen an Narkosemittel benötigen als männliche Patienten, die sich schon vorher zu ihrer Angst bekennen können. Außerdem erhielten niedrigvigilante Männer höhere Dosen als niedrigvigilante Frauen, denen wiederum höhere Dosen verabreicht werden mussten als

hochvigilanten Frauen. Bei den Männern ergab sich diesbezüglich kein Unterschied zwischen hoch- und niedrigvigilanten Personen.

Auch bei der Suche nach sozialer Unterstützung gibt es Unterschiede im Verhalten der Geschlechter (vgl. Slangen et al., 1993). Die Suche nach sozialer Unterstützung ist für Frauen am Tag vor und am Tag nach der Operation das am häufigsten eingesetzte Bewältigungsverhalten. Während die soziale Unterstützung für Männer primär eine spezifische Art der Vigilanz (Informationssuche) darstellt, erfüllt sie für Frauen die Funktion von emotionaler Unterstützung.

Eine Studie von Vaccarino et al. (2003) zeigte, dass Frauen mit einer koronaren Bypass-Operation im Vergleich zu Männern größere Schwierigkeiten bei der Genesung haben, unabhängig von der Schwere der Krankheit, dem präoperativen Gesundheitsstatus oder anderer Charakteristika des jeweiligen Patienten.

Insgesamt werden Geschlechterunterschiede beim Auftreten und der Bewältigung von Krankheiten oft durch biologische und Verhaltensunterschiede (z.B. Rauchen) erklärt. Psychische und soziale Faktoren werden dagegen selten berücksichtigt. Die Ergebnisse einer Studie von Hunt et al. (2007) lassen erkennen, dass auch das gesellschaftliche Verständnis der Rolle von Mann und Frau das Risiko von Krankheit, in dieser Studie von koronarer Herzkrankheit (KHK), beeinflusst. Männer, die sich weniger mit weiblichen Charakteristika, wie z.B. die Fähigkeit, Gefühle und Sorgen zu kommunizieren, identifizieren, haben ein erhöhtes Risiko, an koronarer Herzkrankheit zu sterben. Anstatt also nur den Unterschied der Geschlechter zu betrachten, plädieren Hunt et. al (2007) darauf, das Verständnis des eigenen Geschlechtes zu überprüfen. Ein gewisser Anteil der höheren Sterblichkeit von Männern gegenüber Frauen wird auf die männliche Identität, die männliche Rolle in der Gesellschaft und die geschlechtsspezifischen Muster der Sozialisation zurückgeführt.

Die aufgeführten Beispiele zeigen, wie schwierig es ist, den perioperativen Anpassungsstatus zu erfassen. Medizinische und psychosoziale Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und stehen in Wechselbeziehungen miteinander. Dies soll folgendes Beispiel verdeutlichen: Der Zusammenhang zwischen Stressbewältigung und Anpassungsstatus kann gemessen werden sowohl durch subjektive, z.B. Fragebögen, wie auch objektive Daten, z.B. die Konzentration von freien Fettsäuren, Cholesterin oder Kortikosteroiden im Plasma, Blutdruck, Puls, Thrombozytenaggregationszeit oder die Anzahl der Lymphozyten. Corenblum und Taylor (1981) versuchten, den Einfluss der Besorgnis vor der Operation von den Effekten von Anästhesie- und Operationsstress zu trennen, indem sie den Prolaktinspiegel als Variable einsetzten. Sie fanden dabei

heraus, dass beide Stressoren einen Anstieg des Prolaktinspiegels bewirkten, aber unterschiedliche Mechanismen dazu führten. Die Besorgnis ergab eine Freisetzung des Prolaktin-Releasing-Faktors, die Anästhesie und Operation eine Hemmung des Prolaktin-Inhibiting-Faktors.

Die jeweiligen Parameter zur Messung des Anpassungsstatus werden außerdem teilweise sehr willkürlich und eher aus pragmatischen Gründen als aus theoretischen Überlegungen heraus gewählt. Die Untersuchungen sind hinsichtlich ihrer Anpassungskriterien sehr heterogen und deshalb auch nur schwer vergleichbar. Die perioperative Anpassung ist ein komplexer Vorgang und alle Faktoren in einer Studie zu berücksichtigen, erscheint nicht möglich. Die Wahl der Messgrößen ist daher von hoher Relevanz. In der vorliegenden Studie wurde die perioperative Anpassung durch drei Fragebögen erhoben, die die subjektive Befindlichkeit, die Schmerzen und die Genesung in Form von körperlichen Grundfunktionen umfassen. Dadurch wurde eine möglichst genaue Erfassung der perioperativen Anpassung angestrebt.

3. Problemstellung und Hypothesen

Der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung liegt in der Erhebung der Zustandsangst vor und nach der Operation, der Angstbewältigung, der sozialen Unterstützung und der perioperativen Anpassung. Zusammenhänge zwischen Zustandsangst und Angstbewältigung sowie zwischen der postoperativen Anpassung und den übrigen Beobachtungsgrößen sollen ermittelt werden.

Ein wichtiges Kriterium der präoperativen Belastung ist die Zustandsangst. Bei der Betrachtung des perioperativen Verlaufes der Zustandsangst finden sich in der Literatur überwiegend ein starker präoperativer Anstieg und ein deutlicher postoperativer Abfall (vgl. Krohne et al., 1990). Die Einteilung in kognitive, affektive und somatische Angstsymptome unterscheidet die jeweiligen Komponenten der Zustandsangst. In der vorliegenden Studie wird deshalb ein Selbstbeschreibungsfragebogen eingesetzt, der diese drei Komponenten getrennt erfasst (KASA) (vgl. Slangen et al., 1993). Kognitive Angstsymptome schwanken im zeitlichen Verlauf wenig, während affektive und somatische Angstsymptome präoperativ stark ansteigen und postoperativ abfallen. (vgl. Slangen et. al., 1994). Es wird erwartet, dass die gesamte Zustandsangst am Tag vor der Operation sehr hoch ausfällt und am Tag nach der Rückverlegung auf die Normalstation signifikant abfällt. Bei der Betrachtung der einzelnen Komponenten der Zustandsangst werden die geringsten Schwankungen bei der kognitiven Komponente erwartet. Weiterhin werden Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich des Ausprägungsgrades der Zustandsangst und ihrer Komponenten erwartet.

Die postoperative Anpassung soll in der vorliegenden Studie über drei Instrumente erfasst werden: die subjektiven Angaben über die empfundenen Schmerzen, die körperliche Genesung und die psychische Befindlichkeit. Die Patienten berichten über ihre Schmerzen der ersten vierundzwanzig Stunden postoperativ. Zur Beurteilung ihrer körperlichen Befindlichkeit schätzen sie die Güte der Funktion bestimmter grundlegender Körperprozesse ein, wie z.B. Schlaf, Stuhlgang und Aufstehen. Die psychische Befindlichkeit wird über einen Selbstbeschreibungsfragebogen erfasst, der vier Skalen zur negativen Befindlichkeit (Depression, Ärger, Zukunftsangst, Müdigkeit) und eine Skala zur positiven Befindlichkeit (Aktivität) beinhaltet.

Betrachtet man die Beziehung zwischen Zustandsangst und postoperativer Erholung, so ergaben bisherige Untersuchungen, dass eine hohe subjektive Angst mit einer schlechteren postoperativen Anpassung einhergeht (vgl. Krohne et al., 1994 und Manyande et al., 1992). Patienten mit hoher dispositioneller Ängstlichkeit und erhöhter

Zustandsangst wiesen in den Erholungsparametern postoperative Angst, körperliches Befinden, körperliche Symptome und Schmerzen einen schlechteren Verlauf auf als nicht oder wenig ängstliche Patienten. Es wird deshalb erwartet, dass eine erhöhte prä- und postoperative Zustandsangst mit einer schlechteren postoperativen Erholung verbunden ist.

In den meisten bisherigen Arbeiten wurde zwischen vigilantem und vermeidendem Bewältigungsverhalten unterschieden. Wie in den theoretischen Ausführungen erwähnt, scheint im Kontext einer perioperativen Situation ein vigilantes Bewältigungsverhalten keinen positiven Effekt auf die Parameter der Genesung zu haben. In dieser Studie wird eine andere Einteilung der Bewältigungsstrategien vorgenommen. Dabei werden sieben Formen der Bewältigung unterschieden: Informationssuche, Abwärtsvergleich, Vertrauen/Optimismus, Glaube, Ablenkung, Rückgriff auf eigene Ressourcen und Rumination. Bei einem Vergleich des Bewältigungsverhaltens mit der postoperativen Anpassung wird erwartet, dass die Bewältigungsstrategien Informationssuche und Rumination in den untersuchten postoperativen Kriterien zu einer schlechteren Adaptation führen, da diese beiden Formen der Bewältigung die Gefahr der perioperativen Situation in den Focus des Geschehens rücken. Dementsprechendes gilt ebenfalls für den Zusammenhang dieser Bewältigungsstrategien mit der Zustandsangst. Die vier Bewältigungsstrategien Optimismus/Vertrauen, Abwärtsvergleich, Rückgriff auf eigene Ressourcen und Glaube betonen dagegen eine positive Aussicht auf das Gelingen der postoperativen Anpassung und die Fähigkeit, mit der Situation umgehen zu können. Deswegen wird jeweils zwischen diesen Variablen und der Zustandsangst ein negativer Zusammenhang erwartet. Generell ist ein Unterschied zwischen den Geschlechtern beim Einsatz der jeweiligen Bewältigungsstrategien zu vermuten.

Soziale Unterstützung kann als protektiver Faktor von Stress (Schwarzer, 2004) angesehen werden. Die soziale Unterstützung wird in dieser Studie mittels eines Fragebogens (ISEL) (vgl. Cohen und Hoberman, 1983) erfasst, der fünf verschiedene Kategorien unterscheidet: die Bewertungsunterstützung, die instrumentelle Unterstützung, die emotionale Unterstützung, die Selbstwertunterstützung und die Unterstützung durch Gruppenzugehörigkeit. Soziale Unterstützung kann als Bewältigungshilfe angesehen werden (vgl. Thoits, 1985), sie unterdrückt neuroendokrine Reaktivität und stärkt das Immunsystem (vgl. Cohen, 1988). Erwartet wird, dass wahrgenommene soziale Unterstützung die hier gemessenen Kriterien zur

postoperativen Erholung positiv beeinflusst und mangelnde wahrgenommene soziale Unterstützung zu einer schlechteren postoperativen Anpassung führt.

4. Methode

4.1 Stichprobe

In dieser Arbeit wurden chirurgische Patienten untersucht, die sich einem operativen Wahleingriff mit Vollnarkose unterzogen. Die chirurgischen Operationen waren hauptsächlich bauchchirurgischer Art, wie zum Beispiel Neoplasien des Magen-Darm-Traktes, wenige Eingriffe betrafen Thorax oder Becken. Patienten, die notfallmäßig operiert wurden, fanden keinen Eingang in die Studie, da bei solchen Patienten eine präoperative Befragung nicht möglich ist. Notwendigerweise handelte es sich um Patienten, die die deutsche Sprache beherrschten, denn nur so konnte sichergestellt werden, dass sie die Fragebögen korrekt verstanden. Die Stichprobe setzte sich aus insgesamt 77 Patienten zusammen, 37 Männern und 40 Frauen. Das Alter der Patienten lag zwischen 17 und 80 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 58.7 Jahren. Das Durchschnittsalter bei den Männern lag bei 61.1 Jahren und bei den Frauen bei 55.4 Jahren. Drei Patienten - zwei Männer und eine Frau - verstarben während oder nach der Operation, so dass mit 74 Personen die vollständigen Berechnungen durchgeführt werden konnten.

Die Operationen der untersuchten Patienten waren alle als relativ schwere Eingriffe anzusehen, da es sich meistens um Karzinom-Patienten handelte und schon vor dem Eingriff klar war, dass ein postoperativer Intensivaufenthalt notwendig sein würde. Eine ausführliche Tabelle der Patienten mit den jeweiligen Diagnosen, der Länge des Intensivaufenthaltes in Tagen und des Auftretens von Komplikationen befindet sich im Anhang.

4.2 Untersuchungsablauf und Erhebungszeitpunkte

Die Untersuchung umfasste zwei Erhebungszeitpunkte. Am Abend vor der Operation wurden mit den Patienten zusammen folgende Fragebögen zur Selbsteinschätzung bearbeitet; die Fragen wurden dabei von der Untersucherin laut vorgelesen und die Patienten gaben die von ihnen gewählte Antwortalternative ebenfalls mündlich an. Dies kann sich eventuell auf die Reliabilität bzw. die Vergleichbarkeit der Daten mit anderen Studien auswirken, bei denen die Fragebögen schriftlich ausgefüllt wurden.

Übersicht der präoperativen Fragebögen:

1. Fragebogen zur Erfassung kognitiver, affektiver und somatischer Angst (KASA)
2. Fragebogen zu Angstbewältigungsstrategien (COSS)

3. Fragebogen zum sozialen Umfeld (ISEL)

Am Tage nach der Rückverlegung von der Intensivstation auf die Normalstation wurden auf gleiche Weise mit den Patienten zusammen folgende Fragebögen zur Selbsteinschätzung bearbeitet.

Übersicht der postoperativen Fragebögen:

1. Fragebogen zur Erfassung kognitiver, affektiver und somatischer Angst (KASA)
2. Fragebogen zur Erfassung des emotionalen Zustandes (Befindlichkeitsfragebogen)
3. Fragebogen zur Erfassung von körperlichen Funktionen (Genesungsfragebogen)
4. Schmerztagebuch (Einschätzung der vergangenen 24 Stunden)

Die folgende Tabelle (Tab. 4.1) gibt eine Übersicht über die erhobenen Variablen und deren Abkürzungen.

Tabelle 4.1

Eingesetzte Untersuchungsverfahren und verwendete Variablen

Testverfahren	Variable	Abkürzung
KASA	Zustandsangstgesamtscore Kognitive Angstsymptome affektive Angstsymptome somatische Angstsymptome mittl. präop. Zustandsangst	Vorangst vorkog1 voraff1 vorsom1 vorangs1
COSS	Informationssuche Rumination Optimismus/Vertrauen Abwärtsvergleich Rückgriff auf eig. Ressourcen Glaube Ablenkung	infos1 rumina1 optimis1 abwärt1 ressour1 glaube1 ablenk1
ISEL	Bewertungsunterstützung Selbstwertunterstützung U. durch Gruppenzugehörigkeit Emotionale Unterstützung Instrumentelle Unterstützung	bewert1 selbstw1 gruppe1 emotion1 instrum1
KASA	Zustandsangstgesamtscore Kognitive Angstsymptome affektive Angstsymptome somatische Angstsymptome mittl. postop. Zustandsangst	Nachangst nachkog1 nachaff1 nachsom1 nachangs1
Befindlichkeitsfragebogen	Negative Befindlichkeit Aktivität Ärger Depression Müdigkeit Zukunftsangst	bef_neg aktiv1 aerger1 depress1 muedigk1 zukangs1
Genesungsfragebogen	Körperliche Genesung	genesun1
Schmerztagebuch	Schmerzstärke	Schmerz1

4.3 Erhobene Merkmale

Angaben zur Person

Die Angaben zur Person wurden am Abend vor der Operation erfasst und beinhalteten das Geschlecht, das Alter, die Berufstätigkeit, den höchsten erreichten Schulabschluss, die Anzahl und die Art der schon erlebten Operationen, deren jeweilige Aufenthaltsdauer und deren eventuelle Komplikationen. Außerdem wurde die Frage gestellt, ob die betroffene Person glaube, dass ihre Erfahrungen mit früheren Operationen ihr bei dem bevorstehenden Eingriff helfen könnten und was sie von ihrer Operation erwarte (Fragebogen siehe Anhang A1).

Aktuelle Zustandsangst

Die aktuelle Zustandsangst wurde am Abend vor der Operation und an dem Tag erfasst, nachdem die Person von der Intensivstation auf die Normalstation zurückverlegt wurde (Fragebogen siehe Anhang A2). Der dafür verwandte Fragebogen zur Zustandsangst KASA unterscheidet zwischen kognitiven, affektiven und somatischen Angstsymptomen. Nach Überarbeitung und Erweiterung einer Vorform (vgl. Slangen et al., 1994; de Bruin, 1998) umfasst der KASA 30 Items, von den jeweils zehn einer der drei genannten Dimensionen zugeordnet werden können. Die einzelnen Items sind auf die aktuelle Situation bezogen und angstpositiv formuliert (Beispiel für ein Item zur Erfassung der Besorgniskomponente: „Ich grüble über meine Situation nach“). Auf einer vierstufigen Skala gab die jeweilige Person an, ob die entsprechende Aussage ihrem Zustand „sehr“, „ziemlich“, „ein wenig“, oder „gar nicht“ entspricht.

Strategien der Angstbewältigung

Das aktuelle Angstbewältigungsverhalten der Patienten wurde am Abend vor der Operation mittels eines Fragebogens zur Selbstbeschreibung erhoben (Fragebogen siehe Anhang A3), der auf die Situation chirurgischer Patienten abgestimmt ist und als COSS (Coping with surgical stress) (vgl. Krohne et al., 2000) bezeichnet wird. Er beinhaltet 47 Items, die jeweils einem der folgenden sieben Faktoren zugeordnet werden können: Informationssuche (z.B. „Ich befrage die Ärzte über mein voraussichtliches Befinden nach der Operation“), Abwärtsvergleich (z.B. „Ich sage mir, dass es noch schlimmere Schicksale gibt“), Vertrauen/Optimismus (z.B. „Ich denke mir, dass alles gut gehen wird“), Glaube (z.B. „Ich vertraue auf Gott“), Ablenkung (z.B. „Ich unterhalte mich mit meinen Mitpatienten oder meinem Besuch über andere Themen“), Rückgriff auf eigene Ressourcen (z.B. „Ich suche Unterstützung bei Freunden“), Rumination (z.B. „Ich stelle

mir vor, was alles schief laufen könnte“). Die betroffene Person schätzte auf einer vierstufigen Skala ein, ob die Aussage „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“ oder „sehr“ auf ihre individuelle Situation zutrifft.

Soziale Unterstützung

Die Erfassung der sozialen Unterstützung erfolgte am Abend vor der Operation mittels eines Fragebogens (ISEL, Interpersonal support evaluation list) (vgl. Cohen und Hobermann, 1983), der 30 Items umfasst, die jeweils zu einer der Kategorien Bewertungsunterstützung, instrumentelle Unterstützung, emotionale Unterstützung, Selbstwertunterstützung und Unterstützung durch Gruppenzugehörigkeit zugeteilt werden (Fragebogen siehe Anhang A4).

Unter Bewertungsunterstützung ist jene Bestätigung zu verstehen, die eine Person im Gespräch über für sie momentan wichtige Probleme – sei es sozialer, gesundheitlicher oder sexueller Art – mit einem ihr nahen Menschen erhält. Instrumentelle Unterstützung erfasst die wahrgenommene Verfügbarkeit praktischer und materieller Hilfen. Emotionale Unterstützung beinhaltet das Vorhandensein von engen Freunden und gefühlsmäßig wichtigen Beziehungen einer Person. Die Selbstwertunterstützung zeigt auf, wie eine Person sich selbst ihre individuelle Situation in Bezug auf die ihr wichtigen Menschen einschätzt. Die Kategorie der Unterstützung durch Gruppenzugehörigkeit beinhaltet die sozialen Kontakte eines Menschen, die er zu größeren Gruppen, wie z.B. Sportvereinen oder Kirchengemeinden, pflegt. Die betroffene Person schätzte auf einer vierstufigen Skala ein, ob die Aussage „stark“, „teilweise“, „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ auf ihre individuelle Situation zutrifft.

Subjektive Befindlichkeit

Die subjektive Befindlichkeit wurde am Tag nach der Rückverlegung von der Intensiv- auf die Normalstation erfasst. Der Fragebogen ist ein Selbstbeschreibungsinstrument mit 20 Adjektiven, der nach dem Vorbild bereits existierender Befindlichkeitsskalen (vgl. Abele-Brehm und Brehm, 1986; Janke und Debus, 1978) entwickelt wurde.

Anhand einer fünfstufigen Likertskala („gar nicht“, „ein bisschen“, „einigermaßen“, „erheblich“, „äußerst“) gab die Person ihren aktuellen Gefühlszustand an. Jeweils vier Adjektive lassen sich zu einer Gruppe zusammenfassen, so dass die Bildung von fünf Unterskalen möglich ist. Eine Skala (Aktivität) beschreibt positive, die übrigen vier Skalen negative Gefühle. Letztere können zu einer übergeordneten Skala addiert werden, die Negatives Empfinden genannt wird. Die Tabelle 4.2 stellt die Zuordnung

der Adjektive zu den Skalen dar. Die Adjektive wurden teilweise aus der deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS) (vgl. Krohne et al., 1996, Watson et al., 1988) übernommen. (Fragebogen siehe Anhang A5).

Tabelle 4.2

Zuordnung der Items zu den Skalen zur Subjektiven Befindlichkeit

Depression	Ärger	Zukunftsangst	Müdigkeit	Aktivität
traurig	Feindselig	hoffnungslos	müde	wach
niedergeschlagen	Gereizt	ratlos	schläfrig	aktiv
unglücklich	Wütend	sorgenvoll	erschöpft	frisch
bekümmert	Verärgert	Entmutigt	träge	aufmerksam

Körperliche Genesung

Im Genesungsfragebogen wurden am Tag nach der Rückverlegung von der Intensivstation auf die Normalstation körperliche Grundfunktionen (Fragebogen siehe Anhang A6) erhoben. Dieser Fragebogen stellt eine übersetzte und abgewandelte Form des Recovery Inventory (Wolfer und Davis, 1970) dar, der die Genesung anhand medizinischer Funktionen erfasst. In dem vorliegenden Fragebogen sollten die Patienten Schlaf, Appetit, Energie, Stuhlgang, Wasserlassen, Aufstehen und Laufen in Kategorien von „sehr schlecht“, „schlecht“, „mittel“, „gut“, „sehr gut“ und „exzellent“ einstufen.

Schmerzen

Die Messung des postoperativen Schmerzempfindens erfolgte über ein Schmerztagebuch (Fragebogen siehe Anhang A7) in Form einer visuellen Analogskala am Tag nach der Rückverlegung von der Intensivstation auf die Normalstation. Auf diesem protokollierte die Person die Intensität des erlebten Schmerzes für den Tag nach der Operation zu den Tageszeiten Nacht (0-6 Uhr), Morgen (6-12 Uhr), Nachmittag (12-18 Uhr) und Abend (18-24 Uhr). Eine Trennung des Schmerzes in eine sensorische und eine affektive Komponente wurde nicht vorgenommen.

Zusammenfassend gibt Tab. 4.3 einen Überblick über die verwandten Messverfahren und den zeitlichen Ablauf der Untersuchung.

Tab. 4.3
Untersuchungsablauf

Präoperative Fragebögen	OP	Postoperative Fragebögen
Angaben zur Person		KASA
KASA		Befindlichkeitsfragebogen
COSS		Genesungsfragebogen
ISEL		Schmerztagebuch

4.4 Statistische Auswertung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine explorative Studie. Die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung des Softwarepaketes SPSS für Windows 11.0. Für alle quantitativen Variablen wurden deskriptive Kennwerte berechnet (Mittelwerte, Streuungsmaße). Bivariate Zusammenhänge zwischen den quantitativen Merkmalen wurden über Spearman-Korrelationen (zweiseitige Prüfung) bestimmt. Als signifikant wurde ein p-Wert von $p < 0.01$ bezeichnet, als schwach signifikant ein p-Wert von $p < 0.05$.

Der Mittelwertsvergleich der Zustandsangst vor und nach der Operation wurde mit dem t-Test für abhängige Stichproben mit Bonferroni-Korrektur für die einzelnen Subskalen analysiert. Zur Analyse der Abhängigkeit der Zustandsangst von Zeitpunkt (vor und nach OP) und Geschlecht wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen für den Faktor Zeitpunkt und den Faktor Geschlecht als Gruppierungsvariable durchgeführt.

Die Zusammenhänge zwischen den Bewältigungsstrategien und der Zustandsangst mit deren jeweiligen Komponenten vor und nach der Operation wurden auf signifikante Unterschiede für Männer und Frauen hin untersucht (vgl. Sachs, 2002).

5. Ergebnisse

5.1 Postoperative Erholung

Korrelationen der Erholungsparameter

Tabelle 5.1 dokumentiert die deskriptive Statistik der postoperativen Erholungsparameter. Sie lässt erkennen, dass bezüglich der Geschlechter keine großen Unterschiede in den Parametern der postoperativen Erholung bestehen. Insgesamt fällt das negative Befinden im Gegensatz zu den anderen Parametern der Genesung numerisch um weniger als die Hälfte aus. Das gemessene Merkmal Schmerz zeigt, dass die betroffenen Personen durchschnittlich einen ertragbaren Schmerz empfanden.

Tabelle 5.1
Deskriptive Statistik der Erholungsparameter

	Gesamt (n = 74), MW (SD)	Männer (n = 35), MW (SD)	Frauen (n = 39), MW (SD)
Schmerz	37.03 (29.76)	36.53 (28.48)	37.41 (31.06)
Körper- Funktionen	3.47 (0.80)	3.54 (0.72)	3.41 (0.87)
Negatives Befinden	1.70 (0.51)	1.65 (0.45)	1.76 (0.56)

Die Interkorrelationen der Genesungsparameter sind in Tabelle 5.2 dargestellt. Bei nicht geschlechterspezifischer Betrachtung zeigt sich der einzige deutliche Zusammenhang zwischen den Merkmalen Körperfunktionen und Negatives Befinden mit einem Wert von - 0.552. Sieht man sich diesen Zusammenhang bei Männern und Frauen getrennt an, weisen Frauen numerisch einen größeren negativen Zusammenhang auf als Männer (Korrelationskoeffizient bei Frauen: - 0.631, bei Männern: - 0.396). Auch zwischen Aktivität und negativem Befinden (Frauen - 0.583; Männer - 0.240) zeigen nur Frauen signifikante Zusammenhänge. Diese Korrelationen sind numerisch deutlich, auf dem Signifikanz-Niveau aber nicht überzufällig verschieden. Es finden sich bei den Frauen weitere signifikante Zusammenhänge zwischen den Parametern Aktivität und Körperfunktionen (Frauen 0.552; Männer 0.027). Vergleicht man diese Korrelationen für Männer und Frauen, so ergibt sich ein signifikanter Unterschied auf dem 5%-Niveau.

Tabelle.5.2

Zusammenhänge zwischen den Genesungsparametern

	Aktivität			Schmerz			Neg. Befinden		
	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F
Schmerz	-0.011	0.045	-0.064						
Negatives Befinden	-0.420**	-0.240	-0.583**	0.182	0.077	0.264			
Körper-funktionen	0.346**	0.027	0.552**	0.076	0.188	-0.04	-0.552**	-0.396*	-0.631**

*:p<.05; **: p<.01

5.2 Zustandsangst

Veränderung der Zustandsangst

Es wurde überprüft, ob eine Veränderung der aktuellen Zustandsangst über die Zeit vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt stattfindet. Die deskriptiven Statistiken der aktuellen Zustandsangst vor und nach der Operation werden geschlechtsübergreifend in Tabelle 5.3 und für Männer und Frauen getrennt in Tabelle 5.4 dargestellt.

Geschlechtsübergreifend fällt der Gesamtwert der Zustandsangst vor der Operation numerisch höher aus als nach der Operation (vgl. Tabelle 5.3). Die kognitive Komponente hat zu beiden Erhebungszeitpunkten den höchsten Wert, gefolgt von der affektiven Komponente. Beide Angstkomponenten sinken nach der Operation. Die somatische Angstkomponente fällt insgesamt am niedrigsten aus, steigt aber im Verlauf vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt an. Vergleicht man die Zustandsangst vor und nach der Operation mit dem t-Test für abhängige Stichproben, zeigt sich nur in der kognitiven Komponente ein signifikanter Abfall ($p = 0.017$). Dieser letzte p-Wert deutet auch bei Adjustierung des Fehlerniveaus nach Bonferroni wegen der multiplen Testung noch auf ein knapp signifikantes Ergebnis hin.

Im Anschluss soll überprüft werden, ob die Höhe der Zustandsangst geschlechtsabhängig ist. Während bei Frauen ein numerischer Abfall der Zustandsangst insgesamt zu beobachten ist, steigt diese bei Männern, wenn auch nur geringfügig, an. Die somatische Komponente steigt bei Männern in einem ähnlichen Maß wie auch bei Frauen nach der Operation an, die kognitive Komponente sinkt bei beiden Geschlechtern ab. Die affektive Komponente verhält sich bei Männern anders als bei

Frauen. Bei den Männern ist die affektive Zustandsangst beim zweiten Erhebungszeitpunkt genauso hoch ausgeprägt wie beim ersten, bei Frauen fällt die affektive Zustandsangst vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt ab. Anhand des t-Tests für abhängige Stichproben wird deutlich, dass sich die Veränderung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten vor und nach der Operation nur bei Frauen und nur in der kognitiven Komponente als signifikant ($p = 0.013$) erweist.

Tabelle 5.3

Deskriptive Statistik für die Aspekte der Zustandsangst vor und nach der OP

	Vor Op: MW (SD)	Nach Op: MW (SD)	Vergleich vor - nach OP	
			t-Wert	p-Wert (zweiseitig)
Zustandsangst Gesamt	52.66 (18.72)	50.12 (16.66)	1.105	0.273
Somatische Komponente	13.28 (4.29)	14.49 (4.97)	-1.939	0.056
Kognitive Komponente	20.70 (7.62)	18.84 (6.81)	2.432	0.017
Affektive Komponente	18.68 (8.37)	17.20 (6.67)	1.417	0.161

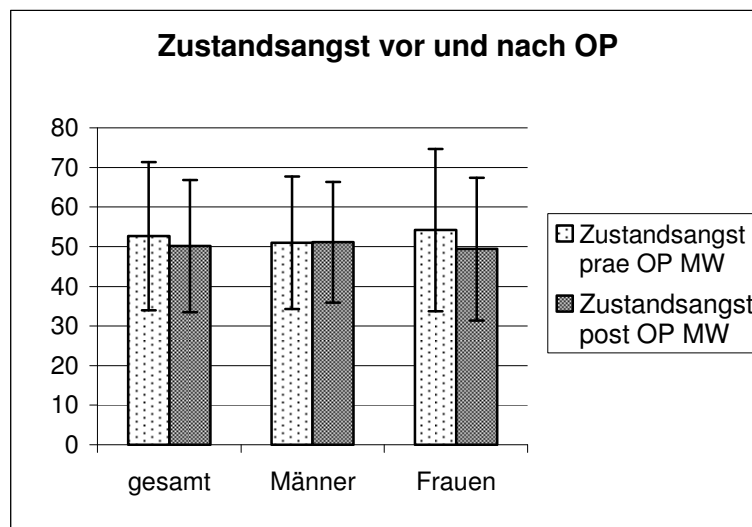
Tabelle 5.4

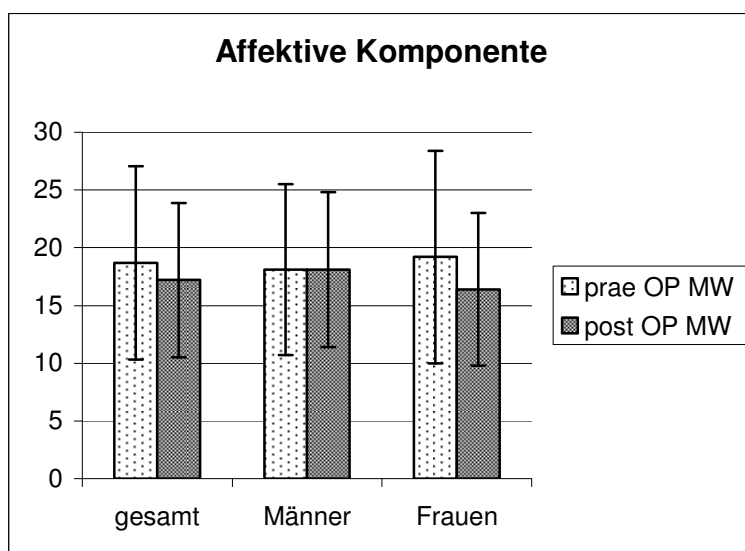
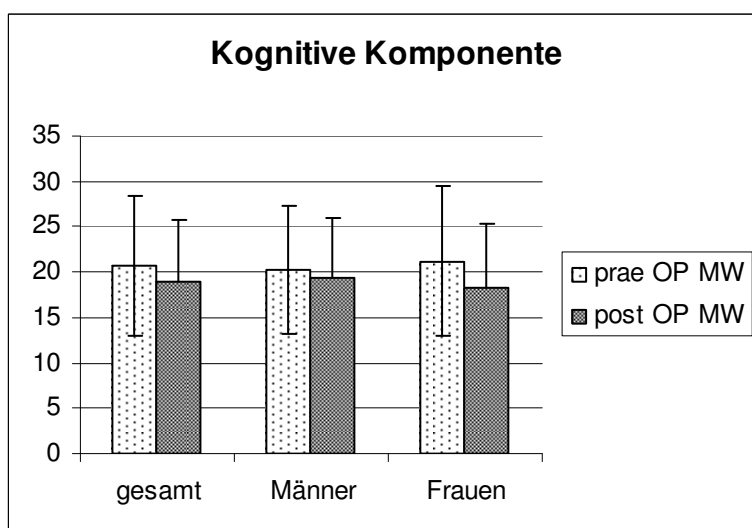
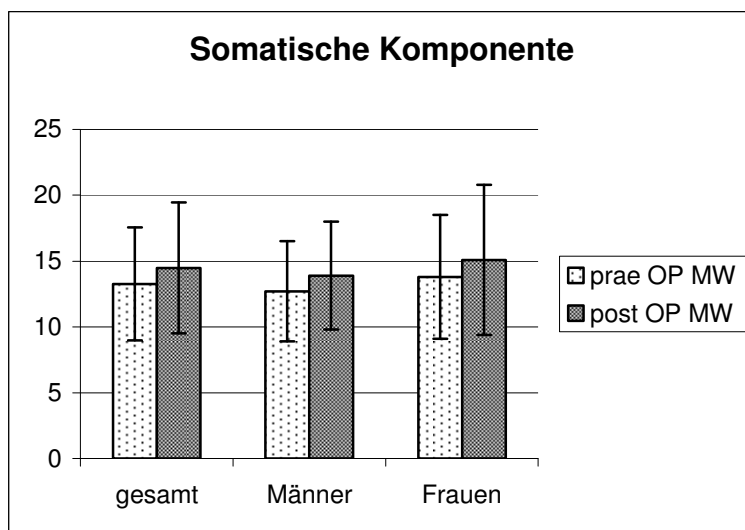
Deskriptive Statistik für die Aspekte der Zustandsangst vor und nach der OP getrennt nach Männern (oben) und Frauen (unten)

Männer (n = 35)	Vor der OP MW (SD)	Nach der OP MW (SD)	t-Wert	p-Wert
Zustands-Angst	51.0 (16.7)	51.1 (15.2)	- 0.019	0.985
Somatische Komponente	12.7 (3.8)	13.9 (4.1)	- 1.34	0.186
Kognitive Komponente	20.2 (7.0)	19.4 (6.5)	0.761	0.452
Affektive Komponente	18.1 (7.4)	18.1 (6.7)	- 0.04	0.86

Frauen (n = 39)	Vor der OP MW (SD)	Nach der OP MW (SD)	t-Wert	p-Wert
Zustands- Angst	54.2 (20.5)	49.4 (18.0)	1.45	0.156
Somatische Komponente	13.8 (4.7)	15.1 (5.7)	- 1.39	0.173
Kognitive Komponente	21.1 (8.2)	18.3 (7.1)	2.61	0.013
Affektive Komponente	19.2 (9.2)	16.4 (6.6)	0.97	0.700

Die folgenden Diagramme veranschaulichen die Veränderung der gesamten Zustandsangst und ihrer einzelnen Komponenten sowohl geschlechtsübergreifend als auch für Männer und Frauen getrennt vor und nach der Operation.





Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Zustandsangst insgesamt vom ersten bis zum zweiten Messzeitpunkt nur bei Frauen signifikant abfällt, bei Männern aber, wenn auch nur sehr wenig, ansteigt. Bei Betrachtung der einzelnen Untergruppen der Zustandsangst fällt auf, dass sich beide Geschlechter im Hinblick auf die somatische und die kognitive Komponente relativ gleich verhalten. Bei der affektiven Komponente ergeben sich bei Männern und Frauen unterschiedliche Ergebnisse.

Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Zustandsangst

Die folgende Tabelle 5.5 zeigt die Interkorrelationen der Komponenten der Zustandsangst untereinander jeweils vor der Operation (1. Erhebungszeitpunkt) und nach der Rückverlegung von der Intensivstation auf die Normalstation (2. Erhebungszeitpunkt) nach dem Rangkorrelationskoeffizienten von Spearman. Alle Korrelationen sind signifikant von Null verschieden mit $p < 0.01$. Sie bewegen sich alle etwa in mittlerer Höhe.

Tabelle 5.5

Geschlechtsübergreifende Interkorrelationen der Dimensionen der Zustandsangst vor und nach der Operation

		Vorher		
Nachher		Somatisch	Kognitiv	Affektiv
	Somatisch		0.66**	0.72**
	Kognitiv	0.49**		0.78**
	Affektiv	0.67**	0.67**	

** : $p < 0.01$

Alle drei Korrelationen fallen nach der Operation niedriger aus. Dies trifft besonders für die Korrelation somatisch – kognitiv zu.

Die Veränderungen der Zustandsangst und ihrer Komponenten von vor zu nach der Operation werden sowohl für die Gesamtgruppe als auch getrennt für Männer und Frauen analysiert. Wenn man feststellen möchte, ob das Ausmaß der Veränderung in diesem Zusammenhang bei Männern und Frauen gleich oder verschieden ist, muss man die Daten mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung für den

Faktor Zeitpunkt und den Faktor Geschlecht als Gruppierungsvariable analysieren. In Tabelle 5.6 sind die Ergebnisse dieser Analyse für den Gesamtwert und getrennt für die drei Komponenten der Angst angegeben.

Tabelle 5.6

Abhängigkeit der Zustandsangst von Zeitpunkt (vor und nach OP) und Geschlecht: zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholungen für Zustandsangst gesamt und die drei jeweiligen Komponenten

Effekt	Gesamt		Somatisch		Kognitiv		Affektiv	
	F (1;72)	p-Wert	F (1;72)	p-Wert	F (1;72)	p-Wert	F (1;72)	p-Wert
Zeitpunkt	1.095	0.299	3.680	0.59	5.615	0.020	1.819	0.182
Geschlecht	0.047	0.830	1.677	0.200	0.003	0.956	0.038	0.847
Geschlecht × Zeitpunkt	1.149	0.287	1.149	0.287	1.654	0.20	1.971	0.165

Für keine der beobachteten Variablen gibt es eine signifikante Interaktion zwischen den Faktoren. Also ist der nach dem t-Test in Tabelle 5.3 vermutete Unterschied im Ausmaß an Veränderung zwischen Männern und Frauen für die kognitive Komponente nicht strikt aufrechtzuerhalten. Es ist aber denkbar, dass bei einer Replikation der Studie mit größeren Fallzahlen ein numerisch deutlicherer Unterschied auch als überzufällig abzusichern ist.

Zusammenhänge zwischen der Zustandsangst und den Erholungsparametern

Betrachtet man die gesamte Zustandsangst im Zusammenhang mit der postoperativen Erholung geschlechtsübergreifend, so fällt eine signifikant von Null abweichende Korrelation zwischen dem Merkmal der Genesung und der Zustandsangst sowohl vor der Operation (-0.377) als auch nach der Operation (-4.87) auf. Schaut man sich die Komponenten der Zustandsangst an, so zeigen sich signifikante Zusammenhänge für alle Komponenten der Zustandsangst vor und nach der Operation im Zusammenhang mit der Genesung in einem Bereich von -0.348 (affektive Angstkomponente vor der Operation) und 0.553 (somatische Angstkomponente nach der Operation). Der Gesamtwert der Zustandsangst vor und nach der Operation korreliert zusätzlich positiv mit dem negativen Befinden (0.231 und 0.642) und negativ mit der Aktivität (-0.311). Die Zusammenhänge zwischen der gesamten Zustandsangst und der körperlichen Genesung, dem negativen Befinden und der Aktivität getrennt nach Geschlechtern sind in Tabelle 5.7 dargestellt.

Tabelle 5.7

Zusammenhänge der Angstkomponenten vor und nach der OP und den Erholungsparametern Körperliche Genesung, Negatives Befinden und Aktivität

	Körperliche Genesung			Negatives Befinden			Aktivität		
	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F
ZA ges. vor OP	-0.377*	-0.354*	-0.391*	0.231*	0.098	0.327*	-0.70	0.097	-0.15
ZA ges. nach OP	-0.487**	-0.278	-0.567**	0.642**	0.542	0.725**	-0.311**	-0.034	0.453**
Som. K. vor OP	-0.393**	-0.483**	-0.297	0.125	0.057	0.168	-0.058	0.072	-0.103
Som. K. nach OP	0.553**	-0.397*	0.559**	0.556**	0.535**	0.556**	-0.332**	-0.148	-0.473**
Kog. K. vor OP	-0.361**	-0.266	-0.429**	0.238*	0.037	0.401**	-0.142	-0.017	0.217
Kog. K. nach OP	-0.437**	-0.288	-0.502**	0.588**	0.396*	0.716**	-0.231*	0.043	-0.375*
Aff. K. vor OP	-0.348**	0.271	0.334*	0.203	0.132	0.239	0.014	0.200	-0.038
Aff. K. nach OP	-0.407**	-0.106	0.581**	0.586**	0.498**	0.664**	-0.304**	-0.020	-0.448**

ZA ges. = Zustandsangst gesamt, Som. K. = Somatische Komponente, Kog. K. = Kognitive Komponente, Aff. K. = Affektive Komponente, M = Männer, F = Frauen; *: $p < .05$; **: $p < .01$

Bis auf wenige Ausnahmen sind die Korrelationen bei Frauen numerisch stärker ausgeprägt als bei Männern. Vergleicht man die Korrelation für Männer und Frauen auf signifikantem Unterschied (vgl. Sachs, 2002), ergibt sich für die Aktivität und die affektive Komponente der Zustandsangst nach der Operation sowie für das negative Befinden und die kognitive Komponente der Zustandsangst nach der Operation ein (marginal) signifikanter Unterschied auf dem 10%-Niveau.

5.3 Bewältigungsstrategien

Korrelationen der Bewältigungsstrategien

Tabelle 5.8 dokumentiert die deskriptive Statistik der Bewältigungsstrategien Informationssuche, Rumination, Optimismus, Abwärtsvergleich, Rückgriff auf eigene Ressourcen, Glaube und Ablenkung. Bei der Betrachtung der Mittelwerte der einzelnen Bewältigungsstrategien für die gesamte Stichprobe und für Männer und Frauen getrennt fällt auf, dass für beide Geschlechter die Strategie Optimismus die am häufigsten angewandte ist. Frauen wenden den Abwärtsvergleich als zweithäufigste Strategie (MW = 3.28) an. Für Frauen steht die Ablenkung (MW = 3.05) an dritter Stelle, gefolgt von Informationssuche (MW = 2.83), Rückgriff auf eigene Ressourcen (MW = 2.70), Glaube (MW = 2.61) und Rumination (MW = 1.99). Männer weisen eine etwas andere Reihenfolge im Gebrauch ihrer Bewältigungsstrategien auf. An zweiter Stelle steht für sie die Ablenkung (MW = 2.85), danach folgen Informationssuche (MW = 2.84) und Abwärtsvergleich (MW = 2.77). Glaube und Rückgriff auf eigene Ressourcen sind bei Männern gleich ausgeprägt (MW = 2.59). Die am wenigsten angewandte Form der Bewältigung ist bei Männern wie auch bei den Frauen die Rumination (MW = 1.87). Insgesamt ist zu erkennen, dass Männer niedrigere Werte für die Anwendung von Bewältigungsmechanismen als Frauen angaben.

Tabelle 5.8

Deskriptive Statistik für die Bewältigungsstrategien

Bewältigungsstrategie	Gesamt (n = 74) MW (SD)	Männer (n = 35) MW (SD)	Frauen (n = 39) MW (SD)
Informationssuche	2.83 (0.72)	2.84 (0.77)	2.83 (0.67)
Rumination	1.93 (0.66)	1.87 (0.69)	1.99 (0.63)
Optimismus	3.77 (0.31)	3.72 (0.31)	3.81 (0.29)
Abwärts-Vergleich	3.04 (1.16)	2.77 (0.70)	3.28 (1.42)
Ressourcen	2.65 (0.84)	2.59 (0.83)	2.70 (0.85)
Glaube	2.60 (0.97)	2.59 (0.86)	2.61 (1.07)
Ablenkung	2.95 (0.76)	2.85 (0.76)	3.05 (0.75)

In Tabelle 5.9 sind die Interkorrelationen zwischen den jeweiligen Bewältigungsstrategien dargestellt. Die einzelnen Bewältigungsstrategien korrelieren im Durchschnitt nur schwach miteinander. Mittlere Korrelationen zeigen sich lediglich zwischen Optimismus und Abwärtsvergleich (0.452), Informationssuche und Rumination (0.533), Rückgriff auf eigene Ressourcen und Abwärtsvergleich (0.415) sowie Glaube und Optimismus (0.481). Sieht man sich die Korrelationen der Bewältigungsstrategien bei Männern und Frauen getrennt an, so findet sich ein auf dem Niveau von 0.01 signifikanter Zusammenhang bei den Männern nur für die Bewältigungsstrategien Rumination und Informationssuche (0.673), Optimismus und Abwärtsvergleich (0.481) sowie zwischen Optimismus und Glaube (0.453). Bei den Frauen ergeben sich auf dem Niveau von 0.01 statistisch signifikante Korrelationen zwischen den Subskalen Abwärtsvergleich und Rückgriff auf eigene Ressourcen (0.440), Abwärtsvergleich und Ablenkung (0.448) sowie zwischen Optimismus und Glaube (0.489).

Zusammenfassend kann man erkennen, dass beide Geschlechter die Bewältigungsstrategie Optimismus als die häufigste anwenden, sich dann aber in der Reihenfolge der jeweiligen Bewältigungsstrategien deutlich voneinander unterscheiden. Die Interkorrelationen der einzelnen Strategien fallen sowohl bei Männern wie auch bei Frauen eher gering aus.

Tabelle 5.9

Zusammenhänge zwischen den Bewältigungsstrategien; Rangkorrelationen

Strategie	Rumination	Optimismus	Abwärts- vergleich	Ressourcen	Glaube	Ablenkung
Infosuche M + F M F	0.533** 0.673** 0.346*	0.144 0.095 0.194	0.206 0.052 0.357*	0.138 0.084 0.148	0.084 0.019 0.081	- 0.038 - 0.028 0.142
Rumination M + F M F		0.133 -0.023 0.284	0.167 0.124 0.176	0.055 0.034 -0.005	0.232* 0.186 0.275	-0.201 -0.171 -0.033
Optimismus M + F M F			0.452** 0.481** 0.394**	0.214 -0.153 0.366**	0.481** 0.453** 0.489**	0.335** 0.252 0.406**
Abwärts- vergleich M + F M F				0.415** 0.232 0.440**	0.185 0.397* 0.023	0.375** 0.114 0.448**
Ressourcen M + F M F					0.221 0.031 0.168	0.222 0.053 0.308
Glaube M + F M F						0.154 0.089 0.124

*: p< .05; **: p<.01 (zweiseitig)

Zusammenhänge zwischen Bewältigung und postoperativer Erholung

Die Erholungsparameter werden durch die Variablen Genesung, negative Befindlichkeit und Schmerzen repräsentiert. Eine genauere Beschreibung der jeweiligen Merkmale findet sich in Kapitel 4.3. Der Zusammenhang zwischen der Bewältigung eines operativen Geschehens und der postoperativen Erholung fällt gering aus (vgl. Tabelle 5.10). Geschlechtsübergreifend zeigen sich zwei schwach auf dem 5% - Niveau signifikante Zusammenhänge, nämlich einmal zwischen der Bewältigungsstrategie Rumination und dem Erholungsparameter Schmerz (0.276) und zum anderen zwischen der Bewältigungsstrategie Optimismus und dem Erholungsparameter Negatives Befinden (0.276).

Tabelle 5.10

Korrelationen zwischen einzelnen Merkmalen der Bewältigung und der postoperativen Erholung

	Rumination		Glaube		Ablenkung	
	M	F	M	F	M	F
Genesung	-0.362*	0.048	-0.018	-0.084	0.063	0.212
Schmerz	0.302	0.202	0.005	0.333*	-0.249	-0.125

*: $p < .05$

Der Zusammenhang zwischen Glaube und Schmerz ist bei Frauen numerisch deutlich höher ausgeprägt als bei Männern. Insgesamt aber ist festzustellen, dass alle erwähnten Zusammenhänge zwischen den genannten Bewältigungsstrategien und den einzelnen Merkmalen der Erholung sehr schwach ausgeprägt sind.

Zusammenhänge zwischen Bewältigung und Zustandsangst

Bei der Korrelationsanalyse nach Spearman finden sich geschlechtsübergreifend signifikante Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert der Zustandsangst vor der Operation und dem Bewältigungsmechanismus der Rumination, wobei sich hier ein Korrelationskoeffizient von 0.457 (vgl. Tab.5.10) ergibt. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass vor allem die kognitive Komponente mit der Rumination am höchsten korreliert (0.502). Es folgt die affektive Komponente mit einem Koeffizienten von 0.389 und zuletzt die somatische Komponente mit einem Koeffizienten von 0.369. Diese Korrelationskoeffizienten sind alle auf einem Niveau von $p < 0.01$ signifikant von Null verschieden. Es lassen sich in diesem Zusammenhang keine großen Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen.

Tabelle 5.11

Korrelationen zwischen der Zustandsangst und der Bewältigungsstrategie Rumination

Zustandsangst vor OP	Rumination		
	M+F	M	F
Gesamt	0.457**	0.416*	0.497**
Somatisch	0.369**	0.388*	0.350*
Kognitiv	0.502**	0.428*	0.559**
Affektiv	0.389**	0.404**	0.358*

*: $p < .05$; **: $p < .01$

Bei Betrachtung der Zusammenhänge zwischen der Bewältigungsstrategie Optimismus und der Zustandsangst nach der Operation findet sich geschlechtsübergreifend ein numerisch nur relativ niedriger Zusammenhang (0.351, $p < 0.01$). Bei genauerem Hinsehen aber fällt ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern in diesem Kontext auf. Männer zeigen zwischen der Bewältigungsstrategie Optimismus und der Zustandsangst nach der Operation eine höhere positive Korrelation von 0.599 als Frauen (0.202). Vergleicht man diese Korrelation für Männer und Frauen auf signifikantem Unterschied (vgl. L. Sachs, 2002), ergibt sich ein (marginal) signifikanter Unterschied auf dem 10%-Niveau.

Sieht man sich die jeweiligen Komponenten der Zustandsangst genau an, fällt auf, dass die größte Diskrepanz zwischen Männern und Frauen beim Zusammenhang der Bewältigungsstrategie Optimismus und der affektiven Komponente der Zustandsangst nach der Operation besteht (Korrelationskoeffizient für Männer 0.599; bei Frauen 0.132). Beim Vergleich der Korrelation für Männer und Frauen auf signifikantem Unterschied (vgl. Sachs, 2002), ergibt sich hier ein signifikanter Unterschied auf dem 5%-Niveau.

Bei der kognitiven Komponente findet sich bei Männern ein Koeffizient von 0.509 und bei Frauen von 0.174. Die somatische Komponente der Zustandsangst nach der Operation unterscheidet sich im Zusammenhang mit der Bewältigungsstrategie Optimismus zwischen den Geschlechtern nur verhältnismäßig gering (Männer 0.399; Frauen 0.246). Beim Vergleich dieser beiden letzten Korrelationen zeigen sich numerisch deutliche, aber auf dem Signifikanzniveau nicht überzufällig verschiedene Korrelationen. Ein negativer Zusammenhang zwischen der Zustandsangst und den Bewältigungsstrategien lässt sich bei den Subskalen der Zustandsangst vor der Operation und dem Rückgriff auf eigene Ressourcen entdecken. Geschlechtsübergreifend findet sich hier ein Koeffizient von -0.353 (siehe Tabelle

5.12). Es zeigen sich hier zwischen den Geschlechtern numerisch recht deutliche, aber auf dem Signifikanz-Niveau nicht überzufällig verschiedene Korrelationen.

Tabelle 5.12

Korrelationen zwischen der Zustandsangst und der Bewältigungsstrategie Rückgriff auf eigene Ressourcen

Zustandsangst vor OP	Ressourcen		
	M+F	M	F
Gesamt	- 0.353**	- 0.220	- 0.416**
Somatisch	- 0.302**	- 0.120	- 0.407*
Kognitiv	- 0.307**	- 0.233	- 0.360*
Affektiv	- 0.378**	- 0.278	- 0.418**

*: $p < .05$; **: $p < .01$

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass bei der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen den Bewältigungsmechanismen und der Zustandsangst drei Aspekte besonders auffallen, nämlich erstens der Zusammenhang zwischen der Bewältigungsstrategie Rumination und der gesamten Zustandsangst vor der Operation, zweitens zwischen der Bewältigungsstrategie Optimismus und dem Gesamtwert der Zustandsangst nach der Operation und drittens zwischen der Bewältigungsstrategie Rückgriff auf eigene Ressourcen und der gesamten Zustandsangst vor der Operation. Die beiden zuerst erwähnten Punkte zeigen einen jeweils positiven, während der dritte Aspekt einen negativen Zusammenhang aufweist. Bei den letzten beiden Punkten fallen deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf.

5.4 Soziale Unterstützung

Zusammenhänge zwischen den Untergruppen der sozialen Unterstützung

Tabelle 5.13 gibt die deskriptive Statistik der gemessenen sozialen Unterstützung wieder, bei deren Betrachtung erneut deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen auffallen. Frauen bedienen sich vor allem der instrumentellen Unterstützung in einer präoperativen Situation (MW = 3.47), während bei Männern die Bewertungsunterstützung an erster Stelle steht (MW = 3.37). Sowohl für Frauen als auch für Männer folgt die emotionale Unterstützung an zweiter Stelle (Frauen: MW = 3.39, Männer: MW = 3.33). Es folgt an dritter Stelle bei Frauen die Bewertungsunterstützung (MW = 3.22) und bei Männern die Selbstwertunterstützung (MW = 3.21). Erst auf dem vierten Platz ist bei Männern die instrumentelle

Unterstützung zu finden (MW = 3.18), bei Frauen dagegen die Selbstwertunterstützung (MW = 3.14). Für beide Geschlechter fällt die Unterstützung durch Gruppenzugehörigkeit am geringsten aus (Frauen: MW = 2.94, Männer: MW = 2.85).

Tabelle 5.13
Deskriptive Statistik der sozialen Unterstützung

Unterstützung	Gesamt (n = 74), MW (SD)	Männer (n = 35), MW (SD)	Frauen (n = 39), MW (SD)
Bewertung	3.29 (0.71)	3.37 (0.67)	3.22 (0.75)
Selbstwert	3.17 (0.58)	3.21 (0.52)	3.14 (0.64)
Gruppen- zugehörigkeit	2.90 (0.63)	2.85 (0.60)	2.94 (0.66)
Emotional	3.36 (0.70)	3.33 (0.70)	3.39 (0.70)
Instrumentell	3.34 (0.69)	3.18 (0.76)	3.47 (0.60)

Die Interkorrelationen der Komponenten der sozialen Unterstützung zeigen eine mittlere bis schwache Korrelation untereinander mit der niedrigsten Korrelation zwischen den Subskalen der instrumentellen und der Selbstwertunterstützung (0.347) und der höchsten zwischen instrumenteller Unterstützung und Unterstützung durch Gruppenzugehörigkeit (0.645); beide Korrelationen sind auf dem 0.01-Niveau signifikant (zweiseitig).

Zusammenfassend sind vor allem wieder die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hervorzuheben, dieses Mal im Kontext der sozialen Unterstützung in einer perioperativen Situation. Die Interkorrelationen der jeweiligen Subgruppen der sozialen Unterstützung zeigen untereinander schwache bis mittlere Korrelationen. Tabelle 5.14 gibt die Interkorrelationen der Aspekte der sozialen Unterstützung sowohl geschlechtsübergreifend wie auch für Männer und Frauen getrennt wieder.

Tabelle 5.14

Zusammenhänge der sozialen Unterstützung und ihrer Komponenten

Unterstützung	Bewertung			Selbstwert			Gruppenzugehörigkeit			Emotional		
	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F
Selbstwert	0.530**	0.496**	0.567**									
Gruppen- zugehörigkeit	0.473**	0.420**	0.617**	0.539**	0.420*	0.617**						
Emotional	0.472**	0.502**	0.492**	0.3652**	0.233	0.379**	0.579**	0.537**	0.588**			
Instrumentell	0.518**	0.444**	0.730**	0.347**	0.233	0.530**	0.645**	0.559**	0.675**	0.565**	0.573**	0.493**

*: $p < .05$; **: $p < .01$

Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und postoperativer Erholung

Zwischen sozialer Unterstützung und postoperativer Erholung lassen sich folgende Zusammenhänge darstellen: Betrachtet man die soziale Unterstützung insgesamt, so finden sich signifikante Zusammenhänge mit den Erholungsparametern Genesung (0.290) und Aktivität (0.278). In der folgenden Tabelle 5.15 lassen sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in diesem Kontext ablesen. Es zeigen sich hier wieder numerisch deutliche, aber auf dem Signifikanz-Niveau nicht überzufällig verschiedene Korrelationen.

Tabelle 5.15

Zusammenhänge der signifikanten Korrelationen zwischen sozialer Unterstützung und postoperativer Erholung

	Unterstützung/ Gesamt	Unterstützung/ Männer	Unterstützung/ Frauen
Körp. Genesung	0.290*	0.040	0.438**
Aktivität	0.278*	0.192	0.316*

*: $p < .05$; **: $p < .01$

Bei Frauen korrelieren alle Subskalen der sozialen Unterstützung auf dem 0.05-Niveau signifikant positiv mit dem Erholungsparameter körperliche Genesung in einem Bereich von 0.343 bis 0.497. Die Zusammenhänge zwischen den Komponenten der sozialen Unterstützung und den Erholungsparametern körperliche Genesung, Schmerz, Aktivität und Zukunftsangst gibt Tabelle 5.16 wieder. Zwischen den Erholungsparametern und der sozialen Unterstützung lässt sich zusammenfassend feststellen, dass lediglich bei den Frauen zwischen der körperlichen Genesung und den jeweiligen Komponenten der sozialen Unterstützung signifikante Zusammenhänge bestehen. Bei den Männern lässt sich ein einziger signifikanter negativer Zusammenhang feststellen, nämlich zwischen der instrumentellen Unterstützung und der Zukunftsangst. Insgesamt zeigen die Korrelationen der jeweiligen Merkmale eher eine schwache Ausprägung.

Tabelle 5.16

Zusammenhänge zwischen den Komponenten der sozialen Unterstützung und den Erholungsparametern körperliche Genesung, Schmerz, Aktivität und Zukunftsangst

Unterstützung	Körperliche Genesung			Schmerz			Aktivität			Zukunftsangst		
	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F
Bewertung	0.363**	0.199	0.497**	-0.131	-0.112	-0.110	0.163	0.219	0.149	-0.052	-0.139	0.032
Selbstwert	0.204	-0.055	0.407*	-0.002	-0.044	0.058	0.182	0.108	0.242	0.003	0.191	0.161
Gruppen- zugehörigkeit	0.237*	0.057	0.354*	0.016	0.052	-0.043	0.293*	0.248	0.310	-0.180	-0.296	-0.076
Emotional	0.143	-0.142	0.343*	-0.108	-0.141	-0.050	0.206	0.066	0.303	-0.122	0.320	0.024
Instrumentell	0.210	0.079	0.347*	-0.057	-0.062	-0.049	0.224	0.120	0.291	-0.197	-0.516**	0.071

*: $p < .05$; **: $p < .01$

6. Diskussion

6.1 Postoperative Anpassung

Die postoperative Anpassung wurde über die drei Merkmale Schmerzempfinden, emotionale Befindlichkeit und körperliche Genesung erfasst. Die Bewertung erfolgte subjektiv durch die Angaben des Patienten. Bezüglich der Geschlechter konnten keine großen Unterschiede in den Parametern der postoperativen Erholung gefunden werden. Auf eine Bestimmung von physiologischen und biochemischen Parametern wurde bewusst vollständig verzichtet, da die Art der Operationen so heterogen war, dass keine Vergleichbarkeit möglich gewesen wäre, denn physiologisch-biochemische Reaktionen des Körpers sind abhängig von Alter, Gewicht und Größe des Patienten, Dauer und Lokalisation (Bauchhöhle, Thorax, etc.) eines Operationstraumas sowie von Begleiterkrankungen. Diese Umstände könnten auch erklären, warum in vielen Arbeiten keine deutlichen Zusammenhänge zwischen physiologisch-biochemischen und subjektiven Erholungsparametern zu finden sind (vgl. Johnston, 1986; Salmon, 1992). Es kann jedoch festgestellt werden, dass ein Genesungsprozess mit der Verbesserung von Appetit, Schlaf, Energie, Miktion und Mobilität einhergeht. Dies wirkt sich positiv auf die emotionale Befindlichkeit eines Menschen aus (vgl. de Bruin, 1998). Dieser Zusammenhang ist bei Frauen deutlicher ausgeprägt als bei Männern. Dementsprechend besteht eine positive Korrelation zwischen der körperlichen Genesung und der Aktivität als Subskala der subjektiven Befindlichkeit. Es ist also wichtig, grundlegende Funktionen des Körpers wie Schlaf, Appetit, Mobilität etc. zu fördern und zu unterstützen, da diese eine positive Wirkung auf das emotionale Befinden und die Aktivität einer Person haben. Dieser Bereich betrifft vor allem die Krankenpflege und die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine gute pflegerische Unterstützung den Genesungsprozess im Hinblick auf die emotionale Befindlichkeit und die Aktivität eines Patienten fördert. Auf den ersten Blick scheint diese Aussage von geringerer Wichtigkeit, in Bezug auf die heutige politische Diskussion über das Gesundheitswesen und die Kosten-Nutzen-Rechnungen der Krankenhäuser ist es jedoch aufgrund der vorliegenden Ergebnisse relevant, diesen Aspekt zu berücksichtigen. Denn eine Kürzung von Pflegepersonal geht im weiteren Sinne mit einer schlechteren Genesung der Patienten einher, was wiederum zu längeren Liegezeiten, Komplikationen und somit zu höheren Kosten führen kann (vgl. Reddy et al., 2003).

Ein Zusammenhang zwischen der empfundenen Schmerzintensität und den Parametern der körperlichen Genesung sowie der subjektiven Befindlichkeit konnte in dieser Studie

nicht gefunden werden. Die Ursache hierfür könnte im Studiendesign liegen. Die Einschätzung der Intensität des Schmerzes am ersten Tag nach der Operation wurde vom Patienten erst nach der Entlassung von der Intensivstation auf die Normalstation vorgenommen. Dies bedeutet, dass im Schnitt schon mehrere Tage vergangen waren und der Patient seine Schmerzen vom ersten postoperativen Tag nicht mehr genau oder nur verzerrt erinnern konnte. Auch die Qualität des Schmerzes wurde nicht erhoben. Dazu kommt, dass in den meisten Fällen eine standardisierte postoperative Analgesie durchgeführt wurde, da es sich durchweg um schwere Eingriffe handelte. Aus diesen Gründen erscheint es im Rückblick wenig sinnvoll, die Angabe des erlebten Schmerzes am Tage nach der Operation als Parameter für die postoperative Erholung zu berücksichtigen. Bei zukünftigen Untersuchungen sollte die Variable Schmerz in einem anderen Zeitrahmen untersucht werden, um zuverlässigere Daten zu erhalten.

6.2 Verlauf der perioperativen Zustandsangst

Der Verlauf der perioperativen Zustandsangst bzw. der einzelnen Angstkomponenten ist nur teilweise erwartungskonform. Den Erwartungen entsprechend zeigt der Gesamtwert der Zustandsangst geschlechtsübergreifend vor der Operation bis hin zum Zeitpunkt nach der Verlegung von der Intensiv- auf die Normalstation einen absteigenden Verlauf. Eine getrennte Betrachtung der beiden Geschlechter zeigt jedoch, dass eine geschlechtsübergreifende Interpretation der Daten sich hier nicht als sinnvoll erweist, da deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen existieren. Frauen berichten vor der Operation insgesamt und in den jeweiligen Komponenten (somatisch, kognitiv und affektiv) über mehr Angst als Männer. Dies ist keine überraschende Erkenntnis. Eine mögliche Erklärung dessen ist, dass Männer eine geringere Bereitschaft zeigen, von ihrer Angst zu sprechen (vgl. Slangen, 1994). Die gesamte Zustandsangst fällt bei Frauen ab, bei Männern zeigt sich jedoch kaum ein Unterschied in der gesamten Zustandsangst vor und nach der Operation, der Wert steigt sogar sehr geringfügig. Der fehlende Unterschied in der gesamten Zustandsangst vor und nach der Operation bei Männern lässt sich möglicherweise so interpretieren, dass Männer nicht so sehr wie Frauen ihre jeweilige, vom Zeitpunkt und der Situation abhängige Befindlichkeit wahrnehmen und/oder auch darauf eingehen. Der Angstverlauf bei Männern entspricht viel eher den vorherrschenden Faktoren, die Bedrohung bedeuten.

Die somatische Komponente der Zustandsangst steigt sowohl bei Männern wie auch bei Frauen nach der Operation geringfügig an. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Männer und Frauen gleichermaßen nach der Operation mit tatsächlichen Schmerzen

oder körperlichen Veränderungen konfrontiert werden, die sie vor der Operation nicht realistisch antizipieren konnten. Sicherlich können einige physiologische Vorgänge des Körpers für die betreffende Person angstausslösend sein. Es ist auch denkbar, dass einige der rein körperlichen Reaktionen auf die Operation als Angst interpretiert werden, wie z.B. der Pulsanstieg bei der ersten Mobilisation. Dadurch ist nicht mehr zu unterscheiden, ob die somatische Angst oder das körperliche Symptom am Anfang steht, da in einer speziellen Situation, wie die einer Operation, beide Ereignisse für den Patienten ähnliche Eigenschaften besitzen können.

Entgegen der Annahme und den bisherigen Ergebnissen aus der OP-Stress-Forschung (vgl. Krohne et al.; 1994, Slangen, 1994) zeigt die kognitive Komponente der Zustandsangst in dieser Untersuchung größere Schwankungen. Sie fällt vor der Operation am höchsten aus und anschließend bei beiden Geschlechtern ab, jedoch nur bei Frauen signifikant. Diese starken Schwankungen weisen darauf hin, dass Gedanken der Besorgnis den Verlauf der perioperativen Belastung am besten widerspiegeln bzw. dass Personen diese Komponente der Angst am besten wahrnehmen und sich darin wiederfinden können. Der Verlauf der affektiven Komponente ähnelt dem der kognitiven Komponente, jedoch mit geringeren Schwankungen. Die somatische Komponente weist die geringsten Schwankungen auf. Somatische Angstsymptome werden insgesamt sehr wenig berichtet. Möglich ist, dass die entsprechenden Items nicht valide zur Erfassung von Symptomen der somatischen Komponente der Zustandsangst sind. Auch stellte sich in der Untersuchung heraus, dass Items, wie z.B. „Ich habe kalte Füße“ oder „Ich habe ganz weiche Knie“, nur schwer von der jeweiligen Person zu beantworten waren, da die Wahrnehmung angstbezogener Körpersymptome von anderen Symptomen der jeweiligen Grunderkrankung überlagert waren und diese dann stattdessen berichtet wurden. Es scheint also, dass die Wahrnehmung somatischer Angst in diesem Kontext eingeschränkt ist.

Es muss weiterhin in Betracht gezogen werden, dass alle Patienten dieser Studie nach der Operation einige Zeit auf der Intensivstation verbrachten und dort sowohl mit Schmerzen als auch mit medizinischen und apparativen Maßnahmen konfrontiert wurden, die für sie zum Teil unbekannt und somit auch befremdlich und belastend waren. Hier ist besonders auf die Wahl der Erhebungszeitpunkte hinzuweisen. Der zweite Erhebungszeitpunkt fand statt, nachdem die Patienten von der Intensiv- auf die Normalstation verlegt worden waren. Diese Maßnahme stellt sicherlich für jede betroffene Person eine große Erleichterung dar, da eine solche Verlegung formal meist eine Besserung des körperlichen Zustandes für die Person bedeutet. Die Rückverlegung

auf die Normalstation kann also für eine Person der Auslöser dafür sein, sich nun weniger Sorgen machen zu müssen, so dass sich dies vor allem auf die kognitive Komponente der Zustandsangst auswirkt. So kann es sein, dass eine äußere Situation für die jeweilige innere Gefühlslage verantwortlich gemacht wird, ohne dass beide unbedingt kausal miteinander verknüpft sein müssen.

Die affektive Komponente steigt bei Männern nach der Operation geringfügig an und fällt bei Frauen nicht signifikant ab. Diese Komponente wurde mit Items erfasst, die einen gefühlsmäßig verunsicherten, ängstlichen oder besorgten Zustand ausdrücken (z.B. „Ich fühle mich verunsichert“ oder „Ich bin ganz durcheinander“). Frauen berichten in vergleichbaren Situationen im Allgemeinen über mehr Stress als Männer (vgl. Sieverding, 2007). Das könnte daran liegen, dass sich Frauen emotional mehr mit einer bedrohlichen Situation auseinandersetzen als Männer. Während es außerdem unter Frauen verbreitet ist, sich über den eigenen Körper und gesundheitliche Belange auszutauschen, sind solche Themen unter Männern entweder nicht "angesagt" oder sogar tabu. Auch entspricht es weniger der gesellschaftlich akzeptierten männlichen Rolle, Sorge zum Ausdruck zu bringen (vgl. Hunt, 2007). Dies könnte erklären, dass Männer vor der Operation weniger Sorge angeben als Frauen. Der Anstieg der affektiven Komponente der Zustandsangst nach der Operation bei den Männern könnte durch das reale Erleben von Schmerzen und körperlichen Einschränkungen zustande kommen, die Angst und Sorge dann in den Vordergrund rücken lassen.

Der Unterschied zu anderen Studien (z. B. de Bruin, 1998; Krohne, 2000) besteht darin, dass in der vorliegenden Untersuchung lediglich zwei Erhebungszeitpunkte existieren. Bei den anderen erwähnten Studien fanden präoperativ mehrere Erhebungszeitpunkte statt, so dass dort noch einmal eine Differenzierung des Anstiegs der Zustandsangst vor der Operation stattfinden konnte. Hier wird der Nachmittag vor der Operation von der jeweiligen Person als bedrohlichster Zeitpunkt erlebt, der Morgen vor der Operation, der zeitlich viel näher am eigentlichen Eingriff liegt, hingegen als deutlich weniger belastend (vgl. de Bruin, 1998).

In zukünftigen Studien müssten die möglichen Einflussvariablen auf die Angst, wie z.B. der Einfluss des Operationstypus oder der Prämedikationsvisite, in systematischer Weise hinzugezogen werden. Ideal wären auch weitere Messzeitpunkte vor der Operation, um einen genaueren Verlauf der Zustandsangst beobachten und damit den geeigneten Zeitpunkt evtl. daraus zu schließender Interventionen wählen zu können.

6.3 Zusammenhänge zwischen Zustandsangst und postoperativer Erholung

Entsprechend den Erwartungen zeigt sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den Parametern der postoperativen Erholung und der Zustandsangst sowohl prä- wie auch postoperativ. Dies verdeutlicht, dass eine Person, die eine höhere Angst angibt, subjektiv eine ungünstigere Genesung erlebt. Zwischen der präoperativen Zustandsangst und dem negativen Befinden besteht eine signifikante positive Korrelation. Die verschiedenen Befindlichkeitsvariablen – mit Ausnahme der Variable Ärger – korrelieren hoch miteinander und jeweils mit der Zustandsangst und deren Komponenten. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass eine erhöhte Zustandsangst prä- und postoperativ die Genesung nach einer Operation insgesamt negativ beeinflusst. Der Zusammenhang zwischen der Zustandsangst und der Aktivität zeigt sich jedoch nur schwach und unterstützt die Ergebnisse nur tendenziell. Der Grund für diese nur schwache Korrelation könnte in der Wortwahl der Fragebögen liegen, welche die Skala Aktivität benutzt (wach, aktiv, frisch, aufmerksam). Besonders die Adjektive „aktiv“ und „frisch“ scheinen für den Kontext der körperlichen Genesung nach einem schweren chirurgischen Eingriff nicht passend und für den Patienten nur schwer auf diese spezielle Situation übertragbar zu sein. Wahrscheinlich ist, dass die subjektive Bewertung der Situation durch den genesenden Patienten von einer umgangssprachlichen Definition der Adjektive ausgeht. Der Begriff „frisch“ bedeutet meist in diesem Sinne „körperlich und geistig agil“. Er wird kaum in Zusammenhang mit Krankheit und deren Genesung gebracht und scheint im Kontext dieser Studie nicht geeignet. Für das Adjektiv „aktiv“ gilt Ähnliches. Wenn man sich „aktiv“ fühlt, so ist dies meist Ausdruck eines Tatendranges oder einer Aktivität im körperlichen Sinn. Aber auch bei guter Genesung, d.h. einer Verbesserung des körperlichen Zustandes und der seelischen Verfassung, kann wenige Tage nach einer Operation nicht die ursprüngliche Befindlichkeit erreicht werden, die der Patient womöglich als „aktiv“ bezeichnen würde, da postoperativ weiterhin Einschränkungen z.B. bezüglich der Mobilität durch eine Operationsnarbe, liegender Drainagen oder durch Medikation und langsamen Kostaufbau bestehen. Die Wortwahl also der Adjektive „frisch“ und „aktiv“ könnte die Ursache dafür sein, warum der Zusammenhang zwischen der präoperativen Zustandsangst und der Aktivität als Parameter der Genesung nur schwach ausgeprägt ist. Es ist also notwendig, die einzelnen Parameter genau hinsichtlich der Wortwahl, des Messzeitpunktes und der speziellen Untersuchungssituation zu prüfen. Diese Aufforderung wird durch die Studien anderer Autoren unterstützt (vgl. Johnston und Vögele, 1992; Miller et al., 1988).

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in diesem Zusammenhang sind dahingehend bemerkenswert, dass Frauen meist höhere Korrelationen zwischen den einzelnen Parametern aufweisen. Dies wird besonders am Beispiel des Zusammenhangs der affektiven Komponente der Zustandsangst mit den Erholungsparametern körperliche Genesung und Aktivität deutlich. Dass dieser Unterschied vor allem im Falle der affektiven Zustandsangst auftritt, könnte darauf hinweisen, dass Frauen, wie bereits erwähnt, generell entweder einen besseren Zugang zu ihren affektiven Ängsten haben oder aber Männer in einem solchen Studiendesign diese nicht zum Ausdruck bringen möchten. Tendenziell jedoch gehen die Daten von Männern und Frauen in diesem Kontext in die gleiche Richtung, so dass die Ergebnisse den Zusammenhang zwischen der Zustandsangst und der postoperativen Anpassung bestätigen. Rückschlüsse auf objektive physiologisch-biochemische Parameter können hieraus jedoch nicht erhoben werden (vgl. Johnston, 1986). Eine Erhebung solcher Kriterien wäre aufgrund der Unterschiedlichkeit der Operationsart, des Alters und der Begleiterkrankungen der jeweiligen Personen auch nicht sinnvoll.

6.4 Angstbewältigung

6.4.1 Zusammenhänge zwischen Angstbewältigung und postoperativer Erholung

Der Zusammenhang zwischen Angstbewältigung und postoperativer Erholung fällt gering aus und die Ergebnisse entsprechen nur marginal den Erwartungen. Erwartungskonträr ist der positive Effekt der Bewältigungsstrategie Optimismus auf den Erholungsparameter Negatives Empfinden. Optimismus bedeutet für Frauen und Männer die meist verwandte Bewältigungsstrategie. Die weiteren Strategien nehmen für beide Geschlechter unterschiedliche Rangplätze ein. Männer bedienen sich laut ihrer Angaben insgesamt weniger der genannten Mechanismen. Dies kann zum einen bedeuten, dass sie der Bewältigung des Operationsstresses weniger Wichtigkeit beimessen oder aber sich Bewältigungsstrategien bedienen, die nicht erfasst wurden. Für eine Klärung zwischen dem Einfluss der jeweiligen Bewältigungsstrategien auf die postoperative Erholung sind sicherlich weitere systematische Untersuchungen notwendig. Aufgrund theoretischer Vorüberlegungen lassen sich die Ergebnisse dieser Studie nicht schlüssig interpretieren, ebenso wenig können aus ihnen theoretische Schlussfolgerungen gezogen werden. Auch de Bruin (1998) konnte in einer Studie zu Angst- und Stressbewältigung bei chirurgischen Patienten in diesem Kontext keinen schlüssigen Zusammenhang finden. Dies verdeutlicht, wie schwierig die Auswahl von geeigneten Kriterien bezüglich der Bewältigungsstrategien, aber auch der

postoperativen Anpassung ist. Wurde in den meisten Studien zwischen vigilanten und vermeidenden Bewältigungsstrategien unterschieden, so findet in dieser Studie eine Einteilung in sieben verschiedene Mechanismen statt (Informationssuche, Abwärtsvergleich, Vertrauen/Optimismus, Glaube, Ablenkung, Rückgriff auf eigene Ressourcen, Rumination). Diese Strategien lassen sich nicht eindeutig den Gruppen Vigilanz und Vermeidung zuordnen. Frühere Studien haben gezeigt dass sich aber bei der Unterscheidung zwischen Vigilanz und Vermeidung eher ein Zusammenhang mit der postoperativen Erholung festzustellen ist als in dieser Studie. Entgegen der Erwartung ist die differenzierte Einteilung der Bewältigungsmechanismen dieser Studie somit nicht effektiv, um einen Zusammenhang zwischen Bewältigung und Genesung im operativen Kontext darstellen zu können.

6.4.2 Zusammenhänge zwischen Angstbewältigung und Zustandsangst

Bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Angstbewältigungsmechanismen und der Zustandsangst mit deren Komponenten zeigen sich positive Korrelationen zwischen den Variablen Rumination und Zustandsangst sowie Optimismus und Zustandsangst. Die Variable Rückgriff auf eigene Ressourcen korreliert negativ mit der Zustandsangst.

Der Zusammenhang zwischen der Bewältigungsstrategie Rumination und der Höhe der Zustandsangst bedeutet, dass Personen, die sich dieser Bewältigungsstrategie bedienen, durchgängig mehr Angst angeben. Ein sich immer wiederholender Ablauf von Gedanken, z.B. über eventuelle Risiken der Operation oder Komplikationen, bewirkt erwartungsgemäß, dass die Bedrohung der Situation akzentuiert und somit ein höheres Niveau der Zustandsangst nachvollziehbar wird. Dass die kognitive Komponente hier am höchsten korreliert, ist ebenfalls erwartungskonform. Eine Studie von de Bruin (1998) über die Strategie der Rumination zeigte einen deutlich positiven Zusammenhang mit vigilantem Bewältigungsverhalten. Da eine hohe Zustandsangst eher einen negativen Effekt auf die postoperative Erholung hat, unterstützt dieses Ergebnis andere Studien, die ergaben, dass vigilante Strategien einen eher ungünstigeren Einfluss auf die subjektive perioperative Belastung ausüben. In diesem Kontext ist es möglicherweise sinnvoll, psychologische Interventionen in Betracht zu ziehen, denn Rumination, welche durch den Begriff des „gedanklichen Wiederkäuens“ veranschaulicht wird, kann durch eingeübte Verfahren, wie z.B. das des Gedankenstopps, reduziert werden. Hierbei erlernt der Patient in Form von Imagination innerer Bilder den immer wiederkehrenden negativen Gedanken Einhalt zu gewähren.

Der negative Zusammenhang zwischen der Variablen Rückgriff auf eigene Ressourcen und der Zustandsangst entspricht den Erwartungen. Dies erscheint folgerichtig und bedeutet, dass Menschen, die gedanklich auf ihre eigenen Fähigkeiten oder in ihrer Umgebung liegende Unterstützung zurückgreifen können, eine subjektiv bessere postoperative Anpassung erfahren. Dass die Variable Optimismus einen positiven Effekt auf die Höhe der Zustandsangst hat, widerspricht jedoch den formulierten Erwartungen. Dies kann möglicherweise an der Formulierung der Items liegen, welche die Variable Optimismus repräsentieren („Ich sage mir, dass ich mich in guten Händen befinde“ und „Ich denke daran, dass ich im Krankenhaus gut aufgehoben bin“). Diese Items setzen die betroffene Person in Verbindung mit den behandelnden Personen und den Umständen der Station. Machen Patienten diesbezüglich negative Erfahrungen, so muss dies jedoch nicht zwangsläufig heißen, dass sie dem Ausgang der Operation und ihrer Genesung gegenüber nicht optimistisch eingestellt sind. Somit wären diese beiden Items für die Variable Optimismus nicht aussagekräftig und es lassen sich keine eindeutigen Schlüsse daraus ableiten.

6.5 Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und postoperativer Erholung

Es lassen sich positive Zusammenhänge zwischen der sozialen Unterstützung insgesamt und den Parametern der Erholung körperliche Genesung und Aktivität feststellen, welche zwischen Männern und Frauen auf dem Signifikanz-Niveau nicht überzufällig häufig verschieden miteinander korrelieren. Dies entspricht den formulierten Erwartungen und bedeutet, dass eine wahrgenommene gute soziale Unterstützung mit einer besseren postoperativen Erholung einhergeht. Bei der Betrachtung der Geschlechterunterschiede fällt auf, dass die jeweiligen Parameter der sozialen Unterstützung, nämlich Bewertungsunterstützung, Selbstwertunterstützung, Unterstützung durch Gruppenzugehörigkeit, emotionale Unterstützung und instrumentelle Unterstützung, bei den Frauen alle positiv mit der körperlichen Genesung korrelieren. Zwischen den Parametern Schmerz und Zukunftsangst und den jeweiligen Parametern der sozialen Unterstützung finden sich keine Zusammenhänge.

An anderer Stelle wurde bereits erläutert, dass die Art und Weise, wie die Variable Schmerz erhoben wurde, im Rückblick wenig sinnvoll und aussagekräftig erscheint. Daher ist auch hier ein fehlender Zusammenhang nicht verwunderlich. Für den fehlenden Zusammenhang zwischen der Variable Zukunftsangst und den einzelnen

Komponenten der sozialen Unterstützung bei den Frauen kann an dieser Stelle keine schlüssige Erklärung gefunden werden.

Bei den Männern findet sich lediglich in Bezug auf die instrumentelle Unterstützung ein negativer signifikanter Zusammenhang mit der Zukunftsangst. Items der Variable Instrumentelle Unterstützung erfassen die wahrgenommene Verfügbarkeit praktischer und materieller Hilfen. Es könnte sein, dass Männer eher nach dieser Art der sozialen Unterstützung suchen und sie für sich in Anspruch nehmen können. Durch wahrgenommene praktische Hilfen wird dann weniger Zukunftsangst empfunden, da der Alltag dann besser für sie zu bewältigen ist. Die anderen Komponenten der sozialen Unterstützung erfassen eher emotionale und soziale Aspekte. Es ist möglich, dass dieser Aspekt für Männer weniger gedanklich zugänglich ist oder sie im gewählten Setting der Untersuchung weniger bereit sind, hier ernsthafte und reflektierte Aussagen zu machen, sondern eher nach Antworten suchen, die der sozialen Erwünschtheit entsprechen, d.h. dass sie ein Item nicht mit der persönlich zutreffenden Antwort beantworten, sondern nach sozialen Normen, die nach Auffassung der Versuchsperson die erwünschtesten sind.

Insgesamt sind die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und den Parametern der postoperativen Anpassung gering ausgeprägt, so dass keine eindeutigen Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können. Richtungsweisend sprechen die Ergebnisse wie erwartet insgesamt jedoch dafür, dass eine gute wahrgenommene Unterstützung eine bessere postoperative Anpassung mit sich bringt. Weitere Forschung zu dieser Thematik ist notwendig, besonders dann, wenn aufgrund der Ergebnisse Interventionen zur Optimierung der postoperativen Anpassung entwickelt werden sollen. Wie im theoretischen Teil ausgeführt, kann die wahrgenommene Unterstützung mit der tatsächlichen Unterstützung übereinstimmen, muss aber nicht. In dieser Studie wurde lediglich die Seite des Hilfesuchenden und somit die wahrgenommene Unterstützung erfasst. Die tatsächlich erhaltene Unterstützung wurde in diesem Kontext nicht erhoben, ist im operativen Kontext jedoch ebenfalls von Bedeutung, da sie für eine Person im Rahmen einer schweren Krankheit, wie sie hier in allen Fällen existierte, vonnöten ist. Sinnvoll wäre es in zukünftigen Studien also, die Seite des Helfenden ebenfalls zu erfassen, sowie beispielsweise die Anzahl der Besuche und hilfreiche Handlungen, wie z.B. Wäsche bringen etc. Dieses tatsächliche Geschehen kann zusätzlich Einfluss auf die Genesung nehmen, ohne dass sie mit der wahrgenommenen Unterstützung übereinstimmen muss.

6.6 Ausblick

Im Zentrum dieser Arbeit stehen die Zusammenhänge zwischen Zustandsangst, Angstbewältigung, sozialer Unterstützung und postoperativer Anpassung. Im folgenden Abschnitt soll eine abschließende Bewertung der Ergebnisse vorgenommen sowie deren Bedeutung für zukünftige Forschungsarbeiten abgeleitet und diskutiert werden.

Wie in anderen Untersuchungen (vgl. de Groot et al., 1997; de Bruin, 1998; Teuwen, 2005) konnte auch in der vorliegenden Arbeit ein Zusammenhang zwischen der präoperativen Belastung und der postoperativen Anpassung gefunden werden. Ein Selbstbericht von Patienten hinsichtlich ihrer aktuellen Angst konnte in anderen Studien (vgl. de Bruin, 1998) durch zusätzliche Fremdeinschätzung der Angst untermauert werden. Dies bekräftigt, dass erhöhte Angst durchaus negative Auswirkungen auf die postoperative Erholung hat. Der Nachweis einer klinischen Relevanz durch die Reduktion der Zustandsangst blieb jedoch aus. Die Beurteilung der Genesung war in diesem Zusammenhang aufgrund der Inhomogenität im Hinblick auf Alter und Operationstypus erschwert. Es ergibt sich so eine berechtigte Forderung nach einer möglichst homogenen Stichprobe bezüglich dieser Kriterien (vgl. Friedrich, 1997; Slangen, 1994). Insbesondere auch für die Erfassung intraoperativer physiologisch-biochemischer Parameter scheint dies eine nahezu unerlässliche Bedingung zu sein (vgl. de Bruin, 1998). Jedoch schränkt ein homogener Operationstyp die Vergleichbarkeit von Studien, die ähnliche Variablen an unterschiedlichen Eingriffen erhoben haben, ein. Somit ist es notwendig, zuerst eine ausreichende Anzahl von Studien an den bedeutendsten Operationstypen durchzuführen, um diese anschließend vergleichen zu können. Die Einflüsse, die sich aus der jeweiligen Art der Operation ergeben, wären dann besser erkennbar. Erst im nächsten Schritt könnten dann Vergleiche unabhängig vom Operationstyp durchgeführt werden.

Die Auswahl geeigneter Kriterien für die postoperative Anpassung erscheint sehr schwierig, da Variablen, die eigentlich nicht dem Selbstbericht zuzuordnen sind, subjektive Einflüsse widerspiegeln und ein Abschätzen der tatsächlichen körperlichen Erholung erschweren. Eine Beurteilung der postoperativen Erholung sollte sich jedoch auf der anderen Seite auch nicht ausschließlich an möglichst objektiven Parametern orientieren. Das subjektive psychische und physische Wohlbefinden trägt ebenfalls zum Gesamtzustand der postoperativen Erholung bei, da von einer akzeptablen Erholung nur dann gesprochen werden kann, wenn auf psychischer und physischer Ebene ein ausreichendes Wohlbefinden vorhanden ist. Eine objektive Wahrnehmung bezüglich des Wohlbefindens gibt es nicht. Hier sei auf die Grenzen der Anwendung von

Fragebögen hingewiesen. Es besteht die Gefahr, dass aus einem scheinbar objektiven Fragebogen das herausgelesen wird, was bei seiner Konstruktion hineingelegt wurde (Bauer, 2006). Außerdem handelt es sich um eine hohe Komplexität mit schwer zu messenden Parametern, wie im Folgenden erläutert werden soll. Bei der Erhebung subjektiver Kennwerte ist man auch auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Die Bewusstseinslage unmittelbar nach einem postoperativen Eingriff kann z.B. aufgrund von Medikation zu deutlichen Verzerrungen bei der subjektiven Beurteilung führen (vgl. Grabow, 1982). In dieser Studie fand die Erhebung nach Beendigung des Intensivaufenthaltes statt. Jedoch auch dies erweist sich als problematisch, da die Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation erheblich variiert und auch das Erinnerungsvermögen aus oben genannten Gründen eingeschränkt sein kann. Bei der Erhebung des Schmerzes fiel auf, dass es der betroffenen Person oft schwer fiel, ihre Schmerzen der ersten vierundzwanzig Stunden nach der Operation einzuschätzen. Zusätzlich kann, wie schon erwähnt, die gegebene Schmerzmedikation die Angaben verzerren. Auch ist anzumerken, dass die Qualität des Schmerzes nicht erfragt wurde. So ist nachträglich wahrscheinlich, dass bei diesem Merkmal keine zuverlässige Messung vorgenommen wurde und die Variable Schmerz bei zukünftigen Untersuchungen in anderer Weise und evtl. zu einem anderen Zeitpunkt erhoben werden sollte, um zuverlässigere Daten zu erhalten.

Die Zusammenhänge der Bewältigungsstrategien mit der perioperativen Anpassung zeigen die Notwendigkeit einer Optimierung ihrer Erfassung auf, da die Ergebnisse dieser Studie diesbezüglich nicht schlüssig sind und wenig Interpretation zulassen. Hierbei scheint die Einteilung der Bewältigungsmechanismen nicht effektiv.

Wie wichtig und diffizil Formulierungen und Sprache in der Auswahl der Items sind, zeigen einige Ergebnisse, bei denen es möglich ist, dass ein Item in der gewählten Formulierung andere Assoziationen in der Person hervorruft als beabsichtigt (z.B. Aktivität).

Insgesamt wurde deutlich, dass die postoperative Erholung nicht als eindimensionaler Prozess verstanden werden darf, sondern auf mehreren Ebenen stattfindet, die von unterschiedlichsten Variablen beeinflusst wird, welche nicht alle erfasst werden können. Aus diesen Gründen erscheint die Auswahl von validen Messinstrumenten bei intensivmedizinischen Patienten besonders schwierig. Diese Überlegungen erschweren die Umsetzung der Ergebnisse in psychologische Operationsvorbereitungsverfahren. Zukünftige Untersuchungen sollten daher nicht die Erhebung möglichst vieler Kriterien zum Ziel haben, sondern die systematische Identifizierung einer überschaubaren Zahl

von Items zur Beurteilung der Bewältigungsstrategien und der postoperativen Anpassung. Je valider die Erfassung dieser Parameter erfolgt, umso besser können Interventionen für die psychologische Operationsvorbereitung entwickelt werden.

Der in dieser Untersuchung belegte positive Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der Genesung könnte Anlass dafür sein, Menschen, die subjektiv keine soziale Unterstützung bei sich wahrnehmen können, in einem operativen Kontext durch das Krankenhaussystem mehr Unterstützung, z.B. in Form von Seelsorge oder aber auch allgemeinen sozialen Diensten, zukommen zu lassen. Hinsichtlich des längeren postoperativen Status wären auch Kriterien wie Wiederaanpassung an die Familiensituation, Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit, Veränderung des Lebensstils, der Gewohnheiten sowie der sozialen und Freizeitaktivitäten zu berücksichtigen. Es wäre ebenfalls sinnvoll, die soziale Unterstützung nicht nur retrospektiv zu untersuchen, sondern über eine geraume Zeitperiode, um eine Serie von Daten zu erhalten, die verschiedene Unterstützungskonstrukte während Stresssituationen erfassen. Hierbei könnten eventuell Rückschlüsse gezogen werden auf die weitere Entwicklung der jeweiligen Erkrankung, den Gebrauch von Schmerzmitteln oder der psychosozialen Befindlichkeit der betroffenen Person.

In der vorliegenden Studie hat sich eine Reihe von Unterschieden zwischen den Geschlechtern bezüglich der Thematik gezeigt. Nachdem in den Anfängen der geschlechtervergleichenden Gesundheitsforschung vor allem Fragen der Epidemiologie von Frauen- und Männergesundheit im Vordergrund standen, geht es inzwischen mehr um die Einflussfaktoren, die unterschiedliches gesundheitsrelevantes Verhalten von Männern und Frauen erklären können. Geschlechterrollen haben einen maßgeblichen Einfluss auf Risikoverhalten und gesundheitsförderndes Verhalten. Die traditionelle feminine Rolle stellt einen gewissen Schutz für die körperliche Gesundheit dar (vgl. Sieverding, 2007). Es ist daher wichtig, die Variable Geschlecht immer als Kontrollvariable mit zu berücksichtigen, da viele Aussagen für Männer und Frauen nicht gleich zutreffend sind. Dies impliziert auch, dass eine Studie ausreichend große Stichprobengrößen enthält, um die Betrachtung von möglichen Unterschieden erkennbar zu machen. Diese Überlegung trifft ebenfalls auch auf das Alter zu, welches in dieser Arbeit nicht differenziert betrachtet wurde. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass bestimmte Variablen nicht in allen Altersstufen die gleichen Zusammenhänge aufweisen bzw. dadurch eine Konfusion der Effekte auftreten kann. Dies ist in zukünftigen Studien in Betracht zu ziehen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass in der vorliegenden Arbeit eine Reihe interessanter Befunde zum Einfluss von perioperativer Angst, Bewältigungsmechanismen und sozialer Unterstützung auf die postoperative Anpassung gesichert werden konnten. Da die aktuelle Datenlage aber trotzdem immer noch wenig über die psychische Belastung und Anpassung chirurgischer Intensivpatienten aussagt, sind weitere Forschungsarbeiten auf diesem Sektor vonnöten. Eine Reduzierung der subjektiven Belastung eines Menschen, der sich einer Operation unterziehen muss, ist ein wichtiges Ziel, welches den Einsatz solcher Verfahren rechtfertigt und weitere Untersuchungen zu deren Optimierung notwendig macht. Hierbei ist der zeitliche und logistische Aufwand zu berücksichtigen, um eine praxisnahe Umsetzung ermöglichen zu können. Dabei spielt vor allem die Auswahl der Parameter und deren systematische Differenzierung zur Beurteilung der perioperativen Anpassung eine zentrale Rolle. Die Erkenntnisse bisheriger Studien bilden die Basis für zukünftige Untersuchungen. Nur reliable und valide Kriterien können die Auswirkung psychologischer Parameter sowie die Entwicklung und den Erfolg psychologischer Interventionen beurteilen.

7. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden bei 74 Patienten die Zusammenhänge zwischen Zustandsangst, Angstbewältigung und sozialer Unterstützung einerseits und der perioperativen Anpassung andererseits untersucht. Die subjektive Zustandsangst wurde anhand von Fragebögen zur Einschätzung kognitiver, affektiver und somatischer Angstsymptome (KASA) erfasst. Die Messung der Angstbewältigung erfolgte anhand des Fragebogens zu Angstbewältigungsstrategien (COSS), und die soziale Unterstützung wurde mit dem Fragebogen zum sozialen Umfeld (ISEL) erhoben. Zur Beurteilung der postoperativen Anpassung wurde nach der Rückverlegung von der Intensiv- auf die Normalstation erneut die Zustandsangst erhoben. Ebenfalls wurden zu diesem Zeitpunkt die subjektive Befindlichkeit, die subjektive Einschätzung der körperlichen Genesung und das postoperative Schmerzerleben dokumentiert. Weiterhin wurden die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in diesem Kontext untersucht. Nach Abschluss der Untersuchung zeigten sich für die subjektive Zustandsangst eher unerwartete Verläufe, die sich - wie auch das Ausmaß der Angst - zwischen den Geschlechtern unterschieden. Entsprechend den Erwartungen ergab sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den Variablen der Genesung und der Zustandsangst sowohl prä- wie auch postoperativ. Bei der Betrachtung der Parameter der postoperativen Anpassung untereinander zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der körperlichen Genesung und den Parametern der subjektiven Befindlichkeit. Ein Zusammenhang zwischen der empfundenen Schmerzintensität und der körperlichen Genesung sowie der subjektiven Befindlichkeit konnte in dieser Studie nicht gefunden werden. Die Wechselwirkung zwischen der Angstbewältigung und der postoperativen Erholung fiel gering aus und die Ergebnisse entsprachen nur marginal den Erwartungen. Erwartungskonträr war der positive Effekt der Bewältigungsstrategie Optimismus auf den Erholungsparameter Negatives Empfinden. Positive Zusammenhänge ließen sich erwartungskonform zwischen der sozialen Unterstützung insgesamt und den Parametern der postoperativen Erholung körperliche Genesung und Aktivität feststellen, welche zwischen Männern und Frauen nicht überzufällig häufig verschieden miteinander korrelierten.

Die Ergebnisse wurden im Hinblick auf die formulierten Fragestellungen und in Bezug zu bisherigen Befunden diskutiert. Abschließend wurden sich daraus ergebende Perspektiven für die weitere Forschung in diesem Bereich aufgezeigt.

Literaturverzeichnis:

- Abele-Brehm A., Brehm W.: Psychological and cardiovascular predictors of anaesthesia induction, operative and post-operative complications in minor gynaecological surgery. *British Journal of Clinical Psychology* (1986) 34: 613-625.
- Andrew JM.: Recovery from surgery with and without preparatory instruction for three coping styles. *Journal of Personality and Social Psychology* (1970) 15 (3): 223-226.
- Ardelt E., Laireiter A.: Messung sozialer Beziehungen. In Roth E. (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Methoden* (1993) München: Oldenbourg: 658-673.
- Auerbach SM.: Trait-State anxiety and adjustment to surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1973) 40 (2): 264-271.
- Barbe AP., Gulley MR., Cunningham MR.: Support Seeking in Personal Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* (1990) 7 (4): 531-540.
- Bauer J.: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (2006) München: Heyne.
- Boeke S., Stronks D., Verhaege F., Zwaveling A.: Psychological variables as predictors of the length of post-operative hospitalization. *Journal of Psychosomatic research* (1991) 35: 281-288.
- Böhm A., Dony M.: Copingverhalten in der präoperativen Phase. *Psychotherapie, Medizinische Psychologie* (1994) 34: 296-302.
- Cobb S.: Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* (1976) 38 (5): 300-324.
- Cohen S.: Psychological Models of the Role of Social Support in the Etiology of Physical Disease. *Health Psychology* (1988) 7 (3): 269-97.
- Cohen S., Hoberman H.: Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology* (1983) 58: 304 – 309.
- Cohen F., Lazarus RS.: Coping with the stresses of illness. In Stone GC., Cohen F. (Hrsg.), *Health psychology – a handbook* (1982) San Francisco: Jossey Bass: 217-254.
- Corenblum B., Taylor J.: Mechanisms of control of prolactin release in response to apprehension stress and anaesthesia/surgery stress. *Fertility and Sterility* (1981) 36 (6): 712-715.
- Coyne JC., Ellard JH., Smith DA.: Social support. Interdependence and the dilemmas of helping. In Sarason BR., Sarason IG., Pierce GR. (Hrsg.), *Social Support: An interactional View* (1990) New York: Wiley: 129-149.
- De Bruin J.: Angst und Stressbewältigung bei chirurgischen Patienten: Fragebogenentwicklung und Zusammenhänge mit perioperativer Anpassung. Inaugural Dissertation (1998) Johannes Gutenberg Universität Mainz.
- De Groot KI., Boeke S., van den Berge HJ., Duivenvoorden HJ., Bonke B., Passchier J.: The Influence of psychological variables on postoperative anxiety and physical complaints in patients undergoing lumbar surgery. *Pain* (1997) 69: 19-25.
- Delistamati E., Samakouri MA., Davis EA., Vorvolakos T., Xenitidis K., Livaditis M.: Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) College Version: Validation and Application in a Greek Sample. *International Journal of Social Psychiatry* (2006) 52: 552-560.
- Dunkel-Schetter C., Skokan LA.: Determinants of Social Support Provision in Personal Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* (1990) 7 (4): 437-450
- Dunkel-Schetter C., Lobel M.: Psychological reactions to infertility. In Stanton AL., Dunkel-Schetter CA. (Hrsg.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (1991) New York: Plenum Press 29-57.
- Epstein S.: The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. In Spielberger, CD. (Hrsg.), *Anxiety: Current trends in theory and research Vol.2*, (1972) New York: Academic Press: 291-337.

Friedrich S.: Der Einfluss von Ängstlichkeit, Zustandsangst und unterschiedlichen Bewältigungsstrategien auf die psychische und physische postoperative Erholung. Diplomarbeit (1997) Johannes Gutenberg Universität Mainz.

Ganster DC., Victor B.: The Impact of Social Support on Mental and Physical Health. *British Journal of Medical Psychology* (1988) 61: 75-109.

Gauggel S.: Neuropsychologie der Motivation. In Lautenbacher S., Gauggel S. (Hrsg.), *Neuropsychologie psychischer Störungen* (2004) Berlin: Springer: 67-89.

George JM., Scott DS., Turner SP., Gregg JM.: The effects of psychological factors and physical trauma on recovery from oral surgery. *Journal of Behavioral Medicine* (1980) 3: 291-310.

Grabow L.: Zur Kooperation von Psychologie und Anästhesiologie in der Intensivmedizin. *Anästhesiologie, Intensivtherapie, Notfallmedizin* (1982) 17: 297-300.

Haller C., Kemmler G., Judmair G., Rathner G., Kinzl H., Richter R., Günther V.: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2003) 49: 36-48.

Hobfoll SE.: Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist* (1989) 44 (3): 513-524.

Hobfoll SE., Freedy J., Lane C., Geller, P.: Conservation of Social Resources: Social Support Resource Theory. *Journal of Social and Personal Relationships* (1990) 7 (4): 465-478

House JS., Umberson D., Landis KR.: Structures and Processes of Social Support. In Scott WR., Blake J. (Hrsg.), *Annual Review of Sociology* (1988) 14: 293-318.

Hunt K., Lewars H., Emslie C., Batty GD.: Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men with higher 'femininity' scores: a general population cohort study. *International Journal of Epidemiology* (2007) 36 (3): 612-620.

Janis IL.: Psychological Stress. Psychoanalytic and behavioural studies of surgical patients (1958) New York: Academic Press.

Janke W., Debus G.: Die Eigenschaftswörterliste (EWL), Handanweisung (1978) Göttingen: Hogrefe.

Johnson JE.: The effects of accurate expectations on the sensory and distress components of pain. *Journal of Personality and Social Psychology* (1973) 27: 261-275.

Johnston M.: Dimensions of recovery from Surgery. *International Review of Applied Psychology* (1984) 33: 505-520.

Johnston M.: Pre-Operative Emotional States and Post-Operative Recovery. *Advances in Psychosomatic medicine* (1986) 15: 1-22.

Johnston M.: Impending Surgery. In: Fisher, S., Reason, J. (Hrsg.) *Handbook of Life Stress, Cognition and health* (1988) Great Britain: Wiley: 79-100.

Johnston M., Vögele C.: Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt LR. (Hrsg.) *Jahrbuch der medizinischen Psychologie, Band 7, Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen* (1992) Berlin: Springer: 215-246.

Klauer T., Filipp SH.: Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) (1993) Göttingen: Hogrefe.

Knoll N., Kienle R.: Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: Ein Überblick (Self-report questionnaires for the assessment of social support: an overview). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (2007) 16:57-71.

Kopp M., Bonatti H., Haller C., Rumpold, G. Sollner: Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. *Journal of psychosomatic research* (2003) 55: 371-377.

- Krohne HW.: Angst und Angstbewältigung (1996) Stuttgart: Kohlhammer.
- Krohne HW., De Bruin J., El-Giamal M., Schmukle S.: The Assessment of Surgery-Related Coping: The Coping with Surgical Stress Scale (COSS). *Psychology and Health* (2000) 15: 135-149.
- Krohne HW., De Bruin J., Mohiyeddini C., Breimer N., Schäfer M.: Die Erfassung spezifischer Dimensionen der Zustandsangst bei Chirurgiepatienten. *Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie*. (2000) 50: 72-80.
- Krohne HW., Egloff B.: Die Messung von Vigilanz und kognitiver Vermeidung: Untersuchungen mit dem Angstbewältigungs-Inventar (ABI). *Diagnostica* (1994) 44 (4): 189-200.
- Krohne HW., Egloff B., Kohlmann CW., Tausch A.: Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica* (1996) 42: 139-156.
- Krohne HW., Fuchs J., Slangen K.: Operativer Stress und seine Bewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (1994) 2 (3): 155-175.
- Krohne HW., Kleemann PP., Hardt J., Theisen A.: Beziehungen zwischen Bewältigungsstrategien und präoperativen Stressreaktionen. *Zeitschrift für klinische Psychologie* (1989) 18: 350-364.
- Krohne HW., Kleemann PP., Hardt J., Theisen A.: Relations between coping strategies and presurgical stress reactions. In: Schmidt, LR., Schwenzmeizer P., Weinman J., Maes S. (Hrsg.) *Theoretical and applied aspects of health psychology* (1990), London: Harwood: 423-429.
- Krohne HW., Slangen K., Kleemann PP.: Coping variables as predictors of perioperative emotional states and adjustment. *Psychology and Health* (1996) 11: 315-330.
- Kulik JA., Mahler HI.: Social Support and Recovery from Surgery. *Health Psychology* (1989) 8(2): 221-238.
- Laireiter AR., Baumann U., Feichtinger L., Reisenzein E., Untner A.: Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung, SONET. *Rehabilitation* (1997) 36: 15-30.
- Lazarus RS., Folkman S.: Coping and adaptation. In: Gentry WD. (Hrsg.) *The handbook of behavioral medicine* (1984) New York: Guilford: S.282-325.
- Mahler HI., Kulik JA.: Preferences for health care involvement, perceived control and surgical recovery: A prospective study. *Social Science & Medicine* (1990) 31(7): 743-51.
- Manyande A., Chayen S., Priyukumar P., Smith CCT., Hayes M., Higgins D., Kee S., Phillips S., Salmon P.: Anxiety and endocrine response to surgery: Paradoxical effects of preoperative relaxation training. *Psychosomatic medicine* (1992) 54: 275-287.
- Miller SM.: When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring versus blunting. In Levine S., Ursin H. (Hrsg.) *Coping and Health* (1980) New York: Academic Press: 145-169.
- Miller SM., Brody DS., Summerton J.: Styles of Coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology* (1988) 54: 142-148.
- Notarius CI., Herrick LR.: Listener Response Strategies to a Distressed Other. *Journal of Social and Personal Relationships* (1988) 5 (1): 97-108.
- Pschyrembel: *Klinisches Wörterbuch*, 258. Auflage, (1998) Berlin: Walter de Gruyter.
- Reddy KM., Meyer CER., Palazzo FF., Conaghan P., Blunt MC., Stebbings WSL., Leicester RJ., Cullen PT.: Postoperative stay following colorectal surgery: a study of factors associated with prolonged hospital stay. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* (2003) 85: 111-114.
- Roche Lexikon Medizin, 3. Auflage, (1993) München: Urban Fischer.

- Sachs L.: Angewandte Statistik, 10. Auflage, (2002) Berlin: Springer.
- Salmon P.: Psychological Factors in surgical Stress: Implications for management. *Clinical Psychology Review* (1992) 12: 681-704.
- Scherer KR.: Voice, Stress, and Emotion. In: Appley MH., Trumball R. (Hrsg.), *Dynamics of stress. Physiological, psychological and social perspectives* (1986) New York: Plenum: 157-179.
- Schmeling-Kludas C., Koch U., Hagenbuch F., Teichert M.: Psychosoziale Belastung nach der Krankenhausaufnahme – Ein Vergleich internistischer und chirurgischer Patienten. *Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie.* (1991) 41: 166-175.
- Schwarzer R.: *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (2004) Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer R., Leppin A.: Social Support and Health: A Meta analysis. *Psychology and Health* (1989) 3: 1-15.
- Schwarzer R., Weiner B.: Die Wirkung von Kontrollierbarkeit und Bewältigungsverhalten auf Emotionen und soziale Unterstützung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* (1990) 21: 118-25.
- Seligman MEP.: *Helplessness: On Depression, Development and Death*, (1975) San Francisco: Freeman.
- Sieverding M.: Geschlecht und Gesundheit. *Querelles-Net., Rezensionszeitschrift für Frauen und Geschlechterforschung* (2007) 22, <http://www.querelles-net.de/forum/forum22/index.shtml> (abgerufen am 15. Januar 2008).
- Slangen K., Kleemann PP., Krohne HW.: Coping with surgical stress. In: Krohne HW. (Hrsg.), *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness* (1993) Seattle, Toronto: Hogrefe & Huber: 321-348.
- Slangen K., Krohne HW., Stellrecht S., Kleemann PP.: Dimensionen perioperativer Belastung und ihre Auswirkung auf intra- und postoperative Anpassung von Chirurgiepatienten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (1993) 1 (2): 123-142.
- Slangen K., Richter S., Krohne HW.: Die Erfassung spezifischer Dimensionen der Zustandsangst und aktuellen Bewältigung bei Chirurgiepatienten. Fragebogenentwicklung und erste empirische Befunde. *Mainzer Berichte zur Persönlichkeitsforschung No.49* (1994) Mainz: Johannes Gutenberg-Universität, Psychologisches Institut.
- Spielberger CD.: Anxiety as an emotional state. In: Spielberger, CD. (Hrsg.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (1972) New York: Academic Press (1): S.23-49.
- Stone AA., Neale JM., Shiffman S.: Daily Assessment of stress and coping and their association with mood. *Annals of Behavioral Medicine* (1993) 15: 8-16.
- Suls J., Fletcher B.: The relative efficacy of avoidant and non avoidant coping strategies: A meta analysis. *Health Psychology* (1985) 4: 249-288.
- Teuwen, I.: *Auswirkung eines ergänzenden Arzt-Patienten-Gespräches auf die Anpassung chirurgischer Intensivpatienten*, Dissertation (2005) Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen.
- Thoits, PA.: Social Support Processes and Psychological Well being: Theoretical Possibilities. In: Sarason IG., Sarason BR. (Hrsg.), *Social Support: Theory, Research and Application* (1985) Dordrecht: Nijhoff: 51-72.
- Tolksdorf W.: *Der präoperative Stress* (1985), Berlin, Heidelberg: Springer.
- Vaccarino V., Lin ZQ., Kasl SV., Mattera JA., Roumains SA., Abramsin JL., Krumholz HM.: Gender Differences in Recovery after Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of the American College of Cardiology* (2003) 41 (2): 307-14.
- Wasteson E., Nordin K., Hoffmann K., Glimelius B., Sjöden P.: Daily Assessment of Coping in Patients with gastrointestinal cancer. *Psycho-Oncology* (2002) 11: 1-11.

Watson D., Clark LA, Tellegen A.: Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* (1988) 54: 1063-1070.

Weinryb RM., Gustavsson JP., Barber JB.: Personality predictors of dimensions of psychological adjustment after surgery. *Psychosomatic Medicine* (1997) 59 (6): 626-631.

Wolfer JA., Davis CE.: Assessment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperative welfare. *Nursing Research* (1970) 19: 402-414.

Anhang:

- A1) Angaben zur Person
- A2) Fragebogen zur aktuellen Zustandsangst:
KASA (kognitive, affektive und somatische Angstsymptome)
- A3) Fragebogen zu Strategien der Angstbewältigung:
COSS (Coping with surgical stress)
- A4) Fragebogen zur sozialen Unterstützung:
ISEL (Interpersonal support evaluation list)
- A5) Befindlichkeitsfragebogen
- A6) Genesungsfragebogen
- A7) Schmerztagebuch
- A8) Patientenliste

A1)

Angaben zur Person

Nr.:

Datum:

Nachfolgend werden Angaben zu Ihrer Person erhoben. Bitte beantworten Sie jede Frage.

1. Alter: Jahre

2. Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

3. Familienstand: ledig / alleine lebend ☐
ledig / mit Partner lebend ☐
verheiratet ☐
geschieden / getrennt ☐
verwitwet ☐

4. Sind Sie zurzeit berufstätig? Ja ☐ Nein ☐

5. Höchster erreichter Schulabschluss: Sonderschulabschluss ☐
Volks-/Hauptschulabschluss ☐
Realschulabschluss ☐
Abitur ☐
Berufschulabschluss ☐
Universitätsabschluss ☐

6. Hatten Sie schon einmal eine oder mehrere Operationen? Ja ☐ Nein ☐

7. Wenn ja, welche?

8. Wie viele?

9. Gab es Komplikationen? Ja ☐ Nein ☐

10. Wie lange dauerte Ihr Krankenhausaufenthalt damals?

11. Glauben Sie, dass Ihre Erfahrungen mit früheren Operationen Ihnen bei Ihrem bevorstehenden Eingriff helfen können? Ja ☐ Nein ☐

12. Was erwarten Sie von der Operation?

A2)

KASA

Nr.:..... Geschlecht:..... Alter:..... Datum:.....

Anleitung:

Sie finden hier eine Reihe von Feststellungen, mit denen man seinen gegenwärtigen Zustand beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, d.h. in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung den Kreis unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Bitte überlegen Sie nicht lange und denken sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand beschreibt:

sehr – ziemlich - ein wenig - gar nicht

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich fühle mich ganz hilflos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ich schwitze an den Händen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Ich fühle mich elend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Ich frage mich, ob auch alles richtig läuft | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ich habe ein komisches Gefühl im Magen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Ich fühle mich innerlich angespannt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Ich bin bekümmert | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich habe ein Gefühl der Enge im Hals | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Ich grüble über meine Situation nach | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Ich fühle mich unbehaglich | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Ich habe Herzklopfen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Ich bin aufgeregt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Meine Hände zittern | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Ich mache mir Sorgen, dass etwas schief gehen könnte | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Ich bin beunruhigt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Ich bin nervös | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

sehr – ziemlich - ein wenig - gar nicht

17. Ich zittere	☐	☐	☐	☐
18. Ich fühle mich verunsichert	☐	☐	☐	☐
19. Ich kann nicht tief durchatmen	☐	☐	☐	☐
20. Ich mache mir Sorgen, ob alles gut ausgehen wird	☐	☐	☐	☐
21. Ich fühle mich unwohl	☐	☐	☐	☐
22. Ich mache mir Gedanken über meinen körperlichen Zustand	☐	☐	☐	☐
23. Ich bin körperlich verkrampft	☐	☐	☐	☐
24. Ich fühle mich schlecht	☐	☐	☐	☐
25. Ich habe kalte Füße	☐	☐	☐	☐
26. Ich bin ganz durcheinander	☐	☐	☐	☐
27. Ich fühle mich unsicher	☐	☐	☐	☐
28. Ich bin besorgt	☐	☐	☐	☐
29. Ich habe ganz weiche Knie	☐	☐	☐	☐
30. Ich fühle mich ängstlich	☐	☐	☐	☐

A3) COSS

Nr..... Geschlecht:..... Alter:..... Datum:.....

Anleitung:

Sie liegen seit kurzem hier im Krankenhaus, um in den nächsten Tagen operiert zu werden. Es gibt nun verschiedene Möglichkeiten, wie Menschen mit einer solchen Situation umgehen. Uns geht es darum, etwas darüber zu erfahren, was Menschen in dieser Situation denken, tun oder fühlen.

Auf den nächsten Seiten sind verschiedene mögliche Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen aufgeführt. Wir bitten Sie nun, für jede Aussage anzugeben, ob diese für Sie persönlich zutrifft.

Kreuzen Sie bitte an, ob die jeweilige Aussage im Augenblick überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich oder sehr für Sie zutrifft.

Beispiel:

Dieser Satz trifft für mich...

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
--------------------	--------------	----------	------

Ich sage mir, dass alles gut gehen wird.

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

„Ein wenig“ bedeutet in diesem Fall, dass Sie diese Strategie im Augenblick kaum benutzen bzw. die Aussage nur in geringem Ausmaß auf Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht zu lange und lassen Sie bitte keine Aussage aus. Kreuzen Sie an, was für Sie jetzt, in der augenblicklichen Kliniksituation, zutrifft.

Was denken, tun oder fühlen Sie jetzt, wenn Sie daran denken, dass Sie bald operiert werden?

	Dieser Satz trifft für mich...			
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr zu
1. Ich stelle mir vor, was alles schief laufen könnte	☐	☐	☐	☐
2. Ich sage mir, dass ich mich in guten Händen befinde.	☐	☐	☐	☐
3. Ich befrage die Ärzte bei der Visite, wie es um mich steht	☐	☐	☐	☐
4. Ich suche Halt in meinem Glauben	☐	☐	☐	☐
5. Ich denke daran, dass es Menschen gibt, denen es noch schlechter geht als mir	☐	☐	☐	☐
6. Ich spiele mögliche Folgen der Operation gedanklich durch	☐	☐	☐	☐
7. Ich denke daran, dass ich im Krankenhaus gut aufgehoben bin	☐	☐	☐	☐
8. Ich nehme die Situation mit Humor	☐	☐	☐	☐
9. Ich informiere mich über alle Vor- und Nachteile einer Operation	☐	☐	☐	☐
10. Ich suche Zuspruch bei meiner Familie	☐	☐	☐	☐
11. Ich stelle mir vor, wie mein Leben aussieht, wenn die Operation nicht gut verläuft	☐	☐	☐	☐
12. Ich bleibe gelassen	☐	☐	☐	☐
13. Ich informiere mich über die Erfolgsaussichten meiner Operation	☐	☐	☐	☐

	Dieser Satz trifft für mich...			
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr zu
14. Ich versuche, durch das Gespräch mit anderen Menschen Mut zu gewinnen	☐	☐	☐	☐
15. Ich sage mir, dass ich den Ärzten und dem Pflegepersonal vertrauen kann	☐	☐	☐	☐
16. Ich schlafe viel, um mich abzulenken	☐	☐	☐	☐
17. Ich vertraue auf Gott	☐	☐	☐	☐
18. Ich denke viel über den Eingriff nach	☐	☐	☐	☐
19. Ich unterhalte mich mit meinen Mitpatienten oder meinem Besuch über andere Themen	☐	☐	☐	☐
20. Ich sage mir, dass es mir schon schlechter ging als jetzt	☐	☐	☐	☐
21. Ich versuche zu erfahren, was bei der Operation/Narkose mit mir gemacht wird	☐	☐	☐	☐
22. Ich sage mir, dass andere ein ähnliches Schicksal erleiden müssen und damit fertig werden	☐	☐	☐	☐
23. Ich sage mir, dass es nach der Operation stetig bergauf geht	☐	☐	☐	☐
24. Ich stelle mir den Ablauf der Operation in allen Einzelheiten vor	☐	☐	☐	☐
25. Ich suche Unterstützung bei Freunden	☐	☐	☐	☐
26. Ich informiere mich über den Ablauf der Operation	☐	☐	☐	☐

	Dieser Satz trifft für mich...			
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr zu
27. Ich denke so wenig wie möglich über das Operiertwerden nach	☐	☐	☐	☐
28. Ich sage mir, dass ich schon schlimmere Situationen durchgestanden habe	☐	☐	☐	☐
29. Ich denke, die Ärzte wissen schon was sie tun	☐	☐	☐	☐
30. Ich versuche, meine Gedanken auf etwas anderes als die Operation zu konzentrieren	☐	☐	☐	☐
31. Ich denke an die Hilfe, die ich hier im Krankenhaus erhalte	☐	☐	☐	☐
32. Ich rede mit anderen darüber, wie es mir geht	☐	☐	☐	☐
33. Ich denke über die unangenehmen Dinge nach, die Bekannte im Kranken- haus schon erlebt haben	☐	☐	☐	☐
34. Ich befrage die Ärzte über mein voraussichtliches Befinden nach der Operation	☐	☐	☐	☐
35. Ich versuche, das Positive an der Operation zu sehen	☐	☐	☐	☐
36. Ich sage mir, dass es noch schlimmere Schicksale gibt	☐	☐	☐	☐
37. Ich überlege mir, was wohl während der Narkose mit mir passiert	☐	☐	☐	☐
38. Ich lenke mich mit anderen Dingen ab, z.B. Zeitschriften, Bücher, Fernsehen, Rätsel	☐	☐	☐	☐

	Dieser Satz trifft für mich...			
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr zu
39. Ich befrage die Ärzte zu den Risiken der Operation	☐	☐	☐	☐
40. Ich denke an angenehme Dinge	☐	☐	☐	☐
41. Ich spreche Ärzten und dem Pflegepersonal gegenüber das an, was mich belastet	☐	☐	☐	☐
42. Ich sage mir, dass ich im Vergleich zu anderen schneller wieder fit sein werde	☐	☐	☐	☐
43. Ich denke mir, dass alles gut gehen wird	☐	☐	☐	☐
44. Ich informiere mich über den Alltag im Krankenhaus	☐	☐	☐	☐
45. Ich sage mir, andere würden viel schlechter mit dieser Situation fertig werden	☐	☐	☐	☐
46. Ich sehe die Zeit vor der Narkose vor meinen Augen ablaufen	☐	☐	☐	☐
47. Ich denke daran, dass ich besser als viele andere mit der Situation umgehen kann	☐	☐	☐	☐

A4)

ISEL

Nr..... Geschlecht:..... Alter:..... Datum:.....

Anleitung:

Dieser Fragebogen besteht aus einer Reihe von Aussagen, die Menschen auf verschiedene Weise beschreiben.

Bitte lesen Sie jede Aussage durch und wählen Sie aus den vier Antwortalternativen diejenige aus, die für Sie persönlich am besten zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wählen Sie bitte die Zahl derjenigen Antwort aus, die am besten beschreibt, wie Sie persönlich sich in diesem Bereich Ihres Lebens fühlen.

1 = das trifft stark für mich zu

2 = das trifft teilweise für mich zu

3 = das trifft für mich eher nicht zu

4 = das trifft überhaupt nicht auf mich zu

Beispiel:

_____ 12. Es gibt jemanden in meinem Leben, den ich als sehr engen Freund bezeichnen würde.

Wenn diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft, würden Sie sie mit einer 3 beantworten.

- 1 = das trifft stark für mich zu
2 = das trifft teilweise für mich zu
3 = das trifft für mich eher nicht zu
4 = das trifft überhaupt nicht auf mich zu

- _____ 1. Ich kenne Menschen, mit denen ich regelmäßig Kontakt habe und mit denen ich über alle möglichen Probleme sprechen könnte.
- _____ 2. Die meisten meiner Freunde finden mich klug.
- _____ 3. Ich werde nicht oft gefragt, ob ich etwas mit anderen Leuten unternehmen möchte.
- _____ 4. Ich fühle mich in das Leben von niemandem so richtig eingebunden.
- _____ 5. Wenn ich abends beschließen würde, noch ins Kino zu gehen, könnte ich leicht jemanden finden, der mit mir mit käme.
- _____ 6. Ich kenne jemanden, der mir gebrauchte Möbel oder Küchenutensilien geben würde, wenn ich umziehen müsste und diese bräuchte.
- _____ 7. Die meisten meiner Freunde sind glücklicher und zufriedener mit sich selbst, als ich das bin.
- _____ 8. Ich kenne niemanden in meiner Nähe, der mir sein Auto für einen Tag leihen würde, wenn ich es bräuchte.
- _____ 9. Ich kenne niemanden, der mir hilft, Probleme klarer zu sehen und sie leichter zu verstehen.
- _____ 10. Die Verbindung mit meinen besten Freunden ist eine ganz besondere.

- 1 = das trifft stark für mich zu
2 = das trifft teilweise für mich zu
3 = das trifft für mich eher nicht zu
4 = das trifft überhaupt nicht auf mich zu

- ___ 11. Ich könnte jederzeit jemanden finden, mit dem ich gerne meine Zeit verbringen würde.
- ___ 12. Ich kenne Menschen, mit denen ich regelmäßig Kontakt habe und mit denen ich alle möglichen sexuellen Probleme besprechen würde.
- ___ 13. Ich kenne niemanden in meiner Nähe, der mir für einige Stunden bei der Vorbereitung auf eine wichtige Arbeit helfen würde.
- ___ 14. Es gibt jemanden in meinem Leben, den ich als engen Freund bezeichnen würde.
- ___ 15. Ich gehöre einer Gruppe an meinem Wohnort an, die sich regelmäßig trifft und etwas zusammen unternimmt.
- ___ 16. Die meisten meiner Freunde denken, dass ich die guten und schönen Dinge, die in meinem Leben passieren, auch verdient habe.
- ___ 17. Ich kenne niemanden in meiner Nähe, mit dem ich über Gefühle der Einsamkeit und Depressivität reden könnte.
- ___ 18. Die meisten Menschen, die ich kenne, haben eine gute Meinung von mir.
- ___ 19. Es gibt niemandem in meinem Leben, mit dem ich eine enge, liebevolle Beziehung habe.

- 1 = das trifft stark für mich zu
2 = das trifft teilweise für mich zu
3 = das trifft für mich eher nicht zu
4 = das trifft überhaupt nicht auf mich zu

- ____ 20. Ich kenne jemanden, der mir hundert Euro leihen würde, damit ich an einem Kurs teilnehmen könnte, der meine Karriere, ein neues Hobby oder neue Fähigkeiten fördert.
- ____ 21. Ich bin Mitglied in mindestens einer sozialen Gruppe (wie z.B. einer kirchlichen Gruppe oder einem Verein).
- ____ 22. Ich kenne niemanden in meiner Nähe, der mir meine Mahlzeiten nach Hause bringen würde, wenn ich krank bin.
- ____ 23. Ich kenne niemanden in meiner Nähe, mit dem ich ernsthaft über meine gesundheitlichen Probleme sprechen könnte.
- ____ 24. Die meisten Menschen haben mehr Freunde als ich.
- ____ 25. Ich fühle mich anderen Menschen in emotionaler Hinsicht nahe.
- ____ 26. Wenn ich einen Freund bräuchte, der mir beim Schmücken meines Hauses hilft, wüsste ich jemanden in meiner Nähe, der mir helfen würde.
- ____ 27. Ich kenne Menschen, mit denen ich regelmäßig Kontakt habe und mit denen ich über Probleme in meinen sozialen Beziehungen sprechen könnte.
- ____ 28. Die meisten meiner Freunde sind interessanter als ich.
- ____ 29. Ich kenne nicht viele Menschen, denen ich wirklich etwas bedeute.
- ____ 30. Ich habe keine Freunde in der Nähe (außer meinem Partner/meiner Partnerin), die mich mit Wärme und Zuneigung trösten würden.

A5) Befindlichkeitsfragebogen

Nr.:..... Alter:..... Geschlecht:..... Datum:

Anleitung:

Sie finden in der Tabelle unten eine Liste von Adjektiven, die Gefühlszustände beschreiben.

Tragen Sie bitte in der Liste ein, wie Sie sich **momentan** fühlen.

Beispiel: Wenn Sie sich z.B. im Moment *ein bisschen* müde fühlen, sollten Sie die Tabelle wie folgt ausfüllen:

	gar nicht	ein bisschen	einiger- maßen	erheblich	äußerst
müde		X			

	gar nicht	ein bisschen	einiger- maßen	erheblich	äußerst
erschöpft					
träge					
bekümmert					
gereizt					
müde					
nieder- geschlagen					
frisch					
hoffnungs- los					
verärgert					

	gar nicht	ein bisschen	einiger- maßen	erheblich	äußerst
traurig					
entmutigt					
sorgenvoll					
ratlos					
wach					
schläfrig					
aktiv					
auf- merksam					
wütend					
feindselig					
un- glücklich					

A6) Genesungsfragebogen

Nr.:..... Geschlecht:..... Alter:..... Datum:

Anleitung:

Mit diesem Fragebogen wollen wir feststellen, wie gut Sie sich von der Operation erholt haben. Sie finden nachfolgend einige Körperfunktionen, die nach der Operation beeinträchtigt sein können. Überlegen Sie bitte, wie gut Sie sich **heute** gefühlt haben und tragen Sie entsprechend Ihrer Empfindung ein Kreuz in die Tabelle ein.

Beispiel:

Wenn Sie z.B. heute Nacht schlecht geschlafen haben, sollten Sie die Tabelle wie folgt ausfüllen:

	sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut	ausge- zeichnet
Schlaf		X				

	sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut	ausge- zeichnet
Schlaf						
Appetit						
Energie						
Stuhlgang						
Wasser- lassen						
Aufstehen						
Laufen						

A7)
Schmerztagebuch

Nr.:..... Alter:..... Geschlecht:..... Datum:.....

Wie stark war Ihr Schmerz? Markieren Sie dies mit einem Strich auf der Skala!

Nacht (0-6 Uhr)

kein Schmerz	_____	stärkster vorstellbarer Schmerz
-----------------	-------	---------------------------------------

Morgen (6-12 Uhr)

kein Schmerz	_____	stärkster vorstellbarer Schmerz
-----------------	-------	---------------------------------------

Nachmittag (12-18 Uhr)

kein Schmerz	_____	stärkster vorstellbarer Schmerz
-----------------	-------	---------------------------------------

Abend (18-24 Uhr)

kein Schmerz	_____	stärkster vorstellbarer Schmerz
-----------------	-------	---------------------------------------

A8)
Patientenliste:

Patient Nr.	Diagnose	Intensivaufenthalt (in Tagen)	Komplikationen
1.	Magen Npl.	2	Nein
2.	Sigma Ca	1	Ja
3.	Rektum Npl.	4	Nein
4.	Gallengang Ca	21	Ja
5.	Rektum Npl.	4	Nein
6.	Struma	1	Ja
7.	Corpus Npl.	?	Ja
8.	Rektum Npl.	4	Nein
9.	Rektum Npl.	4	Nein
10.	Leberfiliae	1	Nein
11.	Nicht bekannt	5	Nein
12.	Magen Npl.	4	Nein
13.	Nicht bekannt	5	Nein
14.	Insulinom	Nicht bekannt	Nein
15.	Leberfiliae	5	Nein
16.	Pankreas-Ca	5	Nein
17.	Nicht bekannt	1	Nein
18.	Magen Npl.	5	Nein
19.	Rektum-Ca	5	Nein
20.	Unterbauchtumor	Nicht bekannt	Nein
21.	Magen Npl.	17	Ja
22.	Lap-Funduplicatio	?	?
23.	Magen Npl.	2	Nein
24.	Pankreas Npl.	4	Nein
25.	Expl. Laparoskopie	1	Nein
26.	Nebennieren-Adenom	1	Nein
27.	Sarkom Thorax	3	Ja
28.	Tu im Mittelbauch	10	Nein
29.	Sigmadivertikulitis	?	?
30.	Rektum Ca/Rez.	7	Nein
31.	Oesophagus Npl.	3	Nein
32.	Weichteilsarkom	2	Nein
33.	Expl. Laparoskopie	?	?
34.	Adenom d. Duod.	3	Nein
35.	Nicht bekannt	1	Nein

36.	Sigma Npl.	1	Nein
37.	Expl. Laparoskopie	3	Nein
38.	HCC li. Lungenlappen	1	Nein
39.	Colon-Ca + Lebermet.	3	Nein
40.	Pankreas-Ca	Verstorben	/
41.	Pankreas-Ca	3	Nein
42.	Sigma-Ca	4	Nein
43.	Tu. kl. Becken	5	Nein
44.	Pankreas Ca	5	Nein
45.	Colon Ca	4	Nein
46.	Leberfiliae	6	Nein
47.	Tumor Becken	3	Nein
48.	Rektum Npl.	1	Nein
49.	Pankreaszyste	1	Nein
50.	Nebennieren- Tumor	2	Nein
51.	Magen Ca	2	Nein
52.	Cardia Npl.	2	Nein
53.	Magenresektion	1	Nein
54.	Pankreas Ca	Verstorben	/
55.	Nabelhernie	3	Nein
56.	Colitis regionalis	1	Nein
57.	Tracheo.-verschuß	1	Nein
58.	Magen Npl.	1	Nein
59.	Sigmadivertikulitis	2	Nein
60.	Nebennieren-Tumor	5	Nein
61.	Magen- + NN-Tumor	4	Nein
62.	Leberfiliae	1	Nein
63.	Lungenfiliae	4	Nein
64.	Pankreas-Ca	5	Nein
65.	Struma	1	Nein
66.	Pankreas Npl.	2	Nein
67.	Rektum Npl.	5	Nein
68.	Sigmadivertikulitis	3	Nein
69.	Colon Npl.	5	Ja
70.	Oesophagus Npl.	5	Nein
71.	Thymom	2	Nein
72.	Rektum Npl.	Verstorben	/
73.	Oesophagus Npl.	7	Ja
74.	Sigma Ca	2	Nein
75.	Cardia Npl.	4	Nein

76.	Rektum Npl.	5	Ja
77.	Sigmadivertikulitis	2	Ja

Danksagung

Univ.-Prof. Dr. Klaus Willmes-v. Hinckeldey danke ich für die freundliche und großzügige Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

Dipl. Psych. Dr. phil. Judith de Bruin danke ich für die stets freundliche und geduldige Betreuung und die ständige Hilfsbereitschaft während der Durchführung der Arbeit.

Des Weiteren gilt mein Dank Samira Kheirallah für die praktische Hilfe bei der Formatierung sowie Hildegard Gellrich und Friederike Schlüter für das freundschaftliche Lektorieren der Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Stefan Ventocilla für die unersetzbare Unterstützung und Motivation sowie meinen Kindern Chiara und Nicolas für die Geduld, die sie zu manchen Zeiten aufbringen mussten.

Besonders danken möchte ich auch allen Patienten, die trotz ihrer schwierigen Lebenssituation bereitwillig an der Untersuchung teilgenommen haben, und ohne die diese Arbeit nicht durchführbar gewesen wäre.

Erklärung § 5 Abs. 1 zur Datenaufbewahrung

Hiermit erkläre ich, dass die dieser Dissertation zu Grunde liegenden Originaldaten bei mir, Miriam Ventocilla, Pastoratstrasse 12, 41517 Grevenbroich hinterlegt sind.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Miriam Ventocilla
Geburtsdatum: 10. Mai 1973
Geburtsort: Neuss
Familienstand: verheiratet
Kinder: Chiara, 8 Jahre alt, und Nicolas Felix, 2 Jahre alt
Konfession: katholisch

Schulausbildung

1979 – 1983 Grundschule St. Martinus, Neuss - Holzheim
1983 – 1989 Gymnasium Marienberg, Neuss
1989 – 1990 Illinois Valley Central High School, USA, mit Abschluss High School Diploma
1990 – 1993 Gymnasium Marienberg, Neuss, mit Abschluss Abitur

Hochschulausbildung:

Okt. 1993 – Juni 2003 Studium der Humanmedizin, RWTH Aachen
April 1994 – Dez. 1994 Aufenthalt in Mittelamerika mit sechsmonatigem Pflegepraktikum in San José, Costa Rica
Jan 1995 – März 1995 Arbeit als studentische Aushilfe im St.- Johanna - Etienne - Krankenhaus, Neuss
Sept. 1997 Physikum
Aug. 1999 1. Staatsexamen
Okt. 1998 – Feb. 1999 Aufenthalt in Lima, Perú, mit Famulaturen in einem staatlichen Notfallkrankenhaus und einer Frauenklinik
April 2002 2. Staatsexamen
April 2002 – Mai 2003 Praktisches Jahr, Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie
Juni 2003 3. Staatsexamen

Studienbegleitende Tätigkeiten:

Feb. 1995 – Dez. 1998 Studienbegleitender Pflegedienst, St. – Johanna – Etienne - Krankenhaus, Neuss
Jan. 1998 – März 2002 Arbeit als studentische Aushilfe im Dekanat der RWTH-Aachen

Berufstätigkeit

März 2004 – Okt. 2006 Assistenzärztin an den Rheinischen Kliniken Viersen, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Okt. 2006 – Dez. 2007 Mutterschutz und Elternzeit
seit Jan. 2008 Assistenzärztin an den Rheinischen Kliniken Viersen, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie