

2 Hypothesen

Schwerpunkt der Arbeit ist, den Zusammenhang von subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität bzw. Depressivität bei Tumorpatienten im peri- und postoperativen Krankheitsverlauf zu untersuchen. Theoretische Grundlage bildet das Common Sense Model of Illness Representation von Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984), das den Regulationsprozess eines Patienten im Umgang mit einer Erkrankung erklärt. Hypothesen wurden auf Grundlage dieses Modells und anhand von aktuellen empirischen Befunden formuliert.

2.1 Hypothesen und Fragestellung zur Stichprobe

1. Patienten, die an der aktuellen Untersuchung teilnahmen, wurden innerhalb eines halben Jahres kurz nach einer Operation vier Mal mit einem umfangreichen Fragebogen befragt. Aufgrund der starken Belastung, die mit einer schweren chronischen Krankheit verbunden ist, wird folgendes angenommen: Patienten mit einer Tumorlokalisation, die mit einer schlechten Prognose verbunden ist, brechen die Studie häufiger ab als Patienten mit einer günstigen Prognose. In der Stichprobe, die zu allen vier Messzeitpunkten an der Erhebung teilgenommen hat, sollten daher vergleichsweise weniger Patienten mit schlechter Prognose vertreten sein.
2. Voraussetzung zur Testung der folgenden Hypothesen ist, dass die Patienten erst kürzlich diagnostiziert wurden. Es wird daher überprüft, wie lange der Diagnosezeitpunkt vom ersten Messzeitpunkt entfernt ist.

2.2 Hypothesen zur Ausprägung und zum Verlauf subjektiver Krankheitstheorien

Patienten, die mit einer Tumordiagnose konfrontiert werden, entwickeln subjektive Krankheitstheorien. Diese sind zunächst unpräzise und allgemein ausgeprägt, verändern

sich jedoch über die Zeit durch neue Informationen und eigene Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung. Für die Dimensionen Kausalattributionen, wahrgenommene Kontrolle und erwartete Krankheitsdauer werden folgende spezifische Hypothesen aufgestellt:

3. Als Indiz für die anhaltende Auseinandersetzung mit der Krankheit wird die Anzahl und die Häufigkeit von Kausalattributionen im Krankheitsverlauf ausgewertet. Es wird angenommen, dass alle Patienten Kausalattributionen vornehmen. Die Anzahl der Ursachen und die Häufigkeit der einzelnen Kausalattributionen sollten aufgrund unzureichender Informationen zu Krankheitsbeginn gering ausgeprägt sein und im Krankheitsverlauf zunehmen. Unterstützt wird diese Annahme von Taylor, Lichtman und Wood (1984) sowie Filipp und Aymanns (1997), die zeigen konnten, dass Kausalattributionen im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf an Wichtigkeit gewinnen
4. Es wird erwartet, dass zunächst (T1) diejenigen Ursachen genannt werden, die global (z. B. Schicksal) formuliert sind, da sie den Patienten unmittelbar nach der Diagnosestellung vor eigener Verantwortlichkeit und Schuldzuweisungen bei der Entstehung der Tumorerkrankung entlasten. Im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf (T3 und T4) sollten medizinisch relevante Ursachen (Stress, Verhalten, Umweltverschmutzung, Vererbung) häufiger genannt werden. Attributionen, die den Selbstwert einer Person gefährden (z. B. eigenes Verhalten), sollten seltener ausgewählt werden (self-serving bias, Miller & Porter, 1988).
5. Es wird erwartet, dass wahrgenommene Kontrolle zu T1 gering ausgeprägt sind, da die entscheidende Intervention (Operation) nicht der eigenen Handlungskontrolle unterliegt. Wahrgenommene Kontrolle sollte im längsschnittlichen Verlauf wieder zunehmen, da Patienten einen Monat bzw. ein halbes Jahr nach der Operation nicht mehr in dieser starken Abhängigkeit zum Chirurgen stehen.
6. Erwartungen hinsichtlich der Dauer der Erkrankung sollten sich je nach Krankheitsstadium schneller als die anderen Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien verändern, da sie sich ständig mit der tatsächlichen Erfahrung

messen lassen. Der Patient hat nach der Operation neue Informationen, die in die Erwartungen einfließen.

2.3 Hypothesen zu Zusammenhängen innerhalb der subjektiven Krankheitstheorien

Der zweite Schwerpunkt der Arbeit befasst sich mit Zusammenhängen innerhalb der subjektiven Krankheitstheorien. Es wird angenommen, dass die drei Dimensionen Kausalattributionen, Kontrolle und erwartete Krankheitsdauer in Verbindung stehen.

7. Entsprechend der Studien von Weinman und Kollegen (Weinman & Petrie, 1997; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996) wird erwartet, dass die wahrgenommene Kontrolle über die Krankheit im direkten Zusammenhang zur antizipierten Dauer der Erkrankung steht. Eine erwartete kurze Krankheitsdauer sollte mit hoher internaler Kontrolle einhergehen.
8. Es wird angenommen, dass Kausalattributionen in Beziehung zur wahrgenommenen Kontrolle stehen. Internale Ursachenzuschreibungen, z. B. eigenes Verhalten, sollten mit hoher internaler Kontrollüberzeugung assoziiert sein, externale Ursachen, z. B. Schicksal, hingegen mit geringer internaler Kontrolle (Shiloh, Rashuk-Rosenthal & Benyamini, 2002).
9. Es werden keine Zusammenhänge zwischen den Kausalattributionen und der erwarteten Krankheitsdauer angenommen (Shiloh, Rashuk-Rosenthal & Benyamini, 2002). Patienten mit einer Tumorerkrankung können den tatsächlichen Krankheitsverlauf kaum beeinflussen, auch wenn sie durch die Ursachenzuschreibungen angeregt bestimmte Bewältigungsstrategien ausführen.

2.4 Hypothesen zur Abhängigkeit der subjektiven Krankheitstheorien von den Differentialdiagnosen

Subjektive Krankheitstheorien werden in Abhängigkeit der spezifischen Erkrankung gebildet (Heijmans & de Ridder, 1998). Zwei Hypothesen überprüfen den Einfluss der Differentialdiagnose auf die subjektiven Krankheitstheorien:

10. Es wird erwartet, dass sich die Patienten mit günstiger Prognose von Patienten mit ungünstiger Prognose hinsichtlich der wahrgenommenen Kontrolle und der erwarteten Krankheitsdauer unterscheiden, da medizinische Unterschiede zwischen beiden Gruppen in der Prognose und bei den Interventionsmöglichkeiten bestehen.
11. Es wird angenommen, dass sich Patienten mit einem Lungentumor von den anderen Diagnosegruppen in Bezug auf die Ursachenzuschreibung unterscheiden, da der Einfluss des eigenen Verhaltens höher ist. Es wird erwartet, dass diese Kausalattribution bei Lungentumorpatienten am häufigsten verwendet wird.

2.5 Hypothesen zum Selbstregulationsprozess

Subjektive Krankheitstheorien erfüllen verschiedene Funktionen. Sie sollen unter anderem das Bewältigungsverhalten und verschiedene krankheitsbezogene Kriteriumsvariablen beeinflussen. In vielen querschnittlichen Studien (Kemp, Morley & Anderson, 1999; Rutter & Rutter, 2002; Hagger & Orbell, 2003) konnten Indizien für die Bestätigung des Common Sense Model of Illness Representation (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) gefunden werden. Es gibt jedoch kaum Studien, die die Wirkungsweise des Modells im längsschnittlichen Verlauf überprüft haben (Reviews: Kaptein, Scharloo, Helder, Kleijn, van Korlaar & Woertman, 2003; Hagger & Orbell, 2003). Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag, den postulierten kausalen Zusammenhang zu untersuchen. Folgende Hypothesen werden angenommen:

2.5.1 Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsstrategien und Lebensqualität bzw. Depressivität

12. Es wird erwartet, dass die Anzahl der Kausalattributionen einen positiven Zusammenhang mit Depressivität zeigt (Faller, Schilling & Lang, 1995). Die Anzahl der Kausalattributionen sollte zudem mit Sinnfindungsprozessen assoziiert sein (Taylor, Lichtman & Wood, 1984)

13. Es wird angenommen, dass Kausalattributionen (T1) nicht mit aktiven Bewältigungsverhalten (T3) und der Lebensqualität (T4) assoziiert sind. Ursachenzuschreibungen sind für den Krankheitsverlauf, der nur bedingt selbst beeinflusst werden kann, von untergeordneter Bedeutung (Taylor, Lichtman & Wood, 1984).
14. Entsprechend der Annahmen von Roesch und Weiner (2001) wird erwartet, dass unkontrollierbare Kausalattributionen zu T1 (Vererbung, Umweltverschmutzung, Charakter, Schicksal, Gottes Wille) mit der Bewältigungsstrategie Vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut zu T3 sowie mit niedriger Lebensqualität und hoher Depressivität zu T4 verbunden sind (Heijmans, 1998; Scharloo et al., 1998; Hagger & Orbell, 2003).
15. Es wird erwartet, dass internale Ursachenzuschreibungen (Verhalten, Stress) im positiven Zusammenhang mit Selbstanklage und einer schlechten Lebensqualität und hoher Depressivität stehen.
16. Es wird erwartet, dass wahrgenommene Kontrolle (T1) von den drei Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien die stärksten Zusammenhänge zu aktiven Bewältigungsstrategien, Sinnfindung und kognitive Umdeutung (T3) aufweisen. Patienten mit hoher internaler Kontrolle sollten zudem eine hohe Lebensqualität bzw. geringe Depressivität zu T4 berichten. Diese Hypothese wird durch eine Reihe empirischer Studien unterstützt (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996; Scharloo et al., 1998; Roesch und Weiner, 2001; Conwy & Terry, 1992; Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Claes, Decuyenaere & Denayer, 2000; Kemp, Morley & Anderson, 1999; Lam & Fielding, 2003; Lavery & Clark, 1996; Hagger & Orbell, 2003).
17. Es wird erwartet, dass die Annahme einer kurzen Krankheitsdauer zu T1 positiv mit aktiven Bewältigungsstrategien und kognitiver Umdeutung zu T3 sowie der Lebensqualität und dem emotionalen Wohlbefinden zu T4 assoziiert ist (Heijmans, 1998; Scharloo et al., 1998; Steed, Newman & Hardman, 1999; Hagger & Orbell, 2003).

18. Aktive Bewältigungsstrategien zu T3 sollten sich im Vergleich zu passiven Bewältigungsstrategien adaptiver auf die Kriteriumsvariablen auswirken. Es wird erwartet, dass aktive Bewältigungsstrategien Lebensqualität positiv und Depressivität negativ zu T4 vorhergesagt.

19. Aufgrund der empirischen Belege von Taubert (2003) wird die Hypothese zugrunde gelegt, dass zwischen Sinnfindung (T3) und Lebensqualität bzw. Depressivität (T4) keine kausalen Beziehungen auftreten.

2.5.2 Mediatorhypothese

20. Der Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien (T1) und Lebensqualität bzw. Depressivität (T4) wird durch das Bewältigungsverhalten (T3) vollständig mediiert. Dabei wirken sich die einzelnen Komponenten subjektiver Krankheitstheorien zu T1 (Kausalattributionen, Dauer, Kontrolle) unterschiedlich auf die verschiedenen Bewältigungsstrategien zu T3 aus (Common Sense Model of Illness Representation, Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984).