

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewältigung einer Darmkrebserkrankung – Empirische Befunde unter besonderer Berücksichtigung religiösen Copings

Gender Specific Differences in Coping with Colon Cancer – Empirical Findings with Special Consideration of Religious Coping

Autoren

S. Murken¹, S. Namini¹, S. Groß^{1,2}, J. Körber²

Institute

¹Arbeitsgruppe Religionspsychologie des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik der Universität Trier, Bad Kreuznach

²Rehabilitationsklinik Nahetal, Hamm-Kliniken, Bad Kreuznach

Schlüsselwörter

- Geschlechtsunterschiede
- Coping
- Religiosität
- Darmkrebs
- Psychoonkologie

Key words

- gender differences
- coping
- religiosity
- colon cancer
- psycho-oncology

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1249029>
 Rehabilitation 2010;
 49: 95–104
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Sebastian Murken
 Arbeitsgruppe Religionspsychologie
 des FPP der Universität Trier
 Franziska-Puricelli-Straße 3
 55543 Bad Kreuznach
 smurken@mainz-online.de

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ist der bislang nur wenig erforschten Frage nachgegangen, ob Frauen und Männer sich im Hinblick auf die nicht-religiöse und religiöse Bewältigung einer Krebserkrankung, hier: Darmkrebs, unterscheiden. 341 Patientinnen und Patienten wurden während ihres stationären Aufenthalts in der onkologischen Rehabilitation mit Fragebogen befragt. Es zeigte sich, dass Frauen eine höhere psychische Belastung als Männer berichteten. Sie verwendeten mehr Bagatellisierung und Wunschdenken sowie depressive und weniger aktiv problemorientierte Bewältigungsstrategien. Eine stärkere Nutzung religiösen Copings bei Frauen war in hohem Maße mit ihrer allgemein stärkeren Religiosität assoziiert. Korrelationen zwischen Krankheitsverarbeitungsstrategien und Maßen psychischen Befindens deuteten sowohl auf Gemeinsamkeiten als auch auf Unterschiede hin. Insbesondere zeigte sich bei Männern ein positiver Zusammenhang von aktivem problemorientiertem Coping und psychischem Befinden, bei Frauen jedoch nicht. In Übereinstimmung mit der höheren Religiosität von Frauen weisen die Daten auf einen stärkeren Zusammenhang von religiösem Coping und Anpassung bei Frauen als bei Männern hin. Die Befunde legen nahe, dass Geschlechtsunterschiede und Religiosität für die Behandlung relevant sein können, in ihrer Bedeutung jedoch nicht überinterpretiert werden dürfen. Im Sinne der Patientenorientierung sprechen sie für die Notwendigkeit einer individuellen Ermittlung des Unterstützungsbedarfs, auch im Hinblick auf die Einbeziehung von Religiosität in den Behandlungsprozess.

Abstract

The present study investigated whether women and men differ with regard to non-religious and religious coping with cancer, here: colon cancer – a question on which only little research has been done so far. 341 patients filled in a questionnaire during inpatient oncological rehabilitation. Statistical analyses showed that women reported higher mental strain than men. They used more bagatellization and wishful thinking, more depressive and less active problem-oriented coping strategies. A higher use of religious coping among women was to a high degree associated with their generally stronger religiosity. Correlations between coping strategies and measures of mental health indicated commonalities and differences. In particular, a positive correlation between active problem-oriented coping and mental health was found for men but not for women. In accordance with women's higher religiosity, the data indicate a stronger correlation between religious coping and adaptation among women than among men. The results suggest that gender differences and religiosity can be relevant in the context of treatment but that their significance must not be overinterpreted. In terms of patient orientation they speak for the necessity to individually assess the need for support, also with regard to the consideration of religiosity in the treatment process.

Einleitung

Die sogenannten kleinen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind im allgemeinen Denken zur Binsenweisheit geworden. Auch im Rehabilitationsalltag kommt es immer wieder zur Wahrnehmung von Situationen und Reaktionen als „typisch Mann“ oder „typisch Frau“. Demgegenüber finden geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit einer Erkrankung und daraus resultierende verschiedene Rehabilitationsbedürfnisse jedoch sowohl in der Praxis als auch in Theorie und Forschung nur wenig Berücksichtigung [1], sodass in diesem Bereich ein prioritärer rehabilitationsrelevanter Forschungsbedarf festgestellt werden kann [2]. Dies gilt auch für die onkologische Rehabilitation. Psychoonkologische Forschung insgesamt ist sehr durch Studien an Frauen, vor allem an Brustkrebspatientinnen, geprägt [3], und es gibt nur wenige Studien zur geschlechtsspezifischen Bewältigung von Krebserkrankungen [4]. In Anbetracht der hohen praktischen Relevanz des Themas überrascht dies, erscheint doch gerade bei den oft sowohl physisch als auch psychisch hoch belasteten Krebspatientinnen und -patienten [5] ein besonders sensibler Umgang mit individuellen Bedürfnissen angezeigt – schließlich misst sich der Rehabilitationserfolg nicht nur an somatischen Kriterien, sondern auch an Variablen wie subjektives Wohlbefinden, Lebensqualität, psychische Gesundheit und Patientenzufriedenheit.

Bisher vorliegende Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Aspekten der Bewältigung und Konsequenzen einer Krebserkrankung entsprechen allgemeinen Befunden zu Stressverarbeitung und Krankheitsbewältigung: Frauen berichten in der Regel eine höhere psychische Belastung aufgrund der Erkrankung [6–8], wobei die höheren Belastungswerte von Frauen möglicherweise weniger Ausdruck eines erhöhten Interventionsbedarfs als vielmehr Ausdruck frauentypischer Emotionsregulationsstrategien im Umgang mit Erkrankungen sind [1]. Untersuchungen zeigen, dass sich psychische Symptomlagen und -einschätzungen bei Männern und Frauen allgemein unterscheiden können [9, 10].

Im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede beim Umgang mit Krebserkrankungen kann insgesamt festgestellt werden, dass Frauen eine größere Neigung zu Affekten, ein größeres Bedürfnis nach emotionaler Bewältigung und mehr Suche nach sozialer Unterstützung zeigen, während bei Männern ein größeres Bedürfnis nach sachlicher Bewältigung, z. B. nach Informationen über die Erkrankung, zu beobachten ist [4, 11]. An Krebs erkrankte Männer bevorzugen rational-kognitive Bewältigungsstrategien und aktive Modi der Problemlösung [12], die in der Regel als adaptiver gelten als depressive und vermeidende Strategien. Das Mitteilen von Emotionen sehen sie eher als feminines Attribut. Entsprechend nehmen Männer mit Krebserkrankungen psychosoziale Dienste und therapeutische Unterstützung oft weniger in Anspruch als Frauen [13].

Neben Befunden zur Bewältigung von Krebserkrankungen gibt es zudem Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankheitserleben und den Belastungsstrukturen. Keller und Henrich fanden, dass die von Frauen erlebte Gesamtbelastung vor allem durch ihre physische Bedingung vorhergesagt werden konnte, die von Männern erlebte Gesamtbelastung dagegen vor allem durch den psychischen Zustand [14]. Eine Studie von Strittmatter et al. hat gezeigt, dass sich die Gründe für eine notwendige psychosoziale Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit Gesichts- und Hauttumoren unterscheiden: Unter anderem erwiesen sich die Indikationen Tumorangst, psychische Belastung und Unruhe bei Frauen als ausgeprägter bzw. bedeut-

samer als bei Männern [15]. Verschiedene Studien ergaben neben Geschlechtsunterschieden jedoch auch Gemeinsamkeiten oder den dargestellten allgemeinen Trends widersprechende Befunde. Beispielsweise fanden Fife et al. bei Frauen eine bessere psychosoziale Anpassung an ihre Krebserkrankung als bei Männern [16]. Insgesamt weist die Befundlage auf die Notwendigkeit weiterer Forschung und einer differenzierten Betrachtung der Zusammenhänge hin.

Wenig bekannt ist über Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Bedeutung von Religiosität im Prozess der Krankheitsverarbeitung. Empirische Studien zu Religion und Gesundheit liegen vor allem aus dem angloamerikanischen Sprachraum vor. Im deutschen Sprachraum hat das Thema Religiosität erst seit ca. einem Jahrzehnt verstärktes Interesse in Psychoonkologie und Rehabilitationswissenschaften gefunden. Gerade für die Psychoonkologie lässt sich zumindest für einen Teil der Patienten eine hohe theoretische und praktische Bedeutsamkeit vermuten. So weisen die Befunde von Büssing et al. darauf hin, dass unter verschiedenen Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen Religiosität für Krebspatienten die höchste Bedeutung hat [17]. Die praktische Relevanz, die Religiosität ganz unmittelbar für die Behandlung haben kann, illustrieren Studien, die zeigen, dass sehr religiöse Krebspatienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium häufiger intensive lebensverlängernde Therapien wünschen oder erhalten als Patienten, für die Religiosität weniger bedeutsam ist [18, 19].

Im Ringen mit Gefühlen von Lebensbedrohtheit und Erschütterung von Sein und Sinn kann Religiosität Patienten eine Hilfe sein, sich Gefühle von Selbstwert und Kontrolle zu erhalten, Zuversicht, Kraft, Trost und Hoffnung zu schöpfen, Sinn zu bewahren oder neuen Sinn zu finden. Entsprechend weisen verschiedene Befunde darauf hin, dass Religiosität oder Spiritualität für viele Krebspatienten bedeutsam sind [18]. Zur Wirksamkeit religiöser Bewältigungsstrategien liegen allerdings widersprüchliche Befunde vor. Während einige Studien eine positive Wirkung, z. B. eine höhere Lebensqualität oder bessere psychosoziale Anpassung, berichten, finden sich – je nach untersuchter Stichprobe, Kultur und Operationalisierung der Variablen – in anderen Arbeiten keine und in einigen Untersuchungen sogar negative Effekte von Religiosität [20, 21]. Letzteres trifft insbesondere auch für deutsche Studien zu. Murkens Untersuchung an psychosomatischen Patienten [22] und Müllers Studie an Brustkrebspatientinnen [23] deuten darauf hin, dass die ungünstigen Effekte negativ geprägter Religiosität, z. B. ein strafendes Gottesbild oder Hadern mit Gott, auf die psychische Gesundheit in deutschen Stichproben deutlich relevanter sind als günstige Effekte sogenannten positiven religiösen Copings, auch wenn negativ erfahrene Formen von Religiosität im Mittel deutlich seltener vorkommen als positiv erlebte. Es ist also wichtig, Religiosität nicht nur, wie häufig geschehen, als Ressource für die Krankheitsbewältigung zu untersuchen, sondern auch als möglichen Belastungsfaktor.

Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede beim religiösen Coping liegen vereinzelt vor und deuten insgesamt darauf hin, dass Religiosität für Frauen eine wichtigere Rolle bei der Bewältigung von Anforderungen und Erkrankungen spielt als für Männer und dass sie allgemein eher religiöse Bewältigungsstrategien einsetzen [24, 25]. Dieses Ergebnis zeigt sich auch in internationalen und deutschen Studien an Krebspatientinnen und -patienten: Frauen erwiesen sich als religiöser als Männer [26], zeigten eine höhere Ausübungsfrequenz für verschiedene Formen spiritueller-religiöser Praxis und maßen Religiosität eher eine

günstige Wirkung auf ihre Lebensbezüge bei [27], schätzten ein klinisches Interview zur Erfassung ihrer Spiritualität eher als sehr hilfreich ein [28] und setzten Religiosität oder Spiritualität stärker zur Krankheitsbewältigung ein [16, 29–31].

Weitgehend offen bleibt, inwieweit der höhere Einsatz von Religiosität zur Krankheitsbewältigung bei Frauen auf ihre im Allgemeinen höher ausgeprägte Religiosität zurückzuführen ist [32, 33]. Es gibt jedoch erste Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen der Stärke der Religiosität einer Person und der Höhe ihres Einsatzes zur Bewältigung von Erkrankungen oder Schwierigkeiten besteht [27, 34, 35]. Personen, bei denen Religion stärker im Leben verankert ist, scheinen zudem beim Coping mehr von ihrer Religion zu profitieren [25]. Wenig bekannt ist auch über Geschlechtsunterschiede bei Zusammenhängen von religiöser Belastungsbewältigung und psychosozialer Anpassung, jedoch gibt es Hinweise auf ihre Relevanz [36]. Allerdings finden sich auch bezüglich Religiosität und religiösen Copings zum Teil nur geringfügige Differenzen zwischen den Geschlechtern oder den genannten allgemeinen Tendenzen widersprechende Befunde [37, 38]. Zusammenfassend lässt sich daher feststellen, dass es Hinweise auf Geschlechtsunterschiede sowohl beim nicht-religiösen als auch beim religiösen Coping mit Krebserkrankungen gibt, die von praktischer Relevanz für die onkologische Rehabilitation sein können, dass die Befundlage jedoch insgesamt unbefriedigend und weitere Forschung erforderlich ist.

Die im Folgenden dargestellte explorative Untersuchung von geschlechtsspezifischen Differenzen in der Bewältigung einer Krebserkrankung will daher einen Beitrag zu einem besseren Verständnis des Themas leisten. Sie untersucht eine Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit kolorektalen Karzinomen, die besonders geeignet erscheint, da Frauen und Männer gleichermaßen von dieser Diagnose betroffen sind. Einen besonderen Forschungsbedarf an dieser Patientengruppe haben jüngst auch Rinaldis et al. konstatiert [31].

Die Untersuchung geht zunächst der Frage nach, ob sich betroffene Frauen und Männer hinsichtlich ihres Einsatzes verschiedener nicht-religiöser und religiöser Copingstrategien, hinsichtlich der Stärke ihrer Religiosität sowie ihres psychischen Befindens unterscheiden. Unter der Annahme, dass Patientinnen eine höhere Religiosität berichten als Patienten, wird zweitens geprüft, ob Geschlechtsunterschiede in der Nutzungshäufigkeit religiösen Copings ggf. mit Unterschieden in der Stärke der Religiosität einhergehen. Drittens wird exploriert, ob die verschiedenen religiösen und nicht-religiösen Copingmaße bei Frauen und Männern unterschiedlich mit den Maßen psychischen Befindens korreliert sind.

Methodik

Studiendesign und Durchführung

Die vorliegende Studie mit querschnittlichem Design ist Teil eines größeren, von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekts „Religiöse Bewältigung kritischer Lebensereignisse am Beispiel der Krankheitsverarbeitung von Patientinnen und Patienten mit kolorektalen Karzinomen“. Zur explorativen Untersuchung von Geschlechtsunterschieden bei der religiösen und nicht-religiösen Krankheitsbewältigung wurden Daten vom ersten Erhebungszeitpunkt herangezogen. Von Oktober 2006 bis Juli 2007 wurden in der onkologischen Rehabilitationsklinik Nahetal, Bad Kreuznach, Patientinnen und Patienten mit einer

Darmkrebserkrankung mittels umfangreicher Fragebogen, die auch die im Folgenden genannten Instrumente enthielten, befragt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig.

Bei Aufnahme in die Klinik erhielten alle von Darmkrebs betroffenen Patientinnen und Patienten eine kurze schriftliche Information über die Studie. In einer Gruppenveranstaltung in der ersten Woche des stationären Aufenthaltes wurden sie ausführlich über die Studie informiert. Interessierten Personen wurden der Fragebogen und eine Einverständniserklärung ausgehändigt, die vor Ort in der Gruppe oder später ausgefüllt werden konnten.

Eingesetzte Instrumente Allgemeine Krankheitsverarbeitung

Zur Erfassung von nicht-religiösen Verarbeitungsstrategien wurden vier Subskalen der Kurzform des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS) von Muthny in der Fassung zur Selbstbeurteilung eingesetzt [39]. Das verbreitete Instrument bildet in ökonomischer Weise verschiedene Aspekte der Bewältigung einer Erkrankung ab: „Depressive Verarbeitung“ (5 Items), „Aktives problemorientiertes Coping“ (5 Items), „Ablenkung und Selbstaufbau“ (5 Items) sowie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (3 Items). Es gibt verschiedene Aussagen zu Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung vor, zu denen die Befragten auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 („gar nicht“) bis 5 („sehr stark“) den Grad ihrer Zustimmung angeben. Die Reliabilitäten der vier verwendeten Subskalen, für die jeweils Summenwerte gebildet werden, können als zufriedenstellend bezeichnet werden. Sie werden im Testhandbuch mit Werten zwischen 0,68 und 0,77 (Cronbachs Alpha) angegeben.

Religiöses Coping

Religiöses Coping wurde mittels der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping (SGrC) von Murken, Möschl, Müller und Appel erfasst, die an deutschen Stichproben im klinischen Kontext entwickelt wurden [40]. Mit den beiden Subskalen „Positives religiöses Coping“ (PRC) und „Negatives religiöses Coping“ (NRC) werden in Anlehnung an Pargament et al. [35, 41] zwei grundlegende Formen religiösen Copings abgebildet: einerseits religiöse Bewältigung, die Ausdruck einer sicheren Gottesbeziehung und von Trost und Halt durch den Glauben ist, und andererseits religiöses Coping, das Ausdruck einer unsicheren Gottesbeziehung und zweifelnder, hadernder Religiosität ist. Die Patientinnen und Patienten werden gebeten, anzugeben, in welchem Maße sie verschiedenen Aussagen, z. B. „Mein Glaube gibt mir Sicherheit, wenn ich mich entscheiden muss, wie ich mich verhalten soll“ (PRC) und „Ich frage Gott immer wieder, warum gerade mir so viel Leid geschieht“ (NRC), bezüglich des Umgangs mit ihrer Erkrankung für die Zeit seit ihrer Diagnose zustimmen. Das Antwortformat ist fünfstufig mit den Polen 1 („nicht“) und 5 („völlig“). Die beiden Subskalen, für die jeweils Summenwerte gebildet werden, ermöglichen mit jeweils sechs Items eine ökonomische und sehr reliable Erfassung der Variablen. Cronbachs Alpha beträgt gemäß Murken et al. 0,97 für PRC und 0,91 für NRC [40]. PRC und NRC korrelieren in der vorliegenden Studie zu 0,230 ($p < 0,001$) miteinander.

Zentralität der Religiosität

Die Stärke der christlichen Religiosität und damit auch das Ausmaß, in dem das alltägliche Erleben und Verhalten einer Person von ihrer Religiosität bestimmt ist, wurden mit der Zentrali-

tätsskala (10-Item-Version) von Huber [42] erfasst. Dieses valide und sehr reliable ($0,89 \leq \text{Cronbachs Alpha} \leq 0,94$) Instrument gibt Aussagen zu fünf grundlegenden Dimensionen von Religiosität – Kognitives Interesse an religiösen Fragen, Religiöse Ideologie, Gebet, Religiöse Erfahrung und Gottesdienst – vor, deren Zutreffen oder Häufigkeit anhand von Rating-Skalen eingeschätzt wird. Es erfasst mit Items wie „Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass Gott wirklich existiert und nicht nur eine menschliche Idee ist?“ und „Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?“, wie religiös eine Person ist. Zur Skalenbildung werden alle Item-Antworten auf einen Wertebereich von 0 bis 4 umkodiert, sodass Summenwerte von 0 bis 40 erreicht werden können. Hubers Vorschlag folgend wurden diese für einige Analysen den drei theoretisch und empirisch begründeten Zentralitätsstufen bzw. -kategorien „niedrig religiös“ (0–12), „mittel religiös“ (13–27) und „hoch religiös“ (28–40) zugeordnet [43].

Zentralität der Religiosität und religiöses Coping sind theoretisch begründete distinkte Konstrukte [44]: Die Zentralität der Religiosität erfasst in allgemeiner Weise, wie stark die Religiosität einer Person ausgeprägt ist, macht jedoch keine Aussage über die konkrete inhaltliche Ausgestaltung des Glaubens. Die Skalen zum PRC bzw. NRC erfassen hingegen spezifische religiöse Inhalte, d. h. das Erleben von Halt und Trost bzw. Hadern und Zweifeln im Umgang mit der Erkrankung. In der vorliegenden Studie korrelieren Zentralität und die religiösen Copingvariablen wie folgt: Zentralität – PRC: $0,87, p < 0,001$; Zentralität – NRC: $0,24, p < 0,001$.

Psychisches Befinden

Die psychische Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten wurde mit der Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version (HADS-D) von Herrmann, Buss und Snaith [45] erfasst. Dieses Screeninginstrument wird verwendet, um Angst und Depressivität bei Patientinnen und Patienten mit primär somatischen Erkrankungsbildern zu messen. Es werden jeweils sieben Aussagen zur psychischen Verfassung vorgegeben und von der ausfüllenden Person auf einer vierstufigen Rating-Skala mit wechselnder Bezeichnung dahingehend eingeschätzt, inwieweit sie für die vergangene Woche zutreffen. Für jede der beiden Subskalen werden Summenwerte gebildet (Wertebereich: 0–21). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der beiden Skalen beträgt gemäß den Testautoren 0,80 für Angst und 0,81 für Depressivität.

Der Fragebogen Functional Assessment of Cancer – Colorectal (FACT-C) ([46], deutsche Übersetzung erhältlich über: <http://www.facit.org/>) wurde eingesetzt, um das krankheitsspezifische Wohlbefinden zu ermitteln. Das Instrument enthält Aussagen zu den fünf Bereichen körperliches, seelisches, funktionelles und auf den Darmkrebs bezogenes Wohlergehen sowie Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Familie. Ihr Zutreffen wird von den Befragten auf einer fünfstufigen Rating-Skala eingeschätzt. Die Antwortkategorien reichen von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr“). Für das allgemeine krankheitsspezifische Wohlbefinden wird ein Gesamtmittelwert berechnet. Cronbachs Alpha für die valide Gesamtskala liegt gemäß den Autoren in verschiedenen Stichproben zwischen 0,85 und 0,91.

Die subjektiv erlebte Lebensqualität und Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten wurden mithilfe des krebspezifischen EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer)-Lebensqualität-Fragebogens (deutsche Übersetzung erhältlich über: <http://groups.eortc.be/qol/>) ermittelt.

Für die vorliegende Studie wurden die beiden folgenden Einzelitems zur Erfassung des globalen Gesundheitszustandes und der globalen Lebensqualität ausgewählt: „Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?“ und „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?“. Das Antwortformat ist siebenstufig mit den Polen 1 („sehr schlecht“) und 7 („ausgezeichnet“).

Sonstige Variablen zur Beschreibung der Stichprobe

Sonstige Fragen zu soziodemografischen Merkmalen (Alter, Familienstand, Bildung) und Religiosität (Konfessionszugehörigkeit, Veränderung der Religiosität durch die Erkrankung) waren Bestandteil des ausführlichen Fragebogens. Informationen zu Geschlecht und UICC-Stadium (Erfassung der Erkrankungsschwere in Abhängigkeit von Tumgröße, Lymphknotenbefall und Ausbildung von Metastasen; UICC: Union internationale contre le cancer, dt.: Internationale Vereinigung gegen Krebs) wurden mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten den Krankenakten entnommen.

Stichprobe

Die Gesamtstichprobe von 341 Darmkrebspatientinnen und -patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation weist mit 56,3% ($n = 192$) einen leicht höheren Männer- als Frauenanteil auf. Das Durchschnittsalter der Männer liegt bei 64,1 Jahren (Standardabweichung, $SD = 9,9$) und entspricht dem der Frauen ($M = 63,9$; $SD = 11,4$). Fast 80% der befragten Männer und 51% der Frauen waren verheiratet und lebten mit ihrem Partner zusammen; 15% der Frauen waren geschieden, 23,1% verwitwet. Etwa 60% der Männer und Frauen gaben als höchsten Schulabschluss einen Haupt- oder niedrigeren Schulabschluss an, etwa ein Viertel bzw. ein Fünftel Fach- bzw. Hochschulreife. Der Schweregrad der Darmkrebserkrankung verteilt sich bei beiden Geschlechtern über alle UICC-Kategorien. Mehr Frauen als Männer waren von Krankheitsstadium III oder IV betroffen (55,7% vs. 40,9%, wobei ein höherer Anteil von Männern noch nicht klar diagnostiziert und damit keinem der Stadien zugeordnet war). Jeweils über 80% der Patientinnen und Patienten gehörten der römisch-katholischen oder evangelischen Kirche an. Eine Verstärkung ihrer Religiosität durch die Erkrankung berichteten 21,1% der Frauen und 13,0% der Männer. Weitere Details und Informationen zur Signifikanz der Unterschiede sind **Tab. 1** zu entnehmen.

Datenanalyse

Neben deskriptiven Verfahren wurden t-Tests für unabhängige Stichproben und Varianzanalysen mit Bonferroni-adjustierten Post-hoc-t-Tests sowie Pearsons Korrelationskoeffizienten zur Ermittlung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Variablen eingesetzt. Die statistischen Berechnungen wurden mithilfe des Programmpaketes SPSS 14.0 für Windows durchgeführt. Es sind jeweils die 2-seitigen Signifikanzn angegeben. Die Interpretation der Korrelationen und Effektstärken (d und partielles η^2) orientiert sich an den üblicherweise verwendeten Richtwerten [47,48].

Tab. 1 Beschreibung der Stichprobe von Darmkrebspatientinnen und -patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation.

	Frauen	Männer	Unterschiedsprüfung
n	149	192	
Alter in Jahren (M [SD])	63,9 (11,4)	64,1 (9,9)	$t_{\text{het}}(293,6) = -0,19$
Familienstand (%)			
ledig	8,2	5,8	$\chi^2(4) = 35,11^{***}$
verheiratet zusammenlebend	51,0	79,1	
getrennt lebend	2,7	3,1	
geschieden	15,0	3,7	
verwitwet	23,1	8,4	
Bildungsniveau: Höchster Schulabschluss (%)			
max. Hauptschule	61,1	57,6	$\chi^2(2) = 2,1$
mittlere Reife	18,8	15,7	
Fach- bzw. Hochschulreife	20,1	26,7	
Krankheitsstadium (UICC) (%)			
Stadium I	20,1	22,5	$\chi^2(4) = 10,48^*$
Stadium II	18,1	22,5	
Stadium III	37,6	25,7	
Stadium IV	18,1	15,2	
noch nicht klar diagnostiziert	6,0	14,1	
Konfessionszugehörigkeit (%)			
römisch-katholisch	46,6	48,4	$\chi^2(3) = 5,27$
evangelisch	37,8	33,7	
andere christliche	4,1	1,1	
ohne Konfessionszugehörigkeit	11,5	16,8	
Veränderung der Religiosität durch die Erkrankung (%)			
keine Veränderung	76,1	83,8	$\chi^2(2) = 3,88$
Verminderung	2,8	3,2	
Verstärkung	21,1	13,0	

*** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$; * = $p < 0,05$; χ^2 = Chi-Quadrat

Ergebnisse

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Copings, Religiosität und psychischen Befindens

Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben zur Überprüfung der Mittelwertunterschiede zwischen Patientinnen und Patienten für die Variablen zu allgemeinem und religiösem Coping, Zentralität der Religiosität und psychischem Befinden sind in **Tab. 2** dargestellt. Frauen zeigen im Umgang mit ihrer Erkrankung signifikant höhere Werte als Männer hinsichtlich der allgemeinen Krankheitsverarbeitungsstrategien „Bagatellisierung und Wunschdenken“ sowie „Depressive Verarbeitung“. Männer dagegen neigen signifikant stärker als Frauen zu „Aktivem problemorientiertem Coping“. Die Zentralität der Religiosität ist bei Frauen im Durchschnitt deutlich höher ausgeprägt. Sie verwenden in signifikant höherem Maße als Männer sowohl positive als auch negative religiöse Copingstrategien. Alle Indikatoren zum psychischen Befinden zeigen signifikant bessere Anpassungswerte für Männer als für Frauen. Trotz einer Reihe hochsignifikanter Unterschiede sind die gefundenen Effekte jedoch als klein einzuordnen. Nur für den Geschlechtsunterschied hinsichtlich Angst zeigt sich ein mittlerer Effekt.

Religiöses Coping, Geschlecht und Zentralität

Um zu überprüfen, ob sich die Ausprägung religiöser Copingstrategien wirklich je nach Geschlecht oder nicht vielmehr je nach

Zentralität der Religiosität bzw. Interaktion der beiden Faktoren unterscheidet, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Für die Variable PRC zeigen die Analysen einen signifikanten Haupteffekt mit großer Effektstärke für Zentralität ($F[2,314] = 295,06$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,653$), jedoch weder einen signifikanten Haupteffekt für Geschlecht noch eine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Zentralität. Es ergeben sich für PRC hochsignifikante Unterschiede zwischen allen drei Zentralitätsstufen ($p < 0,001$). **Abb. 1** zeigt, dass die Mittelwerte für Frauen und Männer sich auf den drei Zentralitätsstufen jeweils nur unwesentlich unterscheiden und dass entsprechend die Nutzung des PRC sowohl bei Frauen als auch bei Männern jeweils deutlich mit der Zentralitätsstufe steigt.

Für die Variable NRC ergibt die Varianzanalyse signifikante Haupteffekte für Geschlecht ($F[1,313] = 4,34$, $p < 0,05$, partielles $\eta^2 = 0,014$) und Zentralität ($F[2,313] = 8,88$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,054$), jedoch wieder keine signifikante Interaktion. Die Effektstärken sind klein. Der paarweise Vergleich (Bonferroni) zeigt, dass NRC bei niedriger Zentralität signifikant seltener eingesetzt wird als bei mittlerer und hoher Zentralität ($p < 0,01$). Die NRC-Werte für mittlere und hohe Zentralität unterscheiden sich hingegen nicht signifikant. **Abb. 2** zeigt, dass hoch religiöse Frauen nur wenig mehr NRC berichten als hoch religiöse Männer, dass nicht religiöse und mittel religiöse Frauen jedoch deutlich mehr NRC einsetzen als Männer der jeweils gleichen Zentralitätsstufe. Für beide Geschlechter zeigt sich eine deutlich stärkere Ausprägung NRC bei mittlerer als bei kleiner Zentralität.

Zusammenhang Coping/Outcome, nach Geschlecht differenziert

Tab. 3 enthält, für Frauen und Männer getrennt, Korrelationen zwischen den untersuchten allgemeinen und religiösen Krankheitsverarbeitungsstrategien und den verschiedenen Maßen psychischen Befindens. Für einige Variablen zeigen sich weitgehend identische Korrelationsmuster für beide Geschlechter: Ablenkung und Selbstaufbau und Befinden sind weitgehend unabhängig; Bagatellisierung und Wunschdenken ist schwach negativ mit psychischem Befinden assoziiert. Depressive Verarbeitung korreliert bei beiden Geschlechtern schwach bis mittel stark negativ mit psychischem Befinden, wobei insbesondere die hohe Korrelation zwischen Depressiver Verarbeitung und Angst bei Frauen darauf hinweist, dass der Zusammenhang bei diesen etwas stärker ausgeprägt ist als bei Männern. Aktives problemorientiertes Coping und psychisches Befinden sind bei Frauen unkorreliert, bei Männern hingegen zeigen sich signifikant positive schwache Zusammenhänge mit Gesundheitszustand und krankheitsspezifischem Wohlbefinden sowie eine mittlere negative Korrelation mit Depressivität. PRC korreliert bei beiden Geschlechtern sehr schwach bis schwach positiv mit einem Teil der Variablen zum psychischen Befinden, wobei der Zusammenhang bei Frauen etwas größer zu sein scheint als bei Männern. NRC ist bei beiden Geschlechtern negativ mit psychischem Befinden korreliert. Allerdings weisen der höhere Anteil signifikanter Zusammenhänge und die Größe der Zusammenhänge bei Frauen – u. a. zwei Korrelationen von mittlerer Stärke – darauf hin, dass der Zusammenhang auch hier stärker ist als bei Männern.

Tab. 2 Vergleich von Darmkrebspatientinnen und -patienten hinsichtlich der Untersuchungsvariablen.

Variable	Frauen	Männer	t-Test	d
allgemeines Coping (M [SD])				
Bagatellisieren und Wunschdenken	7,05 (2,87)	6,32 (2,77)	$t_{\text{hom}}(318) = 2,32^*$	0,26
aktives problemorientiertes Coping	18,59 (3,88)	19,86 (3,84)	$t_{\text{hom}}(324) = -2,94^{**}$	0,33
depressive Verarbeitung	9,94 (3,75)	8,99 (3,50)	$t_{\text{hom}}(325) = 2,36^*$	0,26
Ablenkung und Selbstaufbau	17,75 (3,74)	17,42 (3,95)	$t_{\text{hom}}(324) = 0,75$	0,09
Zentralität der Religiosität (M [SD])	21,23 (10,74)	16,78 (10,69)	$t_{\text{hom}}(332) = 3,76^{***}$	0,42
kategoriale Zuordnung der Zentralität (%):				
niedrig	25,2	38,0		
mittel	42,2	43,2		
hoch	32,7	18,8		
religiöses Coping (M [SD])				
positives religiöses Coping	18,13 (8,28)	15,70 (8,37)	$t_{\text{hom}}(320) = 2,60^*$	0,29
negatives religiöses Coping	11,02 (5,70)	9,41 (4,83)	$t_{\text{het}}(276,43) = 2,69^{**}$	0,31
psychisches Befinden (M [SD])				
HADS-D/Depressivität	5,46 (3,89)	3,92 (3,62)	$t_{\text{hom}}(332) = 3,75^{***}$	0,41
HADS-D/Angst	7,15 (4,16)	5,13 (3,51)	$t_{\text{het}}(278,21) = 4,69^{***}$	0,53
FACT-C	2,80 (0,57)	3,04 (0,55)	$t_{\text{hom}}(339) = -4,03^{***}$	0,43
EORTC-Gesundheitszustand	4,28 (1,35)	4,59 (1,41)	$t_{\text{hom}}(339) = -2,09^*$	0,22
EORTC-Lebensqualität	4,23 (1,52)	4,69 (1,50)	$t_{\text{hom}}(339) = -2,80^{**}$	0,30

*** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$; * = $p < 0,05$; Interpretation der Effekte: $d \geq 0,20$: klein; $d \geq 0,50$: mittel; $d \geq 0,80$: groß

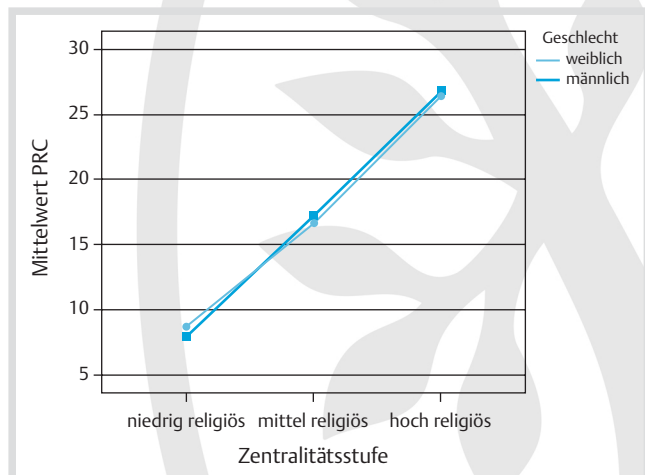


Abb. 1 Mittlere Ausprägung positiven religiösen Copings (PRC, Range: 6–30) bei Darmkrebspatientinnen und -patienten auf den verschiedenen Zentralitätsstufen.

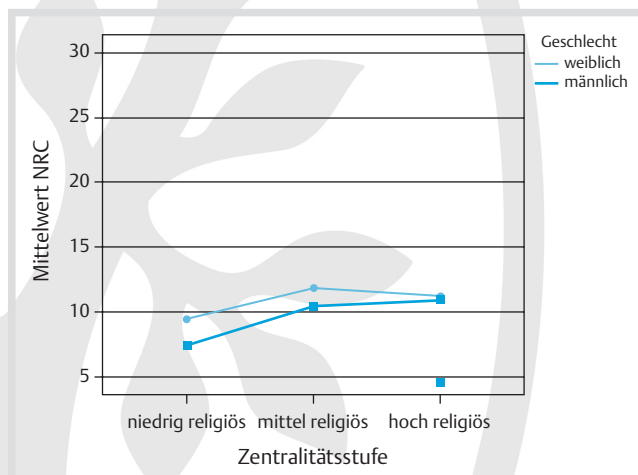


Abb. 2 Mittlere Ausprägung negativen religiösen Copings (NRC, Range: 6–30) bei Darmkrebspatientinnen und -patienten auf den verschiedenen Zentralitätsstufen.

Diskussion

Die vorliegende Studie bestätigt den Eindruck aus früheren Untersuchungen, dass Frauen und Männer sich in der Bewältigung und den psychischen Konsequenzen einer Krebserkrankung unterscheiden. Frauen haben sich in der untersuchten Stichprobe von Darmkrebspatienten in der onkologischen Rehabilitation insgesamt als belasteter erwiesen. Entsprechend berichteten sie auch eine höhere bagatellisierend-wunschdenkende und depressive und weniger aktive problemorientierte Krankheitsverarbeitung als Männer, d.h. Copingstrategien, die insgesamt als ungünstiger eingestuft werden. Die in der Untersuchung gefundenen Korrelationen zwischen Copingstrategien und psychischem Befinden unterstützen die Annahme, dass Bagatellisierung/Wunschdenken und depressive Krankheitsverarbeitung mit schlechterem psychischem Befinden korreliert sind und dass der Zusammenhang für depressive Verarbeitung gerade bei Frauen wesentlich ist. Ein positiver Zusammenhang

zwischen aktiver problemorientierter Bewältigung und Anpassung zeigte sich hingegen nur bei Männern, nicht bei Frauen. Dieser Befund überrascht vor dem Hintergrund anderer Studien, die bei Brustkrebspatientinnen eine Assoziation von aktiv-annähernden Copingstrategien und besserer Anpassung gefunden haben [49,50].

Für Religiosität und die beiden untersuchten Formen religiösen Copings fanden sich erwartungsgemäß zunächst für Frauen höhere Ausprägungen als für Männer. Insgesamt erscheint auch der positive bzw. negative Zusammenhang von PRC bzw. NRC und psychischem Befinden für Frauen etwas stärker als für Männer. In Übereinstimmung mit anderen deutschen Studien [22,23] zeigten sich für NRC stärkere Korrelationen als für PRC, für das es weniger und auch bei Frauen nur schwache Zusammenhänge gab. Die mögliche Relevanz religiöser Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung für einen Teil der Patienten, insbesondere für Frauen, zeigt sich auch in den deskriptiven Daten zur Veränderung der Religiosität durch die Erkrankung. Gut

Tab. 3 Korrelationen zwischen Krankheitsverarbeitungsstrategien und Maßen psychischen Befindens getrennt für Frauen und Männer.

Copingstrategie	Psychisches Befinden					
	Frauen			Männer		
	EORTC-Gesundheitszustand	EORTC-Lebensqualität	FACT-C	HADS-D/Depressivität	HADS-D/Depressivität	HADS-D/Angebot
Bagatellisieren und Wunschdenken	-0,18*	-0,17	-0,31***	0,28**	0,37***	0,34***
aktives problemorientiertes Coping	-0,03	0,08	-0,03	-0,02	0,09	-0,12
depressive Verarbeitung	-0,28**	-0,29***	-0,58***	0,59***	0,65***	0,55***
Ablenkung und Selbstaufbau	0,00	0,13	0,06	-0,06	0,19*	0,11
positives religiöses Coping	0,12	0,23**	0,20*	-0,14	-0,19*	-0,03
negatives religiöses Coping	-0,25**	-0,19*	-0,35***	0,48***	0,44***	0,39***

*** = p < 0,001; ** = p < 0,01; * = p < 0,05

ein Fünftel der befragten Frauen und 13% der Männer berichteten eine Verstärkung ihres Glaubens durch die Erkrankung, wobei der Wert für Männer etwa dem entspricht, den Manii und Ammerman in ihrer kanadischen Stichprobe männlicher Krebspatienten gefunden haben [13].

Die Berücksichtigung der religiösen Zentralität über die Maße religiösen Copings hinaus hat sich in der vorliegenden Studie bewährt. Es zeigte sich, dass die höheren Werte für PRC bei Frauen auf die Konfundierung mit der religiösen Zentralität zurückzuführen sind. Aufgrund der sehr hohen Korrelation der beiden Variablen überrascht nicht, dass die Berücksichtigung des Faktors Zentralität in der Varianzanalyse beim PRC dazu führte, dass der Haupteffekt für Geschlecht im Gegensatz zu den im ersten Schritt berechneten t-Tests nicht mehr signifikant wurde, da der Anteil an Varianz, der dem Faktor Geschlecht alleine zugeschrieben wird, sich hier reduzierte. Plausiblerweise und in Einklang mit früherer Forschung zeigte sich, dass religiöse Menschen – unabhängig von ihrem Geschlecht – Religiosität stärker zur Bewältigung einsetzen. Auch für NRC fand sich tendenziell ein höherer Einsatz religiöser Copingstrategien bei höherer Zentralität. Allerdings wurde NRC insgesamt deutlich weniger eingesetzt und war in seiner Anwendung weniger eindeutig mit der Zentralitätsstufe assoziiert.

Die Interpretation des Zusammenhangs von Zentralität und PRC ist aufgrund der hohen Korrelation zwischen den Variablen allerdings unter Vorbehalt zu verstehen. Der Zusammenhang, der in amerikanischen Stichproben kleiner zu sein scheint als in deutschen, verweist vermutlich auf ein kulturspezifisches Phänomen. Möglicherweise haben Menschen, die in einer säkularen Gesellschaft wie der deutschen religiös sind, positive Erfahrungen mit Religion gemacht und dadurch einen leichten Zugang zu positiven religiösen Copingstrategien [51]. Weitere theoretische und empirische Arbeiten zur Klärung und Überprüfung der Konstrukte sowie der Interaktion zwischen ihnen erscheinen insofern notwendig.

Es ist zu vermuten, dass die höheren Korrelationen zwischen religiösem Coping und Befinden bei Frauen auch auf die Unterschiede in der religiösen Zentralität zurückgeführt werden können. Mit Pargament et al. kann vermutet werden, dass eine höhere Religiosität und damit höhere Investition in Religion dazu führt, dass je nach individueller Verarbeitung einerseits ein größerer Gewinn und andererseits größere Enttäuschung erlebt werden [35]. Die theoretischen Annahmen von Huber [42,43] und erste empirische Befunde zur Wechselwirkung von Zentralität und religiösem Coping [35,51] legen nahe, die unterschiedliche Wirkung religiösen Copings auf verschiedenen Zentralitätsstufen in weiterführenden Analysen näher zu untersuchen. Die Bewertung der vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Adaptivität einzelner Copingstile ist jedoch nur begrenzt möglich. Die Interpretation der Befunde ist erschwert, da Messwerte zur Einschätzung psychischer Symptome von Frauen und Männern möglicherweise unterschiedlich interpretiert werden müssen [9,10]. Wie Keller und Birmele feststellen, leiden Männer nicht weniger oder mehr, sondern anders als Frauen. Die oft als Schwäche und Versagen erlebte Krebserkrankung bedeutet eine Bedrohung der männlichen Identität, sodass Strategien, die in Richtung Stärke und Kontrolle zielen, für männliche Patienten zentral sein können [12]. Eine weitere Grenze der Studie betrifft ihr querschnittliches Design, das nur Aussagen über Zusammenhänge, nicht jedoch über Kausalitäten erlaubt. Zudem wurden durch die Fokussierung auf die Variable Geschlecht andere möglicherweise relevante Ein-

flussgrößen, z. B. soziodemografische Variablen, Konfessionszugehörigkeit, Schweregrad der Erkrankung und Krankheitsdauer, nicht berücksichtigt und sollten in nachfolgenden Analysen untersucht werden. Eine Konfundierung der vorliegenden Ergebnisse insbesondere mit der Variable Familienstand, hinsichtlich derer sich Männer und Frauen der untersuchten Stichprobe deutlich unterscheiden, kann insofern nicht ausgeschlossen werden. Ein Einbezug der Variable in die Analyse wurde hier nicht vorgenommen, da der Familienstand alleine nur eine bedingte Aussagekraft hat. Zur Untersuchung des Zusammenhangs sollten weitere Faktoren wie Vorhandensein eines Partners bei nicht verheirateten Personen, Qualität der Partnerschaft sowie Art und Maß der erlebten sozialen Unterstützung hinzugezogen werden (vgl. z. B. Hagedoorn et al. [52]). Aus bindungstheoretischer Perspektive ist auch zu fragen, ob Gott oder andere transzendente Beziehungsfiguren für religiöse Personen ohne Partner möglicherweise emotional eine Ersatzfunktion übernehmen können [53].

Untersucht werden sollten zudem die Überlappungen und Zusammenhänge zwischen den verschiedenen nicht-religiösen und religiösen Coping-Konstrukten. Es ist zu vermuten, dass der stärkere Einsatz negativen religiösen Copings bei Frauen in dieser Studie im Kontext ihrer allgemein stärker depressiven Krankheitsverarbeitung zu verstehen ist. Auch wenn Pargament zum Ergebnis kommt, dass religiöses Coping eine Wirkung auf Outcome-Maße hat, die über allgemeine Copingstrategien hinausgeht [54], so legen die deutschen Ergebnisse von Zwingmann et al. nahe, dass dies nicht unbedingt der Fall ist [55].

Weitere Studien sind zudem notwendig, um zu untersuchen, welche Rolle die gewählte Stichprobe, d. h. Darmkrebspatientinnen und -patienten, hat. Die Ergebnisse von Giesinger et al. deuten zwar darauf hin, dass sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich verschiedener Aspekte von Lebensqualität bei Darmkrebspatienten nicht von denen in der allgemeinen Bevölkerung unterscheiden [56], jedoch hat die Forschung zum religiösen Coping gezeigt, dass sich bei Stichproben mit unterschiedlichen Belastungen verschiedene Zusammenhänge zwischen Religiosität und Gesundheit ergeben können [57].

Die Spezifika der vorliegenden Stichprobe sind auch deshalb relevant, weil Darmkrebs überwiegend in hohem Lebensalter auftritt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt laut Krebsregister Rheinland-Pfalz 2006 für Frauen bei 75 Jahren, für Männer bei 69 Jahren; dies erklärt das relativ hohe Durchschnittsalter der vorliegenden Stichprobe. Dieses hat möglicherweise einen Einfluss auf die Höhe der psychischen Belastung, die bei älteren Personen geringer ist als bei jüngeren [7, 15], sowie auf das allgemeine Bewältigungsverhalten der betroffenen Personen [30]. Es könnte die Geschlechtsunterschiede im Copingverhalten und in den Zusammenhängen zum psychischen Befinden, die sich in der vorliegenden Studie zum Teil überraschenderweise gezeigt haben, mit verursacht haben. So ist anzunehmen, dass gerade bei Patientinnen und Patienten mit höherem Lebensalter traditionelle geschlechtsspezifische Rollenbilder eine besondere Bedeutung haben. Dies führt möglicherweise dazu, dass für das Befinden von Frauen eine aktiv-problemlösende Herangehensweise persönlich weniger relevant ist als für Männer, die ihrem traditionellen Selbstverständnis entsprechend nicht emotional, sondern stark und anpackend zu funktionieren haben – eine Erwartung, die bewusst oder unbewusst oft auch von Seiten der Behandelnden an sie herangetragen wird [3]. Allerdings ist die Möglichkeit zu einer aktiven, kontrollierenden Problembewältigung im Falle einer Krebserkrankung durchaus begrenzt, was

erklären kann, warum der Zusammenhang zwischen aktiver Bewältigung und psychischem Befinden auch für Männer überwiegend schwach ist. Auch ist denkbar, dass das Erleben von weniger aktiv problemorientiertem Handeln bei Männern ein Ausdruck von weniger gutem Befinden ist.

Das relativ hohe Alter der meisten befragten Patientinnen und Patienten ist auch im Hinblick auf die Religiosität relevant. Der mit über 80% bei beiden Geschlechtern hohe Anteil an Personen mit Zugehörigkeit zur römisch-katholischen oder evangelischen Kirche weist auf ein für heutige Verhältnisse hohes Gesamtmaß an traditionell geprägter Religiosität hin, das der Beobachtung entspricht, dass ältere Menschen zumindest in manchen Bereichen der Religiosität als frömmere einzuschätzen sind als jüngere Menschen [58] und Religiosität eher zur Krankheitsbewältigung einsetzen [30]. Wie Chukwu und Rauchfleisch gezeigt haben, ist davon auszugehen, dass die Religiosität bzw. Gottesvorstellung alter Menschen durch intensivere Gefühle wie Geborgenheit und Nähe, aber auch Furcht und Schuld geprägt ist als die junger Erwachsener [59]. Diese altersspezifischen Besonderheiten von Religiosität können möglicherweise erklären, warum sich für die vorliegenden Daten – im Gegensatz zu anderen deutschen Studien – Zusammenhänge zwischen PRC und Befinden gezeigt haben.

Fazit und praktische Implikationen

▼ Auch wenn die in der Studie gefundenen Unterschiede aufgrund der überwiegend kleinen Effekte nicht überinterpretiert werden dürfen, so deuten sie doch darauf hin, dass Sensibilität für geschlechtsspezifische Probleme im Umgang mit einer (Darm-)Krebserkrankung und entsprechende Rehabilitationsbedürfnisse im Umgang mit den Patienten wichtig ist. Trotz der insgesamt stärkeren Belastungswerte und depressiveren, weniger aktiven Krankheitsverarbeitung der Frauen dürfen geschlechtsspezifische Unterschiede jedoch nicht falsch verstanden werden und zu vorschnellen Pauschalisierungen führen. Wie das Beispiel des religiösen Copings gezeigt hat, können konfundierende Variablen maßgeblichen Einfluss haben, sodass Verallgemeinerungen wie „Frauen bewältigen religiöser als Männer“ nicht angemessen erscheinen. Zwar zeigte sich, dass Frauen Religiosität insgesamt stärker zur Krankheitsbewältigung einsetzen als Männer, jedoch wurde bei Berücksichtigung der Stärke der Religiosität deutlich, dass die Nutzung religiöser Copingstrategien mit dieser zusammenhängt. Insofern erscheint eine Offenheit für die Thematik auf Seiten der Behandelnden in der Rehabilitation vor allem, aber nicht nur im Umgang mit Frauen wichtig. Es ist zu beachten, dass religiöse Männer insbesondere positives religiöses Coping ebenso zur Bewältigung einsetzen wie religiöse Frauen auch. Auch für sie kann Religiosität die Nutzung religiöser Ressourcen eröffnen oder eine zusätzliche Belastung durch religiöse Zweifel und Probleme darstellen.

Die vorliegenden Ergebnisse legen auch nahe, dass Religiosität ein wichtiger Faktor im Umgang mit einer Darmkrebserkrankung sein kann, aber nicht muss. Insofern können religiöse und spirituelle Angebote sowie auch eine Zusammenarbeit mit der Seelsorge in der onkologischen Rehabilitation eine wertvolle Erweiterung des Behandlungsprogramms darstellen. Sie sollten jedoch dem Prinzip der Freiwilligkeit folgen. Aufgrund der Wichtigkeit existenzieller Fragen im Kontext von Krebserkrankungen und der Schwierigkeiten, die viele Behandelnde beim Ansprechen von religiösen Themen erleben, ist zu überlegen, ob die

Aufnahme von wenigen kurzen Screening-Fragen zur Bedeutung von Religiosität oder Spiritualität im Umgang mit der Erkrankung und zum individuellen Wunsch nach Einbezug des Themas in den Rehabilitationsprozess in Patientenfragebogen sinnvoll ist. Eine solche kurze Bedarfsabklärung zu Beginn der Rehabilitation kann die Weichen für eine auch in dieser Hinsicht individuell am Patienten orientierte psychosoziale Unterstützung und Behandlung stellen.

Kernbotschaft

Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Art der Krankheitsbewältigung und psychosozialen Anpassung an eine Darmkrebskrankung. Wie sich am Beispiel des religiösen Copings zeigt, ist jedoch Vorsicht bei vorschnellen Pauschalisierungen geboten, da konfundierende Variablen eine wichtige Rolle spielen können. Im Sinne der Patientenorientierung sprechen die Ergebnisse insofern für die Notwendigkeit einer individuellen Bedarfsermittlung, auch im Hinblick auf die Einbeziehung von Religiosität in den Behandlungsprozess.

Förderung und Dank

Herzlicher Dank gilt der Deutschen Krebshilfe, die das Forschungsprojekt gefördert und damit erst ermöglicht hat, den Patientinnen und Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitsgruppe Religionspsychologie und der Rehabilitationsklinik Nahetal, die die Studie unterstützt haben, insbesondere der ehemaligen Projektmitarbeiterin Dipl.-Psych. Katja Möschl.

Literatur

- Mittag O, Grande G. PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. *Rehabilitation* 2008; 47: 98–108
- Koch U, Lehmann C, Morfeld M. Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Rehabilitation* 2007; 46: 127–144
- Moynihan C. Men, women, gender and cancer. *European Journal of Cancer Care* 2002; 11: 166–172
- Neises M. Männer und Frauen in der Onkologie – geschlechtsspezifische Aspekte des Krankheitserlebens und der Krankheitsbewältigung. In: Neises M, Schmid-Ott G, Hrsg. *Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst; 2007; 111–132
- Härter M, Reuter K, Schretzmann B et al. Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2000; 39: 317–323
- Herschbach P, Keller M, Knight L et al. Psychological problems of cancer patients: A cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer* 2004; 91: 504–511
- Singer S, Bringmann H, Hauss J et al. Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 2071–2076
- Thies S, Lehmann C, Kriz D et al. Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20) – Testtheoretische Überprüfung und Validierung an einer Stichprobe von Krebspatienten unterschiedlicher Diagnosegruppen. *Rehabilitation* 2008; 47: 308–318
- Angst J, Gamma A, Gastpar M et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 201–209
- Schulz P, Schlotz W, Wolf J, Wüst S. Geschlechtsunterschiede bei stressbezogenen Variablen: Der Einfluss der Neigung zur Besorgnis. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 2002; 23: 305–326
- Klemm P, Hurst M, Dearholt SL, Trone SR. Cyber solace: Gender differences on internet cancer support groups. *Computers in Nursing* 1999; 17: 65–72

- Keller M, Birmele M. Krankheitserleben und Verhalten von Männern mit Krebserkrankungen. *Forum DKG* 2001; (04): 32–34
- Manii D, Ammerman D. Men and cancer: A study of the needs of male cancer patients in treatment. *Journal of Psychosocial Oncology* 2008; 26: 87–102
- Keller M, Henrich G. Illness-related distress: Does it mean the same for men and women? *Acta Oncologica* 1999; 38: 747–755
- Strittmatter G, Mawick R, Tilkorn M. Psychosozialer Betreuungsbedarf bei Gesichts- und Hauttumorpatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998; 48: 349–357
- Fife BL, Kennedy VN, Robinson L. Gender and adjustment to cancer: Clinical implications. *Journal of Psychosocial Oncology* 1994; 12: 1–21
- Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Adaptive Coping und Spiritualität als Ressource bei Krebspatienten. *Prävention* 2008; 31: 51–53
- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25: 555–560
- Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 2009; 301: 1140–1147
- Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology* 2005; 14: 450–463
- Thuné-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine* 2006; 63: 151–164
- Murken S. Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Münster: Waxmann; 1998
- Müller C. „... vielleicht mal ein Gebet mehr gesprochen ...“ Religiosität im Verarbeitungsprozess von Angst und Todesangst bei Brustkrebspatientinnen. Marburg: Tectum; 2008
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001
- Pargament KI. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford; 1997
- Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Ifanti AA et al. Religiosity and its relation to quality of life in Christian Orthodox cancer patients undergoing chemotherapy. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 284–289
- Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Spirituelle Bedürfnisse krebskranker Menschen – Einstellung und Praxis. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 2005; 37: 13–22
- Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care* 2006; 15: 238–243
- Muthny FA, Koch U. Spezifität der Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In: Koch U, Weis J, Hrsg. *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart: Schattauer; 1998; 49–58
- Hessel A, Heim E, Geyer M, Brähler E. Krankheitsbewältigung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe: Situative, soziodemografische und soziale Einflussfaktoren. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000; 50: 311–321
- Rinaldis M, Pakenham KI, Lynch BM, Aitken JF. Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: A longitudinal investigation. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 624–633
- Ahrens PA, Lukatis I. Religion in der Lebenswelt von Frauen: Eine Annäherung über Ergebnisse quantitativer Forschung. In: Franke E, Matthiae G, Sommer R, Hrsg. *Frauen, Leben, Religion: Ein Handbuch empirischer Forschungsmethoden*. Stuttgart: Kohlhammer; 2002; 159–211
- Stark R. The complexities of comparative research. *Interdisciplinary Journal of Research on Religion* 2008; 4, Art. 4
- Ferraro KF, Kelley-Moore JA. Religious consolation among men and women: Do health problems spur seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion* 2000; 39: 220–234
- Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM. Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2001; 40: 497–513
- Mirola WA. A refuge for some: Gender differences in the relationship between religious involvement and depression. *Sociology of Religion* 1999; 60: 419–437

- 37 *Mehnert A, Rieß S, Koch U.* Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome. *Verhaltenstherapie and Verhaltensmedizin* 2003; 24: 147–166
- 38 *Goldzweig G, Andritsch E, Ayala H et al.* How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 866–874
- 39 *Muthny FA.* Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Manual. Weinheim: Beltz; 1989
- 40 *Murken S, Möschl K, Müller C, Appel C.* Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping (SGrC). (Manuskript in Vorbereitung)
- 41 *Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L.* Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1998; 37: 710–724
- 42 *Huber S.* Zentralität und multidimensionale Struktur der Religiosität: Eine Synthese der theoretischen Ansätze von Allport und Glock zur Messung der Religiosität. In: *Zwingmann C, Moosbrugger H*, Hrsg. *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Münster: Waxmann; 2004; 79–105
- 43 *Huber S.* Zentralität und Inhalt: Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität. Opladen: Leske+Budrich; 2003
- 44 *Huber S.* Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal für Psychologie* 2008; 16 (3): Art. 5
- 45 *Herrmann C, Buss U, Snaith RP.* HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Testdokumentationen und Handanweisung. Bern: Huber; 1995
- 46 *Ward WL, Hahn EA, Mo F et al.* Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) quality of life instrument. *Quality of Life Research* 1999; 8: 181–195
- 47 *Brosius F.* SPSS 11. Bonn: mitp-Verlag; 2002
- 48 *Cohen J.* *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Aufl. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988
- 49 *Holland KD, Holahan CK.* The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health* 2003; 18: 15–29
- 50 *Kershaw T, Northouse L, Kritpracha C et al.* Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health* 2004; 19: 139–155
- 51 *Zwingmann C, Müller C, Körber J, Murken S.* Religious commitment, religious coping and anxiety: A study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 2008; 17: 361–370
- 52 *Hagedoorn M, Van Yperen NW, Coyne JC et al.* Marital status and equity within the marriage: Does marriage protect older people from psychological distress? *Psychology and Aging* 2006; 21: 611–620
- 53 *Granqvist P, Kirkpatrick LA.* Attachment and religious representations and behavior. In: *Cassidy J, Shaver PR*, Hrsg. *Handbook of attachment theory and research*. 2. Aufl. New York: Guilford; 2008; 906–933
- 54 *Pargament KI.* Is religion nothing but ...? Explaining religion versus explaining religion away. *Psychological Inquiry* 2002; 13: 239–244
- 55 *Zwingmann C, Wirtz M, Müller C, Körber J, Murken S.* Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine* 2006; 29: 533–547
- 56 *Giesinger J, Kemmler G, Mueller V et al.* Are gender-associated differences in quality of life in colorectal cancer patients disease-specific? *Quality of Life Research* 2009; 18: 547–555
- 57 *Pargament KI.* The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry* 2002; 13: 168–181
- 58 *Ebertz MN.* Je älter, desto frömmer? Befunde zur Religiosität der älteren Generation. In: Bertelsmann Stiftung, Hrsg. *Religionsmonitor 2008*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; 2008; 54–63
- 59 *Chukwu A, Rauchfleisch U.* Gottesvorstellungen älterer Menschen. *Z Gerontol Geriat* 2002; 35: 582–587