

Medizinische Universität Graz
Universitätsklinik für Psychiatrie

Lebensqualität und Religiosität bei Chorea Huntington

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizinischen Wissenschaften (Dr. med. scient.)

eingereicht von

Mag.^a rer. nat. Karin Krejczka

1. Begutachter: Univ. Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer
2. Begutachter: ao. Univ. Prof. DDr. Johann Fabisch

Graz, im Oktober 2010

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, im Oktober 2010

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei meinem wissenschaftlichen Betreuer Herrn Univ. Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer für seine Freundlichkeit und unterstützenden Anregungen bedanken.

Ein besonderes Dankeschön gebührt meiner Familie, Peter und meinen Freunden! Sie haben mir in vielen Phasen immer wieder hilfreiche Motivation entgegengebracht.

Das größte Dankeschön gilt jedoch den Patient(inn)en, ohne deren Einverständnis und tolle Mitarbeit diese Untersuchung nicht möglich gewesen wäre.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

Abstract

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Chorea Huntington	3
2.2	Lebensqualität	5
2.2.1	Entwicklung und Verlauf der Lebensqualitätsforschung	5
2.2.2	Lebensqualität als aktuelles Thema	8
2.2.3	Definition und Komponenten der Lebensqualität	11
2.2.3.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	20
2.2.4	Lebensqualität als Konstrukt, Konzept und Modell	27
2.2.5	Messung der Lebensqualität	31
2.2.5.1	Ansätze zur Erfassung der Lebensqualität	32
2.2.5.2	Erfassung der Lebensqualität	33
2.2.5.3	Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität	41
2.2.6	Lebensqualität in der Psychiatrie	43
2.2.6.1	Theoretische Zugänge der Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie (Angermeyer & Kilian, 1995)	44
2.2.7	Religiosität als Komponente der Lebensqualität	47
2.2.8	Lebensqualität und Wohlbefinden	48
2.2.9	Lebensqualität und Lebenszufriedenheit	51
2.2.10	Empirischer Forschungsstand	52
2.2.10.1	Empirische Ergebnisse zur Lebensqualität bei unterschiedlichen Erkrankungen .	52
2.2.10.2	Empirische Ergebnisse zur Lebensqualität bei Chorea Huntington	55
2.3	Religiosität und Spiritualität	58
2.3.1	Subjektive Religiosität in Österreich	58
2.3.2	Abgrenzung/Überlappung von Religiosität und Spiritualität	59
2.3.3	Begriffsbestimmung von Religiosität und Spiritualität	60
2.3.3.1	Religiosität	61
2.3.3.2	Spiritualität	62

2.3.4	Das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell von Gesundheit und Krankheit	63
2.3.5	Theoretische Ansätze zur Zusammenhangsstruktur von Religiosität und Gesundheit.	63
2.3.6	Konzept der religiösen Bewältigung	66
2.3.7	Methoden zur Operationalisierung und Erhebung von Religiosität	67
2.3.7.1	Eindimensionale Ansätze zur Erfassung religiöser Einstellungen	67
2.3.7.2	Zweidimensionale Ansätze	67
2.3.7.3	Mehrdimensionale Ansätze	68
2.3.8	Instrumente zur Erfassung von Religiosität	70
2.3.9	Instrumente zur Erfassung von Spiritualität.....	73
2.3.10	Schwerpunkte der religionspsychologischen Forschung	74
2.3.10.1	Konzept der extrinsischen und intrinsischen Religiosität	74
2.3.10.2	Zusammenhang von psychischer und physischer Gesundheit mit Religiosität	75
2.3.10.3	Empirischer Forschungsstand zur Religiosität und Spiritualität	76
2.3.10.4	Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang Religiosität/Spiritualität und Lebensqualität	82
2.4	Fragestellung	88
2.4.1	Ableitung der Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung	88
2.4.2	Konkretisierung der Fragestellung.....	90
3	Methode	91
3.1	Stichprobe.....	91
3.2	Untersuchungsmaterial.....	93
3.2.1	WHOQOL-100 Fragebogen von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000)	93
3.2.1.1	WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von Lebensbereichen von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000).....	96
3.2.2	Religiositätsfragebogen	97
3.2.2.1	Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003)	97
3.2.2.2	Übersetzung des von Kendler entwickelten Fragebogens (2003)	103
3.2.2.3	Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003)–adaptiert für diese Untersuchung	106
3.3	Untersuchungsdurchführung	107
3.4	Operationalisierung der Fragestellung	108
3.5	Datenverarbeitung	108
3.6	Statistische Auswertung	109

4	Ergebnisse	110
4.1	Reliabilitätsanalyse	110
4.1.1	Berechnung	110
4.1.2	Ergebnis der Reliabilitätsanalyse	116
4.1.3	Gegenüberstellung der Dimensionen von Kendler mit Dimensionen dieser Untersuchung	119
4.2	Lebensqualität, Religiosität, Alter und Geschlecht	122
4.3	WHOQOL-Wichtigkeitsratings	129
5	Diskussion.....	132
5.1	Zusammensetzung der Stichprobe	132
5.2	Untersuchungsmaterial - Religiositätsfragebogen.....	133
5.3	Diskussion der Fragestellung	134
5.3.1	Reliabilitätsanalyse	134
5.3.2	Lebensqualität, Religiosität, Alter und Geschlecht	138
5.3.3	WHOQOL-Wichtigkeitsratings	140
5.4	Resümee	142
6	Literaturverzeichnis	144
7	Anhang	180
7.1	Untersuchungsmaterial.....	180
7.1.1	World Health Organization Quality of Life Fragebogen (WHOQOL-100) und WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von Lebensbereichen - deutsche Version von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000).....	181
7.1.2	Originaler Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003).....	183
7.1.3	Religiositätsfragebogen (Kendler, 2003) - übersetzt und adaptiert für diese Untersuchung	186
7.1.4	Berechnung der Normalverteilungsüberprüfungen	192
7.1.5	Berechnung Schwierigkeitsindex und Schwierigkeitsanalyse	193
7.1.6	Mittelwertsunterschiede Wichtigkeitsratings der WHOQOL-Wichtigkeitsfragen (Gesamtstichprobe)	197

Zusammenfassung

Themen wie Religiosität und Glaube gehören zu den grundlegenden menschlichen Bedürfnissen und Lebensäußerungen. Sie sind angesichts der Bedrohlichkeit einer schweren Erkrankung und der Konfrontation mit nur noch begrenzter Lebensdauer von besonderer Bedeutung und können somit eine wichtige Ressource zur Bewältigung von Lebenskrisen darstellen bzw. in weiterer Folge zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Im Rahmen dieser empirischen Untersuchung wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz dieser Kontext näher beleuchtet. An einer Stichprobe von 36 Chorea Huntington Patient(inn)en wurde mittels Regressionsanalysen der Frage nachgegangen, ob das Ausmaß der Religiosität Auswirkungen auf deren Lebensqualität hat und ob die Variablen Alter und Geschlecht dabei eine Rolle spielen. Die Ergebnisse liefern einen empirischen Beleg dafür, dass sich Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Lebensqualität und Religiosität nicht unterscheiden. Ein Zusammenhang zwischen der Variable Alter und der Variable Lebensqualität zeigt sich darin, dass je älter die an Chorea Huntington erkrankten Patient(inn)en sind, umso schlechter beurteilen sie ihre psychische Lebensqualität. Mit zunehmenden Alter verspüren Chorea Huntington Patient(inn)en weniger Unabhängigkeit, und ein Trend in Richtung weniger soziale Beziehungen ist mit zunehmenden Alter ebenfalls erkennbar. Mit zunehmenden Alter zeigen sich Chorea Huntington Patient(inn)en allgemein religiöser und weisen einen höheren Gottesbezug auf als jüngere Chorea Huntington Patient(inn)en. Verschiedene Aspekte von Lebensqualität (physische Lebensqualität, psychische Lebensqualität, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Spiritualität) wurden in Abhängigkeit von verschiedenen Dimensionen der Variable „Religiosität“ und der Variable „Alter“ geschätzt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Variablen Vergeben/Liebe, Allgemeine Religiosität, Gottesbeziehung, Soziale Religiosität und die Variable Alter signifikant zur Erklärung der Lebensqualität beitragen. Betrachtet man die einzelnen Lebensqualitätsbereiche so zeigt sich, dass der Lebensqualitätsbereich „Unabhängigkeit“ durch das Gesamtmodell der Religiosität und der Variable Alter am Besten vorhergesagt werden kann. Chorea Huntington Patient(inn)en sind umso unabhängiger, je jünger sie sind und umso mehr sie vergeben bzw. lieben können. Ein Trend zeigt sich darin, dass Chorea

Huntington Patient(inn)en weniger Gottesbezug aufweisen wenn sie unabhängiger sind. Die Bereiche „Psychische Lebensqualität“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ sind weitere Bereiche der Lebensqualität, die sehr gut durch das Gesamtmodell vorhergesagt werden können. Die psychische Lebensqualität von Chorea Huntington Patient(inn)en wird umso höher bewertet, je mehr sie vergeben bzw. lieben können und je religiöser sie im Allgemeinen sind. Ein gegenläufiger Zusammenhang zeigt sich bei der Variable „Gottesbezug“. Je weniger Gottesbezug die Chorea Huntington Patient(inn)en haben, umso besser beurteilen sie ihre psychische Lebensqualität. Jüngere Chorea Huntington Patient(inn)en bewerten ihre psychische Lebensqualität besser als ältere Chorea Huntington Patient(inn)en. Je besser die Umweltbedingungen und je wichtiger religiöse/persönliche Anschauungen und Spiritualität von Chorea Huntington Patient(inn)en beurteilt werden, umso eher besteht die Bereitschaft zu vergeben bzw. zu lieben. Ein Trend zeigt sich darin, dass je wichtiger spirituelle Anschauungen für Chorea Huntington Patient(inn)en sind, umso religiöser sind sie im Allgemeinen. Der Lebensqualitätsbereich „Soziale Beziehungen“ lässt sich nicht durch Religiosität vorhersagen. Bei der Beurteilung der Wichtigkeit von Lebensbereichen nimmt in dieser Untersuchung bei Chorea Huntington Patient(inn)en die Fähigkeit „Alltägliche Dinge erledigen zu können“ den ersten Rang ein. Lediglich für ältere Patient(inn)en wird diesem Bereich Rang sechs zugeordnet. „Alltägliche Dinge erledigen können“ kann somit als wichtigster Bereich der Lebensqualität bei Chorea Huntington Patient(inn)en angesehen werden. Für ältere Chorea Huntington Patient(inn)en treten im Vergleich zu jüngeren Chorea Huntington Patient(inn)en auch „Gute Transportmöglichkeiten“ in den Vordergrund. Für Frauen und ältere Chorea Huntington Patient(inn)en wird „Zufrieden sein“ als wichtigster Bereich der Lebensqualität beurteilt. Für männliche Chorea Huntington Patienten ist die Fähigkeit „Beziehungen mit anderen Menschen“ zu finden sehr wichtig. Die „Beziehung mit anderen Menschen“ ist auch für jüngere und ältere Chorea Huntington Patient(inn)en sehr bedeutend. Die Wichtigkeit der „Gesundheit“ wird besonders von jungen Chorea Huntington Patient(inn)en als sehr bedeutend beurteilt. Für ältere Patient(inn)en ist dieser Bereich weniger wichtig. Zusätzlich zur Fähigkeit „Alltägliche Dinge erledigen zu können“ werden die Fähigkeiten „Sich fortbewegen können“, „Glück und Lebensfreude spüren“ und „Erholsamer Schlaf“ von Frauen als sehr wichtig beurteilt. Für junge Chorea Huntington Patient(inn)en

scheint „Für andere Menschen sorgen und sie unterstützen“ deutlich wichtiger zu sein als für die anderen Gruppen. „Umweltbedingungen“ und „Finanzielle Mittel“ sind für junge Chorea Huntington Patient(inn)en weniger wichtig als für die anderen Gruppen. „Nicht auf Medikamente oder Behandlungen angewiesen sein“ ist für alle Gruppen nicht sehr bedeutsam, für junge Patient(inn)en ist dieser Bereich gemeinsam mit „Körperbild und Erscheinung“ am letzten Rang angesiedelt. „Körperbild und Erscheinung“ ist auch für die anderen Gruppen sehr unwichtig. Als unwichtigster Bereich wird die „Sexualität“ angegeben.

Abstract

Topics such as religion and faith are part of basic human needs and manifestations of life. They are of high relevance considering the threat of a serious disease and as a result of this ailment, the confrontation with a short life. Thus, they can be important resources for the mastery of life crises and subsequently are essential for the improvement of life quality. In context of this empirical study, this subject was further investigated at the university hospital for psychiatry of Graz. A sample of 36 patients that were suffering from Huntington's chorea was tested with regression analyses to determine if the extent of religiousness had effects on their life quality and if the variables age and sex also played a part. The results show empirical evidence that male as well as female patients who suffer from Huntington's chorea do not differ from each other. A connection between the variable age and the variable life quality can be seen because the older the patients suffering from this disease were the worse they described their mental life quality. With advancing age, Huntington's chorea patients feel less independent and a tendency towards less social relationships can also be found. At an advanced age, Huntington's chorea patients are generally more religious and show a higher reference to God than younger patients. Different aspects of life quality such as physical life quality, mental life quality, independence, social relationships, environment and spirituality were estimated in dependency on different dimensions of the variable religiousness and the variable age. The results show that the following variables contribute significantly to the declaration of life quality: forgiveness/love, general religiousness, relationship to God, social religiousness and the variable age. If you look at the different areas of life quality it can be seen that the life quality area "independence" can be best predicted by the comprehensive model of religiousness and the variable age. Huntington's chorea patients are more independent when they are younger and more willing to forgive and love. There is a tendency that Huntington's chorea patients have less reference to God if they are more independent. The areas "mental life quality", "environment" and "spirituality" are further aspects of life quality that can be predicted very accurately by the comprehensive model. The mental life quality of Huntington's chorea patients is rated higher, the more they are able to love and forgive and the more religious they are in general. The variable "reference to God"

shows a reverse correlation. The less reference to God a Huntington's chorea patient has, the higher the patient assesses his mental life quality. Younger patients assess their mental life quality higher than older ones. The better the environmental circumstances and the more important a patient assesses religious/personal beliefs and spirituality, the more likely is the patient to forgive or to love. A tendency can be seen that Huntington's chorea patients are generally more religious, the more important spiritual beliefs are to them. The life quality area "social relationships" can not be predicted by religiousness. When assessing the importance of areas of life, the ability to manage everyday practices was rated the most important one except for elder patients, where it was rated sixth most important. Thus, the ability to manage everyday practices can be considered the most important area for the life quality of Huntington's chorea patients. Means of conveyance also become more important for elder Huntington's chorea patients compared to younger ones. "Being happy" is considered the most important area of life quality for female and elder patients of Huntington's chorea while the ability of "having relationships with other people" is very important for male patients. This area is also very significant for anyone except for women. The importance of health is assessed as specifically important by young Huntington's chorea patients; this area is less important to elder patients. Additionally to the ability to manage everyday practices, the abilities of "moving along", "feeling lucky and vital" and "restful sleep" are very important to women. "Taking care of other people and supporting them" seems to be far more important to young people who suffer from Huntington's chorea than to other groups. "Environmental circumstances" and "financial means" are less important to younger people compared to other groups. "Not having to rely on medication and treatments" was not viewed as very significant by any of the groups. This area was rated least important for young patients as well as the area "body image and appearance". Body image and appearance was also assessed as not very important for any of the other groups. Sexuality was declared the least important area.

1 Einleitung

Der Verlauf und die Ursachen von Krankheiten können immer besser definiert und erkannt werden. Erfolge und auch Misserfolge werden meistens nach medizinischen Kriterien bewertet. Das alleine reicht aber heute nicht mehr aus, um den Bedürfnissen einzelner Patient(inn)en gerecht zu werden, denn jede(r) Patient(in) hegt insgeheim den Wunsch nach Individualität. Das Wissen über die Lebensqualität unter den Entscheidungsalternativen ist somit Voraussetzung für eine individualisierte Therapie. Dies beinhaltet, dass neue Zielkriterien definiert werden müssen. Die Grundlage dazu bildet die Lebensqualität. Sie trägt als medizinische Entscheidungshilfe bei und kann Schwachstellen der Krankenversorgung aufdecken. Eine wertvolle Erweiterung der Bewertung einer Patient(inn)ensituation besteht nach Gaul (1999) darin, sich mit den Kriterien der Lebensqualitätsmessung zu befassen und sie in Parameter zur Diagnostik und Verlaufskontrolle miteinzubeziehen. Es wird somit klar, dass die Einbeziehung des Begriffs Lebensqualität in die Krankheitsevaluation für den Anspruch eines geänderten Krankheitsverständnisses steht. Die Einbeziehung der verschiedenen Dimensionen oder Items bedeutet nichts anderes als das gesamtheitliche Anerkennen eines Menschen in seinem Kranksein. Man wendet sich ab von einer eher einseitig somatisch-fixierten Betrachtungsweise des Krankwerdungsprozesses hin zu einem gesamtheitlichen Verständnis für Krankheitsentstehung, die soziale und seelische Faktoren miteinbeziehen. Das bio-psycho-soziale Krankheitsverstehen rückt so gesehen immer mehr in den Vordergrund. In diesem Zusammenhang weiten sich auch therapeutische Möglichkeiten aus. In den nächsten Jahren werden sich aus derzeit laufenden Studien klinisch relevante Ergebnisse zeigen, inwieweit die Erforschung der Lebensqualität zu handlungs- und behandlungsrelevanten Konsequenzen in der Medizin führt.

Menschen, die schwer erkrankt sind, suchen Wege, um mit dem Schicksal umgehen zu können. Besonders der Glaube und die Religiosität werden häufig als Hilfe im Verstehen von Leid erfahren. Der Glaube kann einen Weg aufzeigen, um Leid und Verlust verstehen zu können (Shafranske, 2001). Krisen können spirituelle Entwicklungen auslösen, aber auch beschleunigen und intensivieren (Noble, 2000).

Kaum eine Krise ist einschneidender, als die, ob und wie das Leben mit Ausbruch einer schweren Krankheit weitergeht. Nach lebensbedrohlichen Diagnosen wird das Leben nie mehr als das Gleiche wie vorher empfunden, sondern als zutiefst verletzbar (Coward & Kahn, 2004). Nach Cole & Pargament (1999, zitiert nach Bucher, 2007) intensiviert sich Spiritualität vor allem in schweren Krisen bzw. dann, wenn die Personen nur mehr wenig Kontroll- und Einflussmöglichkeiten haben. Aus psychologischer Sicht ist es nicht so interessant, wie sehr jemand religiös ist, sondern auf welche Art und Weise seine Religiosität die emotionalen, kognitiven und Verhaltensaktivitäten in einer aktuellen Problematik determiniert (Hathaway & Pargament, 1990; Schaefer & Gorsuch, 1991; Pargament et al., 1992; zitiert nach Dörr, 2001). Das Thema Religiosität ist in der religionspsychologischen Forschung auf jeden Fall von Interesse, wobei die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses Forschungsbereiches im Kontext der Lebensqualitätsforschung darstellen soll. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es daher, an einer Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en den Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebensqualität zu untersuchen.

Im Rahmen einer lebensbedrohlichen Erkrankung verlassen sich viele der Patient(inn)en auf ihren religiösen Glauben um Stress zu reduzieren, um ein Gefühl der Kontrolle zu bewahren und um Hoffnung/Bedeutung bzw. Sinn im Leben aufrecht zu erhalten (Koenig, Larson & Larson, 2001). Andere Patient(inn)en hingegen verlieren ihr Vertrauen an den religiösen Glauben und suchen nach Alternativen (Büssing & Ostermann, 2004; Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2005).

Nach Zulehner et al. (2001) halten sich 59 % der Österreicher und Österreicherinnen für religiös und 8 % der Österreicherinnen und Österreicher für sehr religiös. 10 % bezeichnen sich als eher nicht religiös und 7 % für gar nicht religiös. Im internationalen Vergleich zählt Österreich zu den Ländern mit überdurchschnittlicher Religiosität. McNichol (1996, zitiert nach Mytko & Knight, 1999) zeigt, dass bei 56 % der amerikanischen Bevölkerung der Glaube bei der Bewältigung einer Erkrankung schon einmal geholfen hätte, und 79 % erachten den Glauben als hilfreich bei der Bewältigung einer Krankheit.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Chorea Huntington

Der Mediziner George Huntington aus Ohio hat 1872 die Erkrankung erstmals beschrieben. Chorea Huntington (engl.: Huntington's Disease, auch bezeichnet als erblicher Veitstanz, chronische Chorea und Chorea major) ist eine autosomal-dominant erbliche Erkrankung des Zentralnervensystems mit progressivem Verlauf.

Das Kind eines erkrankten Elternteils, egal ob Junge oder Mädchen, hat ein 50 Prozentrisiko das Gen zu erben, wobei Generationen nicht übersprungen werden können. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch eine ausgedehnte neuronale Degeneration im zentralen Nervensystem. Im Zentralnervensystem sind in beiden Hemisphären die Basalganglien, vor allem das Striatum (Nucleus Caudatus, Nucleus Accumbens und Putamen), betroffen. Am frühesten betroffen ist das Striatum und in weiterer Folge der Cortex und andere extrastriatale Regionen mit einer starken Beeinträchtigung der fronto-subkortikalen Schaltkreise (Selemon, Rajkowska & Goldman-Rakic, 2004).

Chorea Huntington ist durch folgende Symptom-Trias charakterisiert:

1. *Psychiatrische Auffälligkeiten*: z. B. Depression, Aggression, Verhaltensauffälligkeiten, Sexualstörungen, Persönlichkeitsveränderungen
2. *Bewegungsstörungen*: z. B. Chorea (= Bewegungsunruhe), Gangstörung, Dystonie (Steifigkeit wie z. B. Schiefhals), fortschreitende unfreiwillige Bewegungen, Hypokinesie (Bewegungsstörung)
3. *Subkortikale Demenz*:
 - kognitive Dysfunktionen: z. B. Gedächtnisstörungen, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsbeeinträchtigungen, Bradyphrenie, Perseverationen, Dysarthrie, Abrufstörung (d. h. keine Merkfähigkeitsstörung)
 - Apraxie (Unfähigkeit Bewegungen auszuführen) und Agnosie (Fähigkeit Wahrnehmbares zu erkennen)
 - emotionale Veränderungen: z. B. Apathie oder Deprimiertheit

Die Literatur gibt an, dass das körperliche und psychosoziale Wohlbefinden von Chorea Huntington Patient(inn)en durch motorische und kognitive Begleitsymptome sowie durch Persönlichkeitsveränderungen beeinflusst wird (Helder et al., 2001). Der Beginn der Erkrankung tritt typischerweise zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr auf. Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt 16 Jahre (Conneally, 1984; Roos et al., 1993). Der klinische Verlauf und der Zeitpunkt des Ausbruchs der klinischen Symptome und die Krankheitsdauer sind sehr unterschiedlich ausgeprägt. Ein später Krankheitsbeginn ist häufig mit einem milderem Krankheitsverlauf verbunden. Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es keine Heilung für Chorea Huntington. Harper (1992) geht von ca. 4-8/100000 erkrankten Personen in westeuropäischen Ländern und in den USA aus, wobei beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen sind.

Die Ursache dieser Erkrankung liegt in einer Genveränderung (Mutation) des IT15Gens (auch bezeichnet als Huntingtin-Gen) am kurzen Arm des Chromosoms 4 (4p16.3). Im Jahr 1993 berichtete man die Lokalisation des IT15Gens (The Huntington's Disease Collaborative Research Group, 1993). Es kommt infolge der Mutation des Huntingtin-Gens zur Strukturveränderung von der normalen Struktur in eine Amyloidstruktur. Diese zerstört die Nervenzellen insbesondere in der Hirnrinde und den Stammganglien. Es kommt zu einer exzessiven Anzahl von CAG Repeats (=Cytosin-Adenin-Guanin) im IT15 Gen am Chromosom 4. Gesunde Personen haben nach Wells & Warren (1998) zwischen 11 und 28 CAG Repeats. Personen, die zwischen 29 und 35 CAG Repeats haben, erkranken zwar nicht selber an Chorea Huntington, können sie aber an ihre Kinder weitergeben. Bei Personen mit 36-40 CAG Repeats kommt es zu einer reduzierten Manifestationswahrscheinlichkeit und bei Personen mit >41 Repeats entwickelt sich eine manifeste Chorea Huntington Erkrankung. Nach Zühlke & Riess (1994) kommt es ab 40 CAG Repeats mit Sicherheit zur Diagnose Chorea Huntington. Je mehr Repeats vorliegen, umso früher muss mit einem Ausbruch der Erkrankung gerechnet werden und umso ungünstiger ist dann die Prognose.

Ein wichtiger Teil der Diagnose erfolgt über die Familienanamnese. Auch elektrophysiologische (z. B. Elektroenzephalographie - EEG, somatosensible

evozierte Potenziale – SSEP) und bildgebende Untersuchungsverfahren (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie) tragen zur Diagnosestellung bei. Ein Gentest ermögliche eine molekulargenetische Diagnostik bei Risikopersonen. Fast alle Erkrankungsfälle basieren auf einer vererbten elterlichen Genveränderung. Sonderformen der Huntington Krankheit sind die Juvenile Huntington Krankheit, die späte Form der Huntington Erkrankung und Westphal-Variante.

2.2 Lebensqualität

2.2.1 Entwicklung und Verlauf der Lebensqualitätsforschung

Der Begriff Lebensqualität wurde im wissenschaftlichen Kontext zu Beginn dieses Jahrhunderts erstmals als Übersetzung des englischen Begriffs „quality of life“ in der Wohlfahrtsökonomie von Pigou verwendet (vgl. Gaul, 1999). Pigou war Begründer der Wohlfahrtsökonomie, wo er den Begriff „quality of life“ in seinem 1920 erschienen Werk „Economics of Welfare“ als Bezeichnung für nicht ökonomische Wohlfahrtsaspekte verwendete (Noll, 1982). Lebensqualität war nach Zapf (1972) von Beginn an eine schwierige Kategorie: politisch als Wohlfahrt, wissenschaftlich als Wohlstand oder Glück.

Allardt entwickelt 1973 eine Abgrenzung der Begriffe „Wohlfahrt“, „Lebensstandard“ und „Lebensqualität“. Demnach hat der Begriff der Wohlfahrt sowohl eine objektive als auch eine subjektive Dimension. Quer dazu wird der Lebensstandard (engl.: level of living) primär mit materiellen Bedürfnissen (engl.: having) in Beziehung gebracht. Lebensqualität hingegen beinhaltet auch die weitergehenden Bedürfnisse nach Zugehörigkeit (engl.: loving) und Selbstverwirklichung (engl.: being).

In der modernen Variante ist das Konzept Lebensqualität in den sechziger Jahren in den USA entstanden und in den siebziger Jahren hat es auch in Deutschland große Popularität erreicht (Noll, 1982). Dort fand es Eingang in die Wissenschaft, zunächst in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrt- und Sozialindikatorenforschung. „Lebensqualität“ wird dabei als ein auf größere Bevölkerungsgruppen bezogenes

allgemeines Maß an Kongruenz von objektiven Lebensbedingungen und deren subjektiven Bewertung (Wohlbefinden, Zufriedenheit) aufgefasst und spielt eine wichtige Rolle im Rahmen der sogenannten Sozialberichterstattung (vgl. Andrews & Whitey, 1976; Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Glatzer, 1992; Glatzer & Zapf, 1984; Zapf, 2000; Zapf, Schupp & Habich, 1996). Im Mittelpunkt der Betrachtung standen zu Beginn besonders soziale und ökonomische Indikatoren der Lebensqualität wie z. B. das Haushaltseinkommen, die materielle Sicherheit, die politische Freiheit und Unabhängigkeit, die soziale Gerechtigkeit, die Rechtssicherheit und die gesundheitliche Versorgung (vgl. Diener & Suh, 1997). So versuchten die Amerikaner in nachfolgenden Untersuchungen Lebensqualität zu objektivieren, in dem sie z. B. die Anzahl der Fernseher pro Quadratmeter Wohnraum zählten (Campbell et al., 1976). Es ging den Autoren schon damals darum, qualitative Maße einzuführen. Der Begriff der Lebensqualität wurde zur umfassenden Charakterisierung sozialpolitischer Gegebenheiten benutzt.

In jüngerer Zeit werden in diesem Forschungsfeld immer häufiger auch subjektive Indikatoren der Lebensqualität wie z. B. das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit berücksichtigt (vgl. Diener & Suh, 1997).

Obwohl die Lebensqualität von Patient(inn)en implizit bei verantwortlichem ärztlichen Handeln berücksichtigt wurde, wird der Begriff der Lebensqualität erst seit Mitte der 70er Jahre und vermehrt seit Anfang der 80er Jahre explizit in der Forschung als für medizinisches Handeln relevanter Parameter formuliert.

Seit einigen Jahren wird die Lebensqualität in der Medizin, besonders bei der Beurteilung therapeutischer Möglichkeiten, zunehmend beachtet (Tüchler & Lutz, 1991; Bullinger, 2002).

Vor allem wenn Risiken und Nutzen des medizinischen Handelns im Hinblick auf die psychischen und sozialen Kompetenzen an die Grenzen der Medizin stoßen, wird die Lebensqualität als Entscheidungshilfe herangezogen (Guggenmoos-Holzmann, Bloomfield, Brenner & Flick, 1995).

Die ausschließliche Berücksichtigung physischer Parameter hat sich als zu eingeschränkt erwiesen, um befriedigende Informationen über die Vielfalt an Faktoren zu erhalten, die im Krankheitsfalle wirksam sind und wesentlich den Heilungsprozess mitbeeinflussen können (Kirshner & Guyatt, 1985). Um Krankheitsprozesse umfassend zu beurteilen, bedarf es einer ganzheitlichen Betrachtungsweise. Dies umfasst auch das subjektive Erleben der Patient(inn)en.

Bei der Bewertung bzw. Beurteilung von Ergebnissen medizinischer Behandlungsmaßnahmen geht es neben der Veränderung der klinischen Symptomatik oder der Verlängerung des Lebens zunehmend auch darum, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie ihre sozialen Beziehungen gestalten und wie sie in ihrem Alltag zurecht kommen (vgl. Lorenz & Koller, 2002; Najman & Levine, 1981; Steward & Ware, 1992). Auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten geht es um eine Maximierung der Lebensqualität und damit um Kosten-Nutzwert-Analysen (vgl. Gold, Siegel, Russell & Weinstein, 1996; Schöffski, Glaser & Schulenburg, 1998; Wasem & Hessel, 2000) bzw. die Ermittlung der Kosten pro „quality adjusted life year“ (QALY) (vgl. Chisholm, Healey & Knapp, 1997; Loomes & McKenzie, 1989; Schöffski & Greiner, 1998; Wagstaff, 1991) und nicht mehr nur um die Berechnung der Kosten für die Verlängerung des Lebens durch medizinische Behandlung. QALY's (quality-adjusted life-years) sind die Restlebenserwartung mal die Lebensqualität in dieser Zeit, gemessen auf einer Skala von 0 bis 1.

Nach Bullinger et al. (2000) erfolgte die Lebensqualitätsforschung bisher in vier Phasen. Die erste Phase verlief in den siebziger Jahren und in dieser Phase wurde eine definitorische Klärung des Lebensqualitätskonzeptes angestrebt. In der zweiten Phase in den achtziger Jahren war man um die Entwicklung von Messinstrumenten für die Lebensqualität bemüht. Diese Messinstrumente wurden sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene geprüft. In der dritten Phase wurden Messinstrumente bei der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in verschiedenen Feldern der angewandten Forschung einbezogen. Gegenwärtig zeichnet sich eine vierte Phase ab. Zum einen geht es in dieser Phase um die Einbeziehung der Lebensqualitätsmessung in Evaluation, Qualitätssicherung und

Planung von Leistungen der Gesundheitsversorgung. Zum anderen darf aber der Bezug auf theoretische und methodologische Grundlagen nicht ausgeschlossen werden.

2.2.2 Lebensqualität als aktuelles Thema

Je weniger eine medizinische Behandlung zu einer Genesung oder einer deutlichen Verlängerung der Lebensdauer führt, desto mehr wird eine Verbesserung des subjektiven Befindens der Patient(inn)n als Therapieziel angestrebt. Eine Lebensqualitätsmessung in den klinischen Alltag zu implementieren wäre aber generell von Nutzen, um durch gewonnene Zusatzinformationen eine bestmögliche Patient(inn)enversorgung zu gewährleisten.

Autoren von Lehr- bzw. Fachbüchern führen die stetig steigende Anwendung von gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsbewertungen auf folgenden Faktoren zurück:

- (1) das Altern der Bevölkerung und das daraus resultierende Überhandnehmen chronischer Erkrankungen (Berzon, 2000);
- (2) die wichtigere Rolle einer medizinischen Versorgung und das Interesse an nicht-klinischen Aspekten der Behandlung, wie Lebensqualität (Berzon, 2000);
- (3) das Einsehen, dass viele Behandlungen von chronischen Krankheiten häufig keinen Erfolg aufweisen, was die Wichtigkeit der Lebensqualität betont (Fayers & Machin, 2000).

Der Begriff „Lebensqualität“ taucht immer häufiger in verschiedensten Bereichen auf. Besonders im Rahmen der Diskussion über die Beurteilung der Wirkkraft und Qualität medizinischer Versorgung erhält Lebensqualität eine immer stärker werdende Bedeutung (Schipper, Clinch & Powell 1990; Tüchler & Lutz 1991; Bech, 1992, 1993; Bowling 1995). Die Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen und die damit verbundene Veränderung von Aufgaben der medizinischer Versorgung auf der einen Seite und die durch eine rasante technische Entwicklung und extreme Kostensteigerung gekennzeichnete Veränderung des medizinischen Versorgungssystems auf der anderen Seite bilden die wesentlichen Ursachen für diesen Trend (Bernheim 1987; Bullinger 1991; Kaplan 1995). Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert daher neben lebensverlängernden

und kurativen insbesondere auch palliative Maßnahmen, die den Patient(inn)en das Leben mit der Erkrankung erleichtern und deren Erfolg nur über die Einbeziehung der subjektiven Einschätzung der Patient(inn)en beurteilt werden kann. Es stellt sich andererseits aufgrund besserer technischer und pharmakologischer Möglichkeiten zur Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung psychischer und physischer Funktionen die Frage, welches Kriterium für den Nutzen und die Kosten derartiger Maßnahmen herangezogen werden kann (Bernheim, 1987; Bullinger 1991; Kaplan 1995).

Es ist unbestritten, dass die subjektive Perspektive der Patient(inn)en neben medizinischen Kriterien ein zentrales Maß für die Beurteilung der Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgungsleistungen darstellt (Tüchler & Lutz, 1991; Straub 1993; Metcalfe 1992). Anzumerken ist, dass diesem Trend neben Vertretern des öffentlichen Gesundheitswesens auch marktwirtschaftliche Unternehmen der Gesundheitsbranche z. B. die Arzneimittelindustrie folgen, sodass Informationen zur subjektiven Lebensqualität als Kriterium für die Wirksamkeit und die Verträglichkeit ihrer Produkte herangezogen werden (Epstein & Lydick 1995; Freeman 1995). Zu erwarten ist deshalb, dass die subjektive Lebensqualität eine wichtige Determinante im Prozess der Planung und Steuerung des Gesundheitssystems bilden wird (Straub 1993; Sutherland & Till 1993).

Es liegen Hinweise vor, dass die Lebensqualität ein aussagekräftiger Faktor für den Verlauf einer Krankheit sein kann. Daher sollte dieses Bewusstsein auch in der Krankenversorgung entsprechend umgesetzt werden (Spiegel et al., 1989).

Seit ein paar Jahren wird dem Begriff der Lebensqualität auch in der Medizin immer mehr Bedeutung beigemessen und zwar als „Health-Related Quality of Life (HRQOL)“. Es handelt sich dabei um die gesundheitsbezogene Lebensqualität, mit der sich die Forschung auch bisher schwerpunktmäßig auseinandergesetzt hat. In der Medizin hat sich sehr rasch der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingebürgert, da in der Medizin speziell gesundheitsbezogene Aspekte des menschlichen Erlebens und Verhaltens repräsentiert werden sollen (Patrick & Erikson, 1993).

Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität handelt es sich um ein zunehmend bedeutendes Evaluationskriterium in der Medizin und ein zentrales psychologisches Forschungsthema (vgl. Bullinger, 1997, 2000, 2002; Gimmler, Lenk & Aumüller, 2002; Kind, 2001; Schölmerich & Thews, 1990).

Wichtige medizinische Fachgebiete in denen die gesundheitsbezogene Lebensqualität thematisiert wird sind die Onkologie (vgl. Krischke, 1996; Küchler & Bullinger, 2000; Levy, Jasmin & Bez, 1997; Schwarz, Bernhard, Flechtner, Küchler & Hürny, 1991, 1995), die Kardiologie (vgl. Bullinger, Ludwig & v. Steinbüchel, 1991; Coyne, Davis, Frech & Hill, 2002; Kaplan, 1988; Rose, 2000; Schandry, 1993), die Chirurgie (vgl. Eypasch, 2000; Troidl, 1989; Willner & Rodewald, 1990) und die Psychiatrie (vgl. Karow & Naber, 2000; Katschnig, Freeman & Sartorius, 1997; Katschnig & König, 1994; Lauer, 1993).

Häufig untersucht werden Aspekte der Lebensqualität auch bei Diabetes (vgl. Bott, 2000; Mühlhauser, 2000), Asthma (vgl. Petermann & Bergmann, 1994), AIDS (vgl. Levy et al., 1997; Limm, Loher & Goebel, 2000), Epilepsie (Bishop, Berven, Hermann & Chang, 2002; Heel & v. Steinbüchel, 2000; Trimble & Dodson, 1994), chronischen Schmerzen (vgl. Gerbershagen, 1995; Hunfeld et al., 2001; Dworkin, Nagasako, Hetzel & Farrar, 2001), Organtransplantationen (vgl. Keown, 2001), Niereninsuffizienz und Dialyse (vgl. Parson & Harris, 1997; Salek, 1996), Demenzerkrankungen (vgl. Albert & Logsdon, 2000; Mack & Whitehouse, 2001; Rabins & Kasper, 1997) sowie körperlichen und geistigen Behinderungen (vgl. Goode, 1994) untersucht.

Neben der Medizin und Gesundheitsökonomie wurde das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den letzten Jahren auch in der Medizinischen Psychologie und Soziologie (vgl. Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberer, 2000), der Verhaltensmedizin (vg. Dimsdale & Baum, 1995), der Gesundheitspsychologie (vgl. Fitzpatrick, 2000; Renwick, Brown & Nagler, 1996; Weinman, 1994), der Rehabilitationsforschung (vgl. Renwick et al., 1996), der Psychotherapieforschung (vg. Lauer, 1998), der Gerontologie (vgl. Abeles, Gift & Ory, 1994; Michalos, Hubley, Zumbo & Hemingway, 2001) und in der Public-Health-Forschung (vgl. Ebrahim, 1995; Gellert, 1993) thematisiert.

Was aber ist unter Lebensqualität zu verstehen? Diese Frage und damit verbundene Probleme müssen zunächst geklärt werden.

2.2.3 Definition und Komponenten der Lebensqualität

Eine der größten Herausforderungen in der Lebensqualitätsforschung ist eine übereinstimmende Definition von Lebensqualität. Obwohl sich inzwischen ein gewisser Konsensus über wesentliche Bestimmungsstücke einer Definition herausgebildet hat, liegt eine allgemein anerkannte Begriffsbestimmung der Lebensqualität bislang nicht vor (Hasford, 1991; Fayer & Machin, 2000). Nach Fayer & Machin (2000) liegt der Grund darin, dass Lebensqualität für verschiedene Menschen Verschiedenes bedeutet.

So argumentieren Fayer & Machin (2000): „In the absence of any universally accepted definition, some investigators argue that most people, in the western world at least, are familiar in the expressions ‘quality of life’ and have an intuitive understanding of what it comprises.” (Fayer & Machin, 2000, S. 3).

Die Lebensqualität ist, wie auch die verschiedenen Körperbegriffe, durch verschiedene Definitionen geprägt, die wiederum das Messen und die Validierung erschweren (Guggenmoos-Holzmann et al., 1995).

Nach Tüchler & Lutz (1991) befindet sich die Behandlung des Themas Lebensqualität in mehrfacher Hinsicht im Stadium der Forschung. Es ist sowohl für den, der selbst Lebensqualitätsforschung betreiben will, als auch für den, der Interesse an den Ergebnissen hat wichtig, sich eine Vorstellung von den dabei auftretenden Fragen machen zu können.

Gill & Feinstein (1994) vermuten, dass möglicherweise der Hauptfehler darin liegt, dass Lebensqualität eine Gemütsverfassung bzw. Seelenzustand und nicht ein Gesundheitszustand ist. Einzelne Personen bewerten ihre Lebensqualität als reflektierende Gefühle des Wohlbefindens und anderen subjektiven Reaktionen ihres Gesundheitszustandes und vielen anderen nicht-medizinischen Lebensfunktionen. Diese Funktionen können familiäre Beziehungen, soziale und berufliche Aktivitäten, Spiritualität, Kreativität, wirtschaftliche Sicherheit, Belastbarkeit, Hoffnungen, Misserfolge bzw. Enttäuschungen, Ängste, Freuden und Schmerz bzw. Kummer

beinhalten. Diese Funktionen menschlichen Daseins empfinden möglicherweise bestimmte Patient(inn)en als exzellente Lebensqualität trotz bedeutender körperlicher Unfähigkeit. Umgekehrt haben andere Patient(inn)en möglicherweise eine schlechte Lebensqualität trotz exzellentem Gesundheitszustand. Infolgedessen kann Lebensqualität nicht angemessen mit bestimmten Indexes oder anderen Messgrößen, die sich auf den Gesundheitsstatus konzentrieren, beurteilt werden. Der zweite Fehler ist die Lebensqualität als Rating in einem Index auszudrücken, dessen Komponenten festgelegt bzw. gewichtet sind durch Meinungen und Entscheidungen verschiedenster Experten. Das Problem dabei ist, dass das Wohlbefinden von Patient(inn)en nur vom den Patient(inn)en selbst ausgedrückt werden kann oder vielleicht von der Familie oder Freunden, die die Patient(inn)en gut genug kennen. Der eigene Glaube der Patient(inn)en in Bezug auf deren Gesundheitszustand kann nicht von Expertenratings angemessen abgebildet werden (Feinstein, 1995).

Es wird vermutet, dass möglicherweise jeder von uns Bestrebungen hat zu definieren, was man als „perfektes Leben“ beurteilt (George, 1997). Innerhalb der „Palliative Care“ und „Care of the Dying“ bei Krebs und Aids sind nach George (1997) drei breitere Kategorien von Bedeutung:

- (1) Bezieht sich auf das Körperliche/Äußerliche: z. B. Ziele bei körperlichen Aktivitäten
- (2) Dinge die sich auf die Emotionen und Psyche beziehen: z. B. Natur und Qualität unserer Beziehungen mit Familie, Partner, Freunden
- (3) Existentielle oder spirituelle Domäne: z. B. Eindrücke unserer Wahrnehmung der Welt und wie wir uns anpassen

Diese drei Bereiche interagieren miteinander. Für sterbende Menschen ist diese globale Wahrnehmung wesentlich und jede Domäne beeinflusst möglicherweise signifikant die Lebensqualität und einen friedlichen Tod.

Die Lebensqualität ergibt sich daraus, bis zu welchem Grad diese Bestrebungen erfüllt werden – sie sind deshalb eine Funktion der spirituellen/existentiellen und emotionalen Gesundheit und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Lebensqualität

ist eine Funktion der „aspiration-achievement gap“ (d. h. Kluft zwischen Bestreben und Erfolg). Je schmaler diese Kluft, desto besser ist die Lebensqualität.

Fransen (1997) behauptet, dass Lebensqualität ein Gleichgewicht zwischen verschiedenen Elementen darstellt (Abb. 1). Individuen und Gemeinschaften schließen innerhalb dieser Elemente Kompromisse, die Wohlbefinden erzeugen.

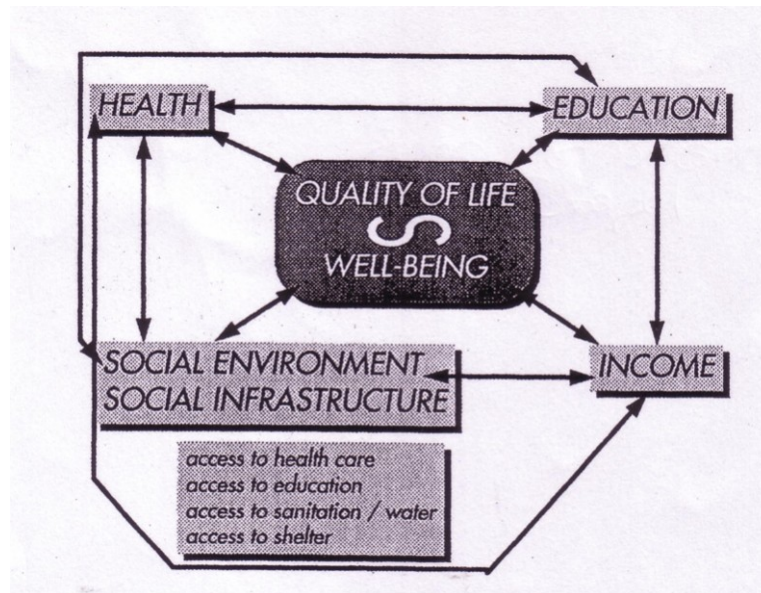


Abb. 1: Bestimmende Elemente der Lebensqualität nach Fransen (1997)

Angesichts der Verbreitung dieses Konzepts und der unüberschaubaren Vielzahl von Definitionen versteht es sich von selbst, dass es sich um eine selektive Auswahl von Definitionen handelt.

Die grundlegende Übereinstimmung über verschiedenste Definitionen der Lebensqualität stammt hauptsächlich von der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Anordnung von 1948. Dort sind die wesentlichen Determinanten von Lebensqualität in der Definition des Begriffs Gesundheit enthalten. Die Definition besagt, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern „a state of complete physical, mental and social well-being“ (WHO, 1948). Dies war eines der ersten Statements, welches die Funktionsfähigkeit, die krankheits- und behandlungsbedingten Symptome, das psychische Befinden sowie das Maß der sozialen Beziehungen als wesentliche

Determinanten und zum Teil zugleich als Bestandteil der Lebensqualität ansah (Hasford, 1991; Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberer, 2000; Fayer & Machin, 2000).

„Die Arbeitsgruppe Lebensqualität der WHO definiert Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Es handelt sich um ein Arbeitskonzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit, den psychologischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen und den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“ (WHOQOL-Gruppe 1995; in Ravens-Sieberer & Cieza 2000, S. 15).

Die gesamte Lebenssituation und die kulturellen Besonderheiten der betroffenen Menschen werden in der Lebensqualitätsdefinition der WHO in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.

Lebensqualität ist als relevantes Beschreibungs- und Zielkriterium klinisch-medizinischer Studien zu sehen (Bullinger & Hasford, 1991).

QOL is a multidimensional construct composed of functional, physical, emotional, social and (newly introduced) spiritual well being (Brady et al., 1999; Peterman et al., 2002).

Nach einer multidimensionalen Perspektive nach Aaronson, Bullinger & Ahmedsai (1988) ist Lebensqualität ein Begriff, welcher sich aus der Summe von einander in Beziehung stehenden Dimensionen erklärt.

Die Lebensqualität wird durch materielle Lebensumstände, durch zwischenmenschliche Beziehungen, berufliche Möglichkeiten oder Einschränkungen und durch Freiheit oder Unfreiheit bestimmt (Pflanz, 1990).

Küchler (1995) versteht Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt, das die subjektive Bewertung von psychologischen, körperlichen und sozialen Erfahrungen in Bezug auf einen definierten Zeitrahmen beinhaltet. Diese Definition reflektiert die

übereinstimmende Meinung in der Literatur was die Lebensqualität ausmacht, nämlich:

1. körperliche Dimension: hebt körperliches Funktionieren und körperliche Symptome bzw. Schmerzen hervor
2. soziale Dimension: hebt soziale Integration/Netzwerke und Rollenverhalten hervor und enthält Bereiche wie Familie, soziale Unterstützung, Arzt-Patient(inn)en-Beziehung, finanzielle Belastungen, Arbeitsfähigkeit und allgemeine Lebensverhältnisse
3. psychische Dimension: betont den emotionalen Zustand wie Angst, Depression und subjektives Wohlbefinden

Über diese globalen Dimensionen hinaus gibt es nach Küchler (1995) andere Bereiche, die die Lebensqualität beeinflussen können. Das sind z. B. Sexualität, kulturspezifische Phänomene und Spiritualität.

Bullinger und Pöppel (1988) definieren Lebensqualität folgendermaßen: „Lebensqualität bezieht sich auf die emotionalen, funktionalen, sozialen und psychischen Aspekte menschlicher Existenz. Lebensqualität ist allerdings nicht direkt beobachtbar, sondern nur erschließbar aus verschiedenen Komponenten. Bullinger (1996) fügt hinzu, dass es sich bei Lebensqualität um ein psychologisches Konstrukt aus verschiedenen Komponenten handelt, das Patient(inn)en aus ihrer eigenen Sicht beschreiben. Diese Komponenten der Lebensqualität umfassen im Wesentlichen:

- psychisches Befinden der Patient(inn)en wie z. B. Ausgeglichenheit, Abwesenheit von Depression, Ängstlichkeit, Reizbarkeit
- Funktionale Kompetenz, d. h. die Fähigkeit, im Alltag anfallenden Rollenanforderungen gerecht zu werden (wie z. B. Konzentration, Leistungsfähigkeit)
- Soziale Beziehungen: Art und Anzahl sozialer Kontakte zu Familie, Freunden und Bekannten inklusive gemeinsamer Aktivitäten
- Körperliche Verfassung der Patient(inn)en wie z. B. körperliche Beschwerden, Mobilität, funktionale Ausdauer, Energie

Auf Ebene der individuellen Lebensqualität sind diese vier Dimensionen nach Fitzpatrick & Albrecht (1994) in vier Forschungszusammenhänge einzubetten:

- zur Planung der medizinischen Versorgung einzelner Patient(inn)en
- zur Ressourcenverteilung
- zur Bewertung der Gesundheitsbedürfnisse einzelner Populationen
- als Ergebnis von klinischer Forschung und Evaluationen des Gesundheitssystems

Diese Unterscheidung beeinflusst finanzielle und politische Entscheidungen in Bezug auf das gesamte Gesundheitssystem oder in Bezug auf einzelne Populationen gesunder oder erkrankter Personen als auch die Behandlungsbedingungen einzelner Patient(inn)en.

Betrachten wir die minimalen Kriterien des Lebensqualitätsmodells (z. B. körperliche, soziale und psychische Dimension), so zeigt sich, dass die Wahrnehmung und Definition, was zur Lebensqualität beiträgt, höchst individuell ist. Das zeigt sich auch darin, dass die Kriterien für Lebensqualität auch von Patientengruppe zu Patientengruppe sehr variieren. Generell ist ein deutlicher Trend dahingehend erkennbar, Lebensqualität verstärkt als ein individuumsbezogenes Konzept aufzufassen, wie auch die Definition von Cohen & Lazarus (1973) zeigt. Diese Definition besagt, dass sich eine hohe Lebensqualität aus sich für jeden Menschen höchst individuellen kognitiven und emotionellen Bewertungs- und Anpassungsprozessen, Bedürfnissen und Lebensplänen konstituiert (Cohen & Lazarus, 1973).

Williams (1983) unterscheidet vier Dimensionen der Lebensqualität:

- Körperliche Beweglichkeit
- Abwesenheit von Schmerzen und Leid
- Leistungsfähigkeit und self-care
- Fähigkeit für soziale Interaktionen

Bedjaoui (1997) führt an, dass Lebensqualität hauptsächlich ein persönliches Problem bleibt. Lebensqualität hängt ab von einem

- persönlichen Faktor: hängt vom Individuen ab
- Zeitfaktor: hängt ab von der Lebenserwartung

- finanzielle Hilfsmittel und Möglichkeiten
- religiöse Faktoren: z. B. einige Religionen sind fatalistischer bzw. resignierender als andere.
- Faktor Alter: in jedem Alter setzt man andere Prioritäten
- die Art wie man den Übergang vom aktiven Leben zum Ruhestand bewältigt

Der Begriff Lebensqualität umfasst nach Gaul (1999) drei Merkmale:

- Lebensqualität ist mehrdimensional: zum Unterschied von eindimensionalen Begriffen wie Wirtschaftswachstum oder Inflationsrate umfasst die Lebensqualität auch Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Gesundheit, Bildung, Zustand der Umwelt, etc.
- Lebensqualität hat eine objektive und eine subjektive Dimension (diese müssen nicht unbedingt deckungsgleich sein): eine kollektiv gute Lebensqualität und eine damit konforme subjektiv ebenfalls als gut erlebte Lebensqualität werden als „well-being“ bezeichnet; eine schlechte subjektive Lebensqualität mit einem objektiv auch im Kollektiv schlechten Umfeld wird als Deprivation bezeichnet; die subjektiv als gut erlebte Lebensqualität in einem objektiv qualitativ schlechten Umfeld wird als Adaption bezeichnet und das Gegenteil bezeichnet man als Dissonanz. Es gilt dabei als erwiesen, dass der Zusammenhang zwischen subjektiven Wohlbefinden und objektiven Lebensbedingungen nur sehr schwach ist. Die subjektiv erlebte Lebensqualität ist demnach ein eigenständiger Begriff. Darunter fallen auch sozialwissenschaftlich verwendete Termini wie Zufriedenheit und Glück. Beeinflusst werden diese Begriffe von individuellen Problemen, Sorgen und Wünschen und sind daher sehr schwer zu definieren.
- Lebensqualität hat eine gesellschaftspolitische Dimension: im sozialpolitischen Sinn wird Lebensqualität aufgrund von Merkmalen wie Freiheit des Einzelnen, Sicherheit, Altersvorsorge und Verteilungsgerechtigkeit definiert. Hierher gehört auch der ökonomische Begriff des qualitativen Wachstums in Ergänzung oder im Gegensatz zum Nullwachstum einer Gesellschaft, um vom reinen Denken des Wirtschaftswachstums wegzukommen.

Calman (1987) beschreibt verschiedene Dimensionen der Lebensqualität:

- 1) Dimensions related to Physical Problems:
 - a. Physical Dimension
 - b. Toxicity Dimension
 - c. Body Image
 - d. Mobility Dimension
- 2) Dimensions related to Psychological, Social and Spiritual Factors:
 - a. Psychological Dimension
 - b. Interpersonal Dimension
 - c. Financial Dimension
 - d. Spiritual Dimension
 - e. Happiness Dimension
- 3) Wider Dimensions:
 - a. Individual Dimension
 - b. Cultural Dimension
 - c. Political Dimension
 - d. Philosophical Dimension
 - e. Time Dimension

Diese drei Dimensionen können mit ihren Subdimensionen die Basis für klinisch relevante psychologische Untersuchungen sein.

In den letzten beiden Jahrzehnten ist eine Tendenz dahingehend zu erkennen, Lebensqualität als individuumsbezogenes Konzept aufzufassen (vgl. Fuhrer, 2000; Joyce, McGee & O'Boyle, 1999).

Die Sichtweise der Vertreter einer individualisierten Definition von Lebensqualität liegt somit darin, Lebensqualität als individuelle Größe aufzufassen. Diese individuelle Größe kann prinzipiell nicht zwischen verschiedenen Personen verglichen werden, weil sie von Person zu Person in ihren relevanten Dimensionen variiert (vgl. Carr, Gibson & Robinson, 2001; Carr & Higginson, 2001; Joyce et al., 1999). Lebensqualität ist nach diesem Ansatz daher nur intraindividuell beschreibbar. Nur durch eine Definition von Lebensqualität, welche die Differenz zwischen den

angestrebten individuellen Zielen als Richtgröße und deren erfahrenen Realisierung erfasst, ist eine Verallgemeinerung über Personen hinweg möglich. Der Differenzwert zwischen Soll und Ist des individuellen Gesundheitszustandes muss deshalb bei der Operationalisierung der Lebensqualität berücksichtigt werden (vgl. Büchi, 2001). Innerhalb eines Krankheitsverlaufs kann es besonders bei körperlich schwer erkrankten Patient(inn)en immer wieder zu Adaptionsprozessen kommen, die die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes beeinflussen. Solchen dynamischen Veränderungen, sog. „response shift“, sollte in individuellen Bewertungssituationen verstärkte Aufmerksamkeit beigemessen werden (vgl. Sprangers & Schwarz).

„Mit dem Begriff Lebensqualität meinen wir die subjektive Bedeutung der aktuellen Lebensumstände für den einzelnen Kranken.“ (Köhle & Dirhold, 1990, S. 169).

Menschliche Bedürfnisse und Bewertungsprozesse verändern sich über die Zeit (Maslow, 1954; Gasiet, 1981). Demzufolge verändert sich bzw. variiert auch die subjektive Einschätzung der Lebensqualität über die Zeit. Bei der Beurteilung der Lebensqualität handelt es sich daher um ein komplexes System unterschiedlicher Aspekte und Prozesse. Dieses komplexe System umfasst in der Grobstruktur einen situativen Kontext (vgl. z. B. Lazarus, 1974) bestehend aus momentanen individuellen Lebensbedingungen und einem persönlichkeitsabhängigen Kontext (vgl. z. B. Moos, 1974). Der „situative Kontext“ beinhaltet von außen gegebene Möglichkeiten und Bedingungen der Bedürfnisbefriedigung. Das sind zeitlich variante, individuelle Lebensumstände wie aktueller Gesundheitszustand und Umweltbedingungen. Der „persönlichkeitsbezogene Kontext“ beinhaltet individuelle Fähigkeiten zur Bedürfnisbefriedigung, die auf einer persönlichen Entwicklungs- bzw. Lerngeschichte und auf somatisch-dispositionellen Faktoren basieren. Unter Berücksichtigung beider Aspekte kommt es nach einigen Anpassungs-, Gewichtungs- und Bewertungsprozessen zu einer sich zeitlich unterschiedlich schnell ergebenden Formulierung und Neuformulierung von Lebensplänen und Bedürfnissen. Der situative Kontext und der persönlichkeitsbezogene Kontext sind wechselseitig miteinander verbunden. Auf der Basis des situativen und persönlichkeitsabhängigen Kontextes bilden sich zeitlich sehr stabile Bewertungen

als Grundebene und darauf aufbauend Bewertungen, deren Variabilität über die Zeit mit der Stabilität der Bewertung abnimmt (Kramer & Kerekjarto, 1991).

Lebensqualität wird bestimmt durch

- das Ausmaß, in welchem Hoffnungen und Bestrebungen an Erfahrungen angepasst werden (Calman, 1984)
- individuelle Wahrnehmungen der Lebenssituation im Kontext der Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf Ziele, Erwartungen, Standards und Angelegenheiten (WHOQOL Group, 1994)
- die Einschätzung des tatsächlichen Zustandes im Vergleich zum gewünschten Zustand (Cella & Tulsky, 1990)
- Sachen, die Menschen in ihrem Leben als wichtig ansehen (Bowling, 1995)

Die Begriffsverwirrung und die zum Teil uneindeutigen wissenschaftlichen Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, sehr präzise zu erläutern, was konkret gemeint ist.

2.2.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Seit Beginn der 80er Jahre werden in die medizinische Forschung und Praxis – zunächst im angloamerikanischen Raum – zunehmend Selbsteinschätzungen der Patient(inn)en zu ihrem Gesundheitszustand als Evaluationskriterien einbezogen (Zwingmann, 2004). Als Oberbegriff für diese „subjektiven“ Indikatoren der Gesundheit hat sich in der Medizin und den angrenzenden Gesundheits- und Pflegewissenschaften die Bezeichnung „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (engl.: health related quality of life) eingebürgert (Bullinger, 1997; Bullinger, 2002; Kind, 2001).

Der Begriff der Lebensqualität entwickelte sich in der Gesundheit bzw. in Bezug auf Patient(inn)en erst viel später (Fayer & Machin, 2000). Nach Najman & Levin (1981) wurde der Begriff Lebensqualität in der Medizin erst Anfang der 80er Jahre eingeführt.

Ein zunehmendes wissenschaftliches Interesse an Lebensqualität, insbesondere an gesundheitsbezogener Lebensqualität als therapeutischer Zielparame-ter, zeigte sich

besonders Anfang der 90er Jahre. Grund dafür waren vermehrte empirische Hinweise, dass psychosoziale Faktoren einen starken Einfluss auf die physische Gesundheit ausüben (Rubin & Peyrot, 1999).

Auch wenn keine allgemein verbindliche Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität existiert und sich die Abgrenzung zu verwandten psychologischen und sozialwissenschaftlichen Konzepten wie „subjektives Wohlbefinden“ (engl.: subjective well-being) oder „Lebenszufriedenheit“ (engl.: life satisfaction) als schwierig erweist (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003), besteht doch Konsens dahingehend, dass operationale Definitionsansätze sinnvoll sind (Bullinger, 1997). Diese betrachten die gesundheitsbezogene Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt, das verschiedene Komponenten der Gesundheit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet (Bullinger, 2002; Spilker, 1996). Am häufigsten werden physische, psychische, soziale und funktionale Aspekte in operationalen Definitionen genannt bzw. in mehrdimensionalen Assessmentinstrumenten berücksichtigt (Cella & Tulsy, 1993; Patrick & Bergner, 1990).

Subjektiv erlebtes bzw. geäußertes Befinden und selbst eingeschätztes Handlungsvermögen werden mehr und mehr zu wichtigen Gesichtspunkten der Kommunikation zwischen dem/der Mediziner/Medizinerin und dem/der zu Behandelnden (Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberer, 2000). In diesem Zusammenhang hat sich der Terminus der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etabliert.

Obwohl Steinmeyer, Pukrop, Czernik und Saß (1996) schon mit geringem Suchaufwand auf über hundert Instrumente treffen, die vorgeben Lebensqualität zu messen, und Bullinger (1998) bei einer damals aktuellen Literatursuche bereits auf über 2000 Artikeln zum Thema stieß, konnte in Bezug auf eine Definition des Begriffes bisher noch kein Konsens erzielt werden. Es besteht daher noch keine allgemein verbindliche Definition des Begriffes „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“. Dennoch ist man sich darüber einig, dass eine operationale Definition sinnvoll erscheint (Schumacher, Klaiber & Brähler, 2003).

Die Beifügung „gesundheitsbezogen“ soll nach Lorenz (1996) zeigen, dass Aspekte der Lebensqualität erfasst werden, die mit der Gesundheit oder Krankheit der Befragten in Zusammenhang stehen. Bei PatientInnen sollte nach Koller & Lorenz (2002) besser von „krankheitsbezogener“ Lebensqualität gesprochen werden. Der Begriff „health-related quality of life“ (HRQL) bezieht sich im Allgemeinen auf bedeutende Aspekte des Lebens von Menschen, die sich direkt auf ihre Gesundheit oder auf ihre ärztliche Behandlung beziehen bzw. diese beeinflussen (Patrick et al., 1990; Ware, 1987; Bergner, 1989; Cleary et al., 1991; Stewart, 1992; zitiert nach Cleary, 1997). HRQL bezieht sich auf ein allgemeineres Konzept von Lebensqualität, ist aber weniger umfassend (Andrews et al., 1976; Burt et al., 1978; Patrick et al., 1988; zitiert nach Cleary, 1997). Viele Konzeptualisierungen der HRQL beinhalten die Dimensionen Symptome, körperliche und soziale Funktionsfähigkeit, Rollenfunktion, mentale Gesundheit und allgemeines Gesundheitsempfinden (Ware, 1987; Ware et al., 1981; Jette et al., 1986; zitiert nach Cleary, 1997) mit wichtigen Konzepten wie Vitalität (Energie, Müdigkeit), Schmerzen und Kognitive Funktionsfähigkeit, die den Dimensionen zugeordnet werden (Ware, 1987; Fries, 199; zitiert nach Cleary, 1997). In Studien mit PatientInnen, die an Aids bzw. Krebs erkrankt sind, erwartet man Auswirkungen klinischer Behandlungen auf diese Aspekte der HRQL.

Als Orientierungshilfe schlägt Katschnig (1994, S. 2) die Bedürfnispyramide von Maslow vor.



Abb. 2: Die Bedürfnispyramide nach Maslow (1971)

Katschnig (1994) hält es jedoch für angebracht, die Bedürfnisse des Menschen mehrdimensional zu betrachten.

Lebensqualität ist nach Schumacher et al. (2003) ein mehrdimensionales Konzept mit physiologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen. In dieses Konzept gehen subjektive Bewertung (Lebenszufriedenheit) aber auch Messungen, Kriterien der Leistungs- und Genussfähigkeit sowie soziale Anpassung des bzw. der Kranken mit ein.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, soziale, mentale, emotionale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich somit auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit (vgl. Bullinger, 1991, 2000, 2002; Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000b; Filipp & Ferring, 1991; Spilker, 1996b).

Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt somit ein latentes Konstrukt dar, das nur indirekt über verschiedene Indikatoren ermittelt werden kann.

Nach Bullinger (2000) wurde mit der Einführung dieses Terminus der Versuch unternommen, die Lebensqualität in klinischen Studien und im Arzt/Ärztin-Patient/Patientinnen Gespräch miteinzubeziehen und sie auch erfassbar bzw. messbar zu machen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst neben der allgemeinen Lebensqualität jene Bereiche, die spezifisch für die jeweilige Krankheit sind (Pucher, 1994; Spitzer, 1995).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird für Verlaufskontrollen von Krankheiten, zur besseren Graduierung des Schweregrades einer Erkrankung und zur Beurteilung von Therapien herangezogen (Gaul, 1999).

Bullinger (1991) erwähnt verschiedene Definitionen von Lebensqualität. Die erste Definition wird nach Bullinger häufig in der Klinik verwendet. Sie besagt, dass

Lebensqualität dann hoch ist, wenn eine Person unter der Behandlung die geringst möglichen Beeinträchtigungen und Behinderungen erfährt. Diese an der klinischen Norm gemessene Norm zeigt auf, dass nur jene Dinge gemessen werden sollten, welche medizinisch veränderbar sind.

Obwohl die klinische Norm bedeutsam ist, besteht das Leben der Patient(inn)en aus gesundheitlicher Sicht nicht nur aus der körperlichen Verfassung und aus der Leistungsfähigkeit. Es besteht auch aus dem psychischen Befinden, der Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeitsfeld, Haushalt, Freizeit, vor allem auch aus der Anzahl und Qualität der Beziehungen zu anderen Menschen (Bullinger, 1991).

Dies besagt auch die nächste Definition von Bullinger (1991), sodass Lebensqualität dann hoch ist, wenn eine Person ihren sozialen Rollen entsprechend funktioniert und daraus Befriedigung schöpft.

Eine noch andere Definition geht nach Bullinger (1991) davon aus, dass die Lebensqualität nicht messbar ist. Man kann nur von Lebensqualität sprechen, wenn Hoffnungen und Erwartungen einer Person ihrer Erfahrung nach erfüllt werden.

Nach Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberer (2000) wird im Gegensatz zum allgemeinen Terminus der Lebensqualität der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung überall dort gebraucht, wo bedeutsame Aspekte des Befindens und Handlungsvermögens von Individuen Beachtung finden, welche unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden bzw. chronisch krank sind.

Nach Brenner (1995) tragen folgende Elemente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität einer Person bei:

- (1) Klinische Zeichen bzw. Symptome
- (2) Klinische Symptome (inklusive Schmerzen)
- (3) Diagnosespezifisches Funktionieren/Lebensumstellung
- (4) Durchführung von Aufgaben oder Aktivitäten des täglichen Lebens
- (5) Soziales Rollenverständnis
- (6) Emotionaler oder affektiver Zustand
- (7) Lebenszufriedenheit, Glück, Zufriedenheit

Die Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erweist sich als schwierig und wird nach Bullinger et al. (1991) und Bullinger (1997, zitiert nach Gaul, 1999) folgendermaßen versucht zu definieren:

1. Individualzentriert: wird durch das individuelle Erleben definiert, beispielsweise als Differenz zwischen angestrebten Zielen und erfahrener Verwirklichung.
2. Interindividuell: für verschiedene Personen sind bestimmte Dimensionen wünschenswert bzw. anstrebbare, wie z. B. körperliches, psychisches, soziales und funktionales Wohlergehen.
3. Lebensqualität als implizites Konstrukt: weder intra- noch interindividuelle Kriterien sind für Lebensqualität maßgebend, sondern Patientenpräferenzen wie z. B. das Wiedererlangen einer definierten Belastbarkeit nach einer Herztransplantation werden gemessen (Bullinger et al., 1991).

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lässt sich nach Patrick & Erickson (1988) in vier inhaltliche Bereiche untergliedern:

1. krankheitsbedingte körperliche Beschwerden: werden von vielen Patientinnen)en als primäre Ursache für Einschränkungen der Lebensqualität betrachtet
2. psychische Verfassung: emotionale Befindlichkeit, allgemeines Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit
3. erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen: in alltäglichen Lebensbereichen wie z. B. Beruf, Freizeit, Haushalt
4. die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, sozialer Interaktionen und erkrankungsbedingter Beeinträchtigungen in diesem Bereich

Patrick & Erickson modifizieren 1993 diese Definition folgendermaßen: „Health-related quality of life is the value assigned to the duration of life as modified by the impairments, functional states, perceptions, and social opportunities, that are influenced by disease, injury, treatment, or policy.” (p. 22)

Diese Definition sieht eine Einbeziehung aller geschätzten lebensumfassenden Faktoren inklusive kognitiver Funktionen, körperlicher Zustand, emotionaler Zustand und alle sozialen Rollen wie z. B. die Rolle in der Familie, bei Freunden usw. als auch die individuelle Zufriedenheit mit diesen Rollen vor.

Ein weiteres Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität berücksichtigt dieses als breiteres Konstrukt als den Gesundheitsstatus. Calman (1984) definiert es als Unterschied bzw. Lücke zwischen den Erwartungen der Patient(inn)en und der tatsächlichen Erfüllung der Erwartungen.

Levine (1995) versucht das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität zu vertiefen.

- (1) Biologische, physiologische oder klinische Messungen sind entscheidend, aber nicht ausreichend um Informationen über die gesundheitsbezogene Lebensqualität einer Person zu erhalten
- (2) Man braucht Informationen von dem Individuum, dessen Gesundheitszustand man versucht zu verstehen
- (3) Die Zufriedenheit einer Person mit ihrem Gesundheitszustand oder Lebensqualität wird stark von Erwartungen und Vergleichen beeinflusst
- (4) Rollenerfüllung ist eine entscheidende Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- (5) Rollenerfüllung ist eine stark variierende Dimension, die genaue Messungen erfordert für das spezifische soziale und kulturelle Setting in dem das Individuum lebt
- (6) Der soziale und kulturelle Kontext in dem die Person lebt, sind entscheidende Determinanten für die Bedeutung von Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität
- (7) Die Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität legen ihren Fokus hauptsächlich auf die Auswirkungen von Interventionen im Bereich der Gesundheit
- (8) Wenn man die Beziehung zwischen sozialen Determinanten und gesundheitsbezogener Lebensqualität berücksichtigt, sollte man das Verständnis für kausale Bahnen als auch ein breiteres Verständnis für gesundheitsbezogene Lebensqualität vertiefen.

Demzufolge ist ersichtlich, dass Lebensqualität ein Begriff ist, der in der Umgangssprache sehr häufig verwendet wird, aber aufgrund der subjektiven

Komponente und der zahlreichen Einflussgrößen noch keinen allgemein akzeptierten Teststandard hat.

Nach Holzemer & Wilson (1995) gibt es drei „general areas of agreement“:

- a) gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konzept
- b) die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist subjektiv (Aaronson et al., 1991)
- c) Forschungen im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sollten auf strengen konzeptuellen Modellen beruhen.

2.2.4 Lebensqualität als Konstrukt, Konzept und Modell

Aus vielen wissenschaftlichen Studien zur Lebensqualität ist bekannt, dass monokausale Erklärungsmuster bei der Veränderung der Lebensqualität bei chronisch Kranken unzulänglich sind (Bullinger, 1997).

In einigen Ansätzen werden die Parameter der Lebensqualität mit eher subjektiven Empfindungen (u. a. Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden) verbunden. In anderen Ansätzen bezieht sich die Lebensqualität eher auf objektive Einschränkungen (u. a. Schmerzen, längere Intervalle zwischen Krankheitsschüben) während andere wieder beides integrieren (Ravens-Sieberer, Cieza & Bullinger, 1998). Dies macht die unterschiedliche Herangehensweise deutlich.

Bei vielen Ansätzen zur Lebensqualität wird jedoch die persönliche Sichtweise der Betroffenen einbezogen. In welchem Ausmaß, hängt von der ausgewählten Definition ab.

Filipp & Ferring (1991) weisen darauf hin, dass es sich bei der Lebensqualität um ein „hypothetisches Konstrukt“ handelt, eine nicht direkt beobachtbare latente Variable, auf die man durch die beobachteten Faktoren indirekt schließen muss. Sie gehen davon aus, dass Lebensqualität ein Begriff ist, der individuell gefüllt werden muss.

Während physische Parameter größtenteils der Beobachtung und Überprüfung durch andere Personen potentiell zugänglich bzw. objektivierbar sind, stellt Lebensqualität ein Konstrukt dar, das sich der direkten Beobachtung weitgehend entzieht. Hierin

liegt das Hauptproblem als auch eine große Herausforderung in der Erfassung von Lebensqualität. Will man Informationen über die Lebensqualität von Patient(inn)en erhalten, bedarf es zunächst der Gegenstandsbestimmung dessen, was die Lebensqualität einer Person ausmacht (Aaronson, Bullinger & Ahmedsai, 1988; Calman, 1987).

Derzeit gibt es noch keine verbindliche Theorie zur Lebensqualität. In der Literatur existieren lediglich zahlreiche, recht unterschiedliche Definitionen des Konstrukts Lebensqualität. Nach Calman (1987) spiegeln diese Definitionen die Meinungen der jeweiligen Forscher, was Lebensqualität kennzeichnet, wider und stützen sich nicht auf empirische Grundlagenforschung zum Konstrukt Lebensqualität. Ob sich diese Einschätzung mit der Definition von Lebensqualität von Seiten der Patient(inn)en decken erscheint fraglich.

Sartorius (1993) ging im Rahmen einer Forschungsarbeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Identifizierung wesentlicher Dimensionen von Lebensqualität aus verschiedenen Kulturen nach. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass auf einem höheren Abstraktionsniveau sich die Menschen in ihrem Verständnis der Lebensqualität nicht sehr unterscheiden. Unabhängig vom Alter, dem Geschlecht und der Kultur scheint es bedeutungsvoll zu sein, sich körperlich wohl zu fühlen, sozial integriert zu sein, sich psychisch stabil zu fühlen, den Rollen des täglichen Lebens nachzugehen und dabei soziale Unterstützung zu erfahren und dies in einem materiell ökonomisch möglichst sicheren Rahmen. Die Ergebnisse dieser Homogenität in den Lebensqualitätsmessungen besagen nicht, dass es nicht in jedem Land bzw. Kulturraum verschiedenste Mittel zur Erreichung dieser idealtypischen Lebensqualität gibt.

Ziele der Lebensqualitätserfassung im klinischen Bereich können laut Bullinger (1991) die Beschreibung der Lebensqualität der Patient(inn)en, die Bewertung der Veränderung der Lebensqualität im Therapieverlauf, die Entscheidung über die Wahl bestimmter Behandlungsstrategien und der Versuch, die medizinische Betreuung zu verbessern, sein.

Die beiden Lebensqualitätskonzepte der empirischen Wohlfahrtsforschung „level-of-living-approach“ und „quality of life concept“ bilden die Pole eines breiten Spektrums. Wohlfahrt und Lebensqualität werden im Rahmen des „level-of-living-approach“ über ein Ressourcenkonzept definiert als „individuals command over, under given determinants mobilizable resources, with whose help he/she can control and consciously direct his/her living conditions“. (Erikson, 1993; S. 72ff). Die amerikanische „quality of life“-Forschung betont dagegen die Bedeutung subjektiver Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse für die Lebensqualität. „The quality of life must be in the eye of the beholder“ (Campbell, 1972, S. 442). Die empirischen Lebensqualitätsstudien waren primär auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität fokussiert: „Our concern was with the experience of life rather than with the conditions of life“ (Campbell, Converse & Rodgers, 1976, S. 7).

Die „Hamburg Working Group on Quality of Life in Surgery“ entwarf ein Begriffsmodell, das globale Bereiche der Lebensqualität enthält, die sich ein wenig über die Bereiche Gesundheit und Krankheit erstrecken (Küchler, 1995).

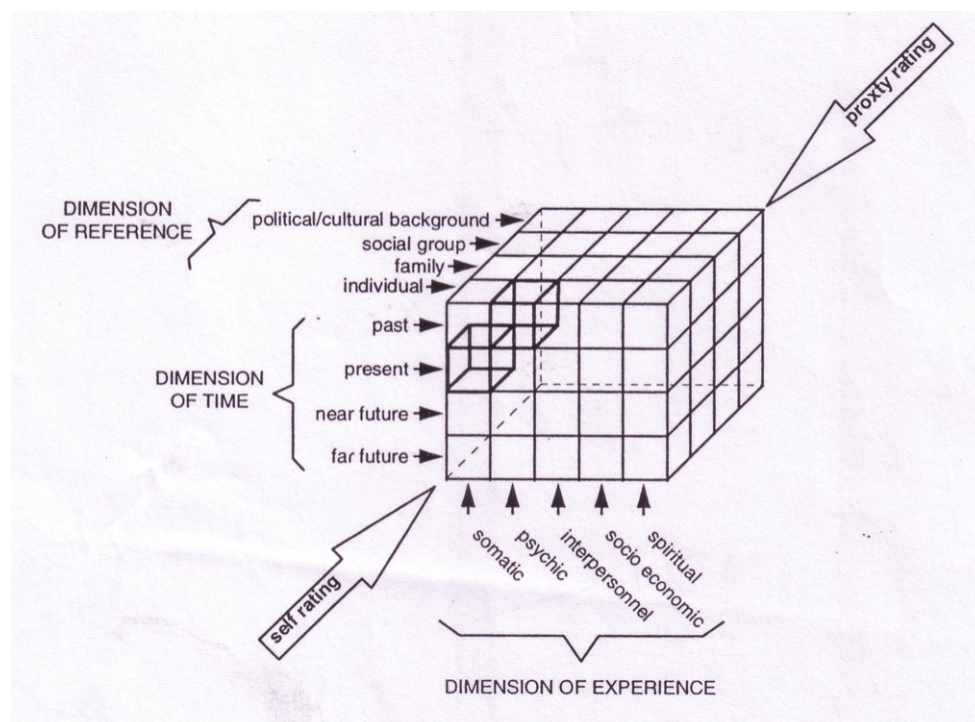


Abb. 3: Dimensionen der Lebensqualität nach Küchler (1995)

Wie man sehen kann, berücksichtigt dieses Modell drei allgemeine Dimensionen (Küchler, 1995):

1. Bezugsdimension: Diese Dimension bezieht sich auf die Situation der Patient(inn)en im Kontext der Familie und seiner oder ihrer sozialen Gruppe. Unterstützung dieser beiden Bereiche ist, wie bekannt ist, besonders wichtig. Der kulturelle und politische Rahmen hat Auswirkungen auf das Individuum als auch auf seine oder ihre Familie und den Lebensstil der sozialen Gruppe.
2. Zeitdimension: Die zweite Dimension repräsentiert den momentanen Zustand der Patient(inn)en und ist die Kombination sowohl von Lebenserfahrungen als auch von der Krankengeschichte. Es beeinflusst die Erwartungen der Patient(inn)en der nahen Zukunft und in geringerem Ausmaß der ferneren Zukunft.
3. Erfahrungsdimension/Erlebensdimension: Die dritte Dimension ist möglicherweise die wichtigste. Sie besteht aus religiösem Glauben (oder einem breiten Bereich von moralisch begründeten Überzeugungen, die möglicherweise als Ersatz der Religion agieren). Der sozioökonomische Bereich enthält Bereiche wie finanzielle Situation, Arbeitsbedingungen und Freizeitaktivitäten.

Der interpersonelle Bereich erfasst Beziehungen zu Verwandten und Freunden, persönliche Fertigkeiten in der Bildung von neuen Beziehungen, und Muster von Sozialkontakten. Der psychische Bereich beinhaltet z. B. Copingstrategien, der Umgang mit Emotionen, und Kommunikationsfähigkeiten sowohl für das Verständnis und das Ausdrücken von Bedürfnissen und auch die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Die Bewusstheit der Verfassung des Körpers ist eine Hauptkomponente der Erfahrungsdimension. Diese Komponente inkludiert die Anwesenheit von Symptomen, besonders Schmerzen, mentale Kapazität und (Leistungs-)Verhalten.

Jede Komponente dieser Dimensionen spielt eine Rolle in der Beurteilung der Lebensqualität der Patient(inn)en zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Das Modell strebt keine Definition an. Es soll für denjenigen, der Lebensqualität untersuchen will, eine Orientierung ermöglichen.

Wilson & Cleary (1995) entwarfen ein gesundheitsbezogenes Lebensqualitätsmodell mit sieben Dimensionen. Bei den Dimensionen handelt es sich um biologische und physiologische Variablen, Symptomstatus, funktionaler Status (functional status),

allgemeine gesundheitliche Wahrnehmung (general health perception) und allgemeine Lebensqualität. Das Modell vermutet, dass Charakteristika des Individuums und der Umwelt den Symptomstatus, den funktionalen Status, die allgemeine gesundheitliche Wahrnehmung und die allgemeine Lebensqualität beeinflussen.

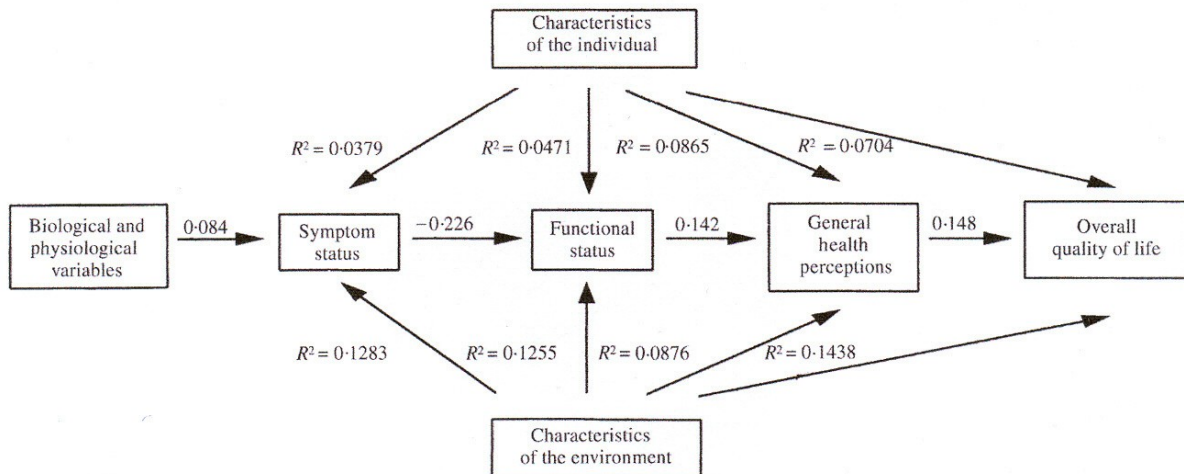


Abb. 4: Gesundheitsbezogenes Lebensqualitätsmodell nach Wilson & Cleary (1995)

Für eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patient(inn)en wäre es optimal, dessen Dimensionen zu identifizieren und ihre Beziehungen und Verknüpfungen untereinander zu bewerten.

2.2.5 Messung der Lebensqualität

Nach Carr & Higginson (2001) werden an der Klinik Lebensqualitätsmessungen durchgeführt, um

- eine Qualitätssicherung der klinischen Dienste zu gewährleisten
- sicher zu gehen, dass alle Therapiemaßnahmen mehr auf Patient(inn)en als auf die Krankheit ausgerichtet sind
- eine Kosten-Nutzen-Analyse durchführen zu können
- die Effektivität medizinischer Maßnahmen zu überprüfen
- die Versorgungsnotwendigkeit überprüfen zu können.

2.2.5.1 Ansätze zur Erfassung der Lebensqualität

Aufgabe der „Messung der Lebensqualität“ im wissenschaftlichen Kontext ist es, ein Therapieziel, das eine Verbesserung des subjektiven Befindens von Patient(inn)en beinhaltet, überprüfbar zu machen.

Es können verschiedene Ansätze zur Operationalisierung von Lebensqualität unterschieden werden:

Die allgemeine (globale) Lebensqualität kann nur in ihrer Gesamtheit erfasst werden und bietet Aussagen über die allgemeine Lebenssituation. Ein Beispiel stammt aus dem „Anamnestic Comparative Self Assessment for Measuring the Subjective Quality of Life of Cancer Patients“ (1983): „Wie ist Ihre aktuelle Lebensqualität im Vergleich zu Ihrer schönsten und schlimmsten Zeit im Leben?“ In diesem Ansatz werden keine Informationen darüber gewonnen, welche Bereiche für die Lebensqualität Bedeutung haben. Nach Leendecker et al. (1993) und Scholler et al. (1997) werden mit diesem Ansatz bei schweren Erkrankungen die größten Veränderungen durch eine Therapie erfasst (z. B. vor und nach einer Lebertransplantation).

Ein Ansatz ist die bereits in 2.2.3.1 erwähnte gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ein Vergleich zwischen verschiedenen Erkrankungen oder Therapien ist durch erkrankungsunspezifische Fragen möglich. Dieser Ansatz gibt Information über den allgemeinen Gesundheitszustand der Patient(inn)en und auch darüber, welche Dimensionen der Lebensqualität von der Erkrankung bzw. Therapie betroffen sind (vgl. z. B. Bullinger, 1997).

Der dritte Ansatz ist die erkrankungsbezogene Lebensqualität („Disease Related Quality of Life, DRQL“). Dieser Ansatz gibt Informationen über spezifische Belastungen bei spezifischen Erkrankungen, so dass eher Symptomlisten vorliegen als Fragebögen. Ein Vergleich zwischen verschiedenen Therapien ist dadurch möglich.

Utility Messungen in Form von Time-Trade-Off oder Standard-Gamble-Modelle (Revicki et al., 1993) geben Informationen über die Bedeutung einer spezifischen

Erkrankung für die allgemeine Lebenssituation. Die Patient(inn)en geben an, wieviel sie von der erwartenden Lebenszeit aufgeben würden, wenn sie vollständige Gesundheit erreichen könnten bzw. wie hoch das Risiko einer Therapie sein dürfte, um vollständige Heilung zu erreichen. Die Patient(inn)en geben an, welche Bedeutung die Erkrankung für sie hat und welchen Wert sie einem Lebensjahr zuschreiben.

2.2.5.2 Erfassung der Lebensqualität

Obwohl die theoretische Fundierung der Lebensqualitätsforschung nach wie vor als eher unbefriedigend bewertet werden muss, gibt es bereits eine Vielzahl an methodischen Arbeiten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Walker & Rosser, 1993; Spilker, 1996a). Wichtig zu beachten sind die erhebungsmethodischen Aspekte dahingehend, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein latentes Konstrukt darstellt, das nur indirekt über bestimmte Indikatoren (wie z. B. emotionale Befindlichkeit, Schmerzen und körperliche Beschwerden, körperliche Funktionen, soziale Interaktionen, kognitive Funktionen, Lebenszufriedenheit) operationalisiert werden kann und nicht direkt beobachtbar ist.

Nach Bullinger (2000) verändern sich fortwährend die Testbemühungen in der Lebensqualitätsforschung. Der Einsatz von Verfahren in klinischen Studien hat besonders in der Onkologie und Kardiologie begonnen (Bullinger, 1996). Bereits 1947 wurde eines der ersten Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität, die Karnofsky Performance Scale, entwickelt. Es handelte sich dabei um den Versuch, qualitative Aspekte des Lebens objektiv zu erfassen (Fayer & Machin, 2000; Sass, 1990).

Seit Mitte der 70er Jahre wurden viele Versuche unternommen, das ursprünglich aus dem Bereich der Sozialindikatorenforschung stammende Konzept der Lebensqualität als Kriterium für die Planung bzw. Evaluation medizinischer Maßnahmen anzuwenden (Spitzer, 1987; Katz 1987; Anderson et al., 1993). Gegenwärtig werden eine Vielzahl von Messinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität eingesetzt, die trotz einer Reihe von Gemeinsamkeiten keinen direkten Vergleich der jeweiligen

Ergebnisse erlauben, da die Gewichtungen der einzelnen Dimensionen von Lebensqualität stark voneinander abweichen (Anderson et al., 1993).

Von Bullinger (1991) werden drei Möglichkeiten zur Erhebung der Lebensqualität von Patient(inn)en aufgezeigt:

- (1) Klinische Beobachtung: Einschätzung des physischen Zustandes und weniger des psychischen Zustandes. Die Lebensqualität wird somit nicht erfasst. Bei kritischer Betrachtung handelt es sich hierbei um eine unzureichende Methode.
- (2) Durchführung von Patienteninterviews: Detailinformationen können erfragt werden. Diese Möglichkeit bietet sich vor allem bei älteren Patient(inn)en und bei Patient(inn)en mit visuellen Problemen an. Nachteile liegen im großen Personal- und Zeitaufwand.
- (3) Zusammenstellung eines Fragebogens: enthält ähnliche Informationen wie das Patienteninterview, ist aber brauchbarer. Die Anzahl der Fragen sollte jedoch bedacht werden, da das Ausfüllen für einen kranken Menschen unter Umständen beschwerlich ist.

Bullinger (1991) argumentiert auf die Kritik der Fragebogenmessung folgendermaßen, nämlich dass „Fragebögen nicht ein Versuch sind, die Kommunikation zu ersetzen, sondern sie sind Produkt intensiver Bemühungen, psychometrisch fundiert zu erfassen, wie die Patienten ihre Lebensqualität sehen.“ (Bullinger, 1991, S. 87).

Bei der Messung der Lebensqualität bzw. bei der Erstellung von Fragebögen im klinischen Bereich sollte immer darauf geachtet werden, dass auch der Patient selbst, durch Befragungen seiner subjektiven Konzepte, an der Messung seiner Lebensqualität beteiligt wird (Hasford, 1991; Fayer & Machin, 2000).

Die Art der Bewertung der Lebensqualität aus Sicht des Betroffenen kann individuell sehr unterschiedlich sein und hängt einerseits von kognitiven und emotionalen Prozessen und andererseits von den Ressourcen des Betroffenen ab. Auch der Informationsstand spielt eine wichtige Rolle. Vieles ist nicht mehr so angstbesetzt,

wenn man mehr darüber weiß. Ressourcen sind weitere entscheidende Aspekte, wie z. B. gutes soziales Umfeld und Familie. Auch die Dimension Zeit spielt eine wesentliche Rolle. Bewertungen können sich ändern. Ressourcen können dazu gewonnen werden und manchmal können der Krankheit auch positive Seiten abgewonnen werden, z. B. indem man neue Freunde dazu gewinnt. Am wichtigsten ist es jedoch, die Perspektive des Betroffenen einzubeziehen.

Auch wenn eine Krankheit bedrohliche Aspekte mit sich bringt, müssen es jedoch nicht die Aspekte sein, die auch für die Betroffenen besonders wichtig und beeinträchtigend sind (Abramson, 1996). Daher ist es nach Sullivan, Karlsson & Taft (1999) unabdingbar, die Wahrnehmung der Patient(inn)en miteinzubeziehen. Nur die Einbeziehung der Perspektive der Betroffenen ermöglicht es, erfolgreiche Interventionsmodelle zu entwickeln, die deren Bedürfnisse und Nöte treffen. Ziel soll es sein, den Patient(inn)en zu helfen mit ihrer Erkrankung gut zu leben, d. h. mit so wenigen Einschränkungen wie möglich.

Grundsätzlich gibt es nach Filipp und Ferring (1991) drei Indikatoren zur Beschreibung der Lebensqualität:

- (1) objektive Merkmale (z. B. gesundheitlicher Status):
- (2) interindividuelle Konsensbildung (z. B. Ratings von Klinikern)
- (3) subjektive Urteile (Bewertungen der Lebensqualität durch das einzelne Individuum)

Lebensqualität stellt das Resultat individueller Bewertungsprozesse dar und muss keineswegs immer mit der objektiven Lebenssituation korrespondieren. Die Kenntnis der Lebensumstände und Lebensbedingungen eines Menschen erlaubt es daher nur begrenzt, auf die Qualität seines Lebens zu schließen (Filipp, 1991).

Bullinger (1991) unterscheidet verschiedene Zielsetzungen, die sich in der Methode entsprechend niederschlagen:

Zielsetzung	Methode
Selbstbeurteilung vs. Fremdbeurteilung	Interview/Fragebogen vs. Beobachterschätzskalen und Tests
krankheitsübergreifend vs. krankheitsspezifisch	auf alle Personen vs. auf spezifische Erkrankungen/Behandlungen anwendbar
eindimensional vs. mehrdimensional	globale Einschätzung oder Index vs. Profile oder Testbatterien

Tab.1: Zielsetzungen und damit verbundene Methoden nach Bullinger (1991)

Obwohl eine weitgehende Übereinstimmung darüber besteht, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität nur aus der subjektiven Sicht der Betroffenen sinnvoll erfasst werden kann, gibt es neben Selbstbeurteilungsverfahren in der Lebensqualitätsforschung auch Instrumente zur Fremdbeurteilung. Diese Instrumente ermöglichen eine Beurteilung der Lebensqualität aus der Sicht eines Außenstehenden, z. B. des/der Arztes/Ärztin bzw. des Pflegepersonals. Eine Zuschreibung von Lebensqualität durch Außenstehende verlangt eine normative Setzung dessen, was Lebensqualität ausmacht und woran man Lebensqualität erkennt. Diese Voraussetzung ist bislang und auch in nächster Zeit nicht zu erwarten, daher ist diese Voraussetzung nicht realisierbar (Schumacher et al., 2003). Im Falle keiner normativen Setzung bestünde die Gefahr einer unangemessenen Generalisierung von Lebensqualität. Hieraus lässt sich ableiten, dass Lebensqualität sich nicht allgemein verbindlich definieren lässt, sondern sich als formaler Begriff nur individuell mit Inhalt füllen lässt, d. h. sich als erlebte Qualität des eigenen Lebens manifestiert (Muthny, 1991).

In der ersten Zielsetzung (siehe Tab. 1) differenziert Bullinger (1991) zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung. Beide bringen sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich. Bei der Selbstbeurteilung muss bei psychiatrisch erkrankten Personen das Risiko des affektiven und des kognitiven Fehlschlusses getragen werden, die nur zum Teil durch zusätzliche Verfahren kontrolliert werden können. Mechanic, McAlpine, Rosenfield & Davis (1994, zitiert nach Katschnig, 1997) zeigten im Hinblick auf den affektiven Fehlschluss, dass eine depressive Patientin ihre Lebensqualität schlechter beurteilt als nach dem Krankheitsschub oder als eine Fremdbeurteilung ergeben würde. Das bedeutet, dass sich die Patientin bei der Beurteilung ihrer Lebensqualität von der momentanen Gefühlslage beeinflussen lässt. Kognitiver Fehlschluss liegt beispielsweise bei mental retardierten PatientInnen vor, die intellektuell nicht mehr in der Lage sind, ihre Lebenssituation richtig aufzufassen. Nach Katschnig (1997) läuft man Gefahr, Fehlschlüssen zu unterliegen, wenn zusätzlich keine Fremdbeurteilungen eingesetzt werden. Bullinger (1996) vertritt jedoch die Ansicht, dass eine Selbstbeurteilung ausreicht, da eine Fremdbeurteilung nicht das Erleben der Patient(inn)en widerspiegeln kann.

Hinsichtlich der Fremdbeurteilung merkt Bullinger (1991) an, dass sich Therapeut(inn)en und Ärzte/Ärztinnen bei der Beurteilung einzelner Komponenten der Lebensqualität der Erkrankten oft überfordert fühlen. Dies zeigt, dass auch Fremdbeurteilungen Einschränkungen mit sich bringen. Fremdbeurteilungen sind nicht als objektive Kriterien zu bewerten, da oftmals verschiedene und auch unbewusste Interessen gehegt werden, z. B. einen schnellen Erfolg der Therapie.

Die subjektive Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Patienten(inn)en korreliert nur mit $r = .17$ mit der Einschätzung des Arztes/der Ärztin in Bezug auf die krankheitsbedingte Belastung der Patient(inn)en. Filipp & Ferring (1991) zeigen somit in ihrer Studie, dass individuelle Einschätzungen von Lebensqualität und von außen zugeschriebene Lebensqualität nicht notwendigerweise übereinstimmen.

Als zweite Zielsetzung unterscheidet Bullinger (1991) zwischen krankheitsübergreifenden und –spezifischen Fragestellungen (siehe Tab. 1). Im Laufe der Entwicklung der Lebensqualitätsforschung wurden mehrere Hundert zum Teil krankheitsspezifische, zum Teil krankheitsübergreifende Messverfahren entwickelt. Sowohl krankheitsspezifische als auch –übergreifende Messverfahren versuchen, Lebensqualität aus der Patient(inn)ensicht zu erfassen. Sie gehen auch von einer Multidimensionalität der Lebensqualität aus.

– krankheitsübergreifende (generische) Erhebungsinstrumente:

Nach Bullinger et al. (1991) und Bullinger (1997) gibt es derzeit mehr als 1000 Tests zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Größtenteils sind diese krankheitsübergreifend und in Englisch verfasst. Bullinger et al. (2000) sind der Meinung, dass nur ein geringer Teil dieser Verfahren wissenschaftliche Kriterien erfüllt. Krankheitsübergreifende Erhebungsinstrumente sind z. B.:

- Sickness Impact Profile (SIP: Bergner et al., 1981)
- Quality of Well-Being Scale (QWB: Kaplan et al., 1976)
- Psychological General Well-Being Index (PGWB: DuPuy, 1984)
- Short-Form 36 (SF-36: Ware & Sherbourne, 1992)
- Nottingham Health Profile (NHP: Martini & Hunt, 1981)

Krankheitsübergreifende Instrumente kommen dann zum Einsatz, wenn der Einfluss verschiedener Erkrankungen auf das Leben der Erkrankten verglichen werden soll. Allgemeinere bzw. krankheitsübergreifende Fragestellungen sind hier angebrachter.

– krankheitsspezifische Erhebungsinstrumente

Krankheitsspezifische Verfahren beziehen sich häufig neben einer besonderen Patientengruppe auch auf die Spezifik der damit im Zusammenhang stehenden Behandlungsmaßnahmen (vgl. Coons, Rao, Keininger, & Hays, 2000; Patrick & Deyo, 1989). Beispielsweise wird die Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren auf die Lebensqualität bei einer Krebserkrankung mittels gezielter Fragen nach typischen Beschwerden klarer dargestellt. Krankheitsspezifische Erhebungsinstrumente sind z. B.:

- Der Fragebogen zur Lebensqualität bei Cystischer Fibrose (Wenninger, Staab, Henry & Wahn, 1999)
- Diabetes-specific Quality of Life Scale (Bott et al., 1998)
- Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex (Eypasch et al., 2000)
- Fragebogen zur Messung der psychosozialen Belastungen bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Pettrak et al., 2002)
- Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (Herschbach et al., 2003)

Für den Bereich der Onkologie, Kardiologie und Psychiatrie gibt es mittlerweile eine unüberschaubare Zahl von krankheitsspezifischen Messinstrumenten.

Krankheitsspezifische Messungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden meist verwendet um medizinische Behandlungen zu bewerten (Jaeschke, Guyatt & Cook, 1992), um therapeutische Entscheidungen zu treffen (Testa & Lenderking, 1992) und um Ressourcen zu messen (Patrick & Erickson, 1992).

Diese Gegenüberstellung der krankheitsübergreifenden und –spezifischen Messinstrumente zur Lebensqualität macht deutlich, dass sich dadurch Einschränkungen in der intrakulturellen Vergleichbarkeit ergeben. Neben diesen konzeptionellen Unterschieden ergeben sich auch hinsichtlich der internationalen und interkulturellen Vergleichbarkeit von Ergebnissen, die mit verschiedenen

Übersetzungen einzelner Instrumente gewonnen wurden, erhebliche Probleme (Anderson et al., 1993; Sartorius & Kuyken, 1994). Die vorliegenden Instrumente wurden vorwiegend im angloamerikanischen Sprach- und Kulturraum entwickelt. Übersetzungen erweisen sich aufgrund kultureller Besonderheiten anderer Sprachen und Kulturen häufig als inadäquat (Anderson et al., 1993). Kulturspezifische Unterschiede kommen besonders bei der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dann zum Vorschein, wenn auch subjektive Bewertungen der eigenen Lebenssituation miteinbezogen werden. Hier müssen unterschiedliche normative Bezugssysteme, Wert- und Präferenzstrukturen berücksichtigt werden (Sartorius & Kuyken, 1994).

Um das Problem der interkulturellen Vergleichbarkeit zu umgehen, wurden in den letzten Jahren verschiedene *internationale Projekte* begonnen, die sich die Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität auf der Basis einer internationalen Zusammenarbeit zum Ziel gesetzt haben.

Zu nennen sind hier vor allem:

- European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (Sprangers et al., 1993): krankheitsspezifische Erfassung der Lebensqualität d. h. Erfassung der Lebensqualität von Krebspatient(inn)en
- EuroQol Projekt (Brazier et al., 1993): diagnoseunabhängige Erfassung der körperbedingten funktionalen Beeinträchtigung in zentralen Lebensbereichen (Brazier et al., 1993)
- International Quality of Life Assessment Projekt (IQOLA) (Aaronson et al., 1992): diagnoseunabhängige Erfassung der körperbedingten funktionalen Beeinträchtigung in zentralen Lebensbereichen (Brazier et al., 1993)
- World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) (WHOQOL-Group 1993a; Orley & Kuyken, 1994): Erfassung der subjektiven Lebensqualität

Als drittes differenziert Bullinger (1991) eindimensionale und mehrdimensionale Messinstrumente. In den letzten Jahren wurden viele Erhebungsinstrumente

entwickelt, die sich auf einzelne oder mehrere Dimensionen der Lebensqualität beziehen. Man unterscheidet:

- unidimensionale Erhebungsinstrumente: dazu zählen Globalfragen und Indices, die vor allem innerhalb der Gesundheitsökonomie häufig eingesetzt werden (Böhmer & Kohlmann, 2000). Nach Bullinger (1991) geht es hierbei um eine Globaleinschätzung der Lebensqualität.
- multidimensionale Erhebungsinstrumente: diese ermöglichen eine Profildarstellung der Lebensqualität sowie der Fragebogenbatterien. Hierbei handelt es sich um Verfahren, die unterschiedliche Komponenten der Lebensqualität berücksichtigen.

Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist (2000) diskutieren das Problem des „response shift“. Es geht dabei um eine Neugewichtung der Bewertungsmaßstäbe, die Personen im Laufe der Zeit vornehmen. Es kann in diesem Kontext sein, dass ein zuerst als wichtig beurteilter Bereich der Lebensqualität im Laufe der Zeit weniger bedeutsam wird, während ein anderer Bereich zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dadurch sind bei Messwiederholungen die Ergebnisse im strengen Sinne nicht vergleichbar. Wenn relativ homogene Patientengruppen untersucht werden, dürfte der durch „response shift“ verursachte Messfehler in Längsschnittstudien nicht all zu sehr ins Gewicht fallen.

Filipp & Ferring (1991) bezeichnen subjektiv gut eingeschätzte Lebensqualität im Angesicht objektiv guter Lebensbedingungen als „die Glücklichen“ und subjektiv schlecht eingeschätzte Lebensqualität im Angesicht objektiv schlechter Lebensbedingungen als „die Benachteiligten“. Philipp & Ferring (1991) bezeichnen hohe subjektive Lebensqualität mit objektiv schlechten Lebensbedingungen (z. B. hohe gesundheitliche Beeinträchtigungen) als „Zufriedenheitsparadox“. Die vierte Möglichkeit besteht aus einer geringen subjektiven Einschätzung der Lebensqualität und objektiv guten Lebensbedingungen (z. B. guter gesundheitlicher Zustand). Philipp & Ferring (1991) bezeichnen dies als „Unzufriedenheitsdilemma“ (siehe Tab. 2).

		Subjektive Bewertung	
		Gut	Schlecht
Objektive Lebensbedingungen	Gut	„die Glücklichen“ (Well-being, Zapf, 1984)	Unzufriedenheitsdilemma (Dissonanz, Zapf, 1984)
	Schlecht	Zufriedenheitsparadox (Adaptation, Zapf, 1984)	„die Benachteiligten“ (Deprivation, Zapf, 1984)

Tab. 2: Objektivität und Subjektivität in der Bestimmung von Lebensqualität (Filipp & Ferring, 1991)

Man unterscheidet zwischen objektiver Erfassung (Expert Rating, z. B. Karnofsky-Index, Spitzer-Index) und subjektiver Erfassung (patientenorientiert, z. B. Interviews, Fragebögen) von Lebensqualität.

2.2.5.3 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Messverfahren, mit denen Lebensqualität erfasst werden kann. Bullinger & Ravens-Sieberer (2001) geben einen Überblick über Messinstrumente, die sich nicht auf eine spezifische Erkrankung beziehen.

Verfahren	Ursprungsland	Kennzeichen	Gütekriterien*		Dauer (min.)
			R	V	
1. SF-36 Health Survey (dt.: Bullinger & Kirchberger, 1998)	USA	36 Items 8 Skalen Selbst-/Fremdrating	+	+	15
2. World Health Organization Instrument zur Erfassung der Lebensqualität (dt.: Angermeyer et al., 2000)	Internat.	100 Items 6 Skalen Selbstrating	∅	∅	36
3. Nottingham Health Profile (NHP; dt: Kohlmann & Bullinger, 1996)	UK	38 Items 6 Skalen Selbstrating	+	+	15
4. Sickness Impact Profile (SIP; dt: Bergner et al., 1981)	USA	136 Items 12 Skalen Selbst-/Fremdrating	∅	∅	30
5. EuroQoL European Quality of Life Instrument (EURO-QOL; Kind, 1996)	UK	5 Items 1 Skala Selbstrating	∅	∅	5
6. Quality of life Index (QLI; Spitzer et al., 1981)	UK	5 Items 1 Skala Fremdrating	∅	∅	5
7. Quality of Well-Being Index (QWB; Kaplan et al., 1996)	USA	99 Items 1 Skala Interview	+	∅	30
8. Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC; Siegrist et al., 1996)	D	50 Items 7 Dimensionen Selbstrating	+	+	15-20
9. Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL; Averbek et al., 1993)	D	7 Skalen 69 Items + Globalitem; Kurzform: 25 Items, Selbstrating	∅	∅	15-45

Verfahren	Ursprungsland	Kennzeichen	Gütekriterien*		Dauer (min)
			R	V	
10. Fragebogen Alltagsleben (ALLTAG, Bullinger et al., 1993)	D	40 Items 4 Skalen Selbstrating	∅	∅	15
11. Child Health Questionnaire (CHQ; Landgraf et al., 1998)	USA	28, 50 oder 87 Items 9 Skalen Selbst-/Elternrating	+	+	35
12. Fragebogen zur Lebensqualität bei Kindern (KINDL; Bullinger et al., 1994b)	D	24 Items + Module 6 Skalen Selbstrating	+	+	15
13. Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ; Herschbach & Henrich, 1991)	D	2 Module 16 Items Selbstrating	∅	∅	2-5 pro Modul
14. Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL; v. Steinbüchel et al., 1999)	D	19 Items 4 Skalen Selbstrating	+	+	10
15. Standardized Social Schedule (SSS; Claire & Cains, 1978)	USA	6 Dimensionen 48 Items Interview	+	∅	45
16. Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ; Bigelow et al., 1990)	USA	14 Dimensionen 263 Interview 146 Fremdrating	+	+	45-75
17. Quality of Life Interview (QOLI; Lehmann et al., 1988)	USA	8 Dimensionen 143 Items Interview	∅	∅	45
18. Quality of Life Scales (QLS; Heinrichs et al., 1984)	USA	4 Dimensionen 21 Items Interview	∅	∅	30-45
19. Wisconsin Quality of Life Index for Mental Health (QLI-MI; Becker et al., 1992)	USA	9 Dimensionen 103 Items Selbstrating	∅	∅	30-45
20. Quality of Life Interview Scale (QOLIS; Holcomb et al., 1993)	USA	8 Dimensionen 87 Items Interview	∅	∅	30-45
21. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q; Endicott et al., 1993)	USA	8 Dimensionen 93 Items Selbstrating	∅	∅	30-45
22. Subjective Wellbeing Neuroleptics (SWN; Naber, 1995)	D	5 Dimensionen + Gesamtwert; 38 Items Selbstrating	+	∅	15-20
23. Lebensqualität Kinder- u. Jugendpsychiatrie (LKJ; Flechtner et al., 2000)	D	13 Skalen 86 Items Selbst-/Eltern-/Therapeutenrating	∅	∅	20
24. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK; Mattejat et al., 1998)	D	3 Skalen 9, 15 Items Selbst-/Eltern-/Therapeutenrating	-	-	10

Anmerkungen:

*R: Reliabilität; V: Validität

+ = ausreichend empirische Studien mit guten Ergebnissen durchgeführt

∅ = Hinweis auf Testgüte, weitere Überprüfung notwendig

- = eine oder unzureichende Angaben

Tab. 3: Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität nach Bullinger & Ravens-Sieberer (2001)

Bullinger (1991) führt an, dass es sinnvoll wäre, mit Fragebögen zu arbeiten, die speziell körperliche Beschwerden von bestimmten Krankheitsgruppen bzw. Krankheiten messen. Wenn nämlich eine Komponente bei einer Krankheit besonders interessant erscheint, so sollte sie nach Bullinger (1991) auch in der Messung der Lebensqualität enthalten sein. Laut Bullinger kann man daher versuchen, geeignete Skalen zu finden bzw. Skalen zusammenzufügen oder aber auch selbst eine Fragebogen zu konstruieren.

In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass es bislang noch keinen statistisch evaluierten Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Chorea Huntington Patient(inn)en gibt.

2.2.6 Lebensqualität in der Psychiatrie

Die Lebensqualitätsforschung in der Medizin und besonders in der Psychiatrie setzte erst einige Jahre später ein. Karow & Naber (2000) sehen den Grund dafür darin, dass das subjektive Befinden und die Lebensumstände ohnehin ein Teil der Diagnose und Therapie waren. So erklärt man, dass lange Zeit keine begriffliche Abgrenzung und methodische Strukturierung des Terminus Lebensqualität erfolgte.

Seit Kurzem gibt es in der Psychiatrie ein vermehrtes Interesse im Bereich der Lebensqualität (Angermeyer & Kilian, 1995). Das zeigt sich bei der Analyse der jährlichen Publikationen. Während in den achtziger Jahren im Durchschnitt nur fünf Artikel zu diesem Thema pro Jahr veröffentlicht wurden, hat sich dies bis in die frühen neunziger Jahre vervierfacht. Diese Entwicklung folgt einem allgemeinen Trend in der medizinischen Forschung. Im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen scheint jedoch die aktuelle Anzahl der Publikationen zur Lebensqualität in der Psychiatrie noch immer gering zu sein. Beispielsweise stieg die durchschnittliche Anzahl von Publikationen zur Lebensqualität in der Onkologie während der achtziger Jahre von 50 auf beinahe 200 Publikationen zu Beginn der neunziger Jahre. Dieser Anstieg kann nach Angermeyer & Kilian (1995) hauptsächlich auf folgendes zurückgeführt werden:

- (1) Mit der Erweiterung verschiedener Formen der extramuralen Versorgung und der ambulatorischen Behandlung wurde der Bedarf für die Bewertung dieser Dienste offensichtlich.

- (2) Die Entwicklung von Möglichkeiten der psychopharmakologischen Behandlung hat Fragen aufgeworfen, die die Vorteile in Relation zu unerwünschten Nebenwirkungen, besonders der Lebensqualität, betreffen.

Die Arbeit auf diesem Gebiet ist trotz großem wissenschaftlichen Interesse noch nicht vollzogen. Augenmerk sollte besonders auf die Vereinheitlichung der Konzepte bzw. die Erforschung verschiedener Krankheitseinflüsse auf die Lebensqualität gelegt werden.

Romney & Evans (1996, zitiert nach Katschnig et al., 1997) schlagen durch die Verknüpfung finanzieller bzw. sozialer Einbußen und psychiatrischen Erkrankungen vor, die psychiatrische Lebensqualitätsforschung auf die drei Säulen Umweltfaktoren (z. B. finanzielle Situation, Wohnsituation), subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit und Funktioneller Status (Übernahme bzw. Erfüllen von Rollen) zu stützen.

Die Erfassung der Lebensqualität in der Psychiatrie ist dahingehend schwierig, dass sich die Symptome mit Aspekten der Lebensqualität überschneiden, z. B. bei Fragen nach dem emotionalen Wohlbefinden. Es besteht daher die Notwendigkeit, Psychopathologien aus den Fragebögen zur Lebensqualität auszuschließen. (Dipl. Walzl, S. 20, nicht zitiert).

2.2.6.1 Theoretische Zugänge der Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie (Angermeyer & Kilian, 1995)

In den achtziger Jahren begannen einige Autoren, theoretisch die Bewertung subjektiver Erfahrungen von Patient(inn)en mit dem Konzept Lebensqualität zu verknüpfen (Malm et al, 1981; Lehman et al., 1982; Baker & Intagliata, 1982; Bigelow et al., 1982). Diese Autoren eröffneten ihre Arbeit mit theoretischen Überlegungen der Bedeutung von Lebensqualität im Allgemeinen und vor allem der Bedeutung von Lebensqualität in der Psychiatrie (Angermeyer & Kilian, 1995). Ein allgemeines Charakteristikum dieser theoretischen Konzepte ist die Vermutung, dass der Bereich der Lebensqualität über die klassischen krankheitsbezogenen Maße wie Symptome, Beeinträchtigungen und Unfähigkeit hinaus geht und auch die subjektive Erfahrung

der objektiven Lebensbedingungen der Patient(inn)en beinhaltet. Trotz dieser allgemeinen Grundannahmen gibt es beachtliche Unterschiede im Hinblick auf die Frage, wie sich objektive Bedingungen auf subjektive Wahrnehmungen beziehen und von welchen Faktoren diese Beziehung zusätzlich beeinflusst wird (Angermeyer & Kilian, 1995).

Es gibt mindestens drei unterschiedliche Modelle für die Beschreibung dieser Beziehung:

(1) The satisfaction model (Lehman et al., 1982; Baker & Intagliata, 1982): Lebensqualität besteht aus drei Komponenten: "... personal characteristics, objective life conditions in various life domains and the satisfaction with life conditions in these various domains" (Lehman, 1988, zitiert nach Angermeyer & Kilian, 1995, S. 129). Dieses Modell beruht auf der Annahme, dass die erlebte Lebensqualität von Patient(inn)en davon abhängt, ob die momentanen Lebensbedingungen den Bedürfnissen und Wünschen entsprechen. Bedauerlicherweise vernachlässigt das „satisfaction model of quality of life“ die Frage, welche Bedürfnisse und Wünsche die Personen der Zielpopulation tatsächlich haben. Aus diesem Grund gibt es für den Zustand hoher Zufriedenheit mit einem besonderen Lebensbereich der Patient(inn)en drei mögliche Interpretationen: Erstens kann es interpretiert werden als gute Passung zwischen dem was der Patient will und dem was er in diesem Lebensbereich tatsächlich bekommt. Zweitens könnte es aus der Tatsache resultieren, dass diesem Lebensbereich nur wenig Bedeutung beigemessen wird, sodass diese Zufriedenheit durch die objektiven Bedingungen nicht völlig beeinflusst wird. Drittens könnte es möglicherweise bedeuten, dass der Patient seine Bedürfnisse und Wünsche an seine Möglichkeiten angepasst hat und die Zufriedenheit eine Resignation darstellt.

(2) The combined importance/satisfaction model: kombiniert die subjektive Zufriedenheit der Patient(inn)en mit der Bewertung der Wichtigkeit, die ein bestimmter Lebensbereich hat. Becker, Diamond & Sainfort (1993, zitiert nach Angermeyer & Kilian, 1995, S. 129) merken an, dass „... existing scoring systems (of quality of life) do not allow for cultural diversity or reflect the fact that various aspects of life are not equally important to everyone (because) giving equal weight to different

individual domains implicitly assumes that all the domains have equal value.“ Insofern sich Menschen in individuellen Werten und Präferenzen unterscheiden, werden sich objektive Bedingungen bestimmter Lebensbereiche unterschiedlich auf deren subjektive Lebensqualität auswirken. Z. B. kann für zwei Personen eine gleich hohe Jobzufriedenheit eine komplett unterschiedliche subjektive Bedeutung haben. D. h. ohne Bewertung der Wichtigkeit spezifischer Lebensbereiche oder einzelner Aspekte von Lebensbereichen wird es unmöglich sein zu erklären, warum Personen unter total unterschiedlichen Lebensbedingungen dieselbe Zufriedenheit ausdrücken. Obwohl dieses Modell die Voraussage des Konzeptes Lebensqualität erheblich erweitert, beantwortet es nicht alle zuvor angeführten Probleme der Interpretation.

(3) The role-functioning model: basiert ausdrücklich auf der Theorie menschlicher Bedürfnisse. „The environment consists of opportunities through which the individual may satisfy his or her needs. The opportunities are such material opportunities as housing and food, but, more important, they are social opportunities“ (Bigelow et al., 1982, zitiert nach Angermeyer & Kilian, 1995). Diese sozialen Gelegenheiten sind in soziale Rollen wie Freunde, Ehepartner, Arbeitnehmer, Eltern, etc. eingebettet, die auf der einen Seite vom Individuum für die Befriedigung psychologischer Bedürfnisse genutzt werden können und die auf der anderen Seite mit Ansprüchen verbunden sind. Aufgrund des Bindeglieds zwischen umweltbedingten Möglichkeiten und Ansprüchen hängt der Grad der Bedürfnisbefriedigung von kognitiven, affektiven, verhaltensbezogenen und wahrnehmbaren Fähigkeiten ab um verschiedene soziale Rollenansprüchen erfüllen zu können. Mit der Einfügung der „role theory“ in das Konzept der Lebensqualität, haben Bigelow et al. das theoretische Begriffsfeld der Verbindung zwischen subjektivem Wohlbefinden und Umweltbedingungen erhöht. Nichtsdestotrotz gibt es einige kritische Punkte besonders bei der Anwendung des Modells auf die Bewertung der Lebensqualität von psychisch kranken Personen. Ein Problem ist die Annahme, dass menschliche Bedürfnisse allgemeingültig und stabil sind. Ein zweites Problem ist die Vermutung, dass nur gewöhnliche Rollen Gelegenheiten zur Bedürfnisbefriedigung vorsehen. Bezugnehmend auf die Rollentheorie als ein Konzept der Lebensqualität, demonstrieren die vorher angeführten Argumente die Notwendigkeit, Fragen zu krankheitsbezogenen Bedürfnisse psychisch kranken Menschen einzubeziehen und zu welchem Grad

diese besonderen Bedürfnisse zufrieden gestellt werden können durch konventionelle Rollenerfüllung innerhalb eines solchen Konzeptes. Es erscheint wichtig, die Patient(inn)en in der Rolle als Kranken zu beurteilen (Lally, 1989) als auch der Grad, indem die subjektiven Anforderungen dieser Rolle das Vermögen einschränken, Anforderungen konventioneller Rollen gerecht zu werden.

2.2.7 Religiosität als Komponente der Lebensqualität

Die Lebensqualitätsforschung dient als Anregung zu hinterfragen, ob religiöse Aspekte, die den Patient(inn)en in einer Situation wichtig sind, eine bedeutende Rolle spielen. Eine schwerwiegende Erkrankung steht im Zusammenhang mit allen Aspekten des Lebens der Patient(inn)en.

In der angloamerikanischen Literatur werden von Mytko & Knight (1999) und Brady et al. (1999) vor allem drei Begründungen angegeben, wenn es darum geht, Religiosität/Spiritualität als zusätzliche Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu berücksichtigen:

- Patient(inn)en benennen Religiosität als wichtigen Aspekt ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- die Erhebung der Religiosität/Spiritualität ist klinisch nützlich, da der religiöse Bereich eine wichtige Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse darstellt
- durch die Erhebung von Religiosität werden zusätzliche Informationen eingeholt, die sich mit anderen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht überlappen.

Wegen des lebensbedrohenden Charakters der Erkrankung wird der systematische Einbezug der spirituellen/religiösen Dimension bei der Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor allem für Krebspatient(inn)en befürwortet (Efficace & Marrone, 2002).

Um die Fülle des Konstrukts Lebensqualität zu erfassen, empfehlen die Forscher einen Einbezug religiöser, spiritueller und existentieller Angelegenheiten in der Bewertung der Qualität oder Zufriedenheit des Lebens (Donovan et al., 1989; Bufford et al., 1991). Aus diesem Grund ziehen Modelle der multidimensionalen

Lebensqualität eine Religiositäts- und Spiritualitätsdomäne mit ein. Diese Domänen werden erfasst, entweder als (1) unabhängige Komponente der Lebensqualität (Reeburn & Rootman, 1996) oder als (2) allumfassende persönliche Lebensperspektive oder Weltblick, der alle Domänen der Lebensqualität (z. B. körperlich, funktional, emotional) (Balducci, 1994) beeinflusst. Eventuelle Interaktionen zwischen diesen Konstrukten erschweren möglicherweise Anstrengungen, um diese Konzeptualisierungen zu untersuchen. Wenn z. B. körperliches und emotionales Leiden die Lebensqualität negativ beeinflussen, steigt möglicherweise die Religiosität und Spiritualität, wenn Patient(inn)en versuchen das Leiden zu überwinden. Wenn umgekehrt Patient(inn)en mehr Vertrauen in ihre Religiosität und Spiritualität gewinnen, steigt möglicherweise ihre Lebensqualität.

2.2.8 Lebensqualität und Wohlbefinden

Rupprecht (1993) hat verschiedene theoretische Arbeiten verglichen und fünf verschiedene Konstrukte herausgearbeitet, die alle im Begriffsfeld Lebensqualität auftauchen:

- Subjektives Wohlbefinden: beinhaltet emotionale und affektive Komponenten von Lebensqualität, (siehe 3.3.8)
- Lebenszufriedenheit (siehe 3.3.9)
- Glück: kurzfristiger, positiver, emotionaler Zustand
- Morale: entweder relativ stabile Persönlichkeitscharakteristik oder kurzfristiger emotionaler Zustand, der raschen Veränderungen unterworfen ist
- Lebensqualität im engeren Sinne: Rupprecht (1993) zitiert an dieser Stelle Aaronson (1988) und Bullinger (1990) und legt dar, dass mindestens vier Dimensionen unterschieden werden müssen:
 - o Physical state (körperliche Verfassung)
 - o Psychological well-being (psychisches Wohlbefinden)
 - o Social relations (soziale Beziehungen)
 - o Functional capacities (funktionale Fähigkeiten)

Unter „functional capacities“ versteht man nach Rupprecht (1993) die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf, das heißt, die Fähigkeit im Alltag zurechtzukommen.

Die Entwicklung der Lebensqualitäts- und Wohlbefindensforschung hat sich weitgehend parallel und unabhängig voneinander entwickelt. Das Konzept „Lebensqualität“ wurde im Rahmen der Medizin und Sozialwissenschaften entwickelt, wo es auch bisher hauptsächlich zur Anwendung kam. Das Konzept „Wohlbefinden“ ist dagegen ein rein psychologisches Konzept. Eine genaue Abgrenzung dieser beiden Konzepte ist laut den Autoren nicht möglich (Schumacher et al., 2003). Es finden sich seit den letzten Jahren erste Ansätze zum Zusammenschluss dieser beiden inhaltlich eng verwandten Forschungsrichtungen, erste Integrationsbemühungen sind zu erkennen (vgl. Berry, 1997; Diener & Rahtz, 2000).

Entweder werden beide Konzepte synonym verwendet oder die Lebensqualität wird über Aspekte des Wohlbefindens definiert (Schumacher, 2003). Bemerkenswert erscheint in diesem Kontext, dass die Lebensqualitätsforschung den Begriff „Wohlbefinden“ sehr häufig verwendet. Umgekehrt wird das Konzept „Lebensqualität“ in der psychologischen Wohlfahrtsforschung bisher weitgehend ignoriert.

Die Abgrenzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu verwandten Konzepten wie „Wohlbefinden“ (engl.: „well-being“) und „Glück“ (engl.: „happiness“) erweist sich daher als schwierig (vgl. Veenhoven, 2001).

In der Theorie des subjektiven Wohlbefindens (vgl. Diener, 1984, 2000; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, Suh & Oishi, 1997; Veenhoven, 1994) setzt sich das subjektive Wohlbefinden aus zwei Hauptkomponenten zusammen:

1) Emotionale bzw. affektive Komponente:

- a. positiver Affekt und negativer Affekt, (vgl. Diener & Emmons, 1984; Russell & Carroll, 1999; Watson & Tellegen, 1985)
- b. Glück – längerfristiger positiver affektiver Zustand (vgl. Argyle, 1987; Mayring, 1991).

Diese Komponenten bestimmen das subjektive emotionale Wohlbefinden (vgl. Diener & Lucas, 2000).

2) Kognitiv-evaluative Komponente: umfasst die allgemeine (globale) und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit (vgl. Fahrenberg et al., 2000)

Nach DeNeve und Cooper (1998) repräsentieren „Lebenszufriedenheit“ und „Glück“ die Trait-Komponenten und „positiver Affekt“ sowie „negativer Affekt“ die State-Komponenten des subjektiven Wohlbefindens. Das zeigte sich in einer Metaanalyse zum Zusammenhang von subjektivem Wohlbefinden und Persönlichkeitsdimensionen.

Becker (1994) schlägt ein Strukturmodell des Wohlbefindens vor, in dem er zwischen dem aktuellen und habituellen Wohlbefinden unterscheidet. Während das aktuelle Wohlbefinden das momentane Erleben eines Individuums auffasst, beruht das habituelle Wohlbefinden auf emotionalen Erfahrungen in den vergangenen Wochen/Monaten. Des Weiteren wird zwischen psychischen und physischen (körperlichen) Wohlbefinden unterschieden. Durch Kombination dieser vier Betrachtungsebenen ergeben sich folgende Kombinationen:

- aktuelles psychisches Wohlbefinden (umfasst positive Gefühle, positive Stimmung, aktuelle Beschwerdefreiheit)
- habituell psychisches Wohlbefinden (bezieht sich auf das seltene Auftreten negativer Gefühle und Stimmungen und auf häufige positive Gefühle und Stimmungen)
- aktuelles physisches Wohlbefinden (aktuelle körperliche Empfindung und körperliche Beschwerdefreiheit)
- habituelles physisches Wohlbefinden (länger andauernde Beschwerdefreiheit sowie habituelle positive körperliche Empfindungen)

Die Patient(inn)en beurteilen ihre Lebensqualität nicht wie der Arzt im Vergleich zu ihrem Zustand vor der Erkrankung als gesunde Menschen, sondern aus ihrem Erleben als Kranke. Diese Interpretation kann im Kontext unterschiedlicher kognitiver Theorien beschrieben werden (Breetvelt & Dam, 1991). Eine naheliegende Erklärung für „zu gute“ Werte der selbsteingeschätzten Lebensqualität bei schwer erkrankten Patient(inn)en liegt möglicherweise in der Veränderung der individuellen Referenzkriterien (Ankerpunkte) im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung (Bernhard et al., 1989).

2.2.9 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Inwiefern der Begriff der „Lebenszufriedenheit“ dem Begriff der Lebensqualität gleichzusetzen ist, ist Thema vieler Diskussionen. Die Abgrenzung dieser beiden Forschungsbereiche ist auch unter diagnostischen Gesichtspunkten sehr schwierig. Es kommt vor, dass Befindlichkeitsskalen als Lebensqualitätsinstrumente deklariert werden und umgekehrt. Nach Schwarz (1987) ist die aktuelle Stimmung zum Zeitpunkt der Urteilsabgabe eine wesentliche intervenierende Variable.

„Lebenszufriedenheit“ und „Glück“ stellen die Trait-Komponenten (d. h. zeitlich stabile Variablen) des subjektiven Wohlbefindens dar (De Neve und Cooper, 1998).

Lebenszufriedenheit betont besonders den kognitiven Aspekt. Die Pläne und Lebensziele werden daraufhin überprüft, ob sie im bisherigen Leben erfüllt werden konnten. Entsprechend dem Ergebnis dieses Vergleichs ist die Lebenszufriedenheit hoch oder gering (Rupprecht, 1993).

Da sich nach Huber et al. (1988) ein konzeptmässiger Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Lebenszufriedenheit nicht verleugnen lässt, kann davon ausgegangen werden, dass Lebensqualität mit der Lebenszufriedenheit korreliert.

Es ist aber laut Bullinger (2000) ein allbekanntes Faktum, wenn man auf das Argument von Huber et al. (1988) eingeht, dass rein korrelative Beziehungen zwischen verschiedenen Konzepten keine Aussagen über gerichtete Zusammenhänge erlauben.

Nach Bullinger (2000) ist das Konzept der Lebenszufriedenheit darüber hinaus von mehreren, nicht primär gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren abhängig.

An einer Stichprobe von 209 Katholiken fanden Zwingmann, Mossbrugger & Frank (1991) lediglich schwache Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und Selbsteinschätzung der Religiosität. Bei Berücksichtigung von extrinsischer (E) und intrinsischer (I) Orientierung können allerdings stärkere Zusammenhänge festgestellt werden. Die Lebenszufriedenheit kann somit negativ linear aus E und positiv linear aus I vorhergesagt werden. Die geringste Lebenszufriedenheit zeigen Personen mit hoher extrinsischer und gleichzeitig niedriger intrinsischer religiöser Orientierung.

Muthny et al. (1992) verglich die Lebenszufriedenheit zwischen akuten Erkrankungen (Krebs und Herzinfarkt) und chronischen Erkrankungen (chronische Niereninsuffizienz und Multiple Sklerose). Höhere Lebenszufriedenheit zeigten Patient(inn)en der als akut verstandenen Erkrankungen. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass Krebspatient(inn)en keine ungünstigere Lebensqualität besitzen.

Muthny (1990) verglich die allgemeine Lebenszufriedenheit von Gesunden und Kranken. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Einschätzung der Lebenszufriedenheit auf persönliche Urteile bezieht. Das persönliche Urteil ergibt sich aus einem Vergleichen zwischen einem tatsächlichen Zustand und einem angestrebten Zustand. Es liegt sozusagen ein innerer Referenz-Maßstab vor. Dadurch ist erklärbar, warum z. B. Krebspatient(inn)en nicht unbedingt eine geringere Lebenszufriedenheit aufweisen müssen als Gesunde. Gesunde erleben eine ausgeprägtere Abweichung zwischen tatsächlichen Möglichkeiten und zu hohen Erwartungen.

2.2.10 Empirischer Forschungsstand

Eine Definition von Lebensqualität kann nicht gelingen, ohne zu berücksichtigen was sie beeinflusst. Antworten darauf geben empirische Studien. Aus verschiedenen Ergebnissen von Studien entwickelt sich ein Bild, was nun die Lebensqualität ausmacht. Durch Grundinformationen kann man Zusammenhänge herstellen, d. h. welche Faktoren für bestimmte Personengruppen bedeutsamer sind und welche weniger bedeutsam sind. Erkrankungen führen zu einer Veränderung des Bezugssystems.

2.2.10.1 Empirische Ergebnisse zur Lebensqualität bei unterschiedlichen Erkrankungen

Die Erforschung des Einflusses von Erkrankung und Behandlung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat in der **Erwachsenenonkologie** einen festen Platz erhalten (Kiebert & Kaasa, 1996). Es kann nach Velanovic & Szymanski (1999) davon ausgegangen werden, dass eine Brustkrebserkrankung einen sehr

großen Einfluss auf die Lebensqualität hat. Dies darf in keinem Fall vernachlässigt werden.

Dow, Ferrell & Leigh (1996) zeigten, dass Langzeitüberlebende von Brustkrebserkrankungen trotz signifikanter Beeinträchtigungen in ihrer Lebensqualität von positiven Auswirkungen in den Bereichen Lebensziel, Hoffnung und positive Lebenseinstellung berichteten.

Krischke & Petermann (2000) bestätigen den Zusammenhang zwischen psychischen bzw. körperlichen Beeinträchtigungen und sozialen Verlusten während der Krebsbehandlung und der verminderten Lebensqualität nach der Behandlung.

Schneier (1997) konnte nachweisen, dass die subjektive Lebensqualität, das objektive Funktionsniveau und die materiellen Ressourcen von Personen mit **Angststörungen** deutlich schlechter sind als jene von gesunden Personen.

Nach Simmons, Bremer, Robbins et al. (2000) korreliert bei Patient(inn)en mit **Amyotropher Lateralsklerose (=ALS)** der physische Status gering mit Lebensqualität. Die Dauer der Erkrankung korreliert nicht mit der Lebensqualität. Psychische und existentielle Faktoren spielen hingegen eine wichtige Rolle in der Lebensqualität von ALS-Patient(inn)en. Spirituelle Faktoren und ein unterstützendes System scheinen auch eine Rolle zu spielen.

Robbins, Simmons, Bremer et al. (2001) untersuchten in ihrer Studie, wie sich bei ALS-Patient(inn)en der körperliche Zustand, die Lebensqualität und die Spiritualität oder Religiosität über drei Messzeitpunkte (Baseline, nach drei Monaten, nach sechs Monaten) verändern und welche Beziehung diese Veränderungen aufweisen. Trotz eines fortschreitenden Abfalls des körperlichen Zustandes, veränderten sich die allgemeine Lebensqualität und die Religiositätswerte nur wenig. Die Lebensqualität von ALS-Patient(inn)en scheint somit unabhängig zu sein vom körperlichen Zustand. Dieses Ergebnis stimmt auch mit der Vorgängerstudie (Simmons et al., 2000) überein.

Nach Chiò, Gauthier, Montuschi, Calco, Di Vito, Ghiglione & Mutani (2004) ist bei ALS-Patient(inn)en die wichtigste Variable der Lebensqualität die Qualität der

sozialen Unterstützung, d. h. der Rückzug von der Familie und von Freunden zeigt eine signifikante Beziehung mit der Lebensqualität. Die Einschätzung der Lebensqualität basiert hauptsächlich auf psychischen (z. B. Depression, Hoffnungslosigkeit), unterstützenden und spirituellen Faktoren (besonders private, d. h. selbstbewertete Tiefe der Religiosität und wie viel Kraft sie daraus ziehen) und nicht auf physischen Faktoren.

Die Lebensqualität bei **Parkinson Patient(inn)en** ist abhängig von der kognitiven Beeinträchtigung, der täglichen Dosis von L-Dopa, der Dauer der Erkrankung und dem Krankheitsfortschritt (Michalowska, Fiszer, Krygowska-Wajs, 2005).

Depressionen haben den größten Einfluss auf die Lebensqualität bei Parkinson Patient(inn)en. Auch Behinderung, haltungsbedingte Instabilität und kognitive Beeinträchtigung tragen zu einer schlechteren Lebensqualität bei (Schrag, Jahanshahi & Qinn, 2000).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität verschlechtert sich bei Parkinson Patient(inn)en innerhalb von vier Jahren signifikant in den Bereichen körperliche Beweglichkeit, Schmerz, soziale Isolation und emotionale Reaktionen (Karlsen, Tandberg, Årslund & Larsen, 2000).

Verglichen mit einer Kontrollgruppe weisen Patient(inn)en mit **Multipler Sklerose** eine schlechtere Lebensqualität auf. Eine depressive Stimmung bildet den Hauptfaktor für die Lebensqualität bei Patient(inn)en mit Multipler Sklerose. Der Grad der Behinderung, die Müdigkeit und eine reduzierte Schlafqualität haben hauptsächlich eine Auswirkung auf körperliche Bereiche der Lebensqualität. Eine längere Krankheitsdauer ist nach Lobentanz et al. (2004) verbunden mit reduziertem körperlichen Wohlbefinden, reduziertem emotionalen Wohlbefinden, verminderter Selbstfürsorge, weniger Unabhängigkeit und weniger zwischenmenschlichen Funktionen bzw. Handeln

In der Studie von Pereira de Godoy et al. (2002) bewertete die **Lymphödem Gruppe** alle Dimensionen des SF-36 als unterdurchschnittlich. Die Lymphödem Gruppe zeigte jedoch im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe eine statistisch

niedrigere Lebensqualität in der sozialen Interaktion als auch in den Bereichen des physischen und psychischen Wohlbefindens.

Höhere Lebensqualität hat vorteilhafte Auswirkungen auf das gesundheitliche Befinden, die Krankhaftigkeit und Sterblichkeit (Dominick et al., 2002; Fan et al., 2002; Fan et al., 2004).

2.2.10.2 Empirische Ergebnisse zur Lebensqualität bei Chorea Huntington

Das Ziel der Studie von Helder et al. (2001) lag in der Bewertung der Auswirkungen von Chorea Huntington erkrankten Personen auf deren gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Stichprobe bestand aus 77 Chorea Huntington Patient(inn)en und 74 Personen einer Kontrollgruppe. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 6,4 Jahre. Folgende Fragebögen wurden eingesetzt: Das Sickness Impact Profile (SIP) zur Erfassung des physischen und psychosozialen Wohlbefindens (12 Dimensionen); die Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS) zur Überprüfung von motorischen Leistungen und der Mini Mental Status (MMS) zur Überprüfung kognitiver Leistungen.

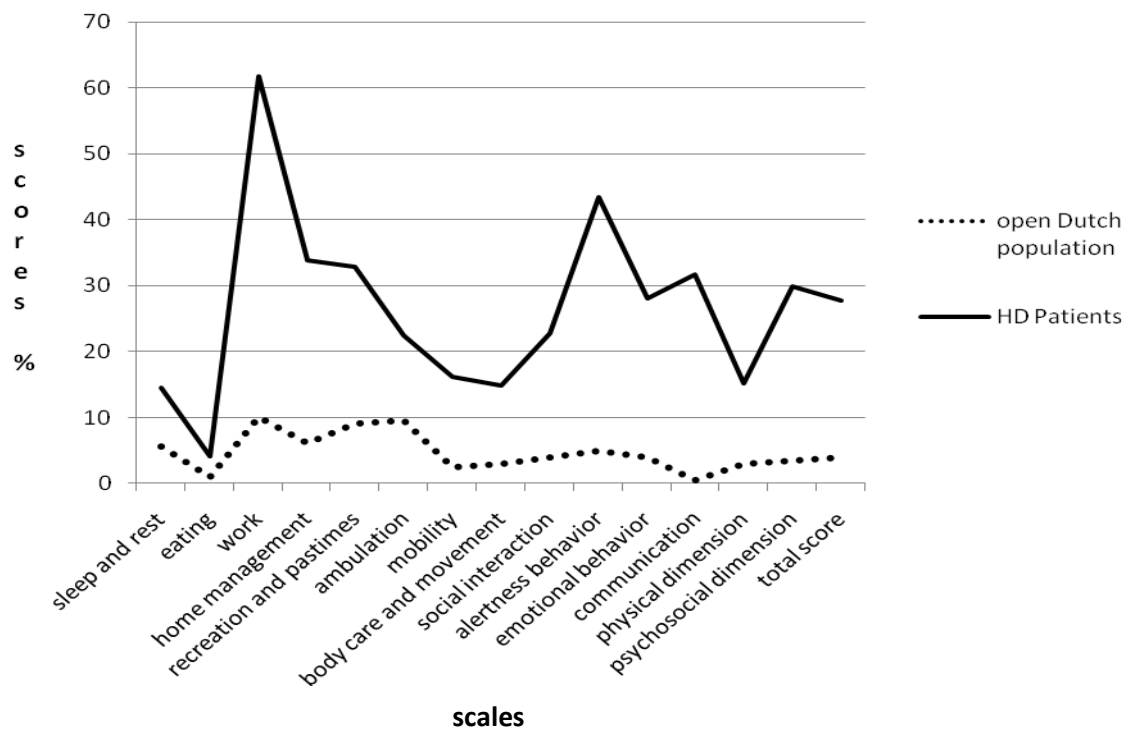


Abb. 5: Mittelwerte im Sickness Impact Profile von Chorea Huntington Patient(inn)en (N = 77) und einer holländischen Kontrollgruppe (N = 74) nach Helder et al. (2001)

Verglichen zur Kontrollgruppe sind Chorea Huntington Patient(inn)en in allen Skalen außer „eating“ deutlich beeinträchtigt, besonders in den Subtests „work“ und „alertness behavior“ (Wachssamkeit). Schwer beeinträchtigt sind auch die Bereiche „work“, „home management“, „recreation & pastimes“, „ambulation“, „social interaction“, „alertness behavior“, „emotional behavior“, „communication“.

Fasst man die Ergebnisse zusammen, so zeigen sich bei Chorea Huntington Patient(inn)en schwere Beeinträchtigungen in der „psychosocial dimension“ (social interaction, alertness behavior, emotional behavior, communication) und mittelmäßig bis schwere Beeinträchtigungen in der „physical dimension“ (ambulation, mobility, body care & movement). Dass Patient(inn)en mit schwerwiegenden Erkrankungen im psychosozialen Bereich eingeschränkter sind als im physischen, zeigt auch eine Studie an Parkinson-Patient(inn)en von Longstreth et al. (1992).

Bei Helder et al. (2001) zeigt sich bei den Ergebnissen des SIP im Zusammenhang mit dem UHDRS, dem MMS und der Dauer der Erkrankung eine signifikante positive Korrelationen zwischen beinahe allen Subskalen des SIP (außer „alertness behavior“ und „emotional behavior“) mit dem motorischen Teil des UHDRS, z. B. je schlechter die Leistung im UHDRS, umso höher die Beeinträchtigung im „home management“. Es zeigt sich jedoch eine signifikante negative Korrelationen zwischen beinahe allen Subskalen des SIP (außer „alertness behavior“ und „emotional behavior“) mit dem MMS, z. B. je geringer die Anzahl der Punkte im MMS, umso höher die Beeinträchtigung in der Skala „communication“. Es zeigt sich auch eine signifikante positive Korrelation zwischen vielen Subskalen des SIP mit der Dauer der Erkrankung, z. B. je länger die Krankheit andauert, umso schwerer die Beeinträchtigung im Bereich „mobility“.

In der Studie von Ho et al. (2004) wurden die zwei Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Short Form 36 und Sickness Impact Profile) für die Eignung von Chorea Huntington Patient(inn)en und ihre Betreuer („carers“) im Vergleich zur Normalbevölkerung verglichen. Der SF-36 beinhaltet 36 Items zu den Kategorien „physical functioning“, „physical role limitations“, „mental health“, „emotional role limitations“, „social functioning“, „energy/vitality“, „pain“, „general health perceptions“, die einer körperlichen und psychischen Dimension angehören. Das Sickness Impact Profile besteht aus 136 Items zu 12 Kategorien, die sich in eine körperliche und eine psychosoziale Dimension aufgliedern (siehe Tab. 3, S. 40).

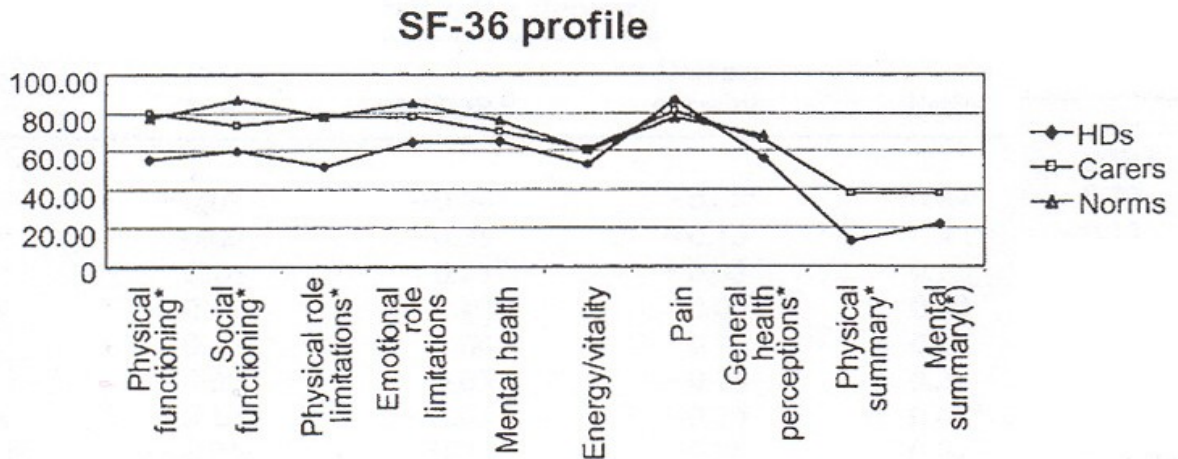


Abb. 6: Vergleich der Lebensqualität bei Chorea Huntington Patient(inn)en, ihren Betreuern und der Normalbevölkerung im SF-36 nach Ho et al. (2004)

Wie in der Abbildung 7 ersichtlich, sind die Ratings der Carers den Populationswerten sehr ähnlich. Chorea Huntington Patient(inn)en zeigen im Vergleich zu den anderen zwei Gruppen signifikant schlechtere Werte bei folgenden Dimensionen: „physical functioning“ ($p < .0001$), „social functioning“ ($p < .007$), „physical role limitations“ ($p < .002$), „general health perceptions“ ($p < .047$), „physical summary component“ ($p < .004$), und ein Trend liegt auch bei der „mental summary component“ ($p < .057$) vor.

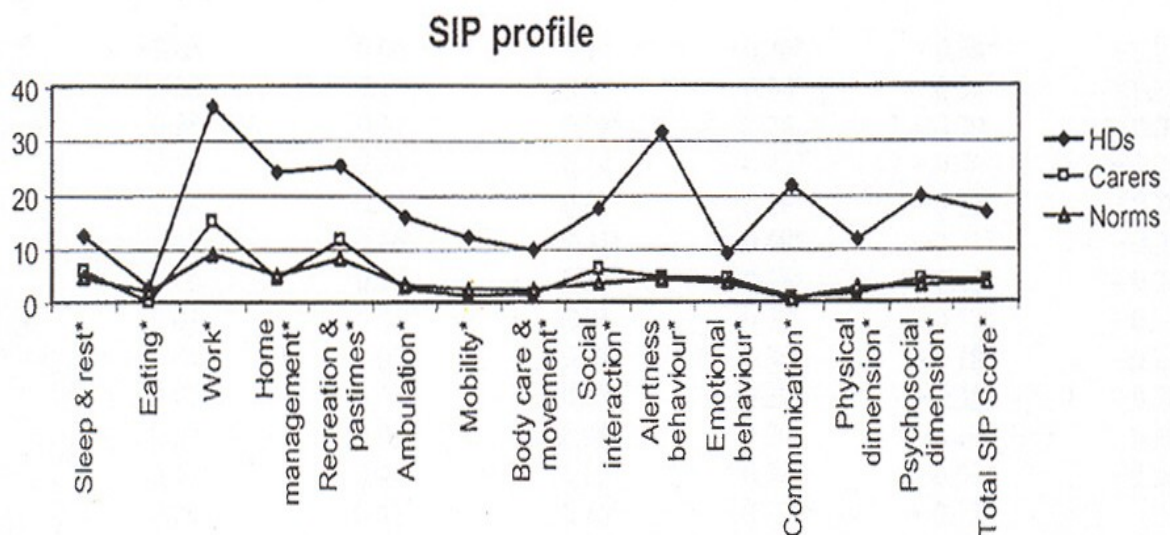


Abb. 7: Vergleich der Lebensqualität bei Chorea Huntington Patient(inn)en, ihren Betreuern und der Normalbevölkerung im Sickness Impact Profile nach Ho et al. (2004)

In der Abbildung 8 ist ersichtlich, dass Chorea Huntington Patient(inn)en deutlich höhere Werte (d. h. geringere Lebensqualität) auf allen Dimensionen aufweisen, besonders bei „alertness behavior“, „work“, „home management“, „recreation and past times“, „communication“ (mean>20). Eine Ausnahme ist die Dimension „eating“ – hier weisen Chorea Huntington Patient(inn)en keine Beeinträchtigung auf (mean<6), obwohl sie signifikant mehr beeinträchtigt sind als Carers. Auch beim SIP-Profil sind die Werte der Carers denen der Population sehr ähnlich.

Die psychosoziale Dimension (Summenwert) liegt bei Chorea Huntington Patient(inn)en an der Grenze zur schweren Beeinträchtigung (beinhaltet emotional behavior, social interaction, alertness behavior, communication). Die psychosoziale Dimension wurde von Chorea Huntington Patient(inn)en schlechter bewertet als die körperliche Dimension (body care & movement, mobility, ambulation).

Schlussfolgernd aus der Studie ist zu bemerken, dass beide Messinstrumente eine akzeptable Validität und Reliabilität sowohl für Patient(inn)en als auch für die „carers“ aufweisen. Der SF-36 ist aufgrund der robusteren Konstruktvalidität und Retestreliabilität geeigneter. Der SF-36 ist kürzer und schneller zu bearbeiten und für Patient(inn)en unterschiedlicher Erkrankungsstadien einfacher zu bearbeiten, d. h. benutzerfreundlicher.

2.3 Religiosität und Spiritualität

2.3.1 Subjektive Religiosität in Österreich

In der „Europäischen Wertestudie“ von Friesl et al. (2009) bezeichnen sich in Österreich zwei Drittel (61%) als religiöse Menschen. Ein Drittel (30%) bezeichnet sich als „nicht religiös“ und 4 % bezeichnen sich als überzeugte Atheist(inn)en. Im Vergleich zu 1999 kam es zu wesentlichen Veränderungen. Im Jahre 1999 bezeichneten sich 75 % als „religiöser Mensch“ und 18 % als „nicht religiös“. Lediglich 2 % gaben an, Atheist(inn)en zu sein. Diese Entwicklung spiegelt nach Friesl et al. (2009) Entkirchlungsvorgänge wider. 81 % der Religiösen finden nach Friesl et al. (2009) regelmäßig Zeit für Beten. 54 % der religiösen Menschen beten zumindest einmal wöchentlich. 72 % fänden es gut, wenn Kinder in der Schule für

Gebet und Meditation mehr Zeit hätten. Nach Friesl et al. (2009) kann Religiosität trösten und kräftigen im Angesicht von Leid. 54 % geben an, aus dem Glauben Kraft und Trost zu schöpfen und 80 % der Religiösen schöpfen aus ihrem Glauben Trost. Auch 13 % der Nichtreligiösen und 5 % der Atheist(in)en kennen solch einen Glaubenstrost. Offensichtlich bedarf es in schwierige Zeiten tröstender Religion, so Friesl et al. (2009).

73 % der befragten Österreicherinnen und Österreicher glauben nach 2008 an einen allgemeinen Gott (Friesl et al., 2009). 1999 glaubten noch 82 % an einen Gott.

Immerhin sind 83 % der Befragten im Jahre 2008 Mitglied einer Religionsgemeinschaft, wobei 16 % keine Mitglieder sind. Der Großteil (73 %) besteht aus Mitgliedern der römisch-katholischen Kirche, 5 % sind evangelisch und 0,4 % sind freikirchliche Christ(inn)en. Der Rest ist vertreten durch Angehörige anderer Religionen.

Nach Denz (2002) ist Österreich im Vergleich mit anderen europäischen Ländern wie Tschechien und Frankreich ein überdurchschnittlich religiöses Land.

Nach Zulehner et al. (2001) behaupten 28 % der befragten Personen, dass sich schwierige Situationen ohne Religion nicht bewältigen lassen. 48 % der ÖsterreicherInnen geben an, dass Religion Trost in schwierigen Lebenslagen gibt.

Immer mehr Menschen verstehen sich in dem Sinne als religiös, als dass sie Religiosität nicht mehr mit einem Normen- und Traditionssystem verbinden. Das hat zur Folge, dass der Bezug zu einer höheren Wirklichkeit sehr individuell sein kann. Diese als „Spiritualität“ bezeichnete Form des Transzendenzbezugs ist ein wichtiger Begriff der Psychologie. Dem eher theologisch orientierten Begriff „Religiosität“ kommt eine eher psychologisch-anthropologische Bedeutung zu (Murken, 1994).

2.3.2 Abgrenzung/Überlappung von Religiosität und Spiritualität

Die Begriffe „Religiosität“ und „Spiritualität“ sind aufeinander bezogen aber dennoch nicht gleich. Ihr Verhältnis zu bestimmen, ist daher eine entscheidende

Weichenstellung (Marler & Hadaway, 2002; Pargament, 1999; zitiert nach Bucher, 2007). Utsch (2005) weist darauf hin, dass die Säkularisierung in Mitteleuropa weiter fortgeschritten ist als in den USA. In großen Umfragen in den USA (Zinnbauer et al., 1997; Marler & Hadaway, 1993) definieren sich immerhin zwischen 65 und 75 % der Personen als religiös und spirituell.

Dennoch wird in der Literatur auch auf die Möglichkeit sich religiös zu verhalten, ohne spirituell zu sein, hingewiesen (Underwood & Teresi, 2002, zitiert nach Bucher, 2007). Beispielsweise wenn jemand ein Gebet herunterleiert oder an einem Begräbnis teilnimmt. Es wird nicht wegen eigenem Willen vollzogen, sondern weil es sozial erwünscht ist. Allport (1967, zitiert nach Huber, 2004) spricht in diesem Zusammenhang von „extrinsischer“ Religiosität (siehe 2.3.10.1).

Umgekehrt kann man sich auch spirituell verhalten, ohne religiös zu sein. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn jemand meditative Praktiken ausübt, weil sie glücklicher und stressresistenter machen, aber nicht, um einer Erleuchtung näher zu kommen (Bucher, 2007). Nach Fuller (2001) besuchen Personen, die sich ausschließlich als spirituell bezeichnen, die Kirche weniger oft. Nach Roof (2000) beten sie seltener und sie sind reservierter gegenüber einem personalen Gott.

Wenn man von einer Überlappung der Begriffe „Religiosität“ und „Spiritualität“ ausgeht, wird in der Literatur diskutiert, welcher der Begriffe der „Umfassendere“ sei. Auch hier liegen geteilte Meinungen vor. Pargament (1999, zitiert nach Bucher, 2007) plädiert für „Religiosität“ als Oberbegriff. Religiosität sei die fundamental menschliche Suche nach Sinn und dessen Bewahrung und Weitergabe. Spiritualität hingegen sei die Suche nach dem Heiligen, d. h. nur eine Teilmenge.

2.3.3 Begriffsbestimmung von Religiosität und Spiritualität

Von den Begriffen „Religiosität“ und „Spiritualität“ gibt es zahlreiche Definitionen. Der Anspruch auf Vollständigkeit ist im Rahmen dieser Arbeit unmöglich. Es folgen daher ausgewählte Definitionen. Zuvor werden die Begriffe „Religion“ und „Religionspsychologie“ angeschnitten.

Es erweist sich als schwierig „Religion“ zu definieren. Abhängig von unterschiedlichen Glaubensvorstellungen und Kulturen kann sie unterschiedliche Formen annehmen. Peterson (1993, S. 12) definiert Religion folgendermaßen: „Religion ist das Beziehungsgeschehen Gott gegenüber“. Er versteht unter Gott ein höheres Wesen oder eine höhere Wirklichkeit, „etwas, dem sich einige Menschen ihrer Ansicht nach nähern, was einige Menschen als wirkend erleben oder verwirklichen können“.

Nach Hundt (2000, zitiert nach Bucher, 2007) bezeichnet der Begriff „Religion“ die religiösen Institutionen (Kirche, Gebote, Symbole, Riten) und „Religiosität“ das unmittelbare bzw. subjektive Erleben von Religion und dessen Vollzug.

Larson et al. (1997) definiert Religion als ein organisiertes System von Glauben, Praxis und Symbolen, das helfen soll, einer höheren Macht näher zu kommen. Nach Larson fördert Religion die Beziehung zum und die Verantwortung für den Nächsten in einer Gemeinschaft.

Aufgabe der „Religionspsychologie“ ist es nun nach Belzen (1999, zitiert nach Huber, 1999), religiöses Erleben und Verhalten erfahrungswissenschaftlich zu beschreiben und nicht, spezifische Glaubensinhalte zu bewerten.

Deusinger & Deusinger (1996) definieren folgendermaßen: „Die Religionspsychologie untersucht die psychologischen Gesetzmäßigkeiten religiöser Vorstellungen, Auffassungen, Empfindungen oder Gefühle wie die religiösen Verhaltens insgesamt. Religionspsychologie forscht nicht nach der göttlichen Wahrheit, dies ist ein Problem der Theologie, sie fragt nach der menschlichen Wirklichkeit, in der ein „Glaube“ – oder ein „Unglaube“ – an eine göttliche Existenz beobachtet werden kann.“ (S. 129).

2.3.3.1 Religiosität

Der Begriff „religiös“ bezieht sich auf konfessionell-kirchliche Glaubensüberzeugungen, Dogmen, Riten und vorgeschriebene Verhaltensweisen während der Begriff Spiritualität „die persönliche Beziehung eines Menschen zu dem, was für ihn heilig oder transzendent ist“ (Sinnott, 2001, S. 199).

Als „religiös“ wird die Haltung eines Menschen gesehen, der die Gegebenheiten seines Lebens und seiner Welt, zumindest teilweise, auf etwas außerhalb des empirisch Gegebenen bezieht. Im Allgemeinen ist er dabei in die Glaubens- und Formenwelt einer bestimmten Religion und Religionsgemeinschaft eingebunden und teilt deren Mythen, Riten und Dogmen (Murken, 1998).

Religiosität wird nach Mytko & Knight (1999) definiert als Übernahme von Glaubensüberzeugungen als auch die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen an einer organisierten Religionsgemeinschaft mit einem spezifischen Normen- und Traditionssystem.

Nach Bachmann (1993) sind alle Erfahrungen religiös, „die im Kontext von Religion sinngedeutend für das eigene Leben gedeutet werden“ (S. 227).

2.3.3.2 Spiritualität

Nach Kaye & Raghavan (2002) kann Spiritualität als Kern der Existenz eines Individuums gesehen werden. Dabei werden physische, intellektuelle, soziale und emotionale Dimensionen integriert und transzendiert.

Spiritualität gilt nach Muldoon & King (1995) als subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb traditioneller Religiosität verortet sein kann und damit allen – nicht nur religiösen – Menschen zu Eigen ist.

Spiritualität wird umschrieben als

- die Art und Weise, in der Menschen das Leben hinsichtlich ihres letzten Sinns und Wertes verstehen und leben (Muldoon & King, 1995)
- das Bedürfnis, zufriedenstellende Antworten auf Fragen zur Bedeutung von Leben, Krankheit und Tod zu finden (Highfield & Cason, 1983)
- ein Beziehungs- und Bedeutungsnetz, das dem Leben Kohärenz verleiht (Rumbold, 2003).

Ross (1995) definiert Spiritualität in Form von drei elementären Bereichen:

- Sinn (engl.: meaning) und Bestimmung (engl.: purpose),
- der Wille zu Leben und Glaube und

- Vertrauen in sich selbst sowie in andere und Gott.

Es könnte sein, dass sich Spiritualität auf die Erholung von einer Erkrankung durch ein tiefgründiges Verständnis von der Bedeutung des Lebens, Bestimmung und/oder mehr Lebenswillen auswirkt.

2.3.4 Das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell von Gesundheit und Krankheit

Das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell von Gesundheit und Krankheit wurde 1977 erstmals von Engel gefordert. Das Modell geht davon aus, dass bei jeder Erkrankung neben biologischen immer auch psychosoziale und sozioökonomische Aspekte einfließen. Alle Aspekte werden gleichermaßen berücksichtigt. Jeder Mensch erlebt seine Krankheit individuell. Somatische Befunde können dieses subjektive Empfinden von Krankheit niemals vollkommen beschreiben bzw. erklären. Psychosoziale Aspekte werden nach Engel (1977) in diesem Modell dem biologischen Aspekt nicht einfach hinzugefügt (Additionsmodell), sondern in ein ganzheitlicheres Modell integriert (Integrationsmodell).

Aktuellere Forschungen vermuten allerdings, dass dieses bio-psycho-soziale Modell in bestimmten Bereichen zu kurz greifen würde. Deshalb wird die Berücksichtigung einer spirituellen Komponente gefordert, die als vierter Aspekt in diesen bereits bestehenden bio-psycho-sozialen Ansatz aufgenommen werden soll (Miller & Thoresen, 1999; Möller & Reimann, 2003; Pargament, 2007).

2.3.5 Theoretische Ansätze zur Zusammenhangsstruktur von Religiosität und Gesundheit

Nach Dörr (2001) wird in der Literatur der Einfluss psychischer und physischer Gesundheit durch Religiosität durch unterschiedliche psychologische Funktionen zu erklären versucht. Aufgrund der Literatur unterscheidet Dörr (2001) sechs Ansätze, wenn es darum geht den positiven Zusammenhang zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und Gesundheit zu erklären.

1. Theorie der sozialen Unterstützung (Kohäsionshypothese): hier steht die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppierung, wenn sie über eine reine Mitgliedschaft zu einer Kirche hinausgeht, im Vordergrund. Die soziale

Unterstützung wirkt positiv auf die Befindlichkeit. Die Kirche kann somit zu einem sozialen Netz werden, das auch emotionale Unterstützung in Notsituationen geben kann.

2. Theorie der kognitiven Orientierung (Kohärenzhypothese): das Weltgeschehen vom religiösen Glauben her einordnen zu können vermittelt Sicherheit. Die Religion bewahrt eine durch Grundwerte geprägte Sichtweise und beantwortet für Menschen die grundlegende Frage nach dem Sinn des Lebens und vermittelt Hoffnung in der Welt (Schumaker, 1992; Argyle & Beit-Hallahmi, 1975; King, 1990; Lovinger, 1984; zitiert nach Dörr, 2001).
3. Theorie des moralischen Verhaltens: bezieht sich auf den Umgang mit dem eigenen Körper und den Umgang mit anderen Menschen. Die moralischen Richtlinien werden bewahrt, um einen destruktiven Lebensstil zu vermeiden. Reduzierte Stressoren im zwischenmenschlichen Bereich äußern sich in einer niedrigeren Scheidungsquote, weniger Eltern-Kind-Konflikten und weniger Konflikten am Arbeitsplatz (vg. Ellison, 1993b; Becker, 1986; Tausch, 1992, 1993; zitiert nach Dörr, 2001).
4. Theorie des göttlichen Handelns: der Glaube an einen liebenden Gott reduziert das Gefühl eines schicksalhaften Ausgeliefertseins (Idler, 1987; Tausch, 1992, 1993; zitiert nach Dörr, 2001). Die Identifikation mit der Stärke Gottes vermittelt Sicherheit. Nach Schumaker (1992, zitiert nach Dörr, 2001) kann der Glaube bei einer aktuellen Problemlösung und bei der Bewältigung von Life Events eine Hilfe darstellen.
5. Theorie der positiven Emotionen: der Glaube an einen Gott, der es gut mit dem Menschen meint, ehrt den Menschen und wertet ihn auf. Ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit wird vermittelt (Meadow & Kahoe, 1984; King, 1990; Hill & Butter, 1995; zitiert nach Dörr, 2001). Der emotionale Erlebniswert der Religion wird als psychologisch bedeutend betrachtet (u. a. Glock 1969; Boss-Nünning, 1972; Murken, 1998; zitiert nach Dörr, 2001).
6. Theorie der alternativen Werte: nach Becker (1986, zitiert nach Dörr, 2001) entwickelte die Religion alternative Werte, die Kranken sowie Behinderten und Versagern jenseits der Wohlstands- und Erfolgsmoralität Sinn und Wert bietet. Die Religion erweitert die Perspektive dahingehend, dass auch ein Sinn im Leid gefunden und es in einem positiven Licht gesehen werden kann.

Ausgehend von diesen sechs Ansätzen merkt Dörr (2001) gleichzeitig an, dass alle genannten positiven psychologischen Funktionen von Religiosität potentielle negative Funktionen sind und negativ erlebt und gelebt werden können.

1. Soziale Unterdrückung: soziale Unterstützung kann zur sozialen Unterdrückung werden, wenn die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft Isolation mit sich bringt. Das autonome Handeln kann eingeschränkt sein und religiöses Leben kann zum Anderssein führen. In weiterer Folge kann es zur Ablehnung durch andere kommen.
2. Kognitive Rigidität: ein Festhalten an alten Strukturen kann eine weltfremde Gläubigkeit stützen, die alternative Denkansätze unterdrückt. Der Wert des Individuums und das Selbstbewusstsein können Schaden nehmen, wenn der Mensch den göttlichen Zielen untergeordnet wird.
3. Strenge moralische Richtlinien: können dazu führen, dass die Befriedigung unterschiedlicher Bedürfnisse wie Lusterfüllung und Vergnügen jeglicher Art als Sünde abgetan werden.
4. Glaube an die Allmacht Gottes: kann dazu führen, dass man sich einem Gott ausgeliefert fühlt, der alles entscheidet. Die eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit kann zu Passivität bezüglich der Bewertung und Verarbeitung von Lebensereignissen und Problemen führen.
5. Negative Emotionen, Angst: können als spirituelles Versagen oder als Strafe interpretiert werden.
6. Idealisierung der alternativen Werte: wie Armut und Demut, können eine Abkehr von Erfolg und Wohlstand und eine Ablehnung jeder Selbstverwirklichung bewirken.

Mytko & Knight (1999) erläutern vier Dimensionen positiver Auswirkungen von Religiosität und Spiritualität auf Gesundheit. Als erstes wird die „Verhaltensebene“ angeführt. In diesem Zusammenhang weist Mytko & Knight (1999) auf den Verzicht bzw. übermäßigen Konsum von Alkohol, Zigaretten, Koffein, Drogen und Fleisch hin. Als Grund wird angeführt, dass in religiösen Gemeinschaften ja meist ein achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper angestrebt wird.

Die zweite Ebene wird als „Physiologische Ebene“ bezeichnet. In diesem Kontext formuliert Mytko & Knight (1999), dass Stress durch Religiosität und Spiritualität leichter abgebaut werden kann. In diesem Sinne kommt es dadurch zur körperlichen Entspannung.

Die dritte Ebene ist die „Soziale Ebene“ im Sinne von sozialer Unterstützung durch die Gemeinschaft. In diesem Kontext kann Vereinsamung vorgebeugt und gelebte soziale Unterstützung gesteigert werden.

Die vierte Ebene wird als „Psychologische Ebene“ bezeichnet. Religiosität und Spiritualität können in diesem Sinne das körperliche bzw. psychische Wohlbefinden beeinflussen.

Nach Murken (1998) besteht kein direkter Zusammenhang zwischen Religiosität und Spiritualität mit Gesundheit. Hierzu müssen komplexe Modelle entwickelt werden. Die Wichtigkeit der Religiosität in der Verarbeitung einer schweren Erkrankung ist vielfach bestätigt (vgl. z. B. Pargament, 1997).

2.3.6 Konzept der religiösen Bewältigung

„Unter „Krankheitsbewältigung (Coping) versteht man Versuche des Individuums, Belastungen der Erkrankung seelisch auszugleichen und zu meistern, um nach der emotionalen Krise wieder in ein Gleichgewicht zu kommen“ (Faller, 1998, S. 35). Pargament (1997) entwickelte auf Basis des Transaktionsmodells von Lazarus & Folkman (1984) ein Konzept der religiösen Bewältigung. Pargament geht davon aus, dass die Religiosität auf die Transaktion zwischen Person und Umwelt einwirkt. Pargament (1997, zitiert nach Huber, 1999) unterscheidet „Deferring“, „Collaborative“ und „Self-Directing“ als die drei Formen religiöser Bewältigung. Bei „Deferring“ wird Gott die gesamte Verantwortung zugetragen. Bei „Collaborative“ wird versucht, mit Gottes Hilfe zur Lösung zu gelangen. Bei „Self-Directing“ wird alleine versucht, eine Lösung herbeizuführen. Pargament et al. (1988) entwickelten dazu die „Religious Problem Solving Scale“ (RPSS). Andere religiöse Copingskalen sind beispielsweise die „Religious Coping Scale“ von Bjorck (1991) und Bjorck & Cohen (1993), die „Religiösen Problemlösungsskalen“ von Freund (1994), der „Religious Coping Index“ von Koenig et al. (1992) und die „Religious Coping Activity Scale“ von Pargament et al. (1990).

2.3.7 Methoden zur Operationalisierung und Erhebung von Religiosität

Huber (1996) gibt einen Überblick über den Grundbestand religionspsychologischer Messinstrumente zur Erfassung religiöser Einstellungen und unterscheidet eindimensionale, zweidimensionale und mehrdimensionale Ansätze zur Erfassung religiöser Einstellungen.

2.3.7.1 Eindimensionale Ansätze zur Erfassung religiöser Einstellungen

Die Charakteristik der eindimensionalen Ansätze liegt darin, dass sie keine Annahmen über den Zusammenhang verschiedener Aspekte der Religiosität voraussetzen. Eindimensionale Ansätze erfassen entweder nur einzelne Aspekte der Religiosität oder versuchen Religiosität global zu operationalisieren. Zu den bekanntesten eindimensionalen Fragebögen zählt die „Attitude toward church scale“ von Thurstone und Chave (1929). Diese Skala gehört wohl zum häufigsten eingesetzten Messinstrument in der Religionspsychologie (Haub, 1992). Nach Huber (1996) hatte die Skala im amerikanischen Raum bis in die 70er Jahre Gültigkeit. Deusinger & Deusinger (1974) überprüften dieses Messinstrument für den deutschsprachigen Raum. Sie erweiterten den Fragebogen von drei auf sechs Skalen (Kirche, Gott, Jesus, Heilige, Maria-Mutter Gottes, Gebet).

Weitere eindimensionale Fragebögen sind die „Transzendenz“ Skala von Bottenberg und die Skala „Religiöser Glaube sensu Glaubensbekenntnis“ von Zwingmann (Huber, 1996).

2.3.7.2 Zweidimensionale Ansätze

Die Charakteristik der zweidimensionalen Ansätze liegt darin, dass sie sehr wohl den Zusammenhang verschiedener Aspekte der Religiosität voraussetzen. Nach Huber (1996) unterscheiden alle zweidimensionalen Konzepte zwischen „innerlich“ begründeten religiösen Verhalten und einem „äußerlich“ gezeigten religiösen Verhalten. Eine zentrale Rolle spielt dabei der Ansatz von Allport (1950), der zwischen intrinsischer und extrinsischer Religiosität unterscheidet (siehe Kap. 2.3.10.1). Allport & Ross (1967) entwickelten den Fragebogen zur Erfassung von

religiösen Orientierungen (ROS: Religious Orientation Scale). Die I/E Skala war ursprünglich als eindimensionale Skala mit einem intrinsischen und einem extrinsischen Pol konzipiert. Zwischen beiden Skalen gab es jedoch nur niedrige Korrelationen, sodass künftig beide Pole als unabhängige Dimensionen dargestellt wurden.

Allport & Ross (1967) nahmen eine weitere Differenzierung der Religiositätsdimensionen vor, in dem sie die Vierfelder-Typologie entwickelten. Neben dem extrinsisch Religiösen (nur hohe E-Werte) und dem intrinsisch Religiösen (nur hohe I-Werte), wurden der Typus des Pro-Religiösen (hohe I-Werte und hohe E-Werte) und der Typus des Antireligiösen (niedrige I-Werte und niedrige E-Werte) entwickelt.

Im deutschsprachigen Forschungskontext finden sich zwei Anwendungen des I/E-Konzepts von Allport. Dörr (1987) übersetzte den Fragebogen im Rahmen einer Studie zum Zusammenhang von Religiosität und Depressivität ins Deutsche. Eine zweite Übersetzung erfolgte von Wolf & Deusinger (1996). Bateson erweiterte das I/E-Konzept, so dass er drei Dimensionen der Religiosität postulierte. Er spricht von „End“- , „Means“- und „Quest“-Orientierung (Masters & Bergin, 1992). Mit dem „Religious Life Inventory“ (RLI) von Bateson und Ventis sind diese drei Skalen messbar. Hellmeister & Ochsman übersetzten dieses Inventar ins Deutsche (Huber, 1999). Die „End“-Orientierung entspricht der intrinsischen Religiosität und die „Means“-Orientierung der extrinsischen Religiosität. Die „Quest“-Orientierung wurde von Allport vernachlässigt. Sie bezeichnet eine suchende Religiosität, die auch als Skepsis gegenüber traditionell-religiösen Glaubensüberzeugungen bzw. Einstellungen gesehen werden kann.

2.3.7.3 Mehrdimensionale Ansätze

Charakteristisch an mehrdimensionalen Ansätzen ist, dass sie mehrere Aspekte der Religiosität in ihrem Zusammenhang zu erfassen versuchen (Huber, 1996).

Glock (1962) scheint in diesem Zusammenhang in der Literatur als Erstes auf. Er unterscheidet fünf Dimensionen relativ unabhängiger Aspekte von Religiosität, die in jeder Religion nachweisbar sind (vgl. Huber, 1996).

1. Ideologische Dimension (religiöser Glaube): bezieht sich auf das Ausmaß an Zustimmung zu bestimmten Glaubenssätzen.
2. Rituelle Dimension (religiöse Praxis): bezieht sich auf die Häufigkeit ritueller Betätigungen bzw. Praktiken wie z. B. Gottesdienst und Fasten.
3. Experientelle Dimension (religiöse Erfahrung): Ausmaß an direktem Zugang zur letzten Wirklichkeit oder einer religiösen Gemütsbewegung, z. B. die Erfahrung der Nähe Gottes.
4. Konsequentielle Dimension (religiöse Effekte): Es wird davon ausgegangen, dass ein religiöses Bekenntnis bzw. religiöse Bindungen Folgen haben.
5. Intellektuelle Dimension (religiöses Wissen): bezieht sich auf die Erwartungshaltung, dass religiöse Menschen mit den grundlegenden Lehrsätzen ihres Glaubens bzw. ihrer Heiligen Schrift vertraut sein sollten.

Im Rahmen der Studie von Glock & Stark (1966, zitiert nach Huber, 1996) konstruierten sie einen Fragebogen mit den ersten vier oben genannten Dimensionen. Relativ niedrige Korrelationskoeffizienten ließen auf eine Unabhängigkeit der Dimensionen schließen.

Clayton (1971) überprüfte das Messmodell von Glock und fand eine Korrelation zwischen den einzelnen Dimensionen. Nach Clayton sind demnach die einzelnen Dimensionen nur anders benannt, sie erfassen jedoch das gleiche Merkmal.

Becker & Weisser (1988) gehen von einer Mehrdimensionalität des Konstrukts Religiosität aus und bestätigen somit den Ansatz von Glock.

Auch Boss-Nünning (1997) setzte sich mit dem multidimensionalen Ansatz von Glock im deutschsprachigen Raum auseinander, indem sie die Facetten von Glock überprüft. Ihre Ergebnisse widerlegen die These, dass Religiosität ein mehrdimensionales Konstrukt ist, denn schon alleine die intellektuelle Dimension stelle eine relativ unabhängige Domäne dar. Sie geht von einem eindimensionalen Messmodell aus, da sehr viele Items auf dem ersten Faktor „Allgemeine Religiosität“ laden.

So kommt Huber (1996) zu folgender Aussage: „Der Grundgedanke Glocks kann auch im deutschsprachigen Raum als bestätigt angesehen werden. Es erweist sich somit als sinnvoll, religiöse Einstellungen multidimensional zu erfassen. Methodologisch ist dabei vor allem die Operationalisierung der einzelnen Dimensionen von zentraler Bedeutung. Sie hat sich an der Spezifität der jeweiligen Dimension zu orientieren“ (S. 3).

2.3.8 Instrumente zur Erfassung von Religiosität

Nach Dörr (2001) steht dem relativ weit gefassten Religiositätsbegriff die Operationalisierung von Religiosität in den einzelnen Untersuchungen gegenüber. Mit Religiosität kann in den Arbeiten immer nur das gemeint sein, was das jeweils zugrundeliegende Messinstrument misst.

Einen Überblick über häufig eingesetzte Religiositätsfragebögen bzw. Religiositätsskalen werden von Dörr (2001) dargestellt, was jedoch keine Anspruch auf Vollständigkeit erlaubt. Detailliertere Angaben zu den genannten Skalen finden sich bei Dörr (2001, S. 32 ff).

Autor	Skala	Items
Allport & Ross (1967), Feagin (1964), Donahue (1985b)	Religious Orientation Scale	20
Batson & Ventis (1982), Batson, Schoenrade & Ventis (1993)	Religious Life Inventory (RLI)	26 (32)
Becker & Weißer (1988)	Fragebogen zur Religiosität	139
Benson & Spilka (1977)	God-Images	13
Boss-Nünning (1972), Wittkowski & Baumgartner (1977, Kurzform)	Religiöse Dimensionen	77 (26)
Bottenberg (1982)	Transzendenz	12
Deusinger & Deusinger (1976, 1996), Deister (1998)	Frankfurter Religionsfragebogen	66
Dörr (1987, 1992)	Positives Gottesbild	5
Dörr (1987, 1992)	Religious Orientation Scale (deutsch)	17
Dörr (1987, 1992)	Religiöse Orientierung / Religiöse Erfahrung	18
Feig (1983, 1988)	Verständnis von Religiosität	126
Felling, Peters & Schreuder (1982, 1983), Schreuder (1991), Tarnai (1996)	Welt- und Lebensanschauungen	16
Glock (1969), Glock & Stark (1965), Stark & Glock (1968), Faulkner & DeJong (1966)	Dimensions of Religiosity	21
Gorsuch & McPherson (1989)	I/E-Revised	14
Grom, Hellmeister & Zwingmann (1996)	Münchener Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI)	56
Hellmeister & Ochsmann (1996)	Religious Life Inventory (deutsch)	21
Hood (1970)	Religious Experience Episodes Measure (REEM)	15
Kass, Friedman, Leserman, Zuttermeister & Benson (1991)	Index of Core Spiritual Experiences (INSPIRIT)	7
Kecskes & Wolf (1993)	Christliche Religiosität	23
Kim (1988)	Religiöse Haltungen	80
King (1967), King & Hunt (1969)	Individual Religious Belief and Practice	61
Koenig, Parkerson & Meador (1997)	Duke Religion Index	5
Krügeler (1993), Dubach & Campiche (1993), Hellmeister, Straube & Wolfradt (1996)	Religiöse Orientierung	13

Autor	Skala	Items
Lindberg (1975)	Dimensionalität und soziologisch-sozialpsychologische Bezugsvariablen der Religiosität	100
Murken (1994b, 1998)	Dimensionen von Religiosität	33
Murken (1998)	Verhalten Gottes	22
Murken (1998)	Gefühle gegenüber Gott	27
Niggli (1988), Spring, Moosbrugger, Zwingmann & Frank (1996)	Erziehung durch religiösen Zwang	13
Petersen (1993, 1996)	Fragebogen zur Beziehung zu Gott	59
Schenk (1980)	Klerikalismus	24
Spilka, Armatas & Nussbaum (1964), Benson & Spilka (1977)	The Concept of God	64
Spilka, Read, Allen & Dailey (1968), Raschke (1973)	Religious Viewpoints Scale	40
Thurstone & Chave (1929)	Attitude toward Church Scale	45
Wolf (1993), Wolf & Deusinger (1996)	Religious Orientation Scale (deutsch)	20
Zwingmann (1991), Zwingmann, Hellmeister & Ochsmann (1994)	Religious Orientation Scale (deutsch)	21
Zwingmann, Moosbrugger & Frank (1995b, 1996)	Religiöser Glaube sensu Glaubensbekenntnis	19

Tab. 4: Überblick über häufig eingesetzte Religiositätsskalen nach Dörr (2001)

Weitere häufig verwendete Messinstrumente sind die „Zentralitätsskala“ von Huber (2003), der „Fragebogen zum religiösen Erleben (FRE)“ von Schowalter et al. (2003) und der „Religiositätsstrukturtest“ von Huber (2004).

Viele Messinstrumente erfassen sowohl Aspekte der Religiosität als auch Aspekte der Spiritualität. Solche Messinstrumente zur Erfassung der Religiosität bzw. Spiritualität sind beispielsweise das „Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden“ (MI-RSB 48) von Unterrainer (2007) und das „Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research“ vom Fetzer Institut (2005). Das Multidimensionale Measurement of Religiousness/Spirituality erfasst zentrale Dimensionen von Religiosität bzw. Spiritualität und untersucht den Zusammenhang mit psychischen und physischen Indikatoren der Gesundheit. Ostermann et al. (2004) entwickelten einen Fragebogen zur Erfassung der

spirituellen und religiösen Einstellung und des Umgangs mit einer Krankheit (SpREUK).

2.3.9 Instrumente zur Erfassung von Spiritualität

Im angloamerikanischen Raum wurde im Laufe der letzten hundert Jahre eine Vielzahl verschiedener Instrumente entwickelt, mit denen Spiritualität erfasst werden kann. Bucher (2007) gibt einen Auszug von bisher häufig eingesetzten Instrumenten.

Skala	Items	Dimensionen	α
Skala „Spirituelles Wohlbefinden“ von Paloutzian und Ellison (1982)	20	(1) Existenzielles Wohlbefinden (2) Religiöses Wohlbefinden	.96
„Index spiritueller Erfahrungen“ von Kass, Friedman, Leserman, Zuttermeister & Benson (1991)	18	eine	.81
„Mystizismus-Skala“ von Hood (1975)	32	(1) Generelle Mystik (2) Religiöses Interpretation der Mystik	>.70
Skala „Transpersonales Vertrauen“ von Belschner (2000)	11	eine	.93
Skala „Humanistisch-phänomenologische Spiritualität“ von Elkins et al. (1988)	157	(1) Transzendenz (2) Sinn- und Zweckhaftigkeit (3) Lebensmission (4) Heiligkeit des Lebens (5) Materielle Werte (6) Altruismus (7) Dealismus (8) Bewusstsein für Tragik (9) „Früchte“ der Spiritualität	.97
Skala zur „spirituellen Transzendenz“ von Piedmont (1999)	24	(1) Universalität (2) Verbundenheit (3) Gebetserhörung	.85 .65 .85
Skala „Spirituelles Wohlbefinden“ von Gomez und Fisher (2003)	20	(1) Persönlicher Bereich (2) Gemeinschaftlicher Bereich (3) Umgebung: Natur und Kosmos (4) Transzendenz	.89 .79 .76 .86

Skala	Items	Dimensionen	α
Skala „Intrinsische Spiritualität“ von Hodge (2003)	6	eine	
Skala „Spirituelle Selbsttranszendenz“ von Kirk, Eaves und Martin (1999)	15	eine	.96
Index „spirituelles Wohlbefinden“ von Daaleman und Frey (2004)	12	(1) Selbstwirksamkeit (2) Lebensschema	.86 .89

Tab. 5: Überblick über häufig eingesetzte Spiritualitätsskalen nach Bucher (2007)

2.3.10 Schwerpunkte der religionspsychologischen Forschung

2.3.10.1 Konzept der extrinsischen und intrinsischen Religiosität

Das Konzept der intrinsischen und extrinsischen religiösen Orientierung beeinflusste maßgeblich die religionspsychologische Forschung. Allport (1950) und Allport & Ross haben 1967 bei der Umsetzung der Konstrukte in eine Religiositätsskala (Religious Orientation Scale von Allport & Ross, 1967) die Bezeichnungen der reifen bzw. unreifen Persönlichkeit in die Bezeichnungen „intrinsic“ und „extrinsic“ umformuliert. Nach Allport führt der intrinsisch Gläubige ein intensiv verinnerlichtes Glaubensleben aus persönlichen Gründen. Alle Lebensbereiche werden vom Glauben beeinflusst und mit den religiösen Überzeugungen in Einklang gebracht. Der extrinsisch Gläubige ist nach Allport durch eine oberflächliche Religiosität charakterisiert, dem tief verwurzelte Überzeugungen fehlen. Nicht alle Lebensbereiche werden vom Glauben beeinflusst. Der Glaube hat eine zweckdienliche Funktion, um soziale Kontakte sowie Sicherheit und Trost zu erhalten. Zusammenfassend schreiben Allport & Ross (1967, zitiert nach Dörr, 2001): „The extrinsically motivated individual uses his religion, whereas the intrinsically motivated lives his religion“ (p. 434).

Allport (1967, zitiert nach Huber, 2004) gibt an, dass die extrinsische Religiosität von außen auferlegt oder durch erzwungene Verhaltensmuster gekennzeichnet ist. Sie habe negative gesundheitliche Auswirkungen. Nach Donahue (1985 a, b) ist die extrinsische Gläubigkeit eine „schlechte“ Religiosität, da sie mit Angst, Dogmatismus und Depression u.a. positiv korreliert. Die intrinsische Religiosität hingegen ist durch das Ausüben von Religion aus eigenem Antrieb und Bedürfnis heraus gekennzeichnet (Allport, 1967, zitiert nach Huber, 2004). Sie habe günstige

gesundheitliche Auswirkungen. Nach Donahue (1985 a, b) scheint die intrinsische Gläubigkeit die „gute“ Religiosität darzustellen.

2.3.10.2 Zusammenhang von psychischer und physischer Gesundheit mit Religiosität

Dörr (2001) gibt einen Überblick über Arbeiten zum Zusammenhang von Aspekten psychischer und physischer Gesundheit mit Religiosität und weist auf die unterschiedlichen Ergebnisse hin. Viele Autoren kommen nach Dörr (2001) aufgrund von Metaanalysen zur vorsichtigen Stellungnahme, dass Religiosität eher eine positive und gesundheitsfördernde Wirkung habe. Kein Autor käme zu einer gegenteiligen Beurteilung. Viele sind gegen die Berechtigung, von einem positiven oder negativen Zusammenhang zu sprechen sondern sind für eine differenzierte Betrachtung. Religiosität, so Dörr (2001), könne für die psychische und physische Gesundheit nicht einfach „gut“ oder „schlecht“ sein. Eine derartige Polarisierung könne dieser komplexen Beziehung nicht gerecht werden. Viele Autoren weisen nach Dörr (2001) darauf hin, dass die Ergebnisse von empirischen Studien je nachdem, welche Aspekte von Religiosität und welche Aspekte von Gesundheit erfasst werden, unterschiedlich ausfallen. Dass sich Ergebnisse widersprechen, führt Dörr (2001) auch darauf zurück, dass es verschiedenste Definitionen und Operationalisierungen von Religiosität gibt. Dörr (2001) meint, dass es nicht genügt festzustellen, ob oder wie sehr jemand religiös ist. Es sei vielmehr entscheidend, auf welche Art und Weise Religiosität im Alltag des Menschen nutzbar gemacht wird. Schumaker (1992, S. 3f.; zitiert nach Murken 1998) gibt einen Überblick über die Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit.

Argumente für einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit	Argumente für einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit
<i>Religion</i>	<i>Religion</i>
reduziert existentielle Angst, in dem sie durch beruhigende Erklärungen und Attributionen eine kognitive Struktur in einer sonst chaotischen Welt anbietet.	fördert Selbstentwertung und geringes Selbstwertgefühl durch Glaubensvorstellungen, die die menschliche Natur abwerten.
bietet das Gefühl von Hoffnung, Sinn und Zweck und daraus resultierend ein Gefühl emotionalen Wohlbefindens.	unterstützt die dysfunktionale Unterdrückung von Ärger.
vermittelt Vertrauen in die Sinnhaftigkeit von allem, wodurch Schmerz und Leid besser erträglich ist.	fördert Gefühle von Furcht und Angst durch Glauben an Sünde und Bestrafung.
bietet für eine Vielzahl situativer und emotionaler Konflikte eine Lösung an.	verhindert Autonomie, internale Kontrolle und persönliches Wachstum.
löst zumindest teilweise das beunruhigende Problem der Sterblichkeit durch Glauben an ein Weiterleben.	fördert Unterordnung, Konformität und Suggestibilität mit dem Ergebnis der übermäßigen Abhängigkeit von äußeren Kräften.
gibt den Menschen ein Gefühl von Kraft und Kontrolle durch die Verbindung mit einer omnipotenten Macht.	verbietet den Ausdruck sexueller Gefühle und kann daher sexuelle Störungen begünstigen.
vermittelt moralische Richtlinien für das Verhalten mit sich selbst und anderen, während ein selbst-zerstörerischer Lebensstil unterdrückt wird.	fördert eine Aufteilung der Welt in »gute« und »schlechte« Menschen. Daraus entstehen Vorurteile und Feindseligkeiten.
fördert soziale Bindungen.	widerspricht sich mit rationalen und kritischen Gedanken.
vermittelt soziale Identität und befriedigt Bedürfnisse nach Zugehörigkeit durch Gemeinsamkeit im Glauben.	führt zu ungesunden Schuldgefühlen.
bietet die Grundlage für gemeinsam ausgeführte, befreiende Rituale.	

Tab. 6: Argumente für einen positiven bzw. negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit nach Schumaker (1992, zitiert nach Murken, 1998)

2.3.10.3 Empirischer Forschungsstand zur Religiosität und Spiritualität

Zulehner, Hager und Polak (2001) zeigen, dass sich Männer als weniger religiös beschreiben als Frauen und dass ältere Menschen religiöser sind als jüngere Menschen. Auch scheint das Ausmaß an Religiosität mit zunehmenden Grad der Ausbildung abzunehmen. Laut Zulehner et al. (2001) halten sich 59 % der Österreicher und Österreicherinnen für religiös und 8 % der Österreicherinnen und

Österreicher für sehr religiös. 10 % bezeichnen sich als eher nicht religiös und 7 % für gar nicht religiös.

Murken (1998) stellte fest, dass Männer signifikant deutlicher dazu neigen als Frauen, Gott als strafend zu beschreiben. Hinsichtlich ihrer Gefühle gegenüber Gott unterscheiden sie sich jedoch nicht.

Dörr (2001) zeigt in ihrer Studie, dass es eine kurvenlineare Beziehung zwischen Religiosität und Depressivität gibt. Personen mit mittlerer Ausprägung von Religiosität zeigen die höchsten Depressionswerte. Personen hingegen, die angeben wenig oder sehr gläubig zu sein, weisen niedrige Depressionswerte auf.

Areligiöse depressive Patient(inn)en sind signifikant aggressiver, impulsiver, haben einen höheren Prozentsatz an Suchterkrankungen, haben weniger moralische Bedenken gegen den Selbstmord, finden weniger Gründe um zu leben, sind jünger, seltener verheiratet, haben weniger Kinder und weniger Kontakt mit ihrer Familie als religiöse depressive Patient(inn)en (Dervic, Oquendo, Grunebaum, Ellis, Burke & Mann, 2004).

Die Remission einer Depression tritt bei religiösen Patient(inn)en früher ein als bei areligiösen Patient(inn)en (Koenig, George & Peterson, 1998).

Smith, McCullough & Poll (2003) untersuchten in ihrer Meta-Analyse (147 Studien mit 100.000 Personen) den Zusammenhang zwischen Religiosität und Depressivität. Es zeigte sich, dass stärker ausgeprägte Religiosität mit weniger depressiven Symptomen einhergeht.

Religiosität und Spiritualität bringen mehr soziale Unterstützung, weniger depressive Symptome, bessere kognitive Funktionsfähigkeit und eine höhere Hilfsbereitschaft bei älteren hospitalisierten Patient(inn)en mit sich (Koenig et al., 2004).

Ai et al. (2000) finden einen Zusammenhang zwischen dem Gebet, Hoffnung und dem Optimismus. Walton et al. (2004) gibt an, dass durch das Gebet die

Hoffnungslosigkeit überwunden werden kann. Auch Narayanasamy (2002) bestätigt, dass der Glaube in unsicheren Zeiten und des Leidens die Hoffnung stärken kann.

Hohe religiöse Eingebundenheit bringt ein reduziertes Risiko für Substanzmissbrauch mit sich (Koenig, George, Meador & Blazer, 1994).

Atheisten weisen ein schwächeres soziales Netz auf als religiöse Personen (Prescosolido & Georgianna, 1989).

Religiosität ruft Aggressionsreduktion hervor (Storch & Storch, 2002).

Das Gefühl, von Gott oder einer höheren Kraft geliebt und geschätzt zu werden, bringt Trost und Hoffnung – besonders bei der Bewältigung einer emotionalen oder körperlichen Erkrankung (Koenig, Larson & Larson, 2001). Koenig et al. (2001) nahmen eine Durchsicht der Literatur in Bezug auf die Beziehung zwischen religiösen Glauben (Aktivitäten) und Adaption an Krankheiten (neurologische Störungen, Herzkrankheiten, Niereninsuffizienz, AIDS, und andere Erkrankungen) vor. Es zeigte sich, dass sich bei körperlichen Erkrankungen viele Personen auf ihren religiösen Glauben und ihre religiösen Praktiken beziehen um Stress abzubauen, um Kontrolle zu bewahren, um Hoffnung und Bedeutung bzw. Zweck im Leben aufrechtzuerhalten, um die Krankheit besser zu bewältigen und um an den negativen gesundheitlichen Erfahrungen zu wachsen und nicht um von ihnen besiegt zu werden.

Religiöse Überzeugungen und Aktivitäten, die Mitgefühl, Vergebung, Dankbarkeit und Hoffnung fördern, sind förderlich für die psychische Verfassung. Dies fördert die Entwicklung der sozialen Unterstützung (Geben und Nehmen) und dies wirkt sich auf die persönliche Geltung aus (McCullough & Snyder, 2000).

Personen mit religiöser Zugehörigkeit/Mitgliedschaft leiden nach Lindenthal, Myers & Pepper (1970) seltener an psychischen Störungen als Personen ohne religiöser Zugehörigkeit.

Menschen finden Trost in religiösen und spirituellen Erfahrungen, besonders wenn eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird (Zisook et al., 1995).

Wöchentlicher Kirchenbesuch und religiöse Bindung führen zu einer niedrigeren Rate von Herzinfarkten, Lungenerkrankungen und Zirrhose (Comstock & Partridge, 1972), zu niedrigerem Blutdruck (Larson et al., 1989), geringerer Arbeitsunfähigkeit (Idler & Kasl, 1992) und geringerer Sterblichkeit (McCullough et al., 1999).

Religiosität und Spiritualität sind verbunden mit mehr „Sinn und Zweck im Leben sehen“, persönlichem Wachstum, mehr Beherrschung, mehr Kontrolle, höherem Glücksgefühl und höherer Zufriedenheit bei Krebspatient(inn)en (Yates et al., 1981).

HIV-Patient(inn)en, die religiös und spirituell sind, haben mehr Optimismus, ein höheres Selbstwertgefühl, eine höhere Lebenszufriedenheit und trinken weniger Alkohol (Cotton et al., 2006).

In der Studie von Larson, Sheirill, Lyons, Craigie, Thielman, Greenwold & Larson (1992) geben Personen an, dass Religion eine hohe Bedeutung für sie hat, sie aber keine religiösen Angebote (z. B. Gottesdienste) in Anspruch nehmen. Das führt möglicherweise zu einem persönlichen Konflikt, der die psychische Verfassung negativ beeinflusst.

Verheiratete Krebspatient(inn)en mit höherer Bildung und höherem Einkommen sind religiöser und haben mehr religiöse Gewohnheiten (Kaczorowski, 1989).

Katholische und evangelische Religionszugehörigkeit bei Krebs- und HIV-Patient(inn)en ist verbunden mit höheren spirituellen Wohlbefinden im Vergleich zu einer jüdischen Religionszugehörigkeit oder gar keiner religiösen Zugehörigkeit (Fitchett et al., 1996a).

Dass Religiosität eine wichtige Ressource für die Bewältigung von sehr bedeutenden und einschneidenden Erlebnissen ist, zeigt auch eine Studie (Schuster et al., 2001) nach dem Anschlag am 11. September 2001 in New York. Untersucht wurde der Stresslevel und der Copingmechanismus von Erwachsenen innerhalb von drei bis

fünf Tagen nach dem Anschlag. Es zeigte sich, dass 90 % der Befragten religiösen oder spirituellen Trost zur Bewältigung dieser Stresssituation suchten. Alleine diese Zahlen sprechen dafür, dass Religiosität durchaus zur Verarbeitung von Erlebnissen beitragen kann, wobei hier durchaus angemerkt werden muss, dass 85 % der U.S. Bevölkerung Religion als „sehr wichtig“ in ihrem Leben beurteilen und Religion für 70 % der Bevölkerung einen „zentralen Lebensfaktor“ darstellt (Gallup, 1995).

Kendler et al. (2003) stellten in ihrer Studie mit Zwillingen internalisierende Störungen (Depression, Phobien, Angststörungen, Panikstörungen, Bulimie) den externalisierenden Störungen (Nikotin- und Alkohol-, Tablettensucht, antisoziale Verhaltensstörung) in Bezug auf die Dimensionen des Religionsfragebogens von Kendler (2003) gegenüber. Genaue Angaben zum Religiositätsfragebogen von Kendler siehe Kapitel 3.2.2.1 Die Ergebnisse zeigen, dass die Dimensionen „Allgemeine Religiosität“, „Gottesbeziehung“, „Vergeben/Liebe“, und „Gottesgericht“ protektiv gegen externalisierende psychische Krankheiten wirken. Die Dimensionen „Soziale Religiosität“ und „Dankbarkeit“ wirken protektiv gegen beide Krankheitsgruppen und „Rachelosigkeit“ wirkt protektiv gegen internalisierende psychische Krankheiten. Es zeigt sich, dass weibliche Patienten religiöser sind als männliche (außer bei „Gottesgericht“). Ältere Patient(innen)en sind religiöser als jüngere Patient(inn)en und je höher der Bildungsgrad, desto religiöser sind die Patient(inn)en.

In der Studie von Tepper, Rogers, Coleman & Maloney (2001) wurden 400 chronisch psychiatrische Patient(inn)en unterschiedlicher Erkrankungen im Hinblick auf das Ausmaß ihrer religiösen und spirituellen Überzeugung in der Bewältigung ihrer Symptome untersucht. Es zeigt sich, dass 80 % der Patient(inn)en die Symptome bzw. die alltäglichen Probleme mit religiöser Überzeugung bzw. Aktivität bewältigen. 30 % behaupten, dass die religiöse Überzeugung bzw. Aktivität der wichtigste Faktor ist. 65 % berichten, dass Religion ihnen größtenteils dabei hilft die Symptome zu bewältigen. 48 % geben an, dass das Ausmaß von Religion/Spiritualität mit dem Schweregrad der Erkrankung zunahm. Je länger und je höher die religiöse Überzeugung der Patient(inn)en war, umso geringer waren die Symptome und umso besser war der Gesamtzustand der Patient(inn)en. Es zeigte sich eine Verbesserung

der Gesamtsymptomatik und vor allem weniger Symptome in den Bereichen Zwang, Abhängigkeit, Phobie und Paranoia.

McCullough, Emmons & Tsang (2002) fanden eine positive Korrelation zwischen Spiritualität und Dankbarkeit (eigens entwickelte Skala). Eine kausale Interpretation, dass Spiritualität zu Dankbarkeit führe, sei problematisch. Denn gelebte Dankbarkeit könne auch Spiritualität erhöhen.

Nach Hamrick et al. (2006) stellt besonders der Zeitpunkt um die Diagnosestellung einer lebensbedrohlichen Krankheit eine kritische Zeit dar, da die Patient(inn)en plötzlich mit der Diagnose leben müssen. Prostatakrebspatienten berichten um den Zeitpunkt der Diagnosestellung über signifikant mehr Religiosität und Spiritualität - vor allem jene, die sich große Sorgen machen und mehr Symptome aufweisen.

Younger et al. (2004) fanden bei Studenten einen positiven Zusammenhang zwischen Spiritualität, Vergebung und Wohlbefinden.

Woods & Ironson (1999) untersuchten die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung (HIV-Virus, Myokardinfarkt und Krebs). 43 % der Befragten gaben an dass sie spirituell sind, 37 % gaben an religiös zu sein und 20 % gaben an spirituell und religiös zu sein. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich spirituelle Personen signifikant von religiösen Personen unterscheiden. Religiöse Personen gaben an, dass ihnen Religiosität ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt und sie ihnen einen Sinn für das eigene Leben gibt. Spirituelle Personen gaben an, dass ihnen Spiritualität Mut und Optimismus vermittele und sie ihnen bei der Bewältigung des Lebens helfe.

Die Ergebnisse belegen somit, dass Spiritualität und Religiosität bei Personen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung eine Stütze bzw. Hilfestellung bietet.

2.3.10.4 Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang Religiosität/Spiritualität und Lebensqualität

Die wissenschaftliche Literatur unterstützt nach Cotton, Levine & Fitzpatrick, Dold & Targ (1999) die Meinung, dass religiöse Hingabe die Gesundheit bzw. das Befinden verbessert. In einer Durchsicht von über 200 Studien wurden positive Beziehungen von religiöser Hingabe zu körperlichen Status, zu reduziertem Ausmaß an Psychopathologien, zu höheren emotionalen Wohlbefinden, zu verbesserter Bewältigung, und zu verstärkter sozialer Unterstützung dokumentiert (Matthews, Larson & Barry, 1993; Matthews & Larson, 1995). Diese Studien zeigen, dass religiöse/spirituelle Überzeugungen positive Auswirkungen auf einen verbesserten Gesundheitszustand haben (Larson & Greenwold-Milano, 1995; Fitchett et al., 1996; Matthews, 1997).

Nur einige Studien wurden durchgeführt, um die Beziehung zwischen Religiosität, Spiritualität und Lebensqualität zu klären (z. B. Cohen et al., 1995, 1996a,b, 1997; Fitchett et al., 1996a,b; Brady et al., 1999). Obwohl sich die folgenden Studien primär auf Religiosität und Spiritualität als eigene Komponenten der Lebensqualität konzentriert haben, wurde versucht umfassende Effekte von Spiritualität auf ungünstige Nebenwirkungen einer Krankheit zu messen (Fitchett et al., 1996a; Brady et al., 1999). Studien berichten einen stresspuffernden Effekt von spirituellen Wohlbefinden dahingehend, dass sehr gläubige Patient(inn)en eine hohe Lebensqualität trotz abfallender körperlicher Funktionen aufweisen (Fitchett et al., 1996b). Positive Beziehungen zwischen Religiosität, Spiritualität und Lebensqualität wurden ebenfalls berichtet (z. B. Cohen et al., 1995, 1996a,b, 1997; Brady et al., 1999).

Krebspatient(inn)en beschreiben ihren religiösen und spirituellen Glauben als wichtige Herangehensweise um die Krankheit zu bewältigen (La Fortune, 1995; Potts, 1996).

Brady et al. (1999) untersuchten an Krebspatient(inn)en, die an starken Schmerzen litten, den Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Spiritualität. 48 % gaben an mit ihrem Leben sehr zufrieden zu sein, wenn ihre Spiritualität hoch war.

Nur 9 % waren mit ihrem Leben sehr zufrieden, wenn die Spiritualität niedrig war. Nach Quade (2005) Anlass genug, Spiritualität in die Krebsbehandlung zu integrieren, um die Lebensqualität der Patient(inn)en zu erhöhen.

Bei Brady et al. (1999) zeigte sich auch, dass Spiritualität im selben Ausmaß zur Lebensqualität beiträgt wie das physische Wohlbefinden. Eine Integration der spirituellen Komponente im Kontext der Lebensqualitätsforschung wird daher gefordert.

Meraviglia (2004) findet einen positiven Effekt von Spiritualität auf das physische und psychische Wohlbefinden.

Murphy et al. (2000) untersuchten, ob sich Religiosität oder Spiritualität auf Einstellungen gegenüber Methoden bzw. Technologien bei ALS-Patient(inn)en auswirken und wie Religiosität und Spiritualität eingesetzt werden um diese Krankheit zu bewältigen. Zur Erfassung der Religiosität wurden die „Fetzers Indicators of spirituality and religiousness“ verwendet (Fetzer Institute, 1999). Die Ergebnisse zeigen, dass religiöse Patient(inn)en auch spiritueller sind. Das Ausmaß der Religiosität beeinflusst Entscheidungen in der Wahl bestimmter Behandlungsmethoden bei ALS-Patient(inn)en dahingehend, dass religiöse ALS-Patient(inn)en eher BiPap (bilevel positive airway pressure) verwenden. Religiösere ALS-Patient(inn)en beschäftigen sich weniger mit den Gedanken um „das Leben nach dem Tod“ und haben mehr Hoffnung. ALS-Patient(inn)en, die Gottesdienste besuchen und regelmäßig beten, verwenden diese Erfahrungen um die Krankheit zu bewältigen und sie haben mehr Hoffnung. Diese Ergebnisse sollten im Lichte einer anderen Studie (Granzini et al., 1999) gesehen werden, die zeigte, dass Hoffnungslosigkeit mit schlechter Lebensqualität und schlechter sozialer Unterstützung korrelierte und deutlich zum Leid bei ALS beitrug. Obwohl Religion und Spiritualität kein Heilmittel darstellen, können sie möglicherweise die Anpassung an solch eine Diagnose erleichtern.

Walsh et al. (2003) untersuchten an 49 Personen die Beziehung zwischen Religiosität und Lebensqualität. Verwendet wurde der „McGill Quality of Life

Questionnaire” (Cohen, Mount, Strobel & Bui, 1995) und der “Idler Index of Religiosity” (Idler, 1987). Die Religiosität (öffentliche und private) nimmt bei ALS-Patient(inn)en über die Zeit hinweg signifikant zu (fünf Messzeitpunkte pro Jahr). Zu Beginn zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebensqualität. Vom zweiten bis zum fünften Messzeitpunkt zeigen sich jedoch signifikante Beziehungen. Religiöse ALS-Patient(inn)en haben mehr Hoffnung, beschäftigen sich weniger mit dem Tod und verüben weniger Suizid. Religiosität beeinflusst auch die Entscheidungen in der Wahl bestimmter Behandlungsmethoden.

Mythko & Knight (1999) fassen Religiosität und Spiritualität in einer Studie an Krebspatient(inn)en als Stresspuffer auf, der zur Erhöhung der Lebensqualität beiträgt. Sie bemängeln, dass in vielen neueren Arbeiten zur Lebensqualität die Bereiche Religiosität und Spiritualität ausgegliedert werden. Sie sprechen für eine verstärkte Integration dieser Komponenten.

Spirituelles Wohlbefinden ist nach McClain et al. (2003) der wichtigster Faktor für die Lebensqualität von Krebspatient(inn)en im Endstadium. Die WHO räumt der Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse in der Palliativmedizin hohe Priorität ein. Spirituelle Begleitung zählt demnach zu den vordringlichen Bedürfnissen todkranker Menschen auf dem Weg zu einem „guten Tod“. So kann es als gesichert gelten, dass spirituelles Wohlbefinden (spiritual well-being) den wichtigsten Faktor für die Lebensqualität von Krebspatient(inn)en im Endstadium bildet. Spirituelles Wohlbefinden bietet Schutz gegen Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit bei todkranken Patient(inn)en.

Religiöse Bewältigungsstrategien tragen nach Koenig et al. (1992) signifikant zum Wohlbefinden bei depressiven Patient(inn)en bei.

Ältere religiöse Menschen verfügen über eine bessere Befindlichkeit als ältere nicht religiöse Menschen (Van Ness & Larson, 2002).

Studien zeigen, dass religiöses Engagement assoziiert ist mit besserer Erholung von einer Krankheit, mit einer längeren Lebensdauer, besseren Bewältigungsstrategien,

besserer gesundheitsbezogener Lebensqualität, weniger Angst und weniger Depression (McCullough et al., 2000; Sloan et al., 1999). Die Ergebnisse sind besonders ausgeprägt bei Patient(inn)en mit schwerer bzw. chronischer Erkrankung, die stressreichen psychischen und sozialen Veränderungen ausgesetzt sind (Koenig, 2004).

In der Studie von Cotton et al. (1999) wurde bei 142 Brustkrebspatientinnen die Beziehung zwischen spirituellem Wohlbefinden, Lebensqualität und verschiedenen Indikatoren psychischer Anpassung (z. B. Kampfgeist) untersucht. Die Ergebnisse zeigen eine positive Beziehung zwischen spirituellem Wohlbefinden und Lebensqualität als auch eine positive Beziehung zwischen spirituellem Wohlbefinden und speziellen Anpassungsstilen an diese Erkrankung (Kampfgeist und Fatalismus). Eine negative Beziehung zeigt sich zwischen Lebensqualität und Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit und eine positive Beziehung zwischen Lebensqualität und Fatalismus.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Olver et al. (2006). Spiritualität hat eine signifikante positive Beziehung mit Lebensqualität und dem Kampfgeist bei Krebspatient(inn)en. Eine signifikante negative Beziehung zeigt sich mit Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit und Angst.

ALS-Patient(inn)en und deren Pfleger, die die Facette Religiosität/Spiritualität als bedeutend in ihrem Leben angeben, haben eine bessere Lebensqualität (Lo Coco et al., 2005). Spiritualität scheint ein bedeutender Beitrag zur Lebensqualität neben den Komponenten des körperlichen, sozialen und emotionalen Wohlbefindens zu sein.

Rippentrop et al. (2005) untersuchten den Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und körperlicher bzw. psychischer Gesundheit bei 122 Patient(inn)en mit Skelettmuskelerkrankung. Religiosität bzw. Spiritualität wurden mit dem „Brief Multidimensional Measure of Religion/Spirituality“ (Fetzer Group, National Institute on Aging Working Group, 1999) erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass der körperliche Zustand dieser Patient(inn)en positiv mit privat religiösen Praktiken korreliert (z. B. Gebete, Meditationen, Bibel lesen). Personen mit

schlechter körperlicher Verfassung beschäftigen sich deutlich häufiger mit privat religiösen Praktiken. Bessere psychische Verfassung korreliert positiv mit täglichen spirituellen Erfahrungen, Verzeihung und Unterstützung von einer religiösen Gemeinde. Personen die sich als sehr spirituell und religiös bezeichneten, wiesen einen besseren psychischen Zustand auf als jene, die sich als weniger spirituell und religiös bezeichneten.

Patient(inn)en mit einer schwerwiegenden Erkrankung berichten nicht unbedingt von einer schlechten Lebensqualität (Evans, 1991).

Nach Koenig (2002) verweisen die meisten Studien in der Literatur auf positive Effekte von Religiosität und Spiritualität als auf negative Effekte bzw. mehr Studien auf einen positiven Zusammenhang von Religiosität/Spiritualität mit Gesundheit als auf einen negativen Zusammenhang.

Es gibt jedoch auch Studien, die negative Auswirkungen der Religiosität nachweisen:

Sloan et al. (1999, 2001, zitiert nach Bucher, 2007) äußern Skepsis gegenüber den breit popularisierten gesundheitsfördernden Effekten von Spiritualität. Spiritualität spiele zwar im Leben der meisten Amerikaner gerade in Krisen und Krankheiten eine Schlüsselrolle, den Einbezug spirituell-religiöser Elemente in die medizinische Behandlung lehnen sie aber ab. Als Gründe werden empirische Mängel an Studien, ethische Erwägungen und theologische Bedenken angeführt. Ethisch wäre es deswegen problematisch, weil Spiritualität eine intime Angelegenheit sei.

Ein negatives Gottesbild und eine von Angst geprägte Religiosität, ein strafender Gott und sozialer Druck wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus (Pargament & Brant, 1998).

Einer stärkenden Spiritualität hinderlich sei vor allem die Annahme, von Gott bestraft worden zu sein (Pargament et al., 1999, zitiert nach Bucher, 2007). Dies gehe mit einem bis zu 28 % erhöhten Risiko einher, die Krankheit nicht zu überleben (Pargament et al., 2001, zitiert nach Bucher, 2007).

Pargament et al. (1998) verwendeten in ihrer Studie den RCOPE-Fragebogen. Dieser erfasst positive als auch negative Bewältigungsstrategien. Die Stichprobe bestand aus Personen, die beim Bombenanschlag auf Oklahoma City dabei waren, College-Studenten mit life-stressors und älteren hospitalisierte Patient(inn)en mit ernsthafter Krankheit. Die Ergebnisse zeigen, dass einige Formen der religiösen Bewältigung möglicherweise zu einem schlechteren psychischen Zustand führen, z. B. Gottes Liebe in Frage stellen, für Wunder beten.

Religiöser bzw. spiritueller Glaube und die aktive Praktizierung des Glaubens verbessern möglicherweise die Lebensqualität von Menschen, in dem sie die negativen Effekte stressvoller Lebensereignisse in Bezug auf körperliche und emotionale Gesundheit abpuffern (Ellison, 1991; Hill & Butter, 1995; Jenkins & Pargament, 1995).

Quinn et al. (2001) gibt an, dass es negative Konsequenzen für die Patient(inn)en haben kann, wenn die Krankheit als Gottesstrafe oder als Folge von mangelndem Glauben gesehen wird.

Bestimmte Formen von Religiosität können Menschen aber auch in ihrer Entwicklung hemmen und ihr Lebensgefühl negativ beeinflussen. Pargament (2002) unterscheidet „bittere“ und „süße“ Auswirkungen von Religiosität:

- eine rein anezogene, unreflektierte und schwach ausgeprägte Gottesbeziehung beeinträchtigt das seelische Wohlbefinden
- eine verinnerlichte, überzeugungsgeleitete Religion, die auf einer vertrauensvollen Gottesbeziehung beruht habe positive Auswirkungen auf das seelische Wohlbefinden

Dörr (2001) weist darauf hin, dass eine Polarisierung des Konstrukts „Religiosität“ in „gut“ oder „schlecht“ zu kurz greift und der komplexen Beziehung nicht gerecht werden kann. Die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung des Konstrukts wird in den Vordergrund gestellt.

Religiosität und Spiritualität wurden schon oft in theoretische Modelle der Lebensqualität miteinbezogen (vgl. Reaburn & Rootman, 1996). Weitere Forschung ist aber notwendig um die Beziehung zwischen diesen Variablen zu klären. Dazu eignen sich Populationen, wie z. B. Krebspatient(inn)en, für die Spiritualität, Religion und Lebensqualität von höchster Bedeutung sind (Fitchett et al., 1996a).

2.4 Fragestellung

2.4.1 Ableitung der Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung

Im theoretischen Teil wurden die für diese Untersuchung wesentlichen Konstrukte Lebensqualität, Religiosität und Spiritualität zusammenfassend dargestellt und ihre Zusammenhänge mit empirischen Forschungsergebnissen untermauert. Die Erforschung des Einflusses von Erkrankung und Behandlung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat in der Erwachsenenonkologie einen festen Platz erhalten (Kiebert & Kaasa, 1996). Es kann nach Velanovic & Szymanski (1999) davon ausgegangen werden, dass eine Brustkrebserkrankung einen sehr großen Einfluss auf die Lebensqualität hat. Dies darf in keinem Fall vernachlässigt werden.

Um die Fülle des Konstrukts Lebensqualität zu erfassen, empfehlen die Forscher einen Einbezug religiöser, spiritueller und existentieller Angelegenheiten in der Bewertung der Qualität oder Zufriedenheit des Lebens (Donovan et al., 1989; Bufford et al., 1991). Aus diesem Grund ziehen Modelle der multidimensionalen Lebensqualität eine Religiositäts- und Spritualitätsdomäne mit ein. Mytko & Knight (1999) und Brady et al. (1999) betonen die Wichtigkeit, Religiosität/Spiritualität als zusätzliche Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu berücksichtigen: Patient(inn)en benennen Religiosität als wichtigen Aspekt ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Erhebung der Religiosität/Spiritualität ist klinisch nützlich, da der religiöse Bereich eine wichtige Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse darstellt. Durch die Erhebung von Religiosität werden zusätzliche Informationen eingeholt, die sich mit anderen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht überlappen.

Engel (1977) geht in seinem bio-psycho-sozio-spirituellen Modell von Gesundheit und Krankheit davon aus, dass bei jeder Erkrankung neben biologischen immer auch psychosoziale und sozioökonomische Aspekte einfließen. Alle Aspekte werden gleichermaßen berücksichtigt und jeder Mensch erlebt seine Krankheit individuell. Von aktuellen Forschungen wird die Berücksichtigung einer spirituellen Komponente gefordert, der als vierter Aspekt in diesen bereits bestehenden bio-psycho-sozialen Ansatz aufgenommen werden soll (Miller & Thoresen, 1999; Möller & Reimann, 2003; Pargament, 2007).

Wie im theoretischen Teil bereits angeführt, erläutern Mytko & Knight (1999) vier Dimensionen positiver Auswirkungen von Religiosität und Spiritualität auf Gesundheit. Dörr (2001) hat auf die Zusammenhangsstruktur von physischer bzw. psychischer Gesundheit mit Religiosität hingewiesen und versucht diesen Zusammenhang durch unterschiedliche psychologische Funktionen zu erklären. Viele Autoren weisen nach Dörr (2001) darauf hin, dass die Ergebnisse von empirischen Studien je nachdem, welche Aspekte von Religiosität und welche Aspekte von Gesundheit erfasst werden, unterschiedlich ausfallen. Dass sich Ergebnisse widersprechen, führt Dörr (2001) auch darauf zurück, dass es verschiedenste Definitionen und Operationalisierungen von Religiosität gibt. Viele Autoren kommen nach Dörr (2001) aufgrund von Metaanalysen zur vorsichtigen Stellungnahme, dass Religiosität eher eine positive und gesundheitsfördernde Wirkung habe.

Es ist erwiesen, dass die meisten kritisch erkrankten Patient(inn)en sich mit der Sinnfrage auseinandersetzen und rund die Hälfte sich mit spirituellen Fragen beschäftigt (Büssing et al., 2005). Erfolgreiche Bewältigung ist ein wichtiger Schritt für die Erhaltung der Lebensqualität trotz Krankheit (Scholz et al., 1998). Helder et al. (2001) untersuchte die Lebensqualität bei Chorea Huntington Patient(inn)en. Es zeigen sich bei Chorea Huntington Patient(inn)en schwere Beeinträchtigungen in der „psychosozialen Dimension“ und mittelmäßig bis schwere Beeinträchtigungen in der „physischen Dimension“. Auch eine Studie von Longstreth et al. (1992) an Parkinson-Patient(inn)en zeigt, dass Patient(inn)en mit schwerwiegenden Erkrankungen im psychosozialen Bereich eingeschränkter sind als im physischen Bereich. Auch in

einer Studie von Ho et al. (2004) wird die psychosoziale Dimension von Chorea Huntington Patient(inn)en schlechter bewertet als die körperliche Dimension.

Die Lebensqualitätsforschung bei Chorea Huntington Patient(inn)en dient als Anregung zu hinterfragen, ob religiöse Aspekte eine bedeutsame Rolle bei dieser schwerwiegenden Erkrankungen spielen. Eine schwerwiegende Erkrankung steht immer im Zusammenhang mit allen Aspekten des Lebens der Patient(inn)en.

Bisher gibt es jedoch noch keine Studie an Chorea Huntington Patient(inn)en, die sich mit dem Aspekt der Religiosität im Zusammenhang mit der Lebensqualität beschäftigt. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es zu überprüfen, ob sich die Lebensqualität von Chorea Huntington Patient(inn)en anhand von einzelnen Dimensionen der Religiosität vorhersagen lässt und ob das Alter bzw. das Geschlecht dabei eine Rolle spielen. Ausgangspunkt für diese Untersuchung bildet der Religiositätsfragebogen von Kendler (2003) mit den Dimensionen Allgemeine Religiosität, Soziale Religiosität, Gottesbeziehung, Vergeben/Liebe, Gottesgericht, Dankbarkeit und Rachelosigkeit.

2.4.2 Konkretisierung der Fragestellung

Lassen sich die empirisch nachgewiesenen Dimensionen von Religiosität nach Kendler (2003) auch an der Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en nachweisen?

Unterscheiden sich Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Lebensqualität und hinsichtlich ihrer Religiosität?

Hat das Alter von Chorea Huntington Patient(inn)en einen Einfluss auf deren Lebensqualität und Religiosität?

Welche unterschiedliche Bedeutung haben einzelne Lebensqualitätsbereiche für Chorea Huntington Patient(inn)en?

3 Methode

3.1 Stichprobe

Insgesamt haben 36 Personen an der vorliegenden Untersuchung teilgenommen. Die Untersuchungen fanden im Zeitraum von April 2007 bis Juli 2008 auf der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz statt.

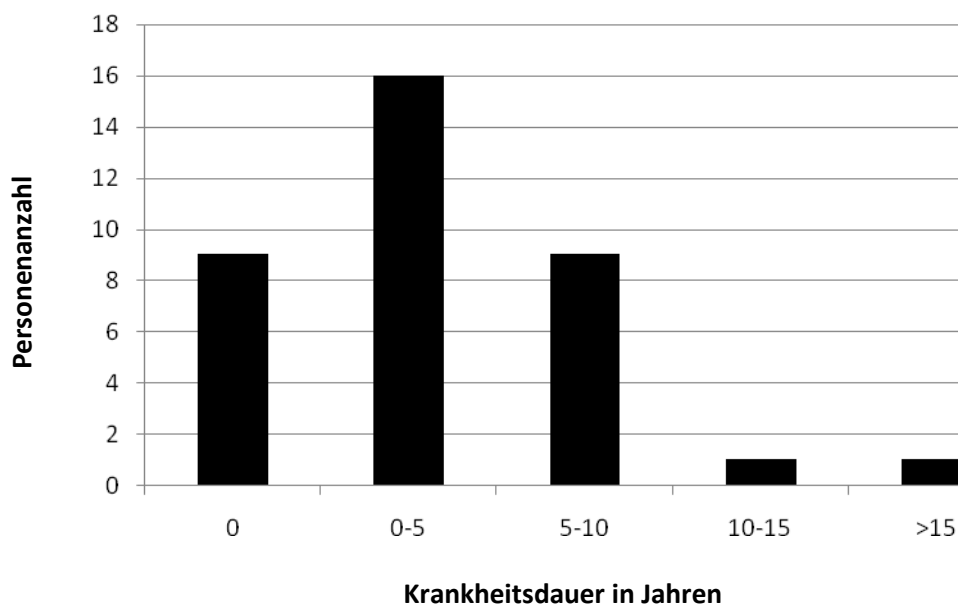


Abb. 8: Krankheitsdauer der Stichprobe (N=36) in Jahren

Die durchschnittliche Krankheitsdauer der Patient(inn)en dieser Stichprobe liegt bei 3,81 Jahren. Bei fast der Hälfte der Patient(inn)en (16) liegt die Krankheitsdauer zwischen Null und fünf Jahren. Bei neun Patient(inn)en ist die Krankheit zwar noch nicht ausgebrochen, sie wurden jedoch als Genträger eindeutig identifiziert. Bei anderen neun Patient(inn)en liegt die Erkrankung bereits zwischen fünf und zehn Jahren. Bei einem Patienten dauert die Erkrankung schon zwischen 10 und 15 Jahre und bei einem anderen Patienten bereits mehr als 15 Jahre.

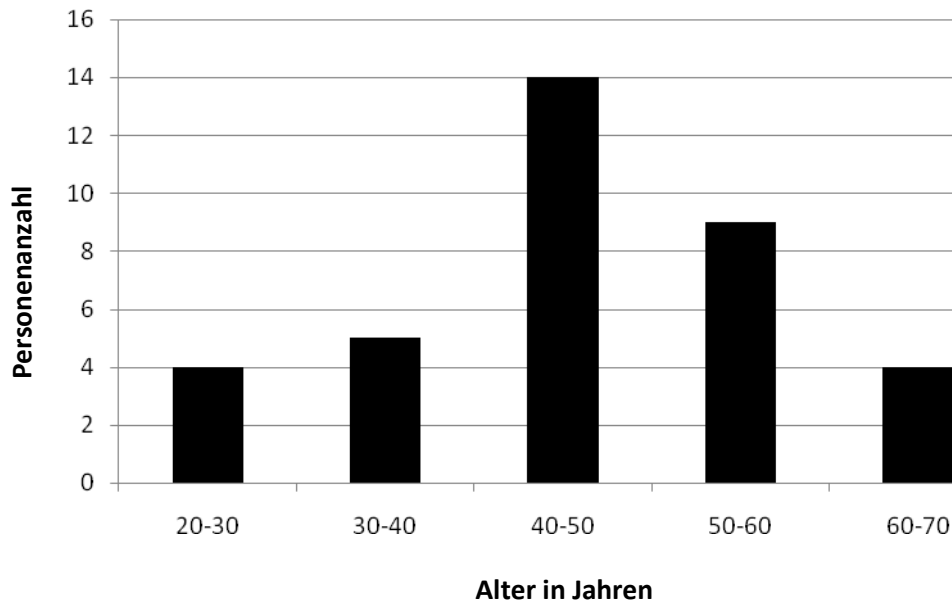


Abb. 9: Altersverteilung der Stichprobe (N=36)

An der Untersuchung nahmen 16 Frauen und 20 Männer teil. Die jüngste Person dieser Untersuchung war 25 Jahre und die älteste Person war 68 Jahre alt. Der Altersrange zwischen der jüngsten und ältesten Person betrug somit 43 Jahre. Das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren ($SD=11.202$). 17 Personen lagen im Alter zwischen 25 und 44 Jahre und 19 Personen lagen im Alter zwischen 45 und 68 Jahre. Die meisten Personen (8) findet man im Alter zwischen 40 und 44 Jahre.

20 Personen der Stichprobe waren verheiratet, fünf geschieden ohne Partner, drei ledig mit Partner, sechs ledig ohne Partner, eine Person geschieden mit Partner und eine verwitwet ohne Partner.

An der Untersuchung nahmen 24 Mitglieder der Katholischen Kirche, sechs Mitglieder der Evangelischen Kirche (A.B.) und sechs Personen ohne Bekenntnis teil. Elf Personen waren zum Messzeitpunkt aus der Kirche ausgetreten.

3.2 Untersuchungsmaterial

Folgendes Untersuchungsmaterial wurde für die vorliegende Untersuchung eingesetzt:

- World Health Organization Quality of Life Fragebogen (WHOQOL-100) - deutsche Version von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000)
- WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von Lebensbereichen - deutsche Version von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000)
- Religiositätsfragebogen von Kendler (2003) – adaptiert für diese Untersuchung

3.2.1 WHOQOL-100 Fragebogen von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000)

Der WHOQOL-100 Fragebogen von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000) ist ein Fragebogenverfahren zur tiefgreifenden Erfassung vieler Aspekte der subjektiven Lebensqualität während der vergangenen zwei Wochen. Grundlage des Instruments ist die Definition von Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Personen werden danach gefragt, wie Sie ihre Lebensqualität, ihre Gesundheit und andere Bereiche ihres Lebens beurteilen.

An der internationalen Entwicklung waren 14 Forschungszentren aus verschiedenen Kulturkreisen beteiligt. Von der WHO (1993b) erfolgte eine international standardisierte Übersetzungsprozedur.

Der Fragebogen ist für Personen im Erwachsenenalter ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen konzipiert. Er kann ebenso von Personen mit psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen bearbeitet werden. Die Bearbeitungsdauer beträgt zirka 30-45 Minuten. Der Fragebogen wird von den Probanden selbst ausgefüllt (Paper-Pencil-Verfahren). In der Regel wird der Fragebogen nach einer kurzen Einführung mit der Bitte übergeben, ihn möglichst vollständig auszufüllen. Manchen Probanden war es aufgrund der Erkrankung nicht möglich den Fragebogen handschriftlich auszufüllen. In diesen Fällen wurden nach Zustimmung des

Probanden die Fragen des Fragebogens vorgelesen und bei der entsprechenden Antwortkategorie ein Kreuz gemacht.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Subskalen des WHOQOL-100 liegt zwischen $\alpha = .59$ und $\alpha = .91$.

Der Test besteht aus insgesamt 96 Items, davon sind vier Items zur Globalbeurteilung der Lebensqualität vorgesehen. Der Fragebogen ist in sechs Bereiche mit insgesamt 24 Facetten (je 4 Items) eingeteilt. Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die einzelnen Domänen des WHOQOL-100.

– **Allgemeine Lebensqualität und Gesundheit (4 Items)**

– **Domäne I: Physisch**

1. Schmerz und körperliche Beschwerden¹
2. Energie und Erschöpfung
3. Schlaf und Erholung

– **Domäne II: Psychisch**

4. Positive Gefühle
5. Denken, Lernen, Gedächtnis und Konzentration
6. Selbstachtung
7. Körperbild und Erscheinung
8. Negative Gefühle¹

– **Domäne III: Unabhängigkeit**

9. Mobilität
10. Aktivitäten des täglichen Lebens
11. Abhängigkeit von Medikamenten oder Behandlungen¹
12. Arbeitsfähigkeit

– **Domäne IV: Soziale Beziehungen**

13. Persönliche Beziehungen
14. Praktische soziale Unterstützung
15. Sexuelle Aktivitäten

– **Domäne V: Umwelt**

¹ negativ gepolte Facette

- 16. Physische Sicherheit und Schutz
- 17. Wohnbedingungen
- 18. Finanzielle Mittel
- 19. Gesundheits- und Sozialversorgung
- 20. Information und Weiterbildung
- 21. Erholung und Freizeit
- 22. Physische Umwelt
- 23. Verkehrsmittel
- **Domäne VI: Religion/Persönliche Anschauungen**
- 24. Religion/Persönliche Anschauungen

Zusätzlich zu negativ gepolten Facetten gibt es noch vereinzelt negativ gepolte Items anderer Facetten. Diese werden hier nicht einzeln dargestellt. Die negativ gepolten Items müssen vor der Berechnung entsprechend umkodiert werden (siehe 4.1.1).

Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Abbildung das Beispielitem mit dem dazugehörigen Antwortformat.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie sehr machen Sie sich Sorgen um Ihre Gesundheit?	1	2	3	4	5

Abb. 10: Beispielitem aus dem WHOQOL-100 (Angermeyer et al., 2000)

Bearbeitet man den Fragebogen, so ist er aus sieben Teilen mit je einer Instruktion aufgebaut. Im ersten Teil geht es darum, wie stark die Person während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt hat wie zum Beispiel positive Gefühle (Glück, Zufriedenheit, ...). Der Antwortmodus ist mittels 5-stufigen, verbal ausformulierten Häufigkeitsskalen von „überhaupt nicht (1)“ bis „äußerst (5)“ festgesetzt. Im zweiten Teil soll angegeben werden, wie vollständig die Person während der vergangenen zwei Wochen in der Lage war, bestimmte Dinge zu tun, zum Beispiel alltägliche Dinge wie sich waschen, sich anziehen oder essen. Die Antwortalternativen reichen von „überhaupt nicht (1)“ bis „völlig (5)“. Im dritten Teil wird beurteilt, wie zufrieden, glücklich oder gut sich die Person während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte des Lebens gefühlt

hat. Zum Beispiel hinsichtlich ihres Familienlebens oder ihrer Energie. Der Antwortmodus reicht von „sehr unzufrieden (1)“ bis „sehr zufrieden (5)“. Im vierten Teil geht es darum, wie oft die Person bestimmte Dinge gefühlt oder erlebt hat, zum Beispiel Unterstützung durch ihre Familie oder ihre Freunde oder negative Erfahrungen wie Unsicherheitsgefühle. Die Antworten reichen von „niemals (1)“ bis „immer (5)“. Der fünfte Teil des Fragebogens bezieht sich auf die Arbeit, die die Person tut. Mit Arbeit sind alle wesentlichen Aktivitäten gemeint, die die Person ausführt. Diese Items beinhalten ehrenamtliche Tätigkeiten, Vollzeitstudium, Hausarbeiten, Kinderbetreuung, bezahlte oder unbezahlte Arbeit. Die Antworten reichen von „überhaupt nicht (1)“ bis „völlig (5)“. Die Items des vorletzten Teils des Fragebogens beziehen sich darauf, wie gut die Person während der vergangenen zwei Wochen in der Lage war sich fortzubewegen. Die Antwortkategorien reichen von „sehr schlecht (1)“ bis „sehr gut (5)“.

Im letzten Teil geht es um die persönlichen Überzeugungen und darum, wie diese die Lebensqualität beeinflussen. Diese Fragen beziehen sich auf religiöse, spirituelle und jegliche andere Überzeugungen. Der Antwortmodus ist von „überhaupt nicht (1)“ bis „äußerst (5)“ festgesetzt.

Die Kurzform des WHOQOL-100 ist der WHOQOL-BREF und umfasst insgesamt 26 Items. Davon gibt es zwei Items zur Globalbeurteilung der Lebensqualität und ein Item aus jeder der 24 Facetten des WHOQOL-100. Die Bearbeitungszeit liegt zwischen 5-10 Minuten. Die innere Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Subskalen des WHOQOL-BREF liegt zwischen $\alpha = .57$ und $\alpha = .88$.

3.2.1.1 WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von Lebensbereichen von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000)

Eine Ergänzung zu den beiden Messinstrumenten WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF bilden die WHOQOL-Wichtigkeitsfragen. Nicht jeder Lebensbereich hat die gleiche Wichtigkeit im Leben jedes Menschen. Im Rahmen des WHOQOL-Projektes wurden für jede Facette des WHOQOL-100 Fragebogens Items zur Erfassung der Wichtigkeit des in der Facette behandelten Lebensbereiches entwickelt. Der Test beinhaltet insgesamt 34 Items. Es geht darum, wie wichtig verschiedene Bereiche des Lebens für die Personen sind bzw. wie stark diese Lebensbereiche die

Lebensqualität der Personen beeinflussen. Zum Beispiel wird in einer Frage danach gefragt, wie wichtig für die Person Schlaf ist. Der Antwortmodus ist mittels 5-stufigen, verbal ausformulierten Häufigkeitsskalen von „überhaupt nicht (1)“ bis „äußerst (5)“ festgesetzt. Diese Fragen beziehen sich auf keinen zeitlichen Rahmen.

Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Abbildung ein Beispielitem mit dem dazugehörigen Antwortformat.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie wichtig ist Ihre allgemeine Lebensqualität für Sie?	1	2	3	4	5

Abb. 11: Beispielitem aus den WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von Lebensbereichen (Angermeyer et al., 2000)

Wenn die allgemeine Lebensqualität für die Person ziemlich wichtig ist, aber nicht äußerst wichtig ist, kreuzt die Person die Zahl in dem Feld „Ziemlich“ an.

3.2.2 Religiositätsfragebogen

3.2.2.1 Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003)

Die Rolle der Religion und ihre komplexe Auswirkung bei psychischen Erkrankungen sieht Kendler et al. (2003) als Anlass für Forschungstätigkeiten. Die einzelnen Items des Religiositätsfragebogens nach Kendler (2003) wurden aus verschiedenen Fragebögen zusammengetragen (siehe "Source of Item") und bei 2616 weiblichen und männlichen Zwillingen aus der allgemeinen Bevölkerungsregistrierung vorgegeben. Anhand von statistischen Analysen konnten die Items sieben Religiositätsfaktoren zugeordnet werden. Kendler et al. (2003) setzten anschließend die Religiositätsdimensionen in Beziehung mit internalisierende Störungen (Depression, Phobien, Angststörungen, Panikstörungen, Bulimie) und externalisierenden Störungen (Nikotin,- Alkohol-, und Tablettensucht, antisoziale Verhaltensstörung).

Grundlage für diese Untersuchung sind die Religiositätsdimensionen bzw. Fragebogenitems des Religiositätsfragebogens von Kendler (2003). Dieser Religiositätsfragebogen wird nun dargestellt und ist in folgende Teilbereiche untergliedert (Einzelitems der einzelnen Fragebogenteile sind im Anhang ersichtlich):

- Growing up with your twin (7 Items)
- **Religion and Spirituality (beliefs and behavior – 24 Items, how you feel – 28 Items)**
- **Importance of Religion in your life (religious or spiritual beliefs and practices – 26 Items)**
- Eating, Shape and Weight (3 Items)

Die 78 Items der Fragebogenteile „Religion and Spirituality“ und „Importance of Religion in your life“ wurden von Kendler (2003) einer Faktorenanalyse unterworfen. Insgesamt mussten 4 Items aus statistischen Gründen entfernt werden, sodass insgesamt 74 Items übrig geblieben sind (Kendler et al., 2003). Es folgt das Ergebnis der Faktorenanalyse nach Kendler (2003) mit der Quellenangabe der von ihm verwendeten Fragebogenitems:

Religiosity Factor and Questionnaire Item	Source of Item
Factor 1: General Religiosity	30 Items
I ask God to help me make important decisions.	Religious Attitudes and Practices Inventory-theism
I feel that without God, there would be no purpose in life.	
Spiritual experiences are important to me.	Religious Attitudes and Practices Inventory-spirituality
My faith in God helps me through hard times.	Religious Attitudes and Practices Inventory-theism
I feel like I can always count on God.	
I try to live how God wants me to live.	
I consider myself to be a very spiritual person.	Religious Attitudes and Practices Inventory-spirituality
My faith in God shapes how I think and act every day.	Religious Attitudes and Practices Inventory-theism
I help others with their religious questions and struggles.	Religious Attitudes and Practices Inventory-spirituality

Every day I see evidence that God is active in the world.	Religious Attitudes and Practices Inventory-theism
I seek out opportunities to help me grow spiritually.	Religious Attitudes and Practices Inventory-spirituality
I take time for periods of private prayer or meditation.	
I feel surrounded by God's love every day.	Love and caring ^b
In general, how important are your religious or spiritual beliefs in your daily life?	Item used in previous study of female-female twins
To what extent are you conscious of some religious goal or purpose in life that serves to give you direction?	
When you have problems or difficulties in your family, work, or personal life, how often do you seek spiritual comfort?	
How satisfied are you with your spiritual life?	
Other than at mealtime, I pray to God privately.	
I feel God's presence.	Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality -daily spiritual experiences ^c
I find strength and comfort in my religion.	
I feel deep inner peace and harmony.	
I feel God's love for me, directly or through others.	
I am spiritually touched by the beauty of creation.	
I think about how my life is part of a larger spiritual force.	Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality-religious coping ^c
I work together with God as partners to get through hard times.	
I look to God for strength, support, and guidance in crises.	
I try to find the lesson from God in crises.	
I try to make sense of the situation and decide what to do without relying on god.	
I confess my sins and ask for God's forgiveness.	
To what extent is your religion involved in understanding or dealing with stress situations in any way?	

Factor 2: Social religiosity	12 Items
I know I can count on people from my church when I need help.	Religious Attitudes and Practices Inventory-social support
Being with other people who share my religious views is important to me.	
My friends and I often talk about religious matters.	Religious Attitudes and Practices Inventory-spirituality
Most of my best friends are religious.	Religious Attitudes and Practices Inventory-social support
I like to worship and pray with others.	
I go to Sunday school often.	
Most of my best friends got to church.	
I often attend church activities such as Bible study and choir practice.	
How often in the last year did you attend religious services?	Items used in previous study of female-female twins
I believe that smoking marijuana is a sin.	Religious Attitudes and practices Inventory-religious views on drug use
I believe drinking alcohol is a sin.	
I believe that smoking cigarettes is a sin.	
Factor 3: Involved God	6 Items
I believe in God.	Religious Attitudes and Practices Inventory-theism
I know that God loves me just as I am.	Parental influences on God images-"God as love"
I believe that God often responds to the individual prayers of men and women.	Nature of God scale ^b
I believe that God is very interested in the day-to-day lives of men and women.	
Do you believe in God or in a universal spirit?	Items used in previous study of female-female twins
I question whether God really exists (scored negatively).	Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality-religious/spiritual coping, religious doubts ^c

Factor 4: Forgiveness/love	7 Items
I try to live by the saying "loving thy neighbor as thyself."	Love and caring ^b
I can forgive even if someone hurts me on purpose.	Forgiveness versus revenge ^b
I try to care for other people even if I don't really like them.	Love and caring ^b
I believe that you have to care about people regardless of how they treat you.	
Even when it is difficult I try to forgive other people who have hurt and offended me.	Forgiveness versus revenge ^b
I try to be forgiving toward other people.	
I feel deep love for the world and all the creatures in it.	Love and caring ^b
Factor 5: God as judge	7 Items
I believe that God has a lot of rules about how people should live their lives.	Parental influences on God images-"God as authority"
I believe that God can be counted on to reward goodness and punish evil.	Nature of God scale ^b
I believe God is very strict.	Parental influences on God images-"God as authority"
I believe God will punish me if I do something wrong.	
Do you believe that this God or universal spirit observes your actions and reward or punishes you for them?	Items used in previous study of female-female twins
I feel that stressful situations are God's way of punishing me for my sins or lack of spirituality.	Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality-religious coping ^c
The Bible is the actual word of God and is to be taken literally word for word.	Items used in previous study of female-female twins
Factor 6: Unvengefulness	8 Items
It is all right to get back at someone who hurts or offends you (scores negatively).	Forgiveness versus revenge ^b
I believe that if I do a lot of wrong things, God will stop loving me (scored negatively).	Parental influences on God images-"God as love"
The only person I have to thank for what I have received in life is me (scored negatively).	Gratitude versus ingratitude ^b

When someone hurts me, I want to get whatever revenge I can (scored negatively).	Forgiveness versus revenge ^b
If people are not kind to me, I am not going to be kind to them (scored negatively).	
People tell me that I am not grateful enough for what I have in life (scored negatively).	Gratitude versus ingratitude ^b
When someone hurts or offends me, I can only get over it when I have figured out how to get my revenge (scored negatively).	Forgiveness versus revenge ^b
When I look at the world, I don't see much to be grateful for (scored negatively).	Gratitude versus ingratitude ^b
Factor 7: Thankfulness	4 Items
I feel thankful for what I have received in life.	Gratitude versus ingratitude ^b
I feel grateful nearly every day.	
I express anger at God for letting terrible things happen (scored negatively).	Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality-religious coping ^c
I wonder whether God has abandoned me (scored negatively).	

^a Results of submitting a product-moment correlation for 78 items to factor analysis and VARIMAX rotation. The seven factors explained 57.4 % of the total variance.

^b Scale developed by authors and consultants.

^c Item reflects statement selected in response to the following instructions: "Think about how you try to understand and deal with major problems in your life. To what extent is each involved in the way you cope?"

Tab. 7: Ergebnis der Faktorenanalyse von Kendler (2003) durch Daten einer Fragebogenuntersuchung von weiblichen und männlichen Zwillingen der Allgemeinbevölkerung

Insgesamt stammen 24 Items vom "Religious Attitudes and Practices Inventory" (D'Onofrio et al., 1999) mit acht Items aus "Theismus", sechs Items aus "Spiritualität", sieben Items aus "Soziale Unterstützung" und drei Items aus "Religious views on drug use". Zehn Items stammen aus früheren Studien von Kendler (1997). Die Items wurden gesammelt aus der „National Comorbidity Survey“ (Kessler et al., 1994), vom Gallup Institute (1995) und von der „Religiousness scale of Strayhorn et al.“ (1990). Sechs weitere Items stammen von der „God images Scale“ von Hertel et al. (1995). Davon sind drei Items von der Skala „God as love“ und weitere drei Items von der Skala „God as authority“. Vom Fetzer Institute (1999) stammen vom

„Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality“ elf Items aus der „religious/spiritual coping scale“ und fünf Items aus der „daily spiritual experiences scale“. Die Skalen „Nature and God Scale“, „Forgiveness vs. Revenge“, „Gratitude vs. Ingratitude“ und „Love and caring“ wurden von Kendler bzw. McCullough selber entwickelt. Die Antwortalternativen variieren zwischen vier und sechs Antwortkategorien.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass Kendler (2003) auf die Angabe der Testgütekriterien verzichtet hat. In 4.1.1 wird auf die Testgütekriterien des für diese Untersuchung adaptierten Fragebogens hingewiesen.

3.2.2.2 Übersetzung des von Kendler entwickelten Fragebogens (2003)

Um den Fragebogen für diese Untersuchung bei Chorea Huntington Patient(inn)en vorgeben zu können, war es notwendig, den Fragebogen von Kendler (2003) ins Deutsche zu übersetzen. Der originale Fragebogen von Kendler konnte für diese Untersuchung nicht herangezogen werden, weil die Studie in Amerika entwickelt und durchgeführt wurde. In den USA gibt es religiöse Ein- und Vorstellungen bzw. Praktiken, die sich von jenen in Europe unterscheiden. Es war daher nötig, den Inhalt der Fragebogenitems an den europäischen Kulturkreis anzupassen. Des Weiteren war auch die uneinheitliche Vorgehensweise in der Itemformulierung und der Antwortformate von Kendler für diese Untersuchung nicht vorteilhaft (siehe oben). Personen mit einer Chorea Huntington Erkrankung stellen auch eine sehr spezifische Stichprobe dar, die mit der Stichprobe von Kendler keineswegs vergleichbar ist (Zwillinge einer allgemeinen Bevölkerungsregistrierung) und man daher grundsätzlich auf unterschiedliche Faktorenbildungen schließen könnte. Da es augenscheinlich ist, dass es sich im Fragebogen um Religiosität handelt d. h. dass der Test das misst was er vorgibt zu messen, wurde auf eine Fragebogenvalidierung verzichtet.

Fragebogenitem nach Kendler (2003)	Fragebogenitem nach Krejczka (2010)
I ask God to help me make important decisions.	Ich bitte Gott bei wichtigen Entscheidungen um Hilfe.
I feel that without God, there would be no purpose in life.	Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne Gott keinen Sinn hat.
Spiritual experiences are important to me.	Religiöse Erfahrungen sind wichtig für mich.
My faith in God helps me through hard times.	Mein Glaube an Gott hilft mir in schweren Zeiten.

I feel like I can always count on God.	Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf Gott verlassen kann.
I try to live how God wants me to live.	Ich versuche so zu leben, wie Gott es will.
I consider myself to be a very spiritual person.	Ich bin ein religiöser Mensch.
My faith in God shapes how I think and act every day.	Ich versuche, dass jeder Tag von meinem Glauben an Gott geprägt wird.
I help others with their religious questions and struggles.	Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen.
Every day I see evidence that God is active in the world.	Jeden Tag sehe ich Beweise, dass Gott in der Welt wirkt.
I seek out opportunities to help me grow spiritually.	Ich suche Gelegenheiten, um mich religiös zu entwickeln.
I take time for periods of private prayer or meditation.	Ich nehme mir Zeit für Gebete und religiöse Meditation.
I feel surrounded by God's love every day.	Ich fühle mich täglich von Gottes Liebe umgeben.
In general, how important are your religious or spiritual beliefs in your daily life?	Mir sind meine religiösen Überzeugungen für mein tägliches Leben wichtig.
To what extent are you conscious of some religious goal or purpose in life that serves to give you direction?	Ich habe religiöse Ziele, die mir im Alltag Richtung geben.
When you have problems or difficulties in your family, work, or personal life, how often do you seek spiritual comfort?	Ich suche religiösen Trost, wenn ich Probleme in der Familie, Arbeit oder im Privatleben habe.
How satisfied are you with your spiritual life?	Ich bin zufrieden mit meinem spirituellen Leben.
Other than at mealtime, I pray to God privately.	Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott.
I feel God's presence.	Ich fühle Gottes Anwesenheit.
I find strength and comfort in my religion.	Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion.
I feel deep inner peace and harmony.	Ich fühle tiefen inneren Frieden und Harmonie.
I feel God's love for me, directly or through others.	Ich empfinde Gottes Liebe direkt oder durch andere.
I am spiritually touched by the beauty of creation.	Die Schönheit der Schöpfung berührt mich spirituell.
I think about how my life is part of a larger spiritual force.	Ich überlege, inwiefern mein Leben ein Teil einer größeren spirituellen Kraft ist.
I work together with God as partners to get through hard times.	Gott begleitet mich auch in harten Zeiten.
I look to God for strength, support, and guidance in crises.	In Krisen suche ich bei Gott Stärke, Unterstützung und Führung.
I try to find the lesson from God in crises.	In Krisen versuche ich zu verstehen, was Gott mir damit sagen will.
I try to make sense of the situation and decide what to do without relying on god.	Bei Entscheidungen vertraue ich mehr auf mich selbst, als mich auf Gott zu verlassen.
I confess my sins and ask for God's forgiveness.	Ich bekenne meine Sünden und bitte Gott um Vergebung.
To what extent is your religion involved in understanding or dealing with stress situations in any way?	Meine Religion hilft mir entscheidend beim Umgang mit Stresssituationen.
I know I can count on people from my church when I need help.	Wenn ich Hilfe brauche, weiß ich, dass ich auf die Menschen in meiner kirchlichen Gemeinde zählen kann.
Being with other people who share my religious views is important to me.	Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.
My friends and I often talk about religious matters.	Meine Freunde und ich sprechen oft über religiöse Angelegenheiten.
Most of my best friends are religious.	Meine besten Freunde sind größtenteils religiös.

I like to worship and pray with others.	Ich mag es, mit anderen am Gottesdienst teil zu nehmen und zu beten.
I go to Sunday school often.	Ich gehe zu religiösen Fortbildungsveranstaltungen.
Most of my best friends go to church.	Der Großteil meiner besten Freunde geht in die Kirche.
I often attend church activities such as Bible study and choir practice.	Ich nehme an Kirchenaktivitäten teil, wie zum Beispiel beim Gebetskreis und bei der Bibelrunde.
How often in the last year did you attend religious services?	Ich besuche den Gottesdienst.
I believe that smoking marijuana is a sin.	Ich glaube, dass das Rauchen von Marihuana eine Sünde ist.
I believe drinking alcohol is a sin.	Ich glaube, dass das Trinken von Alkohol eine Sünde ist.
I believe that smoking cigarettes is a sin.	Ich glaube, dass das Rauchen von Zigaretten eine Sünde ist.
I believe in God.	Ich glaube an Gott.
I know that God loves me just as I am.	Ich weiß, dass Gott mich so liebt wie ich bin.
I believe that God often responds to the individual prayers of men and women.	Ich glaube, dass Gott die Gebete der Menschen erhört.
I believe that God is very interested in the day-to-day lives of men and women.	Ich glaube, dass Gott am alltäglichen Leben der Menschen interessiert ist.
Do you believe in God or in a universal spirit?	Ich glaube an eine spirituelle Macht.
I question whether God really exists (scored negatively).	Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert.
I try to live by the saying "loving thy neighbor as thyself."	Ich versuche nach der Redewendung „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ zu leben.
I can forgive even if someone hurts me on purpose.	Ich bemühe mich zu vergeben, auch wenn mich jemand absichtlich verletzt.
I try to care for other people even if I don't really like them.	Ich versuche mich um andere Menschen zu kümmern, auch wenn ich sie nicht wirklich mag.
I believe that you have to care about people regardless of how they treat you.	Ich glaube, dass man sich um andere Menschen sorgen muss, unabhängig davon, wie man von ihnen behandelt wird.
Even when it is difficult I try to forgive other people who have hurt and offended me.	Auch wenn es schwer fällt, versuche ich den Menschen zu vergeben, die mich verletzt und beleidigt haben.
I try to be forgiving toward other people.	Ich versuche anderen Menschen zu vergeben.
I feel deep love for the world and all the creatures in it.	Ich liebe die Welt und alle ihre Geschöpfe.
I believe that God has a lot of rules about how people should live their lives.	Ich glaube, dass Gott eine genaue Vorstellung davon hat, wie Menschen leben sollten.
I believe that God can be counted on to reward goodness and punish evil.	Ich glaube, dass Gott das Gute belohnt und das Böse bestraft.
I believe God is very strict.	Ich glaube, dass Gott sehr streng ist.
I believe God will punish me if I do something wrong.	Ich glaube, dass Gott mich bestraft, wenn ich etwas falsch gemacht habe.
Do you believe that this God or universal spirit observes your actions and reward or punishes you for them?	Ich glaube, dass Gott oder eine universale Macht meine Handlungen überwacht und mich dann dafür belohnt oder bestraft.
I feel that stressful situations are God's way of punishing me for my sins or lack of spirituality.	Gott bestraft mich mit Stress für meine Sünden oder meinen Mangel an Spiritualität.
The Bible is the actual word of God and is to be taken literally word for word.	Die Bibel ist das wahre Wort Gottes.
It is all right to get back at someone who hurts or offends you (scores negatively).	Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen.

I believe that if I do a lot of wrong things, God will stop loving me (scored negatively).	Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben.
The only person I have to thank for what I have received in life is me (scored negatively).	Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken.
When someone hurts me, I want to get whatever revenge I can (scored negatively).	Wenn mich jemand verletzt, ist mir jede Form von Rache recht.
If people are not kind to me, I am not going to be kind to them (scored negatively).	Wenn Menschen zu mir unfreundlich sind, bin auch ich unfreundlich zu ihnen.
People tell me that I am not grateful enough for what I have in life (scored negatively).	Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin.
When someone hurts or offends me, I can only get over it when I have figured out how to get my revenge (scored negatively).	Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann.
When I look at the world, I don't see much to be grateful for (scored negatively).	Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte.
I feel thankful for what I have received in life.	Ich bin dankbar für das, was ich im Leben erreicht habe.
I feel grateful nearly every dy.	Ich bin beinahe jeden Tag dankbar.
I express anger at God for letting terrible things happen (scored negatively).	Ich äußere meinen Zorn darüber, wenn Gott schreckliche Dinge zulässt.
I wonder whether God has abandoned me (scored negatively).	Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat.

Tab. 8: Übersetzung des Religiositätsfragebogens von Kendler (2003)

Am Fragebogen von Kendler sind testkonstruktive Mängel erkennbar. Auf diese wird in der Diskussion hingewiesen. Die Reihenfolge der aufgelisteten Fragebogenitems in der Faktorenanalyse nach Kendler (2003) wurde nach der Übersetzung für den Religiositätsfragebogen dieser Studie per Zufall einer neuen Reihung unterzogen. So wurde z. B. Item eins in der Faktorenanalyse nach Kendler (2003) „I ask God to help me make important decisions“ zu Item vier im Religiositätsfragebogen dieser Studie.

3.2.2.3 Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003) – adaptiert für diese Untersuchung

Einleitend werden die Patient(inn)en gebeten, Informationen zu ihrer Person zu geben. Die Informationen bezüglich ihrer Person betreffen die Auskunft über Geschlecht, Alter, Familienstand und Anzahl der Kinder. Anschließend findet man die 74 übersetzten Feststellungen vom Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003), die sich auf verschiedenste Aspekte der Religiosität der Testperson beziehen. Die Person muss angeben, wie oft diese Feststellung zutrifft. Der Antwortmodus ist mittels fünfstufiger, verbal ausformulierter Häufigkeitsskala von „nie“ bis „immer“ festgesetzt.

Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Abbildung das Beispielitem mit dem dazugehörigen Antwortformat.

Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
---	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Abb. 12: Beispielitem aus dem übersetzten Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003)

Da die Auswertung dieses Fragebogens einen erheblichen Anteil der Arbeit darstellt, sind die inneren Konsistenzen (Cronbachs Alpha) dieses Fragebogens dem Ergebnisteil zu entnehmen.

3.3 Untersuchungsdurchführung

Zur Gewinnung der Stichprobe wurde Kontakt zu stationär aufgenommenen Chorea Huntington Patient(inn)en an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz hergestellt. Nach einem vereinbarten Termin wurde direkt in einem Zimmer auf der Psychiatrie eine genaue Information über den Zweck der Untersuchung und nach Zustimmung für die Teilnahme an der Untersuchung die Einverständniserklärung vorgelegt. Nach getätigter Unterschrift erhielten die Personen die Fragebögen hintereinander. Bei Bedarf wurden mit den Patient(inn)en Pausen eingelegt und auch teilweise noch zusätzliche Termine vereinbart, um die Patient(inn)en nicht zu überfordern.

3.4 Operationalisierung der Fragestellung

In dieser Untersuchung soll an einer Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en festgestellt werden, ob das Ausmaß ihrer Religiosität Auswirkungen auf deren Lebensqualität hat, und ob die Variablen Alter und Geschlecht dabei eine Rolle spielen. Um die Variable Religiosität messen zu können, wurde ein von Kendler (2003) entwickelter Religiositätsfragebogen für diese Untersuchung weiterentwickelt und mittels einer Reliabilitätsanalyse ausgewertet. Es wird daher überprüft,

- ... ob sich die empirisch nachgewiesenen Dimensionen von Religiosität nach Kendler (2003) auch an der Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en nachweisen lassen.
- ... ob sich an Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Lebensqualität und hinsichtlich ihrer Religiosität unterscheiden.
- ... ob das Alter von Chorea Huntington Patient(inn)en einen Einfluss auf deren Lebensqualität und Religiosität hat.
- ... ob sich die Lebensqualität von Chorea Huntington Patient(inn)en anhand von einzelnen Dimensionen der Religiosität vorhersagen lässt und ob das Alter bzw. das Geschlecht dabei eine Rolle spielen.
- welche unterschiedliche Bedeutung einzelne Lebensqualitätsbereiche für Chorea Huntington Patient(inn)en haben.

3.5 Datenverarbeitung

Die Eingabe und Verarbeitung der Rohdaten erfolgte mittels des statistischen Datenverarbeitungsprogramms „SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 13.0 für Windows“. Die Daten wurden bereits im Laufe der Datenerhebung eingegeben, da aufgrund der Dauer der Datenerhebung und der Datenmengen eine zu lange Verzögerung der Auswertung durch die Dateneingabe vermieden werden

sollte. Eine Kontrolle der Rohdaten im SPSS-Editor auf eventuelle Fehler wurde mittels optischer Analyse der Datenfiles durchgeführt. Es wurden regelmäßige stichprobenartige Überprüfungen der Rohdaten vorgenommen. Umpolungen und Skalenberechnungen erfolgten mittels SPSS-Prozeduren. Die Graphiken wurden mit Hilfe von „Microsoft Excel“ des Office 2007 erstellt.

3.6 Statistische Auswertung

Bei der statistischen Frage, ob sich die empirisch nachgewiesenen Dimensionen von Religiosität nach Kendler (2003) auch an der Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en nachweisen lassen, wurde für die Berechnung in dieser Untersuchung eine Reliabilitätsanalyse herangezogen. Auf eine Faktorenanalyse wie bei Kendler et al. (2003) musste verzichtet werden, weil die Anzahl der Items nicht mit der Anzahl der Testpersonen in richtiger Relation stand. Für die doch sehr kleine Stichprobe von nur 36 Personen waren zu viele Fragebogenitems vorhanden.

Die für diese Untersuchung verwendete Reliabilitätsanalyse prüft nach verschiedenen Kriterien, welche Items des Religiositätsfragebogens sich für den Gesamttest als brauchbar und welche als unbrauchbar erweisen (vgl. Zöfel, 2003). Zur Beurteilung der einzelnen Items sind vor allem der Schwierigkeitsindex und der Trennschärfenkoeffizient entscheidend (siehe 4.1).

Zur Berechnung der weiteren statistischen Fragen wurden Multivariate Varianzanalysen, Korrelationen und Regressionsanalysen herangezogen.

Für alle Verfahren gilt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 5 % als signifikant (*). Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 10 % bedeutet, dass ein Trend in Richtung signifikantes Ergebnis erkennbar ist.

4 Ergebnisse

Die Voraussetzungen für die Durchführung statistischer Tests in dieser Untersuchung wurden mittels Kolmogorov-Smirnov Test überprüft und sind laut Berechnungen erfüllt (siehe Anhang).

4.1 Reliabilitätsanalyse

4.1.1 Berechnung

Es wird eingangs überprüft, ob sich die empirisch nachgewiesenen Dimensionen von Religiosität nach Kendler (2003) auch an der Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en nachweisen lassen. Vor der Durchführung der Reliabilitätsanalyse sind die anders gepolten Items entsprechend umzucodieren. Folgende elf negative Items des Religiositätsfragebogens nach Kendler (2003) wurden daher umgepolt:

- Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert.
- Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen.
- Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben.
- Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken.
- Wenn mich jemand verletzt ist mir jede Form von Rache recht.
- Wenn Menschen zu mir unfreundlich sind, bin auch ich unfreundlich zu ihnen.
- Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin.
- Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann.
- Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte.
- Ich äußere meinen Zorn darüber, wenn Gott schreckliche Dinge zulässt.
- Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat.

Zur Beurteilung der Brauchbarkeit einzelner Items ist besonders der **Schwierigkeitsindex** im Zuge der Schwierigkeitsanalyse entscheidend (Berechnung

siehe Anhang). Der Mittelwert eines Items ist ein Indikator für die Schwierigkeit eines Items. Die Itemschwierigkeit gibt zum Ausdruck, wie schwer eine Aufgabe für die Stichprobe im Sinne eines zu erfassenden Konstruktes zu beantworten war. Um einen möglichst großen Anwendungsbereich für den Test zu erhalten, sollte der Schwierigkeitsindex wenn möglich über den ganzen Bereich des gemessenen Merkmals streuen. Der Schwierigkeitsindex liegt im Wertebereich von 0 bis 100. Ein Wert von Null bedeutet, dass keine Person das Item gelöst bzw. im Sinne des Kriteriums beantwortet hat, d. h. das Item ist zu schwer. Ein Wert von 100 bedeutet, dass alle Personen das Item gelöst bzw. im Sinne des Kriteriums beantwortet haben, d. h. das Item ist sehr leicht. Es wird empfohlen, Items mit einem Schwierigkeitsindex kleiner als 20 % oder größer als 80 % zu eliminieren (Zöfel, 2003). Das bedeutet, dass eine mittlere Schwierigkeit von 50 % ideal wäre, da solche Items am besten zwischen unterschiedlichen Merkmalsausprägungen differenzieren können. Items sollen gut streuen, um gut differenzieren zu können. Die größte Streuung besteht bei einem Schwierigkeitsindex von 50 %, sie hat dann den Wert 0.5. Eine mittlere Schwierigkeit eines Items und eine gute Streuung eines Items bilden die Basis für ein Item mit einer guten Trennschärfe (siehe unten).

Folgende 12 Items erwiesen sich nach der Schwierigkeitsanalyse über alle Items als nicht brauchbar und wurden daher entfernt (Berechnung siehe Anhang).

Item 15:	Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann.
Item 24:	Ich glaube, dass das Rauchen von Zigaretten eine Sünde ist.
Item 30:	Ich glaube, dass das Trinken von Alkohol eine Sünde ist.
Item 34:	Wenn mich jemand verletzt, ist mir jede Form von Rache recht.
Item 36:	Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben.
Item 37:	Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen.
Item 42:	Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin.
Item 44:	Ich nehme an Kirchenaktivitäten teil, wie zum Beispiel beim Gebetskreis und bei der Bibelrunde.
Item 51:	Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat.
Item 56:	Ich glaube, dass Gott mich bestraft, wenn ich etwas falsch gemacht habe.

Item 57:	Gott bestraft mich mit Stress für meine Sünden oder meinen Mangel an Spiritualität.
Item 64:	Ich gehe zu religiösen Fortbildungsveranstaltungen.

Tab. 9: Auflistung der entfernten Items aufgrund der Schwierigkeitsanalyse

Der **Trennschärfeffizient** ist das wichtigste Kriterium zur Beurteilung der Brauchbarkeit eines Items. "Die Trennschärfe bzw. der Trennschärfeffizient gibt an, wie gut ein einzelnes Item das Gesamtergebnis eines Tests repräsentiert. Die Trennschärfe ...ist definiert als die Korrelation der Beantwortung dieses Items mit dem Gesamtestwert" (Bortz & Döring, 2002, S. 218).

Trennschärfeffizient und Schwierigkeitsindex sind nach Zöfel (2003) nicht unabhängig voneinander. Die Trennschärfe ist für mittlere Schwierigkeitsindizes am größten, während sie für niedrige und hohe Schwierigkeitsindizes abfällt.

Es wurden daher schrittweise einzelne Items entfernt, um ein möglichst hohes Cronbachs Alpha zu erhalten. Das Cronbachs Alpha ist ein Maß für die innere Konsistenz einer Skala, d. h. jedes Item soll helfen das zu Erfassende zu erfassen.

Das Ergebnis der Reliabilitätsanalyse orientiert sich an den sieben Faktoren, die nun einzeln nacheinander aufgelistet werden. Anschließend werden Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede zu den Dimensionen von Religiosität nach Kendler (2003) dargestellt.

Faktor 1: Allgemeine Religiosität (General Religiosity)

Cronbach's Alpha: .974

Itemnr. im FB	Inhalt des Items
2	Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen.
3	In Krisen suche ich bei Gott Stärke, Unterstützung und Führung.
4	Ich bitte Gott bei wichtigen Entscheidungen um Hilfe.
5	Gott begleitet mich auch in harten Zeiten.
7	Ich suche Gelegenheiten, um mich religiös zu entwickeln.
8	In Krisen versuche ich zu verstehen, was Gott mir damit sagen will.
12	Ich bin ein religiöser Mensch.
14	Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf Gott verlassen kann.
16	Die Schönheit der Schöpfung berührt mich spirituell.
18	Ich versuche, dass jeder Tag von meinem Glauben an Gott geprägt wird.
19	Ich fühle mich täglich von Gottes Liebe umgeben.
20	Ich versuche so zu leben, wie Gott es will.
21	Mein Glaube an Gott hilft mir in schweren Zeiten.

22	Jeden Tag sehe ich Beweise, dass Gott in der Welt wirkt.
26	Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne Gott keinen Sinn hat.
27	Ich suche religiösen Trost, wenn ich Probleme in der Familie, Arbeit oder im Privatleben habe.
32	Ich empfinde Gottes Liebe direkt oder durch andere.
35	Mir sind meine religiösen Überzeugungen für mein tägliches Leben wichtig.
39	Ich fühle Gottes Anwesenheit.
46	Ich habe religiöse Ziele, die mir im Alltag Richtung geben.
49	Ich überlege, inwiefern mein Leben ein Teil einer größeren spirituellen Kraft ist.
50	Ich nehme mir Zeit für Gebete und religiöse Meditationen.
52	Ich bin zufrieden mit meinem spirituellen Leben.
59	Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion.
60	Religiöse Erfahrungen sind wichtig für mich.
61	Meine Religion hilft mir entscheidend beim Umgang mit Stresssituationen.
66	Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott.
68	Bei Entscheidungen vertraue ich mehr auf mich selbst, als mich auf Gott zu verlassen.
72	Ich bekenne meine Sünden und bitte Gott um Vergebung.
73	Ich fühle tiefen inneren Frieden und Harmonie.

Schrittweise wurden folgende Items entfernt:

Itemnr.:	Inhalt des Items:	Cronbachs Alpha:
68	Bei Entscheidungen vertraue ich mehr auf mich selbst, als mich auf Gott zu verlassen.	.978
49	Ich überlege, inwiefern mein Leben ein Teil einer größeren spirituellen Kraft ist.	.979
73	Ich fühle tiefen inneren Frieden und Harmonie.	.980
2	Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen.	.981

N of items = 26

Ergebnis: Cronbach's Alpha: .981

Faktor 2: Soziale Religiosität (Social Religiosity)

Cronbach's Alpha: .907

Itemnr. im FB	Inhalt des Items
1	Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.
6	Wenn ich Hilfe brauche, weiß ich, dass ich auf die Menschen in meiner kirchlichen Gemeinde zählen kann.
24	<i>Ich glaube, dass das Rauchen von Zigaretten eine Sünde ist.</i>
30	<i>Ich glaube, dass das Trinken von Alkohol eine Sünde ist.</i>
38	Meine Freunde und ich sprechen oft über religiöse Angelegenheiten.
40	Der Großteil meiner besten Freunde geht in die Kirche.
41	Ich glaube, dass das Rauchen von Marihuana eine Sünde ist.

44	<i>Ich nehme an Kirchenaktivitäten teil, wie zum Beispiel beim Gebetskreis und bei der Bibelrunde.</i>
53	Meine besten Freunde sind größtenteils religiös.
55	Ich besuche den Gottesdienst.
64	<i>Ich gehe zu religiösen Fortbildungsveranstaltungen.</i>
74	Ich mag es mit anderen am Gottesdienst teilzunehmen und zu beten.

Folgendes Item wurde entfernt:

Itemnr.:	Inhalt des Items:	Cronbachs Alpha:
41	Ich glaube, dass das Rauchen von Marihuana eine Sünde ist.	.916

N of items = 7

Ergebnis: Cronbach's Alpha: .916

Faktor 3: Gottesbeziehung (Involved God)

Cronbach's Alpha: .871

Itemnr. im FB	Inhalt des Items
9	Ich weiß, dass Gott mich so liebt wie ich bin.
17	Ich glaube, dass Gott die Gebete der Menschen erhört.
33	Ich glaube, dass Gott am alltäglichen Leben der Menschen interessiert ist.
45	Ich glaube an eine spirituelle Macht.
47	Ich glaube an Gott.
63	Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert.

Folgendes Item wurde entfernt:

Itemnr.:	Inhalt des Items:	Cronbachs Alpha:
63	Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert.	.904

N of items =5

Ergebnis: Cronbach's Alpha: .941

Faktor 4: Vergeben/Liebe (Forgiveness/Love)

Cronbach's Alpha: .820

Itemnr. im FB	Inhalt des Items
11	Ich bemühe mich zu vergeben, auch wenn mich jemand absichtlich verletzt.
13	Ich liebe die Welt und alle ihre Geschöpfe.
28	Ich versuche mich um andere Menschen zu kümmern, auch wenn ich sie nicht wirklich mag.
43	Auch wenn es schwer fällt, versuche ich den Menschen zu vergeben, die mich verletzt und beleidigt haben.
65	Ich versuche nach der Redewendung „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ zu leben.

70	Ich versuche anderen Menschen zu vergeben.
71	Ich glaube, dass man sich um andere Menschen sorgen muss, unabhängig davon, wie man von ihnen behandelt wird.

Schrittweise wurden folgende Items entfernt:

Itemnr.:	Inhalt des Items:	Cronbachs Alpha:
28	Ich versuche mich um andere Menschen zu kümmern, auch wenn ich sie nicht wirklich mag.	.840
65	Ich versuche nach der Redewendung „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ zu leben.	.868

N of items =5

Ergebnis: Cronbach´s Alpha: .868

Faktor 5: Gottesgericht (God as Judge)

Cronbach´s Alpha: .801

Itemnr. im FB	Inhalt des Items
10	Ich glaube, dass Gott das Gute belohnt und das Böse bestraft.
25	Ich glaube, dass Gott eine genaue Vorstellung davon hat, wie Menschen leben sollten.
29	Ich glaube, dass Gott sehr streng ist.
31	Die Bibel ist das wahre Wort Gottes.
56	<i>Ich glaube, dass Gott mich bestraft, wenn ich etwas falsch gemacht habe.</i>
57	<i>Gott bestraft mich mit Stress für meine Sünden oder meinen Mangel an Spiritualität.</i>
69	Ich glaube, dass Gott oder eine universale Macht meine Handlungen überwacht und mich dann dafür belohnt oder bestraft.

Schrittweise wurden folgende Items entfernt:

Itemnr.:	Inhalt des Items:	Cronbachs Alpha:
69	Ich glaube, dass Gott oder eine universale Macht meine Handlungen überwacht und mich dann dafür belohnt oder bestraft.	.787
10	Ich glaube, dass Gott das Gute belohnt und das Böse bestraft.	.836

N of items =3

Ergebnis: Cronbach´s Alpha: .836

Faktor 6: Rachelosigkeit (Unvengefulness)

Cronbach´s Alpha: .340

Itemnr. im FB	Inhalt des Items
15	<i>Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann.</i>

23	Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte.
34	<i>Wenn mich jemand verletzt, ist mir jede Form von Rache recht.</i>
36	<i>Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben.</i>
37	<i>Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen.</i>
42	<i>Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin.</i>
54	Wenn Menschen zu mir unfreundlich sind, bin auch ich unfreundlich zu ihnen.
62	Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken.

Folgendes Item wurde entfernt:

Itemnr.:	Inhalt des Items:	Cronbachs Alpha:
54	Wenn Menschen zu mir unfreundlich sind, bin ich auch unfreundlich zu ihnen.	.455

N of items =2

Ergebnis: Cronbach´s Alpha: .455

Faktor 7: Dankbarkeit (Thankfulness)

Cronbach´s Alpha: .455

Itemnr. im FB	Inhalt des Items
48	Ich äußere meinen Zorn darüber, wenn Gott schreckliche Dinge zulässt.
51	<i>Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat.</i>
58	Ich bin beinahe jeden Tag dankbar.
67	Ich bin dankbar für das, was ich im Leben erreicht habe.

Folgendes Item wurde entfernt:

Itemnr.:	Inhalt des Items:	Cronbachs Alpha:
48	Ich äußere meinen Zorn darüber, wenn Gott schreckliche Dinge zulässt.	.798

N of items =2

Ergebnis: Cronbach´s Alpha: .798

*: *Item wurde aufgrund der Schwierigkeitsanalyse über alle Items als zu schwierig eingestuft und deshalb entfernt*

4.1.2 Ergebnis der Reliabilitätsanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse zusammengefasst dargestellt:

Faktor 1: Allgemeine Religiosität (General Religiosity) → Cronbach´s Alpha: .981

- In Krisen suche ich bei Gott Stärke, Unterstützung und Führung.
- Ich bitte Gott bei wichtigen Entscheidungen um Hilfe.

- Gott begleitet mich auch in harten Zeiten.
- Ich suche Gelegenheiten, um mich religiös zu entwickeln.
- In Krisen versuche ich zu verstehen, was Gott mir damit sagen will.
- Ich bin ein religiöser Mensch.
- Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf Gott verlassen kann.
- Die Schönheit der Schöpfung berührt mich spirituell.
- Ich versuche, dass jeder Tag von meinem Glauben an Gott geprägt wird.
- Ich fühle mich täglich von Gottes Liebe umgeben.
- Ich versuche so zu leben, wie Gott es will.
- Mein Glaube an Gott hilft mir in schweren Zeiten.
- Jeden Tag sehe ich Beweise, dass Gott in der Welt wirkt.
- Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne Gott keinen Sinn hat.
- Ich suche religiösen Trost, wenn ich Probleme in der Familie, Arbeit oder im Privatleben habe.
- Ich empfinde Gottes Liebe direkt oder durch andere.
- Mir sind meine religiösen Überzeugungen für mein tägliches Leben wichtig.
- Ich fühle Gottes Anwesenheit.
- Ich habe religiöse Ziele, die mir im Alltag Richtung geben,.
- Ich nehme mir Zeit für Gebete und religiöse Meditationen.
- Ich bin zufrieden mit meinem spirituellen Leben.
- Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion.
- Religiöse Erfahrungen sind wichtig für mich.
- Meine Religion hilft mir entscheidend beim Umgang mit Stresssituationen.
- Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott.
- Ich bekenne meine Sünden und bitte Gott um Vergebung.

Faktor 2: Soziale Religiosität (Social Religiosity) → Cronbach's Alpha: .916

- Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.
- Wenn ich Hilfe brauche, weiß ich, dass ich auf die Menschen in meiner kirchlichen Gemeinde zählen kann.
- Meine Freunde und ich sprechen oft über religiöse Angelegenheiten.
- Der Großteil meiner besten Freunde geht in die Kirche.
- Meine besten Freunde sind größtenteils religiös.
- Ich besuche den Gottesdienst.
- Ich mag es mit anderen am Gottesdienst teilzunehmen und zu beten.

Faktor 3: Gottesbeziehung (Involved God) → Cronbach's Alpha: .941

- Ich weiß, dass Gott mich so liebt wie ich bin.
- Ich glaube, dass Gott die Gebete der Menschen erhört.
- Ich glaube, dass Gott am alltäglichen Leben der Menschen interessiert ist.
- Ich glaube an eine spirituelle Macht.
- Ich glaube an Gott.

Faktor 4: Vergeben/Liebe (Forgiveness/Love) → Cronbach's Alpha: **.868**

- Ich bemühe mich zu vergeben, auch wenn mich jemand absichtlich verletzt.
- Ich liebe die Welt und alle ihre Geschöpfe.
- Auch wenn es schwer fällt, versuche ich den Menschen zu vergeben, die mich verletzt und beleidigt haben.
- Ich versuche anderen Menschen zu vergeben.
- Ich glaube, dass man sich um andere Menschen sorgen muss, unabhängig davon, wie man von ihnen behandelt wird.

Faktor 5: Gottesgericht (God as Judge) → Cronbach's Alpha: **.836**

- Ich glaube, dass Gott eine genaue Vorstellung davon hat, wie Menschen leben sollten.
- Ich glaube, dass Gott sehr streng ist.
- Die Bibel ist das wahre Wort Gottes.

Faktor 6: Rachelosigkeit (Unvengefulness) → Cronbach's Alpha: **.455**

- Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte.
- Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken.

Faktor 7: Dankbarkeit (Thankfulness) → Cronbach's Alpha: **.798**

- Ich bin beinahe jeden Tag dankbar.
- Ich bin dankbar für das, was ich im Leben erreicht habe.

Die Faktoren Gottesgericht (.836), Rachelosigkeit (.455) und Dankbarkeit (.798) bilden aufgrund der geringen Itemanzahl und des doch eher niedrigen Cronbachs Alpha keine validen Strukturen ab. Aus diesem Grund ist eine weitere Berechnung mit diesen Faktoren nicht vertretbar. In den weiteren Berechnungen fließen daher die Faktoren Allgemeine Religiosität (.981), Soziale Religiosität (.916), Gottesbeziehung (.941) und Vergeben/Liebe (.868) mit ein. Diese sind nach Lienert (1969) zufriedenstellend.

4.1.3 Gegenüberstellung der Dimensionen von Kendler mit Dimensionen dieser Untersuchung

Allgemeine Religiosität:	
Kendler (2003): 30 Items	Krejca (2010): 26 Items
Ich bitte Gott bei wichtigen Entscheidungen um Hilfe.	Ich bitte Gott bei wichtigen Entscheidungen um Hilfe.
Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne Gott keinen Sinn hat.	Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne Gott keinen Sinn hat.
Religiöse Erfahrungen sind wichtig für mich.	Religiöse Erfahrungen sind wichtig für mich.
Mein Glaube an Gott hilft mir in schweren Zeiten.	Mein Glaube an Gott hilft mir in schweren Zeiten.
Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf Gott verlassen kann.	Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf Gott verlassen kann.
Ich versuche so zu leben, wie Gott es will.	Ich versuche so zu leben, wie Gott es will.
Ich bin ein religiöser Mensch.	Ich bin ein religiöser Mensch.
Ich versuche, dass jeder Tag von meinem Glauben an Gott geprägt wird.	Ich versuche, dass jeder Tag von meinem Glauben an Gott geprägt wird.
Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen.	
Jeden Tag sehe ich Beweise, dass Gott in der Welt wirkt.	Jeden Tag sehe ich Beweise, dass Gott in der Welt wirkt.
Ich suche Gelegenheiten, um mich religiös zu entwickeln.	Ich suche Gelegenheiten, um mich religiös zu entwickeln.
Ich nehme mir Zeit für Gebete und religiöse Meditation.	Ich nehme mir Zeit für Gebete und religiöse Meditation.
Ich fühle mich täglich von Gottes Liebe umgeben.	Ich fühle mich täglich von Gottes Liebe umgeben.
Mir sind meine religiösen Überzeugungen für mein tägliches Leben wichtig.	Mir sind meine religiösen Überzeugungen für mein tägliches Leben wichtig.
Ich habe religiöse Ziele, die mir im Alltag Richtung geben.	Ich habe religiöse Ziele, die mir im Alltag Richtung geben.
Ich suche religiösen Trost, wenn ich Probleme in der Familie, Arbeit oder im Privatleben habe.	Ich suche religiösen Trost, wenn ich Probleme in der Familie, Arbeit oder im Privatleben habe.
Ich bin zufrieden mit meinem spirituellen Leben.	Ich bin zufrieden mit meinem spirituellen Leben.
Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott.	Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott.
Ich fühle Gottes Anwesenheit.	Ich fühle Gottes Anwesenheit.
Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion.	Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion.
Ich fühle tiefen inneren Frieden und Harmonie.	
Ich empfinde Gottes Liebe direkt oder durch andere.	Ich empfinde Gottes Liebe direkt oder durch andere.
Die Schönheit der Schöpfung berührt mich spirituell.	Die Schönheit der Schöpfung berührt mich spirituell.
Ich überlege, inwiefern mein Leben ein Teil einer größeren spirituellen Kraft ist.	
Gott begleitet mich auch in harten Zeiten.	Gott begleitet mich auch in harten Zeiten.
In Krisen suche ich bei Gott Stärke, Unterstützung und Führung.	In Krisen suche ich bei Gott Stärke, Unterstützung und Führung.
In Krisen versuche ich zu verstehen, was Gott mir damit sagen will.	In Krisen versuche ich zu verstehen, was Gott mir damit sagen will.
Bei Entscheidungen vertraue ich mehr auf mich selbst, als mich auf Gott zu verlassen.	
Ich bekenne meine Sünden und bitte Gott um Vergebung.	Ich bekenne meine Sünden und bitte Gott um Vergebung.

Meine Religion hilft mir entscheidend beim Umgang mit Stresssituationen.	Meine Religion hilft mir entscheidend beim Umgang mit Stresssituationen.
Soziale Religiosität	
Kendler (2003) 12 Items	Krejczka (2010) 7 Items
Wenn ich Hilfe brauche, weiß ich, dass ich auf die Menschen in meiner kirchlichen Gemeinde zählen kann.	Wenn ich Hilfe brauche, weiß ich, dass ich auf die Menschen in meiner kirchlichen Gemeinde zählen kann.
Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.	Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.
Meine Freunde und ich sprechen oft über religiöse Angelegenheiten.	Meine Freunde und ich sprechen oft über religiöse Angelegenheiten.
Meine besten Freunde sind größtenteils religiös.	Meine besten Freunde sind größtenteils religiös.
Ich mag es, mit anderen am Gottesdienst teil zu nehmen und zu beten.	Ich mag es, mit anderen am Gottesdienst teil zu nehmen und zu beten.
Ich gehe zu religiösen Fortbildungsveranstaltungen.	
Der Großteil meiner besten Freunde geht in die Kirche.	Der Großteil meiner besten Freunde geht in die Kirche.
Ich nehme an Kirchenaktivitäten teil, wie zum Beispiel beim Gebetskreis und bei der Bibelrunde.	
Ich besuche den Gottesdienst.	Ich besuche den Gottesdienst.
Ich glaube, dass das Rauchen von Marihuana eine Sünde ist.	
Ich glaube, dass das Trinken von Alkohol eine Sünde ist.	
Ich glaube, dass Rauchen von Zigaretten eine Sünde ist.	
Gottesbeziehung	
Kendler (2003) 6 Items	Krejczka (2010) 5 Items
Ich glaube an Gott.	Ich glaube an Gott.
Ich weiß, dass Gott mich so liebt wie ich bin.	Ich weiß, dass Gott mich so liebt wie ich bin.
Ich glaube, dass Gott die Gebete der Menschen erhört.	Ich glaube, dass Gott die Gebete der Menschen erhört.
Ich glaube, dass Gott am alltäglichen Leben der Menschen interessiert ist.	Ich glaube, dass Gott am alltäglichen Leben der Menschen interessiert ist.
Ich glaube an eine spirituelle Macht.	Ich glaube an eine spirituelle Macht.
Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert.	
Vergeben/Liebe	
Kendler (2003) 7 Items	Krejczka (2010) 5 Items
Ich versuche nach der Redewendung „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ zu leben.	
Ich bemühe mich zu vergeben, auch wenn mich jemand absichtlich verletzt.	Ich bemühe mich zu vergeben, auch wenn mich jemand absichtlich verletzt.
Ich versuche mich um andere Menschen zu kümmern, auch wenn ich sie nicht wirklich mag.	
Ich glaube, dass man sich um andere Menschen sorgen muss, unabhängig davon, wie man von ihnen behandelt wird.	Ich glaube, dass man sich um andere Menschen sorgen muss, unabhängig davon, wie man von ihnen behandelt wird.
Auch wenn es schwer fällt, versuche ich den Menschen zu vergeben, die mich verletzt und beleidigt haben.	Auch wenn es schwer fällt, versuche ich den Menschen zu vergeben, die mich verletzt und beleidigt haben.
Ich versuche anderen Menschen zu vergeben.	Ich versuche anderen Menschen zu vergeben.
Ich liebe die Welt und alle ihre Geschöpfe.	Ich liebe die Welt und alle ihre Geschöpfe.

Gottesgericht	
Kendler (2003) 7 Items	Krejczka (2010) 3 Items
Ich glaube, dass Gott eine genaue Vorstellung davon hat, wie Menschen leben sollten.	Ich glaube, dass Gott eine genaue Vorstellung davon hat, wie Menschen leben sollten.
Ich glaube, dass Gott das Gute belohnt und das Böse bestraft.	
Ich glaube, dass Gott sehr streng ist.	Ich glaube, dass Gott sehr streng ist.
Ich glaube, dass Gott mich bestraft, wenn ich etwas falsch gemacht habe.	
Ich glaube, dass Gott oder eine universale Macht meine Handlungen überwacht und mich dann dafür belohnt oder bestraft.	
Gott bestraft mich mit Stress für meine Sünden oder meinen Mangel an Spiritualität.	
Die Bibel ist das wahre Wort Gottes.	Die Bibel ist das wahre Wort Gottes.
Rachelosigkeit	
Kendler (2003) 8 Items	Krejczka (2010) 2 Items
Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen.	
Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben.	
Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken.	Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken.
Wenn mich jemand verletzt, ist mir jede Form von Rache recht.	
Wenn Menschen zu mir unfreundlich sind, bin auch ich unfreundlich zu ihnen.	
Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin.	
Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann.	
Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte.	Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte.
Dankbarkeit	
Kendler (2003) 4 Items	Krejczka (2010) 2 Items
Ich bin dankbar für das, was ich im Leben erreicht habe.	Ich bin dankbar für das, was ich im Leben erreicht habe.
Ich bin beinahe jeden Tag dankbar.	Ich bin beinahe jeden Tag dankbar.
Ich äußere meinen Zorn darüber, wenn Gott schreckliche Dinge zulässt.	
Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat.	

Tab. 10: Gegenüberstellung der Dimensionen nach Kendler (2003) mit den Dimensionen dieser Untersuchung

Allgemein zeigt sich, dass die empirisch nachgewiesenen Dimensionen von Kendler (2003) auch in der Studie von Krejczka (2010) an der Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en nachgewiesen werden können. Insgesamt ergeben die Berechnungen dieser Studie 24 Items weniger als bei Kendler (2003), die sich unterschiedlich auf die einzelnen Dimensionen verteilen. Diese Items waren

entweder zu schwierig oder sie wiesen eine zu geringe Trennschärfe auf (siehe 4.1.1). Beim Faktor „Allgemeine Religiosität“ gibt es eine beinahe idente Übereinstimmung mit der Berechnung von Kendler (2003). Lediglich vier Items wurden für diese Studie entfernt. Beim Faktor „Soziale Religiosität“ sind in der Berechnung für diese Studie fünf Items weggefallen, wobei sieben Items in die Berechnung eingeflossen sind. Die Übereinstimmung ist etwa zur Hälfte gegeben. Im Faktor „Gottesbeziehung“ ist für diese Berechnung nur ein einziges Item weggefallen. Die Übereinstimmung mit Kendler (2003) ist somit weitestgehend gegeben. Ebenso ähnlich ist der Faktor „Vergeben/Liebe“, in dem nur zwei Items für diese Studie eliminiert wurden. Im Faktor „Gottesgericht“ hingegen sind von insgesamt sieben Items vier Items weggefallen. Die Ähnlichkeit zu Kendler's Faktor ist somit nur teilweise gegeben. Ebenso im Faktor „Rachelosigkeit“ gibt es keine Ähnlichkeit zu Kendler (2003). Von acht Items sind sechs Items weggefallen, wohingegen im Faktor „Dankbarkeit“ die Hälfte der Items erhalten und die andere Hälfte der Items weggefallen ist.

4.2 Lebensqualität, Religiosität, Alter und Geschlecht

Im Folgenden bilden die Religiositätsdimensionen „Allgemeine Religiosität“, „Soziale Religiosität“, „Gottesbeziehung“ und „Vergeben/Liebe“ übergeordnete Faktoren, die unterschiedlich viele Items beinhalten (siehe oben). Auch die Lebensqualitätsbereiche „Physische Lebensqualität“, „Psychische Lebensqualität“, „Unabhängigkeit“, „Soziale Beziehungen“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ beinhalten viele verschiedene Facetten (siehe Methodenteil). Im Folgenden werden Ergebnisse der übergeordneten Faktoren dargestellt, die verschiedene Dimensionen beinhalten.

Die an dieser Studie teilgenommenen Frauen und Männer, die an Chorea Huntington erkrankt sind, unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Alters ($t_{(34)} = -.806$, $p = .427$, n.s.).

Es wird der Frage nachgegangen, ob sich an Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Lebensqualität und hinsichtlich ihrer Religiosität unterscheiden.

Multivariate Tests zeigen, dass sich an Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen nicht in ihrer Lebensqualität unterscheiden ($F_{(6,28)} = .725$, $p = .633$, n.s.). Univariate Tests werden daher nicht weiter beachtet. Auch in der Variable „Religiosität“ zeigt sich multivariat, dass sich Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen nicht unterscheiden ($F_{(4,31)} = .298$, $p = .877$, n.s.).

Es wird der Frage nachgegangen, ob das Alter der an Chorea Huntington erkrankten Personen einen Einfluss auf deren Lebensqualität und Religiosität hat.

Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der psychischen Lebensqualität. Je älter die an Chorea Huntington erkrankten Personen, umso schlechter ist deren psychische Lebensqualität ($r = -.375$, $p < .05$). Je älter die an Chorea Huntington erkrankten Personen, umso weniger Unabhängigkeit bzw. mehr Abhängigkeit verspüren sie ($r = -.671$, $p < .05$). Ein Trend zeigt sich dahingehend, dass ältere an Chorea Huntington erkrankte Personen weniger soziale Beziehungen aufweisen als jüngere Chorea Huntington Personen ($r = -.311$, $p = .069$). Je älter die an Chorea Huntington erkrankten Personen sind, umso allgemein religiöser zeigen sie sich ($r = .413$, $p = .012$). Ältere Chorea Huntington Personen haben einen signifikant höheren Gottesbezug als jüngere Chorea Huntington Personen ($r = .360$, $p < .05$).

Es wird überprüft, ob sich die Lebensqualität (physisch, psychisch, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt, Spiritualität) von Chorea Huntington Patient(inn)en anhand von einzelnen Dimensionen der Religiosität (Allgemeine Religiosität, Soziale Religiosität, Gottesbeziehung, Vergeben/Liebe) vorhersagen lässt, und ob die Variablen Alter und Geschlecht dabei eine Rolle spielen.

Die Variable Alter wurde in die Berechnung miteingeschlossen, weil es Zusammenhänge mit den Variablen Lebensqualität und Religiosität gibt (siehe oben). Die Variable Geschlecht wurde vernachlässigt, weil zwischen dem Geschlecht und den Variablen Religiosität und Lebensqualität keine Zusammenhänge bestehen (siehe oben).

Die Variable „Lebensqualität gesamt“ von Chorea Huntington Patient(inn)en lässt sich nicht durch Religiosität vorhersagen ($p = .132$, n. s.).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,520 ^a	,270	,148	14,64544

^a. Predictors: (Constant), Alter, VergebenLiebe, SozialeReligiosität, Gottesbeziehung, AllgemeineReligiosität

Tab. 11.: Lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Physische Lebensqualität“ (N =35)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	88,354	15,428		5,727	,000
	AllgemeineReligiosität	11,710	6,926	,899	1,691	,101
	SozialeReligiosität	-9,485	3,695	-,641	-2,567	,015
	Gottesbeziehung	-6,754	5,634	-,574	-1,199	,240
	VergebenLiebe	3,183	3,283	,192	,969	,340
	Alter	-,300	,255	-,212	-1,177	,248

^a. Dependent Variable: WHOQOL-100 Domäne 1: Physisch

Tab. 12: Darstellung der Beta (β) Koeffizienten, t-Werte und Signifikanzen

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 14,8 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „physische Lebensqualität“ aufgeklärt werden. Multivariat zeigt sich der Trend, dass sich physische Lebensqualität durch Religiosität vorhersagen lässt ($p = .078$). Je besser die physische Lebensqualität von Chorea Huntington Patient(inn)en beurteilt wird, umso weniger sind sie auf soziale Aspekte der Religiosität angewiesen ($p = .015$).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,667 ^a	,445	,353	11,84009

^a. Predictors: (Constant), Alter, VergebenLiebe, SozialeReligiosität, Gottesbeziehung, AllgemeineReligiosität

Tab. 13: Lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Psychische Lebensqualität“ (N =35)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	84,567	12,473		6,780	,000
	AllgemeineReligiosität	14,931	5,599	1,235	2,667	,012
	SozialeReligiosität	-4,988	2,987	-,364	-1,670	,105
	Gottesbeziehung	-11,829	4,555	-1,084	-2,597	,014
	VergebenLiebe	6,267	2,654	,408	2,362	,025
	Alter	-,593	,206	-,451	-2,879	,007

^a. Dependent Variable: WHOQOL-100 Domäne 2: Psychisch

Tab. 14: Darstellung der Beta (β) Koeffizienten, t-Werte und Signifikanzen

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 35,3 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „psychische Lebensqualität“ aufgeklärt werden. Psychische Lebensqualität lässt sich durch das Gesamtmodell Religiosität mit den einzelnen Variablen „Allgemeine Religiosität“, „Soziale Religiosität“, „Gottesbeziehung“, „Vergeben/Liebe“ und „Alter“ vorhersagen ($p=.002$). Die psychische Lebensqualität von Chorea Huntington Patient(inn)en wird umso höher bewertet, je mehr sie vergeben und lieben können ($p = .025$) und je religiöser sie allgemein sind ($p = .012$). Ein gegengesetzter signifikanter Zusammenhang zeigt sich bei der Variable „Gottesbeziehung“. Je weniger Gottesbezug die Chorea Huntington Patient(inn)en haben, umso besser beurteilen sie ihre psychische Lebensqualität ($p = .014$). Die psychische Lebensqualität ist bei jüngeren Chorea Huntington Patient(inn)en höher und bei älteren Chorea Huntington Patient(inn)en niedriger ($p = .007$).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,757 ^a	,573	,499	16,25252

^a. Predictors: (Constant), Alter, VergebenLiebe, SozialeReligiosität, Gottesbeziehung, AllgemeineReligiosität

Tab. 15: Lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Unabhängigkeit“ (N =34)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	113,504	19,249		5,896	,000
	AllgemeineReligiosität	10,125	7,780	,528	1,301	,203
	SozialeReligiosität	-2,105	4,157	-,097	-,506	,616
	Gottesbeziehung	-11,167	6,265	-,641	-1,782	,085
	VergebenLiebe	8,827	4,074	,328	2,167	,039
	Alter	-1,327	,286	-,653	-4,642	,000

^a. Dependent Variable: WHOQOL-100 Domäne 3: Unabhängigkeit

Tab. 16: Darstellung der Beta (β) Koeffizienten, t-Werte und Signifikanzen

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 49,9 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „Unabhängigkeit“ aufgeklärt werden.

Multivariat zeigt sich, dass sich Unabhängigkeit durch Religiosität vorhersagen lässt ($p = .000$). Chorea Huntington Patient(inn)en erleben mehr Unabhängigkeit wenn sie jünger sind ($p = .000$) und wenn sie vergeben und lieben können ($p = .039$). Ein Trend zeigt sich in der Variable „Gottesbeziehung“ dahingehend, dass je unabhängiger Chorea Huntington Patient(inn)en sind umso weniger Gottesbezug weisen sie auf ($p = .085$).

Der Lebensqualitätsbereich „Soziale Beziehungen“ lässt sich nicht durch Religiosität vorhersagen ($p = .313$, n. s.).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,591 ^a	,349	,237	10,84789

^a. Predictors: (Constant), Alter, VergebenLiebe, SozialeReligiosität, Gottesbeziehung, AllgemeineReligiosität

Tab. 17: Lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Umwelt“ (N =34)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	57,819	12,848		4,500	,000
	AllgemeineReligiosität	5,687	5,193	,549	1,095	,282
	SozialeReligiosität	-2,765	2,775	-,236	-,996	,327
	Gottesbeziehung	-4,238	4,182	-,450	-1,013	,319
	VergebenLiebe	8,171	2,719	,562	3,005	,005
	Alter	-,114	,191	-,104	-,598	,554

^a. Dependent Variable: WHOQOL-100 Domäne 5: Umwelt

Tab. 18: Darstellung der Beta (β) Koeffizienten, t-Werte und Signifikanzen

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 23,7 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „Umwelt“ aufgeklärt werden.

Multivariat zeigt sich, dass sich der Bereich Umwelt durch Religiosität vorhersagen lässt ($p = .023$). Je besser die Umweltbedingungen von Chorea Huntington Patient(inn)en beurteilt werden, umso eher besteht die Bereitschaft zu vergeben und zu lieben ($p = .005$).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,588 ^a	,346	,233	17,88764

^a. Predictors: (Constant), Alter, VergebenLiebe, SozialeReligiosität, Gottesbeziehung, AllgemeineReligiosität

Tab. 19: Lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Spiritualität“ (N =34)

		Coefficients				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	46,066	21,186		2,174	,038
	AllgemeineReligiosität	14,732	8,563	,865	1,721	,096
	SozialeReligiosität	-2,259	4,576	-,117	-,494	,625
	Gottesbeziehung	-11,884	6,896	-,767	-1,723	,095
	VergebenLiebe	11,977	4,484	,501	2,671	,012
	Alter	-,297	,315	-,164	-,945	,353

a. Dependent Variable: WHOQOL-100 Domäne 6: Spiritualität

Tab. 20: Darstellung der Beta (β) Koeffizienten, t-Werte und Signifikanzen

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 23,3 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „Spiritualität“ aufgeklärt werden.

Multivariat zeigt sich, dass sich der Bereich Spiritualität durch Religiosität vorhersagen lässt ($p = .023$). Je wichtiger religiöse oder persönliche Anschauungen und Spiritualität der Chorea Huntington Patient(inn)en beurteilt werden, umso mehr können sie vergeben und lieben ($p = .012$).

Ein Trend zeigt sich darin, dass je wichtiger spirituelle Anschauungen für Chorea Huntington Patient(inn)en sind, umso religiöser sind sie im Allgemeinen ($p = .096$).

Betrachtet man nun die einzelnen Lebensqualitätsbereiche so zeigt sich, dass der Lebensqualitätsbereich „Unabhängigkeit“ durch das Gesamtmodell der Religiosität und der Variable „Alter“ am Besten vorhergesagt werden kann. Die Bereiche „Psychische Lebensqualität“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ sind weitere Bereiche der Lebensqualität, die sehr gut durch das Gesamtmodell vorhergesagt werden können.

4.3 WHOQOL-Wichtigkeitsratings

Bei der Beurteilung der Ergebnisse muss man beachten, dass die Mittelwertsunterschiede in den meisten Fällen gering sind (siehe Anhang). Die Ergebnisse zeigen die aus den Mittelwerten gebildeten Rangreihen für die gesamte Chorea Huntington Stichprobe in dieser Studie (gesamt) als auch für die gleiche Stichprobe getrennt nach Geschlecht und Alter. In den nachfolgenden Spalten lässt sich jeweils ablesen, in welchem Ausmaß die Rangordnung einer bestimmten Subgruppe von der Gesamtstichprobe dieser Untersuchung abweicht. Gleiche Werte in einer Spalte bedeuten, dass es sich um die gleichen Mittelwerte handelt und deshalb z. B. zweimal der gleiche Rang vergeben wird.

Beschreibung/Item ¹	Gesamt	Frauen	Männer	25-46 J.	47-68 J.
Alltägliche Dinge erledigen können/10.1	1	2	1	1	6
Zufrieden sein/4.2	2	1	3	3	1
Sich fortbewegen können/9.1	3	2	6	4	8
Energie haben/2.1	4	6	5	5	8
Frei von Schmerzen sein/1.1	4	6	4	7	7
Beziehungen mit anderen Menschen haben/13.1	6	20	2	6	8
Glück und Lebensfreude spüren/4.1	7	2	9	9	4
Erholsamer Schlaf/3.1	8	2	13	12	4
Gesundheit/G2	8	6	9	2	17
Frei sein von negativen Gefühlen sein/8.2	10	9	7	18	1
Ausgeglichen sein/N1	11	13	12	8	16
Zuversichtlich sein/4.3	12	14	9	12	8
Angemessene medizinische Versorgung haben/19.1	13	15	7	15	8
Häusliches Umfeld/17.1	14	9	14	11	13
Transportmöglichkeiten/23.1	15	12	15	25	1
Positive Einstellung zu sich selbst haben/6.1	16	15	15	9	22
Allgemeine Lebensqualität/G1	17	15	17	16	20
Entspannung und Freizeit/21.1	18	9	23	22	17
Unterstützung durch andere Menschen/14.1	19	20	18	24	13
Soziale Unterstützung/19.2	20	20	20	28	13
Persönliche Anschauungen/24.1	21	34	19	16	23
Für andere Menschen sorgen und sie unterstützen/N2	21	19	25	12	25
Neue Informationen und Wissen erlangen/20.1	23	26	21	20	24
Umweltbedingungen/22.1	24	15	29	30	20
Sich sicher und geschützt fühlen/16.1	25	27	21	20	25
Finanzielle Mittel/18.1	25	23	24	31	17

Beschreibung/Item ¹	Gesamt	Frauen	Männer	25-46 J.	47-68 J.
Arbeiten können/12.1	27	23	28	18	29
Sich konzentrieren können/5.3	28	29	26	25	27
Wissen erwerben und behalten können/5.1	28	23	29	25	27
Alltägliche Probleme durchdenken und Entscheidungen treffen können/5.2	28	27	27	22	32
Neue Fertigkeiten erlernen/20.2	31	30	32	29	33
Nicht auf Medikamente oder Behandlungen angewiesen sein/11.1	32	32	31	33	29
Körperbild und Erscheinung/7.1	32	31	34	33	31
Sexualleben/15.1	34	33	33	32	34

¹ Die Itemnumerierung verweist auf die jeweilige Nummer des Items im Fragebogen. Die erste Ziffer gibt gleichzeitig die Nummer der zugehörigen Facette des WHOQOL-100 an.

Tab. 21: WHOQOL-Wichtigkeitsratings: Rangreihen

Ein Vergleich der Rangreihen zeigt zunächst, dass in der Gesamtstichprobe die Fähigkeit, „Alltägliche Dinge erledigen zu können“, den ersten Rang einnimmt. Dieser Fähigkeit wird auch von männlichen und jungen (bis 46 Jahre) Chorea Huntington Patienten der erste Rang zugeordnet. Bei den Frauen nimmt diese Fähigkeit den zweiten Rang ein. Lediglich für ältere Patient(inn)en wird diesem Bereich Rang sechs zugeordnet. „Alltägliche Dinge erledigen können“ kann somit dennoch als wichtigster Bereich der Lebensqualität bei Chorea Huntington Patient(inn)en angesehen werden. Bei den über 47-Jährigen nehmen auch noch zusätzlich die Bereiche „Frei sein von negativen Gefühlen“ und „Transportmöglichkeiten“ den ersten Rang ein, die von jüngeren Patient(inn)en erst auf Rang 18 bzw. Rang 25 zu finden sind.

Für Frauen und ältere Chorea Huntington Patient(inn)en (ab 47 Jahre) wird „Zufrieden sein“ als wichtigster Bereich der Lebensqualität beurteilt. Für die Gesamtstichprobe nimmt dieser Bereich den zweiten Rang und für Männer und jüngere Chorea Huntington Patient(inn)en den dritten Rang ein. „Zufrieden sein“ stellt daher einen weiteren wichtigen Bereich für Chorea Huntington Patient(inn)en dar.

Zusätzlich zur Fähigkeit „Alltägliche Dinge erledigen zu können“ werden die Fähigkeiten „Sich fortbewegen können“, „Glück und Lebensfreude spüren“ und „Erholsamer Schlaf“ von Frauen gleichzeitig auf Rang zwei beurteilt. Für Männer ist auf Rang zwei die Wichtigkeit „Beziehungen mit anderen Menschen“ zu finden

angesiedelt. Beziehungen mit anderen Menschen zu haben scheint für alle, außer für Frauen (Rang 20), wichtig zu sein. Die Wichtigkeit der „Gesundheit“ wird besonders von jungen Huntington Patient(inn)en als sehr wichtig (Rang 2) beurteilt. Für ältere Patient(inn)en ist dieser Bereich weniger wichtig (Rang 17).

Vergleiche innerhalb der Gruppen zeigen, dass für Frauen „Entspannung und Freizeit“ (Rang 9) deutlich wichtiger beurteilt wird als für die anderen Gruppen. Für junge Chorea Huntington Patient(inn)en scheint „Für andere Menschen sorgen und sie unterstützen“ deutlich wichtiger zu sein (Rang 12) als für die anderen Gruppen. „Umweltbedingungen“ und „Finanzielle Mittel“ sind für junge Patient(inn)en weniger wichtig als für die anderen Gruppen. Neue Fertigkeiten lernen ist für alle Gruppen weniger wichtig (Ränge 29-33). „Nicht auf Medikamente oder Behandlungen angewiesen sein“ ist für alle Gruppen nicht sehr wichtig, für junge Patient(inn)en sogar am letzten Rang 34. Gemeinsam mit „Körperbild und Erscheinung“ ist dieser Bereich für die jungen Chorea Huntington Patient(inn)en am letzten Rang angesiedelt. Auch für Männer ist der Bereich „Körperbild und Erscheinung“ am letzten Rang. Auch für die anderen Gruppen ist dieser Bereich zumindest auf Rang 31 zu finden.

Beinahe identisch besetzt ist der letzte Rangplatz, auf dem als unwichtigster Lebensbereich bei der Gesamtstichprobe und bei den älteren Patient(inn)en die „Sexualität“ zu finden ist. Auch für die anderen Gruppen ist Sexualität unter den drei unwichtigsten Lebensbereichen zu finden.

5 Diskussion

Anhand einer Stichprobe von 36 Chorea Huntington erkrankten Personen wurde mittels Regressionsanalysen der Frage nachgegangen, ob sich die Lebensqualität anhand von einzelnen Dimensionen der Religiosität vorhersagen lässt und ob das Alter und/oder das Geschlecht dabei eine Rolle spielen.

Mittels einer Reliabilitätsanalyse wurde untersucht, ob sich empirisch nachgewiesene Dimensionen von Religiosität nach Kendler (2003) auch an der Stichprobe von Chorea Huntington Patient(inn)en nachweisen lassen. Ziel war es auch, die unterschiedliche Bedeutung von einzelnen Lebensqualitätsbereichen für Chorea Huntington Patient(inn)en festzustellen.

5.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe bestand aus 36 Personen, wobei 16 Frauen und 20 Männer teilgenommen haben. Die Geschlechterverteilung war somit einigermaßen ausgeglichen. 17 Personen lagen im Alter zwischen 25 und 44 Jahre und 19 Personen zwischen 45 und 68 Jahre. Auch bezüglich der Alterseinteilung in die Kategorien „jung“ bzw. „jünger“ und „alt“ bzw. „älter“ war die Stichprobe einigermaßen ähnlich aufgeteilt. Das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren (SD=11.202).

Ein wichtiger zu berücksichtigender, nicht zu vernachlässigender Aspekt für die Ergebnisse der Berechnungen könnte sein, dass bei einem Viertel der getesteten Patient(inn)en die Chorea Huntington Erkrankung noch nicht ausgebrochen ist. Dennoch waren sie zum Testzeitpunkt stationär und potentiell nachgewiesene Erbträger der Erkrankung. Die Ergebnisse der Berechnungen sprechen daher nicht nur für Patient(inn)en, bei denen die Erkrankung bereits ausgebrochen ist, sondern auch für jene bei denen die Erkrankung noch nicht zum Ausbruch gekommen ist. Zu diskutieren wäre, ob lediglich die Kenntnis dessen, dass man Genträger ist, bereits die Lebensqualität und die Religiosität beeinflussen. Darauf wurde in dieser Studie nicht eingegangen. Diese neun Personen wurden deshalb in die Gesamtberechnung

miteinbezogen, weil es keine Kategorisierung in der Berechnung bezüglich der Krankheitsdauer gab.

Ein weiteres Problem der Studie könnte die sehr kleine Stichprobe darstellen. Bei stationären Aufhalten von Chorea Huntington Patient(inn)en wurden sofort Termine für die Fragebogenuntersuchungen nach Absprache mit den Patient(inn)en und dem ärztlichen Personal durchgeführt. Nach dem Einverständnis waren teilweise zwei Termine für die Testung notwendig um die Patient(inn)en nicht zu überfordern. Mit viel Aufwand konnten die Testungen im Zeitraum zwischen April 2007 und Juli 2008 durchgeführt werden. Mehr Patient(inn)en in die Testung mit einzubeziehen hätte noch mehr Aufwand und Zeit in Anspruch genommen.

Beinahe ein Drittel der Stichprobe ist aus der Kirche ausgetreten. Sie wurden dennoch in die Berechnung miteinbezogen, weil es auch außerhalb der Kirche möglich ist religiös zu sein und der Kirchenbeitritt keine Voraussetzung für Religiosität ist.

5.2 Untersuchungsmaterial - Religiositätsfragebogen

Die Entwicklung von Religiositäts- und Spiritualitätsfragebögen steckt vor allem im deutschsprachigen Raum noch in den Kinderschuhen. Aus diesem Grund wurde zur Erweiterung der Forschungstätigkeit im deutschsprachigen Raum ein Fragebogeninstrument aus dem angloamerikanischen Raum herangezogen. Gefragt war eine Übersetzung ins Deutsche und die Anpassung der Fragebogenitems an unseren Kulturkreis.

Am Fragebogen von Kendler waren testkonstruktive Mängel erkennbar. An den Items von Kendler (2003) war eine uneinheitliche Vorgehensweise in der Itemformulierung erkennbar. Kendler formulierte acht Items in Frageform und die restlichen Items in Aussageform. Bei der Übersetzung wurden die Items mit Fragemodus zu Items mit Aussagemodus umformuliert, um eine Gleichheit herbeizuführen. Bei dem Item „Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott“ handelt es sich um ein schlecht formuliertes Item, weil es zwei Informationen

beinhaltet. Es wurde dennoch in die Studie miteinbezogen. Zwei Items „I go to Sunday school often“ und „I often attend church activities such as Bible study and choir practice“ wurden an unseren Kulturkreis angepasst. „Sunday School“ ist in unserem Kulturkreis nicht üblich und wurde daher ersetzt durch „religiöse Fortbildungsveranstaltungen“ und „choir practice“ wurde ersetzt durch „Gebetskreis“. Die Antwortformate der einzelnen Fragebogenitems nach Kendler (2003) sind unterschiedlich gestuft (siehe Anhang). Man findet Antwortformate zwischen vier und sechs Stufen. In dieser Studie wurden die Antwortformate einheitlich dargestellt.

5.3 Diskussion der Fragestellung

5.3.1 Reliabilitätsanalyse

Zu Beginn wurde überprüft, ob sich die empirisch nachgewiesenen Dimensionen von Religiosität nach Kendler (2003) auch an der Chorea Huntington Stichprobe dieser Untersuchung nachweisen lassen. Im Zuge der Schwierigkeitsanalyse (siehe 4.1.1) von insgesamt 74 Items mussten 12 Items entfernt werden. Diese Items wurden in der darauf folgenden Reliabilitätsanalyse nicht berücksichtigt.

Item 15:	Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann.
Item 24:	Ich glaube, dass das Rauchen von Zigaretten eine Sünde ist.
Item 30:	Ich glaube, dass das Trinken von Alkohol eine Sünde ist.
Item 34:	Wenn mich jemand verletzt, ist mir jede Form von Rache recht.
Item 36:	Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben.
Item 37:	Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen.
Item 42:	Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin.
Item 44:	Ich nehme an Kirchenaktivitäten teil, wie zum Beispiel beim Gebetskreis und bei der Bibelrunde.
Item 51:	Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat.
Item 56:	Ich glaube, dass Gott mich bestraft, wenn ich etwas falsch gemacht habe.

Item 57:	Gott bestraft mich mit Stress für meine Sünden oder meinen Mangel an Spiritualität.
Item 64:	Ich gehe zu religiösen Fortbildungsveranstaltungen.

Tab. 22: Auflistung der durch die Schwierigkeitsanalyse entfernten Items

Die Antwortalternativen des Fragebogens reichten von „nie“ (1) bis „immer“ (5). Alle angeführten Items wurden vom Großteil der Patient(inn)en mit „nie“ beurteilt. Es handelt sich somit um Items, die nicht gut differenzieren bzw. nicht gut streuen. Die Items waren sozusagen zu „leicht“.

Dieses Ergebnis ist möglicherweise auf eine schlechte Itemformulierung zurückzuführen, denn zum Teil sind die ausgeschiedenen Items sehr ungenau beschrieben. So ist beispielsweise in den Items Nummer 15 und 37 anzumerken, dass „verletzt und beleidigt“ eine nicht gelungene Formulierung ist, denn es kann jemand verletzt oder beleidigt werden. Dass das „Rauchen von Zigaretten“ und das „Trinken von Alkohol“ eine Sünde sei wurde von zwei Drittel der Stichprobe mit „nie“ beurteilt. Ein Grund dafür liegt möglicherweise darin, dass das Rauchen von Zigaretten und das Trinken von Alkohol in begrenzten Mengen in der Gesellschaft integriert sind und in gewisser Weise als normal und nicht als Sünde empfunden wird. In Item 34 wird angegeben, dass einem „jede Form von Rache“ recht ist, wenn man verletzt wird. Da „jede Form“ absolut alle Möglichkeiten beinhaltet, hätte dieses Item konkreter formuliert werden müssen. Dasselbe ist bei Item Nummer 36 „Wenn ich viele Dinge falsch mache hört Gott auf mich zu lieben“ der Fall. Wie viele Dinge muss man falsch machen, dass Gott aufhört dich zu lieben? Auch hier hätte eine konkretere Formulierung vorgenommen werden müssen.

Nach der Schwierigkeitsanalyse wurden im Zuge der Reliabilitätsanalyse schrittweise einzelne Items mit niedriger Trennschärfe entfernt um ein hohes Cronbachs Alpha in den einzelnen Dimensionen zu erhalten. Jedes Item soll helfen das Erfassende zu erfassen bzw. jedes Items des Subtests soll zu diesem Subtest passen.

Es ergaben sich insgesamt sieben Faktoren, die zum größten Teil den Dimensionen von Kendler zugeordnet werden konnten. Im ersten Faktor „Allgemeine Religiosität“ konnte das Cronbachs Alpha von .974 durch Entfernung von vier Items auf .981 gesteigert werden. Insgesamt 26 Items verblieben in diesem Faktor. Im Faktor zwei „Soziale Religiosität“ konnte das Cronbachs Alpha von .907 durch Entfernung eines Items auf .916 erhöht werden. Insgesamt sieben Items sind in diesem Faktor vorhanden. Im Faktor drei „Gottesbeziehung“ wurde ebenfalls ein Item entfernt. Das Cronbachs Alpha konnte dadurch von .871 auf .941 erhöht werden. Insgesamt waren schlussendlich fünf Items in diesem Faktor. Im Faktor vier „Vergeben/Liebe“ wurden zwei Items entfernt, so dass insgesamt fünf Items in diesem Faktor übrig geblieben sind. Das Cronbachs Alpha konnte dadurch von .820 auf .868 gesteigert werden.

Der Faktor fünf „Gottesgericht“ beinhaltet nach der Entfernung von zwei Items mit niedriger Trennschärfe nur noch drei Items. Das Cronbachs Alpha konnte zwar von .801 auf .836 erhöht werden, dennoch bildete dieser Faktor aufgrund der geringen Itemanzahl keine valide Dimension ab und wurde daher nicht weiter berücksichtigt. Dasselbe gilt für die Faktoren sechs „Rachelosigkeit“ und sieben „Dankbarkeit“. In diesen Faktoren waren nach der Itementfernung nur noch zwei Items in den jeweiligen Faktoren vorhanden. Diese Faktoren wurden für weitere Berechnungen aufgrund der geringen Itemanzahl ebenfalls vernachlässigt.

Vergleicht man die Dimensionen von Kendler (2003) mit den Faktoren dieser Untersuchung, so zeigen sich große Ähnlichkeiten. Die Dimension „Allgemeine Religiosität“ beinhaltet nach Kendler (2003) 30 Items und in dieser Untersuchung beinhaltet der gleich benannte Faktor nach Elimination von vier Items nur noch 26 Items.

Folgende Items wurden im Faktor „Allgemeine Religiosität“ im Zuge der Reliabilitätsanalyse eliminiert:

Item Nr. 68: Bei Entscheidungen vertraue ich mehr auf mich selbst, als mich auf Gott zu verlassen (Corrected Item-Total Correlation= -.342).

Item Nr. 49: Ich überlege, inwiefern mein Leben ein Teil einer größeren spirituellen Kraft ist (Corrected Item-Total Correlation = .332).

Item Nr. 73: Ich fühle tiefen inneren Frieden und Harmonie (Corrected Item-Total Correlation = .381).

Item Nr. 2: Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen (Corrected Item-Total Correlation = .367).

Bei Item Nr. 68 ist eine negative Corrected Item-Total Correlation vorhanden. Das bedeutet, dass das Item von den Testpersonen falsch verstanden wurde, denn eine Umpolung musste bei diesen Items nicht vorgenommen werden. Item Nr. 2 „Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen“ würde inhaltlich wohl besser in den Faktor „Soziale Religiosität“ passen.

Der Faktor „Soziale Religiosität“ beinhaltet nach Kendler (2003) 12 Items und in dieser Untersuchung sieben Items. Folgendes Item wurde im Rahmen der Reliabilitätsanalyse entfernt:

Item Nr. 41: Ich glaube, dass das Rauchen von Marihuana eine Sünde ist (Corrected Item-Total Correlation = .496).

Dieses Item passt möglicherweise nicht in den Faktor der „Sozialen Religiosität“, weil das Rauchen von Marihuana eher wenig soziale Aspekte beinhaltet.

Die restlichen vier Items wurden durch die Schwierigkeitsanalyse ausgeschieden.

Im Faktor „Gottesbeziehung“ wurde das Item Nummer 63 „Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert“ (Corrected Item-Total Correlation = .283) entfernt.

Die Elimination dieses Items ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass es inhaltlich um eine grundlegende Einstellung zu Gott geht. Wird die Frage mit „immer“ beantwortet, so kann es gar keine Gottesbeziehung geben.

Im Faktor „Gottesbeziehung“ sind bei Kendler (2003) sechs Items angeführt und in dieser Untersuchung nur fünf Items.

Im Faktor „Vergeben/Liebe“ wurden im Rahmen der Reliabilitätsanalyse zwei Items eliminiert:

Item Nr. 28: Ich versuche mich um andere Menschen zu kümmern, auch wenn ich sie nicht wirklich mag (Corrected Item-Total Correlation = .328).

Item Nr. 65: Ich versuche nach der Redewendung „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ zu leben (Corrected Item-Total Correlation = .386).

Das Item Nr. 28 beinhaltet einen negativen Aspekt. Sich um andere Menschen kümmern ist anscheinend nur unter dem Aspekt einer Sympathie möglich. Den nächsten so zu lieben wie sich selbst beinhaltet keinen Aspekt des Vergebens, wohl aber den der Liebe. Insgesamt beinhaltet dieser Faktor in dieser Untersuchung fünf Items, bei Kendler (2003) sind es sieben.

Da die Faktoren „Gottesgericht“, „Rachelosigkeit“ und „Dankbarkeit“ aufgrund der geringen Itemanzahl keine validen Strukturen abgebildet haben wurden sie nicht in weitere Berechnungen miteinbezogen. Somit werden auch die Item-Eliminierungen im Zuge der Reliabilitätsanalyse nicht dargestellt.

Die Reliabilitäten der Dimensionen sind bis auf die Dimension „Rachelosigkeit“ und „Dankbarkeit“ zufriedenstellend. Auf eine Validierung des übersetzten adaptierten Religiositätsfragebogens wurde verzichtet, weil es augenscheinlich ist, dass es sich im Fragebogen um Religiosität handelt.

5.3.2 Lebensqualität, Religiosität, Alter und Geschlecht

An Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen unterscheiden sich multivariat nicht hinsichtlich ihrer Lebensqualität und ihrer Religiosität. Dies deckt sich nicht mit den Ergebnissen nach Zulehner et al. (2001), wonach Männer weniger religiös sind als Frauen.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Variable „Alter“ und „Lebensqualität“ zeigt sich, dass die psychische Lebensqualität schlechter wird je älter die an Chorea Huntington erkrankten Personen sind. Die Abhängigkeit wird auch mit zunehmendem Alter höher. Ein Trend zeigt sich darin, dass ältere an Chorea Huntington erkrankte Personen weniger soziale Beziehungen aufweisen als jüngere an Chorea Huntington erkrankte Personen. Im Zusammenhang zwischen den Variablen „Alter“ und „Religiosität“ zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Allgemeine Religiosität von an Chorea Huntington erkrankten Personen zunimmt. Auch der Gottesbezug nimmt mit steigendem Alter zu.

Betrachtet man die Fragestellung, ob sich die Lebensqualität (physisch, psychisch, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt, Spiritualität) von Chorea Huntington

Personen durch einzelne Dimensionen der Religiosität (Allgemeine Religiosität, Soziale Religiosität, Gottesbeziehung, Vergeben/Liebe) vorhersagen lässt und ob dabei die Variablen „Alter“ und „Geschlecht“ eine Rolle spielen, so zeigt sich folgendes:

Die Variable „Geschlecht“ wurde aufgrund des fehlenden Zusammenhangs mit den Variablen „Religiosität“ und „Lebensqualität“ vernachlässigt. Die Variable „Lebensqualität gesamt“ von Chorea Huntington Personen lässt sich nicht mittels einer linearen Regressionsanalyse durch die Dimensionen der Variable „Religiosität“ vorhersagen. Ebenso lässt sich der Lebensqualitätsbereich „Soziale Beziehungen“ nicht durch Religiosität vorhersagen.

14,8 % der Gesamtvarianz des Kriteriums **„physische Lebensqualität“** können durch die Prädiktoren der Religiosität und der Variable „Alter“ aufgeklärt werden. Multivariate Tests ergeben, dass sich physische Lebensqualität durch Religiosität vorhersagen lässt. An Chorea Huntington erkrankte Personen sind umso weniger auf soziale Aspekte der Religiosität angewiesen, je besser sie ihre physische Lebensqualität beurteilen.

35,3 % der Gesamtvarianz des Kriteriums **„psychische Lebensqualität“** können durch die Prädiktoren der Religiosität und dem Alter aufgeklärt werden. Die psychische Lebensqualität von Chorea Huntington Patient(inn)en wird umso höher bewertet, je mehr sie vergeben und lieben können und je religiöser sie im Allgemeinen sind. Ein gegengesetzter signifikanter Zusammenhang zeigt sich bei der Variable „Gottesbeziehung“. Die psychische Lebensqualität wird umso besser beurteilt, je weniger Gottesbezug vorhanden ist. Dieser gegenläufige Zusammenhang lässt darauf schließen, dass für eine hohe psychische Lebensqualität (z. B. positive Gefühle, Selbstachtung, Körperbild und Erscheinung) ein hoher Gottesbezug keine bzw. nur eine geringe Rolle spielt. Die psychische Lebensqualität wird von jüngeren Chorea Huntington Patient(inn)en besser bewertet als von älteren Chorea Huntington Patient(inn)en.

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 49,9 % der Gesamtvarianz des Kriteriums **„Unabhängigkeit“** aufgeklärt werden. Je jünger die Chorea Huntington Patient(inn)en und umso mehr sie in der Lage sind zu vergeben und zu lieben, umso mehr Unabhängigkeit wird von ihnen verspürt. Ein Trend zeigt

sich dahingehend, dass je unabhängiger Chorea Huntington Patient(inn)en sind, umso weniger Gottesbezug weisen sie auf.

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 23,7 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „**Umwelt**“ aufgeklärt werden. Je besser die Umweltbedingungen von Chorea Huntington Patient(inn)en beurteilt werden, umso eher besteht die Bereitschaft zu vergeben und zu lieben.

Mit den verschiedenen Prädiktoren der Religiosität und dem Alter können 23,3 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „**Spiritualität**“ aufgeklärt werden. Je wichtiger religiöse oder persönliche Anschauungen und Spiritualität von Chorea Huntington Patient(inn)en beurteilt werden, umso mehr vergeben und lieben können sie. Ein Trend zeigt sich darin, dass je wichtiger spirituelle Anschauungen für Chorea Huntington Patient(inn)en sind, umso religiöser sind sie im Allgemeinen.

Betrachtet man nun die einzelnen Lebensqualitätsbereiche so zeigt sich, dass mit den Prädiktoren der Religiosität und dem Alter 49,9 % der Gesamtvarianz des Kriteriums „Unabhängigkeit“ aufgeklärt werden können. Das bedeutet, dass der Lebensqualitätsbereich Unabhängigkeit am Besten von allen Lebensqualitätsbereichen durch die Dimensionen der Religiosität und dem Alter vorhergesagt werden kann.

Die Bereiche „Psychische Lebensqualität“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ sind weitere Bereiche der Lebensqualität, die sehr gut durch das Gesamtmodell vorhergesagt werden können.

Bei der „psychischen Lebensqualität“ können 35,3 % der Gesamtvarianz des Kriteriums durch die Prädiktoren der Religiosität aufgeklärt werden. Das bedeutet, dass man durch die Dimensionen der Religiosität einen erheblichen Teil der psychischen Lebensqualität vorhersagen kann.

Im Lebensqualitätsbereich „Umwelt“ können 23,7 % der Gesamtvarianz durch die Prädiktoren aufgeklärt werden und im Lebensqualitätsbereich „Spiritualität“ 23,3 %.

5.3.3 WHOQOL-Wichtigkeitsratings

In der Gesamtstichprobe dieser Untersuchung nimmt die Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können, den ersten Rang ein. Lediglich für ältere Patient(inn)en wird diesem Bereich Rang sechs zugeordnet. Alltägliche Dinge erledigen können kann

somit als wichtigster Bereich der Lebensqualität bei Chorea Huntington Patient(inn)en angesehen werden.

Bei den älteren Chorea Huntington Patient(inn)en (über 47-Jährige) nehmen auch noch zusätzlich die Bereiche „Frei sein von negativen Gefühlen“ und „Transportmöglichkeiten“ den ersten Rang ein. Für ältere Chorea Huntington Patient(inn)en treten im Vergleich zu jüngeren Chorea Huntington Patient(inn)en auch gute Transportmöglichkeiten in den Vordergrund.

„Zufrieden sein“ stellt einen weiteren wichtigen Bereich für Chorea Huntington Patient(inn)en dar. Für Frauen und ältere Chorea Huntington Patient(inn)en (ab 47 Jahre) wird „Zufrieden sein“ als wichtigster Bereich der Lebensqualität beurteilt, für die Gesamtstichprobe als zweitwichtigster und für Männer und jüngere Chorea Huntington Patient(inn)en als drittwichtigster Rang beurteilt.

Für Männer ist die Fähigkeit „Beziehungen mit anderen Menschen“ zu finden sehr wichtig. Dieser Bereich ist für alle anderen auch, außer für Frauen, sehr bedeutend.

Die Wichtigkeit der Gesundheit wird besonders von jungen Huntington Patient(inn)en als sehr bedeutend beurteilt. Für ältere Patient(inn)en ist dieser Bereich weniger wichtig.

Zusätzlich zur Fähigkeit „Alltägliche Dinge erledigen zu können“ werden die Fähigkeiten „Sich fortbewegen können“, „Glück und Lebensfreude spüren“ und „Erholsamer Schlaf“ von Frauen als sehr wichtig beurteilt.

Für junge Chorea Huntington Patient(inn)en scheint „Für andere Menschen sorgen und sie unterstützen“ deutlich wichtiger zu sein als für die anderen Gruppen.

„Umweltbedingungen“ und „Finanzielle Mittel“ sind für junge Patient(inn)en weniger wichtig als für die anderen Gruppen.

„Nicht auf Medikamente oder Behandlungen angewiesen sein“ ist für alle Gruppen nicht sehr bedeutsam, für junge Patient(inn)en ist dieser Bereich gemeinsam mit „Körperbild und Erscheinung“ am letzten Rang angesiedelt. Körperbild und Erscheinung ist auch für die anderen Gruppen sehr unwichtig. Als unwichtigster Bereich wird die Sexualität angegeben.

5.4 Resümee

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die Variablen Vergeben/Liebe, Allgemeine Religiosität, Gottesbeziehung, Soziale Religiosität und die Variable Alter signifikant zur Erklärung der Lebensqualität beitragen.

Der Lebensqualitätsbereich „Unabhängigkeit“ kann durch das Gesamtmodell der Religiosität und der Variable „Alter“ am Besten vorhergesagt werden. Jüngere Chorea Huntington Patient(inn)en sind unabhängiger als ältere Chorea Huntington Patient(inn)en. Chorea Huntington Patient(inn)en sind unabhängiger wenn sie vergeben/lieben können und zeigen weniger Gottesbezug bei zunehmender Unabhängigkeit (Trend).

Die Lebensqualitätsbereiche „Psychische Lebensqualität“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ sind weitere Bereiche, die sehr gut durch das Gesamtmodell der Religiosität vorhergesagt werden können. Jüngere Chorea Huntington Patient(inn)en bewerten ihre psychische Lebensqualität besser als ältere Chorea Huntington Patient(inn)en. Die psychische Lebensqualität von Chorea Huntington Patient(inn)en ist besser, je mehr sie bereit sind zu vergeben/lieben, je weniger Gottesbezug sie haben und je religiöser sie im Allgemeinen sind. Je wichtiger religiöse/persönliche Anschauungen bzw. Spiritualität und je besser die Umweltbedingungen von Chorea Huntington Patient(inn)en beurteilt werden, umso eher besteht die Bereitschaft zu vergeben/lieben. Ein Trend zeigt sich darin, dass je wichtiger spirituelle Anschauungen für Chorea Huntington Patient(inn)en sind umso religiöser sind sie im Allgemeinen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass sich Chorea Huntington erkrankte Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Lebensqualität und Religiosität nicht unterscheiden. Je älter die an Chorea Huntington erkrankten Patient(inn)en sind, umso allgemein religiöser sind sie, umso schlechter beurteilen

sie ihre psychische Lebensqualität, umso weniger Unabhängigkeit verspüren sie, umso höher ist ihr Gottesbezug und ein Trend in Richtung weniger soziale Beziehungen ist mit zunehmenden Alter ebenfalls erkennbar.

Die Fähigkeit „Alltägliche Dinge erledigen können“ wird von Chorea Huntington Patient(inn)en als wichtigster Bereich der Lebensqualität beurteilt. Ältere Chorea Huntington Patien(inn)en bewerten auch gute „Transportmöglichkeiten“ als sehr wichtig. Weitere wichtige Bereiche für Chorea Huntington Patient(inn)en sind „Zufrieden sein“, „Beziehungen mit anderen Menschen zu haben“, „Gesundheit“, „Sich fortbewegen können“, „Glück und Lebensfreude spüren“ und „Erholsamer Schlaf“.

Betrachtet man nun die einzelnen Lebensqualitätsbereiche so zeigt sich, dass der Lebensqualitätsbereich „Unabhängigkeit“ durch das Gesamtmodell der Religiosität und der Variable „Alter“ am Besten vorhergesagt werden kann. Die Bereiche „Psychische Lebensqualität“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ sind weitere Bereiche der Lebensqualität, die sehr gut durch das Gesamtmodell vorhergesagt werden können.

Fasst man nun die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammen, so zeigt sich dass verschiedene Dimensionen der Religiosität und das Alter Prädiktoren für unterschiedliche Lebensqualitätsbereiche bei Chorea Huntington Patient(inn)en sind.

Im klinischen Alltag sollte daher Religiosität als Ressource nicht ausgeschlossen werden, sondern als Möglichkeit beim Umgang mit einer schwerwiegenden Erkrankung erkannt werden. Ziel soll es sein, alle möglichen Aspekte in Erwägung zu ziehen wenn es darum geht die Lebensqualität von Patient(inn)en mit Chorea Huntington zu maximieren. Religiöse Angebote sollte Patient(inn)en zugänglich gemacht werden, um ihren religiösen Bedürfnissen nachgehen zu können. Im klinischen Alltag könnte mehr Toleranz dem Thema Religiosität von Seiten des medizinisch geschulten Personals aufgebracht werden. Dein & Styggal (1997) merken an, dass Patient(inn)en gerne mit dem medizinischen Personal über religiöse Angelegenheit sprechen möchten.

6 Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Bakker, W. & Stewart, A. L. (1987). Multidimensional approach to the measurement of quality of life in lung cancer clinical trials. In N. K. Aaronson & J. Beckmann (eds.), *The quality of life of cancer patients* (pp. 63-82). New York: Raven Press.
- Aaronson, N. K., Bullinger, S., Ahmedsai, S. (1988). A modular approach of quality of life assessment in cancer clinical trials. In T. Scheurlen & W. Schumacher : Recent results in Cancer Research, Vol. 111, 231-248. Berlin: Springer.
- Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J. et al. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research* 1, 349-351.
- Aaronson, N. K., Meyerowitz, B. E., Bard, M. et al. (1991). Quality of life research in oncology: past achievements and future priorities. *Cancer* 67 (3), 839-843.
- Abeles, R. P., Gift, H. C. & Ory, M. C. (Eds.) (1994). *Aging and quality of life*. New York: Springer.
- Ai, A. L., Peterson, C., Tice, T. N., Bolling, S. F. & Koenig, H. G. (2004). Faith-based and secular pathways to hope and optimism subcontracts in middle-aged and older cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 435-450.
- Albert, S. M. & Logsdon, R. G. (2000). *Assessing quality of life in Alzheimer's disease*. New York: Springer.
- Allardt, E. (1973). About Dimensions of Welfare. Research Group for Comparative Sociology. *Research Report 1*, University of Helsinki.
- Allport, G. W. (1950). *The Individual and his Religion: A Psychological Interpretation*. New York: Macmillan.
- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal Religious Rientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology* 5, 432-443.
- Anderson, R. T., Aaronson, N. K. & Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life Research* 2, 369-395.
- Andrews, F. M. & Whitey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality*. New York: Plenum.

- Angermeyer, M. C. & Kilian, R. (1995). Quality of Life and Mental Illness. In I. Guggenmoos-Holzmann, K. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Hrsg.), *Quality of Life and Health: Concepts, Methods and Applications* (pp. 125-134). Berlin: Blackwell-Wissenschafts-Verlag.
- Angermeyer, M. C. & Kilian, R. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp 19-30). Chichester: Wiley.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. *Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. London: Methuen.
- Bachmann, C. (1993). *Religion und Sexualität*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation Program Planning* 5, 69-79.
- Balducci, L. (1994). Perspectives on quality of life of older patients with cancer. *Drugs Aging* 4(4), 313-324.
- Barry, M. M. (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (p. 31-42). New York: Wiley.
- Bech, P. (1992). Measuring quality of life: The medical perspective. *Nordic Journal of Psychiatry*, 46, 85-89.
- Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Becker, P. & Weisser, U. (1988). *Religiosität, Wertvorstellungen und seelische Gesundheit: Eine Untersuchung männlicher und weiblicher katholischer Gymnasiasten der Oberstufe*. Universität Trier. (Trierer psychologische Berichte 15, Band 6).
- Bedjaoui, M. (1997). Quality of Life at the End Stages of Life. In J. A. Levy, D. Jasmin & G. Bez (Eds.), *Cancer, Aids, and Quality of Life* (pp. 119-128). Plenum Press: New York.
- Belschner, W. (2000). *Transpersonales Vertrauen – Manual zur Skala*. Transpersonale Berichte. Universität Oldenburg, AE Gesundheits- und Klinische Psychologie.

- Belzen, J. A. (1999). The cultural psychological approach to religion. Contemporary debates on the object of the discipline. *Theory & Psychology* 9, 229-255.
- Bergner, A. & Bobbitt, S. (1979). Sickness Impact Profile (SIP). In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.) (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-Methoden-Anwendungen*. Landsberg: Ecomed.
- Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B. & Gilson, B. S. (1981). The sickness impact profile development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 19, 787-805.
- Bernhard, J., Blaschegg-Honsalek, I., Egli, H., Guex, P., Gunn-Secheyay, A., Schärer, U., Tomamichel, M. & Hürny, C (1989). Interpretation of quality of life (QL) data in a randomized phase III study of small cell lung cancer (SCLC). 2nd conference of the European Society for Psychosocial Oncology (ESPO). *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*, 25, 1006 (abstract).
- Bernheim, J. L. (1987). Measurement of quality of life: An imperative for experimental cancer medicine. In N. K. Aaronson & J. Beckmann (eds.), *The quality of life of cancer patients* (pp. 11-18). New York: Raven Press.
- Bernheim, J. Buyse, M. (1983). The anamnestic comparative self assessment for the subjective quality of life of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology* 1, 25-38.
- Berzon, R. (2000). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M. J. Staquet, R. D. Hays & P. M. Fayers (eds.), *Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice* (pp. 3-15). Oxford: Oxford University Press.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In G. J. Stahler & W. R. Tash (eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-366). New York: Academic Press.
- Bishop, M., Berven, N. L., Hermann, B. P. & Chang, F. (2002). Quality of life among adults with epilepsy: An exploratory model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45, 87-95.
- Bjorck, J. P. (1991). *Mediating Effects of Religious Faith on Coping with Threats, Losses and Challenges*. Dissertation Abstracts International 52(3) DA 9120455.

- Bjorck, J. P. & Cohen, L. H. (1993). Coping with Threats, Losses and Challenges. *Journal of Social and Clinical Psychology* 12, 56-72.
- Böhmer, S. & Kohlmann, T. (2000). *Verfahren zur Bewertung von Gesundheitszuständen und Lebensqualität*. Landberg: Ecomed.
- Boss-Nünning, U. (1972). *Dimensionen der Religiosität. Zur Operationalisierung und Messung religiöser Einstellungen*. München: Kaiser.
- Bott, U., Muhlhauser, I., Overmann, H. & Berger, M. (1998). *Validation of a diabetes-specific quality-of-life scale for patients with type 1 diabetes*. *Diabetes Care*, 21(5), 757-769.
- Bowling, A. (1995). *Measuring Disease*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science & Medicine* 41, 1447-1462.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8, 417-428.
- Brazier, J., Jones, N. & Kind, P. (1993). Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*, 2, 169-180.
- Breetvelt, I. S. & v. Dam, F. S. (1991). Underreporting by cancer patients: the case of response-shift. *Social Science in Medicine*, 32, 981-987.
- Brenner, M. H. (1995). Quality of life Assessment in Medicine: A Historical View of Basic Science and Applications. In I. Guggenmoos-Holzmann, L. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Eds.), *Quality of Life and Health: Concepts, Methods and Applications* (pp. 41-58). Berlin: Blackwell-Wissenschafts-Verlag.
- Brickman, P., Coates, D. & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *Journal of personality and social psychology*, 36(8), 917-27.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bucher, A. (2007). *Psychologie der Spiritualität*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Büssing, A., Ostermann, T. (2001). Caritas und ihre neuen Dimensionen: Spiritualität und Krankheit. In M. Patzek (Hrsg.), *Caritas plus - Qualität hat einen Namen* (S. 110-133). Kevelaer: Butzon & Bercker.
- Büssing, A., Ostermann, T. H., Matthiessen, P. F. (2005). Spirituelle Bedürfnisse krebserkrankter Menschen - Einstellung und Praxis. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 37, 13-22.
- Büssing, A., Ostermann, T., Matthiessen, P. F. (2005). Spirituelle Bedürfnisse krebserkrankter Menschen - Einstellung und Praxis. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 37, 12-21.
- Buffor, R. K., Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1991). Norms for the Spiritual Well-being Scale. *Journal of Psychology and Theology* 19(1), 56-70.
- Bullinger, M. (1991). Quality of life – definition, conceptualisation and implications – A methodologists view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-149.
- Bullinger, M. (1991). Erhebungsmethoden. In H. Tüchler & D. Lutz (Hrsg.), *Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität* (S. 13-29). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bullinger, M. (1996). Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In H.-J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 13-29). Wien/New York: Springer.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 76-91.
- Bullinger, M. (2000). Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen* (S. 13-24). Landsberg: Ecomed.
- Bullinger, M. (2002). "Und wie geht es Ihnen?" Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 308-329). Göttingen: Hogrefe.

- Bullinger, M., Ludwig, M. & von Steinbüchel, N. (1991). *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Hasford, J. (1991). Evaluating quality of life measures in German clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 12, 915-1055.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). „SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung.“ *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 7(4), 190-191.
- Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2001). Diagnostik in der Lebensqualität. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in der klinischen Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 246-257). Stuttgart: Thieme.
- Bullinger, M. & Steinbüchel, N. (Hrsg) (1990). *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen*. Berlin: Springer.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. & v. Steinbüchel., N. (1993b). Der Fragebogen Alltagsleben – ein Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2, 121-131.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. & v. Steinbüchel., N. (2000). Die Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL) und der Fragebogen „Alltagsleben“. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie, Konzepte, Methoden, Anwendungen* (S. 111-123). Landsberg: ecomed
- Bullinger, M., v. Mackensen, S. & Kirchberger, I. (1994b). KINDL – ein Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2, 64-77.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000a). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 18)* (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2000). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive*. (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, 18). (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.

- Bullinger, M. Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2000b). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 18)*. Göttingen: Hogrefe.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients – An hypothesis. *Journal of Medical Ethics* 10, 124-127.
- Calman, K. C. (1987). Definitions of Quality of Life. In N. K. Aaronson & J. Beckmann (Eds.), *The Quality of Life of Cancer Patients* (pp. 1-9). New York: Ravens Press.
- Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carr, A. J., Gibson, B. & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectation or experience? *British Medical Journal*, 322, 1240-1243.
- Carr, A. J. & Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centered? *British Medical Journal*, 322, 1357-1360.
- Carr, A. J. & Higginson, I. J. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*, 322, 1297-1300.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 4, 29-38.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S. (1993). Quality of life in cancer: Definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Invest* 11, 327-336.
- Chisholm, D., Healey, A. & Knapp, M. (1997). QALYs and mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 68-75.
- Chiò, A., Gauthier, A., Montuschi, A., Calco, A., Di Vito, N., Ghiglione, P., Mutani, R. (2004). A cross sectional study on determinants of quality of life in ALS. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 75, 1597-1601.
- Clayton, R. R. (1971). 5-D or 1? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 10, 37-40.
- Cleary, P. D. (1997). Uses of Information about Health-Related Quality of Life in Patients with AIDS and Cancer. In J. A. Levy, D. Jasmin & G. Bez (Eds.), *Cancer, Aids, and Quality of Life* (pp. 63-72). Plenum Press: New York.

- Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic medicine* 35(5), 375-89.
- Cohen S. R., Mount B. M., Strobel M. G. & Bui F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability, *Palliative Medicine*, 9, 207-219.
- Cohen, S. R., Hassan, S. A., Lapointe, B. J. & Mount, B. M. (1996a). Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. *AIDS* 10, 1421-1427.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Tomas, J. J. N. & Mount, L. F. (1996b). Existential well-being is an important determinant of quality of life: evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *Cancer* 77, 576-586.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J. & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine* 11, 3-20.
- Comstock, G. W. & Partridge, K. B. (1972). Church attendance a health. *Journal of chronic diseases* 25, 665-672.
- Conneally, P. M. (1984). Huntington's disease: genetics and epidemiology. *American Journal of Human Genetic*, 36, 506-526.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L. & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17, 13-35.
- Cotton, S. P, Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 8, 429-438.
- Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Feinberg, J., Pargament, K. I., Justice, A. C., Leonard, A. C., Tsevat, J. (2006). Spirituality and Religion in Patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*, 21 (5), 5-13.
- Coward, D. D. & Kahr, D L. (2004). Reduction of spiritual disequilibrium by women newly diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 31, 24-31.

- Coyne, K. S., Davis, D., Frech, F. & Hill, M. N. (2002). Health-related quality of life in patients treated for hypertension: A review of the literature from 1990 to 2000. *Clinical Therapeutics: The International Peer-Reviewed Journal of Drug Therapy*, 24, 124-169.
- Daaleman, T. P. & Frey, B. B. (2004). The Spirituality Index of Wellbeing: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine* 2, 499-503.
- Dein, S. & Stygall, J. (1995). Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Medicine* 11, 291-298.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Denz, H. (2002). *Die europäische Seele: Leben und Glauben in Europa*. Wien: Czernin.
- Deusinger, I. M. & Deusinger, F. M (1974). Dimensionen religiöser Einstellungen. In Eckensberger, L. H. & Eckensberger, U. S. (Hrsg.), *Bericht über den 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 1972 in Saarbrücken* (S. 278-288). Bd. 3: Gruppendynamik und soziale Kognition.
- Deusinger, F. L. & Deusinger, I. M. (1996). Religiöse Einstellungen – Gottesvorstellungen – ekklesiogene Neurosen. In H. Moosbrugger, C. Zwingmann, D. Frank (Hrsg.), *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 129-144). München, New York: Waxmann,
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. E., Ellis, S., Burke, A. K., Mann J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry* 161, 2303-2308.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Science*, 7, 304-324.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.

- Diener, E. & Rahtz, D. R. (Eds.) (2000). *Advances in quality of life theory and research (Social Indicators Research Series, Vol. 4)*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Research Series, 4*, Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*, 25-41.
- Dimsdale, J. E. & Baum, A. (Eds.) (1995). *Quality of life in behavioral medicine research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dörr, A. (1987). *Religiosität und Depression. Eine empirisch-psychologische Untersuchung*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Dörr, A. (2001). Religiosität und psychische Gesundheit. *Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Kovac.
- Dominick, K. L., Ahern, F. M., Gold, C. H., Heller D. A. (2002). Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clinical and Experimental Research 14*, 499-508.
- Donahue, M. J. (1985a). Intrinsic and Extrinsic Religiousness: The Empirical Research. *Journal for the Scientific Study of Religion 24*, 418-423.
- Donahue, M. J. (1985b). Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology 48*, 400-419.
- D'Onofrio, B., Murrelle, L., Eaves, L. J., McCullough, M. E., Landis, J. L. & Maes, H. (1999). Adolescent religiousness and its influence on substance use: preliminary findings from the Mid-Atlantic Scholl Age Twin Study. *Twin Research, 2*, 156-168.
- Donovan, K., Sanson-Fisher, R. W. & Redman, S. (1989). Measuring quality of life in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology 7*, 959-968.
- Dow, K. H., Ferrell, B. R. & Leigh, B. R. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Treatment Research, 39*, 261-273.

- DuPuy, H. J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. In N. Wenger, M. Attson, C. Furberg & J. Ellison (Hrsg.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* (S. 170-183). New York: Lejacq Publisher.
- Dworkin, R. H., Nagasako, E. M., Hetzel, R. D. & Farrar, J. T. (2001). Assessment of pain and pain-related quality of life in clinical trials. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment (2nd Edition)* (pp. 659-692). New York: The Guilford Press.
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science and Medicine*, 41, 1383-1394.
- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf J. A. & Sauners C. (1998). Toward a humanistic-phenomenological spirituality. Definition, description, and measurement. *Journal of the Humanistic Psychology* 28 (4), 5-18.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior* 32, 80-99.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196, 129-136.
- Epstein, R. S. & Lydick, E. (1995). Quality of life assessment: A pharmaceutical industry perspective. In J. Dimsdale & A. Baum (Eds.), *Quality of life research in behavioral medicine research* (pp. 57-68). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erikson, R. (1993). Descriptions of Inequality: The Swedish Approach to Welfare Research. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.) *The Quality of Life* (pp. 67-83). Oxford: Oxford University Press.
- Evans, R. W. (1991). Quality of life. *Lancet* 338, 363.
- Eypasch, E. (2000). Chirurgie. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden - Anwendungen* (S. 127-134). Landsberg: Ecomed.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Hogrefe.

- Fan, V. S., Curtis J. R., Tu, S. P., McDonell, M. B., Fihn, S. D. (2002). Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung disease. *Chest* 122, 429-436.
- Fan, V. S., Au D. H., McDonell, M. B., Fihn, S. D. (2004). Intraindividual change in SF-36 in ambulatory clinic primary care patients predicted mortality and hospitalizations. *Journal of Clinical Epidemiology* 57, 277-283.
- Fayers, P. M. & Machin, D. (2000). *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Feinstein, A. R. (1997). Problems in Defining Quality of Life. In J. A. Levy, D. Jasmin & G. Bez (Eds.), *Cancer, Aids, and Quality of Life* (pp. 11-15). Plenum Press: New York.
- Filipp, S. H. & Ferring, D. (1991). Zur inhaltlichen Bestimmung und Erfassung von Lebensqualität im Umfeld schwerer körperlicher Erkrankungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 409-416.
- Fitchett, G., Peterman, A. H. & Cella, D. F. (1996a). Spiritual Beliefs and Quality of Life in Cancer and HIV Patients. Paper presented at the Society for Scientific Study of Religion, Nashville, Tennessee.
- Fitchett, G., Peterman, A. H. & Cella, D. F. (1996b). Spiritual Beliefs and Quality of Life in Cancer Patients and HIV Patients. Paper presented at the Third World Congress of Psycho-Oncology, New York, New York.
- Fitzpatrick, R. (2000). Measurement issues in health-related quality of life: Challenges for health psychology. *Psychology and Health*, 15, 99-108.
- Fitzpatrick, R. & Albrecht, G. (1994). The Plausibility of Quality-of-Life Measures in Different Domains of Health Care. In L. Nordenfelt (Ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care* (pp. 201-228). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Fransen, L. (1997). Quality of Life: Socio-Economic, Geographic, and Cultural Factors. In J. A. Levy, D. Jasmin & G. Bez (Eds.), *Cancer, Aids, and Quality of Life* (pp. 147-154). Plenum Press: New York.
- Freeman, R. A. (1995). A commentary on the pharmaceutical industry's sponsorship of health-related quality of life research. In J. Dimsdale & A. Baum (eds.), *Quality of life research in behavioral medicine research* (pp. 69-76). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- Freund, H. (1994). *Religiöse Orientierung und Bewältigungsstrategien*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Frankfurt am Main.
- Friesl, C. & Zuba, R. (2001). Die ÖsterreicherInnen und ihre Religion. In H. Denz, C. Friesl, R. Polak, R. Zuba & P. M. Zulehner (Hrsg.), *Die Konfliktgesellschaft – Wertewandel in Österreich 1990-2000* (S. 99-167). Wien: Czernin.
- Friesl, C., Polak, R. & Hamachers-Zuba, U. (2009). *Die Österreicher innen Wertewandel 1990-2008*. Wien: Czernin.
- Fuhrer, M. J. (2000). Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability and Rehabilitation*, 22, 481-489.
- Fuller, R. C. (2001). *Spiritual but not religious: Understanding unchurched America*. Oxford University Press: New York.
- Gallup, G. (1995). *The Gallup Poll: Public Opinion 1995*, Scholarly Resources, Wilmington, DE.
- Gallup Institute (1995). Religion in America – 50 Years. Princeton Religious Research Center.
- Gasiet, S. (1981). *Menschliche Bedürfnisse: eine theoretische Synthese*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Gaul, G. B. (1999). Quality of life – Therapieziel oder Schlagwort? *Journal für Kardiologie*, 6, 617-621.
- Gellert, G. A. (1993). The importance of quality of life research for health care reform in the USA and the future of public health. *Quality of Life Research*, 2, 357-361.
- George, R. J. D. (1997). Quality of Care for Cancer and AIDS. In J. A. Levy, D. Jasmin & G. Bez (Eds.), *Cancer, Aids, and Quality of Life* (pp. 45-54). Plenum Press: New York.
- Gerbershagen, H.-U. (1995). Quality of life research in pain patients. In I. Guggenmoos-Holzmann, L. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Eds.), *Quality of life and health (Vol. 1)* (pp. 107-124). Berlin: Blackwell.
- Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association* 272, 619-626.
- Gimmler, A., Lenk, Ch. & Aumüller, D. (Eds.) (2002). *Health and quality of life, Philosophical, medical and cultural aspects*. Münster: LIT-Verlag.

- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium* (S. 49-85). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.) (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik – Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Glock, C. Y. (1962). On the study of religious commitment. *Religious Education (Research Supplement)*, 57, 98-110.
- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B. & Weinstein, M. C. (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Gomez, R. & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Differences* 35, 1975-1991.
- Goode, D. A. (Ed.) (1994). *Quality of life in persons with disabilities: International perspectives*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Gotay, C. C., Moore, T. D. (1992). Assessing quality of life in head and neck cancer. *Quality of life research* 1, 5-17.
- Granzini, L., Johnston, W. S., Hoffmann, W. F. (1995). Correlates of suffering in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology* 52, 1434-1440.
- Guggenmoos-Holzmann, I., Bloomfield, K., Brenner, H. & Flick, U. (1995). *Quality of Life and Health. Concepts, Methods and Applications*. Berlin: Blackwell-Wissenschafts-Verlag.
- Hamrick, N. & Diefenbach, M. A. (2006). Religion and spirituality among patients with localized prostate cancer. *Palliative Support Care* 4(4), 345-355.
- Harper, P. (1992). The epidemiology of Huntington's disease. *Human Genetics* 89(4), 365-376.
- Hasford, J. (1991). Kriterium Lebensqualität. In H. Tüchler & D. Lutz (Hrsg.), *Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität* (S. 25-31). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Haub, E. (1992). Die Messung der Religiosität: Empirische Grundlagen und Methode. In Schmitz, E. (Hrsg.), *Religionspsychologie* (S. 263-280). Göttingen: Hogrefe.

- Heel, S. & v. Steinbüchel, N. (2000). Epilepsie. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden - Anwendungen* (S. 243-258). Landsberg: Ecomed.
- Helder, M. A., Kaptein, A. A., Van Kempen, G. M. J., Van Houwelingen, J. C., Roos, R. A. C. (2001). Impact of Huntington's Disease on Quality of Life. *Movement Disorders*, 16 (2), 325-330.
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 141-150.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZ^M) – A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment* 16(3), 150-159.
- Hertel, B. R., Donahue, M. J. (1995). Parental influences on god images among children: testing Durkheim's metaphoric parallelism, *Journal of Science Study Religion*, 34, 186-199.
- Highfield, M. F. & Cason, C. (1983). Spiritual needs for patients: Are they recognized? *Cancer Nurse* 6, 187-192.
- Hill, P. C. & Butter, E. M. (1995): The Role of religion in promoting physical health. *Journal of Psychology and Christianity* 14(2), 141-155.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B. & Henrich G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 12(2), 69-76.
- Ho, A. K., Robbins, A. O., Walters, S. J., Kaptoge, S., Sahakian, B. J., Barker, R. A. (2004). Health-related quality of life in Huntington's disease: a comparison of two generic instruments, SF-36 and SIP. *Movement Disorder*, 19 (11), 1341-8.
- Hodge, D. R. (2003). The intrinsic spirituality scale: A new six-item instrument for assessing the salience of spirituality as a motivational construct. *Journal of Social Service Research* 30, 41-61.
- Holzemer, W. L. & Wilson, H. S. (1995). Quality of life and the spectrum of HIV infection. *Annual Review of Nursing Research* 13, 3-29.
- Hood, R. W. jr. (1975). The construction and preliminary validation of a measure of reported mystical experience. *Journal for the Scientific Study of Religion* 14, 29-41.

- Huber, H. (1999). Religiosität als Thema der Psychologie und Psychotherapie. In H. Schmidinger (Hrsg.), *Religiosität am Ende der Moderne. Krise oder Aufbruch?* (S. 93-123). Innsbruck, Wien: Tyrolia
- Huber, S. (1996). *Dimensionen der Religiosität. Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie*. Bern: Huber.
- Huber, S. (1993). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Huber, Stefan (2003): *Zentralität und Inhalt: Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich.
- Huber, S. (2004). Zentralität und multidimensionale Struktur der Religiosität: eine Synthese der theoretischen Ansätze von Allport und Glock. In Zwingmann, C. & Moosbrugger, H. (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zur Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 79-105). Münster: Waxmann.
- Huber, D., Heinrich, G. & Herschbach, P. (1988). Measuring the quality of life: a comparison between chronically ill patients and health persons. *Pharmacopsychiatry*, 21, 435-455.
- Hunfeld, J. A. M., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. M. A. & van der Wouden, J. C. (2001). Chronic pain and its implication on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 145-153.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: some hypothesis and an initial test. *Social Forces* 66, 226-238.
- Idler, E. & Kasl, S. (1992). Religion, disability, depression and the timing of death. *American Journal of Sociology* 97, 1052-1079.
- Jaeschke, R. Guyatt, G. H. & Cook, D. (1992). Quality of life instruments in the evaluation of new drugs. *Pharmacoeconomics* 1, 84-94.
- Jenkins, R. A. & Pargament, K. I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 13(1/2), 51-74.
- Johannesson, M. (1993). QALYs, HYEes and individual preferences – a graphical illustration. *Soc. Sci. Med.* 39, 1623-1632.

- Joyce, C. R. B., McGee, H. M. & O'Boyle, C. (1999). *Individual quality of life: Approaches to conceptualization and assessment*. Amsterdam, The Netherlands: Harwood.
- Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hopice Journal* 5(3/4), 105-116.
- Kaplan, R. M., Bush, J. W. & Berry, C. C. (1976). Health status: types of validity and the index of Well-being. *Health Services Research* 11, 478-507.
- Kaplan, R. M. (1988). Health-related quality of life in cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 383-392.
- Kaplan, R. M. (1995). Quality of life, resource allocation, and the U.S. health care crisis. In J. Dimsdale & A. Baum (eds.), *Quality of life research in behavioral medicine research* (pp. 3-30). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Karlsen, K. H., Tandberg, E., Årslund, D. Larsen, J. P. (2000). Health related quality of life in Parkinson's disease: a prospective longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 69, 584-589.
- Karnofsky D. A. , Burchenal, J. H. (1949). The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In C. M. MacLeod (ed.), *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*, 196. Columbia University Press.
- Karow, A. & Naber, D. (2000). In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte - Methoden - Anwendungen* (S. 199-211). Landsberg: Ecomed.
- Kass, J. D., Friedman, R., Lesermann, J., Zuttermeister P.C.& Benson H. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experiences. *Journal for the Scientific Study of Religion* 30, 203-211.
- Katschnig, H. (1994). Wie lässt sich Lebensqualität bei psychischen Krankheiten erfassen? In H. Katschnig & P. König (Hrsg.), *Schizophrenie und Lebensqualität* (S. 1-14). Wien: Springer.
- Katschnig, H. & Angermeyer, M. C. (1997). Quality of life in depression. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (eds.). *Quality of life in mental Disorder* (pp. 137-147). London: John Wiley & Sons.
- Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (Eds.) (1997). *Quality of life in mental disorders*. London: Wiley.
- Katschnig, H. & König, P. (1994). *Schizophrenie und Lebensqualität*. Wien: Springer.

- Katz, S. (1987). The science of quality of life. *Journal of Chronic Disease* 40, 459-463.
- Kaye, J. & Raghavan, S. K. (2002). Spirituality in Disability and Illness. *Journal of Religion and Health* 41 (3), 231-242.
- Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C.O., McCullough, M. E., Larson, D., Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 160, 496-503.
- Kessler, R.C., McGonagillie, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M, Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Keown, P. (2001). Improving quality of life – The new target for transplantation. *Transplantation*, 72 (12), 67-74.
- Kiebert, G. M. & Kaasa, S. (1996). Quality of life in clinical trials: Experience and perspective of the European Organisation of Research and Treatment of Cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 20, 91-97.
- Kind, P. (1996). Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: An overview. *Annals of Medicine*, 33, 323-327.
- Kind, P. (1996). The EuroQOL instrument: An index of health-related quality of life. In B. Spilker (Ed), *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Kind, P. (2001). Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: An overview. *Annals of Medicine*, 33, 323-327.
- Kirk, K. M., Eaves, L. J. & Martin, N. G. (1999). Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Research* 2, 81-87.
- Kirshner, B. & Guyatt, G. (1985). A methodological framework for assessing health indices. *Journal of chronic diseases* 38 (1), 27-36.
- Koenig, H. G. (2002). *Spirituality in Patient Care. Why, How, When and What*. Philadelphia & London: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G., Cohen, J., Blazer, D. G et al. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry* 149, 1693-170.

- Koenig, H. G., George, L. K., Meador, K. G., Blazer D. G (1994). Religious practices and alcoholism in a Southern adult population. *Hosp Community Psychiatry* 45, 225-231.
- Koenig, H. G., George, L. K., Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry* 155, 536-542.
- Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P. (2004). Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 52, 554-562.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy* 35, 352-359.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal* 97, 1194-1200.
- Kohlmann, T., Bullinger, M. & Kirchberger-Blumstein, I. (1996). Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. *Sozial- und Präventivmedizin* 42(3), 175-185.
- Krischke, N. R. (1996). *Lebensqualität und Krebs*. München: Quintessenz.
- Krischke, N. R. & Petermann, F. (2000). *Depression und Lebensqualität in der Rehabilitation Krebskranker*. Göttingen: Hogrefe.
- Köhle, K. & Dirhold, S. (1990). Zur Bedeutung qualitative Verfahren bei der Bestimmung von Lebensqualität Krebskranker. *Medizinische Forschung* 2, 169-172.
- Küchler, T. (1995). Quality of Life Research in Oncology. In I. Guggenmoos-Holzmann, K. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Hrsg.), *Quality of Life and Health: Concepts, Methods and Applications* (pp. 89-96). Berlin: Blackwell-Wissenschafts-Verlag.
- Küchler, T. & Bullinger, M. (2000). Onkologie. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen* (S. 144-158). Landsberg: Ecomed.
- Küchler, T., Schreiber, H. W. (1989). *Lebensqualität in der Allgemeinchirurgie – Konzepte und praktische Möglichkeiten der Messung*. HÄB 43, 246-250.
- La Fortune, S. F. (1995). Breast cancer survivors: concerns and coping. *Cancer Nursing* 18(1), 35-46.

- Lally, S. J. (1989). Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophrenia Bulletin* 15, 253-265.
- Larson, D. B. & Greenwold-Milano, M. A. (1995). Are religion and spirituality clinically relevant in health care? *Mind/Body Medicine* 1, 147-157.
- Larson D. B., Swyers, J. P. & McCullough M. E. (1997). Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report, National Institute for Healthcare Research, Rockville.
- Larson, D. B., Koenig, H. G., Kaplan, B. H., Greenberg, R. S., Logue, E., & Tyroler, H. A. (1989). Impact of religion on men's blood pressure. *Journal of Religion and Health* 28 (4), 265-278.
- Lauer, G. (1993). Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychiatrisch Kranken. *Psychiatrische Praxis*, 20, 88-90.
- Lauer, G. (1998). Die Lebensqualitätsdimension in der Qualitätssicherung. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 575-591). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Larson, D. B., Sheririll, K. A., Lyons, J. S., Craigie Jr., F. C., Thielman, S. B., Greenwold, M. A., Larson, S. S. (1992). Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989. *American Journal of Psychiatry*, 149(4), 557-9.
- Lazarus, R. S. (1974). *Psychological stress and coping in adaptation and illness*. International Journal of Psychiatry in Medicine 5(4). 321-333.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lehman, A. F., Ward, N. C. & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry* 139, 1271-1276.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 11, 51-62.
- Levine, S. (1995). The Meanings of Health, Illness and Quality of Life. In I. Guggenmoos-Holzmann, L. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Eds.), *Quality of Life and Health: Concepts, Methods and Applications* (pp. 7-14). Berlin: Blackwell-Wissenschafts-Verlag.

- Levy, J. A., Jasmin, C. & Bez. G. (Eds.) (1997). *Cancer, AIDS and quality of life*. New York: Plenum.
- Leyendecker, B., Bartholomew, U., Neuhaus, R., Horhold, M., Blumhardt, G., Neuhaus, P. et al. (1993). Quality of life of liver transplant recipients. A pilot study. *Transplantation* 56, 561-567.
- Lienert, G. A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse* (3. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Limm, H., Loher, F. & Goebel, D.-D. (2000). HIV-Erkrankung und AIDS. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.). (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden - Anwendungen* (S. 212-218). Landsberg: Ecomed.
- Lindenthal, J. J., Myers, J. K., Pepper, M. P., et al. (1970). Mental status and religious behavior. *Journal of Scientific Study Religion* 9, 143-149.
- Lobentanz, I. S., Asenbaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klösch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W. Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110, 6-13.
- Lo Coco, G., Lo Coco, D., Cicero, V., Oliveri, A., Lo Verso, G., Piccoli, F., La Bella, V. (2005). Individual and health-related quality of life assessment in amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers. *Journal of Neurological Sciences* 15, 238, 11-7.
- Longstreth, W. T., Nelson, L., Linde, M., Munoz, D. (1992). Utility of the Sickness Impact Profile in Parkinson's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, 142-148.
- Loomes, G. & McKenzie, C. (1989). The use of QALY's in health care decision making. *Social Science and Medicine*, 28, 299-308.
- Lorenz W, Koller M (1996). Lebensqualitätsmessung als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements in der Operativen Medizin. *Zentralblatt für Chirurgie* 121, 545-551
- Lorenz, W. & Koller, M. (2002). Empirically-based concepts of outcome and quality of life in medicine. In A. Gimmler, Ch. Lenk & G. Aumüller (Eds.), *Health and quality of life. Philosophical, medical and cultural aspects* (pp. 129-141). Münster: LIT-Verlag.

- Mack, J. L. & Whitehouse, P. J. (2001). Quality of life in dementia: State of the art. Report of the International Working Group for Harmonization of Dementia Drug Guidelines and the Alzheimer's Society satellite meeting. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 15, 69-71.
- Mahoney F. I. & Barthel D. (1965). "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Malm, U., May, P. R. A. & Dencker, S. J. (1981). Evaluation of the quality of life of the Schizophrenic outpatient. A checklist. *Schizophrenia Bulletin* 7, 477-486.
- Marler, P. L. & Hadaway, C. K. (1993). Toward a typology of Protestant "marginal members". *Review of Religious Research* 35, 34-54.
- Martini, A. & Hunt, M. (1981). The Nottingham Health Profile. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.). (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen (S. ???)*. Landsberg: Ecomed.
- Maslow, A. H. (1954). The instinctoid nature of basic needs. *Journal of personality* 22(3), 326-47.
- Masters, K. & Bergin, A. (192). *Religious Orientation and Mental Health*. In J. Schumaker (Ed.), *Religious Orientation and Mental Health (p. 221-232)*. New York: Oxford University Press.
- Matthews, D. A. & Larson, D. B. (1995). The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subject, Vol. 3. National Institute for Healthcare Research, Rockville, MD.
- Matthews, D. A., Larson, D. B. & Barry, C. P. (1993). The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects, Vol. 1. National Institute for Healthcare Research, Rockville, MD.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen – Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26, 183-196.
- Mayring, Ph. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- McClain, C., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill Cancer patients. *Lancet*, 361, 1603-1607.

- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology* 19, 211-222.
- McCullough, M. E., Larson, D. B., Hoyt, W. T., Koenig, H. G. & Thoresen, C. E. (1999). Religious Involvement and Mortality: A Meta-analytic Review. Paper presented at the 107th Convention of the American Psychological Association, Boston, MA.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A. & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology* 82, 112-127.
- McCullough, M. E., Snyder, C. R. (2000). Classical sources of human strength (Special Issue). *Journal of Social and Clinical Psychology* 19, 1-159.
- Metcalfe, D. (1992). The measurement of outcomes in general practice. In M. Stewart et al. (eds.), *Tools for primary care research* (pp. 14-27). Newbury Park, London: SAGE.
- Meraviglia, M. G. (2004). The Effects of Spirituality on Well-Being of People with Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum* 31 (1), 89-94.
- Michalos, A. C., Hubley, A. M., Zumbo, B. D. & Hemingway, D. (2001). Health and other aspects of quality of life of older people. *Social Indicators Research*, 54, 239-274.
- Michalowska, M., Fiszler, U., Krygowska-Wajs, A. (2005). Falls in Parkinson's disease. Causes and impact on patients' quality of life. *Functional Neurology*, 20(4), 163-168.
- Miller, W. R. & Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners* (pp 3-19). Washington: APA.
- Möller, A. & Reimann, S. (2003). *Spiritualität und Befindlichkeit – subjektive Kontingenz als medizinisch psychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand* (S. 609-616). Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 71.
- Moos, R. H. (1974). Determinants of physiological responses to symbolic stimuli: the role of the social environment. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 5(4). 389-399.

- Muldoon, M. & King, N. (1995). Spirituality, health care and bioethics. *Journal of Religious Health* 34, 329-349.
- Murken, S. (1994). *Religiosität, Kontrollüberzeugung und seelische Gesundheit bei Anonymen Alkoholikern*. Frankfurt am Main: Lang.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Murphy, P. L., Albert, S. M., Weber, C. M., Del Bene, M. L., Rowland, L. P. (2000). Impact of spirituality and religiousness on outcomes in patients with ALS. *Neurology* 55, 1581-1584.
- Muthny, F. A., Koch, U. & Stump, S. S. (1990). Quality of life of Oncology Patients. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 54, 145-160.
- Muthny, F. A. (1991). Krankheitsverarbeitung bei chronisch körperlich Kranken. *Zeitschrift der Praxis für Psychotherapie und Psychosomatik*, 34, 64-72.
- Muthny, F. A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen – eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 42, 41-53.
- Mytko, J. J. & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology* 8, 439-450.
- Najman, J. M. & Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technology on quality of life: A review and critique. *Social Science and Medicine*, 15F, 107-115.
- Najman, J. M. & Levine, S. (1981). Evaluation the Impact of Medical Care and Technology on Quality of Life: A Review and Critique. *Quality of Life Research*, 22, 18-24.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British Journal of Nursing* 11 (22), 1461.
- Noble, K. D. (2000). Spiritual intelligence: a new frame of mind. *Advanced Development* 9, 1-29.

- Noll, H.-H. (1982). *Beschäftigungschancen und Arbeitsbedingungen. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik 1950-1980*. Frankfurt a. M./New York.
- Olver, I., Whitford, H., Peterson, M. (2006). The Role of Spirituality in Quality of Life. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 2 (2), A37-A143.
- Orley, J. & Kuyken, W. (eds), (1994). *Quality of life assessment in health care settings*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Ostermann, T., Büssing, A. & Matthiessen, P. (2004). Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der spirituellen und religiösen Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK). *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 11, 346-353.
- Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness* (pp. 224-237). New York: John Wiley and Sons.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually Integrated Psychotherapie: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K., Brant, C. R. (1998). Religion and coping. In H. G. Hoenig (Hrsg.), *Handbook of Religion and Mental Health*, 168-181.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Gravengood, N., Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for Scientific Study of Religion* 27(1), 90-104.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B, Van Haitsma, K. & Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology* 18, 793-824.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion* 37 (4), 710-724.
- Parson, D. S. & Harris, D. C. (1997). A review of quality of life in chronic renal failure. *Pharmacoeconomics*, 12, 140-160.
- Patrick, D. L. & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27 (3), 217-232.

- Patrick, D. L. & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annual Review of Public Health* 11, 165-183.
- Patrick, D. L. & Erickson, P. (1988). Assessing health-related quality of life for clinical decision making. In S. Walker & R. M. Rosser (Eds.), *Quality of life: Assessment and application*. Lancaster: MTP Press.
- Patrick, D. & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pereira de Godoy, J. M., Braile, D. M., de Fatima Godoy, M. & Longo, O. (2002). Quality of Life and peripheral Lymphedema. *Lymphology*, 29, 3-6.
- Petermann, F. & Bergmann, K.-C. (1994). *Asthma und Lebensqualität*. Berlin: Quintessenz.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L. & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy – Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49-58.
- Petersen, K. (1993). *Persönliche Gottesvorstellungen. Empirische Untersuchungen: Entwicklung eines Klärungsverfahrens*. Ammersbek: Lottbeck Jensen.
- Petrak, F., Hardt, J., Kappis, B. & Egle, U. T. (2003). Kreuzvalidierung des „Fragebogen zur Messung der psychosozialen Belastungen bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (FBCED)“ an einer nationalen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32(4), 324-328.
- Pflanz, E. (1990). „Lebensqualität“ und Öffentlichkeit. *Medizinische Forschung* 2, 213-224.
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality* 67, 985-1013.
- Pigou, A. C. (1950). *The Economics of Welfare*, 4th ed. London.
- Potts, R. G. (1996). Spirituality and the experience of cancer in an African-American community: implications for psychosocial oncology. *Journal of Psychosocial Oncology* 14(1), 1-19.
- Prescosolido B. A. , Georgianna S. (1989). Durkheit, suicide, and religion: toward a network theory of suicide. *American Sociol Review* 54(1), 33-48.

- Pucher, K. (1994). *Die Lebensqualität von Bronchuskarzinompatienten*. Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Quade, G. (2005). Spirituality in cancer care. www.med.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000328116.html
- Quin, M., Cook, S., Nash, K., & Chin, M. (2001). Addressing Religion and Spirituality in African Americans with Diabetes. *The Diabetes Educator* 5, 643-655.
- Rabins, P. V. & Kasper, J. D. (1997). Measuring quality of life in dementia: Conceptual and practical issues. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 11 (Suppl 6), 100-104.
- Raeburn, J. M & Rootman, I. (1996). Quality of life and health promotion. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues and Applications* (pp. 14-25). Sage, Thousand Oaks.
- Raspe, H. (1995). Quality of Life Measurement in Rheumatology. In I. Guggenmoos-Holzmann, K. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Hrsg.), *Quality of Life and Health: Concepts, Methods and Applications* (pp. 97-106). Berlin: Blackwell-Wissenschafts-Verlag.
- Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung*. Landsberg: ecomed.
- Renwick, R., Brown, I. & Nagler, M. (Eds.) (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Revicki, D. A., Allen, H., Bungay, K. et al. (1994). Responsiveness and calibration of the general well-being adjustment scale in patients with hypertension. *Journal of Clinical Epidemiology* 47, 1333-1342.
- Revicki, D. A., Kaplan, R. M. (1993). Relationship between psychometric and utility-based approaches to the measurement of health-related quality of life. *Quality of Life Research* 2, 477-487.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 116, 311-321.

- Robbins, R. A., Simmons, Z., Bremer, B. A., Walsh, S. M. & Fischer, B. S. (2001). Quality of life in ALS is maintained as physical function declines. *Neurology*, 56, 442-444.
- Roof, C. W. (2000). *Spiritual marketplace: Baby boomers and the remaking of American religion*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roose, R. A. C., Hermans, J., Vegter-van der Vlis, M., Van Ommen, G. J. B. & Bruyn, G. W. (1993). Duration of illness in Huntington's disease is not related to age at onset. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 56, 98-100.
- Rose, M. (2000). Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen* (S. 159-176). Landsberg: Ecomed.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. & Klapp, B. F. (2000c). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der allgemeinen Lebensqualität?“ In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 457-468.
- Rubin, R. R. & Peyrot, M. (1999): Quality of life and diabetes, *Diabetes Metabolism Research and Reviews* 15 (3), 205-218.
- Rumbold, B. D. (2003). Caring for the spirit: Lessons from working with the dying. *Medical Journal of Australia* 179 (6), 11-13.
- Rupprecht, R. (1993). *Lebensqualität – Theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung*. Unveröffentlichte Dissertation, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen.
- Russell, J. A. & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of negative and positive affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3-30.
- Salek, S. (1996). Quality-of-life assessment in patients on peritoneal dialysis: A review of the state of the art. *Peritoneal Dialysis International*, 16 (Suppl 1), 398-401.

- Sartorius, N. (1993). A WHO method for the assessment of health-related quality of life (WHOQOL). In: Walker, S. R. & Rosser, R. M. (eds.): *Quality of Life Assessment: Key issues in the 1990s* (pp. 201-207). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Sartorius, N., Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments. In J. Orley & W. Kuyken (eds.), *Quality of Life assessment in health care settings* (pp. 3-18). Heidelberg: Springer Verlag.
- Salek, S. (1996). Quality-of-life assessment in patients on peritoneal dialysis: A review of the state of the art. *Peritoneal Dialysis International*, 16 (Suppl 1), 398-401.
- Sass, H. M. (1990). Behandlungsqualität oder Lebensqualität? Ethische Implikationen von "Lebensqualität als Bewertungskriterien in der Medizin. *Medizinische Forschung* 2, 225-245.
- Schandry, R. (1993). *Hypertonie und Lebensqualität*. München: Quintessenz.
- Schipper, H., Clinch, J. & Powel, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 11-24). New York: Raven Pres.
- Schneier, R. R. (1997). Quality of Life in Anxiety Disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Hrsg.), *Quality of Life in Mental Disorders* (S. 149-164). London: Wiley.
- Schöffski, O. & Greiner, W. (1998). Das QALY-Konzept zur Verknüpfung von Lebensqualitätseffekten mit ökonomischen Daten. In O. Schöffski, P. Glaser & J.-M. von der Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Grundlagen und Standortbestimmung* (S. 203-222). Berlin: Springer.
- Scholler, G., Rose, M., Neuhaus, R., Neuhaus, P., Klapp, B. F. (1997). Comparison of cyclosporine A und FK 506 with regard to complaints and psychosocial characteristics before and after liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 29, 2491-2493.
- Schölmerich, P. & Thews, G. (Hrsg.) (1990). *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Stuttgart: Fischer.

- Schowalter, M., Richard, M., Murken, S., Senst, R. & Rüdell, H. (2003). Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten – ein Klinikvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 361-374.
- Schrag, A., Jahanshahi, M., Qinn, N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatr*, 69, 308-312.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 9-24). Göttingen: Hogrefe.
- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A. J., Kanouse, D. E., Morrison, J. L., Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terror attacks. *New England Journal of Medicine* 345, 1507-1512.
- Schwarz, R., Bernhard, J., Flechtner, H., Küchler, Th. & Hürny, C. (Hrsg.) (1991). *Lebensqualität in der Onkologie I (Aktuelle Onkologie, B. 63)*. München: Zuckschwerdt.
- Schwarz, R., Bernhard, J., Flechtner, H., Küchler, Th. & Hürny, C. (Hrsg.) (1991). *Lebensqualität in der Onkologie I (Aktuelle Onkologie, B. 82)*. München: Zuckschwerdt.
- Selemon, L. D., Rajkowska, G. & Goldman-Rakic, P. S. (2004). Evidence for progression in frontal cortical pathology in late-state Huntington's disease. *Journal of Comparative Neurology* 468(2), 190-204.
- Shafranske, E. P. (2001). The religious dimension of patient care within rehabilitation medicine. The role of religious attitudes, beliefs, and personal and professional practices. In Plante, T. G & Sherman, A. C. (Hrsg.), *Faith and Health: Psychological Perspectives* (S. 311-335). New York: The Guilford Press.
- Simmons, Z., Bremer, B. A., Robbins, R. A. et al. (2000). Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. *Neurology*, 55, 388-392.
- Sinnott, J. D. (2001). Introduction: Special issue on spirituality and adult development. *Part 1. Journal of Adult Development* 8, 19-200.

- Sloan, R. P., Bagiella, E., Powell, T. (1999). *Religion, spirituality, and medicine*, 53, 664-667.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., Poll, J. (2003). Religiousness und Depression. *Psychological Bulletin* 129, 4, 614-636.
- Spiegel, D., Kraemer, H. C., Bloom, J. R., Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial Treatment on Survival of Patients with metastatic Breast Cancer. *Lancet II*.
- Spilker, B. (1996). Introduction. In B. Spilker (Hrsg.), *Quality of life and pharmaeconomics in clinical trials* (S. 1-10). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Spilker, B. (Ed.) (1996a). *Quality of life and pharmaeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Spilker, B. (1996b). Introduction to the field of quality of life trials. In B. Spilker (Hrsg.), *Quality of life and pharmaeconomics in clinical trials* (S. 1-10). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Spitzer, W. O. (1987). State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Disease* 40, 465-471.
- Spitzer, W. O. (1995). Quality of life and Functional Status as Target Variables for Research. In I. Guggenmoos-Holzmann, K. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Hrsg.), *Quality of Life and Health: Concepts, Methods and Applications* (pp. 59-68). Berlin: Blackwell-Wissenschafts-Verlag.
- Spitzer, W. O., Dobson, A., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R. & Catchlove, B. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-Index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases* 34, 385-597.
- Sprangers, M. A. G., Cull, A., Bjordal, K., Groenvold, M. & Aaronson N. K. (1993). The European organization for research and treatment of cancer approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. *Quality of Life Research* 2, 287-295.
- Sprangers, M. A. & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shifts into health-related quality of life research: A theoretical approach. *Social Science and Medicine*, 48, 1507-1515.

- Steinmeyer, E. M., Pukrop, R., Czernik, A. & Saß, H. (1996). Facettentheoretische Validierung des Konstrukts Lebensqualität bei depressiv Erkrankten. In H.-J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 39-61). Wien/New York: Springer.
- Steward, A. L. & Ware, J. (1992). *Measuring function and well-being*. Durham, NC: Duke University Press.
- Storch, E. A., Storch, J. B. (2002). Intrinsic religiosity and aggression in a sample of intercollegiate athletes. *Psychological Reports* 91, 1041-1042.
- Straub, C. (1993). Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle der Patienten. Eine Pilotstudie. In B. Badura, B., G. Feuerstein & T. Schott (Hrsg.), *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung* (S. 376-389). Weinheim, München: Juventa.
- Strayhorn, J.M, Weidman, C. S., Larson, D. B. (1990). A measure of religiousness and its relation to parent and child mental health variables. *Journal of Community Psychology*, 18, 34-43.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Taft, C. (1999). How to assess quality of life in medicine: rationale and materials. In: Guy-Grand B, Aie Haud G. (eds.), *Progress in obesity research* (pp. 749–755). London: John Libbey.
- Sutherland, H. J. & Till, J. E. (1993). Quality of life assessments and levels of decision making Differentiating objectives. *Quality of Life Research*, 2, 297-303.
- Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman, E. M., Maloney, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services* 52, 663.
- Testa, M. A., Lenderking, W. R. (1992). Interpreting pharmacoeconomic and quality-of-life clinical trial data for use in therapeutics. *Pharmacoeconomics* 2, 107.
- Traphagan J. W. (2005). Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research. *Research on Aging* 27, 387-419
- Trimble, M. R. & Dodson, W. E. (Eds.) (1994). *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press.
- Troidl, H. (1989). Lebensqualität: ein relevantes Zielkriterium in der Chirurgie. *Chirurg*, 60, 445-449.

- Unterrainer, H. F. (2007). *Spiritualität & Krankheitsbewältigung. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung*. Saarbrücken: VDM
- Utsch, M. (2005). *Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Van Ness, P. H., Larson, D. B. (2002). Religion, senescence, and mental health: the end of life is not the end of hope. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 10, 386-397.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht, The Netherlands: R. Reidel Publishing.
- Veenhoven, R. (2001). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Velanovic, V. & Szymanski, W. (1999). Quality of life of breast cancer patients with lymphedema. *The American Journal of Surgery*, 177, 184-187.
- Wagstaff, A. (1991). QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics*, 10, 21-41.
- Walker, R. S. & Rosser, R. M. (Eds.) (1993). *Quality of life assessment: Key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishing.
- Walsh, S. M, Bremer, B. A., Felgoise, S. H. Simmons, Z. (2003). Religiousness is related to quality of life in patients with ALS. *Neurology* 60, 1527-1529.
- Walten, J., Craig, C., Derwinski-Robinson, B. & Weinert, C. (2004). I am not alone: spirituality of chronically ill rural dwellers. *Rehabilitation Nursing* 5, 164-168.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). International Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30 (6), 473-481.
- Wasem, J. & Hessel, F. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsökonomie. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen* (S. 319-335). Landsberg: Ecomed.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

- Weinmann, J. (1994). Quality of life: An overview from the health psychology perspective. In M. J. Christie & D. J. French (Eds.), *Assessment of quality of life in childhood asthma* (pp. 183-189). Langhorne, PA, England: Harwood Academic Publishers/Gordon.
- Wells, R. D. & Warren, S. T. (1998). *Genetic instabilities and hereditary neurological diseases*. New York Academy Press.
- Wenninger, K., Staab, D., Henry, B. & Wahn, U. (1999). Der Fragebogen zur Lebensqualität bei Cystischer Fibrose – Reliabilität und Validität der deutschen Adaptation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 8(3), 121-128.
- Willner, A. E. & Rodewald, G. (Eds.) (1990). *Impact of cardiac surgery on the quality of life: Neurological and psychological aspects*. New York: Plenum.
- Wilson, I. B. & Cleary, P. D. (1995). *Linking clinical variables with health-related quality of life – a conceptual model of patient outcomes*. *Journal of the American Medical Association* 273(1), 59-65.
- Woods, T. & Ironson, G. H. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity. *Journal of Health Psychology* 4(3), 393-412.
- The Huntington's Disease Collaborative Research Group. A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable in Huntington's disease chromosomes. *Cell*, 72, 971-983.
- The WHOQOL-Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2, 153-159.
- The WHOQOL-Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument: The WHOQOL. In J. Orley & W. Kuyken (Hrsg.), *Quality of life assessment: International perspectives* (S. 41-57). Berlin: Springer.
- WHOQOL G. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Soc.Sci.Med* 41, 1403-1409.
- WHOQOL G. (1996). *What quality of life? World Health Organization Quality of Life Assessment*. *World Health Forum* 17, 354-356.

- WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO Basic Documents.
- Tüchler, H. & Lutz, D. (1991). *Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., St. James, R. P., Follansbee, R. M., McKegney, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology* 9, 121-128.
- Younger, J. W., Piferi, R. L., Jobe, R. L. & Lawler, K. A. (2004). Dimensions of forgiveness: The views of laypersons. *Journal of Social and Personal Relationships* 21, 837-855.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer, W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingung und subjektives Wohlbefinden* (pp. 13-26). Frankfurt am Main: Campus.
- Zapf, W. (2000). Social reporting in the 1970s and in the 1990s. *Social Indicators Research*, 51, 1-15.
- Zapf, W., Schupp, J. & Habich, R. (Hrsg.) (1996). *Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K.I., Cole, B., Rye, M.S., Butter, E.M., Belavich, T.G (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion* 36, 549-654.
- Zisook, S., Peterkin, J. J., Shuchter, S. S. et al. (1995). Death, dying, and bereavement. In P. M. Nicassio, T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective*. Washington, DC: American Psychological Association, 351-390.
- Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen im Klartext*. München: Pearson Studium.
- Zühlke, D. & Riess, O. (1994). Gründung eines Konsortiums zur molekulargenetischen Diagnostik bei der Huntington Krankheit. *Medical Genetics* 4, 375.
- Zulehner, P. M., Hager, I. & Polak, R. (2001). *Kehrt die Religion wieder? Religionen im Leben der Menschen 1970-2000*. Ostfildern.

Zwingmann, C. (2004). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 241-246.

7 Anhang

7.1 Untersuchungsmaterial

- World Health Organization Quality of Life Fragebogen (WHOQOL-100) und WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von Lebensbereichen - deutsche Version von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000)
- Originaler Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003)
- Religiositätsfragebogen (Kendler, 2003) - übersetzt und adaptiert für diese Untersuchung
- Berechnung der Normalverteilungsüberprüfungen
- Berechnung Schwierigkeitsindex und Schwierigkeitsanalyse
- Mittelwertsunterschiede Wichtigkeitsratings der WHOQOL-Wichtigkeitsfragen

**7.1.1 World Health Organization Quality of Life Fragebogen
(WHOQOL-100) und WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von
Lebensbereichen - deutsche Version von Angermeyer, Kilian
& Matschinger (2000)**

FRAGEBÖGEN

ZUR LEBENSQUALITÄT

WHOQOL-100

WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit

Code :

7.1.2 Originaler Religiositätsfragebogen nach Kendler (2003)



Confidential



We appreciate your help with our research on religion, eating, and weight. Please read each question carefully and answer every question as well as you can. Complete this questionnaire on your own – please do not discuss your answers with your twin. If there are any questions you prefer not to answer, just leave them blank.

Thank you for participating in the Stress and Coping Study!

Marking Instructions

- Use a blue or black ink pen or a No. 2 pencil only.
- Do not use pens with ink that soaks through the paper.
- Make solid marks that fill the oval completely.
- Make no stray marks on this form.
- If you make a mistake, X through the error and mark the correct answer.

Incorrect Marks	Correct Marks	Correct Numbers	Correct Letters								
		<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	B	C	D
1	2	3	4								
A	B	C	D								

Growing Up With Your Twin

1. In this section, we would like to know about how you and your twin related to one another as children and teenagers. Some of these questions you may have answered in the past, but it is important for us to ask them again here.

	Always	Usually	Sometimes	Never
a. When you were children, up to the age of 13, how often did you and your twin share the same room?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. When you were children, up to the age of 13, how often did you and your twin have the same playmates?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. When you were children, how often did you and your twin dress alike?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. When you were children, how often were you and your twin in the same class at school?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. As teenagers, how often would you and your twin have the same friends?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. As teenagers, how often did you and your twin go around with the same group?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. As teenagers, how often would your twin go out with you if you went to the movies or a dance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Religion and Spirituality

2. Please fill in the oval for the answer that best describes your beliefs and behavior.

	Definitely true of me	Tends to be true of me	Tends NOT to be true of me	Definitely NOT true of me
a. I ask God to help me make important decisions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. I know I can count on people from my church when I need help.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Definitely true of me	Tends to be true of me	Tends NOT to be true of me	Definitely NOT true of me
c. I feel that without God, there would be no purpose in life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Spiritual experiences are important to me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Being with other people who share my religious views is important to me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. I believe drinking alcohol is a sin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. My friends and I often talk about religious matters.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. My faith in God helps me through hard times.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. I feel like I can always count on God.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. I try to live how God wants me to live.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. I believe smoking marijuana is a sin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. I consider myself to be a very spiritual person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. My faith in God shapes how I think and act every day.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. I help others with their religious questions and struggles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Every day I see evidence that God is active in the world.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. I seek out opportunities to help me grow spiritually.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Most of my best friends are religious.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. I take time for periods of private prayer or meditation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. I believe that smoking cigarettes is a sin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. I like to worship and pray with others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u. I believe in God.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. I go to Sunday school often.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Definitely true of me	Tends to be true of me	Tends NOT to be true of me	Definitely NOT true of me	
w. Most of my best friends go to church.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
x. I often attend church activities such as Bible study and choir practice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Please fill in the oval which indicates how you feel.					
	Strongly agree	Agree	Not sure	Strongly disagree	Disagree
a. I know that God loves me just as I am.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. I believe that God often responds to the individual prayers of men and women.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. It is alright to get back at someone who hurts or offends you.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. I feel thankful for what I have received in life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. I believe that if I do a lot of wrong things, God will stop loving me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. I try to live by the saying, "Love thy neighbor as thyself."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. I believe that God frequently alters the course of human events.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. I can forgive even if someone hurts me on purpose.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. The only person I have to thank for what I have received in life is me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. No matter what I do, I know that God will always love me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. If people are not kind to me, I am not going to be kind to them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. When someone hurts me, I want to get whatever revenge I can.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. I believe that God is very interested in the day-to-day lives of men and women.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. I try to care for other people even if I don't really like them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. I believe God has a lot of rules about how people should live their lives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. I believe that you have to care about people regardless of how they treat you.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. I feel grateful nearly every day.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. I feel surrounded by God's love every day.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Even when it is difficult, I try to forgive people who have hurt or offended me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. I believe that God can be counted on to reward goodness and punish evil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Strongly agree	Agree	Not sure	Strongly disagree	Disagree
u. People tell me that I am not grateful enough for what I have in life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. When someone hurts or offends me, I can only get over it when I have figured out how to get my revenge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w. I believe God is very strict.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x. When I look at the world, I don't see much to be grateful for.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
y. I believe God will punish me if I do something wrong.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
z. I try to be forgiving toward other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aa. I feel deep love for the world and all the creatures in it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ab. I can find much in my life to be thankful for.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Importance of Religion in Your Life

Please fill in the oval that best describes your religious or spiritual beliefs and practices.

- In general, how important are your religious or spiritual beliefs in your daily life?
 - Very important
 - Somewhat important
 - Not very important
 - Not at all important
- How often in the last year did you attend religious services?
 - More than once a week
 - Once a week
 - A few times a month
 - Once a month
 - Less than once a month
 - Never
- To what extent are you conscious of some religious goal or purpose in life which serves to give you direction?
 - Very much
 - Somewhat
 - A little bit
 - Not at all
- When you have problems or difficulties in your family, work, or personal life, how often do you seek spiritual comfort?
 - Almost always
 - Sometimes
 - Rarely
 - Never



8. How satisfied are you with your spiritual life?
- Very satisfied
 - Somewhat satisfied
 - Neutral
 - Somewhat dissatisfied
 - Very dissatisfied
9. Do you believe in God or in a universal spirit?
- Yes No Don't know
10. Do you believe that this God or universal spirit observes your actions and rewards or punishes you for them?
- Yes No Don't know

11. Have you been "born again", that is, had a turning point in your life when you committed yourself to Jesus Christ?
- Yes No No - I'm not a Christian
12. Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: "The Bible is the actual word of God and is to be taken literally, word for word."
- Agree Disagree

13. The following items deal with possible spiritual experiences. How often do you experience the following:
- | | Many times a day | Every day | Most days | Some days | Once in a while | Never or almost never |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. I feel God's presence. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. I find strength and comfort in my religion. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. I feel deep inner peace or harmony. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. I feel God's love for me, directly or through others. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. I am spiritually touched by the beauty of creation. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Other than at mealtime, I pray to God privately. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Think about how you try to understand and deal with major problems in your life. To what extent is each involved in the way you cope?
- | | A great deal | Quite a bit | Some-what | Not at all |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. I think about how my life is part of a larger spiritual force. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. I work together with God as partners to get through hard times. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. I express anger at God for letting terrible things happen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | A great deal | Quite a bit | Some-what | Not at all |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| d. I look to God for strength, support, and guidance in crises. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. I feel that stressful situations are God's way of punishing me for my sins or lack of spirituality. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. I try to find the lesson from God in crises. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. I try to make sense of the situation and decide what to do without relying on God. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. I confess my sins and ask for God's forgiveness. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. I wonder whether God has abandoned me. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. I question whether God really exists. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. To what extent is your religion involved in understanding or dealing with stressful situations in any way? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15. Please fill in the oval which best describes how you see your twin.

- | | Definitely true of him/her | Tends to be true of him/her | Tends NOT to be true of him/her | Definitely NOT true of him/her |
|--|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| a. My twin's faith in God helps him/her through hard times. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. My twin feels that he/she can always count on God. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. My twin's faith in God shapes how he/she thinks and acts every day. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Spiritual experiences are important to my twin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. My twin considers him/herself to be a very spiritual person. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. My twin seeks out opportunities to help him/her grow spiritually. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Eating, Shape and Weight

We would like to ask you some questions about your weight, shape, and eating .

16. How tall are you now? feet inches
17. How much do you weigh while wearing indoor clothing now?
 pounds
18. Not including pregnancy, what is the **most** you have weighed since age 18?
 pounds

7.1.3 Religiositätsfragebogen (Kendler, 2003) - übersetzt und adaptiert für diese Untersuchung

FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER RELIGIOSITÄT

Code :

Sie finden nun eine Reihe von Feststellungen, die sich auf allgemeine Aspekte Ihrer Religiosität beziehen. Geben Sie bitte zu jeder Feststellung an, wie oft diese für Sie zutrifft. Zu jeder Feststellung sind fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Durchkreuzen Sie bitte immer das Kästchen, das Ihrer Antwort entspricht. Am Ende des gesamten Fragebogens können Anmerkungen hinterlassen werden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft. Blättern Sie bitte um und bearbeiten Sie die Feststellungen der Reihe nach ohne längere Unterbrechung.

1)	Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
2)	Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
3)	In Krisen suche ich bei Gott Stärke, Unterstützung und Führung.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
4)	Ich bitte Gott bei wichtigen Entscheidungen um Hilfe.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
5)	Gott begleitet mich auch in harten Zeiten.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
6)	Wenn ich Hilfe brauche, weiß ich, dass ich auf die Menschen in meiner kirchlichen Gemeinde zählen kann.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
7)	Ich suche Gelegenheiten, um mich religiös zu entwickeln.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
8)	In Krisen versuche ich zu verstehen, was Gott mir damit sagen will.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
9)	Ich weiß, dass Gott mich so liebt wie ich bin.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
10)	Ich glaube, dass Gott das Gute belohnt und das Böse bestraft.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
11)	Ich bemühe mich zu vergeben, auch wenn mich jemand absichtlich verletzt.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
12)	Ich bin ein religiöser Mensch.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
13)	Ich liebe die Welt und alle ihre Geschöpfe.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
14)	Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf Gott verlassen kann.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
15)	Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
16)	Die Schönheit der Schöpfung berührt mich spirituell.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
17)	Ich glaube, dass Gott die Gebete der Menschen erhört.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

18) Ich versuche, dass jeder Tag von meinem Glauben an Gott geprägt wird.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
19) Ich fühle mich täglich von Gottes Liebe umgeben.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
20) Ich versuche so zu leben, wie Gott es will.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
21) Mein Glaube an Gott hilft mir in schweren Zeiten.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
22) Jeden Tag sehe ich Beweise, dass Gott in der Welt wirkt.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
23) Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
24) Ich glaube, dass das Rauchen von Zigaretten eine Sünde ist.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
25) Ich glaube, dass Gott eine genaue Vorstellung davon hat, wie Menschen leben sollten.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
26) Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne Gott keinen Sinn hat.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
27) Ich suche religiösen Trost, wenn ich Probleme in der Familie, Arbeit oder im Privatleben habe.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
28) Ich versuche mich um andere Menschen zu kümmern, auch wenn ich sie nicht wirklich mag.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
29) Ich glaube, dass Gott sehr streng ist.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
30) Ich glaube, dass das Trinken von Alkohol eine Sünde ist.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
31) Die Bibel ist das wahre Wort Gottes.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
32) Ich empfinde Gottes Liebe direkt oder durch andere.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
33) Ich glaube, dass Gott am alltäglichen Leben der Menschen interessiert ist.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
34) Wenn mich jemand verletzt, ist mir jede Form von Rache recht.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
35) Mir sind meine religiösen Überzeugungen für mein tägliches Leben wichtig.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
36) Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
37) Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

38) Meine Freunde und ich sprechen oft über religiöse Angelegenheiten.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
39) Ich fühle Gottes Anwesenheit.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
40) Der Großteil meiner besten Freunde geht in die Kirche.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
41) Ich glaube, dass das Rauchen von Marihuana eine Sünde ist.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
42) Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
43) Auch wenn es schwer fällt, versuche ich den Menschen zu vergeben, die mich verletzt und beleidigt haben.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
44) Ich nehme an Kirchenaktivitäten teil, wie zum Beispiel beim Gebetskreis und bei der Bibelrunde.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
45) Ich glaube an eine spirituelle Macht.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
46) Ich habe religiöse Ziele, die mir im Alltag Richtung geben.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
47) Ich glaube an Gott.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
48) Ich äußere meinen Zorn darüber, wenn Gott schreckliche Dinge zulässt.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
49) Ich überlege, inwiefern mein Leben ein Teil einer größeren spirituellen Kraft ist.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
50) Ich nehme mir Zeit für Gebete und religiöse Meditationen.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
51) Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
52) Ich bin zufrieden mit meinem spirituellen Leben.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
53) Meine besten Freunde sind größtenteils religiös.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
54) Wenn Menschen zu mir unfreundlich sind, bin auch ich unfreundlich zu ihnen.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
55) Ich besuche den Gottesdienst.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
56) Ich glaube, dass Gott mich bestraft, wenn ich etwas falsch gemacht habe.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
57) Gott bestraft mich mit Stress für meine Sünden oder meinen Mangel an Spiritualität.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

58) Ich bin beinahe jeden Tag dankbar.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
59) Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
60) Religiöse Erfahrungen sind wichtig für mich.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
61) Meine Religion hilft mir entscheidend beim Umgang mit Stresssituationen.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
62) Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
63) Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
64) Ich gehe zu religiösen Fortbildungsveranstaltungen.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
65) Ich versuche nach der Redewendung „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ zu leben.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
66) Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
67) Ich bin dankbar für das, was ich im Leben erreicht habe.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
68) Bei Entscheidungen vertraue ich mehr auf mich selbst, als mich auf Gott zu verlassen.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
69) Ich glaube, dass Gott oder eine universale Macht meine Handlungen überwacht und mich dann dafür belohnt oder bestraft.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
70) Ich versuche anderen Menschen zu vergeben.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
71) Ich glaube, dass man sich um andere Menschen sorgen muss, unabhängig davon, wie man von ihnen behandelt wird.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
72) Ich bekenne meine Sünden und bitte Gott um Vergebung.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
73) Ich fühle tiefen inneren Frieden und Harmonie.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
74) Ich mag es mit anderen am Gottesdienst teilzunehmen und zu beten.	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

Anmerkungen: _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

7.1.4 Berechnung der Normalverteilungsüberprüfungen

Variable Lebensqualität:

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	WHOQ OL- 100 Domäne 1: Physich	WHOQ OL-100 Domäne 2: Psychisch	WHOQ OL-100 Domäne 3: Unabhängigkeit	WHOQ OL-100 Domäne 4: Soziale Beziehungen	WHOQ OL- 100 Domäne 5: Umwelt	WHOQ OL-100 Domäne 6: Spiritualität	WHOQOL-100 Globalwert
N	36	36	35	35	35	35	36
Normal Parameters(a,b)	Mean 74,0934	72,0370	72,7232	77,3016	78,7085	74,8214	74,1898
	Std. Deviation 15,86864	14,71953	22,96816	12,39948	12,41637	20,42099	17,20325
Most Extreme Differences	,096	,145	,182	,128	,113	,155	,131
	Positive ,083	,115	,117	,128	,074	,125	,100
	Negative -,096	-,145	-,182	-,096	-,113	-,155	-,131
Kolmogorov-Smirnov Z	,574	,868	1,078	,755	,671	,914	,789
Asymp. Sig. (2-tailed)	,897	,438	,196	,619	,759	,373	,562

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Variable: Religiosität

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	AllgemeineReligiosität	SozialeReligiosität	Gottesbeziehung	VergebenLiebe	Gottesgericht	Rachelosigkeit	Dankbarkeit	Relgesamt
N	36	36	36	36	35	35	35	36
Normal Parameters(a,b)	Mean 2,7287	2,4286	3,1222	3,6778	2,4762	2,9857	3,6571	2,8447
	Std. Deviation 1,21769	1,07286	1,34910	,95890	1,31677	,96624	1,07629	1,02369
Most Extreme Differences	,135	,111	,121	,084	,155	,106	,196	,120
	Positive ,135	,111	,103	,084	,155	,097	,106	,120
	Negative -,078	-,092	-,121	-,083	-,131	-,106	-,196	-,089
Kolmogorov-Smirnov Z	,808	,667	,727	,504	,915	,627	1,162	,721
Asymp. Sig. (2-tailed)	,531	,766	,666	,961	,373	,827	,134	,676

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

7.1.5 Berechnung Schwierigkeitsindex und Schwierigkeitsanalyse

Auszug aus Syntax:

Schwierigkeitsanalyse der Items 1-74 (umgepolte Items)

FLIP

VARIABLES=MenschenSelbeAnsichtZusammen

HelfenBeiFragenGlaubenskaempfen

KriseGottStaerkeFuehrung

WichtigenEntscheidungenGottHilfe

GottBegleitetHartenZeiten

BeiHilfeGemeindeZaehlen

ReligioesEntwickeln

KrisenVerstehenWasGottSagenWill

GottLiebSoWielchBin

GottGuteBelohntBoeseBestraft

BemueheZuVergeben

BinReligioeserMensch

LiebeWeltUndGeschoepfe

GottVerlassenKann

r_UeberwindenWennRache

SchoenheitInspiriert

GottGebeteHoert

GlaubenAnGottGepraegt

GottesLiebeUmgeben

ZuLebenWieGottWill

GlaubeGottHilftSchwereZeiten

BeweiseGottWeltWirkt

r_WeltSeheNichtVielDankbar

RauchenSuende

GottVorstellungWieLeben

LebenOhneGottKeinenSinn

SucheReligioesenTrostBeiProbleme

KuemmernAuchWennNichtMag

GottSehrStreng

AlkoholSuende

BibelWortGottes

EmpfindeGottesLiebe

GottInteressiertAmAlltaeglichenLeben

r_VerletztRacheRecht

ReligioeseUeberzeugungWichtig

r_VielesFalschGottAufhoertLieben

r_VerletztInOrdnungRache

SprechenOftReligioeseAngelegenheiten

FuehleGottesAnwesenheit

GrossteilFreundeGehtKirche

RauchenMarihuanaSuende

r_SagtLebenNichtDankbar

VersucheVergebenWennBeleidigt

NehmeKirchenaktivitaetenTeil

GlaubeSpirituelleMacht

ReligioeseZiele

GlaubeAnGott

r_ZornWennGottSchrecklichesZulaesst

LebenTeilSpiritueLLerKraft

ZeitGebeteMeditation
 r_GottAbgewandt
 ZufriedenSpirituellenLeben
 FreundeReligioes
 r_UnfreundlicheWennUnfreundlich
 BesucheGottesdienst
 GottBestraftWennFalschMache
 BestrafungStressFuerSuenden
 BeinaheJedenTagDankbar
 StaerkeTroostInReligion
 ErfahrungWichtig
 ReligionHilftBeiStresssituationen
 r_LebenMirZuVerdanken
 r_GottExistiert
 GeheReligioeseFortbildungsveranstaltungen
 LiebeDeinenNaechsten
 BeteZuGottAlleine
 DankbarWasLebenErreicht
 EntscheidungenVertrauenSelbst
 HandlungenUeberwacht
 VersucheVergeben
 AndereMenschenSorgenMuss
 BekenneSuendenUmVergebung
 FriedenHarmonie
 GottesdienstTeilzunehmen.

Berechnen des Mittelwerts für jedes Item über alle Personen

```
COMPUTE item_mw = MEAN (var001 to var036).
EXECUTE .
```

Berechnen des Schwierigkeitsindex

```
COMPUTE p_index = (item_mw -1)/4 .
EXECUTE .
```

Selektion der Items die nicht dem gewünschten Range entsprechen und Auflistung im Output

```
if p_index > .19 and p_index < .81 sel_p = 1.
exe.
```

```
list case_lbl p_index sel_p/for num.
```

Ergebnis:

CASE_LBL	p_index	sel_p
1 MenschenSelbeAnsichtZusammen	,39	1,00
2 HelfenBeiFragenGlaubenskaempfen	,22	1,00
3 KriseGottStaerkeFuehrung	,33	1,00
4 WichtigenEntscheidungenGottHilfe	,36	1,00
5 GottBegleitetHartenZeiten	,49	1,00
6 BeiHilfeGemeindeZaehlen	,33	1,00
7 ReligioesEntwickeln	,25	1,00
8 KrisenVerstehenWasGottSagenWill	,37	1,00
9 GottLiebSoWieIchBin	,64	1,00
10 GottGuteBelohntBoeseBestraft	,37	1,00
11 BemueheZuVergeben	,63	1,00
12 BinReligioeserMensch	,44	1,00
13 LiebeWeltUndGeschoepfe	,72	1,00
14 GottVerlassenKann	,47	1,00
15 r_UeberwindenWennRache	,14	.
16 SchoenheitInspiriert	,51	1,00
17 GottGebeteHoert	,47	1,00
18 GlaubenAnGottGepraegt	,42	1,00
19 GottesLiebeUmgeben	,51	1,00
20 ZuLebenWieGottWill	,49	1,00
21 GlaubeGottHilftSchwereZeiten	,54	1,00
22 BeweiseGottWeltWirkt	,41	1,00
23 r_WeltSeheNichtVielDankbar	,41	1,00
24 RauchenSuende	,16	.
25 GottVorstellungWieLeben	,40	1,00
26 LebenOhneGottKeinenSinn	,51	1,00
27 SucheReligioesenTroostBeiProbleme	,41	1,00
28 KuemmernAuchWennNichtMag	,56	1,00
29 GottSehrStreng	,31	1,00
30 AlkoholSuende	,14	.
31 BibelWortGottes	,40	1,00
32 EmpfindeGottesLiebe	,50	1,00
33 GottInteressiertAmAlltaeglichenLeben	,51	1,00
34 r_VerletztRacheRecht	,09	.
35 ReligioeseUeberzeugungWichtig	,51	1,00
36 r_VielesFalschGottAufhoertLieben	,10	.
37 r_VerletztInOrdnungRache	,12	.
38 SprechenOftReligioeseAngelegenheiten	,32	1,00
39 FuehleGottesAnwesenheit	,48	1,00
40 GrossteilFreundeGehtKirche	,38	1,00
41 RauchenMarihuanaSuende	,23	1,00
42 r_SagtLebenNichtDankbar	,15	.
43 VersucheVergebenWennBeleidigt	,69	1,00
44 NehmeKirchenaktivitaetenTeil	,15	.
45 GlaubeSpirituelleMacht	,46	1,00
46 ReligioeseZiele	,44	1,00
47 GlaubeAnGott	,61	1,00
48 r_ZornWennGottSchrecklichesZulaesst	,26	1,00
49 LebenTeilSpirituelleKraft	,41	1,00
50 ZeitGebeteMeditation	,38	1,00

▼

CASE_LBL	p_index	sel_p
51 r_GottAbgewandt	,19	.
52 ZufriedenSpirituellenLeben	,66	1,00
53 FreundeReligioes	,48	1,00
54 r_UnfreundlicheWennUnfreundlich	,33	1,00
55 BesucheGottesdienst	,29	1,00
56 GottBestraftWennFalschMache	,18	.
57 BestrafungStressFuerSuenden	,13	.
58 BeinaheJedenTagDankbar	,58	1,00
59 StaerkeTroostInReligion	,47	1,00
60 ErfahrungWichtig	,46	1,00
61 ReligionHilftBeiStresssituationen	,37	1,00
62 r_LebenMirZuVerdanken	,59	1,00
63 r_GottExistiert	,36	1,00
64 GeheReligioeseFortbildungsveranstaltungen	,14	.
65 LiebeDeinenNaechsten	,64	1,00
66 BeteZuGottAlleine	,29	1,00
67 DankbarWasLebenErreicht	,74	1,00
68 EntscheidungenVertrauenSelbst	,72	1,00
69 HandlungenUeberwacht	,32	1,00
70 VersucheVergeben	,73	1,00
71 AndereMenschenSorgenMuss	,64	1,00
72 BekenneSuendenUmVergebeung	,39	1,00
73 FriedenHarmonie	,60	1,00
74 GottesdienstTeilzunehmen	,35	1,00

Number of cases read: 74 Number of cases listed: 74

7.1.6 Mittelwertsunterschiede Wichtigkeitsratings der WHOQOL- Wichtigkeitsfragen (Gesamtstichprobe)

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ImpG.1	35	2	5	4,37	,690
ImpG.2	35	3	5	4,57	,558
Imp1.1	35	3	5	4,63	,598
Imp2.1	35	3	5	4,63	,547
Imp3.1	35	3	5	4,57	,558
Imp4.1	35	3	5	4,60	,604
Imp4.2	35	4	5	4,74	,443
Imp4.3	35	2	5	4,51	,702
Imp5.1	35	2	5	4,06	,998
Imp5.2	35	1	5	4,06	,938
Imp5.3	35	2	5	4,06	,906
Imp6.1	35	2	5	4,40	,775
Imp7.1	34	1	5	3,74	1,053
Imp8.2	34	4	5	4,56	,504
Imp9.1	34	3	5	4,65	,544
Imp10.1	33	4	5	4,79	,415
Imp11.1	34	1	5	3,74	1,310
Imp12.1	34	1	5	4,09	,996
Imp13.1	34	3	5	4,62	,652
Imp14.1	34	2	5	4,32	,912
Imp15.1	34	1	5	3,59	1,417
Imp16.1	34	2	5	4,15	,821
Imp17.1	34	2	5	4,47	,706
Imp18.1	34	3	5	4,15	,744
Imp19.1	34	2	5	4,50	,707
Imp19.2	33	1	5	4,30	,918
Imp20.1	34	2	5	4,18	,834
Imp20.2	35	1	5	3,91	1,040
Imp21.1	35	1	5	4,34	,906
Imp22.1	35	2	5	4,17	,822
Imp23.1	35	1	5	4,46	,919
Imp24.1	34	2	5	4,24	,699
ImpN1	33	2	5	4,52	,755
ImpN2	34	2	5	4,24	,955
Valid N (listwise)	31				