

PSYCHOMETRISCHE PRÜFUNG DES ESSENER FRAGEBOGENS ZUR KRANKHEITSVERARBEITUNG (EFK)

Melanie Jagla & Gabriele Helga Franke

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Rehabilitationspsychologie

GLIEDERUNG

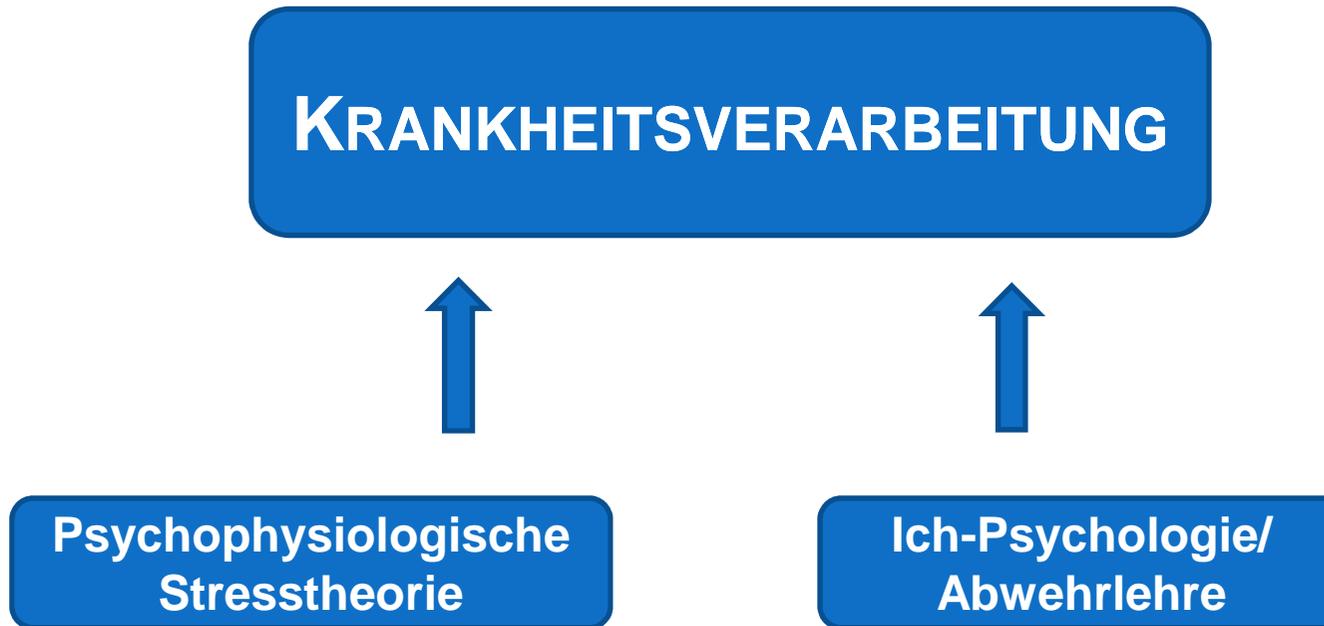
- **Hintergrund**
 - Was ist Krankheitsverarbeitung?
 - Theoretische Grundlagen der Krankheitsverarbeitung
 - Effektivität und Ziele der Krankheitsverarbeitung
 - Erfassung von Krankheitsverarbeitung
- **Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung**
 - Entwicklung des EFK
 - Stichproben
- **Ergebnisse**
- **Fazit**
- **Literatur**

WAS IST KRANKHEITSVERARBEITUNG?

„[...] all jene Versuche [...], die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit den internen und externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen.“ (Mayer & Filipp, 2002, S. 307)

„Krankheitsbewältigung ist eben alles, was Menschen angesichts einer Krankheit tun, denken und fühlen.“ (Salewski, 2004, S.146)

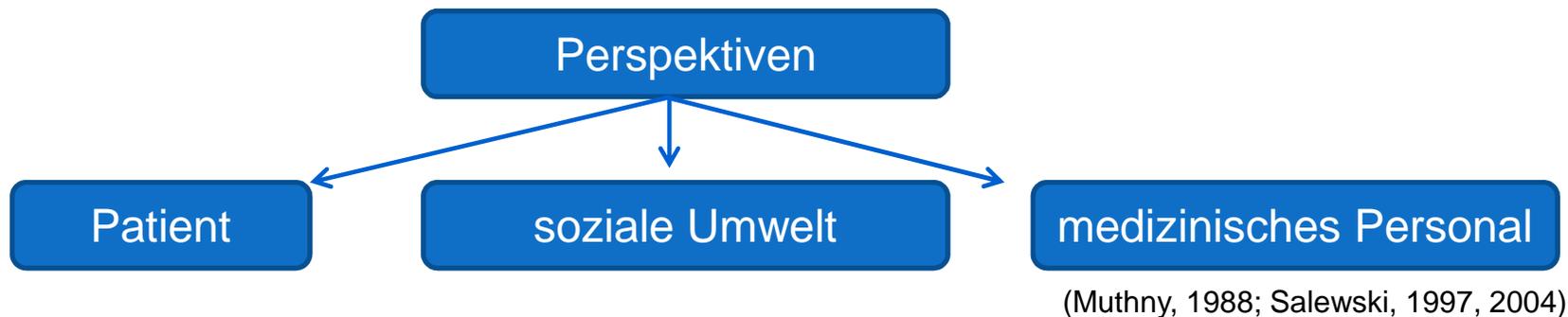
THEORETISCHE GRUNDLAGEN



Keine einheitliche Grundlagentheorie, sondern eher „theoretischer Pragmatismus“, der auf klinische Relevanz ausgerichtet ist. (Weis, 1998)

EFFEKTIVITÄT UND ZIELE DER KRANKHEITSVERARBEITUNG

Übergeordnetes Ziel: „die Krankheit als Ganzes überwinden“
(Heim, 1998, S. 489)



- Effektivität wird über die Kriterien Wohlbefinden, Gesundheit und Sozialverhalten „gemessen“ (Salewski, 1997, 2004)
- Wichtig: Erfassung der Bewältigungsmechanismen, um maladaptivem Coping vorzubeugen bzw. Ansätze für Interventionsstrategien zu finden (Heim, 1988, 1998)

ERFASSUNG VON KRANKHEITSVERARBEITUNG

- **Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung** (FKV; Muthny, 1989)
 - aktuelle und retrospektive Krankheitsverarbeitung
 - Selbstbeurteilung; Lang- und Kurzform (FKV-LIS)
 - keine Normierung, aber Verteilungskennwerte für verschiedene Patientengruppen
 - Unökonomisch, da bei FKV-LIS nur 23 der 35 genutzt werden
 - Umfassende Revision wurde vorgeschlagen (Hardt et al., 2003)
- **Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung** (TSK; Klauer & Filipp, 1993)
 - Selbstbeurteilung
 - 37 Items, 5 Skalen
 - Retrospektive Erfassung („In den letzten Wochen“)
 - Patienten werden nicht direkt angesprochen
- **Berner Bewältigungsformen** (BEFO; Heim et al., 1991)
 - Fremdbeurteilung durch Interview
 - 30 Dimensionen; Gliederung in handlungs-, kognitions- und emotionsbezogene Bewältigungsformen
 - Keine Normdaten

ENTWICKLUNG DES EFK

- erster Entwicklungsschritt: Sichtung und Prüfung verschiedener Coping-Verfahren
- Ergebnis:
 - Informationsgehalt wird vollständig genutzt, alle Items werden zur Skalenbildung herangezogen
 - Patienten direkt ansprechen, Items werden in „Ich-Form“ präsentiert
 - Vermeidung/ Reduktion von Selektions- und Erinnerungseffekte, Items werden in der zeitlichen Gegenwart, d.h. im Präsens dargeboten
- Formulierung der einzelnen Coping-Bereiche ist angelehnt an Konzepte, die sich testtheoretisch als stabil erwiesen haben; teilweise Neu- bzw. Umformulierung einiger Items

(Franke et al., 2000)

DER ESSENER FRAGEBOGEN ZUR KRANKHEITSVERARBEITUNG

Der EFK besteht aus 45 Items, die sich 9 Skalen zuordnen:

EFK 1: Handelndes, problemorientiertes Coping

EFK 2: Abstand und Selbstaufbau

EFK 3: Informationssuche und Erfahrungsaustausch

EFK 4: Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr

EFK 5: Depressive Verarbeitung

EFK 6: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe

EFK 7: Aktive Suche nach sozialer Einbindung

EFK 8: Vertrauen in die ärztliche Kunst

EFK 9: Erarbeiten eines inneren Haltes

- Psychometrische Prüfung an sehbeeinträchtigten Patienten: moderate bis gute Reliabilitätskoeffizienten und Hinweise zur Validität (Franke et al., 2000)

STICHPROBEN

Gruppe	N	Alter	Geschlecht
GESAMTSTICHPROBE	1656	47,5 (±15,4) Range 13-86	♂ 803 (48,5%) ♀ 853 (51,5%)
Chronisch nierenkranke Patienten	529	46,7 (±13,1) Range 15-76	♂ 298 (56,3%) ♀ 231 (43,7%)
Sehbeeinträchtigte Patienten	437	51,7 (±14,1) Range 13-86	♂ 181 (41,4%) ♀ 256 (58,6%)
Patienten mit verschiedenen Erkrankungen (Orthopädie, Gynäkologie, Innere Medizin, Dermatologie, Jugendliche mit Essstörungen)	690	45,3 (±17,2) Range 13-84	♂ 324 (47,0%) ♀ 366 (53,0%)

Psychodiagnostische Verfahren:

- **FKV** (Muthny, 1989) & **TSK** (Klauer & Filipp, 1993): Krankheitsverarbeitung
- **SF-36** (Bullinger & Kirchberger, 1998) & **MLDL** (Steinbüchel et al., 1999): Lebensqualität
- **BSI** (Franke, 2000): psychische Belastung
- **F-SOZU-K22** (Sommer & Fydrich, 1989): Fragebogen zur sozialen Unterstützung

SKALENANALYSE

Skala	M	SD	K-S-Z Signifikanz
Handelndes, problemorientiertes Coping	2,25	0,87	2,541 $p \leq 0,0001$
Abstand und Selbstaufbau	1,97	0,77	2,817 $p \leq 0,0001$
Informationssuche und Erfahrungsaustausch	1,44	0,92	3,600 $p \leq 0,0001$
Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr	1,23	0,71	3,386 $p \leq 0,0001$
Depressive Verarbeitung	0,73	0,70	6,380 $p \leq 0,0001$
Bereitschaft zur Annahme von Hilfe	1,51	0,75	2,878 $p \leq 0,0001$
Aktive Suche nach sozialer Einbindung	1,93	0,89	2,315 $p \leq 0,0001$
Vertrauen in die ärztliche Kunst	2,48	0,79	4,637 $p \leq 0,0001$
Erarbeiten eines inneren Haltes	1,31	0,81	4,359 $p \leq 0,0001$

RELIABILITÄT & SKALENFIT

Skala	Cronbach's Alpha	Skalenfit
Handelndes, problemorientiertes Coping	.80	100%
Abstand und Selbstaufbau	.63	82,5%
Informationssuche und Erfahrungsaustausch	.79	100%
Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr	.51	92,5%
Depressive Verarbeitung	.73	100%
Bereitschaft zur Annahme von Hilfe	.64	85%
Aktive Suche nach sozialer Einbindung	.80	100%
Vertrauen in die ärztliche Kunst	.64	90%
Erarbeiten eines inneren Haltes	.65	90%

Skalenfit = prozentualer Anteil, mit dem ein Item höher mit eigener Skala als mit anderen Skalen korreliert

100% = optimal; Werte unter 90% = ungenügend

VALIDITÄT

○ Interkorrelation der Skalen

- Starker Zusammenhang zwischen EFK1 & EFK2
- Sonst sehr schwache bis mittlere Zusammenhänge



Skalen sind nicht voneinander unabhängig

○ Konstruktvalidität

- Geprüft über Item-Skalen-Korrelation
- Für alle Skalen zeigen sich die höchsten Zusammenhänge zwischen den Skalen und den ihnen zugeordneten Items



Konstruktvalidität gegeben

VALIDITÄT

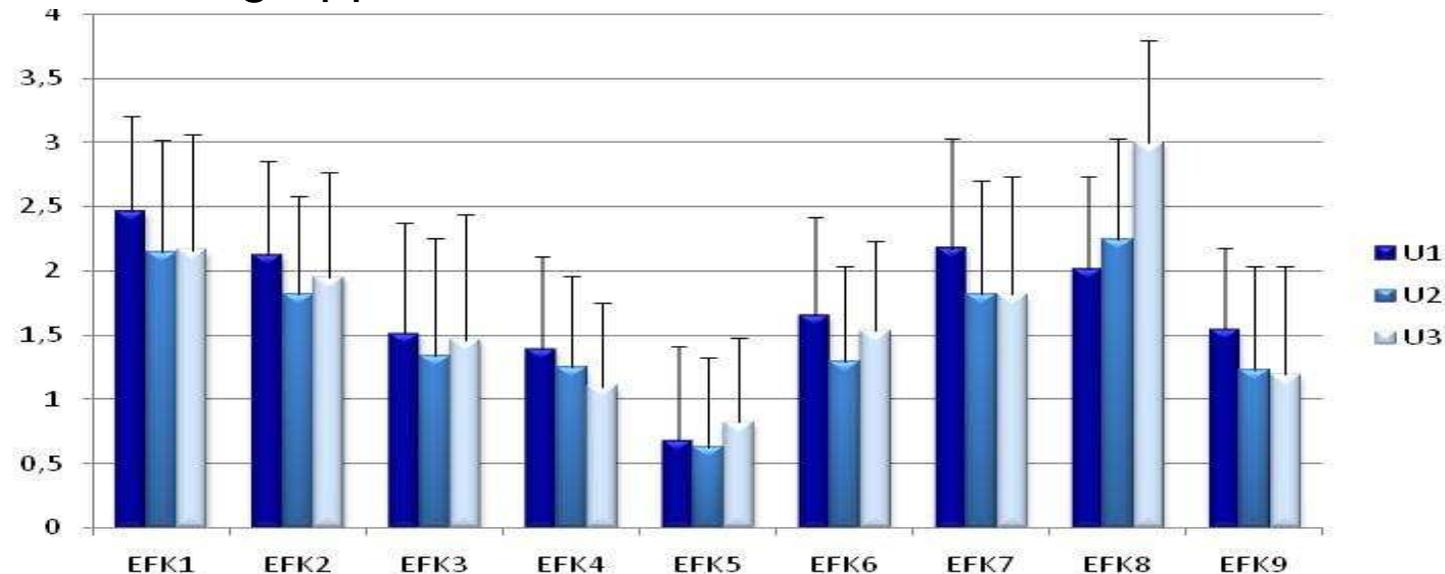
Kriteriumsvalidität

- **Zusammenhang mit Krankheitsverarbeitung**
(TSK bei n=392 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen und FKV-LIS bei n=210 Patienten mit Sehbeeinträchtigungen)
 - höhere Zusammenhänge über .60 zwischen inhaltlich verwandten Skalen
- **Zusammenhang mit Lebensqualität**
(SF-36 bei n=392 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen und MLDL bei n=529 Patienten mit chronischer Nierenerkrankung)
 - Mittlere Zusammenhänge zwischen EFK-Skalen und Skalen, welche psychische Komponenten der Lebensqualität erfassen
- **Zusammenhang mit psychischer Belastung**
(SCL-90-R/ BSI bei n=392 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen, n=529 Patienten mit chronischer Nierenerkrankung und n=118 HIV-Patienten)
 - Mittlere bis starke Korrelationen zwischen EFK5 und allen BSI-Skalen; schwache Korrelationen wurden sonst nie überschritten
- **Zusammenhang mit Sozialer Unterstützung**
(F-SozU bei n=210 Patienten mit Sehbeeinträchtigungen und n=529 Patienten mit chronischer Nierenerkrankung)
 - mittlere Korrelationen zwischen F-SozU-Gesamtwert und EFK7 sowie EFK1 bei nephrologischen Patienten
 - Nur schwachen Korrelationen zwischen F-SozU-Gesamtwert und EFK-Skalen bei ophthalmologischen Patienten

VALIDITÄT

Diskriminante Validität

- Alter und Geschlecht
 - statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Skalen „Depressive Verarbeitung“ und „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“
 - Frauen wenden statistisch signifikant häufiger die Strategie „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ an
- Patientengruppen



VALIDITÄT

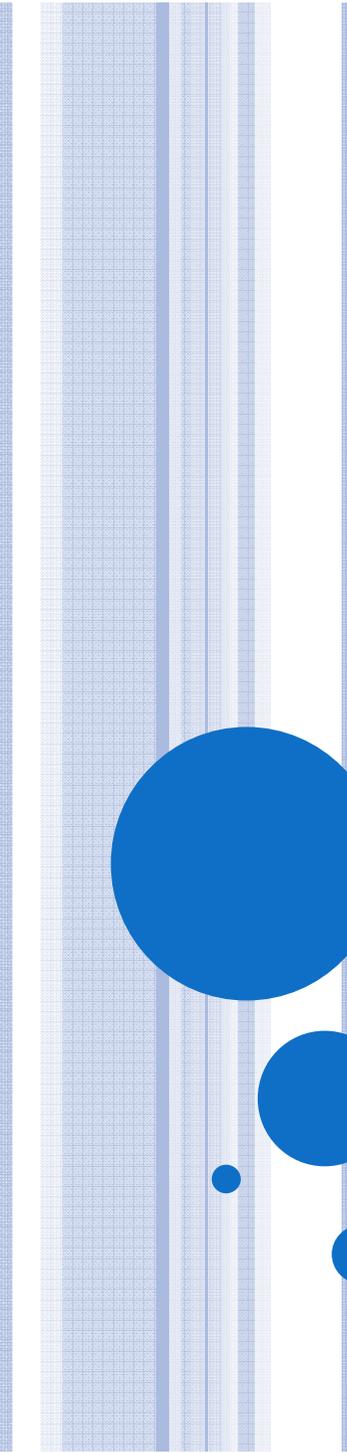
Faktorielle Validität

- Kann auf Itemebene bestätigt werden, da Skalenfit meist ausreichend
- Explorative Faktorenanalyse über alle Items
 - 10 Faktoren mit einem Eigenwert größer eins, die insgesamt 53% der Varianz aufklären
 - Screeplot legt Vier-Faktoren-Lösung nahe
 - Die Neun-Faktoren-Lösung ist nicht replizierbar!

FAZIT

- **Reliabilität:**
 - akzeptable bis gute Koeffizienten für die neun Skalen
- **Validität:**
 - Konstrukt- und faktorielle Validität durch Item-Skalen-Korrelationen bestätigt; faktorenanalytisch konnten die Skalen nicht repliziert werden
 - Divergente und konvergente Validität durch Korrelationen mit standardisierten Verfahren bestätigt
 - Differentielle Validität durch Vergleich verschiedener Patientengruppen nachgewiesen

Der EFK ist ein ökonomisches Verfahren zur krankheitübergreifenden Erfassung von Copingstrategien, dessen psychometrische Kennwerte seinen Einsatz in Klinik und Forschung rechtfertigen.



**VIELEN DANK FÜR
IHRE
AUFMERKSAMKEIT**

**Kontakt:
mellyjagla@hotmail.com**

LITERATUR

- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version*. Manual. Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H., Mähner, N., Reimer, J., Spangemacher, B. & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 166-172.
- Hardt, J., Petrak, F., Egle, U.T., Kappis, B., Schulz, G. & Küstner, E. (2003). Was misst der FKV? Eine Überprüfung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 41-50.
- Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität; Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 38, 8-18.
- Heim, E. (1998). Coping – Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48, 321-337.
- Heim, E., Augustiny, K., Blaser A. & Schaffner, L. (1991). *Berner Bewältigungsformen BEFO*. Bern: Huber.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayer, A.-K. & Filipp, S.-H. (2002) Krankheitsbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 307-310). Göttingen: Hogrefe.
- Muthny, F.A. (1988). Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal – Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 319-333.
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Manual*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Salewski, C. (1997). Formen der Krankheitsbewältigung. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsgs.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 42-57). Weinheim: Beltz.
- Salewski, C. (2004). Krankheitsbewältigung: Eine Standortbestimmung. In F. Petermann & I. Ehlebracht-König (Hrsg.), *Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung* (S. 137-154). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Sommer, G. Fydrich, T. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.
- Steinbüchel, N.v., Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1999). Die Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL): Entwicklung und Prüfung eines Verfahrens zur krankheitsübergreifenden Erfassung von Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, Recherche*, 99-112.