universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Aktivität im Alter

Auswirkungen sozial-therapeutischen Gärtnerns auf persönliche Ressourcen von Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung unter Versorgungsbedingungen“

Verfasserin

Victoria Staus

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im März 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 298
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Psychologie
Betreuer:	ao.Univ.-Prof.Dr. Germain Weber

Alte Menschen sind ja nicht alle gleich, wahrscheinlich sind sie das sogar noch weniger als irgendeine andere Altersgruppe: denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht. Eines unserer augenblicklichen sozialen Probleme ist, daß die Gesellschaft sich weigert, das zu verstehen, und alle alten Leute als „gleich“ behandelt.

(Pincus, 1992, S.56 F)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei jenen Personen herzlich bedanken, die bei der Durchführung meiner Diplomarbeit geholfen und mich unterstützt haben.

Ich danke meinem Betreuer, Herrn ao.Univ.-Prof. Dr. Germain Weber für die Möglichkeit dieses Thema zu bearbeiten und seinen Studienassistentinnen Susanne Stickel und Simone Engländer für die viele Geduld und Hilfestellungen bei der Betreuung dieser Arbeit.

Des Weiteren bedanke ich mich beim Pflegepersonal und den Praktikantinnen und Praktikanten des Kolping Hauses *Gemeinsam Leben* Wien Leopoldstadt, die die Durchführung der Garten,- und Kreativgruppe unterstützt haben. Besonders möchte ich den Bewohnerinnen und Bewohnern des Hauses, die an der Studie teilgenommen haben, danke sagen, denn ohne sie wäre die Durchführung der Studie nicht möglich gewesen.

Vielen Dank an die Kunsttherapeutin Daniela Samwald, die nicht nur durch die Leitung der Kreativgruppe, sondern auch durch die unzähligen Gespräche maßgeblich zur Entstehung dieser Studie beigetragen hat.

Ein besonderer Dank gilt meiner Mutter, Dr. Elisabeth Staus-Rausch, die meinen persönlichen und beruflichen Werdegang immer bedingungslos unterstützt hat.

Zum Schluss möchte ich einem besonderen Menschen meine Dankbarkeit aussprechen, meinem Partner, Michael Mühlegger, der mich jeden Tag, bei Höhen und Tiefen motiviert meine Ziele zu erreichen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung....3

I. THEORETISCHER TEIL....4

1 THEORETISCHER HINTERGRUND....4

1.1 Gesellschaftlicher Wandel....4

1.2 Pflege....5

1.3 Green Care....5

1.3.1 Gartentherapie....6

1.3.2 Sozial-therapeutisches Gärtnern....8

1.4 Theorien der Mensch-Natur-Beziehung....8

1.4.1 Attention Restoration Theory....8

1.4.2 Biophilia Hypothese....9

1.5 Forschungsergebnisse zur Mensch-Natur-Interaktion....10

1.6 Aktivität im Alter....12

1.7 Subjektives Wohlbefinden im Alter....13

1.7.1 Modelle zum erfolgreichen Altern....14

1.7.2 Zusammenfassende Betrachtung....16

1.8 Emotionale und motivationale Ressourcen im Alter....18

1.8.1 Lebenszufriedenheit....18

1.8.2 Selbstwert....19

1.8.3 Selbstwirksamkeit....19

1.9 Depressivität im Alter....21

1.10 Zusammenfassung der Forschungsrelevanz....22

II EMPIRISCHER TEIL....24

2 UNTERSUCHUNG....24

2.1 Ausgangslage und Ziel des Projekts....24

2.2 Planung der Untersuchung....26

2.2.1 Untersuchungsdesign 26

3 FRAGESTELLUNGEN 30

3.1 Operationalisierung der Fragestellungen 30

4 ERHEBUNGSINSTRUMENTE 32

4.1 Mini Mental Status Test 32

4.2 Geriatrische Depressionsskala 33

4.3 SatisfactionWith Life Scale 33

4.4 Rosenberg Self-Esteem Scale 33

4.5 Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 34

4.6 Erhebung zusätzlicher Information 34

4.6.1 Soziodemographische Daten 34

4.6.2 Fragen zu Erfahrungen und Erwartungen 35

4.6.3 Feedbackbogen 35

4.7 Stichprobenbeschreibung 35

4.7.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer 36

4.8 Durchführung der Datenerhebung 37

5 STATISTISCHE AUSWERTUNGSVERFAHREN 38

5.1 Handhabung fehlender Werte 41

6 ANALYSE DER MESSINSTRUMENTE 42

6.1 Reliabilität der Geriatrischen Depressionsskala 42

6.2 Reliabilität der Satisfaction with Live Scale 42

6.3 Reliabilität der Rosenberg Self-Esteem Scale 42

6.4 Reliabilität der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit 43

7 ERGEBNISSE 44

7.1 Soziodemographische Daten 44

7.1.1 Geschlecht 44

7.1.2 Alter 45

7.1.3 Bildung und Beruf 46
7.1.4 Heimaufenthaltsdauer 47
7.1.5 Gesundheitszustand 48
7.1.6 Mobilität 49
7.1.7 Besachwalterung 50
7.1.8 Familienstand 50
7.1.9 Mini Mental Status Test 51
7.1.10 Aktivität 52
7.1.11 Naturerfahrung/ Kunsterfahrung 53
7.1.12 Erwartungen an die Gruppen 54
7.1.13 Anwesenheit in den Gruppen 55
7.2 Ergebnisse zu den Hypothesen 56
7.2.1 zu Fragestellung 1 58
7.2.2 zu Fragestellung 2 62
7.2.3 zu Fragestellung 3 65
7.2.4 zu Fragestellung 4 67
7.3 Ergebnisse zum Feedback 68
7.4 Ergebnisse zu den Zusammenhängen der erhobenen Dimensionen 69
7.5 Zusammenfassung der Ergebnisse 70
8 DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE 74
8.1 Grenzen und Kritik der Studie 79
8.2 Konklusion und Ausblick 80
9 LITERATURVERZEICHNIS 81
10 ZUSAMMENFASSUNG 90
11 ABSTRACT 91
12 ANHANG 92
12.1 Testinventar 93

12.2 Testinventar Zeitpunkt 2 105

12.3 Gartengruppe- Dokumentation..... 115

12.4 Einwilligungserklärung 123

12.5 Tabellenverzeichnis..... 124

12.6 Abbildungsverzeichnis 124

12.7 Lebenslauf 126

12.8 Originalitätserklärung 127

Einleitung

Ein wichtiges Thema stellt der zukünftige Umgang mit älteren Menschen dar. Aufgrund der höher werdenden Lebenserwartung mit in etwa gleichbleibendem Pensionierungsalter verbringen die Menschen zukünftig eine längere Periode im Ruhestand. Die Pensionierung stellt ein kritisches Erlebnis dar, welche die gewohnte Lebensstruktureiner Person von Grund auf verändert (Stitzel, 1985). Im Vergleich zur Schulpflicht oder der Erwerbstätigkeit gibt es bis heute keine zielgruppenspezifischen Pläne, die die Aufrechterhaltung von Aktivität aus dem mittleren Erwachsenenalter. Im Rahmen der Aktivitätstheorie definiert Havighurst (1961) diese Aufrechterhaltung der Aktivität aus dem mittleren Erwachsenenalter als essentiell für erfolgreiches Altern.

Die Übersiedlung in eine Langzeitpflege-Einrichtung stellt ebenfalls ein kritisches Ereignis dar, da das selbstständige Wohnen nicht mehr möglich ist und es dadurch zu Kompetenzeinschränkungen kommt, die den Selbstwert und andere wichtige Ressourcen gefährden können (Lehr, 2007). Die institutionellen Aktivitäten stellen für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner häufig die einzige Möglichkeit für Aktivität dar (Miklautz & Jenull-Schiefer, 2005). Die Generation der Hochaltrigen darf jedoch nicht als homogene Gruppe gesehen werden (Pincus, 1992). Daher ist der Einsatz und die Schaffung personenspezifischen, verantwortungsvollen Aufgaben und Aktivitäten in Langzeitpflege- Einrichtungen zu fördern.

Auch depressive Störungen sind unter Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern weit verbreitet, nach Zimber, Schaufele und Weyerer (1998) sind etwa 50% der Bewohnerinnen und Bewohner als depressiv einzustufen, bei Richter, Lowens und Liekenbrock (2000) sind es sogar 70%. Diese Problematik ist mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Daher wäre es wichtig, Möglichkeiten zu finden, die ohne die Krankenkassen zu belasten, die gewünschten Verbesserungen schaffen können.

Im Rahmen dieser Studie wird untersucht, ob sozial-therapeutisches Gärtnern eine Alternative ist, um die Depressivität zu senken und die personalen Ressourcen, Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit zu fördern.

I. THEORETISCHER TEIL

1 THEORETISCHER HINTERGRUND

Bevor ausgewählte Theorien und Modelle zum Thema Mensch-Natur-Interaktion und Altern beschrieben werden, welche für das sozial-therapeutische Gärtnern im Alter und somit für diese Diplomarbeitsstudie von Bedeutung sind, wird kurz auf den gesellschaftlichen Wandel, Pflege und Aktivität im Alter eingegangen. Des Weiteren sollen die Begriffe Green Care, Gartentherapie und sozial-therapeutisches Gärtnern definiert werden, welche im theoretischen Hintergrund der Studie eine Rolle spielen.

1.1 Gesellschaftlicher Wandel

Laut Bundesministerium für Gesundheit (2012) ist eine Veränderung der Altersstruktur, durch die zunehmende Lebenserwartung und die niedrig bleibende Geburtenrate, zu erwarten. Die Gruppe der „alten" Menschen stellt eine sehr heterogene Gruppe dar, wer als alt zu bezeichnen ist, ist sehr variabel, es kommt auf den Standpunkt an: Wie Kolland (2015) berichtet, gilt man am Arbeitsmarkt bereits ab dem Alter von 40 als alt. Das Bundesgesetz über die Förderung von Anliegen der älteren Generation (1998) definiert die Gruppe der Seniorinnen und Senioren als Personen, „die ein bestimmtes Alter erreicht haben; dieses ist bei Frauen die Vollendung des 55. Lebensjahres und bei Männern die Vollendung des 60. Lebensjahres" (§ 2). Diese Definition findet in der Bevölkerung „50+" sehr wahrscheinlich nicht besonders viel Anklang, da sich wahrscheinlich nur die Wenigsten mit 55 Jahren als alt einschätzen würden, besonders wenn man bedenkt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung laut Statistik Austria (2014) bei Männern 78,5 Jahre und bei Frauen 83,6 Jahre beträgt. Derzeit sind 18% der Bevölkerung über 64 Jahre alt, nach Schätzungen des Bundesministerium für Gesundheit (2012) soll sich bis 2030 die Anzahl der über 64-Jährigen auf 24% erhöhen.

Welche Eigenschaft häufig mit dem Alter assoziiert wird, ist *Frailty*, die Gebrechlichkeit, die zum Beispiel Defizite im Bereich der Mobilität oder der optischen oder akustischen Wahrnehmung beinhaltet (Kolland, 2015). Durch die allgemein zunehmende Lebenserwartung, die in die Jahre kommenden „Baby-Boomer" und den

erhöhten Pflegebedarf, den das höhere Alter mit sich bringt stehen wir vor gesellschaftlichen Veränderungen, welche auch die Wohnsituation und die damit in Zusammenhang stehende Pflege nicht ausschließt. Allerdings sollte nicht vergessen werden, dass die Generation Baby-Boomer nicht nur als zukünftige Belastung gesehen werden soll, sondern, da sie heute durch die Erwerbstätigkeit, Betreuung von Pflege von Eltern, Kindern und Enkelkindern sowie durch die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten eine wichtige Stütze für die Gesellschaft darstellen (Kolland, 2015).

1.2 Pflege

Ein Großteil der Pflege (75 bis 80%) wird zu Hause von Frauen erbracht, aber die höhere Erwerbsbeteiligung dieser und sich verändernde Familien-, und Wohnsituationen (Zunahme der Single-Haushalte) führen zu einer höheren Nachfrage an professioneller Pflege (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen, 2011). Arten formeller und informeller Pflege sind mannigfaltig, es gibt unter anderem die 24-Stunden-Betreuung zu Hause, mobile Pflege, Tagesbetreuung, Übergangspflege oder die Langzeitpflege.

> In den letzten Jahren hat sich die Nachfrage […] in Richtung Pflege und intensivere Betreuung verschoben. Bedingt […] durch die Zunahme von Patientinnen und Patienten mit dementiellen Erkrankungen und anderen pflegeintensiven Beeinträchtigungen im Alter, wird der Bedarf an Pflegeplätzen immer größer(Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 111).

1.3 Green Care

> Green Care ist ein Sammelbegriff, der eine Vielzahl einzelner Maßnahmen unter sich vereint. Diese Maßnahmen verfolgen individuelle Ziele, richten sich an unterschiedliche Zielgruppen und beinhalten ihre eigenen Methoden. Dennoch sind sie miteinander verwandt oder zumindest nachbarschaftlich Verbunden, da sie entscheidende Kriterien miteinander teilen (Haubenhofer et al., 2013, S. 33).

Green Care Maßnahmen beinhalten Elemente der Natur, wie Pflanzen, Tiere oder die Landschaft an sich, sie haben alle dasselbe Motiv: den Erhalt oder die Förderung physischer oder psychischer Gesundheit, die Verbesserung sozialer Bedingungen oder

pädagogischer Entwicklung. Green Care Initiativen haben ein strukturiertes Programm, mit Zielsetzung, Dokumentation und Evaluation. Die Maßnahmen werden individuell auf die Bedürfnisse der Person zugeschnitten (Haubenhofer et al., 2013). Sempik (2010) zufolge liegt das therapeutische Potenzial von Green Care in den Aktivitäten, der Einstellung und der sozialen Umgebung. Nicht jeder Kontakt mit der Natur ist automatisch als Green Care Maßnahme anzusehen, ausschlaggebendes Kriterium ist zumindest die Erhaltung, wenn nicht sogar die Förderung des derzeitigen Zustandes. Green Care soll kein Ersatz für andere Therapieformen oder der Schulmedizin sein, sondern eine sinnvolle Ergänzung dazu (Haubenhofer et al., 2013).

Zu Green Care Disziplinen zählen unter anderem die Bauernhofpädagogik, Tiergestützte Therapie, Care Farming, City Farming oder heilende Gärten. Ein weiteres Beispiel ist die Gartentherapie, auf die im nächsten Unterkapitel genauer eingegangen wird.

1.3.1 Gartentherapie

"Horticultural therapy is the use of plants by a trained professional as a medium through which certain clinically defined goals may be met" (Growth Point, 1999, S. 4, zitiert nach Sempik, Hine, & Wilcox, 2010, S. 40). Gartentherapie ist eine der ersten strukturierten Ansätze, die Natur zu therapeutischen Zwecken einzusetzen, dabei kann sie als eine besondere Form der Beschäftigungstherapie angesehen werden, bei der Pflanzen und Gartenbau als Hauptaktivität eingesetzt werden (Sempik, 2010). Ziel der Gartentherapie nach Niepel (2010) ist, wie bei allen Green Care Maßnahmen, Erhaltung und Förderung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und der Lebensqualität. Geglückte Ernte, Aussaat oder erfolgreiches Gedeihen der Pflanzen sind als Nebeneffekte anzusehen, aber nicht als Ziel der Gartentherapie. Natürlich sind diese Erfolge wichtige Mittel zum Zweck, aber die Zielsetzung selbst ist therapeutisch, sozial oder pädagogisch, je nach individueller Anwendung (Haller & Kramer, 2006).

Häufig wird im deutschen Sprachraumzusätzlich zur eigentlichen Gartentherapie auch das sozial-therapeutische Gärtnern und die pflanzengestützte Gesundheits- und Krankenpflege unter dem Überbegriff *Gartentherapie* zusammengefasst. (Schneiter-Ulmann, 2010)

1.3.1.1 Geschichte der Gartentherapie

Gartentherapie ist keine neue Entwicklung der letzten Jahre, sondern die Wurzeln reichen weit in der Zeit zurück. Im Folgenden sollen ausgewählte, Meilensteine in der Entwicklung der Gartentherapie genannt werden.

Galen von Pergamon beschrieb im Jahr 199 nach Christus, dass Arbeit die beste Medizin sei, die die Natur gegeben hat. Benjamin Rush, der als Vater der Gartentherapie angesehen wird, beschrieb 1812 die positive Wirkung von Gartenarbeit auf psychiatrische Patienten. Als wichtiger Schritt in der Entwicklung wird auch der Einsatz von Gartenarbeit in Form von Ergotherapie in Rehabilitationseinrichtungen für Veteranen in den USA angesehen. (Neuberger & Putz, 2010)

1.3.1.2 Österreichische Projekte mit Gartentherapie

In Österreich wird seit 2004 im Anton Proksch Institut das therapeutische und präventive Potential vom sogenannten *klinischen Gärtnern* bei alkoholabhängigen Frauen erforscht. Seit 2006 gibt es an der Donau Uni Krems eine Ausbildung zur oder zum akademischen Expertin oder Experten für Gartentherapie. Zu erfolgreichen Projekten, die in Wien mit Gartentherapie arbeiten, zählt die *Gartentherapie Werkstatt* an der Hochschule für Agrar-und Umweltpädagogik Hochschule sowie die Blumenhandlung *Unverblümt* des Vereins Leben ohne Krankenhaus. (Neuberger & Putz, 2010)

Im Rahmen der *Gartentherapie Werkstatt* werden jährlich von Mai bis Oktober Patientinnen und Patienten des Geriatriezentrum am Wienerwald an zwei Vormittagen zum Therapiegarten in die Agrar-und Umweltpädagogik Hochschule gebracht. Dort haben sie die Möglichkeit, sich gärtnerisch zu betätigen oder mehrere Stunden im Garten betreut zu verbringen. (Österreichische Gartenbau Gesellschaft, o. J.)

Das Unverblümt ist ein „Blumengeschäft, das als Arbeitsangebot für Menschen dient, die aufgrund von psychischen Problemen derzeit keine Möglichkeit haben, im ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen“ (Kelber, 2009, S.1).Ziel dieses Projektes ist das Miteinander etwas Sinnvolles tun und den Alltag zu strukturieren. Dabei bietet sich die Möglichkeit, sich persönlich und fachlich zu entwickeln und in seelischen Krisen

unterstützt zu werden. Zu den Tätigkeiten zählen unter anderem Schnittblumenpflege, Pflanzenpflege und Kundenbetreuung. (Kelber, 2009)

Auch internationale Kooperationen im Bereich der Gartentherapie sind in den letzten Jahren zustande gekommen: Das Projekt *Gartentherapie - Soziale Involvierung und Inklusion durch gartentherapeutische Maßnahmen und Aktivierung* der Europäischen Territorialen Kooperation (ETZ) wurde in Österreich und Tschechien von Februar 2012 bis August 2014 durchgeführt. (Wallner, o. J.)

1.3.2 Sozial-therapeutisches Gärtnern

"Therapeutic horticulture is the process by which individuals may develop well-being using plants and horticulture. This is achieved by active or passive involvement" (Growth Point, 1999, S. 4; zitiert nach Sempik et al., 2010, S. 40). Burchardt, Le Grand und Piachaud (2002) schreiben, dass soziales und therapeutisches Gärtnern viele der Eigenschaften von Erwerbstätigkeit beinhaltet, unter anderem ist es als eine sinnvolle Beschäftigung anzusehen. Auch das Erlernen von Fähigkeiten, physischer Aktivität, Routinen und Strukturen, sowie die Möglichkeit eine gewisse Art von Kontrolle auszuüben sind positive Effekte. Beim sozial-therapeutischen Gärtnern werden im Vorhinein keine individuell festgelegten Ziele verfolgt und eine Therapie im eigentlichen Sinne findet nicht statt. Soziales und therapeutisches Gärtnern ist auf den Prozess zur Steigerung des Wohlbefindens durch Gartenaktivität ausgelegt, bei dem sich gärtnerisch engagiert wird (Schneiter-Ulmann, 2010).

1.4 Theorien der Mensch-Natur-Beziehung

Im Folgenden werden zwei Theorien der Mensch-Natur-Interaktion vorgestellt. Diese Modelle sind deshalb von Interesse, da sie theoretische Grundlagen zur Untersuchung von Auswirkungen dessozial-therapeutischen Gärtnerns auf die Ressourcen im Alter bieten und das Zusammenwirken von Mensch und Natur verdeutlichen.

1.4.1 Attention Restoration Theory

Die Attention Restoration Theory wird im Zusammenhangmit Green Care, insbesondere der Gartentherapie, verwendet. Dabei liefert die Attention Restoration

Theory eine Analyse von Möglichkeiten zur Erholung von Müdigkeit (Kaplan, 1995). Kaplan und Kaplan (1989) untersuchten die Vorliebe für unterschiedliche Landschaftsbilder und entwickelten das Konzept einer „restaurativen Umwelt“ die in der Erholung von mentaler Müdigkeit eine wichtige Rolle spielt. Es kann zwischen willkürlicher, gerichteter Aufmerksamkeit und unwillkürlicher Aufmerksamkeit unterschieden werden (Kaplan & Kaplan, 1989). Mit Hilfe der willkürlichen, gerichteten Aufmerksamkeit ist es möglich zu fokussieren und irrelevante Stimuli auszublenden, doch das kostet Energie und führt zu mentaler Ermüdung (Kaplan & Kaplan, 1989).

In der Natur können sich Menschen regenerieren, da die Natur ihr Interesse weckt und weniger Energie in das Selektieren von Information investiert werden muss (Kaplan & Kaplan, 1989). Entscheidende Faktoren der Erholung in der Natur sind das Gefühl „weg zu sein“, die Faszination der Natur, eine reichhaltige Umwelt, die sich von der üblichen Umgebung abhebt und die Komptabilität der Person und der Umwelt (Kaplan, 1995).

1.4.2 Biophilia Hypothese

Die Biophilia Hypothese von Wilson (1984) besagt, dass Menschen eine instinktive Bindung an die Natur haben. Wilson beschreibt die Biophilie als:

> The innately emotional affiliation of human beings to other living organisms. Innate means hereditary and hence part of ultimate human nature. Biophilia, like other patterns of complex behaviour, is likely to be mediated by rules of prepared and counter-prepared learning – the tendency to learn or to resist learning certain responses as opposed to others. From the scant evidence concerning its nature, biophilia is not a single instinct but a complex of learning rules that can be teased apart and analysed individually. (Kellert & Wilson, 1993, S. 31)

Für Sempik et al. (2010)ist die Biophilia Hypothese eine der wichtigsten Theorien die hilft, die Motivation zu verstehen, wieso Menschen mit der Natur interagieren und im Falle von Green Care, wie Menschen von der Natur profitieren können. „Zusammengefasst ist jeder Naturkontakt für den Menschen ein Gewinn“ (Haubenhofer et al., 2013, S. 81).

1.5 Forschungsergebnisse zur Mensch-Natur-Interaktion

Den Glauben und das Wissen über die Wirkungen der Natur gibt es schon sehr lange, aber erst seit wenigen Jahrzehnten hat die Wissenschaft Interesse an der Erforschung der Natur-Mensch-Beziehung gefunden (Haubenhofer et al., 2013). Die Mensch-Natur- Interaktion definiert Relf (1992) als die breite Palette von menschlichen Reaktionen (kognitiv, physisch und sozial), die als Folge der aktiven und passiven Beschäftigung mit Pflanzen auftreten. Befunde aus mehreren Studien haben gezeigt, dass schon lediglich das Betrachten bestimmter Arten von Natur- und Gartenszenen nach wenigen Minuten Stress deutlichlindern kann (Ulrich, 2002). Kopf und Hummel (2013) zeigen auf, wie wichtig es ist, an die frische Luft zu kommen: da gebrechliche Menschen, besonders jene, die in Langzeitpflege-Einrichtungen leben, nur selten nach Draußen kommen und kaum dem Sonnenlicht ausgesetzt sind, ist die Entstehung einer Depression in dieser Population häufig mit einem Mangel an Sonnenlicht in Zusammenhang zu sehen.

In der Studie von Rodiek (2002) zeigt sich, dass der Cortisolwert, und damit das Stresserleben älterer Menschen, in der Natur signifikant niedriger war, als in den Räumlichkeiten der Einrichtung. Ulrich (1984) untersuchte 46 Patientinnen und Patienten nach einer Gallenblasenentfernung im Krankenhaus. Die Patientinnen und Patienten wurden zwei Gruppen zugewiesen, eine Gruppe hatten Zimmer mit Sicht auf Bäume, die andere Gruppe auf eine Mauer. Patientinnen und Patienten, die den Ausblick in die Natur hatten, wiesen kürzere Krankenhausaufenthalte auf, benötigten weniger Schmerzmedikamente und machten weniger negative Aussagen. Lewis (1994) zufolge kann die Pflege von Pflanzen als eine Kompensationsmöglichkeit für frühere Tätigkeiten, wie die Kindeserziehung oder die beruflichen Verpflichtungen fungieren. Gonzalez, Hartig, Patil, Martinsen und Kirkevold (2010) konnten zeigen, dass die Depressivitätswerte bei der Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmernach Beendigung eines 12-wöchigen Gartentherapieprogramms signifikant gesunken war. Chalquist (2009) zufolge zeigten 90% der Versuchspersonen nach einem Spaziergang in der Natur erhöhtes Selbstwertgefühl, während sich bei 44% der Versuchspersonen, die durch ein Einkaufszentrum spazierten ein reduziertes Selbstwertgefühl nachweisen ließ. Nach Keller et al. (2005) gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Wetter und der Stimmung, schönes Wetter mit höheren Temperaturen und hohem Luftdruck ging mit

besserer Laune sowie besserem Gedächtnis einher. Schwarz (1987) konnte zeigen, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit bei schönem Wetter besser eingeschätzt wurde, als bei schlechtem Wetter.

In einer japanischen Studie war das Ziel zu klären, ob es Unterschiede zwischen Gartentherapie in der Gruppe und im Einzelsetting gibt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppenintervention zeigten Verbesserungen in der Lebensqualität, emotionalen Intelligenz, allgemeinen Gesundheit und einen niedrigeren Cortisolspiegel, verglichen mit der Gruppe der individuellen Gartentherapie. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass Gruppeninterventionen in der Gartentherapie effektiver sind als im Einzelsetting. (Kotozaki, 2014)

Rappe (2005) beschäftigte sich in ihrer Dissertation mit einem Konzept der Nutzung der Natur in einer Langzeitpflegeeinrichtung. Ergebnisse der Studie legen nahe, dass sich bei älteren Menschen die Beschäftigung mit Pflanzen positiv auf das Wohlbefinden auswirken kann. Die Gartenbesuche hatten eine positive Wirkung auf die Stimmung fast aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Diese waren im Garten fröhlicher und aufmerksamer als drinnen. Bei mehr als der Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmerverbesserte der Besuch des Gartens die Schlafqualität und die Fähigkeit, sich zu konzentrieren. Im Sinne der Attention Restoration Theorie konnte Erholung und Ruhe bei den Probandinnen und Probanden festgestellt werden (Rappe, 2005).

Ebenso deuten die Resultate der Studie von Barnicle und Midden (2003) darauf hin, dass gartentherapeutische Aktivität eine positive Wirkung auf das psychologische Wohlbefinden älterer Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung hat. Dabei wurden die Effekte von gärtnerischen Innen-Aktivitäten auf das psychologische Wohlbefinden älterer Menschen in zwei Langzeitpflege-Einrichtungen über eine Zeitspanne von sieben Wochen untersucht. Die Bewohnerinnen und Bewohner der einen Institution nahmen an einem sieben-wöchigen Gartenprojekt teil, das eine Stunde pro Woche umfasste, während die Bewohnerinnen und Bewohner der anderen Gruppe als Kontrollgruppe dienten. In der Prä-Untersuchung unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander. Nach dem sieben-wöchigen Programm zeigte die Gartengruppe einen signifikanten Anstieg des Wohlbefindens, während in der Kontrollgruppe das psychologische Wohlbefinden leicht gesunken war. (Barnicle & Midden, 2003)

1.6 Aktivität im Alter

Aktivität spielt im fortgeschrittenen Alter (Jopp & Leipold, 2004) und bei kognitiven Einschränkungen (Johnson, Whitlatch, & Menne, 2014) eine wichtige Rolle. Engeln (2003) zufolge wird die Lebenszufriedenheit im Alter maßgeblich durch die Bedeutung der Freizeitaktivitäten bestimmt, je höher die persönliche Bedeutsamkeit, desto höher ist die Lebensqualität. Grom (2011) erklärt, dass Aktivität umso wertvoller erlebt wird, je mehr es sich um eine sinnvolle Tätigkeit handelt, die Motive wie Wirksamkeit oder Selbstwertstreben befriedigt. Wobei es sich bei sinnvoller Tätigkeit um einen sehr subjektiven Begriff handelt, denn es ist von Person zu Person sehr individuell, was als „sinnvoll" angesehen wird. Die Erhaltung von angemessener Mobilität und Aktivität ist von besonderer Bedeutung für den Altersprozess, ebenso wie eine gelungene Freizeitgestaltung sowie die Übernahme von verantwortungsvollen Tätigkeiten (Engeln, 2003).

Studien zum Thema Aktivität im Alter sind als sehr heterogen bezüglich der Erfassung von Aktivität anzusehen. Zum einen sollte zwischen Aktivität in einer Einrichtung und Aktivität für selbstständig lebende Seniorinnen und Senioren unterschieden werden. Des Weiteren zeigen sich auch große Unterschiede bezüglich der Operationalisierung von Aktivität in der Literatur.

Laut Jenull-Schiefer und Janig (2004) haben viele Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren erkannt, dass Aktivität ein wichtiger Punkt in der Tagesgestaltung ist: „Aktivitäten stehen in engem Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit und allgemeinem Wohlbefinden" (Jenull-Schiefer & Janig, 2004, S. 394). Miklautz und Jenull-Schiefer (2005) beschreiben die Unterschiede zwischen Senioren-Einrichtungen betreffend Aktivität: Während Menschen in einer Einrichtung für betreutes Wohnen durch erhaltene Selbstständigkeit frühere Lebensgewohnheiten besser aufrecht halten können und Heimaktivitäten eher als Zusatzmöglichkeit nutzen, sind Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims von Angebot und Rahmenbedingungen des Hauses abhängig.

Institutionelles Aktivsein kann nicht mit individuellem Aktivsein gleichgesetzt werden, bei einer Befragung von Jenull-Schiefer und Janig (2004) zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit den Aktivierungsangeboten in Pflegeheimen stellte sich heraus,

dass die Aktivitätsgestaltung häufig nach dem „Gießkannenprinzip“ funktioniert. Ungeachtet der Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner, werden mit dem vorhandenen Aktivitätsangebot nur wenige Bewohnerinnen und Bewohner erreicht. Es besteht der Wunsch nach mehr Aktivitäten und individuellen Eingehens auf die Bewohnerinnen und Bewohner, außerdem zeigte sich, dass mit steigendem Angebot auch die Eigeninitiative steigt. Aber nur wenige Bewohnerinnen und Bewohner werden von sich aus aktiv, dabei führen gerade solche Tätigkeiten zu hoher Zufriedenheit. (Jenull-Schiefer &Janig, 2004)

Die Operationalisierung von Aktivität wird in der Literatur sehr unterschiedlich gehandhabt, in der Studie von Johnson, Whitlatch, und Menne (2014) wurde der Zusammenhang zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit unter Einbeziehung der kognitiven Fähigkeiten untersucht. Im Rahmen der Untersuchung wurde die Aktivität der Teilnehmerinnen und Teilnehmern erhoben. Anzumerken ist, dass bei den erfragten Aktivitäten, neben ehrenamtlichen Tätigkeiten, sportlichen Aktivitäten und organisierten Gruppenaktivitäten auch Fernsehen, Alkohol trinken und Telefonieren als Aktivitäten galten und diese nicht nach Kategorien gewertet wurden sondern absolut. So wäre eine Person, die täglich Alkohol trinkt genauso aktiv wie eine andere Person, die sich täglich ehrenamtlich engagiert. (Johnson et al., 2014)

In der Diplomarbeit von Matern (2011) zum Thema Auswirkungen von Videospielen auf ausgewählte Ressourcen im Alter, wurde die Aktivität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben, dabei wurde zwischen Freizeitaktivitäten und Therapien, sowie aktiven und passiven Aktivitäten unterschieden.

1.7 Subjektives Wohlbefinden im Alter

„If they [older people] are happy and satisfied with their lives, they are said to be aging successfully“. (Lehr, 1989, S. 2). Dieses Zitat ist sehr simpel gehalten, wie Lehr (1989) jedoch ausführt, ist erfolgreiches Altern als sehr individuell anzusehen. Die Grenzen zwischen erfolgreichem Altern, subjektivem Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sind nur schwer zu ziehen, deshalb werden diese Begriffe gerne als Synonyme füreinander genutzt. Für Forstmeier, Uhlendorff und Maercker (2005) umfasst erfolgreiches Altern ein geringes Ausmaß an Krankheit und Beeinträchtigung und eine

hohe Funktionsfähigkeit kognitiver und körperlicher Fähigkeiten sowie ein aktives Lebensengagement.

Die Suche nach Indikatoren für erfolgreiches Altern scheint nach Baltes und Baltes (1989) eine komplexe Angelegenheit zu sein, eine Unterteilung in subjektive und objektive Indikatoren ist dabei von Bedeutsamkeit. Zu subjektiven Indikatoren zählen Ressourcen wie Lebenszufriedenheit, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle (Baltes & Baltes, 1989). Subjektive Indikatoren sind wichtig für die Definition des erfolgreichen Alterns, aber da Menschen adaptierungsfähig sind und sich auch an schlechte Lebensbedingungen anpassen können, sind auch objektive Indikatoren, wie allgemeine Entwicklungsziele und Lebensbedingungen relevant für die Definition von erfolgreichem Altern (Baltes & Baltes, 1989). Jopp und Leipold (2004) zufolge sind Ressourcen der wichtigste Prädiktor bei der Vorhersage von Wohlbefinden.

1.7.1 Modelle zum erfolgreichen Altern

Im Folgenden werden kurz zwei Theorien zum Wohlbefinden im Alter vorgestellt. Diese zwei Theorien und ein Modell sind deshalb von Interesse, weil sie sich mit der Frage des erfolgreichen Alterns beschäftigen und dabei das Thema Aktivität im Alter von zwei verschiedenen Seiten beleuchtet wird.

1.7.1.1 Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie (Havighurst, 1961) geht davon aus, dass Glück und Zufriedenheit im Alter durch Aktivität und Interaktionsmöglichkeiten erreicht wird, der Verlust von Beziehungen oder Rollen, die man früher inne hatte, können durch neue ersetzt werden. Laut Kolland und Schweizer (2012) soll Aktivität im Alter es ermöglichen, dass Menschen ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten ausschöpfen und eine gesellschaftliche Teilnahme gewährleistet werden kann. Soziale Funktionalität ist Martin und Kliegel (2008) zufolge, eine Grundvoraussetzung für erfolgreiches Altern. Wer von der Gesellschaft jedoch nicht mehr „gebraucht“ wird, ist unzufrieden und unglücklich (Lehr, 2007). Demnach ist das „optimale Altern“ durch möglichst langes Beibehalten der Aktivitäten des mittleren Erwachsenenalters, oder durch das Finden eines geeigneten Ersatzes für Aktivitäten, die man aufgeben musste, wie zum Beispiel der Berufstätigkeit, zu erlangen (Lehr, 2007). Zu kritisieren ist, dass der universalistische Ansatz der Theorie

nicht haltbar sei, da der Ersatz von Personen oder Aktivitäten nicht uneingeschränkt möglich oder erwünscht sei (Martin & Kliegel, 2008).

Im Folgenden werden Studienergebnisse zur Aktivitätstheorie vorgestellt. Die Studie von Johnson et al. (2014) untersuchte, ob Menschen, die viele Aktivitäten pro Woche haben, über eine höhere Lebensqualität verfügen im Vergleich zu Menschen, die inaktiver sind. Zusätzlich gab es Nebenfragestellungen, die Zusammenhänge von Aktivität, Lebensqualität und kognitiven Beeinträchtigungen behandelten. Generell konnte gezeigt werden, dass es bei Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung einen positiven Zusammenhang zwischen Aktivität und Lebensqualität gibt. Personen, die von einem höheren Aktivitätslevel berichteten, wiesen eine höhere Lebensqualität auf, der Zusammenhang ist zwar signifikant ($p < .01$), jedoch ist die Korrelation mit ($r = .376$) nur moderat ausgeprägt. Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist, dass bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung der Level der kognitiven Beeinträchtigung keinen signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität hat. Daraus kann geschlossen werden, dass Aktivität auch bei fortgeschrittenen Defiziten trotzdem ein wichtiger Aspekt zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität ist. (Johnson et. al., 2014)

1.7.1.2 Disengagement-Theorie

Die Disengagement-Theorie nach Cummings und Henry (1961) bezweifelt im Gegensatz zur Aktivitätstheorie, dass Aktivität zur Zufriedenheit älterer Menschen beiträgt, sie postulieren, dass das nahende Lebensende Menschen dazu bringt, ihre Verbindungen und Aktivitäten in der Gesellschaft zu lösen. Dieser Prozess sollte gleichmäßig, von der Person und der Gesellschaft aus gehen, ein Beispiel dafür stellt die Pensionierung dar (Cummings & Henry, 1961).

Der Wunsch „gebraucht zu werden“ entspreche laut Lehr (2007) einem Sicherheitsbedürfnis, anderenfalls hilflos zu sein. Könne die Sicherheit anderweitig garantiert werden, findet sich, laut der Theorie, erhöhtes Wohlbefinden bei Seniorinnen und Senioren, die nach dem Modell des Disengagement vorgehen und soziale Kontakte und Aktivitäten lösen (Lehr, 2007). Der Rückzug aus den sozialen Aktivitäten entspricht dem natürlichen Prozess des Alterns und wird auch von der Gesellschaft als positiv angesehen (Martin & Kliegel, 2008). In ihrer Arbeit kritisiert Hochschild (1975) die

Disengagement-Theorie und postuliert, dass das Engagement von älteren Menschen mit dem Charakter der Gesellschaft, dem Platz der Person in der Gesellschaft und dem Geschlecht variiert. Lehr (2007) relativiert die Bedeutung des Disengagement von der gesamten Altersphase auf kürzere Lebensabschnitte, in denen durch ein kritisches Lebensereignis ein gewisser Rückzug und ein besinnen auf sich selbst nützlich sind. Als Beispiel nennt Lehr (2007) die Pensionierung, bei der das vorübergehende Disengagement eine häufige Form der Auseinandersetzung darstellt. Aber, so Lehr (2007) stellt das Disengagement schlechthin nicht „die" Form des erfolgreichen Alters dar.

1.7.1.3 Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation

„Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) beschreibt und erklärt den Prozeß der effektiven psychologischen Anpassung an die Bedingungen des Alterns und Alters" (Baltes & Baltes, 1989, S. 5). Das Modell beschreibt, wie ältere Menschen trotz des Voranschreitens der Funktionseinbußen durch den Einsatz der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen die Lebensqualität aufrechterhalten werden kann. Die Selektion repräsentiert die Reduktion der Aktivitäten im Alter, Optimierung bezieht sich auf den Versuch die Funktionsfähigkeit zu erreichen oder weiterhin aufrechtzuerhalten und Kompensation versteht sich als Ersatz der Fähigkeiten, wo die Funktionsfähigkeit nicht mehr gegeben ist (Baltes & Baltes, 1989).

1.7.2 Zusammenfassende Betrachtung

Zusammenfassend kann das sozial-therapeutische Gärtnern in der Aktivitätstheorie (Havighurst, 1961) und im Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (Baltes & Baltes, 1989) als Möglichkeit der Aufrechterhaltung der Aktivität im Alter betrachtet werden. Auch nach Jarrott, Kwack und Relf (2002) bietet Gartenaktivität verschiedene Möglichkeiten für ältere Menschen um ihre eingeschränkten Fähigkeiten zu optimieren und kompensieren. Lewis (1994) zufolge kann die Pflege von Pflanzen als eine Kompensationsmöglichkeit für frühere Tätigkeiten, wie die Kindeserziehung oder die berufliche Verpflichtungen, fungieren. Für diese Studie wird das Wohlbefinden im Alter durch die Aufrechterhaltung der Aktivität definiert, die auf der Aktivitätstheorie nach Havighurst (1961) basiert.

Therapeutische Gartenaktivitäten sind auch für ältere Menschen mit Demenz angemessen, da sie mit den gärtnerischen Aktivitäten aus ihrem Leben vertraut sind und es sich um eine sinnstiftende Tätigkeit handelt. Außerdem ergeben sich beim Gärtnern die Möglichkeiten für Erinnerungen, als auch für die Ausübung von Fähigkeiten, die auch bei Menschen mit Demenz das wichtige Gefühl des „gebraucht Werdens" erzeugen. (Jarrott et al., 2002)

1.8 Emotionale und motivationale Ressourcen im Alter

In diesem Kapitel werden jene Ressourcen vorgestellt, deren Veränderbarkeit durch sozial-therapeutisches Gärtnern im Rahmen der Diplomarbeit untersucht werden soll. Zu Beginn werden Definitionen für Ressourcen im Allgemeinen gegeben.

Sehr oft werden Ressourcen mit subjektivem Wohlbefinden in Verbindung gebracht. Schwarzer und Koll (2001) definieren Ressourcen als all jene Faktoren, deren Verfügbarkeit die Bewältigung von Stress erleichtern. Darunter verstehen sie zum Beispiel Gesundheit, materielle Güter, Kompetenzen, Zeit, oder aber auch Persönlichkeitseigenschaften. Erhaltung und Aneignung von Ressourcen wird als Prozess beschrieben, der über die Lebensspanne kultiviert wird (Schwarzer & Koll, 2001). „Personale Ressourcen sind wichtige Determinanten für eine lebenslange positive Entwicklung“ (Jopp & Leipold, 2004, S. 355). Die Einteilung von Ressourcen zu genau einer Kategorie, zum Beispiel emotionale oder motivationale Ressourcen, ist oft nicht möglich, da viele Konstrukte mehrere Aspekte beinhalten (Forstmeier et al., 2005).

Als extern werden Ressourcen bezeichnet, die außerhalb der Person liegen, wie die materielle oder soziale Unterstützung durch Familie, Partnerschaft oder das soziale Netzwerk. Aber auch der berufliche oder soziale Status ist den externen Ressourcen zugehörig. Zu internen Ressourcen zählen Eigenschaften oder Fähigkeiten, die ein Mensch besitzt, wie die körperliche Konstitution, die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse, Wünsche, Anforderungen, Ängste usw. wahrzunehmen. (Reimann & Hammelstein, 2006)

Im Rahmen dieser Studie wird der Fokus auf die internen Ressourcen gesetzt, da diese eine besonders wichtige Rolle beim Leben in einer Langzeitpflege-Einrichtung spielen.

1.8.1 Lebenszufriedenheit

Die Grenzen zwischen erfolgreichen Altern, subjektivem Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sind nur schwer zu ziehen, deshalb werden diese Begriffe gerne als Synonyme füreinander genutzt. Lebenszufriedenheit im Alter hängt mit vielen Variablen zusammen und wird oft zur Messung von Wohlbefinden im Alter

herangezogen. „Eine hohe Lebenszufriedenheit ist auch selbst bei relativ starker Einschränkung möglich, wenn Personen mit der erhaltenen Pflege und Betreuung zufrieden sind, nicht zu sehr unter Schmerzen leiden und regelmäßige soziale Kontakte haben“ (Bennett & Riedel, 2013, S. 25). Die Aktivitätstheorie besagt, dass ältere Menschen, die aktiv bleiben, verglichen mit inaktiven älteren Menschen, über ein besseres Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit verfügen (Lehr, 2007). Engeln (2003) zufolge wird Lebenszufriedenheit auch durch die Bedeutung von Aktivität bestimmt, daher ist die Freizeitgestaltung eine wichtige Grundlage für Lebensqualität im Alter.

1.8.2 Selbstwert

Rosenberg (1965; zitiert nach Ferring & Filipp, 1996) definiert Selbstwert als die Einstellung der eigenen Person sich selbst gegenüber. Das Selbstwertgefühl scheint in einem kurvilinearen Zusammenhang mit dem Alter zu stehen, es steigt mit dem Alter an, um im hohen Alter wieder abzusinken (Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling, & Potter, 2002).

Auch Robins und Trzesniewski (2005) gehen davon aus, dass der Selbstwert, der über die Lebensspanne recht stabil ist, im hohen Alter abnimmt. Sie berichten, dass das Selbstwertgefühl ab dem Alter von 70 Jahren abnimmt. Diesen Rückgang führen sie auf den Einfluss von drastischen Veränderungen auf das Leben der Person zurück, wie den Verlust von Partnern, die Pensionierung oder eintretende gesundheitliche Probleme (Robins & Trzesniewski, 2005). Bierhoff (2006) diskutiert in seiner Veröffentlichung, dass, in Bezug auf das Leben in Langzeitpflege-Einrichtung, der regelmäßige Erhalt von Hilfe den Empfänger oder die Empfängerin in eine Abhängigkeitsposition bringt und dessen oder deren Selbstwert bedroht. Folgen dieses Hilfeempfangens seien negative Affekte auf die eigene Kompetenz und Verantwortung (Bierhoff, 2006).

1.8.3 Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit definieren Schwarzer und Jerusalem (2002) als die subjektive Gewissheit einer Person, Anforderungen durch die eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit einer Person, selbst etwas schaffen zu können,

beeinflusst Wahrnehmung, Motivation und Leistungen (Bandura, 1977). Selbstwirksamkeit ist eine wichtige motivationale und volitionale Variable, wenn es darum geht, ein angepeiltes Ziel zu erreichen (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Nach Bandura (1977) gibt es vier Quellen der Selbstwirksamkeit. Von besonderer Wichtigkeit ist die eigene Leistung, wie das Lösen einer schweren Aufgabe, da diese Quelle auf den eigenen Erfahrungen beruht. Nicht alle Informationen bezüglich der eigenen Selbstwirksamkeit sind auf eigene Erlebnisse zurückzuführen, viele Erwartungen basieren auf stellvertretenden Erfahrungen, die durch Beobachtung gewonnen werden konnten. Wenn andere eine Aufgabe meistern konnten, können Rückschlüsse bezüglich der eigenen Fähigkeiten gezogen werden. Sprachliche Überzeugung wie Selbstinstruktion sind weitverbreitete Mittel um die Selbstwirksamkeit zu steigern, da sie leicht verfügbar sind, allerdings seien solche verbalen Überzeugungen weniger wirksam als die direkten Erfahrungen, da sie keine authentische, erfahrungsgeleitete Einschätzung der Situation zulassen. Als vierte Quelle der Selbstwirksamkeit wird die physiologische Reaktion genannt, welche in einer potentiell bedrohlichen Lage einen informativen Wert bezüglich der eigenen Kompetenz- und Selbstwirksamkeitseinschätzung der Situation besitzen kann. (Bandura, 1977)

Die Studie zum Wohlbefinden im Alter von Halisch und Geppert (2000) zeigt, dass Selbstwirksamkeit einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit im Alter hat und gemeinsam mit Hoffnungslosigkeit die wichtigste Persönlichkeitsdeterminante des Wohlbefindens ist. Ein weiteres Ergebnis der Studie von Halisch und Geppert (2000) berichtet von einen Geschlechtsunterschied in Bezug auf die Selbstwirksamkeit, wobei Männer weit höhere Werte als Frauen erzielen.

1.9 Depressivität im Alter

Fiske, Wetherell und Gatz (2009) zufolge unterscheidet sich Depression im Alter subtil und offensichtlich von Depressionen in früheren Lebensphasen. Es scheint, dass sich circa die Hälfte der Fälle von Major Depression erst im Alter entwickeln, während sich bei der andere Hälfte der Betroffenen Depression bereits in jüngeren Jahren auftrat. Die Beschränkung von Aktivität kann mit ein Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression sein.(Fiske et al., 2009)

Biologische Veränderungen spielen im späten Leben eine große Rolle. Beide, kardiovaskuläre und neurologische Veränderungen, die mit der normalen Alterung oder mit altersbedingten Krankheiten auftreten, scheinen Anfälligkeit für Depressionen erhöhen. Aber biologische Faktoren alleine reichen nicht aus, um die Entstehung einer Depression im Alter zu erklären, da die degenerativen Veränderungen nicht nur bei Menschen mit Depression, sondern bei allen alternden Menschen vorkommen. Da die Aufrechterhaltung von Aktivitäten nicht bewusst gefördert wird und die Frequenz solcher Aktivitäten sinkt, führt es wiederum zu weniger Möglichkeiten zum Austausch mit der Umwelt. Im Vergleich zu Menschen, die keine Depression haben, zeigen diejenigen mit Depression Defizite in sozialen Kompetenzen, die möglicherweise zu weniger Aktivität führen. (Fiske et al., 2009)

Besonders unter Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern ist die Depressivität weit verbreitet, nach Zimber, Schaufele und Weyerer (1998) sind etwa 50% der Bewohnerinnen und Bewohner als depressiv anzusehen, bei Richter, Lowens und Liekenbrock (2000) sogar 70%. Diese hohen Angaben sind jedoch mit Vorsicht anzusehen, da die Depressivität und sogenannte Institutionalsierungseffekte (darunter versteht man bestimmte Verhaltensweisen, die bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern häufiger auftreten als bei Privatwohnenden) nicht nur Folge sondern auch Ursache für den Umzug ins Pflegeheim sein könnte (Lehr, 2007).

1.10 Zusammenfassung der Forschungsrelevanz

Auf Basis der im Theorieteil erwähnten Information soll in diesem Kapitel die Forschungsrelevanz zusammengefasst werden. Es wird skizziert, warum es von Bedeutung ist, die Auswirkungen des sozial-therapeutischen Gärtnerns auf die Ressourcen bei älteren und hochbetagten Menschen zu untersuchen.

Aktivität leistet einen großen Beitrag zum erfolgreichen Altern (Lehr, 2007). Ein wichtiges Thema der Gerontopsychologie ist die Erhaltung und Förderung der Ressourcen älterer Menschen (Martin & Kliegel, 2008). Lebenszufriedenheit und Selbstwert zählen vor allem zu den emotionalen Ressourcen und Selbstwirksamkeit kann den motivationalen Ressourcen zugeordnet werden (Forstmeier et al., 2005). Diese Fähigkeiten stellen Lehr (2007) zufolge, besonders relevante Ressourcen im Zusammenhang mit dem Leben in einer Langzeitpflege-Einrichtung dar, da ein Eintritt in ein Pflegeheim nicht nur einem Autonomie,- und Kontrollverlust gleichkommt, sondern auch eine große Umstellung für die Betroffenen darstellt. Des Weiteren zeigen Analysen, dass die Auswirkungen von sensorischer Deprivation nicht unterschätzt werden dürfen, da diese mit Unzufriedenheit, Depression, Desinteresse und dem Gefühl von Sinnlosigkeit einhergehen (Lehr, 2007).

Jenull-Schiefer und Janig (2004) zufolge besteht bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitpflegeeinrichtung der Wunsch nach mehr Aktivitäten und individuellen Eingehens auf die Person. Im Bereich der Forschung zur Mensch-Natur-Interaktion konnte gezeigt werden, dass gärtnerische Aktivität positive Effekte auf viele Bereiche des Lebens älterer Menschen hat und weniger schmerzstillende Medikamente benötigt werden (Ulrich, 1984). Gartentherapie kann, Wang und MacMillan (2013) zufolge, als ein kreatives und leistungsstarkes Werkzeug in der Arbeit mit älteren Menschen von verschiedenen Disziplinen eingesetzt werden, darüber hinaus besteht ein großer Forschungsbedarf im Bereich der physischen, kognitiven und psychosozialen Effekte der Gartenarbeit für ältere Erwachsene. Auch Sempik et al. (2010) schreiben, dass es mehr wissenschaftlich gut aufbereitete Studien benötigt, um die Green Care Bewegung in der Gesundheitsförderung zu verankern.

Daher ist das Ziel dieser Diplomarbeit die Erforschung der Förderung genannter Ressourcen im Alter anhand des sozial- therapeutischen Gärtnerns.

II EMPIRISCHER TEIL

2 UNTERSUCHUNG

2.1 Ausgangslage und Ziel des Projekts

Diese Studie wurde im Kolpinghaus *Gemeinsam Leben* Wien Leopoldstadt durchgeführt. Das Kolpinghaus ist ein Mehr-Generationen-Haus für alte und junge, gesunde und pflegebedürftige Menschen. Neben der stationären Langzeitpflege verfügt das Kolpinghaus auch über ein betreutes Wohnen, eine Mutter-Kind-Einrichtung und das *Projekt Handwerk*, in dem langzeitarbeitslose Jugendliche auf den (Wieder)-Einstieg in den Arbeitsmarkt vorbereitet werden.

Im Kolpinghaus gibt es verschiedenste Freizeitaktivitäten, unter anderem eine Bastelgruppe, verschiedene Bewegungsgruppen, Gedächtnisgruppe, Singgruppe, Theater-Werkstatt, Yoga oder eine Cafè-Gruppe. Viele dieser Aktivitäten sind gemeinsame Veranstaltungen für Alt und Jung.

Zusätzlich wurden für die Durchführung dieser Diplomarbeit eine Gartengruppe und eine Kreativgruppeeingeführt. Im Rahmen dieser Gartengruppe wurde in zwei Kleingruppen acht Wochen lang eine Einheit pro Woche und Kleingruppe im Sinne des sozialen und therapeutischen Gärtnerns gestaltet, wobei die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf der Terrasse oder einem anderen Ort zusammenkamen und gemeinsam, je nach individuellen Möglichkeiten, gärtnerisch tätig waren.

In der Kreativgruppe wurde versucht mit unterschiedlichen künstlerischen Medien (Poesie, Malerei, Musik und Bewegung) persönliche Kreativität anzuregen, Ausdruck zu fördern und weiterhin Fähigkeiten des älter werdenden Menschen zu erhalten, genauso wie eventuellen Rückzugstendenzen entgegenzuwirken. Die Bildbesprechung am Ende der Stunde legte noch einmal besondere Aufmerksamkeit auf die Individualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, auf deren Fähigkeiten und Ressourcen. Die Gruppe kam im wöchentlichen Rhythmus zusammen und fand im Veranstaltungssaal des Hauses statt.

Die Gruppen fanden eine Stunde pro Woche statt, da diese Anzahl und Dauer die gewöhnlichen Versorgungsbedingungen in der Praxis widerspiegelt. Ziel dieser Intervention war es, die Auswirkungen der regelmäßigen Gartenarbeit auf Selbstwert, Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit zu untersuchen.

Um die Teilnehmerinnen und Teilnehmerder Studie nicht einzuschränken, konnten sie auch weiterhin an den regulären Aktivitäten im Haus teilnehmen. Zu beiden Testzeitpunkten wurde erhoben, an welchen Aktivitäten die Bewohnerinnen und Bewohner im Laufe der vergangenen Woche teilgenommen hatten und in welchem Ausmaß das geschehen war.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist seit Juni 2013 als ehrenamtliche Mitarbeiterin im Kolpinghaus tätig. Da das Kolpinghaus sehr zentral im zweiten Wiener Gemeindebezirk angesiedelt ist, stehen statt eines Gartens drei großzügig angelegte Dachterrassen zur Verfügung (erster, fünfter und sechster Stock). Da sich nur vereinzelt mobile Bewohnerinnen und Bewohner um die Terrassengestaltung kümmern, wurde gemeinsam mit der Abteilung *Lebensqualität* und der Leitung des Kolpinghauses im Winter 2013 beschlossen die Terrassen für ein gemeinsames Gartenprojekt zu nutzen. Ab Mitte Februar 2014 wurden das Projekt und die Neugestaltung der Terrasse im fünften Stock geplant. Jedoch wurden keine baulichen und strukturellen Veränderungen durchgeführt. Außerdem konnten die Beete der Terrassen selbst nicht genutzt werden, da die Heimleitung Konflikte mit den Bewohnerinnen, die die Beete bepflanzten, vermeiden wollte. Deshalb wurden die Aktivitäten der Gartengruppe, um diese Einschränkung zu umgehen, vor allem in Töpfen, Kisten und Einkaufswägen verlegt.

2.2 Planung der Untersuchung

In diesem Unterkapitel werden das Untersuchungsdesign und Ablauf von Versuchs- und Kontrollgruppen beschrieben. Geplant wurde die Durchführung der Studie von Juni bis September 2014. Dieser Zeitraum umfasste die ersten zwei Erhebungswochen, darauf folgten acht Wochen in denen die Gartengruppen und die Kreativgruppestattfanden und abschließend zwei weitere Erhebungswochen.

2.2.1 Untersuchungsdesign

Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll der Schwerpunkt auf die Implementierung einer Gartengruppe und die Erfassung möglicher Veränderungen auf motivationale und emotionalen Ressourcen gelegt werden, dazu wurde eine experimentelle Untersuchung mit einem Mehrgruppenplan mit Messwiederholung durchgeführt.

In einer Testung vor Beginn der Gartengruppe wurden die Werte der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer erhoben, so konnten mögliche Veränderungen der Gartengruppe identifiziert werden. Um den Einfluss des sozial-therapeutischen Gärtnerns messen zu können, wurden daher zusätzlich zur Versuchsgruppe zwei Kontrollgruppen eingesetzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden, mit deren Einverständnis, randomisiert den drei Gruppen zugeteilt. Probandinnen und Probanden der Kontrollgruppe 1 nahmen über die 8 Wochen an der Kreativgruppeim Sinne der Kunsttherapie teil, die im Juli 2014 im Kolpinghaus eingeführt wurde. Um Einflussfaktoren kontrollieren zu können, wurde Kontrollgruppe 2 eingesetzt, deren Teilnehmerinnen und Teilnehmer an keiner zusätzlichen Aktivität über den Sommer 2014 teilnahmen. Die Einwilligungserklärung befindet sich im Anhang (12.4). Zusätzlich wurde in der Gartengruppe und der Kreativgruppedie Anwesenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Einheiten erhoben, so dass diese in die Auswertung mit aufgenommen werden konnte, um eventuelle Ausschlusskriterien festzusetzen. Nach dem acht-wöchigen Versuchszeitraum wurden die Fragebögen bei den Probandinnen und Probanden erneut erhoben. Das genaue Vorgehen ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1

Zeitplan	Gartengruppe	Kreativgruppe	Kontrollgruppe
Prätest Erster Testzeitpunkt (T1) (1.-2. Woche) 23.6.-4.7.2014	**Fragebogen 1**	**Fragebogen 1**	**Fragebogen 1**
Durchführung der Intervention (3.-10. Woche) 7.7.-26.8.2014	**Gartengruppe VG** • Jede/r TeilnehmerIn nahm 1x/ Woche an einer Einheit teil • Die gesamte Versuchsgruppe wurde auf 2 Kleingruppen aufgeteilt	**Kreativgruppe KG1** • Jede/r TeilnehmerIn nahm 1x/ Woche an einer Einheit teil • Da KG1 aus weniger Personen als VG bestand, erfolgte keine Teilung der Gruppe	**Kontrollgruppe KG2** • TeilnehmerInnen nahmen an keinen außerprogrammlichen Aktivitäten teil
Posttest Zweiter Testzeitpunkt (T2) (11.-12. Woche) 27.8.-10.9.2014	**Fragebogen 2 + Feedbackbogen**	**Fragebogen 2 + Feedbackbogen**	**Fragebogen 2**

Es wurde darauf geachtet, dass die Autorin sowohl in der Gartengruppe als auch in der Kreativgruppe anwesend war. Die beiden Gartengruppen pro Woche wurden durch die Autorin geleitet und durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie durch Praktikanten und Praktikantinnen unterstützt. Die Kreativgruppe wurde von der Kunsttherapeutin Daniela Samwald geleitet und durch die Autorin sowie Ehrenamtliche und Praktikantinnen und Praktikanten unterstützt. Es wurde darauf geachtet, dass das Personenverhältnis von Betreuung und Teilnahme über die Gruppen ausgeglichen war. Die Befragungen wurden zu beiden Zeitpunkten von der Autorin alleine erhoben um eventuelle Testleitereffekte zu vermeiden. Dokumentationen zu den einzelnen Einheiten der Gartengruppe befinden sich im Anhang (12.3).

Um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gartengruppe nicht zu über- oder unterfordern, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmereiner der beiden Kleingruppen nach den Fähigkeiten zugeteilt. Eine Gruppe für ca. sieben Personen, deren kognitive Einschränkung über eine milde kognitive Beeinträchtigung hinausgeht, eine Gruppe für

ca. sieben Personen, die eventuelle körperliche Einschränkungen haben. Die Einteilung der Gartengruppen konnten aufgrund terminlicher Überschneidungen von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht eingehalten werden, daher waren in beiden Gruppen Menschen mit verschiedenen körperlichen und kognitiven Fähigkeiten. Die Gartengruppen fanden montags und dienstags um zehn Uhr vormittags auf der Terrasse im ersten Stock statt, da diese Terrasse für die Bewohnerinnen und Bewohner leicht zu erreichen ist und vormittags im Schatten liegt. Die Kreativgruppe wurde in einer Gruppe von ca. zehn Personen abgehalten und fand samstags um dieselbe Uhrzeit im Veranstaltungsraum statt.

Die Kleingruppen sind der Durchführung im Einzelsetting vorzuziehen, da Kotozaki (2014) auf die Nützlichkeit des sozialen Umfeldes während der Intervention hinweist. Da es sich beim Programm der Gartengruppe um sozial-therapeutisches Gärtnern handelt, ist die Gruppe in einem überschaubaren Umfang zu halten, damit man sich den Teilnehmern der Gruppe individuell widmen kann. Eine abgeschlossene Ausbildung ist für die Durchführung von sozial-therapeutischen Gärtnern nicht vorausgesetzt, da keine eigentliche Therapie stattfindet (Schneiter-Ulmann, 2010).

Die Einheiten der Gartengruppe waren in beiden Gruppen gleich und wurden auch in derselben Reihenfolge durchgeführt. Bei einer Einheit wurde wetterbedingt in den Gruppen in unterschiedlichen Settings gearbeitet (teils auf der Station, dem Tageszentrum oder auf der Terrasse). Generell wurde die Terrasse seltener genutzt als geplant war, da die Wetterverhältnisse eine Durchführung der Einheiten auf der Terrasse nicht zuließen.

Die Dauer der Gartengruppe wird auf acht Wochen festgesetzt, da eine längerfristige Bindung an die Gruppe die Bereitschaft zur Teilnahme mancher Bewohnerinnen und Bewohner gefährden, und zu einer höheren Dropout-Rate führen könnte. In der Literatur finden sich Versuchszeiträume von vier Wochen bis drei Monaten (Barnicle & Midden, 2003; Edwards, McDonnell, & Merl, 2013; Gigliotti, Jarrott, & Yorgason, 2004; Gigliotti & Jarrott, 2005; Gonzalez et al., 2010; Jarrott & Gigliotti, 2010; Kotozaki, 2014). Auch aufgrund des hohen Alterswäre es möglich, dass sich der Gesundheitszustand der Probandinnen und Probandenwährend eines längeren Versuchszeitraums verändern könnte und die Ergebnisse so verzerrt sein könnten.

In vorangegangenen Studien wurden zumeist zwei Gruppen verglichen, bei Barnicle und Midden (2003), kamen eine Versuchs und eine Kontrollgruppe zum Einsatz. Gigliotti, Jarrott, und Yorgason (2004) verglichen drei verschiedene Arten von gartentherapeutischen Betätigungen. Diese Studie unterscheidet sich durch die Verwendung von einer Versuchsgruppe und zwei Kontrollgruppen, eine mit und eine ohne zusätzliche Aktivität. Auch bezüglich der Stichprobe gibt es Unterschiede. Wurde in den Studien von Gigliotti et al. (2004), Jarrott und Gigliotti (2010) und Jarrott et al. (2002) vor allem mit Menschen mit dementiellen Erkrankungen im gartentherapeutischen Setting gearbeitet, gibt es in dieser Studie keine Spezialisierung auf kognitive oder physische Einschränkungen. Da diese Studie die Implementierung der Gartengruppe, aber auch der Kreativgruppe unter Versorgungsbedingungen untersucht, war es wichtig, dass Menschen mit und ohne Beeinträchtigung, als auch verschiedenen Alters an dieser Studie teilnahmen. Zur Kontrolle von Störvariablen wurden der Mini Mental Status Wert und der Gesundheitszustand anhand der Pflegestufe der Person in der Befragung mit erhoben. Des Weiteren unterscheidet sich diese Studie von anderen darin, dass die wöchentliche Anzahl und Dauer der Einheiten an die Versorgungsbedingungen des Hauses angepasst wurden. Die verschiedenen angebotenen Aktivitäten finden im Kolpinghaus, abgesehen von den privat bezahlten Therapien, nur einmal pro Woche für eine Stunde statt.

3 FRAGESTELLUNGEN

3.1 Operationalisierung der Fragestellungen

Die Hauptfragestellung dieser Diplomarbeit behandelt die Frage, ob sozial-therapeutisches Gärtnern einen Einfluss auf die personalen Ressourcen von Menschen einer Langzeitpflege-Einrichtung hat und ob sich die Versuchsgruppe signifikant von den Kontrollgruppen unterscheidet. Es soll untersucht werden, ob es signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten eins und zwei in den untersuchten Dimensionen zwischen den Gruppen gibt.

1) Hat sozial-therapeutisches Gärtnern eine Auswirkung auf die persönlichen Ressourcen von Menschen in einer Langzeitpflegeeinrichtung?

1.1) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Lebenszufriedenheit zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2.

1.2) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Selbstwert zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2.

1.3) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Selbstwirksamkeit zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2.

Zusatzfragestellungen:

2) Hat sozial-therapeutisches Gärtnern eine Auswirkung auf die Depressivität von Menschen in einer Langzeitpflegeeinrichtung?

2) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Depression zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2.

3) Gibt es einen Zusammenhang zwischen Aktivität und den Ressourcen von Menschen in einer Langzeitpflegeeinrichtung?

3.1) H1: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1 und zum Erhebungszeitpunkt 2.

3.2) H1: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1und zum Erhebungszeitpunkt 2.

3.3) H1: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Selbstwirksamkeit und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1 und zum Erhebungszeitpunkt 2.

4) Gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen Aktivität und der Depressivität von Menschen in einer Langzeitpflegeeinrichtung?

4) H1: Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Dimension Depression und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1 und zum Erhebungszeitpunkt 2.

4 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

In dieser Studie wurden mit Hilfe von Fragebögen die Lebenszufriedenheit, der Selbstwert und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung in einer Versuchs- und zwei Vergleichsgruppen erhoben und anschließend anhand von Prä- und Posttests verglichen, um den Einfluss der Teilnahme an der Gartengruppe messbar zu machen. Ein Exemplar des Fragebogens für jeweils Testzeitpunkt 1 und 2 befindet sich im Anhang (siehe 12.1 und 12.2).

Das zusammengestellte Inventar für Testzeitpunkt 1 (T1) war für die Versuchs- und die Kontrollgruppen beim ersten Testzeitpunkt ident. Beim zweiten Testzeitpunkt wurden allen Personen erneut die Fragebögen zu Lebenszufriedenheit, Selbstwert und allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung vorgegeben. Zusätzlich wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erneut befragt an welchen Aktivitäten sie in der letzten Woche teilgenommen hatten, da häufig keine Angabe über dem Umfang der Aktivität gemacht werden konnte wurde diese Information dem hausinternen Dokumentationssystem entnommen. Zusätzlich wurde bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gartengruppe und der Kreativgruppe ein Feedback-Fragebogen bei der zweiten Befragung eingesetzt.

Um die Altersfairness und die Zumutbarkeit der Befragung zu sichern wurden kurze (geringe Itemanzahl), aber aussagekräftige Fragebögen (hohe Gütekriterien) vorgegeben.

4.1 Mini Mental Status Test

Der Mini Mental Status Test (MMST; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ist ein Screening Instrument für die Erfassung kognitiver Störungen im Alter. Die deutsche Version stammt von Kessler, Markowitsch und Denzler (2000) und umfasst 16 Items, die Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache erfassen. Die Punkte reichen auf einer Skala von 0 bis 30, wobei ein Wert unter 20 als Hinweis auf eine dementielle Entwicklung gedeutet werden kann (Folstein et al., 1975). Bezüglich der Gütekriterien weist der MMST eine Interrater-Reliabilität von r = .83, und eine Retest- Reliabilität von r_{tt} = .89 auf (Kessler, Markowitsch, & Denzler, 2000).

4.2 Geriatrische Depressionsskala

Die Geriatrische Depressionsskala-8 (GDS-8; Jongenelis et al., 2007) ist ein Screeningverfahren zur Erfassung von depressiver Symptomatik im Alter. Es handelt sich dabei eine verkürzte Version der GDS-15. Durch die Entfernung von sieben Items kann die Durchführung des Screenings erleichtert werden, da sich einige Fragen der GDS-15 Version als ungeeignet für die Durchführung in Langzeitpflege-Einrichtungen herausstellten. Die neue GDS-8 Version weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .86$ auf, die Werte für Sensitivität und Spezifität liegen bei jeweils 96% und 72%. Die Beantwortung der acht Items erfolgt dichotom. Der maximal zu erreichende Wert ist acht, ab dem Cut-Off-Wert von drei Punkten ist eine Depression naheliegend und weitere Untersuchungen notwendig.(Jongenelis et al., 2007)

4.3 SatisfactionWith Life Scale

Die Satisfaction With Life Scale (SWLS) von Diener, Emmons, Larsen und Griffin (1985) ist ein effizienter Fragebogen zur Selbstbeurteilung der globalen Lebenszufriedenheit. Die SWLS besteht aus fünf Items die mit Hilfe einer 7-stufigen Likert-Scale (7 = stimme völlig zu; 1 = stimme überhaupt nicht zu) beantwortet werden. Insgesamt können 5-35 Punkte erreicht werden. Der Fragebogen hat eine Sensitivität von 98% und eine Spezifität von 80%, außerdem eine hohe Reliabilität von $\alpha = 0.92$ (Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth, 2011).

4.4 Rosenberg Self-Esteem Scale

Im Rahmen der Untersuchung wird die revidierte Version der Rosenberg Selbstwertskala nach Collani und Herzberg (2003) eingesetzt. Diese unterscheidet sind von der Version von Ferring und Filipp (1996) durch die Revision des Items Nummer 4, da durch die Übersetzung in die deutsche Sprache möglicherweise die Vergleichbarkeit mit der Originalversion nicht gewährleistet sein könnte. Durch die Veränderung des Items konnte eine Verbesserung der Skala erreicht werden (Collani & Herzberg, 2003). Die Skala besteht aus 10 Items und ist mittels einer 4-stufigen Skala von 0 (trifft gar nicht zu) bis 3 (trifft voll und ganz zu) zu beantworten. Die Reliabilitäten der revidierten Fassung

zeigen leichte Verbesserungen in der internen Konsistenz, α = .85, und in der Retest-Reliabilität, r_{tt} = .79 (Collani & Herzberg, 2003).

4.5 Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Jerusalem & Schwarzer, 1999) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items zur Erfassung der allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Die Items sind gleichsinnig gepolt, und werden mit Hilfe einer 4-stufigen Likert-Scale beantwortet, (1 = stimmt nicht; 4 = stimmt genau) und die Auswertung erfolgt durch summieren der Antworten, wobei ein Score von 10 bis 40 Punkten erreicht werden kann (Jerusalem & Schwarzer, 1999). Die SWE weist eine hohe Reliabilität von α = .92 auf (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid, & Brähler, 2006).

4.6 Erhebung zusätzlicher Information

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird abgesehen von den drei Inventaren ein Fragebogen zu soziodemographischen Daten und Erfahrungen mit der Natur und Erwartungen an die Gartengruppe vorgegeben. Die Daten erfassen Ein- und Ausschlusskriterien und sollen zur Stichprobenbeschreibung dienen. Außerdem wird die zusätzliche Information genutzt, um zu überprüfen, ob die Gruppen als parallel angesehen werden können und somit eventuelle Effekte nicht den Unterschiedlichkeiten zwischen den Gruppen zuzuschreiben sind.

4.6.1 Soziodemographische Daten

Zusätzlich zu den verwendeten Inventaren werden in der Befragung zum ersten Erhebungszeitpunkt folgende Informationen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsgrad, ausgeübter Beruf, Heimaufenthaltsdauer, Mobilität, Wohnbereich (Pflegestation oder betreutes Wohnen), Gesundheitszustand und die Häufigkeit der Teilnahme an Aktivitäten im Kolpinghaus.

4.6.2 Fragen zu Erfahrungen und Erwartungen

Da die Motivation eine wichtige Variable im Zusammenhang mit der Teilnahme an der Gartengruppe oder der Kreativgruppe darstellt, ist es wichtig, auch die Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erheben. Dazu wurden die Bewohnerinnen und Bewohner zu früheren Erfahrungen mit der Natur oder der Kunst befragt und welche Erwartungen die Personen von einer Teilnahme an der Gruppe haben.

4.6.3 Feedbackbogen

Zum zweiten Zeitpunkt der Befragung wird erhoben, wie die Bewohnerinnen und Bewohner die Gartengruppe oder Kreativgruppe im Rückblick auf die vergangenen Wochen beurteilen (Schulnoten), und ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wieder an einer Gartengruppe oder der Kreativgruppe teilnehmen würden.

4.7 Stichprobenbeschreibung

Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Studie handelt es sich um Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegebereichs des Kolpinghauses Wien Leopoldstadt. Bewohnerinnen und Bewohner des betreuten Wohnens wurden auch eingeladen an der Studie teilzunehmen, allerdings folgte keiner dieser Aufforderung. Als Grund für die Ablehnung wurde unter anderem genannt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner zu alt und zu krank für solche Aktivitäten seien, schwer erreichbar waren oder aufgrund hausexterner Aktivitäten keine Zeit zu haben. Letztere Beobachtungen decken sich mit den Aussagen von Miklautz und Jenull-Schiefer (2005), die darauf hinwiesen, dass Menschen im Pflegeheim von den Freizeitangeboten des Hauses abhängig sind. Dagegen können sich Personen, die in einem Seniorenheim oder Einrichtung für betreutes Wohnen leben, durch ihre erhaltene Selbstständigkeit frühere Lebensgewohnheiten und eigenständige Aktivitäten besser aufrechthalten und nutzen Heimaktivitäten nur als Zusatzmöglichkeit (Miklautz & Jenull-Schiefer, 2005).

4.7.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Zur Rekrutierung der Stichprobe wurde die Liste der Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Pflegepersonal der jeweiligen Stationen besprochen. Bewohnerinnen und Bewohner, die Interesse an einer Teilnahme haben könnten und körperlich und kognitiv in der Lage wären, an der Studie teilzunehmen, wurden auf einer Liste vermerkt. Diese Art der Rekrutierung stellt eine Vorselektion dar, so ergeben sich Einschränkungen in der Aussagekraft der Ergebnisse. Die vorgeschlagenen Personen wurden von der Autorin aufgesucht, über das Angebot informiert und gefragt, ob sie Interesse an der Teilnahme an der Studie hätten. Folgende Abbildung 1 verdeutlicht den Ablauf von der Rekrutierung bis zur Auswertung und zeigt Ausfälle sowie die finalen Gruppengrößen an.

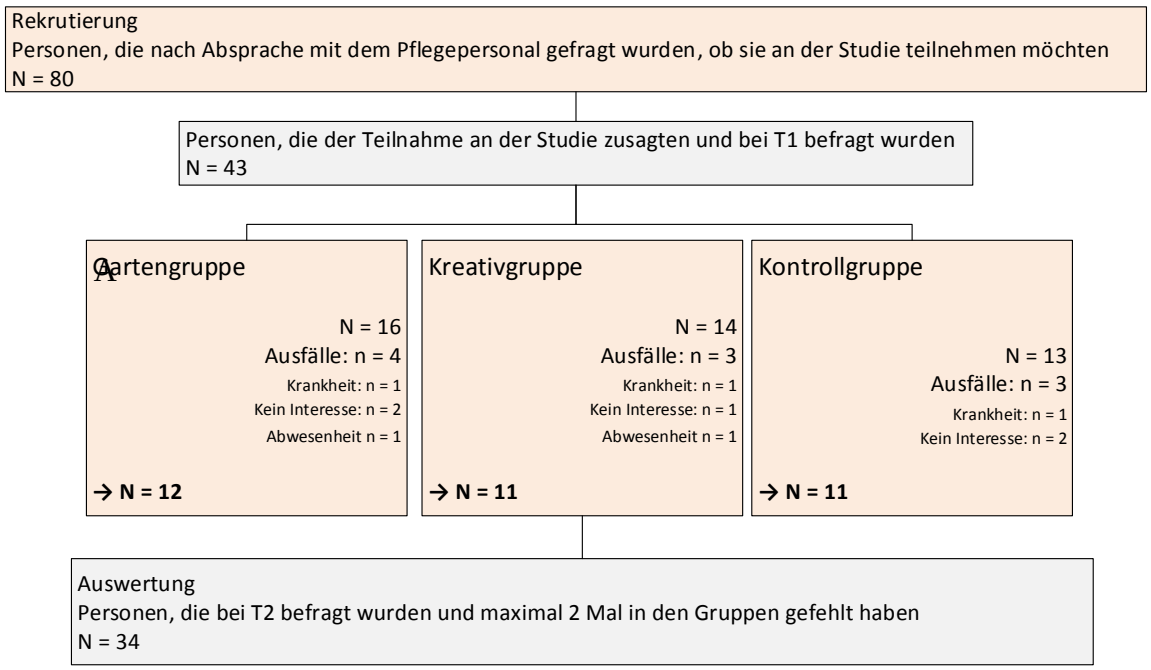

Abbildung 1. Flow-Diagramm von der Rekrutierung bis zur Auswertung

4.8 Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde zur Gänze von der Autorin durchgeführt. Da es sich um mehrere Fragebögen handelte, wurde den Personen angeboten, die Befragung, wenn notwendig in zwei Schritten durchzuführen. Dieses Angebot wurde von jeweils einer Person zu beiden Testzeitpunkten wahrgenommen. Um gleiche Bedingungen für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu schaffen und um sicherzustellen, dass die Fragebögen vollständig und richtig ausgefüllt sind, wurden die Verfahren in Form mündlich standardisierter Interviews vorgegeben. Zur besseren Verständlichkeit der verschiedenen Antwortformate (zwei bis sieben Antwortmöglichkeiten) wurde für jeden Fragebogen eine bildliche Skala verwendet, worauf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich einschätzen konnten. Die Befragung der Bewohnerinnen und Bewohnern nahm beim ersten Erhebungszeitpunkt ca. 30 bis 50 Minuten in Anspruch, zum zweiten Zeitpunktdauerte die Befragung ca. 15 bis 25 Minuten. Um die Daten zu anonymisieren und damit die Fragebögen des ersten und zweiten Testzeitpunkts miteinander verglichen werden können, wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein individueller Code zugeordnet (Initialen des Vor-, und Nachnamens und die Zimmernummer).

5 STATISTISCHE AUSWERTUNGSVERFAHREN

Die soziodemographischen Daten für die Beschreibung der Stichprobe wurden deskriptivstatistisch (Streu-, und Lagemaße) ausgewertet. Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) wurde eingesetzt, um eventuelle Stichprobenunterschiede festzustellen, zum Beispiel ob es Unterschiede bezüglich des Alters zwischen den Gruppen gibt, die die Ergebnisse der Studie beeinflussen können. Bei einer einfaktoriellen Varianzanalyse handelt es sich um ein statistisches Verfahren zum Vergleich von zwei oder mehreren Mittelwerten. Um dieses Verfahren nutzen zu können, müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Intervallskalierung der abhängigen Variable
- Normalverteilung der Werte pro Gruppe
- Homogenität der Varianzen (Levene-Test)
- Die Messwerte sind voneinander unabhängig

Die Normalverteilung kann optisch mit Hilfe eines Histogramms oder rechnerisch mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft werden. Der Levene-Test geht davon aus, dass die Varianzen homogen sind, daher wird mit $p \geq .05$ ein nicht signifikantes Ergebnis erwartet. Das Prüfmaß der Varianzanalyse ist der F-Wert, das Signifikanzniveau ist mit $\alpha = .05$ festgelegt. Dies bedeutet, dass bei $p < .05$ die Wahrscheinlichkeit kleiner als 5% ist, dass es sich um ein zufälliges Ergebnis handelt und sich zumindest eine der Gruppen von den anderen unterscheidet. Um herauszufinden, welche Gruppe sich unterscheidet, werden für signifikante Interaktionseffekte die Mittelwerte sowie das Interaktionsdiagramm interpretiert. Für soziodemographische Daten, welche die Voraussetzung des Intervallskalenniveaus nicht erfüllten, wurde der Chi Quadrat-Test nach Pearson eingesetzt um zu überprüfen, ob die nominal skalierten Merkmale, wie Geschlecht oder Familienstand in den Gruppen gleichverteilt sind.

Vor der Prüfung der Hypothesen wurden die eingesetzten Messinstrumente mittels Reliabilitätsanalysen untersucht. Die Reliabilität eines Tests gibt den Grad der Messgenauigkeit an, also wie zuverlässig ein Test misst, was er vorgibt zu messen. Durch die Reliabilitätsanalyse kann die Messgenauigkeit eines Tests oder Fragebogens ermittelt werden, dabei werden die interne Konsistenz und die Item-Trennschärfe der Items

überprüft. In der Theorie sollte ein gutes Instrument eine Reliabilität über .80 aufweisen. (Bortz & Döring, 2006)

Die Hauptfragestellung 1.1 bis 1.3, ob sich die drei Gruppen zwischen den beiden Testzeitpunkten hinsichtlich der Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit unterscheiden, wird eine MANOVA with Repeated Measures and Mixed Design gerechnet. Dabei bildet die Wechselwirkung zwischen Zeitpunkt und Gruppe ab, ob sich die Gruppen über die Zeit unterschiedlich entwickelten. Für dieses Verfahren gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die einfaktorielle Varianzanalyse, aber da gegen die Voraussetzung der Unabhängigkeit der Messungen verstoßen wird, war stattdessen die Sphärizität mit Hilfe des Mauchly-Tests zu prüfen. Dabei wird getestet, ob die Varianzen der Unterschiede zwischen allen den Bedingungen gleich sind, daher soll der *p*-Wert größer als .05 sein. Da bei dieser Untersuchung die Daten nur zu zwei Messzeitpunkten erhoben wurden, ist der Mauchly-Test, der erst bei mehr als zwei Zeitpunkten eingesetzt wird, zu ignorieren. Des Weiteren prüft der Box-M-Test die Homogenität der Kovarianzen. Der *p*-Wert sollte nicht signifikant ausfallen, ist das der Fall, bedeutet dass, das angenommen werden kann, dass die beobachtete Kovarianzmatrix der abhängigen Variable über die Gruppen hinweg gleich sind. Das partielle Eta-Quadrat (η^2_p) dient als Maß für die Effektstärke. Dieses Maß gibt an, wie viel der Varianz der anhängigen Variable durch die Unabhängige erklärt werden kann, der Wert kann zwischen null und eins liegen. Für die Angabe der Effektstärke wird auf die Einteilung nach Cohen (1988) Bezug genommen, wobei ein Wert von .2 als kleiner, .5 als mittlerer und .8 als starker Effekt gelten.

Für signifikante Interaktionseffekte, im Vergleich zu signifikanten Haupteffekten ist es nicht möglich einen Posthoc-Test zu berechnen, daher werden in dieser Untersuchung signifikante Interaktionseffekte anhand des Interaktionsdiagramms als auch der Simple main effects analysis näher untersucht. Der simple effect eines Faktors ist die Wirkung dieses Faktors auf einer einzigen Ebene eines anderen Faktors und entspricht daher nicht der eigentlichen Hypothese. Deshalb wird dieses Verfahren nicht alleine gesetzt, um die Interaktion zu untersuchen.

Die Fragestellung 2, ob das sozial-therapeutische Gärtnern einen Einfluss auf die Depressivität von Menschen in einer Langzeitpflegeeinrichtung hat, wird mit einer

ANOVA with Repeated Measures ausgewertet, dazu gelten die oben genannten Voraussetzungen.

Fragestellung 3, ob es einen Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und der Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern gibt, wird mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Bei der Produkt-Moment-Korrelation handelt es sich um eine bivariate Korrelation, bei der der Korrelationskoeffizient die Enge und Richtung des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen angibt (Bortz & Döring, 2006). Field (2009) zufolge stellen Korrelationen im Bereich von ± .1 einen kleinen Effekt, ± .3 einen mittleren Effekt und ± .5 einen großen Effekt dar. Fragestellung 4 wird, wie auch Fragestellung 3, mit einer Produkt-Moment-Korrelation ausgewertet.

5.1 Handhabung fehlender Werte

Wie bereits erwähnt, wurden die Daten mit Hilfe von mündlich standardisierten Interviews erhoben. Aufgrund von Erkrankungen, Abbruch der Teilnahme an der Studie durch die Person oder durch mehrmaliges Fehlen in den Gruppen(mehr als zwei von acht Einheiten) konnte nicht bei allen Personen der Fragebogen zum zweiten Zeitpunkt bearbeitet werden. Daher wurden für die Berechnungen nur die Daten jener Teilnehmerinnen und Teilnehmer miteinbezogen, bei denen beide Fragebogen vollständig ausgefüllt vorlagen. Durch die Vorgabe in Form von Interviews konnte sichergestellt werden, dass alle Items bearbeitet wurden. Wussten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf gewissen Fragen keine Antwort (Zum Beispiel: Seit wann leben Sie im Kolpinghaus? TT.MM.JJJJ) konnten die Antworten mit Hilfe des elektronischen Dokumentationssystems nachgetragen werden.

6 ANALYSE DER MESSINSTRUMENTE

Bevor die Hypothesen geprüft werden konnten, wurde die Reliabilität der Messinstrumente untersucht. Unter Reliabilität versteht man die Genauigkeit, mit der ein Test, das was er vorgibt zu messen, auch wirklich zuverlässig misst (Bortz & Döring, 2006). Um die Reliabilität der einzelnen Messinstrumente zu erhöhen, können Items von der Auswertung ausgeschlossen werden, deren Trennschärfe besonders niedrig ist ($r_{i(t\text{-}i)} < .20$). Unter Trennschärfe wird die Korrelation eines Items mit der Gesamtskala verstanden (Bortz & Döring, 2006). Die Reliabilität eines Tests wird mit Cronbachs Alpha angegeben und sollte bei einem guten Test bei $\alpha > .80$ liegen (Bortz & Döring, 2006). Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind in den folgenden Abschnitten dargestellt.

6.1 Reliabilität der Geriatrischen Depressionsskala

Für die Geriatrische Depressionsskala wurde Item 7 aus der Auswertung entfernt, da die Trennschäfte nur bei $r_{i(t\text{-}i)} = .11$ lag. Zum ersten Testzeitpunkt erreicht die Geriatrische Depressionsskala somit ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .70$. Beim zweiten Erhebungszeitpunkt lag ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .79$ vor. Für beide Zeitpunkte ist die Reliabilität als akzeptabel einzustufen.

6.2 Reliabilität der Satisfaction with Live Scale

Für die Satisfaction with Life Scale wurde ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .65$ für den ersten Testzeitpunkt gemessen, beim zweiten Erhebungszeitpunkt lag ein Cronbachs Alpha bei $\alpha = .68$ etwas höher. Da die Skala nur über fünf Items verfügt wurde keines der Items ausgeschlossen. Für beide Zeitpunkte ist die Reliabilität als akzeptabel einzustufen.

6.3 Reliabilität der Rosenberg Self-Esteem Scale

Für die Rosenberg Self-Esteem Scale wurden Item 1 und Item 8 aus der Auswertung entfernt, da die Trennschäfte von Item 1 bei Zeitpunkt 1 bei $r_{i(t\text{-}i)} = .02$ und Item 8 zum zweiten Testzeitpunkt bei $r_{i(t\text{-}i)} = .02$ lagen. Zum ersten Testzeitpunkt erreicht

die Rosenberg Self-Esteem Scale somit ein Cronbachs Alpha von α = .75, beim zweiten Erhebungszeitpunkt lag ein Cronbachs Alpha von α = .73 vor. Für beide Zeitpunkte ist die Reliabilität als akzeptabel einzustufen.

6.4 Reliabilität der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit

Für die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitseinschätzung wurde Item 4 aus der Auswertung entfernt, da die Trennschäfte nur bei $r_{i(t\text{-}i)}$ = .10 lag. Zum ersten Testzeitpunkt erreicht die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitseinschätzung somit ein Cronbachs Alpha von α = .724, beim zweiten Erhebungszeitpunkt lag ein Cronbachs Alpha von α = .77 vor. Für beide Zeitpunkte ist die Reliabilität als akzeptabel einzustufen.

7 ERGEBNISSE

Im Abschnitt Ergebnisse wird die Stichprobe anhand der im Fragebogen erhobenen soziodemografischen Daten, für jede der drei Gruppen, beschrieben. Erhoben wurden Geschlecht, Alter, Bildung, Heimaufenthaltsdauer, Gesundheitszustand, Mobilität, Familienstand, Wohnbereich und geistige Verfassung mittels Mini Mental Status Tests. Außerdem wurde erfasst, welche Erfahrungen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Natur sowie kreativen Hobbies haben und in welchem Ausmaß die Gruppen sowie andere Aktivitäten im Haus wahrgenommen wurden. Ziel der Analyse der erhobenen Daten war es, herauszufinden, ob sich die Gruppen voneinander bezüglich der erwähnten Merkmale statistisch signifikant unterscheiden, oder ob davon auszugehen ist, dass die Gruppen als gleich angesehen werden können.

7.1 Soziodemographische Daten

7.1.1 Geschlecht

Beim zweiten Erhebungszeitpunkt wurden insgesamt 34 Personen befragt. An der Gartengruppe nahmen zwölf Personen teil, an der Kreativgruppe und an der Kontrollgruppe jeweils elf Personen. Von den 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren 13 (38%) männlich und 21 (62%) weiblich. Die ungleiche Verteilung lässt sich auf die höhere Lebenserwartung von Frauen, 74% der Hochaltrigen sind weiblich (Bundesministerium für Gesundheit, 2012), sowie den Fakt, dass die Pflegebedürftigen und die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zum Großteil weiblich sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2012), zurückführen und kann somit als repräsentativ für die Bevölkerung angesehen werden. Da Frauen in der Stichprobe zahlenmäßig überlegen sind, wurde in den Berechnungen auf eine Unterscheidung zwischen Frauen und Männern verzichtet.

In der Gartengruppe befanden sich neun (75%) Frauen und drei (25%) Männer, in der Kreativgruppe sechs (55%) Frauen und fünf (45%) Männer und die Kontrollgruppe bestand ebenfalls aus sechs (55%) Frauen und fünf (45%) Männern. Der Chi Quadrat-Test nach Pearson zeigte mit $\chi^2(2,34) = 1.06$, $p = .589$ kein signifikantes Ergebnis.

Somit kann angenommen werden, dass sich die Geschlechtsverteilung in drei Gruppen nicht unterscheidet.

7.1.2 Alter

Im Fragebogen zu den soziodemographischen Daten wurde das Geburtsdatum der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben. Als Stichtag für die Berechnung des Alters wurde der 30.06.2014 genommen, da das Datum in der Mitte der ersten Erhebung liegt und es somit zu keinen großen Unterschieden bei den Bewohnerinnen und Bewohnern bezüglich des Alters kommt. Der Mittelwert des Alters über die gesamte Stichprobe gerechnet lag bei 81.85 Jahren. Die Verteilung in den drei Gruppen weicht gering von diesem Wert ab, in der Gartengruppe ist der Mittelwert 84.03 Jahre (Min = 57, Max = 99.5). In der Kreativgruppe liegt der Mittelwert bei 79.59 Jahren, das Minimum bei 49.1 und das Maximum bei 94.9 Jahren. Der Altersdurchschnitt der Kontrollgruppe lag bei 81.75 Jahren (Min = 64, Max = 98.7).

Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab mit $F(2,34) = .42$, $p = .662$ keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Gruppen bezogen auf das Alter. Die Verteilung des Alters ist in Abbildung 2 bis 5 veranschaulicht.

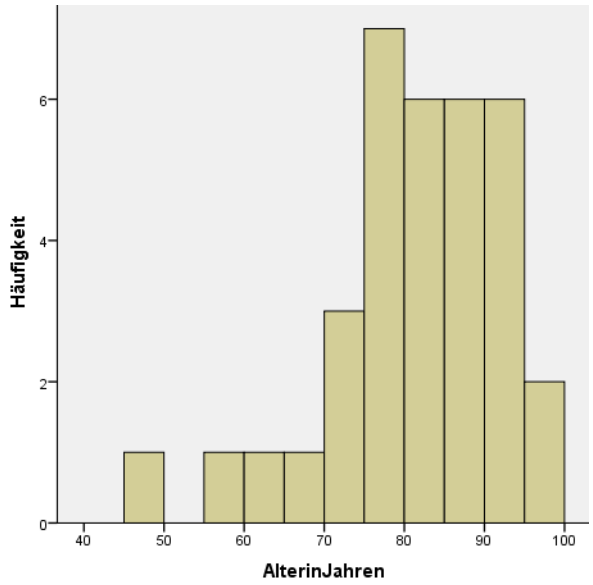

Abbildung2. Altersverteilung in Gesamtstichprobe

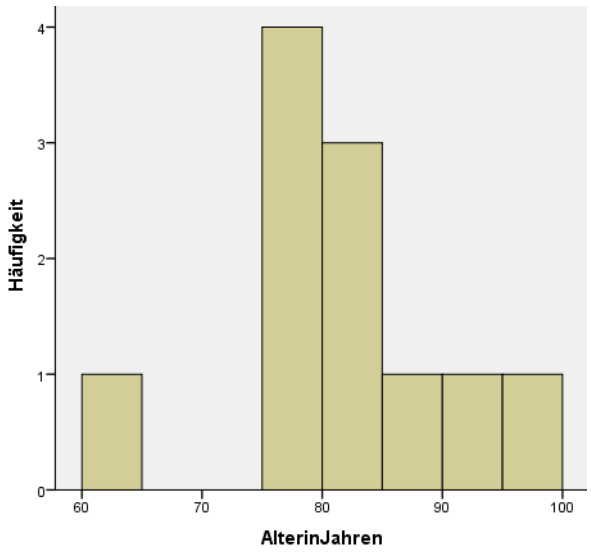

Abbildung3. Altersverteilung in der Kontrollgruppe

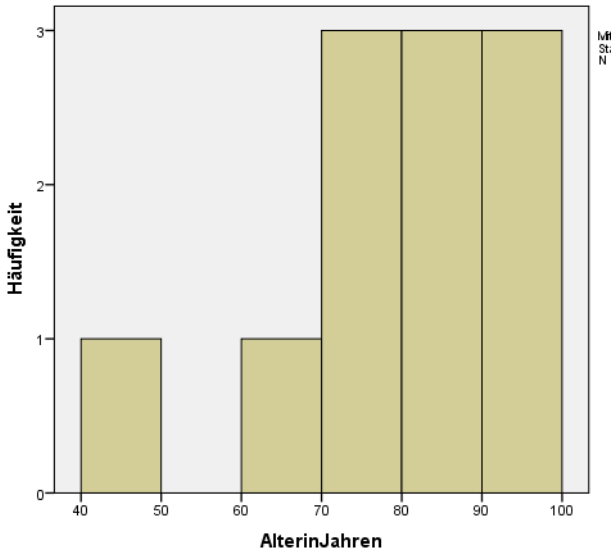

Abbildung4. Altersverteilung in der Kreativgruppe

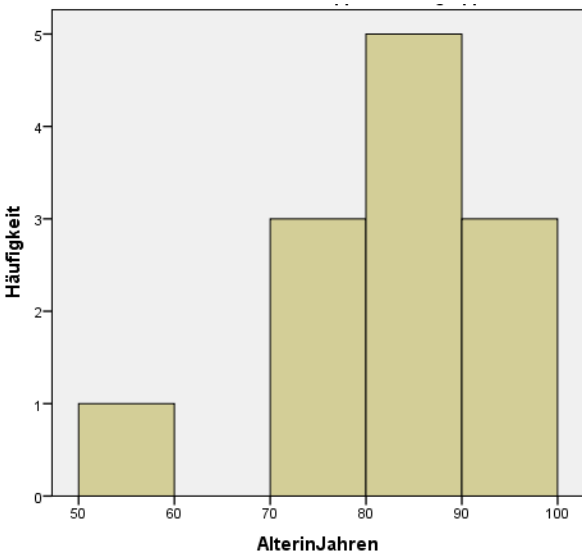

Abbildung5. Altersverteilung in der Gartengruppe

7.1.3 Bildung und Beruf

Um die Stichprobe möglichst repräsentativ zu beschreiben wurde auch der Bildungsstand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben. 12% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügten über einen Volkschulabschluss, 15% einen Hauptschulabschluss, mit 68% hatte mehr als jede oder jeder zweite eine Lehre absolviert oder die Berufsschule besucht. Jeweils eine Person der Stichprobe gab als höchsten Bildungsabschluss Gymnasium oder Universität an (jeweils 3%). Der Bildungsgrad der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der einzelnen Gruppen ist nachfolgender Tabelle 2 abzulesen.

Tabelle 2
Höchst abgeschlossene Ausbildung

Ausbildung	Häufigkeit			Gesamt
	Kontrollgruppe	Gartengruppe	Kreativgruppe	
Volkschule	1	2	1	4
Hauptschule	3	0	2	5
Lehre/ Berufsschule	7	9	7	23
Gymnasium	0	1	0	1
Universität	0	0	1	1
Gesamt	11	12	11	34

Der Chi Quadrat-Test nach Pearson ergab mit $\chi^2(10,34) = 8.70$, $p = .560$ keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Verteilung des Bildungsstandes in den Untersuchungsgruppen.

Die Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner waren hauptberuflich in der Verwaltung (sieben Personen), Schneiderei (sieben Personen), im Verkauf (fünf Personen), im Gastgewerbe (fünf Personen) oder im Handwerk (vier Personen) beschäftigt. Vereinzelt arbeiteten die Bewohnerinnen und Bewohner in der Industrie, als Polizist, Lehrer, Künstlerin oder in der Landwirtschaft. Auch für die Berufsgruppen ergab der Chi Quadrat-Test nach Pearson mit $\chi^2(16,34) = 11.74$, $p = .761$ keinen signifikanten Unterschied in der Verteilung der Gruppen.

7.1.4 Heimaufenthaltsdauer

Für die Feststellung der Heimaufenthaltsdauer wurde das Einzugsdatum der Bewohnerin oder des Bewohners in das Kolpinghaus Wien-Leopoldstadt erhoben. Als Stichtag wurde ebenfalls der 30.06.2014 gewählt. Die Heimaufenthaltsdauer wurde in Monaten berechnet.

Für die Gesamtstichprobe war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 16.97 Monate, das Minimum lag bei einem Monat (diese Person wurde vor einigen Wochen neuaufgenommen) und das Maximum bei 32 Monaten (2.6 Jahre). In der Gartengruppe lag die durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer bei 15.92 Monaten

(Min = 1, Max = 31 Monate). In der Kreativgruppe lag der Mittelwert bei 16.45 Monaten (Min = 6, Max = 28 Monate).In der Kontrollgruppe lebten die Bewohnerinnen und Bewohner im Schnitt bereits 18.64 Monate im Haus, wobei die kürzeste Aufenthaltsdauer bei 3 Monaten lag, die längste Aufenthaltsdauer lag bei 32 Monaten. Anzumerken ist, dass die eher niedrig erscheinende durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer darauf zurückzuführen ist, dass das Kolpinghaus Wien-Leopoldstadt erst im Jahr 2011 eröffnet wurde. Eine einfaktorielle Varianzanalyse mit $F(2,34) = .25$, $p = .784$ zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Heimaufenthaltsdauer.

7.1.5 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand wurde mithilfe der bewilligten Pflegestufe erhoben. In Österreich gibt es sieben Pflegestufen, wobei sich die Höhe der Pflegestufe nach dem monatlichen Pflegebedarf richtet, die Festlegung erfolgt durch eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Pflegefachkraft(Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014).

Im Durchschnitt hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Pflegestufe von 4.12, Min = 2, Max = 6. Die Mittelwerte der Gruppen variierten zwischen 4.00 (Gartengruppe) und 4.27 (Kreativgruppe), der Mittelwert der Kontrollgruppe lag mit 4.09 dazwischen.

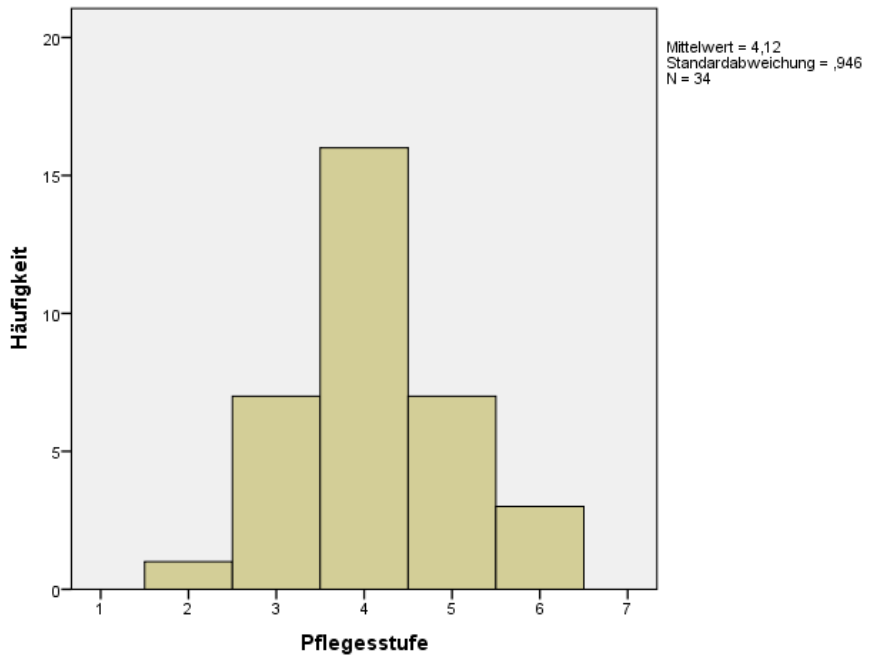

Abbildung 6. Verteilung der Pflegestufen in der Gesamtstichprobe

Der Chi Quadrat-Test ergab mit einem Wert von $\chi^2(8,34) = 8.57$, $p = .380$ dass sich die Gruppen bezüglich der Pflegestufen sich signifikant voneinander unterschieden.

7.1.6 Mobilität

Im Fragebogen wurde die Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner erhoben. Diese Variable dient der Beschreibung der Stichprobe und wird in der Analyse nicht weiter berücksichtigt. Von den 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich 16 Personen mit Hilfe eines Rollators fortbewegt, 11 waren im Rollstuhl selbstständig mobil. Eine Person ging am Stock und sechs Personen waren ohne Gehhilfe unterwegs. In Tabelle 3 ist die Verteilung der Mobilität in den Gruppen veranschaulicht.

Tabelle 3
Verteilung der Mobilität in den Untersuchungsgruppen

Mobilität	Häufigkeit			Gesamt
	Kontrollgruppe	Gartengruppe	Kreativgruppe	
Rollstuhl	4	4	3	11
Rollator	4	6	6	16
Stock/ Krücke	0	1	0	1
Ohne Gehhilfe	3	1	2	6
Gesamtsumme	11	12	11	34

Der Chi Quadrat-Test ergab mit $\chi^2(6,34) = 3.57$, $p = .735$ dass sich die Gruppen bezüglich der Mobilität nicht signifikant voneinander unterscheiden.

7.1.7 Besachwalterung

Insgesamt waren von den 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sieben Personen besachwaltet. In der Gartengruppe waren drei Personen besachwaltet, in der Kreativgruppe und in der Kontrollgruppe hatten jeweils zwei Personen eine Sachwalterin oder einen Sachwalter. Der Chi Quadrat-Test ergab mit einem Wert von $\chi^2(2,34) = .22$, $p = .895$, dass sich die Gruppen bezüglich der Besachwalterung nicht signifikant voneinander unterschieden.

7.1.8 Familienstand

Um die Stichprobe möglichst repräsentativ zu beschreiben wurde auch der Familienstand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben. Mit 53% waren mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (18 Personen) verwitwet, 10 Personen (29%) gaben an alleinstehend zu sein, zwei Personen (6%) waren geschieden oder getrennt und nur vier Personen (12%) gaben an, verheiratet zu sein. Der Chi Quadrat-Test nach Pearson ergab mit $\chi^2(6,34) = 3,76$, $p = .709$ keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Verteilung des Bildungsstandes in den Untersuchungsgruppen.

7.1.9 Mini Mental Status Test

Mit dem Mini Mental Status Test (Folstein et al., 1975) wurden die mentalen Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfasst. Es können zwischen 0 und 30 Punkten erreicht werden. Ein Wert von 30 bis 27 Punkte gilt als unauffällig, 26 bis 20 Punkte weisen auf eine leichte Demenz, 19 bis 10 Punkte auf eine mittelschwere Demenz und 10 bis 0 Punkte auf eine schwere Demenz hin (Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie, o. J.). Der Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt bei 21.29 Punkten (Min = 11, Max = 29). In der Gartengruppe lag der Mittelwert bei 22.42, in der Kreativgruppe bei 21.27 und in der Kontrollgruppe bei 20.09 Punkten. Die einfaktorielle Varianzanalyse zeigte mit $F(2,34) = .53$, $p = .593$ keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der kognitiven Fähigkeiten. In den Abbildungen 7 bis 10 sind die Verteilungen der MMST-Werte für die Gesamtstichprobe und die einzelnen Gruppen dargestellt.

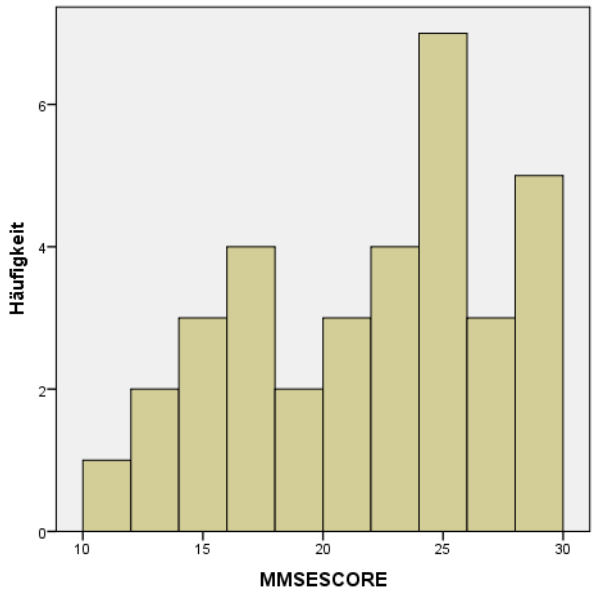

Abbildung 7. Verteilung der MMST-Werte in der Gesamtstichprobe

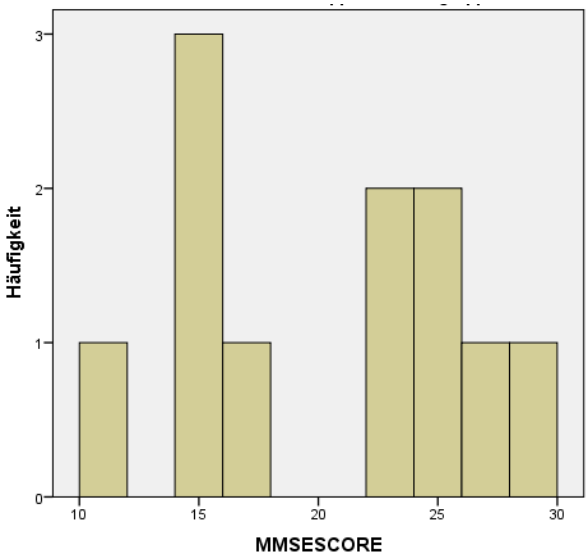

Abbildung 8. Verteilung der MMST-Werte in der Kontrollgruppe

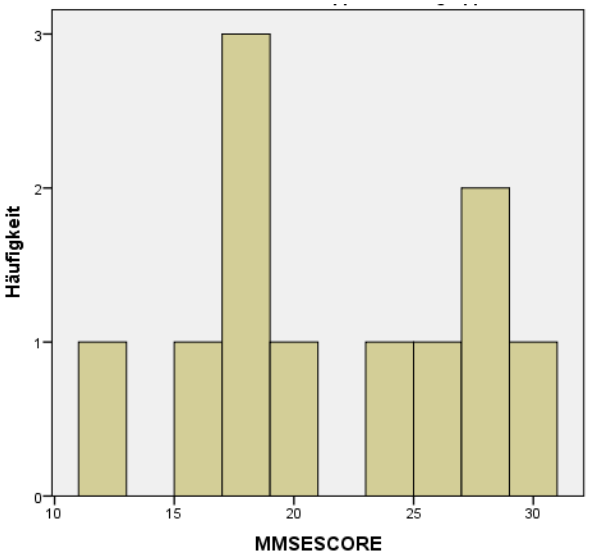

Abbildung 9. Verteilung der MMST-Werte in der Kreativgruppe

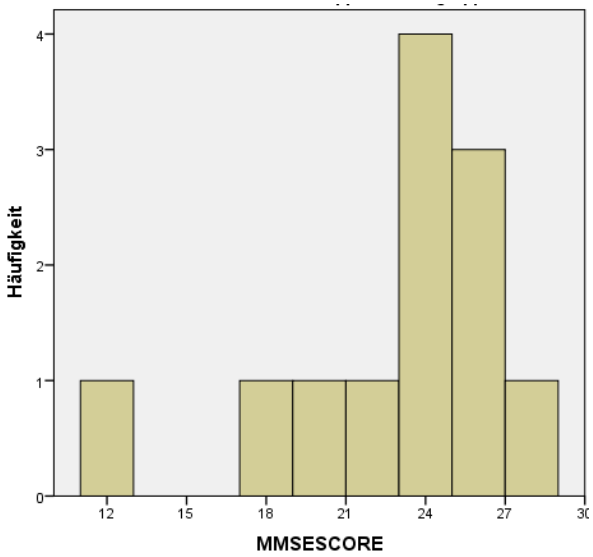

Abbildung 10. Verteilung der MMST-Werte in der Gartengruppe

7.1.10 Aktivität

Neben der Gartengruppe und der Kreativgruppe nahmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie weiterhin an ihren Freizeitaktivitäten teil. Die Summe der Aktivitäten wurden erhoben, um erstens, die Stichprobe zu beschreiben, zweitens, um sicherzustellen, dass eventuelle Effekte in den untersuchten Dimensionen (Depressivität, Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstwert) nicht auf Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen in Bezug auf zusätzliche Aktivitäten zurückzuführen sind und drittens, um zu prüfen, ob ein Zusammenhang zwischen den erhobenen Dimensionen und der Aktivität besteht.

Jede Einheit der angebotenen Freizeitaktivitäten dauerte eine Stunde, bis auf die „Bunte Gruppe „die ca. vier Stunden pro Tag in Anspruch nahm. Im Rahmen der Bunten Gruppe verbringen die Bewohnerinnen und Bewohner im kleinen Kreis die Vormittag und Nachmittage miteinander, wobei sie von einer Heimhelferin und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen im Rahmen des freiwilligen sozialen Jahrs individuell betreut werden.

Im Rahmen der zwei Befragungszeitpunkte wurde die Anzahl der Aktivitäten der Woche vom 30. Juni bis 06. Juli 2014 und des 01. bis 07. September 2014 für jede Person

mithilfe des hausinternen Dokumentationssystems erhoben. Beide Wochen spiegeln die Mitte der Erhebungen wieder. Im Schnitt nahmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie vor Beginn und nach Ende der beiden Gruppen an fünf bis sechs Aktivitäten pro Woche teil (Min = 0, Max = 19 Einheiten).

Die einfaktorielle Varianzanalysen zeigten mit $F(2,34) = .81$, $p = .453$ zum ersten Zeitpunkt und mit $F(2,34) = .37$, $p = .695$ zum zweiten Zeitpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen bezüglich der wöchentlichen Aktivitäten.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurde außerdem erfragt, an welchen Aktivitäten die Personen teilnehmen würden. 62% (21 Personen) gaben an, an Bewegungsgruppen wie Sitzgymnastik, Yoga, Sitzfußball oder Sitztanz teilzunehmen. Ähnlich gut besucht waren die Bastelgruppe oder die Singgruppe mit 59%. Sieben Personen hatten zumindest einmal pro Woche Ergotherapie und/oder Physiotherapie Einheiten. Eine Teilnehmerin absolvierte zwei Mal pro Woche ein kognitives Training am Computer, vier Personen besuchten die wöchentliche Gedächtnisgruppe. Die Sonntagsmesse in der hauseigenen Kapelle besuchten 71% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Acht Personen nahmen an der Bunten Gruppe teil. Sieben Personen gaben an, an keinen Aktivitäten im Haus teilzunehmen. Viele hausinterne Aktivitäten, wie zum Beispiel die Theaterwerkstatt, „Alt und Jung Aktivitäten“ oder Spiele wurden von den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht explizit genannt, da diese nur unregelmäßig stattfinden.

7.1.11 Naturerfahrung/ Kunsterfahrung

Im Rahmen der Befragung wurde erhoben, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer früher viel Zeit in der Natur oder mit Kunst verbracht haben und mit welchen Aktivitäten diese Zeit genützt wurde. Generell zeigte sich, dass 31 Personen (91%) von Naturerfahrungen berichteten, aber nur 10 Personen (29%) Erfahrungen mit künstlerischen Aktivitäten angaben.

Die Verteilung in den Gruppen gestaltete sich recht gleichmäßig, in der Gartengruppe und in der Kontrollgruppe gaben jeweils 10 Personen an, früher viel Zeit in der Natur verbracht zu haben, in der Kreativgruppe waren es 11 Personen. Im Vergleich

dazu berichteten jeweils drei Personen in der Gartengruppe und in der Kontrollgruppe früher viel Zeit mit einem kreativen Hobby verbracht zu haben, in der Kreativgruppe waren es vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Der Chi Quadrat-Test nach Person ergab mit $\chi^2(2,34) = 1.98$, $p = .371$ keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Verteilung der Naturerfahrung, und mit $\chi^2(2,34) = .39$, $p = .822$ keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Verteilung der Kunsterfahrung in den Untersuchungsgruppen.

Während die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von verschiedenen Aktivitäten in der Natur berichteten (siehe Tabelle 4), gaben fünf Personen an, beruflich mit Kreativität zutun gehabt zu haben und sieben Personen hatten kreative Hobbies. 27 Personen hatten keine Erfahrungen mit kreativen Aktivitäten.

Tabelle 4

Aktivität in der Natur

Wofür haben Sie die Zeit in der Natur genützt?	Häufigkeit
Gärtnern/ Freizeit	16
Camping/ Wandern	17
Ausflüge/ Grillen	15
Arbeit	5
Sport	9
Versorgung	3
Keine Zeit in der Natur verbracht	3

7.1.12 Erwartungen an die Gruppen

Des Weiteren wurde erhoben, welche Erwartungen die Probandinnen und Probanden an Garten,- und Kreativgruppe hatten, Mehrfachnennungen waren möglich. Dreiundzwanzig Personen gaben an, sich von der Gartengruppe zu erwarten, dass mit Pflanzen gearbeitet werden würde, jeweils sieben Personen nannten als Erwartung neues auszuprobieren und die Gartengruppe als eine Aktivität im Freien. Vier Personen erwarteten sich eine sinnvolle Tätigkeit und zwei Personen gaben an soziale Kontakte

knüpfen zu können. Fünf Personen hatten keine Vorstellung davon, was sie in einer Gartengruppe erwarten würde.

Zu den Erwartungen an die Kreativgruppe zählte mit Farben und Materialien arbeiten (22 Nennungen), 14 Personen erwarteten sich davon neues ausprobieren zu können, elf Personen erwarteten eine kreative Aktivität vorzufinden. Jeweils zwei Personen erwarteten sich soziale Kontakte und eine sinnvolle Tätigkeit, neun Personen konnten keine Erwartungen an die Kreativgruppe nennen.

7.1.13 Anwesenheit in den Gruppen

Im Durchschnitt nahmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer 6.91 Mal an der Garten,- oder Kreativgruppe teil (Min = 6, Max = 8). Die Mittelwerte der Gruppen variierten zwischen 7.08 (Gartengruppe) und 6.73 (Kreativgruppe). Die dokumentierten Anwesenheitslisten sind in Tabelle 5 und Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 5
Anwesenheit in der Gartengruppe

Personen	Abgehaltene Termine								Gesamt pro Person
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	G	G	-	G	G	G	G	G	7
2	-	G	G	G	G	G	G	G	7
3	G	G	G	G	G	G	-	G	7
4	G	G	G	G	-	G	G	G	7
5	G	G	G	G	G	G	G	G	8
6	-	G	G	G	G	G	G	-	6
7	G	G	G	G	G	-	G	G	7
8	G	G	G	G	G	G	-	G	7
9	G	G	G	G	G	G	G	G	8
10	-	-	G	G	G	G	G	G	6
11	G	G	G	G	G	-	G	G	7
12	G	G	G	G	G	G	G	G	8
Gesamt pro Termin	9	11	11	12	11	10	10	11	

Anmerkung G bedeutet Anwesenheit in der Gartengruppe

Tabelle 6
Anwesenheit in der Kreativgruppe

Personen	Abgehaltene Termine								Gesamt pro Person
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	K	K	K	K	-	K	K	K	7
2	-	K	K	K	K	K	-	K	6
3	-	K	K	K	K	-	K	K	6
4	K	K	-	K	K	K	-	K	6
5	-	K	K	K	K	K	K	K	7
6	K	K	K	K	K	K	K	-	7
7	K	-	K	K	K	K	K	K	7
8	K	K	K	K	K	K	K	K	8
9	K	K	K	-	-	K	K	K	6
10	K	K	K	K	K	K	K	K	8
11	-	K	K	-	K	K	K	K	6
Gesamt pro Termin	7	10	10	9	9	10	9	10	

Anmerkung K bedeutet Anwesenheit in der Kreativgruppe

Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab mit $F(1,23) = 1.38$, $p = .254$ keinen signifikanten Unterschied zwischen Garten,- und Kreativgruppen bezogen auf die Anwesenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der jeweiligen Gruppe.

7.2 Ergebnisse zu den Hypothesen

In diesem Abschnitt der Ergebnisdarstellung findet sich die statistische Analyse der aufgestellten Hypothesen. Die Voraussetzungen für die MANOVA with Repeated Measures und Mixed Design waren gegeben. Die abhängigen Variablenwaren intervallskaliert, der Komolgorov-Smirnov-Test zur Prüfung der Normalverteilung pro Gruppe war mit wenigen Ausnahmen nicht signifikant, jeweils in der Dimension Lebenszufriedenheit konnte in der Kreativgruppe zu Testzeitpunkt 1 ($p = .023$) und in der Gartengruppe zu Testzeitpunkt 2 (T2; $p = .021$) die Normalverteilung nicht angenommen werden. Des Weiteren fielen die Levene-Tests zur Prüfung der Homogenität der Varianzen nicht signifikant aus, die Ergebnisse sind Tabelle 7 zu entnehmen. Der Box-Test war mit $F(72,34) = 1.12$, $p = .229$ nicht signifikant. In Tabelle 8 sind die statistischen Kennwerte der abhängigen Variablen aufgelistet:

Tabelle 7
Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

	F	df1	df2	Signifikanz
Rosenberg Selbstwert Skala T1	.49	2	31	.615
Rosenberg Selbstwert Skala T2	1.57	2	31	.223
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung T1	1.26	2	31	.299
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung T2	3.00	2	31	.064
Satisfaction With Life Scale T1	.89	2	31	.421
Satisfaction With Life Scale T2	1.45	2	31	.251

Tabelle 8
Deskriptivstatistik der untersuchten Dimensionen

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Lebenszufriedenheit Zeitpunkt 1	Kontrollgruppe	24.00	5.16
	Gartengruppe	23.42	5.40
	Kreativgruppe	24.73	5.83
Lebenszufriedenheit Zeitpunkt 2	Kontrollgruppe	21.45	3.62
	Gartengruppe	27.33	5.71
	Kreativgruppe	24.45	4.95
Selbstwert Zeitpunkt 1	Kontrollgruppe	17.64	4.32
	Gartengruppe	16.33	4.76
	Kreativgruppe	18.09	5.49
Selbstwert Zeitpunkt 2	Kontrollgruppe	15.27	4.98
	Gartengruppe	20.58	3.03
	Kreativgruppe	19.09	4.21
Selbstwirksamkeit Zeitpunkt 1	Kontrollgruppe	26.18	4.22
	Gartengruppe	25.83	3.38
	Kreativgruppe	26.82	5.44
Selbstwirksamkeit Zeitpunkt 2	Kontrollgruppe	25.09	5.24
	Gartengruppe	29.08	2.84
	Kreativgruppe	26.64	5.89

7.2.1 zu Fragestellung 1

Behandelt wurde die Frage, ob sozial-therapeutisches Gärtnern einen Einfluss auf die personalen Ressourcen von Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung hat.

7.2.1.1 Ergebnisse zum Konstrukt Lebenszufriedenheit

1.1) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Lebenszufriedenheit zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2.

Ergebnisse der MANOVA with Repeated Measures und Mixed Design

Die MANOVA with Repeated Measures und Mixed Design zeigt kein signifikantes Ergebnis bezüglich des Haupteffektes Zeitpunkt $F(1,2) = .18$, $p = .678$, $\eta^2_p = .01$ und Gruppe $F(1,2) = 1.03$, $p = .368$, $\eta^2_p = .06$. Das bedeutet, dass es weder zwischen den Zeitpunkten, noch zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede gibt. Allerdings gibt es einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeitpunkt und Gruppe $F(1,2) = 4.81$, $p = .015$, $\eta^2_p = .24$. Das bedeutet, dass es Unterschiede zwischen den Gruppen zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 gibt. Nach Cohen (1988) liegt ein kleiner Effekt vor.

Die Simple Main Effects Analysis für die Gruppen zeigt, dass die Gartengruppe signifikant höhere Werte in der Lebenszufriedenheit zu Zeitpunkt 2 aufweist als die Kontrollgruppe ($p = .021$), es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der Kreativgruppe ($p = .499$). Die Simple Main Effects Analysis für die Zeitpunkte zeigt, dass sich die Werte der Gartengruppe zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 signifikant verändert haben ($p = .012$). Die Werte der Kontrollgruppe ($p = .107$) und die der Kreativgruppe ($p = .860$) haben sich über die Zeitpunkte nicht signifikant verändert.

Betrachtet man den Verlauf des Profildiagramms (siehe dazu Abbildung 11) erkennt man bei der Gartengruppe (T1: $M = 23.42$; T2: $M = 27.33$), dass der Mittelwert der Lebenszufriedenheit zwischen den Zeitpunkten zunimmt, während der Mittelwert in der Kreativgruppe (T1: $M = 24.73$; T2: $M = 24.45$), und in der Kontrollgruppe (T1: $M = 24.00$; T2: $M = 21.45$) abnimmt.

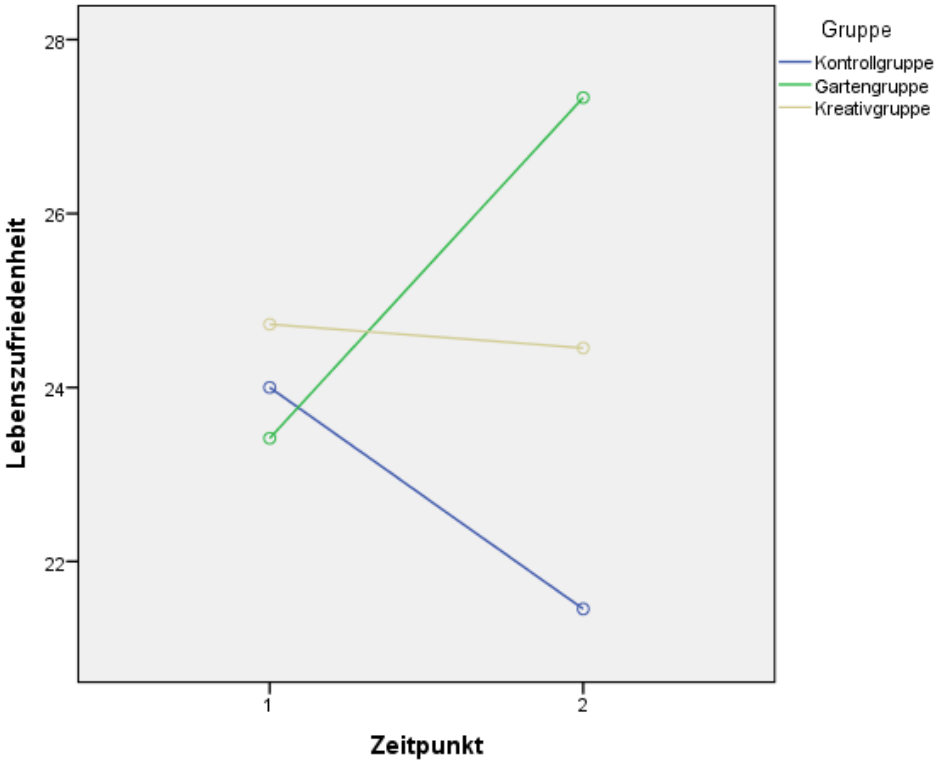

Abbildung 11. Verlauf der Lebenszufriedenheit über die Zeitpunkte

Die Alternativhypothese 1.1 kann angenommen werden, sozial-therapeutisches Gärtnern hat einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit von Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung.

7.2.1.2 Ergebnisse zum Konstrukt Selbstwert

1.2) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Selbstwert zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2.

Ergebnisse der MANOVA with Repeated Measures und Mixed Design

Die MANOVA with Repeated Measures und Mixed Design zeigt kein signifikantes Ergebnis bezüglich des Haupteffektes Zeitpunkt $F(1,2) = 1.46$, $p = .236$, $\eta^2_p = .05$, und Gruppe $F(1,2) = 1.09$, $p = .350$, $\eta^2_p = .07$. Das bedeutet, dass es weder zwischen den Zeitpunkten, noch zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede gibt. Allerdings gibt es einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeitpunkt und Gruppe $F(1,2) = 5.84$, $p = .007$, $\eta^2_p = .27$. Das bedeutet, dass es signifikante Unterschiede

zwischen den Gruppenzwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 gibt. Nach Cohen (1988) ist der Effekt als klein einzustufen.

Die Simple Main Effects Analysis für die Gruppen zeigt, dass die Gartengruppe signifikant höhere Werte im Selbstwert zu Zeitpunkt 2 aufweist als die Kontrollgruppe (p = .011), es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der Kreativgruppe (p = 1.000). Die Simple Main Effects Analysis für die Zeitpunkte zeigt, dass sich die Werte der Gartengruppe zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 signifikant verändert haben (p = .003). Die Werte der Kontrollgruppe (p = .101) und die der Kreativgruppe (p = .480) haben sich über die Zeitpunkte nicht signifikant verändert.

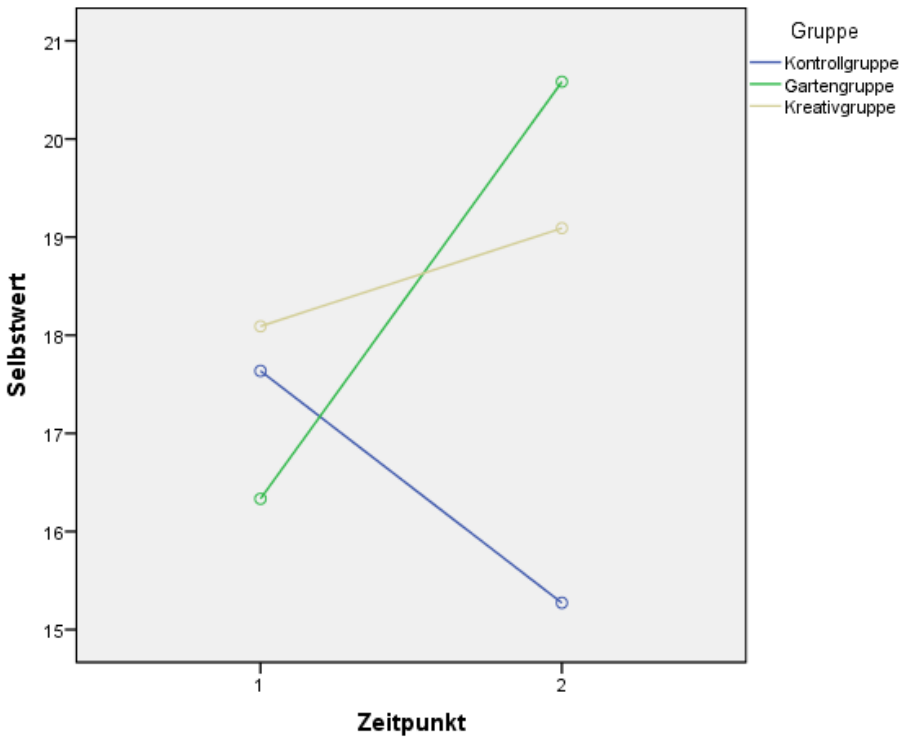

Abbildung 12. Verlauf des Selbstwertes über die Zeitpunkte

Betrachtet man den Verlauf des Profildiagramms (siehe dazu Abbildung 12) erkennt man bei der Gartengruppe (T1: M = 16.33; T2: M = 20.58) und bei der Kreativgruppe (T1: M = 18.09; T2: M = 19.09), dass der Mittelwert des Selbstwertes zwischen den Zeitpunkten zunimmt, während der Mittelwert in der Kontrollgruppe (T1: M = 17.64; T2: M = 15.27) abnimmt. Auch die eingesetzten statistischen Verfahren

zeigen die signifikanten Unterschiede der Gartengruppe. Die Alternativhypothese 1.2 kann angenommen werden, sozial-therapeutisches Gärtnern hat einen Einfluss auf den Selbstwert von Menschen in einer Langzeitpflegeeinrichtung.

7.2.1.3 Ergebnisse zum Konstrukt Selbstwirksamkeit

1.3) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Selbstwirksamkeit zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2

Ergebnisse der MANOVA with Repeated Measures und Mixed Design

Die MANOVA with Repeated Measures und Mixed Design zeigt kein signifikantes Ergebnis bezüglich des Haupteffektes Zeitpunkt $F(1,2) = .96$, $p = .334$, $\eta^2_p = .03$, und Gruppe $F(1,2) = .56$, $p = .580$, $\eta^2_p = .04$. Das bedeutet, dass es weder zwischen den Zeitpunkten, noch zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede gibt. Allerdings gibt es einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeitpunkt und Gruppe $F(1,2) = 3.98$, $p = .029$, $\eta^2_p = .20$. Das bedeutet, dass es Unterschiede zwischen den Gruppen zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 gibt. Der Effekt ist als klein einzustufen (Cohen, 1988). Betrachtet man den Verlauf des Profildiagramms (siehe Abbildung 13) erkennt man bei der Gartengruppe (T1: $M = 25.83$; T2: $M = 29.08$), dass der Mittelwert der Selbstwirksamkeit zwischen den Zeitpunkten zunimmt, während der Mittelwert in der Kreativgruppe (T1: $M = 26.82$; T2: $M = 26.64$), und in der Kontrollgruppe (T1: $M = 26.18$; T2: $M = 25.09$) abnimmt. Die Simple Main Effects Analysis zeigt jedoch, dass die sich Gartengruppe bezüglich der Selbstwirksamkeit zu Zeitpunkt 2 nicht von der Kontrollgruppe ($p = .164$) und der Kreativgruppe ($p = .690$) unterscheidet. Die Simple Main Effects Analysis für die Zeitpunkte zeigt, dass sich die Werte der Gartengruppe zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 signifikant verändert haben ($p = .007$). Die Werte der Kontrollgruppe ($p = .362$) und die der Kreativgruppe ($p = .879$) haben sich über die Zeitpunkte nicht signifikant verändert. Eine einfaktorielle Varianzanalyse der Differenzen von Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen $F(2,34) = 3.977$, $p = .029$, $\eta^2_p = .204$. Dem Bonferroni Posthoc-Test zufolge gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen der Gartengruppe und der Kontrollgruppe ($p = .032$) bezüglich der Differenzen zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2.

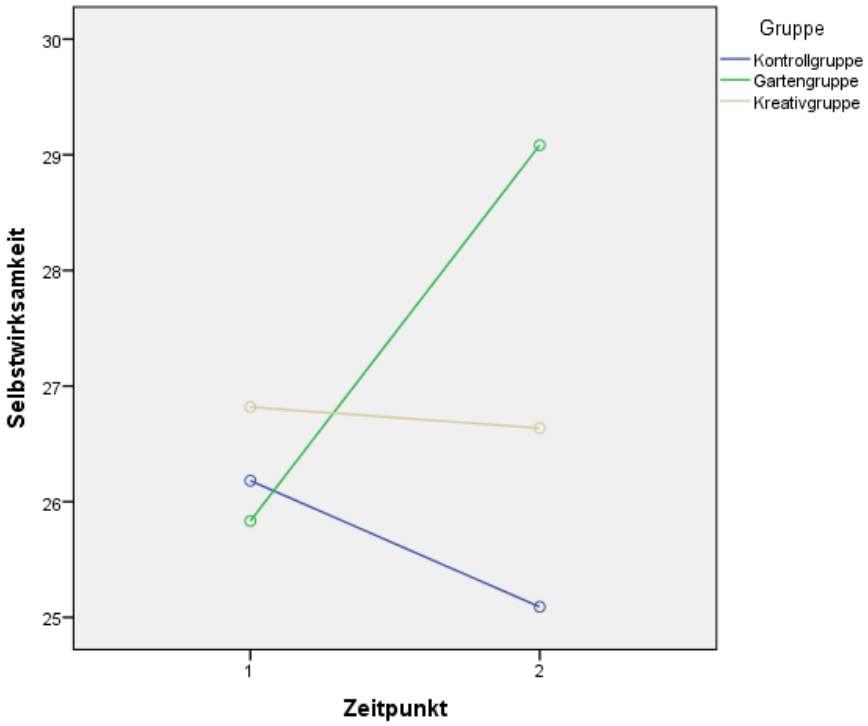

Abbildung 13. Verlauf der Selbstwirksamkeit über die Zeitpunkte

Bei Betrachtung des Interaktionsdiagrammes zeigt sich, dass es einen Anstieg der Selbstwirksamkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten in der Gartengruppe gibt. Die Simple Main Effects Analysis für die Gruppe sowie die Varianzanalyse für Zeitpunkt 2 zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die MANOVA und die Simple Main Effects Analysis für die Zeitpunkte sprechen jedoch für eine Veränderung. Die Alternativhypothese 1.3 kann somit angenommen werden, sozial-therapeutisches Gärtnern hat einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit von Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung.

7.2.2 zu Fragestellung 2

Die Voraussetzungen für die ANOVA with Repeated Measures waren gegeben. Die abhängige Variable war intervallskaliert, der Komolgorov-Smirnov-Test zur Prüfung der Normalverteilung pro Gruppe war mit einer Ausnahme jeweils nicht signifikant, in der Gartengruppe konnte zu Zeitpunkt 2 die Normalverteilung nicht angenommen werden (p = .015). Des Weiteren fiel der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen nicht signifikant aus (T1: $F(2,31)$ = .21, p = .809, T2: $F(2,31)$ = 2.90,

p = .070). In folgender Tabelle 9 sind die statistischen Kennwerte der Dimension Depressivität aufgelistet.

Tabelle 9
Deskriptive Statistik zur Depressivität

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Depressivität Zeitpunkt 1	Kontrollgruppe	1.36	1.748
	Gartengruppe	1.92	1.676
	Kreativgruppe	1.36	1.502
Depressivität Zeitpunkt 2	Kontrollgruppe	3.18	2.228
	Gartengruppe	1.00	1.348
	Kreativgruppe	2.18	2.123

Behandelt wurde die Frage, ob sozial-therapeutisches Gärtnern einen Einfluss auf die Depressivität von Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung hat.

2) H1: Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppen und Zeitpunkt in der Dimension Depressivität zwischen der Gartengruppe und den beiden Kontrollgruppen zwischen Erhebungszeitpunkt 1 und Erhebungszeitpunkt 2.

Ergebnisse der ANOVA with Repeated Measures and Mixed Design

Die ANOVA with Repeated Measures zeigt ein signifikantes Ergebnis bezüglich des Haupteffektes Zeitpunkt $F(1,2) = 6.15$, $p = .019$, $\eta^2_p = .17$ das bedeutet, dass es zwischen den Zeitpunkten signifikante Unterschiede gibt. Es gibt kein signifikantes Ergebnis bezüglich des Haupteffektes der Gruppe $F(1,2) = .56$, $p = .580$, $\eta^2_p = .04$. Des Weiteren gibt es einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeitpunkt und Gruppe $F(1,2) = 12.22$, $p < .001$, $\eta^2_p = .44$. Das bedeutet, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 gibt. Die Stärke des Effekts ist als klein bis moderat anzusehen (Cohen, 1988).

Die Simple Main Effects Analysis für die Gruppen zeigt, dass die Gartengruppe signifikant höhere Werte in der Lebenszufriedenheit zu Zeitpunkt 2 aufweist als die Kontrollgruppe (p = .038), es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der

Kreativgruppe (p = .487). Die Simple Main Effects Analysis für die Zeitpunkte zeigt, dass sich sowohl die Werte der Gartengruppe zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 signifikant verändert haben (p = .025) als auch die Werte der Kontrollgruppe (p < .001). Die Werte der Kreativgruppe (p = .053) haben sich über die Zeitpunkte nicht signifikant verändert.

Betrachtet man den Verlauf des Profildiagramms (siehe dazu Abbildung14) erkennt man bei der Gartengruppe (T1: M = 1.92; T2: M = 1.00), dass der Mittelwert der Depressivität zwischen den Zeitpunkten abnimmt, während der Mittelwert in der Kreativgruppe (T1: M = 1.36; T2: M = 2.18), und in der Kontrollgruppe (T1: M = 1.36; T2: M = 3.18), zunimmt.

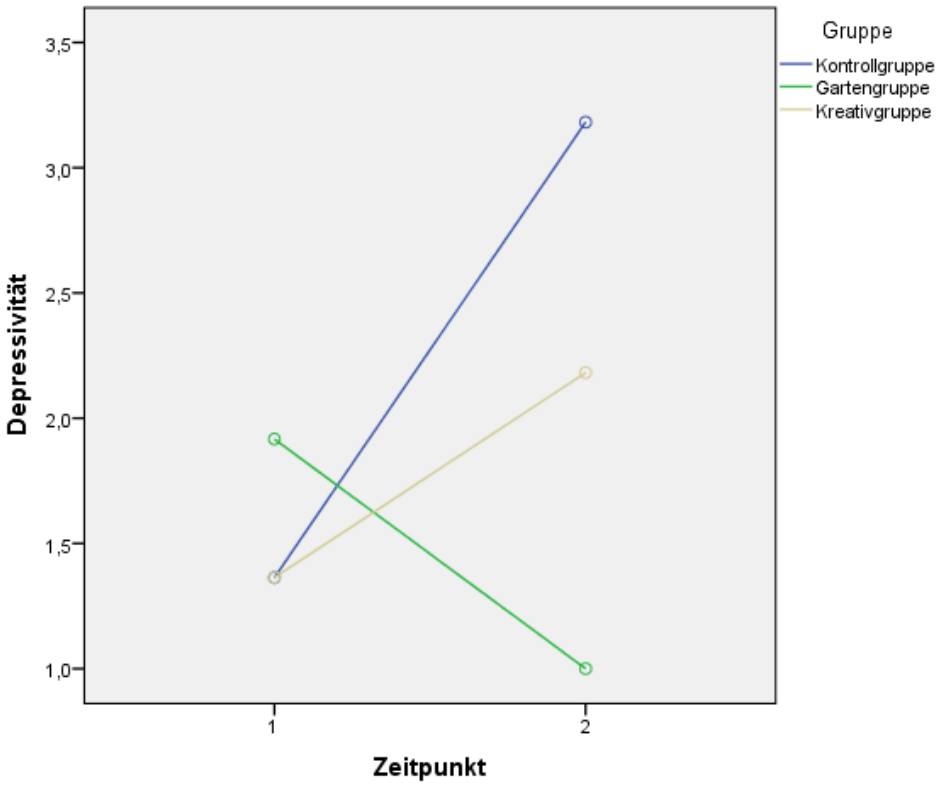

Abbildung 14. Verlauf der Depressivität über die Zeitpunkte

Bei Betrachtung des Interaktionsdiagrammes zeigt sich, dass es einen Anstieg der Selbstwirksamkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten in der Gartengruppe gibt. Auch die statistischen Verfahren zeigen signifikante Verbesserungen in der

Gartengruppe. Die Alternativhypothese 2 kann somit angenommen werden, sozial-therapeutisches Gärtnern hat einen positiven Einfluss auf die Depressivität von Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung.

7.2.3 zu Fragestellung 3

Behandelt wurde die Frage, ob es einen Zusammenhang von Aktivität mit den persönlichen Ressourcen bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitpflege-Einrichtung gibt. Es war von Interesse, ob es zwischen den Dimensionen, Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit und Selbstwert, und dem Ausmaß an Aktivität signifikante Zusammenhänge gibt, da die Wichtigkeit der Aktivität in Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden in der Literatur beschrieben wurde(siehe Abschnitt 1.6). Für jede Dimension wurde eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson gerechnet, da die Voraussetzung der Intervallskalierung der Daten gegeben war. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesen 3.1 bis 3.3 dargestellt.

7.2.3.1 Ergebnisse zum Konstrukt Lebenszufriedenheit

Behandelt wurde die Frage, ob es einen Zusammenhang von Aktivität mit der Lebenszufriedenheit bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitpflege-Einrichtung gibt.

3.1) H1: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1 und zum Erhebungszeitpunkt 2.

Ergebnisse der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson

Bezüglich Hypothese 3.1 ergab die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Aktivität und der Dimension Lebenszufriedenheit. An Tabelle 10 kann abgelesen werden, dass ein moderater positiver Zusammenhang zwischen der Aktivität und der Lebenszufriedenheit besteht. Das bedeutet, dass Alternativhypothese 3.1 angenommen werden kann, je höher das Ausmaß an Aktivität ist, desto höher ist die Lebenszufriedenheit.

Tabelle 10
Korrelation zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit

Zeitpunkt	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	*N*
1. Messung	.37	.030	34
2. Messung	.35	.045	34

7.2.3.2 Ergebnisse zum Konstrukt Selbstwirksamkeit

Behandelt wurde die Frage, ob es einen Zusammenhang von Aktivität mit der Selbstwirksamkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitpflege-Einrichtung gibt.

3.2) H1: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Selbstwirksamkeit und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1und zum Erhebungszeitpunkt 2.

Ergebnisse der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson

In Bezug auf Hypothese 3.2 wurde mit Hilfe der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson bei beiden Testzeitpunkten kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Aktivität und der Höhe der Selbstwirksamkeit gefunden werden, daher muss Hypothese 3.2 verworfen werden. Die Ergebnisse der berechneten Korrelationen sind in Tabelle 11 abgebildet.

Tabelle 11
Korrelation zwischen Aktivität und Selbstwirksamkeit

Zeitpunkt	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	*N*
1. Messung	.24	.179	34
2. Messung	.10	.565	34

7.2.3.3 Ergebnisse zum Konstrukt Selbstwert

Behandelt wurde die Frage, ob es einen Zusammenhang von Aktivität mit dem Selbstwert bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitpflege-Einrichtung gibt.

3.3) H1: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1 und zum Erhebungszeitpunkt 2.

Ergebnisse der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen Aktivität und Selbstwert ergab die Produkt-Moment-Korrelation für beide Erhebungszeitpunkte kein signifikantes Ergebnis. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Höhe des Selbstwerts nicht mit dem Ausmaß der Aktivität zusammenhängt, daher muss Hypothese 3.3 verworfen werden. Die genauen Ergebnisse können aus der Tabelle 12 abgelesen werden.

Tabelle 12
Zusammenhang zwischen Aktivität und Selbstwert

Zeitpunkt	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	*N*
1. Messung	.22	.219	34
2. Messung	.01	.974	34

7.2.4 zu Fragestellung 4

Behandelt wurde die Frage, ob es einen negativen Zusammenhang von Aktivität mit Depressivität bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitpflege-Einrichtung gibt.

4) H1: Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Depressivität und der Anzahl an teilgenommenen Aktivitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Erhebungszeitpunkt 1 und zum Erhebungszeitpunkt 2.

Ergebnisse der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson

Es wurde auch bei Fragestellung 4 eine Produkt-Moment-Korrelation gerechnet, um die Hypothese zu prüfen. Von Interesse war, ob zwischen der Anzahl an Aktivitäten und der Depressivität ein Zusammenhang besteht.

Sowohl bei der ersten Messung als auch bei der zweiten Messung gibt es ein signifikantes Ergebnis im Zusammenhang zwischen Aktivität und Depressivität (T1: r = -.39, p = .023, T2: r = -.40, p = .020). Es handelt sich dabei um negative Korrelationen, die als moderat einzustufen sind. Das bedeutet, die Depressivität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer umso niedriger ist, je höher die Anzahl der teilgenommenen Aktivitäten ist. Somit kann für Fragestellung 4 für die beiden Messzeitpunkte die Alternativhypothese angenommen werden, es gibt einen Zusammenhang zwischen Aktivität und Depressivität.

7.3 Ergebnisse zum Feedback

Der Feedbackbogen wurde beim zweiten Zeitpunkt erhoben, zu Beginn der Befragung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Garten- und Kreativgruppe gefragt, ob sie sich erinnern können, über den Sommer an einer Gruppe teilgenommen zu haben. Wenn die Antwort ‚ja' lautete, wurden sie des Weiteren gefragt, mit welcher Schulnote (1, Sehr gut) bis 5, Nicht genügend) sie die Gruppe bewerten würden und ob sie wieder an dieser Gruppe teilnehmen wollen würden.

Von den 23 Personen, die an den Gruppen teilgenommen hatten, konnten sich 16 Personen an die Teilnahme erinnern, während sieben Personen nicht wussten, dass sie an der wöchentlich stattfindenden Gruppe über den Sommer teilgenommen hatten. In der Gartengruppe erinnerten sich neun Personen an die Teilnahme, in der Kreativgruppe waren es sieben. Keine Erinnerung an die Gartengruppe hatten drei Personen, an die Kreativgruppe konnten sich vier Personen nicht mehr erinnern. Der Chi Quadrat-Test nach Pearson ergab mit $\chi^2(1,23)$ = .35, p = .554 keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Erinnerung in den beiden Gruppen.

Von den neun Personen, die sich an die Teilnahme an der Gartengruppe erinnerten, wurde die Gruppe im Durchschnitt mit der Note zwei bewertet, eine Person benotete die Gruppe mit Sehr gut, sieben Personen mit Gut und eine Person bewertete die Gartengruppe mit einem Befriedigend. Von den sieben Personen, die sich an die Teilnahme an der Kreativgruppe erinnerten, wurde die Gruppe im Durchschnitt mit 1.86 benotet. Zwei Personen bewerteten die Gruppe mit Sehr gut, vier mit Gut und eine mit Befriedigend. Der Chi Quadrat-Test nach Pearson ergab mit $\chi^2(2,16) = .92$, $p = .633$ keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung der beiden Gruppen.

Von den 16 Personen, die sich an die Teilnahme an der Gruppe erinnern konnten, gaben alle 16 Personen an, gerne wieder an der jeweiligen Gruppe teilnehmen zu wollen.

7.4 Ergebnisse zu den Zusammenhängen der erhobenen Dimensionen

Aus Tabelle 13 und 14 lassen sich die Korrelationen der erhobenen Konstrukte zu Zeitpunkt 1 und 2 ablesen.

Tabelle 13

Korrelationen der Konstrukte Zeitpunkt 1

		Depressivität	Selbstwert	Selbstwirksamkeit	Lebenszufriedenheit
Depressivität	Pearson-Korrelation	1	-.33	-.27	-.51**
	Sig. (2-seitig)		.05	.13	.00
Selbstwert	Pearson-Korrelation	-.33	1	.50**	.48**
	Sig. (2-seitig)	.05		.00	.00
Selbst-wirksamkeit	Pearson-Korrelation	-.27	.50**	1	.45**
	Sig. (2-seitig)	.13	.00		.01
Lebens-zufriedenheit	Pearson-Korrelation	-.51**	.48**	.45**	1
	Sig. (2-seitig)	.00	.00	.01	

Anmerkung **. Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig).
*. Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig).

Es zeigt sich, dass zu Zeitpunkt 1 ein negativer Zusammenhang zwischen dem Konstrukt Depressivität und Lebenszufriedenheit besteht, der Selbstwert hängt positiv mit der Lebenszufriedenheit und der Selbstwirksamkeit zusammen. Des Weiteren gibt es

einen positiven Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Lebenszufriedenheit.

Tabelle 14
Korrelationen der Konstrukte Zeitpunkt 2

		Depressivität	Selbstwert	Selbstwirksamkeit	Lebenszufriedenheit
Depressivität	Pearson-Korrelation	1	-.53**	-.39*	-.68**
	Sig. (2-seitig)		.00	.02	.00
Selbstwert	Pearson-Korrelation	-.53**	1	.40*	.54**
	Sig. (2-seitig)	.00		.02	.00
Selbst-wirksamkeit	Pearson-Korrelation	-.39*	.40*	1	.29
	Sig. (2-seitig)	.02	.02		.10
Lebens-zufriedenheit	Pearson-Korrelation	-.68**	.54**	.29	1
	Sig. (2-seitig)	.00	.00	.10	

Anmerkung **. Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig).
*. Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig).

Tabelle 14 kann man entnehmen, dass zu Zeitpunkt 2 ein negativer Zusammenhang zwischen dem Konstrukt Depressivität und Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit besteht, der Selbstwert hängt positiv mit der Lebenszufriedenheit und der Selbstwirksamkeit zusammen.

7.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zu Beginn der Studie bestanden die drei Gruppen jeweils aus 15 Personen (N = 45). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden 34 Personen befragt, deren Daten in die Auswertung eingingen, zwölf aus der Gartengruppe, elf aus der Kreativgruppe und 11 aus der Kontrollgruppe. In der Gartengruppe befanden sich neun Frauen und drei Männer, in der Kreativgruppe sechs Frauen und fünf Männer und die Kontrollgruppe bestand ebenfalls aus sechs Frauen und fünf Männern. Die Geschlechterverteilung war in den Gruppen ähnlich, Frauen waren Männern zahlenmäßig überlegen, weshalb auf eine geschlechtergetrennte Analyse verzichtet wurde. Auch die Altersverteilung stellte sich in

den Gruppen ähnlich dar. In der Gartengruppe lag der Mittelwert bei 84.03 Jahren, in der Kreativgruppe bei 79.59 Jahren und in der Kontrollgruppe bei 81.75 Jahren. Bezüglich des Bildungsstandes zeigte sich, dass 12% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über einen Volkschulabschluss verfügten und 15% einen Hauptschulabschluss hatten. Der Großteil (68%) hatte eine Lehre absolviert oder die Berufsschule besucht. Aus der Gesamtstichprobe hatte jeweils eine Person das Gymnasium oder die Universität als höchsten Bildungsabschluss angegeben. In der Gartengruppe lag die durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer bei 15.92 Monaten, in der Kreativgruppe bei 16.45 Monaten und in der Kontrollgruppe lebten die Bewohnerinnen und Bewohner im Schnitt bereits 18.64 Monate im Haus. Die Mittelwerte der Pflegestufe der Gruppen variierten zwischen 4.00 (Gartengruppe) und 4.27 (Kreativgruppe), der Mittelwert der Kontrollgruppe lag mit 4.09 dazwischen. Von den 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich 16 Personen mit Hilfe eines Rollators fortbewegt, 11 waren im Rollstuhl selbstständig mobil. Mit 53% waren mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verwitwet, 10 Personen gaben an alleinstehend zu sein, zwei Personen waren geschieden oder getrennt und nur vier Personen gaben an, verheiratet zu sein. In der Gartengruppe waren drei Personen besachwaltet, in der Kreativgruppe und in der Kontrollgruppe hatten jeweils zwei Personen eine Sachwalterin oder einen Sachwalter. Bezüglich der kognitiven Fähigkeiten wurde ein Demenzscreening (MMST) eingesetzt. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt bei rund 21 Punkten. In der Gartengruppe lag der Mittelwert bei rund 22, in der Kreativgruppe bei rund 21 und in der Kontrollgruppe bei rund 20 Punkten, diese Werte weisen auf eine leichte Demenz hin (Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie, o. J.). Im Schnitt nahmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie an fünf bis sechs Aktivitäten pro Woche teil. Besonders frequentiert wurden Bewegungsgruppen wie Sitzgymnastik, Yoga, Sitzfußball oder Sitztanz (62%), ähnlich gut besucht war die Bastelgruppe oder die Singgruppe mit 59%. Sieben Personen hatten zumindest einmal pro Woche Ergotherapie und/oder Physiotherapie Einheiten. Eine Teilnehmerin absolvierte zwei Mal pro Woche ein kognitives Training am Computer, vier Personen besuchten die wöchentliche Gedächtnisgruppe. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern besuchten 71% sonntags die Messe in der hausinternen Kapelle. Acht Personen nahmen an der Bunten Gruppe teil. Sieben Personen gaben an, an keinen Aktivitäten im Haus teilzunehmen. Bezüglich der Erfahrungen mit Natur und Kunst zeigte sich generell, dass 31 Personen von Naturerfahrungen berichteten, aber nur 10 Personen Erfahrungen mit künstlerischen

Aktivitäten angaben. Die Verteilung in den Gruppen gestaltete sich recht gleichmäßig, in der Gartengruppe und in der Kontrollgruppe gaben jeweils 10 Personen an, früher viel Zeit in der Natur verbracht zu haben, in der Kreativgruppe waren es 11 Personen. Im Vergleich dazu berichteten jeweils drei Personen in der Gartengruppe und in der Kontrollgruppe früher Zeit mit einem kreativen Hobby verbracht zu haben, in der Kreativgruppe waren es vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Analyse der soziodemographischen Daten zeigte, dass sich die drei Gruppen in keinem der bisher angeführten Merkmale signifikant unterscheiden, daraus kann geschlossen werden, dass die Verteilung der Merkmale in den Gruppen als gleich angesehen werden kann.

Die Prüfung der Hypothesen 1.1 bis 1.3, ob sozial-therapeutisches Gärtnern einen Einfluss auf die personalen Ressourcen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hätte, zeigte für jede der drei Hypothesen eine signifikante Wechselwirkung, das bedeutete, dass Unterschiede zwischen den Gruppen zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 in der Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit vorhanden sind. Hypothese 1.1, 1.2 und 1.3 konnten angenommen werden, sozial-therapeutisches Gärtnern hat einen signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit und den Selbstwert und Selbstwirksamkeit.

Hypothese 2, ob sozialtherapeutisches Gärtnern einen Einfluss auf die Depressivität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hätte, zeigte einen signifikanten Haupteffekt des Zeitpunktes und eine signifikante Wechselwirkung von Zeitpunkt und Gruppe, das bedeutete, dass Unterschiede zwischen den Gruppen zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 in der Depressivität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorhanden sind. Aufgrund der disordinalen Interaktion kann der Haupteffekt nicht interpretiert werden. Hypothese 2 konnten angenommen werden, sozial-therapeutisches Gärtnern hat einen signifikanten Einfluss auf die Depressivität.

Die Prüfung von Hypothese 3.1 bis 3.3, ob es einen Zusammenhang zwischen Aktivität und den personalen Ressourcen gibt, mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson zeigte für Hypothese 3.1, dass es einen moderaten positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Aktivität und der Lebenszufriedenheit gibt. Für die Hypothesen 3.2 und 3.3 zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Aktivität und dem Selbstwert oder der Selbstwirksamkeit. Daher müssen die

Hypothesen 3.2 und 3.3 verworfen werden. Hypothese 3.1 kann angenommen werden, es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Aktivität und der Lebenszufriedenheit.

Hypothese 4, ob es einen Zusammenhang zwischen Aktivität und der Depressivität gibt, wurde ebenfalls mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson geprüft. Es zeigte sich, dass es einen negativer moderaten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Aktivität und der Depressivität gibt. Daher kann Hypothese 4 angenommen werden.

Von den 23 Teilnehmern an den Gruppen konnten sich 16 an die Teilnahme erinnern. Die Gartengruppe wurde von den Teilnehmern im Durchschnitt mit zwei benotet, die Kreativgruppe wurde im Durchschnitt mit 1.86 bewertet. Alle der 16 Teilnehmer gaben an, gerne wieder an der jeweiligen Gruppe teilnehmen zu wollen. Weder bei der Erinnerung noch bei der Bewertung unterschieden sich die Gruppen signifikant voneinander.

8 DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Ergebnisse dieser Untersuchung diskutiert und interpretiert. Folgend darauf werden die Grenzen und Kritik an der Studie erläutert und ein Ausblick für weitere Untersuchungen gegeben, die beitragen können, den Forschungsstand über die Bedeutung von sozial-therapeutischem Gärtnern im Alter zu verbessern.

Ziel dieser Studie war die Effekte sozial-therapeutischen Gärtnerns auf personale Ressourcen von Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung unter Versorgungsbedingungen zu untersuchen. Bei den persönlichen Ressourcen handelt es sich um Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit.

Von Bedeutung war, dass diese Studie unter Versorgungsbedingungen stattfindet, da in der Literatur vor allem von Studien berichtet wird, die häufig eine hohe Anzahl an Ausschlusskriterien beinhalten. Da es sich bei dieser Studie trotz Randomisierung um ein Quasiexperiment handelt, bei dem die meisten Störvariablen nicht kontrolliert werden konnten, galt die Hauptaufmerksamkeit nicht Aussagen für eine kleine Gruppe von ausgewählten Personen zu treffen. Das Ziel war es, Erkenntnisse für die Implementierung einer solchen Aktivität in den Alltag einer Einrichtung zu sammeln. Daher wurden die Anforderungsbedingungen besonders niedrig angesetzt. Da im Kolpinghaus Leopoldstadt nicht nur Seniorinnen und Senioren, sondern auch vereinzelt jüngere Menschen mit Pflegebedarf leben, wurde bezüglich des Alters kein Ausschlusskriterium festgesetzt. Die Besprechung der Stationslisten mit dem Pflegepersonal stellte die einzige Art der Vorselektion dar. Bei der Besprechung wurde für jede Station festgestellt, ob in der Einschätzung des Pflegepersonals die geistigen und körperlichen Anforderungen der Bewohnerinnen und Bewohner für die Teilnahme an einer Gruppe im regelmäßigen Ausmaß gegeben seien. Diese Art der Vorselektion stellt eine Einschränkung der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dar. Bewohnerinnen und Bewohner, die vorselektiert wurden, wurden von der Autorin aufgesucht, über das Angebot informiert und bei Zustimmung zur Teilnahme in die Studie aufgenommen. Die Zuteilung zu Garten-, Kreativ-, und Kontrollgruppe erfolgte randomisiert.

Anhand Hypothese 1.1 bis 1.3 wurde untersucht, ob sozial-therapeutisches Gärtnern einen Einfluss auf die personalen Ressourcen der Teilnehmerinnen und

Teilnehmer hat. Da die Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit der Gartengruppe über den Zeitraum von acht Wochen anstieg, während sie bei der Kontrollgruppe über die Zeit absank und in der Kreativgruppe etwa gleich blieb, kann daraus geschlossen werden, dass sozial-therapeutisches Gärtnern einen signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit, den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit hat.

Die Lebenszufriedenheit im Alter, die auch häufig mit der Lebensqualität oder dem subjektiven Wohlbefinden gleichgesetzt wird, stellt ein sehr gut untersuchtes Konstrukt dar. Auch in der Studie von Barnicle und Midden (2003) wurde der Einfluss von Gartenaktivität auf das subjektive Wohlbefinden von älteren Menschen in einer Langzeitpflege-Einrichtung nachgewiesen, im Unterschied zu der Studie von Barnicle und Midden (2003) wurde in dieser Studie zusätzlich auch eine zweite Versuchsgruppe eingesetzt. Die Gartengruppe unterscheidet sich von der Kreativgruppe nicht nur durch die unterschiedlichen Materialien, mit denen gearbeitet wurde, sondern auch durch die Zielsetzung und den Ort der Abhaltung. Während sich die Kreativgruppe auf den Prozess fokussierte, hatte die Gartengruppe eine ergebnisorientierte, produktive Ausrichtung. Häufig wird im Kolpinghaus aus der Abteilung für Psychologie der Wunsch nach sogenannten Alltagstätigkeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner geäußert. Menec (2003) zufolge, hat produktive Aktivität einen psychischen und physischen Nutzen.

Die Ergebnisse dieser Studie in Bezug auf die Dimension Selbstwert decken sich mit den Ergebnissen von Chalquist (2009), in denen 90% der Versuchspersonen nach einem Spaziergang in der Natur erhöhtes Selbstwertgefühl zeigten, während sich bei 44% der Versuchspersonen, die durch ein Einkaufszentrum spazierten ein reduziertes Selbstwertgefühl nachweisen ließ. Zur Auswirkung sozial-therapeutischen Gärtnerns auf die Selbstwirksamkeit gibt es keine vergleichbaren Ergebnisse, jedoch wird angenommen, dass bei der Arbeit mit den Pflanzen kann die Selbstsicherheit im Umgang mit den Pflanzen wachsen (Neuberger, 2011) und dieser Prozess stellt eines der Ziele von Green Care dar. Daher kann die positive Wirkung von gärtnerischer Aktivität auf die Selbstwirksamkeit angenommen werden.

Der Einsatz von sozial-therapeutischen Gärtnern in einer Langzeitpflege-Einrichtung kann im SOK-Modell nach Baltes und Baltes (1989) als auch in der Aktivitätstheorie nach Havighurst (1961) verankert werden. Da viele Eigenschaften von

Erwerbstätigkeit angesprochen werden (Burchardt et al., 2002), kann das sozial-therapeutische Gärtnern als Kompensation der früheren beruflichen Tätigkeit gesehen werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind zum größten Teil als Arbeiterinnen und Arbeiter beruflich tätig gewesen, die gärtnerischen Aktivitäten, besonders in Bezug auf die Zielorientiertheit von Arbeitsprozessen, können als Ersatz dafür gesehen werden. Auch bezogen auf die Aufrechterhaltung von Aktivitäten aus dem mittleren Erwachsenenalter scheint das sozial-therapeutische Gärtnern aus dem Blickwinkel der Aktivitätstheorie nach Havighurst (1961) eine geeignete Aktivität zu sein, da der Großteil der Stichprobe angab, früher viel Zeit in der Natur verbracht zu haben. Wie bereits erwähnt, kann Lewis (1994) zufolge die Pflege von Pflanzen auch als Kompensationsmöglichkeit für frühere Tätigkeiten, wie die Kindeserziehung oder die berufliche Verpflichtungen, fungieren.

Für Hypothese 2 zeigte die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung einen signifikanten Interaktionseffekt. Aus dem Interaktionsdiagramm konnte abgelesen werden, dass die Werte der Depressivität in der Gartengruppe gesunken waren, während sie in den anderen beiden Gruppen gestiegen war. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen von Gonzalez et al. (2010), die die Entwicklung von Depressivität im Rahmen einer gartentherapeutischen Intervention untersuchte.

Weshalb die Werte der Kontrollgruppe über den Verlauf von acht Wochen sich negativ verändert hatten, kann nur vermutet werden. Das Wetter verschlechterte sich im Laufe der Studie. Während die erste Befragung an Tagen mit strahlendem Sonnenschein stattfand, wurde die zweite Befragung bei regnerischem, kühlem Wetter durchgeführt. Auch die vier Wochen vor der zweiten Erhebung waren kühl und regnerisch. Wie Keller et al. (2005) aufzeigen, gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Wetter und der Stimmung, schönes Wetter mit höheren Temperaturen und hohem Luftdruck ging mit besserer Laune sowie besserem Gedächtnis einher. Schwarz (1987) konnte an Hand der Was-empfinde-ich-dabei? -Heuristik zeigen, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit bei guten Wetterbedingungen besser eingestuft wurde als bei schlechtem Wetter. Die Depressivität ist vor allem in der Kontrollgruppe aber auch in der Kreativgruppe über den Zeitraum gestiegen. Weshalb die Werte sich veränderten, kann ebenfalls nur vermutet werden. Studienergebnisse von Stewart und Hirani (2010) zufolge kann ein Mangel an Vitamin D mit depressiver Symptomatik zusammenhängen. Kopf und Hummel (2013)

erklärten, da gebrechliche Menschen, besonders jene, die in Langzeitpflege-Einrichtungen leben, nur selten dem Sonnenlicht ausgesetzt sind, ist die Entstehung einer Depression in dieser Population häufig mit einem Mangel an Sonnenlicht in Zusammenhang zu sehen.

Eine andere Möglichkeit für das Auseinanderdriften der Werte der Garten- und Kontrollgruppe stellt die Verschiedenheit des Kontakts mit der Autorin der Studie während der Laufzeit des Projekts im Sinne eines Testleitereffekts dar. Während beim Kontakt mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Gartengruppe vor allem über die Gruppe selbst und Möglichkeiten der Terrassengestaltung gesprochen wurde, waren Gespräche mit den Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe häufig durch das Mitteilen von belastendenden Gedanken geprägt, da von Seiten der Autorin mehr Zeit in ein entlastendes Gespräch investiert wurde als in ein beiläufiges Gespräch über die Wetterbedingungen der nächsten Einheit der Gartengruppe. Der Kontakt zu den Mitgliedern der Gartengruppe ist ein durchwegs positiver gewesen, im Vergleich dazu war der Kontakt zu Mitgliedern der Kontrollgruppe häufig durch negativen Einschlag gekennzeichnet, der sich auch in der zweiten Befragung niedergeschlagen, und die Antworttendenzen beeinflusst haben könnte. Die Autorin hat keine besonderen Erinnerungen an bestimmte Themen, die mit Mitgliedern der Kreativgruppe häufig besprochen wurden. Der Einfluss des Kontakt zur Autorin mag jedoch in der Kreativgruppe weniger stark vorhanden gewesen sein, da die Autorin die Kreativgruppe nicht leitete sondern nur unterstützte.

Auch wenn sich die Kreativgruppe bei keiner der Hypothesen signifikant von der Kontroll,- oder Gartengruppe unterschied, zeigt sich in Abbildung 11 bis 14, dass die Mittelwerte der Kreativgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in etwa gleichgeblieben sind. Die Tendenz zeigt sich, dass die Kreativgruppe zwar nicht dazu beitrug die Ressourcen zu erhöhen, aber ein größeres Absinken, wie bei der Kontrollgruppe verhindern konnte. Eine längere Dauer der Intervention, eine größere Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern oder auch konstantere Wetterbedingungen hätten möglicherweise deutlichere signifikante Unterschiede zwischen Kreativgruppe und Kontrollgruppe bewirkt. Nach Ansicht der Aktivitätstheorie (Havighurst, 1961) sollen, wie weiter oben bereits erwähnt, Aktivitäten aus dem mittleren Erwachsenenalter möglichst lange aufrecht erhalten werden. Es kann daher angenommen werden, da Früher

kaum Zeit mit einem kreativen Hobby verbracht wurde, die Kreativgruppe eher kein adäquater Ersatz für frühere Tätigkeiten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer darstellt.

Die Prüfung von Hypothese 3.1 zeigte, dass es einen moderaten positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an hausinterner Aktivität und der Lebenszufriedenheit gibt. Dieses Ergebnis widerspricht der Disengagement Theorie (Cummings & Henry, 1961) welche besagt, dass Menschen, die ihre Aktivitäten reduzieren und sich zurückziehen, über eine höhere Lebenszufriedenheit verfügen. Engeln (2003) zufolge ist die Höhe der Lebenszufriedenheit bestimmt durch die persönliche Bedeutung der Aktivität. Für die Hypothesen 3.2 und 3.3 zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an allgemeiner Aktivität und dem Selbstwert oder der Selbstwirksamkeit. Eine mögliche Erklärung wäre, dass keine der regulären Aktivitäten im Kolpinghaus auf die Ausübung von Aufgaben ausgerichtet ist, die, wie Engeln (2003) betont, eine wichtige Unterstützung im Alterungsprozess darstellt. Nicht nur im Kolpinghaus Wien-Leopoldstadt sondern auch in vielen anderen Einrichtungen Österreichs besteht weiterhin die Herausforderung, „institutionelles Aktivsein“ an die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen (Jenull-Schiefer & Janig, 2004). Die Größe der Einrichtungen, finanzielle Mittel wie auch der Personalschlüssel machen die Erreichung dieses Ziels jedoch nicht einfach.

Bei der Prüfung von Hypothese 4 zeigte sich, dass es ein negativer moderaten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Aktivität und der Depressivität gibt. Je höher das Ausmaß an Aktivität ist, desto geringer ist die Depressivität. Dieses Ergebnis entspricht der Aktivitätstheorie nach Havighurst (1961), die besagt, dass die Aufrechterhaltung von Aktivität im Alter zu Zufriedenheit führt.

8.1 Grenzen und Kritik der Studie

Im folgenden Abschnitt sollen einige Aspekte erwähnt werden, die die Aussagekraft dieser Studie einschränken. Bezüglich der verwendeten Stichprobe ist anzumerken, dass es sich um keine Zufallsstichprobe, sondern eine anfallende Stichprobe handelt und daher die Ergebnisse nicht generell auf die Gruppe aller Bewohnerinnen und Bewohner einer Langzeitpflege-Einrichtung verallgemeinert werden können. Da es sich beim Kolpinghaus Wien-Leopoldstadt um ein Mehrgenerationenhaus und kein reguläres Altersheim handelt, können die gezogenen Schlüsse nicht ohne weiteres auf alle Arten von Pflegeeinrichtungen angewendet werden. Auch auf Grund der Vorselektion der Stichprobe in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal schränkt sich die Aussagekraft auf mobile und mental leistungsfähige Menschen ein, bei denen auch eine Motivation zur Teilnahme an Aktivitäten vorhanden sein muss. Durch die Größe der Stichprobe und der Dauer der Intervention sind den Folgerungen der Untersuchung Grenzen gesetzt. Besonders, wenn es um die Beantwortung gesundheitspolitischer Fragen geht, wäre eine größere Stichprobe von Nöten.

Viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfanden die verschiedenen Antwortformate der Fragebögen als verwirrend, da jeweils eine unterschiedliche Anzahl an Antwortmöglichkeiten (zwei bis sieben) zur Verfügung stand. Um für eine bessere Verständlichkeit zu sorgen, wurden die Antwortformate mit Hilfe eines Zahlenstrahls graphisch dargestellt. Bezüglich der berechneten Reliabilitäten der Instrumente ist anzumerken, dass bei drei der vier eingesetzten Instrumente zumindest ein Item mit mangelnder Trennschärfe aus der Auswertung ausgeschlossen wurde. Trotzdem erwiesen sich die Reliabilitäten als nicht besonders hoch.

Die Aussagen zur allgemeinen Aktivität sind als nicht sehr detailliert anzusehen, da die Daten nur anhand des hausinternen Dokumentationssystems erhoben wurden. Es ist davon auszugehen, dass die Dokumentation der Teilnahme an Aktivitäten unvollständig ist, da es teilweise große Differenzen zwischen der Anzahl an Aktivitäten und der Selbsteinschätzung (Nehmen Sie häufig an Aktivitäten im Haus teil?) gibt und die Zuständigkeit für die Dokumentation von Aktivitäten scheinbar nicht geklärt ist. Außerdem ist anzumerken, dass sich die Dokumentation nur auf hausinterne Veranstaltungen, wie Bewegungsgruppen oder individuelle Therapien beschränkt und Information bezüglich des Tagesablaufs und der eigenständigen Aktivitäten der Person

aus Zeitgründen nur selten eingetragen werden. Für zukünftige Forschung auf dem Gebiet Aktivität im Alter ist eine Verhaltensbeobachtung in Tagebuchform durch Selbst,- oder Fremdeinschätzung zu empfehlen.

8.2 Konklusion und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen signifikante Veränderung in den untersuchten Dimensionen Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Depressivität bei Personen, die an einer sozial-therapeutischen Gärtnergruppe in einer Langzeitpflege-Einrichtung teilgenommen haben. Daraus ist zu schließen, dass nicht nur pharmakologische oder psychotherapeutische Interventionen eingesetzt werden können, um Verbesserungen im Bereich der Lebensqualität bei älteren Menschen zu erreichen, sondern dass solche Veränderungen auch mit einfacheren, kostengünstigeren Möglichkeiten vorhanden sind. Die Gartengruppe erfreute sich großer Beliebtheit und stellt eine sinnvolle Alltagsaktivität in einem Pflegeheim dar. Untersuchungen zum Vergleich von pharmakologischen Behandlungen und gartentherapeutischen Interventionen wären von großer Bedeutung für die Verankerung der Gartentherapie im Gesundheitssystem.

Die Unterschiede zwischen der Gartengruppe und der Kreativgruppe sind besonders im Bereich der Zielsetzung, Materialien, Veranstaltungsort und den Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der jeweiligen Tätigkeit zu sehen und deren Wirkmechanismen sollten in weiteren Forschungsarbeiten genauer betrachtet werden. Es gibt großen Bedarf an weiteren Untersuchungen, beispielsweise stellt sich die Frage, wie das Aktivitätsprogramm in Langzeitpflege-Einrichtungen profitabel für die Bewohnerinnen und Bewohner gestaltet werden kann und welchen Einfluss Aufgaben und Verantwortung auf die persönlichen Ressourcen von Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitpflege-Einrichtungen haben.

9 LITERATURVERZEICHNIS

Baltes P.B., &Baltes M.M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In M.M. Baltes, M. Kohli, & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen* (Bd. 3, S. 5–10). Bern: Huber.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, *84*(2), 191.

Barnicle, T., & Midden, K. S. (2003). The effects of a horticulture activity program on the psychological well-being of older people in a long-term care facility. *HortTechnology*, *13*(1), 81–85.

Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen. (2011). Bad Ischler Dialog 2011: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf Arbeitsmarkt und soziale Systeme. Zugriff am 16. April 2014, verfügbar unter: http://www.sozialpartner.at/sozialpartner/badischl_2011/2011-10-07Studie%20konsolidiertEndg.pdf

Bennett, J., & Riedel, M. (2013). Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *46*(1), 21–26. doi:10.1007/s00391-012-0457-5

Bierhoff, H.-W. (2006). *Sozialpsychologie: ein Lehrbuch* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage.). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human-und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Auflage.). Heidelberg: Springer.

Bundesgesetz über die Förderung von Anliegen der älteren Generation (Bundes-Seniorengesetz), Pub. L. No. BGBl.Nr.84/ 1998 (1998). Zugriff am 27. Dezember 2014 Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001535#header

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2014). Höhe des Pflegegeldes. Zugriff am 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich - Seniorenbericht. Zugriff am: 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/2/1/CH1104/CMS1201520486131/seniorenbericht.pdf

Burchardt, T., Le Grand, J., &Piachaud, D. (2002). Degrees of exclusion: developing a dynamic, multidimensional measure. In J. Hills, J. Le Grand, & D. Piachaud (Hrsg.), *Understanding Social Exclusion*. New York: Oxford University.

Chalquist, C. (2009). A look at the ecotherapy research evidence. *Ecopsychology*, *1*(2), 64–74.

Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *24*(1), 3–7.

Cummings, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old*. New York: Basic.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49*(1), 71–75.

Edwards, C. A., McDonnell, C., &Merl, H. (2013). An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia, 12*(4), 494–510. doi:10.1177/1471301211435188

Engeln, A. (2003). Zur Bedeutung von Aktivität und Mobilität für die Entwicklung im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie&-psychiatrie*, *16*(3), 117–129.

Ferring, D., & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica, 42*(3), 284-292.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Sage.

Fiske, A., Wetherell, J. L., &Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology, 5,* 363–389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

Folstein, M. F., Folstein, S. E., &McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198.

Forstmeier, S., Uhlendorff, H., & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie &-psychiatrie*, *18*(4), 227–257. doi:10.1024/1011-6877.18.4.227

Gigliotti, C. M., Jarrott, S. E., & Yorgason, J. (2004). Harvesting health effects of three types of horticultural therapy activities for persons with dementia. *Dementia*, *3*(2), 161–180. doi:10.1177/1471301204042335

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The german version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment*, *27*(2), 127–132.

Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(9), 2002–2013. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05383.x

Grom, B. (2011). Subjektives Wohlbefinden und Ressourcen im Alter. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 259–269). Berlin, Heidelberg: Springer.

Halisch, F., & Geppert, U. (2000). Wohlbefinden im Alter: Der Einfluss von Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien und persönlichen Zielen. Ergebnisse aus der Münchner GOLD-Studie. In F. Försterling, J. Stiensmaier-Pelster, & L. M. Silny (Hrsg.), *Kognitive und emotionale Aspekte der Motivation* (S. 121–152). Göttingen: Hogrefe.

Haller, R. L., & Kramer, C. L. (2006). *Horticultural therapy methods*. Binghamton: Haworth.

Haubenhofer, D., Enzenhofer, K., Kelber, S., Pflügl, S., Plitzka, E., & Holzapfel, I. (2013). Gartentherapie: Theorie -Wissenschaft- Praxis. Umweltschutzverein Bürger und Umwelt. Zugriff am 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: http://www.greencare.at/index.php/aktuelles/130-gartentherapie-gartentherapie-wissenschaft-praxis

Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, *1*(1), 8–13.

Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G., & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, *52*(1), 26–32.

Hochschild, A. R. (1975). Disengagement theory: A critique and proposal. *American Sociological Review*, 553–569.

Jarrott, S. E., &Gigliotti, C. M. (2010). Comparing responses to horticultural-based and traditional activities in dementia care programs. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, *25*(8), 657–665.

Jarrott, S. E., Kwack, H. R., &Relf, D. (2002). An observational assessment of a dementia-specific horticultural therapy program. *HortTechnology*, *12*(3), 403–410.

Jenull-Schiefer, B., &Janig, H. (2004). Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *37*(5), 393–401. doi:10.1007/s00391-004-0208-3

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1999). Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Skalen zur Erfassung von Lehrer-und*

Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Johnson, J. D., Whitlatch, C. J., &Menne, H. L. (2014). Activity and well-being of older adults: Does cognitive impairment play a role? *Research on Aging*, *36*(2), 147–160. doi:10.1177/0164027512470703

Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiter, H., & Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient-and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of GeriatricPsychiatry*, *22*(9), 837–842.

Jopp, D., & Leipold, B. (2004). Zur Wahrnehmung von Ressourcen und ihrer Bedeutung für das Wohlbefinden: Altersassoziierte Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei jungen und alten Erwachsenen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *37*(5), 354–356. doi:10.1007/s00391-004-0258-6

Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). The experience of nature: A psychological perspective.

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, *15*(3), 169–182.

Kelber, S. (2009). *Unverblümt Lok.* Zugriff am 27.Dezember 2014, Verfügbar unter: http://www.garten-therapie.net/index.php?option=com_content&view=article&id=66:lok-unverbluemt&catid=47:gtinstitution&Itemid=79

Keller, M. C., Fredrickson, B. L., Ybarra, O., Côté, S., Johnson, K., Mikels, J., … Wager, T. (2005). A warm heart and a clear head the contingent effects of weather on mood and cognition. *Psychological Science*, *16*(9), 724–731.

Kellert, S. R., & Wilson, E. O. (1993). *The biophilia hypothesis*. Washington: Island.

Kessler, J., Markowitsch, H. J., & Denzler, P. (2000). Mini-Mental-Status-Test (MMST). Göttingen: Beltz Test.

Kolland, F. (2015, Januar 19). *Wohnen und soziale Arbeit mit älteren Menschen*. Gehalten auf der Fachgespräch „Wohnen und soziale Arbeit mit älteren Menschen“, OBDS - Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen. Zugriff am 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: http://www.postgraduatecenter.at/gerontologie/aktuelles/

Kolland, F., & Schweizer, R. M. (2012). Altern und Wertewandel. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *45*(7), 587–592.

Kopf, D., & Hummel, J. (2013). Depression beim gebrechlichen Alterspatienten: Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *46*(2), 127–133. doi:10.1007/s00391-012-0461-9

Kotozaki, Y. (2014). Comparison of the effects of individual and group horticulture interventions. *Health Care: Current Reviews 2, 120*. doi:10.4172/ hccr.1000120

Lehr, U. (1989). Erfolgreiches Altern-Einführung. In M. M. Baltes, M. Kohli, & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen* (S. 2–3). Bern: Huber.

Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11., korrigierte Auflage). Wiebelsheim: Quelle & Mayer.

Lewis, C. A. (1994). Human health and well-being: the psychological, physiological, and sociological effects of plants on people. *Horticulture in Human Life, Culture and Environment 391*, 31–40.

Martin, M., &Kliegel, M. (2008). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (Bd. 3). Kohlhammer.

Matern, B. (2011). *Eine Untersuchung zu Auswirkungen von Videospielen auf ausgewählte Ressourcen im Alter*. [UnveröffentlichteDiplomarbeit], Wien: Universität Wien.

Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *58*(2), S74–S82. doi:10.1093/geronb/58.2.S74

Miklautz, M., &Jenull-Schiefer, B. (2005). Aktivitäten in Senioren-und Pflegeheimen. In *Beiträge zur Qualitativen Inhaltsanalyse* (Bd. 3). Klagenfurt: Universität, Institut für Psychologie.

Neuberger, K., & Putz, M. (2010). Zu den Wurzeln der Gartentherapie im internationalen Kontext - ausgewählte Daten. In *Gartentherapie* (2. erweiterte Auflage., Bd. 5, S. 39 – 50). Schulz-Kirchner.

Neuberger, K. (2011). Ansätze zu einer Integrativen Gartentherapie: Zur Geschichte, Verbreitung, integrativem Gedankengut, Methoden, Praxis und Literatur. *Integrative Therapie* 37, 4/2011, 407-464.

Österreichische Gartenbau Gesellschaft. (o. J.). Gartentherapie. Zugriff am: 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: http://www.oegg.or.at/schwerpunkte/gartentherapie/

Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie. (o. J.). *DFP: Diagnostik und Therapie kognitiver Defizite*. Zugriff am 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: http://oegpb.at/2014/11/02/dfp-diagnostik-und-therapie-kognitiver-defizite/

Pincus, L. (1992). *Das hohe Alter*. München: Piper.

Rappe, E. (2005). *The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care*. Helsinki : University of Helsinki, Yliopistopaino.

Reimann, S., & Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 13–28). Heidelberg: Springer.

Relf, D. (1992). *The role of horticulture in human well-being and social development.*Timber.

Richter, D., Lowens, S., &Liekenbrock, A. (2000). Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *33*(1), 17–23.

Robins, R. W., &Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, *14*(3), 158–162.

Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, *17*(3), 423.

Rodiek, S. (2002). Influence of an outdoor garden on mood and stress in older persons. *Journal of Therapeutic Horticulture, 13,* 13–21.

Schneiter-Ulmann, R. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Gartentherapie*. Bern: Hans Huber.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (S. 28–53). Weinheim: Beltz.

Schwarzer, R., & Koll, N. (2001). Personale Ressourcen im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung* (Bd. 1, S. 11–93). Opladen: Leske + Budrich.

Schwarz, N. (1987). Stimmung als Information. In D. Albert, K. Pawlik, K.-H. Stapf, & W. Stroebe (Hrsg.), *Lehr,- und Forschungstexte Psychologie* (Bd. 24). Heidelberg: Springer.

Sempik, J. (2010). Green care and mental health: Gardening and farming as health and social care. *Mental Health and Social Inclusion*, *14*(3), 15–22.

Sempik, J., Hine, R., & Wilcox, D. (2010). Green care: A conceptual framework. A report of the working group on the health benefits of green care. COST Action 866, green care in agriculture. Zugriff am 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.agrarumweltpaedagogik.ac.at%2Fcms%2Fupload%2Fbilder%2Fgreen_care_a_conceptual_framework.pdf&ei=RHNyU8joBKXn7Aaru4C4Cg&usg=AFQjCNFJaISBXNVjSC9tO3aqv8KpE39Gxw&sig2=7ohi5olyLINFSVnt5ITj0w&bvm=bv.66330100,d.ZGU

Statistik Austria. (2014*). Lebenserwartung 2013 weiter auf 81,1 Jahre gestiegen, Kinderzahl pro Frau stagniert (1,44)*. Pressemitteilung. Zugriff am 27. Dezember 2014, Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/presse/076763

Stewart, R., & Hirani, V. (2010). Relationship between vitamin D levels and depressive symptoms in older residents from a national survey population: *Psychosomatic Medicine, 72*(7), 608–612. doi:10.1097/PSY.0b013e3181e9bf15

Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery. *Science, 224* (4647), 224–225.

Ulrich, R. S. (2002). *Health benefits of gardens in hospitals*. Paper presented at the Plants for people Conference. International Exhibition Floriade. doi:10.1177/1471301204042335

Wilson, E. O. (1984). *Biophilia*. Harvard University.

Zimber, A., Schaufele, M., &Weyerer, S. (1998). Alten-und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu. *Das Gesundheitswesen, 60*(4), 239–246.

10 ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung: Ziel dieser Untersuchung war es, die Auswirkungen von sozial-therapeutischem Gärtnern auf die persönlichen Ressourcen, Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit sowie Depressivität bei Menschen, die in einer Langzeitpflege-Einrichtung leben, zu untersuchen. Der Versuchszeitraum umfasste 8 Wochen von Juli bis September 2014, in denen eine Gartengruppe und eine Kreativgruppe jeweils einmal pro Woche eine Stunde abgehalten wurden, des Weiteren gab es eine Kontrollgruppe, die an keinen außerordentlichen Aktivitäten teilnahm.

Stichprobe und Methode: An der Studie nahmen 34 Bewohnerinnen und Bewohner einer Langzeitpflege-Einrichtung teil, die zu zwei Zeitpunkten befragt wurden. Die drei Gruppen unterschieden sich zu Beginn der Studie weder bezüglich demographischer Daten noch anhand der erhobenen Dimensionen Depressivität, Lebenszufriedenheit, Selbstwert oder Selbstwirksamkeit voneinander. Mittels Mixed Model MANOVA with Repeated Measures wurden die drei Gruppen zwischen den beiden Zeitpunkten verglichen.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass die Gartengruppe in jeder der erhobenen Dimensionen von der Kontrollgruppe unterschied. Die Kreativgruppe unterschied sich von keiner der beiden anderen Gruppen signifikant. Während die Werte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gartengruppe verbesserten, zeigte sich, dass die Werte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Kontrollgruppe über den Lauf der acht Wochen sank, die Werte der Kreativgruppe blieben in etwa gleich. Eine mögliche Begründung der Verschlechterung der Werte der Kontrollgruppe kann in den herrschenden Wetterbedingungen zu den Befragungszeitpunkten gesehen werden.

Schlussfolgerung: Sozial-therapeutisches Gärtnern hat eine positive Auswirkung sowohl auf die personalen Ressourcen, als auch auf die Depressivität von Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitpflege-Einrichtung.

11 Abstract

Purpose of the Study: The aim of this study was to evaluate the impact of social and therapeutic horticulture on personal resources like satisfaction with life, self-esteem, self-efficacy, and depression of elderly in a long term care facility. The experimental period consisted of eight weeks from July to September 2014. In this period of time, a garden group and a creative group were held weekly for an hour. Further there was a control group that did not participated in any extraordinary activity.

Sample and Methods: The study included 34 residents a long-term care facility, who were interviewed at two times. The three groups did not differ at the pretest concerning demographic data or the dimensions of depression, life satisfaction, self-esteem and self-efficacy. The three groups were compared using a mixed model design (MANOVA) with repeated measures.

Results: It was found that the garden group differed in each of the measured dimensions from the control group. The creative group did not differ from either of the two other groups significantly. While the scores of the participants of the garden group improved, it was found that the scores of the participants in the control group decreased over the time of eight weeks, the scores of the creative group remained about the same. One possible explanation for the deterioration of the scores of the control group can be drawn from the prevailing weather conditions.

Conclusion: Social-Therapeutic Horticulture has a positive impact both on the personal resources, as well as the depression of residents of long-term care facilities.

12 ANHANG

12.1 Testinventar

Testinventar Gartenaktivitätsgruppe

* Erforderlich

Soziodemographische Daten

1. **Code** *
   Initialien und Zimmernummer (Helga Mayer, Zimmer 505= HM505)

2. **Familienstand**
   Markieren Sie nur ein Oval.
   - ◯ Verheiratet
   - ◯ In einer Beziehung
   - ◯ Geschieden / Getrennt
   - ◯ Alleinstehend
   - ◯ Verwitwet

3. **Geschlecht**
   Markieren Sie nur ein Oval.
   - ◯ Männlich
   - ◯ Weiblich

4. **Höchste abgeschlossene Ausbildung**
   Markieren Sie nur ein Oval.
   - ◯ Volksschule
   - ◯ Hauptschule/Gymnasium Unterstufe
   - ◯ Fachschule
   - ◯ Lehre/Berufsschule
   - ◯ AHS/BHS mit Matura
   - ◯ Universität

5. **Alter**
   Geboren am TT.MM.JJJJ (09.08.1940)

6. **Berufsgruppe**
   Welcher Berufsgruppe gehörten Sie an?

7. **Mobilität**
   Wie bewegen Sie sich fort?
   Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

   - [ ] Nicht möglich/ Bettlägrig
   - [ ] Rollstuhl
   - [ ] Rollator
   - [ ] Stock/ Krücke
   - [ ] Ohne Gehhilfe
   - [ ] Sonstiges: _____

8. **Wohnbereich**
   In welchem Wohnbereich leben Sie im Kolpinghaus?
   Markieren Sie nur ein Oval.

   - ◯ Pflegestation
   - ◯ Betreutes Wohnen

9. **Aufenthaltsdauer im Kolpinghaus**
   Seit wann leben Sie im Kolpinghaus? (
   Tag.Monat.Jahreszahl: 01.05.2012)

   _____

10. **Aktivitäten 1**
    Nehmen Sie regelmäßig an Aktivitäten im Haus teil?
    Markieren Sie nur ein Oval.

    - ◯ Nein
    - ◯ Ja

11. **Aktivitäten 2**
    An welchen Aktivitäten nehmen Sie teil?
    Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

    - [ ] Keine Aktivitäten
    - [ ] Bewegung/Sport
    - [ ] Gedächtnisgruppe/Gesprächsgruppe
    - [ ] Spiele
    - [ ] Bastelgruppe/Singgruppe
    - [ ] Theaterwerkstatt
    - [ ] Kognitives Training am Computer
    - [ ] Alt und Jung Aktivitäten
    - [ ] Gottesdienst
    - [ ] Bunte Gruppe
    - [ ] Physikalische/ Ergo Therapie
    - [ ] Sonstiges: _____

12. **Aktivitäten 3**
An wie vielen Aktivitäten haben Sie letzte Woche teilgenommen? (Bitte Zahl eintragen: 5 Stück/Stunden pro Woche = 5)

_____

Fragebogen

13. **Terrasse 1**
Benutzen Sie die Terrassen des Kolpinghauses?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

14. **Terrasse 2**
Wie häufig besuchen Sie die Terrasse pro Woche?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ 0 mal = nie
- ◯ 1 mal
- ◯ 2 mal
- ◯ 3 mal
- ◯ 4 mal
- ◯ 5 mal
- ◯ 6 mal
- ◯ 7 mal = jeden Tag

15. **Terrasse 3**
Für welche Zwecke nutzen Sie die Terrasse?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- ☐ gar nicht
- ☐ Rauchen
- ☐ Gärtnern
- ☐ Bekannte treffen
- ☐ Spazieren gehen
- ☐ Draußen sein
- ☐ Entspannung
- ☐ Sonstiges: _____

16. **Garten 1**
Haben Sie früher viel Zeit in der Natur verbracht?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

17. **Garten 2**
Wofür haben Sie die Zeit in der Natur genutzt?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] Keine Zeit in der Natur verbracht.
- [ ] Arbeit
- [ ] Versorgung
- [ ] Freizeit/ Gärtnern
- [ ] Camping/Wandern
- [ ] Sport
- [ ] Aktivitäten: Ausflug, Grillen, ...
- [ ] Sonstiges: _____

18. **Kreativ 1**
Haben Sie früher viel Zeit mit Kunst verbracht?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

19. **Kreativ 2**
Wofür haben Sie die kreative Zeit genutzt?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] Keine Zeit mit Kunst verbracht.
- [ ] Arbeit/ Beruflich
- [ ] Freizeit/Hobby
- [ ] Ausstellungen besucht
- [ ] Sonstiges: _____

20. **Gartenaktivitätsgruppe**
Was erwarten Sie sich von einer Gartenaktivitätsgruppe?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] gar nichts
- [ ] soziale Kontakte
- [ ] Aktivität im Freien
- [ ] mit Pflanzen arbeiten
- [ ] Neues ausprobieren
- [ ] sinnvolle Tätigkeit
- [ ] Ernte
- [ ] Sonstiges: _____

21. **Kreativwerkstatt**
Was erwarten Sie sich von einer Kreativwerkstatt?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] gar nichts
- [ ] soziale Kontakte
- [ ] Kreative Aktivität
- [ ] mit Farben und Materialien arbeiten
- [ ] Neues ausprobieren
- [ ] sinnvolle Tätigkeit
- [ ] Sonstiges: _____

Mini Mental Status Test

22. **Mini Mental Status Test 1**
Orientierung
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] Jahr
- [ ] Jahreszeit
- [ ] Monat
- [ ] Datum
- [ ] Wochentag
- [ ] Staat
- [ ] Bundesland
- [ ] Bezirk
- [ ] Haus
- [ ] Stockwerk

23. **Mini Mental Status Test 2**
Merkfähigkeit
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] Auto
- [ ] Blume
- [ ] Kerze

24. **Mini Mental Status Test 3**
Aufmerksamkeit und Rechnen : Beginnend mit 100, jeweils 7 subtrahieren bis ich stop sage. Andere Möglichkeit: Bitte buchstabieren sie das Wort "RADIO" rückwärts.
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] 93 O
- [ ] 86 I
- [ ] 79 D
- [ ] 72 A
- [ ] 65 R

25. **Mini Mental Status Test 4**
Erinnerungsfähigkeit
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] Auto
- [ ] Blume
- [ ] Kerze

26. **Mini Mental Status Test 5**
Sprachvermögen und Verständnis 1
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] Armbanduhr
- [ ] Bleistift

27. **Mini Mental Status Test 6**
Sprachvermögen und Verständnis 2: "Bitte keine Wenn und Aber."
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

28. **Mini Mental Status Test 7**
Sprachvermögen und Verständnis 3: "Nehmen Sie das Blatt Papier in die rechte Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden"
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- [ ] In die rechte Hand nehmen
- [ ] In der Mitte Falten
- [ ] Auf den Boden legen

29. **Mini Mental Status Test 8**
Sprachvermögen und Verständnis 4: "Bitte Schließen Sie die Augen."
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

30. **Mini Mental Status Test 9**
Sprachvermögen und Verständnis 5: Bitte schreiben Sie einen Satz ihrer Wahl
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

31. **Mini Mental Status Test 10**
Sprachvermögen und Verständnis: Nachzeichnen
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

32. **Mini Mental Status Test Gesamt**

Geriatrische Depressionsskala

33. **Geriatrische Depressionsskala 1**
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

34. **Geriatrische Depressionsskala 2**
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

35. **Geriatrische Depressionsskala 3**
Ist Ihnen oft langweilig?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

36. **Geriatrische Depressionsskala 4**
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

37. **Geriatrische Depressionsskala 5**
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

38. **Geriatrische Depressionsskala 6**
Fühlen Sie sich oft hilflos?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

39. **Geriatrische Depressionsskala 7**
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

40. **Geriatrische Depressionsskala 8**
Finden Sie, daß Ihre Situation hoffnungslos ist?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

Rosenberg Self-Esteem Scale

41. **Rosenberg Self-Esteem Scale 1**
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Trifft gar nicht zu
- ◯ Trifft eher nicht zu
- ◯ Trifft etwas zu
- ◯ Trifft voll und ganz zu

42. **Rosenberg Self-Esteem Scale 2**
Hin und wieder denke ich, daß ich gar nichts tauge. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Trifft gar nicht zu
- ◯ Trifft eher nicht zu
- ◯ Trifft etwas zu
- ◯ Trifft voll und ganz zu

43. **Rosenberg Self-Esteem Scale 3**
Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Trifft gar nicht zu
- ◯ Trifft eher nicht zu
- ◯ Trifft etwas zu
- ◯ Trifft voll und ganz zu

44. **Rosenberg Self-Esteem Scale 4**
Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

45. **Rosenberg Self-Esteem Scale 5**
Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

46. **Rosenberg Self-Esteem Scale 6**
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

47. **Rosenberg Self-Esteem Scale 7**
Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

48. **Rosenberg Self-Esteem Scale 8**
Ich wünschte, ich hätte mehr Achtung vor mir selbst. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

49. **Rosenberg Self-Esteem Scale 9**
Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

50. **Rosenberg Self-Esteem Scale 10**
Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

Satisfaction With Life Scale

51. **Satisfaction With Life Scale 1**
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimme überhaupt nicht zu
- Stimme nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Weder noch
- Stimme eher zu
- Stimme zu
- Stimme völlig zu

52. **Satisfaction With Life Scale 2**
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimme überhaupt nicht zu
- Stimme nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Weder noch
- Stimme eher zu
- Stimme zu
- Stimme völlig zu

53. **Satisfaction With Life Scale 3**
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimme überhaupt nicht zu
- ◯ Stimme nicht zu
- ◯ Stimme eher nicht zu
- ◯ Weder noch
- ◯ Stimme eher zu
- ◯ Stimme zu
- ◯ Stimme völlig zu

54. **Satisfaction With Life Scale 4**
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimme überhaupt nicht zu
- ◯ Stimme nicht zu
- ◯ Stimme eher nicht zu
- ◯ Weder noch
- ◯ Stimme eher zu
- ◯ Stimme zu
- ◯ Stimme völlig zu

55. **Satisfaction With Life Scale 5**
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimme überhaupt nicht zu
- ◯ Stimme nicht zu
- ◯ Stimme eher nicht zu
- ◯ Weder noch
- ◯ Stimme eher zu
- ◯ Stimme zu
- ◯ Stimme völlig zu

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

56. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 1**
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

57. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 2**
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

58. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 3**
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

59. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 4**
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

60. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 5**
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

61. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 6**
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

62. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 7**
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimmt nicht
- Stimmt kaum
- Stimmt eher
- Stimmt genau

63. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 8**
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimmt nicht
- Stimmt kaum
- Stimmt eher
- Stimmt genau

64. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 9**
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimmt nicht
- Stimmt kaum
- Stimmt eher
- Stimmt genau

65. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 10**
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimmt nicht
- Stimmt kaum
- Stimmt eher
- Stimmt genau

Bereitgestellt von
Google Forms Google Forms

12.2 Testinventar Zeitpunkt 2

Testinventar Gartenaktivitätsgruppe a

* Erforderlich

1. **Code** *
   Initialien und Zimmernummer (Helga Mayer, Zimmer 505= HM505)

   _____

2. **Aktivitäten 2a**
   An welchen Aktivitäten nehmen Sie teil?
   Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

   - [ ] Keine Aktivitäten
   - [ ] Bewegung/Sport
   - [ ] Gedächtnisgruppe/Gesprächsgruppe
   - [ ] Spiele
   - [ ] Bastelgruppe/Singgruppe
   - [ ] Theaterwerkstatt
   - [ ] Kognitives Training am Computer
   - [ ] Alt und Jung Aktivitäten
   - [ ] Gottesdienst
   - [ ] Bunte Gruppe
   - [ ] Physikalische/ Ergo Therapie
   - [ ] Sonstiges: _____

3. **Aktivitäten 3a**
   An wie vielen Aktivitäten haben Sie letzte Woche teilgenommen? (Bitte Zahl eintragen: 5 Stück/Stunden pro Woche = 5)

   _____

4. **Gartengruppe 1a**
   Können Sie sich erinnern, dass Sie an der Gartengruppe/Kreativwerkstatt teilgenommen haben?
   Markieren Sie nur ein Oval.

   - ◯ Nein
   - ◯ Ja
   - ◯ Nicht teilgenommen

5. **Gartengruppe 2a**
Wie hat Ihnen die Aktivität gefallen? (Antwort bitte in Schulnoten)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ 1 Sehr gut
- ◯ 2 Gut
- ◯ 3 Befriedigend
- ◯ 4 Genügend
- ◯ 5 Nicht genügend

6. **Gartengruppe 3a**
Würden Sie wieder an dieser Aktivität teilnehmen?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja
- ◯ Nicht teilgenommen

7. **Terrasse 2a**
Wie häufig besuchen Sie die Terrasse pro Woche?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ 0 mal = nie
- ◯ 1 mal
- ◯ 2 mal
- ◯ 3 mal
- ◯ 4 mal
- ◯ 5 mal
- ◯ 6 mal
- ◯ 7 mal = jeden Tag

8. **Terrasse 3a**
Für welche Zwecke nutzen Sie die Terrasse?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- ☐ gar nicht
- ☐ Rauchen
- ☐ Gärtnern
- ☐ Bekannte treffen
- ☐ Spazieren gehen
- ☐ Draußen sein
- ☐ Entspannung
- ☐ Sonstiges: _____

Geriatrische Depressionsskala

9. **Geriatrische Depressionsskala 1a**
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

10. **Geriatrische Depressionsskala 2a**
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

11. **Geriatrische Depressionsskala 3a**
Ist Ihnen oft langweilig?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

12. **Geriatrische Depressionsskala 4a**
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

13. **Geriatrische Depressionsskala 5a**
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

14. **Geriatrische Depressionsskala 6a**
Fühlen Sie sich oft hilflos?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

15. **Geriatrische Depressionsskala 7a**
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben? (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

16. **Geriatrische Depressionsskala 8a**
Finden Sie, daß Ihre Situation hoffnungslos ist?
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Nein
- ◯ Ja

Rosenberg Self-Esteem Scale

17. **Rosenberg Self-Esteem Scale 1a**
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Trifft gar nicht zu
- ◯ Trifft eher nicht zu
- ◯ Trifft etwas zu
- ◯ Trifft voll und ganz zu

18. **Rosenberg Self-Esteem Scale 2a**
Hin und wieder denke ich, daß ich gar nichts tauge. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Trifft gar nicht zu
- ◯ Trifft eher nicht zu
- ◯ Trifft etwas zu
- ◯ Trifft voll und ganz zu

19. **Rosenberg Self-Esteem Scale 3a**
Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Trifft gar nicht zu
- ◯ Trifft eher nicht zu
- ◯ Trifft etwas zu
- ◯ Trifft voll und ganz zu

20. **Rosenberg Self-Esteem Scale 4a**
Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Trifft gar nicht zu
- ◯ Trifft eher nicht zu
- ◯ Trifft etwas zu
- ◯ Trifft voll und ganz zu

21. **Rosenberg Self-Esteem Scale 5a**
Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

22. **Rosenberg Self-Esteem Scale 6a**
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

23. **Rosenberg Self-Esteem Scale 7a**
Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

24. **Rosenberg Self-Esteem Scale 8a**
Ich wünschte, ich hätte mehr Achtung vor mir selbst. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

25. **Rosenberg Self-Esteem Scale 9a**
Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten. (U)
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

26. **Rosenberg Self-Esteem Scale 10a**
Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft voll und ganz zu

Satisfaction With Life Scale

27. **Satisfaction With Life Scale 1a**
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimme überhaupt nicht zu
- Stimme nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Weder noch
- Stimme eher zu
- Stimme zu
- Stimme völlig zu

28. **Satisfaction With Life Scale 2a**
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimme überhaupt nicht zu
- Stimme nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Weder noch
- Stimme eher zu
- Stimme zu
- Stimme völlig zu

29. **Satisfaction With Life Scale 3a**
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- Stimme überhaupt nicht zu
- Stimme nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Weder noch
- Stimme eher zu
- Stimme zu
- Stimme völlig zu

30. **Satisfaction With Life Scale 4a**
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimme überhaupt nicht zu
- ◯ Stimme nicht zu
- ◯ Stimme eher nicht zu
- ◯ Weder noch
- ◯ Stimme eher zu
- ◯ Stimme zu
- ◯ Stimme völlig zu

31. **Satisfaction With Life Scale 5a**
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimme überhaupt nicht zu
- ◯ Stimme nicht zu
- ◯ Stimme eher nicht zu
- ◯ Weder noch
- ◯ Stimme eher zu
- ◯ Stimme zu
- ◯ Stimme völlig zu

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

32. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 1a**
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

33. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 2a**
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

34. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 3a**
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

35. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 4a**
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

36. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 5a**
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

37. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 6a**
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

38. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 7a**
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

39. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 8a**
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

40. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 9a**
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

41. **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 10a**
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.
Markieren Sie nur ein Oval.

- ◯ Stimmt nicht
- ◯ Stimmt kaum
- ◯ Stimmt eher
- ◯ Stimmt genau

Bereitgestellt von
Google Forms Google Forms

12.3 Gartengruppe- Dokumentation

1. Einsetzen und Pikieren - Einheiten vom 7. und 8.7.2014

Ablauf:

Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorname und Lieblingspflanze)

Information über mitgebrachtes Material: Bereits vorgezogene Sonnen,- Ringelblumen und Kapuzinerkresse und auszusäendes Saatgut, Aussaat,- und Blumenerde, Pflanzgefäße, Pikierstäbe, Einmalhandschuhe und Beschriftungsmaterial

Gemeinsame Beantwortung der Frage „Was kann jetzt (Anfang Juli) noch angepflanzt werden?“ Hilfe: Saatgut hat Anleitung auf der Rückseite
→ Kresse, Salat, Bohne, Gurke, Radieschen, Blumenmischungen und Kräuter

Bildung kleiner Gruppen, gemeinsames Ein,- und Umsetzen
- Erde lockern
- In Gefäße füllen (Erde wurde von PraktikantInnen in die Gefäße gefüllt)
- Festdrücken
- Löcher mit Finger oder Pikierstab machen, Tiefe und Größe je nach Art
- Samen oder Setzling einsetzen und gießen
  → Was möchte ich einsetzen? Teilen von Erinnerungen an Gartenarbeit.
  → Sinnliches Spüren von Saatgut, Erde und Wasser
- Wenn möglich: Selbst beschriften

Nach dem Einsetzen: Anstoßen auf gemeinsame Arbeit und Ausklingenlassen der Einheit

Wetter: Sonnig, nicht zu heiß. Ort: Terrasse

Anwesenheit:

2. Kräuter,- und Salatgarten - Einheiten vom 14. und 15.7.2014

Ablauf:

Begrüßung

Information über mitgebrachtes Material: Vorgezogener Salat und verschiedene Kräuter, welche in ein kleines, fahrbares Beet eingesetzt werden sollen.

Gemeinsame Beantwortung der Frage: Welche Kräuter haben wir hier zur Verfügung? Wofür kann man sie verwenden? Woher stammen diese Kräuter? Hilfe: Riechen, Schmecken
→Schnittlauch, Thymian, Basilikum und Rosmarin

Befüllen des Beetes:
- Einkaufswagen mit Plastikplane auslegen, Kies einstreuen
- Blumenerde und Kompost lockern
- Gemeinsames Arbeiten: Kleine Kübel für TeilnehmerInnen befüllen und der Reihe nach in das Beet schütten lassen, bis das Beet gefüllt ist. Können die TeilnehmerInnen Unterscheide zwischen Kompost und Blumenerde finden?
- Gefülltes Beet festdrücken
- Löcher für Kräuter/ Salat graben
-Pflanzen vorsichtig aus Topf lösen und einsetzen
- Gießen

Nach dem Einsetzen: Zubereiten eines Kräuter-Topfen-Aufstrichs und gemeinsame Jause im Schatten

Wetter: Sonnig, nicht zu heiß. Ort: Terrasse

Anwesenheit:

3. Lavendelsäckchen - Einheiten vom 21. und 22.7.2014

Ablauf:

Begrüßung und Einführung ins Thema

Information über mitgebrachtes Material: Genähte Stoffsäckchen, getrocknete Lavendelsträußchen, Watte, Schüsseln

Gemeinsame Beantwortung der Frage: Wofür kann man Lavendel verwenden?
→ Duftsäckchen für Kleiderschrank und Bett, Kekse, Cremen, …

Füllen der Säckchen
- Lavendelsträußchen werden abgerebelt und in der Schüssel gesammelt
- Sinne anregen: Wie fühlt sich das an? Wie riecht das? Erinnerungen?
- Blüten werden mit Watte und eventuell etwas Minze vermischt und in die Säckchen gefüllt.
- Säckchen wird zugebunden und mit einigen Lavendelblüten und Bast geschmückt
- Es gab auch die Möglichkeit selbst ein Säckchen zu nähen und mehrere Säckchen zu füllen
- Säckchen dürfen mitgenommen werden

Nach dem Füllen der Säckchen wurde gemeinsam ein kühles Marillenkompott gegessen und die TeilnehmerInnen wurden gefragt, wer bekommt das/die Säckchen und wo kommt es hin.

Wetter: Sonnig, heiß. Ort: Terrasse

Anwesenheit:

4. Gemüsepflanzen aussetzen und Schaubeete gestalten - Einheiten vom 28. und 29.7.2014

Ablauf:

Begrüßung und Info über die heutige Einheit

Material: Holzkisten, Plastikplanen, Acrylfarben und Pinsel, Setzlinge, die in der ersten Woche eingesetzt wurden, Blumenerde, Kompost

- Bereits vorbereitete Kisten sollen beschriftet, bemalt und dekoriert
- Bohne, Gurke, Radieschen sollen umgesetzt werden
- Kisten werden mit Plastikplane ausgelegt
- Erde und Kompost werden in die Kisten gefüllt
- Vorsichtig werden die Pflanzen mit jeweils passendem Abstand in die Kisten gesetzt
- Pflanzkisten werden gegossen und auf die Terrasse in den Schaugarten gestellt.

Wetter: Regnerisch, kalt

Anwesenheit:

Ort: Die Gruppen wurden im Gruppenraum des Tageszentrums durchgeführt.

5. Marmelade einkochen - Einheiten vom 4. und 5.8.2014

Ablauf:

Begrüßung und Einführung ins Thema

Fragerunde: Welche Produkte wurden von den TeilnehmerInnen bereits eingekocht?
Marillenmarmelade ist am beliebtesten, Erzählungen der BewohnerInnen von Ausflügen in die Wachau um Früchte zu kaufen.

Beginn der Vorbereitung:

→ Waschen und Qualität überprüfen

→ Schneiden und Entkernen

→ Früchte mit Zucker einkochen und pürieren, Hilfestellungen geben

→ Gelierprobe machen und kosten → Braucht es mehr Zucker oder Säure?

→ Gut rühren, mobile BewohnerInnen können helfen

→ Andere TeilnehmerInnen können daweil Etiketten beschriften (Inhalt und Datum)

→ Gläser befüllen und zuschrauben, umdrehen, Vakuum - während die BewohnerInnen ein Spiel spielten

Bereits ausgekühlte Marmelade gemeinsam mit BewohnerInnen verkosten

Etiketten anbringen

Gesprächsrunde: Was wird mit der Marmelade geschehen? Selber essen/ verschenken

Wetter: Regen

Anwesenheit:

Ort: Die Gruppen wurden im Gruppenraum des Tageszentrums durchgeführt.

6. Blumensträuße binden - Einheiten vom 11. und 12.8.2014

Ablauf:

Vor Beginn der Einheit wurden von den Terrassen und dem Umfeld des Hauses Blumen, Blüten und Zweige geschnitten.

Nach der Begrüßung wurden die Pflanzen gemeinsam sortiert und in der Runde diskutiert, zu welchen Anlässen man Blumensträuße schenkt (Wann bekommt man Blumen und wieso?)

Ziel der Einheit war das selbstständige erstellen der Sträuße und entscheiden, welchen Zweck der Strauß haben soll → Verschenken, behalten, anderen zur Verfügung stellen?

- ➔ Eigene Auswahl von Farbe und Stil (kurz/lang klein/groß)
- ➔ Möglichst selbstständiges zusammenstellen, Hilfestellung beim Binden und Kürzen

Gesprächsrunde: Was wird mit dem Blumenstrauß geschehen?

Verabschiedung

Wetter: Sonnig, heiß/ regnerisch

Anwesenheit:

Ort: Die Gruppe am Montag wurde auf der Terrasse, die Gruppe am Dienstag wurde im Gruppenraum des Tageszentrums durchgeführt.

7. Kräuter trocknen - Einheiten vom 18. und 19.8.2014

Ablauf:

In der Früh wurden teilweise Kräuter geerntet, andere werden mit den BewohnerInnen gemeinsam geerntet → Salbei, Thymian, Rosmarin, Minze, Melisse, Lavendel, Erdbeer- und Himbeerblätter und Rosenblüten

Begrüßung und Einführung ins Thema
Diskussion: Wie können Kräuter verarbeitet werden? Welche Unterschiede muss man beachten? Aus welchen Kräutern macht man Tee?
Welche Kräuter haben wir hier? Wie riechen diese, wie schmecken diese (Aroma)?

Bearbeitung: Kräuter werden geputzt und je nach Sorte entweder abgezupft oder zu kleinen Büscheln gebunden und dann an eine Leine gehängt, Zusätzlich werden noch Zitronen und Äpfel geschält. Abgezupfte Kräuter werden auf Bleche zum Trocknen ausgelegt

Zum Schluss wurde Minze & Melisse mit gepressten Zitronensaft zu Tee aufgegossen und gemeinsam getrunken

Wetter: Kühl, regnerisch

Anwesenheit:

Ort: Die Gruppe am Montag wurde auf der Terrasse, die Gruppe am Dienstag wurde im Gruppenraum des Tageszentrums durchgeführt.

8. Teemischungen herstellen - Einheiten vom 25. und 26.8.2014

Ablauf:

Begrüßung (Hinweis, dass dies die letzte Einheit ist) und Einführung ins Thema „Tee“

Gesprächsrunde: Welche Teesorte wurde gemocht/ nicht gemocht? Wieso trinkt man Tee? Welche Kräutertees gibt es? Was sind die Wirkungen?

Bereits getrocknete Kräuter werden eventuell zerkleinert, gemischt und abgefüllt

Material: Teelöffel und Teller/Schüssel, Kräuter und Teebeutel

Je nach Geschmack oder nach Rezept werden Teemischungen zusammengestellt, gemischt und in Beutel gefüllt. Diese werden zugebunden und mit kleinem Zettel beschriftet

Anschließend wurde heißes Wasser aufgegossen und die „Eigenkreation“ probiert

Bei Tee und Strudel wurde über die Gruppe und die letzten Wochen gesprochen und die Gruppe beendet.

Wetter: Kühl, regnerisch

Anwesenheit:

Ort: Die Gruppen wurden im Gruppenraum des Tageszentrums durchgeführt.

12.4 Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Bewohnerin, sehr geehrter Bewohner!

Mein Name ist Victoria Staus. Neben meiner ehrenamtlichen Tätigkeit im Kolpinghaus gemeinsam Leben Wien Leopoldstadt studiere ich Psychologie an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit wird in Absprache mit der Geschäftsführung und der *Abteilung Lebensqualität* neben den bereits bestehenden Veranstaltungen ein zusätzliches Freizeitangebot angeboten. In den Monaten Juni bis August 2014 können Sie für die Dauer von 8 Wochen an einer wöchentlichen Gartengruppe oder Kreativgruppe teilnehmen. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgt durch Zufall. Im Rahmen dieser Diplomarbeit werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu verschiedenen Themen befragt (Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit und Selbstwert). Diese Daten werden anonym ausgewertet und nur für meine Diplomarbeit verwendet. Die Teilnahme an diesem Angebot ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden.

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Victoria Staus

(ehrenamtliche Mitarbeiterin)

Name: _____

Unterschrift zum Einverständnis: _____

12.5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 27

Tabelle 2 47

Tabelle 3 50

Tabelle 4 54

Tabelle 5 55

Tabelle 6 56

Tabelle 7 57

Tabelle 8 57

Tabelle 9 63

Tabelle 10 66

Tabelle 11 66

Tabelle 12 67

Tabelle 13 69

Tabelle 14 70

12.6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Flow-Diagramm von der Rekrutierung bis zur Auswertung 36

Abbildung2. Altersverteilung in Gesamtstichprobe 45

Abbildung3. Altersverteilung in der Kontrollgruppe 45

Abbildung4. Altersverteilung in der Kreativgruppe 46

Abbildung5. Altersverteilung in der Gartengruppe 46

Abbildung 6. Verteilung der Pflegestufen in der Gesamtstichprobe 49

Abbildung 7. Verteilung der MMST-Werte in der Gesamtstichprobe 51

Abbildung 8. Verteilung der MMST-Werte in der Kontrollgruppe 51

Abbildung 9. Verteilung der MMST-Werte in der Kreativgruppe.....52

Abbildung 10. Verteilung der MMST-Werte in der Gartengruppe.....52

Abbildung 11. Verlauf der Lebenszufriedenheit über die Zeitpunkte.....59

Abbildung 12. Verlauf des Selbstwertes über die Zeitpunkte.....60

Abbildung 13. Verlauf der Selbstwirksamkeit über die Zeitpunkte.....62

Abbildung 14. Verlauf der Depressivität über die Zeitpunkte.....64

12.7 Lebenslauf

Victoria Staus

geboren am: 9. August 1991

Ausbildung:	Seit 2015	Ausbildung: Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung
	Seit 2010	Studium: Psychologie an der Universität Wien
	2008- 2009	Matura: BRG/WRG 8 Feldgasse 6-8 1080 Wien
	2007- 2008	Auslandsjahr: Walters High School, Oklahoma
	2001- 2007	Gymnasium: BRG/WRG 8 Feldgasse 6-8
	1997- 2001	Volkschule: Evangelische Privatschule, 1180 Wien

Berufserfahrung:

Seit Oktober 2013	Ehrenamtliche Mitarbeiterin Kolpinghaus Leopoldstadt
Juni - Oktober 2013	Praktikum Kolpinghaus Leopoldstadt
März - Juli 2013	Ehrenamtliche Mitarbeiterin SeniorInnen Tageszentrum ehemals Ottakring-Hernals
Juli- November 2012	Psychologisches Praktikum beim Ludwig Boltzmann Institute- Health Promotion Research
Juli 2012	Kinder-Feriencamp-Betreuerin bei den integrativen Kinderferien der Volkshilfe Niederösterreich

12.8 Originalitätserklärung

Ich, Victoria Staus, versichere, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst habe, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Des Weiteren habe ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Wien, am 18. März 2015 Unterschrift