



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Intrapersonale Ressourcen in der Gesundheitsförderung:
Die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartung, Natur
und Spiritualität für die Rehabilitation bei
Alkoholabhängigkeit.

Verfasserin

Doris Hildegard Zeidler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Dezember 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao.Univ.Prof. Dr. Rainer Maderthaner

Ich danke ...

- ... allen Personen, die mir so hilfreich während des gesamten Studiums zur Seite gestanden haben.
- ... Ing. Dr. Renate Cervinka für die Eröffnung diesem spannenden Forschungsgebietes und die Ermöglichung der Abhandlung dieses Themas als Diplomarbeit. Ich danke für die fachliche Betreuung, sowie für die positiven Herausforderungen die daraus erwachsen sind.
- ... jenen Mitwirkenden des Anton Proksch Instituts, welche mich bei der Durchführung dieser Arbeit so unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	6
II. Theoretischer Teil	8
1. Gesundheit und Krankheit.....	8
1.1. Begriffsdefinition.....	8
1.1.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	9
1.2. Ergänzung oder Ausschluss?	11
1.2.1. Das bipolare Modell/ Kontinuumstheorie	11
1.2.2. Das Unabhängigkeitsmodell.....	12
1.3. Was sind „Ressourcen“?	13
1.3.1. interne und externe Ressourcen	14
1.3.2. Exkurs Salutogenese und Generelle Widerstandsressourcen.....	15
1.3.5. Weitere Unterscheidungen	17
1.3.6. Transaktionspotentialmodell.....	18
1.3.7. Zusammenführung der Beschreibungsdimensionen	19
1.4. Bedeutung von Ressourcen für die Gesundheit.....	20
1.4.1. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell	20
1.4.2. Was hilft? Ressourcenpotential und Ressourcenaktivierung.....	21
1.5. Prävention und Gesundheitsförderung	24
1.5.1. Prävention.....	24
1.5.1.1. Rehabilitation.....	25
1.5.2. Gesundheitsförderung.....	25
2. Substanzstörung Alkohol	27
2.1. Einführung.....	27
2.1.1. Begriffsdefinition und Klassifikation	27
2.1.2. Prävalenz in Österreich.....	28
3. Ressourcen bei Alkoholabhängigkeit.....	30
3.1. Schutzfaktoren und Risikofaktoren	30
3.2. Das „Anton-Proksch-Institut“ (API)	31
3.2.1. API und Ressourcenorientierung.....	32
3.3. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) als Ressource.....	34
3.3.1. Theoretischer Hintergrund	34
3.3.2. API und SWE.....	35
3.4. Natur als Ressource.....	36
3.4.1. Natur/ natürliche Umwelten, Begriffsklärung	36
3.4.2. Natur und Erholung, Wirkung auf die Gesundheit.....	37
3.4.2.1. „Attention Restoration Theory“.....	38
3.4.2.2. Natur und Gesundheit, klinische Studien	39
3.4.3. Naturverbundenheit, der emotionale Bezug zur Natur?	40
3.4.4. Tatsächlicher Aufenthalt in der natürlichen Umgebung.....	41
3.4.4.1. Einfluss des Wetters	42
3.4.5. Zusammenfassung.....	43
3.5. Spiritualität als Ressource	44
3.5.1. Begriffsklärung.....	44
3.5.2. Bedeutung für die Gesundheit	45
III. Empirischer Teil.....	48
4. Forschungsfragen.....	48
5. Methode	53
6. Durchführung	53
6.1. Rahmenbedingungen.....	54
6.2. Voruntersuchung	54

7.	Konstruktion der Fragebögen	55
7.1.	Testauswahl und Testbeschreibung.....	55
7.1.1.	Operationalisierung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung ...	55
7.1.1.1.	Gütekriterien	57
7.1.2.	Operationalisierung der Ressourcen	58
7.1.2.1.	Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.....	58
7.1.2.2.	Naturverbundenheit.....	59
7.1.2.3.	Spiritualität.....	62
7.1.3.	Operationalisierung des tatsächlichen Aufenthalts im Freien	63
7.1.4.	Operationalisierung des Ausschlusskriteriums und der Störvariablen	64
7.1.5.	Soziodemographische Variablen	66
7.2.	Stichprobenbeschreibung	66
8.	Auswertung	67
8.1.	Exkurs statistische Erläuterung	67
8.1.1.	Datenniveau	67
8.1.2.	Statistische Auswertungsverfahren.....	67
8.1.2.1.	Signifikanztest	67
8.1.2.2.	Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen .	68
8.1.2.3.	Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen.....	69
8.1.2.4.	Power und Effektstärke	70
8.2.	Deskriptive Analyse	71
8.2.1.	Geschlecht.....	71
8.2.2.	Alter	72
8.2.3.	Bildung.....	73
8.2.4.	Diagnosen.....	73
8.3.	Quantitative Analyse	74
8.3.1.	Überprüfung der Skalenqualität	74
8.3.1.1.	Überprüfung des Fragebogens SF-36m.....	74
8.3.1.2.	Überprüfung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung ...	75
8.3.1.3.	Überprüfung der „Connectedness to Nature Scale“	75
8.3.1.4.	Überprüfung der Skala SLSp	76
8.3.2.	Hypothesenprüfung	77
8.3.2.1.	Forschungsfrage A: Ausgeprägte Ressourcen - gute Gesundheit?	77
8.3.2.2.	Forschungsfrage B: Gesundheit Veränderung.....	84
8.3.2.3.	Forschungsfrage C: Ressourcen Veränderung.....	86
8.3.2.4.	Forschungsfrage D: Aktivierung von Ressourcen – Verbesserung der Gesundheit.....	91
9.	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	96
9.1.	Qualität des Fragebogens	97
9.2.	Ausgeprägte Ressourcen – gute Gesundheit?	98
9.3.	Die Veränderung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung	100
9.4.	Die Veränderung der Ressourcen.....	100
9.4.1.	Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung	100
9.4.2.	Veränderung der Naturverbundenheit	101
9.4.3.	Veränderung des Rückhalts durch die Spiritualität	101
9.5.	Die Veränderung der Ressourcen und der Gesundheit.....	102
IV.	Zusammenfassung und Ausblick.....	106
V.	Literaturverzeichnis	109

Anhang	119
Anhang A: Fragebogen	119
Anhang B: Statistische Ergänzungstabellen und Detailausdrucke.....	136
Deskriptiv- und Ergänzungstabellen	137
Reliabilitätsanalysen.....	145
Faktorenanalysen.....	148
Abstract.....	150
Lebenslauf.....	152

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bipolares Modell von Gesundheit und Krankheit.....	11
Abb. 2: Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit	12
Abb. 3: Bestimmungsstücke, Beschreibungsdimensionen von Ressourcen	19
Abb. 4: Das Anton Proksch Institut	32
Abb. 5: Forschungsmodell.....	49
Abb. 6: Item „inclusion of nature in the self scale“	61
Abb. 7: Geschlechtsverteilung zum ersten Erhebungszeitpunkt	71
Abb. 8: Geschlechtsverteilung zum zweiten Erhebungszeitpunkt	71
Abb. 9: Altersbeschreibung zum ersten Erhebungszeitpunkt.....	72
Abb. 10: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Stichprobe.....	73
Abb. 11: Faktorenanalyse der CNS zum ersten Erhebungszeitpunkt	76
Abb. 12: Faktorenanalyse der SLSp Skala zum ersten Erhebungszeitpunkt	77
Abb. 13: Graphische Zusammenfassung der Forschungsfrage 2.....	80
Abb. 14: Ressourcen und psychische Gesundheit	83
Abb. 15: Veränderung der subjektiven Gesundheit	85
Abb. 16: Veränderung der SWE	87
Abb. 17: Veränderung der Naturverbundenheit.....	89
Abb. 18: Veränderung der SLSp Werte	90

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Diagnostische Kriterien und Verschlüsselung der Störung.....	28
Tab. 2: Prävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus	29
Tab. 3: Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“	59
Tab. 4: Items der „Connectedness to Nature Scale“	60
Tab. 5: Items der „Support in life through Spirituality“	63
Tab. 6: Beispiel Items zur Erfassung der Zeit im Freien	64
Tab. 7: Gefühlte Temperatur und thermische Beanspruchung	65
Tab. 8: Geschlechtsbeschreibung zum ersten Erhebungszeitpunkt	71
Tab. 9: Geschlechtsbeschreibung zum zweiten Erhebungszeitpunkt	71
Tab. 10: Faktorenladungen des SF-36m.....	74
Tab. 11: Zusammenfassung der Veränderung SF-36m	86
Tab. 12: Veränderung der subjektiven Gesundheit und SWE.....	92
Tab. 13: Veränderung der subjektiven Gesundheit und CNS-Werte	93
Tab. 14: Veränderung der subjektiven Gesundheit und SLSp-Werte.....	95

I. Einleitung

Ein zunehmendes Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung allgemein, zeichnet sich in den letzten Jahrzehnten besonders im Gesundheitswesen ab. Ein starkes Defizit und symptomorientiertes Denken bestimmt die Tradition des Gesundheitssystems, was der einzelnen Person nur einen geringen Interventionsspielraum, für die eigene Gesundheit, erlaubt. Durch die steigende Lebenserwartung kommt es zu einer Zunahme an chronischen Erkrankungen, welche zu einer zunehmenden Belastung des Gesundheitssystems und der Lebensqualität führen. Durch die Änderung der Betrachtungsweise hin zu einer ressourcenorientierten und selbstverantwortlichen Sicht wird nun versucht, effektiv und aktiv positiv und präventiv auf die Gesundheit und Krankheit einzuwirken. Bedeutsam hierfür ist die Betrachtung der Gesundheit und Krankheit an sich, sowie deren beeinflussenden Faktoren.

Das Ziel dieser vorliegenden Arbeit ist es, die in der Literatur häufig zitierte förderliche Wirkung von Ressourcen auf die subjektiv erlebte Gesundheit näher zu beleuchten, empirisch zu untermauern und die Forschung fortzuführen. Im ersten Teil wird ausführlich auf die Definition, Gliederung und Bedeutung von Gesundheit und Krankheit sowie auf Ressourcen eingegangen, welche speziell auf die Bedeutung und Relevanz für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit beleuchtet werden. Da alles, was in irgendeiner Weise für eine Person in einer speziellen Situation als hilfreich erlebt werden kann, als Ressource zu bezeichnen ist, kommt zum Ausdruck, dass dies ein sehr komplexes Themengebiet darstellt und sich somit eine Einschränkung auf intrapersonale Ressourcen anbietet. Hierzu zählt die allgemeine Selbstwirksamkeit, welche in ihrer förderlichen Wirkung für die Gesundheit bereits als gut erforscht gilt. Die Naturverbundenheit, der tatsächliche Aufenthalt in natürlichen Umgebungen und die individuelle förderliche Wirkung des Rückhalts im Leben durch die Spiritualität, gelten ebenfalls als intrapersonale Ressourcen, wobei diese ein noch neues Forschungsgebiet darstellen und in teilweise noch unzureichend erforscht und in ihrer Relevanz beleuchtet sind.

Diese spezielle Betrachtung soll als Hinführung für den zweiten großen Abschnitt dieser Arbeit dienen. Dieser stellt die empirische Ausarbeitung, der

von der wissenschaftlichen Theorie abgeleiteten Forschungsfragen, dar. Drei große Fragestellungen liegen im Zentrum des Interesses:

1. Bedeuten stärker ausgeprägte Ressourcen auch eine bessere Gesundheit?
2. Lassen sich die Ressourcen und die Gesundheit innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums steigern?
3. Kommt es bei einem Ausbau der Ressourcen auch zu einer schnelleren Genesung?

Aufgrund der Komplexität des gesamten Themenbereichs war es nötig eine kombinierte Quer- und Längsdatenerhebung, bei dieser klinischen Stichprobe, durchzuführen. Dies erlaubt eine ganzheitliche Sicht und Klärung der interessierenden Fragen, was eine Fortführung der Erforschung dieses Themengebiets und eine Implementierung der Ergebnisse in die Praxis ermöglichen soll.

II. Theoretischer Teil

1. Gesundheit und Krankheit

1.1. Begriffsdefinition

Der Begriff der Gesundheit hat sich im Laufe des letzten Jahrhunderts stark gewandelt. Frühere Definitionen betonten die Relevanz des Fehlens von Krankheit, was jedoch sehr negativ und häufig auch problemorientiert definiert ist. „Die erste offizielle positive Definition stammt von der Weltgesundheitsorganisation“ ... (Lippke & Renneberg, 2006, S. 7.):

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1948; zitiert nach Lippke & Renneberg, 2006, S. 8).

Eine weitere Definition von Gesundheit findet sich bei Hurrelmann (1999; zitiert nach Schoberberger, 2005):

Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselnden Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann.

Diese Definition zeigt sich besonders im Zusammenhang mit gesundheitsförderlichen Programmen, wie diese auch in der Rehabilitation Anwendung finden, als besonders geeignet. Die Stärkung der bereits vorhandenen Ressourcen, kann hier gut berücksichtigt werden.

1.1.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Lebensqualität und Gesundheit oder besser Wohlbefinden? Diese drei Begriffe treten in der Literatur häufig gemeinsam, manchmal sogar als Synonyme auf. Dies zeigt schon, wie schwierig es ist ein Thema ohne das andere zu behandeln und dass diese Bereiche sich gegenseitig beeinflussen.

Die WHO (2001; zitiert nach Renneberg & Lippke, 2006, S. 29) definiert Lebensqualität wie folgt:

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.

Aus dieser Definition kann ein multidimensionaler Ansatz für die Verbesserung der Lebensqualität abgeleitet werden. Renneberg und Lippke (2006, S. 30) betonen, dass nun die gesundheitsbezogene Lebensqualität ebenfalls ein mehrdimensionales Konstrukt ist und nach Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) vier wesentliche Bereiche beinhaltet:

1. *Krankheitsbedingte körperliche Beschwerden*, die von vielen Patienten als primäre Ursache für Einschränkungen der Lebensqualität betrachtet werden.
2. Die *psychische Verfassung* im Sinne von emotionaler Befindlichkeit, allgemeinem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit.

3. *Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen* in alltäglichen Lebensbereichen wie Beruf, Haushalt und Freizeit.
4. Die *Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen* und *sozialer Interaktionen* sowie *erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen* in diesem Bereich. (S. 3)

Eine klare Abgrenzung zwischen den Begriffen Lebensqualität und Wohlbefinden ist jedoch kaum möglich, da die Lebensqualität teilweise ... „über Aspekte des Wohlbefindens definiert wird“ (Schumacher et al., 2003, S. 3).

Bullinger, Ravens-Sieberer und Siegrist (2002; zitiert nach Renneberg & Lippke, 2006, S. 31) betonen, dass es, für die Messung der Lebensqualität eines Individuums, auf die subjektive Wahrnehmung ankommt.

Demnach ist nicht der objektive Zustand, sondern das individuelle, also das subjektive Erleben der Situationen relevant. Bemerkenswert ist, dass der objektive Zustand und das subjektive Erleben teilweise stark unterschiedlich eingeschätzt werden, was die Beurteilung durch Außenstehende erschwert. Die Einschätzung des individuellen Zustandes der Gesundheit kann mit Hilfe verschiedener Befragungsansätzen erfolgen. Eine in der deutschen Sprache häufig verwendete Selbsteinschätzungsinventar ist der „Short Form 36 Health Survey“ (SF-36; Fragebogen zum Gesundheitszustand, Bullinger & Kirchberger, 1998), welcher auch in der weiter unten ausgeführten empirischen Untersuchung Einsatz gefunden hat.

Aus Studien ist weiters bekannt, dass Frauen eine höhere gesundheitsbezogene Sensitivität aufweisen, was sich in signifikant schlechteren Werten der subjektiven Gesundheitswahrnehmung äußert (Bullinger & Kirchberger, 1998).

1.2. Ergänzung oder Ausschluss?

Die Frage, ob Gesundheit und Krankheit sich gegenseitig ausschließen, also zwei Pole eines Kontinuums sind, oder ob beide parallel, vielleicht sogar unabhängig voneinander vorliegen können, ist eine relevante Frage.

Wenn denn das Ziel der Gesundheitsförderung ein gesundes Erleben und Handeln sein soll, wie dies auch die Definition von Gesundheit der WHO, wie oben erwähnt, nahe legt, dann ist es wichtig sich anzusehen, wie die Beziehung zwischen „Krankheit“ und „Gesundheit“ definiert wird (Koppenhöfer, 2004).

1.2.1. Das bipolare Modell/ Kontinuumstheorie

„Im bipolaren Modell werden Gesundheit und Krankheit als Gegensatzpaar auf einem Kontinuum verstanden“ (Lutz & Ahlswede, 2008, S. 6). Siehe *Abbildung 1*.

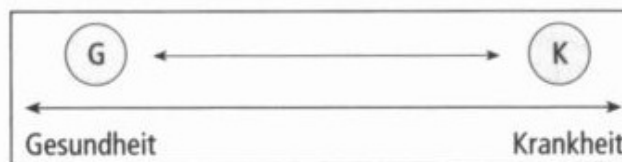


Abbildung 1: Bipolares Modell von Gesundheit und Krankheit
(Quelle: Lutz & Ahlswede, 2008, S. 6)

Menninger und Antonovsky gelten als Vertreter der Kontinuumstheorie (1968; 1979; zitiert nach Koppenhöfer, 2004, S. 10). Hierbei werden die beiden Begriffe als Gegenpole verstanden. „Krankheit wird nicht als isolierte Variable, sondern in Abhängigkeit von Gesundheit definiert. Ein solches Verständnis impliziert, dass eine Reduzierung der Pathologie zwangsläufig zu mehr Gesundheit führt“ (Koppenhöfer, 2004, S. 10). Demnach wäre es ausreichend die Krankheit der Person zu entfernen um Gesundheit zu erreichen. Dies impliziert wiederum einen starken an Defiziten und Symptomen orientierten Ansatz für die Praxis. In einem solchen Modell käme der Ressourcenstärkung und -aktivierung lediglich eine geringe Bedeutung zu.

1.2.2. Das Unabhängigkeitsmodell

„Im Unabhängigkeitsmodell (Lutz 1992; Lutz u. Mark 1994) werden Gesundheit und Krankheit als unabhängige Dimensionen einander gegenübergestellt“ (Lutz & Ahlswede, 2008, S. 7).

Koppenhöfer (2004) meint, dass es relevant sei nicht nur pathologisches sondern auch gesundes Verhalten zu berücksichtigen.

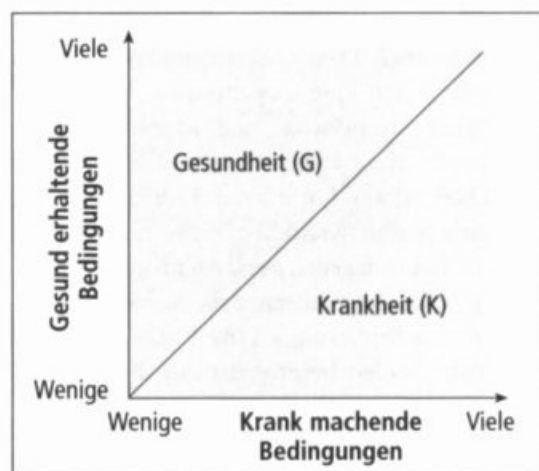


Abbildung 2: Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit nach Lutz und Mark
(Quelle: Lutz & Ahlswede, 2008, S. 7)

Das Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit, welches auch als ein orthogonales Konzept bezeichnet wird, wie dies in *Abbildung 2* dargestellt ist, integriert die beiden Zustände „gesund“ und „krank“. Demnach kann eine Person gleichzeitig eine chronische, vielleicht sogar eine Erkrankung ohne Heilungsaussichten haben und dennoch ... „in seiner Lebensgestaltung eine gute Lebensqualität verwirklichen. In diesem Modell kann sich ein größeres Ausmaß an Gesundheit entwickeln, obgleich sich an der Krankheit bzw. am Krankheitsempfinden nichts ändert“ (Koppenhöfer, 2004, S. 11). Eine Person kann z.B. unter einer chronischen psychischen Erkrankung, einem andauernden Schmerzzustand oder anderen Beschwerden leiden und dennoch eine Steigerung der subjektiven Gesundheit verwirklichen.

„Das Modell fordert neben einer am Symptom orientierten Therapie auch eine Förderung von gesunden Anteilen und beschreibt damit sehr viel besser den

Anspruch des klinischen Therapeuten“ (Lutz & Ahlswede, 2008, S. 7). Oder anders ausgedrückt, geht man von diesem Modell aus, dann erhalten die Ressourcen sowohl eine gesundheitsfördernde und –aufrechterhaltende als auch eine präventive und vor allem kurative Funktion. Dies kann wiederum in der Rehabilitation wie z.B. bei Alkoholabhängigkeit eine besondere Bedeutung erlangen.

1.3. Was sind „Ressourcen“?

Eine einheitliche, kurz gefasste und allgemein verständliche Definition von Ressourcen zu finden, ist bislang zwar von vielen Autoren versucht worden, aber noch nicht zufriedenstellend gelungen. Dementsprechend unterschiedlich wird der Begriff auch verstanden und verwendet.

Häufig wurde versucht die Begriffsdefinition über den Gegenpol, also die Pathogenese und die dort angewandte Problemorientierung zu versuchen.

Grawe und Grawe-Gerber (1999) finden schlussendlich zu folgender Definition:

Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, als z.B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum eines Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential,

das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht. (S. 67)

Nestmann (1996, S. 362) meint zusammenfassend: „Letztendlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt wird oder als hilfreich erlebt wird, kann als eine Ressource betrachtet werden“.

Bei einer genaueren Betrachtung lassen sich jedoch einige Gliederungen und Beschreibungsdimensionen finden.

1.3.1. interne und externe Ressourcen

Reimann und Hammelstein (2006, S. 15) schreiben hierzu Folgendes:

Im Sinne der Stress- und Copingforschung können Faktoren unterschieden werden, die dem Menschen individuell zueigen sind (**interne Ressourcen**), so z.B. die körperliche Konstitution, die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse, Wünsche, Anforderungen, Ängste usw. wahrzunehmen und eine gewisse Ich-Stärke. Von diesen sind **externe Ressourcen** abzugrenzen wie z.B. materielle und soziale Unterstützung, beruflicher und sozialer Status und soziale Integration.

Wobei in dieser Arbeit auf diese externen Ressourcen nicht weiter eingegangen werden soll.

Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch über diese internen Ressourcen in unterschiedlich starker Ausprägung verfügt und auch aktiv zu einer Verbesserung dieser beitragen kann.

1.3.2. Exkurs Salutogenese und Generelle Widerstandsressourcen

Die Gliederung in interne und externe Ressourcen stammt ursprünglich von Antonovsky (1979; zitiert nach Reimann & Hammelstein, 2006, S. 15), welcher diese oben erwähnten Faktoren als Generelle Widerstandsressourcen bezeichnet. Diese Generellen Widerstandsressourcen (GRR) ... „können als Kräfte verstanden werden, die Menschen dazu befähigen, potenziell krankmachende Einflüsse zu bewältigen, ohne zu erkranken.“

Antonovsky ist ein Vertreter der Kontinuumstheorie von Gesundheit und Krankheit (vgl. *Kapitel 1.2.1.*) und ergänzt somit mit seinem „salutogenetischen Paradigma“, also seiner gesundheitsorientierten Sichtweise, das auf die Krankheit konzentrierte, also pathogenetische, Paradigma. „Krankheit stellt die eine Verarbeitungsmöglichkeit im Umgang mit den Herausforderungen des Lebens dar, während Gesundheit als Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung des Individuums mit den inneren Bedürfnissen und den äußeren Anforderungen aufgefasst werden kann“ (Lorenz, 2005, S. 31).

Die Betonung auf die aktive Auseinandersetzung legt schon die Bedeutung für die Gesundheitsförderung nahe, wo mit diesem Modell ... „die Auseinandersetzung mit den protektiven Faktoren, den Ressourcen und Potenzialen des Menschen in das Zentrum des Interesses“ rückt (Lorenz, 2005, S. 31).

Lorenz (2005, S. 32) schreibt weiter:

1. dass sich dieser Prozess über die gesamte Lebensspanne zieht und sich der Mensch ... „permanent in der Auseinandersetzung mit seinen gesunden und kranken Anteilen“ ... befindet.
2. „Die Sicht auf die stets individuell vorgefundene Lebensgeschichte macht es erst möglich, die so bedeutungsvollen Ressourcen und Potenziale aufzufinden, die zur Gesundung beitragen und die so wichtigen Selbstheilungskräfte im Sinne der Kontrolle über die gegebenen Lebensbedingungen mobilisieren helfen.“
3. Die ... „Sinnfrage hat insbesondere im Zusammenhang mit zunehmend auftretenden chronischen Erkrankungen eine herausragende Bedeutung.“

Antonovsky geht davon aus, dass durch Situationen, in denen Stress erlebt wird ein Spannungsgefühl ausgelöst wird, welches es zu reduzieren gilt. Er interessierte sich deshalb zu Beginn für jene Faktoren, welche dieses Spannungsgefühl zu verringern helfen. Er entwickelt das Konstrukt des „sense of coherence“ (SOC), welches mit dem Begriff Kohärenzgefühl übersetzt wird. Dieser Begriff kann auch als ... „die sinnliche Wahrnehmung in Verbindung mit unserem Denken und Fühlen und insbesondere die individuelle Thematik der Lebensorientierung zum Ausdruck kommt“ verstanden werden (Lorenz, 2005, S. 36).

Das Kohärenzgefühl besteht in einer „Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darin ausdrückt, dass

1. die Stimuli aus der äußeren und inneren Umgebung des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
2. die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden,
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die eine inneres und äußeres Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1991; zitiert nach Lorenz, 2005, S. 37).

Hiervon lassen sich die drei Grundorientierungen im Erleben des Individuums nach Antonovsky (1991) ableiten:

- Verstehbarkeit (comprehensibility),
- Handhabbarkeit (manageability und
- Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit (meaningfulness)

Wenn Personen diese Grundorientierungen besitzen bleiben sie relativ „gesund“, auch wenn sie sich in belastenden Lebensumständen befinden (Antonovsky, 1997).

Das von Antonovsky entwickelte Messinstrument „Sense of Coherence Questionnaire“ (SOC, 1987; 1993) zeigt ... „eine hohe Übereinstimmung zwischen dem Konstrukt des Sense of Coherence und Subskalen zur

Depressivität“ (Sack, Künsebeck & Lamprecht, 1997; zitiert nach Trösken, 2002, S. 24).

Da der SOC aber methodischer Kritik, insbesondere einer mangelnden Replizierbarkeit der Subskalen, ausgesetzt ist (vgl. Hannover, Michael, Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2004) wurde er in der weiter unten ausgeführten empirischen Untersuchung nicht verwendet.

1.3.5. Weitere Unterscheidungen

Von Smith und Grawe (2003, S. 113) wird eine weitere Gliederung in interpersonale und intrapsychische Ressourcen, weiter in motivationale und potentiale Ressourcen, vorgenommen.

Unter der Berücksichtigung, dass sich der Mensch durch die soziale Interaktion entwickelt, wird angenommen, dass die Person hier auch interpersonale Ressourcen, z.B. soziale Kompetenzen, aufbauen kann. Diese beeinflussen wiederum durch ihre Qualität und Gestaltung die Entwicklung von intrapsychischen Ressourcen und umgekehrt.

Die Intrapsychischen, welche auch als interne personale Ressourcen bezeichnet werden, werden als ... „habitualisierte, d.h. situationskonstante, aber zugleich flexibel gesundheitserhaltende und wiederherstellende Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungssysteme der Person“ ... beschrieben (Kraft, Udris, Mussmann und Muheim, 1994; zitiert nach Willutzki, 2003, S. 102).

Wobei ein hohes Selbstwertgefühl, Optimismus bzw. Bewältigungsoptimismus einer Person sowie das Gefühl, Kontrolle über die Umwelt ausüben zu können, auch Selbstwirksamkeitserwartung genannt (Bandura, 1977; Jerusalem, 1990; Schwarzer & Jerusalem, 1999), Kohärenzsinn (Antonovsky, 1997), Hardiness und Resilienz (Kobasa, 1979; Bender & Lösel, 1998), Problemlösekompetenz (Hobfoll, 1989) und geringe negative Affektivität (Costa & McCrae, 1980; Maderthaner, 1998) in diesem Zusammenhang häufig inhaltlich genannt werden.

Als motivationalen Ressourcen werden alle Ziel und Unterziele betrachtet, die ein Mensch zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse entwickelt hat. „Beispielsweise könnte das Ziel, eine Ausbildung abzuschließen – mit dem

Unterziel eine Prüfung zu bestehen – dem Grundbedürfnis der Selbstwerterhöhung dienen.“

Als potentielle Ressourcen ... „werden hingegen alle Fähigkeiten und Verhaltensweisen verstanden, die der Erreichung dieser Ziele dienen. Hier wird deutlich, dass nicht alle Ressourcen als gleichrangig zu betrachten sind, sondern dass sie in hierarchischen Systemen geordnet sind“ (Willutzki, 2003, S. 113).

1.3.6. Transaktionspotentialmodell

Was nun wirklich für die Person als Ressource gilt, kann jedoch stark differieren. Was in einer bestimmten Situation als hilfreich erlebt wurde bzw. wird, kann in einer anderen Situation gegenteilig erlebt werden. Diese Situationsabhängigkeit betonen Gutscher, Hornung und Flury-Kleubler (1998) im Transaktionspotentialmodell.

Gutscher et al. (1998; zitiert nach Willutzki, 2003, S. 94) sehen die ... „Menschen als Lebewesen, die nur aufgrund vielfältigen energetischen und stofflichen Austausches mit der Umwelt lebensfähig sind.“ Jene Alternativen, mit denen das Individuum mit der Umwelt kommuniziert bzw. interagiert, welche die Person selbst zur Verfügung hat oder die ... „in der Umwelt liegen“ ... werden als ... „Transaktionspotentiale“ ... bezeichnet, ... „d.h. als Möglichkeiten zum Energie- bzw. Stofffluss zwischen Individuum und Umwelt und umgekehrt.“ Allerdings kann nicht alles, was in der Umwelt liegt als positiv zu nützendes Potential beschrieben werden, denn es kann genauso gut als Stressor wahrgenommen werden.

Welche Transaktionspotentiale für das Individuum als Ressource oder als Stressor wahrgenommen werden ... „ist letztlich vom Ergebnis der jeweiligen Transaktion abhängig.“

Jene Potentiale, welche lebenserhaltend bzw. lebensverbessernd wirken, sind als Ressourcen anzusehen und jene, welche lebeenseinschränkend sind, werden eher als Stressoren angesehen.

Toxische Stoffe, wie z.B. Alkohol, können in geringen Mengen eine Umweltressource, als auch in höheren Dosen einen Stressor darstellen.

„Ob etwas als „lebensbegünstigend“ oder „lebensbedrohend“ eingeschätzt wird, hängt nach Gutscher et al. (ebd.) davon ab, inwieweit es im Dienste zentraler Motive der Person steht.“ Willutzki (2003, S. 95) schreibt weiter: „Der Begriff „Ressource“ macht daher streng genommen nur im Lichte einer subjektiven Zweckbestimmung Sinn (ebd.; Nestmann, 1996).“

Weiter sei zu berücksichtigen, dass Ressourcen nicht nur instrumentell aufgefasst werden können, sondern auch eine symbolische Bedeutung erhalten können, durch das, dass sie für die Selbstdefinition der Person relevant sind (Hobfoll, 1989). Diese symbolische Betrachtung ist besonders im Zusammenhang mit der Naturverbundenheit interessant, auf die weiter unten eingegangen wird.

1.3.7. Zusammenführung der Beschreibungsdimensionen

Willutzki (2003, S. 103) führt die verschiedenen Ansichten in einer Graphik zusammen. Eine Ressource kann subjektiv oder objektiv sein. Hier werden jeweils externe, interpersonelle und intrapersonelle Ressourcen unterschieden. „Differenzieren lässt sich außerdem zwischen *konkreten*, eher situationsspezifischen Bewältigungsmöglichkeiten der Person im Unterschied zu *generellen*, situationsübergreifenden oder dispositionsähnlichen Stärken der Person.“

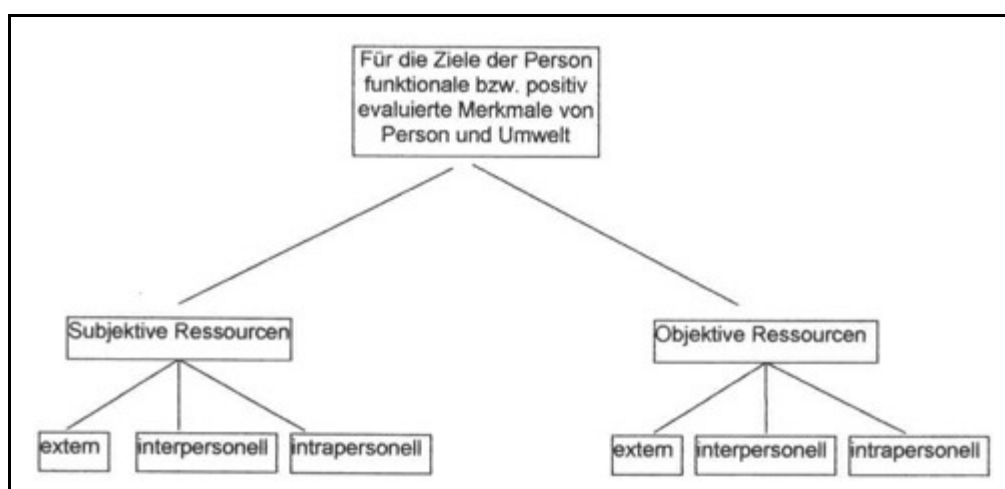


Abbildung 3: Bestimmungsstücke und Beschreibungsdimensionen von Ressourcen
nach Willutzki (Quelle: Willutzki, 2003, S. 103)

„Wie anhand des Transaktionspotentialmodells herausgearbeitet wurde, ist a priori nicht entscheidbar, ob ein Person- oder Umweltmerkmal Ressourcenqualitäten hat; hierüber entscheidet letztlich die Funktionalität des Merkmals für die Motive und Ziel der Person“ (Willutzki, 2003, S. 103).

Betont wird auch, dass die subjektive Wahrnehmung der Person, der entsprechenden Potentiale als Ressource, eine besondere Bedeutung zukommt. Dies macht es auch sinnvoll, für die Erfassung der Ressourcen Fragebögen einzusetzen, welche die subjektive Sicht der Person erfragen.

1.4. Bedeutung von Ressourcen für die Gesundheit

1.4.1. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell

„Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker, Bös & Woll, 1994) stellt den Versuch dar, verschiedene gesundheitspsychologische Modelle zu integrieren und Lücken zu schließen, die im Verständnis von Gesundheit und Krankheit offen bleiben“ (zitiert nach Reimann & Hammelstein, 2006, S. 23).

Becker et al. (1994) schlagen eine Unterscheidung von aktueller und habitueller körperlicher Gesundheit vor. Unter aktueller körperlicher Gesundheit lässt sich „der Gesundheitszustand eines Menschen beschreiben, in dem er sich momentan befindet ... Dieses aktuelle körperliche Befinden ist Schwankungen unterworfen, je nachdem, ob die Person Belastungen und Anforderungen ausgesetzt ist, die das Risiko einer Erkrankung erhöhen können“ (zitiert nach Reimann & Hammelstein, 2006, S. 23).

Reimann und Hammelstein (2006) betonen, dass durch Stressbewältigungsmodelle und daraus resultierende Copingstrategien, also Bewältigungsstrategien, auf die aktuelle Gesundheit positiv eingewirkt werden kann. Zu diesen hilfreichen Copingstrategien zählen auch die Generellen Widerstandsressourcen nach Antonovsky (1997; vgl. *Kapitel 1.3.2.*).

Demgegenüber wird der habituelle körperliche Gesundheitszustand unterschieden. „Er kann als der „über einen längeren Zeitraum (nach

Möglichkeit mehrere Jahre) aggregierte bzw. gemittelte körperliche Gesundheitszustand einer Person“ (Becker 1996, S. 13) beschrieben werden“ (Reimann & Hammelstein, 2006, S. 24).

Reimann und Hammelstein (2006, S. 24) schreiben: „Eine gute habituelle körperliche Gesundheit eines Menschen ist davon abhängig, wie es ihm gelingt, verschiedenste Anforderungen (interner und externer Art) unter Zuzug verschiedenster zur Verfügung stehender Ressourcen (interner und externer Art) zu bewältigen.“

Demnach ist es für die Person relevant Ressourcen zu besitzen und diese auch gezielt einsetzen zu können. Wie bereits oben erwähnt wurde, ist nicht nur das Vorhandensein von Ressourcen von Bedeutung, sondern insbesondere die subjektive Wahrnehmung des entsprechenden Potentials als Ressource. Weiter spielt mit hinein, dass das Potential zur Situation passt, in welcher diese spezielle Ressource als förderlich wahrgenommen wird. All diese Faktoren gemeinsam können dann zu einer Erhöhung bzw. zu einer Stabilisierung der Gesundheit führen.

Wie im Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit (Lutz, 1992; Lutz & Mark, 1994), welches bereits weiter oben (*Kapitel 1.2.2.*) beschrieben wurde, kann eine Steigerung der Gesundheit durch den Einsatz entsprechender Ressourcen auch ohne Reduktion der „Krankheit“ gelingen. Dies ist bei chronischen Erkrankungen, wie dies bei alkoholkranken Personen der Fall ist ein Ansatzpunkt, welcher gut in der Praxis Einsatz finden kann.

1.4.2. Was hilft? Ressourcenpotential und Ressourcenaktivierung

Was nun tatsächlich für das Ausmaß an Wohlbefinden von Personen wichtig ist, wurde von Diener und Fujita (1995; zitiert nach Tröskén, 2002, S. 28) erforscht. Sie fanden, dass nicht eine spezifische Ressource, sondern vielmehr ... „die Passung der zur Verfügung stehenden Ressourcen mit dem jeweiligen Zielen der Person“ ... der relevante Faktor für das Wohlbefinden waren.

Aufbauend darauf fanden Pöhlmann, Averbek und Rössler (1998), dass für spezielle individuelle Ziele bestimmte Ressourcentypen bevorzugt werden.

Warum nun vorhandene Ressourcenpotentiale, auch wenn sie auf die Ziele und Situation passen würden, manchmal nicht aktiviert werden können, stellt eine weitere Frage in der Literatur dar.

Ein Grund dafür kann eine Demoralisierung von Patienten sein. Demoralisierung schränkt die Personen ein, ihre persönlichen Potentiale zu realisieren.

Trösken (2002) führt dies näher aus:

Die Wahrnehmung von Ressourcen wird stark beeinflusst durch die aktuelle Stimmung. Patienten vor einer Therapie leiden in der Regel unter einer starken Demoralisation (Frank, 1974): Aufgrund einer häufigen Aktivierung negativer Selbstkonzepte steigt die Verfügbarkeit dieser, und es vermindert sich parallel dazu die Verfügbarkeit – grundsätzlich vorhandener – positiver Selbstkonzepte (Grawe, 1998). Erst der Eindruck, nicht mehr über ausreichende eigene Bewältigungsressourcen zu verfügen, führt in der Regel dazu therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Willutzki, 2000). (S. 29)

Bei stark belasteten Personen kann es nun sehr hilfreich sein, auch die von Außenstehenden wahrgenommenen Ressourcen, also ein eher realistischeres Bild, welches weniger in negativer Richtung verzerrt ist, zu erheben. Dies kann den Patienten eine neue Sicht auf ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten bieten.

Die Aktivierung von Ressourcen ist somit vom Erleben des Vorhandenseins der Bewältigungsressourcen abhängig. Gelingt es Patienten einzelne Ressourcen zu aktivieren und damit erfolgreich zu sein, so kann eine positive Aufwärtsspirale in Gang gesetzt werden. Durch die wegfallende Demoralisierung wird die Wahrnehmung von Ressourcenpotentialen gefördert. Dies erleichtert wiederum eine bessere Realisierung dieser Potentiale als Ressourcen.

Dieser Punkt ist im Zusammenhang mit der Betrachtung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) interessant. Denn gelingt es durch z.B. gezielte therapeutische Hilfestellung die SWE der Patienten zu steigern, so kann dadurch der Zugang zu anderen Ressourcenpotentialen erleichtert werden.

Durch diese Unterbrechung der Ressourcen-Verlustspirale kann die Ressourcenaktivierung als Mediator für den therapeutischen Prozess gesehen werden (Smith & Grawe, 2003).

Studien bestätigen, dass durch eine gelungene Aktivierung von Ressourcen, durch therapeutische Sitzungen, auch ein höheres Wohlbefinden wahrgenommen wird (Smith, 2001; Dick, 1999; Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000). Somit kommt der Ressourcenaktivierung selbst, neben der Mediatorfunktion, auch eine direkt therapeutische Wirkung zu (Smith & Grawe, 2003).

1.5. Prävention und Gesundheitsförderung

1.5.1. Prävention

Häufig wird unter dem Begriff der Prävention einfach nur „Vorbeugung von Krankheit“ verstanden, was allerdings viel zu kurz gegriffen wäre. Zunehmendes Interesse an einer Prävention zeichnet sich im Gesundheitswesen ab, da es durch zunehmend ... „chronische Erkrankungen belastet wird, deren Auftreten und Verlauf wenigstens z.T. durch gesundheitsförderliches Verhalten (z.B. fettarme Ernährung, körperliche Aktivität) günstig beeinflusst werden könnten“ (Schüz & Möller, 2006, S. 143).

Prävention versucht eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.

Caplan (1964; zitiert nach Schüz & Möller, 2006, S. 143) hat eine Klassifikation der Interventionsformen vorgeschlagen:

1. *Primäre Prävention:* Hier geht es darum, das Neuerkrankungen (Inzidenzen) vermieden werden. Weit verbreitete Methoden sind z.B. Impfungen oder Maßnahmen zur Risikokommunikation.
2. *Sekundäre Prävention:* Das Fortschreiten oder die Manifestation einer Krankheit soll vermieden werden, z.B. durch Methoden der Frühdiagnose.
3. *Tertiäre Prävention:* Hier geht es darum, Schäden bei bereits bestehender Krankheit zu minimieren oder einen Rückfall zu verhindern. Das Rehabilitationskonzept ist diesem Bereich zuzurechnen.

Wobei sich die Prävention stark an den Defiziten, Risiken und Krankheitsbelastungen der Bevölkerung orientiert (Schüz & Möller, 2006).

1.5.1.1. Rehabilitation

Kurz zusammengefasst wird unter Rehabilitation häufig Wiedereingliederung der Person in das Leben der Gesellschaft verstanden.

Laut der WHO (2001; zitiert nach Watzke, 2006, S. 265) ist Rehabilitation:

... die Summe jener aufeinander abgestimmten Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistige und/ oder seelisch Behinderte bis zum höchsten, individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, damit sie einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden.

Der Begriff der Prävention, wie dieser bereits oben erläutert wurde wäre demnach ein Überbegriff, wo sich die Rehabilitation in der Bezeichnung (Watzke, 2006, S. 265) Tertiärprävention wiederfindet. „Liegt jedoch bereits eine manifeste Erkrankung vor, wird durch Strategien der *Tertiärprävention* angestrebt, eine Verbesserung des Krankheitsbildes zu bewirken bzw. eine weitere Verschlechterung vorzubeugen.“

Dies erhält besonders bei chronischen Erkrankungen, wie dies bei einer bereits vorliegenden Alkoholabhängigkeit der Fall ist, große Relevanz.

1.5.2. Gesundheitsförderung

Anders als bei der Prävention setzt die Gesundheitsförderung (GF) vor allem bei der Stärkung der sogenannten salutogenen Gesundheitsressourcen und Potentiale an. Gesetzte Maßnahmen können sich auf das Verhalten von Individuen, aber auch von Gruppen beziehen und sollen eine nachhaltige Veränderung des Lebensstils der Personen nach sich ziehen (Renneberg & Hammelstein, 2006). Die Gesundheitsförderung fasst also verschiedene Strategien und Maßnahmen zur Erhöhung oder Beibehaltung der Gesundheit zusammen.

Präventive Handlungsintentionen, also die Absicht ein Handeln zu setzen, zielen darauf ab, eine Stabilisation eines aktuell gegebenen Gesundheitszustandes zu erreichen.

Dabei werden nach Schoberberger (2005)

1. gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen und Umweltbedingungen vermieden, und
2. gesundheitsbegünstigende Verhaltensweisen und Umweltbedingungen im Alltag verfestigt.

Dieses Gesundheitsverhalten setzt jedoch voraus, dass das Individuum aktiv seine Gesundheit zu beeinflussen weiß. Deshalb sind in den Gesundheitstheorien individuelle und soziale Prozesse von wesentlichem Stellenwert, woraus sich der Interventionsansatz, der Selbstmanagement-Ansatz für das Individuums ableiten lässt (Faltermaier, 2005, S. 172). Das bedeutet, dass die Person selbst Verantwortung für ihr Verhalten, bezüglich der eigenen Gesundheit, übernimmt.

2. Substanzstörung Alkohol

2.1. Einführung

„Alkoholische Getränke sind Genussmittel, die große Teile der Bevölkerung täglich konsumieren. ... Es gibt keinen risikolosen Alkoholkonsum“ (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005, S. 422).

Ob nun eine Einschränkung der Gesundheit durch dieses Genussmittel auftritt, hängt von vielen Faktoren ab. Deshalb ist es sinnvoll sich vor dieser Betrachtung mit der Begriffsdefinition und Klassifikation auseinander zu setzen.

2.1.1. Begriffsdefinition und Klassifikation

„Unterschieden wird in risikoarmen Konsum, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und dem Abhängigkeitssyndrom.“ Wobei ein täglicher Konsum von 20 g (bei Frauen) bzw. 30 g (bei Männern) reinen Alkohols als risikoarm gilt. Diese Grenzen wurden aufgrund von aktuellen Forschungsergebnissen in den letzten Jahren gesenkt und eine weitere Senkung wird diskutiert (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005, S. 422).

„Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom sind Fachbegriffe aus dem WHO-Klassifikationssystem für behandlungsbedürftige Störungen“ (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2001; zitiert nach Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005, S. 427). Die Klassifikationskriterien sind in *Tabelle 1* dargestellt.

Schädlicher Gebrauch	Abhängigkeitssyndrom
A. Substanzgebrauch ist verantwortlich für körperliche oder psychische Probleme, einschließlich eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder gestörten Verhaltens. B. Bezeichnung der Art der Schädigung. C. Konsummuster besteht zumindest seit einem Monat oder wiederholte Episoden in den letzten 12 Monaten. D. Andere Störungen durch die relevante Substanz liegen zum gleichen Zeitpunkt nicht vor.	A. Zumindest drei der folgenden Kriterien (innerhalb eines Monats oder wiederholt innerhalb von 12 Monaten): 1. Starkes Verlangen/ Zwang nach der Substanz. 2. Reduzierte Kontrolle über die Substanz (Beginn, Menge, Beendigung). 3. Entzugssyndrom. 4. Toleranzentwicklung. 5. Einengung der Lebensinhalte auf Substanzgebrauch. 6. Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Auswirkungen.
F 10.1	Alkohol F 10.2

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien und Verschlüsselung der Störung nach Dilling et al. (2001; Quelle: Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005, S. 427)

Wobei für die weiter unten angeführte empirische Untersuchung ausschließlich Personen herangezogen wurden, bei denen die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms vorlag.

2.1.2. Prävalenz in Österreich

Nach Meyer und Margraf (2005, S. 90) wird die ... „totale Anzahl von Fällen (z.B. Störungen) zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder über einen bestimmten Zeitraum (Periodenprävalenz)“ ... als Prävalenz bezeichnet.

Eine grobe Abschätzung dieser Prävalenzzahlen des chronischen Alkoholismus wurde von Uhl (1994; zitiert nach Uhl, Kopf, Springer, Eisenbach-Stangl, Kobrna, Bachmayer, Beiglböck, Preinsperger & Mader, 2001, S. 94) vorgenommen. Diese Schätzung gelang ... „anhand der Spitalsentlassungsdiagnosen, dem Anteil erstmals behandelter Alkoholiker im Anton-Proksch-Institut und einer Dunkelzifferabschätzung“ ... von Personen

zwischen 16 und 99 Jahren. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 2* zusammengefasst dargestellt.

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Prävalenz (Zahl der Alkoholiker im Querschnitt)	8% ca. 265 000 Personen	2% ca. 65 000 Personen	5% ca. 330 000 Personen
Gesamtlebenszeitprävalenz (Zahl jener, die die Krankheit im Laufe ihres Lebens durchmachen)	15% der Geborenen	5% der Geborenen	10% der Geborenen
Inzidenz (Neuerkrankungsrate an chronischem Alkoholismus pro Jahr)	0,20% der Bevölkerung ca. 8 000 Personen	0,05% der Bevölkerung ca. 2 000 Personen	0,13% der Bevölkerung ca. 10 000 Personen

Tabelle 2: Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich (Uhl, 1994; zitiert nach Uhl et al., 2001, S. 95)

Wie aus der Tabelle hervorgeht, beträgt der Frauenanteil der Alkoholiker ca. 20%.

Diese Zahlen zeigen schon wie relevant und aktuell das Thema einer Rehabilitation und Gesundheitsförderung in diesem Bereich ist bzw. sein sollte.

3. Ressourcen bei Alkoholabhängigkeit

3.1. Schutzfaktoren und Risikofaktoren

Es ist bekannt, dass bei diversen Erkrankungen bestimmte Faktoren zu einer erhöhten Anfälligkeit führen und andere Faktoren eine Erkrankung vorbeugen oder weniger stark ausgeprägt auftreten lassen.

Welche Faktoren dies jedoch sind und warum ... „trotz gleicher Verfügbarkeit und gleichem Probierkonsum – nur ein Teil der Betroffenen eine Problematik entwickelt“ ... ist noch nicht gänzlich geklärt. Angenommen wird, dass nicht eine Ursache, sondern ein komplexes Zusammenwirken von psychischen-, somatischen- und sozialen Faktoren für das Auftreten von substanzbezogenen Störungen verantwortlich gemacht werden kann (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005, S. 424).

Bühringer und Kunz-Ebrecht (2005, S. 424) führen folgende Schutzfaktoren an:

- Internale Kontrollüberzeugung,
- Selbstwirksamkeitserwartung,
- Risikowahrnehmung,
- Stressbewältigung/ Widerstandsfähigkeit,
- Optimismus,
- Kommunikationsfertigkeiten,
- Soziale Unterstützung in Krisensituationen.

In vielen Studien wird zu den Hauptkompetenzen der Präventionsprogramme immer wieder die Fähigkeit zur Stressreduktion betont (Lapham, Gregory & McMillan, 2003; Puls, Wienold & Blank, 1998; zitiert nach Schwarzer, 2004, S. 358).

Hierzu kann mittels der Ressource Naturverbundenheit ein wesentlicher Beitrag geleistet werden, wie dies weiter unten durch die „Attention Restoration Theorie“ (Kaplan, 1995) ausgeführt wird.

Schwarzer (2004, S. 359), betont ebenfalls einen Ansatz auf mehreren Elementen:

Die meisten Stresspräventions- oder –managementprogramme lassen sich jedoch der Sekundärprävention zuordnen. Entspannungstrainings sind dafür typisch, aber nicht unbedingt am besten. Vielmehr gibt es eine Vielzahl von Elementen, die sich hier kombinieren lassen, vor allem kognitiv-behaviorale und soziale Elemente wie Z.B. Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1997) und Optimismus (Seligman & Schulman, 1986).

3.2. Das „Anton-Proksch-Institut“ (API)

„Das „Anton Proksch-Institut – Stiftung Genesungsheim Kalksburg“ ist ein Sonderkrankenhaus für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige“ (Mader, Feselmayer, Lentner, Marx, Nimmerrichter, Uhl & Zimmerl, 1991, S. 3). Unter der Leitung von Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek zählt die Erforschung und Behandlung von allen Formen der Sucht, wie Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit bis hin zu so genannten nicht stoffgebundenen Suchtformen, wie Spielsucht, Internetsucht, Kaufsucht usw. zu den Aufgaben des Therapiezentrums für Abhängigkeiten.

Seit der Eröffnung des Klinikums 1961 mit damals 65 Betten wurde es inzwischen zu Europas größter Suchtklinik, welche sich auf mehrere Gebäude ausdehnt, ausgebaut. Zur Betreuung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen stehen vier Stationen, mit insgesamt 210 Betten, zur Verfügung. Wobei eine der vier Stationen mit 50 Plätzen ausschließlich von Frauen genutzt werden kann. Zusätzlich bietet der ambulante Bereich Kapazität für ... „40.000 zusätzlichen ambulanten therapeutischen Kontakten pro Jahr“ (Mader et al., 1991; Feselmayer, Cervinka, Scheibenbogen, Kuderer & Musalek, 2007, S. 1). Von den 220 MitarbeiterInnen werden jedes Jahr rund 2.000 PatientInnen betreut.



Abbildung 4: Das Anton Proksch Institut (Quelle: google maps, o.J.)

Die Aufnahme zu einer stationären Betreuung erfolgt ausschließlich freiwillig, wobei die Kosten hierfür von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt rund 6 Wochen (Mader et al., 1991).

Zum Areal des API gehört auch ein 15.600 m² großer Park, dessen Bedeutung Feselmayer et al. (2007, S. 1) betonen: „Diese Grünanlage war schon immer ein wichtiger Ort der Begegnung und Erholung für PatientInnen, BesucherInnen und Personal.“

3.2.1. API und Ressourcenorientierung

Als Schwerpunkt bei der Behandlung von Alkoholkranken steht therapeutisches Handeln. Wie Feselmayer et al. (2007, S. 1) betonen, geht es dabei um individuelle Bearbeitung von „suchtauslösender und suchterhaltender Faktoren. ... In den letzten Jahren gewinnt der ressourcenfördernde Ansatz in der Arbeit mit psychisch kranken und vor allem suchtkranken Personen zunehmend an

Bedeutung. Das API trägt diesem neuen Therapieansatz Rechnung“ (Feselmayer et al., 2007, S. 1).

Aus diesem Grunde wurde ein neues Therapieprogramm am Anton Proksch Institut etabliert. Das sogenannte Orpheusprogramm gliedert sich in mehrere Module und soll ... „zur Neu- und Wiederentdeckung der eigenen Lebenskräfte beitragen“ (Anton Proksch Institut, 2009). Dies soll zu einer Reduktion der Verführungskraft von Suchtmitteln, durch die Aktivierung und Bildung von anderen Strategien, beitragen. Diese Module gliedern sich in den Bereich Bewegung, Kinotherapie, Kreativität und Lebensgestaltung, Lernen, Musik, Philosophikum, Wandern und Kultur. Die individuelle Ressourcenförderung findet sich somit sowohl in den psychotherapeutischen Behandlungen und Betreuungen als auch in den anderen Angeboten des Instituts wie z.B. bei der Beschäftigungstherapie und Aktivierung, Berufsberatung, Arbeitsplatzvermittlung und der Gartentherapie.

Im Zusammenhang mit der im nachfolgend stehenden empirischen Studie ist die Ressourcenstärkung durch die Natur und Naturverbundenheit besonders interessant. „Seit 2007 ist das klinische Gärtnern ein fixer Bestandteil des therapeutischen Angebots des Anton Proksch Instituts“ (Feselmayer et al., 2007, S. 2). Die Bedeutung der Natur wird jedoch nicht nur im Zusammenhang mit dem therapeutischen Gärtner, sondern auch unter Berücksichtigung des großen zur Verfügung stehenden Parks und der „positiven Wirkung der Natur als stabilisierender Faktor in der Psychotherapie“ praktisch in die Arbeit mit den PatientInnen einbezogen und begleitend wissenschaftlich untersucht (ebd., S. 2).

3.3. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) als Ressource

Schön öfters wurde auf die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung angespielt. Zum Beispiel als Schutzfaktor gegen chronischen Alkoholismus. Im Folgenden soll nun auf das Konzept und die Relevanz näher eingegangen werden.

3.3.1. Theoretischer Hintergrund

Ursprünglich basiert das Konzept auf der Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts (perceived self-efficacy), das Bandura erstmalig 1977 formuliert hatte. Es macht einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1992; 1997; zitiert nach Schwarzer, 2004, S. 12) aus. Es ist als ein situationsspezifisches Konstrukt gedacht, wobei der Grad an Spezifität sehr variieren kann.

Die allgemeine SWE stellt demgegenüber einen Pol dar, der nicht auf eine bestimmte Situation bezogen wird. Das Konstrukt beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren, also auf andere Situationen anwenden können. „Diese persönliche Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten ist die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit“ (Schwarzer, 2004, S. 13). Dabei finden nicht nur induktive Prozesse (von spezifisch zu allgemein), sondern auch deduktive Prozesse (von allgemein zu spezifisch) statt.

Um diese SWE messbar zu machen, hat Jerusalem und Schwarzer (1999) einen Fragebogen entwickelt. Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht, sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. SWE soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Jerusalem, 1990; Schwarzer, 1994; zitiert nach Schwarzer, 2004).

Wie eine Studie von Conn (1997; zitiert nach Schwarzer, 2004, S. 14) zeigt, konnte ein Zusammenhang der Selbstwirksamkeitserwartung ... „mit der

körperlichen Aktivität von $r=.56$, mit der Ernährung von $r=.54$ und mit dem Stressbewältigungsverhalten $r=.39$... gefunden werden. „Dies sind hohe Zusammenhänge, die unterstreichen, dass es sich lohnt, solchen optimistischen Selbstüberzeugungen bezüglich des Gesundheitsverhaltens weiter nachzugehen“ (Schwarzer, 2004, S. 14).

Wie durch Schwarzer (2004) zusammenfassend betont wird, zeigen sich deutliche Unterschiede, ob eine Person eine hohe bzw. eine niedrig ausgeprägte Selbstwirksamkeit angibt:

Es gibt enge positive Zusammenhänge zum dispositionalen Optimismus und zur Arbeitszufriedenheit und enge negative Zusammenhänge zu Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout, Stresseinschätzungen (Bedrohung, Verlust), usw. Bei DDR-Übersiedlern wurden körperliche Beschwerden und Depressivität im Verlauf von zwei Jahren vorhergesagt, und bei Herzpatienten konnten die Genesung und die postoperative Lebensqualität nach sechs Monaten gut prognostiziert werden. (S. 28)

Dies zeigt eindrücklich, welche Bedeutung die Förderung der Selbstwirksamkeit für die Rehabilitation haben kann. Besonders bei Suchterkrankungen liegen vielfach zusätzliche Erkrankungen (Komorbiditäten) wie Depressivität, Ängstlichkeiten usw. vor. Diese können durch eine gezielte Erhöhung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung positiv beeinflusst werden.

3.3.2. API und SWE

Durch die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengespräche wird unter anderem gezielt an der individuellen Selbstwirksamkeitserwartung der PatientInnen gearbeitet und Handlungspläne für konkrete Situationen erstellt. Ebenso finden sich indirekte positive Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeitserwartung durch z.B. der Teilnahme am klinischen Gärtnern, der Aktivierungsgruppen, dem Erleben der eigenen Abstinenz.

3.4. Natur als Ressource

3.4.1. Natur/ natürliche Umwelten, Begriffsklärung

Der Begriff Natur ist sehr komplex und nur auf den ersten Blick eindeutig zu verstehen. Hellbrück und Fischer (1999, S. 24) meinen hierzu: Das Wort Natur ... „kommt aus dem Lateinischen und bedeutet soviel wie „Geburt“ oder „Schöpfung“ (*natum*, geboren sein). Unter Natur versteht man alle anorganischen (unbelebte Natur) und organischen Erscheinungen (belebte Natur), die *ohne Zutun des Menschen* existieren bzw. sich entwickeln.“

Die natürliche Umwelt und Natur steht schon länger im Zentrum vieler wissenschaftlicher Überlegungen und Studien der Psychologie. Einerseits im Zusammenhang mit Umweltschutz und Nachhaltigkeit und andererseits im Zusammenhang mit Wohlbefinden, Lebensqualität und Gesundheit. Wobei hier auf Ersteres nicht weiter eingegangen werden soll.

Willy Hellpach hat schon 1924 die Formulierung Psychologie der Umwelt geprägt (zitiert nach Hellbrück & Fischer, 1999, S. 26) und ... „von den *drei Umwelten* des Menschen gesprochen, nämlich der *sozialen*, der *kulturellen* und der *natürlichen* Umwelt.“

Drei Umwelten. ... Zivilisation und Kultur, setzen eine weitgehende und immer weiter ausgreifende Unterwerfung und Umwandlung der Urtümlichen Natur voraus, derjenigen um uns wie derjenigen in uns. Trotzdem ist diese Natur in ungeheurer Ausdehnung unangreifbar, in uns wie um uns. Sie fordert, von innen oder von außen her, immer wieder ihr Recht ... Die Natur um uns bildet also den dritten Umweltkreis, in den wir eingeschlossen bleiben und der, insbesondere auf die Natur in uns, seine Einwirkungen geltend macht. Körper und Seele in ihrer natürlichen Gegebenheit, als Erbgut also, wie in ihrer Gemeinschaftsbedingtheit, Zivilisiertheit und Kultiviertheit, stehen jeden Augenblick unter solchen

Natureinwirkungen, bewusst und (noch viel mehr) unbewußt
(Hellpach, 1935; zitiert nach Hellbrück & Fischer, 1999, S. 26).

3.4.2. Natur und Erholung, Wirkung auf die Gesundheit

Bereits Hellpach (1935, S. 201) postulierte, dass von einer Landschaft keine erregende, sondern eine beruhigende Wirkung ausgeht.

Spätere Untersuchungen belegen die stressreduzierende und restaurative Wirkung von natürlichen Landschaften auf den Menschen ... „vor allem dann, wenn diese Landschaften viel Grün und Wasser enthalten“ (Hellbrück & Fischer, 1999, S. 253).

Hellbrück et al. (1999) führen für die Ursache der regenerativen Wirkung der natürlichen Landschaften eine Stimulierung des parasympathischen Nervensystems an und verweisen auf vorangegangene Arbeiten von Parsons (1991), Ulrich (1981; 1984) und Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles und Zelson (1991).

In dieser Thematik stehen auch die Untersuchungen von Sempik, Aldridge und Becker (2005) welche die Auswirkungen auf Gesundheit, Wohlbefinden und soziale Eingebundenheit durch eine Teilnahme am therapeutischen Gartenbau dokumentiert haben. Sempik et al. (2005, S. 6) betont die besondere Bedeutung des emotionalen Bezugs zur Natur, was weiter unten noch ausführlich erläutert wird.

Studien zwischen 2006 und 2008, am Institut für Umwelthygiene, haben diese Erforschung von Naturverbundenheit, im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Faktoren, zum Inhalt gemacht. Dabei wurden 547 Personen der Allgemeinbevölkerung Österreichs befragt. Einerseits lag die Erforschung von methodischen- und andererseits inhaltlichen Fragen zur Naturverbundenheit im Zentrum des Interesses. Es konnte gezeigt werden, dass sich naturverbundenere Personen signifikant häufiger, auch in der kalten Jahreszeit, im Freien aufhalten. Des Weiteren zeigten sich signifikant positive Zusammenhänge von Naturverbundenheit und psychischem Wohlbefinden,

Vitalität, dem personalen Faktor „Bedeutsamkeit“ und transzendenten Aspekten (Cervinka & Hefler, 2009; Cervinka, Hefler & Zeidler, 2009).

Diese Studien gelten als Basis und Ausgangsidee für den empirischen Teil dieser Diplomarbeit. Denn wenn bei einer „gesunden“ Population solche förderliche Faktoren der Naturverbundenheit und des Aufenthalts im Freien postuliert werden können, dann können diese Faktoren für Personen, welche eine geringere Gesundheit aufweisen, eine besonders nützliche Funktion in der Ressourcenstärkung einnehmen.

3.4.2.1. „Attention Restoration Theory“

Die erholsame Wirkung der Natur wurde bereits von vielen Autoren beschrieben. Ulrich et al. (1991) betonen, dass durch Erfahrungen in natürlichen Umwelten eine stressreduzierende Wirkung unterstützt werden kann.

Kaplan (1995) baut auf dieser Anschauung auf und folgert, dass diese erholsame Stressreduktion auf eine Erholung der direkten Aufmerksamkeit zurück zu führen sei.

Die „Attention Restoration Theory“ (ART; Kaplan, 1995) betont, dass die direkte Aufmerksamkeit in allen menschlichen informationsverarbeitenden Prozessen eine zentrale Rolle spielt. Da diese direkte oder auch gerichtete Aufmerksamkeit jedoch mit der Zeit erschöpfen kann, wird die Informationsverarbeitung, die Konzentration und somit die Bewältigung des Alltags, ebenfalls mit der Zeit schwieriger und anstrengender. Ein verstärktes Stresserleben ist die Folge.

Dass die natürliche Umwelt hier einen besonderen Beitrag zur Erholung der direkten Aufmerksamkeit leisten kann wird durch Kaplan (1995, S. 172) betont, er meint, die Natur biete die Gelegenheit zur Reflexion und somit zur Reduktion der Erschöpfung dieser gerichteten Aufmerksamkeit. Kaplan (1995) sieht die direkte Aufmerksamkeit als die „Basisressource“ zur Stressbewältigung.

Durch mehrere Studien konnte diese Theorie bestätigt werden. Eine Studie von Hartig, Mang und Evans (1991, S. 6) verglich Stadt- und Landurlauber mit

Personen, welche nicht in Urlaub waren. Sie zeigten, dass ausschließlich jene Personen, welche in der Natur ihren Urlaub verbracht hatten eine signifikant bessere Leistung im Korrekturlesen von Artikeln aufwiesen, welche als Indikator für die Kapazität der direkten Aufmerksamkeit diene. Zusätzlich untersuchten die Autoren die Langzeitwirkung im Bezug auf die individuelle „happiness“ [individuelle Ausprägung des Glücks]. Nach drei Wochen zeigte ebenfalls jene Gruppe, welche ihren Urlaub auf dem Land verbracht hatte, die höchsten Werte.

3.4.2.2. Natur und Gesundheit, klinische Studien

Diese Erholung der Aufmerksamkeit und gesundheitsförderliche Wirkung der Natur findet sich auch in klinischen Studien wieder.

Einen negativen Einfluss auf die Genesung von Patienten, auf Intensivstationen, durch fensterlose Krankenzimmer beschreiben Keep, James und Inman (1980; zitiert nach Hellbrück & Fischer, 1999, S. 253). Demgegenüber fördern Blumen am Krankenbett die Genesung (McDonald, 1976).

Cimprich (1992; 1993) konnte zeigen, dass sich ein regelmäßiger Aufenthalt in der Natur, auf die Genesung und Compliance von Brustkrebspatientinnen, positiv auswirken kann. Die Compliance, also die Bereitschaft des Patienten sich an das gemeinsam mit dem Arzt oder Therapeuten gesetzte Ziel zu halten, spielt ebenfalls bei der Rehabilitation von Suchterkrankungen eine tragende Rolle.

Um diese förderliche Wirkung der natürlichen Umwelt gezielt, besonders im stationären Setting, einsetzen zu können, wurde der therapeutische Gartenbau entwickelt. Dabei treten die PatientInnen, meist mehrmals in der Woche über einen längeren Zeitraum, mit der Natur in Interaktion. Begleitende Evaluationen konnten die postulierte positive Wirkung auf die Gesundheit, Wohlbefinden und die soziale Eingebundenheit bestätigen. Besonders die soziale Interaktionsfähigkeit, das Selbstbewusstsein und die Selbstachtung, das Wohlbefinden und die Lebensqualität sowie die Gesundheit konnten verbessert werden (Sempik et al. 2005).

3.4.3. Naturverbundenheit, der emotionale Bezug zur Natur?

Wie bei Hellpach (1935, S. 3) deutlich wird, zeigt die natürliche Umwelt eine bewusste, aber auch unbewusste Wirkung auf den Menschen.

Naturverbundenheit kann als das subjektive Gefühl der emotionalen Einbindung in die Natur, aber auch als die Art und Weise in welche Menschen ihre Beziehung zur Natur beschreiben, verstanden werden (Mayer & Frantz, 2004; Raudsepp, 2005). Für Mayer und Frantz (2004) drückt die individuelle Naturverbundenheit (connectedness to nature) das Ausmaß aus, in dem sich Menschen als Teil der natürlichen Umwelt fühlen.

Wobei die Naturverbundenheit durch Schultz (2002, S. 67) mehr als das Ausmaß ... „to which an individual includes nature within his/her cognitive representation of self“ ... diskutiert wird.

Die unterschiedliche Betrachtung, was Naturverbundenheit nun tatsächlich ist, ob nun doch eine stärkere emotionale Komponente oder die kognitive, also mit bewussten Denkleistungen erstellte Komponente die relevante ist, führte auch zur Entwicklung von unterschiedlichen Messinstrumenten.

Mayer und Frantz (2004) meinen dazu, dass dieser emotionale Zugang zur Natur erfassbar sei und haben speziell hierfür die „connectedness to nature scale“ entwickelt. Schultz (2001) entwickelte ein Einzelitem, die „inclusion of nature in the self scale (INS)“ um dieses Konstrukt zu operationalisieren. Da nun beide Skalen, laut den Autoren, einen anderen Zugang zur Naturverbundenheit liefern, wurden auch beide Instrumente in den empirischen Teil dieser Diplomarbeit eingebunden.

Eine neuere Publikation von Perrin und Benassi (2009, S. 1) beschäftigte sich ebenfalls mit Naturverbundenheit, welche durch die CNS (Mayer & Frantz, 2004) erhoben wird und widersprechen den Überlegungen zum emotionalen Bezug: „we conclude that the CNS does not measure an emotional connection to nature“. Sie meinen, dass die Skala nun doch eher ... „cognitive beliefs“ ... [kognitive Meinungen] erfasst.

Unbestritten scheint nun aber zu sein, dass die emotionale Bindung zur bzw. mit der Natur eine starke transzendente Komponente beinhaltet. Diese transzendente Komponente, welche man auch als einen spirituellen Aspekt

beschreiben könnte, zeigt sich darin, dass naturverbundenen Personen eine ... „Beziehung zu einem „größeren Ganzen“ “ ... beschreiben ... „zu dem sie sich zugehörig erleben und in das sie sich eingebettet fühlen, auch wenn sie nicht religiös im engeren Sinne sind“ (Feselmayer et al., 2008, S. 52).

Die empirischen Untersuchungen von Cervinka et al. (2009) bestätigen den Zusammenhang zwischen dem Rückhalt im Leben durch die Spiritualität und der Naturverbundenheit ($r=,478$, $p=,000$), auf welche später noch im *Kapitel 3.5.* eingegangen wird.

3.4.4. Tatsächlicher Aufenthalt in der natürlichen Umgebung

Empirische Studien bei klinischen und nicht klinischen Stichproben bestätigten die positive Wirkung des tatsächlichen Aufenthalts im Freien, bezogen auf die Gesundheit, die Compliance, das Wohlbefinden, die Lebensqualität und anderer gesundheitsrelevante Faktoren (Cimprich, 1992, 1993; Cervinka et al., 2009).

Wobei ein regelmäßiger Aufenthalt in natürlicher Umgebung mit einer Zunahme der Naturverbundenheit verbunden ist (Schultz & Tabanico, 2007; zitiert nach Cervinka & Hefler, 2009, S. 9). Dies zeigt nun, dass die Betrachtung dieser beider Konstrukte unabhängig von einander nicht Sinn bringend ist. In der Literatur findet sich ohnehin eine starke Durchmischung des zugrundeliegenden „Traits“, also der über die Zeit überdauernden Einstellung, und des „Staits“, des aktuell gezeigten Verhaltens. Das aktuell gezeigte Verhalten wäre in diesem Fall jene Zeit, welche die Person in der natürlichen Umgebung verbringt.

Die Naturverbundenheit dürfte somit als Prädiktor, für das tatsächliche Verhalten, wirken, und umgekehrt steigt auch die emotionale Beziehung zur Natur durch Erfahrungen mit natürlichen Umwelten, also wenn sich Personen häufiger im Freien aufhalten (Kals, Schumacher & Montada, 1999; Nisbet, Zelenski & Murphy, 2009; Cervinka, Hefler & Zeidler, 2009).

3.4.4.1. Einfluss des Wetters

Dass das Wetter einen Einfluss auf die Befindlichkeit hat, ist schon seit altersher bekannt. Einflussfaktoren, welche auf das Erleben und Verhalten im Zusammenhang mit klimatischen Bedingungen und Wetterbedingungen wirken, sind Wärme, Hitze und Kälte in Verbindung mit Luftfeuchtigkeit und Luftbewegungen (Hellbrück & Fischer, 1999, S. 239).

Im Nachfolgenden geht es in erster Linie um Fragen, welche das Wohlbefinden und die Gesundheit betreffen, deshalb soll hier kurz auf die Definition der Begriffe eingegangen werden.

„Unter Klima versteht man den auf einen geographischen Standort bezogenen, durchschnittlichen Wetterverlauf, und zwar über einen Beobachtungszeitraum von mindestens dreißig Jahren, während ... der Begriff Wetter den aktuellen Zustand der Atmosphäre beschreibt“ (Häckel, 1993; zitiert nach Hellbrück & Fischer, S. 239).

Nach Hellbrück und Fischer (1999) sind besonders die Luftfeuchtigkeit und der Wind wichtige Faktoren, welche das Wohlbefinden in erheblichem Maße beeinflussen.

Wie auch bei Einstellungen ist die subjektive Sicht bzw. das subjektive Erleben ausschlaggebender für das Verhalten, als die mit einem Thermometer gemessene und meteorologisch "wahre" Temperatur. Aus diesem Grund wird bei der Betrachtung des Zusammenhanges des Wetters und der individuellen Befindlichkeit die sogenannte „gefühlte Temperatur“, also die subjektiv erlebte Temperatur, herangezogen. Diese hängt wiederum stark vom Wind ab, der bei der Berechnung mit einbezogen wird. Die gefühlte Temperatur wird in Wind Chill Werten angegeben, welche auch in die weiter unten angeführte empirische Erhebung Berücksichtigung finden.

Optimal für Wohlbefinden und Leistung hat sich ein mittlerer Grad an Temperatur gezeigt, welche einem umgekehrt U-förmigen Verlauf zeigt. Ebenso werden Auswirkungen auf das Sozialverhalten, besonders eine erhöhte Aggressionsbereitschaft bei höheren Temperaturen beobachtet (Hellbrück & Fischer, 1999, S. 190). Cervinka et al. (2009, S. 10) bestätigen empirisch, dass

sich Personen in der kalten Jahreszeit, generell weniger in der Natur aufhalten, als in der warmen Jahreszeit. Personen, welche sich als stärker naturverbunden beschreiben, lassen sich von kaltem Wetter signifikant weniger, am Aufenthalt im Freien, hindern.

Diese Auswirkungen des Wetters verdeutlichen die Relevanz des Miterhebens dieses Faktors, wenn Fragen bezüglich des Zusammenhanges des Aufenthaltes in natürlichen Umgebungen und der Gesundheit geklärt werden wollen. Dies wurde auch in der nachfolgenden empirischen Untersuchung, durch die gefühlte Temperatur, als beeinflussende Variable, mit berücksichtigt.

3.4.5. Zusammenfassung

Neben der stressreduzierenden Wirkung, welche anschaulich durch die ART von Kaplan (1995) dargestellt wird, kann der Natur ein Ressourcenpotential zugeschrieben werden. Zudem konnte durch verschiedenen Studien gezeigt werden, dass eine positive Wirkung der Natur durch einen regelmäßigen Aufenthalt gefördert werden kann. Sowohl bei der Genesung von Erkrankungen, als auch bei der Erfordernis von Schmerzmedikamenten, sowie bei der Abnahme von Komplikationen nach operativen Eingriffen zeigte sich diese positive Wirkung.

Cervinka (2005, S. 29) schreibt zusammenfassend:

Die physische Gesundheit, das psychische Wohlbefinden und der soziale Kontakt, werden durch den Aufenthalt im Freien gesteigert. Frei- und Grünräume fungieren nicht nur als Lebensräume für Pflanzen, Tiere und Menschen, sondern dienen auch als Orte der Erholung. Sie fördern die Genesung von Krankheiten und wirken als Puffer in einer von rasanter technischer und gesellschaftlicher Entwicklung, Urbanisierung, Verdichtung und Stress gekennzeichneten Zeit. Sie wirken den Umwelt- aber auch den psycho-sozialen Stressoren, besonders in der Stadt, entgegen. Sie

bieten Platz für sinnliche Erfahrung und körperliche Bewegung, steigern die Lebensqualität und fördern die lebenslange Entwicklung.

3.5. Spiritualität als Ressource

3.5.1. Begriffsklärung

Die Forschung über die Bedeutung der Religiosität und Spiritualität, für die Gesundheit, ist relativ neu und hat besonders im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen an Bedeutung gewonnen (Pohl, 2006).

Die Begriffe Religiosität und Spiritualität werden häufig synonym verwendet, obwohl sie nicht als Solche zu betrachten sind.

„Für das mit dem Wort „Religion“ Bezeichnete findet sich in der empirischen Religionswissenschaft keine allgemein anerkannte Definition“ (Huber 2003; zitiert nach Pohl, 2006, S. 80). Wobei betont wird, dass sich der Begriff „Religio“ aus dem Lateinischen ableitet und wörtlich übersetzt „Rückbindung“ bedeutet. Eine ... „Rückbindung mit der feinstofflichen anderen Welt, ... Rückbindung mit dem Göttlichen“ (Krämer, 2008, S. 45). Von Larson, Swyers und McCullough (1997; zitiert nach Bonelli, 2007, S. 15) wird die Religion als ... „organisiertes System von Glauben, Praxis und Symbolen, das helfen soll, einer höheren Macht näherzukommen“ ... definiert.

Religiosität grenzt sich von der Spiritualität durch eine fest vorgegebene Glaubensrichtung ab. Die spirituelle Philosophie einer Person kann sehr wohl selbst kreiert sein und zeichnet sich durch einen hohen Grad an Individualität aus, was eine Erfassung bzw. Messung erschwert.

„Wird der Ausdruck Spiritualität in der europäischen Forschungstradition verwendet, so beschreibt er Einstellungen, Verhaltensweisen und eine Lebensführung, die die transzendente Erfahrung des All-Einen anstreben“ (Möller & Reimann, 2003; Scharfetter, 1998; zitiert nach Pohl, 2006, S. 80). Wobei Spiritualität auch als ... „an individual and open approach in the search for meaning and purpose in life, as a search for transcendental truth which may include a sense of connectedness with others, nature, and/or the divine“ ...

definiert werden kann (Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2005, S. 2). Besonders die Verbundenheit mit der Natur wird hier impliziert, was eine Unabhängigkeit der beiden Konstrukte schon von der Theorie her ausschließt.

In der europäischen Literatur findet sich jedoch auch eine „nicht-religiöse Spiritualität“, welche religiöses Denken einschließt, sich aber nicht auf dieses beschränkt. „Hier kann aber muss keine persönliche Verbindung mit Religion vorhanden sein“ (Bonelli, 2007, S. 16).

Bonelli (2007, S. 16) gibt zusammenfassend ein Beispiel zum leichteren Begriffsverständnis wieder: „So kann, ... jemand aus einer Kirche (Religion) ausgetreten doch noch zum Gott der Bibel beten (Religiosität), oder aber nicht mehr an diesen Gott glauben, aber doch eine „höhere Macht, die uns alle leitet“ für wahr halten (Spiritualität).“

3.5.2. Bedeutung für die Gesundheit

Leider führt das uneinheitliche Begriffsverständnis von Spiritualität dazu, dass eine wissenschaftlich, empirische Erforschung der Bedeutung für die Gesundheit erschwert wird. Teilweise mangelt es zudem an Instrumenten für die Operationalisierung (Bonelli, 2007).

In amerikanischen Quer- und Längsschnittstudien, wo die Erforschung dieses Themas wesentlich weiter fort geschritten ist, als in Europa, unterstützen Ergebnisse von klinischen Stichproben ... „die Annahme einer positiven Beziehung zwischen verstärkter religiöser Aktivität und besserer körperlicher und psychischer Gesundheit sowie längerer Lebensdauer“ (George, Ellison & Larson, 2002; zitiert nach Pohl, 2006, S. 83).

Trotz der kontroversen Diskussion, ob nun Spiritualität und Religiosität überhaupt wissenschaftlich in die Gesundheitsförderung und/ oder Psychotherapie einbezogen werden kann, gibt es eine Vielzahl von Studien hierzu. Einige Studien fanden ... „einen kürzeren stationären Aufenthalt nach Koronarbypassoperationen [Herzgefäßoperationen] (McSherry et al. 1987), längere Wegstrecken nach Hüftoperationen (Pressman et al. 1990) und weniger stationäre Aufenthaltstage auf Geriatrien (Koenig et al. 1998b)“ (Bonelli, 2007, S. 17).

Besonders vier Faktoren der Religiosität (allgemeine Religiosität, Gottesbeziehung, Vergeben/Liebe und Gottesgericht) zeigten sich protektiv gegenüber den externalisierenden Krankheitsbildern (Nikotinsucht, Alkoholsucht, Tablettensucht, antisoziale Verhaltensstörung) (Kendler, Liu, Gardner, McCullough, Larson & Prescott, 2003). Da nun die Spiritualität ähnliche Dimensionen erfasst, können diese positiven Ergebnisse durchaus implizit auch auf die Spiritualität umgelegt werden.

Utsch (2004) hat die positiven Effekte der Spiritualität und Religiosität für die Gesundheit aus mehreren amerikanischen Studien zusammengefasst:

- Emotionale Entlastung – ein sinnvolles, geschlossenes Weltbild,
- moralische Orientierung – eine ethisch verantwortete Lebensführung,
- soziale Unterstützung – Eingebundensein in eine Gemeinschaft,
- kognitive Neubewertung – Glauben an das Walten einer höheren Macht in Situationen der Hilflosigkeit,
- mentale Bewältigung – Trost, Hoffnung, Gelassenheit auch in ausweglosen Situationen (S. 82)

Diese positiven Auswirkungen decken einen großen Teil der im Kap. 3.1. beschriebenen gesundheitsbezogenen Schutzfaktoren (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005) ab.

„Dies ist gerade im Bereich der Suchtbehandlung von besonderer Bedeutung, da Religiosität, das zeigen einige neuere Studien, einen suchtprotektiven Faktor darstellt“ (Bonelli, 2007, S. 14). Wobei Wirtz (2003; zitiert nach Utsch, 2004, S. 73) herausstreicht, dass in „existentiellen Krisensituationen und Zuständen extremer Hilflosigkeit“ ... die religiösen und spirituellen Glaubensüberzeugungen, an besonderem Stellenwert gewinnen und speziell in der Traumatherapie Einsatz finden können.

Demnach ist nicht die religiöse- oder spirituelle Gesinnung selbst, sondern der Rückhalt bzw. die positive Unterstützung, welche Personen durch ihre Gesinnung im Leben erleben, der ausschlaggebende Faktor für die subjektive

Gesundheitswahrnehmung. Büssing et al. (2005) haben hierfür ein Messinstrument entwickelt. Der Fragebogen "Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpReuk)" gliedert sich in fünf Subskalen, welche faktorenanalytisch bestätigt werden konnten. In die weiter unten angeführte empirische Studie wurde die Subskala „Support in relations with the External life through spirituality/ religiosity“ [Beistand im Bezug auf das externale Leben durch Spiritualität und Religiosität] angewandt, wobei ausschließlich die Spiritualität in der Skala belassen wurde (vgl. Cervinka et al., 2009).

Wie oben beschrieben und wie sich in Studien von Kendler et al. (2003) zeigte, kann eine individuelle Spiritualität sehr wohl ein zusätzliches Ressourcenpotenzial für die Behandlung und Prävention von Suchterkrankungen darstellen. Spiritualität stellt ein Potential dar, welches präventiv oder heilend wirken kann. Zudem kann der erlebte Rückhalt durch die individuelle Spiritualität ein besseres Coping von Krankheit und eingeschränkter Gesundheit fördern (Büssing et al., 2005).

III. Empirischer Teil

4. Forschungsfragen

Als Ziel dieser Arbeit gilt es, die in der Literatur häufig genannte positive Wirkung, der Natur und des Naturbezuges, der Spiritualität sowie der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung als Ressourcen für die Therapie von Alkoholabhängigkeit, empirisch zu untermauern.

Es wird erforscht, wie die unterschiedlichen Ressourcen mit der subjektive Gesundheitswahrnehmung zusammenhängen. Insbesondere wird untersucht, ob sich die genannten Ressourcen, in der Zeit des stationären Aufenthalts am API, aktivieren lassen und dies mit einer stärkeren Verbesserung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung einhergeht.

In der folgenden *Abbildung 5* werden die einzelnen Konstrukte mit den erwarteten, aus der Theorie abgeleiteten Zusammenhängen dargestellt. Wobei das Modell als Ganzes in seiner Gültigkeit statistisch nicht überprüft wird.

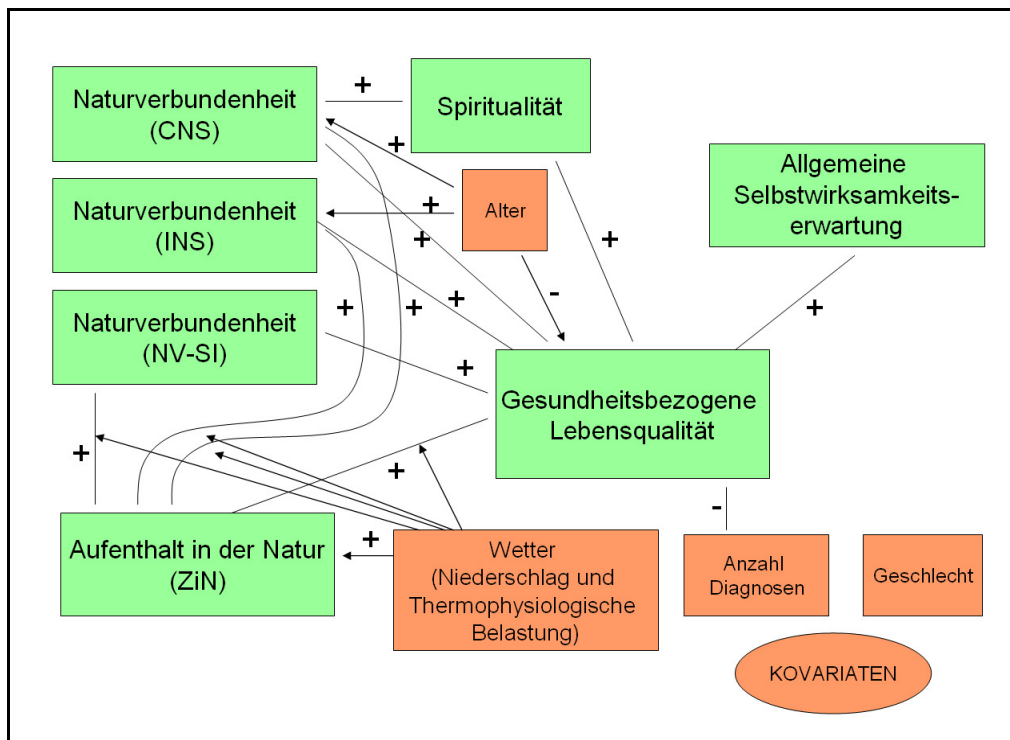


Abbildung 5: Forschungsmodell

Nachfolgend werden die vier Hauptforschungsfragen mit den entsprechend, abgeleiteten Forschungsfragen und Hypothesen dargestellt:

Hauptforschungsfrage A: Geben Personen, welche stärker ausgeprägte Ressourcen haben, auch eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung an?

Forschungsfrage 1

Hypothese 1:

Personen mit einer höheren allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung haben eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung, besonders in der psychischen Dimension.

Forschungsfrage 2

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit aufweisen, haben auch eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung in der psychischen Dimension.

Hypothese 2a:

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit in der CNS angeben, haben höhere Werte im psychischen Bereich der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

Hypothese 2b:

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit in der INS angeben, haben höhere Werte in der subjektiven Gesundheitswahrnehmung in der psychischen Dimension.

Hypothese 2c:

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit durch das Single-Item Naturverbundenheit angeben, haben höhere Werte in der psychischen Dimension der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

Forschungsfrage 3**Hypothese 3a:**

Personen, welche sich häufiger in der Natur aufhalten, haben eine höhere subjektive psychische Gesundheitswahrnehmung.

Hypothese 3b:

Personen, welche sich häufiger in der Natur aufhalten, haben eine höhere subjektive körperliche Gesundheitswahrnehmung.

Forschungsfrage 4**Hypothese 4:**

Personen, welche einen höheren Rückhalt durch die Spiritualität angeben, haben auch eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung in der psychischen Dimension.

Hauptforschungsfrage B: Verändert sich die subjektive Gesundheitswahrnehmung vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt?

Forschungsfrage 5

Hypothese 5:

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung verbessert sich vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt.

Hauptforschungsfrage C: Können die Ressourcen vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt aktiviert bzw. verbessert werden?

Forschungsfrage 6

Hypothese 6:

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung nimmt vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt zu.

Forschungsfrage 7

Hypothese 7:

Die Naturverbundenheit (CNS) nimmt vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt nicht signifikant zu.

Forschungsfrage 8

Hypothese 8:

Der erlebte Rückhalt durch die Spiritualität, des ersten Erhebungszeitpunktes, unterscheidet sich nicht von den Werten des zweiten Zeitpunktes.

Hauptforschungsfrage D: Geht die Aktivierung von Ressourcen, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt, mit einer stärkeren Zunahme der subjektiven Gesundheit, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt, einher?

Forschungsfrage 9

Hypothese 9:

Personen, welche eine höhere Zunahme der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung haben, haben auch eine stärkere Verbesserung der subjektiven Gesundheit.

Forschungsfrage 10

Hypothese 10:

Personen, welche eine höhere Steigerung der Naturverbundenheit (CNS-Werte) haben, haben auch eine höhere Zunahme der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

Forschungsfrage 11

Hypothese 11:

Personen, welche eine höhere Steigerung des Rückhaltes im Leben durch die Spiritualität (SLSp-Werte) erleben, haben auch eine höhere Zunahme der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

5. Methode

Die Datenerhebung erfolgte am Anton Proksch Institut. Mittels eines gemischten Quer- und Längsschnittsdesigns wurden Frauen und Männer, welche sich dort als PatientInnen, zur stationären Therapie aufhielten, mittels Fragebögen befragt.

Da für die Therapie besonders die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit und Ressourcen relevant ist, konnte hier die Selbstbeschreibung als geeignete Methode eingesetzt werden. Zusätzlich wurden objektive Daten aus den Entlassungsbefunden und die Wetterdaten vom Zentral Meteorologischen Instituts in Wien, in die Untersuchung mit einbezogen.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, was von den PatientInnen durch die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung nochmals bestätigt wurde.

6. Durchführung

Die PatientInnen wurden mittels Fragebögen in Papierform befragt. Die Befragung konnte als Gruppenverfahren durchgeführt werden. Da auch die Veränderung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung und die Veränderung der Ressourcen, während des stationären Aufenthalts von Interesse sind, wurden die Personen zu zwei Zeitpunkten befragt.

Die Datenerhebung erfolgte von Juli bis Oktober 2008, wobei bis zu drei Monaten später die letzten Entlassungsbefunde in die Datenanalyse mit einbezogen werden konnten, da diese erst nach Entlassung der PatientInnen erstellt werden.

Allen PatientInnen wurde nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung der Fragebogen vorgegeben, wobei im Anschluss noch der „Wortschatztest“ (WST; Schmidt & Metzler, 1992) von den Personen auszufüllen war. Bei der Wiederholungsbefragung konnte eine gekürzte Version des Fragebogens beantwortet werden, da nur noch solche Skalen und Items wiederholt werden mussten, welche auch tatsächlich für die Veränderungsmessung nötig waren.

Für das Ausfüllen der Fragebögen benötigten die PatientInnen, je nach individuellem Tempo, 20 bis 90 Minuten, eine Zeitbeschränkung wurde nicht vorgegeben. Allfällige Fragen konnten von mir direkt beantwortet werden.

6.1. Rahmenbedingungen

Die Datenerhebung erfolgte am Anton Proksch Institut (API) in Wien, welches Europas größte Suchtklinik ist. Siehe dazu Kapitel 3.2.

Da Männer und Frauen zur Therapie aufgenommen sind, konnten in dieser Erhebung Frauen und Männer, ab einem Alter von 18 Jahren, in die Untersuchung einbezogen werden.

Die PatientInnen durchlaufen nach Aufnahme auf der Station eine akute Entgiftungsphase und werden parallel in den Stationsalltag, mit diversen Therapien, Einzel- und Gruppensitzungen und Arbeitsaufgaben, eingegliedert. Um die Daten durch die individuell unterschiedlich lang dauernde Entgiftungsphase nicht zu verfälschen, wurde als ersten Zeitpunkt der Datenerhebung das Ende der zweiten bzw. Anfang der dritten Woche, des Aufenthalts, gewählt. Die zweite Datenerhebung erfolgte ca. vier Wochen nach der Ersten.

Wobei in diese Untersuchungen ausschließlich Personen befragt wurden, welche eine Diagnose der Alkoholabhängigkeit gestellt bekommen hatten. Andere Suchterkrankungen wurden, aufgrund des unterschiedlichen Verlaufes, insbesondere der Entzugsphase, von der Untersuchung ausgeschlossen. Allerdings gilt es zu beachten, dass bei einer Alkoholabhängigkeit häufig auch andere Abhängigkeiten als Komorbiditäten vorliegen können und somit andere Suchterkrankungen in den Daten vorkommen.

6.2. Voruntersuchung

Durch einen Pretest, welcher 8 Patientinnen und Patienten vorgegeben wurde, konnte der Fragebogen auf Verständlichkeit und Durchführbarkeit überprüft und nochmals leicht adaptiert werden.

7. Konstruktion der Fragebögen

7.1. Testauswahl und Testbeschreibung

Im Fragebogen finden demographische-, situative- und behaviorale Items und Teile von Persönlichkeitsfragebögen Anwendung (siehe *Anhang A*).

Insgesamt besteht der Fragebogen aus 159 Items, wovon insgesamt 76 Fragen für die Datenauswertung im Rahmen dieser Diplomarbeit herangezogen sind. Auf die anderen Items und Konstrukte soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Der Fragebogen lässt sich in folgende Bereiche unterteilen:

- Subjektive Gesundheitswahrnehmung
- Ressourcen:
 - Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung
 - Naturverbundenheit
 - Rückhalt durch Spiritualität
- Tatsächlicher Aufenthalt in der Natur
- Soziodemographische Variablen

Um ein ausreichendes Sprachverständnis der PatientInnen abzuklären wurde zusätzlich der „Wortschatztest“ (Schmidt & Metzler, 1992), welcher 40 Items umfasst vorgegeben. Siehe dazu mehr im *Kapitel 7.1.4*.

7.1.1. Operationalisierung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung wurde durch den „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ (SF-36) von Bullinger und Kirchberger (1998) erfasst. Wobei bei acht einzelnen Items nach Müller, Franke, Schuck und Resch (2001, S. 102) des SF-36 „für den Klinikkontext kritische Kontext-Konkretisierungen wie „bei der Arbeit“ und „zu Hause“ entfernt“ ... wurden, um eine bessere Passung für den stationären Kontext zu erhalten (SF-36m).

Der SF-36 gilt gegenwärtig als das weltweit am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Erfassung verschiedener Aspekte der Lebensqualität (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Grundlage für die Entwicklung des SF-36 Health Surveys war der Versuch, die Leistung von Versicherungssystemen in Amerika zu prüfen. Dieser Versuch fand im Rahmen der Medical Outcome Studie (MOS) statt (Tarlov, 1983; zitiert nach Bullinger & Kirchberger, 1998).

Es wurde versucht unterschiedliche Aspekte der Gesundheit aus der Sicht der Patienten zu operationalisieren.

Anhand einer Faktorenanalyse wurden schlussendlich 36 Items zu acht Dimensionen (jeweils aus zwei bis zehn Items und einem Einzelitem, das die Veränderung der Gesundheit betrifft und kein Bestandteil der acht Skalen ist) zugeordnet. „Die Dimensionalität eines Tests gibt an, ob er nur ein Merkmal bzw. Konstrukt erfasst (eindimensionaler Test), oder ob mit den Testitems mehrere Konstrukte bzw. Teilkonstrukte operationalisiert werden (mehrdimensionaler Test)“ (Bortz & Döring, 2006, S. 221).

Die acht Skalen nach Bullinger und Kirchberger (1998):

- Körperliche Funktionsfähigkeit, Bsp.: Durch den Gesundheitszustand bei Tätigkeiten eingeschränkt sein.
- Körperliche Rollenfunktion, Bsp. Item: „Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.“
- Körperliche Schmerzen, Bsp. Item: „Wie stark waren Ihre Schmerzen in der letzten Woche?“
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Bsp. Item: „Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.“
- Vitalität, Bsp. Item: „Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen voller Schwung.“
- Soziale Funktionsfähigkeit, Bsp. Item: „Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?“
- Emotionale Rollenfunktion, Bsp. Item: „Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.“ und
- Psychisches Wohlbefinden, Bsp. Item: „Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen sehr nervös?“

Die Items werden mittels Antwortalternativen, welche von binär „ja-nein“ bis hin zu sechsstufigen Antwortskalen reichen, beantwortet (Bullinger & Kirchberger, 1998). Um eine Vergleichbarkeit der Skalenwerte zu gewährleisten, wurden diese transformiert.

7.1.1.1. Gütekriterien

Die psychometrischen Eigenschaften des SF-36 wurden an einer Normstichprobe von 2914 Personen (ost- und westdeutschen Bevölkerung) sowie an acht verschiedenen Stichproben von insgesamt mehr als 2000 Personen in Bezug auf Reliabilität, Validität und Veränderungssensitivität untersucht (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Reliabilität:

„Die Reliabilität eines Tests kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird“ (Bortz & Döring, 2006, S. 196).

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Subskalen liegt bei verschiedenen Stichproben zwischen 0,57 und 0,94 (Bullinger & Kirchberger, 1998, S. 33 ff.) Die Werte fielen in allen Populationen überwiegend befriedigend bis sehr gut aus.

Validität:

„Die Validität eines Tests gibt an, wie gut der Test in der Lage ist, genau das zu messen, was er zu messen vorgibt“ (Bortz & Döring, 2006, S. 200).

Die faktorielle Validität des Fragebogens wurde über den Skalenfit, das ist der Anteil der Items, die mit ihrer eigenen Skala signifikant höher als mit den anderen Skalen korrelieren, erhoben. Das Optimum von 100% wird in der Mehrzahl der Fälle erreicht bzw. nur leicht unterschritten. Die konvergente Validität wurde über die Korrelation des SF-36 mit dem Nottingham Health Profile (NHP), einem in der Forschung gleichfalls häufig eingesetzten Verfahren zur Erfassung von subjektiver Gesundheit bestimmt (Bullinger & Kirchberger, 1998, S. 25), bestimmt.

Objektivität:

„Die Objektivität eines Tests gibt an, in welchem Ausmaß die Testergebnisse vom Testanwender unabhängig sind“ (Bortz & Döring, 2006, S. 195). Aufgrund der schriftlichen Form und der gebundenen Beantwortung sind Durchführungs-

und Auswertungsobjektivität des Verfahrens gewährleistet (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Die acht Subskalen lassen sich nach Bullinger und Kirchberger (1998) konzeptuell in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen. Diese zwei Faktoren wurden auch hier in dieser Arbeit durch eine Faktorenanalyse gebildet. Die dabei entstandenen Faktorscores bildeten den Faktor psychische- und körperliche Gesundheitswahrnehmung, welche zur Klärung der Fragestellungen Anwendung fanden.

7.1.2. Operationalisierung der Ressourcen

Der Fokus dieser Arbeit liegt bei der Exploration von intrapersonalen Ressourcen. Dabei handelt es sich um interne, personale Ressourcen. Die externen Ressourcen, also die Ressourcen der Umgebung der Personen, wurden in diese Untersuchung nicht mit eingebunden.

7.1.2.1. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Jerusalem und Schwarzer (1999) entwickelten eine Skala, welche die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zu beanspruchen behauptet. Diese Skala umfasst 10 Fragen, welche auf einem vier stufigen Format, von *stimmt nicht* bis *stimmt genau*, zu beantworten sind. Die Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ misst eine Dimension und nach Schwarzer (2004) können gute psychometrische Kennwerte für die Skala berichtet werden. „Beim Vergleich von 23 Nationen streuten die internen Konsistenzen (Cronbach's alpha) zwischen .76 und .90, in allen deutschen Stichproben zwischen .80 und .90“ (Schwarzer, 2004, S. 28).

(1)	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
(2)	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
(3)	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
(4)	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
(5)	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
(6)	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
(7)	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
(8)	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
(9)	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
(10)	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

Tabelle 3: Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE, Jerusalem & Schwarzer, 1999)

7.1.2.2. Naturverbundenheit

Die Naturverbundenheit als Ressource zu bezeichnen, liegt nahe, da in der Literatur häufig eine förderliche Wirkung, auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden, postuliert wird. Siehe dazu mehr im *Kapitel 3.4.2*.

Die Naturverbundenheit wurde hier mittels drei verschiedener Konstrukte, nämlich der „connectedness to nature scale“ (CNS, Mayer & Frantz, 2004; überarbeitet und übersetzt von Cervinka & Hefler, 2009), der „inclusion of nature in the self scale“ (INS; Schultz, 2001) und einem Einzelitem zur Naturverbundenheit (NV-SI, Cervinka & Hefler, 2009), exploriert.

Zur Klärung der Forschungsfragen bezüglich Ressourcen, wurde ausschließlich die CNS herangezogen, da es sich bei den anderen beiden Konstrukten um jeweils ein Item handelt und diese nur schwer auf seine Güte überprüft werden können.

„Connectedness to Nature Scale“

Die Naturverbundenheit wurde hier mittels der „connectedness to nature scale“ (CNS, Mayer & Frantz, 2004; überarbeitet und übersetzt von Cervinka & Hefler, 2009) erhoben.

Die Skala besteht aus 13 Items, welche durch ein fünf stufiges Antwortformat, von *trifft nicht zu* bis *trifft zu*, beantwortet werden konnten.

(1)	Ich fühle mich häufig eins mit der mich umgebenden Natur.
(2)	Ich erlebe die Natur als eine Gemeinschaft, zu der ich gehöre.
(3)	Ich anerkenne und würdige die Vollkommenheit anderer lebender Organismen.
(4)	Ich fühle mich oft von der Natur entfremdet.
(5)	Wenn ich über mein Leben nachdenke, erlebe ich mich als Teil eines größeren natürlichen Lebenskreislaufes.
(6)	Ich fühle häufig eine Seelenverwandtschaft mit Tieren und Pflanzen.
(7)	Ich habe das Gefühl, ich gehöre ebenso gleichwertig zur Erde, wie die Erde zu mir gehört.
(8)	Ich habe ein tiefes Verständnis dafür, wie meine Handlungen die natürliche Umwelt beeinflussen.
(9)	Ich fühle mich oft als Teil der Natur.
(10)	Alle menschlichen und nicht-menschlichen Lebewesen der Erde teilen eine gemeinsame „Lebensenergie“.
(11)	Vergleichbar einem Baum als Teil eines Waldes, fühle ich mich in einem größeren natürlichen Ganzen eingebettet.
(12)	Ich erlebe mich öfters als kleinen Teil der mich umgebenden natürlichen Welt, nicht bedeutsamer als das Gras auf der Wiese oder ein Vogel in den Bäumen.
(13)	Mein persönliches Wohlergehen ist vom Wohlergehen der Natur abhängig.

Tabelle 4: Items der „Connectedness to Nature Scale“ (CNS, Mayer & Frantz, 2004; überarbeitet und übersetzt von Cervinka & Hefler, 2009)

Mayer und Frantz (2004) postulieren eine Eindimensionalität dieser Skala, mit einer Reliabilität von Alpha ,89. Cervinka et al. (2009) konnten diese Skalenwerte für die deutsche Übersetzung der CNS, welche aus 13 Items besteht, bestätigen und fanden eine Reliabilität von ,85 bis ,89.

Cervinka et. al. (2009) fanden signifikant höheren Werte bei den Frauen als bei den Männern, wobei der Bildungsgrad der Personen keine Rolle zu spielen scheint. Es konnte auch festgestellt werden, dass die angegebene Naturverbundenheit mit zunehmendem Alter signifikant zunimmt ($r_{\text{part}} = ,27$; $p < ,01$) (Mayer & Frantz, 2004; zitiert nach Cervinka et al., 2009, S. 5).

„Inclusion of nature in the self scale“

Da es sich nach Schultz bei der „inclusion of nature in the self scale“ (INS; Schultz, 2001) um einen anderen Zugang zur Naturverbundenheit handelt, wurde dieses Item ebenfalls herangezogen. Die bildhafte Darstellung des Items ermöglicht den Personen zudem eine gute visuelle Vorstellung der Antwortmöglichkeiten, welche sieben stufig angegeben ist.

Diese explizite, kognitiv erfragte Naturverbundenheit zeigt hohe Korrelationen mit umweltbewusstem Verhalten ($r = ,41$) und Sorgen um die Biosphäre ($r = ,31$) (Schultz, Shriver, Tabanico & Khazian, 2004, S. 33), sowie mit der CNS von Mayer & Frantz 2004) ($r = ,55$, $p < ,001$) (Schultz, 2001, S. 331), was als Kriteriumsvalidität gelten kann.

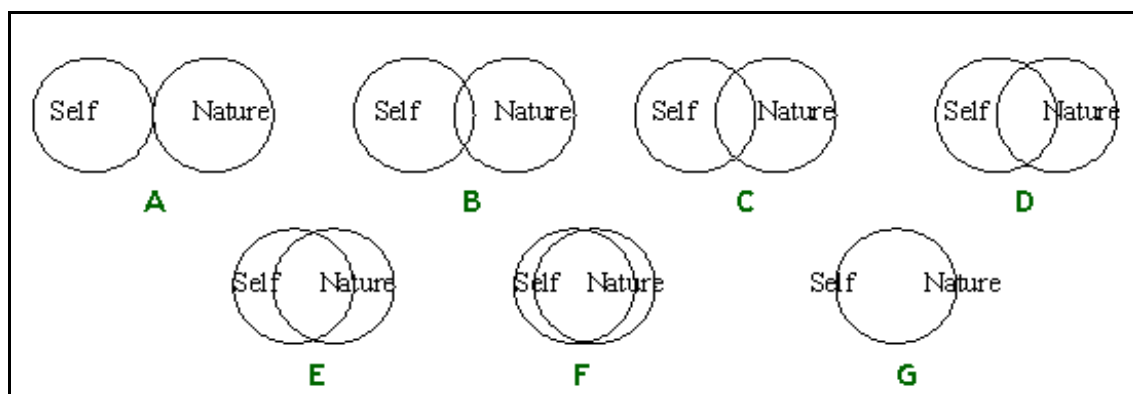


Abbildung 6: Item „inclusion of nature in the self scale“ (Quelle; Schultz, 2001)

Naturverbundenheit als Einzelitem

Des Weiteren wurde ein Single-Item zur Naturverbundenheit von Cervinka und Hefler (NV-SI; 2009), welches sich in Voruntersuchungen bewährt hatte, den Personen vorgegeben. Dieses Item hat den Vorteil, dass die Naturverbundenheit rational erfragt werden kann, ohne dass eine weitere Komponente wie z.B. eine spirituelle Dimension wie bei der CNS, hineinspielen würde.

Es kann zehn stufig beantwortet werden. Dieses Item zeigte in den Vorstudien, nach elf Wochen, eine hohe Test-Retest Korrelation ($r=.432$, $p<.001$). Männer und Frauen unterscheiden sich, hinsichtlich der angegebenen Werte dieses Einzelitems, nicht voneinander, ebenso wenig unterscheiden sich Personen mit unterschiedlichen Bildungsgraden (Cervinka & Hefler, 2009, S. 12ff). Allerdings konnte bei Cervinka & Hefler (2009, S. 16) ebenfalls höhere Werte der Naturverbundenheit mit zunehmenden Alter festgestellt werden ($F(2,488)=15,55$, $p<.001$), weshalb das Alter in dieser Untersuchung als Kovariate mit einbezogen ist.

7.1.2.3. Spiritualität

Hierbei wurde nicht die tatsächliche spirituelle Gesinnung der Personen erfragt, sondern der Rückhalt, welche sie durch die Spiritualität im Leben erleben (siehe dazu mehr in *Kapitel 3.5.1.*). Dies wurde anhand einer 10 Items umfassenden, eindimensional messenden, Skala erhoben. Diese Skala basiert auf der von Büssing et al. (2005) entwickelten „Support in life through Spirituality/Religiosity“ Skala. Wobei diese adaptierten Items ausschließlich nach dem, durch die individuelle Spiritualität, bedingten Rückhalt und nicht auch nach religiösen Beistand fragen (SLSp, Cervinka et al., 2009) und eine sehr hohe interne Konsistenz aufweisen (Cronbach's alpha=,98).

Um ein einheitliches Verständnis des Begriffes Spiritualität für die PatientInnen zu erleichtern, wurde im Fragebogen eine Kurzdefinition davon gegeben.

Die einzelnen Items konnten jeweils sechs stufig, von *stimmt nicht* bis *stimmt*, beantwortet werden.

(1)	Die Ausübung von Spiritualität spielt in meinem Leben eine wichtige Rolle.
(2)	Meine Spiritualität verhilft mir zu einer tieferen Beziehung mit meiner Umwelt.
(3)	Meine Spiritualität verhilft mir zu einer tieferen Beziehung zu meinen Mitmenschen.
(4)	Durch meine Spiritualität gehe ich mit meinem Leben bewusster um.
(5)	Meine Spiritualität hilft mir, mit Krankheiten besser umzugehen.
(6)	Menschen, die meine spirituellen Einstellungen teilen, sind mir wichtig.
(7)	Meine spirituellen Überzeugungen bringen mich dazu, in einer Krankheit ein förderliches Ereignis für meine persönliche Entwicklung zu sehen.
(8)	Die Ausübung meiner Spiritualität hilft mir, geistige und körperliche Gesundheit wieder zu erlangen.
(9)	Wenn ich meine Spiritualität ausübe, dann erfahre ich im allgemeinen Zufriedenheit und inneren Frieden.
(10)	Im Alltag fördert meine Spiritualität meine innere Kraft.

Tabelle 5: Items der „Support in life through Spirituality“ (SLSp, Büssing et al., 2005; überarbeitet und übersetzt von Cervinka & Hefler, 2009)

7.1.3. Operationalisierung des tatsächlichen Aufenthalts im Freien

Eine Schwierigkeit bestand darin, die tatsächlich verbrachte Zeit auf den Grünflächen des Anton Proksch Instituts, sowie dessen Umgebung, zu erfassen.

Aufgrund von praktikablen und ökonomischen Überlegungen wurde auf die Erhebung durch ein Tagebuch verzichtet, obwohl es als das optimale Erhebungsverfahren erkannt wurde. Die tatsächliche Zeit wurde statt dessen durch selbstgenerierte Items erfragt. Hierbei wurden retrospektiv die Anzahl der im Freien verbrachten Tage, der letzten 7 Tage, sowie die Dauer des Aufenthalts pro angegebenen Tag erfragt. Aus diesen beiden Angaben konnte durch Multiplikation ein Score errechnet werden, welcher zur Klärung der Fragestellungen herangezogen wurde.

Ebenso wurde der Aufenthalt auf den Grünflächen der Umgebung des API erfragt, wobei sich bei der Plausibilitätsprüfung der Daten im Nachhinein herausgestellt hatte, dass es zu Verständnisfehlern durch das Item gekommen war. Aus diesem Grund musste das Item, zur Erfassung der Zeit des

Aufenthalts der Umgebung, bei den weiteren Berechnungen, ausgeschlossen werden.

An wie vielen Tagen, der letzten 7 Tage, hielten Sie sich auf den Grünflächen im API (Park, Garten) auf?							
0	1	2	3	4	5	6	7
Wie lange haben Sie sich, im Park oder Garten, im Durchschnitt pro Tag, aufgehalten?							
_____ Minuten _____ Stunden							

Tabelle 6: Beispiel Items zur Erfassung der tatsächliche verbrachten Zeit im Freien

7.1.4. Operationalisierung des Ausschlusskriteriums und der Störvariablen

Um die Eignung der Personen für die Untersuchung zu überprüfen, wurde zum ersten Zeitpunkt der Datenerhebung der „Wortschatztest“ (WST; Schmidt & Metzler, 1992) mit seinen 40 Items vorgegeben. PatientInnen mit einem IQ-Wert unter 80 wurden bei der weiteren Untersuchung ausgeschlossen, da nicht mehr davon ausgegangen werden konnte, dass der Fragebogen adäquat verstanden werden konnte. Personen mit einer zu geringen deutschen Sprachkenntnis wurden hierbei ebenfalls erkannt und ausgeschieden.

7.1.4.1. Kontrollvariablen

Als Kontrollvariablen dienten, je nach Fragestellung, folgende Variablen:

- Alter
- Geschlecht
- Wetterdaten, bestehend aus:
 - Wind Chill Werten und
 - Niederschlag
- Anzahl der Diagnosen

Die ersten beiden Variablen waren im Fragebogen enthalten. Die Anzahl der Diagnosen konnte, nach der Entlassung der PatientInnen, aus deren Entlassungsbefunden entnommen werden. Die Anzahl der Diagnosen wurde

deshalb als Variable gewählt, da eine Teilung in körperliche- und psychische Diagnosen zwar überlegt, aber genauso wieder verworfen wurde, wie die Überlegung aus den Diagnosen ein Ausmaß an Beeinträchtigung abzuleiten.

Um die Aussagekraft des Aufenthalts im Freien durch das Wetter (siehe dazu mehr im *Kapitel 3.4.4.1.*), der letzten sieben Tage, nicht zu verfälschen, wurden Daten über das Wetter, genau dieser letzten sieben Tage, je PatientIn erhoben. Es wurden Tagesdurchschnittswerte (von 6 bis 22 Uhr) der Wind Chill Daten, welche von der Zentralanstalt für Meteorologie und Geodynamik (ZAMG, 2008) angefordert wurden, mit eingerechnet. Die Nacht wurde bei den Berechnungen nicht berücksichtigt, da sich die PatientInnen zu diesen Urzeiten nicht im Freien aufhalten sollen.

Die stündlichen Wind Chill Werte wurden anschließend nach der Skala nach der VDI-Richtlinie 3787 Blatt 2 entsprechend der untenstehenden Tabelle in eine physiologisch gerechte Bewertung des thermischen Empfindens auf Komfort, schwache-, mäßige- oder starke Wärmebelastung eingestuft (Deutscher Wetterdienst, 2008). Durch das Aufsummieren dieser Werte ergab sich ein Wochenwert, der als Kovariate in den Berechnungen mit einbezogen wurde.

Gefühlte Temperatur, °C	Thermisches Empfinden	Thermophysiologische Beanspruchung
≤ -39	sehr kalt	extremer Kältestress
-26 bis -39	kalt	starker Kältestress
-13 bis -26	kühl	mäßiger Kältestress
0 bis -13	leicht kühl	schwacher Kältestress
0 bis +20	behaglich	Komfort möglich
+20 bis +26	leicht warm	schwache Wärmebelastung
+26 bis +32	warm	mäßige Wärmebelastung
+32 bis +38	heiß	starke Wärmebelastung
≥ +38	sehr heiß	extreme Wärmebelastung

Tabelle 7: Gefühlte Temperatur und thermische Beanspruchung (Quelle: Deutscher Wetterdienst, 2008)

Zusätzlich zur gefühlten Temperatur wurde der Niederschlag, der letzten sieben Tage je PatientIn, berücksichtigt. Da das tatsächliche Vorhandensein von Regen als relevant angesehen wurde und nicht, wie viel an Niederschlag gefallen war, wurde die Anzahl der Stunden, an welchen es geregnet hatte, als Summe über die Tage der letzten Woche, als Kovariate ebenfalls eingerechnet.

7.1.5. Soziodemographische Variablen

Das Geschlecht, das Alter der Personen und die höchste abgeschlossene Ausbildung wurden im Fragebogen mit erhoben.

7.2. Stichprobenbeschreibung

Für die Datenerhebung konnten PatientInnen aus dem stationären Bereich des Anton Proksch Instituts (API) Wien, Europas größte Suchtklinik, gewonnen werden. „In den letzten Jahren gewinnt der ressourcenfördernde Ansatz in der Arbeit mit psychisch kranken und vor allem suchtkranken Personen zunehmend an Bedeutung. Das API trägt diesem neuen Therapieansatz Rechnung“ ... (Feselmayer et al., 2007, S. 1). Aus diesem Grund erschien die Stichprobe für die Klärung der diversen Forschungsfragen als geeignet.

Insgesamt wurden 125 PatientInnen befragt, wobei 20 Personen für die weitere Datenanalyse ausgeschlossen werden mussten. Somit besteht die zu untersuchende Stichprobe aus 105 PatientInnen zum ersten Befragungszeitpunkt. Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme und früheren Entlassungen von PatientInnen von der stationären Betreuung konnten für den zweiten Zeitpunkt noch 53 Personen für die Wiederbefragung gewonnen werden.

Ausgeschlossen wurden die acht Personen vom Pretest, sechs PatientInnen aufgrund fehlender Diagnose der Alkoholabhängigkeit, drei Personen mit einem IQ im WST unter 80, ein Patient wegen eindeutiger Antworttendenz zur Mitte, ein Patient aufgrund abgelehntem WST und ein Patient aufgrund nicht plausiblen Antworten (unrealistischen Zeitangaben beim Aufenthalt im Freien), wonach die Aussagekraft des restlichen Fragebogens in Frage gestellt werden musste. Insgesamt nahmen 54,3% Männer und 45,7% Frauen zum ersten Erhebungszeitpunkt an der Befragung teil.

8. Auswertung

Die Auswertung der Daten wurde mit dem Computerprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) in Version 15.0 für Windows durchgeführt.

Zum Einsatz kam deskriptive- und analytische Statistik, parametrische und nichtparametrische Verfahren.

Die abhängige Variablen (AV) und unabhängige Variablen (UV) werden je nach Fragestellung und Hypothese definiert. Die Hypothesen wurden einseitig formuliert, sofern es die theoretische Herleitung erlaubt hat.

8.1. Exkurs statistische Erläuterung

8.1.1. Datenniveau

Die Daten befinden sich auf Nominal-, Ordinal- und Intervallskalenniveau.

Bei allen Skalen wurde, aufgrund der Konstruktion des Fragebogens und dadurch ermöglichten, gleichabständiger Kategorienbildung der Antwortmöglichkeiten, von einem Intervallskalenniveau ausgegangen, sofern es untenstehend nicht anders angegeben wird. Diese äquidistante Kategorienbildung ist relevant für eine sinnvolle Berechnung von Summen, Mittelwerten und Differenzen (Bortz, 1999).

8.1.2. Statistische Auswertungsverfahren

8.1.2.1. Signifikanztest

„Tests zur statistischen Überprüfung von Hypothesen heißen Signifikanztests. Der Signifikanztest ermittelt die Wahrscheinlichkeit, mit der das gefundene empirische Ergebnis sowie Ergebnisse, die noch extremer sind als das gefundene Ergebnis, auftreten können, wenn die Populationsverhältnisse der Nullhypothese entsprechen“ (Bortz & Döring, 2006, S. 494).

Zwei Arten von Hypothesen, welche weiter unten noch näher erläutert werden, können durch diesen Signifikanztest auf Zusammenhang oder Unterschiede geprüft werden. Eine gewisse Wahrscheinlichkeit mit der ein Irrtum auftreten

kann, wird im Vorhinein festgelegt. Diese Irrtumswahrscheinlichkeit wird als Alpha (α) in Prozent angegeben.

„Ist die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als $\alpha\%$, bezeichnen wir das Stichprobenergebnis als statistisch signifikant. α kennzeichnet das **Signifikanzniveau**“ ... (Bortz & Döring, 2006, S. 494).

Bei allen Hypothesen wurde ein 5%iges Signifikanzniveau angenommen, wobei die Voraussetzungen für die einzelnen Verfahren, also Homogenität von Varianzen- und Kovarianzen und Prüfung auf Normalverteilung, aufgrund der Robustheit der eingesetzten Verfahren, auf einem 1%igem Alpha Niveau geprüft wurden.

Die Voraussetzungen für die angewandten Verfahren konnten als gegeben angenommen werden, falls es untenstehend nicht anders angegeben wird.

8.1.2.2. Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen

Um einen linearen Zusammenhang von zwei oder mehreren Merkmalen in einer Untersuchung überprüfen zu können, werden Zusammenhangshypothesen formuliert. Dabei lassen sich allerdings keine Kausalbeziehungen ableiten. Zum Einsatz kommen hier Korrelationstests.

Um das Ausmaß der linearen „Ko-Relation“ zwischen zwei Variablen abschätzen zu können, bedient man sich seit etwa hundert Jahren des Pearsons'schen **Korrelationskoeffizienten** (r), der bei einem maximal positiven Zusammenhang zwischen den zwei Variablen den Wert $+1,0$ annimmt (wenn beide gleichsinnig zu- oder abnehmen). Bei Fehlen einer linearen Beziehung wird er $0,0$, bei einem maximal gegensätzlichen Zusammenhang dagegen erhält man $-1,0$... Mittels der Korrelation lässt sich somit der vermutete Einfluss einer Variablen auf eine andere Variable abschätzen (Maderthaner, 2008, S. 77).

Der quadrierte Korrelationskoeffizient, angegeben als R^2 gibt an, wie viel Prozent an Unterschied der einen Variable durch den Unterschied der anderen

Variable erklärt wird. Liegt keine Intervallskalengüte vor, so werden die einzelnen Werte einer Rangreihe unterzogen und auf Basis dieser, eine Rangkorrelation nach Spearman angewandt (Bortz, 1999).

8.1.2.3. Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen

Um zu untersuchen, ob sich zwei oder mehrere Gruppen voneinander unterscheiden werden Unterschiedshypothesen formuliert und mittels Signifikanztests überprüft. Diese basieren auf den Mittelwerten und den Varianzen der einzelnen Gruppen der Variablen.

Je nach Datenniveau kommen unterschiedliche Verfahren zum Einsatz. Bei Intervallskalenniveau ist dies der t-Test, welcher prüft, ob sich zwei Gruppen voneinander unterscheiden. Die praktische Relevanz eines tatsächlich, signifikant gefundenen Unterschieds wird durch die Effektstärke (angeführt als Cohen's d) angegeben. Siehe dazu weiter unten.

Vorraussetzungen für dieses Verfahren sind, neben der Intervallskalengüte der Daten, Normalverteilung und Varianzhomogenität. Bei nicht Erfüllung dieser Vorraussetzungen wird ein parameterfreies Verfahren, hier der Wilcoxon-Test für zwei abhängige Stichproben, angewandt (Bortz, 1999).

Soll der Einfluss von mehreren unabhängigen Variablen auf eine oder mehrere abhängige Variablen überprüft werden, so kommt ein varianzanalytisches Verfahren zum Einsatz. Hier wird die Varianz von einer oder mehreren Variablen durch den Einfluss von einer oder mehreren Faktoren (unabhängigen Variablen) erklärt. In den später dargestellten Tabellen werden, neben den f-Werten, Signifikanzen (p-Werte) und das partielle Eta square (η_p^2) angeführt. Die Vorraussetzung hierfür sind ebenfalls Intervallskalenniveau, Normalverteilung der Residuen und die Homogenität der Fehlervarianzen (Field, 2005).

Um bei einem signifikanten Ergebnis auch zu erfahren, welche Gruppe sich von welcher unterscheidet, kann wiederum ein Signifikanztest Einsatz finden. Um das genaue Verhältnis der Populationsmittelwerte der Gruppen zueinander zu analysieren, wurde hier der Mittelwertsvergleichstest Sidak angewandt.

Sind Variablen bekannt, welche einen bekannten Einfluss auf die Gruppen leisten, so können diese Variablen in die Varianzanalyse als Stör- oder Mediatorvariablen mit einbezogen werden. Diese sogenannten Kovariaten sind wichtig, um eine Verfälschung und eine daraus folgende, möglicherweise falsche, Interpretation der Ergebnisse zu minimieren.

8.1.2.4. Power und Effektstärke

Um die praktische Bedeutsamkeit eines signifikanten Ergebnisses abzuleiten ist es sinnvoll die Power eines Tests, welche auch Teststärke genannt wird und die Effektstärke zu berechnen.

„Die Teststärke ($1-\beta$) gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Signifikanztest zugunsten einer gültigen Alternativhypothese entscheidet“ (Bortz & Döring, 2006, S. 500). Dies bedeutet also, dass ein signifikantes Ergebnis mit einer Power von ,50, nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% (Zufallswahrscheinlichkeit), als gültig angenommen werden kann. Aus diesem Grunde sollt die Power eines Tests möglichst hoch sein. Was schlussendlich als ein guter Wert angesehen werden kann, entscheidet sich aus der Betrachtung der praktischen Relevanz und kann sich je Fragestellung verändern.

Die Power eines Tests und die Effektgröße beeinflussen sich wechselseitig. „Das Ausmaß des statistischen Effektes einer Variablen auf eine oder mehrere andere Variablen wird als Effektstärke bezeichnet“ (Maderthaner, 2008, S. 77).

Unter Verwendung von G*Power3 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) können des Weiteren, bei signifikanten Ergebnissen, die Effektstärke (angegeben als f^2) und die Power ($1-\beta$) der durchgeführten Tests angegeben werden. Bei Varianzanalysen gilt eine Effektstärke bis ,24 als klein, von ,25 bis ,39 als mittel und ab ,40 als groß. Beim t-Test wird die Effektstärke als d angegeben und wird wie folgt interpretiert: bis ,49 kleiner Effekt, von ,50 bis ,79 mittelgroßer Effekt und ab ,80 als großer Effekt (Faul et al., 2007).

8.2. Deskriptive Analyse

8.2.1. Geschlecht

Um einen Geschlechtsvergleich zu ermöglichen wurde versucht möglichst gleich vielen Männern wie Frauen den Fragebogen vorzulegen. Dieses Geschlechtsverhältnis entspricht jedoch nicht dem des Anton Proksch Instituts, denn dort können im Verhältnis 3:1 mehr Männer als Frauen zur stationären Therapie aufgenommen werden.

Geschlecht					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weiblich	48	45,7	45,7	45,7
	männlich	57	54,3	54,3	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Tabelle 8: Geschlechtsbeschreibung zum ersten Erhebungszeitpunkt

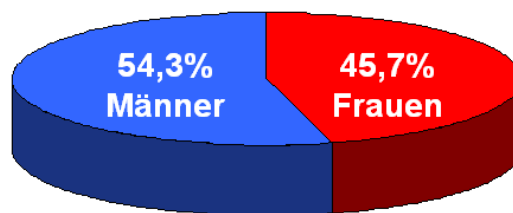


Abbildung 7: Geschlechtsverteilung zum ersten Erhebungszeitpunkt

Geschlecht					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weiblich	27	50,9	50,9	50,9
	männlich	26	49,1	49,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabelle 9: Geschlechtsbeschreibung zum zweiten Erhebungszeitpunkt

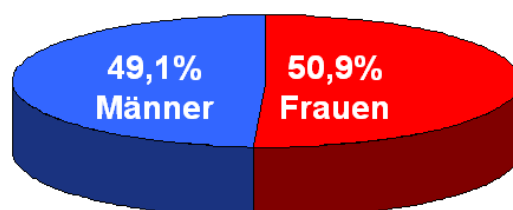


Abbildung 8: Geschlechtsverteilung zum zweiten Erhebungszeitpunkt

Durch eine Multivariate Varianzanalyse konnte zudem festgestellt werden, dass sich bezüglich des SF-36m keine Geschlechtsunterschiede, in den acht Skalen zum ersten Erhebungszeitpunkt, finden lassen. Siehe dazu mehr im Anhang.

8.2.2. Alter

Die befragten Personen waren im Alter von 20 bis 73 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt insgesamt bei 46,91 Jahren, bei den Frauen liegt es bei 46,25 und bei den Männern bei 47,47 Jahren. Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich des Alters nicht signifikant voneinander (T-Test: $t(103)=-,566$; $p=,572$).

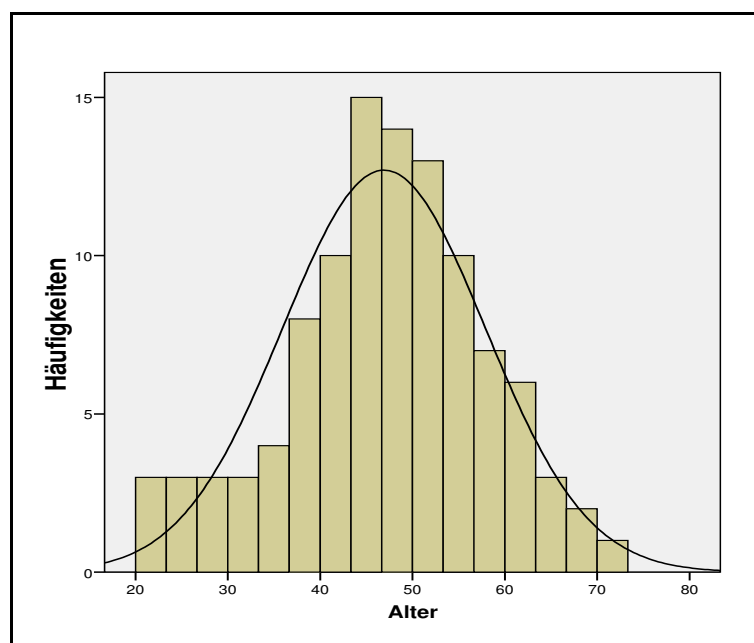


Abbildung 9: Altersbeschreibung zum ersten Erhebungszeitpunkt

8.2.3. Bildung

Bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung unterscheiden sich Frauen und Männer stark voneinander. Hier wurde von 33,4% der Frauen und von 17,6% der Männer mindestens Matura angegeben. Es besteht jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern (Spearman's Rangkorrelation: $r = -,159$; $p = ,119$).

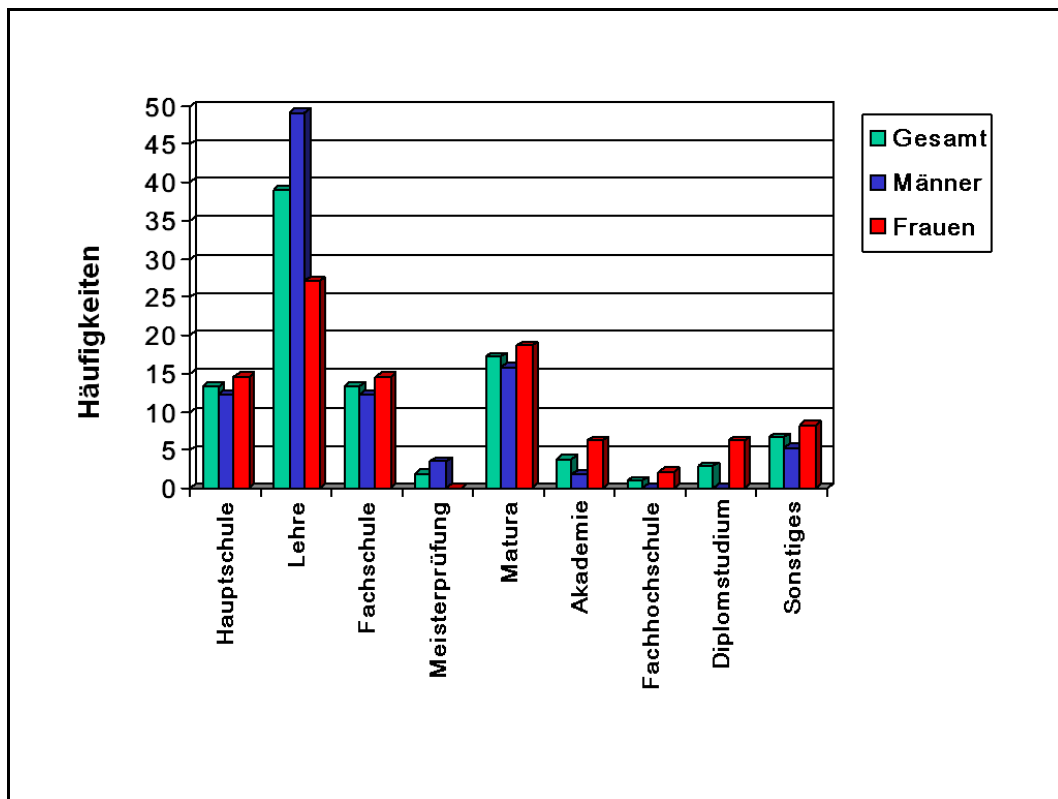


Abbildung 10: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Stichprobe

8.2.4. Diagnosen

Erhoben wurde die Anzahl der vorliegenden Diagnosen anhand der Entlassungsbefunde der PatientInnen. Im Durchschnitt liegen 4,72 Diagnosen vor. 50% der befragten PatientInnen haben 3 bis 7 medizinische und psychische Diagnosen. Bei allen Personen besteht die Diagnose der Alkoholabhängigkeit.

Frauen und Männer unterscheiden sich hier, hinsichtlich der Anzahl der Diagnosen, signifikant voneinander (T-Test: $t(103) = 2,702$; $p = ,008$; $d = 0,5$; $1 - \beta = ,8134$), wobei die Frauen wesentlich mehr Erkrankungen diagnostiziert bekommen haben.

8.3. Quantitative Analyse

8.3.1. Überprüfung der Skalenqualität

8.3.1.1. Überprüfung des Fragebogens SF-36m

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung wurde mittels des adaptierten „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ (SF-36m; Müller et al., 2001) erhoben.

Durch eine Faktorenanalyse aller Items konnten die 8 Skalen, welche von Bullinger und Kirchberger (1998) vorgeschlagen werden, nicht zugeordnet werden. Diese wurden trotzdem aufgrund der theoretischen Begründung, im Manual von Bullinger und Kirchberger (1998), in der Datenauswertung beibehalten.

Die zwei Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ zeigen, durch eine Faktorenanalyse bei der klinischen Stichprobe am API, eine Varianzaufklärung von 43,1% durch den ersten Faktor (psychischer Faktor) und 29,1% durch den zweiten Faktor (körperlicher Faktor). Die entsprechenden Ladungen der Skalen finden sich in der *Tabelle 10*.

Rotated Component Matrix ^a		
	Component	
	1	2
Körperliche Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 1 transformierter Skalenwert	,094	,904
Körperliche Rollenfunktion Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	,399	,725
Körperliche Schmerzen Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	,439	,695
Allgemeine Gesundheit Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	,637	,457
Vitalität Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	,823	,378
Soziale Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	,805	,162
Emotionale Rollenfunktion Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	,755	,264
Psychisches Wohlbefinden Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	,886	,236
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 3 iterations.		

Tabelle 10: Faktorenladungen der acht Skalen des SF-36m auf den zwei übergeordneten Faktoren

Die Reliabilitätsanalyse über die gesamten acht Skalen des SF-36m, zum ersten Erhebungszeitpunkt, erbrachte eine Reliabilität von ,884. Siehe *Tabellen 30a und 30b* im *Anhang B*. Nach Bullinger und Kirchberger (1998, S. 33f) liegen die Reliabilitäten der Subskalen bei verschiedenen Stichproben zwischen ,57 und ,94. Bei der Überprüfung der Subskalen, in dieser empirischen Arbeit, konnten Cronbach's Alpha zwischen ,68 (Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung) bis ,93 (Skala Körperliche Schmerzen) berechnet werden.

8.3.1.2. Überprüfung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Die Kreuzvalidierung ergab, theoriekonform, eine Eindimensionalität der Skala SWE mit einer Varianzaufklärung des ersten Faktors von 54%. Die interne Konsistenz der Daten dieser Stichprobe zeigt ein Cronbach's Alpha von ,901. Dies liegt vergleichsweise bei den höchsten Werten, welche von Schwarzer et al. (2004) angegeben werden. Siehe mehr dazu im *Anhang B: Tabelle 31a, 31b, 35 und Abbildung 19*.

8.3.1.3. Überprüfung der „Connectedness to Nature Scale“

Mayer und Frantz (2004) postulieren eine Eindimensionalität dieser Skala, mit einer Reliabilität von ,89. Cervinka et al. (2009) konnten diese Skalenwerte für die deutsche Übersetzung der CNS, welche aus 13 Items besteht, bestätigen und fanden eine Reliabilität von ,85.

In dieser klinischen Stichprobe konnte eine Faktorenanalyse ebenfalls zeigen, dass nur ein Faktor zugrunde liegt, welcher 43,3% der Varianz aufklären kann. Als Abbruchkriterium wurde ein Eigenwert über 1 herangezogen. Weiter liegt eine Reliabilität von ,88 und eine Retestreliabilität der CNS, des ersten Erhebungszeitpunktes mit dem zweiten Zeitpunkt, von ,74 vor. Die von Cervinka et. al. (2009) zitierten signifikant höheren Werte der Naturverbundenheit von Frauen konnte hier nicht gefunden werden (T-Test: $t(97)=-0,349$; $p=,728$). Tendenziell zeigen die Männer eine höhere Naturverbundenheit.

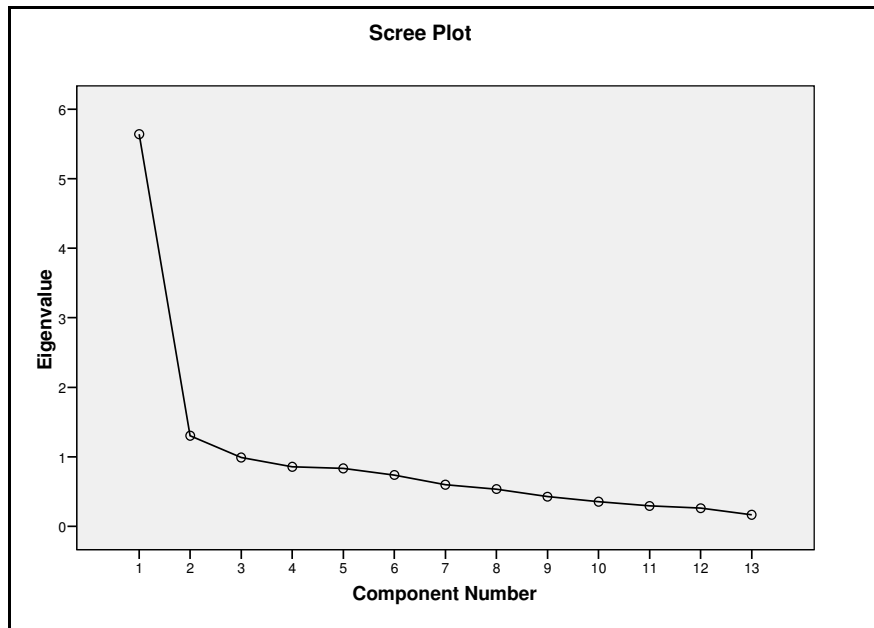


Abbildung 11: Optische Darstellung der Faktorenanalyse der CNS zum ersten Erhebungszeitpunkt

8.3.1.4. Überprüfung der Skala SLSp

Der Rückhalt im Leben, durch die Spiritualität der Personen, wurde mittels des Fragebogens „Support in life through Spirituality“ (SLSp; Büssing et al., 2005; überarbeitet und übersetzt von Cervinka & Hefler, 2009) erhoben.

In Studien von Cervinka et al. (2009) konnte eine Reliabilität von ,97 festgestellt werden, welche mit der Reliabilität dieser klinischen Stichprobe von ,963 vergleichbar ist. Ebenfalls konnte der Skala nur ein Faktor zugrunde gelegt werden, welcher 75,5% der Varianz erklärt.

Wie auch bei den Vorstudien von Cervinka et. al. (2009) zeigt sich ein hoch signifikanter Zusammenhang dieser Skala mit der CNS ($r=,457$; $p<,001$; $R^2=,209$).

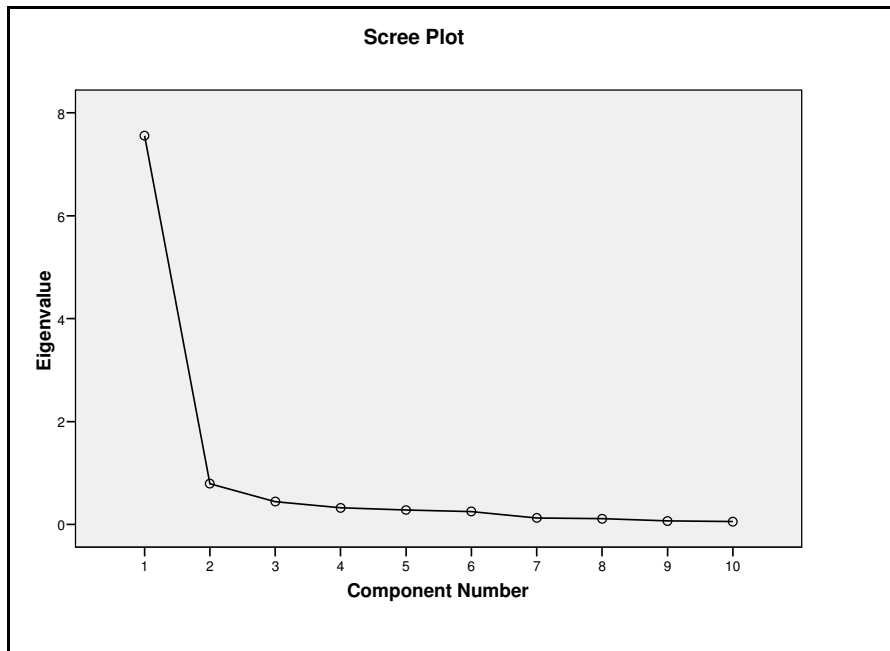


Abbildung 12: Optische Darstellung der Faktorenanalyse der SLSp Skala zum ersten Erhebungszeitpunkt

8.3.2. Hypothesenprüfung

8.3.2.1. Forschungsfrage A: Ausgeprägte Ressourcen - gute Gesundheit?

Geben Personen, welche stärker ausgeprägte Ressourcen haben, auch eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung an?

Aus der Theorie lässt sich ableiten, dass die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, die Naturverbundenheit und der Rückhalt durch die Spiritualität, besonders auf die psychische Gesundheit eine positive Wirkung haben.

Dem tatsächlichen Aufenthalt im Freien wird in der Theorie sowohl eine günstige Wirkung auf die psychische als auch auf die körperliche Gesundheit zugeschrieben, weshalb die Hypothesen hier diesbezüglich theoriekonform formuliert worden sind.

Forschungsfrage 1

Hypothese1:

Personen mit einer höheren allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung haben eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung, besonders in der psychischen Dimension.

Eine Multivariate Kovarianzanalyse mit der Skala der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, welche in drei Gruppen geteilt wurde, und dem SF-36m psychischen Faktorscore diente zur Klärung dieser Fragestellung.

Als Kovariaten wurden das Alter und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen als bekannte Störvariablen herausgerechnet.

Es zeigt sich, dass jene Personen, welche eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung angeben, signifikant höhere Werte im psychischen Faktor der subjektiven Gesundheitswahrnehmung haben. Bemerkenswert dabei ist der hohe Effekt (f^2) und die sehr hohe Power ($1-\beta$). Diese sagt aus, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 97% dieses signifikante Ergebnis auch tatsächlich gültig ist.

$N=100$; $F(2, 95)=9,030$; $p<,001$, $\eta_p^2=,160$; $f^2=,436$; $1-\beta=,974$

Die Gruppe 1 (geringe SWE Werte) unterscheidet sich signifikant mit einem $p<,001$ von der Gruppe 2 (mittlere Ausprägung der SWE) und mit einem $p<,001$ von der Gruppe 3 (hohe SWE). Gruppe 2 und 3 unterscheiden sich mit einem $p=,468$ nicht signifikant voneinander (Mittelwertsvergleich: Sidak).

Die Vorraussetzungen für dieses Verfahren wurden geprüft und können als gegeben angesehen werden. Für eine angenehmere Lesbarkeit der Arbeit, wird dies bei den nachfolgenden Signifikanztests nicht mehr extra angeführt. Sollten die Vorraussetzungen nicht gegeben sein, wird dies natürlich explizit erläutert.

Forschungsfrage 2

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit aufweisen, haben auch eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung, in der psychischen Dimension.

Hypothese 2a:

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit in der CNS angeben, haben höhere Werte im psychischen Bereich der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

Hier wurde mit Daten von 98 PatientInnen eine Multivariate Kovarianzanalyse mit der CNS und den zwei SF-36m Faktorscores, körperlicher und psychischer Faktor, gerechnet. Die CNS wurde in drei Gruppen, Personen mit geringer, mittlerer- und hoch ausgeprägter Naturverbundenheit geteilt. Als Kovariaten wurden das Alter und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen in das Verfahren mit hinein genommen.

Personen welche eine hohe Naturverbundenheit angeben, haben signifikant höhere Werte, im psychischen Faktor der subjektiven Gesundheitswahrnehmung, als jene Personen, welche sich als gering naturverbunden bezeichnen (Mittelwertsvergleich Sidak: $p=,038$).

$N=98$; $F(2, 93)=3,219$; $p=,044$; $\eta_p^2=,065$; $f^2=,264$; $1-\beta=,618$

Hypothese 2b:

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit in der INS Skala angeben, haben höhere Werte in der subjektiven Gesundheitswahrnehmung, in der psychischen Dimension.

Hier wurde eine Multivariate Kovarianzanalyse mit den Werten der INS Skala und dem SF-36m psychischen Faktorscore gerechnet. Die Werte der INS Skala wurden wiederum in drei Gruppen geteilt, wobei 1 für geringe, 2 für mittel ausgeprägte- und 3 für hohe Werte steht. Als Kovariaten wurden das Alter und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen, als bekannte Einflussgrößen, herausgerechnet.

Personen mit hoch ausgeprägten Werten in der Naturverbundenheit zeigen signifikant höhere Werte im psychischen Faktor der subjektiven Gesundheitswahrnehmung, als jene PatientInnen, welche selbst eine geringe Naturverbundenheit angeben (Sidak: $p=,049$).

$N=103$; $F(2, 98)=3,274$; $p=,042$; $\eta_p^2=,067$; $f^2=,268$; $1-\beta=,668$

Hypothese 2c:

Personen, welche eine höhere Naturverbundenheit durch das Einzelitem Naturverbundenheit angeben, haben höhere Werte in der psychischen Dimension der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

Zur Klärung der Fragestellung wurde wiederum eine Multivariate Kovarianzanalyse mit dem Einzelitem Naturverbundenheit, dessen Ausprägung in drei Gruppen geteilt wurde, und den SF-36m psychischen Faktorscore gerechnet. Das Alter und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen konnten als bekannte Störgrößen als Kovariaten herausgerechnet werden.

Hier konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

$N=101$; $F(2, 96)=1,722$; $p=,184$; $\eta_p^2=,035$

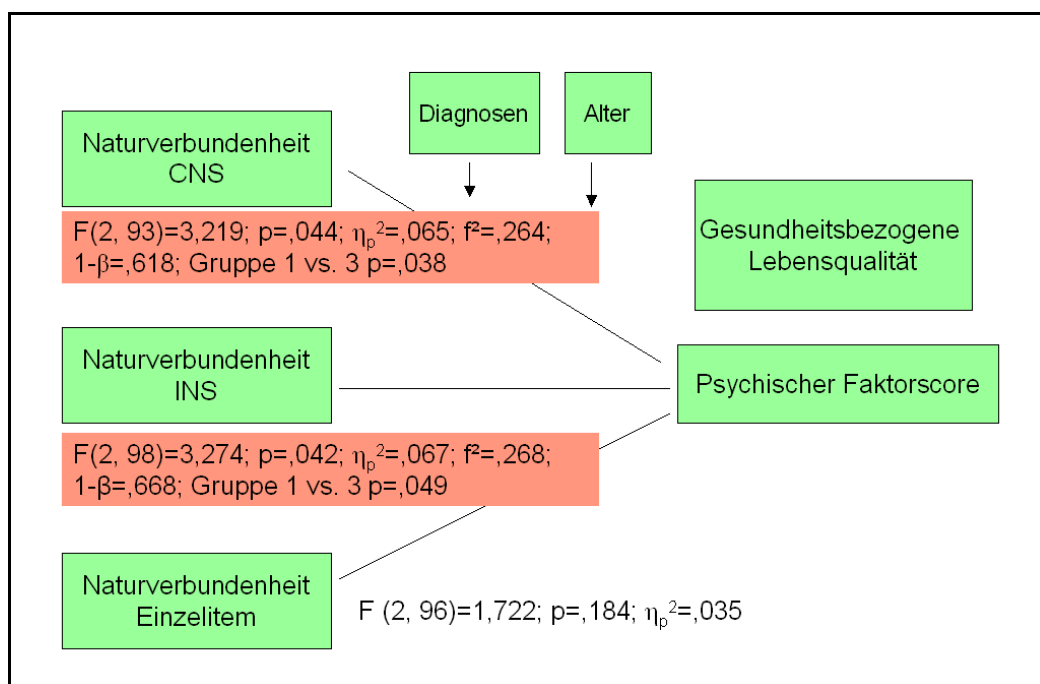


Abbildung 13: Graphische Zusammenfassung der Forschungsfrage 2

Die *Abbildung 13* zeigt nochmals überblicksartig die Ergebnisse dieser Forschungsfrage, wobei die rot unterlegten Felder signifikante Ergebnisse verdeutlichen.

Forschungsfrage 3

Hypothese 3a:

Personen, welche sich häufiger in der Natur aufhalten, haben eine höhere subjektive psychische Gesundheitswahrnehmung.

Hypothese 3b:

Personen, welche sich häufiger in der Natur aufhalten, haben eine höhere subjektive körperliche Gesundheitswahrnehmung.

Zur Überprüfung dieser Hypothesen wurde eine Multivariate Kovarianzanalyse mit den beiden Faktorscores des SF-36 (körperlicher- und psychischer Faktor) und der Zeit, welche die PatientInnen tatsächlich in den letzten sieben Tagen im Freien verbracht hatten, gerechnet. Die Zeit im Freien wurde in drei Gruppen geteilt.

Als Kovariaten wurden die Niederschlagsstunden, die thermophysiologische Beeinträchtigung und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen mit hinein genommen.

Im Bezug auf die Zeit, welche sich Personen im Freien aufhalten, konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich der subjektiven Gesundheitswahrnehmung, bezogen auf den psychischen und den körperlichen Faktorscore gefunden werden.

Psychischer Faktorscore:

N=102; $F(2, 96)=1,691$; $p=,190$; $\eta_p^2=,034$

Körperlicher Faktorscore:

N=102; $F(2, 96)=0,312$; $p=,312$; $\eta_p^2=,024$

Forschungsfrage 4

Hypothese 4:

Personen, welche einen höheren Rückhalt durch die Spiritualität angeben, haben auch eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung in der psychischen Dimension.

Die gedrittelten Skalenwerte der SLSp wurden einer Kovarianzanalyse, mit dem psychischen Faktorscore des SF-36m als abhängige Variable, unterzogen. Das Alter und die Anzahl der Diagnosen wurden wiederum als bekannte Einflussgrößen in die Berechnung mit einbezogen.

Die drei Gruppen der Patientinnen unterscheiden sich hier nicht signifikant voneinander.

$N=100$; $F(2, 95)=0,232$; $p=,793$; $\eta_p^2=,005$

Graphische Zusammenfassung der Forschungsfrage A

Die *Abbildung 14* zeigt eine Zusammenfassung der Forschungsfrage A, welche Ressourcen mit der psychischen Gesundheitsdimension des SF-36m zusammenhängen. Rot hinterlegte Felder zeigen signifikante Ergebnisse der entsprechenden Fragestellungen.

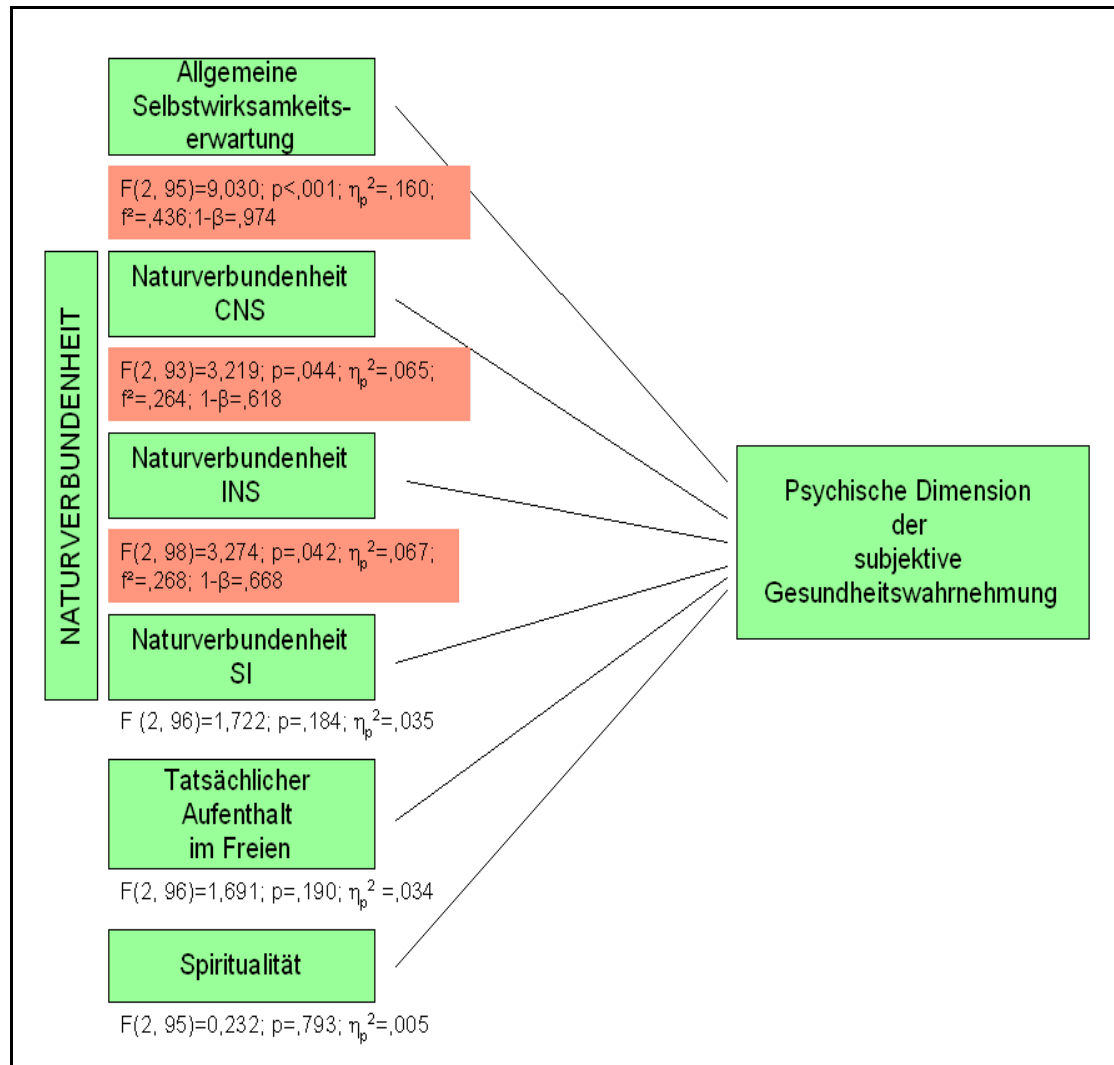


Abbildung 14: Graphische Zusammenfassung: Ressourcen und psychische Gesundheit

8.3.2.2. Forschungsfrage B: Gesundheit Veränderung

Verändert sich die subjektive Gesundheitswahrnehmung vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt?

Im Gegensatz zur Klärung der Fragestellungen, welche sich ausschließlich auf die Daten der Längsschnittserhebung des ersten Zeitpunktes beziehen, wurden hier nicht die zwei Dimensionen des SF-36m verrechnet, sondern die acht Subskalen. Da bei den Ressourcen Naturverbundenheit und dem Rückhalt im Leben durch die Spiritualität aufgrund der in der Literatur beschriebenen stabilen Eigenschaft nur, wenn überhaupt, mit einer geringen Veränderung zu rechnen ist, wäre durch eine ausschließliche Verrechnung der beiden Faktorscores mit einem Informationsverlust zu rechnen.

Die Beibehaltung der acht Subskalen, welche im Manual des SF-36 angeführt werden, ermöglicht eine genauere Betrachtung der Veränderung vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt, in den jeweiligen acht Bereichen der subjektiven Gesundheitswahrnehmung. Insgesamt konnten 53 Datensätze für die Wiederholungsbefragung herangezogen werden.

Forschungsfrage 5

Hypothese 5:

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung verbessert sich vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt.

Diese Hypothese wurde zusammenfassend für alle Subskalen formuliert, da in allen acht Bereichen eine Verbesserung aus der Literatur zu erwarten war.

Um diese Frage zu klären wurden acht T-Tests, für abhängige Stichproben, mit den Werten der Subskalen des SF-36m zum ersten und zum zweiten Zeitpunkt (drei bis vier Wochen später) gerechnet. Die Voraussetzungen wurden geprüft und konnten als gegeben angenommen werden.

Eine deutliche Verbesserung findet sich in allen acht Subskalen, außer der Skala körperliche Schmerzen. Wobei sich besonders in den psychischen

Bereichen signifikante Ergebnisse zeigen. Bei den signifikanten Ergebnissen liegen vorwiegend mittelgroße bis sehr starke Effektstärken, mit einer hohen Power, vor.

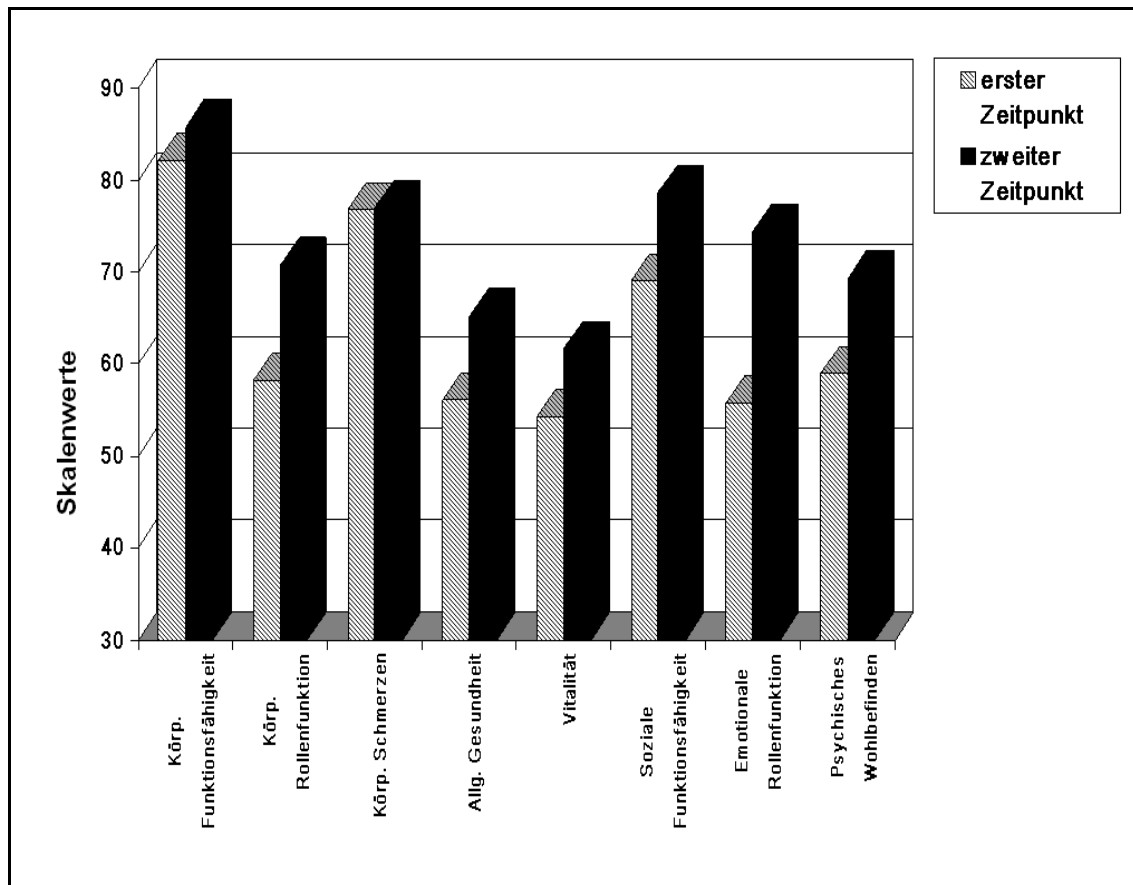


Abbildung 15: Veränderung der subjektiven Gesundheit vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt

In der *Tabelle 11* werden nochmals die Veränderungen der einzelnen acht Skalen, mit den entsprechenden Effekt- und Teststärken bei den signifikanten Ergebnissen, dargestellt.

Skala	Skalen- mittelwert Zeitp. 1 Zeitp. 2	N	T-Wert	df's	p	d	1- β
Körperliche Funktionsfähigkeit	82,12 85,67	52	-1,696	51	,096		
Körperliche Rollenfunktion	58,17 70,67	52	-1,790	51	,079		
Körperliche Schmerzen	76,80 78,0	52	-,314	51	,755		
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	56,0 65,23	52	-3,923	51	,000	0,563	0,998
Vitalität	54,25 61,60	53	-2,361	52	,022	0,318	0,739
Soziale Funktionsfähigkeit	68,99 78,61	52	-2,821	51	,007	0,375	0,847
Emotionale Rollenfunktion	55,77 74,36	52	-2,613	51	,012	0,319	0,735
Psychisches Wohlbefinden	58,87 69,28	53	-3,665	52	,001	0,324	0,752

Tabelle 11: Zusammenfassung der Veränderung SF-36m vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt

8.3.2.3. Forschungsfrage C: Ressourcen Veränderung

Können die Ressourcen vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt aktiviert bzw. verbessert werden?

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung kann, wie in der Literatur bestätigt wird, durch gezielte Interventionen gesteigert werden. Da dies während des Aufenthalts am API intendiert ist, kann auch hier von einer Zunahme der SWE Werte ausgegangen werden. Aufgrund eines Deckeneffektes der Skala kann von der stärksten Steigerung dieser Werte bei Personen mit mittlerer oder geringer Ausprägung, zum Zeitpunkt der Ersterhebung, ausgegangen werden.

Da durch den Aufenthalt am API keine spezielle Intervention, bezogen auf die Naturverbundenheit und den Rückhalt durch die Spiritualität, durchgeführt wird und es sich bei diesen Konstrukten laut der Theorie (vgl. Cervinka et al., 2009; Bonelli, 2007) um stabile Eigenschaften handelt wird hier von keiner signifikanten Zunahme dieser Werte ausgegangen.

Forschungsfrage 6

Hypothese 6:

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung nimmt vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt zu.

Mittels eines T-Tests, mit abhängiger Stichprobe, konnte hier eine signifikante Steigerung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt festgestellt werden.

($N=48$; $t(47)=-4,629$; $p<,001$; $d=,539$; $1-\beta=,693$).

Um die Frage zu klären, ob eine Aktivierung der Selbstwirksamkeit für Personen mit unterschiedlichen Ausgangswerten besonders gut möglich ist, wurde eine weitere Analyse auf Gruppenebene durchgeführt (Univariate Varianzanalyse: $N=48$; $F(5,42)=9,986$; $p<,001$; $\eta_p^2=,322$; $f^2=,689$; $1-\beta=,954$). Wobei sich zeigt, dass besonders jene Personen, welche zum ersten Erhebungszeitpunkt eine gering ausgeprägte Selbstwirksamkeit angeben eine besonders hohe Steigerung ausdrücken. Bemerkenswert ist wiederum die hohe Effektstärke und die sehr hohe Power, welche die 95%ige Wahrscheinlichkeit beschreibt, dass dieses gefundene Ergebnis auch tatsächlich zutrifft. Frauen und Männer unterscheiden sich hier nicht überzufällig voneinander.

In *Abbildung 16* werden die Veränderungen der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung abgebildet, wobei aufgrund der nicht gegebenen Normalverteilung der Variable auf Gruppenebene, Wilcoxon-Tests zur Berechnung Einsatz finden.

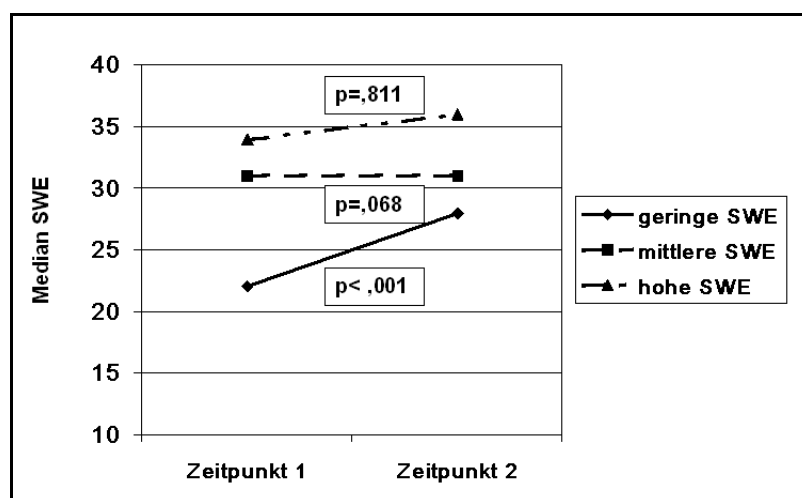


Abbildung 16: Veränderung der SWE vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt

Forschungsfrage 7

Hypothese 7:

Die Naturverbundenheit (CNS) nimmt vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt nicht signifikant zu.

Über alle Personen gemeinsam konnte, wie aus der Literatur abgeleitet, keine signifikante Veränderung festgestellt werden (T-Test abhängige Stichprobe: $t(48)=-1,367$; $p=,178$).

Eine genauere Betrachtung zeigt jedoch, dass das Ausmaß der ursprünglichen Ausprägung der Naturverbundenheit relevant ist (Univariate Varianzanalyse: $N=49$; $F(5, 43)=3,829$; $\eta_p^2=,151$; $p=,029$; $f^2=,422$; $1-\beta=,549$). Die in *Abbildung 17* abzulesenden Gruppenunterschiede wurden mittels Wilcoxon-Tests errechnet, da auch hier nicht von einer Normalverteilung der Variablen, auf Gruppenebene, ausgegangen werden konnte. Zu beachten sei hier jedoch, dass zwar eine große Effektstärke, aber nur eine geringe Power vorliegt, welche kaum mehr als eine Zufallswahrscheinlichkeit ausdrückt.

Bezogen auf die unterschiedlich starke Ausprägung der Naturverbundenheit zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigt, dass jene Personen, mit einer geringen Ausprägung eine signifikante Steigerung angeben. PatientInnen mit einer ursprünglich hohen Ausprägung, geben zum zweiten Erhebungszeitpunkt sogar eine leicht geringere Naturverbundenheit an. Frauen und Männer unterscheiden sich hier nicht überzufällig voneinander. Die Deskriptivstatistik findet sich im *Anhang B: Tabelle 24a* und *24b*.

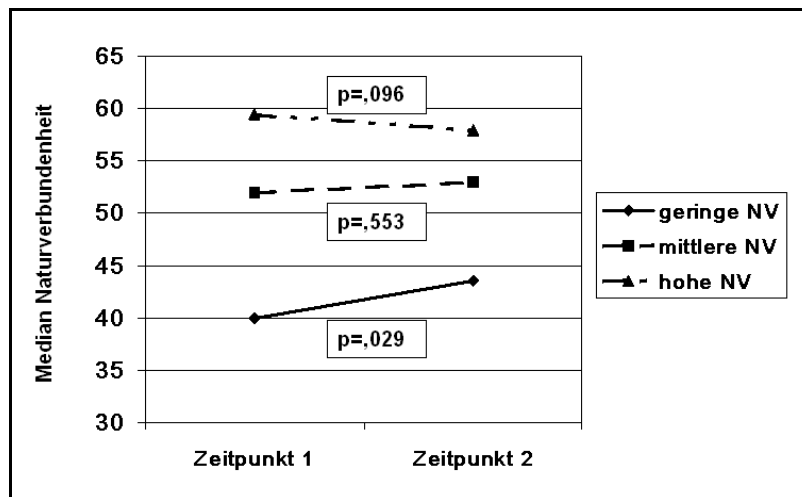


Abbildung 17: Veränderung der Naturverbundenheit vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt

Forschungsfrage 8

Hypothese 8:

Der erlebte Rückhalt durch die Spiritualität, des ersten Erhebungszeitpunktes, unterscheidet sich nicht von den Werten des zweiten Zeitpunktes.

Ein T-Test konnte hypothesenkonform, keine signifikante Veränderung des erlebten Rückhaltes durch die Spiritualität aufzeigen. ($N=47$; $t(46)=-1,233$; $p=,224$).

Werden die einzelnen Gruppen der angegebenen Ausprägung der Spiritualität jedoch einzeln betrachtet, so geben die PatientInnen eine signifikante Steigerung der Werte an, wenn sie zum ersten Erhebungszeitpunkt eine mittlere Ausprägung hatten (Wilcoxon: $p=,016$). Personen mit hohen Spiritualitätswerten zeigen eine signifikante Abnahme dieser (Wilcoxon: $p=,014$) und PatientInnen, welche zum ersten Zeitpunkt eine sehr gering ausgeprägten Rückhalt durch die Spiritualität erleben, zeigen einen deutlichen Trend in Richtung stärkere Ausprägung bei der Wiederholungsbefragung. Es zeigt sich dass, sich es einen deutlichen Unterschied in der Veränderung der SLSp Werte gibt, je nachdem, welche Ausprägung zum Ausgangszeitpunkt vorgelegen hat. (Univariate Varianzanalyse: $N=47$; $F(2, 41)=6,072$; $\eta_p^2=,229$; $p=,005$; $f^2=,545$; $1-\beta=,909$)

In *Abbildung 18* werden die Veränderungen der Spiritualität abgebildet, wobei die p-Werte auf Basis von Nicht-parametrischen Verfahren (Wilcoxon-Tests) berechnet sind, da keine Normalverteilung der Variable, bezogen auf die einzelnen Gruppen, angenommen werden konnte. Siehe dazu auch mehr im *Anhang B: Tabelle 25a und 25b*.

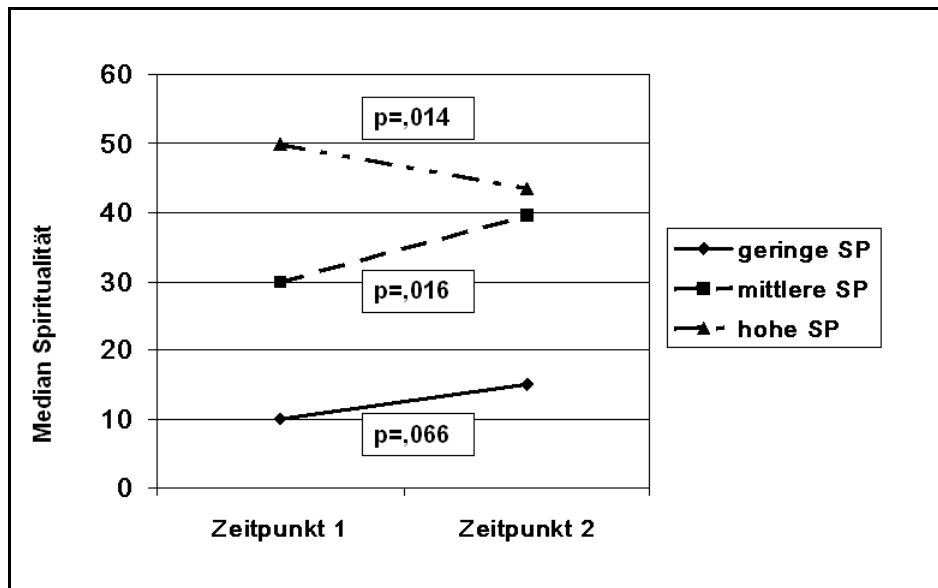


Abbildung 18: Veränderung der SLSp Werte vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt

Durch eine optische Datenkontrolle konnten festgestellt werden, dass die Veränderung der SLSp Werte bei den einzelnen Personen sehr inhomogen stattfindet. Deshalb gibt es innerhalb der einzelnen drei Gruppen auch hohe Varianzen, allerdings konnten keine Ausreißer gefunden werden. Durch das Geschlecht und das Alter der PatientInnen konnte keine Beeinflussung in der Veränderung dieser Werte gefunden werden.

8.3.2.4. Forschungsfrage D: Aktivierung von Ressourcen – Verbesserung der Gesundheit

Geht die Aktivierung von Ressourcen, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt, mit einer stärkeren Zunahme der subjektiven Gesundheit, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt, einher?

Forschungsfrage 9

Hypothese 9:

Personen, welche eine höhere Zunahme der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung haben, haben auch eine stärkere Verbesserung der subjektiven Gesundheit.

Hier wurde eine Kovarianzanalyse mit der Veränderung der SF-36 Skalenwerte und der Veränderung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt, welche in drei Gruppen geteilt wurde, gerechnet. Als Kovariaten wurden wiederum das Alter und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen mit einbezogen. (Gruppe 1 steht für gleichbleibende bzw. leicht reduzierte Werte in der SWE, Gruppe 2 für eine leichte Steigerung und Gruppe 3 für eine starke Steigerung der SWE Werte).

Bei sechs von acht Skalen, gab es signifikante Unterschiede bezüglich der Gruppen mit der unterschiedlich starken Zunahme der SWE. Bei den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit und allgemeine Gesundheitswahrnehmung konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, gefunden werden. Wobei bei allen Skalen eine umso höhere Zunahme der subjektiven Gesundheit festgestellt werden kann, je stärker auch die Erhöhung der SWE, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt, gelingt.

In der *Tabelle 12* werden die einzelnen Berechnungen je Skala dargestellt. Bei den signifikanten Ergebnissen zeigen sich durchwegs mittelstarke bis große Effektstärken. Die Power der einzelnen Tests ist sehr unterschiedlich ausgeprägt (von ca. 57% bis 80%).

Skala	F-Wert	df's	p	η_p^2	Gruppe	p	f ²	1- β
Körperliche Funktionsfähigkeit	2,922	2, 41	,065	,125				
Körperliche Rollenfunktion	4,282	2, 41	,020	,173	1 vs.3	,030	,3822	,6038
Körperliche Schmerzen	6,548	2, 41	,003	,242	1 vs. 2 1 vs. 3	,040 ,005	,4320	,7177
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1,217	2, 41	,307	,56				
Vitalität	3,873	2, 41	,029	,159	1 vs. 3	,055	,3671	,5671
Soziale Funktionsfähigkeit	6,025	2, 41	,005	,227	1 vs. 3 2 vs. 3	,010 ,014	,4742	,8003
Emotionale Rollenfunktion	4,719	2, 41	,014	,187	1 vs. 2 1 vs. 3	,036 ,048	,3973	,6397
Psychisches Wohlbefinden	4,694	2, 41	,015	,186	1 vs. 3	,012	,4266	,7060

Tabelle 12: Veränderung der subjektiven Gesundheit abhängig von der Veränderung der SWE

Forschungsfrage 10

Hypothese 10:

Personen, welche eine höhere Steigerung der Naturverbundenheit (CNS-Werte) haben, haben auch eine höhere Zunahme der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

Die Berechnung einer multivariaten Kovarianzanalyse, mit der Veränderung der SF-36 Skalenwerte und der Veränderung der „Connectedness to Nature Scale“, vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt, welche in drei Gruppen geteilt wurde, führt zur Darstellung der Ergebnisse in *Tabelle 13*. Als Kovariaten wurden wiederum das Alter und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen mit einbezogen.

Besonders bei der Skala der Körperlichen Schmerzen, zeigen Personen welche eine Steigerung der Werte in der CNS angeben, eine signifikante Besserung. Ein Trend in die selbe Richtung liegt bei den Skalen der Körperlichen Funktionsfähigkeit und Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung vor, wobei diese (noch) keine signifikante Unterscheidung zwischen den Gruppen liefern (Gruppe 1 steht für eine Abnahme der CNS Werte, Gruppe 2 für nahezu

gleichbleibende Werte und Gruppe 3 für eine Zunahme der CNS Werte bis zur Wiederholungsbefragung).

Skala	F-Wert	df's	p	η_p^2	Gruppe	p	f ²	1- β
Körperliche Funktionsfähigkeit	3,102	2, 42	,055	,129	1 vs. 3	,050	,3438	,5194
Körperliche Rollenfunktion	1,787	2, 42	,18	,078				
Körperliche Schmerzen	4,792	2, 42	,013	,186	1 vs. 3	,010	,4780	,8164
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	2,954	2, 42	,063	,123	1 vs. 3	,058	,3806	,6107
Vitalität	2,112	2, 42	,134	,091				
Soziale Funktionsfähigkeit	1,290	2, 42	,286	,058				
Emotionale Rollenfunktion	1,903	2, 42	,162	,083				
Psychisches Wohlbefinden	0,693	2, 42	,506	,032				

Tabelle 13: Veränderung der subjektiven Gesundheit abhängig von der Veränderung der CNS-Werte

Wobei sich bei allen Skalen ein deutlicher Trend in Richtung Verbesserung der SF-36m Skalenwerte zeigt, wenn die CNS Werte ebenfalls eine Zunahme (Gruppe 3) zeigen. Zu beachten ist, dass bei der Skala der sozialen Funktionsfähigkeit die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen verletzt ist (Levene Test: $p=,001$). Siehe dazu mehr im *Anhang B: Tabelle 28a* und *28b*.

Forschungsfrage 11

Hypothese 11:

Personen, welche eine höhere Steigerung des Rückhaltes im Leben durch die Spiritualität (SLSp-Werte) erleben, haben auch eine höhere Zunahme der subjektiven Gesundheitswahrnehmung.

Durch die stabile Eigenschaft, welcher den SLSp Werten durch die Literatur von Büssing et al. (2005) zugeschrieben werden, wird zwar keine signifikante Veränderung dieser Werte erwartet, wie sich durch die Forschungsfrage 8 jedoch gezeigt hat, gibt es eine inhomogene Veränderung der SLSp Werte vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt. Es stellt sich nun die Frage, ob sich eine Zunahme des wahrgenommenen Rückhaltes durch die Spiritualität besonders bei jenen Personen zeigt, welche auch eine stärkere Verbesserung der subjektiven Gesundheit erleben.

Wie im Kapitel 3.5.2., wird in der Literatur eine gesundheitsfördernde Wirkung durch die Spiritualität postuliert (vgl. George et al., 2002; Büssing et al., 2005; Pohl, 2006; Bonelli, 2007, Cervinka et al., 2009).

Die Berechnung einer multivariaten Kovarianzanalyse, mit der Veränderung der SF-36 Skalenwerte und der Veränderung der SLSp Werte, vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt, welche in drei Gruppen mit unterschiedlich starker Veränderung geteilt wurde, führt zur Darstellung der Ergebnisse in *Tabelle 14*. Als Kovariaten wurden wiederum das Alter, Geschlecht und die Anzahl der vorliegenden Diagnosen als bekannte Einflussgrößen einbezogen.

Ob Personen eine Abnahme (Gruppe 1), gleichbleibende bis leicht zunehmende Werte (Gruppe 2) oder eine starke Zunahme der SLSp Werte (Gruppe 3), vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt erleben, zeigt auf die Veränderung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung keinen signifikanten Unterschied.

Ein Trend, in den Bereichen körperliche Funktionsfähigkeit und Vitalität lässt sich erkennen, wobei sich hier zeigt, dass PatientInnen die höchste Zunahme zeigen, wenn auch die Zunahme der SLSp Werte ebenfalls am höchsten sind.

Skala	F-Wert	df's	p	η_p^2	Gruppe	p	f ²	1- β
Körperliche Funktionsfähigkeit	2,787	2, 40	,074	,122	2 vs. 3	,082		
Körperliche Rollenfunktion	,444	2, 40	,645	,022				
Körperliche Schmerzen	,322	2, 40	,727	,016				
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	,793	2, 40	,459	,038				
Vitalität	2,713	2, 40	,079	,119	1 vs. 3	,103		
Soziale Funktionsfähigkeit	1,112	2, 40	,339	,053				
Emotionale Rollenfunktion	1,832	2, 40	,173	,084				
Psychisches Wohlbefinden	1,660	2, 40	,203	,077				

Tabelle 14: Veränderung der subjektiven Gesundheit abhängig von der Veränderung der SLSp-Werte

Die Voraussetzungen für die Durchführung dieses Verfahrens wurde, wie bei den anderen Signifikanztests auch, geprüft und konnte als gegeben angesehen werden. Eine gerade noch akzeptable Homogenität der Varianz kann bei der Skala der körperlichen Funktionsfähigkeit angenommen werden (Levene Test: $p=,016$). Siehe dazu mehr im *Anhang B: Tabelle 29*.

9. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die Datenerfassung der kombinierten Quer- und Längsschnittdatenerhebung erfolgte mittels Fragebögen, welche von PatientInnen des Anton Proksch Instituts ausgefüllt wurden. Diese Fragebögen wurden aus Teilen empirisch bereits erprobter und aus teilweise selbst generierten Fragen zusammengestellt. Wobei alle Skalen im Nachhinein auf ihre Gütequalitäten überprüft und als durchwegs gut zu bezeichnen waren. Positiv ist herauszustreichen, dass durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eine hohe Auswertungsobjektivität besteht. Durch die freiwillige Teilnahme an beiden Erhebungszeitpunkten und die Kontrolle des Sprachverständnisses durch den Wortschatztest, wurden Verzerrungen der Daten, durch zu geringe Bereitschaft an der Teilnahme oder zu geringes Sprachverständnis, reduziert. Die Fragebögen wurden ohne Zeitbeschränkung vorgegeben. Insgesamt können die Gütekriterien Zumutbarkeit und Fairness somit als erfüllt angesehen werden.

Aufgrund des Anspruchs einer ausreichend großen Stichprobe, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wurde ein möglichst ausgewogenes Geschlechtsverhältnis angestrebt, obwohl die Ausgewogenheit von Frauen und Männern, dem Belegungsverhältnis am API, nicht entspricht.

In der Literatur (vgl. Mayer & Frantz, 2004) sowie in Vorstudien von Cervinka et al. (2009) wird postuliert, dass Frauen eine signifikant höhere Naturverbundenheit angeben als Männer und dass Personen mit zunehmenden Alter ebenfalls eine höhere Naturverbundenheit zeigen. Die Naturverbundenheit, welche durch die CNS (Mayer & Frantz, 2004; übersetzt und überarbeitet von Cervinka & Hefler, 2009) erfasst wurde, zeigt in dieser empirischen Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Anders als in der angeführten Basisliteratur gibt es hier in der empirischen Studie tendenziell höhere Werte bei den Männern. Wobei zu betonen ist, dass es sich hier, anders als in den Vorstudien, um eine klinische Stichprobe handelt. Wieso sich die klinische Stichprobe unterschiedlich zur

nicht-klinischen Stichprobe verhält, wäre eine spannende Frage für zukünftige Forschungen.

Ein Alterseffekt zeigt sich in den Daten theoriekonform, weshalb das Alter der PatientInnen als Kovariate in den Berechnungen berücksichtigt wurde, eine weitere Analyse oder Aufnahme des Merkmals als Variable wäre eine reine Replikation bekannter Studienergebnisse und wurde deshalb als nicht nötig erachtet.

Hinsichtlich der diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich Frauen und Männer signifikant voneinander, denn bei den Frauen liegt eine wesentlich höhere Anzahl von diagnostizierten psychischen und physischen Erkrankungen vor. Der Unterschied der Anzahl der Diagnosen spiegelt sich in der subjektive Gesundheitswahrnehmung nicht wider, denn widersprüchlich zur bekannten Literatur (Bullinger & Kirchberger, 1998) unterscheiden sich die Frauen und Männer in dieser nicht voneinander.

9.1. Qualität des Fragebogens

Die Überprüfung der einzelnen Skalen und Items ergab durchwegs gute bis sehr gute Werte im Bezug auf die Reliabilitäten und Retestreliabilitäten. Diese entsprachen annähernd jenen, welche von den empirisch erprobten Fragebogenteilen bereits bekannt waren. Ebenso konnte die von den Autoren postulierte Annahme der Eindimensionalität der Skalen SWE, CNS und SLSp, in dieser Stichprobe, bestätigt werden.

Anders verhielt es sich beim SF-36m (Müller et al., 2001). Durch eine Faktorenanalyse aller Items konnten zwei Dimensionen und nicht acht Skalen, wie von Bullinger und Kirchberger (1998) vorgeschlagen, zugeordnet werden. Diese acht Skalen wurden trotzdem aufgrund der theoretischen Begründung, im Manual von Bullinger und Kirchberger (1998), in der Datenauswertung beibehalten. Besonders in den Veränderungsmessungen erlauben diese eine detaillierte Analyse jener Bereiche, in welchen sich die Gesundheit verändert.

Die Exploration des tatsächlichen Aufenthalts im Freien wurde durch selbstgenerierte Items durchgeführt. Eine retrospektive Beurteilung der Zeit und Häufigkeit des Aufenthalts am und um den Grünbereich des Anton Proksch Instituts liefert allerdings nur teilweise brauchbare Daten. Per visu kontrollierte

Daten zeigten, dass die Trennung der Beurteilung des internen und des externen Bereichs des Instituts, teilweise nicht gelungen war. Aus diesem Grunde wurde der Aufenthalt am externen Bereich aus der weiteren Datenanalyse ausgeschlossen.

Des Weiteren müssen Verfälschungen, durch soziale Motive am Aufenthalt am Gelände des API vermutet werden, was weiter unten näher erläutert wird. Dies hat auch zur Folge, dass diese Daten, aufgrund der vermuteten Verfälschung, aus der Veränderungsberechnung herausgenommen wurden. Zwar wurde im Vorhinein das Führen von Tagebüchern als optimales Erhebungsverfahren erkannt, aber aus Gründen der Durchführbarkeit wieder verworfen. Für nachfolgende Untersuchungen wird daher, zur Klärung der Bedeutung der in der Natur verbrachten Zeit, ein Tagebuchverfahren in adaptierter Weise, empfohlen.

9.2. Ausgeprägte Ressourcen – gute Gesundheit?

Die Forschungsfrage A, welche sich damit auseinandersetzt, ob Personen mit stärker ausgeprägten Ressourcen auch eine höhere subjektive Gesundheitswahrnehmung angeben, wird im Folgenden diskutiert.

Diese gliedert sich in die folgenden Ressourcen allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, die Naturverbundenheit, welche mittels drei unterschiedlicher Konstrukte erfasst wurde, den tatsächlichen Aufenthalt in der natürlichen Umgebung und den Rückhalt im Leben, welche die Personen durch die individuelle Spiritualität erleben. Für einen schnellen Überblick der Ergebnisse empfiehlt sich die *Abbildung 13* am Ende des *Kapitels 8.3.2.1*.

Wie aus der Literatur (Jerusalem & Schwarzer, 1999; Schwarzer, 2004) ableitbar war, zeigt sich in diesen Daten die hohe Bedeutsamkeit von hoch ausgeprägter Selbstwirksamkeitserwartung für die psychische subjektive Gesundheit. Die subjektive Überzeugung kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können, kann somit als wesentlicher Faktor für eine gute subjektive Gesundheit bestätigt werden.

Die förderliche Bedeutung der Naturverbundenheit auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Personen (Hellpach, 1924; Hartig et al., 1991; Kaplan, 1995; Hellbrück & Fischer, 1999; Mayer & Frantz, 2004; Sempik et al., 2005, Cervinka et al., 2009), konnte in diesen empirischen Daten eine teilweise Bestätigung finden. Je höher die Ressource Naturverbundenheit angegeben wurde, je besser war auch die psychische subjektive Gesundheitswahrnehmung der PatientInnen. Dies gilt allerdings nicht bei der rational angegebenen Naturverbundenheit, welche durch das Einzelitem erfasst wird. Die methodisch unterschiedliche Erfassung der Naturverbundenheit zeigt sich hier deutlich. Wie im *Kapitel 3.4.3.* diskutiert wird, kann hier die transzendente Ebene eine besondere Ressourcenebene darstellen, welche hier zum Tragen kommen könnte.

Wie durch die Theorie (vgl. *Kapitel 3.4.4.*) postuliert wird, kann eine förderliche Wirkung des tatsächlichen Aufenthalts im Freien, positiv auf die subjektive psychische und physische Gesundheit wirken. Dies kann allerdings durch die Daten dieser empirischen Erhebung nicht bestätigt werden. Denn hier unterscheiden sich die PatientInnen, welche sich viel im Freien aufhalten, in ihrer subjektiven Gesundheitsbewertung nicht von jenen, welche sich weniger dort aufhalten. Hierfür kann einerseits die nicht optimale Erhebungsmethode, andererseits auch eine Verfälschung der Daten als Ursache vermutet werden. Für den Aufenthalt auf den Grünflächen des API scheinen, zusätzlich zum Interesse an der natürlichen Umgebung noch andere Motive, besondere soziale Motive zu wirken. Um sich mit anderen PatientInnen oder aber auch Besuchern zu treffen stehen wenige Alternativen oder Räumlichkeiten zur Verfügung. Dies hat vermutlich zu einer Überlagerung des interessierenden Motivs geführt. Um diese Frage allerdings genau klären zu können, empfiehlt es sich adaptierte Folgestudien durchzuführen.

Die Ausprägung der erlebten Unterstützung im Leben durch die individuelle Spiritualität, scheint für die subjektive psychische Gesundheitswahrnehmung keine Rolle zu spielen. Hierbei unterscheiden sich Personen mit geringer, mittlerer und hoher Ausprägung nicht überzufällig voneinander.

9.3. Die Veränderung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung

Um die Veränderung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung zu analysieren, wurde nach einer rund vierwöchigen Zeitspanne, eine Folgebefragung der alkoholabhängigen PatientInnen durchgeführt.

Durch gezielte Therapien und Behandlungen am API kann davon ausgegangen werden, dass spezifische Schutzfaktoren gefördert bzw. aktiviert und dass mögliche Risikofaktoren teilweise verringert oder ganz eliminiert werden können (vgl. Bandura, 1997; Schwarzer, 2004; Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005; Feselmayer et al., 2007).

Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes aus.

In diesen Daten findet sich diese Verbesserung theoriekonform in allen acht Subskalen des SF-36m. Wobei sich besonders in den psychischen Bereichen signifikante Ergebnisse, mit mittelgroßen bis starken Effektstärken und einer hohen Power zeigen. Eine Ausnahme bildet die Skala körperliche Schmerzen, welche von den Personen nahezu gleichbleibend beschrieben wurde.

9.4. Die Veränderung der Ressourcen

Ausgehend von den theoretischen Grundlagen, kann nicht bei allen drei Ressourcen davon ausgegangen werden, dass diese nach wenigen Wochen stärker ausgeprägt wahrgenommen werden. Da postuliert wird, dass eine hohe Ressourcenausprägung auch mit einer höheren Gesundheit einhergeht, ist es interessant, die Zunahme der Ressourcen, innerhalb der beiden Erhebungszeitpunkte, zu betrachten.

9.4.1. Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung kann, wie in der Literatur bestätigt wird, durch gezielte Interventionen gesteigert werden (vgl. *Kapitel 3.3.1.*). Da eine solche Intervention am API stattfindet, konnte von einer Zunahme der SWE Werte ausgegangen werden. Die Datenanalyse bestätigte durch hochsignifikante Ergebnisse diese angenommene Steigerung der allgemeinen

Selbstwirksamkeit. Herauszustreichen ist, dass besonders bei Personen mit geringer Selbstwirksamkeit eine weit überzufällige Steigerung innerhalb von nur wenigen Wochen Therapie gelingt. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die angewandte Skala einem Deckeneffekt unterliegt und dadurch eine Steigerung der SWE bei jenen Personen nicht mehr ausgedrückt werden kann, welche schon von Beginn an eine sehr hohe Ausprägung angeben.

9.4.2. Veränderung der Naturverbundenheit

Hinsichtlich der Ressource Naturverbundenheit wird während des Aufenthalts am API keine spezielle Intervention durchgeführt. Zusätzlich lässt sich aus der Literatur eine stabile Eigenschaft ableiten, wonach eine geringe Veränderung zu erwarten war (vgl. Cervinka et al., 2009). Theoriekonform zeigte sich keine überzufällige Veränderung der Naturverbundenheit, es lässt sich allerdings ein Trend in Richtung Zunahme feststellen. Eine genauere Betrachtung zeigt, dass es das Ausmaß der ursprünglichen Ausprägung der Naturverbundenheit zu berücksichtigen gilt. Personen mit einer ursprünglich geringen Ausprägung erleben eine signifikante Steigerung und PatientInnen mit einer ursprünglich hohen Ausprägung geben zum zweiten Erhebungszeitpunkt sogar eine leicht geringere Naturverbundenheit an. Zu vermuten ist, dass sich nach einer längeren Zeitspanne dieser gefundene Trend überzufällig als Zunahme der Naturverbundenheit ausdrücken würde. Weiter wäre zu analysieren, welche Faktoren zu einer solchen Steigerung geführt haben. Die Klärung der Frage, wie sich eine gezielte Intervention auswirken würde, wäre lohnenswert für den gesundheitsförderlichen Ansatz in der Praxis. Hierbei könnte durchaus ein hoher Effekt erwartet werden, wenn sich nun, ohne gezielte Intervention, schon solche positiven Veränderungen feststellen lassen.

9.4.3. Veränderung des Rückhalts durch die Spiritualität

Durch die therapeutische Behandlung am API, wird ähnlich zur Naturverbundenheit, keine gezielte Förderung bezüglich der individuellen Spiritualität angestrebt. Aus den theoretischen Grundlagen geht hervor, dass der erlebte Rückhalt im Leben durch diese Spiritualität, als stabile Eigenschaft

gesehen wird (Büssing et al., 2005; Bonelli, 2007; Cervinka et al., 2009) und somit keine überzufällige Erhöhung erwartet werden kann.

Die Daten dieser empirischen Studie widersprechen dieser Annahme. Zwar zeigt sich im Gesamten hypothesenkonform keine signifikante Veränderung, aber bei einer genaueren Betrachtung wird deutlich, dass sich dies durch einen Ausgleich der Veränderung der einzelnen Gruppen ergibt. Personen mit einer ursprünglich hohen Ausprägung geben eine signifikante Abnahme an, Personen mit einer mittleren Ausprägung eine signifikante Zunahme und ein Trend zur Zunahme zeigt sich auch bei PatientInnen mit einer geringen Ausprägung zum ersten Befragungszeitpunkt. Für einen schnellen Überblick empfiehlt sich die *Abbildung 18*. Zu berücksichtigen gilt es, dass die einzelnen drei Gruppen aus relativ wenigen Personen (15, 14 und 18 Personen) bestanden haben, welche zusätzlich eine sehr hohe Varianz der angegebenen SLSp Werte zeigen. Verfälschungen durch Ausreißer konnten keine gefunden werden. Das Alter und das Geschlecht der Personen zeigen keinen Einfluss auf die inhomogenen Veränderungen. Worauf diese gegensinnigen Veränderungen der einzelnen Gruppen zurückzuführen ist, lässt sich in dieser empirischen Studie leider nicht klären und könnte in Folgestudien als Forschungsfrage aufgegriffen werden.

9.5. Die Veränderung der Ressourcen und der Gesundheit

Die Frage, ob die Aktivierung von Ressourcen, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt, mit einer stärkeren Zunahme der subjektiven Gesundheit, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt einher geht, ist besonders für die Praxis interessant. Denn kann eine gelungene Ressourcenaktivierung zu einer schnelleren, überzufälligen Erhöhung der Gesundheit führen, so zeigt sich, dass spezifische Interventionen zur gezielten Förderung von Ressourcen lohnenswert sind.

Wie zu erwarten war, zeigen sich die stärksten Effekte durch die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Durch die gezielte, stattfindende Interventionen kann diese wesentlich stärker erhöht werden, als die beiden anderen Ressourcen Naturverbundenheit und der Rückhalt im Leben durch die Spiritualität.

Aus der Literatur ist bekannt, dass das Vertrauen in die eigenen Problemlösekompetenzen, also die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, einer stärkeren Veränderbarkeit unterliegt. Das heißt also, wenn es gelingt, dass die PatientInnen Handlungsmöglichkeiten auf sich selbst zurückzuführen, also die Ressource allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung erhöht werden kann, dann auch eine Zunahme der subjektiven Gesundheit zu beobachten ist. Dementsprechende Ergebnisse wurden in der Literatur von Conn und Schwarzer (1997; 2004) beschrieben. Siehe dazu mehr im *Kapitel 3.3.1*.

In dieser empirischen Studie können die von Schwarzer (2004) beschriebenen starken Effekte in sechs von acht Skalen des SF-36m wieder gefunden werden. Wobei bei allen Skalen eine umso höhere Zunahme der subjektiven Gesundheit festgestellt werden kann, je stärker auch die Erhöhung der SWE, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt, gelingt. Bei den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit und allgemeine Gesundheitswahrnehmung konnten zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden, es zeigt sich dennoch ein Trend in dieselbe Richtung.

Die Veränderung der Ressource Naturverbundenheit fällt wie beschrieben weniger stark aus. Interessant ist, dass sich hier, anders als bei der *Forschungsfrage 2*, die Veränderungen in der subjektiven Gesundheit besonders in den körperlichen Bereichen zeigen.

Möglicherweise liegt das daran, dass die CNS doch einem Deckeneffekt unterliegt und Personen mit einer ursprünglich hohen CNS schon zu Beginn eine höhere psychische Gesundheit angaben und sich somit stärker in den körperlichen Skalen verbessern konnten.

Besonders bei der Skala der Körperlichen Schmerzen, zeigen PatientInnen welche eine Steigerung der Werte in der CNS angeben, eine signifikante Besserung mit einer Power von 82%. Ein Trend in dieselbe Richtung liegt bei den Skalen der Körperlichen Funktionsfähigkeit und Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung vor, wobei diese (noch) keine signifikante Unterscheidung zwischen den Gruppen liefern.

Gelingt es also die Naturverbundenheit der PatientInnen zu erhöhen, so zeigt sich, trotz der geringen Stichprobengröße und der geringen Zeit ein Trend, dass auch gleichzeitig eine bessere körperliche Gesundheit festgestellt werden kann.

Studien von Keep et al. (1980; zitiert nach Hellbrück & Fischer, 1999; siehe dazu mehr im *Kapitel 3.4.2.*) bestätigen diese Ergebnisse. Ebenso konnte in Studien bereits eine förderliche Wirkung von Blumen und regelmäßigem Aufenthalt im Freien als förderlich für die physische und psychische Gesundheit beschrieben werden (vgl. McDonald, 1976; Cimprich, 1992; 1993; Sempik et al. 2005). Wobei bislang eine gezielte Zunahme der Naturverbundenheit mit dem Ausmaß an Verbesserung der Gesundheit noch nicht gemeinsam untersucht wurde. Hier wäre ebenfalls eine Evaluation der Wirkung von speziellen Interventionen für nachfolgende Studien interessant, wobei hier empfohlen wird die Zeitspanne zur Folgeuntersuchung zu verlängern, da so auch die geringere Veränderbarkeit der Naturverbundenheit besser mit berücksichtigt werden kann.

In der Literatur finden sich einige Studien, welche die positiven Bedeutung der Religiosität und Spiritualität für die Genesung von Erkrankungen bestätigen (McSherry et al., 1987; George et al., 2002; Pressman et al., 1990; Koenig et al. 1998b). Siehe dazu mehr im *Kapitel 3.5.2.* Interessanterweise finden sich in der wissenschaftlichen Literatur noch keine Versuche, dies nun explizit als Ressource zu betrachten und aktiv zu fördern. Im Sinne der praktisch anwendbaren Ressourcenförderung liegt nun nahe sich anzusehen, ob mit einer höheren Zunahme des Potentials Spiritualität und dessen Wirkung, nun überhaupt eine schnellere Genesung einhergeht. Dementsprechend kann die *Forschungsfrage 11* als Weiterführung der in der Literatur gefundenen Forschung gesehen werden.

In diesen vorliegenden empirischen Daten findet sich allenfalls ein Trend in den Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit und Vitalität. Wobei sich hier zeigt, dass PatientInnen die höchste Zunahme zeigen, wenn auch die Zunahme der SLSp Werte ebenfalls am höchsten ist.

Ebenso wie bei der Ressource Naturverbundenheit konnte bei dieser Ressource aufgrund der theoretischen Grundlagen und den beschriebenen stabilen Eigenschaft nur von einer geringen Veränderung ausgegangen werden. Somit kann von vorne herein nur ein kleiner Effekt bei der damit verbundenen Zunahme der subjektiven Gesundheit erwartet werden.

Durch eine größere Stichprobe und eine längere Zeitspanne bis zur Wiederholungsbefragung, sowie gezielten Interventionen, ließen sich stärkere Effekte finden, was nachfolgenden Studien empfohlen sei.

IV. Zusammenfassung und Ausblick

In der wissenschaftlichen Theorie und Praxis verschiebt sich in den letzten Jahrzehnten der Fokus von der reinen Betrachtung von Erkrankungen der Individuen, hin zu einer stärker gesundheitsorientierten Sicht. Gesundheit und Krankheit werden nicht länger als einander ausschließende Gegenpole verstanden. Geht man von diesem Modell aus, dann erhalten die Ressourcen sowohl eine gesundheitsfördernde und aufrechterhaltende als auch eine präventive und vor allem kurative Funktion. Die Betrachtung von Ressourcen, also von Potentialen, welche in speziellen Situationen als hilfreich erlebt werden, ist sehr komplex und noch nicht hinreichend untersucht. In dieser Arbeit wird die Bedeutung von intrapersonalen Ressourcen, für die subjektive Gesundheit, ins Zentrum des Interesses gerückt. Als intrapersonale Ressourcen wurden die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, die Natur und der Naturbezug sowie der erlebte Rückhalt im Leben durch die individuelle Spiritualität, kurz als Spiritualität bezeichnet, näher beleuchtet und in ihrer Bedeutung für die Gesundheit untersucht.

Für die Datenerhebung wurde eine kombinierte Quer- und Längsschnittsuntersuchung durchgeführt, um die interessierenden Forschungsfragen ganzheitlich beantworten zu können. Diese Daten von alkoholabhängigen Frauen und Männern (N=105 und N=53 bei der Wiederholungsbefragung), welche sich zur stationären Rehabilitation am Anton Proksch Institut (API), Europas größter Suchtklinik befanden zeigen, dass nicht nur das Vorhandensein von Ressourcen, sondern auch die Veränderbarkeit einer Ressource von wesentlicher Bedeutung für eine gute subjektive Gesundheit sind.

Der Inhalt der ersten Hauptforschungsfrage bestand darin zu untersuchen, ob stärker ausgeprägte Ressourcen auch eine bessere subjektive Gesundheit, wie dies in der Literatur postuliert wird, bedeuten. Da bezüglich der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), anders als bei den anderen angeführten Ressourcen eine gezielte Intervention am API durchgeführt wird, zeigen sich hier theoriekonform die stärksten Veränderungen und Effekte. So finden sich signifikant besser Werte in der psychischen Gesundheitswahrnehmung, wenn

die Ressource SWE ($p < ,001$) und Naturverbundenheit ($p = ,044$ und $p = ,042$) ebenfalls hoch ausgeprägt sind. Dies konnte bei der Ressource Spiritualität anhand dieser Daten nicht gefunden werden. Auch der in der Literatur so häufig postulierte positive Effekt von tatsächlich in der Natur verbrachten Zeit, auf die Gesundheit, konnte nicht repliziert werden. Die situativen Rahmenbedingungen als auch die gewählte Erhebungsmethode bieten sich als mögliche Erklärung für dieses Phänomen an.

Die Klärung der Frage, ob sich die Gesundheit und die Ressourcen innerhalb einer kurzen Zeitspanne steigern lassen, stand ebenfalls im Zentrum des Interesses. Die subjektive Gesundheit der PatientInnen verbessert sich erwartungsgemäß, vom Erst- bis zum Wiederbefragungszeitpunkt, in sieben von acht Skalen und besonders in den psychischen Bereichen, signifikant. Ebenso zeigt die SWE eine hoch signifikante Zunahme ($p < ,001$), wobei besonders jene Personen profitieren, welche zu Beginn eine geringe Ausprägung angeben ($p < ,001$). Bemerkenswert ist, dass die in der Literatur als stabil bezeichneten Ressourcen Naturverbundenheit und die Spiritualität, sich in dieser Stichprobe, selbst ohne gezielte Intervention, verändern. Besonders jene Personen, welche zum ersten Zeitpunkt eine geringe Ausprägung der Ressource Naturverbundenheit angeben, zeigen eine signifikante Zunahme ($p = ,029$). Die Ressource Spiritualität verändert sich ebenfalls signifikant, allerdings zeigen die Personen mit ursprünglich unterschiedlich starker Ausprägung eine gegensinnige Veränderung. Ein weiteres Hauptanliegen dieser Arbeit war es die Frage zu klären, ob bei einer Zunahme der Ressourcen, sich auch die Gesundheit der Personen stärker verbessert. Die Literatur liefert Hinweise hierzu für die SWE und auch für die Naturverbundenheit, wobei eine solche förderliche Wirkung durch die Spiritualität noch nicht hinreichend erforscht wurde. In allen Bereichen der subjektiven Gesundheitswahrnehmung zeigen sich in den Daten eine umso höhere Zunahme, je stärker auch die Erhöhung der SWE, vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt gelang, wobei sechs von acht Skalen eine signifikante Veränderung zeigen. Bezüglich der Ressource Naturverbundenheit zeichnet sich zwar in allen Bereichen der Gesundheitswahrnehmung eine stärkere Verbesserung ab, wenn auch eine stärkere Zunahme der Naturverbundenheit vorliegt, allerdings kann dies nur im Bereich der körperlichen Schmerzen als

überzufällig gesehen werden ($p=,013$). Interessant ist, dass sich hier die Veränderungen in der subjektiven Gesundheit stärker in den körperlichen Bereichen zeigen und nicht in der psychischen Dimension, wie dies bei der Analyse der Querschnittsdaten gefunden wurde. Da die PatientInnen ihren Rückhalt durch die Spiritualität zum zweiten Befragungszeitpunkt als stark verändert wahrnehmen und diese Veränderung sehr inhomogen ist, können in diesen vorliegenden empirischen Daten Trends einer förderlichen Bedeutung, in den Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit ($p=,074$) und Vitalität ($p=,079$), festgestellt werden. Ebenso zeigen sich Hinweise, welche eine höhere Aktivierung der Spiritualität mit einer besseren subjektiven Gesundheit in Verbindung bringen lassen.

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass eine Förderwürdigkeit der Ressourcen Naturverbundenheit und Spiritualität besteht und eine Implementierung in der Praxis empfehlenswert ist. Ebenso konnte die in der Wissenschaft postulierte Bedeutsamkeit der allgemeinen Selbstwirksamkeit, als Ressource für die Gesundheit, untermauert werden. Mittels einer Erweiterung durch gezielte Interventionen, bezogen auf die Ressourcen Naturverbundenheit und Spiritualität, eine Analyse der Kontextvariablen und individuelle Motive der Personen, sowie einer weiteren Folgebefragung, könnten aufbauende und noch effektstärkere Aussagen getroffen werden.

V. Literaturverzeichnis

- Anton Proksch Institut (o.J.). *Therapiezentrum zur Behandlung von Abhängigkeiten*. Verfügbar unter: <http://www.api.or.at/typo3/startseite.html> [Datum des Zugriffs: 03.09.2009].
- Anton Proksch Institut (2009). *Orpheusprogramm – Das neue Therapieprogramm des Anton Proksch Instituts*. Verfügbar unter: <http://www.api.or.at/typo3/startseite/orpheusprogramm.html> [Datum des Zugriffs: 16.10.2009].
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). Meine Odyssee als Streßforscher. In *Rationierung der Medizin. Argument-Sonderband*, Jahrbuch für Kritische Medizin, 17, Berlin: Argument-Verlag.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Deutsche erw. Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bäwert, A., Fischer, G., & Böhm, S. (2005). Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In M. Springer-Kremser, H. Löffler-Stastka & M. Kopeinig-Kreissl (Hrsg.), *Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit* (2. aktualisierte Aufl.) (S. 343-362). Wien: Fakultas.
- Becker, P. (1996). Zwei theoretische Rahmenmodelle zur Erklärung der aktuellen und habituellen körperlichen Gesundheit: Darstellung und empirische Überprüfung. *Trierer Psychologische Berichte*, 23 (4). Universität Trier: Fachbereich I Psychologie.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfung mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25-48.

- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* (S. 119-145). Berlin: Springer.
- Bonelli, R. M. (2007). Ist der Faktor „Religiosität“ in der modernen Psychiatrie relevant? *Psychiatrie & Psychotherapie*, 3 (1), 14-22.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Bern: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberger, U. & Siegrist, J. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinischer und –soziologischer Perspektive* (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. & Kunz-Ebrecht, S. (2005). Substanzstörungen mit Schwerpunkt Alkohol. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 421-430). Göttingen: Hogrefe.
- Büssing, A., Ostermann, T. & Matthiessen, P. F. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 10.
- Caplan, G. (1964). *An approach to community mental health*. Tavistock: London.
- Cervinka, R. (2005). Natur und naturnahe Artefakte: Gesundheit, Wohlbefinden und nachhaltige Entwicklung. *Wissenschaft und Umwelt – Interdisziplinär*, 9, 29-36.
- Cervinka, R. & Hefler, E. (2009). *Connectedness with Nature, well-being, and time spent in nature for recreational purposes*. Manuscript submitted for publication.
- Cervinka, R. & Schmuck, P. (2008). Umweltpsychologie und Nachhaltigkeit. In E. D. Lantermann & V. Linneweber (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Grundlagen, Paradigmen und Methoden der Umweltpsychologie*. Wien: Springer Verlag.
- Cervinka, R., Hefler, E. & Zeidler, D. (2009). *Measuring Connectedness with Nature beyond borders*. Manuscript submitted for publication.

- Cimprich, B. (1992). Attentional fatigue following breast cancer surgery. *Research in Nursing and Health*, 15, 199-207.
- Cimprich, B. (1993). Development of an intervention to restore attention in cancer patients. *Cancer Nursing*, 16, 83-92.
- Conn, V.S. (1997). Older women: Social cognitive correlates of health behaviour. *Women and Health*, 26, 71-85.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Deutscher Wetterdienst. *Gefühlte Temperatur, Schwüle und Wind Chill*. Verfügbar unter: <http://www.deutscher-wetterdienst.de/lexikon/download.php?file=Gefuehlte-Temperatur.pdf> [Datum des Zugriffs: 17.11.2008]
- Dick, A. (1999). *Die Beeinflussung von Glück und Wohlbefinden durch Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, M. (2001). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Bern: Huber.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Feselmayer, S., Cervinka, R., Scheibenbogen, O., Kuderer, M. & Musalek, M. (2007). „Gesund wachsen“: Gartentherapie und gesundheitsfördernde Projekte im Anton Proksch Institut. *Newsletter* (7). Wien: Stadt Wien.
- Feselmayer, S., Poltrum, M. & Cervinka, R. (2008). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Suchtkranken am Beispiel der Natur und der Naturverbundenheit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 31, 49-56.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics. Using SPSS*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274.
- George, L.K., Ellison, C.G. & Larson, D.B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13, 190-200.

- Google maps (o.J.). *Das Anton Proksch Institut*. Verfügbar unter: <http://maps.google.at/maps?hl=de&tab=wl> [Datum des Zugriffs: 05.09.2009].
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Kleubler, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetischer Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 49-72). Berlin: Springer.
- Häckel, H. (1993). *Meteorologie* (3. Aufl.). Stuttgart: Ulmer.
- Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U. & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. *Psychother. Psych. Med.*, 54, 179-186.
- Hartig, T. & Marcus, C. (2006). Healing gardens – places for nature in health care. *The Lancet*, 368, 36-37.
- Hartig, T., Mang, M. & Evans, G.W. (1991). Restorative effects of natural environment experience. *Environment and Behavior*, 23, 3-26.
- Hellbrück, J. & Fischer, M. (1999). *Umweltpsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Hellpach, W. (1924). Psychologie der Umwelt. In E. Abderhalden (Hrsg.), *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Abt. VI: Methoden der experimentellen Psychologie*, C, 3. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Hellpach, W. (1935). *Geopsyche: die Menschenseele unterm Einfluß von Wetter und Klima, Boden und Landschaft* (4. überarbeitete Aufl.). Leipzig: Engelmann.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt: Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Pladen: Leske & Budrich.
- Hurrelmann, K. (1999). *Sozialisation und Gesundheit* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.

- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). *Förderung von Selbstwirksamkeit bei Schülern und Lehrern*. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Kals, E., Schumacher, D. & Montada, L. (1999). Emotional affinity toward nature as a motivational basis to protect nature. *Environment and Behavior*, 31, 178-202.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 169-182.
- Keep, P.J., James, J. & Inman, M. (1980). Windows in the intensive therapy unit. *Anaesthesia*, 35, 257-262.
- Kendler, K.S., Liu, X.Q., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson D. & Prescott, C.A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 160, 496-503.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.
- Koenig, H.G., Larson, D.B. (1998b). Use of hospital services, religious attendance, and religious affiliation. *South Med J*, 91, 925-932.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Groß Umstadt: Past Science Publishers.
- Kraft, U., Udris, I., Mussmann, C. & Muheim, M. (1994). Gesunde Personen – salutogenetisch betrachtet. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 216-239.
- Krämer, C. (2008). *Die Heilkunst der Kelten* (6. Auflage). Freiburg: Hermann Bauer.
- Lapham, S.C., Gregory, C. & McMillan, G. (2003). Impact of an alcohol misuse intervention for health care workers: 2. Employee Assistance Programme utilization, on the job injuries, job loss, and health services utilization. *Alcohol Alcohol*, 38, 183-188.
- Larson, D.B., Swyers, J.P. & McCullough, M.E. (1997). Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report. Rockville: National Institute for Healthcare Research.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7-12). Heidelberg: Springer.

- Lorenz, R. (2005). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler* (2. überarbeitete Aufl.). München: Reinhardt.
- Lutz, R. (1992). Was ist richtig: „Gesundheit“ und „Krankheit“ oder „Gesundheit“ versus „Krankheit“? In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild* (S. 46-50). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Lutz, R. & Mark, N. (1994). *Wie gesund sind Kranke?* Bern: Huber.
- Lutz, R. & Ahlswede, O. (2008). Gesundheit und Krankheit. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G.H. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement* (S. 5-8). Stuttgart: Schattauer.
- Mader, R., Feselmayer, S., Lentner, S., Marx, R., Nimmerrichter, A., Uhl, A. & Zimmerl, H. (1991). Das „Anton Proksch-Institut – Stiftung Genesungsheim Kalksburg“. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 14, 3-25.
- Maderthaner, R. (1998). Wohlbefinden, Lebensqualität und Umwelt. In I. Kryspin-Exner, B. Lueger-Schuster & G. Weber (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie – Postgraduelle Aus- und Weiterbildung* (S. 483-508). Wien: WUV/ Universitätsverlag.
- Maderthaner, R. (2008). *Psychologie*. Wien: Facultas.
- Mayer, S. & McPherson Frantz, C. (2004). The connectedness to nature scale: A measure of individuals' feeling in community with nature. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 503-515.
- McDonald, E. (1976). *Plants as therapy*. New York: Praeger.
- McSherry, E., Salisbury, S., Ciulla, M. & Tsuang, D. (1987). Spiritual resources in older hospitalized men. *Social Compass*, 34, 515-537.
- Menninger, K. (1968). *Das Leben als Balance. Seelische Balance als Lernprozess*. München: Kindler.
- Meyer, A.H. & Margraf, J. (2005). Forschung in der Klinischen Psychologie. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 81-91). Göttingen: Hogrefe.
- Möller, A. & Reimann, S. (2003). „Spiritualität“ und Befindlichkeit – subjektive Kontingenz als medizinpsychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 609-616.

- Müller, H., Franke, A., Schuck, P. & Resch, K.L. (2001). Eine kliniktaugliche Version des deutschsprachigen SF-36 und ihr psychometrischer Vergleich mit dem Originalfragebogen. *Soz.-Präventivmed.*, 46, 96-105.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, 359-376.
- Nisbet, E.K., Zelenski, J.M. & Murphy, S.A. (2009). The Nature Relatedness Scale: Linking individuals' connection with nature to environmental concern and behaviour. *Environment and Behavior*, 41, 715-740.
- Parsons, R. (1991). The potential influence of environmental perception on human health. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 1-23.
- Perrin, J.L. & Benassi, V.A. (2009). The connectedness to nature scale: A measure of emotional connection to nature? *Journal of Environmental Psychology*, doi:10.1016/j.jenvp.2009.03.003
- Pohl, J. (2006). Religiosität und Spiritualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 80-87). Heidelberg: Springer.
- Pöhlmann, K., Aberbeck, M. & Rössler, G. (1998). *The use of resources as a factor in attaining goals*. (unpublished manuscript). Erlangen: Universität der Stadt Erlangen.
- Pressman, P., Lyons, J.S., Larson, D.B. & Strain, J.J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry*, 147, 758-760.
- Puls, W., Wienold, H. & Blank, T. (1998). Die Einwirkung von Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz auf den Konsum von Alkohol: Eine schriftliche Befragung in Betrieben der metallverarbeitenden Industrie. In: *Sucht*, 44, 187-199.
- Raudsepp, M. (2005). Emotional Involvement in Nature: Its socio-psychological correlates and associations with Pro-Environmental Attitudes and Behavior. In Martens, B. & Keul, A.B. (Eds.), *Designing social innovation: planning, building, evaluating*. Göttingen: Hogrefe.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F. & Grawe, K. (2000). *Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien*. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 399-420.
- Reimann, S. & Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 13-28). Heidelberg: Springer.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.

- Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29-33). Heidelberg: Springer.
- Sack, M., Künsebeck, H.-W. & Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 47, 149-155.
- Scharfetter, C. (1998). Okkultismus, Parapsychologie und Esoterik in der Sicht der Psychopathologie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 474-482.
- Schmidt, K.H. & Metzler, P. (1992) *Wortschatztest*. Weinheim: Beltz.
- Schoberberger, R. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Unveröff. Manuskript.
- Schultz, P.W. (2001). The structure of environmental concern: Concern for the self, other people, and the biosphere. *Journal of Environmental Psychology*, 21 (4), 327-339.
- Schultz, P.W. (2002). Inclusion with nature: The psychology of human-nature relations. In P. Schmuck & W. P. Schultz (Eds.), *Psychology of sustainable development*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Schultz, P.W., Shriver, C., Tabanico, J. & Khazian, A. (2004). Implicit connections with nature. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 31-42.
- Schultz, P. W. & Tabanico, J. (2007). Self, Identity, and the Natural Environment: Exploring Implicit Connections With Nature. *Journal of Applied Social Psychology*, 37 (6), 1219-1247.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schüz, B. & Möller, A. (2006). Prävention. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 143-156). Heidelberg: Springer.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

- Seligman, M.E.P. & Schulman, P. (1986). Explanatory style as a predictor of productivity and quitting among life insurance sales agents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 832-838.
- Sempik, J., Aldridge, J. & Becker S. (2005). *Health, Well-being and Social Inclusion. Therapeutic Horticulture in the UK*. Executive Summary. Bristol: The Policy Press.
- Smith, E. (2001). *Produktive Psychotherapiesitzungen. Eine Untersuchung von Rückkopplungsprozessen in der psychologischen Therapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderung. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. (S. 111-122). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Tarlov, A.R. (1983). The Increasing Supply of Physicians, the Changing Structure of the Health-Services System, and the Future Practice of Medicine. *New England Journal of medicine*, 308, 1235-1242.
- Trösken, K.A. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht*. Verfügbar unter: http://www.stub.unibe.ch/download/eldiss/02troesken_a.pdf [Datum des Zugriffs: 16.12.2007]
- Uhl, A. (1994). Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner, & R. Marx, (Hrsg.), *Suchtkrankheit – Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*. Wien: Springer.
- Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Kobrna, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsperger, W. & Mader, R. (2001). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. (2. überarbeitete Aufl.). Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Ulrich, R.S. (1981). Natural vs. urban scenes: Some psychophysiological effects. *Environment and Behavior*, 13, 523-556.
- Ulrich, R.S. (1984). View through a window influences recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421.
- Ulrich, R., Simons, R., Losito, B., Fiorito, E., Miles, M. & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.
- Utsch, M. (2004). Religiosität und Spiritualität. In A. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie. Anleitung zum "besseren" Leben* (1. Auflage) (S. 67-85). Weinheim: Beltz.

- Watzke, S. (2006). Rehabilitation. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 265-278). Heidelberg: Springer.
- Wirtz, U. (2003). Die spirituelle Dimension der Traumatherapie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 9 (1), 7-15.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1948). *Präambel zur Satzung*. Genf: WHO.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2001). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10*. Bern: Huber.
- Willutzki, U. (2000). *Positive Perspektiven in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Ruhr-Universität Bochum.
- Willutzki, U. (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. (S. 91-110). Tübingen: dgvt-Verlag.
- ZAMG (2008). Zentralanstalt für Meteorologie und Geodynamik. Verfügbar unter: <http://www.zamg.ac.at/> [Datum des Zugriffs: 07.06.2008]

Anhang

Anhang A: Fragebogen

Ansprechpersonen: Dr. Senta Feselmayer, Dr. Oliver
Scheibenbogen Mag. Margret Kuderer und DGKS Zeidler Doris
(Abteilung IV und Aktivierung).

Fragebogen zu Natur, Gesundheit und Ressourcen

1

Datum: _____

Mit dem vorliegenden Fragebogen soll das Zusammenspiel zwischen Natur, Gesundheit und persönlichen Ressourcen beleuchtet werden.

Ihre Daten bleiben anonym. Bei den Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie die Fragen so spontan wie möglich.

Kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende oder ganze Zahlen an und bitte lassen Sie keine Frage aus.

Zu Beginn einige Angaben zu Ihrer Person

1. Ihr Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich 2. Ihr Alter (Jahre): _____

3. Ihr Name: _____

4. Seit wann sind Sie stationär am API (Tag, Monat, Jahr): _____

5. Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung:

☐ Hauptschule	☐ Matura (Real- oder Mittelschule)	☐ Diplomstudium
☐ Lehre	☐ Matura (höhere berufsb. Schule)	☐ Doktoratsstudium
☐ Fachschule	☐ Akademie	☐ Sonstiges: _____
☐ Meisterprüfung	☐ Fachhochschule	

6. Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja _____ Stück Zigaretten pro Tag

Anschließend finden Sie einige Fragen zum Aufenthalt in der Natur und Ihrer Gesundheit.

	sehr schlecht					sehr gut
Körperlich geht es mir heute...	1	2	3	4	5	
Psychisch geht es mir heute...	1	2	3	4	5	

Wann war Ihre letzte Zeckenschutzimpfung (FSME)?

- ☐ Bin nicht gegen Zeckenkrankheit geimpft
☐ Innerhalb der letzten 5 Jahre
☐ Länger als 5 Jahre zurück

Gibt es Umstände, die Sie am Aufenthalt in der Natur hindern?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Umstände hindern Sie am Aufenthalt in der Natur?
(z.B. Allergie, Infrastruktur, Zeit, Bequemlichkeit/Faulheit etc.)

Lassen Sie sich von diesen Umständen vom Aufenthalt in der Natur abhalten?

- ☐ ja ☐ nein

Wie oft haben Sie sich im letzten Jahr im Alltag inkl. Wochenenden durchschnittlich zu Erholungszwecken in der Natur aufgehalten?

In der **kalten Jahreszeit** (November bis März)

- ☐ nie ☐ selten ☐ 1-2 x pro Monat ☐ 1-2 x pro Woche ☐ fast täglich

In der **warmen Jahreszeit** (April bis Oktober)

- ☐ nie ☐ selten ☐ 1-2 x pro Monat ☐ 1-2 x pro Woche ☐ fast täglich

sehr gering

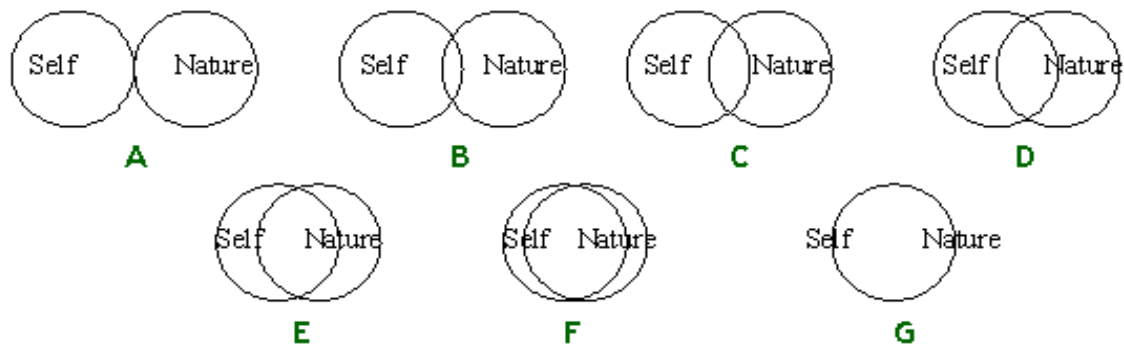
mittel

sehr groß

Ihre Naturverbundenheit ist 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

CNS	Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, wie Sie im Allgemeinen fühlen oder erleben. Es gibt dabei keine richtigen und falschen Angaben.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weder/ noch	trifft eher zu	trifft zu
(1)	Ich fühle mich häufig eins mit der mich umgebenden Natur.	1	2	3	4	5
(2)	Ich erlebe die Natur als eine Gemeinschaft, zu der ich gehöre.	1	2	3	4	5
(3)	Ich anerkenne und würdige die Vollkommenheit anderer lebender Organismen.	1	2	3	4	5
(4)	Ich fühle mich oft von der Natur entfremdet.	1	2	3	4	5
(5)	Wenn ich über mein Leben nachdenke, erlebe ich mich als Teil eines größeren natürlichen Lebenskreislaufes.	1	2	3	4	5
(6)	Ich fühle häufig eine Seelenverwandtschaft mit Tieren und Pflanzen.	1	2	3	4	5
(7)	Ich habe das Gefühl, ich gehöre ebenso gleichwertig zur Erde, wie die Erde zu mir gehört.	1	2	3	4	5
(8)	Ich habe ein tiefes Verständnis dafür, wie meine Handlungen die natürliche Umwelt beeinflussen.	1	2	3	4	5
(9)	Ich fühle mich oft als Teil der Natur.	1	2	3	4	5
(10)	Alle menschlichen und nicht-menschlichen Lebewesen der Erde teilen eine gemeinsame "Lebensenergie".	1	2	3	4	5
(11)	Vergleichbar einem Baum als Teil eines Waldes, fühle ich mich in einem größeren natürlichen Ganzen eingebettet.	1	2	3	4	5
(12)	Ich erlebe mich öfters als kleinen Teil der mich umgebenden natürlichen Welt, nicht bedeutsamer als das Gras auf der Wiese oder ein Vogel in den Bäumen.	1	2	3	4	5
(13)	Mein persönliches Wohlergehen ist vom Wohlergehen der Natur abhängig.	1	2	3	4	5

Wie verbunden fühlen Sie sich mit der Natur. Bitte wählen Sie ein mit Buchstaben versehenes Bild aus, welches Ihre Beziehung am besten beschreibt. Kreuzen Sie bitte den entsprechenden Buchstaben an.



Bei den untenstehenden Fragen geht es darum, wie häufig und in welchem Ausmaß Sie die Grünflächen im API (Park, Garten) und dessen Umgebung (Wald...) nützen. Bitte überlegen Sie genau und geben Sie Entsprechendes an. Bitte lassen Sie keine Frage aus.

Zu welchem **Zweck** halten Sie sich auf den **Grünflächen im API** auf? Bitte kreuzen Sie Entsprechendes an. Mehrfachantworten sind möglich.

- ☐ Um von einem Gebäude zum anderen zu gehen (z.B. Essen, Erledigung, Therapie in anderem Gebäude...)
- ☐ Zur geistigen Erholung
- ☐ Zur körperlichen Erholung
- ☐ Um Stress abzubauen
- ☐ Um zu rauchen
- ☐ Um dem Stationsalltag zu entfliehen
- ☐ Um mit anderen zusammen zu sein
- ☐ Um die Grünflächen zu pflegen oder im Garten zu arbeiten
- ☐ Therapie im Freien
- ☐ Weil es dort schön ist
- ☐ Weil Pflanzen und Tiere zu beobachten faszinierend ist
- ☐ Weil es friedlich ist
- ☐ Weil ich mich dort sicher fühle
- ☐ Weil ich gut über das Leben nachdenken kann
- ☐ Sonstiges: _____

An wie vielen Tagen, der letzten 7 Tage, hielten Sie sich **auf den Grünflächen im API (Park, Garten)** auf?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Wie oft waren Sie im Durchschnitt, an den angegebenen Tagen, draußen?

_____ Mal

Wie lange haben Sie sich, im Park oder Garten, im Durchschnitt pro Tag, aufgehalten?

_____ Minuten _____ Stunden

Wie war Ihre körperliche Aktivität beim Aufenthalt im Freien hauptsächlich?

- ☐ leicht (z.B. liegen, sitzen, stehen,...)
- ☐ mittel (z.B. gehen,...)
- ☐ stark (z.B. laufen, arbeiten,...)

An wie vielen Tagen, der letzten 7 Tage, hielten Sie sich auf den Grünflächen **der Umgebung des API (Wald...)** auf?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Wie oft waren Sie im Durchschnitt, an den angegebenen Tagen, draußen?

_____ Mal

Wie lange haben Sie sich, auf den Grünflächen der Umgebung, im Durchschnitt pro angegebenem Tag, aufgehalten?

_____ Minuten _____ Stunden

Wie war Ihre körperliche Aktivität beim Aufenthalt im Freien hauptsächlich?

- ☐ leicht (z.B. liegen, sitzen, stehen,...)
- ☐ mittel (z.B. gehen,...)
- ☐ stark (z.B. laufen, arbeiten,...)

Bitte bewerten Sie die Wirkungen des Parks im API.		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weder/ noch	trifft eher zu	trifft zu
Der Aufenthalt im Park ...						
(1)	... ist gut für meine körperliche Gesundheit.	1	2	3	4	5
(2)	... fördert das Miteinander.	1	2	3	4	5
(3)	... spricht alle meine Sinne an.	1	2	3	4	5
(4)	... wirkt beruhigend auf mich.	1	2	3	4	5
(5)	... ist ein Genuss.	1	2	3	4	5
(6)	... verstärkt meine Beziehung zur Natur.	1	2	3	4	5
(7)	... macht mir Freude.	1	2	3	4	5

SWE	Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, wie dies für Sie am besten zutrifft.	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
(1)	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
(2)	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
(3)	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
(4)	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
(5)	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
(6)	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	1	2	3	4
(7)	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
(8)	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
(9)	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
(10)	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	1	2	3	4

Im folgenden geht es um Ihre Einstellung zu Spiritualität.

Zur besseren Verständnis:

Während religiöse Menschen an Gott glauben bzw. nach den Regeln ihrer Kirche leben, ist Spiritualität ein weiter gefasster Begriff. Spirituelle Menschen glauben zwar ebenfalls "an etwas Größeres", ihr Glaube ist aber nicht durch die Gesetze einer bestimmten Religion bestimmt sondern umfassender.

SP	Wieweit treffen diese Aussagen auf Sie zu?	Stimmt nicht					Stimmt
(1)	Die Ausübung von Spiritualität spielt in meinem Leben eine wichtige Rolle.	1	2	3	4	5	6
(2)	Meine Spiritualität verhilft mir zu einer tieferen Beziehung mit meiner Umwelt.	1	2	3	4	5	6
(3)	Meine Spiritualität verhilft mir zu einer tieferen Beziehung zu meinen Mitmenschen.	1	2	3	4	5	6
(4)	Durch meine Spiritualität gehe ich mit meinem Leben bewusster um.	1	2	3	4	5	6
(5)	Meine Spiritualität hilft mir, mit Krankheiten besser umzugehen.	1	2	3	4	5	6
(6)	Menschen, die meine spirituellen Einstellungen teilen, sind mir wichtig.	1	2	3	4	5	6
(7)	Meine spirituellen Überzeugungen bringen mich dazu, in einer Krankheit ein förderliches Ereignis für meine persönliche Entwicklung zu sehen.	1	2	3	4	5	6
(8)	Die Ausübung meiner Spiritualität hilft mir, geistige und körperliche Gesundheit wieder zu erlangen.	1	2	3	4	5	6
(9)	Wenn ich meine Spiritualität ausübe, dann erfahre ich im allgemeinen Zufriedenheit und inneren Frieden.	1	2	3	4	5	6
(10)	Im Alltag fördert meine Spiritualität meine innere Kraft.	1	2	3	4	5	6

TPF/ SE	Beantworten Sie bitte alle Fragen. Wählen Sie jeweils eine der vier vorgegebenen Antwortkategorien, die am besten auf Sie zutrifft.	immer	oft	manchmal	nie
(1)	Ich fühle mich ... einsam.	1	2	3	4
(2)	Ich langweile mich ...	1	2	3	4
(3)	Mich beschäftigt ... der Gedanke, dass ich vieles falsch gemacht habe im Leben.	1	2	3	4
(4)	Mir gehen ... Sachen schief.	1	2	3	4
(5)	Mich überkommt ... ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit.	1	2	3	4
(6)	Ich zweifle ..., ob meine Gesprächspartner auch wirklich an dem interessiert sind, was ich sage.	1	2	3	4
(7)	Es kommt ... vor, dass ich bei einem Thema so empfindlich bin, dass ich nicht darüber sprechen kann.	1	2	3	4
(8)	Ich habe ... das Gefühl, dass andere Menschen mich öfter kritisieren als loben.	1	2	3	4
(9)	Ich fühle mich... von anderen Menschen missverstanden.	1	2	3	4
(10)	Der Gedanke, dass mein Leben sinnlos sein könnte, ist mir ...gekommen.	1	2	3	4
(11)	Ich habe ... Grund, über mangelnde Beschäftigung zu klagen.	1	2	3	4
(12)	Ich fühle mich ... als Versager, wenn ich von dem Erfolg eines guten Bekannten höre.	1	2	3	4

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36m

		Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1.	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

		Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2.	Im Vergleich <i>zum vergangenen Jahr</i> , wie würden Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	1	2	3	4	5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

3.	Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3.a	anstrengende Tätigkeiten , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
3.b	Mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	1	2	3
3.c	Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
3.d	Mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
3.e	Einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
3.f	Sich beugen, knien, bücken	1	2	3
3.g	Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
3.h	Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
3.i	Eine Straßenkreuzung zu Fuß gehen	1	2	3

		Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3.j	Sich baden oder anziehen	1	2	3

Hatten Sie in der <i>vergangenen Woche</i> aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten?		Ja	Nein
4.a	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
4.b	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
4.c	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
4.d	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	1	2

Hatten Sie in der <i>vergangenen Woche</i> aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?		ja	nein
5.a	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
5.b	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
5.c	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

		Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6.	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in der <i>vergangenen Woche</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

		Keine Schmer- -zen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
7.	Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?	1	2	3	4	5	6

		Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8.	Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der <i>vergangenen Woche</i> bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der <i>vergangenen Woche</i> gegangen ist. Wie oft waren Sie in der <i>vergangenen Woche</i>		Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9.a	...voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
9.b	...sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
9.c	...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheutern konnte?	1	2	3	4	5	6
9.d	...ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
9.e	...voller Energie?	1	2	3	4	5	6
9.f	...entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
9.g	...erschöpft?	1	2	3	4	5	6
9.h	...glücklich?	1	2	3	4	5	6
9.i	...müde?	1	2	3	4	5	6

		Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10.	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
11.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
11.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
11.c Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
11.d Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

FKB-20.	Die folgenden Fragen beschreiben das körperliche Empfinden und die Einstellung zum eigenen Körper. Kreuzen Sie bei den folgenden 20 Aussagen an, wieweit diese für Sie selbst <u>gegenwärtig</u> zutreffen.	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft weitgehend zu	trifft völlig zu
(1)	Insgesamt empfinde ich mich als robust und stark.	1	2	3	4	5
(2)	Mit meinem Aussehen stimmt etwas nicht so recht.	1	2	3	4	5
(3)	Ich bin gesund.	1	2	3	4	5
(4)	Manchmal spüre ich eine unbändige Energie in mir.	1	2	3	4	5
(5)	Ich kann mit meinen körperlichen Unvollkommenheiten gut leben.	1	2	3	4	5
(6)	Mir ist mein Körper oft lästig.	1	2	3	4	5
(7)	Ich fühle mich voller Kraft.	1	2	3	4	5
(8)	Mit meiner Figur bin ich unzufrieden.	1	2	3	4	5
(9)	Oft spüre ich mich voll erotischer Spannung.	1	2	3	4	5
(10)	Ich wünsche mir einen anderen Körper.	1	2	3	4	5
(11)	Manchmal verspüre ich Ekel mir selbst gegenüber.	1	2	3	4	5
(12)	Ich habe genügend kraftvolle Spannung in mir.	1	2	3	4	5
(13)	Auf Fotos gefalle ich mir nicht.	1	2	3	4	5
(14)	Ich fühle mich topfit.	1	2	3	4	5
(15)	Meine körperlichen Mängel stören mich schon sehr.	1	2	3	4	5
(16)	Mit meinen sexuellen Wünschen beschäftige ich mich gern.	1	2	3	4	5
(17)	Ich traue mir körperlich einiges zu.	1	2	3	4	5
(18)	Manchmal wünsche ich mir, völlig anders auszusehen.	1	2	3	4	5
(19)	Ich fühle mich in meinem Körper zu Hause.	1	2	3	4	5
(20)	Ausgelassen zu tanzen macht mir großen Spaß.	1	2	3	4	5

Fragebogen

Toronto-Alexithymie-Skala-26

TAS-26

Im Folgenden geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft (1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft teilweise zu/teilweise nicht zu, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu).

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
1	Wenn ich weine, weiß ich immer warum.	1	2	3	4	5
2	Tagträumen ist Zeitverschwendung.	1	2	3	4	5
3	Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.	1	2	3	4	5
4	Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	1	2	3	4	5
5	Ich habe oft Tagträume über die Zukunft.	1	2	3	4	5
6	Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen.	1	2	3	4	5
7	Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Lösungen entstanden sind.	1	2	3	4	5
8	Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
9	Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit.	1	2	3	4	5
10	Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
11	Es reicht mir nicht, dass etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert.	1	2	3	4	5
12	Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13	Ich analysiere Problem lieber, als sie nur zu schildern.	1	2	3	4	5
14	Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5
15	Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft.	1	2	3	4	5

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
16	Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe.	1	2	3	4	5
17	Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.	1	2	3	4	5
18	Ich habe selten Tagträume.	1	2	3	4	5
19	Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.	1	2	3	4	5
20	Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.	1	2	3	4	5
21	Gefühle verstehen zu können ist wesentlich.	1	2	3	4	5
22	Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.	1	2	3	4	5
23	Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr Zeigen.	1	2	3	4	5
24	Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen.	1	2	3	4	5
25	Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
26	Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin.	1	2	3	4	5

Raum für Anmerkungen

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Anhang B: Statistische Ergänzungstabellen und Detailausdrucke

Abbildungsverzeichnis 1

Abb. 19: Faktorenanalyse der Skala SWE.....	148
---	-----

Tabellenverzeichnis 1

Tab. 15: Altersbeschreibung zum ersten Erhebungszeitpunkt	137
Tab. 16: Deskriptivstatistik der SWE und SF-36m	137
Tab. 17: Deskriptivstatistik der CNS und SF-36m	137
Tab. 18: Deskriptivstatistik der INS und SF-36m	138
Tab. 19: Deskriptivstatistik der Einzelitems NV und SF-36m.....	138
Tab. 20: Deskriptivstatistik von Zeit im Freien und SF-36m	138
Tab. 21: Deskriptivstatistik der SLSp und SF-36m	139
Tab. 22: Deskriptivstatistik der Veränderung der SF-36 Skalenwerte.....	139
Tab. 23: Deskriptivstatistik der Veränderung der SWE.....	140
Tab. 24a: Deskriptivstatistik der Veränderung der CNS.....	140
Tab. 24b: Skala CNS Veränderung deskriptiv Gesamt	140
Tab. 25a: Deskriptivstatistik der Veränderung der SLSp	141
Tab. 25b: Skala SLSp Veränderung deskriptiv Gesamt	141
Tab. 26: Erläuterung für untenstehende Deskriptivstatistiken.....	141
Tab. 27: Deskriptivstatistik Veränderung der SF-36m und SWE	142
Tab. 28a: Deskriptivstatistik Veränderung der SF-36m und CNS.....	143
Tab. 28b: Prüfung auf Homogenität der Varianzen	143
Tab. 29: Deskriptivstatistik SF-36m Veränderung und SLSp.....	144
Tab. 30a: Reliabilitätsanalyse1 über die acht Skalen des SF-36m	145
Tab. 30b: Reliabilitätsanalyse2 über die acht Skalen des SF-36m	145
Tab. 31a: Reliabilitätsanalyse der Skala SWE.....	146
Tab. 31b: Reliabilitätsanalyse der Skala SWE	146
Tab. 32a: Reliabilitätsanalyse der Skala CNS	147
Tab. 32b: Reliabilitätsanalyse der Skala CNS.....	147
Tab. 33a: Reliabilitätsanalyse der Skala SLSp.....	147
Tab. 33b: Reliabilitätsanalyse der Skala SLSp	147
Tab. 34: Faktorenanalyse des SF-36m	147
Tab. 35: Faktorenanalyse der Skala SWE zum Zpkt.1	148
Tab. 36: Faktorenanalyse der Skala CNS zum Zpkt.1.....	149
Tab. 37: Faktorenanalyse der Skala SLSp zum Zpkt.1	149

Deskriptiv- und Ergänzungstabellen

Statistics

Alter		
N	Valid	105
	Missing	0
Mean		46,91
Median		47,00
Std. Deviation		10,993
Variance		120,848
Minimum		20
Maximum		73
Percentiles	25	41,50
	50	47,00
	75	55,00

Tabelle 15: Altersbeschreibung zum ersten Erhebungszeitpunkt

Descriptive Statistics

SWE Zeitpunkt 1, 3		Mean	Std. Deviation	N
REGR factor score psychischer Faktor vom SF-36	geringe SWE (Werte bis 26)	-,5722210	1,00673234	35
	mittlere SWE (27-32)	,2186474	,86149477	37
	hohe SWE (33-40)	,3503768	,90167956	28
	Total	-,0212723	1,00378353	100
REGR factor score körperlicher Faktor vom SF-36	geringe SWE (Werte bis 26)	,0595645	,91421945	35
	mittlere SWE (27-32)	-,0892142	1,11904192	37
	hohe SWE (33-40)	-,0097747	1,00347491	28
	Total	-,0148986	1,01047741	100

Tabelle 16: Deskriptivstatistik der SWE und den Faktorscores des SF-36m Zpkt.1 (Hypothese 1)

Descriptive Statistics

CNS Gesamtscore		Mean	Std. Deviation	N
REGR factor score psychischer Faktor vom SF-36	geringe CNS	-,3370908	1,13711012	32
	mittlere CNS	-,0189147	,96492216	35
	hohe CNS	,3521814	,83190847	31
	Total	-,0054214	1,01531107	98
REGR factor score körperlicher Faktor vom SF-36	geringe CNS	-,1833793	,95912865	32
	mittlere CNS	,2424045	,99814792	35
	hohe CNS	-,0373296	1,03235350	31
	Total	,0148857	1,00267027	98

Tabelle 17: Deskriptivstatistik der CNS und den Faktorscores des SF-36m Zpkt.1 (Hypothese 2a)

Descriptive Statistics

	INS MZP1 3	Mean	Std. Deviation	N
REGR factor score	A,B,C	-,2815125	1,13857899	30
psychischer	D u. E	-,1116466	,97463802	38
Faktor vom SF-36	F,G	,3625128	,80087808	35
	Total	,0000000	1,00000000	103
REGR factor score	A,B,C	-,1530590	,89167174	30
körperlicher Faktor	D u. E	,0537370	1,09079326	38
vom SF-36	F,G	,0728504	,99883347	35
	Total	,0000000	1,00000000	103

**Tabelle 18: Deskriptivstatistik der INS und den Faktorscores des SF-36m Zpkt.1
(Hypothese 2b)**

Descriptive Statistics

	NV-SI Zeitpunkt 1, 3	Mean	Std. Deviation	N
REGR factor score	geringe NV (bis Wert 5)	-,3261354	1,05974371	25
psychischer	mittlere NV (Werte 6,7,8)	,1214647	,95616840	40
Faktor vom SF-36	hohe NV (9,10)	,0540084	,95937557	36
	Total	-,0133712	,99075567	101
REGR factor score	geringe NV (bis Wert 5)	-,2133985	,90905346	25
körperlicher Faktor	mittlere NV (Werte 6,7,8)	,0669189	1,07237984	40
vom SF-36	hohe NV (9,10)	,1338675	,96692229	36
	Total	,0213963	,99660610	101

**Tabelle 19: Deskriptivstatistik der Einzelitems NV und den Faktorscores des SF-36m
Zpkt.1 (Hypothese 2c)**

Descriptive Statistics

	TIN innen MZP1 3	Mean	Std. Deviation	N
REGR factor score	Zeit im Freien gering (bis 18,9 Stunden)	-,2764540	1,14247057	34
psychischer	Zeit im Freien mittel (19-28,9)	,1465504	,89273164	37
Faktor vom SF-36	Zeit im Freien hoch (ab 29 Stunden)	,2014721	,82539558	31
	Total	,0222408	,97900315	102
REGR factor score	Zeit im Freien gering (bis 18,9 Stunden)	,0337512	1,02861676	34
körperlicher Faktor	Zeit im Freien mittel (19-28,9)	,0039892	,99228007	37
vom SF-36	Zeit im Freien hoch (ab 29 Stunden)	-,0359308	1,02511386	31
	Total	,0017773	1,00477480	102

**Tabelle 20: Deskriptivstatistik von tatsächlich in der Natur verbrachter Zeit und den
Faktorscores des SF-36m Zpkt.1 (Hypothese 3a und 3b)**

Descriptive Statistics

Spiritualität Zeitpunkt		Mean	Std. Deviation	N
REGR factor score	1	,0170611	1,18234543	35
psychischer	2	-,1191958	,94301657	32
Faktor vom SF-36	3	,1907923	,82964077	33
	Total	,0307902	,99845678	100
REGR factor score	1	-,0322339	1,05181283	35
körperlicher Faktor	2	-,0490136	1,04202965	32
vom SF-36	3	,1079421	,93647708	33
	Total	,0086547	1,00417842	100

**Tabelle 21: Deskriptivstatistik SLSp und den Faktorscores des SF-36m Zpkt.1
(Hypothese 4)**

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Körperliche Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 1 transformierter Skalenwert	82,1154	52	16,75504	2,32351
	Körperliche Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	85,6731	52	14,85317	2,05976
Pair 2	Körperliche Rollenfunktion Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	58,1731	52	42,79487	5,93458
	Körperliche Rollenfunktion Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	70,6731	52	38,89439	5,39368
Pair 3	Körperliche Schmerzen Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	76,7981	52	26,98879	3,74267
	Körperliche Schmerzen Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	77,9904	52	26,84697	3,72300
Pair 4	Allgemeine Gesundheit Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	56,0000	52	17,65797	2,44872
	Allgemeine Gesundheit Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	65,2308	52	17,57964	2,43786
Pair 5	Vitalität Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	54,2453	53	25,52141	3,50564
	Vitalität Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	61,6038	53	25,73485	3,53495
Pair 6	Soziale Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	68,9904	52	26,48649	3,67302
	Soziale Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	78,6058	52	25,04121	3,47259
Pair 7	Emotionale Rollenfunktion Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	55,7692	52	44,14334	6,12158
	Emotionale Rollenfunktion Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	74,3590	52	40,48475	5,61422
Pair 8	Psychisches Wohlbefinden Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	58,8679	53	25,66503	3,52536
	Psychisches Wohlbefinden Zeitpunkt 2 transformierte Skalenwerte	69,2830	53	23,58322	3,23940

**Tabelle 22: Deskriptivstatistik Veränderung der SF-36 Skalenwerte von Zpkt.1 auf Zpkt.2
(Hypothese 5)**

Descriptive Statistics

Dependent Variable: SWE Differenz vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt

Geschlecht	SWE Zeitpunkt 1, 3	Mean	Std. Deviation	N
Frauen	geringe SWE (Werte bis 26)	6,2308	4,79850	13
	mittlere SWE (27-32)	,8333	3,25064	6
	hohe SWE (33-40)	-,5000	3,69685	4
	Total	3,6522	5,10444	23
Männer	geringe SWE (Werte bis 26)	5,2000	2,38747	5
	mittlere SWE (27-32)	1,3846	2,39925	13
	hohe SWE (33-40)	,7143	2,62769	7
	Total	1,9600	2,89367	25
Total	geringe SWE (Werte bis 26)	5,9444	4,22141	18
	mittlere SWE (27-32)	1,2105	2,61574	19
	hohe SWE (33-40)	,2727	2,93567	11
	Total	2,7708	4,14749	48

Tabelle 23: Deskriptivstatistik Veränderung der SWE von Zpkt.1 auf Zpkt.2 (Hypothese 6)

Descriptive Statistics

Dependent Variable: CNS Veränderung vom ersten auf den zweiten Zeitpunkt

Geschlecht	CNS Gesamtscore	Mean	Std. Deviation	N
Frauen	geringe CNS	5,8571	7,94625	7
	mittlere CNS	,7778	6,86982	9
	hohe CNS	-2,0000	5,03322	7
	Total	1,4783	7,17236	23
Männer	geringe CNS	3,3636	7,74949	11
	mittlere CNS	,3750	6,32314	8
	hohe CNS	-1,4286	2,14920	7
	Total	1,1538	6,36674	26
Total	geringe CNS	4,3333	7,69262	18
	mittlere CNS	,5882	6,41345	17
	hohe CNS	-1,7143	3,72989	14
	Total	1,3061	6,68706	49

Tabelle 24a: Deskriptivstatistik der Veränderung der CNS differenziert nach Ausprägung und Geschlecht (Hypothese 7)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	CNSGesamtscore1	49,37	49	9,353	1,336
	CNS Gesamtscore Zeitpunkt 2	50,6735	49	9,04707	1,29244

Tabelle 24b: Skala CNS Veränderung deskriptiv Gesamt (Hypothese 7)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: SP_Diff

Spiritualität Zeitpunkt 1 in 3 Gruppen	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
geringe SP (bis 23)	Frauen	1,6000	10,08960	5
	Männer	9,5000	15,37856	10
	Gesamt	6,8667	13,99932	15
mittlere SP (24-39)	Frauen	5,2500	10,87264	8
	Männer	8,1667	7,67898	6
	Gesamt	6,5000	9,41153	14
hohe SP (40-60)	Frauen	-4,3000	8,47283	10
	Männer	-6,2500	7,95972	8
	Gesamt	-5,1667	8,06773	18
Gesamt	Frauen	,3043	10,21779	23
	Männer	3,9167	13,37394	24
	Gesamt	2,1489	11,94549	47

Tabelle 25a: Deskriptivstatistik der Veränderung der SLSp differenziert nach Ausprägung und Geschlecht (Hypothese 8)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	SP_Gesamt1	32,79	47	16,511	2,408
	Gesamtskore der Spiritualitätsskala Zeitpunkt 2	34,94	47	16,126	2,352

Tabelle 25b: Skala SLSp Veränderung deskriptiv Gesamt (Hypothese 8)

Körp1_dif	steht für die Veränderungswerte der Skala Körperliche Funktionsfähigkeit vom ersten auf den zweiten Erhebungszeitpunkt
Köpr2_dif	Körperliche Rollenfunktion
Körp3_dif	Körperliche Schmerzen
Psych1_dif	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
Psych2_dif	Vitalität
Psych3_dif	Soziale Funktionsfähigkeit
Psych4_dif	Emotionale Rollenfunktion
Psych5_dif	Psychisches Wohlbefinden

Tabelle 26: Erläuterung der Beschriftung für untenstehende Deskriptivstatistiken

Descriptive Statistics

SWE Differenz in 3		Mean	Std. Deviation	N
körper1_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	-,7500	13,88629	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	5,3571	16,34535	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	10,4167	14,21560	12
	Total	4,0217	15,15181	46
körper2_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	-8,7500	39,13119	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	21,4286	42,58153	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	35,4167	57,85791	12
	Total	11,9565	48,51664	46
körper3_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	-8,7000	24,25978	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	8,5714	15,17698	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	19,5000	32,97726	12
	Total	3,9130	26,89079	46
psych1_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	6,7000	13,39324	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	10,0000	13,75052	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	15,9167	23,61609	12
	Total	10,1087	16,75872	46
psych2_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	,0000	15,55973	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	14,2857	17,95905	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	17,9167	28,79854	12
	Total	9,0217	21,54116	46
psych3_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	2,5000	21,30604	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	2,6786	14,02142	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	29,1667	33,85016	12
	Total	9,5109	25,84473	46
psych4_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	-3,3333	34,02785	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	35,7143	49,72452	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	36,1111	55,88287	12
	Total	18,8406	48,50973	46
psych5_dif	SWE Veränderung niedrig (bis 1)	2,0000	10,17737	20
	SWE Veränderung mittel (2 bis 4)	11,7143	16,85882	14
	SWE Veränderung hoch (5 bis 14)	22,6667	27,88722	12
	Total	10,3478	19,69683	46

Tabelle 27: Deskriptivstatistik Veränderung der SF-36m Skalenwerte und Veränderung der SWE (Hypothese 9)

Descriptive Statistics

	CNS_Diff_3	Mean	Std. Deviation	N
körper1_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	-3,2353	9,99080	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	1,8750	13,88944	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	8,9286	13,89225	14
	Total	2,1277	13,30024	47
körper2_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	-1,4706	56,92003	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	,0000	36,51484	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	30,3571	48,21683	14
	Total	8,5106	49,25439	47
körper3_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	-13,4412	22,33473	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	-,2813	27,21885	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	15,7857	23,25917	14
	Total	-,2553	26,65620	47
psych1_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	,9412	13,23570	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	8,0625	17,12880	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	15,4286	16,40222	14
	Total	7,6809	16,36288	47
psych2_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	2,3529	22,15835	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	1,2500	18,84144	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	17,1429	23,83552	14
	Total	6,3830	22,30476	47
psych3_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	2,9412	17,96775	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	10,1563	15,28803	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	16,0714	39,65857	14
	Total	9,3085	25,73222	47
psych4_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	9,8039	49,67213	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	6,2500	34,89402	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	35,7143	51,41466	14
	Total	16,3121	46,55906	47
psych5_dif	CNS Abnahme(-12 bis -2)	5,8824	14,97449	17
	CNS nahezu gleichbleibend (-1 bis 3)	8,0000	16,13278	16
	CNS Zunahme (4 bis 17)	14,5714	27,87255	14
	Total	9,1915	19,89389	47

Tabelle 28a: Deskriptivstatistik Veränderung der SF-36m Skalenwerte und Veränderung der CNS (Hypothese 10)

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
körper1_dif	,322	2	44	,726
körper2_dif	,840	2	44	,438
körper3_dif	,160	2	44	,852
psych1_dif	1,365	2	44	,266
psych2_dif	1,027	2	44	,366
psych3_dif	7,618	2	44	,001
psych4_dif	2,012	2	44	,146
psych5_dif	3,107	2	44	,055

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+age+diagnosen+CNS_Diff_3

Tabelle 28b: Prüfung auf Homogenität der Varianzen (Hypothese 10)

Deskriptive Statistiken

	SLSp Veränderung in drei Gruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Körperliche Funktionsfähigkeit	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	1,5385	13,44504	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	-,2778	7,37089	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	11,3333	21,08373	15
	Gesamt	4,0217	15,29777	46
Körperliche Rollenfunktion	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	,0000	33,85016	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	18,0556	46,81437	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	13,3333	56,58958	15
	Gesamt	11,4130	46,75780	46
Körperliche Schmerzen	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	-,8077	26,26273	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	-,6111	29,72796	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	7,8333	27,34219	15
	Gesamt	2,0870	27,68961	46
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	9,1538	18,99933	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	7,1667	16,11813	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	14,5333	17,39403	15
	Gesamt	10,1304	17,28533	46
Vitalität	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	-,3846	23,22548	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	4,4444	19,84416	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	18,6667	22,63583	15
	Gesamt	7,7174	22,69867	46
Soziale Funktionsfähigkeit	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	1,9231	14,29430	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	11,8056	28,91170	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	14,1667	25,81989	15
	Gesamt	9,7826	24,56752	46
Emotionale Rollenfunktion	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	-2,5641	34,59163	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	31,4815	49,13929	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	13,3333	54,62716	15
	Gesamt	15,9420	48,55397	46
Psychisches Wohlbefinden	Abnahme der SLSp (-22 bis -1)	2,4615	14,00366	13
	nahezu gleichgebliebende SLSp (0 bis 3)	8,0000	16,05872	18
	Zunahme der SLSp (4 bis 39)	16,8000	27,01111	15
	Gesamt	9,3043	20,23953	46

**Tabelle 29: Deskriptivstatistik SF-36m Veränderung und Veränderung der SLSp Werte
(Hypothese 11)**

Reliabilitätsanalysen

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Körperliche Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 1 transformierter Skalenwert	451,1505	28110,671	,533	,882
Körperliche Rollenfunktion Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	471,6359	21535,007	,682	,873
Körperliche Schmerzen Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	457,1893	25136,625	,669	,868
Allgemeine Gesundheit Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	473,2087	27076,970	,685	,872
Vitalität Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	474,3544	24732,158	,824	,855
Soziale Funktionsfähigkeit Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	461,0777	25487,366	,652	,869
Emotionale Rollenfunktion Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	474,3058	21118,580	,691	,874
Psychisches Wohlbefinden Zeitpunkt 1 transformierte Skalenwerte	471,7816	24983,717	,769	,860

Tabelle 30a: Reliabilitätsanalyse1 über die acht Skalen des SF-36m zum ersten Erhebungszeitpunkt

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,884	8

Tabelle 30b: Reliabilitätsanalyse2 über die acht Skalen des SF-36m

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item1	25,62	27,130	,572	,897
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item2	25,52	27,064	,649	,892
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item3	25,71	26,566	,535	,901
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item4	25,84	26,549	,625	,894
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item5	25,74	26,256	,679	,890
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item6	25,93	25,272	,736	,886
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item7	25,71	26,012	,700	,889
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item8	25,64	26,412	,684	,890
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item9	25,71	26,883	,712	,889
Allgemeine Selbstwirksamkeit serwartung Item10	25,80	27,209	,693	,890

Tabelle 31a: Reliabilitätsanalyse der Skala SWE zum ersten Erhebungszeitpunkt

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,901	10

Tabelle 31b: Reliabilitätsanalyse der Skala SWE zum ersten Erhebungszeitpunkt

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CNS Item 1	45,49	78,906	,654	,864
CNS Item 2	45,20	79,653	,666	,864
CNS Item 3	44,73	84,874	,527	,872
CNS Item 5	45,36	79,642	,635	,865
CNS Item 6	45,72	79,593	,523	,872
CNS Item 7	45,23	79,486	,649	,865
CNS Item 8	45,33	80,959	,588	,868
CNS Item 9	45,58	77,022	,786	,857
CNS Item 10	44,97	82,683	,613	,868
CNS Item 11	45,49	80,314	,621	,866
CNS Item 12	45,68	83,915	,372	,881
CNS Item 13	45,45	80,148	,565	,869
CNS Item 4 umcodiert Zeitpunkt1	45,09	89,349	,162	,890

Tabelle 32a: Reliabilitätsanalyse der Skala CNS zum ersten Erhebungszeitpunkt

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,879	13

Tabelle 32b: Reliabilitätsanalyse der Skala CNS zum ersten Erhebungszeitpunkt

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Spiritualität Item 1	27,90	210,545	,742	,963
Spiritualität Item 2	27,84	207,322	,869	,958
Spiritualität Item 3	27,79	211,432	,839	,959
Spiritualität Item 4	27,90	209,337	,908	,957
Spiritualität Item 5	28,06	211,878	,800	,960
Spiritualität Item 6	27,84	206,193	,837	,959
Spiritualität Item 7	27,99	214,505	,754	,962
Spiritualität Item 8	27,76	209,746	,831	,959
Spiritualität Item 9	27,65	206,013	,891	,957
Spiritualität Item 10	27,81	208,727	,877	,957

Tabelle 33a: Reliabilitätsanalyse der Skala SLSp zum ersten Erhebungszeitpunkt

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,963	10

Tabelle 33b: Reliabilitätsanalyse der Skala SLSp zum ersten Erhebungszeitpunkt

Faktorenanalysen

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,793	59,908	59,908	4,793	59,908	59,908	3,445	43,066	43,066
2	,984	12,302	72,209	,984	12,302	72,209	2,331	29,143	72,209
3	,647	8,086	80,296						
4	,464	5,806	86,101						
5	,388	4,845	90,946						
6	,358	4,478	95,424						
7	,239	2,986	98,410						
8	,127	1,590	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Tabelle 34: Faktorenanalyse des SF-36m zu psychischen- und körperlichen Faktor
Zpkt.1**

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,401	54,013	54,013	5,401	54,013	54,013
2	,888	8,885	62,898			
3	,785	7,852	70,750			
4	,625	6,246	76,996			
5	,543	5,426	82,422			
6	,438	4,381	86,803			
7	,431	4,313	91,116			
8	,363	3,627	94,743			
9	,279	2,791	97,534			
10	,247	2,466	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabelle 35: Faktorenanalyse der Skala SWE zum Zpkt.1

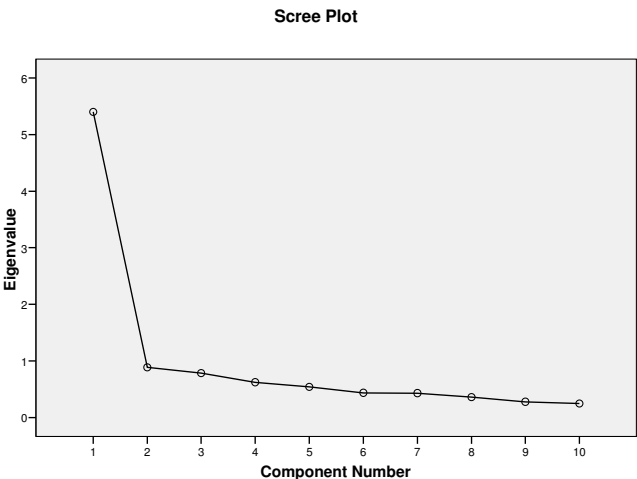


Abbildung 19: Scree Plot der Faktorenanalyse der Skala SWE zum Zpkt.1

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,639	43,377	43,377	5,639	43,377	43,377	3,921	30,164	30,164
2	1,303	10,026	53,403	1,303	10,026	53,403	3,021	23,239	53,403
3	,990	7,614	61,017						
4	,856	6,585	67,603						
5	,833	6,410	74,013						
6	,738	5,680	79,693						
7	,599	4,609	84,302						
8	,536	4,121	88,423						
9	,428	3,291	91,714						
10	,355	2,730	94,444						
11	,293	2,256	96,701						
12	,263	2,020	98,720						
13	,166	1,280	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabelle 36: Faktorenanalyse der Skala CNS zum Zpkt.1

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,553	75,532	75,532	7,553	75,532	75,532
2	,793	7,925	83,457			
3	,443	4,432	87,889			
4	,323	3,228	91,118			
5	,280	2,804	93,921			
6	,252	2,524	96,445			
7	,125	1,252	97,697			
8	,109	1,095	98,792			
9	,066	,662	99,454			
10	,055	,546	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabelle 37: Faktorenanalyse der Skala SLSp zum Zpkt.1

Abstract

In der wissenschaftlichen Theorie und Praxis verschiebt sich in den letzten Jahrzehnten der Fokus von der reinen Betrachtung von Erkrankungen der Individuen, hin zu einer stärker gesundheitsorientierten Sicht. Der Ausbau und die Aktivierung von Ressourcen sind besonders für die Gesundheitsförderung wesentlich. Die Betrachtung von Ressourcen, also von Potentialen, welche in speziellen Situationen als hilfreich erlebt werden, ist sehr komplex und noch nicht hinreichend untersucht. In dieser Arbeit wird die Bedeutung von den intrapersonalen Ressourcen allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, die Naturverbundenheit sowie der erlebte Rückhalt im Leben durch die individuelle Spiritualität, kurz als Spiritualität bezeichnet, für die subjektive Gesundheit, ins Zentrum des Interesses gerückt.

Die für die Datenerhebung kombinierte Quer- und Längsschnittsuntersuchung, durchgeführt bei alkoholabhängigen Frauen und Männern (N=105 und N=53 bei der Wiederholungsbefragung), welche sich zur stationären Rehabilitation am Anton Proksch Institut (API), Europas größter Suchtklinik befanden zeigt, dass nicht nur das Vorhandensein von Ressourcen, sondern auch die Veränderbarkeit einer Ressource von wesentlicher Bedeutung für eine gute subjektive Gesundheit sind.

Da bezüglich der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), anders als bei den beiden anderen angeführten Ressourcen eine gezielte Intervention am API durchgeführt wird, zeigt sich hier theoriekonform, dass ein ausgeprägtes Vorhandensein und auch eine gelungene Aktivierung dieser Ressource bedeutsam für die subjektive Gesundheit sind und sich durch teilweise hoch signifikante Ergebnisse ausdrückt. Da in den Längsschnittsdaten eine Erhöhung der Naturverbundenheit, selbst ohne Intervention bei einer ursprünglich geringen Ausprägung gefunden werden kann, zeigt sich auch, dass je höher die Zunahme dieser Ressource ist, eine Erhöhung der subjektiven Gesundheit stattfindet. Wobei sich signifikante Ergebnisse, anders als vorhin beschrieben, speziell in den körperlichen Bereichen finden. Der in der Literatur so häufig postulierte positive Effekt, von tatsächlich in der Natur verbrachter Zeit, auf die Gesundheit konnte nicht repliziert werden. Die situativen Rahmenbedingungen

als auch die gewählte Erhebungsmethode bieten sich als mögliche Erklärung für dieses Phänomen an.

Durch die Querschnittsanalyse der Daten konnte die Bedeutsamkeit der Ressource Spiritualität für die Gesundheit nicht bestätigt werden. Allerdings zeigt sich eine zu den theoretischen Grundlagen widersprüchliche, gegensinnige, signifikante Veränderungen der einzelnen Gruppen. Ebenso zeigen sich Hinweise, welche eine höhere Aktivierung der Spiritualität mit einer besseren subjektiven Gesundheit in Verbindung bringen lassen.

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass eine Förderwürdigkeit der Ressourcen Naturverbundenheit und Spiritualität besteht und eine Implementierung in der Praxis empfehlenswert ist. Ebenso konnte die in der Wissenschaft postulierte Bedeutsamkeit der allgemeinen Selbstwirksamkeit, als Ressource für die Gesundheit, untermauert werden. Mittels einer Erweiterung durch gezielte Interventionen, bezogen auf die Ressourcen Naturverbundenheit und Spiritualität, eine Analyse der Kontextvariablen und individuelle Motive der Personen, sowie einer weiteren Folgebefragung, könnten aufbauende und noch effektstärkere Aussagen getroffen werden.

Lebenslauf

Name: *Doris Hildegard Zeidler*
Geburtsdatum: *22. April 1978*
E-mail: *doris.zeidler@inode.at*
Nationalität: *Deutschland*

Ausbildungen

1984 - 1988	Volksschule, Tessenberg (Osttirol)
1988 - 1991	Hauptschule, Sillian (Osttirol)
1991 - 1992	Hauptschule, Abfalterbach (Osttirol)
1992 - 1994	Landwirtschaftliche Hauswirtschaftsschule, Lienz (Osttirol)
1994 - 1995	Fachschule für Textil- und Bekleidungskunde, Villach (Kärnten)
1995 - 1998	Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Lienz (Osttirol) Abschluss mit Diplom
2000 – 2001	Maturaschule Dr. Roland, Wien Abschluss Berufsreifeprüfung

Hochschulstudium

2002 - 2010	Diplomstudium Psychologie, Universität Wien Individuelles Diplomstudium der
2007 – laufend	Pflegewissenschaften, Universität Wien

Berufliche Erfahrungen

1998 - laufend	Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester im stationären und extramuralen Bereich bei verschiedenen Institutionen
2007 - laufend	Kursleitung im Bereich Gesundheitsförderung, Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität, Wien
2007	Fachliche Beratung für die Gestaltung der Pflegeprozesse im Softwareprogramm ICOSys
2007 - 2008	Wissenschaftliche Mitarbeit am Institut für Umwelthygiene, Medizinische Universität, Wien
2009 - laufend	Studienassistentin bei Ao.Univ.Prof. Dr. Rainer Maderthaner, Institut für psychologische Grundlagenforschung, Universität, Wien

Praktika und Fortbildungen

2006	Psychologisches Praktikum am Institut für Sozialmedizin, Wien
2008	Psychologisches Praktikum am Anton-Proksch-Institut, Europas größte Suchtklinik, Wien-Kalksburg
2007 - 2008	Zertifizierungskurs Kräuterpädagogik beim LFI, Niederösterreich
2009	Seminar „Kommunikationsmodelle für Coaching und Beratung“

Fremdsprachen

Englisch	Gut in Wort und Schrift
----------	-------------------------

Kongresse und Tagungen

05/2008	Fachtag Gartentherapie, Linz
10/2008	3. IPU-Kongress, Basel
11/2008	ÖGE-Jahrestagung „Methoden der Erfassung und Dokumentation der Ernährungs- und Gesundheitssituation“, Wien
11/2009	11. Österreichische Präventionstagung, "Gesundheitsförderung im kommunalen Setting. Gesund zusammenleben", Wien

Publikationen

Schoberberger, R. & Zeidler, D. (2007a). Experiences with patients in the first year after inpatient smoking cessation therapy [Abstract]. In ECL, German Cancer Society, Swiss Cancer League (Hrsg.), <i>ECToH 07 4th European Conference Tobacco or Health 2007</i> . Lengerich: Pabst Science Publishers.
Schoberberger, R. & Zeidler, D. (2007b). The fear of negative side effects of heavy smokers after stop smoking [Abstract]. In The WATCH (World Assemblies on Tobacco Counters Health) (Hrsg.), <i>5th World Assembly on Tobacco Counters Health</i> . (p. 26-27). New Delhi, India.
Schoberberger, R. & Zeidler, D. (2008). Are craving, weight gain and increasing complaints barriers of maintenance of abstinence after stopping smoking? <i>Psychology and Health</i> , 23 (Supplement 1). Bath: Roudlege.
Böhm, G., Adamowitsch, M., Bracharz, N., Zeidler, D. & Schoberberger, R. (2008). Veränderung der Ernährungsgewohnheiten im Rahmen eines Public Health Programms zur Gewichtsreduktion. <i>Die Ernährung</i> , 32. Korneuburg: Ueberreuter.

- Adamowitsch, M., Zeidler, D. & Schoberberger, R. (2009). Drop-outs und ihre Gründe für den Abbruch im Rahmen eines Public Health Programms zur Gewichtsreduktion – Eine Untersuchung des Kollektivs der Kursabbrecher des „Schlank ohne Diät“- Programms. *Ernährungsmedizin*, 11 (1), 21. Verfügbar unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/8110.pdf>
- Cervinka, R., Hefler, E. & Zeidler, D. (2009). *Measuring Connectedness with Nature beyond borders*. Manuscript submitted for publication.
- Cervinka, R., Zeidler, D., Karlegger, A. & Hefler, E. (2009). Connectedness with nature, well being, and time spend in nature [Abstract]. In H. Gutscher, H.J. Mosler, B. Meyer, S. Mischke & M. Soland (Eds.), *8th Biennial Conference Environmental Psychology*. (p. 130). Zurich: Universität Zürich.
- Hefler, E., Zeidler, D. & Cervinka, R. (2009). Connectedness with nature and support in life through spirituality [Abstract]. In H. Gutscher, H.J. Mosler, B. Meyer, S. Mischke & M. Soland (Eds.), *8th Biennial Conference Environmental Psychology*. (p. 84). Zurich: Universität Zürich.
- Schoberberger, R., Adamowitsch, M. & Zeidler D. (2009). Drop-outs of a public health programme and their reasons for non-compliance. *Psychology & Health*, 24 (Supplement1). (p.356). Pisa: Roudlege.