



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach
Schlaganfall: Empirische Überprüfung eines
biopsychosozialen Einflussfaktorenmodells

Verfasserin

Karin Hagenauer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: 298
Studienrichtung: Diplomstudium Psychologie
Betreuer: Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Ich möchte mich hiermit ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die mich bei meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Ein großer Dank gebührt Hr. Dr. Reinhold Jagsch, der meine Diplomarbeit sehr gut betreut und somit einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit geleistet hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Führungspersonen der an der Untersuchung teilnehmenden Rehabilitationszentren, die mir die Erhebung in ihren Zentren ermöglichten. Die beteiligten Zentren sind das neurologische Therapiezentrum Gmundnerberg (Altmünster), die Klinik Jesuitenschlössl (Passau), die Klinik Wilhering, das Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach und das Therapiezentrum Buchenberg (Waidhofen an der Ybbs).

Insbesondere ein Dankeschön aussprechen möchte den Psychologen und Psychologinnen, ebenso den Ärzten und Ärztinnen der genannten Zentren, die mich bei der Untersuchungsdurchführung kräftig unterstützt haben. Ohne ihr Engagement wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Abschließend gilt mein spezieller Dank meiner Schwester Gerda Hagenauer und meinem Freund Clemens Leitner, die während des gesamten Prozesses der Erstellung der Diplomarbeit eine große Unterstützung für mich waren.

Linz, 25.6.2013

Karin Hagenauer

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	DIE TEILHABE-ORIENTIERTE NEUROLOGISCHE REHABILITATION.....	4
2.1	DER WANDEL IM VERSTÄNDNIS VON REHABILITATION	4
2.1.1	<i>Biopsychosozialer Ansatz.....</i>	5
2.1.2	<i>Orientierung an der Teilhabe</i>	6
2.2	ICF ALS RAHMENMODELL FÜR DIE REHABILITATION.....	8
2.2.1	<i>ICF als biopsychosoziales Modell</i>	8
2.2.2	<i>ICF als Teilhabe-orientiertes Modell.....</i>	10
2.3	EINFLUSS DER KONTEXTFAKTOREN AUF DIE TEILHABE	10
3	RESSOURCENORIENTIERTER ANSATZ.....	12
3.1	RESSOURCENORIENTIERTE MODELLE	12
3.1.1	<i>Transaktionales Stressmodell von Lazarus</i>	13
3.1.2	<i>Salutogenese-konzept nach Antonovsky</i>	14
3.1.3	<i>Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker.....</i>	16
3.1.4	<i>Resilienzmodell nach Richardson</i>	17
3.2	AUSGEWÄHLTE RESSOURCEN.....	19
3.2.1	<i>Personal-psychische Ressourcen</i>	20
3.2.1.1	Selbstwirksamkeitserwartung	20
3.2.1.2	Dispositioneller Optimismus.....	22
3.2.1.3	Kohärenzgefühl.....	24
3.2.1.4	Hardiness	24
3.2.1.5	Resilienz	25
3.2.2	<i>Sozial-interpersonale Ressourcen.....</i>	26
3.2.2.1	Soziale Unterstützung	26
3.2.3	<i>Komplexes Zusammenspiel der Ressourcen.....</i>	28
3.3	RESSOURCENAKTIVIERUNG ALS PSYCHOLOGISCHE INTERVENTION.....	28
4	ANWENDUNG GENANNTER KONZEPTE AM BEISPIEL DES SCHLAGANFALLS	30
4.1	DER SCHLAGANFALL – EINE CHRONISCHE ERKRANKUNG	30
4.1.1	<i>Ressourcenorientierung in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall.....</i>	31
4.2	DIE SCHLAGANFALLREHABILITATION – ORIENTIERUNG AN DER TEILHABE.....	32
4.2.1	<i>Psychometrische Erfassung der Partizipation</i>	33
4.2.1.1	Psychometrische Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	34
4.3	AUSWIRKUNGEN DES SCHLAGANFALLS AUF DIE GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT	36
4.4	EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT.....	37
4.4.1	<i>Einfluss ausgewählter Ressourcen.....</i>	39
4.4.2	<i>Prädiktive Kraft eines biopsychosozialen Einflussfaktorenmodells.....</i>	40

5	ZUSAMMENFASSUNG DER THEORETISCHEN AUSFÜHRUNGEN	41
5.1	ZIELSETZUNG DER VORLIEGENDEN ARBEIT	43
6	METHODE	44
6.1	STUDIENDESIGN	44
6.2	STICHPROBE	44
6.2.1	<i>Ein- und Ausschlusskriterien.....</i>	<i>44</i>
6.2.2	<i>Stichprobenziehung</i>	<i>45</i>
6.2.3	<i>Zusammensetzung der Stichprobe</i>	<i>46</i>
6.3	ERHEBUNGSINSTRUMENTE	48
6.3.1	<i>Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC).....</i>	<i>49</i>
6.3.2	<i>Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).....</i>	<i>52</i>
6.3.3	<i>Deutsche Version des Life-Orientations-Tests (LOT-R).....</i>	<i>53</i>
6.3.4	<i>Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).....</i>	<i>55</i>
6.3.5	<i>Berliner Social-Support-Skalen (BSSS).....</i>	<i>56</i>
6.3.6	<i>Barthel-Index.....</i>	<i>57</i>
6.4	UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG	58
6.5	DATENANALYSE	60
7	FRAGESTELLUNG	60
8	ERGEBNISSE	63
8.1	GRUPPENUNTERSCHIEDE IN BEZUG AUF DIE GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT	63
8.1.1	<i>Soziodemografische Gruppenunterschiede</i>	<i>64</i>
8.1.2	<i>Krankheitsbezogene Gruppenunterschiede</i>	<i>66</i>
8.2	DESKRIPTIVER ÜBERBLICK.....	68
8.3	ÜBERPRÜFUNG DES BIOPSYCHOSOZIALEN EINFLUSSFAKTORENMODELLS	70
8.3.1	<i>Ergebnisse in Bezug auf das Leistungsvermögen.....</i>	<i>70</i>
8.3.2	<i>Ergebnisse in Bezug auf die Symptombelastung</i>	<i>71</i>
8.3.3	<i>Ergebnisse in Bezug auf die Genuss- und Entspannungsfähigkeit.....</i>	<i>72</i>
8.3.4	<i>Ergebnisse in Bezug auf die positive Stimmung</i>	<i>73</i>
8.3.5	<i>Ergebnisse in Bezug auf die negative Stimmung.....</i>	<i>74</i>
8.3.6	<i>Ergebnisse in Bezug auf das Kontaktvermögen</i>	<i>75</i>
8.3.7	<i>Ergebnisse in Bezug auf das Zugehörigkeitsgefühl.....</i>	<i>76</i>
8.3.8	<i>Gesamtüberblick über die Ergebnisse.....</i>	<i>77</i>
9	ERGEBNISDISKUSSION.....	79
10	RESÜMEE	86
10.1	METHODISCHE KRITIK.....	86
10.2	FORSCHUNGSAUSBLICK.....	89
	ABSTRACT (DEUSCH).....	91

ABSTRACT (ENGLISCH)	93
LITERATURVERZEICHNIS	95
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	108
TABELLENVERZEICHNIS	109
INDEX	111
ANHANG A: EINGESETZTE FRAGEBOGENBATTERIE	111
ANHANG B: EINZELITEMS DER EINGESETZTEN FRAGEBÖGEN	122
ANHANG C: LEBENSLAUF	125

1 Einleitung

Das Ziel in der neurologischen Rehabilitation ist die Optimierung der Teilhabe (= Partizipation) des Patienten/der Patientin am Leben trotz möglicher langfristiger Einschränkungen durch die Erkrankung (Rentsch & Bucher, 2005). Als Rahmenmodell für eine Teilhabe-orientierte Rehabilitation empfehlen Experten die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), da hier dem Konzept der Partizipation ein hoher Stellenwert eingeräumt wird (u.a. Fries, Lössl & Wagenhäuser, 2007). Im biopsychosozialen Modell der ICF sind es insbesondere die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren), die sowohl als Barrieren als auch Förderfaktoren Einfluss auf die Partizipation nehmen können (WHO, 2001).

Eine zentrale Fragestellung in der Teilhabeforschung liegt darin festzustellen, wie sich der Handlungsspielraum einer Person über die Kontextfaktoren positiv beeinflussen lässt (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2012). Viele Forscher (u.a. Geyh et al., 2004) sind sich einig, dass vor allem die personbezogenen Faktoren im Rahmen des Rehabilitationsprozesses und in der Forschung vermehrt Berücksichtigung finden sollten. Es wird empfohlen, dabei auf das umfangreiche Wissen der Verhaltenswissenschaften und der Psychologie zurückzugreifen (Stucki, Cieza & Melvin, 2007).

Die Psychologie kann vor allem mit den Erkenntnissen aus dem ressourcenorientierten Ansatz, der seinen Fokus auf Faktoren richtet, die dazu beitragen, dass Menschen trotz auf sie einströmender Belastungen körperlich und psychisch gesund bleiben (Reimann & Hammelstein, 2006), einen wesentlichen Beitrag zur Teilhabeforschung leisten. Dieser Ansatz beschäftigt sich mit Ressourcen und kann somit der Forderung nach vermehrter Berücksichtigung der Förderfaktoren zur Verbesserung der Teilhabe (Threats, 2007) gerecht werden. Als wesentliche Ressourcen haben sich in den unterschiedlichsten Studien zu Gesundheit und Krankheit die personalpsychischen Ressourcen „Selbstwirksamkeitserwartung“ (u.a. Schwarzer, 1994), „dispositioneller Optimismus“ (u.a. Wang, Hay, Clarke & Menahem, 2012) und „Resilienz“ (u.a. Connor & Davidson, 2003) erwiesen, ebenso wie die sozialinterpersonale Ressource „soziale Unterstützung“ (u.a. Boehmer, Luszczynska & Schwarzer, 2007).

Konkret auf das Beispiel der neurologischen Erkrankung des Schlaganfalls angewandt, ist auch hier zu fordern, dass die Teilhabe des Patienten/der Patientin Priorität

hat und letztlich den Therapieerfolg bestimmt (Frommelt & Lösslein, 2010). In der Forschung zur Schlaganfallrehabilitation wird zumeist auf das Konstrukt der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ als Indikator für Partizipation zurückgegriffen (Salter et al., 2005). Eindeutig ist die Evidenzlage dahingehend, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach einem Schlaganfall reduziert ist (u.a. Sturm et al., 2004). Während es für die akute Phase nach einem Schlaganfall viele Untersuchungen gibt, die relativ einheitlich zu dem Ergebnis kommen, dass die Behinderung der wesentlichste Einflussfaktor ist (u.a. Algurén, Fridlund, Cieza, Sunnerhagen & Christensson, 2012), ist die Studienlage für die chronische Phase dünn gesät. Genau hier möchte die vorliegende Arbeit einen Erkenntnisfortschritt bringen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Einflussfaktoren auf biopsychosozialer Ebene zu identifizieren, die maßgeblich für die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall verantwortlich sind. Von besonderem Interesse sind neben dem Prädiktor der Behinderung – erfasst über „Selbstständigkeit im Alltag“ – die sich im ressourcenorientierten Ansatz als bedeutsam erwiesenen personal-psychischen Ressourcen „Selbstwirksamkeitserwartung“, „dispositioneller Optimismus“ und „Resilienz“, genauso wie die sozial-interpersonale Ressource „soziale Unterstützung“. Mit der Aufnahme der „neuen“ personal-psychischen Ressourcen in das Prädiktorenmodell – neben den hoch evidenten Einflussfaktoren Behinderung und soziale Unterstützung – wird der Forderung nach vermehrter Berücksichtigung der personbezogenen Faktoren im Sinne von Förderfaktoren nachgekommen. Dadurch sollte eine Weiterentwicklung des Forschungsstands zu Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach einem Schlaganfall vorangetrieben und somit eine theoretische Basis für Interventionen zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gelegt werden.

Um die angesprochene Zielsetzung zu erreichen, wurde als Methode ein Querschnittsdesign gewählt, das einen quantitativen Forschungszugang aufweist. Es handelt sich um eine Multicenter-Studie, bei der Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase in insgesamt fünf Rehabilitationszentren mittels einer Fragebogenbatterie befragt wurden.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in folgende Kapitel:

In Kapitel 2 wird die Rehabilitation mit den zentralen Aspekten „Teilhabe-Orientierung“ und „biopsychosozialer Ansatz“ und deren Rahmenmodell – die ICF – genau vorgestellt. Bezug nehmend auf die begründete Fokussierung der Reha-

bilitation auf den Aspekt der Teilhabe werden noch Möglichkeiten der Beeinflussung derjenigen über die Kontextfaktoren – insbesondere der Förderfaktoren – diskutiert. Den Fokus auf Förderfaktoren (Ressourcen) legt auch Kapitel 3, das dem Leser den ressourcenorientierten Ansatz der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie näherbringen möchte. Dazu werden sowohl Modelle dieses Ansatzes als auch Anwendungen in der klinisch-psychologischen Praxis vorgestellt, ebenso wie ausgewählte Ressourcen bei Gesundheit und Krankheit näher beschrieben und diskutiert werden. In Kapitel 4 werden die in Kapitel 2 und 3 ausführlich dargestellten theoretischen Grundlagen konkret am Beispiel des Schlaganfalls und dessen Rehabilitation angewandt. Hier liegt das Interesse an der chronischen Phase des Schlaganfalls und den möglichen Einflussfaktoren auf den Aspekt der Teilhabe, deren Prädiktionskraft im Rahmen eines biopsychosozialen Modells diskutiert wird. Kapitel 5 fasst schlussendlich die theoretischen Überlegungen der vorherigen Kapitel zusammen, und die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit wird dargestellt. Im empirischen Teil wird zuerst die eingesetzte Methodik inklusive der Durchführung der Untersuchung und der Datenauswertung (Kapitel 6) beschrieben, bevor in Kapitel 7 daraus die wissenschaftliche Fragestellung und die sich daraus ergebenden Hypothesen abgeleitet werden. Anschließend werden die Ergebnisse dargestellt (Kapitel 8) und diskutiert (Kapitel 9). Kapitel 10 rundet die Arbeit mit einem Resümee, das sowohl eine methodische Kritik als auch einen Forschungsausblick beinhaltet, ab.

2 Die Teilhabe-orientierte neurologische Rehabilitation

Während in Kapitel 2.1 der Wandel im Verständnis der Rehabilitation am Beispiel des Schlaganfalls illustriert wird und darüber hinaus auch die Eckpfeiler des neuen Ansatzes „Teilhabe-Orientierung“ und „biopsychosozialer Ansatz“ genau erläutert werden, wird in Kapitel 2.2 darauf aufbauend erklärt, warum die ICF ein geeignetes Rahmenmodell für die Rehabilitation darstellt. Bezug nehmend auf die begründete Fokussierung der Rehabilitation auf den Aspekt der Teilhabe wird in Kapitel 2.3 die Möglichkeit der Beeinflussung derjenigen über die Kontextfaktoren diskutiert.

2.1 Der Wandel im Verständnis von Rehabilitation

In den letzten Jahrzehnten war die Rehabilitation einem Paradigmenwechsel unterworfen. Im aktuellen Verständnis ist Rehabilitation ein umfassender Prozess, der sowohl biologische als auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt und die Teilhabe der Person am gesellschaftlichen Leben in den Mittelpunkt rückt (u.a. Fries et al., 2007; Stucki et al., 2007).

Rentsch und Bucher (2005) illustrieren am Beispiel des zerebrovaskulären Insults den Wandel im Qualitätsverständnis in der Neurorehabilitation von den 1970er Jahren bis zum jetzt gültigen Verständnis (siehe Tabelle 1). In den 1970er Jahren sah man in einem Schlaganfall eine schicksalhafte Erkrankung mit einer gewissen spontanen Rückbildungstendenz. Das Outcome wurde ausschließlich anhand der Veränderung an Körperfunktionen und Körperstrukturen beurteilt. Da die spontane Erholung als entscheidend für das Wiedererlangen von Selbstständigkeit galt, sah man wenig Sinn in Rehabilitationsinterventionen. Als Qualitätsstandard diente ein Nichtauftreten von Pflegeschäden, als Messstandard die Dokumentation der vorliegenden Befunde. In den 1980er Jahren erkannte man den Nutzen von Rehabilitation nach einem Insult, was zu einer vermehrten stationären Rehabilitation mit standardisierten Programmen führte. Als Erfolgsparameter dienten die Basis-ADL's und auch die Mobilität, gemessen mittels Assessments wie beispielsweise dem Barthel-Index. Man ging davon aus, dass die Selbstständigkeit in den ADL's und in der Mobilität eine Integration in den Alltag garantiert, was sich jedoch als falsch herausstellte. Trotz erfolgreichem Abschluss der Rehabilitation blieben viele Schlaganfallpatienten und -patientinnen in ihrer Teilhabe am Gesellschafts- und Sozialleben erheblich eingeschränkt. Dies führte zu der Weiterentwicklung des Qualitätsverständnisses in der Neurorehabilitation, das der Reintegration des Patienten/der Patientin ins gesell-

schaftliche Leben höchste Priorität zuspricht. Individuelle, auf die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten/der Patientin zugeschnittene Rehabilitationsprogramme wurden entwickelt, die auch den Kontext des Patienten/der Patientin als wesentlichen hemmenden oder fördernden Faktor berücksichtigen. Partizipation und Kontext wurden somit zu Hauptbegriffen der Rehabilitation. Mit diesem neuen Verständnis stieg auch die Bedeutung partizipationsbezogener Outcomevariablen, die das Resultat in einem zeitlichen Abstand nach der Rehabilitation erfassen sollten. Zur Erfassung des Partizipationsaspekts werden dabei häufig Messinstrumente zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität eingesetzt.

Tabelle 1: Veränderung des Qualitätsverständnisses in der Neurorehabilitation (modifiziert nach Rentsch & Bucher, 2005, S. 46)

	1970	1980	2000
Komponenten	Körperfunktion Körperstruktur	Aktivitäten	Partizipation
Erfolgsparameter	Selbstheilung	Basis-ADL´s, Mobilität	Reintegration ins gesellschaftliche Leben
Rehabilitationsintervention	Ohne Nutzen	standardisierte, stationäre Rehabilitation	diversifiziertes Rehabilitationsprogramm
Hypothese	Schicksal entscheidet	Unabhängigkeit in ADL´s führt zu Partizipation	Partizipation braucht gezielte Interventionen
Qualitätsstandards	keine Pflugeschäden	Selbstständigkeit in ADL- Basisfunktionen	Partizipation
Messinstrumente	Dokumentation	Barthel-Index, FIM etc.	Lebensqualität, SF-36 etc.

2.1.1 Biopsychosozialer Ansatz

Das „neue“ Rehabilitationsmodell berücksichtigt sowohl biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren auf Funktionsfähigkeit und Behinderung. Dabei wurden sowohl das medizinische Modell, das Behinderung ausschließlich als Problem der betroffenen Person ausgelöst durch eine Erkrankung betrachtet, als auch das soziale Modell, das Behinderung als sozial erzeugtes Problem sieht, in ein biopsychosoziales Modell integriert (Solli & Da Silva, 2012; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Stucki et al. (2007) diskutieren, dass eine biopsychosoziale Betrachtung einen ganz anderen Zugang zur Rehabilitation eröffnet, der neben einer reinen Funktions- und Aktivitätsverbesserung auch andere Zielsetzungen in den Mittelpunkt rückt. Hier

nennen sie beispielsweise den Abbau von hemmenden Umweltbedingungen, die Unterstützung von Angehörigen oder auch die Stärkung persönlicher Ressourcen.

Die umfassende biopsychosoziale Betrachtung von Rehabilitation spiegelt sich auch in der Definition von Rehabilitation durch die UN (1994, zitiert nach Schuntermann, 2005):

Der Begriff „Rehabilitation“ bezieht sich auf einen Prozess, der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihr optimales *physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und/oder soziales Funktionsniveau* [Hervorhebung v. Verf.] erreichen und aufrecht erhalten, ihnen also Hilfestellungen zur Änderung ihres Lebens in Richtung eines höheren Niveaus der Unabhängigkeit gegeben werden. (S. 13)

2.1.2 Orientierung an der Teilhabe

Von großer Bedeutung im aktuellen Verständnis von Rehabilitation ist der Aspekt der Partizipation. Im Gegensatz zur kurativen Medizin, deren Fokus auf der Behebung von Organschäden liegt, ist es das übergeordnete Ziel der Rehabilitation, die Teilhabe des Patienten/der Patientin am Leben trotz möglicher langfristiger Einschränkungen durch die Erkrankung zu optimieren (Rentsch & Bucher, 2005). Dieses Ziel der Teilhabe – ermittelt über Indikatoren wie Wohlbefinden oder gesundheitsbezogene Lebensqualität – hat im Rehabilitationsprozess somit Priorität (Wade, 2005) und bestimmt letztlich auch den Therapieerfolg (Frommelt & Lösslein, 2010). Alle Rehabilitationsbemühungen sollten infolgedessen auf dieses Ziel gerichtet werden, wobei es hier gilt, biopsychosoziale Ansätze zu integrieren (Stucki et al., 2007). Teilhabe wird von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (2012) folgendermaßen definiert:

Teilhabe ist dann gegeben, wenn eine Person sozial eingebunden ist, d. h. wenn individuelle und umweltbezogene Faktoren es ermöglichen, dass die Person die sozialen Rollen, die ihr wichtig und ihrer Lebenssituation angemessen sind (z. B. in der Familie, im Beruf, in der sozialen, religiösen und politischen Gemeinschaft), auch einnehmen und zu ihrer Zufriedenheit ausfüllen kann. (S. 2)

Die von der deutschen Bundesarbeitsgesellschaft für Rehabilitation (BAR) formulierten Handlungsprinzipien der Rehabilitation betonen die Bedeutung der Teilhabe. Insgesamt wurden fünf Handlungsprinzipien formuliert: Finalität, Ganzheitlichkeit, Interdisziplinarität, Komplexität/Individualität und Selbstbestimmung/Teilhabe/Ressourcenbestimmung (Stähler, 2005). Die Handlungsprinzipien sind in Abbildung 1 dargestellt.



Abbildung 1: Teilhabe-orientierte Handlungsprinzipien der BAR

Das Prinzip der Ganzheitlichkeit beinhaltet, dass zusätzlich zur Behandlung einer Krankheit auch die Auswirkungen auf die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe berücksichtigt werden müssen. Um dem ganzheitlichen Ansatz gerecht zu werden, müssen Mitglieder des Rehabilitationsteams interdisziplinär zusammenarbeiten (Prinzip der Interdisziplinarität). Finalität bedeutet, dass der Rehabilitationserfolg immer auf der Ebene der Partizipation zu bestimmen ist und infolgedessen alle Interventionsbemühungen auf das Partizipationsziel hin auszurichten sind. Das Prinzip der Komplexität und Individualität wird der Tatsache gerecht, dass der Prozess der Rehabilitation und der Teilhabe sehr komplex ist und interindividuell stark variieren kann. Infolgedessen muss auch der Rehabilitationsprozess individuell am Partizipationsziel orientiert gestaltet sein und bedarf keines einheitlichen Standardverfahrens. Das Prinzip der Selbstbestimmung, Teilhabe und Ressourcenorientierung umfasst das Leitprinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“. Betroffene Menschen sollen dazu befähigt werden, ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft selbstbestimmt zu gestalten und dabei Verantwortung zu übernehmen. Diese Verantwortungsübernahme bedeutet auch, die eigenen Ressourcen zu nutzen und möglicherweise auch das eigene gesundheitsbezogene Verhalten zu verändern (Stähler, 2005).

Fries et al. (2007) weisen darauf hin, dass die Umsetzung einer Teilhabeorientierten Rehabilitation auch eine Reformierung der Denkweise von einer „bottom-up“- zu einer „top-down“-Betrachtung erfordert. Behinderung lässt sich nicht

wie im bottom-up-Modell linear aus einer Funktionsstörung erklären. Dies bedeutet, dass es nicht möglich ist, durch eine Verbesserung der Funktionsstörung automatisch auf eine Verbesserung der Aktivitäten oder der Partizipation zu schließen. Schon Rentsch und Bucher (2005) hielten fest, dass es oft trotz guter Rehabilitationsergebnisse auf Funktions- oder Aktivitätsebene zu keiner Umsetzung im Alltag beziehungsweise zu keiner verbesserten Partizipation kommt. Um tatsächlich die Partizipation als übergeordnetes Rehabilitationsziel zu fokussieren, empfehlen Fries et al. (2007) eine top-down-Betrachtungsweise (siehe Abbildung 2). Ausgehend davon, wie sich eine Person in ihrem Lebensumfeld tatsächlich verhält, gilt es, Partizipationseinschränkungen zu identifizieren, um dann deren multifaktoriellen Ursachen und Einflussfaktoren zu erforschen. Einfluss können sowohl Aktivitäten und Körperfunktionen als auch die äußeren und inneren Kontextfaktoren haben. Somit wird auch bei der Betrachtung der Einflussfaktoren auf den Aspekt der Partizipation eine ganzheitliche biopsychosoziale Sichtweise empfohlen.



Abbildung 2: Top-down-Betrachtungsweise

2.2 ICF als Rahmenmodell für die Rehabilitation

Als Rahmenmodell für eine Teilhabe-orientierte ganzheitliche (biopsychosoziale) Rehabilitation empfehlen Experten die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (u.a. Fries et al., 2007; Grimby, Melvin & Stucki, 2007; Rentsch & Bucher, 2005; Stucki et al., 2007). Das Konzept der ICF beinhaltet die zentralen Begriffe Kontextfaktoren, Ressourcenorientierung und Partizipation (Schliehe, 2006).

2.2.1 ICF als biopsychosoziales Modell

Die ICF wurde 2001 von der WHO verabschiedet und stellt eine Weiterentwicklung der ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) dar. Im Gegensatz zur ICIDH, die vor allem als kausales Krankheitsfolgemodell konzipiert ist (d.h. aus einer Krankheit resultieren negative Folgen in Form von Beeinträchtigungen und Handicap), basiert die ICF auf einem komplexen Wechselwir-

kungsmodell (Schliehe, 2006). Es kommt zu Wechselwirkungen zwischen einem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren, die infolge der Kritik an der ICIDH in das Modell der ICF mit aufgenommen wurden (Stucki et al., 2007).

Unter Kontextfaktoren versteht man in der ICF die personbezogenen Faktoren und die Umweltfaktoren. Die personbezogenen Faktoren sind „der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind“ (WHO, 2001, S. 22). Als Beispiele werden u.a. Geschlecht, Alter, sozialer Hintergrund oder auch der Bewältigungsstil genannt. Unter Umweltfaktoren subsummiert die WHO (2001) „die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten“ (S. 21). Diese Kontextfaktoren bestimmen das Ausmaß der Funktionsfähigkeit (bzw. Behinderung) eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem. Funktionsfähigkeit ist dabei ein Oberbegriff für Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation, der die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren in den Mittelpunkt rückt. Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit wird in der ICF als Behinderung bezeichnet (WHO, 2001). Stucki et al. (2007) sehen in der ICF das aktuellste und umfassendste Modell, um Funktionsfähigkeit und Behinderung zu beschreiben. Das Wechselwirkungsmodell der ICF ist in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

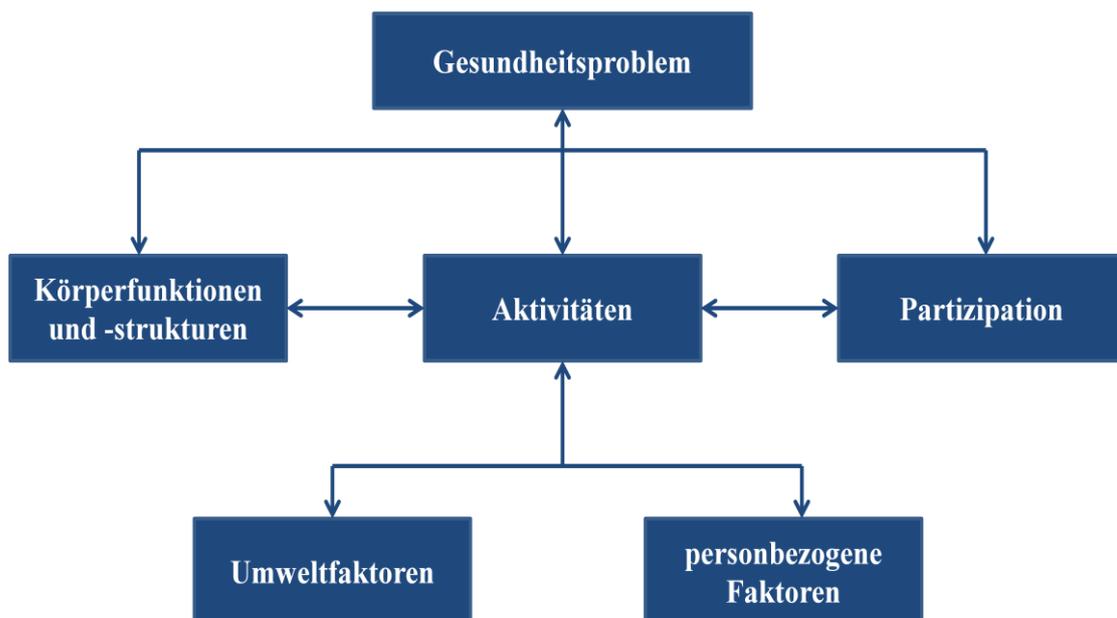


Abbildung 3: Wechselwirkungsmodell der ICF (modifiziert nach WHO, 2001, S. 23)

Die ICF kann insgesamt als biopsychosoziales Modell bezeichnet werden, da es neben der Funktionsfähigkeit beziehungsweise Behinderung (biologischer Aspekt) auch die Umweltfaktoren (sozialer Aspekt) und die personbezogenen Faktoren (psychologischer Aspekt) berücksichtigt (WHO, 2001).

Als Erweiterung zum defizitorientierten Krankheitsfolgemodell der ICIDH integriert die ICF den ressourcenorientierten Ansatz, indem es im Bereich der Kontextfaktoren nicht nur Barrieren berücksichtigt, sondern auch Ressourcen (in der Nomenklatur der ICF als Förderfaktoren bezeichnet) (Schliehe, 2006).

2.2.2 ICF als Teilhabe-orientiertes Modell

Eine andere Weiterentwicklung der ICF im Gegensatz zur ICIDH ist, dass das Konzept der Partizipation in den Mittelpunkt gerückt wurde (Schliehe, 2006). Partizipation bedeutet laut der Definition der WHO (2001) das Einbezogensein in eine Lebenssituation, womit der gesellschaftliche Aspekt der Funktionsfähigkeit angesprochen wird. Nach dem Konzept der ICF ist die Integration der Betroffenen in Gemeinschaft und Gesellschaft das entscheidende Ziel und stellt die Grundlage für Rehabilitationskonzepte und Interventionen dar (Schliehe, 2006).

Die ICF ist generell die einzige internationale Klassifikation, die Teilhabe explizit berücksichtigt, und wird von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (2012) als Rahmenkonzept zur Teilhabeforschung empfohlen. Neben der Bedeutung für die Forschung wird die ICF auch als nützliches Instrument in der täglichen Rehabilitationspraxis zur Identifizierung von Einflussfaktoren auf die Partizipation propagiert (Rimmer, 2006).

2.3 Einfluss der Kontextfaktoren auf die Teilhabe

Die gezielte Förderung von Teilhabe ist nur möglich, wenn die vielfältigen Zusammenhänge zwischen einem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren verstanden und in der Interventionsplanung berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist ein Schwerpunkt in der Forschung zur Teilhabe der kontextorientierte Ansatz. Darunter versteht man die Analyse des Zusammenspiels des Gesundheitsproblems und der daraus resultierenden Funktionsfähigkeit mit den personbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren (Arbeitsgruppe „Teilhabeforschung“ des Ausschusses „Rehabilitation“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, 2012).

Geyh et al. (2004) ebenso wie Granlund, Erikson und Ylven (2004) plädieren insbesondere für eine vermehrte Berücksichtigung des Einflusses personbezogener Faktoren im Rahmen des Rehabilitationsprozesses und in der Forschung. Stucki et al. (2007) empfehlen hier, auf das Wissen der Verhaltenswissenschaften und der Psychologie zurückzugreifen. Grotkamp et al. (2012) gehen sogar so weit, dass sie die personbezogenen Faktoren als blinden Fleck bezeichnen, da diese – im Gegensatz zu den Umweltfaktoren – in der ICF nur definiert, aber nicht klassifiziert werden. Sie empfehlen eine konkrete Klassifikation der personbezogenen Faktoren. Dabei sollten sowohl einfache, von der Person nicht veränderbare Merkmale wie beispielsweise Alter und Geschlecht ebenso berücksichtigt werden wie komplexe persönliche Faktoren, wie beispielsweise Einstellungen oder Verhaltensgewohnheiten.

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2012) sieht eine zentrale Fragestellung der Teilhabeforschung darin festzustellen, wie sich der Handlungsspielraum einer Person über die Kontextfaktoren positiv beeinflussen lässt. Trabacca, Moro und Gennaro (2012) berichten von überraschend positiven Outcomes in Bezug auf die Partizipation, wenn personbezogene Faktoren und Umweltfaktoren als Förderfaktoren wirken. Dies entspricht der Meinung von Threats (2007), der kritisch anmerkt, dass es für die Verbesserung der Partizipation wichtig sei, sich nicht nur auf den Abbau von Barrieren zu konzentrieren, sondern auch auf die Optimierung von Förderfaktoren.

Dieser auf die Förderfaktoren fokussierte Blickwinkel der ICF-basierten, kontextorientierten Teilhabeforschung deckt sich mit dem ressourcenorientierten Ansatz, der in der Gesundheitspsychologie entwickelt wurde. Auch dieser richtet den Fokus auf Faktoren, die dazu beitragen, dass Menschen trotz auf sie einströmender Belastungen körperlich und psychisch gesund bleiben (Reimann & Hammelstein, 2006). Insbesondere beim Auftreten einer Krankheit als belastendes Ereignis und der folgenden Krankheitsbewältigung scheinen soziale und persönliche Ressourcen großen Einfluss zu haben (Schwarzer, 2004). Der ressourcenorientierte Ansatz wird im folgenden Kapitel 3 genauer vorgestellt.

3 Ressourcenorientierter Ansatz

Bevor in Kapitel 3.2 ausgewählte Ressourcen bei Gesundheit und Krankheit näher beschrieben und diskutiert werden, widmet sich Kapitel 3.1 ausgewählten Modellen, die dem ressourcenorientierten Ansatz zugrunde liegen. Abgerundet wird das Kapitel durch die in Kapitel 3.3. dargestellte, aus dem Ressourcenansatz entwickelte psychologische Intervention der Ressourcenaktivierung.

3.1 Ressourcenorientierte Modelle

Eine große Erweiterung in der Klinischen und Gesundheitspsychologie ist die Erweiterung der Perspektiven dahingehend, dass nicht mehr ausschließlich Risikofaktoren für Krankheit oder Störungen untersucht werden. Ergänzend stehen protektive Faktoren im Sinne von allgemeinen Ressourcen der Person und ihrer Umwelt im Zentrum des Interesses (Beesdo, 2006; Reimann & Hammelstein, 2006). Grawe und Grawe-Gerber (1999) definieren Ressource folgendermaßen:

Als Ressource können jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des 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. 66–67)

Dem ressourcenorientierten Ansatz liegen verschiedenste Konzepte und Modelle zugrunde. Es handelt sich dabei vorwiegend um Stressbewältigungsmodelle, da die zentrale Frage lautet, welche Faktoren dazu beitragen, dass Menschen trotz auf sie einströmender Belastungen körperlich und psychisch gesund bleiben (Reimann & Hammelstein, 2006).

Gemäß facheinschlägiger Literatur scheinen insbesondere das transaktionale Stressmodell von Lazarus, das ebenfalls den Stressbewältigungsmodellen zuzuordnende Salutogenesekonzept von Antonovsky und das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker wesentlich für das Forschungsfeld zu sein. Diese werden nun genauer vorgestellt, wobei gezielt die Ressourcenorientierung dieser Konzepte aufgezeigt werden soll. Zusätzlich wird auch noch auf das aus der sehr

aktuellen Resilienzforschung stammende Resilienzmodell von Richardson eingegangen, das vor allem als vereinfachtes Erklärungsmodell für Patienten und Patientinnen einen hohen Stellenwert genießt (Richardson, 2002).

3.1.1 Transaktionales Stressmodell von Lazarus

Beim transaktionalen Stressmodell von Lazarus handelt es sich um eine Stresstheorie, die ihren Fokus auf die kognitive Komponente legt. Stress ist nicht per se vorhanden oder nicht vorhanden, sondern Stress ist ein transaktionales Geschehen zwischen einer Person und einer Situation. Besondere Bedeutung bei der Entstehung von Stress wird dabei der kognitiven Einschätzung (appraisal) beigemessen. Bei der primären Einschätzung (primary appraisal) wird das Ereignis als Herausforderung, Bedrohung oder Schaden/Verlust beurteilt. Dazu werden hauptsächlich Informationen aus der Umwelt verarbeitet. Im Rahmen der sekundären Einschätzung (secondary appraisal) beurteilt die Person, ob sie genügend Ressourcen hat, um die gegebene Situation zu bewältigen. Bei der Ressourceneinschätzung werden vor allem Merkmale der Person, wie Kompetenzen, Überzeugungen oder Selbstwirksamkeitserwartung, aber auch Umweltmerkmale, wie soziale oder finanzielle Unterstützung, herangezogen. Stress entsteht dann, wenn die Anforderungen die Ressourcen einer Person übersteigen. Nach den Bewertungsprozessen, die sich zeitlich überlappen und gegenseitig beeinflussen können, werden Bewältigungsaktionen (Coping) gesetzt. Lazarus unterscheidet hier zwischen problemorientierten und emotionsorientierten Strategien. Erfolgreiche Copingstrategien führen zu positiven Zuständen, wie beispielsweise Gesundheit oder Wohlbefinden (Kirchler & Hölzl, 2008; Schwarzer, 2004) (siehe Abbildung 4).

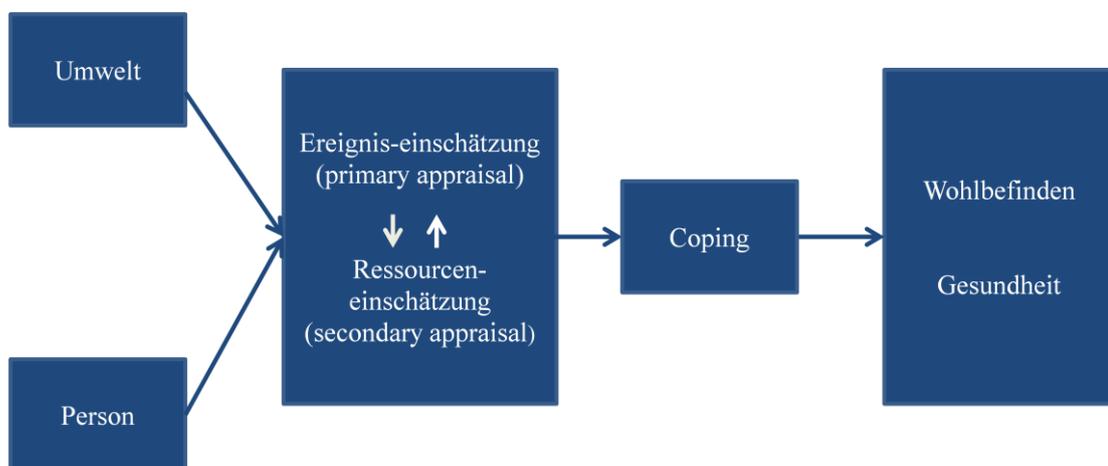


Abbildung 4: Transaktionales Stressmodell von Lazarus (modifiziert nach Schwarzer, 2004, S. 155)

Dieses dreistufige Modell, das besagt, dass Ressourcen das Coping beeinflussen und dieses Coping wiederum verschiedenste Outcome-Kriterien, konnte in vielen Untersuchungen belegt werden. Holahan, Holahan, Moos und Brennan (1997) beispielsweise zeigten an einer Stichprobe von Herzpatienten und -patientinnen, dass jene, die soziale Unterstützung erfuhren, vermehrt aktive Copingstrategien anwandten und in Folge weniger depressive Symptome aufwiesen. Boehmer et al. (2007) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis bei einer Untersuchung von Patienten und Patientinnen nach Tumoroperation. Auch hier bewirken die Ressourcen soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung eine Anwendung aktiver Copingstrategien, was in Folge zu einer erhöhten gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt.

Coping ist somit eine Mediatorvariable zwischen Ressourcen und Outcome-Variablen, wobei Untersuchungen zeigen, dass es auch direkte Effekte von Ressourcen auf Outcome-Variablen gibt (u.a. Boehmer et al., 2007; Luszczynska, Mohamed & Schwarzer, 2005).

3.1.2 Salutogenesekonzept nach Antonovsky

Beim Begriff Salutogenese handelt es sich um eine Wortneuschöpfung, die von Antonovsky geprägt wurde, um die Abgrenzung zur pathogenetischen Orientierung der Medizin zu verdeutlichen. Dabei lehnt Antonovsky die Pathogenese keinesfalls ab – im Gegenteil –, er sieht Salutogenese und Pathogenese als sich in ihren Fragestellungen ergänzende Konzepte (Wiesmann, Rölker & Hannich, 2004).

Im Gegensatz zum Risikofaktorenmodell der Medizin, das sich mit Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen von Krankheit beschäftigt, geht das Salutogenesemodell vom Zustand der Gesundheit aus, der durch Schutzfaktoren trotz Einflusses von schädigenden Faktoren bewahrt werden kann. Dabei werden Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum gesehen, mit völliger Gesundheit auf einer Seite (health ease) und völliger Abwesenheit von Gesundheit und Wohlbefinden (dis-ease) auf der anderen Seite. Im Zentrum des Interesses steht die Frage, warum manche Menschen ihre Gesundheit trotz widriger Umstände aufrechterhalten können (Reimann & Hammelstein, 2006). Mithilfe des Salutogenesemodells versucht Antonovsky gesundheitsfördernde beziehungsweise gesundheitserhaltende Prozesse beim Auftritt von Stressoren zu erklären (für eine grafische Darstellung des Modells siehe Abbildung 5).

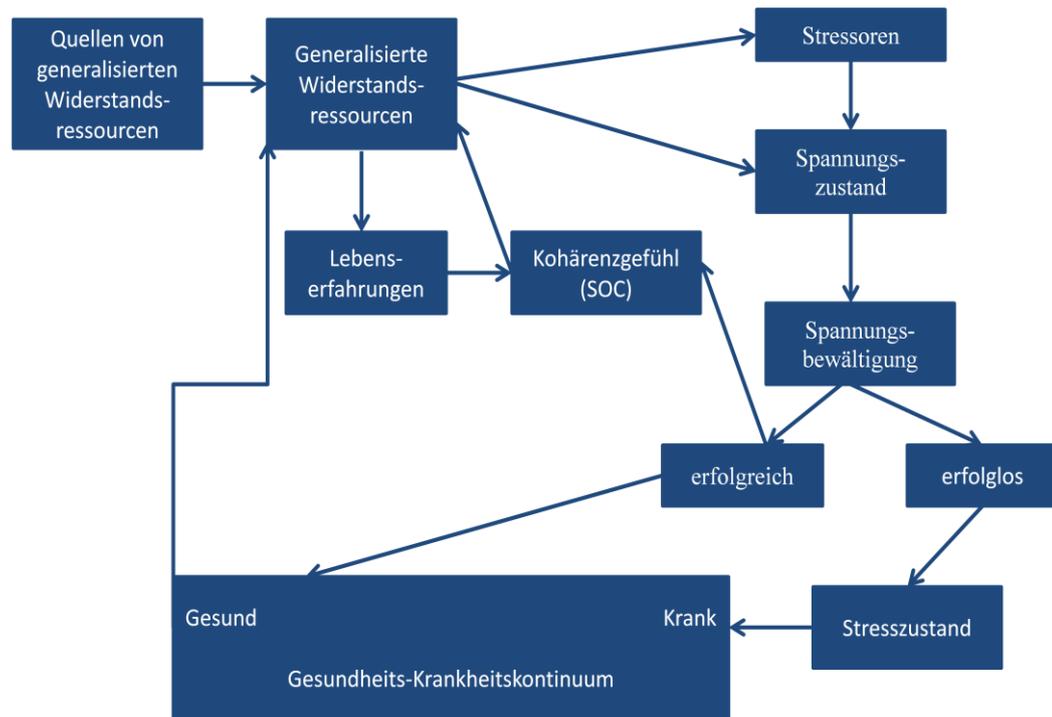


Abbildung 5: Darstellung des Modells der Salutogenese nach Antonovsky (1979) (modifiziert nach Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 36)

Als zentraler Faktor des Salutogenesemodells ist das Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) zu nennen. Dies ist eine kognitive und affektiv-motivationale Grundeinstellung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl (1) erleben die innere und äußere Welt als strukturiert, vorhersagbar und erklärbar (*Verstehbarkeit*), (2) sind zuversichtlich, dass sie über die notwendigen Ressourcen verfügen, um Anforderungen zu bewältigen (*Bewältigbarkeit*), und (3) sehen in diesen Anforderungen Herausforderungen, die ihr Engagement verdienen (*Sinnhaftigkeit*). Konsistente, möglichst nicht über- oder unterfordernde Lebenserfahrungen fördern das Kohärenzgefühl. Lebenserfahrungen wiederum werden von sogenannten körperlichen Widerstandsressourcen ermöglicht, die bereits in Kindheit und Jugend aus unterschiedlichsten Quellen hervorgehen (bspw. Erziehung, Kultur). Dabei unterscheidet Antonovsky interne Ressourcen (bspw. Konstitution, Bewältigungsstrategien, Selbstwertgefühl) von externen Ressourcen (bspw. materielle und soziale Unterstützung). Die Mobilisation dieser Widerstandsressourcen hängt von der Stärke des Kohärenzgefühls ab, die Entwicklung des Kohärenzgefühls wiederum von dem Vorhandensein von Widerstandsressourcen. Tritt ein Stressor auf, reagiert der Organismus automatisch mit einem Spannungszustand. Können genügend Widerstandsressourcen mobilisiert werden, kommt es zu einer Spannungsbewältigung, die in Folge eine Stärkung des Kohärenzgefühls be-

wirkt. Der Mensch erlebt die Welt als bewältigbar und als nicht zerstörerisch und sinnlos. Durch die Spannungsreduktion bleibt die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten beziehungsweise kann verbessert werden, wobei eine vorteilhafte Position in Folge wiederum den Erwerb von weiteren Widerstandsressourcen begünstigt. Eine erfolglose Spannungsbewältigung führt zu einem Stresszustand und zu einer ungünstigen Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Zusammenfassend ist eine zentrale Annahme des Salutogenesemodell von Antonovsky die wechselseitige Beeinflussung von Kohärenzgefühl und generalisierten Widerstandsressourcen. Der Zusammenhang zwischen Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl zeigt sich dahingehend, dass ein hohes Kohärenzgefühl dazu führt, dass eine Person flexibel auf Stressoren reagieren kann und die für die Situation angemessenen Ressourcen aktiviert. Eine erfolgreiche Bewältigung der Stresssituation führt wiederum zu einer Erhöhung des Kohärenzgefühls. Um eine günstige Stellung am Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einzunehmen, solle eine Person sowohl viele Widerstandsressourcen als auch ein hohes Kohärenzgefühl besitzen. Für die klinische Praxis würde das bedeuten, dass es die erweiterte Aufgabe der Gesundheitsberufe im Sinne einer „Salutodiagnostik“ sein sollte, dem Patienten/der Patientin neben den Symptomen auch die individuellen Stärken aufzuzeigen und zu einer Stärkung dieser zu ermuntern (Bengel et al., 2001).

Das Salutogenesemodell von Antonovsky besitzt eine sehr hohe Anziehungskraft, da es die einseitige Konzentration auf das negative Konzept der Krankheiten kritisiert und durch den positiven Aspekt der Gesundheit und Ressourcen ergänzt. Ein Nachteil ist, dass es sich um ein sehr komplexes Modell handelt, das in seiner Gesamtheit noch nicht empirisch erforscht ist beziehungsweise auch nicht erforscht werden kann (Bengel et al., 2001).

3.1.3 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker

Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell), entwickelt von Becker, Bös und Woll (1994), bezieht als integratives Modell neben der aktuellen Gesundheit, die auch in den Stressbewältigungsmodellen berücksichtigt wird, die *habituelle* Gesundheit mit ein. Es stellt sich somit die Frage, warum manche Menschen über einen längeren Zeitraum sehr viele Erkrankungen haben, andere nur sehr wenige. Darüber hinaus werden im Unterschied zu den Stressbewältigungsmodellen

neben den externen Anforderungen an den Menschen auch die internen Anforderungen, wie beispielsweise Bedürfnisbefriedigung oder Erwartungen an andere Personen des Familiensystems, berücksichtigt. In Übereinstimmung mit dem Salutogenesemodell von Antonovsky werden Ressourcen besonders hervorgehoben (Reimann & Hammelstein, 2006).

Im SAR-Modell wird das Individuum als System mit hierarchisch angeordneten, interagierenden Subsystemen gesehen. An das Individuum werden von den einzelnen Subsystemen Anforderungen gestellt. Funktioniert das System gut, werden zur Bewältigung dieser Anforderungen genügend Ressourcen zur Verfügung gestellt (Reimann & Hammelstein, 2006). Die grundlegende Annahme besagt somit, dass es für den Gesundheitszustand eines Individuums entscheidend ist, inwieweit es ihm gelingt, externe und interne Anforderungen mit Hilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen. Je nachdem ob eine Anforderung erfolgreich bewältigt wurde oder nicht, folgen positive oder negative Emotionen. Dies führt in weiterer Folge zu Lebenszufriedenheit beziehungsweise im Falle einer Nichtbewältigung zu Unzufriedenheit (Becker, Schulz & Schlotz, 2004).

Unter internen Ressourcen subsumiert man im SAR-Modell psychische Ressourcen wie die Handlungsüberzeugungen eines Menschen (bspw. die Selbstwirksamkeitserwartung oder den dispositionellen Optimismus) und die Lebenseinstellung (bspw. den Kohärenzsinn nach Antonovsky) ebenso wie die physischen Ressourcen, wie beispielsweise das Alter. Externe Ressourcen sind unter anderem soziale Unterstützung und Handlungs- und Gestaltungsfreiräume (Becker et al., 2004; Reimann & Hammelstein, 2006).

3.1.4 Resilienzmodell nach Richardson

Generell gibt es sehr wenig Konsens über die Definition und in Folge auch Operationalisierung des Konstrukts Resilienz (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Reimann und Hammelstein (2006) definieren Resilienz als „Prozesse oder Phänomene, die für eine positive Anpassung eines Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren verantwortlich sind“ (S. 18). Anders formuliert kann man auch sagen, dass Resilienz die Fähigkeit ist, trotz signifikanter Widrigkeiten des Lebens gesund zu bleiben beziehungsweise die Gesundheit wiederzuerlangen (Stewart, 2011). Wesentlich ist, dass Resilienz keine unveränderbare Persönlichkeitseigenschaft ist, sondern ein Prozess

der positiven Anpassung unter herausfordernden Lebensbedingungen (Luthar et al., 2000).

In der Resilienzforschung gibt es verschiedenste Ansatzpunkte. Einerseits wird nach protektiven Faktoren gefragt, die zu Resilienz beitragen (darauf wird in Kapitel 3.2.1.5 noch genauer eingegangen), andererseits versucht man herauszufinden, wie genau Resilienz erworben wird. Um diesen Prozess verstehen zu können, stellte Richardson ein Resilienzmodell auf, das unter anderem auch dazu dienen sollte, Patienten und Patientinnen die komplexen Zusammenhänge der erfolgreichen beziehungsweise erfolglosen Anpassung vereinfacht erklären zu können (für eine grafische Darstellung siehe Abbildung 6). Gemäß dem Resilienzmodell befinden sich alle Menschen zu Beginn in einer biopsychospirituellen Homöostase. Dies bedeutet, dass sich der Mensch an gewisse Lebensumstände gut oder schlecht adaptiert hat. Richardson bezeichnet dies als Komfortzone. Wirkt ein Stressor, wie beispielsweise ein Trauma oder eine Krankheit, auf diese Komfortzone ein, kommt es – falls nicht genügend protektive Faktoren vorhanden sind – zu einer Unterbrechung der Homöostase, und der Mensch befindet sich in einer neuen Lebenssituation. Im Verlauf des Adaptationsprozesses kommt es zur Reintegration, die auf vier Arten verlaufen kann:

- 1) Resiliente Reintegration: Dies bedeutet, dass die Unterbrechung der Homöostase zu Einsicht oder persönlichem Wachstum führt.
- 2) Reintegration zurück zur Homöostase: Hier streben Menschen danach, die ursprüngliche Komfortzone wieder zu erreichen. Dies ist in gewissen Situationen, wie beispielsweise bei dauerhaften körperlichen Einschränkungen durch eine Krankheit, nicht möglich.
- 3) Erholung mit Verlust: Hier geben Menschen eine gewisse Motivation oder Hoffnung auf, weil es nicht anders möglich ist.
- 4) Dysfunktionale Reintegration: Dies bedeutet, dass Menschen ein dysfunktionales Bewältigungsverhalten, wie beispielsweise destruktives Verhalten oder Substanzkonsum, zeigen.

Im Sinne einer persönlichen Weiterentwicklung ist es die resiliente Reintegration, die angestrebt werden soll. Hier sind es vor allem die protektiven Faktoren, die diese Form der Reintegration ermöglichen (Richardson, 2002).

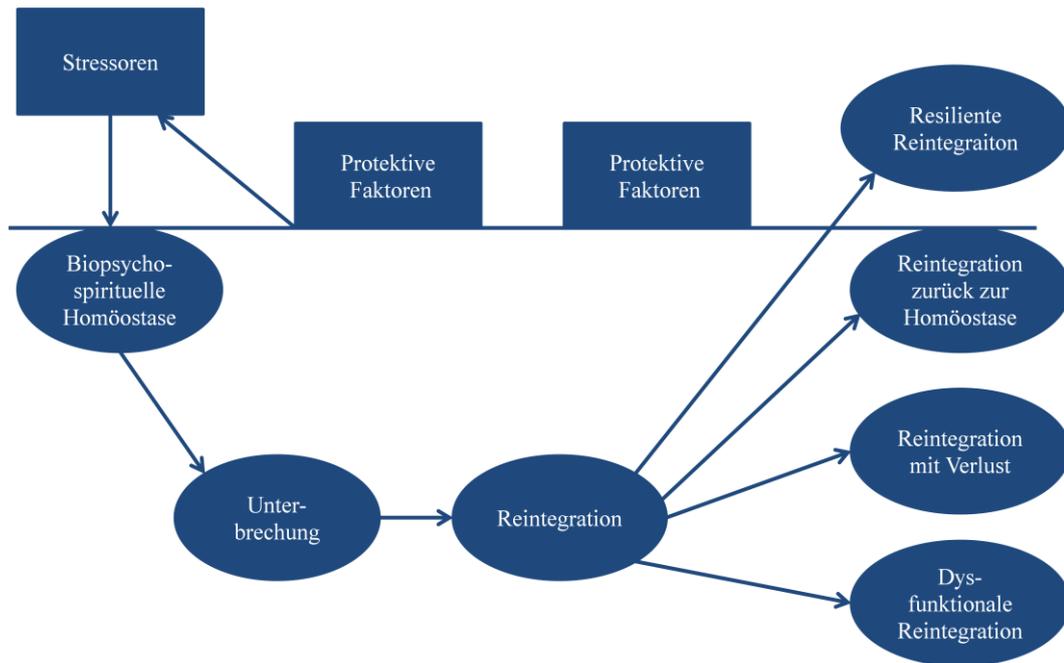


Abbildung 6: Resilienzmodell nach Richardson (modifiziert nach Richardson, 2002, p. 311)

3.2 Ausgewählte Ressourcen

Faltermaier (2005) unterteilt die Gesundheitsressourcen in fünf große Bereiche: (1) personal-psychische, (2) sozial-interpersonale, (3) körperlich-konstitutionelle, (4) sozio-kulturelle und (5) materielle Ressourcen. Für die Gesundheitspsychologie von besonders großer Relevanz sind seiner Auffassung nach die psychischen und sozialen Ressourcen. Dies deckt sich mit der Meinung Schwarzers (2004) zur Bedeutung von Ressourcen bei Krankheit. Auch er verweist auf den großen Einfluss von sozialen und persönlichen Ressourcen bei der Krankheitsbewältigung. In Anlehnung an die Meinung Faltermaiers und Schwarzers, ebenso wie in Bezugnahme auf die Empfehlung der Rehabilitationsforschung, personbezogene Faktoren vermehrt in Untersuchungen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 2.3), wird in den folgenden Ausführungen auf die personal-psychischen und die sozial-interpersonalen Ressourcen eingegangen. Innerhalb dieser zwei Kategorien werden jene Ressourcen ausgewählt, die sich in Untersuchungen zu Gesundheit und Krankheit wiederholt als einflussreich gezeigt haben. Diese Ausführungen konzentrieren sich auf die personal-psychischen Ressourcen (1) Selbstwirksamkeitserwartung, (2) dispositioneller Optimismus, (3) Kohärenzgefühl, (4) Hardiness und (5) Resilienz und die sozial-interpersonale Ressource (6) soziale Unterstützung. Der Einfluss dieser ausgewählten Ressourcen auf unterschiedlichste Outcome-Variablen, sowohl bei Gesundheit als auch bei Krankheit, soll näher beleuchtet werden.

3.2.1 Personal-psychische Ressourcen

3.2.1.1 Selbstwirksamkeitserwartung

Effektive Alltags- bzw. Problembewältigung setzt zwei Arten von konstruktiven Überzeugungen voraus, nämlich (a) die Überzeugung, dass es überhaupt Handlungen gibt, die effektiv sind, und (b) die Überzeugung, dass man selbst in der Lage ist, diese Handlungen durchzuführen. Bei der ersten Art spricht man von Konsequenzerwartung, bei der zweiten von Selbstwirksamkeitserwartung. Unter Selbstwirksamkeitserwartung versteht man somit die subjektive Überzeugung, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können. Insbesondere diese Überzeugung ist ein wesentlicher Motivationsfaktor. Nur wenn man glaubt, über eine adaptive Bewältigungsstrategie zu verfügen, wird man motiviert sein, ein Problem aktiv anzugehen und entsprechende Schritte setzen (Schwarzer, 1994).

Generell kann man zwischen spezifischer und genereller Selbstwirksamkeitserwartung unterscheiden. Während die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung konkret auf spezifische Handlungen in spezifischen Situationen fokussiert (bspw. Überzeugung, eine Zigarette ablehnen zu können), versteht man unter genereller Selbstwirksamkeitserwartung eine optimistische Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenz in verschiedensten Lebensbereichen (Luszczynska, Gutiérrez-Dona & Schwarzer, 2005). Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ist dabei eine stabile Persönlichkeitsdimension (Schwarzer, 1994) und darüber hinaus ein eindimensionales, universelles Konstrukt (Scholz, Gutiérrez-Dona, Sud & Schwarzer, 2002).

Selbstwirksamkeitserwartung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung. Im Sinne des transaktionalen Stressmodells von Lazarus wirkt sich die Selbstwirksamkeitserwartung auf die Bewertung (appraisal) einer stressvollen Situation aus. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung fühlen sich befähigt, die Anforderungen zu bewältigen, und schätzen stressvolle Situationen als Herausforderung ein (Bandura, 1997). Diesen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Beurteilung einer stressvollen Situation als Herausforderung konnten Luszczynska, Gutiérrez-Dona et al. (2005) in einer länderübergreifenden Untersuchung als moderat quantifizieren. Edo, Torrents-Rodas, Rovira und Fernandez-Castro (2012) konnten zeigen, dass Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung über ein höheres Stresslevel bei der Übermittlung medizinischer Diagnosen berichteten als Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung. Die Autoren

unterstreichen damit die Bedeutung der sekundären Bewertung im Sinne einer Einschätzung der eigenen Ressourcen.

Gemäß dem transaktionalen Modell von Lazarus führt eine als mittels eigener Ressourcen als bewältigbar beurteilte Situation zur Auswahl geeigneter Copingstrategien und dies wiederum zu positiven Zuständen wie beispielsweise Gesundheit oder Wohlbefinden (Schwarzer, 2004, für eine grafische Darstellung siehe Abbildung 4; Kapitel 3.1.1). Selbstwirksamkeitserwartung als Ressource müsste demnach ein Prädiktor für diese positiven Zustände sein, wobei Coping als Mediatorvariable dienen sollte. Beides konnte in verschiedenen Untersuchungen belegt werden. Luszczynska, Mohamed et al. (2005) beispielsweise konnten die Funktion von Coping als Mediatorvariable zwischen Akzeptanz der Lebenssituation nach Krebsoperation und Selbstwirksamkeitserwartung belegen. In einer anderen Untersuchung konnten Boehmer et al. (2007) darüber hinaus zeigen, dass es auch direkte Effekte von Selbstwirksamkeit auf den positiven Zustand der gesundheitsbezogenen Lebensqualität neben den indirekten Effekten gibt. Generell gibt es sehr viel Evidenz für den Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartung und positiven Zuständen wie Gesundheit oder Wohlbefinden. Eine spezifische gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung sagt Gesundheitsverhaltensweisen beziehungsweise Änderungen im Gesundheitsverhalten voraus, wie beispielsweise die physische Aktivität (Luszczynska et al., 2010; Warner, Schütz, Knittle, Ziegelmann & Wurm, 2011), das Essverhalten (Gutiérrez-Dona, Lippke, Renner, Kwon & Schwarzer, 2009; Ochsner, Scholz & Hornung, 2013; Schwarzer et al., 2010) oder das Rauchverhalten (Satow, Lippke & Schwarzer, 2009). Dass Selbstwirksamkeit auch bei Krankheit eine große Rolle spielt, konnte ebenfalls wiederholt belegt werden. Besonders viele Untersuchungen gibt es dabei zu Selbstwirksamkeitserwartung bei Krebserkrankungen. Cunningham, Lockwood und Cunningham (1991) konnten beispielsweise zeigen, dass an Brustkrebs erkrankte Frauen Unterschiede in der Lebensqualität abhängig von der Stärke der Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen. Auch Boehmer et al. (2007) belegten diesen Zusammenhang an einer Stichprobe unterschiedlicher Krebspatienten und -patientinnen sechs Monate nach einer Tumoroperation. Neben der Lebensqualität gibt es auch einen Zusammenhang der Selbstwirksamkeitserwartung mit dem subjektiven Finden eines Nutzens der Krebserkrankung. Insbesondere die Aspekte persönliches Wachstum, Akzeptanz des „nicht perfekten“ Lebens und erhöhte Sensibilität anderen Personen gegenüber differieren zwischen Personen mit hoher und

niedriger Selbstwirksamkeitserwartung (Luszczynska, Mohamed et al., 2005). Selbstwirksamkeitserwartung hat aber auch einen Einfluss auf Kriteriumsvariablen anderer Erkrankungen, wie beispielsweise den neurologischen Erkrankungen Querschnittläsion (Craig, Tran, Wijesuriya & Middleton, 2012) und multiple Sklerose (Garfield & Lincoln, 2012).

Zusammenfassend ist es somit unbestritten, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung als eine wertvolle personale Ressource sowohl bei Gesundheit als auch Krankheit zu beurteilen ist (Bandura, 1997).

3.2.1.2 Dispositioneller Optimismus

Scheier und Carver entwickelten und überprüften 1985 anhand einer eigens entwickelten Skala das Konstrukt des dispositionellen Optimismus. Darunter verstehen die Autoren eine über verschiedene Kontexte hinweg relativ stabile generalisierte Ergebniserwartung dahingehend, dass sich alles zum Guten wenden wird. Der Gegenpol – Pessimismus – ist demnach eine generalisierte negative Ergebniserwartung. Dabei verzichteten Scheier und Carver auf eine Unterscheidung zwischen Konsequenzerwartung und Kompetenzerwartung. Dies bedeutet, dass es in ihrer Auffassung unerheblich ist, ob sich Dinge von alleine zum Positiven (bzw. Negativen) entwickeln oder ob die Person dazu ihren Beitrag leistet. Entscheidend ist, dass Optimisten generell zuversichtlich in die Zukunft blicken (Schwarzer, 2004).

Das Konstrukt des dispositionellen Optimismus blieb nicht ohne Kritik – insbesondere die Konstruktvalidität wurde angezweifelt. In der theoretischen Vorstellung von Scheier und Carver (1985) handelt es sich beim dispositionellen Optimismus um ein eindimensionales Konstrukt mit den zwei Polen Optimismus und Pessimismus. Somit integrierten sie in ihrem 1985 entwickelten „Life Orientation Test“ sowohl Items mit optimistischen Aussagen (bspw. „Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste“) als auch Items mit pessimistischen Aussagen (bspw. „Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt“). Faktorenanalysen jedoch zeigten eine Überlegenheit eines Zweifaktorenmodells mit Optimismus und Pessimismus als zwei zwar miteinander korrelierenden, jedoch unabhängigen Dimensionen (u.a. Chang, D’Zurilla & Maydeu-Olivares, 1994; Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig & Vickers, 1992). Dies gilt auch für die deutsche Version des „Life-Orientation-Test“ (Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008).

Für ein Zweifaktorenmodell sprechen darüber hinaus auch Ergebnisse dahingehend, dass Optimismus und Pessimismus mit unterschiedlichen Dimensionen von

Stimmung und Persönlichkeit verbunden zu sein scheinen. Während Optimismus mit Extraversion und positivem Affekt einhergeht, ist Pessimismus mit Neurotizismus und negativem Affekt assoziiert (Marshall et al., 1992). Auch Chang, Maydeu-Olivares und D´Zurilla (1997) konnten einen Zusammenhang zwischen Pessimismus und dem negativen affektiven Zustand der Dysphorie bzw. Depression aufzeigen. Ein verminderter Optimismus hingegen scheint kein einflussreicher Prädiktor für depressive Zustände zu sein. Sowohl Optimismus als auch Pessimismus stehen jedoch in Zusammenhang mit der positiven Outcome-Variable Lebenszufriedenheit.

Insgesamt ist die Evidenz für die prädiktive Kraft von Optimismus beziehungsweise Pessimismus für unterschiedlichste Outcome-Variablen als sehr stark einzuschätzen. Dies gilt auch im Falle von Erkrankungen. Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier und Williamson (1996) konnten an einer Stichprobe von Krebspatienten und -patientinnen zeigen, dass Pessimismus und nicht Optimismus die Sterblichkeit voraussagen kann. Ein geringer Optimismus wird auch in Zusammenhang gebracht mit einer vermehrten Ängstlichkeit und Depression bei jugendlichen Herzpatienten. Allerdings wurde in der Untersuchung von Wang et al. (2012) Optimismus/Pessimismus mittels eines Einfaktorenmodells erhoben. Es sind somit keine differenzierten Aussagen über den Einfluss von Optimismus oder Pessimismus als unabhängige Dimensionen möglich. Selbiges gilt für die Untersuchung von Scheier et al., die bereits im Jahr 1989 einen besseren Genesungsverlauf von Optimisten nach Herzby-pass-Operation aufzeigen konnten.

Als theoretisches Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen Optimismus und Pessimismus und positiven Outcome-Variablen – vermittelt über Copingprozesse – empfehlen bereits Scheier und Carver bei der Einführung des Konstrukts des dispositionellen Optimismus im Jahre 1985 das transaktionale Stressmodell von Lazarus. In diesem Modell dienen positive Emotionen (1) als Verschnaufpause, die Menschen erlauben innezuhalten und sich eine Pause im anstrengenden Prozess der Bewältigung zu gönnen. Ferner können sie (2) eine Stütze sein in schwierigen, fordernden Situationen und Menschen helfen, trotzdem weiterzumachen. Dies wird auch mit dem Kohärenzgefühl nach Antonovsky verglichen. Darüber hinaus übernehmen positive Emotionen (3) die Funktion eines Restaurators, indem sie Erholung durch die Wiederherstellung von aufgebrauchten Ressourcen fazitätieren. Optimismus als positive Emotion kann somit den Bewältigungsprozess wesentlich in eine positive Richtung beeinflussen.

Optimismus ist somit sowohl gemäß der theoretischen Untermauerung durch das transaktionale Stressmodell als auch durch die breite empirische Evidenz als wesentliche Ressource für Gesundheit und Krankheit einzuschätzen.

3.2.1.3 Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl wird im Salutogenesemodell von Antonovsky als entscheidende dispositionale Ressource für das Erhalten beziehungsweise Wiedererlangen von Gesundheit gesehen (für eine genauere Beschreibung des Konzepts der Salutogenese beziehungsweise des Konstrukts Kohärenzgefühl siehe Kapitel 3.1.2.). Personen mit hohem Kohärenzgefühl sind gemäß den Annahmen von Antonovsky gesünder, da sie die für eine gegebene Stresssituation passenden Widerstandsressourcen aktivieren (Bengel et al., 2001). Dies konnte in verschiedensten Untersuchungen belegt werden. Wang et al. (2012) beispielsweise zeigten, dass ein niedriges Kohärenzgefühl ein Prädiktor für Angst und Depressivität bei herzkranken Jugendlichen ist.

Das Konstrukt des Kohärenzgefühls wird allerdings auch vielfach kritisiert (siehe u.a. Schwarzer, 2004). Im Zentrum der Kritik steht vor allem die wiederholt gezeigte mangelhafte Konstruktvalidität. Die dem Kohärenzgefühl zugrundeliegenden Dimensionen „Verstehbarkeit“, Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ konnten in faktorenanalytischen Untersuchungen an dem von Antonovsky entwickelten „Orientation to Life Questionnaire“ (SOC-Skala) nicht hinreichend belegt werden. Trotz dieser testtheoretischen Einschränkung ist die SOC-Skala in viele Sprachen übersetzt (Bengel et al., 2001). Auch eine deutsche Version liegt vor (Schumacher & Brähler, 2000).

3.2.1.4 Hardiness

Das Konstrukt der Hardiness geht auf Kobasa (1979) zurück. In einer Untersuchung verglich sie Personen, die aufgrund von belastenden Life Events krank wurden, mit solchen, denen es gelang, die Gesundheit zu erhalten. Den wesentlichen Unterschied sah sie in einer dispositionalen Orientierung, die sie Hardiness nannte. Darunter versteht man eine aus drei Dimensionen bestehende Reihe von Überzeugungen über sich und die Umwelt, nämlich Engagement (commitment), Kontrolle (control) und Herausforderung (challenge). Engagierte Personen sind charakterisiert durch ein generalisiertes Empfinden der Sinnhaftigkeit, das es ihnen erlaubt, anstatt passiv aktiv und neugierig zu agieren. Personen mit hoher Kontrolle glauben an die Kontrollierbarkeit des Geschehens durch eigene Anstrengung und empfinden sich demnach nicht als

hilflos. Personen, die das Leben als Herausforderung nehmen, betrachten Veränderungen als Möglichkeit für persönliches Wachstum, anstatt darin eine Bedrohung für die Stabilität zu sehen (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982).

Kobasa et al. (1982) sprechen von Hardiness als wesentlichen protektiven Faktor für die Erhaltung der Gesundheit in Stresssituationen. Darüber hinaus versuchten Maddi und Khoshaba in einer 1994 veröffentlichten Studie zu belegen, dass die Messung der Hardiness mittels des „Personal Views Survey“ als Index für psychische Gesundheit dienen kann. Sie stützten sich dabei auf gefundene negative Zusammenhänge zwischen der ermittelten Hardiness und den meisten Skalen des MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), die psychopathologische Tendenzen aufzeigen sollten. In diesem Zusammenhang sei kritisch auf die Mängel in der psychometrischen Qualität des MMPI aufmerksam gemacht (Kubinger, 2009), die bei der Interpretation des gefundenen Zusammenhangs berücksichtigt werden müssen. Eine sehr aktuelle Untersuchung von Taylor, Pietrobon, Taverniers, Leon und Fern (2013) zeigt einen Zusammenhang von Hardiness mit körperlicher Gesundheit, wobei jedoch mentale Gesundheit eine Mediatorvariable darstellt.

Insgesamt gilt das Konzept und vor allem auch die Operationalisierung von Hardiness als umstritten (Schwarzer, 2004). Im Rahmen der Resilienzforschung nimmt Hardiness allerdings als einer von vielen protektiven Faktoren eine wesentliche Rolle ein (u.a. King, King, Fairbank, Keane & Adams, 1998).

3.2.1.5 Resilienz

Ein wesentlicher Aspekt in der Resilienzforschung ist die Frage nach protektiven Faktoren, die Menschen Widrigkeiten des Lebens meistern lassen (Richardson, 2002). Dabei kann man unterscheiden zwischen Resilienzfaktoren (1) auf individueller Ebene, (2) auf sozialer Ebene und (3) auf gesellschaftlicher Ebene (Reimann & Hammelstein, 2006). An dieser Stelle sei ausschließlich auf die individuellen Resilienzfaktoren eingegangen.

Ursprünglich wurden in der Forschung zu Resilienz hauptsächlich Kinder und Jugendliche untersucht, wobei die Anpassung von Kindern und Jugendlichen mit vielen Risikofaktoren, mit solchen mit keinen beziehungsweise wenigen verglichen wurde. Bereits im Jahre 1985 konnte Rutter zeigen, dass ein Viertel der untersuchten englischen Jugendlichen trotz vieler erlebter Risikofaktoren als resilient in Bezug auf psychische Erkrankungen eingeschätzt werden müssen. Bernard (1997, zitiert nach Richardson, 2002, p. 310) spricht nach intensiver Literaturrecherche sogar von mindes-

tens 50 % und wahrscheinlich sogar bis zu 70 % resilienter Kinder, denen die soziale Anpassung trotz vieler Risikofaktoren gelingt. Die Forschung zu Resilienz wurde schließlich auch auf die Erwachsenenpopulation ausgeweitet, wobei hier die Bewältigung von Verlust und Trauma im Zentrum des Interesses steht (Bonanno, 2004).

Welche personalen Resilienzfaktoren bewirken eine erfolgreiche Anpassung speziell bei Erwachsenen? Insgesamt ist festzuhalten, dass sehr viele unterschiedliche protektive Faktoren in einer Vielzahl von empirischen Untersuchungen zu Resilienz gefunden werden konnten. Diese hier alle festzuhalten würde den Rahmen sprengen. Erwähnt seien hier nur beispielhaft die Hardiness nach Kobasa, die Selbstwirksamkeitserwartung oder auch der dispositionelle Optimismus (Connor & Davidson, 2003). Besonders sei jedoch darauf hingewiesen, dass protektive Faktoren nicht als universell einzuschätzen sind, sondern domänenspezifisch wirksam sind. Dies bedeutet, dass ein Merkmal in einem Kontext ein Resilienzfaktor, in einem anderem ein Risikofaktor sein kann (Luthar et al., 2000).

Resilienz besitzt eine wesentliche prädiktive Kraft, die wiederholt in Untersuchungen aufgezeigt werden konnte. Dies beginnt bei den zu Beginn erwähnten Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen bis zu Untersuchungen an Erwachsenen in belastenden Situationen. Bereits in stressigen Alltagssituationen unterscheiden sich resiliente von weniger resilienten Personen dahingehend, dass resiliente Personen trotz Stress vermehrt positive Emotionen erleben (Tugade & Fredrickson, 2004). Darüber hinaus stellt Resilienz auch einen Prädiktor bei größeren Belastungen wie zum Beispiel Krankheit dar. Robottom et al. (2012) beispielsweise konnten an einer Stichprobe von Parkinsonpatienten und -patientinnen belegen, dass Resilienz in Zusammenhang steht mit einer geringeren Behinderung und einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Zusammenfassend vereint Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft verschiedenste protektive Faktoren in sich und ist somit als eine umfassende multidimensionale Ressource für Gesundheit und Krankheit zu beurteilen.

3.2.2 Sozial-interpersonale Ressourcen

3.2.2.1 Soziale Unterstützung

Unter sozialer Unterstützung versteht man die Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen mit dem Ziel, einen leiderzeugenden Problemzustand zu verändern oder

zumindest – wenn dieser nicht veränderbar ist – erträglicher zu machen (Schwarzer, 2004).

Um die Ergebnisse der Unterstützungsforschung richtig interpretieren zu können, ist es wesentlich, zwei Konzepte, nämlich die *wahrgenommene* von der *tatsächlich erhaltenen* Unterstützung, zu unterscheiden. Im Gegensatz zur bereichs- und situationsspezifischen tatsächlich erhaltenen Unterstützung versteht man unter der wahrgenommenen Unterstützung eine zeitlich relativ stabile – deshalb eventuell auch als Persönlichkeitseigenschaft einzuordnende – allgemeine Erwartung dahingehend, dass man unterstützt wird (Ditzen & Heinrichs, 2007). Die Unabhängigkeit der Konstrukte konnte auch in einer Untersuchung von Davis, Morris und Kraus (1998) belegt werden. Es ist insbesondere die wahrgenommene Unterstützung, die einen engen Zusammenhang zu Gesundheit zu haben scheint, wobei dieser positive Effekt mit steigendem Stress zuzunehmen scheint. Neben epidemiologischen Studien konnte dieser Effekt auch in Labor- und Feldstudien anhand biologischer Parameter beobachtet werden (Ditzen & Heinrichs, 2007).

Neben dieser Unterscheidung findet in der Unterstützungsforschung auch meist eine inhaltliche Differenzierung in instrumentale, emotionale oder informationale Unterstützung statt (Ditzen & Heinrichs, 2007). Während emotionale Unterstützung meist in Form von Zuneigung, Wertschätzung oder Verständnis gegeben wird, beruht die instrumentale Unterstützung auf Assistenz in alltäglichen Belangen, die der Betroffene alleine nicht bewältigen kann. Unter informationaler Unterstützung fällt das Geben von Informationen und Ratschlägen in konkreten Situationen (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000).

Im Sinne der Stresstheorien wird soziale Unterstützung als Ressource, bildlich gesprochen als „Schutzschild“ in Belastungssituationen angesehen (Klauer & Schwarzer, 2001). Diese protektive Funktion von sozialer Unterstützung gilt seit langem als wesentlich für den Erhalt der psychischen und physischen Gesundheit (Klauer, Knoll & Schwarzer, 2007). Hier seien exemplarisch House, Landis und Umberson genannt, die bereits 1988 zeigen konnten, dass soziale Isolation das Gesundheitsrisiko enorm steigert – in einem vergleichbaren Ausmaß wie das Rauchen (zitiert nach Ditzen & Heinrichs, 2007, S. 143). Auch beim Umgang mit der Stresssituation „Krankheit“ konnte der Einfluss der sozialen Unterstützung als Ressource vielfach belegt werden. Soziale Unterstützung ist beispielsweise ein wesentlicher Prädiktor für die Erholung nach Operationen (Krohne, El-Giamal & Volz, 2003), für das Finden von Sinnhaf-

tigkeit trotz Krebserkrankung (Luszczynska, Mohamed et al., 2005), für emotionales Wohlbefinden nach Krebsoperationen (Boehmer et al., 2007) oder für die Besserung der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegseinsatz (King et al., 1998).

Abschließend sei hier noch darauf hingewiesen, dass soziale Unterstützung nicht immer nur als protektiver Faktor dient, sondern je nach Form der Unterstützung auch zu negativen Konsequenzen führen kann. Als Beispiel sei die einmischend-aufdringliche oder die besonders destruktive kritisierende und aggressiv abwertende Form der sozialen Unterstützung genannt (Laireiter, Fuchs & Pichler, 2007).

Zusammenfassend gibt es eine breite empirische Evidenz für den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit und Krankheit, deshalb kann sie als Ressource nicht hoch genug eingeschätzt werden.

3.2.3 Komplexes Zusammenspiel der Ressourcen

Schwarzer (2004) kritisiert, dass bei Untersuchungen zur Krankheitsbewältigung nur sehr selten ein transaktionaler Ansatz gewählt wird, bei dem die personal-psychischen und sozial-interaktionalen Ressourcen simultan erfasst werden. Nach seiner Auffassung kann jedoch nur eine simultane Effekt-Analyse von beiden Ressourcenkategorien dem komplexen Phänomen der Krankheitsbewältigung gerecht werden. Die wenigen Studien zusammenfassend, die soziale-interaktionale und personal-psychische Ressourcen gemeinsam überprüft haben, kommt Schwarzer (2004) zu der Schlussfolgerung, dass die personal-psychischen Ressourcen in ihrer Prädiktionskraft den sozial-interaktionalen Ressourcen überlegen sind. Hobfoll und Walfisch (1984, zitiert nach Schwarzer, 2004, S. 173) erklären sich dies damit, dass Persönlichkeitsmerkmale als stets verfügbare Ressource auch in relativ stressfreien Zeiten Einfluss haben, während soziale Ressourcen vor allem in Krisenzeiten eine Rolle spielen. Diese Bedeutung von sozialen Ressourcen als Puffer deckt sich mit den Ergebnissen von Antoniwi, Borghardt und Weber (2007), die belegen konnten, dass soziale Unterstützung vor allem dann gegeben wird, wenn der Empfänger diese aufgrund eigenen ungünstigen Bewältigungsverhalten am dringendsten benötigt.

3.3 Ressourcenaktivierung als psychologische Intervention

In helfenden Berufen kam es in den letzten Jahren berufsübergreifend zu einer Paradigmenverschiebung – weg vom reduktionistischen, problemorientierten Zugang hin zu einer Förderung von Stärken (Richardson, 2002). Vor diesem Hintergrund entwi-

ckelten sich die „ressourcenorientierten Ansätze“ von einer zuerst noch sehr abstrakten Begrifflichkeit hin zu einer expliziten Berücksichtigung als klinisch-psychologische Interventionsstrategie in der Behandlung psychischer Erkrankungen (Beesdo, 2006). Auch in der Rehabilitation finden ressourcenorientierte Interventionen mit der Zielsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend Beachtung (Bengel et al., 2001).

Ziel der Ressourcenaktivierung ist neben der Aktivierung verfügbarer Ressourcen die Bewusstmachung nicht wahrgenommener Ressourcen, die Optimierung der Nutzung von Ressourcen und die Entwicklung neuer Ressourcen. Dieser ressourcenorientierten Intervention geht eine ressourcenorientierte Diagnostik voraus (Klemenz, 2003, zitiert nach Beesdo, 2006, S. 528).

Ressourcenaktivierung konnte von Grawe (1997) als zentraler Wirkfaktor der Psychotherapie (neben Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationaler Klärung) identifiziert werden. Das Wirkprinzip dahinter sieht Grawe (1998) darin, dass über die Aktivierung von für das Selbstwertgefühl wichtiger Ressourcen das Selbstwertgefühl und in Folge das Wohlbefinden gestärkt wird. Eine gelungene Ressourcenaktivierung wiederum kann über einen positiven Rückkopplungsprozess, der sich selbst aufrechterhält, zu einem besseren Therapieerfolg führen. Diesen Rückkopplungsprozess anzustoßen ist das Ziel der Ressourcenaktivierung (siehe Abbildung 7).

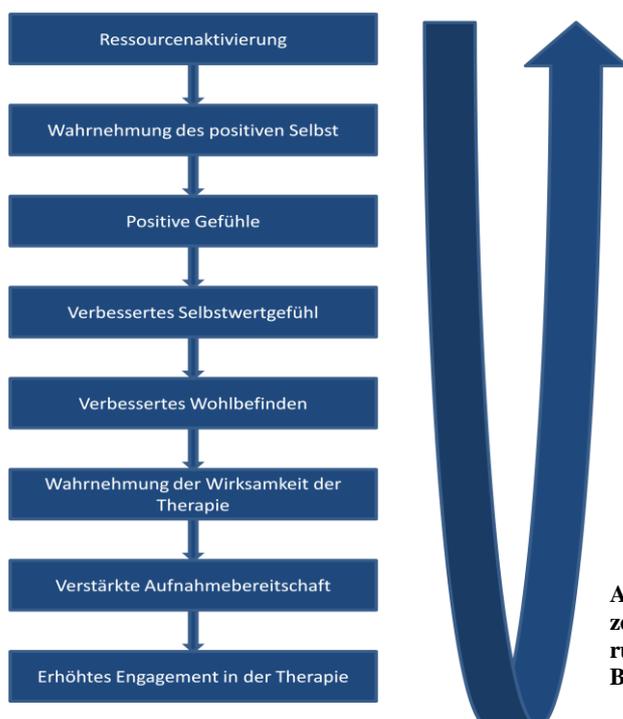


Abbildung 7: Positiver Rückkopplungsprozess ausgelöst durch die Ressourcenaktivierung nach Grawe, 1998 (modifiziert nach Beesdo, 2006, S. 528)

4 Anwendung genannter Konzepte am Beispiel des Schlaganfalls

Kapitel 4 hat zum Ziel, die in Kapitel 2 und 3 ausführlich behandelten theoretischen Annahmen und Modelle konkret am Beispiel des Schlaganfalls und dessen Rehabilitation anzuwenden. Dazu werden in Kapitel 4.1 zuerst einige grundlegende Eckdaten genannt, die die Einordnung des Schlaganfalls als chronische Erkrankung deutlich machen sollten. Darüber hinaus wird auf die Bedeutung der Ressourcenorientierung insbesondere in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall eingegangen. Kapitel 4.2 plädiert für die Teilhabe-Orientierung in der Schlaganfallrehabilitation und beschäftigt sich mit der psychometrischen Erfassung dieses Partizipationsaspekts. Die Schwierigkeiten dabei und auch die gängige Praxis in der Schlaganfallrehabilitation, die Partizipation über das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erheben, werden dargestellt und diskutiert. Dazu werden auch die Möglichkeiten der psychometrischen Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität umrissen und deren Vor- und Nachteile aufgezeigt. Kapitel 4.3 stellt schlussendlich die tatsächlichen Auswirkungen des Schlaganfalls auf die Teilhabe – erfasst über das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – dar. Ferner werden Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aufgezeigt, wobei vor allem auf die in Kapitel 3.2 ausgewählten personal-psychischen und sozial-interpersonalen Ressourcen eingegangen wird. Abschließend wird noch die Prädiktionskraft eines biopsychosozialen Einflussfaktorenmodells diskutiert.

4.1 Der Schlaganfall – eine chronische Erkrankung

Laut WHO (2006) ist ein Schlaganfall „a focal (or at times global) neurological impairment of sudden onset, and lasting more than 24 hours (or leading to death), and of presumed vascular origin“ (p. 4). Es gibt drei Hauptgruppen von Schlaganfall, nämlich (1) den ischämischen Schlaganfall, (2) die intrazerebrale Blutung und (3) die Subarachnoidalblutung.

Schlaganfall ist eine sehr häufige Erkrankung, die im Zunehmen ist. Alleine in den Ländern der EU, Norwegen, Island und der Schweiz wird die Häufigkeit des Schlaganfalls nach Schätzungen von insgesamt 1.1 Millionen pro Jahr im Jahr 2000 auf 1.5 Millionen pro Jahr im Jahr 2025 ansteigen. Diese Schätzung basiert auf stabilen Inzidenzraten und ist ausschließlich auf den demografischen Wandel einer immer älter werdenden Bevölkerung zurückzuführen (Truelsen et al., 2006).

Dank der großen Fortschritte in der Medizin ist die Überlebensrate nach einem Schlaganfall deutlich gestiegen – die National Stroke Association (2013) spricht von 85 % Überlebensrate. Das große Problem des Schlaganfalls ist jedoch, dass es meist nicht ein einmaliges Geschehen mit vollständiger Restitution ist (laut National Stroke Association erholen sich nur zirka 10 % der Überlebenden vollständig). Im Gegenteil, Schlaganfall ist eine der Hauptursachen für bleibende Behinderung in den westlichen Ländern (WHO, 2013). Martins, Ribeiro und Garret (2006) sprechen davon, dass zirka 50 % der Überlebenden eines Schlaganfalls neun Monate danach an einer moderaten bis schweren Behinderung leiden, die eine Unterstützung durch Pflegende notwendig macht. Aus diesem Grund subsumiert die WHO (2013) den Schlaganfall unter den chronischen Erkrankungen.

O'Neill, Horgan, Hickey und McGee (2008) kritisieren, dass der chronischen Phase des Schlaganfalls im Gegensatz zur Akutbehandlung nur geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird. Diese Einschätzung deckt sich mit jener von Pollack und Disler (2002), die festhalten, dass Schlaganfallrehabilitationsprogramme auf Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit fokussieren. Ist ein Plateau erreicht, wird die Rehabilitation beendet. O'Neill et al. (2008) plädieren dafür, das Potential für eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität auch sechs Monate und länger nach einem Schlaganfall weiter auszuschöpfen. Von zentraler Bedeutung ist ihrer Meinung nach, dass betroffene Patienten und Patientinnen lernen, mit der chronischen Erkrankung des Schlaganfalls umzugehen.

4.1.1 Ressourcenorientierung in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall

Jede Erkrankung ist an und für sich ein Stressor, mit dem Menschen mehr oder weniger erfolgreich umzugehen wissen (Franke, Jagla, Salewski & Jager, 2007). Dieser Umgang mit der Erkrankung kann sehr gut durch die in Kapitel 3.1 beschriebenen Stressbewältigungsmodelle (transaktionales Stressmodell von Lazarus, Salutogenese-konzept von Antonovsky, systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker und Resilienzmodell von Richardson) theoretisch erklärt werden.

Diese allgemeinen Stressbewältigungsmodelle können direkt auf den Umgang mit der Erkrankung des Schlaganfalls im Sinne der Krankheitsbewältigung angelegt werden. Zentral an allen aufgezeigten Modellen ist die Frage nach den Ressourcen, die eine erfolgreiche Bewältigung mehr oder weniger wahrscheinlich machen. Insbe-

sondere in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall scheinen die Ressourcen von entscheidender Bedeutung zu sein. Während in der Akutphase eine bestmögliche Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit im Vordergrund steht – die maximale Wiederherstellung findet in den ersten drei Monaten statt (Jorgensen et al., 1995) –, ist nach sechs Monaten die körperliche Wiederherstellung im Sinne der Plastizität weitgehend abgeschlossen. Verbesserungen passieren nur noch durch Lernprozesse und Übung (Mayo et al., 1999). Schlaganfallpatienten und -patientinnen müssen sich somit vor allem in der chronischen Phase der Herausforderung der Anpassung an eine neue Lebenssituation – oft ein Leben mit Behinderung – stellen. Für diese Anpassungsleistung an eine chronische Erkrankung besonders bedeutsam ist laut Samson und Siam (2008) die sekundäre Bewertung der Situation. Gemäß dem Stressmodell von Lazarus bedeutet dies, dass eine Einschätzung dahingehend erfolgt, ob die momentane Situation mittels eigener Ressourcen bewältigbar ist oder nicht. Schwarzer (2004) weist darauf hin, dass Ressourcen generell immer mehr mit der Bewältigung von chronischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden.

Um dem generellen Ziel in der Rehabilitation – der Verbesserung der Teilhabe des Patienten/der Patientin – näherzukommen, bedarf es in der chronischen Phase somit spezieller Interventionsstrategien (Teoh, Sims & Milgrom, 2009). Der Ressourcenaktivierung im Sinne einer Förderung von Stärken (siehe Kapitel 3.3) scheint dabei besondere Bedeutung zuzukommen. Teoh et al. (2009) sehen in einer Verbesserung der psychosozialen Anpassung und einer Reduktion der Depression nach einem Schlaganfall ein wesentliches Potential für eine verbesserte Teilhabe – unabhängig von der funktionellen Einschränkung durch die Behinderung.

4.2 Die Schlaganfallrehabilitation – Orientierung an der Teilhabe

Für die Rehabilitation nach einem Schlaganfall gilt den Prinzipien der ICF folgend, dass die Partizipation des Patienten/der Patientin Priorität hat und letztlich diese den Therapieerfolg bestimmt (Frommelt & Lösslein, 2010).

Generell sprechen Rentsch und Bucher (2005) aber davon, dass sich in der Forschung zur Schlaganfallrehabilitation nur wenige Studien mit dem Aspekt der Partizipation befassen, im Vergleich zu Studien, die die Körperfunktionen oder Aktivitäten in das Zentrum des Interesses rücken. Geyh, Cieza, Kollerits, Grimby und Stucki (2007) vermuten, dass dies durch die erschwerte Erhebungssituation erklärbar ist. Durch kognitive und/oder sprachliche Einschränkungen ist eine Befragung bei

Schlaganfallpatienten und -patientinnen zum Aspekt der Partizipation oftmals nur schwer möglich. Aber auch die Schwierigkeiten bei der psychometrischen Erfassung des Konzepts können Grund für dessen Vernachlässigung sein (Salter et al., 2005). Auf diese Schwierigkeiten und die gängige Praxis, Partizipation über das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erheben, wird nun noch genauer eingegangen.

4.2.1 Psychometrische Erfassung der Partizipation

Die Erfassung der Partizipation gestaltet sich schwierig, da einerseits die Komplexität des Konstrukts eine vollständige Erfassung kaum möglich macht (Noonan et al., 2009). Andererseits ergibt sich ein Operationalisierungsproblem dadurch, dass die Aktivitäten und die Partizipation in der ICF in einer gemeinsamen Liste – gegliedert nach Lebensbereichen (life domains) – klassifiziert sind und es am Anwender liegt, über den Betrachtungswinkel zu entscheiden (Reed et al., 2005). Diese inhaltliche Überschneidung führt dazu, dass es kaum Messinstrumente gibt, die ausschließlich das Konzept der Partizipation erfassen, sondern es kommt zu Überschneidungen mit den Konzepten der Aktivitäten und auch der Körperfunktionen (Salter et al., 2005).

In der Forschung zur Schlaganfallrehabilitation wird zumeist auf das Konstrukt der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ als Indikator für Partizipation zurückgegriffen. Dies ist zusammenfassend sehr gut in einer Studie von Salter et al. (2005) ersichtlich, die mit dem Ziel der Darstellung und Evaluation der am häufigsten verwendeten Messinstrumente zur Erfassung des Partizipationsaspekts nach einem Schlaganfall durchgeführt wurde. Alle sechs nach der Häufigkeit ihrer Anwendung ausgewählten Instrumente sind dabei Messinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Auf konzeptueller Ebene muss kritisch angemerkt werden, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität und Partizipation aber nicht grundsätzlich gleichgesetzt werden können. Während Partizipation ein objektiver Tatbestand ist, handelt es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität um eine subjektive Einschätzung ihrer Situation durch die Betroffenen (Rentsch & Bucher, 2005).

Faria, Silva, Corrêa, Laurentino und Teixeira-Salmela (2012) konnten an ausgewählten Messinstrumenten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die bei der Erkrankung des Schlaganfalls eingesetzt werden, zeigen, dass wesentliche Aspekte der Partizipation damit abgedeckt werden. Kritik gibt es jedoch dahingehend, dass

mittels der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht ausschließlich Partizipationsaspekte erhoben werden, sondern auch Aktivitäten und Körperfunktionen, insbesondere Emotionen (Duncan, Jorgensen & Wade, 2000). Dieses Problem scheint aber auf das bereits erwähnte Konzeptualisierungsproblem der ICF generell hinzuweisen, das Aktivitäten und Partizipation in einer gemeinsamen Itemliste klassifiziert und somit eine eindeutige differenzielle Erfassung beider Konstrukte erschwert.

Trotz der geäußerten Kritik ist es in der Scientific Community unumstritten, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität – wenn auch nicht konzeptuell deckungsgleich – dem Konzept der Partizipation zuzuordnen ist. Im Bereich der Forschung zur Schlaganfallrehabilitation führt dies zu einem intensiven Einsatz von Messinstrumenten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zur Erfassung des Partizipationsaspekts (Salter et al., 2005).

4.2.1.1 Psychometrische Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Grundsätzlich gibt es keine allgemein verbindliche Definition des Begriffs „gesundheitsbezogene Lebensqualität“. Einigkeit herrscht darin, dass es sich um ein latentes, multidimensionales Konstrukt handelt, das auf einer subjektiven Einschätzung beruht (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Diese Subjektivität betont auch die WHOQOL Group (1993), die gesundheitsbezogene Lebensqualität als „an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (p. 153) definiert.

Inhaltlich sind der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Wesentlichen folgende vier Bereiche zuzuordnen: (1) die krankheitsbedingten körperlichen Beschwerden, (2) die psychische Verfassung, (3) die erkrankungsbedingten funktionalen Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen und (4) die Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen (Schumacher et al., 2003).

Trotz des Fehlens einer einheitlichen, verbindlichen Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität herrscht Konsens darüber, dass den unterschiedlichen Messinstrumenten eine operationale Definition zugrunde gelegt werden sollte (Schumacher et al., 2003). Diese können in Folge auch zur Beurteilung der inhaltlichen Validität des jeweiligen Messinstruments herangezogen werden (Kubinger, 2009). McHorney (1999) bezeichnet die inhaltliche Validität als das wichtigste Kriterium in der Beurteilung der Messinstrumente.

Grundsätzlich kann man unidimensionale von multidimensionalen Verfahren unterscheiden, ebenso wie krankheitsübergreifende (generische) von krankheitsspezifischen Verfahren (Schumacher et al., 2003).

Während der große Vorteil der multidimensionalen Verfahren zweifellos in der Möglichkeit der Profildarstellung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegt (Schumacher et al., 2003), sehen Algurén et al. (2012) den Vorteil der unidimensionalen Verfahren – im Speziellen der Globalfrage nach der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – in der Möglichkeit der individuellen Gewichtung der Einzeldimensionen durch die befragte Person.

Krankheitsspezifische Instrumente befassen sich im Gegensatz zu generischen Instrumenten inhaltlich speziell mit einer spezifischen Erkrankung (Schumacher et al., 2003). Mit ihren Fragen versuchen sie eine möglichst genaue Erfassung aller erkrankungsspezifischen Beeinträchtigungen unter der Prämisse, dass diese die Lebensqualität negativ beeinflussen. Rose (2003) kritisiert, dass diese krankheitsspezifischen Messinstrumente oft sehr symptombezogen sind und andere Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wie beispielsweise die soziale Einbindung oder das psychische Wohlbefinden, vernachlässigen. Einen Vorteil sieht er in der Sensitivität in Bezug auf Therapieeffekte, da sich diese meist in der Veränderung bestimmter Beschwerden erkennen lassen. Der große Vorteil der generischen Instrumente, die allgemeine, erkrankungsübergreifende Kriterien gesundheitsbezogener Lebensqualität erfassen, liegt in der Möglichkeit, Vergleiche zwischen verschiedenen Erkrankungen herzustellen. Einen Nachteil speziell für Schlaganfallpatienten und -patientinnen sehen Geyh et al. (2007) darin, dass spezifische Probleme nach einem Schlaganfall, wie beispielsweise kognitive oder sprachliche Beeinträchtigungen, mittels generischer Instrumente nicht erfasst werden.

Es obliegt dem Anwender, aus der großen Anzahl von Messinstrumenten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität das passende für eine spezifische Fragestellung auszuwählen. Unterschiedliche Messinstrumente sind für unterschiedliche Zwecke besser oder auch schlechter geeignet, wobei eine genaue Prüfung der psychometrischen Gütekriterien ebenso wie anwendungsspezifische Aspekte (wie beispielsweise Vorgabemodus) im Entscheidungsprozess für oder gegen ein Instrument berücksichtigt werden müssen (Geyh et al., 2007).

4.3 Auswirkungen des Schlaganfalls auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Trotz der großen Fortschritte in der Medizin, die zu einer erhöhten Überlebensrate nach einem Schlaganfall in den letzten Jahrzehnten führten (Carod-Artal & Egado, 2009), kann nicht automatisch von einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ausgegangen werden. Dies konnten Edwards, Koehoorn, Boyd und Levy (2010) anhand von Daten von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in Kanada belegen, die keinen Anstieg der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen 1996 und 2005 aufwiesen. Eine mögliche Erklärung ist, dass mit der erhöhten Überlebensrate oft lebenslange Behinderungen verbunden sind, die einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben (Carod-Artal & Egado, 2009).

Eine evidenzbasierte Aussage über den Impact des Schlaganfalls auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu treffen ist schwierig, da dazu sehr unterschiedliche Schätzungen existieren (Tengs, Yu & Luistro, 2001). Konsistent ist die Evidenz jedoch dahingehend, dass ein Schlaganfall zu einer Reduktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt, und das nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig.

Eine der bekanntesten Untersuchungen zu den Langzeiteffekten des Schlaganfalls ist die „North East Melbourne Stroke Incident Study“ (NEMESIS), die unter anderem auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht. Der große Vorteil der NEMESIS ist, dass es sich um eine populationsbasierte Studie mit häufigen Follow-up-Raten handelt, die die Forscher annehmen lässt, dass die Ergebnisse repräsentativ für die Population der Schlaganfallpatienten und -patientinnen sind (Sturm et al., 2004). In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigen die Ergebnisse, dass ein substantieller Teil (mehr als ein Viertel) der Überlebenden zwei Jahre nach einem Schlaganfall eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweist. Acht Prozent der Befragten stufen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität sogar als gleich schlimm oder schlimmer als den Tod ein (Sturm et al., 2004). Auch fünf Jahre nach dem Schlaganfall scheint sich an dieser Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nichts zu ändern (Paul et al., 2005).

Betrachtet man die Facetten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität getrennt voneinander, ist die Evidenzlage inkonsistent. Unterschiedlichen Facetten wird unterschiedliche Bedeutung zugesprochen, wobei wiederholt vor allem die physische Komponente als besonders betroffen hervorgehoben wird. Carod-Artal, Egado, Gon-

zález und Varela de Seijas (2000) beispielsweise beschreiben eine Reduktion sowohl der psychosozialen als auch der physischen Dimension gesundheitsbezogener Lebensqualität, wobei die Reduktion der physischen Komponente sich als deutlich ausgeprägter darstellt. Diese Bedeutung vor allem der physischen Dimension konnte auch in einer kulturübergreifenden Studie an Deutschen und Nigerianern gezeigt werden (Owolabi, 2011).

Die Befundlage zusammenfassend kommt es nach dem Schlaganfall sowohl kurz- als auch langfristig zu Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die die unterschiedlichen Komponenten unterschiedlich stark betreffen können. Dem übergeordneten Rehabilitationsziel der Partizipation folgend kann somit das Bestreben nach einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als nicht hoch genug eingeschätzt werden.

4.4 Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität gezielt fördern zu können, ist es von großer Bedeutung, Wissen über die Wirkung von möglichen Einflussfaktoren zu besitzen. In Anlehnung an das biopsychosoziale Modell der ICF gibt es Einflussfaktoren auf physischer (Funktionen und Aktivitäten), psychischer (personbezogene Faktoren) und sozialer Ebene (Umweltfaktoren).

Eindeutig ist die Evidenz dahingehend, dass die physische Komponente eine wesentliche Determinante von gesundheitsbezogener Lebensqualität darstellt. Je schwerer der Schlaganfall war, desto schlechter ist danach die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Selbiges gilt für Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit (in der ICF als Behinderung bezeichnet). Algurén et al. (2012) konnten in einer Längsschnittuntersuchung zeigen, dass Einschränkungen in den Körperfunktionen und Aktivitäten (Behinderung) beinahe die gesamte Varianz der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach dem Schlaganfall in den ersten drei Monaten erklären. Auch ein halbes Jahr nach dem Schlaganfall ist die Behinderung noch die wesentlichste Determinante für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Naess, Lunde & Brogger, 2012). Selbiges gilt für ein Jahr nach dem Schlaganfall (Carod-Artal et al., 2000) und auch zwei (Sturm et al., 2004) beziehungsweise fünf Jahre danach noch (Paul et al., 2005). Insgesamt scheint jedoch das Ausmaß des Einflusses der physischen Komponente in der chronischen Phase abzunehmen (Algurén et al., 2012).

Gemäß den Ergebnissen der Untersuchung von Algurén et al. (2012) sind es vor allem die Umweltfaktoren, die im Langzeitverlauf an Bedeutung gewinnen. Die Wohnsituation ist insofern ausschlaggebend, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei zu Hause lebenden Schlaganfallpatienten und -patientinnen höher zu sein scheint als bei jenen, die in Heimen wohnen (Clarke, 1999). Ferner gibt es auch Hinweise darauf, dass Singles oder geschiedene Patienten und Patientinnen eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen (Meyer et al., 2010).

Erneut auf die Untersuchung von Algurén et al. (2012) Bezug nehmend, bleibt trotz Berücksichtigung von Körperfunktionen/Aktivitäten und Umweltfaktoren ein Teil der Varianz der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein Jahr nach dem Schlaganfall unaufgeklärt. Die Autoren diskutieren, dass dieser Varianzanteil höchstwahrscheinlich durch die nicht erhobenen personbezogenen Faktoren erklärt werden könnte. Sie empfehlen – insbesondere bei Untersuchungen zu Schlaganfall in der chronischen Phase – diese vermehrt zu berücksichtigen. Das Alter – ein einfacher, von der Person nicht veränderbarer personbezogener Faktor (Grotkamp et al., 2012) – ist als Prädiktorvariable mehrfach dahingehend belegt, dass höheres Alter mit einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht (u.a. Passier, Visser-Meily, Rinkel, Lindeman & Post, 2013; Paul et al., 2005; Sturm et al., 2004). Ferner spielt auch das Geschlecht eine Rolle. Es konnte wiederholt gezeigt werden, dass Schlaganfallpatientinnen über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität berichten als Schlaganfallpatienten (u.a. Carod-Artal & Egidio, 2009; Gargano & Reeves, 2007; Passier et al., 2013). Hinweise gibt es auch auf den Einfluss des Bildungsabschlusses, die vermuten lassen, dass Schlaganfallpatienten und -patientinnen mit geringerem Bildungsabschluss über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität verfügen (Meyer et al., 2010). Wiederholt gezeigt werden konnte darüber hinaus, dass Depression in negativem Zusammenhang zu gesundheitsbezogener Lebensqualität steht (u.a. Carod-Artal & Egidio, 2009; Naess et al., 2012; Sturm et al., 2004), ebenso wie die Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus (Visser-Meily, Riebergen, Rinkel, van Zandervoort & Post, 2009). Visser-Meily et al. (2009) weisen darüber hinaus noch auf eine starke Korrelation zwischen Depression und Neurotizismus hin.

4.4.1 Einfluss ausgewählter Ressourcen

Neben den bereits genannten Einflussfaktoren interessieren dem ressourcenorientierten Ansatz folgend insbesondere Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die als Förderfaktoren wirksam werden und somit die gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv beeinflussen können. An dieser Stelle soll ausschließlich auf die in Kapitel 3.2 theoriegeleitet ausgewählten personal-psychischen und sozial-interpersonalen Ressourcen eingegangen werden.

Über eine starke Evidenz als Prädiktorvariable für gesundheitsbezogene Lebensqualität verfügt die den sozial-interpersonalen Ressourcen zuzuordnende Ressource der sozialen Unterstützung (u.a. Carod-Artal & Egido, 2009; Kim, Warren, Madill & Hadley, 1999). Die Bedeutung der sozialen Unterstützung wird neben dem Gros an quantitativen Untersuchungen auch durch eine qualitative Untersuchung von Lynch et al. (2008) untermauert. Die Forschergruppe interviewte Schlaganfallpatienten und -patientinnen mit dem Ergebnis, dass die soziale Unterstützung das erst- und meistgenannte Thema war.

Insgesamt nur wenige Untersuchungen gibt es über den Einfluss der in Kapitel 3.2 ausgewählten personal-psychischen Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, dispositioneller Optimismus, Kohärenzgefühl, Hardiness und Resilienz) auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem Schlaganfall. Von allen fünf Ressourcen noch am besten untersucht ist die Selbstwirksamkeitserwartung. Korpershoek, van der Bijl und Hafsteinsdóttir (2011) verweisen in ihrem Review auf zwei Untersuchungen (LeBrasseur, Sayers, Ouellette & Fielding, 2006; Robinson-Smith, 2003), die übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass Selbstwirksamkeitserwartung mit gesundheitsbezogener Lebensqualität in einem positiven Zusammenhang steht. Während sich LeBrasseur et al. (2006) der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf körperliche Aufgaben widmeten, untersuchte Robinson-Smith (2003) die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf Selbstversorgung. Studien zum Einfluss der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem Schlaganfall konnten nicht gefunden werden.

Resilienz im Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Schlaganfallpatienten und -patientinnen scheint bisher unerforscht zu sein, ebenso wie das Kohärenzgefühl. Das letztgenannte Konstrukt kommt hingegen sehr wohl im Zusammenhang mit den pflegenden Angehörigen zum Einsatz (u.a. Larson et al., 2005; Perrin, Heesacker, Stidham, Rittman & Gonzalez-Rothi, 2008).

Ähnlich spärlich ist die Evidenzlage in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Hardiness und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Eine Untersuchung an älteren koreanischen Schlaganfallpatienten und -patientinnen kommt zu dem Schluss, dass eine hohe Hardiness mit einer verringerten Pflege durch die Familie assoziiert ist und dies wiederum mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Yoon, 1997).

Auch die Ressource des dispositionellen Optimismus und ihr Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem Schlaganfall ist kaum erforscht. Teoh et al. (2009) kommen in einer Untersuchung an chronischen Schlaganfallpatienten und -patientinnen zu dem Ergebnis, dass Optimismus sehr wohl ein Prädiktor für gesundheitsbezogene Lebensqualität ist, allerdings der schwächste neben den personal-psychischen Prädiktoren Selbstbewusstsein, Kontrollerwartung und Depression.

Den momentanen Wissensstand zum Einfluss der Ressourcen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem Schlaganfall betrachtend führt zu der Erkenntnis, dass es noch wenig Evidenz – insbesondere die personal-psychischen Ressourcen betreffend – gibt. Sich der Meinung von Gey et al. (2004) ebenso wie Granlund et al. (2004) anschließend, ist es für die Zukunft wünschenswert, diese im Rahmen der Rehabilitationsforschung vermehrt zu berücksichtigen.

4.4.2 Prädiktive Kraft eines biopsychosozialen Einflussfaktorenmodells

Die Forschungsergebnisse zusammenfassend kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass bei Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren ein großer Anteil der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach dem Schlaganfall erklärt werden kann. Owolabi (2013) beispielsweise konnte in einer kulturübergreifenden Studie zeigen, dass 86 % der Varianz an gesundheitsbezogener Lebensqualität von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in Nigeria und 70 % jener in Deutschland durch eine Berücksichtigung vorwiegend physischer und psychischer Variablen erklärt werden können. Eine vollständige Varianzaufklärung wird jedoch aufgrund der enormen Anzahl an möglichen Einflussfaktoren kaum möglich sein. Man bedenke, dass das ICF Core Set für Schlaganfall für die Bereiche Körperfunktionen, Aktivitäten und Umweltfaktoren aus insgesamt 422 Items besteht, wobei hier personbezogene Faktoren noch nicht berücksichtigt sind. Die Core Sets sind im Gegensatz zur Vollversion der ICF bereits eine im fachlichen Konsens getroffene Auswahl relevanter Kategorien für ein spezifisches Gesundheitsproblem (Geyh et al.,

2004). Jedes dieser Items plus die nicht klassifizierten personbezogenen Faktoren stellen mögliche Einflussfaktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität dar.

Weiters kann aufgrund der dargestellten Ergebnisse angenommen werden, dass die Einflussfaktoren in den unterschiedlichen Phasen nach dem Schlaganfall unterschiedliche Gewichtung erfahren. Während für die akute Phase nach dem Schlaganfall ein biopsychosoziales Einflussfaktorenmodell mit Betonung der physischen Komponente zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geeignet scheint, ist für die chronische Phase ein biopsychosoziales Einflussfaktorenmodell mit besonderer Berücksichtigung der Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren als geeignet anzunehmen. Die von Teoh et al. (2009) in einer longitudinalen Untersuchung an chronischen Schlaganfallpatienten und -patientinnen (> 6 Monate nach dem Schlaganfall) allein durch psychosoziale Faktoren (Optimismus, Selbstbewusstsein, Kontrollerwartung, Depression und soziale Unterstützung) aufgeklärte Varianz an gesundheitsbezogener Lebensqualität beträgt zwischen 33 % und 53 %.

5 Zusammenfassung der theoretischen Ausführungen

In den letzten Jahren kam es in der Rehabilitation zu einem Paradigmenwechsel weg von einem medizinischen hin zu einem biopsychosozialen Modell. Dies bedeutet, dass neben den biologischen auch psychische und soziale Faktoren, die mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehen, Berücksichtigung finden. Darüber hinaus veränderte sich die Zielsetzung dahingehend, dass nicht nur reine Funktions- oder Aktivitätsverbesserung angestrebt werden, sondern die Optimierung der Teilhabe (= Partizipation) des Patienten/der Patientin am Leben trotz möglicher langfristiger Einschränkungen als übergeordnetes Ziel im Fokus der Rehabilitationsbemühungen stehen sollte.

Als Rahmenmodell für die Teilhabe-orientierte Rehabilitation besonders geeignet und deshalb auch vielfach herangezogen ist die ICF. Da sie neben der Funktionsfähigkeit auch die Kontextfaktoren berücksichtigt, kann sie als biopsychosoziales Modell bezeichnet werden. Darüber hinaus ist die ICF die einzige internationale Klassifikation, die die Partizipation nicht nur explizit berücksichtigt, sondern auch in den Mittelpunkt rückt.

Da es die Teilhabe ist, die letztlich den Therapieerfolg bestimmt, stellt sich die Frage, wie Partizipation generell positiv beeinflusst werden kann. Dem Modell der ICF folgend sind es die Kontextfaktoren, die im Sinne von Förderfaktoren oder Bar-

rieren Partizipation verbessern oder behindern können. Mit der Berücksichtigung der Förderfaktoren entfernt sich die ICF vom defizitorientierten Modell der ICIDH und spricht explizit auch die positiven Einflussfaktoren an.

Dies deckt sich mit dem ressourcenorientierten Ansatz der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie, der ebenfalls den Fokus auf Faktoren richtet, die dazu beitragen, dass Menschen trotz einströmender Belastungen körperlich und psychisch gesund bleiben. Diesem Ansatz liegen unterschiedlichste Modelle zugrunde, deren gemeinsame Grundaussage darin besteht, dass Menschen Stressoren (auch Krankheit gilt als Stressor) je nach Verfügbarkeit von Ressourcen unterschiedlich gut bewältigen können. Als besonders bedeutsam werden meist die personal-psychischen und die sozial-interpersonalen Ressourcen eingeschätzt. Als wesentliche personal-psychische Ressourcen haben sich in den unterschiedlichsten Studien zu Gesundheit und Krankheit die Selbstwirksamkeitserwartung, der dispositionelle Optimismus und die Resilienz gezeigt. Das Kohärenzgefühl und auch die Hardiness als protektive Faktoren gelten in der Fachwelt als umstritten, da sich vor allem deren Konzeptualisierung und in Folge Operationalisierung als schwierig gestaltet. Als bedeutende sozial-interpersonale Ressource ist die soziale Unterstützung zu nennen. Aus dem ressourcenorientierten Ansatz entwickelt hat sich die Ressourcenaktivierung als psychologische Intervention.

Konkret auf das Krankheitsbild des Schlaganfalls übertragen scheint der Ressourcenorientierung in der Rehabilitation besondere Bedeutung zuzukommen. Dies gilt insbesondere für die chronische Phase nach dem Schlaganfall, in der die maximale Funktionswiederherstellung bereits abgeschlossen ist und Patienten und Patientinnen lernen müssen, mit ihrer Behinderung zu leben. Teilhabe sollte auch hier das höchste Ziel aller Rehabilitationsbemühungen sein. In der Rehabilitationspraxis wie auch in der Rehabilitationsforschung findet der Teilhabeaspekt trotz seiner Relevanz allerdings noch wenig Beachtung. Ein möglicher Grund ist die Schwierigkeit der Operationalisierung desselben. In der Forschung zur Schlaganfallrehabilitation wird zu meist auf das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Indikator für Partizipation zurückgegriffen. Eindeutig ist die Evidenzlage dahingehend, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Schlaganfall reduziert ist. Um diese in der Schlaganfallrehabilitation konkret verbessern zu können, müssen mögliche Einflussfaktoren identifiziert werden. Genau hier setzt die vorliegende Arbeit an.

5.1 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Einflussfaktoren zu identifizieren, die maßgeblich für die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall verantwortlich sind. Dazu soll ein aus der Theorie abgeleitetes Prädiktorenmodell überprüft werden.

Eine besonders gute Varianzaufklärung ist zu erwarten, wenn biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Neben der Behinderung als biologische Komponente, deren Zusammenhang mit der Outcome-Variable der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wiederholt gezeigt werden konnte, interessieren in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall im Sinne des ressourcenorientierten Ansatzes vor allem die personal-psychischen und sozial-interpersonalen Ressourcen. Während die sozial-interpersonale Ressource der sozialen Unterstützung als Prädiktorvariable für die gesundheitsbezogene Lebensqualität bereits über viel Evidenz verfügt, gibt es noch kaum Untersuchungen zu den genannten personal-psychischen Ressourcen. Der Forderung nach vermehrter Berücksichtigung personbezogener Faktoren in der Rehabilitationsforschung nachkommend werden die personal-psychischen Ressourcen Selbstwirksamkeitserwartung, dispositioneller Optimismus und Resilienz in das aufgestellte Prädiktorenmodell aufgenommen.

Überprüft werden soll somit ein biopsychosoziales Prädiktorenmodell mit den Faktoren Selbstständigkeit im Alltag als Maßstab der Behinderung (biologische Komponente), Selbstwirksamkeitserwartung, dispositioneller Optimismus, Resilienz (psychische Komponente) und soziale Unterstützung (soziale Komponente).

6 Methode

6.1 Studiendesign

Bei der empirischen Untersuchung handelt es sich um eine schriftliche Befragung mit einem Querschnittsdesign. Die Befragung fand zwischen November 2012 und Mai 2013 statt.

6.2 Stichprobe

6.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Ursprünglich in die Untersuchung aufgenommen wurden Schlaganfallpatienten und -patientinnen (ischämischer oder hämorrhagischer Erstinsult) mit einem Mindestalter von 18 Jahren, die zum wiederholten Mal stationäre Rehabilitation in Anspruch nahmen (Folgereha), wobei der Schlaganfall mindestens sechs Monate zurückliegen musste. Ferner mussten die Patienten und Patientinnen sprachlich und kognitiv in der Lage dazu sein, die Fragebogenbatterie zu beantworten.

Da nach zweimonatiger Erhebung sichtbar wurde, dass mit den aufgestellten Ein- und Ausschlusskriterien nur sehr wenige Patienten und Patientinnen befragt werden konnten ($n < 15$), wurde das Einschlusskriterium des Erstinsults aufgehoben. Auch Patienten und Patientinnen mit Reinsult wurden in die Untersuchung aufgenommen, wobei die Variable Erstinsult/Reinsult mit erhoben wurde, um mögliche Einflüsse im Rahmen der Auswertung statistisch kontrollieren zu können. Die angepassten Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Insult (ischämisch oder hämorrhagisch)	Kognitive und sprachliche Beeinträchtigungen, die ein Ausfüllen des Fragebogens unmöglich machen
Chronische Phase des Insults: – Folgerehabilitation – mindestens sechs Monate nach Insult	Anschlussheilbehandlung (erste Rehabilitation)
Mindestens 18 Jahre alt	

Ein zeitlicher Rahmen von sechs Monaten wurde gewählt, da in dieser Untersuchung die Partizipation in der chronischen Phase des Schlaganfalls im Zentrum des Interesses steht. Duncan et al. (2000) empfehlen, den Partizipationsaspekt frühestens sechs Monate nach dem Schlaganfall zu messen, um den Patienten und Patientinnen eine

Stabilisierung ihrer sozialen Situation zu ermöglichen. Dies beinhaltet, dass der Patient/die Patientin bereits wieder im gewohnten Umfeld gewesen sein muss, weshalb die Anschlussheilbehandlung (erste Rehabilitation) als Zeitpunkt für die Erhebung ausgeschlossen wurde. Eingeschlossen wurden somit Patienten und Patientinnen, die sich zum wiederholten Male auf Rehabilitation befinden (Folgerehabilitation) und deren Schlaganfall mindestens sechs Monate zurücklag. Neben der zeitlichen Komponente ist ein weiterer Grund für das Einschlusskriterium „Folgerehabilitation“ eine angestrebte Vergleichbarkeit der befragten Personen. Folgerehabilitation bedarf einer Genehmigung durch die Krankenkasse, und nur Personen mit einer entsprechenden Einschränkung ihrer Funktionsfähigkeit können diese in Anspruch nehmen.

Ein Ausschlusskriterium stellte eine Einschränkung der sprachlichen und/oder kognitiven Leistungen dar, die eine Bearbeitung des Fragebogens unmöglich machte. Zur Einschätzung dieser Leistungen diente das klinische Urteil der zuständigen Neuropsychologen und -psychologinnen, beziehungsweise in der Klinik Wilhering zusätzlich auch das Urteil der Ärzte und Ärztinnen.

6.2.2 Stichprobenziehung

Die Erhebung fand im Zeitraum von November 2012 bis Mai 2013 in folgenden fünf Rehabilitationszentren statt:

- Klinik Wilhering
- neurologisches Therapiezentrum Gmunderberg
- Therapiezentrum Buchenberg (Waidhofen an der Ybbs)
- Klinik Jesuitenschlössl (Passau)
- Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach

Alle genannten Rehabilitationszentren bieten neurologische Spätrehabilitation an und sind demnach untereinander vergleichbar. Befragt wurden Patienten und Patientinnen, die zum Zeitpunkt der Befragung in einem der genannten Zentren stationär aufgenommen waren und die definierten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten.

Es handelt sich somit um eine anfallende Stichprobe, die durch die definierten Ein- und Ausschlusskriterien möglichst repräsentativ für die Population der chronischen Schlaganfallpatienten und -patientinnen mit bestehenden Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit sein sollte.

6.2.3 Zusammensetzung der Stichprobe

Insgesamt konnten 81 Schlaganfallpatienten und -patientinnen untersucht werden. Die meisten Patienten und Patientinnen konnten in der Klinik Wilhering befragt werden ($n = 25$), gefolgt vom neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg ($n = 21$), dem Therapiezentrum Buchenberg ($n = 17$), der Klinik Jesuitenschlössl ($n = 12$) und dem Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach ($n = 6$). Die gerundete prozentuale Verteilung ist in Abbildung 8 grafisch dargestellt.

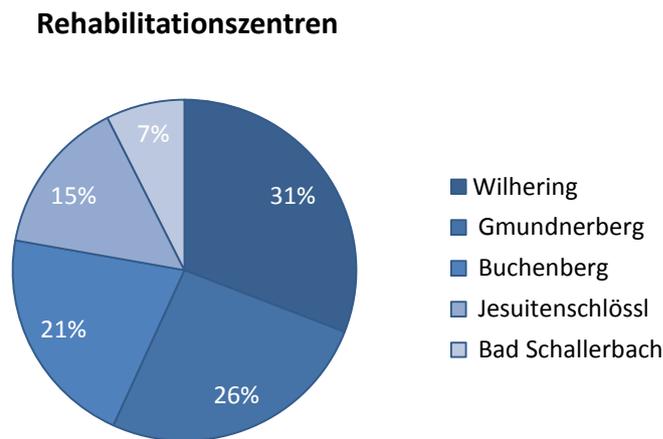


Abbildung 8: Gerundete prozentuale Verteilung der Stichprobe in den Rehabilitationszentren

Nun folgt eine Charakterisierung der Stichprobe in Bezug auf soziodemografische Variablen. In der Stichprobe befinden sich 35 Frauen und 46 Männern mit einem durchschnittlichen Alter von 60.14 Jahren ($SD = 12.77$; Range = 22–85). Als höchste abgeschlossene Bildung geben 15 Patienten und Patientinnen die Hauptschule an, 38 die Lehre, 13 die Matura/Berufsreife, 12 die Universität/Fachhochschule und drei verweisen auf andere Abschlüsse. Der Großteil der Patienten und Patientinnen nennt als momentane Erwerbssituation die Pension, entweder aufgrund des Alters ($n = 38$) oder aufgrund des Schlaganfalls ($n = 27$). Vollzeit berufstätig sind noch vier Patienten und Patientinnen, zwei sind Teilzeit berufstätig und sieben befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Krankenstand. In Bezug auf die Wohnsituation geben 76 Patienten und Patientinnen an, in einem Haus/Wohnung zu leben, nur jeweils ein Patient/eine Patientin leben im betreuten Wohnen oder im Altersheim ($MD = 3$). Nur 20 Patienten und Patientinnen leben alleine, wohingegen 57 dies nicht tun ($MD = 4$). Die meisten der Befragten sind verheiratet ($n = 43$), 11 leben in einer Partnerschaft, sieben sind ledig, 11 sind verwitwet, und sieben geben anderweitige Beziehungsformen an ($MD = 2$).

Eine gerundete prozentuale Darstellung der Häufigkeiten der beschriebenen soziodemografischen Merkmale ist Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Deskriptive Darstellung der soziodemografischen Merkmale (in Prozent)

	Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit
Geschlecht	weiblich	43 %
	männlich	57 %
Bildungsniveau	Hauptschule	18 %
	Lehre	47 %
	Matura/Berufsreife	16 %
	Universität/Fachhochschule	15 %
	Anderes	4 %
Erwerbssituation	Alterspension	47 %
	Pension aufgrund des Insults	33 %
	Vollzeit berufstätig	5 %
	Teilzeit berufstätig	2 %
	Krankenstand	9 %
	Anderes	4 %
Wohnsituation 1	im Haus/Wohnung	98 %
	im betreuten Wohnen	1 %
	im Altersheim	1 %
Wohnsituation 2	alleine wohnen	26 %
	nicht alleine wohnen	74 %
Beziehungsstatus	verheiratet	54 %
	in Partnerschaft	14 %
	ledig	9 %
	verwitwet	14 %
	Anderes	9 %

Im Anschluss an die Charakterisierung der Stichprobe in Bezug auf soziodemografische Variablen erfolgt eine Charakterisierung derselben in Bezug auf Variablen, die den Schlaganfall und die damit verbundenen Rehabilitationsleistungen betreffen (für eine gerundete prozentuale Darstellung siehe Tabelle 4). Bei der Läsionslokalisation zeigt sich eine annähernde Gleichverteilung mit 39 Patienten und Patientinnen mit einer rechtshirnigen Läsion und 36 mit einer linkshirnigen Läsion (MD = 6). Bei 75 Patienten und Patientinnen handelt es sich um einen Erstinsult, bei sechs um einen Reinsult. Der Schlaganfall war bei 24 Patienten und Patientinnen vor sechs Monaten bis einem Jahr, bei 16 vor ein bis zwei Jahren, bei 14 Patienten und Patientinnen vor zwei bis drei Jahren und bei 26 vor mehr als drei Jahren (MD = 1). Von den befragten Patienten und Patientinnen sind die meisten zum zweiten Mal auf Rehabilitation (n = 39), 18 zum dritten, sieben sind zum vierten, sechs zum fünften, drei zum sechsten und sieben Patienten und Patientinnen sind bereits zum siebten Mal oder öfter zur Rehabilitation (MD = 1).

Tabelle 4: Deskriptive Darstellung der krankheitsbezogenen Merkmale (in Prozent)

	Krankheitsbezogene Merkmale	Häufigkeit
Läsions- lokalisation	rechtshirinig	52 %
	linkshirinig	48 %
Häufigkeit	Erstinsult	93 %
	Reinsult	7 %
Zeitpunkt des Schlaganfalls	vor 6 Monaten bis 1 Jahr	30 %
	vor 1-2 Jahren	20 %
	vor 2-3 Jahren	18 %
	vor mehr als 3 Jahren	32 %
Rehabilitations- häufigkeit	2x	49 %
	3x	22 %
	4x	9 %
	5x	7 %
	6x	4 %
	≥ 7x	9 %

6.3 Erhebungsinstrumente

Als Erhebungsinstrument kam eine Fragebogenbatterie zum Einsatz, die zum großen Teil so konzipiert war, dass sie von den Patienten und Patientinnen selbstständig ausgefüllt werden konnte. Nur die Operationalisierung des Konstrukts „Selbstständigkeit im Alltag“ bedurfte einer Fremdbeurteilung. Einen Überblick über die Operationalisierung der Konstrukte gibt Tabelle 5.

Tabelle 5: Operationalisierung der zu erhebenden Konstrukte

Konstrukt	Erhebungsinstrument	Beurteilung
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC)	Selbstbeurteilung
Selbstwirksamkeitserwartung	Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	Selbstbeurteilung
Dispositioneller Optimismus	Deutsche Version des Life-Orientation-Test (LOT-R)	Selbstbeurteilung
Resilienz	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	Selbstbeurteilung
Soziale Unterstützung	Berliner Social Support Skalen (BSSS)	Selbstbeurteilung
Selbstständigkeit im Alltag	Barthel-Index	Fremdbeurteilung

Die Beantwortung der Fragebogenbatterie durch die Patienten und Patientinnen nahm zwischen 30 und 45 Minuten in Anspruch. Da Schlaganfallpatienten und -patientinnen oftmals als Folge ihrer Erkrankung Einschränkungen in der Belastbarkeit oder auch der Aufmerksamkeit aufweisen (Frommelt & Lösslein, 2010), wurde der Fragebogen in einer Form gestaltet, die ein blockweises Ausfüllen mit entsprechenden Pausen dazwischen ermöglichte. Dies wurde erreicht, indem der Fragebogen in drei Abschnitte mit jeweils unterschiedlichen Farben unterteilt wurde. In der In-

struktion wurde der Patient/die Patientin explizit darauf aufmerksam gemacht, dass es möglich ist, die einzelnen Abschnitte (gelb, grün, blau) zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu beantworten. Diese Gestaltungsmaßnahme wurde einerseits gesetzt, um die Zumutbarkeit zu gewährleisten, und andererseits, um einer Antworttendenz dahingehend vorzubeugen, dass die letzten Fragen aufgrund von Ermüdungserscheinungen nicht mehr korrekt beantwortet werden, was wiederum die Validität der Ergebnisse erheblich gefährden würde.

Im Folgenden wird die Fragebogenbatterie näher vorgestellt und die Auswahl der einzelnen Fragebögen für diese Untersuchung begründet. Die psychometrischen Eigenschaften aller gewählten Fragebögen und Skalen wurden in diversen Untersuchungen wiederholt geprüft. Nur Messinstrumente, deren psychometrische Qualität als gut bis sehr gut zu beurteilen ist, wurden in die Fragebogenbatterie aufgenommen. Unter Anhang A kann die Fragebogenbatterie eingesehen werden.

6.3.1 Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC)

Mit dem Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC) von Siegrist, Broer und Junge (1996) wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst. Der Grund für die Auswahl dieses Instrumentes liegt in den theoretischen Annahmen zur Konzeptualisierung von gesundheitsbezogener Lebensqualität und im empfohlenen Anwendungsbereich. Laut Schumacher et al. (2003) ist es mit dem PLC möglich, das Ausmaß des eingeschränkten physischen, psychischen und sozialen Befindens und Handlungsvermögens bei Vorliegen einer Erkrankung oder Behinderung einzuschätzen. Sie empfehlen die Anwendung bei Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen im somatischen und psychosomatischen Bereich, ebenso bei Erwachsenen mit psychischen Störungen und Behinderungen. Darüber hinaus meinen sie, dass das PLC bei allen Altersgruppen (außer Kindern) und bei Mitgliedern aller sozialen Schichten eingesetzt werden kann. Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase der Erkrankung fallen somit in das Anwendungsgebiet des PLC.

Weiters berücksichtigt das PLC den Aspekt der Teilhabe am Leben, die Partizipation – jene Dimension, die im Zentrum des Interesses dieser Arbeit steht. Die theoretische Grundannahme, auf der das PLC basiert, besagt, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität ein mehrdimensionales latentes Konstrukt ist, dem zwei basalen Dimensionen, Befinden und Handlungsvermögen, zu Grunde liegen (Siegrist et al., 1996). Die Autoren erweitern durch die Dimension des Handlungsvermögens die

ihrer Meinung nach oft zu kurz greifende Definition der WHO von Gesundheit, die das Wohlbefinden des Menschen in den Mittelpunkt rückt und somit Gesundheit auf den Befindensaspekt reduziert. Die Autoren des PLC postulieren, „dass nicht die physiologische Norm an sich und nicht die mit ihr einhergehende Befindlichkeit allein bedeutsam ist für die Qualität subjektiv erfahrener Gesundheit, sondern die durch sie ermöglichte Teilhabe an einer bedeutungsvollen Mitwelt im Vollzug des Handelns“ (S. 16).

Eine weitere Besonderheit des PLC entspringt einer kritischen Haltung der Autoren gegenüber anderen Instrumenten zur Messung der Lebensqualität. Sie bemängeln, dass dem interpersonellen, sozialen Aspekt in vorhandenen Instrumenten wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Bei der Entwicklung des PLC legten sie daher besonders viel Wert darauf, die physische, psychische und soziale Dimension gleichgewichtig zu erfassen. Da unter Partizipation der gesellschaftliche Aspekt der Funktionsfähigkeit angesprochen wird, ist eine Erfassung des sozialen Befindens und Handlungsvermögens von zentraler Bedeutung.

Zusammenfassend liegt dem PLC eine Konzeptualisierung von gesundheitsbezogener Lebensqualität zugrunde, die die Dimension des Befindens als auch die des Handlungsvermögens gleichgewichtig berücksichtigt, wobei sich jede dieser Dimensionen unter den drei Aspekten „physisch“, „psychisch“ und „sozial“ differentiell erfassen lässt. Diese theoretischen Dimensionen und die daraus abgeleiteten Skalen sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Theoretische Dimensionen und Skalen des PLC (in Anlehnung an Siegrist, Broer & Junge, 1996, S. 18)

Dimension	Handlungsvermögen	Befinden
physisch	Leistungsvermögen	Symptombelastung
psychisch	Genuss- und Entspannungsfähigkeit	Positive Stimmung Negative Stimmung
sozial	Kontaktvermögen	Zugehörigkeitsgefühl

Das PLC besteht aus insgesamt sechs Skalen. Der Bereich des physischen Befindens soll laut Autoren des PLC durch einen Summenscore einer krankheitsspezifischen Symptomliste erfasst werden, die vom Anwender erst gebildet werden muss. Eine inhaltliche Beschreibung der verwendeten Skalen ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Inhaltliche Beschreibung der einzelnen Skalen des PLC (in Anlehnung an Siegrist, Broer & Junge, 1996, S. 36–42)

Skala	Inhaltliche Beschreibung
Leistungsvermögen	Hier werden in erster Linie Aspekte der körperlichen und geistigen Funktionsfähigkeit im privaten und beruflichen Alltag erfasst.
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	Diese Skala verweist auf die individuelle Fähigkeit der psychischen Regeneration.
Positive Stimmung	Hier werden Aspekte der positiven Gestimmtheit erfragt.
Negative Stimmung	Diese Skala erfasst Aspekte der negativen Gestimmtheit.
Kontaktvermögen	Hier wird vor allem die Fähigkeit, Beziehungen zu und Kommunikation mit anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, erfragt.
Zugehörigkeitsgefühl	Diese Skala erfasst vordergründig Aspekte des erfahrenen sozio-emotionalen Rückhaltes.

Alle sechs Skalen des PLC wurden unverändert in der vorliegenden Untersuchung verwendet, wobei die Einzelitems auf einer fünfstufigen Likertskala eingeschätzt werden mussten. Angepasst wurde lediglich der Zeitraum zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Um den Teilhabeaspekt – das heißt, das Einbezogenensein in eine Lebenssituation – valide zu erfassen, wurden Patienten und Patientinnen konkret aufgefordert, an die *Zeit unmittelbar vor* der Rehabilitation zu denken und nicht, wie im Originalfragebogen, an den Zeitraum der letzten sieben Tage. Ein dadurch möglicherweise entstehender Nachteil ist die Erinnerungsverzerrung für weiter zurückliegende Ereignisse.

Darüber hinaus wurde von der Erhebung des physischen Befindens durch eine krankheitsspezifische Symptomliste abgesehen, da Insultpatienten und -patientinnen je nach Schädigung sehr unterschiedliche Symptome aufweisen. Stattdessen wurde global nach einer Einschätzung der körperlichen Befindlichkeit auf einer fünfstufigen Ratingskala gefragt („Wie sehr fühlen Sie sich momentan durch Ihre körperlichen Beschwerden und Einschränkungen belastet?“).

Tabelle 8 illustriert die zum Einsatz gekommenen Skalen, die Itemanzahl pro Skala, ein Beispielitem und den an der Stichprobe (N = 81) ermittelten internen Konsistenzkoeffizienten Cronbach’s Alpha ebenso wie die Trennschärfe.

Tabelle 8: Skalen, Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach's Alpha und Trennschärfe des PLC

Skala	Itemanzahl	Beispielitem	Alpha	r_{it} (min) (max)
Leistungsvermögen	8	„Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage, alle Anforderungen zu erfüllen, die an Sie im Beruf oder im Haushalt gestellt werden?“	.78	.34 .65
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	8	„Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage, abzuschalten und zu entspannen?“	.85	.48 .72
Positive Stimmung	5	„In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation gut gelaunt und guter Dinge?“	.78	.41 .62
Negative Stimmung	8	„In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation traurig und niedergeschlagen?“	.90	.55 .79
Kontaktvermögen	6	„Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage, den Kontakt zu Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten?“	.82	.51 .71
Zugehörigkeitsgefühl	5	„In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation wohl und zugehörig im Kreise von Familie oder Freunden?“	.71	.32 .67

Die Einzelitems sind Anhang B zu entnehmen.

6.3.2 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung wurde die Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1995) verwendet (für die deutsche Version siehe Schwarzer & Jerusalem, 1999). Der Skala liegt ein Verständnis von allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung als stabile Persönlichkeitsdimension zugrunde. Sie misst die allgemeine optimistische Kompetenzerwartung, das heißt, das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage aufgrund eigener Kompetenz meistern zu können. Schwarzer (1994) empfiehlt die Anwendung der

Skala in vielen Forschungsbereichen, da aufgrund des hohen Allgemeinheitsgrades des Konstrukts viele Erlebens- und Verhaltensweisen gut erklärt oder vorhergesagt werden können. Die der SWE zugrundeliegenden theoretischen Annahmen, insbesondere der vermutete und zum Teil auch schon aufgezeigte Erklärungswert für bestimmte Kriteriumsvariablen – Schwarzer (2004) nennt hier beispielsweise die psychische Befindlichkeit oder die konstruktive Lebensbewältigung – führten zur Wahl dieses Erhebungsinstruments für die vorliegende Untersuchung.

Die SWE besteht aus insgesamt zehn Items, die auf einer vierstufigen Likertskala einzuschätzen sind. Die Itemanzahl, ein Itembeispiel, der an der Stichprobe (N = 81) ermittelte interne Konsistenzkoeffizient Cronbach's Alpha und die Trennschärfe (min/max) sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach's Alpha und Trennschärfe der Skala SWE

Skala	Itemanzahl	Beispielitem	Alpha	r_{it} (min) (max)
Selbstwirksamkeitserwartung	10	„Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.“	.90	.55 .73

Die Einzelitems der SWE, die unverändert in die Fragebogenbatterie der vorliegenden Untersuchung übernommen wurden, sind Anhang B zu entnehmen.

6.3.3 Deutsche Version des Life-Orientations-Tests (LOT-R)

Zur Messung des dispositionellen Optimismus wurde die deutsche Version des Life-Orientations-Tests (LOT-R) von Glaesmer, Hoyer, Klotsche und Herzberg (2008) verwendet. In der deutschen Version wird aufgrund faktorenanalytischer Ergebnisse zwischen einem Optimismus- und einem Pessimismusfaktor unterschieden. Im Gegensatz zur englischsprachigen Erstversion von Scheier und Carver (1985) werden diese zwei Konstrukte nicht auf einer bipolaren Skala gemeinsam, sondern als zwei unabhängige Dimensionen getrennt voneinander erfasst (Herzberg, Glaesmer & Hoyer, 2006). Ausschlaggebend für die Entscheidung, den LOT-R in die vorliegende Untersuchung aufzunehmen, war, dass er ein in der Forschung gut erprobtes und bewährtes Instrument zur Erfassung des dispositionellen Optimismus ist (Glaesmer et al., 2008).

Die deutsche Version des Life-Orientations-Tests besteht aus zehn Items, wobei drei dem Optimismus zuzuordnen sind, drei dem Pessimismus und vier Items als

Füllitems dienen. Jedes Item ist auf einer fünfstufigen Likertskala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft ausgesprochen zu“ zu beurteilen. Der an der Stichprobe (N = 81) ermittelte interne Konsistenzkoeffizient Cronbach's Alpha ebenso wie die Trennschärfe (min/max) sind Tabelle 10 zu entnehmen. Gleiches gilt für die Itemanzahl sowie ein Beispielitem. Für eine Auflistung aller Items sei auf Anhang B verwiesen.

Tabelle 10: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach's Alpha und Trennschärfe des LOT-R

Skala	Itemanzahl	Beispielitem	Alpha	r_{it} (min) (max)
Optimismus	3	„Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.“	.69	.46 .60
Pessimismus	3	„Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.“	.59	.33 .47

Da in der vorliegenden Untersuchung Ressourcen und somit der Optimismus und nicht der Pessimismus erhoben werden soll, stellt sich die Frage, ob der LOT-R eine Einfaktorenlösung oder die von Herzberg et al. (2006) präferierte Zweifaktorenlösung ermittelt. Um dies anhand der vorliegenden Daten zu überprüfen, wurde eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Rotation) durchgeführt. Die Zweifaktorenlösung konnte repliziert werden (siehe Tabelle 11). In der Auswertung wird somit als Operationalisierung des Konstrukts dispositioneller Optimismus nur die Skala „Optimismus“ berücksichtigt.

Tabelle 11: Faktorladungen der Items des LOT-R

	Faktorladungen der einzelnen Items	
	Faktor 1	Faktor 2
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch. (O)	.84	.07
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren. (O)	.69	.24
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste. (O)	.77	.06
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.(P)	.16	.77
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch. (P)	.31	.57
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt. (P)	-.05	.82
Eigenwerte	2.33	1.24
Erklärte Varianz	38.83 %	20.61 %

O = Optimismus, P = Pessimismus

6.3.4 Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Zur Erfassung von Resilienz wurde die Kurzform der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) von Connor und Davidson (2003) herangezogen, die auf einem Verständnis von Resilienz als veränderbares Persönlichkeitsmerkmal beruht. Die Schwierigkeit bei der Messung von Resilienz besteht in der Multidimensionalität des Konstrukts. Es gibt Skalen, deren Zielsetzung in der Erhebung einzelner Elemente von Resilienz liegt, andere wiederum haben den Anspruch, Resilienz als Gesamtkonstrukt zu messen – zweiteres trifft auf die CD-RISC zu. Die Autoren legen ihrer Skala eine breite inhaltliche Konzeption zugrunde, die viele Teilaspekte von Resilienz berücksichtigt. Faktorenanalytische Berechnungen – durchgeführt an Daten aus einer Untersuchung an Amerikanern und Amerikanerinnen – ergeben folgende fünf Dimensionen: (1) Persönliche Kompetenz und Hartnäckigkeit, (2) Vertrauen in die eigenen Instinkte, Toleranz von negativem Affekt und stärkende Effekte von Stress, (3) Positive Akzeptanz gegenüber Veränderungen und zuverlässige Beziehungen, (4) Kontrolle und (5) Spirituelle Einflüsse (Connor & Davidson, 2003). Diese faktorenanalytische Struktur konnte jedoch an anderen Populationen (bspw. Population von Indern und Inderinnen, siehe Singh & Yu, 2010) und – noch schwerwiegender – auch bei einer demografisch ähnlichen Stichprobe aus der Population amerikanischer Studenten und Studentinnen (Campbell-Sills & Stein, 2007) nicht repliziert werden. Dies führte zu Modifikationen, resultierend in einer aus zehn Items bestehenden unidimensionalen Skala, deren Konstruktvalidität hinreichend belegt werden konnte (Campbell-Sills & Stein, 2007). Diese nachgewiesene Konstruktvalidität der Kurzform war das entscheidende Kriterium für die Entscheidung zugunsten der CD-RISC als Erhebungsinstrument in der vorliegenden Untersuchung. Trotz vieler Erhebungsinstrumente für Resilienz sind nur wenige psychometrisch ausreichend überprüft.

Die zehn Items der Kurzform der CD-RISC sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht wahr“ bis „fast immer wahr“ zu beurteilen. Die Itemanzahl, ein Beispielitem, ebenso wie der an der Stichprobe (N = 81) ermittelte interne Konsistenzkoeffizient Cronbach's Alpha für die Gesamtskala und die Trennschärfe (min/max) sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Tabelle 12: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach's Alpha und Trennschärfe der CD-RISC

Skala	Itemanzahl	Beispielitem	Alpha	r_{it} (min) (max)
Resilienz	10	„Ich bin fähig, mich anzupassen, wenn sich etwas verändert.“	.86	.39 .68

Die Einzelitems der CD-RISC, die unverändert in die Fragebogenbatterie übernommen wurden, sind Anhang B zu entnehmen.

6.3.5 Berliner Social-Support-Skalen (BSSS)

Um das Konstrukt der sozialen Unterstützung zu messen, wurde auf die Berliner Social-Support-Skalen (BSSS) von Schwarzer und Schulz (2000) zurückgegriffen. Der große Vorteil der BSSS ist ihr mehrdimensionaler Ansatz, der sowohl kognitive als auch behaviorale Aspekte von sozialer Unterstützung berücksichtigt (Schulz & Schwarzer, 2003; Schwarzer, 2004). Aufgrund dessen wurden in dieser Untersuchung die BSSS anderen Instrumenten vorgezogen, die größtenteils nur einzelne Komponenten von sozialer Unterstützung erheben.

Insgesamt besteht das Messinstrument aus sechs Skalen, wobei konform mit dem Ziel der Untersuchung – nämlich die Erfassung sozialer Unterstützung als Ressource – nur die Subskalen „wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „erhaltene soziale Unterstützung“ zur Anwendung kamen. Die anderen Skalen betreffen andere Inhalte, unter anderem auch eine Fremdeinschätzung durch den/die Unterstützer/Unterstützerin. Schulz und Schwarzer (2003) weisen darauf hin, dass es je nach Fragestellung möglich ist, nur einzelne Subskalen der BSSS zu verwenden. Unter *wahrgenommener* sozialer Unterstützung verstehen sie das vom Patienten/der Patientin wahrgenommene Unterstützungspotential des sozialen Netzwerks und somit ein sehr allgemeines und zeitunabhängiges Konstrukt. Im Unterschied hierzu definieren die Autoren die *tatsächlich erhaltene* soziale Unterstützung als sehr spezifisches und retrospektives Konstrukt mit großer Situationsnähe.

Die Einzelitems der BSSS werden auf einer vierstufigen Likert-Skala („stimmt nicht“, „stimmt kaum“, „stimmt eher“, „stimmt genau“) eingeschätzt. Die Itemanzahl der beiden zum Einsatz gekommenen Skalen „wahrgenommene Unterstützung“ und „tatsächlich erhaltene Unterstützung“ ebenso wie der an der vorliegenden Stichprobe der Schlaganfallpatienten und -patientinnen (N = 81) ermittelte interne Konsistenzkoeffizient Cronbach's Alpha und die Trennschärfen (min/max) sind Tabelle 13 zu entnehmen. In Anhang B findet sich eine Auflistung aller Einzelitems.

Tabelle 13: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach's Alpha und Trennschärfe der BSSS

Skala	Itemanzahl	Beispielitem	Alpha	r_{it} (min) (max)
Wahrgenommene soziale Unterstützung	8	„Es gibt Menschen, die mich wirklich gern haben.“	.89	.56 .80
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	14	„Diese Bezugsperson hat mir gezeigt, dass sie mich mag und akzeptiert.“	.93	.45 .81

6.3.6 Barthel-Index

Das Konstrukt „Selbstständigkeit im Alltag“ wurde durch den Barthel-Index, der 1965 von Mahoney und Barthel entwickelt wurde, erhoben. Dieses Konstrukt ist das einzige in der Fragebogenbatterie, das durch Fremdeinschätzung bestimmt wird. Laut Mahoney und Barthel (1965) kann die Einschätzung entweder direkt durch Beobachtung oder durch ein persönliches Interview mit Betroffenen, Angehörigen oder Pflegepersonal erfolgen. Zu beachten ist, dass Selbst- und Fremdeinschätzung dahingehend vielfach nicht übereinstimmen, dass die Selbsteinschätzung der Betroffenen zumeist schlechter ausfällt (McGinnis, Seward, Dejong & Osberg, 1986). Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, wurde in der vorliegenden Untersuchung deshalb ausschließlich eine Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal durchgeführt.

Der Barthel-Index dient dazu, möglichst einfach und präzise die Ab- bzw. Unabhängigkeit eines Patienten/einer Patientin im täglichen Leben zu bestimmen (Mahoney & Barthel, 1965). Dabei werden folgende Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, Activities of Daily Life) durch eine Punktevergabe beurteilt: Essen, Baden, Körperpflege, An- und Ausziehen, Kontrolle des Stuhlgangs, Blasenkontrolle, Toilettenbenutzung, Lagewechsel (vom Bett zum Stuhl und zurück), Fortbewegung und Treppensteigen (für ein Beurteilungsbeispiel siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Beispiel für die Beurteilung des Schweregrades der Einschränkung in einem spezifischen ADL

Dimension	Schweregrad der Einschränkung	Punkte
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	10
	Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichendem Gleichgewicht oder bei der Kleidung/Reinigung	5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0

Eine maximale Punktzahl von 100 bedeutet, dass der Patient/die Patientin bei der Durchführung der überprüften ADL's vollständig unabhängig ist (Schädler et al., 2006). Ein Wert von 100 impliziert allerdings nicht, dass der Patient/die Patientin insgesamt vollständig unabhängig von fremder Hilfe ist, da viele Bereiche des Lebens wie beispielsweise Kochen oder das Durchführen von geschäftlichen Tätigkeiten nicht berücksichtigt werden (Kaste, Fogelholm & Rissanen, 1998). Ein großer Nachteil des Barthel-Index ist ein deutlicher Decken- aber auch Bodeneffekt (Balu, 2009).

Der Barthel-Index wurde als Erhebungsinstrument gewählt, weil er als etabliertes Instrument in der neurologischen Rehabilitation gilt und sowohl in der klinischen Untersuchung als auch bei wissenschaftlichen Untersuchungen eingesetzt wird (Lyden & Lau, 1991). Sein Einsatz wird auch von der Österreichischen Gesellschaft für Neurorehabilitation (n.d.) empfohlen.

6.4 Untersuchungsdurchführung

Um die Untersuchung durchführen zu können, wurde zuallererst mit den leitenden Neuropsychologen und -psychologinnen der genannten Rehabilitationszentren Kontakt aufgenommen und um ihre Unterstützung gebeten. In Rücksprache mit den Leitungsgremien der jeweiligen Zentren wurde die Unterstützung rasch und sehr zukommend zugesichert.

Anschließend wurde das Vorgehen bei der Untersuchungsdurchführung mit den beteiligten Personen besprochen. Anregungen der Neuropsychologen und -psychologinnen wurden nach Möglichkeit berücksichtigt. Das Outcome dieser Besprechungen wurde in Form einer Checkliste zur Untersuchungsdurchführung festgehalten.

Im Anschluss wurden die Fragebögen den zuständigen Neuropsychologen und -psychologinnen ausgehändigt und die Untersuchungsdurchführung an sie übergeben. Es lag in ihrer Verantwortung, anhand der Ein- und Ausschlusskriterien die passenden Patienten und Patientinnen auszuwählen und den Fragebogen an diese auszugeben. Fragebögen wurden nur an jene Patienten und Patientinnen ausgehändigt, die sich schriftlich dazu bereitklärten, an der Untersuchung teilzunehmen.

Nach der Auswahl der passenden Patienten und Patientinnen wurde noch vor Ausgabe des Fragebogens eine Fremdbeurteilung durchgeführt. Diese betraf erstens die Frage nach der Hemisphärenlokalisierung des Insults, da Patienten und Patientin-

nen aus der Erfahrung der Neuropsychologen und -psychologinnen dies oft verwechseln. Zweitens beruhte auch die Einschätzung der Selbstständigkeit im Alltag durch den Barthel-Index auf einer Fremdeinschätzung. Hinzugezogen wurde der Barthel-Index bei der Aufnahme des Patienten/der Patienten, der in den Rehabilitationszentren standardmäßig von der Pflege erstellt wird. Die zuständigen Neuropsychologen und -psychologinnen erfragten diesen Wert direkt bei der Pflege oder konnten ihn im Dokumentationssystem nachlesen. Drittens wurde nach Ausweitung der Einschlusskriterien auch der Aspekt Erstinsult/Reinsult fremderhoben.

Erst nachdem diese zwei beziehungsweise drei Aspekte der Fremdbeurteilung abgeschlossen und im entsprechenden Fragebogen eingetragen waren, bekamen die Patienten und Patientinnen den Fragebogen ausgehändigt. Dieses Vorgehen ermöglichte die Integration der Fremd- und Selbstbeurteilung eines Patienten/einer Patientin bei gleichzeitiger Wahrung der Anonymität. Ebenfalls zur Sicherung der Anonymität wurde den Patienten und Patientinnen ein Kuvert mitgegeben, in dem sie den Fragebogen nach der Beantwortung sicher verschließen konnten.

Die Konzeption des Fragebogens erlaubte ein selbstständiges Ausfüllen seitens des Patienten/der Patientin, wobei bei Fragen die zuständigen Neuropsychologen und -psychologinnen zur Verfügung standen. Die ausgefüllten Fragebögen sowie auch die Einverständniserklärungen wurden von den Neuropsychologen und -psychologinnen gesammelt und aufbewahrt. Sie konnten schlussendlich Mitte Mai abgeholt und als Datengrundlage für die vorliegende Untersuchung verwendet werden.

Variationen in den Durchführungsbedingungen ergaben sich dadurch, dass die Rekrutierungsstrategien in einigen Rehabilitationszentren abgeändert wurden, da die Untersuchung in den ersten zwei Monaten nur eine sehr geringe Teilnehmerzahl hervorbrachte. In der Klinik Wilhering wurde die Auswahl der passenden Patienten und Patientinnen zusätzlich auch noch von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen unterstützt. Die Befragung der ausgewählten Patienten und Patientinnen in der Klinik Wilhering übernahm ich persönlich. Im neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg wurde die Suchstrategie geändert, indem zusätzlich zu den in der Neuropsychologie betreuten auch Patienten und Patientinnen außerhalb der Neuropsychologie befragt wurden. Die Auswahl erfolgte jedoch auch hier durch die Neuropsychologen und -psychologinnen. Durch die Anpassung der Rekrutierungsstrategie konnte die Anzahl der befragten Personen deutlich gesteigert werden.

Nach Abschluss der Untersuchung wurde noch eine Rückmeldung die Untersuchungsdurchführung betreffend eingeholt. Die zuständigen Neuropsychologen und -psychologinnen berichteten einheitlich, dass die Länge des Fragebogens angemessen und für die Patienten und Patientinnen gut bewältigbar war. Die meisten der ausgewählten Patienten und Patientinnen stimmten bereitwillig zu, bei der Untersuchung mitzumachen. Ablehnend zeigten sich tendenziell jene, die über eine stärkere Beeinträchtigung der Stimmungslage klagten.

Zusammenfassend fiel die Rückmeldung durchaus positiv aus. Dies äußerte sich unter anderem im Interesse an den Ergebnissen, die bei Abschluss der Arbeit in angemessener Form rückgemeldet werden.

6.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS (Version 21.0) durchgeführt. Vor der Auswertung der Daten wurde eine Missing-Data-Analyse gemacht, wobei die wenigen Missings (insgesamt nur 46 in der gesamten Untersuchung) interpoliert wurden.

Für alle inferenzstatistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau von $p < .05$ festgelegt. Im Rahmen der Überprüfung des biopsychosozialen Einflussfaktorenmodells erfolgte zusätzlich noch eine Differenzierung in hoch signifikante ($p < .01$) und höchst signifikante ($p < .001$) und auf Prädiktorebene auch tendenzielle Ergebnisse ($p < .10$), um einen möglichst umfassenden Einblick in die Ergebnisse geben zu können.

7 Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Einflussfaktoren zu identifizieren, die maßgeblich für die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der chronischen Phase nach dem Schlaganfall verantwortlich sind (siehe auch Kapitel 5.1). Überprüft werden soll dazu ein biopsychosoziales Einflussfaktorenmodell. Als biologische Komponente (Funktionen/Aktivitäten) wird „Selbstständigkeit im Alltag“ zur Quantifizierung der Behinderung herangezogen. Die psychische und soziale Komponente des Modells werden durch Ressourcen abgebildet. Dazu fließen als personbezogenen Faktoren „Selbstwirksamkeitserwartung“, „dispositioneller Optimismus“ und „Resilienz“ und der Umweltfaktor „soziale Unterstützung“ in das Modell ein. Abbildung 9 zeigt eine grafische Darstellung des Modells inklusive seiner Operationalisierung.

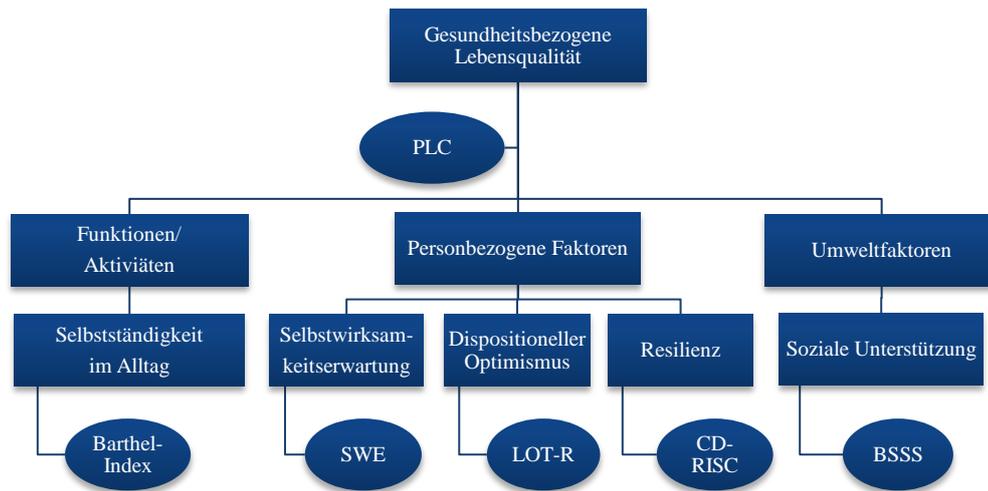


Abbildung 9: biopsychosoziales Einflussfaktorenmodell inklusive Operationalisierung

Folgende Forschungsfrage steht im Zentrum der Untersuchung:

„Welche Bedeutung weisen Funktionen/Aktivitäten, personbezogene und Umweltfaktoren zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung auf?“

Die Hypothese, die sich aus dieser Forschungsfrage ergibt, lautet:

„Die im Modell aufgezeigten Funktionen/Aktivitäten, personbezogenen und Umweltfaktoren erweisen sich als Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung.“

Aus dieser Hypothese lassen sich folgende Teilhypothesen ableiten:

H0: Selbstständigkeit im Alltag erweist sich nicht als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H1: Selbstständigkeit im Alltag erweist sich als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H1.1: Selbstständigkeit im Alltag ist ein Prädiktor für das Leistungsvermögen.

H1.2: Selbstständigkeit im Alltag ist ein Prädiktor für die Symptombelastung.

H1.3: Selbstständigkeit im Alltag ist ein Prädiktor für die Genuss- und Entspannungsfähigkeit.

H1.4: Selbstständigkeit im Alltag ist ein Prädiktor für die positive Stimmung.

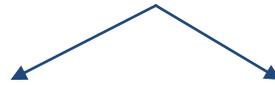
H1.5: Selbstständigkeit im Alltag ist ein Prädiktor für die negative Stimmung.

H1.6: Selbstständigkeit im Alltag ist ein Prädiktor für das Kontaktvermögen.

H1.7: Selbstständigkeit im Alltag ist ein Prädiktor für das Zugehörigkeitsgefühl.

H0: Soziale Unterstützung erweist sich nicht als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H2: Soziale Unterstützung erweist sich als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.



H2.1: Wahrgenommene soziale Unterstützung ist ein Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H2.2: Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung ist ein Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H2.1.1: Wahrgenommene soziale Unterstützung ist ein Prädiktor für das Leistungsvermögen.

Analog zu H2.1.1 sind die Hypothesen H2.1.2 bis H2.1.7 zu den weiteren sechs Skalen des PLC (inklusive der selbst gebildeten Skala „Symptombelastung“) formuliert.

H2.2.1: Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung ist ein Prädiktor für das Leistungsvermögen.

Analog zu H2.2.1 sind die Hypothesen H2.2.2 bis H2.2.7 zu den weiteren sechs Skalen des PLC (inklusive der selbst gebildeten Skala „Symptombelastung“) formuliert.

H0: Selbstwirksamkeitserwartung erweist sich nicht als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H3: Selbstwirksamkeitserwartung erweist sich als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H3.1: Selbstwirksamkeitserwartung ist ein Prädiktor für das Leistungsvermögen.

Analog zu H3.1 sind die Hypothesen H3.2 bis H3.7 zu den weiteren sechs Skalen des PLC (inklusive der selbst gebildeten Skala „Symptombelastung“) formuliert.

H0: Dispositioneller Optimismus erweist sich nicht als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H4: Dispositioneller Optimismus erweist sich als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H4.1: Dispositioneller Optimismus ist ein Prädiktor für das Leistungsvermögen.

Analog zu H4.1 sind die Hypothesen H4.2 bis H4.7 zu den weiteren sechs Skalen des PLC (inklusive der selbst gebildeten Skala „Symptombelastung“) formuliert.

H0: Resilienz erweist sich nicht als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H5: Resilienz erweist sich als Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H5.1: Resilienz ist ein Prädiktor für das Leistungsvermögen.

Analog zu H5.1 sind die Hypothesen H5.2 bis H5.6 zu den weiteren sechs Skalen des PLC formuliert.

8 Ergebnisse

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Analyse der Daten, die mittels der eingesetzten Fragebogenbatterie gewonnen wurden. Für ein differenzierteres Verständnis des umfassenden Themas der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach dem Schlaganfall wird in Kapitel 8.1 damit begonnen, mögliche generelle Gruppenunterschiede in der Outcome-Variable darzustellen, bevor in Kapitel 8.3 die Ergebnisse des mittels der vorliegenden Arbeit zu überprüfenden biopsychosozialen Prädiktorenmodells dargestellt werden. Um diese Ergebnisse auch gut nachvollziehen zu können, wird zuvor – in Kapitel 8.2 – noch ein kurzer deskriptiver Überblick über die Daten gegeben.

8.1 Gruppenunterschiede in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Als Auswertungsmethode zur Prüfung von Gruppenunterschieden wurde eine multivariate Varianzanalyse mit den abhängigen Variablen „Leistungsvermögen“, „Symptombelastung“, „Genuss- und Entspannungsfähigkeit“, „Positive Stimmung“, „Negative Stimmung“, „Kontaktvermögen“ und „Zugehörigkeitsgefühl“ durchgeführt. Als Zwischensubjektfaktoren dienten die soziodemografischen Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Bildungsniveau“, „Erwerbssituation“, „Wohnsituation“ und „Beziehungsstatus“. Ebenso überprüft wurden die krankheitsspezifischen Zwischensubjektfaktoren „Erst- oder Reinsult“, „Läsionslokalisation“ und „Zeitpunkt des Schlaganfalls“.

Die Voraussetzungen für die Anwendung des Verfahrens wurden für jede Berechnung ausreichend überprüft und können als erfüllt eingeschätzt werden, sofern nicht gesondert auf Verletzungen der Voraussetzungen und damit eine eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse hingewiesen wird.

8.1.1 Soziodemografische Gruppenunterschiede

- Die Pillai-Spur verwendend, zeigt sich kein Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, $V = 0.124$, $F(7, 72) = 1.452$, $p = .198$. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen getrennt für die Geschlechter

	Geschlecht			
	Frauen		Männer	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leistungsvermögen	2.77	0.61	2.85	0.66
Symptombelastung	3.29	0.94	3.28	1.09
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	3.49	0.66	3.68	0.63
Positive Stimmung	2.97	0.76	3.23	0.71
Negative Stimmung	2.32	0.87	2.25	0.81
Kontaktvermögen	3.61	0.62	3.57	0.68
Zugehörigkeitsgefühl	4.05	0.72	3.85	0.75

- Auch Unterschiede im Alter zeigen keinen Effekt, $V = 0.078$, $F(7, 72) = 0.864$, $p = .539$. Hier muss allerdings angemerkt werden, dass nur eine grobe Unterteilung in zwei Altersgruppen erfolgte, nämlich in die Gruppe der 20- bis 60-Jährigen und Gruppe der 61- bis 90-Jährigen. Der Grund dafür war die sehr inhomogene Verteilung der Gruppe in Bezug auf das Alter mit einer überrepräsentierten Gruppe der 50- bis 70-Jährigen. Um in gleich große Gruppen teilen zu können, wurde der Median gewählt, der bei 60 Jahren liegt. Auch inhaltlich erscheint diese Unterteilung sinnvoll, da es die Personen im Alter der Erwerbstätigkeit von jenen in der Pension trennt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen getrennt für die Altersgruppen

	Alter			
	20–60 Jahre		61–90 Jahre	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leistungsvermögen	2.73	0.71	2.91	0.55
Symptombelastung	3.22	1.08	3.36	0.96
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	3.56	0.70	3.63	0.58
Positive Stimmung	3.08	0.83	3.17	0.63
Negative Stimmung	2.40	0.91	2.16	0.72
Kontaktvermögen	3.56	0.68	3.63	0.64
Zugehörigkeitsgefühl	3.95	0.79	3.91	0.69

- Ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität macht das Bildungsniveau, $V = 0.109$, $F(21, 207) = 0.371$, $p = .995$. Beim Bildungsniveau wurde die Kategorie „Anderes“ nicht in die Berechnung einbezogen, da es sich um eine sehr inhomogene Kategorie mit nur sehr wenigen Nennungen handelt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen getrennt für die Gruppen mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen

Bildungsniveau								
	HS		Lehre		Matura		Uni/FH	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	2.83	0.61	2.84	0.65	2.70	0.63	2.86	0.77
2	3.27	1.12	3.24	0.96	3.46	1.05	3.33	1.23
3	3.61	0.75	3.61	0.56	3.46	0.73	3.67	0.78
4	3.12	0.90	3.15	0.62	2.98	0.54	3.26	1.07
5	2.20	0.89	2.29	0.79	2.50	0.87	1.95	0.86
6	3.61	0.81	3.65	0.59	3.30	0.73	3.61	0.61
7	3.99	0.97	3.92	0.69	3.94	0.63	3.88	0.84

1 = Leistungsvermögen, 2 = Symptombelastung, 3 = Genuss- und Entspannungsfähigkeit, 4 = Positive Stimmung, 5 = Negative Stimmung, 6 = Kontaktvermögen, 7 = Zugehörigkeitsgefühl

- Über mögliche Unterschiede in Bezug auf die Erwerbssituation können keine Aussagen getroffen werden, da der Großteil der Stichprobe (80 %) in die Kategorie „Pension“ fällt. Die restlichen Kategorien sind mit jeweils weniger als zehn Patienten und Patientinnen als zu gering besetzt für die Berechnung einer multivariaten Varianzanalyse einzuschätzen.
- Selbiges gilt für Aussagen über Unterschiede zwischen zu Hause lebenden Patienten und Patientinnen und solchen, die im Altersheim oder im betreuten Wohnen leben. Insgesamt leben 98 % der Patienten und Patientinnen der Stichprobe zu Hause.
- Ob Patienten und Patientinnen alleine leben oder nicht, scheint keinen Unterschied in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu machen, $V = 0.119$, $F(7, 68) = 1.308$, $p = .260$. Allerdings ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu betrachten, da eine notwendige Voraussetzung für die multivariate Varianzanalyse – die Gleichheit der Kovarianzmatrix – im vorliegenden Datensatz nicht gegeben ist und somit die Robustheit der verwendeten Pillai-Spur nicht mit Sicherheit angenommen werden kann. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für die Gruppe der alleine wohnenden und die Gruppe der nicht alleine wohnenden Patienten und Patientinnen

Wohnsituation				
	Alleine		Nicht alleine	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leistungsvermögen	2.67	0.70	2.87	0.63
Symptombelastung	3.63	0.83	3.18	1.07
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	3.29	0.60	3.68	0.63
Positive Stimmung	2.96	0.46	3.18	0.75
Negative Stimmung	2.51	0.96	2.23	0.79
Kontaktvermögen	3.32	0.71	3.68	0.63
Zugehörigkeitsgefühl	3.71	0.93	4.03	0.63

- Auch der Beziehungsstatus unterscheidet Patienten und Patientinnen mit geringer gesundheitsbezogener Lebensqualität nicht von jenen mit höherer gesundheitsbezogener Lebensqualität, $V = 0.112$, $F(7, 63) = 1.138$, $p = .351$. Unterschieden wurden in der Berechnung Patienten und Patientinnen, die verheiratet sind oder in Partnerschaft leben, von solchen, die ledig oder verwitwet sind. Die Kategorie „Anderes“ wurde nicht in die Berechnung aufgenommen, da es sich um eine sehr inhomogene Kategorie mit nur sehr wenigen Nennungen handelt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für die Gruppen mit unterschiedlichem Beziehungsstatus

Beziehungsstatus				
	Beziehung		Keine Beziehung	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leistungsvermögen	2.88	0.62	2.79	0.69
Symptombelastung	3.15	1.05	3.65	1.00
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	3.69	0.62	3.55	0.59
Positive Stimmung	3.17	0.78	3.02	0.65
Negative Stimmung	2.26	0.87	2.09	0.66
Kontaktvermögen	3.65	0.62	3.50	0.72
Zugehörigkeitsgefühl	3.97	0.68	3.84	0.98

8.1.2 Krankheitsbezogene Gruppenunterschiede

- Über das Unterscheidungsmerkmal Erstinsult/Reinsult lassen sich keine Aussagen treffen, da nur sehr wenige Patienten und Patientinnen ($n = 6$) mit Reinsult befragt werden konnten.

- Die Pillai-Spur verwendend, zeigt sich kein Unterschied zwischen Patienten und Patientinnen mit rechtshirniger und linkshirniger Läsion in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, $V = 0.065$, $F(7, 67) = 0.669$, $p = .697$. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für Patienten und Patientinnen mit linkshirniger und rechtshirniger Läsion

	Läsionslokalisation			
	Rechtshirnig		Linkshirnig	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leistungsvermögen	2.87	0.63	2.80	0.63
Symptombelastung	3.36	0.91	3.39	1.10
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	3.69	0.67	3.56	0.56
Positive Stimmung	3.14	0.68	3.16	0.78
Negative Stimmung	2.27	0.86	2.20	0.72
Kontaktvermögen	3.65	0.57	3.62	0.66
Zugehörigkeitsgefühl	3.98	0.61	3.87	0.83

- Auch der Zeitpunkt des Schlaganfalls, das heißt, ob er sechs Monate bis ein Jahr, ein bis zwei Jahre, zwei bis drei Jahre oder bereits mehr als drei Jahre zurückliegt, macht keinen Unterschied, $V = 0.239$, $F(21, 213) = 0.880$, $p = .618$. Auch eine Angleichung der Gruppengröße, indem die kleineren Gruppen „1–2 Jahre“ und „2–3 Jahre“ zu einer Gesamtgruppe zusammengefasst wurden und somit bessere Voraussetzungen für das verwendete Testverfahren geboten wurde, verändert nichts am Ergebnis. Eine Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen für die ursprüngliche Berechnung mit vier Gruppen ist in Tabelle 21 ersichtlich.

Tabelle 21: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für Gruppen in unterschiedlichen zeitlichen Phasen ihrer Erkrankung

	Zeitpunkt des Schlaganfalls							
	6 Mo–1Jahr		1–2 Jahre		2–3 Jahre		≥ 3 Jahre	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	2.66	0.66	2.90	0.55	3.02	0.72	2.79	0.64
2	3.30	1.11	3.19	1.05	3.36	0.84	3.31	1.09
3	3.48	0.64	3.67	0.53	3.96	0.56	3.45	0.70
4	3.09	0.86	3.09	0.72	3.26	0.74	3.06	0.65
5	2.23	0.93	2.34	0.84	1.85	0.52	2.52	0.82
6	3.51	0.76	3.66	0.45	3.85	0.55	3.47	0.71
7	4.00	0.73	3.98	0.60	4.21	0.60	3.67	0.85

1 = Leistungsvermögen, 2 = Symptombelastung, 3 = Genuss- und Entspannungsfähigkeit, 4 = Positive Stimmung, 5 = Negative Stimmung, 6 = Kontaktvermögen, 7 = Zugehörigkeitsgefühl

8.2 Deskriptiver Überblick

In Tabelle 22 werden deskriptive Hintergrundinformationen über die Daten als Grundlage für ein besseres Verständnis der nachfolgenden Hypothesentests (Kapitel 8.3) gezeigt. Dargestellt werden alle Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen – ermittelt durch eine Pearson-Korrelation –, ebenso wie deren Mittelwerte und Standardabweichungen.

Die Ergebnisse aus den Korrelationen zusammenfassend zeigt sich, dass die Prädiktorvariablen „Resilienz“, „dispositioneller Optimismus“ und „Selbstwirksamkeitserwartung“ höchst signifikant ($p < .001$) positiv miteinander korrelieren. Diese hohe Korrelation ist auch schon aus anderen Untersuchungen zu diesen personal-psychischen Ressourcen bekannt (u.a. Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß & Brähler, 2005; Schwarzer, 2004). Die Variablen „wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung“ korrelieren ebenfalls höchst signifikant positiv miteinander, was aufgrund der inhaltlichen Nähe zu erwarten war. Zu ebenfalls signifikant positiven Korrelationen ($p < .05$) kam es zwischen einigen personal-psychischen und den sozial-interpersonalen Ressourcen. Keine signifikanten Korrelationen mit den Ressourcen zeigte hingegen der Prädiktor „Selbstständigkeit im Alltag“.

Auch die Kriteriumsvariablen korrelieren vielfach signifikant bis höchst signifikant positiv miteinander. Da sie inhaltlich alle dem Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zuzuordnen sind, ist dieses Ergebnis inhaltlich plausibel. Von dieser positiven Korrelation ausgenommen sind die Skalen Symptombelastung und negative Stimmung, da sie im Gegensatz zu den anderen Skalen ein negatives Konstrukt erheben. In Folge stehen sie mit den meisten der anderen Skalen erwartungsgemäß in einem negativen Zusammenhang.

Betrachtet man die Korrelationen zwischen den Prädiktor- und Kriteriumsvariablen, zeigen sich viele signifikante bis höchst signifikante Ergebnisse. Einzig die Selbstständigkeit im Alltag weist weder einen signifikanten Zusammenhang noch eine einheitliche Richtung mit den Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf. Auch die Skala „Symptombelastung“ steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Prädiktorvariablen.

Tabelle 22: Korrelationsmatrix, Mittelwerte und Standardabweichung für die einzelnen Skalen

Skalen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Genuss- und Entspannungsfähigkeit	—												
2. Positive Stimmung	.72 ^{***}	—											
3. Negative Stimmung	-.61 ^{***}	-.51 ^{***}	—										
4. Kontaktvermögen	.80 ^{***}	.56 ^{***}	-.45 ^{***}	—									
5. Zugehörigkeitsgefühl	.38 ^{**}	.38 ^{***}	-.28 [*]	.37 ^{**}	—								
6. Leistungsvermögen	.64 ^{***}	.49 ^{***}	-.45 ^{***}	.68 ^{***}	.17	—							
7. Symptombelastung	-.22 [*]	-.15	.28 [*]	-.28 [*]	-.02	-.51 ^{***}	—						
8. Selbstständigkeit	-.14	.01	.04	-.07	-.04	.05	-.17	—					
9. Selbstwirksamkeitserwartung	.68 ^{***}	.57 ^{***}	-.55 ^{***}	.65 ^{***}	.28 [*]	.44 ^{***}	-.18	.05	—				
10. Dispositioneller Optimismus	.57 ^{***}	.42 ^{***}	-.51 ^{***}	.48 ^{***}	.11	.36 ^{**}	-.08	-.11	.59 ^{***}	—			
11. Resilienz	.59 ^{***}	.63 ^{***}	-.54 ^{***}	.49 ^{***}	.23 [*]	.44 ^{***}	-.13	.04	.75 ^{***}	.60 ^{***}	—		
12. Wahrgenommene soziale Unterstützung	.26 [*]	.21	-.21	.27 [*]	.54 ^{***}	.09	-.02	-.04	.23 [*]	.07	.25 [*]	—	
13. Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	.32 ^{**}	.20	-.35 ^{**}	.32 ^{**}	.40 ^{***}	.22 [*]	-.16	-.08	.25 [*]	.09	.19	.71 ^{***}	—
<i>M</i>	3.57	3.10	2.31	3.56	3.92	2.80	3.29	84.75	2.93	3.91	3.66	3.61	3.60
<i>SD</i>	0.68	0.77	0.86	0.70	0.74	0.66	1.02	22.95	0.55	0.87	0.73	0.47	0.50

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

8.3 Überprüfung des biopsychosozialen Einflussfaktorenmodells

Als Auswertungsmethode wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Aufgrund vorhandener empirischer Ergebnisse über die Bedeutung einzelner Einflussfaktoren wurden die Prädiktoren im Sinne einer hypothesenprüfenden Untersuchung in hierarchischer Form dem Modell beigefügt.

Begonnen wurde mit dem Prädiktor „Selbstständigkeit im Alltag“ als Parameter für den Grad an Behinderung (*Modell 1*). Das Ausmaß an Behinderung hat sich in vielen Untersuchungen zu Schlaganfall als bedeutendster Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität gezeigt. Im Anschluss wurde „soziale Unterstützung“ mit den Skalen „wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung“ ins Modell aufgenommen (*Modell 2*), da auch ihre Bedeutung für die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach einem Schlaganfall wiederholt belegt werden konnte. Am Schluss wurden die bei Schlaganfall noch wenig untersuchten personbezogenen Faktoren „Selbstwirksamkeitserwartung“, „dispositioneller Optimismus“ und „Resilienz“ als „neue“ Prädiktoren dem Modell (*Modell 3*) beigefügt.

Tabelle 23 gibt die Grenzwerte für die Effektgröße bei Berechnungen mit Varianzaufklärungen – wie das bei der multiplen Regressionsanalyse der Fall ist – wieder.

Tabelle 23: Effektgrößen für Varianzaufklärungen (Field, 2009, p. 57)

	Klassifikation der Effektgrößen		
	klein	mittel	groß
Varianzaufklärung	1%	9%	25%

8.3.1 Ergebnisse in Bezug auf das Leistungsvermögen

Sowohl das Modell 1 mit dem Prädiktor „Selbstständigkeit im Alltag“ als auch das Modell 2 mit den Prädiktoren „Selbstständigkeit im Alltag“, „wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung“ sind nicht signifikant. Erst das Modell 3 mit genannten Prädiktoren und den zusätzlichen personbezogenen Prädiktoren „Selbstwirksamkeitserwartung“, „Resilienz“ und „dispositioneller Optimismus“ ist in Bezug auf seine Vorhersagekraft als höchst signifikant zu beurteilen. Modell 3 erklärt um 22 % mehr an Varianz als Modell 2 – auch dies ist

höchst signifikant. Die Varianzaufklärung von 26 %, die von Modell 3 geleistet wird, ist als starker Effekt einzuschätzen.

Einen signifikanten Prädiktor für das Kriterium Leistungsvermögen gibt es nicht. Die Resilienz ($\beta = .30$, $p = .068$) ist als tendenzieller Prädiktor zu beurteilen. Inhaltlich bedeutet das Ergebnis, dass eine hohe Resilienz tendenziell die Wahrscheinlichkeit eines hohen Leistungsvermögens erhöht. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse ist Tabelle 24 zu entnehmen.

Tabelle 24: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf das Leistungsvermögen

Leistungsvermögen					
	B	SE	β	p	R ²
Modell 1				.678	.00
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.05	.678	
Modell 2				.358	.04
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.06	.576	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	-0.20	0.22	-.14	.368	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.37	0.22	.27	.090	
Modell 3***				.001	.26
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.05	.602	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	-0.31	0.20	-.22	.127	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.32	0.20	.23	.104	
Selbstwirksamkeitserwartung	0.13	0.20	.11	.522	
Dispositioneller Optimismus	0.09	0.10	.12	.363	
Resilienz [†]	0.27	0.15	.30	.068	

ΔR^2 (Modell 2) n.s.; ΔR^2 (Modell 3) $p < .001$ / * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; [†] $p < .10$

8.3.2 Ergebnisse in Bezug auf die Symptombelastung

In Bezug auf das Kriterium der Symptombelastung zeigt kein Modell eine signifikante Prädiktionskraft. Auch die geringeren Verbesserungen in der Varianzaufklärung zwischen den Modellen sind als nicht signifikant zu beurteilen. Modell 3 erklärt mit 13 % die meiste Varianz in Bezug auf die Symptombelastung.

Auf der Prädiktorebene können keine Aussagen in Bezug auf signifikante Ergebnisse getroffen werden, da dies an die Voraussetzung eines signifikanten Gesamtmodells gebunden ist, das im vorliegenden Fall, wie eben beschrieben, nicht gegeben ist. Eine genaue Darstellung der Ergebnisse ist Tabelle 25 zu entnehmen.

Tabelle 25: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die Symptombelastung

Symptombelastung					
	B	SE	β	p	R ²
Modell 1				.133	.03
Selbstständigkeit	-0.01	0.01	-.17	.133	
Modell 2				.074	.09
Selbstständigkeit	-0.01	0.01	-.18	.101	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.48	0.36	.22	.182	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	-0.80	0.37	-.35	.033	
Modell 3				.127	.13
Selbstständigkeit	-0.01	0.01	-.17	.145	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.62	0.37	.28	.101	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	-0.85	0.37	-.38	.024	
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.41	0.34	-.20	.241	
Dispositioneller Optimismus	-0.01	0.17	-.01	.960	
Resilienz	0.01	0.25	.00	.984	

ΔR^2 (Modell 2) n.s.; ΔR^2 (Modell 3) n.s. / *p < .05; ** p < .01; *** p < .001; †p < .10

8.3.3 Ergebnisse in Bezug auf die Genuss- und Entspannungsfähigkeit

Als signifikant – sogar höchst signifikant – erweist sich ausschließlich das Modell 3, das neben der biologischen und sozialen Komponente auch die psychische Komponente miteinschließt. Durch die Integration der personbezogenen Faktoren kommt es zu einer Verbesserung der Varianzaufklärung von Modell 2 auf Modell 3 um 46 %, was als höchst signifikant zu beurteilen ist. Insgesamt erreicht das Modell 3 eine Varianzaufklärung von 54 % und zeigt somit einen starken Effekt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung ($\beta = .38$, $p = .004$) erweist sich als hoch signifikanter Prädiktor, der dispositionelle Optimismus ($\beta = .23$, $p = .031$) als signifikanter Prädiktor für die Genuss- und Entspannungsfähigkeit. Je höher somit die Selbstwirksamkeitserwartung oder auch der dispositionelle Optimismus sind, desto wahrscheinlicher kommt es zu einer hohen Genuss- und Entspannungsfähigkeit. Die Hypothesen H3.3 und H4.3 können somit angenommen werden. Für eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse sei an dieser Stelle auf Tabelle 26 verwiesen.

Tabelle 26: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die Genuss- und Entspannungsfähigkeit

Genuss- und Entspannungsfähigkeit					
	B	SE	β	p	R ²
Modell 1				.206	.02
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.14	.206	
Modell 2				.109	.08
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.13	.262	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.11	0.22	.08	.623	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.25	0.21	.18	.248	
Modell 3***				< .001	.54
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.13	.104	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	-0.00	0.16	-.00	.986	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.14	0.16	.10	.367	
Selbstwirksamkeitserwartung**	0.46	0.16	.38	.004	
Dispositioneller Optimismus*	0.18	0.08	.23	.031	
Resilienz	0.15	0.12	.17	.189	

ΔR^2 (Modell 2) n.s.; ΔR^2 (Modell 3) $p < .001$ / * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; [†] $p < .10$

8.3.4 Ergebnisse in Bezug auf die positive Stimmung

Weder Modell 1 noch Modell 2 erweisen sich als signifikant in ihrer Prädiktionskraft, sondern ausschließlich Modell 3 – dieses jedoch ist als höchst signifikant zu beurteilen. Während sich die Verbesserung um 5 % in Bezug auf die Varianzaufklärung von Modell 1 auf Modell 2 als nicht signifikant darstellt, ist die Verbesserung um 38 % von Modell 2 auf Modell 3 als höchst signifikant einzuschätzen. Die Effektstärke von Modell 3 stellt sich mit $R^2 = .43$ als stark dar.

Auf Prädiktorebene erweist sich nur die Resilienz ($\beta = .43$, $p = .004$) als hoch signifikanter Prädiktor für die positive Stimmung. Inhaltlich bedeutet dies, dass eine hohe Ausprägung im Prädiktor „Resilienz“ die Wahrscheinlichkeit einer hohen Ausprägung im Kriterium „positiven Stimmung“ signifikant erhöht. Die Hypothese H5.4 kann somit angenommen werden. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse ist Tabelle 27 zu entnehmen.

Tabelle 27: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die positive Stimmung

Positive Stimmung					
	B	SE	β	p	R ²
Modell 1				.963	.00
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.01	.963	
Modell 2				.242	.05
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.02	.857	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.24	0.26	.14	.360	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.18	0.25	.11	.486	
Modell 3***				< .001	.43
Selbstständigkeit	0.00	0.00	-.01	.886	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.04	0.21	.03	.835	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.09	0.20	.06	.642	
Selbstwirksamkeitserwartung	0.33	0.20	.23	.114	
Dispositioneller Optimismus	0.02	0.10	.03	.829	
Resilienz**	0.45	0.15	.43	.004	

ΔR^2 (Modell 2) n.s.; ΔR^2 (Modell 3) $p < .001$ / * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ^t $p < .10$

8.3.5 Ergebnisse in Bezug auf die negative Stimmung

Ausschließlich das Modell 3 mit allen biopsychosozialen Prädiktoren unterschreitet das Signifikanzniveau und ist als höchst signifikant zu beurteilen. Allerdings kommt es bereits von Modell 1, das ausschließlich den biologischen Prädiktor beinhaltet, zu Modell 2, das darüber hinaus die sozialen Prädiktoren aufnimmt, zu einer Verbesserung in der Varianzaufklärung um 9 %. Diese geringe Verbesserung ist als tendenziell signifikant zu beurteilen. Höchst signifikant ist die Verbesserung um 33 % in der Varianzaufklärung von Modell 2 auf Modell 3. Modell 3 erklärt insgesamt 42 % der Varianz an negativer Stimmung – dies ist als starker Effekt einzuschätzen.

Die tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung ($\beta = -.30$, $p = .018$) erweist sich als signifikanter Prädiktor für das Outcome-Kriterium „negative Stimmung“, ebenso wie der dispositionelle Optimismus ($\beta = -.24$, $p = .043$). Tendenzuell Prädiktionskraft weist die Resilienz ($\beta = -.27$, $p = .066$) auf. Je niedriger somit die tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung oder auch der dispositionelle Optimismus oder tendenziell auch die Resilienz sind, desto wahrscheinlicher kommt es zu einer negativen Stimmung. Die Hypothesen H2.2.5 und H4.5 können somit angenommen werden. Für eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse sei an dieser Stelle auf Tabelle 28 verwiesen.

Tabelle 28: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die negative Stimmung

Negative Stimmung					
	B	SE	β	p	R ²
Modell 1				.703	.00
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.04	.703	
Modell 2				.061	.09
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.02	.872	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.15	0.28	.08	.595	
Tatsächliche erhaltene soziale Unterstützung	-0.63	0.27	-.35	.023	
Modell 3***				< .001	.42
Selbstständigkeit	0.00	0.00	.02	.864	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.29	0.23	.16	.211	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung*	-0.54	0.22	-.30	.018	
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.24	0.22	-.15	.295	
Dispositioneller Optimismus*	-0.24	0.12	-.24	.043	
Resilienz [†]	-0.31	0.17	-.27	.066	

ΔR^2 (Modell 2) $p = .028$; ΔR^2 (Modell 3) $p < .001$ / * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; [†] $p < .10$

8.3.6 Ergebnisse in Bezug auf das Kontaktvermögen

Sowohl das Modell 1 mit dem Prädiktor „Selbstständigkeit im Alltag“ als auch das Modell 2 mit den Prädiktoren „Barthel-Index“, „wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung“ können keine signifikante Vorhersage des Kriteriums „Kontaktvermögen“ treffen. Erst das Modell 3 mit genannten Prädiktoren und den zusätzlichen personbezogenen Prädiktoren „Selbstwirksamkeitserwartung“, „Resilienz“ und „dispositioneller Optimismus“ ist als hoch signifikantes Vorhersagemodell zu beurteilen. Die Verbesserung in der Varianzaufklärung von 7 % in Modell 2 auf 44 % in Modell 3 ist ebenfalls signifikant. Die Effektstärke von Modell 3 stellt sich mit $R^2 = .44$ als stark dar.

Auf Prädiktorebene gibt es nur einen signifikanten Prädiktor, nämlich die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ($\beta = .52$, $p < .001$). Diese ist jedoch als höchst signifikant in ihrer Vorhersagekraft für das Kriterium „Kontaktvermögen“ einzuschätzen. Inhaltlich bedeutet dies, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung die Wahrscheinlichkeit einer hohen Ausprägung des Kontaktvermögens signifikant erhöht. Die Hypothese H3.6 kann somit angenommen werden. In Tabelle 29 werden die Ergebnisse detailliert dargestellt.

Tabelle 29: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf das Kontaktvermögen

Kontaktvermögen					
	B	SE	β	p	R ²
Modell 1				.528	.01
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.07	.528	
Modell 2				.138	.07
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.05	.638	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.13	0.23	.09	.574	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.27	0.22	.19	.227	
Modell 3***				< .001	.44
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.07	.464	
Wahrgenommene soziale Unterstützung	0.06	0.18	.04	.733	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.15	0.18	.10	.411	
Selbstwirksamkeitserwartung***	0.66	0.18	.52	< .001	
Dispositioneller Optimismus	0.14	0.09	.18	.122	
Resilienz	-0.03	0.13	-.03	.816	

ΔR^2 (Modell 2) n.s.; ΔR^2 (Modell 3) $p < .001$ / * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ¹ $p < .10$

8.3.7 Ergebnisse in Bezug auf das Zugehörigkeitsgefühl

Sowohl Modell 2 als auch Modell 3 zeigen eine höchst signifikante Vorhersagekraft in Bezug auf das Kriterium „Zugehörigkeitsgefühl“. Die Verbesserung der Varianzaufklärung um 29 % von Modell 1 auf Modell 2 ist als höchst signifikant zu beurteilen, die Verbesserung von Modell 2 auf Modell 3 um 3 % allerdings nicht. Es ist somit das Modell 2 mit den biologischen und sozialen Prädiktoren, das mit einer Varianzaufklärung von 29 % das Zugehörigkeitsgefühl am besten und sparsamsten vorhersagt. Der Effekt ist als stark zu beurteilen.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung ist bereits in Modell 2 ($\beta = .51$, $p < .001$) ein höchst signifikanter Prädiktor für das Zugehörigkeitsgefühl und bleibt es auch in Modell 3 ($\beta = .50$, $p < .001$). Je höher somit die wahrgenommene soziale Unterstützung ist, desto wahrscheinlicher kommt es zu einem hohen Zugehörigkeitsgefühl. Die Hypothese H2.1.7 kann somit angenommen werden. Tabelle 30 vermittelt einen detaillierten Überblick über die Ergebnisse.

Tabelle 30: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf das Zugehörigkeitsgefühl

Zugehörigkeitsgefühl					
	B	SE	β	p	R ²
Modell 1				.744	.00
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.04	.744	
Modell 2***				< .001	.29
Selbstständigkeit	0.00	0.00	-.01	.901	
Wahrgenommene soziale Unterstützung***	0.83	0.22	.51	< .001	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.06	0.21	.04	.762	
Modell 3***				< .001	.32
Selbstständigkeit	-0.00	0.00	-.03	.765	
Wahrgenommene soziale Unterstützung***	0.81	0.22	.50	< .001	
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	0.02	0.21	.01	.929	
Selbstwirksamkeitserwartung	0.32	0.21	.23	.139	
Dispositioneller Optimismus	-0.04	0.11	-.05	.718	
Resilienz	-0.05	0.16	-.04	.777	

ΔR^2 (Modell 2) p < .001 ; ΔR^2 (Modell 3) n.s. / *p < .05; ** p < .01; *** p < .001, †p < .10

8.3.8 Gesamtüberblick über die Ergebnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass meist ausschließlich das Modell 3, das neben den biologischen und sozialen Prädiktoren auch die personbezogenen Faktoren berücksichtigt, in der Lage ist, eine signifikante – sogar höchst signifikante – Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu treffen. Eine Ausnahme stellt die Vorhersage des Zugehörigkeitsgefühls dar, das durch Modell 2 (biologische und soziale Prädiktoren) sparsamer abgebildet wird, ebenso wie die Vorhersage der Symptombelastung, die durch kein Modell signifikant abgebildet werden kann. Mit einer Varianzaufklärung zwischen 26 % und 54 % können die Effektstärken der signifikanten Modelle als stark beurteilt werden.

Auf Prädiktorebene zeigen sich vor allem die personbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren als signifikant in ihrer Vorhersagekraft. Die Funktionen/Aktivitäten – ermittelt über das Konstrukt der Selbstständigkeit im Alltag – leisten keinen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

In Tabelle 31 sind alle signifikanten Ergebnisse festgehalten, wobei auch tendenziell signifikante Ergebnisse für einen umfassenderen Überblick dargestellt werden.

Ebenso enthält die Tabelle die Effektstärken der signifikanten Modelle und die β -Werte der Prädiktoren.

Tabelle 31: Darstellung der signifikanten Ergebnisse sowohl auf Modell- als auch Prädiktorebene inklusive Effektstärke und β -Werte

Signifikante Ergebnisse				
	Modelle	R ²	Prädiktoren	β
Leistungs- vermögen	Modell 3***	.26	Resilienz [†]	.30
Symptom- belastung	n.s.		n.s.	
Genuss- und Entspannungs- fähigkeit	Modell 3***	.54	Selbstwirksamkeits- erwartung**	.38
			Dispositioneller Optimismus*	.23
Positive Stimmung	Modell 3***	.43	Resilienz**	.43
Negative Stimmung	Modell 3***	.42	Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung*	-.30
			Dispositioneller Optimismus*	-.24
			Resilienz [†]	-.27
Kontakt- vermögen	Modell 3***	.44	Selbstwirksamkeits- erwartung***	.52
Zugehörig- keitsgefühl	Modell 2***	.29	Wahrgenommene	.51
	Modell 3***	.32	soziale Unterstützung***	.50

*p < .05; ** p < .01; *** p < .001; [†]p < .10

Folgende Alternativhypothesen können angenommen werden:

- H2.1.7 Wahrgenommene soziale Unterstützung ist ein Prädiktor für das Zugehörigkeitsgefühl.
- H3.6 Selbstwirksamkeitserwartung ist ein Prädiktor für das Kontaktvermögen.
- H3.3 Selbstwirksamkeitserwartung ist ein Prädiktor für die Genuss- und Entspannungsfähigkeit.
- H4.3 Dispositioneller Optimismus ist ein Prädiktor für die Genuss- und Entspannungsfähigkeit.
- H2.2.5 Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung ist ein Prädiktor für die negative Stimmung.
- H4.5 Dispositioneller Optimismus ist ein Prädiktor für die negative Stimmung.
- H5.4 Resilienz ist ein Prädiktor für die positive Stimmung.

9 Ergebnisdiskussion

Um ein differenzierteres Verständnis des umfassenden Themas der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall zu ermöglichen, wurde vor der Hypothesenprüfung damit begonnen, mögliche generelle Gruppenunterschiede in der Outcome-Variable zu identifizieren. Hier kann in einem Satz zusammengefasst werden, dass sich keine signifikanten soziodemografischen oder auch krankheitsbezogenen Gruppenunterschiede zeigen. Dies bedeutet, dass die folgende Interpretation der Ergebnisse der Hypothesenprüfung generell für die Gesamtgruppe der Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung gilt.

Zentrales Ziel dieser Untersuchung war es, Einflussfaktoren zu identifizieren, die maßgeblich für die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall verantwortlich sind. Dazu wurde ein biopsychosoziales Prädiktorenmodell überprüft mit den Faktoren Selbstständigkeit im Alltag (biologischer Prädiktor), Selbstwirksamkeitserwartung, dispositioneller Optimismus, Resilienz (psychische Prädiktoren) und soziale Unterstützung (sozialer Prädiktor).

Inkonsistent zur bisherigen Studienlage zeigt sich die vorliegende Untersuchung dahingehend, dass sich die physische Komponente, die durch das Ausmaß der Behinderung – ermittelt über den Indikator der Selbstständigkeit im Alltag – repräsentiert wird, als nicht signifikanter Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem Schlaganfall darstellt. Dies ist als eher ungewöhnlich zu interpretieren, da die bisherigen Untersuchungen übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass das Ausmaß der Behinderung nicht nur ein wesentlicher, sondern sogar der bedeutendste Prädiktor ist. Und dies gilt sowohl in der akuten Phase direkt nach dem Schlaganfall (Algurén et al., 2012) als auch ein halbes Jahr (Naess et al., 2012), zwei Jahre (Sturm et al., 2004) oder ebenso auch noch fünf Jahre (Paul et al., 2005) danach. Über die Identifizierung der Behinderung als wesentlichste Prädiktorvariable hinaus konnten Algurén et al. (2012) aber in einer Längsschnittuntersuchung auch noch zeigen, dass das Ausmaß des Einflusses der physischen Komponente in der chronischen Phase nach dem Schlaganfall abnimmt. Dieser Trend scheint sich durch die vorliegende Untersuchung zu bestätigen, wobei korrekterweise gesagt werden muss, dass sie durch ihr querschnittliches Design weniger über Trends Aussagen treffen kann als über die Ist-Situation der chronischen Phase nach dem Schlaganfall. Konkret bedeutet dies, dass die vorliegende Untersuchung Grund zur Annahme lie-

fert, dass die physische Komponente in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall wenig Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat.

Bevor jedoch eine mögliche inhaltliche Erklärung für das gefundene Ergebnis gegeben wird, sei an dieser Stelle noch kritisch angemerkt, dass auch ein methodisches Problem Einfluss auf die Ergebnisse hat. Dieses wird in Kapitel 10.1 ausführlich diskutiert. Hier sei nur kurz festgehalten, dass der Barthel-Index, mittels dem die Selbstständigkeit im Alltag als Indikator für das Ausmaß der Behinderung erhoben wurde, das messtheoretische Problem der Boden- und Deckeneffekte aufweist (Balu, 2009). In der vorliegenden Untersuchung kommt es vor allem zu deutlichen Deckeneffekten (47 % der Patienten und Patientinnen erreichen den Maximalwert) und somit zu sehr wenig Varianz in Bezug auf die Selbstständigkeit im Alltag. Auch dieses methodische Problem muss unbedingt berücksichtigt und die Ergebnisse folgedessen vorsichtig interpretiert werden. Nichtsdestotrotz soll die inhaltliche Bedeutung des Ergebnisses nicht geschmälert werden, da es auch aus theoretischen Gesichtspunkten durchaus nachvollziehbar ist.

Eine mögliche inhaltliche Erklärung für die sinkende Bedeutung der physischen Komponente in der chronischen Phase nach dem Schlaganfall liegt darin, dass sechs Monaten nach einem Schlaganfall die körperliche Wiederherstellung im Sinne der Plastizität weitgehend abgeschlossen ist (Mayo et al., 1999). Die Patienten und Patientinnen sind nun mit einer mehr oder weniger starken bleibenden Einschränkung in der Funktionsfähigkeit konfrontiert und müssen sich der Herausforderung der Anpassung an eine neue Lebenssituation stellen. Ob diese Anpassungsleistung gelingt oder nicht, scheint nicht vordergründig vom Ausmaß der Behinderung abzuhängen, sondern, wie von Samson und Siam (2008) postuliert, insbesondere von der sekundären Bewertung der Situation. Gemäß des transaktionalen Stressmodells von Lazarus bedeutet dies, dass vor allem die Einschätzung dahingehend, ob die vorliegende Situation mittels eigener Ressourcen bewältigbar ist oder nicht, entscheidend ist.

Die Bedeutung der Ressourcen bei der Bewältigung von chronischen Erkrankungen – die WHO (2013) subsumiert den Schlaganfall unter die chronischen Erkrankungen – misst sowohl Schwarzer (2004) höchste Bedeutung zu, ebenso wird sie durch die vorliegende Untersuchung belegt. Die erhobenen personal-psychischen und sozial-interpersonalen Ressourcen zeigen sich als signifikante Prädiktoren für Teilaspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dies gilt vor allem für den psychischen und sozialen Aspekt, wohingegen ihre Vorhersageleistung für den physischen

Aspekt als weniger gut einzuschätzen ist. Die Symptombelastung (Befinden auf physischer Ebene) kann durch keinen Prädiktor vorhergesagt werden, da bereits die Voraussetzung eines signifikanten Gesamtmodells nicht gegeben ist und folgedessen auch die Einzelprädiktoren nicht interpretiert werden dürfen. Dieses nicht signifikante Ergebnis scheint jedoch eher methodische Gründe als inhaltliche zu haben. Für eine genaue Diskussion des methodischen Problems wird auf Kapitel 10.1 verwiesen. Hier sei nur kurz zusammengefasst, dass die Erfassung der Symptombelastung über eine einzige Frage, wie es in der vorliegenden Untersuchung geschieht, zu wenig differenziert zu sein scheint, um dem Konstrukt gerecht zu werden. Neben dem fehlenden Einfluss der Ressourcen auf die Symptombelastung ist auch ihr Einfluss auf das Leistungsvermögen (Handlungsvermögen auf physischer Ebene) fraglich. Es gibt tendenzielle Hinweise darauf, dass die Resilienz bedeutungsvoll für diesen Aspekt ist.

Inhaltlich betrachtet ist das eben diskutierte Ergebnis, dass die Ressourcen geringen Einfluss auf die physische Komponente zu haben scheinen, durchaus schlüssig. Der Schlaganfall ist eine vaskulär bedingte Läsion des Gehirns (WHO, 2006), was wiederum oft zu einer bleibenden Behinderung führt (Martins et al., 2006). Es ist medizinisch nachvollziehbar, dass die aufgrund einer Schädigung des ZNS resultierenden körperlichen Einschränkungen (hierunter lassen sich auch das Leistungsvermögen und die Symptombelastung subsumieren) auch durch das Vorhandensein personal-psychischer oder sozial-interpersonaler Ressourcen nicht beziehungsweise nur wenig verändert werden können. Allerdings haben die genannten Ressourcen – wie bereits weiter oben ausgeführt – im Rahmen der sekundären Bewertung wesentlichen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und in Folge somit auch auf die veränderbaren Aspekte des mehrdimensionalen Konstrukts der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (für eine grafische Darstellung dieses Zusammenhangs siehe Kapitel 3.1.1, Abbildung 4). Veränderbar sind der soziale und psychische Bereich, und genau das zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung. Die personal-psychischen und sozial-interpersonalen Ressourcen erweisen sich als bedeutende Einflussfaktoren für das psychische und soziale Handlungsvermögen, ebenso wie für das psychische und soziale Befinden.

Als stärkster Prädiktor erweist sich dabei die Selbstwirksamkeitserwartung, sowohl für das Kriterium des Kontaktvermögens ($\beta = .52$) als auch für das der Genuss- und Entspannungsfähigkeit ($\beta = .38$). Dieses Ergebnis ist konsistent mit der noch

sehr dünn gesäten Studienlage zum Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach einem Schlaganfall. Während LeBrasseur et al. (2006) und Robinson-Smith (2003) allerdings die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung von Schlaganfallpatienten und -patientinnen untersuchten, erfasste die vorliegende Untersuchung die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Die Erkenntnislage konnte somit dahingehend erweitert werden, dass auch die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung – eine stabile Persönlichkeitsdimension (Schwarzer, 1994) – wesentlichen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. Betrachtet man die Ergebnisse genauer, ist ersichtlich, dass es das psychische und soziale Handlungsvermögen und nicht das Befinden ist, das durch die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung positiv beeinflusst wird. Da man unter Selbstwirksamkeitserwartung die subjektive Überzeugung versteht, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können (Schwarzer, 1994), ist dieser differenzierte Einfluss inhaltlich nachvollziehbar.

Eine ebenfalls sehr starke Prädiktionskraft weist die personal-psychische Ressource der Resilienz für den psychischen Befindensaspekt der positiven Stimmung ($\beta = .43$) auf. Dies untermauert die Ergebnisse von Tugade und Fredrickson (2004), die zeigen konnten, dass resiliente Personen trotz Stress vermehrt positive Emotionen erleben. Dass Resilienz generell einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat, ist nicht neu und konnte wiederholt – allerdings vor dieser Untersuchung noch nicht bei Schlaganfall – gezeigt werden (u.a. Robottom et al., 2012). Schon die Definition von Resilienz lässt ihren Einfluss vermuten. Luthar et al. (2000) verstehen unter Resilienz einen Prozess der positiven Anpassung unter herausfordernden Lebensbedingungen. Konkret auf die Erkrankung des Schlaganfalls übertragen, bedeutet dies, dass Resilienz die erfolgreiche Anpassung an ein Leben mit einer bleibenden Behinderung begünstigt.

Auch der dispositionelle Optimismus ist ein starker Einflussfaktor sowohl für die Genuss- und Entspannungsfähigkeit ($\beta = .23$), als auch für die negative Stimmung ($\beta = -.24$). Besonders interessant, da inkonsistent zur bisherigen Studienlage, ist das Ergebnis, dass der dispositionelle Optimismus in dieser Untersuchung in der Lage ist, die negative Stimmung vorherzusagen und nicht, wie in vielen anderen Untersuchungen (u.a. Marshall et al., 1992), die positive. Je höher somit der dispositionelle Optimismus ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer negativen Stimmung. Scheier und Carver geben schon 1985 eine mögliche Erklärung für den Zusammen-

hang zwischen Optimismus und positiven Outcome-Variablen, wie beispielsweise der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Sie verweisen auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus, worin die positiven Emotionen (1) als Verschnaufpause, (2) als Stütze oder (3) als Restaurator dienen (siehe Kapitel 3.2.1.2). Optimismus als positive Emotion kann somit den Bewältigungsprozess wesentlich in eine positive Richtung beeinflussen.

Neben den personal-psychischen zeigen sich aber auch die sozial-interpersonalen Ressourcen als wesentliche Einflussfaktoren in der vorliegenden Untersuchung. Zuerst sei die starke Kraft der wahrgenommenen sozialen Unterstützung als Prädiktorvariable für das Zugehörigkeitsgefühl ($\beta = .51$) genannt. Das Zugehörigkeitsgefühl ist generell das einzige Kriterium in der vorliegenden Untersuchung, das durch die sozial-interpersonalen Ressourcen besser vorhergesagt werden kann als durch die personal-psychischen. Inhaltlich ist dies durchaus nachvollziehbar, da es sich beim Zugehörigkeitsgefühl um den sozialen Befindensaspekt handelt, der sich im Gegensatz zum Aspekt der sozialen Handlungsfähigkeit (Kontaktvermögen) nur schwer durch aktives Handeln im Sinne der Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen lässt. Die tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung wiederum hat einen Einfluss auf die negative Stimmung ($\beta = -30$), wobei ihre Kraft als Prädiktor geringer eingeschätzt werden muss als jene der wahrgenommenen sozialen Unterstützung für das Zugehörigkeitsgefühl. Die besondere Bedeutung der wahrgenommenen Unterstützung als Prädiktorvariable ist bereits durch die vorhandene Literatur bekannt (u.a. Ditzen & Heinrichs, 2007). Da es sich bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung um eine zeitlich sehr stabile Erwartung dahingehend handelt, dass man unterstützt wird, stellt sich die Frage, ob sie nicht als Persönlichkeitseigenschaft einzuordnen ist (Ditzen & Heinrichs, 2007). Dies wiederum würde bedeuten, dass man sie in der vorliegenden Untersuchung unter die personal-psychischen Ressourcen subsumieren müsste, was die Bedeutung dieser Ressourcenkategorie noch zusätzlich unterstreichen würde.

Generell legt ein Vergleich der Ressourcenkategorien den Schluss nahe, dass die personal-psychischen Ressourcen den sozial-interpersonalen Ressourcen überlegen sind. Zu diesem Resümee kommt auch Schwarzer (2004) in einer Zusammenschau der wenigen Studien, die die personal-psychischen und sozial-interpersonalen Ressourcen im Rahmen der Krankheitsbewältigung gemeinsam erfasst haben. Er verweist als Erklärung auf Hobfoll und Walfisch (1984), die postulieren, dass Persön-

lichkeitsmerkmale eine stets verfügbare Ressource sind, während soziale Ressourcen sogenannte Puffer sind, auf die in Krisenzeiten zurückgegriffen wird. Da in der vorliegenden Untersuchung Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung befragt wurden, kann man nicht mehr von einer akuten Krisensituation ausgehen, und die steigende Bedeutung der stets verfügbaren personal-psychischen Ressourcen ist nachvollziehbar.

In einer Zusammenschau der Ergebnisse zu den Einzelprädiktoren kann die inhaltliche Frage aufgeworfen werden, warum beispielsweise die Selbstwirksamkeitserwartung und der dispositionelle Optimismus Prädiktoren für die Genuss- und Entspannungsfähigkeit sind, das inhaltlich mit erstgenanntem verwandten Konstrukt der Resilienz allerdings nicht. Hier soll kritisch darauf aufmerksam gemacht werden, dass dieses beispielhaft genannte Ergebnis nicht bedeutet, dass die Resilienz keinen Einfluss hat, sondern nur, dass sie keinen signifikanten Anteil an zusätzlicher Varianz erklärt. Zieht man die Ergebnisse der korrelationsstatistischen Auswertung (Kapitel 8.2) in die Interpretation mit ein, sieht man, dass die personal-psychischen, ebenso die sozial-interpersonalen Ressourcen höchst signifikant positiv miteinander korrelieren. Zu ebenfalls positiven Korrelationen kommt es zwischen einigen der personal-psychischen und den sozial-interpersonalen Ressourcen. Dies ist auch inhaltlich plausibel, da alle Konstrukte in den Bereich der Ressourcen fallen und inhaltliche Überschneidungen aufweisen. Es handelt sich somit bei den Ergebnissen der Hypothesenprüfung vielfach um geteilte Varianzen (joint variance). Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass durch die hohen Korrelationen der Prädiktoren aus dem Ressourcenbereich untereinander auch die nicht signifikanten, aber mit dem signifikanten Prädiktor hoch korrelierenden Einflussfaktoren von Bedeutung für die Kriteriumsvariable sind.

Über die Ebene der Einzelprädiktoren hinaus das Gesamtmodell betrachtend ist ersichtlich, dass zumeist erst durch die Aufnahme der personal-psychischen Ressourcen ein biopsychosoziales Prädiktorenmodell geschaffen wird, das in der Lage ist, gesundheitsbezogenen Lebensqualität in beinahe allen Teilaspekten vorherzusagen. Modelle, die ausschließlich physische und soziale Faktoren berücksichtigen, weisen hingegen keine signifikante Prädiktionskraft auf. Dies gibt jenen Forschern Recht (u.a. Geyh et al., 2004), die dafür plädieren, vor allem die personbezogenen Faktoren im Rahmen des Rehabilitationsprozesses und in der Forschung vermehrt zu berück-

sichtigen. Algurén et al. (2012) weisen konkret darauf hin, dies insbesondere in der chronischen Phase nach dem Schlaganfall zu tun.

Insgesamt kann aufgrund der vorliegenden Untersuchung empfohlen werden, zur Vorhersage von gesundheitsbezogener Lebensqualität in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall biopsychosoziale Modelle mit besonderer Berücksichtigung der Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren zu wählen. Die Varianzaufklärung des vorliegenden Modells ist mit 26 % bis 54 % ähnlich hoch wie jenes von Teoh (2009), der mittels psychischer und sozialer Faktoren 33 % bis 53 % der Varianz an gesundheitsbezogener Lebensqualität von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung erklären konnte. Dieser Effekt ist als durchaus stark einzuschätzen. Man bedenke, dass das ICF Core Set für Schlaganfall alleine aus 422 Items besteht, die alle als mögliche Einflussfaktoren wirken können, wobei hier die personbezogenen Faktoren noch nicht einmal berücksichtigt – da nicht klassifiziert – sind (Geyh et al., 2004). Dass in der vorliegenden Untersuchung mittels der wenigen ausgewählten Prädiktoren aus dem ressourcenorientierten Ansatz eine 26 -54 %-ige Varianzaufklärung erfolgt, kann in der Bedeutung somit als nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Zusammenfassend konnte mittels der vorliegenden Untersuchung der Beantwortung einer von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (2012) als zentral eingeschätzten Fragestellung, nämlich der, wie sich die Partizipation einer Person über die Kontextfaktoren positiv beeinflussen lässt, ein wesentliches Stück näher gekommen werden. Es scheinen die Ressourcen einer Person zu sein, die in der Lage sind, die Partizipation – erfasst über die gesundheitsbezogene Lebensqualität – entscheidend zu verbessern. Diese Beobachtung konnten auch schon Trabacca et al. (2012) machen, die von überraschend positiven Outcomes in Bezug auf die Partizipation berichten, wenn personbezogene Faktoren und Umweltfaktoren als Förderfaktoren wirken. Die Forderung von Threats (2007), sich nicht immer nur auf den Abbau von Barrieren zu konzentrieren, sondern Förderfaktoren vermehrt in den Mittelpunkt der Rehabilitationsbemühungen zu legen, scheint somit gerechtfertigt. Von Stucki et al. wird bereits 2007 empfohlen, dabei vermehrt auf das umfangreiche Wissen der Verhaltenswissenschaften und der Psychologie zurückzugreifen. Dies wurde in der vorliegenden Untersuchung gemacht, indem Erkenntnisse aus dem ressourcenorientierten Ansatz der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie einfließen. Die Ergebnisse geben Stucki et al. (2007) Recht, da sie zeigen, dass die Psychologie in

der Lage ist, einen wesentlichen Beitrag zur Teilhabeforschung zu leisten. Im vorliegenden Fall wurde mittels psychologischer Erkenntnisse die Weiterentwicklung des Forschungsstands zu Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall vorangetrieben. Dadurch konnte eine notwendige theoretische Basis für Interventionen zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gelegt werden. Dieser Erkenntnisfortschritt kann als nicht hoch genug eingeschätzt werden, da er uns dem höchsten Ziel in der neurologischen Rehabilitation, der Optimierung der Teilhabe (= Partizipation) des Patienten/der Patientin am Leben trotz möglicher langfristiger Einschränkungen durch die Erkrankung (Rentsch & Bucher, 2005), einen Schritt näher bringt. Und es darf nicht vergessen werden, dass es schlussendlich die Teilhabe des Patienten/der Patientin ist, die den Therapieerfolg bestimmt (Frommelt & Lösslein, 2010).

10 Resümee

Dieses Kapitel widmet sich zwei essentiellen Bereichen, indem sowohl eine kritische Beurteilung der Aussagekraft der Ergebnisse durch konkrete Hinweise auf Limitationen der Untersuchung (Kapitel 10.1) ermöglicht wird als auch Anregungen für die zukünftige Forschung (Kapitel 10.1 und Kapitel 10.2) gegeben werden.

10.1 Methodische Kritik

Zu Beginn soll auf Limitationen in Bezug auf die Stichprobe eingegangen werden. Der erste Kritikpunkt betrifft die Stichprobengröße. Das bei der Auswertung der Daten verwendete Verfahren der multiplen Regressionsanalyse benötigt mit steigender Anzahl an Prädiktoren eine zunehmend größere Stichprobe, um signifikante Effekte mit hoher Wahrscheinlichkeit identifizieren zu können. Um den aus theoretischen Überlegungen erwarteten großen Effekt des Gesamtmodells (siehe Kapitel 4.4.2) mit sechs Prädiktoren auch identifizieren zu können, rät Field (2009) zu einer Stichprobengröße von zirka 50 Personen. Diese Empfehlung konnte in der vorliegenden Untersuchungen (N = 81) umgesetzt werden. Allerdings – und hier setzt die Kritik an – sollte im Rahmen dieser Studie nicht nur das Gesamtmodell untersucht werden, sondern auch signifikante Einzelprädiktoren identifiziert werden. Da der Effekt einzelner Einflussfaktoren aus theoretischer Überlegung jedoch als klein bis mittel einzuschätzen ist, müsste sich die Stichprobengröße auf 100 (mittlerer Effekt) bis mehr als 600 (kleiner Effekt) Personen vergrößern, um die Power des Verfahrens hoch zu hal-

ten (Field, 2009). Diese Stichprobengröße konnte in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht erreicht werden. Folgedessen ist es möglich, dass mittlere und vor allem kleine Effekte auf Prädiktorebene nicht identifiziert werden konnten. Um trotzdem Hinweise auf möglicherweise bedeutsame Prädiktoren zu geben, wurden in der vorliegenden Arbeit die genauen p-Werte angeführt und auch tendenzielle Prädiktoren in die Ergebnisdarstellung und Interpretation mit einbezogen. Zukünftige Studien müssen zeigen, ob diese tendenziellen Prädiktoren bei ausreichend großer Stichprobengröße eine signifikante Vorhersageleistung erbringen können.

Eine zweite Limitation in Bezug auf die Stichprobe ist ihre Repräsentativität. Das Ziel war es, eine Stichprobe zu befragen, die möglichst repräsentativ für die Population der Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase der Erkrankung sein sollte. Diese chronische Phase der Erkrankung ist neben der zeitlichen Komponente durch eine mehr oder weniger starke Einschränkung der Funktionsfähigkeit (= Behinderung) charakterisiert, die eine wiederholte Rehabilitation notwendig macht. Dieses Ziel einer repräsentativen Stichprobe wurde durch definierte Ein- und Ausschlusskriterien zu erreichen versucht. In Bezug auf die Selbstständigkeit im Alltag, erfasst durch den Barthel-Index, muss allerdings von einer sehr homogenen Stichprobe mit nur geringen Einschränkungen ausgegangen werden (MW = 84.75; Range = 25–100). 47 % der befragten Patienten und Patientinnen erreichten den Maximalwert von 100, nur 16 % einen Wert ≤ 50 . Neben der, wie eben berichtet, Gruppe von Patienten und Patientinnen mit größeren Einschränkungen in den Alltagsleistungen, wird in der vorliegenden Untersuchung eine in der Schlaganfallrehabilitation sehr häufige Patientengruppe aus untersuchungstechnischen Gründen vernachlässigt – jene mit ausgeprägten Einschränkungen ihrer sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten. Eine Limitation dieser Studie ist somit die nur eingeschränkte Repräsentativität der Ergebnisse für die Gesamtgruppe der Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung. Die Generalisierbarkeit scheint vor allem auf die Gruppe von Patienten und Patientinnen gerechtfertigt, die keine bis leichte Einschränkung in den ADL's, Sprache und Kognition aufweisen. Um in Zukunft auch valide Daten von der Gruppe von Schlaganfallpatienten und -patientinnen mit einer stärker ausgeprägten Behinderung zu bekommen, ist die Forschung aufgefordert, sich insbesondere über passende Erhebungsmethoden für diese Patientengruppe Gedanken zu machen.

Mitverantwortlich für die für die Population der Schlaganfallpatienten und -patientinnen ungewöhnlich homogene, in ihrer Selbstständigkeit sehr wenig eingeschränkte Stichprobe ist auch die Wahl des Messinstruments. Hier setzt der nächste Kritikpunkt an. Wie bereits in Kapitel 6.3.6 angeführt, ist das Messinstrument „Barthel-Index“ mit deutlichen Boden- und Deckeneffekten nicht in der Lage, in den Extrembereichen ausreichend zu differenzieren. Trotzdem wird der Barthel-Index in der Rehabilitation und auch in der Forschung standardmäßig verwendet. Aus Gründen der Machbarkeit wurde auch bei der vorliegenden Untersuchung auf die routinemäßig erhobene – und somit mit keinem Zusatzaufwand verbundene – Fremdeinschätzung der Selbstständigkeit im Alltag durch den Barthel-Index zurückgegriffen. Wie erwartet kam es auch in dieser Studie zu messtheoretischen Problemen, wobei vor allem der Deckeneffekt die Aussagekraft der Ergebnisse wesentlich mindert (siehe auch Kapitel 9). Es sei an dieser Stelle nochmals mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass der sich in der vorliegenden Untersuchung als nicht signifikant erwiesene Prädiktor der Selbstständigkeit im Alltag nicht nur inhaltlich interpretiert werden darf. Es muss auch das eben beschriebene methodische Problem das Messinstrument betreffend in die Interpretation einbezogen werden. Darüber hinaus wird der Appell an die Forschung und auch die Praxis der neurologischen Rehabilitation gerichtet, die Sinnhaftigkeit des Barthel-Index als Standardinstrument kritisch zu betrachten und eventuell andere messtheoretisch bessere Instrumente zur Quantifizierung der Behinderung als neuen Standard in der Versorgung in Betracht zu ziehen.

Ein ebenfalls messtheoretisches Problem ergab sich bei der Erfassung eines Teilaspekts der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – der Symptombelastung. Dieser Aspekt konnte durch kein Modell signifikant vorhergesagt werden, wobei der Grund dafür höchstwahrscheinlich ein methodischer ist. Während die anderen Skalen des PLC mit mindestens vier bis maximal acht vorgegebenen und vielfach überprüften Items erhoben wurde, wurde die Skala der Symptombelastung mit einer einzelnen selbst entwickelten Frage abgedeckt. Der Grund, warum von der empfohlenen Erhebung des physischen Befindens durch eine krankheitsspezifische Symptomliste abgesehen wurde, war der, dass Schlaganfallpatienten und -patientinnen je nach Schädigung sehr unterschiedliche Symptome aufweisen können und somit eine Symptomliste von beachtlicher Länge entstehen würde. Aus Gründen der Zumutbarkeit wurde somit ein anderes Vorgehen gewählt und die Symptombelastung mittels einer einzigen Frage („Wie sehr fühlen Sie sich momentan durch Ihre körperlichen Beschwer-

den und Einschränkungen belastet?“) erhoben, die auf einer fünfstufigen Likertskala eingeschätzt werden musste. Dieses Vorgehen scheint jedoch zu wenig differenziert zu sein, um dem Konstrukt der Symptombelastung gerecht zu werden. Die Forschung sei dazu aufgefordert, eine für Schlaganfallpatienten und -patientinnen umfassende, aber gleichzeitig auch zumutbare Symptomliste zu erstellen, um den Aspekt der Symptombelastung in Zukunft valide erfassen zu können.

Abschließend sei noch erklärend angemerkt, dass die sehr ausführlich gestaltete methodische Kritik neben dem Ziel, eine kritische Beurteilung der Aussagekraft der Ergebnisse zu ermöglichen, insbesondere das Anliegen hatte, Anregungen für zukünftige Forschung zu geben. Die in der vorliegenden Studie gewonnenen Ergebnisse sind trotz gewisser methodischer Limitationen als sehr vielversprechend zu bewerten und sollten als Anreiz für weitere Forschungsvorhaben zu diesem Themenbereich dienen.

10.2 Forschungsausblick

Die bereits im Rahmen der methodischen Kritik geäußerten Anregungen für die zukünftige Forschung sollen an dieser Stelle, aufbauend auf den Ergebnissen der Untersuchung, noch durch einen inhaltlichen Forschungsausblick ergänzt werden.

Die berichteten Ergebnisse dieser Studie belegen die Bedeutsamkeit ausgewählter personal-psychischer und sozial-interpersonaler Ressourcen als Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der chronischen Phase nach einem Schlaganfall. In der vorliegenden Untersuchung wurde allerdings nur eine Auswahl an sich in der Theorie zu Gesundheit und Krankheit als evident erwiesenen Ressourcen überprüft. Der ressourcenorientierte Ansatz der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie bietet jedoch ein Vielfaches mehr an möglichen Ressourcen, zu deren Überprüfung zukünftige Forschung an dieser Stelle aufgefordert sei. Sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse der Meinung von Geyh et al. (2004) anschließend, sollten dabei vor allem die den personbezogenen Faktoren zuordenbaren personal-psychischen Ressourcen Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus wurde bereits in Kapitel 9 auf die Bedeutung der Ergebnisse als theoretische Basis für Interventionen hingewiesen. Es gilt Interventionen zu entwickeln und in Folge auch in ihrer Wirksamkeit zu überprüfen, die sich diese theoretischen Erkenntnisse zu Nutze machen, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase gezielt zu ver-

bessern. Dabei wird empfohlen, auf das umfassende Wissen aus dem ressourcenorientierten Ansatz der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie zurückzugreifen. Hier sei explizit darauf hingewiesen, dass mit der Ressourcenaktivierung bereits eine klinisch-psychologische Intervention existiert (siehe Kapitel 3.3), die es konkret an die Bedürfnisse von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung anzupassen gilt.

Das Thema abrundend wird sich der generellen Forderung von O'Neill et al. (2008) anschließend noch angemerkt, dass es für die Zukunft wünschenswert wäre, wenn die chronische Phase nach einem Schlaganfall in der Forschung und auch in der Rehabilitationspraxis vermehrt Berücksichtigung finden würde. Die WHO (2013) spricht immerhin davon, dass der Schlaganfall eine der Hauptursachen für bleibende Behinderung in den westlichen Ländern ist. Aus ethischen Gesichtspunkten ist zu fordern, dass die Betroffenen darin unterstützt werden, trotz bleibender Einschränkungen durch die Erkrankung am Leben teilhaben zu können. Nur ein umfassendes Wissen kann garantieren, dass diese Unterstützung in kompetenter und qualitativ hochwertiger Weise passiert. Dieses Wissen zur Verfügung zu stellen, dazu sei die Forschung abschließend noch angehalten.

Abstract (Deutsch)

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als Rahmenmodell für die neurologische Rehabilitation weist der Optimierung der Teilhabe (= Partizipation) des Patienten/der Patientin am Leben trotz möglicher langfristiger Einschränkungen höchste Priorität zu. Um die Teilhabe gezielt verbessern zu können, ist es unabdingbar, mögliche Einflussfaktoren zu identifizieren. Experten plädieren dafür, vermehrtes Augenmerk auf die Förderfaktoren zu legen, und hier vor allem auf die in der Forschung bisher vernachlässigten personbezogenen Faktoren. Hier kann das Wissen der Psychologie aus dem Bereich des ressourcenorientierten Ansatzes helfen, der seinen Fokus auf Faktoren richtet, die dazu beitragen, dass Menschen trotz einströmender Belastungen körperlich und psychisch gesund bleiben.

Die vorliegende Arbeit setzt die genannte Forderung der Teilhabe-Orientierung am Beispiel des Schlaganfalls um. Das Ziel ist es, Einflussfaktoren zu identifizieren, die maßgeblich für die gesundheitsbezogene Lebensqualität – ein Aspekt der Teilhabe – in der bisher wenig untersuchten chronischen Phase nach einem Schlaganfall verantwortlich sind. Überprüft werden sollte dabei ein biopsychosoziales Einflussfaktorenmodell mit dem Prädiktor „Selbstständigkeit im Alltag“ zur Quantifizierung der Behinderung und den Ressourcen „Selbstwirksamkeitserwartung“, „dispositioneller Optimismus“, „Resilienz“ (personbezogene Faktoren) und „soziale Unterstützung“ (Umweltfaktor).

Die empirische Untersuchung weist ein Querschnittsdesign mit einem quantitativen Forschungszugang auf. Es handelt sich um eine Multicenter-Studie, in der in fünf Rehabilitationszentren 81 Schlaganfallpatienten und -patientinnen in der chronischen Phase ihrer Erkrankung mittels einer Fragebogenbatterie befragt wurden.

Als Auswertungsmethode wurde eine hierarchische multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Als Erstes wurde „Selbstständigkeit im Alltag“ als Prädiktor mit der stärksten Evidenz in das Modell aufgenommen (Modell 1), gefolgt vom Umweltfaktor „soziale Unterstützung“ (Modell 2), wiederum gefolgt von den bei Schlaganfall noch wenig untersuchten personbezogenen Faktoren „Selbstwirksamkeitserwartung“, „dispositioneller Optimismus“ und „Resilienz“ (Modell 3).

Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Ressourcen aus dem Bereich der person-bezogenen Faktoren und Umweltfaktoren wesentliche Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der chronischen Phase des Schlaganfalls sind. Die Selbstständigkeit im Alltag als Indikator für das Ausmaß der Behinderung weist hingegen keine signifikante Vorhersagekraft auf.

Die sich aus der vorliegenden Untersuchung ergebende Implikation für die Praxis der neurologischen Rehabilitation ist, die Ressourcen eines Patienten/einer Patientin in der chronischen Phase nach dem Schlaganfall vermehrt in der Interventionsplanung zu berücksichtigen, um somit dem Ziel der Rehabilitation – der Teilhabe am Leben trotz Einschränkungen – einen Schritt näher zu kommen.

Abstract (Englisch)

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework for neurological rehabilitation places most emphasis on the optimization of the participation of the patient. This should be possible even though imposed long-term restrictions due to health issues. Before being able to improve participation experts have to identify possible influencing factors. Here it should be concentrated on facilitators and especially on personal factors. These two aspects are more or less unobserved by research up to now. The psychological knowledge about the resource-based approach will be of great value here. This approach focuses on factors that will help the patients to stay physically and mentally healthy in spite of their heightened burdens.

This thesis orientates on the participation in the case of a suffered stroke. The aim is to identify influencing factor for health-related quality of life. Health-related quality of life represent an aspect of participation, and should be researched especially in the chronic phase after suffering the stroke. In the center of the research process should be the personal factors and environmental factors comprising the resources of “resilience”, “optimism”, “self efficacy” (personal factors) and “social support” (environmental factor). Furthermore the factor “independence in everyday life” is measured to quantify the disability. In summary, it is a biopsychosocial model, which should be tested.

The empirical analysis is done by a cross-section method (quantitative approach) through a multicenter study in five rehabilitation centers. In the end 81 patients who suffered strokes and are presently in the chronic phase of their illness have been interviewed guided by a questionnaire.

Hierarchical regression was used to analyze the data. First “independence in everyday life”, which is the predictor with the best evidence was entered in the model (model 1), followed by the well known predictor “social support” (model 2). In the end the new predictors “resilience”, “optimism” and “self efficacy” are added (model 3).

The results show that in the chronic phase of the illness the most prominent predictors for health-related quality of life are personal factors and environmental factors.

In contrast the factor “independence in everyday life” isn’t able to predict health-related quality of life in a significant way.

The results are of particular importance for the praxis of neurological rehabilitation. Patients in the chronic phase after suffering the stroke need interventions with the focus on personal and social resources to attain the goal of participation.

Literaturverzeichnis

- Algurén, B., Fridlund, B., Cieza, A., Sunnerhagen, S. & Christensson, L. (2012). Factors associated with health-related quality of life after stroke: A 1-year prospective cohort study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26, 266–274.
- Antoniw, K., Borghardt, A. & Weber, H. (2007). Des Guten zuviel: Der Einfluss von Bewältigungsverhalten auf die Bereitschaft zur sozialen Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15, 158–167.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitsgruppe „TeilhabeForschung“ des Ausschusses „Reha-Forschung“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. (2012). Diskussionspapier TeilhabeForschung. *Rehabilitation*, 51 (Suppl. 1), S. 28–33.
- Balu, S. (2009). Differences in psychometric properties, cut-off scores, and outcomes between the Barthel Index and Modified Rankin Scale in pharmacotherapy-based stroke trials: Systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 25, 1329–1341.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25–48.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 11–23.
- Beesdo, K. (2006). Ressourcenaktivierung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 525–534). Heidelberg: Springer.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert (erweiterte Neuauflage)*. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, *51*, 843–857.
- Bernard, B. (1997). *Turning it around for all youth: From risk to resilience*. Launceston: Resiliency Associates and Global Learning Communities.
- Boehmer, S., Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, and Coping*, *20*, 61–75.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*, 20–28.
- Campbell-Sills, L. & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 1019–1028.
- Carod-Artal, J. & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*, *27* (Suppl. 1), 204–214.
- Carod-Artal, J., Egido, J. A., González, J. L. & Varela de Seijas, E. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: Experience of a stroke unit. *Stroke*, *31*, 2995–3000.
- Chang, E. C., D’Zurilla, T. J. & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research*, *18*, 143–160.
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A. & D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, *23*, 433–440.
- Clarke, P. J. (1999). Handicap in stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, *21*, 116–123.
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience-Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*, 76–82.
- Craig, A., Tran, Y., Wijesuriya, N. & Middleton, J. (2012). Fatigue and tiredness in people with spinal cord injury. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*, 205–210.

- Cunningham, A. J., Lockwood, G. A. & Cunningham, J. A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17, 71–78.
- Davis, M. H., Morris, M. M. & Kraus, L. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468–481.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2012). *Diskussionspapier Teilhabforschung*. Zugriff am 21.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.dvfr.de/nc/aktuelles/newsdetails/artikel/diskussionspapier-teilhabe-forschung-vom-dvfr-und-dgrw-ausschuss-reha-forschung-erarbeitet/?type=98>
- Ditzen, B. & Heinrichs, M. (2007). Psychobiologische Mechanismen sozialer Unterstützung. Ein Überblick. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15, 143–157.
- Duncan, P. W., Jorgensen, H. S. & Wade, D. T. (2000). Outcome measures in acute stroke trials. A systematic review and some recommendations to improve practice. *Stroke*, 31, 1429–1438.
- Edo, S., Torrents-Rodas, D., Rovira, T. & Fernandez-Castro, J. (2012). Impact when receiving a diagnosis: Additive and multiplicative effects between illness severity and perception of control. *Journal of Health Psychology*, 17, 1152–1160.
- Edwards, J. D., Koehoorn, M., Boyd, L. A. & Levy, A. R. (2010). Is health-related quality of life improving after stroke? *Stroke*, 41, 996–1000.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faria, C. D., Silva, S. M., Corrêa, J. C., Laurentino, G. E. & Teixeira-Salmela, L. F. (2012). Identification of ICF participation categories in quality-of-life instruments utilized in cerebrovascular accident victims. *Pan American Journal of Public Health*, 31, 338–344.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3th edition). London: SAGE.
- Franke, G. H., Jagla, M., Salewski, C. & Jager, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 41–55.
- Fries, W., Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (2007). *Teilhabe! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*. Stuttgart: Thieme.

- Frommelt, P. & Lösslein, H. (2010). *Neurorehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Berlin: Springer.
- Garfield, A. C. & Lincoln, N. B. (2012). Factors affecting anxiety in multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 34, 2047-2052.
- Gargano, J. W. & Reeves, M. J. (2007). Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide registry. *Stroke*, 38, 2541–2548.
- Geyh, S., Cieza, A., Kollerits, B., Grimby, G. & Stucki, G. (2007). Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a systematic review. *Quality of Life Research*, 16, 833–851.
- Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson, H., Frommelt, P., Omar, Z. et al. (2004). ICF core sets for stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, Suppl. 44*, 135–141.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J. & Herzberg, P. Y. (2008). Die Deutsche Version des Life-Orientierung-Test (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 26–31.
- Granlund, M., Eriksson, L. & Ylven, R. (2004). Utility of International Classification of Functioning, Disability and Health's participation dimension in assigning ICF codes to items from extant rating instruments. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36, 130–137.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–20.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Grimby, G., Melvin, J. & Stucki, G. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A unifying model of the conceptualization, organization and development of human functioning and rehabilitation research. Foreword. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 277–278.
- Grotkamp, S., Cibis, W., Nüchtern, E., Baldus, A., Behrens, J. & Bucher, P. O. (2012). Personbezogene Faktoren der ICF. Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP). *Gesundheitswesen*, 74, 449–458.

- Gutiérrez-Dona, B., Lippke, S., Renner, B., Kwon, S. & Schwarzer, R. (2009). Self-efficacy and planning predict dietary behaviors in Costa Rican and South Korean women: Two moderated mediation analyses. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 1*, 91–104.
- Herzberg, P. Y., Glaesmer, H. & Hoyer, J. (2006). Separating optimism and pessimism: A robust psychometric analysis of the Revised Life-Orientation Test (LOT-R). *Psychological Assessment, 18*, 433–438.
- Hobfoll, S. E. & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology, 12*, 87–100.
- Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H. & Brennan, P. L. (1997). Psychosocial adjustment in patients reporting cardiac illness. *Psychology and Health, 12*, 345–360.
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*, 540–545.
- Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., Vive-Larsen, J., Stoier M. & Olsen, T. S. (1995). Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: time course of recovery. The Copenhagen stroke study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76*, 406–412.
- Kaste, M., Fogelholm, R. & Rissanen, A. (1998). Economic burden of stroke and evaluation of new therapies. *Public Health, 112*, 103–112.
- Kim, P., Warren, S., Madill, H. & Hadley, M. (1999). Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research, 8*, 293–301.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M. & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 420–435.
- Kirchler, E. & Hölzl, E. (2008). Arbeitsgestaltung. In E. Kirchler (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (2. Auflage) (S. 199–316). Wien: Facultas.
- Klauer, T., Knoll, N. & Schwarzer, R. (2007). Soziale Unterstützung: Neue Wege in der Forschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15*, 141–142.
- Klauer, T. & Schwarzer, R. (2001). Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 22*, 333–351.

- Klemenz, B. (2003). *Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: DGVT.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 1–11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*, 168–177.
- Korpershoek, C., van der Bijl, J. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*, 1876–1894.
- Krohne, H. W., El-Giamal, M. & Volz, C. (2003). Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die prä- und postoperative Anpassung chirurgischer Patienten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *11*, 132–142.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischer Diagnostizierens*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R., Fuchs, M. & Pichler, M. E. (2007). Negative soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensbelastungen. Eine konzeptuelle und empirische Analyse. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *15*, 43–56.
- Larson, J., Franzen-Dahlin, A., Billing, E., von Arbin, M., Murray, V. & Wredling, R. (2005). Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *19*, 439–445.
- LeBrasseur, N. K., Sayers, S. P., Ouellette, M. M. & Fielding, R. A. (2006). Muscle impairments and behavioral factors mediate functional limitations and disability following stroke. *Physical Therapy*, *86*, 1342–1350.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Dona, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, *40*, 80–89.
- Luszczynska, A., Mohamed, N. E. & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 month after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, *10*, 365–375.
- Luszczynska, A., Sheng Cao, D., Mallach, N., Pietron, K., Mazurkiewicz, M. & Schwarzer, R. (2010). Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*, 265–278.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562.
- Lyden, P. D. & Lau, G. T. (1991). A critical appraisal of stroke evaluation and rating scales. *Stroke, 22*, 1345-1352.
- Lynch, E. B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C. J., Perez, L. et al. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. *Journal of Rehabilitation Medicine, 40*, 518-523.
- Maddi, S. R. & Khoshaba, D. M. (1994). Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assessment, 63*, 265-274.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 2*, 61-65.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K. & Vickers, R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 1067-1074.
- Martins, T., Ribeiro, J. P. & Garrett, C. (2006). Disability and quality of life of stroke survivors: Evaluation nine month after discharge. *Revista de Neurología, 42*, 655-659.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphine, S., Ahmed, S., Gordon C., Higgins, J., McEwen, S. et al. (1999). Disablement following stroke. *Disability and Rehabilitation, 21*, 258-268.
- McGinnis, G. E., Seward, M. L., Dejong, G. & Osberg, J. S. (1986). Program evaluation of physical medicine and rehabilitation departments using self-report Barthel. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2*, 123-125.
- McHorney, C. A. (1999). Health status assessment methods for adults: Past accomplishments and future challenges. *Annual Review of Public Health, 20*, 309-335.
- Meyer, B., Ringel, F., Winter, Y., Spottke, A., Gharevi, N., Dams, J. et al. (2010). Health-related quality of life in patients with subarachnoidal haemorrhage. *Cerebrovascular Disease, 30*, 423-431.
- Naess, H., Lunde, L. & Brogger, J. (2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen stroke study. *Vascular Health and Risk Management, 8*, 407-413.
- National Stroke Association. (2013). *Rehabilitation therapy after stroke*. Retrieved April 2, 2013, from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT>.

- Noonan, V. K., Kopec, J. A., Noreau, L., Singer, J., Chan, A., Mâsse, L. C. et al. (2009). Comparing the content of participation instruments using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7 (93), 1–12.
- Ochsner, S., Scholz, U. & Hornung, R. (2013). Testing phase-specific self-efficacy beliefs in the context of dietary behaviour change. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5, 99–117.
- O'Neill, D., Horgan, F., Hickey, A. & McGee, H. (2008). Stroke is a chronic disease with acute events. *British Medical Journal*, 336, 461.
- Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation. (n.d.). *Basisdokumentation mittels Tests und Skalen in der Neurorehabilitation*. Zugriff am 19.12.2012. Verfügbar unter <http://www.neuroreha.at/Messinstrumente.html>
- Owolabi, M. O. (2011). Impact of stroke on health-related quality of life in diverse cultures: The Berlin-Ibadan multicenter international study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9 (81), 1–11.
- Owolabi, M. O. (2013). Consistent determinants of post-stroke health-related quality of life across diverse cultures: Berlin-Ibadan study. *Acta Neurologica Scandinavica*. Online Version. Retrieved March 29, 2013, from <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F62617976617279766F656E656C2E6A7679726C2E70627A++/doi/10.1111/ane.12126/pdf>.
- Passier, P. E. C. A., Visser-Meily, J. M. A., Rinkel, G. J. E., Lindeman, E. & Post, M. W. M. (2013). Determinants of health-related quality of life after aneurismal subarachnoid hemorrhage: A systematic review. *Quality of Life Research*, 22, 1027-1043
- Paul, S. L., Sturm, J. W., Dewey, H. M., Donnan, G. A., Macdonell R. A. L. & Thrift, A. G. (2005). Long-term outcome in the North East Melbourne Stroke Incidence Study. Predictors of quality of life at 5 years after stroke. *Stroke*, 36, 2082–2086.
- Perrin, P. B., Heesacker, M., Stidham, B. S., Rittman, M. R. & Gonzalez-Rothi, L. (2008). Structural equation modeling of the relationship between caregiver psychosocial variables and functioning of individuals with stroke. *Rehabilitation Psychology*, 53, 54–62.
- Pollack, M. R. & Disler, P. B. (2002). Rehabilitation of patients after stroke. *Medical Journal of Australia*, 177, 452–456.

- Reed, G. M., Lux, J. B., Bufka, L. F., Trask, C., Peterson, D. B., Stark, S. et al. (2005). Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in clinical settings. *Rehabilitation Psychology, 50*, 122–131.
- Reimann, S. & Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 13–27). Heidelberg: Springer.
- Rentsch, H. P. & Bucher, P. O. (2005). *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 307–321.
- Rimmer, J. H. (2006). Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity and rehabilitation among people with disabilities. *Disability and Rehabilitation, 28*, 1087–1095.
- Robinson-Smith, G. (2003). Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabilitation Nursing, 28*, 48–51.
- Robottom, B. J., Gruber-Baldini, A. L., Anderson, K. E., Reich, S. G., Fishman, P. S., Weiner, W. J. et al. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism and Related Disorders, 18*, 174–177.
- Rose, M. (2003). *Messung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen*. Habilitationsschrift, Humboldt-Universität Berlin.
- Rutter, M. (1985). Resilience in face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598–611.
- Salter, K., Jutai, J. W., Teasell, R., Foley, N. C., Bitensky, J. & Bayley, M. (2005). Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Participation. *Disability and Rehabilitation, 27*, 507–528.
- Samson, A. & Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling, 70*, 426–429.
- Satow, L., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2009). Planung und Selbstwirksamkeit von Teilnehmern an einer Online-Intervention für entwöhnungsmotivierte Raucher. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17*, 114–120.
- Schädler, S., Kool, J., Lüthi, H., Marks, D., Oesch, P., Pfeffer, A. et al. (2006). *Assessments in der Neurorehabilitation*. Bern: Huber.

- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219–247.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A. et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1024–1040.
- Schliehe, F. (2006). Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. *Rehabilitation, 45*, 258–271.
- Scholz, U., Gutiérrez-Dona, B., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*, 242–251.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M. & Williamson, G. M. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging, 11*, 304–309.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. *Diagnostica, 49*, 73–82.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Sense of coherence scale von Antonovsky. Zugriff am 12.02.2013. Verfügbar unter <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de>
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 53*, 16–39.
- Schuntermann, M. F. (2005). *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Zugriff am 15.01.2013. Verfügbar unter http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/5488/ICF_Foliensatz.pdf
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica, 40*, 105–123.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinmann, S. Wright & M. Johnston (Eds.). *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, England: NFER-NELSON.
- 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 Schule*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R., Richert, J., Kreausokon, P., Remme, L., Wiedemann, A. & Reuter, T. (2010). Translating intentions into nutrition behaviors via planning requires self-efficacy: Evidence from Thailand and Germany. *International Journal of Psychology*, 45, 260–268.
- Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000). *Berliner Social Support Scales (BSSS)*. Zugriff am 19.12.2012. Verfügbar unter <http://www.coping.de>
- Siegrist, J., Broer, M. & Junge, A. (1996). *Profil der Lebensqualität chronisch Kranker PLC. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Singh, K. & Yu, X. (2010). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a sample of Indian students. *Journal of Psychology*, 1, 23–30.
- Solli, H. M. & Da Silva, A. B. (2012). The holistic claims of the biopsychosocial conceptions of WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A conceptual analysis on the basis of a pluralistic-holistic ontology and multidimensional view of the human being. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37, 277–294.
- Stähler, T. (2005). Wichtige Handlungsprinzipien von Rehabilitation und Teilhabe. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), *Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation* (S. 24–27). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Stewart, D. E. (2011). Toward understanding resilient outcomes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 256–257.
- Stucki, G., Cieza, A. & Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 279–285.

- Sturm, J. W., Donnan, G. A., Dewey, H. M., Macdonell R. A. L., Gilligan, A. K., Srikanth, V. et al. (2004). Quality of life after stroke: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, *35*, 2340–2345.
- Taylor, M. K., Pietrobon, R., Taverniers, J., Leon, M. R. & Fern, B. J. (2013). Relationships of hardiness to physical and mental health status in military men: a test of mediated effects. *Journal of Behavior Medicine*, *26*, 1–9.
- Tengs, T. O., Yu, M. & Luistro, E. (2001). Health-related quality of life after stroke – A comprehensive review. *Stroke*, *32*, 964–972.
- Teoh, V., Sims, J. & Milgrom, J. (2009). Psychosocial predictors of quality of life in a sample of community-dwelling stroke survivors: a longitudinal study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *16*, 157–166.
- Threats, T. (2007). Access for persons with neurogenic communication disorders: Influences of personal and environmental factors of the ICF. *Aphasiology*, *21*, 67–80.
- Trabacca, A., Moro, G. & Gennaro, L. (2012). When one plus one equals three: the ICF perspective of health and disability in the third millennium. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *53*, 709–710.
- Truelsen, T., Piechowski-Józwiak, B., Bonita, R., Mathers, C., Bogousslavsky, J. & Boysen, G. (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: A review of available data. *European Journal of Neurology*, *13*, 581–598.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*, 320–333.
- UN. (1994). *The standard rules on equalization of opportunities for persons with disabilities*. Retrieved January 15, 2013, from <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre01.htm#Towards>
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N. & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, *25*, 565–571.
- Visser-Meily, J. M. A., Rhebergen, M. L., Rinkel, G. J. E., van Zandervoort, M. J. & Post, M. W. M. (2009). Long-term health related quality of life after aneurismal subarachnoid hemorrhage: Relationships with psychological symptoms and personality characteristics. *Stroke*, *40*, 1526–1529.

- Wade, D. T. (2005). Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation*, 19, 811–818.
- Wang, Q., Hay, M., Clarke, D. & Menahem, S. (2012). The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with hearth disease. *Journal of Pediatrics*, 161, 943–946.
- Warner, L. M., Schütz, B., Knittle, K., Ziegelmann, J. P. & Wurm, S. (2011). Sources of perceived self-efficacy as predictors of physical activity in older adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 172–192.
- WHO. (2001). *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Zugriff am 28.12.2012. Verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/index.html>
- WHO. (2006). *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance*. Retrieved February 22, 2013, from <http://www.who.int/chp/steps/stroke/manual/en/index.html>
- WHO. (2013). *Chronic diseases and health promotion*. Retrieved April 2, 2013, from <http://www.who.int/chp/en/>
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153–159.
- Wiesmann, U., Rölker, S. & Hannich, H.-J. (2004). Salutogenese im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 366–376.
- Yoon, H. (1997). Factors affecting quality of life of the Korean aged stroke patients. *International Journal of Aging and Human Development*, 44, 167–181.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Teilhabe-orientierte Handlungsprinzipien der BAR.....	7
Abbildung 2: Top-down-Betrachtungsweise	8
Abbildung 3: Wechselwirkungsmodell der ICF (modifiziert nach WHO, 2001, S. 23)	9
Abbildung 4: Transaktionales Stressmodell von Lazarus (modifiziert nach Schwarzer, 2004, S. 155)	13
Abbildung 5: Darstellung des Modells der Salutogenese nach Antonvosky (1979) (modifiziert nach Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 36)	15
Abbildung 6: Resilienzmodell nach Richardson (modifiziert nach Richardson, 2002, p. 311)	19
Abbildung 7: Positiver Rückkopplungsprozess ausgelöst durch die Ressourcenaktivierung nach Grawe, 1998 (modifiziert nach Beesdo, 2006, S. 528)	29
Abbildung 8: Gerundete prozentuale Verteilung der Stichprobe in den Rehabilitationszentren	46
Abbildung 9: biopsychosoziales Einflussfaktorenmodell inklusive Operationalisierung	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderung des Qualitätsverständnisses in der Neurorehabilitation (modifiziert nach Rentsch & Bucher, 2005, S. 46).....	5
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	44
Tabelle 3: Deskriptive Darstellung der soziodemografischen Merkmale (in Prozent) ..	47
Tabelle 4: Deskriptive Darstellung der krankheitsbezogenen Merkmale (in Prozent) ..	48
Tabelle 5: Operationalisierung der zu erhebenden Konstrukte.....	48
Tabelle 6: Theoretische Dimensionen und Skalen des PLC (in Anlehnung an Siegrist, Broer & Junge, 1996, S. 18)	50
Tabelle 7: Inhaltliche Beschreibung der einzelnen Skalen des PLC (in Anlehnung an Siegrist, Broer & Junge, 1996, S. 36–42).....	51
Tabelle 8: Skalen, Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach´s Alpha und Trennschärfe des PLC.....	52
Tabelle 9: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach´s Alpha und Trennschärfe der Skala SWE	53
Tabelle 10: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach´s Alpha und Trennschärfe des LOT-R.....	54
Tabelle 11: Faktorladungen der Items des LOT-R	54
Tabelle 12: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach´s Alpha und Trennschärfe der CD-RISC.....	56
Tabelle 13: Itemanzahl, Beispielitem, Cronbach´s Alpha und Trennschärfe der BSSS	57
Tabelle 14: Beispiel für die Beurteilung des Schweregrades der Einschränkung in einem spezifischen ADL.....	57
Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen getrennt für die Geschlechter.....	64
Tabelle 16: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen getrennt für die Altersgruppen.....	64
Tabelle 17: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen getrennt für die Gruppen mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen	65
Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für die Gruppe der alleine wohnenden und die Gruppe der nicht alleine wohnenden Patienten und Patientinnen	66

Tabelle 19: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für die Gruppen mit unterschiedlichem Beziehungsstatus.....	66
Tabelle 20: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für Patienten und Patientinnen mit linkshirniger und rechtshirniger Läsion	67
Tabelle 21: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen getrennt für Gruppen in unterschiedlichen zeitlichen Phasen ihrer Erkrankung	67
Tabelle 22: Korrelationsmatrix, Mittelwerte und Standardabweichung für die einzelnen Skalen.....	69
Tabelle 23: Effektgrößen für Varianzaufklärungen (Field, 2009, p. 57).....	70
Tabelle 24: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf das Leistungsvermögen	71
Tabelle 25: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die Symptombelastung	72
Tabelle 26: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die Genuss- und Entspannungsfähigkeit	73
Tabelle 27: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die positive Stimmung	74
Tabelle 28: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf die negative Stimmung	75
Tabelle 29: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf das Kontaktvermögen	76
Tabelle 30: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse in Bezug auf das Zugehörigkeitsgefühl.....	77
Tabelle 31: Darstellung der signifikanten Ergebnisse sowohl auf Modell- als auch Prädiktorebene inklusive Effektstärke und β -Werte	78
Tabelle 32: Auflistung aller Einzelitems der Skalen des PLC	122
Tabelle 33: Auflistung aller Einzelitems der Skala des SWE	123
Tabelle 34: Auflistung aller Einzelitems der Skala des LOT-R.....	123
Tabelle 35: Auflistung aller Einzelitems der Skala der CD-RISC	124
Tabelle 36: Auflistung aller Einzelitems der BSSS.....	124

Index

Anhang A: eingesetzte Fragebogenbatterie

Liebe Patienten und Patientinnen!

Zu meiner Person:

Mein Name ist Karin Hagenauer und ich studiere an der Universität in Wien Psychologie. Im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema „Lebensqualität nach Schlaganfall“. Ich bin daran interessiert, wie es Ihnen persönlich im Alltag geht und wie Sie generell an Dinge im Leben herangehen.

Ich möchte Sie auf diesem Wege um Ihre Unterstützung bitten und würde mich sehr freuen, wenn Sie sich Zeit nehmen und den folgenden Fragebogen beantworten.



Zum Fragebogen:

Der Fragebogen ist als Gesamtes etwas länger (ca. 30-45 Minuten Ausfüllzeit), weshalb er in 3 Abschnitte untergliedert ist. Jeder Abschnitt hat eine eigene Farbe:

1.Abschnitt: GELB

2.Abschnitt: GRÜN

3.Abschnitt: BLAU

Sie können den Fragebogen gerne **auf einmal ausfüllen**. Es ist aber auch gut möglich, die **einzelnen Abschnitte (Gelb, Grün, Blau) zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu beantworten**.

Ich bitte Sie, den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Lesen Sie sich bitte die Fragen genau durch und kreuzen Sie dann dort an, wo es für Sie am besten passt. Es gibt dabei keine richtige oder falsche Antwort, wichtig ist Ihre persönliche Sicht der Dinge. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage **nur eine Antwortmöglichkeit** an. Bitte **beantworten Sie alle Fragen**, auch dann, wenn Sie Ihnen zum Teil sehr ähnlich vorkommen. Nur so können die Antworten für meine Untersuchung verwendet werden.

Wenn Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, geben Sie ihn bitte in das beiliegende Kuvert, kleben es zu und geben dieses bitte einem Mitglied des Rehateams (idealerweise direkt den zuständigen Psychologen / Psychologin).

Abschließend möchte ich Ihnen noch versichern, dass Ihre Antworten **absolut vertraulich** behandelt werden. Um dies zu gewährleisten, müssen Sie ihren Namen nicht angeben.

Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Unterstützung!

Vom Psychologen/Psychologin auszufüllen:

Barthel-Index:

Insult: rechtshirnig linkshirnig

Ein paar Fragen zu Ihrer Person:

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Welches Geschlecht haben Sie?
weiblich männlich
3. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Bildung?
Hauptschule
Lehre
Matura/Berufsreife
Universität / Fachhochschule
Anderes: _____
4. Wie ist Ihre momentane Erwerbssituation?
Vollzeit berufstätig
Teilzeit berufstätig aufgrund des Schlaganfalls
Teilzeit berufstätig unabhängig vom Schlaganfall
Alterspension
Pension aufgrund des Schlaganfalls
Krankenstand
Anderes: _____

Wenn Sie berufstätig sind:

- 4a. Üben Sie den gleichen Beruf aus wie vor dem Schlaganfall?
ja nein

4b. Haben Sie einen geschützten Arbeitsplatz?

ja nein

5. Wo leben Sie?

in Haus/Wohnung im Altersheim
im betreuten Wohnen Anderes: _____

6. Leben Sie alleine?

ja nein

7. Wie ist Ihr Beziehungsstatus?

verheiratet
in Partnerschaft
ledig
verwitwet
Anderes _____

Ein paar Fragen zur Krankengeschichte:

8. Wann war der Schlaganfall? _____ / _____ (Monat/Jahr)

9. Zum wievielten Male sind Sie jetzt zur Rehabilitation?

1x 4x öfter als 7x
2x 5x
3x 6x

10. Nehmen Sie zu Hause Therapie (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie etc.) in Anspruch?

ja nein

11. Nehmen Sie zu Hause eine mobile Krankenpflege bzw. eine 24-h-Pflege in Anspruch?

ja nein

Es sind nun unterschiedliche Situationen angegeben. Denken Sie nun an sich und inwiefern die folgenden Aussagen im letzten Monat hinweg zutreffend waren. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie Sie sich gefühlt hätten, wenn die Situation aufgetreten wäre. Bitte beantworten Sie alle zehn Fragen und kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwortmöglichkeit an.

	Überhaupt nicht wahr	Selten wahr	Manchmal wahr	Oft wahr	Fast immer wahr
1. → Ich bin fähig, mich anzupassen, wenn sich etwas verändert.	<input type="radio"/>				
2. → Ich komme mit allem klar, was sich mir in den Weg stellt.	<input type="radio"/>				
3. → Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich, dies mit Humor zu sehen.	<input type="radio"/>				
4. → Der Umgang mit Stress kann mich stärken.	<input type="radio"/>				
5. → Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen.	<input type="radio"/>				
6. → Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung, meine Ziele erreichen zu können.	<input type="radio"/>				
7. → Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar.	<input type="radio"/>				
8. → Wenn ich versage, lasse ich mich nicht leicht entmutigen.	<input type="radio"/>				
9. → Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.	<input type="radio"/>				
10. → Ich bin fähig, mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen.	<input type="radio"/>				

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt. Bitte beantworten Sie alle zehn Fragen und kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwortmöglichkeit an.

	Trifft ausge- spro- chen zu	Trifft etwas zu	Teils/teil s	Trifft kaum zu	Trifft über- haupt nicht zu
1. → Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. → Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. → Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. → Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. → In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. → Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. → Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. → Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. → Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. → Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auf den folgenden vier Seiten sehen Sie eine Reihe von Fragen. Bitte beantworten Sie alle 41 Fragen so, wie es Ihrem eigenen Empfinden am besten entspricht. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage nur eine Antwortmöglichkeit an.

Beziehen Sie Ihre Antworten auf die Zeit unmittelbar vor Ihrer jetzigen Rehabilitation.

	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Stark	Sehr stark
1. → Wie sehr fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/>				

Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage...

	Gar nicht	Schlecht	Mäßig	Gut	Sehr gut
2. → alle Anforderungen zu erfüllen, die an Sie im Beruf oder im Haushalt gestellt werden?	<input type="radio"/>				
3. → körperlich anstrengende Arbeiten zu verrichten?	<input type="radio"/>				
4. → sich den ganzen Tag zu konzentrieren?	<input type="radio"/>				
5. → Hektik und Stress bei der alltäglichen Arbeit auszuhalten?	<input type="radio"/>				
6. → Ihren Hobbies nachzugehen?	<input type="radio"/>				
7. → sich zu etwas aufzuraffen?	<input type="radio"/>				
8. → abzuschalten und zu entspannen?	<input type="radio"/>				
9. → sich von Ihren Sorgen und Ängsten abzulenken oder ablenken zu lassen?	<input type="radio"/>				

Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage...

	Gar nicht	Schlecht	Mäßig	Gut	Sehr gut
10. → etwas mit Appetit zu essen?	<input type="radio"/>				
11. → nachts gut zu schlafen?	<input type="radio"/>				
12. → etwas zu genießen oder sich über etwas zu freuen?	<input type="radio"/>				
13. → sich für etwas zu interessieren?	<input type="radio"/>				
14. → den Kontakt zu Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten?	<input type="radio"/>				
15. → anderen Hilfe und Unterstützung zu geben?	<input type="radio"/>				
16. → anderen mitzuteilen, was Sie bewegt?	<input type="radio"/>				
17. → an dem, was andere bewegt, Anteil zu nehmen?	<input type="radio"/>				
18. → gemeinsam mit anderen etwas zu unternehmen?	<input type="radio"/>				
19. → Ihre Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen?	<input type="radio"/>				
20. → selbst etwas dazu beizutragen, dass es Ihnen besser geht?	<input type="radio"/>				
21. → alltäglichen Ärger oder Enttäuschungen zu ertragen?	<input type="radio"/>				

In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation...

	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Stark	Sehr stark
22. → traurig und niedergeschlagen?	○	○	○	○	○
23. → aufmerksam und konzentriert?	○	○	○	○	○
24. → nervös und aufgeregt?	○	○	○	○	○
25. → gut gelaunt und guter Dinge?	○	○	○	○	○
26. → teilnahmslos und gleichgültig?	○	○	○	○	○
27. → beunruhigt und besorgt?	○	○	○	○	○
28. → aktiv und voller Energie?	○	○	○	○	○
29. → ausgeglichen und entspannt?	○	○	○	○	○
30. → erschöpft und matt?	○	○	○	○	○
31. → gereizt und ärgerlich?	○	○	○	○	○
32. → ängstlich und bedroht?	○	○	○	○	○
33. → verzweifelt und hoffnungslos?	○	○	○	○	○
34. → hoffnungsvoll und zuversichtlich?	○	○	○	○	○

In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation...

	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Stark	Sehr stark
35. → einsam, auch wenn Sie in Gesellschaft waren?	<input type="radio"/>				
36. → einer vertrauten Person richtig nahe?	<input type="radio"/>				
37. → wohl und zugehörig im Kreise von Familie oder Freunden?	<input type="radio"/>				

Wie sehr hatten Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation...

	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Stark	Sehr stark
38. → den Eindruck, andere würden sich von Ihnen zurückziehen?	<input type="radio"/>				
39. → das Gefühl, ernstgenommen und verstanden zu werden?	<input type="radio"/>				
40. → das Gefühl, dass Ihnen alles schnell zu anstrengend wird?	<input type="radio"/>				

	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Stark	Sehr stark
41. → Wie sehr fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt durch Ihre körperlichen Beschwerden und Einschränkungen belastet?	<input type="radio"/>				

Auf den folgenden drei Seiten sehen Sie eine Reihe von Aussagen. Bitte schätzen Sie zu jeder Aussage ein, inwieweit Sie ihr zustimmen. Kreuzen Sie dann die entsprechende Antwort im zugehörigen Feld an. Bitte beantworten Sie alle 33 Fragen und kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwortmöglichkeit an.

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

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
11. → Es gibt Menschen, die mich wirklich gern haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. → Wenn es mir schlecht geht, zeigen andere mir, dass sie mich mögen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. → Wenn ich traurig bin, gibt es Menschen, die mich aufmuntern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. → Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. → Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. → Wenn ich Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. → Es gibt Menschen, die mir ihre Hilfe anbieten, wenn ich sie brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. → Wenn mir alles zu viel wird, helfen mir andere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Denken Sie nun bitte an Ihre engste Bezugsperson wie (Ehe-)PartnerIn, Kind, FreundIn, usw. Wie hat sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation Ihnen gegenüber verhalten?

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
19. → Diese Bezugsperson hat mir gezeigt, dass sie mich mag und akzeptiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. → Diese Bezugsperson war für mich da, wenn ich sie gebraucht habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. → Diese Bezugsperson hat mich getröstet, wenn es mir schlecht ging.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. → Diese Bezugsperson hat mich allein gelassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. → Diese Bezugsperson hat wenig Verständnis für mich gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
24. → Diese Bezugsperson hat etwas an mir auszusetzen gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. → Diese Bezugsperson hat viel für mich erledigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. → Diese Bezugsperson hat mir das Gefühl gegeben, wertvoll und wichtig zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. → Diese Bezugsperson hat ihre Sorge um mein Befinden ausgedrückt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. → Diese Bezugsperson hat mir das Gefühl gegeben, dass ich mich auf sie verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. → Diese Bezugsperson half mir, meiner Situation etwas Positives abzugewinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. → Diese Bezugsperson schlug mir eine Tätigkeit vor, die mich etwas ablenken könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. → Diese Bezugsperson machte mir Mut, mich nicht aufzugeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. → Diese Bezugsperson kümmerte sich um meine Angelegenheiten, die ich nicht alleine erledigen konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. → Mit dem Verhalten dieser Bezugsperson bin ich insgesamt sehr zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang B: Einzelitems der eingesetzten Fragebögen

Tabelle 32: Auflistung aller Einzelitems der Skalen des PLC

Skala	Item
Leistungs- vermögen	<p><u>Item 1</u>: Wie sehr fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt? (r)</p> <p>Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage,...</p> <p><u>Item 2</u>: alle Anforderungen zu erfüllen, die an Sie im Beruf oder im Haushalt gestellt werden?</p> <p><u>Item 3</u>: körperlich anstrengende Arbeiten zu verrichten?</p> <p><u>Item 4</u>: sich den ganzen Tag zu konzentrieren?</p> <p><u>Item 5</u>: Hektik und Stress bei der alltäglichen Arbeit auszuhalten?</p> <p><u>Item 6</u>: Ihren Hobbies nachzugehen?</p> <p><u>Item 7</u>: sich zu etwas aufzuraffen?</p> <p><u>Item 8</u>: Wie sehr hatten Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation das Gefühl, dass Ihnen alles schnell zu anstrengend wird? (r)</p>
Genuss- und Entspannungs- fähigkeit	<p>Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage,...</p> <p><u>Item 1</u>: abzuschalten und zu entspannen?</p> <p><u>Item 2</u>: sich von Ihren Sorgen und Ängsten abzulenken oder ablenken zu lassen?</p> <p><u>Item 3</u>: etwas mit Appetit zu essen?</p> <p><u>Item 4</u>: nachts gut zu schlafen?</p> <p><u>Item 5</u>: etwas zu genießen oder sich über etwas zu freuen?</p> <p><u>Item 6</u>: Ihre Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen?</p> <p><u>Item 7</u>: selbst etwas dazu beizutragen, dass es Ihnen besser geht?</p> <p><u>Item 8</u>: alltäglichen Ärger oder Enttäuschungen zu ertragen?</p>
Positive Stimmung	<p>In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation...</p> <p><u>Item 1</u>: aufmerksam und konzentriert?</p> <p><u>Item 2</u>: gut gelaunt und guter Dinge?</p> <p><u>Item 3</u>: aktiv und voller Energie?</p> <p><u>Item 4</u>: ausgeglichen und entspannt?</p> <p><u>Item 5</u>: hoffnungsvoll und zuversichtlich?</p>
Negative Stimmung	<p>In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation...</p> <p><u>Item 1</u>: traurig und niedergeschlagen?</p> <p><u>Item 2</u>: nervös und aufgeregt?</p> <p><u>Item 3</u>: teilnahmslos und gleichgültig?</p> <p><u>Item 4</u>: beunruhigt und besorgt?</p> <p><u>Item 5</u>: erschöpft und matt?</p> <p><u>Item 6</u>: gereizt und ärgerlich?</p> <p><u>Item 7</u>: ängstlich und bedroht?</p> <p><u>Item 8</u>: verzweifelt und hoffnungslos?</p>
Kontakt- vermögen	<p>Wie gut waren Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation insgesamt in der Lage,...</p> <p><u>Item 1</u>: sich für etwas zu interessieren?</p> <p><u>Item 2</u>: den Kontakt zu Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten?</p> <p><u>Item 3</u>: anderen Hilfe und Unterstützung zu geben?</p> <p><u>Item 4</u>: anderen mitzuteilen, was Sie bewegt?</p> <p><u>Item 5</u>: an dem, was andere bewegt, Anteil zu nehmen?</p> <p><u>Item 6</u>: gemeinsam mit anderen etwas zu unternehmen?</p>

Zugehörigkeitsgefühl	<p>In welchem Ausmaß fühlten Sie sich in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation...</p> <p><u>Item 1</u>: einsam, auch wenn sie in Gesellschaft waren? (r)</p> <p><u>Item 2</u>: einer vertrauten Person richtig nahe?</p> <p><u>Item 3</u>: wohl und zugehörig im Kreise von Familie oder Freunden?</p> <p>Wie sehr hatten Sie in der Zeit unmittelbar vor der Rehabilitation...</p> <p><u>Item 4</u>: den Eindruck, andere würden sich von Ihnen zurückziehen? (r)</p> <p><u>Item 5</u>: das Gefühl ernstgenommen und verstanden zu werden?</p>
----------------------	---

r = negatives und in Folge umgepoltes Item

Tabelle 33: Auflistung aller Einzelitems der Skala der SWE

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

Tabelle 34: Auflistung aller Einzelitems der Skala des LOT-R

Skala	Item
Optimismus	<p><u>Item 1</u>: Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.</p> <p><u>Item 2</u>: Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.</p> <p><u>Item 3</u>: Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.</p>
Pessimismus	<p><u>Item 1</u>: Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.</p> <p><u>Item 2</u>: Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.</p> <p><u>Item 3</u>: Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.</p>
Füllitems	<p><u>Item 1</u>: Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.</p> <p><u>Item 2</u>: In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.</p> <p><u>Item 3</u>: Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.</p> <p><u>Item 4</u>: Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.</p>

Tabelle 35: Auflistung aller Einzelitems der Skala der CD-RISC

Skala	Items
Resilienz	<p><u>Item 1</u>: Ich bin fähig, mich anzupassen, wenn sich etwas verändert.</p> <p><u>Item 2</u>: Ich komme mit allem klar, was sich mir in den Weg stellt.</p> <p><u>Item 3</u>: Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich, dies mit Humor zu sehen.</p> <p><u>Item 4</u>: Der Umgang mit Stress kann mich stärken.</p> <p><u>Item 5</u>: Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen.</p> <p><u>Item 6</u>: Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung, meine Ziele erreichen zu können.</p> <p><u>Item 7</u>: Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar.</p> <p><u>Item 8</u>: Wenn ich versage, lasse ich mich nicht leicht entmutigen.</p> <p><u>Item 9</u>: Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.</p> <p><u>Item 10</u>: Ich bin fähig, mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen.</p>

Tabelle 36: Auflistung aller Einzelitems der BSSS

Skala	Item
Wahr- genommene soziale Unterstützung	<p><u>Item 1</u>: Es gibt Menschen, die mich wirklich gern haben.</p> <p><u>Item 2</u>: Wenn es mir schlecht geht, zeigen andere mir, dass sie mich mögen.</p> <p><u>Item 3</u>: Wenn ich traurig bin, gibt es Menschen, die mich aufmuntern.</p> <p><u>Item 4</u>: Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.</p> <p><u>Item 5</u>: Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann.</p> <p><u>Item 6</u>: Wenn ich Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.</p> <p><u>Item 7</u>: Es gibt Menschen, die mir ihre Hilfe anbieten, wenn ich sie brauche.</p> <p><u>Item 8</u>: Wenn mir alles zu viel wird, helfen mir andere.</p>
Tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung	<p><u>Item 1</u>: Diese Bezugsperson hat mir gezeigt, dass sie mich mag und akzeptiert.</p> <p><u>Item 2</u>: Diese Bezugsperson hat mich getröstet, wenn es mir schlecht ging.</p> <p><u>Item 3</u>: Diese Bezugsperson hat mich allein gelassen. (r)</p> <p><u>Item 4</u>: Diese Bezugsperson hat wenig Verständnis für mich gehabt. (r)</p> <p><u>Item 5</u>: Diese Bezugsperson hat etwas an mir auszusetzen gehabt. (r)</p> <p><u>Item 6</u>: Diese Bezugsperson hat mir das Gefühl gegeben, wertvoll und wichtig zu sein.</p> <p><u>Item 7</u>: Diese Bezugsperson hat Sorge um mein Befinden ausgedrückt.</p> <p><u>Item 8</u>: Diese Bezugsperson machte mir Mut, mich nicht aufzugeben.</p> <p><u>Item 9</u>: Diese Bezugsperson war für mich da, wenn ich sie gebraucht habe.</p> <p><u>Item 10</u>: Diese Bezugsperson hat viel für mich erledigt.</p> <p><u>Item 11</u>: Diese Bezugsperson kümmerte sich um meine Angelegenheiten, die ich nicht alleine erledigen konnte.</p> <p><u>Item 12</u>: Diese Bezugsperson half mir, meiner Situation etwas Positives abzugewinnen.</p> <p><u>Item 13</u>: Diese Bezugsperson schlug mir Tätigkeiten vor, die mich etwas ablenken könnten.</p> <p><u>Item 14</u>: Mit dem Verhalten dieser Bezugsperson bin ich insgesamt sehr zufrieden.</p>

r = negatives und in Folge umgepoltes Item

Anhang C: Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum:	20.01.1982
Geburtsort:	Linz
Nationalität:	Österreich
Familienstand:	Lebensgemeinschaft

Ausbildung

WS 08/09 – WS 13/14	<i>Psychologiestudium</i> an der Universität Wien <u>Studienschwerpunkt:</u> Klinische und Gesundheitspsychologie <u>Sommer 2012:</u> 6 Wochen Praktikum an der Landesnervenklinik Wagner Jauregg im Bereich Psychiatrie
WS 2007 – WS 2009	<i>Masterstudium „Neurorehabilitation“</i> an der Donauuniversität Krems <u>Thema der Masterthese:</u> „Strukturierung der interdisziplinären Teambesprechung auf Basis der ICF und ihre Auswirkungen auf die Kommunikationsqualität.“
2000 – 2003	Ausbildung zur <i>Physiotherapeutin</i> am AKH Linz
2000	<i>Matura</i> am BORG Linz (Schwerpunkt: Naturwissenschaften)
1988 – 1996	<i>Volksschule und Hauptschule</i> in St.Martin/M

Arbeitserfahrung

Seit März 2012	<i>Vortragende</i> an der FH für Gesundheitsberufe am AKH Linz <u>Lehrgang:</u> Physiotherapie Kursinhalte betreffen den Bereich der Neurologie.
Seit 2005	<u>Zusätzlich:</u> Arbeit als <i>Wahlphysiotherapeutin</i>
2004 – September 2012	<i>Physiotherapeutin</i> an der Landesnervenklinik Wagner Jauregg <u>Abteilung:</u> Akutnachsorge (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation)
2003 – 2004	<i>Physiotherapeutin</i> am Landeskrankenhaus Amstetten-Mauer