

3. ANNAHMEN

3.1 Allgemeine Vorüberlegungen

Die Diagnose Krebs ist für die meisten Menschen ein kritisches Lebensereignis, das eine existenzielle Bedrohung darstellt. Wie vielschichtig diese Krankheit ist und mit wie vielen Problemen sie einhergehen kann, wurde in Kapitel 2.1 dargestellt. Globale Ressourcen sind zwar relativ stabil, aber durch kritische oder einschneidende Lebensereignisse veränderbar (Antonovsky, 1997; Mummendey, 1993). Selbst für Personen mit gut ausgebildetem Ressourcenpool dürfte solch eine lebensbedrohliche Erkrankung eine große Herausforderung bedeuten. Man kann davon ausgehen, dass zumindest anfänglich Ressourcenverluste drohen. Zu den Belastungen, die durch eine Krebserkrankung auftreten, gehören z.B. nach Faller (1998) die Lebensbedrohung, die Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, der Verlust von Autonomie und Kontrolle, der Verlust von Aktivitäten sowie die Veränderung des Wohlbefindens und Selbstwertprobleme. Es treten häufig Ängste auf. Zu sozialen Folgen, die durch eine Erkrankung entstehen, gehören Belastung von Angehörigen, Einschränkung von Sozialkontakten, Stigmatisierung, Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Konsequenzen. Bei Krebspatienten verschlechterten sich z. B. Selbstwirksamkeit und Lebensqualität und damit auch die Anpassung an die Erkrankung und das psychische Befinden (z.B. Lev et al., 1999; Ell et al., 1989). Höhere Kompetenzerwartungen aber sind mit positiverem Selbstwertgefühl und weniger resignativer Einstellung zur Erkrankung verbunden (z.B. Aymanns, 1992). Psychische und physische Befindlichkeit verändern sich während einer Erkrankung häufig zum negativen (s.o.). In verschiedenen Studien fanden sich z.B. positive Effekte sozialer Unterstützung auf physische und psychische Befindlichkeit und auf die Lebenszufriedenheit (vgl. z.B. Tschuschke, 2002), in einigen auch auf die Überlebenszeit der Krebspatienten (vgl. z.B. Spiegel & Kato, 2002). Da Sozialkontakte für Krebspatienten häufig wichtiger werden (z.B. Ludwig et al., 1990) und Krebsnachsorge-sportgruppen Selbsthilfegruppencharakter besitzen und die Möglichkeit für einen Austausch und Beisammensein mit „Gleichgesinnten“ bieten, ist davon auszugehen, dass solche Gruppen eine wichtige soziale Unterstützungsquelle sein können (Schüle, 2001).

Im Kapitel 2.4 wurden mögliche Wirkungen sportlicher Aktivität dargestellt. So können Effekte nicht nur im physischen Bereich nachgewiesen werden, sondern auch im psychosozialen Bereich. Es wurden Untersuchungen vorgestellt, die belegen, dass es positive Effekte durch sportliche Aktivität auf psychosoziale Ressourcen geben kann, so z.B. auf allgemeine Selbstwirksamkeit (z.B. Stoll et al., 2004 bei Kletterern; Stoll, 2001), sportspezifische Selbstwirksamkeit (Biemann, 2003 bei Kindern), Kontrollüberzeugung (Woll & Bös, 1997 ältere aktive Erwachsene), Wohlbefinden (bei Krebspatienten z.B. Crevenna et al., 2002; Lötzerich & Peters, 1997), Körperkonzept (querschnittlich bei Krebspatienten Pomeroy & Etnier, 2002; Stoll, 2001 Anschlussheilbehandlung und Primärprävention) und soziale Unterstützung (z.B. Schütz et al., 1996 bei Mammakarzinompatientinnen; Stoll et al., 2004 bei Kletterern).

Ist sportliche Aktivität nach Krebs nun geeignet Ressourcen aufzubauen oder zu erhalten?

Es soll in den nachfolgenden Kapiteln untersucht werden, ob Ressourcen eine Bedeutung für die Gesundheit bei dem hier untersuchten Klientel besitzen und ob Teilnehmer von Krebsnachsorgesportgruppen sich hinsichtlich Ressourcen und Gesundheit von den Kontrollgruppen unterscheiden. Des Weiteren wird die Ausprägung von Ressourcen und Gesundheit in Abhängigkeit von der Häufigkeit sportlicher Aktivität und vom Diagnosealter untersucht. Weitere Fragen beschäftigen sich damit, *wie* Ressourcen gefördert werden können und welche Rolle der Übungsleiter dabei spielt. Da massive (oder chronische) Stressoren, wie z.B. lange schwere Krankheit, vielfältige Anpassungsleistungen in nahezu allen Lebensbereichen erfordern, ist es nötig spezifische und generalisierte Ressourcen zu betrachten (vgl. Schröder, 1997a). Zum Schluss soll die Frage geklärt werden, ob sich sportspezifische Ressourcen zur Vorhersage allgemeiner Ressourcen eignen. In Kapitel 2.6 wurde dargestellt, wie sich Verhaltensweisen und Strategien des Übungsleiters im Übungsgeschehen auf Teilnehmerverhalten, Leistung und Zufriedenheit auswirken können. Es wurde anhand von Studien dargestellt wie Kompetenzerwartungen, realistische Konsequenzerwartungen, soziale Ressourcen und Stimmungsparameter gefördert werden können. Ebenso wurde auf die Gestaltung des Übungsprogramms hingewiesen. Ein eher demokratisches Trainerverhalten (z.B. Thiel & Rossmann, 1986 im Fußball; vgl. Wagner, 2000) gepaart mit fachlicher Unterweisung (z.B. Alfermann & Würth, 2002 im Leistungsbereich) und qualitativem Feedback (z.B. Allen & Howe, 1998, Feldhockey) wirkt sich häufig günstig auf die Zufriedenheit, Fähigkeiten und Kompetenzerwartungen der Sportler aus. Mit Hilfe der Trainer selbstwirksamkeit konnte bei Feltz et al. (1999) Trainerverhalten, Spielerzufriedenheit und Erfolg vorausgesagt werden.

Da es speziell zum Sport in der Krebsnachsorge und dem Einfluss auf die hier untersuchten Ressourcen nur wenig bzw. keine Untersuchungen gibt, basieren die folgenden Annahmen häufig auf Befunden aus dem Gesundheits- oder Alterssport. Hinsichtlich des Verhaltens von Übungsleitern sowie der Ressourcenausprägung bei Übungsleitern und ihrem Einfluss auf Ressourcen bei den Teilnehmern, wird meist auf Untersuchungen aus dem Leistungs- bzw. Schulbereich zurückgegriffen.

3.2 Annahmen zur gesundheitlichen Bedeutung der erhobenen Variablen

Zu Beginn sollen die Ressourcenausprägungen bei den Teilnehmern der Krebsnachsorgesportgruppen und ihre Beziehung zum subjektiven Gesundheitszustand betrachtet werden. Die Krebserkrankung als ein kritisches Lebensereignis ist mit vielfältigen Belastungen (Stress) verbunden (Kapitel 2.1.8). Stresspopulationen weisen häufig schlechtere Werte bei Fertigkeiten zur Problemlösung, Selbstwertgefühl und Partnerschaftsressourcen, körperlicher Gesundheit und des Wohlbefindens auf (Weiß et al., 1995; hier Mikrostressoren). Gruppen mit höheren Ressourcen besitzen bessere Werte der körperlichen Gesundheit und des Wohlbefindens als Gruppen mit niedrigeren Ressourcenausprägungen (ebd.). Die körperliche Gesundheit konnte durch die Variablen Stress und Problemlösefertigkeiten vorhergesagt werden, emotionales Wohlbefinden durch Stress und Selbstwertgefühl. Gesundheit und Wohlbefinden waren bei niedrigem Stress am besten. Bei hohem Stress

zeigte sich hier der protektive Effekt von gut ausgeprägten Ressourcen auf Gesundheit und Wohlbefinden, da die Werte in diesen Bereichen bei hohem Stress und niedrigen Ressourcen am schlechtesten waren (ebd.). Es gibt positive Effekte internaler Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeit auf emotionales Befinden, Funktionsfähigkeit, Anpassung an die Erkrankung, Lebensqualität und mentaler Gesundheit von Krebspatienten (z.B. Lev et al., 1999; Weber & Anderle, 1997; Hobfoll & Walfisch 1984; Appel & Hahn, 1997; Ell et al., 1989). Bandura (1992) konnte zeigen, dass die experimentelle Förderung von allgemeiner Selbstwirksamkeit sich positiv auf die Immunabwehr auswirkt. Bei den befragten Männern in der Studie von Fuchs et al. (1994) hatte die allgemeine Selbstwirksamkeit einen Einfluss auf das Beschwerdeniveau. Es fanden sich ebenfalls Zusammenhänge sozialer Unterstützung mit verbesserten Immunparametern (vereinzelt) und mit positiverer physischer und psychischer Befindlichkeit (vgl. Spiegel & Kato, 2000) sowie weniger Gesundheitsbeschwerden (Schwarzer & Leppin, 1989). Allgemeine Selbstwirksamkeit war bei Carlsson et al. (2004) mit besserer psychischer Gesundheit verbunden. Auch die verschiedenen situationsspezifischen Selbstwirksamkeitsinventare haben wiederholt Zusammenhänge zur Gesundheit gezeigt (vgl. Schwarzer, 1994; Schröder, 1997a). Viehauser (2000) konnte korrelative Zusammenhänge von Wohlbefinden, Selbstkontrollkompetenz, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie externalen und internalen Kontrollüberzeugungen, sozialer Unterstützung und verschiedenen anderen Ressourcen mit subjektiver Gesundheit und Beschwerdeerleben für Teilnehmer eines psychologischen Gesundheitsprogramms nachweisen. Für die externalen Kontrollüberzeugungen gibt es sehr widersprüchliche Ergebnisse. Bei schwerer Erkrankung, gibt es z.B. Ergebnisse, die für zumindest soziale Externalität bessere Gesundheitsparameter vorhersagen (Kohlmann et al., 1993). Da für viele Teilnehmer der Krebsportgruppen der Erkrankungsbeginn schon etwas zurückliegt, wird aber davon ausgegangen, dass externale Kontrollüberzeugungen eher negativ mit Befinden und subjektiver Gesundheit zusammenhängt (z.B. Weber & Anderle, 1997). Auf korrelativer Ebene wird ein Zusammenhang zwischen den sportbezogenen Konstrukten und besserer Gesundheit (schlechtere Gesundheit bei externaler Kontrollüberzeugung) vermutet, wobei sich dieser vermutlich aus den verschiedenen möglichen Wirkungsweisen von körperlicher Aktivität (z.B. Beeinflussung der Gesundheit und Gesundheitsverhaltensweisen, Stresspuffer; vgl. Kapitel 2.4) und inhaltlicher Nähe zu den globalen Konstrukten erschließt.

Annahme 1: Je stärker globale und sportbezogene Ressourcen ausgeprägt sind, desto besser sind auch die habituelle psychische Befindlichkeit und der subjektive Gesundheitszustand. Für die externale Kontrollüberzeugung gilt das Gegenteil.

In der Untersuchung von Viehauser (ebd.) fanden sich außerdem Regressionsberechnungen auf den Gesundheitszustand und die Beschwerdebhäufigkeit. Hier fanden sich unter anderem Wohlbefinden, Selbstkontrollfähigkeit, internale Kontrollüberzeugung und emotionale Unterstützung als Prädiktoren. Da im Theorieteil das Wohlbefinden als Ressource dargestellt wurde, soll dieses nachfolgend auch als Ressource fungieren. Nach Schröder (1997a) eignen sich Ressourcen primär zur Prädiktion von Kriterien, die auf derselben E-

bene zu verorten sind. Deshalb wird vermutet, dass als Prädiktoren für die subjektive Gesundheitseinschätzung und emotionales Befinden vor allem die globalen Ressourcen in Frage kommen. Zusammenhänge mit besserer Gesundheit finden sich in der Literatur immer wieder für die allgemeine soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden (vgl. Kapitel 2.1.8.2; 2.2.6.3 und 2.2.6.7). Mit diesen Erkenntnissen und den oben erwähnten Ergebnissen der Rolle von Ressourcen für die Gesundheit wird die zweite Annahme aufgestellt.

Annahme 2: Mit Hilfe der globalen Ressourcen Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden und soziale Unterstützung lässt sich der subjektive Gesundheitszustand der Teilnehmer von Krebsnachsorgesportgruppen vorhersagen. Positive Ressourcenausprägung ist hier mit besserer Gesundheit verbunden.

3.3 Häufigkeit sportlicher Aktivität

Im Zusammenhang mit den im Kapitel 2.4 referierten Ergebnissen wird davon ausgegangen, dass es mit der häufigeren körperlicher und sportlicher Aktivität auch eher zu den beschriebenen Effekten kommt. Im Einzelnen kann man davon ausgehen, dass häufiger als einmal pro Woche betriebener Sport bzw. intensive körperliche Aktivitäten zu einer Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens und weniger Beschwerden bei Krebspatienten führt (z.B. Dimeo, et al., 1998; Peters et al., 1998; 2003; Crevenna et al., 2002). Effekte werden aus dem Gesundheitssport berichtet auf habituelles Wohlbefinden (z.B. Pahmeier et al. 1997; Crevenna et al., 2002 bei Krebspatienten) sportspezifische und allgemeine Selbstwirksamkeit (z.B. Stoll et al., 2004; Pahmeier, 1996) und internale Kontrollüberzeugungen (z.B. Gall, 1995). Sportlich aktivere Menschen zeigen in querschnittlich angelegten Studien außerdem häufig mehr internale Kontrollüberzeugungen (z.B. Woll & Bös, 1997; Geser & Kröss, 1997) und höhere bereichsspezifische und allgemeine Kompetenzerwartungen (Geser & Kröss, 1997; Baldwin & Courneya, 1997). Auch eine Verbesserung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wird gelegentlich referiert (so bei Schütz et al., 1996 im Krebsnachsorgesport). Bei Stoll et al. (2004) verbesserte sich zumindest die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung in der Klettergruppe. In einer Untersuchung von Wagner und Singer (2001) fanden sich zwischen sportlicher Aktivität und seelischer Gesundheit, Körperselbstwertgefühl, allgemeiner Kompetenzerwartung, Angst und Depression statistisch bedeutsame Beziehungen. Bei Bund (2001) steigt die sportspezifische Selbstwirksamkeit im Kursverlauf signifikant an. Die meisten Ergebnisse gab es aber unabhängig von der Betrachtung unterschiedlicher Häufigkeit sportlicher Aktivität. D.h. oft umfassten die Angebote eine einmal pro Woche durchgeführte sportliche Aktivität und es gab keine Kontrollgruppe, die häufiger Sport trieb, bzw. Bewegungshäufigkeit wurde nicht zusätzlich erfragt. Nach Courneya et al. (2002) und auch anderen Autoren ist es für Effekte notwendig, häufiger als einmal pro Woche Sport zu treiben. Vor allem im physischen Bereich kommt es erst dann zu Verbesserungen (ebd.). Auf korrelativer Ebene konnten in verschiedenen Untersuchungen positive Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität

und Ressourcenausprägungen (Krebspatienten z.B. Baldwin & Courneya; 1997) sowie der subjektiven Gesundheit (z.B. Bös & Gröben, 1993) gefunden werden.

Annahme 3: Häufigere sportliche Aktivität ist verbunden mit höherer Ausprägung von bereichsspezifischen und allgemeinen Kompetenzerwartungen, eher internaler Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und besserem habituellen psychischen Wohlbefinden. Auch die soziale Unterstützung und hier speziell die sportspezifische soziale Unterstützung ist besser ausgeprägt. Des Weiteren ist häufigere sportliche Aktivität verbunden mit besserem körperlichem Befinden, weniger Beschwerdewahrnehmung und damit einer besseren subjektiven Gesundheit.

3.4 Gruppenvergleiche

Da die Krebserkrankung als relativ einschneidendes, krisenhaftes Erlebnis massive Veränderungen in bestimmten Ressourcenbereichen mit sich bringen kann, wird angenommen, dass es Unterschiede bei der Ausprägung der Ressourcen gibt, je nachdem, wie lange der Ausbruch der Erkrankung bzw. die Diagnosestellung bereits zurückliegt. Aufgrund der referierten Ergebnisse kann man davon ausgehen, dass es während einer Krebserkrankung zu einer negativ veränderten Stimmungslage kommt (z.B. Severin & Delbrück, 1990; Weis, 2002). Weis (ebd.) konnte über einen Zeitraum von 2 Jahren lediglich tendenzielle Verbesserungen im physischen Bereich nachweisen. Hinsichtlich psychischer Beschwerden gab es keine Veränderung. Weis und Koch (1995) konstatieren, dass die psychische Beeinträchtigung länger bestehen bleibt als die körperliche.

Zu Beginn einer Krebserkrankung wird oft in besonderem Maß soziale Unterstützung nötig. In der Befragung von Ludwig et al. (1990) fand sich ein Beleg, dass Sozialkontakte mit Beginn einer Erkrankung wichtiger geworden waren. Bei Aymanns (1992) fühlten sich Patienten, die länger als zwei Jahre erkrankt waren, weniger emotional unterstützt, als Patienten mit geringerem Diagnosealter.

Darüber hinaus gibt es Befunde zur Stress- und Ressourcenproblematik. In der Untersuchung von Weiß et al. (1995) war die körperliche Gesundheit bei niedrigem Stress unabhängig vom Ressourcenniveau am besten. In objektiv unkontrollierbaren Situationen, wie etwa schwerer Erkrankung, sind internale Kontrollüberzeugungen eher unrealistisch und unangebracht, da sie der Anpassung an die Erkrankung eher im Wege stehen (man gibt sich selbst die Schuld, zeigt weniger Compliance u.ä.; Schröder, 1997; Gall, 1995; Reich & Zautra, 1995). Deswegen wird davon ausgegangen, dass je aktueller die Erkrankung noch ist, externale Kontrollüberzeugungen, hier vor allem soziale Externalität, höher ausgeprägt sind. Mit weiter zurückliegendem Krankheitsbeginn müssten internale Kontrollüberzeugungen überwiegen. Höhere internale Kontrollüberzeugungen und höhere Selbstwirksamkeit gehen häufig mit weniger Angst- und Depressivität einher (z.B. Weber & Anderle, 1997; Schwarzer, 1994; Appel & Hahn, 1997). Es wird davon ausgegangen, dass die Befindlichkeit bei höheren internalen Kontrollüberzeugungen (vgl. auch Schröder, 1997a) und höherer Selbstwirksamkeit (z.B. Eil et al., 1989) auch besser ist. Außerdem erwies sich die

experimentelle Steigerung von Selbstwirksamkeit als Immunabwehr steigernd (s.o., Bandura, 1992). Da bei den Sport treibenden Teilnehmern nicht von einem Circulus vitiosus (nach Dimeo, 2001) ausgegangen wird, kann man davon ausgehen, dass sich die physische Gesundheit im Laufe der Zeit verbessert. Bei länger zurückliegendem Erkrankungsbeginn (über 5 Jahre) kann außerdem davon ausgegangen werden, dass sich die Ausprägung von Belastungen und damit auch die psychische und physische Befindlichkeit sowie der Gesundheitszustand allgemein verbessert. Nach Schüle (2001) muss bei Krebsnachsorgespportgruppen darauf geachtet werden, dass die Teilnehmer ein Durchschnittsalter von 59-60 Jahren haben. Hier gelten also Kriterien des Alterssports und es muss mit altersbedingten weiteren Erkrankungen gerechnet werden. Bei Bös und Gröben (1993) z.B. schätzten unter 40jährige ihren Gesundheitszustand besser ein als über 40jährige.

Studien aus dem sportwissenschaftlichen Bereich konnten nachweisen, dass die Leistungsfähigkeit von Krebserkrankten vor Beginn einer sportlichen Aktivität deutlich unter der gesunder altersgleicher Probanden lag (z.B. Lötzerich & Peters, 1997; Schulz et al., 1998). Bezüglich der maximalen und relativen Sauerstoffaufnahme waren bei Schulz et al. (1998) die Werte von Krebspatienten, die an einer sportlichen Aktivität teilnahmen, zum Ende des Untersuchungszeitraumes im Bereich gesunder Probanden. Pomeroy und Etnier (2002) wiesen nach, dass gesunde Sport treibende Probanden weniger Fatigue-Symptome hatten als aktive Brustkrebsüberlebende. Die meisten gesundheitlichen Probleme hatten Brustkrebsüberlebende mit wenig Bewegung. Für die klinische Kontrollgruppe der vorliegenden Untersuchung, die sich während ihres Aufenthaltes in einer Anschlussheilbehandlung sportlich betätigt, wird angenommen, dass, aufgrund der Kürze solch eines Aufenthaltes, sich kaum Veränderungen für die globalen Ressourcen ergeben können. Dies geschieht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Appel und Hahn (1997), die keinen Effekt der Rehabilitationsmaßnahme auf die Ressourcen soziale Unterstützung und allgemeine Selbstwirksamkeit bei Krebspatienten fanden. Auch bei Fuchs et al. (1994) findet sich kein ressourcenstärkender Effekt sportlicher Aktivität auf allgemeine Selbstwirksamkeit. Für die sportbezogenen Ressourcen und körperliches Wohlbefinden wird vermutet, dass es hier Verbesserungen geben kann und die klinische Sport treibende Gruppe ähnliche Ressourcen aufweist wie die ambulante Sport treibende Gruppe. Die verschiedenen Studien von Dimeo und Mitarbeitern (siehe Kapitel 2.4.2) konnten nachweisen, dass es bei einem täglichen Trainingsprogramm bereits nach einigen Tagen zur Verbesserung des Allgemeinzustandes kommt (z.B. Zunahme der Leistungsfähigkeit und Reduktion von Erschöpfung). Bei Lötzerich und Peters (1997) und Crevenna et al. (2002) verbesserte sich die Befindlichkeit von Krebspatienten während einer Rehabilitationsmaßnahme. Verschiedene Untersuchungen zur sportspezifischen Selbstwirksamkeit (vgl. Fuchs, 1997; Bund, 2001) belegen, dass sich diese durch sportliche Aktivität, in Verbindung mit verschiedenen Faktoren wie Leistung und Feedback, verbessern kann. Für die sportbezogene soziale Unterstützung werden geringere Werte für die klinische Sport treibende Gruppe erwartet, da für Veränderungen längerfristiges Sport treiben in einer festen Gruppe nötig ist (vgl. Lötzerich & Peters, 1997). Bei den folgenden Annahmen muss beachtet werden, dass nicht alle Variablen in allen Fragebögen zur Anwendung kamen. Die Hypothesen beziehen sich also auf die jeweilig vorhandenen Ressourcen bzw. Gesundheitswerte.

Annahme 4: Teilnehmer der Krebsnachsorgesportgruppen mit höherem Diagnosealter, weisen in den erfragten globalen Ressourcen positivere Werte auf, als Teilnehmer mit geringerem Diagnosealter. D.h. die allgemeine Selbstwirksamkeit und das habituelle psychische und physische Wohlbefinden sind stärker ausgeprägt. Des Weiteren zeigt sich eine stärkere Tendenz zu internalen Kontrollüberzeugungen. Externale Kontrollüberzeugungen sind bei Teilnehmern mit geringem Diagnosealter stärker ausgeprägt. Für die wahrgenommene soziale Unterstützung wird angenommen, dass Teilnehmer mit geringerem Diagnosealter hier mehr Unterstützung angeben. Konform gehend mit Annahme 1 wird vermutet, dass bei den Teilnehmern mit länger zurückliegender Diagnosestellung die subjektive Gesundheit besser ist.

Annahme 5: Die nicht Sport treibende Kontrollgruppe weist gegenüber der Untersuchungsgruppe und den anderen Kontrollgruppen die schlechtesten Werte auf. D.h. allgemeine Selbstwirksamkeit, internale Kontrollüberzeugungen und psychisches Wohlbefinden sind niedriger. Externale Kontrollüberzeugungen sind stärker ausgeprägt. Körperlicher Zustand und körperliches Wohlbefinden sind schlechter. Es werden mehr Beschwerden angegeben.

Die *klinische Sport treibende Kontrollgruppe* hat bezüglich des körperlichen Wohlbefindens und Zustandes gleiche Werte wie die Teilnehmer der ambulanten Krebsnachsorgesportgruppen. Sportbezogene Ressourcen weisen ebenfalls die gleiche Ausprägung auf, ausgenommen hiervon ist die sportbezogene soziale Unterstützung. Hier wird angenommen, dass die Ausprägung der Werte geringer ist. Diese Probanden haben außerdem eine geringere allgemeine Selbstwirksamkeit.

Die *gesunde Sport treibende Kontrollgruppe* verfügt über eine bessere subjektive Gesundheit als die Teilnehmer der Krebsnachsorgesportgruppen mit länger zurückliegendem Erkrankungsbeginn. Sportbezogene und allgemeine Ressourcen weisen die gleiche Ausprägung auf.

3.5 Annahmen zum Einfluss des Übungsleiters

Als ein wichtiger Faktor für die Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität erwies sich in der Untersuchung von Wagner (2000) das wahrgenommene Übungsleiterverhalten. Untersuchungen zur Führung von Sportgruppen, meist im Leistungssportlichen Bereich, konnten Zusammenhänge von Trainerverhalten und Leistung, Zufriedenheit und Selbstwertgefühl von Sportlern finden. Die nächsten Annahmen beschäftigen sich mit möglichen Effekten, die sich aufgrund unterschiedlicher „Unterrichtsstile“, Verhaltensweisen und Eigenschaften von Übungsleitern finden lassen.

Im physischen Bereich sind die Auswirkungen gesundheitssportlicher Aktivität gut untersucht. Es finden sich häufig Verbesserungen körperlicher Beschwerden, wie z.B. Fatigue oder Schlafstörungen (im Krebsport Schulz et al., 1998; Peters et al., 1998). Es findet sich meist eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (z.B. Dimeo et al.,

1998), des körperlichen Befindens und der selbsteingeschätzten Vitalität (Schulz et al., 1998) bei Krebsbetroffenen. Durch die Stabilisierung des Immunsystems (vgl. Peters et al., 1998) kann es zu einer Verbesserung der Infektanfälligkeit kommen und sich die Beschwerdewahrnehmung auch über diesen Weg verbessern. Es konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass es durch Ausübung einer sportlichen Aktivität zu einer Verbesserung der Fitnesswahrnehmung (z.B. Alfermann & Stoll, 1996a; Lames, 1997), der Beschwerdewahrnehmung (z.B. Tiemann, 1997) und des Körperkonzeptes (z.B. Alfermann & Stoll, 1996a; zusammenfassend McAuley, 1994) kommt. Durch Förderung von Ausdauer-, Kraft-, Dehn-, Koordinations- und Entspannungsfähigkeit können über eine systematische Aktivierung des Muskelsystems komplexe Anpassungsprozesse des gesamten Organismus ausgelöst werden (Bös & Brehm, 1998). Vor allem dem Ausdauersport werden in der Krebsnachsorge positive Wirkungen zugeschrieben (vgl. Kapitel 2.4.2). Untersuchungen bei anderen Sportarten gibt es kaum.

Annahme 6: Probanden der Krebsnachsorgesportgruppen, in denen die Übungsleiter Wert auf die Förderung physischer Gesundheitsparameter legen, haben ein besseres körperliches Wohlbefinden und verfügen über einen besseren körperlichen Zustand, eine positivere Beschwerdewahrnehmung sowie eine bessere subjektive Gesundheit als Probanden, deren Übungsleiter nur vereinzelte Bereiche fördern.

Im Folgenden soll die Ausbildung von Kompetenzerwartungen näher betrachtet werden. Durch Erfolge im sportspezifischen Bereich können spezifische Kompetenzerwartungen aufgebaut werden. Zur Vermittlung von sportspezifischen Kompetenzerwartungen ist es wichtig, dass die Übungsleiter den Teilnehmern Nahziele setzen, die diese in absehbarer Zeit erreichen können (z.B. Schwarzer, 2002). Hierbei ist es wichtig, dass Erfolge internal attribuiert werden können und Aufgaben nicht als zu leicht empfunden wurden (vgl. Bund, 2001). Dazu ist eine kompetente Rückmeldung des Übungsleiters notwendig. Durch Beobachtung von Modellen ist es ebenfalls möglich Selbstwirksamkeitserwartungen zu steigern (z.B. Lirgg & Feltz, 1991). Eine weitere Möglichkeit Kompetenzerwartungen zu steigern, sind attributionale Leistungsrückmeldungen. Auch hierbei muss das Feedback aber mit der eigenen Wahrnehmung übereinstimmen. Die Art der Belastung und das Beanspruchungsempfinden der Teilnehmer üben einen wichtigen Einfluss auf die emotionale Situation der Teilnehmer aus. Diese wiederum kann, vor allem im Fall negativer Befindlichkeit, einen Einfluss auf das Kompetenzerleben haben (z.B. Bund, 2001). Demnach ist es wichtig positive Befindenzustände zu ermöglichen, indem einerseits die Belastung nicht zu hoch gewählt wird und andererseits verschiedene Entspannungstechniken oder Übungen angeboten werden, um die Aufmerksamkeit auf körperliche Empfindungen zu lenken (vgl. Brehm et al., 2002). Biemann (2003) berichtet über eine Untersuchung bei Schülern der 3. und 4. Klasse. Entgegen der Annahme, dass es mit steigendem Schulalter zu einer Verringerung der sportspezifischen Selbstwirksamkeit kommt, fand sich in Klassen, in denen über ein Schuljahr die Lehrkräfte besondere Aufmerksamkeit auf förderliche Inhalte und methodische Gestaltung für eine Selbstwirksamkeitssteigerung legten, keine Abnahme der sportspezifischen Selbstwirksamkeit. In einigen Untersuchungen konnten auch Effekte

sportlicher Aktivität auf die allgemeine Selbstwirksamkeit festgestellt werden (z.B. Stoll et al., 2004; Wagner & Singer, 2001), wobei Zusammenhänge im Allgemeinen etwas schwächer sind, als mit bereichsspezifischen Erwartungen (vgl. Bund, 2001).

Annahme 7: Probanden deren Übungsleiter Strategien verwenden, die sich zur Steigerung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen eignen, weisen höhere sportspezifische und allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen auf, als Teilnehmer deren Übungsleiter hierauf weniger Wert legen.

Ein wichtiger Faktor, der zur Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität beiträgt, ist die soziale Unterstützung. Bei Wagner (2000) hatte die soziale Unterstützung durch Familie und Sportgruppe einen signifikant positiven Einfluss auf Abbruch oder Dabeibleiben bei einer gesundheitssportlichen Aktivität. Abbrecher beurteilten hier ihren Übungsleiter auch als weniger gut fördernd im Bereich Gruppenklima. Für die Stärkung von psychosozialen Gesundheitsressourcen wird soziale Unterstützung und Einbindung ebenfalls als wichtig erachtet (vgl. Brehm & Sygusch, 2003). Gerade auch bei Krebserkrankungen spielt soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. So fanden sich bei Krebspatienten Zusammenhänge zu physischer und psychischer Befindlichkeit, subjektiver Lebensqualität, Immunstatus, günstigeren Bewältigungsstrategien und damit besserer emotionaler Anpassung und Compliance mit der Behandlung und sogar zu längerer Überlebenszeit (Appel & Hahn, 1997; Henrich & Herschbach, 1998; Levy et al., 1990; Aymanns & Filipp, 1995; Koopman et al., 1998; Leszcz, 2004; Spiegel & Kato, 2000). Im Krebsnachsorgesport wird eine hervorragende soziale Unterstützung geboten. Dieses Angebot trägt neben der körperlichen Aktivierung zur Aufhebung der Isolation Krebsbetroffener bei, bietet Erfahrungsaustausch und ein Beisammensein mit ebenfalls von Krebs Betroffenen an und hat so auch Selbsthilfegruppencharakter (Schüle, 2001; Reinhardt, 1996). Besonders gefordert sind hierbei die Übungsleiter. Sie müssen Gruppenprozesse fördern und fördern, soziale Interaktion und Einbindung ermöglichen. Es wird angenommen, dass bei höherer Förderung sozialer Fähigkeiten und sozialer Integration auch die sportbezogene und allgemeine soziale Unterstützung von den Probanden besser eingeschätzt wird. Studien zur Veränderung sozialer Parameter im Gesundheitssport liegen aber bisher kaum vor (vgl. Fuchs, 2003). Ein möglicher Hinweis lässt sich bei Stoll et al. (2004) finden. In einem Kletterkurs fand sich eine Erhöhung der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, was auf die Unterstützung und Anerkennung in einer Gruppe Gleichgesinnter zurückgeführt wird. Beim Klettern muss man sich auf seinen Partner bzw. den Übungsleiter verlassen können, ebenso kann man bestimmte Ziele nur gemeinsam erreichen. Dies wird in einem Kletterkurs sicherlich auch Inhalt verschiedener Übungen sein. Solche sozialen Erfahrungen könnten dann zu einer Steigerung der Zufriedenheit geführt haben. In der gleichzeitig untersuchten Aerobicgruppe bleibt die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung auf gleichem Niveau. Das Fitnesstraining orientierte sich vorwiegend an der Ausbildung motorischer Fertigkeiten, soziales Miteinander wurde hier nicht speziell gefördert. In der Studie von Schütz et al. (1996) verbesserte sich bei Krebspatienten durch sportliche Aktivität die wahrgenommene soziale Unterstützung. In einer Untersuchung von Moriarty et al. (1995) lernten Schüler entweder

kooperativ, leistungsorientiert oder individuell. Unter den kooperativen Lernbedingungen (z.B. Aufgaben gemeinsam lösen, gegenseitig helfen) entwickelten Schüler die höchsten Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich der Aufgabe und zeigten bessere Leistungen als unter anderen Lernbedingungen.

Annahme 8: Probanden, deren Übungsleiter soziale Fähigkeiten und soziale Integration fördern, nehmen stärkere sportbezogene sowie auch allgemeine Unterstützung wahr und haben höhere sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen als Probanden, deren Übungsleiter weniger Wert auf eine Förderung dieser Bereiche legen.

Die Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen wird als ein Kernziel für den Gesundheitssport benannt (vgl. Brehm & Sygusch, 2003). Hierunter werden Förderung des Wohlbefindens durch Stimmungsmanagement, Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen, Stärkung von Kompetenzerwartungen, Konkretisierung und Differenzierung von Konsequenzerwartungen um realistische und erreichbare Handlungsziele herauszufiltern, Entwicklung eines positiven Selbst- und Körperkonzepts sowie Förderung und Erfahrung von sozialen Ressourcen subsumiert (vgl. Brehm et al., 2002). Wie für Annahme 3 bereits aufgeführt, konnten verschiedene Studien nachweisen, dass durch sportliche Aktivität psychosoziale Ressourcen gefördert werden können (s.o.). Da dies aber nicht in allen Interventionsstudien der Fall ist, wird angenommen, dass hierfür bestimmte Strategien des Übungsleiters notwendig sind. Hierzu gehören die für Annahme 7 und 8 herausgearbeiteten Strategien, die ergänzt werden durch die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen. Ausführliche Informationen enthält Kapitel 2.6.1. Es wird folgende Annahme erstellt:

Annahme 9: Probanden, deren Übungsleiter speziell psychosoziale Gesundheitsressourcen fördern, besitzen eine höhere Ausprägung von sportspezifischen und allgemeinen Kompetenzerwartungen, haben eher internale sportbezogene und allgemeine Kontrollüberzeugungen und ein besseres habituelles psychisches Wohlbefinden als Probanden, deren Übungsleiter nur vereinzelte Bereiche fördern. Des Weiteren ist die sportspezifische und allgemeine soziale Unterstützung besser ausgeprägt.

Da man die Befundlage zu Ressourcen von Übungsleitern oder Trainern als defizitär betrachten kann, basiert die folgende Annahme auf wenigen Untersuchungen. Hochselbstwirksame Trainer fühlen sich meist kompetent hinsichtlich Motivation von Athleten, Spielstrategie, Unterrichtstechnik und Charakterbildung. Es wird davon ausgegangen, dass höher selbstwirksame Trainer und Übungsleiter mehr positives Feedback gepaart mit (technischen) Informationen geben (Feltz et al., 1999), besser taktische Fähigkeiten demonstrieren können (Modellernen) (Woolfolk et al., 1990) und mehr eindeutige Instruktionen geben (Feltz et al., 1999). Haben Trainer hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, sind die Zufriedenheit der Athleten bzw. Spieler und auch deren Leistungsfähigkeit (festgemacht an gewonnenen Spielen) höher (ebd.). Bei Miethling und Brand (2004) fanden sich korrelative Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von psychischen Widerstandsressourcen und sportunterrichtsspezifischen Belastungsbedingungen bei Sportlehrern. Höhere Wider-

standsressourcen waren mit weniger Belastungsempfinden gepaart. Man kann davon ausgehen, dass bei niedrigerem Belastungsempfinden auch die Motivation, Freude und Engagiertheit bei einer Tätigkeit steigt. Man kennt das weit reichende Phänomen, dass ein charismatischer Mensch, andere Menschen leicht für etwas begeistern kann und diese sozusagen „mitreißt“. Ähnlich könnte es auch hier funktionieren. Nur ein Übungsleiter mit einem gut ausgebildeten eigenen „Ressourcenpool“, der engagiert, motiviert und freudvoll arbeitet, kann, aufgrund seiner Vorbildwirkung und eigenen Überzeugungen, die verschiedenen Ressourcen auch bei den Teilnehmern fördern. Zusammen mit den erwähnten Verhaltensweisen hochselbstwirksamer Trainer (positives, informatives Feedback, positivere Instruktions- und Demonstrationsfähigkeit u.a.) sowie der höheren Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit ihrer Teilnehmer kann man auch von höheren Selbstwirksamkeitserwartungen der Teilnehmer ausgehen (siehe Herleitung Annahme 7). Ein positives soziales Selbstkonzept des Übungsleiters ist für seine Tätigkeit und Vermittlung von Ressourcen sicherlich auch hilfreich. So trauen sich Personen mit hohem Selbstkonzept mehr zu, können Anforderungen besser bewältigen und sind sozial aufgeschlossener (vgl. Alfermann, 1998). Hegen Übungsleiter eher internale Kontrollüberzeugungen (bezüglich sportlicher Aktivität oder auch Gesundheit), sind sie also der Überzeugung Ereignisse durch eigenes Verhalten steuern zu können, werden sie solche auch eher bei ihren Teilnehmern fördern können.

Annahme 10: Übungsleiter mit einem gut ausgebildeten Ressourcenpool, d.h. hohen Übungsleiterselbstwirksamkeitserwartungen, hohen allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen, positivem sozialen Selbstkonzept sowie internalen sportbezogenen und allgemeinen Kontrollüberzeugungen und internalen bzw. sportbezogenen Einstellungen zur Gesundheit sind in der Lage, die entsprechenden Ressourcen bei ihren Teilnehmern zu fördern. Die Teilnehmer verfügen über höhere sportbezogene und allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen sowie höhere internale und weniger externale sportbezogene und allgemeine Kontrollüberzeugungen.

Wie in der Diskussion zum Modelllernen im Kapitel 2.6.1 und Kapitel 2.2.6.3 zu Selbstwirksamkeitsüberzeugungen dargestellt werden konnte, steigt der Informationsgehalt von stellvertretenden Erfahrungen, je mehr Ähnlichkeiten der Beobachter zwischen sich und der Modellperson findet (vgl. auch Brehm & Pahmeier, 1998). So wirkt sich die Beobachtung von ähnlichen Modellpersonen meistens positiv auf die Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung aus (z.B. George et al., 1992). Eine Krebserkrankung geht mit einschneidenden physischen und psychischen Veränderungen einher und stellt hohe Anforderungen an die Ressourcen einer Person. Selbst Personen mit gut ausgeprägten Ressourcen können durch solch ein krisenhaftes Ereignis von Ressourcenverlusten bedroht sein. Übungsleiter, die selbst von einer Krebserkrankung betroffen waren und über gut ausgebildete Ressourcen verfügen, können aus diesem Grund auch eine gute Vorbildfunktion ausüben („das kann ich auch“). Außerdem besitzen die Krebsnachsorgesportgruppen Selbsthilfegruppencharakter (Schüle, 2001). Ein selbst betroffener Leiter wird hier möglicherweise einfühlsamer agieren können. Es wäre auch möglich, dass aufgrund von

„Modellähnlichkeiten“, die Teilnehmer den Übungsleiter eher bezüglich seiner Unterrichtsgestaltung positiv beurteilen. Auch Schwarzer (2000) beschreibt, dass die sprachliche Überzeugung als Informationsquelle für Selbstwirksamkeitserwartungen ebenfalls von der Glaubwürdigkeit der überredenden Person, ihrer sozialen Bedeutung, ihrem Expertenstatus usw. abhängt. Übungsleiter mit gleichem Schicksal sind möglicherweise für Krebsbetroffene glaubwürdiger oder überzeugender. Deshalb wird davon ausgegangen, dass Übungsleiter, die selbst von einer Krebserkrankung betroffen waren und gut ausgebildete Ressourcen besitzen bei ihren Teilnehmern diese auch besser fördern können. In Übereinstimmung mit der Herleitung zur Annahme 10 wird außerdem angenommen, dass, egal welcher Betroffenheitsstatus, Teilnehmer, deren Übungsleiter einen guten Ressourcenpool besitzen, höhere Selbstwirksamkeitserwartungen haben als Teilnehmer mit Übungsleiter mit schlechterem Ressourcenpool. Die Annahme wird nur für die sportbezogene Selbstwirksamkeit erstellt, da es nur hier Ergebnisse im Bezug zum Modelllernen gab, nicht aber für Kontrollüberzeugungen.

Annahme 11: Eine Selbstbetroffenheit der Übungsleiter durch die Krebserkrankung und ein guter Ressourcenpool derselben, sind auf Teilnehmerseite mit besseren sportbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen verbunden, als bei schlechtem Ressourcenpool oder einer nicht Betroffenheit. Egal welcher Betroffenheitsstatus Teilnehmer, deren Übungsleiter einen guten Ressourcenpool besitzen, haben höhere sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen als Teilnehmer, deren Übungsleiter einen schlechteren Ressourcenpool haben.

Im Anschluss soll noch überprüft werden, ob hohe sportbezogene Ressourcen der Teilnehmer auch mit hohen allgemeinen Ressourcen zusammenhängen. Nach Kohlmann (1997) gibt es kaum Untersuchungen, in denen globale und bereichsspezifische Konstrukte gemeinsam erfasst werden. Während der theoretischen Vorarbeit für die vorliegende Untersuchung konnten bezüglich der sportbezogenen Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung einige Arbeiten gefunden werden, die beide, globale und spezifische Ressourcen gemeinsam erfassen (z.B. Bund, 2001; Pahmeier, 1996). Hier wird aber nur der Vorhersagebeitrag bezüglich der zu untersuchenden Variablen überprüft, wobei sich meist herausstellt, dass globale Orientierungen sich zur Vorhersage von allgemeinem emotionalen Befinden bzw. zur Verhaltensvorhersage in Lebensbereichen, in denen nicht auf spezifische Erwartungen zurückgegriffen werden kann, eignen. Spezifische Ressourcen eignen sich eher zur Vorhersage spezifischer Kriterien (bspw. sportliche Leistung, Ernährungsverhalten) (vgl. Schröder, 1997a). Demzufolge konnten auch keine speziellen Studien gefunden werden, die den Vorhersagebeitrag bereichsspezifischer Erwartungen auf die entsprechenden globalen Konstrukte untersuchen. Untersuchungen wie die von Fuchs und Schwarzer (1994) und Wagner (1998) bezüglich der sportbezogenen Selbstwirksamkeit weisen überraschend niedrige bzw. einige Einzelskalen überhaupt keine korrelativen Zusammenhänge mit der generalisierten Selbstwirksamkeit auf. Fuchs (1997) vermutet hier, dass verhaltensspezifische Instrumente einen eigenen Aspekt von Selbstwirksamkeit messen und man aus der Kenntnis dieser spezifischen Kognitionen kaum auf die übergeordnete

Selbstwirksamkeit schließen kann. Für die Lehrer-Selbstwirksamkeit zeigten sich dagegen sehr hohe Zusammenhänge mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit (Schmitz & Schwarzer, 2000). Alfermann et al. (1995) gehen davon aus, dass ein verbessertes Körperselbstkonzept, zu einem verbesserten Selbstwertgefühl und insgesamt zu einem verbesserten globalen Selbstkonzept beiträgt. Von dieser Annahme ausgehend, könnten Zusammenhänge durchaus erst zeitversetzt nachzuweisen sein. Da die Krebsnachsorgesportprogramme aber keine neuen Angebote sind, sondern teilweise schon über Jahre bestehen, wird davon ausgegangen, dass sich im sport- und körperbezogenen Bereich durchaus schon Veränderungen bei den Teilnehmern ergeben haben, so dass es eindeutige Zusammenhänge zwischen den globalen und bereichsspezifischen Konstrukten gibt. Geht man, wie Alfermann et al. (ebd.) dies für das habituelle Wohlbefinden tun, von einem kumulativen Modell aus, könnten sich durch Steigerung verschiedener bereichsspezifischer Kompetenzerwartungen (gesundheitliche, ernährungsbezogene, sportbezogene etc.) durchaus Veränderungen der allgemeinen Selbstwirksamkeit ergeben. Auch für die Veränderung von allgemeinen Kontrollüberzeugungen sind möglicherweise Veränderungen in spezifischen Bereichen verantwortlich. Die relativ niedrigen Korrelationen bei Fuchs (1997) und Wagner (1998) sind eventuell, wie in Kapitel 2.2.4 diskutiert, stichprobenbedingter Natur. Die Lehrer bei Schmitz und Schwarzer (2000) werden zu ihnen bekannten Situationen und möglichen Problemen befragt und können somit auch schon stabile bereichsspezifische Überzeugungen aufgebaut haben. Diese könnten wiederum zur Stärkung (bzw. Schwächung) der allgemeinen Selbstwirksamkeit beigetragen haben. Ein weiteres Ergebnis, das in diese Richtung weist, ist die relativ hohe Korrelation der wahrgenommenen Kompetenz zur Selbstkontrolle, als eine spezielle Form der Selbstwirksamkeit, mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit bei Viehauser (2000).

Annahme 12: Sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen sind zur Vorhersage allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartungen und sportbezogene Kontrollüberzeugungen zur Vorhersage allgemeiner Kontrollüberzeugungen geeignet. Sportbezogene soziale Unterstützung ist zur Vorhersage der allgemeinen sozialen Unterstützung geeignet.

Da zu einigen Annahmen kaum Untersuchungsergebnisse vorliegen, haben die zugrunde liegenden Fragestellungen eher hypothesengenerierenden Charakter. Dies ist vor allem bei den Annahmen 11 und 12 der Fall.