



Integrative Health Care  
Therapeutic Touch

**Potential eines komplementären pflegerischen Angebotes  
zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung**

**Abschlussarbeit**

zur Erlangung der Qualifikation

**Expertin**

**Integrative Health Care &  
Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch<sup>©</sup>**

im Rahmen der

**Weiterbildung Integrative Health Care &  
Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch<sup>©</sup>**  
gemäß Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung

vorgelegt von:

DGKP Eveline Berger, BSc MSc

betreut von:

DDr.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Heidi Marie Ploner-Grißmann, MSc, MScN, MAS, MED

am

SALUTE Integrative Health Institute

**Graz, Oktober 2020**

## **Betreuerbestätigung**

Ich befürworte die Abgabe der vorliegenden Abschlussarbeit, welche von mir betreut und positiv bewertet wurde.

.....

Datum und Unterschrift der Betreuerin

## **Annahme durch das Institut**

am:.....

## **Abstract**

**Hintergrund:** Im Kontext der demografischen Entwicklung und dem zunehmenden Kostendruck nimmt der Stellenwert von Gesundheitsförderung in den tendenziell klassisch schulmedizinisch bzw. pathogenetisch orientierten Gesundheitssystemen zu. Diese steigende Bedeutung der Gesundheitsförderung spiegelt sich in Österreich etwa in der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wider, wo diese explizit im Berufsfeld der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) verankert und zudem die Anwendung komplementärer Pflegemethoden – wie Therapeutic Touch (TT) – als pflegerische Kernkompetenz definiert wird.

**Ziel & Forschungsfrage:** Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit ist das Potential von TT als pflegerische Option der Gesundheitsförderung aufzuzeigen. Zur eindeutigeren Operationalisierung und methodischen Umsetzung wurde folgende Forschungsfrage abgeleitet: *Wie wirken sich wiederholte integrative Therapeutic-Touch-Interventionen auf das Wohlbefinden, die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes, das individuelle Stresserleben, die generellen gesundheitserhaltenden Ressourcen sowie das Kohärenzgefühl bei einem Mann mit Interesse an Gesundheitsförderung aus?*

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Design eine Single Case Study gewählt. Es erfolgten zwölf integrative TT-Interventionen. Die einmal wöchentlich für jeweils ca. 60 Minuten nach einem standardisierten Interventionskonzept durchgeführt wurden. An insgesamt 13 Messzeitpunkten wurden mit Assessmentinstrumenten quantitative sowie mittels einer offenen Fragestellung qualitative Daten erhoben.

**Ergebnisse:** Sowohl anhand der quantitativen als auch der qualitativen Datenauswertung konnte das gesundheitsförderliche Potential von TT aufgezeigt werden. Alle in der Forschungsfrage definierten Outcome-Parameter veränderten sich in eine positive Richtung. Mittels der qualitativen Datenanalyse konnten vier Kategorien identifiziert werden, die das subjektive Erleben des Probanden widerspiegeln: 1. angenehm und entspannend, 2. Müdigkeit reduzierend, 3. Körperachtsamkeit stärkend und 4. Veränderter, ganzheitlicher Zugang zur Gesundheitsförderung.

**Diskussion:** Die positiven Effekte dieser komplementären Pflegemethode können für PatientInnen, BewohnerInnen bzw. KlientInnen gleichermaßen wie auch zur Selbstpflege für das Pflegepersonal oder als Angebot im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt werden. Aufgrund der gewählten Methodik ist die Aussagekraft jedoch eingeschränkt und

weitere Forschungen, etwa mit mehr ProbandInnen, die auf der Basis exakter Ein- und Ausschlusskriterien rekrutiert werden, ist empfehlenswert.

**Schlussfolgerungen:** Um langfristig die positiven Effekte bzw. das Potential von TT hinsichtlich Gesundheitsförderung zu nutzen, bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen sowie adäquater Ressourcen in der Pflegepraxis. Sowohl Verantwortliche im Pflegemanagement als auch im Bereich der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sind gefordert, Grundlagenwissen bezüglich dieser Kernkompetenz lt. GuKG zu vermitteln und entsprechend interessierten DGKP diese Bildungsangebote zu ermöglichen.

**Schlüsselwörter:** Therapeutic Touch, Gesundheitsförderung, Pflege

## **Abstract**

**Background:** In the context of the demographic development and the increasing cost pressure, the importance of health promotion is increasing in the health systems that tend to be traditionally oriented towards conventional medicine or pathogenesis. This increasing importance of health promotion is reflected in Austria, for example, in the amendment to the Health and Nursing Act, where this is explicitly anchored in the professional field of qualified nursing staff and the use of complementary care methods - such as Therapeutic Touch (TT) - as core nursing competence is defined.

**Aim & research question:** The overall aim of this work is to show the potential of TT as a nursing option for health promotion. For a clearer operationalization and methodical implementation, the following research question was derived: *How do repeated integrative Therapeutic Touch interventions affect well-being, the subjective perception of the state of health, the individual experience of stress, the general health-preserving resources and the sense of coherence in a man with an interest in health promotion ?*

**Method:** The design of a single case study was chosen to answer the research question. Twelve integrative TT interventions took place, which were carried out once a week for approx. 60 minutes each according to a standardized intervention concept. At a total of 13 measurement times, quantitative data and qualitative data were collected.

**Results:** The health-promoting potential of TT could be shown on the basis of the quantitative as well as the qualitative data analysis. All outcome parameters defined in the research question changed in a positive direction. Using the qualitative data analysis, four categories could be identified, which reflect the subjective experience of the test person: 1. pleasant and relaxing, 2. reducing fatigue, 3. strengthening body awareness and 4. changing, holistic approach to health promotion.

**Discussion:** The positive effects of this complementary care method can be used for patients, residents or clients, as well as for self-care for the nursing staff or as an offer in the context of workplace health promotion. However, due to the chosen method, the informative value is limited and further research, for example with more test subjects who are recruited on the basis of exact inclusion and exclusion criteria, is recommended.

**Conclusions:** In order to use the positive effects or the potential of TT with regard to health promotion in the long term, suitable framework conditions and adequate resources are required in nursing practice. Both those responsible in nursing management and in the area of nursing education, training and further education are required to impart basic knowledge regarding this core competence according to the GuKG and to enable these educational offers accordingly to interested nurses.

**Keywords:** Therapeutic Touch, Health Promotion, Care

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
1.1	Problemdarstellung und Relevanz des Themas.....	9
1.1.1	Historische Meilensteine im Kontext der Gesundheitsförderung .....	10
1.1.2	Gesundheitsförderung im Kontext Professioneller Gesundheits- & Krankenpflege.....	11
1.2	Zielsetzung.....	12
2	Theoretischer Rahmen.....	13
2.1	Therapeutic Touch.....	13
2.2	Gesundheit/Förderung von Gesundheit.....	17
2.2.1	Gesundheit.....	17
2.2.2	Gesundheitsförderung.....	18
2.2.3	Salutogenese.....	19
2.2.4	Kohärenzgefühl.....	20
2.2.5	Widerstandsressourcen.....	23
3	Methodik .....	25
3.1	Forschungsfrage .....	25
3.2	Forschungsdesign.....	25
4	Single Case Study.....	28
4.1	Soziodemografischer Hintergrund.....	28
4.2	Erhebungsinstrumente.....	28
4.2.1	Well Being Scale (WBS) .....	28
4.2.2	Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) .....	28
4.2.3	Fragebogen zum individuellen Stressempfinden (PSQ).....	29
4.2.4	Fragebogen zur Lebensorientierung nach Antonovsky .....	29
4.2.5	SALUS Salutogenese-Screening .....	29
4.3	Integrative Therapeutic Touch Interventionen.....	30
5	Ergebnisse .....	32
5.1	Quantitative Ergebnisauswertung.....	32
5.1.1	Well Being Scale (WBS).....	32
5.1.2	Fragebogen zum Gesundheitszustand SF 36.....	33
5.1.3	Perceived Stress Questionnaire (PSQ).....	34
5.1.4	Fragebogen zur Lebensorientierung nach Antonovsky (Kohärenzgefühl).....	36
5.1.5	SALUS Salutogenese Screening.....	37

5.2 Qualitative Auswertung des Probanden-Feedbacks.....	38
5.2.1 Tabellarische Übersicht des Probanden-Feedback.....	38
5.2.2 identifizierte Hauptkategorien der qualitativen Ergebnisse des Probanden-Feedbacks... ..	40
6 Diskussion.....	42
6.1 Diskussion der Ergebnisse.....	42
6.2. Limitationen.....	45
6.3 Implikationen.....	46
6.3.1 Implikationen für die Praxis.....	46
6.3.2 Implikationen für die Forschung.....	47
6.4. Ausblick.....	48
7 Schlussbetrachtung.....	49
8 Literaturverzeichnis.....	51
9 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	54
10 Anhang.....	55

# 1 Einleitung

Der Fokus dieser, im Rahmen der Weiterbildung *Integrative Health Care & Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch*<sup>®</sup> verfassten Abschlussarbeit, liegt in der Beschreibung des Potentials von Therapeutic Touch als komplementäres pflegerisches Angebot zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung, wobei ich auf das Antonovskysche Paradigma der Salutogenese rekurriere. Mehrere Gründe haben mich dazu bewogen, dieses Thema aufzugreifen:

- Aspekte der Gesundheitsförderung, etwa im Kontext gesunder Ernährung, als auch komplementär(medizinisch)e Therapieangebote haben bereits früh und bis dato anhaltend mein persönliches Interesse und Engagement geweckt;
- Grundzüge von Therapeutic Touch (TT) lernte ich bereits vor ca. 15 Jahren im Rahmen meiner Ausbildung zur Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) kennen. Wenngleich es bis Februar 2018 dauerte, bis ich mit der Weiterbildung zur Diplom-Therapeutic-Touch-Practitionerin begann, war ich seitdem hiervon fasziniert;
- Gesundheitsförderung und -beratung ist immanenter Bestandteil meines Grundberufs als DGKP und wird im dazugehörigen Berufsgesetz, dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), explizit als pflegerische Kompetenz des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angeführt (vgl. BKA 2020);
- ich bin beruflich im Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Referat Sanitätsdirektion-Gesundheitswesen der Abteilung 8 für Gesundheit, Pflege und Wissenschaft tätig und habe mithin Berührungs- bzw. Anknüpfungspunkte zu dieser Thematik;
- die Relevanz von Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitswesen, etwa aufgrund der demografischen Entwicklung oder steigender Kosten im Gesundheitssystem, nimmt einen immer höheren Stellenwert ein – mithin auch in gesundheitspolitischen Diskursen. Lange Zeit herrschte eine primär kurative, klassisch pathogenetisch und schulmedizinisch orientierte Gesundheitsversorgung, mit dem Ziel Krankheiten zu „heilen“, vor. Zunehmend wird jedoch die Gesundheit zu stärken bzw. gesund zu bleiben, im Sinne von Gesundheitsförderung Aufmerksamkeit geschenkt. Dies spiegelt sich auf internationaler Ebene etwa in diversen Positionspapieren der World Health Organisation (WHO) und auf nationaler Ebene u.a. bei der Beschlussfassung von Gesetzen, wie dem Gesundheitsförderungsgesetz, oder der Erarbeitung von gesundheitsförderungsbezogenen Strategien bzw. Maßnahmen, wie beispielsweise den „Gesundheitszielen Österreich“ und den damit in Einklang stehenden bundesländerspezifischen Zielen wie etwa den „Gesundheitszielen Steiermark“, wider.

Die im Rahmen dieser Arbeit thematisierten Konzepte bzw. Begrifflichkeiten, wie etwa *Gesundheit*, *Gesundheitsförderung* oder *Salutogenese*, sind vielschichtig und komplex. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird auf ausgewählte Aspekte näher eingegangen und eine erste Begriffsklärung und Orientierung zu den aufgeworfenen Thematiken gegeben. Leitend hierfür war eine grundlegende Zusammenschau und ein In-Beziehung-Setzen von Gesundheitsförderung, professioneller Pflege und Therapeutic Touch.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich folgendermaßen: Zuerst lege ich den theoretischen Rahmen, also zentrale Konzepte und Begriffe, dar; daraufhin erläutere ich das methodische Vorgehen der für diese Abschlussarbeit durchgeführten *Single Case Study* (Einzelfallstudie), gefolgt von der Ergebnisdarstellung derselben. Die kritisch-reflektierte Diskussion der Ergebnisse sowie des methodischen Vorgehens, Schlussfolgerungen und ein weiterführender Ausblick runden die Arbeit ab. Zuvor gehe ich indes noch auf den Problemhintergrund bzw. die Relevanz des Themas und die Zielsetzung ein.

## **1.1 Problemdarstellung und Relevanz des Themas**

Anhand entsprechender Statistiken ist zu konstatieren, dass sich der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung verbessert und die durchschnittliche Lebenserwartung steigt: für Männer liegt diese derzeit bei 79,3 Jahren und für Frauen bei 83,9 Jahren (vgl. BMASGK 2019, S. 13). Ferner gaben bei der 2014 durchgeführten Gesundheitsbefragung knapp 80% der Österreicherinnen und Österreicher an, mit ihrem persönlichen Gesundheitszustand sehr zufrieden oder zufrieden zu sein (vgl. Statistik Austria 2015, S. 1).

Trotz dieser tendenziell sehr erfreulichen Entwicklungen wird das Ziel, die Bevölkerung zu einem gesunden bzw. gesünderen Lebensstil zu bewegen, national wie international als große und herausfordernde Aufgabe angesehen (BMASGK 2019, S. 14). Epidemiologische Studien zeigen unmissverständlich auf, dass ein gesundheitsbewusster Lebensstil das Risiko für koronare Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Übergewicht oder Osteoporose vermindert. Demgegenüber haben das Rauchen, gefolgt von übermäßigem Konsum von Alkohol sowie illegaler Drogen, die deutlichsten negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und senken nicht nur die Lebenserwartung, sondern bringen auch hohe krankheitsbezogene Kosten mit sich (vgl. Statistik Austria 2020a, S. 1).

So gaben bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 mehr als ein Drittel der befragten Österreicherinnen und Österreicher über 15 Jahren an, an einem chronischen gesundheitlichen Problem oder einer chronischen Krankheit zu leiden. Die Krankheitslast nimmt all-

gemein mit steigendem Alter deutlich zu. Aber auch unsere zunehmend schnelllebige und fordernde Zeit wirkt sich auf das Befinden der Menschen aus: So verweist Julia Gibus (2018) auf einen engen Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitsempfinden und den Themen Stress sowie Burnout: Im Zuge einer Befragung gaben 58% der Befragten an, sich stark (29%) bzw. mittelmäßig (29 %) gestresst zu fühlen. Auf die Folgefrage hinsichtlich selbst wahrgenommener Burnoutgefährdung antworteten 14 %, sie seien stark und 17 %, sie seien mittelmäßig gefährdet. Anzumerken ist hierbei, dass hinsichtlich starker subjektiver Stressbelastung oder Burnoutgefährdung kaum geschlechts- bzw. altersspezifische Unterschiede zu beobachten waren (vgl. Gibus 2018, S. 2-3). Umso bedeutender sind Initiativen, die die Gesundheit fördern bzw. die diesbezüglichen Kompetenzen der Menschen stärken. Gesundheitskompetenz im Kontext von Gesundheitsförderung bedeutet, dass es Personen möglich ist, „Entscheidungen zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit treffen zu können. [...] Allgemein trägt Gesundheitskompetenz zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs bei“ (Peinhaupt & Robl 2017, S. 5). Wie verwoben diese Aspekte sind, betonen die Autorinnen weiter:

*„Der Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung ist als wechselseitig zu betrachten. Einerseits befähigt Gesundheitsförderung, Kompetenzen zu entwickeln, andererseits gilt als gesundheitskompetent in der Gesundheitsförderung, wer in der Lage ist, Informationen über Gesundheitsförderung zu finden, diese zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden“ (Peinhaupt & Robl 2017, S. 9).*

Wenngleich innovative und reformorientierte (Gesundheits-)Politiker (sic!) bereits Ende des 19. Jahrhunderts gemahnten, dass für eine wirkungsvolle Gesundheits- und Sozialpolitik auch dementsprechende gesundheitszuträgliche Rahmenbedingungen, unter denen Gesundheit bzw. Krankheit entstehen, berücksichtigt werden müssen, ist die *Gesundheitsförderung*, so wie diese heute aufgefasst wird, historisch betrachtet ein sehr junges Konzept (vgl. FGÖ o.J., S.1).

### **1.1.1 Historische Meilensteine im Kontext der Gesundheitsförderung**

Einen wesentlichen historischen Markstein stellt die *Gesundheitsdefinition der World Health Organisation (WHO)* von 1948 dar, die Gesundheit nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit, sondern als *Zustand eines umfassenden physischen, psychischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens* definiert. Hiermit einhergehend wird Gesundheit mehr als dynamischer Prozess denn als starrer Zustand gesehen, wobei dieses gesundheitsbezogene Fließgleichgewicht in negative – als Krankheit – wie positive – als Gesundheit – Richtung beeinflusst werden kann. Als weiterer Meilenstein und bis heute gültige Referenz in diesem Kontext gilt die von der WHO 1986 proklamierte *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung* (vgl. FGÖ o.J., S. 1.). Diese wurde von der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am

21.11.1986 verabschiedet (vgl. WHO 1986, S. 1). Auch im Zuge nachfolgender internationaler Konferenzen der WHO wurde Gesundheitsförderung als maßgebliche Schlüsselstrategie hervorgehoben (vgl. Kaba-Schönstein 2018, S.1; FGÖ o.J., S. 1).

An diese WHO-Initiativen schließt auch die Verabschiedung des österreichischen *Gesundheitsförderungsgesetzes* (GfG) im Jahre 1998 (vgl. BKA 2020b), sowie die explizite Zuweisung damit einhergehender Aufgabenbereiche an den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), womit in Österreich eine solide gesetzliche Grundlage für eine verstärkte Verankerung von Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung bzw. Prävention im Gesundheitswesen geschaffen wurden (vgl. BMSGPK 2019, S. 1).

Nachdem die zunehmende Bedeutung von Gesundheitsförderung skizziert wurde, wird im nachfolgenden Abschnitt eine Querverbindung zwischen Gesundheitsförderung und der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege hergestellt.

### **1.1.2 Gesundheitsförderung im Kontext Professioneller Gesundheits- & Krankenpflege**

Mit der Novellierung des GuKG 1997 hat die Gesundheitsförderung bzw. -pflege auch in der professionellen Krankenpflege<sup>1</sup> Einzug gehalten. Auch das Unterrichtsfach *Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin* wurde als Konsequenz hieraus dem Kanon der Unterrichtsfächer hinzugefügt (vgl. ÖBIG 2003, S. 253-258) – wengleich lediglich im Ausmaß von jeweils 20 Stunden Unterricht im ersten und dritten Ausbildungsjahr. Die Forcierung der Themen Gesundheitsförderung bzw. -beratung sind auch in der jüngsten GuKG-Novelle von 2016 an mehreren Stellen abgebildet. Im § 16 des GuKG – dieser Paragraph regelt die pflegerischen Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam – sind Gesundheitsberatung und die Förderung der Gesundheitskompetenz explizit angeführt (vgl. BKA 2020, S. 16). Im Berufsbild (§12 GuKG) als auch bei den pflegerischen Kernkompetenzen (§14 GuKG) wird auf die gesundheitsfördernden Aufgaben verwiesen:

*§12 (2) „Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei“ (BKA 2020, S. 11; Hervorhebungen E.B.).*

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung des Krankenpflegefachdienstes wurde um die Gesundheitspflege erweitert und lautete nunmehr gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Püringer 2011, S. 1-2). Damit werden gesundheitsfördernde Aspekte in der Pflege sprachlich deutlicher hervorgehoben.

§ 14. (1) „Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche (...) [Umsetzung des Pflegeprozesses; Anm. E.B.] in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung (BKA 2020, S.12; Hervorhebung E.B.).

Im folgenden Absatz des letztgenannten Paragraphen werden die konkreten pflegerischen Kernkompetenzen „Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Anwendung komplementärer Pflegemethoden“ (BKA 2020, S.12, Hervorhebungen E.B.) der DGKP explizit genannt und nebeneinander gestellt. *Komplementäre Pflege* kann wie folgt definiert werden:

„Die Komplementäre Pflege ist die Verwendung von naturheilkundlichen Methoden, die ergänzend zur der modernen konventionellen und standardisierten Pflege bei der Versorgung von Kranken und pflegebedürftigen Menschen zum Einsatz kommt“ (UMG Pflegedienst 2017, S. 1).

Gemäß der Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung (GuK-WV) wird *Therapeutic Touch* explizit als berufsspezifische Weiterbildungsmöglichkeit im Bereich der komplementären Pflege für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege angeführt.<sup>2</sup>

Folglich sei festgehalten, dass sowohl Gesundheitsförderung als auch die Anwendung komplementärer Pflegemethoden – und mithin *Therapeutic Touch* – pflegerische Kernkompetenzen der DGKP darstellen und im dazugehörigen Berufsgesetz geregelt sind.

## 1.2 Zielsetzung

Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit ist das Potential von *Therapeutic Touch* als (pflegerische) Möglichkeit der Gesundheitsförderung aufzuzeigen. Zur besseren Operationalisierung und methodischen Umsetzung der im Rahmen dieser Abschlussarbeit durchgeführten Single Case Study wurde folgende leitende Zielsetzung definiert:

*Ziel dieser Abschlussarbeit* ist es, die Auswirkungen der komplementären Pflegeintervention *integrative Therapeutic Touch* auf das Wohlbefinden, den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, das individuelle Stresserleben, die generellen gesundheitserhaltenden Ressourcen sowie das Kohärenzgefühl bei einer Person mit Interesse an Gesundheitsförderung darzulegen.

---

<sup>2</sup> Details hierzu finden sich unter Punkt 19 in der Anlage 1 der GuK-WV (vgl. BKA 2020a, S. 6).

## 2 Theoretischer Rahmen

Im nachfolgenden Kapitel werden die zentralen Themen – Therapeutic Touch und Gesundheitsförderung – sowie damit zusammenhängende Begriffe bzw. Konzepte, wie etwa jenes der Salutogenese – näher erläutert. Trotz der gebotenen Kürze soll der Fokus dieser Arbeit sowie der weiter unten dargestellten Ergebnisse, aufgegriffenen Diskussionspunkte und Schlussfolgerungen verständlich werden.

### 2.1 Therapeutic Touch

Von der internationalen Therapeutic Touch Dachorganisation wird Therapeutic Touch (TT) wie folgt definiert:

*“Therapeutic Touch is a holistic, evidence-based therapy that incorporates the intentional and compassionate use of universal energy to promote balance and well-being. It is a consciously directed process of energy exchange during which the practitioner uses the hands as a focus to facilitate the process” (TTIA 2020, S.1).<sup>3</sup>*

Betont wird, dass beim Einsatz der Hände spezifische Frequenzen emittiert werden, welche auf die elektromagnetische Natur des menschlichen Körpers zurückgeführt werden können. Die mitfühlende Grundhaltung TT-Praktizierender kann mit „compassion support“ im Sinne einer Herzenshaltung der losgelösten Fürsorge zum höchsten Wohle der zu behandelnden Person umschrieben werden. *Dolores Krieger*, die als eine der zwei Gründerinnen von TT gilt, beschreibt TT als „eine Heilmethode, bei der man mit Hilfe der Hände bestimmte, nicht physische, menschliche Energien bewusst lenkt oder harmonisiert, mit dem Ziel, den Körper zur Heilung zu aktivieren“ (Krieger 2012, zit. nach Habrdle 2017, S. 2).<sup>4</sup>

*Anita Ritt-Wollmersdorfer*, die Therapeutic Touch Austria 2005 gründete, ist im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes bzw. Zuganges davon überzeugt, dass in der von einer zunehmend technisierten Medizin geprägten Betreuung bzw. Behandlung von Patientinnen und Patienten der menschlich-intuitive Aspekt berücksichtigt und in Gesundheitsberufen Tätige entsprechend geschult werden sollen (vgl. NTTTA 2018, S. 1).

---

3 Die Übersetzung lautet sinngemäß: Therapeutic Touch ist eine ganzheitliche, evidenzbasierte Praxis, welche darauf abzielt durch den intentionalen, bewussten und mitfühlenden Gebrauch von universeller Energie körperliche Ausgeglichenheit und Wohlbefinden zu fördern. TT ist ein bewusst gelenkter Prozess, wobei es durch den Einsatz der Hände der TT anwendenden Person zu einem Energieaustausch bzw. der Harmonisierung von energetischen Disbalancen kommt (Übersetzung E.B.).

4 Dolores Krieger, Professorin für Krankenpflege an der Universität New York, und *Dora Kunz*, eine anerkannte Native-Heilerin gelten als Gründerinnen der TT-Methode. Sie konzipierten 1972 ein standardisiertes Konzept für Pflege-, Gesundheits- bzw. Heilberufe, welches heute noch Akzeptanz findet und mittlerweile in über 70 Ländern gelehrt und praktiziert wird. Noch im selben Jahr begannen Krieger und Kunz TT bei Auszubildenden in der Krankenpflege zu unterrichten. Die beiden Gründerinnen verstanden es in reflektierter Weise altes Heilwissen, etwa aus indianischen oder östlichen Lehren, der tibetischen bzw. chinesischen Medizin, integrativ-ganzheitlich aufzugreifen und zeitgemäß zu interpretieren (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 1)

Krieger und Kunz konzipierten ein standardisiertes TT-Vorgehen mit vier aufeinanderfolgenden Phasen. Diese gelten als leicht zu erlernen und lehrbar und stehen in keinem religiösen oder ideologischen Kontext (vgl. TTIA 2020a; Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 1) Leitend hierbei ist die aufrichtige und bewusste Absicht zum Wohle der bzw. des zu Behandelnden zu agieren. Folgend wird der Ablauf einer TT-Intervention kurz erläutert:

➤ **Phase 1: Zentrieren**

Zu Beginn jeder TT-Anwendung ist die TT-praktizierende Person gefordert, sich selbst zu zentrieren, also selbst innerlich ruhig zu werden, sich zu entspannen, das Bewusstsein zu fokussieren und nach innen zu lenken, wodurch ein erweiterter Wahrnehmungszustand aktiviert wird. Eine derart konzentrierte Aufmerksamkeit ist Grundvoraussetzung für eine TT-Intervention und sollte während der gesamten Anwendungszeit beibehalten werden (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 2; Habrdle 2017, S. 4).

➤ **Phase 2: Assessment (Ertasten des Energiefeldes)**

Bei dieser Phase geht es um eine umfassende und ganzheitliche Informationssammlung mit allen Sinnen. Mit den Händen wird das bio-elektromagnetische Energiefeld bzw. der Energiefluss hinsichtlich etwaiger Disbalancen ertastet und eingeschätzt. Mittels Begriffen wie etwa *Leere, Fülle, Dichte, Druck, Blockade, Stagnation, Kribbeln, Stechen, Pulsieren* aber auch Qualitäten wie *Hitze, Wärme, Kälte, Rhythmus* oder etwa *Symmetrie* bzw. *Asymmetrie* werden Auffälligkeiten des menschlichen Energiefeldes beschrieben und schriftlich dokumentiert. Diese Informationen dienen in weiterer Folge als Grundlage für die TT-Intervention im engeren Sinn (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 2; Habrdle 2017, S. 4).

➤ **Phase 3: Intervention – das Energiefeld ausgleichen**

Hier versucht die TT-praktizierende Person die im Assessment wahrgenommenen Disbalancen auszugleichen und das Energiefeld im Sinne einer Harmonisierung wieder in ein Gleichgewicht zu bringen. Dabei kommen TT-spezifische Techniken zu Einsatz, welche den Energiefluss anregen, modulieren und dirigieren. Je nach zeitlichen Ressourcen der TT-Interaktionspartnerinnen bzw. -partner sowie individuellen Zielen, Vorstellungen bzw. Beschwerden der betreffenden Person dauert eine TT-Intervention von wenigen Minuten bis zu 45 Minuten oder länger (vgl. Habrdle 2017, S. 5). Mit dem übergeordneten Ziel den freien Energiefluss innerhalb des gesamten bio-elektromagnetischen Feldes der Probandin bzw. des Probanden zu fördern, wird versucht energetische Defizitzonen aufzufüllen, Stauzonen zu lösen bzw. abzuschwächen und das ganze Körpersystem energetisch neu zu ordnen (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 3).

#### ➤ **Phase 4: Evaluation/Re-Assessment (Erneutes Ertasten des Energiefeldes)**

Schließlich werden das menschliche Energiefeld erneut abgetastet bzw. gescannt und die Ergebnisse dieses Re-Assessments dokumentiert. Anlassbezogen, etwa wenn sich eine wahrgenommene Disbalance von Phase 2 (Assessment) nicht zufriedenstellend verbessert hat oder eine neue Unregelmäßigkeit festgestellt wurde, kann Phase 3 – die Anwendung von TT-spezifischen Griffen, Techniken oder integrativen Regulationsimpulsen – wiederholt werden (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 3; Habrdle 2017, S. 5).

Am Ende des TT-Interaktionsprozesses erfolgt ein bewusstes Beenden der TT-Intervention. Hierbei werden TT-spezifische abschließende Griffe bzw. Techniken eingesetzt. Als Letztes erfolgt ein sogenanntes *Erden* – auch als *Grounding* bezeichnet – (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 3) , das auf eine Art festes inneres Verwurzeln, ein stabiles Ankern abzielt.

Eine *kurze Ruhephase* nach dem Abschluss der TT-Intervention dient als Integrationszeit für die in Phase 3 erhaltenen Regulationsimpulse und als abschließende Entspannungsphase. Auch ein Glas Wasser zu trinken, sollte im Anschluss angeboten werden. Ferner ist es ratsam, wenn die Person, die TT erhalten hat, den Tag ruhig(er) ausklingen lässt, da TT nachwirkt bzw. sich positive Aspekte mitunter erst im Anschluss entfalten (vgl. Habrdle 2017, S. 5).

Die TT-praktizierende Person dokumentiert alle relevanten Aspekte bzw. Informationen der TT-Phasen 2 bis 4, sprich es werden anhand der Dokumentationsblätter ein Vorher-Nachher-Vergleich des Energiefeldstatus und alle gewählten TT-Techniken, die eingesetzt wurden, dokumentiert. Weiters wird vermerkt, wie sich die betreffende Person vor bzw. nach der TT-Intervention fühlt, bzw. ob spezielle Wahrnehmungen, Gefühle etc. während der TT-Intervention aufgetreten sind. Dabei ist unterschiedlich, was oder wie intensiv eine Person die TT-Intervention erlebt – die Empfindungen reichen von „nichts gespürt“ bis hin zur Wahrnehmung von Kribbeln, Ziehen, intensiver Wärme oder Kälte. Darüber hinaus werden u.a. gedankliche Klarheit, Schmerzreduktion bis hin zu intensiven Gefühlsregungen, wie Geborgenheit, Entspannung (teils begleitet von Weinen oder Lachen) (vgl. Habrdle 2017, S. 5) oder eine allgemeine Vitalisierung und Aktivierung, im Sinne der Stärkung des gesamten Körpersystems, von den betreffenden Personen angegeben.<sup>5</sup>

Durch das 4-phasige, standardisierte Vorgehen im Rahmen vom TT und der detaillierten und nachvollziehbaren Dokumentation des (Re-)Assessments und der durchgeführten TT-In-

---

<sup>5</sup> Subjektive Empfindungen bzw. Wahrnehmungen, die der Proband J.G. im Rahmen der in dieser Abschlussarbeit durchgeführten Sigle Case Study angegeben hat, sind im Ergebnisteil angeführt.

terventionen ist es im professionellen pflegerischen Kontext – vorausgesetzt, dass entsprechende zeitliche und strukturelle Ressourcen verfügbar sind – gut möglich, dass das mit TT vertraute Pflegepersonal TT-Interventionen durchführen und dokumentieren kann (vgl. Habrdle 2017, S. 5).

Als *mögliche Anwendungs- bzw. Einsatzgebiete* von Therapeutic Touch gelten:

- zur Entspannung und Stressreduktion im Sinne einer Anregung des Parasympathikus (Nervus Vagus), welche sich stabilisierend auf die Herzfrequenz, den Blutdruck und die Atmung auswirkt;
- Verbesserung der Schlafqualität und zur Vermittlung von Geborgenheit;
- zur Linderung von psychosomatischen Beschwerden bzw. Symptomen;
- zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte und Stimulierung des Immunsystems bzw. zur Verbesserung des subjektiven Energielevels bzw. der allgemeinen Vitalität;
- zur Unterstützung der Medikamentenwirkung bzw. Linderung von etwaigen Medikamentennebenwirkungen (vgl. Habrdle 2017, S. 3);
- zur Gesundheitsförderung und als „Gesundheits-Hausapotheke“ (vgl. NTTTA 2018, S. 1; Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 2; Habrdle 2017, S. 3);
- Unterstützend bei akuten und chronischen Schmerzen und Krankheiten oder bei Ängstlichkeit (vgl. NTTTA 2018, S. 1);
- zur Förderung von Heilungsprozessen, wie etwa der Wund- oder Knochenheilung (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 2; Habrdle 2017, S. 3);
- als Pflegeintervention (Anm.: etwa im Sinne der Förderung des Wohlbefindens und der Lebensqualität aus pflegerischer Sicht, wie im § 12 GuKG angeführt);
- als Self-Care-Intervention – also im Sinne einer Selbstanwendung zur Selbstpflege (vgl. NTTTA 2018, S. 1; .Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 2) sowie
- unterstützend im onkologischen und palliativen Setting (vgl. Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland 2007, S. 2) sowie bei Unruhe- und Agitationszuständen.

Habrdle (2017) betont, dass prinzipiell jeder Mensch die Fähigkeit besitzt TT, im Sinne der Kunst heilsamen Berührens, anzuwenden. Sie verweist auf die Mutter, die ihr schreiendes Kind intuitiv in den Arm nimmt um es zu beruhigen, oder auf die schmerzende Körperstelle, die wir uns selbst halten oder sanft reiben. Voraussetzung, um die heilsame Kraft unserer Hände zu nutzen, ist eine gewisse Offenheit, ein holistisch-ganzheitlicher, empathischer Zugang im Hinblick auf die verschiedenen menschlichen Dimensionen – sprich physisch, psy-

chisch, spirituell, mental – sowie ein energetisches Menschen- und Weltbild (vgl. Habrdle 2017, S. 6). Sie ist vom Potential von TT überzeugt und schreibt:

*„Dieses Pflegekonzept ist ein Brückenschlag zwischen moderner Medizin und alten Heiltraditionen. Die Selbstheilungskräfte des Menschen können durch gut geschulte Anwenderinnen und Anwender [...] aktiviert werden, indem sie Energie zielgerichtet lenken, Blockaden lösen, Entspannung herbeiführen und Energiefelder neu gestalten“ (ebd., S. 6).*

Folgend werden zentrale Aspekte rund um Gesundheit, Gesundheitsförderung und Salutogenese aufgegriffen.

## **2.2 Gesundheit/Förderung von Gesundheit**

### **2.2.1 Gesundheit**

Der Begriff *Gesundheit* ist kein eindeutig zu definierendes Konzept, vielmehr sind Gesundheitsvorstellungen subjektiv und sozial konstruiert. Wenngleich es viele Einteilungs- bzw. Definitionsversuche des Begriffs Gesundheit gibt, spiegeln diese primär zugrundeliegende Disziplinen und deren fachlich abgeschottete Fokussierung und Begriffsbestimmung, wie beispielsweise der Medizin oder Soziologie etc., wider. M.E. wird hierbei indes komplexe Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Krankheit kaum oder gar nicht berücksichtigt, und demgemäß ist ein ganzheitliches und multidimensionales Verständnis hiervon selten vorzufinden. Insbesondere für die Gesundheitswissenschaften, und im Speziellen für die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung, sind jedoch stimmige und aufeinander abgestimmte Konzepte von Gesundheit und Krankheit als auch die Klärung des Verhältnisses von Gesundheit und Krankheit von essenzieller Bedeutung (Franzkowiak & Hurrelmann 2018, S. 1-2).

Von besonderer Relevanz und zugleich die bekannteste Beschreibung des Gesundheitskonzeptes ist die Gesundheitsdefinition der *WHO* von 1948, die Gesundheit als den „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (engl.: well-being) und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (Franzkowiak & Hurrelmann 2018, S. 3) definiert. *Wohlbefinden* kann in diesem Zusammenhang als ein „Zustand oder Prozess, sich selbst, andere und entsprechende Lebensumstände als positiv zu erleben“ (Röhrle 2018, S.1) definiert werden. Die WHO umschreibt Wohlbefinden als Fähigkeit, persönliche, soziale oder ökonomische Ziele zu erreichen, kritische Lebensereignisse zu bewältigen oder die für einen gemeinschaftlich angelegten Lebensweg notwendigen Lebensverhältnisse zu schaffen und zu pflegen. Diese ganzheitliche, multidimensionale Sichtweise eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses ist letztlich auch zum Inbegriff der *salutogenetischen Perspektive* geworden (vgl. ebd., S. 1) und grenzt sich von einer rein biomedizinischen Perspektive als auch den engen Grenzen des klassischen Krankheitssystems ab, indem die wechselseitige Beein-

flussung von physischen, psychischen, seelisch-geistigen und sozialen Aspekten betont und insgesamt ein integrativer Ansatz verfolgt wird (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann 2018, S. 3. & 5). In dieser Sichtweise ergibt sich eine große Schnittmenge bzw. Komplementarität von Gesundheit mit dem Konzept der Lebensqualität, den letztere umfasst neben physischen Gesundheitskomponenten auch psychische Aspekte, das individuelle Ausmaß an Selbstständigkeit bzw. Autonomie, individuelle Wertvorstellungen und Weltansichten, das soziale Beziehungsgefüge sowie die Beziehung zur Umwelt (vgl. FGÖ o.J., S. 2).

Wenn also Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden verstanden wird, kann wiederum Krankheit als Beeinträchtigung hiervon definiert werden (vgl. FGÖ o.J., S.1). Seit den 1990er Jahren wurden dieser Definition zunehmend auch eine ökologische und spirituelle Dimension hinzugefügt, wobei die wechselseitige und dynamische Beeinflussung dieser Komponenten betont wird (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann 2018, S. 3-4).<sup>6</sup> Deutlich hervortretend ist zudem der Fokus auf die fließenden Übergänge zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit, der in der Fachsprache als Gesundheit-Krankheitskontinuum firmiert (vgl. Franzkowiak 2018, S. 1).

Bevor ich näher auf ein hierbei wesentliches Konzept – das der Salutogenese – eingehe, erläutere ich kurz die Konzepte der Gesundheitsförderung und der Prävention, wobei ich hervorhebe, worin sich diese – mithin synonym verwendete Konzepte – wesentlich unterscheiden.

### **2.2.2 Gesundheitsförderung**

Im Kontext der *Gesundheitsförderung* wird Gesundheit als wesentlicher und immanenter Bestandteil des täglichen Lebens und weniger als anzustrebendes, erst zu erreichendes Ziel gesehen. Das Augenmerk liegt darauf, kontinuierlich die Balance zwischen gesundheitsförderlichen und -belastenden Faktoren zu wahren, bzw. die dahingehenden Ressourcen optimal zu entfalten bzw. zu mobilisieren, um den inneren und äußeren Anforderungen des Lebens adäquat zu begegnen. Gesundheit wird demnach als dynamischer Prozess gesehen, welcher in Abhängigkeit von den jeweiligen Belastungen, Anforderungen, Möglichkeiten bzw. Ressourcen der konkreten Lebenssituation immer wieder neu ausgestaltet und ausbalanciert wird (FGÖ o.J., S. 1). Gesundheitsförderung im Sinne der WHO wird wie folgt verstanden:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. [...] Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO 1986, S. 1).*

---

<sup>6</sup> Gleichsam kann konstatiert werden, dass Spiritualität im wissenschaftlichen Diskurs Europas bzw. Nordamerikas kaum als wesentliche Dimension von umfassender Gesundheit beachtet wird.

Gesundheitsförderung stellt neben *Prävention* eine wichtige Strategie dar, um Gesundheit zu erreichen, zu stärken bzw. zu erhalten. Nichtsdestoweniger fokussieren beide Ansätze unterschiedliche Ziele: Gesundheitsförderung basiert auf dem Wissen, welche Faktoren die Chancen auf ein gesundes Leben erhöhen. Hingegen fokussiert Prävention jene Faktoren, die Krankheiten hervorrufen und der Gesundheit schaden, bzw. wie diese vermieden werden können: „*Gesundheitsförderung* stärkt die Gesundheitsressourcen, [...] *Prävention* reduziert die Erkrankungsrisiken der Menschen“ (BMSGPK 2019, S. 1; Hervorhebung im Original). Prävention zielt also darauf ab, Krankheitsrisiken offenzulegen und Krankheiten früh zu erkennen, Gesundheitsförderung hingegen sucht das prinzipielle Gesundheitspotential zu erhöhen und prozesshaft Menschen zu befähigen, Gesundheitsdeterminanten zu entwickeln bzw. zu verbessern. Maßnahmen der Gesundheitsförderung liegt demnach ein umfassender, an einem multidimensionalen Wohlbefinden orientierter Gesundheitsbegriff zugrunde. Eine vertiefende Perspektive hierauf erlaubt das Konzept der Salutogenese.

### 2.2.3 Salutogenese

Der Medizinsoziologe *Aaron Antonovsky* (1923-1994) entwickelte quasi als Pendant zur in der Medizin landläufigen Pathogenese das Konzept der *Salutogenese*. Er betonte, die Aufmerksamkeit von der Entstehung von Krankheit (Pathogenese) primär auf die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (Salutogenese) zu richten (vgl. FGÖ o.J., S. 4).<sup>7</sup>

Das Pathogenesekonzept interpretiert Gesundheit quasi als Normalzustand und Krankheit als Abweichung hiervon. Die antagonistische Zuschreibung von *gesund* oder *krank* stellt sich bei der salutogenetischen Lesart hingegen nicht, vielmehr trägt jede gesunde Person kranke Anteile und vice versa jede kranke eben auch gesunde Anteile in sich – die es entsprechend zu stärken gilt (vgl. FGÖ o.J., S. 4; Franke 2015, S.1). Antonovsky umschreibt diesen grundsätzlichen Unterschied zwischen Saluto- und Pathogenese bildhaft folgendermaßen:

*„Der Fluss des Lebens, in dem wir uns alle befinden, fließt nicht stetig und gerade, sondern er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel. Alle müssen Energie aufwenden, um den Kopf über Wasser halten zu können, und je nach Beschaffenheit des Flusses und den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten kommen die Menschen mehr oder weniger gut voran. Niemand aber geht – so wie es das pathogenetische Modell mit seiner Dichotomie von gesund und krank vorgibt – trockenen Fußes am Ufer entlang und macht sich nur in Ausnahmefällen die Füße nass“ (Franke 2015, S. 1-2).*

---

<sup>7</sup> Der lateinische Begriff *salus* bedeutet übersetzt Gesundheit, der Wortteil *genese* bedeutet Entstehung (vgl. Rosch 2018, S.1). Salutogenese ist demnach „die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit“ (ebd., S. 1).

Salutogenese versteht Gesundheit bzw. körperliches Wohlbefinden auf der einen Seite und Krankheit bzw. körperliches Missempfinden auf der anderen Seite als die beiden Pole eines multifaktoriellen Kontinuums, in dem die einzelne Person eher krank oder eher gesund ist – je nachdem, wo sie sich auf dem *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* gerade befindet (vgl. Franke 2015, S.1; FGÖ o.J., S. 4). Demnach schließen nach Antonovsky Gesundheit und Krankheit einander nicht aus, vielmehr betont er, dass niemand vollkommen gesund oder krank ist – es geht bei der Frage um Gesundheit bzw. Krankheit primär darum, wie weit jemand von den beiden Endpunkten entfernt ist (FGÖ o.J., S. 3). Beeinflusst wird dies u.a. von Anlagefaktoren – etwa Genetik oder körperlicher Disposition –, aber auch von Alterungs- bzw. Abbauprozesse, der jeweiligen Biografie sowie soziokulturellen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen. Im biografischen Kontext sind etwa lebensgeschichtlich erworbene Verhaltensweisen und Lebensstile sowie die individuelle Vulnerabilität oder Resilienz zu bedenken. Gesamt werden diese Einflussfaktoren als *Gesundheitsdeterminanten* bezeichnet. Eine Lebensaufgabe ist es, das fließende, stets neu zu balancierende Gleichgewicht zwischen salutogenetischen – sprich Aspekten, die die physische, psychische und soziale Regulations- und Anpassungsfähigkeit sichern bzw. unterstützen – und pathogenetische Prozesse, welche diese Regulations- bzw. Anpassungsfähigkeit überlasten oder gar hemmen, aufrechtzuerhalten (vgl. Franzkowiak 2018, S. 1f.). Auf die salutogenetische Perspektive rekurrierend, fokussiert Gesundheitsförderung die Konzepte Gesundheit und Krankheit nicht als dichotom voneinander getrennte Zustände, sondern nimmt sie als Pole eines gemeinsamen Kontinuums von völliger Gesundheit (engl. *total well-being* bzw. *health-ease*) und völliger Krankheit (engl. *total illness* bzw. *disease*), die fließend ineinander übergehen, wahr (vgl. ebd., S. 1).

Leitend für Antonovskys übergeordnetes Ziel, Prozesse zu erforschen die Gesundheit erhalten bzw. fördern, war die grundsätzliche Frage zu beantworten, warum gewisse Menschen trotz belastender bzw. krankheitserregender Risikofaktoren oder kritischer Lebensereignisse oder Konstellationen gesund bleiben (vgl. Franke 2015, S.1). Ferner versuchte er zu klären, welche Faktoren diese Salutogenese in positiver Weise beeinflussen, also welcher Eigenschaften, Kriterien und Aspekten es bedarf, dass Menschen trotz herausfordernder Situationen – sogenannter Stressoren – gesund werden bzw. bleiben. Seine dahingehenden Erkenntnisse beschrieb er maßgeblich mithilfe des *Kohärenzgefühls* (vgl. Rosch 2018, S. 1).

#### 2.2.4 Kohärenzgefühl

Wie obig dargelegt, ist der Begriff *Kohärenzgefühl* wesentlich mit der Salutogenese verknüpft; für Antonovsky ist es *das* Kernstück von dieser. Das Kohärenzgefühl umschreibt eine Art „Zugehörigkeitsgefühl und eine tiefe innere Zufriedenheit mit sich selbst und anderen“ (Rosch 2018, S.1) sowie die Grundüberzeugung, dass das eigene Leben sinnvoll ist<sup>8</sup>. Getragen wird diese grundlegende Lebenseinstellung von der Zuversicht, dass die Herausforderungen des Lebens zu meistern sind (vgl. Franke 2015, S. 3; FGÖ o.J., S. 3), sowie dem Gefühl einer Vorausschaubarkeit und einem inneren Vertrauen, „dass aufgrund von Erfahrungen Entwicklungen vorhersagbar sind und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann“ (FGÖ o.J., S.3). Als geläufige Abkürzung für das Kohärenzgefühl hat sich die Buchstabenfolge SOC etabliert, die für die englische Bezeichnung *sense of coherence* steht (vgl. Franke 2015, S. 3). Drei wesentliche Komponenten des Kohärenzgefühls hebt Antanovsky hervor:

- *Verstehbarkeit (comprehensibility)*: Die Fähigkeit, Zusammenhänge zwischen den Geschehnissen des eigenen Lebens herzustellen; es geht es also um ein grundlegendes Verständnis der eigenen Person sowie der Beziehung zur Umwelt.
- *Bewältigbarkeit (manageability)*: Die Fähigkeit, mit Geschehnissen umzugehen; damit umschrieben ist ein Gefühl der generellen Handhabbarkeit und des prinzipiellen Vertrauens sowie der Überzeugung, das eigene Leben gestalten und bewältigen zu können.
- *Sinnhaftigkeit (meaningfulness)*: Die Überzeugung, dass alle Geschehnisse sinnvoll sind; dadurch fällt es leichter, die Geschehnisse zu akzeptieren, Dinge bzw. Situationen als bedeutsam zu erkennen und die innere Überzeugung zu entwickeln, dass das eigene Leben Sinn, Ziel und Zweck hat (vgl. Franke 2015, S. 3; vgl. FGÖ o.J., S. 3, Rosch 2018, S.1).

Zusammenfassend kann das Kohärenzgefühl als eine Art dynamische Wahrnehmung der eigenen Person verstanden werden, sodass man befähigt ist, mit diversen Anforderungen des Lebensalltags zurechtzukommen und die Lebensbedingungen steuern, kontrollieren bzw. mitgestalten zu können. Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl erleben sich herausfordernden Situationen eher gewachsen und erleben sich als weniger fremdbestimmt oder bestehenden Rahmenbedingungen, externen Vorgaben etc. ausgeliefert. Menschen mit einem hohen SOC sind auch eher gewillt, für sich bzw. für Andere Verantwortung zu übernehmen. Ferner werden diverse Stressoren von solchen Personen als weniger negativ – also angst- bzw. stressauslösend –, sondern eher als Möglichkeit an der Herausforderung zu wachsen, zu lernen oder etwas Positives mitzunehmen, wahrgenommen (vgl. Franke 2015, S. 3).

---

<sup>8</sup> Der lateinische Begriff *cohaerere* bedeutet zusammenhängen (vgl. FGÖ o.J., S. 3).

Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl entwickeln nicht nur konstruktivere Stressbewältigungsstrategien, sondern sie können gesundheitsförderliche bzw. -erhaltende Ressourcen rascher erschließen, nutzen oder gar aufbauen. Damit einhergehend vermögen Optimismus, aber auch Humor oder Fähigkeiten zu genießen oder zu verzeihen, Stress nicht nur effektiv abzupuffern, sondern sie tragen aktiv und durchaus maßgeblich zu einem höheren Maß an Gesundheit bei (vgl. ebd., S. 3-4). Menschen profitieren demnach in mehrererlei Hinsicht von einem hohen Kohärenzgefühl:

- Stress kann besser, sprich: erfolgreicher und konstruktiv, bewältigt werden;
- individuelle (Widerstands-)Ressourcen können besser bzw. zielgenauer aktiviert werden;
- ein höheres Maß an Gesundheit kann erreicht werden, da das SOC maßgeblich Gedanken bzw. Gefühlen und Verhaltensweisen beeinflusst (vgl. Franke 2015, S. 4).

Stress kann als ein Zustand des Ungleichgewichts verstanden werden. Das Begriffspaar *Stress* und *Stressbewältigung* umschreibt die menschlichen Reaktionen auf eine herausfordernde Situation, die *per se* als wichtig eingeschätzt wird, die indes mit den vorhandenen Mitteln, Fähigkeiten bzw. Ressourcen nicht erfolgreich bewältigt werden und die folglich mit dem Gefühl des drohenden oder tatsächlichen Verlusts der Handlungskontrolle einhergehen kann. *Stressoren* sind demnach Reize, die vom Individuum eine Reaktion, eine Anpassung erfordern und sowohl positiv als auch negativ wirken können. Sogenannter positiver Stress wird als *Eustress* bezeichnet und wird als Herausforderung empfunden, die motiviert, aktiviert und zum (Mit-)Gestalten anregt. Dass sich subjektiv empfundener Stress durchaus positiv auswirken kann, wird auch in salutogenetischer Sichtweise betont. Der Gesundheit abträglicher, negativer Stress wird als *Distress* bezeichnet und als ein belastender Konflikt bzw. als Überforderung empfunden. Dieser ruft negative Emotionen, wie etwa Angst oder Hilfslosigkeit, hervor und kann mitunter zu ausweichendem Verhalten bzw. zu problematischen Bewältigungsstrategien, führen (vgl. Franzkowiak & Franke 2018, S. 1).

*Ressourcen* werden als persönliche, soziale bzw. strukturelle Mittel und Möglichkeiten verstanden, die bei der Problemlösung oder der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen dienlich sind. Demnach sind Personen, die über mehr Ressourcen verfügen, eher dazu in der Lage, Herausforderungen im Lebensalltag besser (vgl. FGÖ o.J., S. 3) bzw. rascher und konstruktiv zu bewältigen. Antonovsky nimmt an, dass der einzelne Mensch gesundheitsfördernd oder -abträglich, mit Krisen bzw. belastenden Lebensereignissen umgehen kann. Es geht also um eine prinzipielle Widerstandsfähigkeit in Bezug auf diverse Herausforderungen, die sich im Lebensalltag auftun. Antonovsky prägte hierfür den Begriff der *Resilienz* (vgl. Rosch

2018, S. 1). Resilienz umschreibt demnach eine gewisse Anpassungs- bzw. Widerstandsfähigkeit in Bezug auf Situationen, Belastungen oder Risiken, die der persönlichen Gesundheit abträglich sind. Übergeordnetes Ziel dieser Anpassungsleistungen ist die Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern (vgl. FGÖ o.J., S. 3). Resilienz wird weiter als Ergebnis von wiederholten *Copingerfahrungen* (vgl. ebd, S. 3), im Sinne von konstruktiven, gelungenen Bewältigungsstrategien verstanden.<sup>9</sup> Nach Arnold Lazarus, einem deutschen Psychotherapeuten und Psychologen, kann zwischen sogenannten problem- und emotionsbezogenen Coping-Strategien differenziert werden. Erstere betonen, neue Kompetenzen zu erlernen und anzuwenden, bzw. etablierte Strategien, Vorgehensweisen oder eine Arbeitsorganisation zu ändern. Zweitere beziehen sich auf sogenannte „weiche“ Faktoren, wie etwa gedankliche Ablenkung oder Entspannung (vgl. FGÖ o.J., S. 1).

Um gesund zu bleiben, bzw. um sich auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum in positive Richtung zu bewegen, werden sogenannte *generalisierte Widerstandsressourcen* betont, da diese Wege eröffnen, alltägliche Stressoren konstruktiv zu bewältigen (vgl. Rosch 2018, S. 1; Franke 2015, S. 2). Folgend werden diese näher erläutert.

### **2.2.5 Widerstandsressourcen**

Synonym für den Begriff Widerstandsressourcen werden die Begriffe *Schutz- bzw. Protektivfaktoren*, *Ressourcen* oder *Resilienzfaktoren* verwendet (vgl. Bengel & Lyssenko 2016, S. 1). Im Allgemeinen werden zwei große Gruppen an Ressourcen differenziert:

1. *externe*, im Sinne von sozialen, umweltbezogenen, ökologischen, strukturellen etc., Ressourcen, die außerhalb einer Person ihren Ursprung haben;
2. *interne* Ressourcen, also persönliche Resilienzfaktoren und individuelle Lebenskompetenzen (vgl. ebd. S. 2f.).

Der Ressourcenbegriff lässt sich freilich weiter differenzieren: Als *soziale* Ressourcen gelten beispielsweise soziale Beziehungen und Netzwerke, als *strukturelle* Ressourcen etwa stabile und sichere Arbeits- bzw. Lebensbedingungen sowie ein allgemeiner gesicherter Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung. Beispiele für interne Ressourcen sind u.a. ein positives Selbstwertgefühl, Kommunikations-, Konfliktlösungs- oder Entscheidungskompetenz (vgl. FGÖ o.J., S. 4), eine allgemeine Problemlösungsfähigkeit und grundlegende Gesundheitskompetenz, Selbstvertrauen bzw. Ich-Identität (vgl. Franke 2015, S. 2-3; FGÖ o.J., S.

---

<sup>9</sup> Unter dem englischen Begriff *to cope with* ist „etwas bewältigen, mit etwas fertig werden, mit etwas zurechtkommen“ (FGÖ o.J., S.1) zu verstehen. Es geht also um ein allgemeines Verhalten, welches zur Bewältigung von Stresssituationen oder belastenden Ereignissen an den Tag gelegt wird.

4)<sup>10</sup>. Als persönliche Protektivfaktoren werden ferner kognitive Ressourcen (vgl. Rosch 2018, S. 1; Franke 2015, S. 2-3), Weitsichtigkeit und Flexibilität, aber auch Aspekte wie materieller Wohlstand sowie physische Aspekte wie ein starkes Immunsystem beschrieben. Eine grundlegende optimistische Lebenseinstellung, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und interne Kontrollüberzeugung sowie fähig zu sein, positive Emotionen also solche zu erleben, werden ebenfalls als protektiv bzw. gesundheitsförderlich genannt (vgl. Bengel et al. 2009 & 2012, zit. nach Bengel & Lyssenko 2016, S. 2-3). Die bewusste und aktive Teilhabe an persönlich bedeutsamen Entscheidungsfindungs- oder Kontrollprozessen wird auch als protektiv betont (vgl. Franke 2015, S. 2-3). Schlussfolgernd lässt sich konstatieren, dass sich das individuelle Kohärenzgefühl umso stabiler ausbildet, je mehr generalisierte Widerstandsressourcen der betreffenden Person verfügbar sind, denn je stärker das SOC ausgeprägt ist, desto höher ist die „Wahrscheinlichkeit, die Anforderungen des Lebens erfolgreich und mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit zu bewältigen“ (Franke 2015, S. 5).

Übergeordnetes Ziel von Gesundheitsförderung im Sinne des salutogenetischen Ansatzes sowie des Konzeptes des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ist letztlich das Empowerment, die Selbster- bzw. Selbstbemächtigung der Betroffenen. Im Sinne von Antonovskys oben angeführter Metapher des Lebensflusses: Man muss die Menschen befähigen zu lernen, selbst gute Schwimmer zu sein, und diesen nicht nur eine Luftmatratze in die Hand geben, damit sie sich zwar über Wasser halten können, aber weiterhin abhängig bleiben. Der Fokus liegt also eindeutig auf der Stärkung salutogener, gesundheitserhaltender bzw. -förderlicher Ressourcen. Entsprechend ist m.E. professionelle Gesundheits- und Krankenpflege gefordert, sich ganzheitlich auszurichten und individuelle Ressourcen aufzugreifen und zu stärken.

---

<sup>10</sup> Als ein wesentlicher Resilienzfaktor gilt eine positive Selbstwahrnehmung sowie die Bereitschaft, an der eigenen Identität konstruktiv zu arbeiten (vgl. Rosch 2018, S. 1).

### 3 Methodik

Nach diesem konzis dargelegten theoretischen Rahmen erläutere ich folgend die darauf bauende Forschungsfrage sowie das methodische Vorgehen bzw. das Forschungsdesign näher. Die für die vorliegende Arbeit ausgewählte Methodik orientiert sich an folgender erkenntnisleitender Fragestellung, die wiederum auf dem eingangs definierten Forschungsziel basiert:

#### 3.1 Forschungsfrage

*Wie wirken sich wiederholte integrative Therapeutic Touch Interventionen auf das Wohlbefinden, die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes, das individuelle Stresserleben, die generellen gesundheitserhaltenden Ressourcen sowie das Kohärenzgefühl bei einem Mann mit Interesse an Gesundheitsförderung aus?*

Die Forschungsfrage lässt sich anhand des *PIKO-Schemas* wie folgt darstellen:

<b>P (Proband/ Population)</b>	eine im Erwerbsleben stehende 45-jährige männliche Person mit Interesse an Gesundheitsförderung
<b>I (Intervention)</b>	wiederholte integrative TT-Interventionen (Setting: freiberufliche Praxis)
<b>K (Kontrolle)</b>	Keine Kontrollgruppe, da Single Case Study
<b>O (Outcome/ Ergebnis)</b>	Auswirkungen auf: das Wohlbefinden bzw. die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustands, das individuelle Stresserleben, die generellen gesundheitserhaltenden Ressourcen und das Kohärenzgefühl gemessen anhand der Assessment- bzw. Erhebungsinstrumente Well Being Scale (WBS) Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36 Perceived Stress Questionnaire (PSQ-30; Übersetzung) Fragebogen zur Lebensorientierung nach Antonovsky und SALUS Salutogenese-Screening

Tabelle 1: PIKO-Schema

Wie oben angeführt, wurden insgesamt fünf Assessmentinstrumente zur Einschätzung bzw. Erhebung der Ergebnisparameter verwendet (Details siehe 4.2). Zusätzlich wurden mit der Subfrage „*Wie haben Sie die Therapeutic Touch Interventionen erlebt?*“, die nach jeder integrativen TT-Intervention im Rahmen der Studie gestellt wurde, qualitativ Daten erhoben.

#### 3.2 Forschungsdesign

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde das Design der *Single Case Study* (Einzelfallstudie) gewählt. Hierbei wurde über einen Zeitraum von *zwölf Wochen einmal wöchentlich eine jeweils ca. 60 Minuten dauernde* standardisierte integrative TT-Intervention in einer freiberuflichen Praxis durchgeführt. Um die regelmäßig stattfindenden TT-Interventionen mit der Berufstätigkeit des Probanden – J.G. arbeitet im Schichtdienst mit unregelmäßiger Abfolge

von Früh-, Spät- und Nachtdiensten – gut zu vereinbaren, wurde der Zeitraum für die wöchentlich durchzuführende TT-Intervention auf die Wochentage Donnerstag bis Sonntag festgelegt.

*Informed consent:* Vor Beginn der Single Case Study erteilte der Proband – nach entsprechender Information über Ziel und Zweck sowie dem Ablauf der Studie – seine Zustimmung zur Studienteilnahme als auch zur anonymisierten Auswertung der Ergebnisse. Der Proband wurde vorab darüber informiert, dass eine Verweigerung der Studienteilnahme oder sein Rückzug aus der bereits laufenden Studie keinerlei Nachteile für ihn hat. Es besteht ferner kein Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem Probanden und mir. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig. Die integrativen TT-Interventionen wurden kostenlos durchgeführt.

Die Auswirkungen auf die in der Forschungsfrage definierten Outcomeparameter wurden – im Sinne einer *methodischen Triangulation* – sowohl *quantitativ*, mittels standardisierter Assessmentinstrumente, als auch *qualitativ* mittels offener Fragestellung, zu verschiedenen Messzeitpunkten erhoben. Bei der qualitativen Frage „*Wie haben Sie die TT-Intervention erlebt?*“ konnte der Proband auch Rückmeldungen zum aktuellen Wohlbefinden sowie etwaigen Veränderungen bzw. Beobachtungen seit der letzten TT-Intervention einfließen lassen.

In der Tabelle 2 sind die zum jeweiligen Messzeitpunkt verwendeten Erhebungsinstrumente zusammengefasst. Ferner ist ebendort zu entnehmen, dass die offene qualitative Frage zum individuellen Erleben des Probanden nach jeder der zwölf integrativen TT-Interventionen sowie einmalig rückblickend vier Wochen nach der letzten Intervention beantwortet wurde. Werte anhand der Well-Being-Scale (WBS) wurden zwölf Mal als Prä- und Postmessung, also jeweils vor und nach jeder integrativen TT-Interventionen, sowie einmalig vier Wochen nach der letzten Intervention erhoben.<sup>11</sup> Alle weiteren im PIKO-Schema genannten Assessmentinstrumente zur Outcomeerhebung, also der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36), zum subjektiven Stresserleben (PSQ) und zur Lebensorientierung nach Antonovsky (FB Antonovsky) sowie das SALUS Salutogenese-Screening, wurden jeweils fünf Mal eingesetzt: als Baseline-Erhebung vor der ersten Intervention, nach der vierten, der achten und der zwölften TT-Intervention sowie als Enderhebung.

---

<sup>11</sup> Als Endmesszeitpunkt wurde, mit der Intention etwaige Nachhaltigkeitsaspekte zu ermitteln, vier Wochen nach der letzten Intervention festgelegt. Alle Messzeitpunkte wurden im fachlichen Austausch mit der Betreuerin dieser Single Case Study, DDr.<sup>in</sup> Heidi Marie Ploner, ausgewählt.

Messzeitpunkt	qual. Frage	WBS	SF-36	PSQ	FB Antonovsky	SALUS
Baseline (vor der 1. Intervention)			x	x	x	x
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Nach der 4. Intervention			x	x	x	x
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Nach der 8. Intervention			x	x	x	x
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Intervention	x	x (prä & post)				
Nach der 12. Intervention			x	x	x	x
Endpunkt (4 Wo. nach der letzten Intervention)	x	x	x	x	x	x

Tabelle 2: Verwendete Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Messzeitpunkten

## 4 Single Case Study

Im nachfolgenden Abschnitt werden zur besseren Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens zentrale Eckpunkte der *Single Case Study* näher erläutert; konkret beziehen sich die Ausführungen auf den soziodemografischen Hintergrund des Probanden sowie die verwendeten Erhebungsinstrumente und Detailangaben zu den integrativen TT-Interventionen.

### 4.1 Soziodemografischer Hintergrund

Der Proband der Single Case Study ist ein 45-jähriger Mann, der als sozialpädagogische Fachkraft in der Flüchtlingsbetreuung arbeitet. Er lebt gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin in einer Gartenwohnung und hat keine Kinder. Bei J.G. ist keine Erkrankung laut ICD-Code, also gemäß der gängigen schulmedizinischen Klassifikation, bekannt und er gilt klassisch schulmedizinisch gesehen als gesund. Neben gesunder, ausgewogener Ernährung und regelmäßiger Bewegung war er sehr interessiert, mit TT eine weitere Möglichkeit der persönlichen Gesundheitsförderung kennenzulernen.

### 4.2 Erhebungsinstrumente

#### 4.2.1 Well Being Scale (WBS)

Zur Erhebung des Wohlbefindens wurde die modifizierte *General Well-Being-Scale* von Giasson (1998) verwendet. Hierbei wird der jeweilige Gesundheitszustand bzw. das Wohlbefinden auf einer numerischen Analogskala, die von 1-10 reicht (0 = kein bzw. 10 = maximales Wohlbefinden) und dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum entspricht, eingeschätzt.

#### 4.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand *SF-36*, welcher vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf digital bereitgestellt wird, besteht aus zwölf Fragenblöcken. Die Fragen beziehen sich auf die subjektive Beurteilung von acht gesundheitsbezogenen Dimensionen, wie etwa dem allgemeinen Gesundheitszustand bzw. Vitalität, der körperlichen und der mentalen Gesundheit. Weiters werden die wahrgenommenen Einschränkungen bei diversen Aktivitäten des täglichen Lebens, bei Sozialkontakten oder bei emotionalen Rollenfunktionen sowie die Krankheitsanfälligkeit abgefragt. Berücksichtigt werden ferner individuelle Einschätzungen von Schmerzen, psychischen Problemen oder bestimmten Gefühlszuständen wie beispielsweise *erschöpft*, *traurig* oder *entmutigt*. Je nach Frage bzw. Fragenblock wird ein Wert zwischen 1 bis 6, zwischen 1 bis 5 bzw. zwischen 1 bis 3 – entsprechend dem jeweiligen Ausprägungsgrad – angegeben, bzw. eine vorgegebene Aussage mit Ja oder Nein beantwortet.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Die Fragenblöcke 2, 3 und 12 wurden nicht statistisch ausgewertet, da diese für die Beantwortung der definierten Forschungsfrage nicht relevant sind.

#### **4.2.3 Fragebogen zum individuellen Stressempfinden (PSQ)**

Im *Perceived Stress Questionnaire* von Fliege et al. (2009), der über das Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation zur Verfügung gestellt wird, sind 30 spezifische Aussagen – beispielsweise: „Sie fühlen sich angespannt“ oder „Sie fühlen sich gehetzt“ – angeführt, die jeweils mit *fast nie, manchmal, häufig* oder *meistens*, zu beantworten sind. Je nach Ausprägung werden 1 (fast nie) bis 4 (meistens) Punkte vergeben (vgl. Fliege et al. 2009).

#### **4.2.4 Fragebogen zur Lebensorientierung nach Antonovsky**

Das Erhebungsinstrument verfügt über 29 Items, mit welchen die Ausprägung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls (SOC) – der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit – erfasst werden. Pro Item sind sieben Punkte, gesamt demnach maximal 203 Punkte, zu erreichen. Die Ausprägung des SOC ergibt sich durch die Addition der einzelnen Skalenwerte<sup>13</sup> (vgl. Antonovsky 1997, zit. nach Büssers 2009, S. 25-30).

#### **4.2.5 SALUS Salutogenese-Screening**

*SALUS* (vgl. Jork & Hoidn 2000 zit. nach Jork & Peseschkian 2003, S. 223-226) erfasst im Sinne eines Salutogenese-Screenings sogenannte gesundheitserhaltende bzw. -relevante kognitive, emotionale und soziale Ressourcen, welche Menschen dazu befähigen, auf gesundheitsdestabilisierende bzw. -abträgliche Einflüsse adäquat zu reagieren. *SALUS* verfügt über 14 Items mit je einer 6 cm langen numerischen Analogskala pro Item. Die das Screening ausfüllende Person markiert auf dieser Analogskala jenen Wert, wo sie ihr Zustand nach subjektiver Einschätzung verorten lässt. Ein Strich bei 0 cm entspricht „trifft gar nicht zu“ und ein Strich bei 6 cm entspricht „trifft völlig zu“. Pro Item können 60 Punkte erzielt werden; demgemäß ist ein Maximalpunktwert von 840 Punkte (60 Punkte x 14 Items) zu erreichen. Aspekte wie etwa Optimismus, Selbstsicherheit, bestehende stabile und vertrauensvolle Beziehung zu einer Bezugsperson, Akzeptanz des eigenen Körpers oder Selbstpflege werden hierbei abgefragt.

Um ein standardisiertes und konstantes Vorgehen im Rahmen der Single Case Study – und mithin eine gewisse Vergleichbarkeit und Transparenz – zu gewährleisten, wurde von mir vor Studienlaufzeitbeginn nach Rücksprache mit der Betreuerin Dr.<sup>in</sup> Ploner festgelegt, welche konkreten Interventionen bzw. spezifischen TT-Techniken im Rahmen der Single Case Study zur Anwendung kommen. Im nächsten Abschnitt wird demnach näher auf das integrative TT-Interventionskonzept eingegangen.

---

<sup>13</sup> Die detaillierte Anleitung zur Skalenwertberechnung ist am Ende des Fragebogens angegeben.

### 4.3 Integrative Therapeutic Touch Interventionen

Das *Integrative Therapeutic Touch*-Konzept (I-Therapeutic Touch, I-TT) wurde 2009 von DDr.<sup>m</sup> Heidi Marie Ploner, Qualified Therapeutic Touch Teacher und Lehrbeauftragte für Therapeutic Touch an der Donau-Universität Krems, als konzeptionelle Erweiterung von Therapeutic Touch entwickelt. Zentrales Element bei diesem integrativen regulationsbiologischen Zugang bilden sogenannte „Regulationspunktsequenzen auf Leitbahnen, basierend auf der 5 Elemente Lehre der TCM“ (ITTI 2016, S.1). Ploner hat diese Regulationspunkte in enger Zusammenarbeit und in Rückkoppelung mit Prof. Dr. Chen An Fu, Lehrbeauftragter für TCM an der Donau-Universität Krems, bei TT-Interventionen integriert. Ploner versteht das I-TT-Konzept als Möglichkeit zur integrativen Gesundheitsförderung, Prävention sowie als komplementäres Angebot zur Schulmedizin. Regulationsbiologische Aspekte berücksichtigend und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierend,

*„erfolgt beim Integrative Therapeutic Touch Konzept die Harmonisierung von Dysharmoniemustern durch Regulationsimpulse an Topologien über Organen, Regulationszentren, Fraktalen, Reflexzonen, Regulationspunkten auf Leitbahnen und im Regulationsfeld. Die spezifische Regulation wird optional durch integrative Modalitäten wie Phyto-Aromaöle, Phyto-Essenzen, Biophotonentechnologie und Klang unterstützt. Die verbale dialogische Basis im Konzept bildet der Personzentrierte Ansatz nach Carl Rogers. Das überwiegend salutogenetisch ausgerichtete Integrative Therapeutic Touch Konzept nach Ploner wird, entsprechend dem Fortschritt der Wissenschaft und Forschung, ständig weiterentwickelt“ (ITTI 2016).*

Der *integrative Ansatz* im Rahmen der TT-Interventionen dieser Case Study spiegelt sich etwa in der Nutzung der Aromaölmischungen von Evelyn Deutsch, der Anwendung der aus der tibetischen Medizin stammenden Kunye-Technik an Händen und Füßen sowie der Berücksichtigung von spezifischen Regulationspunkten, die Akupressurpunkten in der traditionell chinesischen Medizin entsprechen, wider. Die Auswahl der im Rahmen dieser Case Study integrierten Regulationspunkten „Gesundheitsförderung durch physische und psychische Stressreduktion“ basiert auf dem Best Practice Guide *Integrative Therapeutic Touch Health Care* von Ploner (vgl. Ploner-Grißmann 2019). Weiters wurde die integrative, auf der TCM basierende TT-Intervention *5-Elemente-Zirkel* bei den zwölf Interventionen angewandt.

Die integrativen TT-Interventionen fanden stets im selben Raum und unter gleichen Rahmenbedingungen statt. Alle Interventionen erfolgten in Rückenlage auf einer TT-Liege. Der Proband konnte sich vor jeder der zwölf Interventionen selbst entscheiden, ob er ein *vitalisierendes* oder ein *entspannendes* integratives TT-Interventionskonzept erhalten möchte. Weiters konnte er zwischen zwei *Aromaölmischungen*, die im Zuge der integrativen TT-Intervention

*Kunye-Technik* an Händen und Füßen verwendet wurden, auswählen. Beim vitalisierenden integrativen TT-Interventionskonzept stand das *Aktivierungsöl* sowie das *Wohlfühlöl* und beim entspannenden TT-Konzept das *Anti-Stress-Öl* sowie wiederum das *Wohlfühlöl* zur Auswahl. Beim vitalisierenden Interventionskonzept wurden insbesondere *vibratorische TT-spezifische Impulse* integriert, beim entspannenden Interventionskonzept war die TT-Grundintervention die *Gelenke-Knochen-Intervention*. Weitergehende Details hierzu finden sich im Anhang dieser Arbeit.

## 5 Ergebnisse

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse in grafischer, tabellarischer sowie beschreibender Form dargelegt. Quantitative Ergebnisse, welche mit den im PIKO-Schema genannten und im Verlauf dieser Arbeit bereits kurz erläuterten Erhebungsinstrumenten ermittelt wurden, sind tabellarisch dargestellt. Besonders aussagekräftige bzw. interessante Detailergebnisse werden zudem in grafischer bzw. beschreibender Form aufgegriffen. Anschließend werden die erhobenen qualitativen Daten in einer zusammenfassenden Übersichtstabelle angeführt. Besonders prägnante bzw. anschauliche Aussagen des Probanden sind hierbei in fetter Schrift hervorgehoben. Ferner wurden die Kernaussagen kategorisiert (und anhand verschiedener Farben anschaulich gemacht). Diese Kategorien der qualitativen Ergebnisse werden in beschreibender Form thematisiert.

Diese Vorgehensweise folgt dem Prinzip der Triangulation, mittels der gezielt verschiedene Methoden der Datenerhebung miteinander kombiniert werden, um wesentliche Aspekte des Forschungsproblems zu berücksichtigen bzw. um die aufgeworfene Thematik besser zu verstehen (vgl. Flick 2005, S. 80-82; Burns & Grove 2005, S. 235-236). Dies begründet sich insbesondere, weil die erhobenen quantitativen Daten in diesem Forschungsdesign „nur“ deskriptiv statistisch ausgewertet werden können und die Aussagekraft der vorliegenden Studie durch die herangezogenen qualitativen Daten – den mündlichen Rückmeldungen des Probanden – erhöht wird.

### 5.1 Quantitative Ergebnisauswertung

#### 5.1.1 Well Being Scale (WBS)

Wie aus der nachfolgenden grafischen Darstellung ersichtlich wird, hat sich das generelle Wohlbefinden nach der TT-Intervention elf von gesamt zwölf Mal im Vergleich zum Befinden vor der TT-Intervention verbessert. Einmal blieb das Wohlbefinden am selben Niveau, bei keinem Messzeitpunkt verschlechterte sich der Status vom Wohlbefinden.

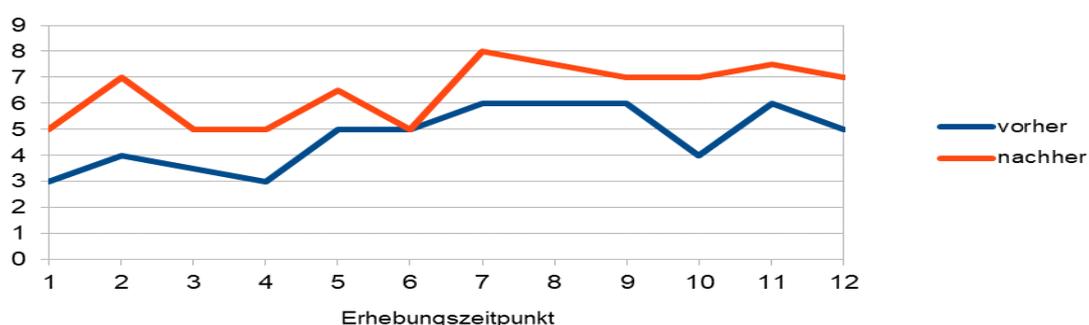


Abbildung 1: Skalenwerte Well Being Scale vor und nach der TT-Intervention

Die nachfolgende Tabelle zeigt im Detail auf, wie der Proband sein Wohlbefinden auf der 10-stufigen Skala (0 = kein Wohlbefinden; 10 = maximales Wohlbefinden) vor und nach der 12 TT-Interventionen einschätzte, und ob bzw. in welchem Maß sich dieses veränderte:

Wert (0-10)	26.04.20	03.05.20	10.05.20	17.05.20	24.05.20	31.05.20	07.06.20	14.06.20	21.06.20	27.06.20	05.07.20	12.07.20
vorher	3	4	3,5	3	5	5	6	6	6	4	6	5
nachher	5	7	5	5	6,5	5	8	7,5	7	7	7,5	7
<b>Veränderung</b>	2	3	1,5	2	1,5	0	2	1,5	1	3	1,5	2

Tabelle 3: Skalenwerte Well Being Scale vor und nach TT inkl. Ausmaß an Veränderung

Aus Tabelle 4 geht demnach hervor, dass sich das Wohlbefinden nach elf von des gesamt zwölf TT-Interventionen um ein bis drei Skalenpunkte verbesserte.

### 5.1.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand SF 36

Wie oben erwähnt, wurden die Fragenblöcke 2, 3 sowie 12 des SF 36 nicht berücksichtigt. Die Auswertung der restlichen Fragenblöcke zeigt, wie in Tabelle 5 ersichtlich, dass sich – wie etwa den Fragenblöcken 4, 5, 7, 8, 9 oder 10 – die Outcome-Parameter kaum oder nicht verändert haben. Demnach können dahingehend auch wenig aussagekräftige bzw. markante Veränderungen identifiziert bzw. beschrieben und folglich die Ergebnisse auch nur eingeschränkt interpretiert werden. Die Fragen Nr. 1 bzw. 11, die die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes fokussieren, lassen jedenfalls eine Verbesserungstendenz erkennen. Auf einer 5-stufigen Skala (1=ausgezeichneter Gesundheitszustand bis 5=schlechter Gesundheitszustand) verbesserte sich der Baselinewert von 4 auf 2. Anhand der Tabelle ist auch herauszulesen, dass das Pflegen bzw. Aufrechterhalten von sozialen Kontakten durch körperliche oder seelische Probleme (Frage Nr. 6) ab dem Zeitpunkt nach der 4. TT-Intervention weniger beeinträchtigt wurde. Beim Fragenblock Nr. 9, welcher das allgemeine Befinden anhand neun Aussagen erfasst, ist ebenfalls eine positive Tendenz erkennbar – so verbesserte sich der Befindensstatus auf einer 6-stufigen Skala um eine Stufe. Sofern es zu Verbesserungen bei den Skalenwerten der einzelnen Fragenblöcke kam, waren diese vorwiegend bis zum Messzeitpunkt *nach der letzten TT-Intervention* beobachtbar. Lediglich die Outcomes bei den Fragen Nr. 1 sowie 9c und 9f stiegen weiter, bis zum Messzeitpunkt *4 Wochen nach der letzten Intervention* an. Weiterführende Details sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

<b>Fragen</b>	<b>26.04.20</b>	<b>17.05.20</b>	<b>14.06.20</b>	<b>12.07.20</b>	<b>09.08.20</b>
<b>Nr. 1/11:</b> Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (1 = ausgezeichnet bis 5 = schlecht)	4	3	3	3	2
<b>Nr. 6:</b> Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihren normalen sozialen Kontakte beeinträchtigt? (1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr)	2	3	1	1	1
<b>Nr. 7:</b> Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? (1 = keine Schmerzen bis 5 = sehr stark)	3	3	3	3	3
<b>Nr. 8:</b> Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? (1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr)	2	2	1	1	1
<b>Nr. 4:</b> Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? (1 = Ja, 2 = Nein)					
<b>Schwierigkeiten</b>	<b>26.04.20</b>	<b>17.05.20</b>	<b>14.06.20</b>	<b>12.07.20</b>	<b>09.08.20</b>
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	2	2	2	2	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	2	1	2	2	2
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	2	2	2	2	2
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	1	2	2	2	2
<b>Nr. 5:</b> Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)? (1 = Ja, 2 = Nein)					
<b>Schwierigkeiten</b>	<b>26.04.20</b>	<b>17.05.20</b>	<b>14.06.20</b>	<b>12.07.20</b>	<b>09.08.20</b>
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	2	2	2	2	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	1	2	2	2
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	2	2	2	2	2
<b>Nr. 9:</b> In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Wie oft waren sie in den vergangenen 4 Wochen ... (1 = immer, 2 = meistens, 3 = ziemlich oft, 4 = manchmal, 5 = selten, 6 = nie)					
<b>Befinden</b>	<b>26.04.20</b>	<b>17.05.20</b>	<b>14.06.20</b>	<b>12.07.20</b>	<b>09.08.20</b>
a. ... voller Schwung	4	4	4	4	4
b. ... sehr nervös	5	5	5	6	6
c. ... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitem konnte	3	4	5	5	6
d. ... ruhig und gelassen	3	3	2	2	2
e. ... voller Energie	4	4	4	4	4
f. ... entmutigt und traurig	5	4	4	5	6
g. ... erschöpft	3	3	4	4	4
h. ... glücklich	4	4	3	3	3
i. ... müde	2	2	2	3	3
<b>Nr. 10:</b> Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? (1 = trifft ganz zu, 2 = trifft weitgehend zu, 3 = weiß nicht, 4 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft überhaupt nicht zu)					
<b>Schwierigkeiten</b>	<b>26.04.20</b>	<b>17.05.20</b>	<b>14.06.20</b>	<b>12.07.20</b>	<b>09.08.20</b>
a. Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden	2	2	2	2	2
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	3	2	2	4	4
c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	3	3	2	3	3
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	4	2	4	2	3

Tabelle 4: Outcomes SF-36 zu den verschiedenen Messzeitpunkten

### 5.1.3 Perceived Stress Questionnaire (PSQ)

Der mit 30 Fragen recht umfangreiche PSQ-Fragebogen wurde anhand der Anleitung der Testentwickler ausgewertet, indem zwanzig besonders aussagekräftige Items in vier Kategorien gegliedert werden. Diese vier Kategorien – *Sorgen, Anspannung, Freude, Anforderungen* – umschreiben in deren jeweiligen Ausprägung markante Facetten des Stresserlebens und ermöglichen die Angaben zu interpretieren (vgl. Fliege et al. 2009). Der nachfolgenden Tabelle sind sowohl die 30 Fragen als auch die zu den Messzeitpunkten ermittelten Skalenwerte zu entnehmen. In der darauffolgenden Tabelle sind die den vier Kategorien zugeordneten Ergebnissen ersichtlich.

Geben Sie an, wie häufig folgende Feststellungen auf Ihr Leben in den letzten 4 Wochen zutreffen. (1 = fast nie, 2 = manchmal, 3 = häufig, 4 = meistens)					
<b>Feststellung</b>	<b>26.04.20</b>	<b>17.05.20</b>	<b>14.06.20</b>	<b>12.07.20</b>	<b>09.08.20</b>
1. Sie fühlen sich ausgeruht (CAVE: umgepolt!)	4	3	3	3	3
2. Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden	1	1	1	1	1
3. Sie sind gereizt und grantig	2	2	2	1	1
4. Sie haben zu viel zu tun	1	1	1	1	1
5. Sie fühlen sich einsam und isoliert	1	1	1	1	1
6. Sie befinden sich in Konfliktsituationen	1	2	1	1	1
7. Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen	2	2	2	2	3
8. Sie fühlen sich müde	4	4	3	3	3
9. Sie fürchten, Ihre Ziele nicht erreichen zu können	2	2	2	2	2
10. Sie fühlen sich ruhig (CAVE: umgepolt!)	2	2	2	1	1
11. Sie müssen zu viele Entscheidungen treffen	1	1	1	1	1
12. Sie fühlen sich frustriert	2	2	2	2	1
13. Sie sind voller Energie	2	2	2	2	2
14. Sie fühlen sich angespannt	2	2	2	1	1
15. Ihre Probleme scheinen sich afzutürmen	1	1	1	1	1
16. Sie fühlen sich gehetzt	1	2	1	1	1
17. Sie fühlen sich sicher und geschützt	2	2	3	3	3
18. Sie haben viele Sorgen	2	1	1	1	1
19. Sie fühlen sich von anderen unter Druck gesetzt	1	2	1	1	1
20. Sie fühlen sich entmutigt	2	2	2	2	1
21. Sie haben Spass	2	2	2	2	2
22. Sie haben Angst vor der Zukunft	2	2	2	2	2
23. Sie haben das Gefühl Dinge zu tun, weil Sie sie tun müssen und nicht, weil Sie sie tun wollen	2	2	3	2	2
24. Sie fühlen sich kritisiert oder bewertet	1	2	2	1	2
25. Sie sind leichten Herzens	2	2	2	3	3
26. Sie fühlen sich mental erschöpft	2	3	2	2	1
27. Sie haben Probleme, sich zu entspannen	2	2	2	1	1
28. Sie fühlen sich mit Verantwortung überladen	1	1	1	1	1
29. Sie haben genug Zeit für sich (CAVE: umgepolt!)	2	2	2	2	2
30. Sie fühlen sich unter Termindruck	1	1	1	1	1
<b>Dimension</b>	<b>26.04.20</b>	<b>17.05.20</b>	<b>14.06.20</b>	<b>12.07.20</b>	<b>09.08.20</b>
<b>Sorgen</b>	9	8	8	8	7
<b>Anspannung</b>	12	12	11	8	7
<b>Freude</b>	10	10	11	12	13
<b>Anforderungen</b>	6	7	6	6	6

Tabelle 5: Outcomes PSQ-30 zu den verschiedenen Messzeitpunkten

Das Balkendiagramm (siehe Abb. 2 auf der folgenden Seite) zeigt augenscheinlich auf, dass sich die Dimensionen *Sorgen* sowie insbesondere *Anspannung* über den Studienverlauf reduziert haben und die Dimension *Freude* deutlich zugenommen hat. Auch hier scheint es einen Langzeiteffekt zu geben, sind die einzelnen Dimensionen zum Messzeitpunkt vier Wochen nach der letzten Intervention gleich oder sogar etwas besser wie bei der Messung nach der 12. Intervention.

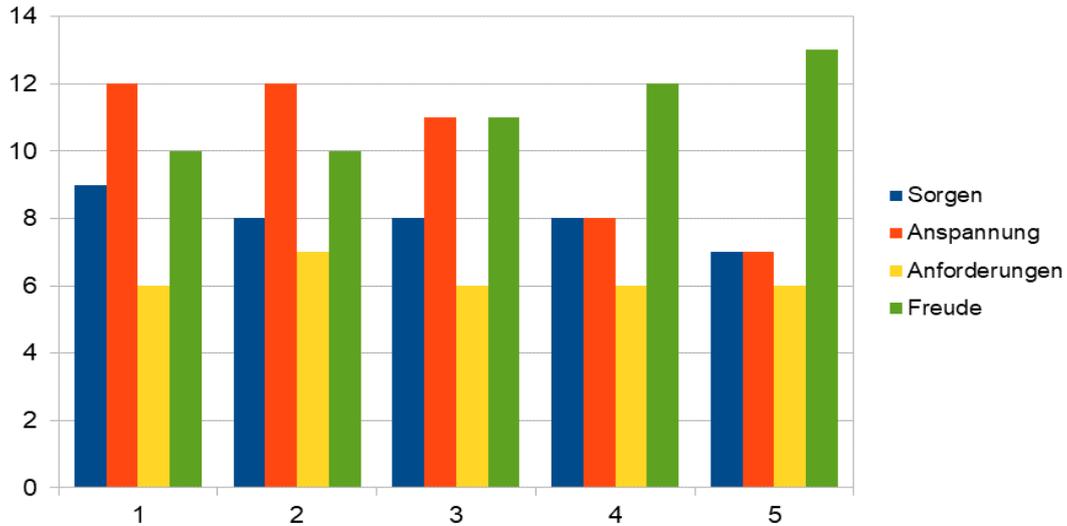


Abbildung 2: Ausprägung der Dimensionen des Stresserlebens laut PSQ zu den Messzeitpunkten

### 5.1.4 Fragebogen zur Lebensorientierung nach Antonovsky (Kohärenzgefühl)

Wie der nachfolgenden Grafik (Abb. 3) bzw. der Tabelle 7 zu entnehmen ist, stieg das erhobene Kohärenzgefühl – als auch dessen drei Komponenten: die Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit – von 128 Punkten bei der Baselineerhebung bis zur Erhebung nach der 12. TT-Intervention auf 151 von den maximal zu erreichenden 203 Punkten an. Danach, also bis zur Erhebung vier Wochen nach der letzten TT-Intervention, sank sowohl der Gesamtscore (-8) als auch der Punktwert bei allen drei Subkomponenten (jeweils -2 bzw. -3 Punkte) wieder leicht ab, erreichte jedoch nicht den Wert der Baselineerhebung und blieb auch deutlich über dem Niveau der vorletzten Erhebung nach der achten TT-Intervention.

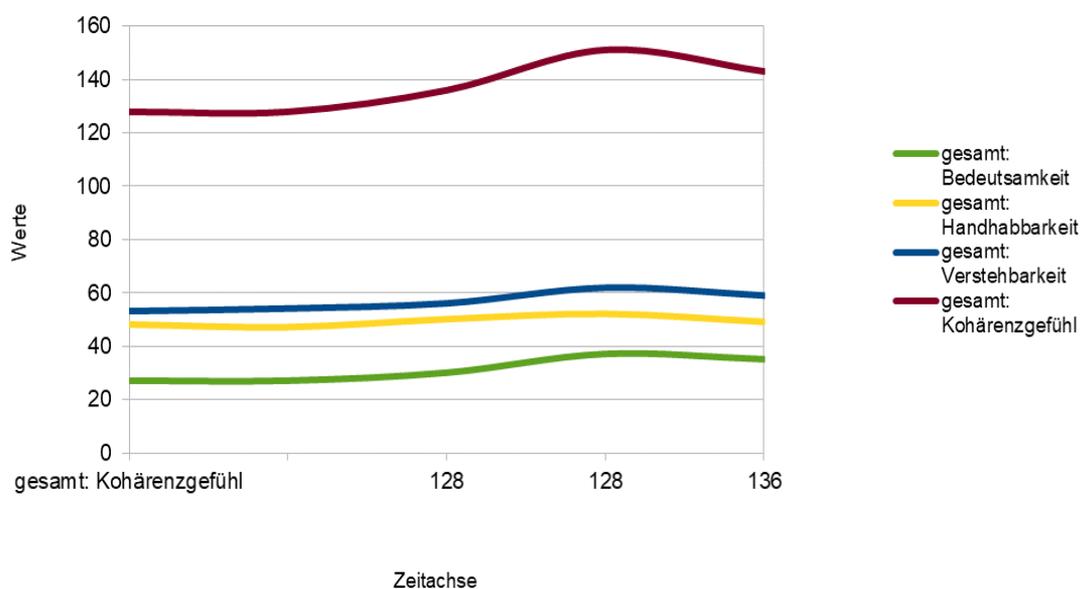


Abbildung 3: Veränderungen des Kohärenzgefühls bzw. der Teilkomponenten

Kohärenzgefühl (= SOC)	26.04.20	17.05.20	14.06.20	12.07.20	09.08.20
Verstehbarkeit	53	54	56	62	59
Handhabbarkeit	48	47	50	52	49
Bedeutsamkeit	27	27	30	37	35
<b>SOC gesamt</b>	<b>128</b>	<b>128</b>	<b>136</b>	<b>151</b>	<b>143</b>

Tabelle 6: Skalenwerte Kohärenzgefühl über die verschiedenen Messzeitpunkte

Weiterführende Angaben, etwa der konkrete Wortlaut der 29 Fragestellungen und die dazugehörigen Einschätzungen des Probanden als auch zum Auswertungsschema sind dem Anhang zu entnehmen.

### 5.1.5 SALUS Salutogenese Screening

Wie im Methodenteil bereits näher erläutert, verortet die befragte Person bei diesem Erhebungsinstrument auf einer grafischen Skala (Range: 0-60 Punkte), inwieweit die betreffende Aussage zutreffend ist. Die nachfolgende Grafik (Abbildung 4) veranschaulicht, dass sich das Maß an generellen gesundheitserhaltenen Ressourcen, welche mit dem SALUS-Instrument erfasst werden, im Studienzeitverlauf markant erhöht hat.

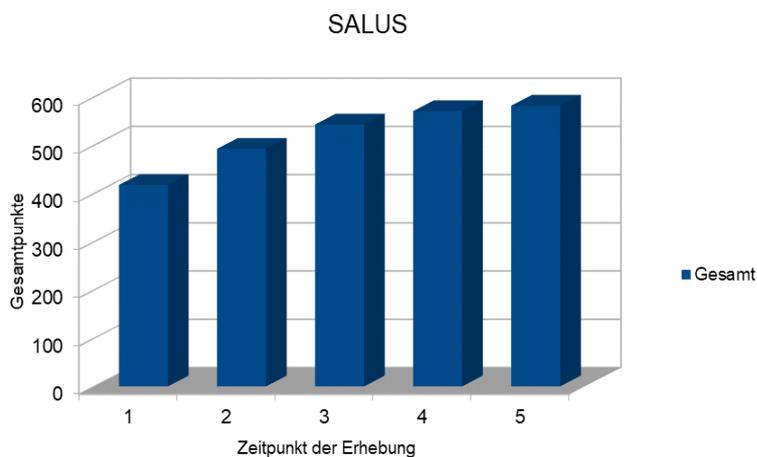


Abbildung 4: generelle gesundheitserhaltene Ressourcen im Zeitverlauf

Der nachfolgenden Tabelle ist ferner zu entnehmen, dass sich der Gesamtscore von eingangs 417,5 Punkten bei der *Baselineerhebung* auf 582 Punkten vier Wochen nach der letzten Intervention erhöht hat. Wenngleich zum Maximalpunktwert von 840 Punkten (60 Punkte x 14 Items) noch immer eine Differenz besteht, ist eine Zunahme der Punktwerte, also an gesundheitserhaltenden Ressourcen, von Anfangs- bis zum Endmesszeitpunkt klar feststellbar. Auffällig ist ferner, dass sich die Gesamtscores bei den ersten zwei Zwischenerhebungen, also nach der 4. und 8. TT-Intervention, deutlicher erhöhten (+ 75 bzw. + 50,5 Punkte), als bei den letzten beiden Erhebungen (+ 27,5 bzw. + 11,5 Punkte).

Frage	26.04.20	17.05.20	14.06.20	12.07.20	09.08.20
1. In der letzten Zeit habe ich mich behaglich gefühlt ...	18,5	15	36	39,5	42
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin ...	58	59	57	59	58
3. Ich gönne mir häufiger etwas Gutes ...	54	50	44,5	54,5	52
4. In der letzten Zeit war ich mit meinem körperlichen Zustand einverstanden	6	17	36	38	42
5. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann ...	59	58	59	59	59
6. Ich sehe stets die guten Seiten der Dinge ...	4,5	14	17	29,5	25
7. Es ist mir gleichgültig, was andere Leute über mich denken ...	33	16	44	37,5	37
8. Ich bin der Ansicht, dass Krankheit einen höheren Sinn hat, auch wenn man ihn nicht unmittelbar versteht ...	9	17	37	28	32
9. Ich verlasse mich im allgemeinen auf mein eigenes Urteil ...	43	52	44	54	48
10. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde ...	8	32	20,5	37,5	38
11. Ich nehme mir Zeit für mich selbst ...	46	54,5	50	46,5	52
12. In unsicheren Zeiten erwarte ich gewöhnlich das Beste ...	3,5	17	19	19,5	22
13. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe ...	30	45,5	39,5	38,5	39
14. Ich bin der Ansicht, dass man Krankheit als Chance sehen kann ...	45	45,5	39,5	29,5	36
<b>Gesamt</b>	<b>417,5</b>	<b>492,5</b>	<b>543</b>	<b>570,5</b>	<b>582</b>

Tabelle 7: Outcomes zu den 14 Items SALUS zu den verschiedenen Messzeitpunkten

## 5.2 Qualitative Auswertung des Probanden-Feedbacks

Wie eingangs im Ergebnisteil erwähnt, werden zuerst die zentralen Ergebnisse tabellarisch dargestellt und anschließend die Hauptkategorien thematisiert.

### 5.2.1 Tabellarische Übersicht des Probanden-Feedback

Der nachfolgenden Tabelle sind markante direkte Zitate bzw. Aussagen des Probanden zu entnehmen. Im Zuge der Ergebnisauswertung konnten vier Kernkategorien bzw. Dimensionen, die das Erleben des Probanden widerspiegeln, identifiziert werden:

- angenehm und entspannend
- Müdigkeit reduzierend
- Körperachtsamkeit stärkend
- veränderter, ganzheitlicher Zugang zur Gesundheitsförderung

Aussagen, die den betreffenden Kategorien zuordenbar sind, wurden in der Tabelle entsprechend farblich codiert. Angaben, die unter die Dimension *angenehm und entspannend*

zu subsumieren sind, sind in der Farbe orange hinterlegt, Angaben der Dimension *Müdigkeit* *reduzierend* sind in grüner Farbe, Angaben zur Dimension *Körperachtsamkeit gestärkt* sind in gelber Farbe und zur Dimension *neuer, ganzheitlicher Zugang zur Gesundheitsförderung* sind in lila Farbe gehalten.

Datum	Angaben von J.G. zum subjektiven Erleben der TT-Interventionen
26.4. Vital. TT Wohlfühlöl	„generell sehr angenehm“ (Anm. E.B.: v.a. Kunye-Technik, Lemniskate-Technik sowie Impuls an Regulationspunkten lt. J.G. sehr angenehm) „fühle mich weniger müde, jetzt weniger auf der körperlichen Ebene, da bin ich noch immer müde, aber ich bin jetzt geistig weniger erschöpft; einfach klarer im Kopf“ „sehr interessant/faszinierend...“ => fast alle der gedrückten Regulationspunkte deutlich gespürt; z.T. sogar an anderen Körperstellen Reiz/Reaktion z.B: Zusali => an den OE kribbeln bemerkt
3.5. Entsp. TT Anti-Stress-Öl	„letztes Mal TT hat sich echt gebracht“ „sehr entspannend... bewusst spürbar... habe ich nicht vermutet, dass das so intensiv ist... bin richtig eingesackt“ (Anm. E.B.: ab Gelenke-Grounding sehr intensiv Entspannungsgefühl von J.G. wahrgenommen)
10.5. Entsp. TT Wohlfühlöl	Angabe vor TT: Lt. J.G. derzeit körperlich sehr geschlaucht und müde; hatte auch schlecht geschlafen; „ganz allgemein war wieder sehr entspannend, verspüre jetzt eine angenehme Müdigkeit“ „habe selbst beim Assessment gespürt, als du mit deinen Händen drübergegangen bist, dass wenig Energie in der Körpermitte vorhanden ist“ Regulationspunkte an den UE besonders intensiv wahrgenommen
17.5. Entsp. TT Wohlfühlöl	„bleierne, unangenehme Müdigkeit vom Tag ist jetzt eine angenehme, entspannte Müdigkeit“ Impuls an den Regulationspunkten auf der rechten Körperhälfte generell intensiver wahrgenommen
24.5. Entsp. TT Wohlfühlöl	„spüre jetzt angenehme Müdigkeit; war vorher auch müde und körperlich erschöpft – dies hat sich jetzt gebessert... ist einfach jetzt eine andere Spürqualität... irgendwie wohlig“ Impuls an den Regulationspunkten auf der linken Körperhälfte generell stärker gespürt; Anm. E.B.: linke Seite hat mehr Regulationszeit benötigt
31.5. Entsp. TT Anti-Stress-Öl	„Müdigkeit von vorher ist noch immer da... konnte trotz entspannendem TT-Interventionskonzept auch nicht einschlafen die letzten 3,5 Stunden... habe jetzt Nachtdienst und bin noch immer total müde!“ (Anm. EB: TT mittags gemacht, danach war geplant, dass sich J.G. vor dem ND ins Bett legt)
7.6. Vital. TT Aktiv.öl	„war ganz besondere Erfahrung heute – sehr intensiv und als sehr mich stärkend wahrgenommen“ „TT-Programm ist total fein und wie meditieren... ich liege da und warte, beobachte was ich spüre“ „sehr interessant... bei den Griffen am Bauch (Anm. E.B.: 5-Elemente-Zirkel) da hab ich ein Gefühl von intensiver Achtsamkeit und Bewusstheit gespürt, das jetzt nach Ende vom TT noch immer anhält!“ „... auch visuell hat sich die Wahrnehmung geändert und obwohl ich die Augen geschlossen habe, hab ich plötzlich etwas dunkler gesehen“ „habe jetzt ein stärkeres Bewusstsein für den Körper... bin achtsamer und bewusster jetzt!... spüre mich selbst besser“ (Anm. E.B.: Körpertonus auch verändert und wirkt präsenter; besseres Körpergefühl entspricht auch den Ergebnissen vom Re-Assessment => energetische Verbesserung im Biofeld)

14.6. Entsp.TT Wohlfühlöl	„bin seit dem letztem TT generell <b>etwas bewusster geblieben</b> , also im Hinblick auf die <b>Körperachtsamkeit</b> “ „war wieder sehr <b>angenehm</b> und <b>die vorhandene Müdigkeit und Abgeschlagenheit vom Tag hat sich positiv transformiert</b> , sodass ich das Gefühl habe, dass jetzt ein entspanntes Einschlafen möglich ist... die <b>Müdigkeit fühlt sich jetzt einfach anders an</b> , positiver irgendwie“
21.6. Vital. TT Aktiv.öl	„ <b>angenehme körperliche Entspanntheit</b> - freue mich jetzt einfach aufs Bett!“
27.6. Entsp.TT Wohlfühlöl	„War wegen Kopfschmerzen und der hohen Außentemperaturen (Sommerhitze!) zu Beginn sehr müde, matt und abgeschlagen – hat sich aber sehr bald nach TT-Beginn gebessert und habe mich <b>deutlich entspannt</b> ... <b>angenehme Müdigkeit</b> setzte ein; dabei <b>empfand ich die Müdigkeit zuvor als erdrückend</b> “ Lt. J.G. <b>Regulationspunkte</b> auf der <b>linken Körperseite</b> weniger intensiv sowie Nierenbereich bei der TT-Intervention <b>Harmonisierung der Niere</b> sehr intensiv <b>wahrgenommen</b> ; „ <b>der ganze Energiekreislauf schien in Bewegung</b> geraten zu sein als du bei den Nieren die Hände gehabt hast“
5.7. Vital. TT Aktiv.öl	„ <b>Deine Hände, die Berührungsqualität</b> sind im Allgemeinen sehr angenehm und habe ich als sehr positiv wahrgenommen... eine Art <b>Balsam für die Seele!</b> “
12.7. Vital. TT Aktiv.öl	Lt. J.G. gerade drei ND gehabt und jetzt intensive körperlich drückende Müdigkeit und Leere im Kopf => „ <b>jetzt nach TT habe ich viel mehr Wohlbefinden</b> und eine angenehme, <b>entspannte Müdigkeit</b> “ „Impuls bei den Regulationspunkten am Bauch und Rücken habe ich als sehr angenehm erlebt... diese <b>Impulse haben eine Art Harmonisierung vom gesamten Körper</b> ausgelöst => war <b>sehr angenehm!</b> “ „nach der 12. Intervention jetzt ist generell <b>die anfängliche Vorsicht, die Skepsis gegenüber TT weg</b> und könnte ich mir ganz gut vorstellen, dass ich <b>fix ein- oder zweimal Mal die Woche TT</b> bekomme, <b>tut einfach gut...so zum Runterkommen... dem Körper und der Seele</b> “

Tabelle 8: kategorisierte Angaben hinsichtlich des Erlebens der TT-Interventionen

## 5.2.2 identifizierte Hauptkategorien der qualitativen Ergebnisse des Probanden-Feedbacks

- Dimensionen *angenehm und entspannend* sowie *Müdigkeit reduzierend*

Den Angaben bzw. Farbcodierungen von Tabelle 9 ist zu entnehmen, dass die integrativen TT-Interventionen im Allgemeinen als sehr angenehm bzw. entspannend wahrgenommen wurden. Eine von J.G. zuvor beobachtbare körperliche Müdigkeit bzw. geistige Erschöpftheit konnte mittels der TT-Interventionen verbessert werden. Diese Müdigkeit wurde vom Probanden nach der TT-Intervention als weniger unangenehm, weniger drückend oder bleiern beschrieben. Auf der geistigen Ebene nahm er nach dem TT weniger Leere und mehr gedankliche Klarheit wahr. Einzige Ausnahme hinsichtlich positiv wahrgenommener Veränderungen zwischen vor und nach der TT-Intervention stellt der Messzeitpunkt am 31.5. dar. Der Proband sah an diesem Tag einem Nachtdienst entgegen. Er wollte sofort im Anschluss an die entspannende TT-Intervention, die um ca. 13 Uhr endete, wie gewohnt schlafen gehen, um

sich entsprechend für die Nachtarbeit vorzubereiten. Trotz der empfundenen Entspanntheit konnte der Proband nicht schlafen und fühlte sich abends wenig ausgeruht.

➤ *Dimension Körperachtsamkeit gestärkt*

In Bezug zur Dimension „Körperachtsamkeit“ ist aufgrund der Rückmeldungen des Probanden zu konstatieren, dass dieser durch die TT-Interventionen ein feineres Gespür für den eigenen Körper entwickelt hat und seine Körperachtsamkeit generell gestärkt wurde. So nahm er beispielsweise Impulse an oder von den Regulationspunkten ausgelöst deutlich wahr oder beobachtete auch Unterschiede auf der rechten bzw. linken Körperhälfte. Er selbst verglich die TT-Interventionen mit einer Art Körpermediation, die ihm mehr Achtsamkeit und Bewusstheit für den eigenen Körper vermittelte (Details siehe Tabelle 9, Zeileneintrag vom 7.6.2020).

➤ *Dimension veränderter, ganzheitlicher Zugang zur Gesundheitsförderung*

Anhand dem Probanden-Feedback ist schlusszufolgern, dass J.G.– nach einer anfänglichen Skepsis – Therapeutic Touch als eine für ihn bis dato unbekannte Möglichkeit persönlicher Gesundheitsförderung kennen und zu schätzen gelernt hat und diese auch in Hinkunft, nach Ende der Studienlaufzeit, nutzen möchte. Für ihn liegt der Mehrwert von TT – mit direkten Zitaten wie etwa „*Balsam für die Seele*“, „*hat sich echt gebracht*“ oder „*tut dem Körper und der Seele gut*“ – klar auf der Hand.

## 6 Diskussion

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die zentralen Ergebnisse dieser Single-Case-Study beschrieben wurden, folgt die kritische Würdigung der Ergebnisse als auch des methodischen Vorgehens. Es werden Implikationen, etwa für die (Pfleger-)Praxis, aufgeworfen. Den Diskussionsteil abschließend wird ein kurzer weiterführender Ausblick gegeben.

### 6.1 Diskussion der Ergebnisse

Anbetracht der diese Abschlussarbeit leitende Forschungsfrage –

*Wie wirken sich wiederholte integrative Therapeutic Touch Interventionen auf das Wohlbefinden, die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes, das individuelle Stresserleben, die generellen gesundheitserhaltenden Ressourcen sowie das Kohärenzgefühl bei einem Mann mit Interesse an Gesundheitsförderung aus? –*

ist die Ergebnisse zusammenfassend zu konstatieren, dass sich *wiederholte integrative TT-Interventionen gesamt positiv* auf das subjektive Wohlbefinden, den Gesundheitsstatus und das individuelle Stresserleben auswirken und demnach ein gesundheitsförderliches Potential inhärieren. Weiters nahmen das Maß an gesundheitserhaltenden Ressourcen als auch das Kohärenzgefühl über den Studienzeitverlauf zu; beide letztgenannten Outcome-Parameter werden in der Fachliteratur im Kontext der Salutogeneseforschung im Sinne von Resilienz-, Protektiv- bzw. Schutzfaktoren als ganz zentral und wesentlich hervorgehoben. Das eingangs definierte übergeordnete Ziel dieser Arbeit – das Potential von *Therapeutic Touch* als (pflegerische) Möglichkeit der Gesundheitsförderung aufzuzeigen – konnte demnach erreicht werden.

Mittels aller fünf verwendeten quantitativen Assessmentinstrumente als auch mittels der qualitativen Frage nach dem subjektiven Erleben der integrativen TT-Interventionen lassen sich positive, also Verbesserungstendenzen bei zwölf von den gesamt 13 Messzeitpunkten aufzeigen. Der eine Ausreißer, wo die Outcomes auf der Well-Being-Scale vor und nach TT unverändert geblieben sind, ist – wie im Ergebnisteil bereits näher erläutert – vermutlich auf den anschließenden Nachtdienst des Probanden zurückzuführen. Dieser Ausreißer war für mich, als die TT-praktizierende Person und zugleich Autorin der Arbeit, im ersten Moment ein Stück weit ernüchternd und auch völlig überraschend. Bei näherer Betrachtung und Reflexion der Kontext- bzw. Rahmenbedingungen wird dieses einmalig unveränderte Zwischenergebnis jedoch nachvollziehbar. Gleichsam wurde augenscheinlich, dass subjektiv wahrgenommene Müdigkeit bzw. Abgeschlagenheit das allgemeine Wohlbefinden ganz massiv beeinflussen. Ferner konnte meines Erachtens eindrucksvoll auch ein gewisser Langzeiteffekt der integrati-

ven TT-Interventionen im Hinblick auf die persönliche Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, des individuellen Stresserlebens sowie auf das Maß an generellen gesundheitserhaltenden Ressourcen aufgezeigt werden. Bei allen drei letztgenannten Parametern sind Verbesserungstendenzen bei den Outcomes bis zum letzten Messzeitpunkt, vier Wochen nach der letzten Intervention, beobachtbar.

Das mittels dem Fragebogen zur Lebensorientierung nach Antonovsky ermittelte Maß an Kohärenzgefühl sank nach der letzten Intervention, lag bei der Enderhebung vier Wochen danach jedoch noch immer auf einem deutlich höheren Niveau als bei allen anderen Zwischenerhebungen zuvor. Einzig bei den Outcomes der WBS fällt auf, dass die verbesserten Wohlbefindenswerte nach der TT-Intervention innerhalb einer Woche generell wieder auf ein tieferes Ausgangsniveau zurückgefallen sind. Wie in Tabelle 2 im Ergebnisteil abgebildet, liegt der Vorher-Wert auf der WBS bei drei bis maximal sechs Punkten, der Nachher-Wert bei fünf bis maximal acht Punkten. Auch hier gab es also eine Verbesserungstendenz der Skalenwerte vor und nach der TT-Intervention, doch scheinen die mannigfaltigen Einflüsse im Lebensalltag recht rasch Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden zu nehmen. Dies ist m.E. nicht überraschend bzw. mehr sogar naheliegend. Der Mensch, als bio-psycho-soziales Wesen, nimmt die alltäglichen Anforderungen bzw. Belastungsfaktoren, wie etwa Job-, Beziehungs- oder Familienprobleme, finanzielle Nöte, körperliche Beschwerden bzw. Schmerzen etc. – generell Sorgen jeglicher Art – ganzheitlich wahr und die Auswirkungen zeigen sich ebenfalls auf den verschiedenen Ebenen des Menschseins. Im Kontext der Psychosomatik, also der Wechselbeziehung von Körper und Psyche, sowie einem Zweig davon, der Psychoneuroimmunologie, wird dahingehend seit geraumer Zeit intensiv geforscht.

Nach Singer & Schubert (2016) sind der Körper und die Seele als Einheit zu sehen. Sie weisen darauf hin, dass die Psyche mit verschiedenen Subsystemen des menschlichen Organismus, insbesondere dem Nerven-, Hormon- und Immunsystem, über die gesamte Lebensspanne hinweg miteinander in Verbindung steht. In Fachkreisen wird in diesem Zusammenhang von der Psychoneuroimmunologie gesprochen. Nebst körperlichen Faktoren nehmen hierbei auch psychosoziale Einflussgrößen, etwa problematische soziale Beziehungsgefüge, sowie diverse Situationen im Lebensalltag, die als Stressoren wahrgenommen werden, Einfluss auf den menschlichen Organismus. Singer & Schubert weisen eindringlich darauf hin, dass Dauerstress langfristig das Erkrankungsrisiko erhöht, da starker bzw. chronischer Stress das körpereigene Stresssystem erschöpft und es zu überschießenden Gegenregulationen kommt, die letztlich die Funktionsfähigkeit des Immunsystems schädigen. Sie sehen ferner das primär

biomedizinisch ausgerichtete Gesundheitssystem gefordert, dies entsprechend zu berücksichtigen (vgl. ebd., S. 1-4) und weisen kritisch darauf hin:

*„[Derart] Erkenntnisse prallen auf ein bislang biomedizinisch ausgerichtetes Gesundheitssystem, in dem durch Spezialisierung, Objektivierung und Standardisierung innerpsychische und interpersonale Bedeutungsinhalte unberücksichtigt bleiben. (...) Lassen es die politischen und kulturellen Umstände zu, diese Befunde als Ausgangspunkt für eine tiefgreifende Veränderung in der Biomedizin zu nutzen, so werden in Zukunft nicht mehr kranke Körper ohne Seelen oder leidende Seelen ohne Körper behandelt, sondern der Mensch in seiner biopsychosozialen Gesamtheit“* (Singer & Schubert 2016, S. 4).

Offensichtlich fungiert das Kohärenzgefühl als eine Art Steuerungs- bzw. Kontrollinstanz und beeinflusst, ob und inwiefern verfügbare innere oder äußere Ressourcen eingesetzt bzw. aktiviert werden.

Auch bei den qualitativen Ergebnissen – also anhand der Auswertungen des Probanden-Feedbacks – zeichnet sich eine klar positive Tendenz ab und es werden beispielsweise Verbesserungen im subjektiven Befinden angegeben und die Interventionen werden generell als entspannend und angenehm beschrieben. Erwähnenswert scheint, dass körperliche Beschwerden, wie etwa Müdigkeit, nach TT als weniger bleiern, unangenehm oder drückend wahrgenommen werden.

Besonders hervorzuheben ist m.E., dass der Proband angab, dass sich seine Körperachtsamkeit durch TT generell erhöht hat und er seinen Körper nun bewusster wahrnimmt bzw. besser spürt. Gerade in der jetzigen Zeit, in der wir leben – mit all den gesellschaftlichen Herausforderungen bzw. Umbrüchen, denen viele Personen mit problematischen Bewältigungsversuchen, wie etwa Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- oder Drogenkonsum etc. begegnen – scheint der Aspekt *Körperachtsamkeit* von wesentlicher Bedeutung: Sich selbst spüren zu können und etwa den Stresspegel, den man/frau tagtäglich ausgesetzt ist, als solchen wahrzunehmen und in weiterer Folge auch adäquate Bewältigungsstrategien anzuwenden, die der eigenen Gesundheit nicht abträglich sind, scheint eine sehr wichtige Komponente von ganzheitlicher Gesundheitsförderung darzustellen. Vor diesem Hintergrund ist das bereits erwähnte Outcome, dass das individuelle Stressempfinden mittels TT gesunken ist, von besonderem Interesse bzw. entschiedener Relevanz; es scheint, dass TT in gewisser Weise das individuelle Coping und/oder die Resilienz in positiver Weise zu unterstützen vermag.

Vulnerabilitäts-Stress-Modelle gehen beispielsweise davon aus, dass depressive Episoden vor dem Hintergrund der jeweiligen Veranlagung einer Person, der sogenannten *Vulnerabilität*, also Verletzlichkeit, durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder etwa einer familiären

Disposition zu betrachten sind. Weiters sind depressive Zustandsbilder in engem Zusammenhang – im Sinne einer Interaktion – mit akuten oder chronischen Belastungssituationen, wie (Dis-)Stress, Armut, Arbeitslosigkeit oder Gewalterleben, neurobiologischen Veränderungen, wie etwa Störungen bei Botenstoffen bzw. Neurotransmittern, sowie psychischen und sozialen Faktoren, wie beispielsweise Trauer oder Verlusterfahrungen und mangelnde soziale-emotionale Unterstützung, zu sehen (vgl. Nowotny et al. 2019, S. 13). Das Potential von TT kann demnach auch unterstützend zur Burnoutprophylaxe, zur Suchtprävention sowie zur Verringerung bzw. bestenfalls Vermeidung von depressiven Zustandsbildern genutzt werden. Dies ist besonders relevant, da laut Nowotny et al. (2019) depressive Erkrankungen mit verminderter Lebensqualität sowie erhöhter Morbidität und Mortalität einhergehen (vgl. ebd., S. 14). In Fachkreisen wird dahingehend angenommen, dass trotz effektiver Behandlungsansätze die subjektiv wahrgenommene Krankheitslast lediglich um bis zu 20% reduziert werden kann. Demnach ist es essentiell, den Fokus auf einen früheren Zeitpunkt – im Sinne von Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention – und hierbei insbesondere auf die Stärkung der psychischen Gesundheit zu lenken.

Erwähnenswert scheint dahingehend, dass auch der Proband dieser Case Study angab, dass TT „dem Körper und der Seele gut tut“ und er die TT-Interventionen sehr gerne regelmäßig und langfristig, quasi prophylaktisch und im Sinne der persönlichen Gesundheitsförderung, beibehalten möchte. Als für ihn geeignetes Intervall für die Interventionen gab er ein- bis zweimal wöchentlich an. Dieses Intervall würde auch meiner Einschätzung entsprechen, konnte ich doch bei den wöchentlichen Treffen für die integrativen TT-Interventionen im Rahmen dieser Case Study beim Assessment jedes Mal ausgeprägte Disbalancen feststellen und ferner war auch sein Wohlbefindensstatus von einer zur nächsten TT-Intervention immer wieder auf einen tieferen Wert gesunken, als dieser als Post-Wert nach der letzten Intervention angegeben wurde.

## **6.2. Limitationen**

Hinsichtlich der Aussagekraft der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die gewählte Methode der Single Case Study keine kausalen Ursache-Wirkungs-Beziehungen wie etwa eine randomisierte kontrollierte Studie (klassisches Experiment) aufzeigt oder allgemeingültige Aussagen bzw. pauschale Interpretationen und Schlussfolgerungen zulässt. Wenngleich die Einzelfallstudie als long-term-study (Langzeitstudie) über zwölf Wochen angelegt war, geben die Ergebnisse lediglich Einblicke in das subjektive Erleben einer Person. Auch die quantitative Datenauswertung bezieht sich auf die Angaben einer Person. Um aussagekräftigere Ergeb-

nisse zu erzielen, müssten mehr Probandinnen bzw. Probanden in die Case Study inkludiert werden, welche nach exakt definierten Ein- bzw. Ausschlusskriterien rekrutiert wurden. Weiters gab es keine Kontrolle bzw. Kontrollgruppe und in weiterer Folge auch keine Randomisierung, also die zufällige Zuteilung der Probandinnen bzw. Probanden in die Versuchs- und Kontrollgruppe; beide eben erwähnte Kriterien sind Kennzeichen des klassischen experimentellen Designs. Hinsichtlich der forschungsmethodischen Evidenzpyramide ist die Case Study dementsprechend auch im unteren Bereich, während das Experiment an höherer Stelle – im Sinne von quantitativer wissenschaftlichen Glaubwürdigkeit – zu verorten.

Nichtsdestoweniger können jedoch augenscheinliche erste Tendenzen hinsichtlich des Potentials von integrative TT als (pflegerische) Möglichkeit einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung aufgezeigt und das definierte Forschungsziel dieser Arbeit erreicht werden.

Positiv hinsichtlich der gewählten Methode ist jedenfalls anzuführen, dass trianguliert wurde, also qualitative und quantitative Daten erhoben wurden. Ferner kamen – um das ganzheitliche und multidimensionale Konzept Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung möglichst gut abzubilden – insgesamt fünf verschiedene Assessmentinstrumente bei insgesamt 13 verschiedenen Messzeitpunkten zur Anwendung. Das methodische Vorgehen wurde zudem in enger Rückkoppelung bzw. Absprache mit der Betreuerin dieser Arbeit abgestimmt. Gleichsam fand ein konstruktiver Austausch mit Kolleginnen, die diese Weiterbildung absolvieren und eine Abschlussarbeit verfassen, statt.

## **6.3 Implikationen**

### **6.3.1 Implikationen für die Praxis**

Augenscheinlich wurde mir im Zuge dieser Forschungsarbeit, dass der Zeitpunkt der TT-Interventionen gut geplant werden muss. Selbst bei fachlich korrekt durchgeführter, mit besten Absichten und zum Wohle der Probandin bzw. des Probanden durchgeführten TT-Interventionen, gilt es das *Timing* zu berücksichtigen: wenn dieses nicht passt und/oder die anschließende Nachruhephase bzw. die Integrationszeit nicht optimal gewährleistet sind, kann das Potential von TT nicht voll zur Geltung kommen. Demnach muss m.E. im Kontext von TT-Anwendungen insbesondere auch bei berufstätigen Personen, im Setting der freiberuflichen Praxis, auf ein kluges, durchdachtes Zeitmanagement geachtet werden.

Aufgrund der obig beschriebenen positiven Veränderungen hinsichtlich Stresserleben, generellen gesundheitserhaltenden Ressourcen, Kohärenzgefühl oder auch Wohlbefinden, sollte das Potential von TT insbesondere auch für die pflegerische Berufsgruppe als wertvolle und

prinzipiell relativ unkompliziert verfügbare Ressource zur persönlichen Gesundheitsförderung, also zur Selbstpflege, verstanden und auch genutzt werden. Vor dem Hintergrund allgemein beobachtbarer problematischer Copingstrategien innerhalb der Bevölkerung sowie im Besonderen mit dem Pflegeberuf generell einhergehender Belastungen bzw. Anforderungen und angesichts der sich zuspitzenden Rahmenbedingungen, knapper Zeit- bzw. Personalressourcen und damit einhergehenden Arbeitszeitverdichtung, ist dies von besonderer Relevanz. Demnach sollten Pflegepersonen TT nicht nur als pflegerische Kernkompetenz lt. GuKG bei PatientInnen, KlientInnen bzw. BewohnerInnen anwenden, sondern TT – ganz im Sinne einer betrieblichen Gesundheitsförderung – auch zur persönlichen Selbstpflege bei KollegInnen innerhalb der eigenen Berufsgruppe bzw. des jeweiligen interdisziplinären Betreuungsteams anwenden. Hierbei gilt es, das Intervall von den regelmäßigen TT-Interventionen gut und individuell abzuwägen; bei Schichtdienst scheint jedenfalls – wie auch der Proband dieser Single Case Study selbst angeführt hat – ein kürzeres Intervall, etwa zweimal wöchentlich, für einen positiven Langzeiteffekt empfehlenswert.

### **6.3.2 Implikationen für die Forschung**

Im Hinblick auf die positiven Langzeiteffekte, die vielfach sogar noch bis zum Messzeitpunkt vier Wochen nach der letzten TT-Intervention – also dem Endmesszeitpunkt dieser Case Study – angestiegen sind, wäre es im weiteren Forschungsverlauf interessant der Frage nachzugehen, wie lange diese beobachteten Langzeiteffekte anhalten oder ob es sogar noch zu weiteren Verbesserungen, etwa nach acht oder zehn Wochen, kommt. Ferner scheint es relevant, den Einflussfaktor Schichtdienst im Kontext von Gesundheitsförderung näher zu fokussieren und Überlegungen hinsichtlich des Intervalls als auch des Zeitpunktes von TT-Interventionen anzustellen.

Um differenzierte Ergebnisse hinsichtlich der Outcomes der integrativen TT-Interventionen zu erhalten, erwies sich die Triangulation bei der Datenerhebung, also mittels Assessmentinstrumente mit quantitativer Ergebnisauswertung und einer offenen, qualitativen Frage nach dem subjektiven Erleben des Probanden, als sehr geeignet. Auch anhand der qualitativen Ergebnisdarstellung dieser Case Study wird augenscheinlich, dass insbesondere die Angaben des Probanden zum subjektiven Empfinden der TT-Interventionen für ein vertieftes Verständnis hinsichtlich des Potentials von TT unverzichtbar und essentiell sind. Für noch detailliertere Einblicke in das individuelle Erleben sind m.E. qualitative Interviews, etwa als offenes Interview oder als Leitfadeninterview konzipiert, sehr geeignet.

#### **6.4. Ausblick**

Es ist offensichtlich, dass TT einen wesentlichen Beitrag dazu leisten kann, den Lebensalltag mit den verschiedenen Belastungen bzw. Herausforderungen – sogenannten Energieräubern – leichter bzw. besser, im Sinne von gesundheitsförderlicher, zu bewältigen und TT ein großes Potential hinsichtlich Gesundheitsförderung inhärent ist. Dies sollte innerhalb der pflegerischen Berufsgruppe – immerhin ist TT als pflegerische Kernkompetenz der DGKP im Berufsgesetz, dem GuKG, klar geregelt – viel stärker berücksichtigt werden. Ferner gilt es dahingehende Erkenntnisse auch im gesundheitspolitischen Kontext nicht außer Acht zu lassen und im Kontext der zunehmenden Bedeutung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen im Allgemeinen als auch der betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechend zu forcieren.

## 7 Schlussbetrachtung

Gesundheitsförderung, bzw. die individuelle Kompetenz – für sich oder begleitend anderen zu helfen – gesundheitsförderliche Ressourcen erschließen zu können, stellt einen wesentlichen Baustein für eine gedeihliche Lebensgestaltung dar. Nicht zuletzt nimmt sie im Berufsfeld der *Gesundheits-* und Krankenpflege einen zentralen Stellenwert ein – nebst einer kurativen Sicht auf Krankheit wird eben Gesundheit und wie sie zu erhalten oder wiederzugewinnen ist, fokussiert. Ziel der vorliegenden Arbeit war aufzuzeigen, dass TT geeignet ist, die pflegerische Tätigkeit dahingehend zu bereichern. Anhand der durchgeführten Single-Case-Study konnte dargelegt werden, dass TT gesundheitsförderliche Kompetenzen stärken kann. Die aus quantitativen und qualitativen Daten gefütterten Ergebnisse legen nahe, dass die in der Forschungsfrage aufgeworfenen Wirkungen von integrativen TT-Interventionen eben dahingehend beizutragen vermögen.

Als diese Studie Durchführende haben mir die gewonnenen Daten eine objektive Bestätigung meiner bisherigen subjektiven Erfahrungen, dass TT positiv und gesundheitsfördernd wirkt, geliefert. Dahingehend gilt es anzumerken, dass die großzügige Integration von mehrerlei Assessmentinstrumenten im Rahmen dieser Case Study, die die Themenbereiche subjektiver Gesundheitszustand, Wohlbefinden, Kohärenzgefühl, Stress sowie allgemeine gesundheitserhaltende Ressourcen fokussieren, nebst dem Erreichen des eingangs definierten übergeordneten Zieles auch einem persönlichen Erkenntnisinteresse geschuldet ist. Primär leitend war die persönliche Einschätzung, dass ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl die individuelle Resilienz stärken sowie das subjektive Stressempfinden reduzieren und so gleichsam zu einem verbesserten Wohlbefinden bzw. Gesundheitszustand beitragen kann. Diese Annahme konnte m.E. durch die Outcome-Parameter bestätigt werden und sollte bei zukünftigen Forschungsvorhaben aufgegriffen werden. Das Kohärenzgefühl nimmt m.E. eine wichtige Schlüsselfunktion im Kontext gesundheitsförderlicher Maßnahmen – unabhängig derer konkreten Ausgestaltung – ein.

Angesichts dessen ist es m.E. offensichtlich, dass TT ein wesentlicher Baustein im Gefüge einer integrativen gesundheitsförderlichen Pflegepraxis sein kann, wenngleich die Realität – geprägt durch Kostendruck und spezifische Rahmenbedingungen und Strukturen, die Ressourcen vordergründig unter dem Diktat der Wirtschaftlichkeit bzw. kurzfristig ausgerichteter quantitativer Erfolgsstatistiken verteilt – noch große pflegerische Entfaltungsmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitswesens bereit hält.

Es sind mithin die Pflegenden selbst, die gefordert sind, sich für einen entsprechende Gestaltung ihres Berufsfeldes einzusetzen und die Kompetenzen die im Berufsgesetz, bzw. Aufga-

benbereiche, die im Berufsfeld umrissen sind, auch aufzugreifen. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn entsprechende Rahmenbedingungen bzw. Ressourcen in der Pflegepraxis geschaffen werden und Verantwortliche im Pflegemanagement wie auch im Kontext der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung unterstützend agieren. Und wenn dieses Grundlagenwissen allen Pflegeberufen – idealerweise im Zuge einer interdisziplinär ausgerichteten Veranstaltung für alle relevanten Berufsgruppen der jeweiligen Einrichtung – vermittelt und hernach die Anwendung von TT in der täglichen Pflegepraxis, unabhängig ob bei PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen oder bei Angehörigen der eigenen Berufsgruppe bzw. im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung, auch ermöglicht wird.

## 8 Literaturverzeichnis

- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2006): Resilienz und Schutzfaktoren. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/resilienz-und-schutzfaktoren/> [13.7.2020].
- BKA (Bundeskanzleramt) (2020): GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011026/GuKG%2c%20Fassung%20vom%2014.07.2020.pdf> [14.07.2020].
- BKA (Bundeskanzleramt) (2020a) GuK-WV Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20005140/GuK-WV%2c%20Fassung%20vom%2015.07.2020.pdf> [15.7.2020].
- BKA (Bundeskanzleramt) (2020b): Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) - Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011127> [16.7.2020].
- BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) (2019): Das österreichische Gesundheitssystem, Zahlen – Daten – Fakten, Aktualisierte Auflage 2019. In: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636> [23.7.2020].
- BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (2019): Gesundheitsförderung und Prävention. In: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung-und-Prävention.html> [15.7.2020].
- BMSGPK (2020): Gesundheitsziele Österreich. In: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/> [16.7.2020].
- Burns, N. & Grove S.K. (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden. München: Elsevier-Urban & Fischer.
- Büssers, P. (2009): Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Perspektive für die Gesundheitsbildung, Manuskript Universität Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät - Institut I. In: <http://www.peterbuessers.de/studium/salutogenese.pdf> [6.8.2020].
- FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (o.J.): Glossar. In: <https://fgoe.org/glossar> [2.7.2020].
- FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (o.J.a): 1x1 der Gesundheitsförderung. In: [https://fgoe.org/1x1\\_der\\_Gesundheitsfoerderung](https://fgoe.org/1x1_der_Gesundheitsfoerderung) [16.7.2020].
- Fliege, H./Rose, M./Arck, P./Levenstein, S. & Klapp, B. F. (Hrsg.) (2009): PSQ. Perceived Stress Questionnaire. In: <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/364.2> [20.8.2020].
- Flick, Uwe (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Franke, E. (2015): Salutogenetische Perspektive. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/salutogenetische-perspektive/> [08.09.2020].

- Franzkowiak, P. (2018): Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheits-krankheits-kontinuum/> [29.6.2020].
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2018): Gesundheit. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/> [1.7.2020].
- Franzkowiak, P. & Franke, A. (2018): Stress und Stressbewältigung. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/stress-und-stressbewaeltigung/> [27.7.2020].
- Giasson, M. & Bouchard, L. (1998): Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. In: *Journal of holistic nursing*, 16: 383-398.
- Gibus, J. (2018): Gesundheit 2018: Wie ausgebrannt fühlt sich Österreich?. In: <https://www.market.at/market-aktuell/details/gesundheit-2018-wie-ausgebrannt-fuehlt-sich-oesterreich.html> [27.7.2020].
- Habrdle, S. (2017): Berührung professionell eingesetzt – Die faszinierende Wirkung der Therapeutischen Berührung. In: <https://pflege-professionell.at/beruehrung-professionell-eingesetzt-die-faszinierende-wirkung-der-therapeutischen-beruehrung> [21.7.2020].
- Hanley, M.A./Coppa, D. & Shields, D. (2017): A Practice-Based Theory of Healing Through Therapeutic Touch, *Advancing Holistic Nursing Practice*. In: <http://therapeutictouch.org/wp-content/uploads/2017/12/A-Theory-of-Healing-p.-8-18-17.pdf> [21.7.2020].
- ITTI (Integrative Therapeutic Touch Institute) (2016): I-Therapeutic touch. In: <http://www.i-therapeutic-touch.com/> [30.7.2020].
- Jork, K. & Peseschkian, N. (2003): *Salutogenese und Positive Psychotherapie, Gesund werden – gesund bleiben*. Verlag Hans Huber: Bern.
- Kaba-Schönstein, L. (2018): Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-3-entwicklung-nach-ottawa/> [16.7.2020].
- Land Steiermark - Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2020): Gesundheitsförderung braucht Strategie. In: <https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/72561133/DE/> [1.7.2020].
- Nowotny, M./Kern, D./Breyer, E./Bengough, Th. & Griebler, R. (Hg.) (2019): *Depressionsbericht Österreich, Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien. In: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=688> [23.7.2020].
- NTTTA (Netzwerk Therapeutic Touch Teachers Austria) (2018): Das Netzwerk Therapeutic Touch Teachers Austria stellt sich vor. In: <https://www.nttta.at/index.php> [23.7.2020].
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen) (2003): *Offenes Curriculum – Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege*. In: <https://jasmin.goeg.at/198/1/Offenes%20Curriculum%20Allgemeine%20Gesundheits-%20und%20Krankenpflege.pdf> [28.7.2020].

Peinhaupt, Ch. & Robl, E. (2017): Mehr Beteiligung! Gesundheit verstehen – beurteilen – anwenden, Gesundheitsberichterstattung Steiermark im Detail, Hg. V. Gesundheitsfonds Steiermark. In: [https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Im%20Detail%202017\\_Gesundheitskompetenz.pdf](https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Im%20Detail%202017_Gesundheitskompetenz.pdf) [23.7.2020].

Ploner-Grißmann, H.M. (2019): Best Practice Guide I-Therapeutic Touch Health Care, Integrative Therapeutic Touch Institute Education & Research. Unveröffentlichtes Manuskript.

Püringer, J. (2015): GuKG - Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. In: [https://www.wko.at/branchen/w/gewerbe-handwerk/gewerbliche-dienstleister/sicherheitsfachkraefte/001GuKG\\_Gesundheits\\_und\\_Krankenpflegegesetz2011.pdf](https://www.wko.at/branchen/w/gewerbe-handwerk/gewerbliche-dienstleister/sicherheitsfachkraefte/001GuKG_Gesundheits_und_Krankenpflegegesetz2011.pdf) [07.09.2020].

Röhrle, B. (2018): Wohlbefinden/Well-Being. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/> [ 29.6.2020].

Rosch, L. (2018): Was ist Salutogenese. In: <https://www.gesundheit.de/wissen/haetten-sie-es-gewusst/medizinische-begriffe/was-ist-salutogenese> [13.7.2020].

Singer, M. & Schubert, C. (2016): Psychoneuroimmunologie. Kein Körper ohne Seele. In: <https://www.ugb.de/gesundheitsfoerderung/psychoneuroimmunologie/> [21.8.2020].

Statistik Austria (2020): Gesundheitsdeterminanten. In: [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/index.html) [27.7.2020].

Statistik Austria (2015): Subjektiver Gesundheitszustand, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver\\_gesundheitszustand/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.html) [27.7.2020].

TTIA (Therapeutic Touch International Association) (2020): What is TT. In: <https://therapeutictouch.org/what-ist-tt/> [16.7.2020].

TTIA (Therapeutic Touch International Association) (2020a): The Process of Therapeutic Touch. In: <https://therapeutictouch.org/what-is-tt/history-of-tt/> [13.09.2020]

Therapeutic Touch Netzwerk Deutschland (2007): Die Therapeutic Touch-Methode. In: <https://www.therapeutic-touch-netzwerk.de/tt-methode/> [23.7.2020].

UMG Pflegedienst (Universitätsmedizin Göttingen) (2017): Komplementäre Pflege. In: [http://www.pflegedienst.med.uni-goettingen.de/de/content/patienten\\_angehoerige/391.html](http://www.pflegedienst.med.uni-goettingen.de/de/content/patienten_angehoerige/391.html) [21.7.2020].

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (o.J.) Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF 36). In: [http://www.familienmedizin-bremen.de/news/SF36\\_LQ\\_Fragebogen\\_01.pdf](http://www.familienmedizin-bremen.de/news/SF36_LQ_Fragebogen_01.pdf) [28.3.2019].

WHO (1986): Ottawa Charta. In: [https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11765377\\_93841002/9c18001a/Ottawa\\_Charta.pdf](https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11765377_93841002/9c18001a/Ottawa_Charta.pdf) [16.7.2020].

## 9 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

### Tabellen

<b>Tabelle 1:</b> PIKO-Schema	S.25
<b>Tabelle 2:</b> Verwendete Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Messzeitpunkten	S.27
<b>Tabelle 3:</b> Skalenwerte Well Being Scale vor und nach TT inkl. Ausmaß an Veränderung	S. 33
<b>Tabelle 4:</b> Outcomes SF-36 zu den verschiedenen Messzeitpunkten	S.34
<b>Tabelle 5:</b> Outcomes PSQ-30 zu den verschiedenen Messzeitpunkten	S.35
<b>Tabelle 6:</b> Skalenwerte Kohärenzgefühl über die verschiedenen Messzeitpunkte	S.37
<b>Tabelle 7:</b> Outcomes zu den 14 Items SALUS zu den verschiedenen Messzeitpunkten	S.38
<b>Tabelle 8:</b> kategorisierte Angaben hinsichtlich des Erlebens der TT-Interventionen	S.39f.

### Abbildungen

<b>Abbildung 1:</b> Skalenwerte Well Being Scale vor und nach der TT-Intervention	S.32
<b>Abbildung 2:</b> Ausprägung der Dimensionen des Stresserlebens laut PSQ zu den Messzeitpunkten	S.36
<b>Abbildung 3:</b> Veränderungen des Kohärenzgeföls bzw. der Teilkomponenten	S.36
<b>Abbildung 4:</b> generelle gesundheitserhaltende Ressourcen im Zeitverlauf	S.37

## **10 Anhang**

### **Übersicht: Vitalisierendes & Entspannendes TT-Interventionskonzept**

#### **Entspannendes TT-Interventionsangebot**

Grounding kurz

Unruffling

Grounding-Gelenke-Kunye Hand/Fuß inkl. Yongquan-Punkt optional mit Aromaölmischung “Anti-Stress-Öl” oder “Wohlfühlöl” von Evelyn Deutsch\*

I-TT Regulationspunkte: Gesundheitsförderung durch Stressreduktion

5-Elemente-Zirkel

2+4.Center

Oktaeder

Grounding dynamisch + Fersen halten

Nachruhephase, TT-spezifisches Aufsitzen

#### **Vitalisierendes TT-Interventionsangebot**

Grounding kurz

Unruffling

Kunye Hand/Fuß optional mit Aromaölmischung “Aktivierungsöl” oder “Wohlfühlöl” von Evelyn Deutsch\*

Knochenintervention

Brainbalancing

Chong Mai-Äste

I-TT Regulationspunkte: Gesundheitsförderung durch Stressreduktion

5-Elemente-Zirkel

2+4.Center

Oktaeder

Grounding dynamisch + Fersen halten

Nachruhephase, TT-spezifisches Aufsitzen

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

Diese Arbeit wurde nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

Graz, Oktober 2020