



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Arbeit

Welche Coping-Strategien und Ressourcen tragen zur Erhaltung der
Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten bei?

Verfasserin

Magdalena Erlebach

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie

(Mag. phil.)

Wien, im Mai 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

An erster Stelle gilt mein Dank meinen Eltern, Martha und Gerhard Erlebach und Raimund Aurenhammer, sowie meinen Geschwistern Katrin und Lukas, die mich immer dazu ermutigen, meinen Weg zu gehen und durch ihre liebevolle Unterstützung dafür sorgen, dass ich nicht stehen bleibe.

Des Weiteren bedanke ich mich bei meinen Freunden, im Speziellen bei Lukas Marksteiner und Rafael Heil, die immer ein offenes Ohr für meine Sorgen hatten und mir zu jeder Zeit eine große Stütze waren.

Ein besonderer Dank geht an Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber für das Interesse an meinem Thema und die Betreuung meiner Diplomarbeit. Vielen Dank auch an die Studienassistenten Andreas Kocman, Matthias Knefel und Stefanie Recker, die stets Zeit für meine Fragen fanden und mich immer mit konstruktiven Ratschlägen unterstützten.

Ich möchte mich weiters bei all jenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bedanken, die sich dazu bereit erklärt haben an meiner Studie teilzunehmen. Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Dr. Egger, Dr. Heidemarie Toplak und Mag. Andreas Zierhut, die mir die Erhebung im Geriatriezentrum Donaustadt ermöglicht haben und jederzeit mit Rat und Tat zur Seite standen.

Vielen Dank!

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
I	Theoretischer Hintergrund	
2	Altern aus psychologischer Sicht	11
2.1	Alterstheorien	12
2.1.1	Aktivitätstheorie	12
2.1.2	Disengagement-Theorie	13
2.1.3	Kontinuitätstheorie	13
2.1.4	Das Modell der selektiven Optimierung durch Kompensation	13
2.2	Kommentierende Zusammenfassung	14
2.3	Psychische und körperliche Veränderungen im Alter	14
2.4	Zusammenfassung	16
3	Lebenszufriedenheit Definition und Abgrenzung ähnlicher Begriffe	17
3.1	Subjektives Wohlbefinden	18
3.2	Affekt, Stimmung und Emotionen	18
3.3	Freude (Happiness)	19
3.4	Lebensqualität	20
3.5	Vergleich der Konstrukte	20
3.6	Definition der Lebenszufriedenheit	21
3.6.1	Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit	22
3.6.2	Lebenszufriedenheit im Alter	24
3.7	Zusammenfassung	28
4	Coping-Strategien und Ressourcen	29
4.1	Definition Coping	29
4.1.1	Proaktives Coping	32
4.2	Ressourcen im Alter	35
4.2.1	Soziale und Umweltbezogene Ressourcen	36
4.2.1.1	Sozioökonomischer Status	36
4.2.1.2	Wohnsituation	36
4.2.1.3	Freizeitaktivitäten	37
4.2.1.4	Soziales Netzwerk	38
4.2.2	Persönlichkeitsbezogene Ressourcen	39

4.2.2.1	Gefühl von Gesundheit	39
4.2.2.2	Selbstwert und Selbstakzeptanz	40
4.2.2.3	Selbstsicherheit, soziale Kompetenz und Extraversion	40
4.2.2.4	Gefühl von Kontrolle	41
4.2.2.5	Zuversicht, Gelassenheit und Heiterkeit	41
4.2.2.6	Religiöser Glaube und Spiritualität	42
4.2.2.7	Beziehungsfähigkeit	43
4.3	Kommentierende Zusammenfassung	44
5	Zusammenfassung	45
 II Empirischer Teil		
6	Fragestellungen	47
7	Methode	49
7.1	Stichprobe	49
7.2	Untersuchungsinstrumente	50
7.2.1	Geriatrische Depressionaskala (GDS)	50
7.2.2	Mini Mental State Examination (MMSE)	50
7.2.3	Satisfaction with life Scale (SWLS)	51
7.2.4	Proactive Coping Inventory (PCI)	51
7.2.5	Ressourcen Checkliste (RCL)	52
7.2.6	Durchführung der Studie	52
7.3	Statistische Verfahren	53
8	Ergebnisse	54
8.1	Analyse der verwendeten Messinstrumente	54
8.1.1	Reliabilitätsanalyse der Satisfaction with Life Scale	54
8.1.2	Reliabilitätsanalyse des Proactive Coping Inventory	54
8.1.3	Proactives Coping	55
8.1.4	Präventives Coping	55
8.1.5	Reliabilitätsanalyse der Ressourcencheckliste	55
8.2	Stichprobenbeschreibung	56
8.2.1	Geschlecht	57
8.2.2	Alter	58
8.2.3	Ausbildung	59

8.2.4	Familienstand und Kinder	60
8.2.5	Mobilität	61
8.3	Ergebnisdarstellung der Untersuchungsinstrumente	62
8.3.1	Geriatrische Depressionsskala (GDS)	62
8.3.2	Mini Mental State Examination (MMSE)	63
8.3.3	Satisfaction with Life Scale (SWLS)	65
8.3.4	Proactive Coping Inventory	67
8.3.5	Ressourcencheckliste	68
9	Hypothesenprüfung	71
9.1	Hypothese 1	71
9.2	Hypothese 2	72
9.3	Hypothese 3	74
9.4	Hypothese 4	78
9.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	80
10	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	82
10.1	Diskussion der eingesetzten Untersuchungsinstrumente	83
10.2	Soziodemographische Daten	84
10.3	Lebenszufriedenheit im Alter	85
10.4	Coping-Strategien	86
10.5	Ressourcen	87
11	Kritik und Ausblick	90
A	Itemtrennschärpen der eingesetzten Verfahren	117
A.1	SWLS	117
A.2	Proactive Coping	118
A.3	Präventives Coping	119
A.4	RCL	119
B	Deutsches Abstract	128
C	Abstract	130

Abbildungsverzeichnis

1	Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe	57
2	Altersverteilung in der Gesamtstichprobe	58
3	Verteilung der Mobilität in den Gruppen	62
4	Verteilung des GDS Gesamtwertes in beiden Gruppen	63
5	Verteilung der Medianwerte des MMSE	64
6	Verteilung der Gesamtwerte der Lebenszufriedenheit	65
7	Verteilung der Gesamtwerte der Proactiv Coping Skala	67
8	Verteilung der Gesamtwerte der Präventiv Coping Skala	68
9	Relevante Ressourcen in der Gesamtstichprobe	70
10	Vorhandene Ressourcen in beiden Gruppen	71
11	Streudiagramm Regression standardisierter Residuen	75
12	Regression standardisiertes Residuum	75

Tabellenverzeichnis

1	Reliabilitäten der Subskalen der RCL	56
2	Verteilung des Alters nach Geschlecht	59
3	Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung in den Versuchs- gruppen	60
4	Verteilung des Familienstandes in den Versuchsgruppen	60
5	Mittelwerte und Standardabweichungen der relevanten Ressourcen in beiden Gruppen	69
6	Modellparameter der multiplen Korrelation	73
7	Modellparameter der multiplen Korrelation	76
8	Itemtreffschärfe SWLS	117
9	Itemtreffschärfe Proactive Coping	118
10	Itemtreffschärfe Präventives Coping	119
11	Itemtreffschärfe Partner	119
12	Itemtreffschärfe Familie und Freunde	120
13	Itemtreffschärfe Freizeitaktivitäten	120
14	Itemtreffschärfe Gefühl der Gesundheit	121
15	Itemtreffschärfe Selbstsicherheit	121
16	Itemtreffschärfe Beziehungsfähigkeit	122
17	Itemtreffschärfe Spiritualität	123
18	Itemtreffschärfe Willenskraft und Mut	123
19	Itemtreffschärfe Gelassenheit	123
20	Korrelationen zwischen Ressourcen und der Lebenszufriedenheit . . .	125
21	Modellparameter der multiplen Korrelation	126
22	Übersicht Modellparameter	127

Anmerkung:

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der folgenden Arbeit auf eine gendergerechte Formulierung verzichtet. Es sei jedoch angemerkt, dass die betreffenden Bezeichnungen stets beide Geschlechter inkludieren.

1 Einleitung

Im Jahre 2010 lebten in Österreich 1.475.921 Personen, die 65 Jahre oder älter waren. Die Anzahl der Hochaltrigen (85+) betrug zu Jahresbeginn 2010 177.650, was einen Anstieg von 22,8% in Vergleich zum Jahr 2000 zeigt (Statistik Austria, Bevölkerungsstand 2010).

Durch den stetigen Wandel in der Bevölkerung zu einer steigenden Anzahl älterer und hochbetagter Menschen, rückt die Aufmerksamkeit zunehmend auf präventive Maßnahmen, um ein angenehmes und erfülltes Leben im Alter führen zu können. Die Altersforschung der letzten Jahre richtete ihr Hauptaugenmerk vor allem auf den Begriff des erfolgreichen Alterns, welcher sich hauptsächlich durch die Abwesenheit von Beeinträchtigungen und Krankheit im Alter definiert (Rowe & Kahn, 1997). Diesem Ansatz des Wohlbefindens im Alter, durch die Erhaltung der Gesundheit und Aktivität sind jedoch Grenzen gesetzt, denn mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen, sowie damit einhergehenden Einbußen in den Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (Melzer, McWilliams, Brayne, Johnson & Bond, 2000). Auch die Konfrontation mit Verlusten von sozialen Beziehungen (Lang, 2000; Lang, 2001) und deren erfolgreiche Bewältigung stellt eine Herausforderung im Alter dar.

George (2010) sowie Borg et al. (2008) konnten jedoch zeigen, dass Menschen trotz dieser Einschränkungen, die ein hohes Alter mit sich bringt, eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen. Allgemein konnte nachgewiesen werden, dass die Lebenszufriedenheit nicht wie vermutet mit einem hohen Alter abnimmt, sondern relativ stabil bleibt, beziehungsweise sogar steigt (Blanchflower & Oswald, 2008; Diener et al., 1995; 2003; Suh et al., 1998). Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, welche Prozesse hinter einer erfolgreichen psychischen Bewältigung unterschiedlicher Beeinträchtigungen und Einbußen im Alter stehen.

Schwarzer (2000; 2003), als auch Fiksenbaum und Greenglass (2006) gehen davon aus, dass erfolgreiches Coping wesentlich zur Bewältigung altersbedingter Verluste und somit zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit im Alter beiträgt. Das Vorhan-

densein unterschiedlicher persönlichkeits- und umweltbezogener Ressourcen scheint ebenso ein wesentlicher Aspekt in der Beantwortung dieser Frage zu sein (Dick, 2003).

In Bezug auf die steigende Anzahl hochbetagter Menschen, welche unter chronischen und multiplen Erkrankungen leiden und auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind, soll in dieser Arbeit untersucht werden, welche Coping-Strategien und Ressourcen dazu beitragen, trotz Beeinträchtigungen und Einschränkungen im Alter die Lebenszufriedenheit zu erhalten.

Teil I

Theoretischer Hintergrund

2 Altern aus psychologischer Sicht

Altern ist ein komplexer Prozess, welcher durch mehrere Faktoren bedingt ist und durch irreversible Veränderungen im Bereich der Lebensfunktionen gekennzeichnet ist (Lehr, 2007).

Ein hohes Alter geht häufig mit Einschränkungen in der Gesundheit und körperlichen Funktionen, als auch mit sozialen Verlusten einher (Greenglass et al., 2006). Die Verarbeitung und Bewältigung der mit dem Alter einhergehenden Verluste und Defizite ist eine wesentliche Aufgabe der Gerontopsychologie, bei welcher der Prozess des Älterwerdens, insbesondere Veränderungen im Erleben und Verhalten des Menschen im Mittelpunkt stehen (Martin & Kliegel, 2008). Im Wesentlichen werden in der Gerontopsychologie folgende drei Alterungsprozesse unterschieden:

- a) *Pathologisches Altern* bezeichnet das Älter werden, welches mit chronischer Krankheit (Demenz, schwere körperliche Erkrankung) einhergeht und somit zu Funktionseinschränkungen und einer geringeren Lebensqualität führt (Martin & Kliegel, 2008; Lehr, 2007; Kruse, 2007).
- b) *Normales Altern* versteht den typischen Entwicklungsverlauf im Alter und orientiert sich an Einbußen und Defiziten der durchschnittlichen Altersnorm (Lehr, 2003).
- c) *Erfolgreiches Altern* bedeutet nach Havighurst (1963) glücklich und zufrieden mit dem vergangenen und aktuellen Leben zu sein. Als Hauptindikator definiert Havighurst die Lebenszufriedenheit, die durch eine gelungene Anpassung an die veränderten Lebensumstände im Alter resultiert.

Während Havighurst (1963) darauf hinweist, dem Umstand gerecht werden zu müssen, dass erfolgreiches Altern ein individueller Prozess ist, der von der individuellen Le-

benssituation und Zielsetzungen abhängig ist, wurden auch Modelle zum erfolgreichen Altern konstruiert, welche eindeutige Faktoren des erfolgreichen Alterns definieren.

So definieren beispielsweise Rowe und Kahn (1997) in ihrem Modell die Abwesenheit von Krankheit und Beeinträchtigungen, eine hohe kognitive und physische Aktivität und ein aktives Engagement im Leben als wesentliche Kriterien des erfolgreichen Alterns.

Kritisch anzumerken ist an diesem Modell, dass es durch die vorgegebenen Komponenten keinen Spielraum für erfolgreiches Altern lässt und subjektive Empfindungen außer Acht gelassen werden.

Was ältere Personen selbst unter erfolgreichem Altern verstehen und wie diese das Konstrukt definieren, untersuchten Phelan, Anderson, LaCroix und Larson (2004). Erfolgreiches Altern wurde als multidimensionales Konstrukt verstanden, welches physische, funktionelle, psychologische und soziale Gesundheit umfasst. Bestehende Modelle wie jenes von Rowe und Kahn (1997) beziehen sich immer nur auf wenige Faktoren erfolgreichen Alterns, schließen jedoch nie alle mit ein.

2.1 Alterstheorien

Aufgrund der Relevanz unterschiedlicher Coping-Strategien und Ressourcen in dieser Arbeit soll im Folgenden ein kurzer Überblick über gängige psychologische Alterstheorien gegeben werden, welche auf unterschiedliche Weise das gemeinsame Ziel des erfolgreichen Alterns verfolgen, wobei auf die Definition einzelner Faktoren zum erfolgreichen Altern verzichtet wird. Stattdessen kommen unterschiedliche Bewältigungsstrategien zum Tragen, welche den Umgang mit Veränderungen im Alter erleichtern sollen.

2.1.1 Aktivitätstheorie

In der *Aktivitätstheorie* geht Tartler (1964; zitiert nach Lehr 2007) davon aus, dass erfolgreiches Altern das Beibehalten eines aktiven Lebensstils erfordere. Dabei sol-

len beispielsweise verlorene Sozialkontakte oder aufgegebene Aktivitäten durch einen geeigneten Ersatz kompensiert werden. Hauptannahme dieser Theorie ist, dass nur aktive Menschen, die etwas leisten und das Gefühl haben von der Gesellschaft gebraucht zu werden, glücklich sein können.

2.1.2 Disengagement-Theorie

Konträr dazu steht die *Disengagement-Theorie* von Cumming und Henry (1961; zitiert nach Lehr, 2007), welche das Bedürfnis nach einem Rückzug aus dem aktiven Leben, um sich in Ruhe auf das Lebensende vorbereiten zu können, als essentiell für erfolgreiches Altern ansieht. Das Gefühl gebraucht zu werden, verstehen die Autoren als Sicherheitsbedürfnis. Bietet die Gesellschaft ausreichende Hilfsdienste und Unterstützungen an, wird das Sicherheitsbedürfnis gestillt und der Mensch tendiert eher dazu sich zurück zu ziehen und sich auf das Lebensende vor zu bereiten.

2.1.3 Kontinuitätstheorie

Die *Kontinuitätstheorie* nach Atchley (1989, zitiert nach Lehr, 2007) geht davon aus, dass die Bewahrung innerer und äußerer Strukturen durch die Anwendung vertrauter Strategien erfolgreiches Altern ermöglicht. Innere Strukturen beziehen sich dabei unter anderem auf die Erhaltung der psychischen Einstellungen, des Temperaments, den Vorlieben und Fähigkeiten. Äußere Kontinuität beinhaltet das Leben in vertrauter Umgebung und die Interaktion mit vertrauten Menschen, als auch die Ausübung vertrauter Handlungen. Grundprinzip dieser Theorie ist die Beibehaltung der eigenen Identität über die inneren und äußeren Veränderungen durch das Alter hinweg.

2.1.4 Das Modell der selektiven Optimierung durch Kompensation

Das *Modell der selektiven Optimierung durch Kompensation* von Baltes und Baltes (1989), kurz SOK-Modell genannt, geht davon aus, dass die Lebenszufriedenheit als subjektives Konstrukt nicht als Hauptindikator für erfolgreiches Altern geeignet

ist. Ergänzend tragen Adaptionstrategien, wie Selektion, Optimierung und Kompensation als objektive Kriterien dazu bei, die individuellen Kapazitätsreserven im Alter bei zu behalten. Durch Selektion werden Handlungs- und Funktionsbereiche ausgewählt, welche durch die Optimierung erweitert werden. Gelangt man an die Grenzen der Erweiterung oder Durchführung dieser selektierten und optimierten Handlungs- und Funktionsbereiche, kommt es zu Kompensationsprozessen.

2.2 Kommentierende Zusammenfassung

Während sich die genannten Alterstheorien vor allem auf die Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten im Umgang mit den Veränderungen im Alter beziehen, definieren Modelle zum erfolgreichen Altern, wie jenes von Rowe und Kahn (1997) Faktoren, die das Konstrukt des erfolgreichen Alterns beschreiben. Ein wesentlicher Kritikpunkt an diesen Modellen ist, dass sie Menschen, welche altersbedingt an Beeinträchtigungen leiden nicht berücksichtigen und diese somit aus dem Begriff des erfolgreichen Alterns ausgeschlossen werden. Im Gegensatz hierzu bieten Alterstheorien mögliche Erklärungen anhand von Bewältigungsstrategien oder Ressourcen für den Umgang mit körperlichen und psychischen Veränderungen im Alter und schließen diese im Zusammenhang mit dem erfolgreichen Altern nicht aus. Im Folgenden soll kurz auf mögliche körperliche und psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Alter und deren Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen eingegangen werden.

2.3 Psychische und körperliche Veränderungen im Alter

Das Erreichen eines hohen Alters bedeutet neben Gewinn auch Verlust. So zählt die Lebenserfahrung, die Erfahrungen im Umgang mit Problemen, als auch die Weisheit, welche nach Kruse (2007) die höchste Ausprägung von Lebenserfahrung bezeichnet, zu den positiven Eigenschaften, die ein hohes Alter mit sich bringt (Lehr, 2007).

Körperliche Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Lebenssituation, die Konfrontation mit dem Verlust nahestehender Menschen, sowie die Angst vor

Einsamkeit und dem Sterben bilden hingegen die negativen Aspekte des Alters und deuten auf die Vulnerabilität oder Verletzlichkeit im Alter hin (Baltes & Baltes, 1991; Maercker, 2002; Kruse, 2001; 2007).

Minicuci et al. (2011) zeigten in einer länderübergreifenden Studie, dass die Erwartung der Zeit ohne Beeinträchtigungen mit zunehmendem Alter sinkt. Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus dem Jahr 2006/2007 ergab, dass Gesundheitsprobleme und chronische Erkrankungen mit dem Alter zunehmen. Zu diesem Zeitpunkt gaben zwei Drittel der 75-jährigen und älteren Personen an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Als Ursache dafür wird der Rückgang der Anpassungs- und Widerstandskräfte des Organismus und die daraus entstehende Vulnerabilität für Erkrankungen gesehen (Kruse, 2007).

Die häufigsten Erkrankungen, die mit dem Alter einhergehen sind chronische Herz-Kreislaufkrankungen, Schäden der Wirbelsäule und Gelenkerkrankungen, wie unter anderem Arthritis, Gelenksrheumatismus und Osteoporose, als auch Diabetes Mellitus (Statistik Austria, 2006/2007) und Demenzerkrankungen (Marengoni, 2008; Maercker, 2002). Auch psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angstzustände treten vermehrt im Alter auf (Maercker, 2002). Neben den häufigeren chronischen Erkrankungen kommt es im Alter auch zunehmend zu Multimorbidität (Marengoni et al, 2009; Maercker, 2002).

Durch die Zunahme an Krankheiten im Alter steigt auch die Anzahl jener älteren Menschen, die nicht mehr in der Lage sind ihren Alltag selbstständig zu bewältigen und somit auf eine Betreuung durch andere Personen angewiesen sind.

Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria im Jahre 2006/2007 gab an, dass jeder vierte Mann und jede dritte Frau ab 75 Jahren Probleme bei zumindest einer Aktivität des alltäglichen Lebens hat und somit die Hilfe anderer Personen benötigt. Das Erreichen eines hohen Lebensalters bedeutet neben Veränderungen von körperlichen und funktionalen Aspekten auch eine Veränderung im Bereich der sozialen Kontakte (Maercker, 2002).

Soziale Verluste ereignen sich vor allem durch den Tod des Partners, enger Freunde oder Verwandte oder durch die Abnahme an sozialen Kontakten durch eingeschränk-

te Aktivität und Rückzug aus dem sozialen Umfeld (Maercker, 2002). Nicht selten stellen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, soziale Verluste und dadurch entstehende Einsamkeit oder Isolation aber auch die wahrgenommenen Veränderungen im Alter wesentliche Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung dar. In einer Meta-Analyse von Cole und Dendukuri (2003) fanden sich Verwitwung, ein schlechter objektiver und subjektiver gesundheitlicher Zustand, als auch die Einschränkungen in den täglichen Aktivitäten als wesentliche Risikofaktoren für eine depressive Störung im Alter. Besonders multimorbide Menschen, welche medikamentös behandelt werden oder die Hilfe von anderen bedürfen, weisen eine erhöhte Prävalenz für depressive Erkrankungen auf. Neben Depressionen treten auch Schlafstörungen (Cole & Dendukuri, 2001) und Angstzustände vermehrt im Alter auf (Maercker, 2002). Da erfolgreiches Altern nicht immer auf das Fehlen von Krankheit und Beeinträchtigungen reduziert wird, sondern sich vor allem auf das subjektive Empfinden und die Zufriedenheit mit sich selbst bezieht, liegt die Aufmerksamkeit in dieser Arbeit bei jenen älteren Menschen, die trotz Beeinträchtigungen und Verlusten eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen.

2.4 Zusammenfassung

Das Ausmaß altersbedingter Beeinträchtigungen im körperlichen, als auch sozialen Sinn und die daraus resultierenden Einschränkungen in wesentlichen Bereichen des Lebens deuten darauf hin, dass ein hohes Alter mit einem erhöhten Risiko an Problemen einhergeht, denen man sich anpassen muss (Jopp & Rott, 2006a). In diesem Zusammenhang stehen vor allem unterschiedliche Bewältigungsstrategien, welche in verschiedenen Alterstheorien diskutiert werden. Allen gemeinsam ist das Ziel, Veränderungen, wie Verluste von sozialen Beziehungen und körperliche, als auch psychische Beeinträchtigungen zu kompensieren beziehungsweise einen erfolgreichen Umgang damit zu gewährleisten. Aufgrund der stetig wachsenden Anzahl älterer Menschen kommt jenen psychischen Prozessen, welche zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit im Alter beitragen, eine immer größer werdende Aufmerksamkeit zu. In

dieser Arbeit sollen daher bei älteren Menschen, welche auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind, unterschiedliche Coping-Strategien und einzelne Ressourcen auf ihre Relevanz für die Erhaltung der Lebenszufriedenheit untersucht werden, um den Umgang mit altersbedingten Veränderungen und Beeinträchtigungen zu erleichtern und somit die Zufriedenheit auch im hohen Alter zu bewahren.

3 Lebenszufriedenheit Definition und Abgrenzung ähnlicher Begriffe

In der bisherigen Literatur wurde Lebenszufriedenheit des Öfteren nur unzureichend von Begriffen wie Lebensqualität, subjektives Wohlbefinden, erfolgreiches Altern (successful aging), Glück oder Freude (Happiness) unterschieden. Die genannten Konstrukte beschreiben alle positive Zustände und werden in der Literatur oft synonym verwendet, was eine präzise Begriffsbestimmung erschwert (Diener, 1984; Diener, Oishi & Lukas, 2003; Yang, 2007; Kahneman, Diener & Schwarz, 1999). In den Arbeiten von Diener (1984), sowie Diener et al. (1985; 1999; 2003), Easterlin (2001), als auch Blanchflower und Oswald (2008) setzen die Autoren subjektives Wohlbefinden, als auch Lebenszufriedenheit mit Happiness gleich. Auch in den Arbeiten von Dick (2003), Lucas, Diener und Suh (1996), sowie Strack, Argyle und Schwarz (1991) kommt es zu keiner Differenzierung der Begriffe. Yang (2007) geht davon aus, dass Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden Varianten von Happiness sind und daher synonym verwendet werden können.

Diese Arbeit behandelt Lebenszufriedenheit als die kognitiv-evaluative Komponente aus dem Modell des subjektiven Wohlbefindens (SWB) von Diener, Suh, Lucas und Smith (1999). Im Folgenden soll daher ein kurzer Überblick über die Theorie des subjektiven Wohlbefindens gegeben werden und eine Abgrenzung der Lebenszufriedenheit und den bereits genannten Konstrukten erfolgen. Schließlich soll auf die Lebenszufriedenheit als eigenes Konstrukt und Indikator für SWB, als auch in Verbindung mit dem Alter eingegangen werden.

3.1 Subjektives Wohlbefinden

Diener et al. (1999) definieren subjektives Wohlbefinden (SWB) als “...a broad category of phenomena that includes people’s emotional responses, domain satisfactions, and global judgments of life satisfaction“ (S.277).

In dem von Diener et al. (1999; 2000) postulierten Komponentenmodell wird das subjektive Wohlbefinden in eine affektive und eine kognitiv-evaluative Komponente unterteilt. Positiver und negativer Affekt werden unter der affektiven Komponente summiert, während Bereichszufriedenheit (zB.: Arbeit, Freizeit, Familie) und die Lebenszufriedenheit die kognitiv-evaluative Komponente umfassen. Somit bezieht sich das subjektive Wohlbefinden auf die individuelle emotionale, als auch kognitive Bewertung des eigenen Lebens. Dies macht deutlich, dass sich SWB aus mehreren Konstrukten zusammensetzt, die voneinander zu trennen sind aber auch miteinander in Beziehung stehen (Lucas et al., 1996).

Des Weiteren weist Diener (1984; 2009) in seiner Theorie auf drei essentielle Merkmale des subjektiven Wohlbefindens hin. Erstens ist es subjektiv und wird als Zustand innerhalb eines Individuums gesehen. Zweitens beinhaltet es positive Faktoren und definiert sich nicht durch die Abwesenheit negativer Faktoren. Als drittes Kennzeichen, geht es bei dem subjektiven Wohlbefinden immer um eine allgemeine Bewertung aller Aspekte bezüglich dem eigenen Leben. Subjektives Wohlbefinden kann nach dieser Auffassung an sich nicht direkt gemessen werden, sondern ist nur über die Messung seiner einzelnen Komponenten möglich. Darüber hinaus wird das subjektive Wohlbefinden als stabiles Konstrukt verstanden, welches sich nach kritischen Lebensereignissen wieder erholt und zudem mit Persönlichkeitseigenschaften, wie beispielsweise Extraversion und Neurotizismus korreliert (Diener & Fujita, 1995; 2005).

3.2 Affekt, Stimmung und Emotionen

Die Stimmungen und Emotionen einer Person werden unter dem Begriff Affekt summiert und können sowohl positiver, als auch negativer Natur sein. Im Konstrukt des

subjektiven Wohlbefindens bilden sie die affektive Komponente.

Diener et al. (1999) definieren Affekte als "...people's on-line evaluations of the events that occur in their lives" (S. 277). Sie sind eher kurzfristig und instabil und können durch Stimuli der umgebenden Umwelt weitgehend beeinflusst werden (George, 2010). Diener et al. (1999) zählen Glück, Begeisterung, Stolz, Affektion, Freude und Ekstase zu der Subkomponente des positiven Affekts. Dem gegenüber stehen Schuld und Scham, Traurigkeit, Angst, Stress, Depression, sowie Neid als Bereiche des negativen Effekts.

Studien (Diener, Smith & Fujita, 1995; Lucas, Diener & Suh, 1996) konnten zeigen, dass es sich bei positivem und negativem Affekt um zwei voneinander unabhängige Faktoren handelt, als auch, dass die kognitive Komponente von den beiden anderen als separat und unabhängig anzunehmen ist. Vor allem die Häufigkeit der erlebten Gefühle und weniger die Intensität kann als wesentlicher Prädiktor für das subjektive Wohlbefinden angenommen werden (Diener, Sandvik & Pavot, 1991).

3.3 Freude (Happiness)

Wie bereits in Abschnitt 3.1 beschrieben wird in den zahlreichen Arbeiten Happiness häufig als Synonym für die Lebenszufriedenheit oder auch für das übergeordnete Konstrukt des subjektiven Wohlbefindens verwendet (Diener 1984; Diener et al., 1999; Easterlin, 2001). Happiness wird als stabile, globale Bewertung definiert, welche den Grad an positiver Lebensqualität eines Individuums umfasst (Easterlin, 2001; Veenhoven, 1997). Da auch Happiness aus der kognitiven Komponente der Lebenszufriedenheit und einer affektiven Komponente in Form der Häufigkeit und Intensität von Gefühlen besteht, ist dieser Begriff nicht scharf abgrenzbar und wird somit häufig mit subjektivem Wohlbefinden gleichgesetzt (Diener et al., 1999; 2003). Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit unterscheidet sich Happiness insofern, als es als übergeordnet, im Sinne des subjektiven Wohlbefindens angenommen werden muss und die Lebenszufriedenheit, neben Gefühlen eine Unterkomponente darstellt.

3.4 Lebensqualität

Die WHO definiert Lebensqualität als “... an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns“ (S. 1). In diesem Zusammenhang wird Lebensqualität als breites Konstrukt angenommen, welches die physische Gesundheit, den psychologischen Zustand, als auch den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen und persönlichen Überzeugungen einer Person involviert. Demzufolge ist Lebensqualität eine subjektive Bewertung und ein multidimensionales Konzept, welches nicht über einzelne Aspekte wie Gesundheit, psychischen Zustand und Lebenszufriedenheit erfasst werden kann, sondern die individuelle Sichtweise dieser und anderer Aspekte des Lebens verkörpert. Nach dieser Auffassung kann das subjektive Wohlbefinden als ein Teilaspekt beziehungsweise wichtiger Indikator der Lebensqualität gesehen werden (Diener, 1984). Als Komponente des subjektiven Wohlbefindens spielt demnach auch die Lebenszufriedenheit eine untergeordnete Rolle im Zusammenhang mit der Lebensqualität. Nach Efklides, Kalaitziidou und Chankin (2003) ist die Lebenszufriedenheit als ein Teil der subjektiven Lebensqualität anzunehmen.

3.5 Vergleich der Konstrukte

Obwohl die in diesem Abschnitt definierten Konstrukte in der bisherigen Forschungsliteratur häufig synonym gebraucht werden, scheint eine teilweise Abgrenzung voneinander naheliegend. So kann die Lebensqualität als übergeordnetes Konstrukt verstanden werden, welches sich anhand mehrerer Aspekte definiert. Das subjektive Wohlbefinden und Happiness setzen sich jeweils aus einer kognitiven und affektiven Komponente zusammen und können somit als synonyme Konstrukte verstanden werden, und als ein Aspekt der Lebensqualität angenommen werden (Easterlin, 2001; Diener, 1984). Der Affekt und die Lebenszufriedenheit bilden wiederum die Unterkomponenten des subjektiven Wohlbefindens beziehungsweise von Happiness, wobei der Affekt als instabil angesehen wird, da er von Stimuli der das Individuum um-

gebenden Umwelt leicht beeinflussbar ist (George, 2010). Die Lebenszufriedenheit als kognitive Komponente entspricht demgegenüber einer globalen Bewertung über das ganze Leben und kann daher als stabil angesehen werden. Anders als Affekt und Emotionen schließt sie auch vergangene, gegenwärtige und zukünftige Ereignisse mit ein (Schuhmacher, Gunzelman & Brähler, 1996) und scheint sich nach negativen Ereignissen wieder zu erholen (Diener, 2003). Aus diesem Grund soll die Aufmerksamkeit in dieser Arbeit auf dem Konstrukt der Lebenszufriedenheit liegen.

3.6 Definition der Lebenszufriedenheit

Veenhofen (1997) versteht unter Lebenszufriedenheit "...the degree to which a person evaluates the overall quality of his life as a whole positively" (S. 5). Lebenszufriedenheit wird von Diener (1984) als die kognitiv-evaluative Komponente des subjektiven Wohlbefindens angenommen und ist eine globale Bewertung über das eigene Leben als Ganzes. Die Bewertung erfolgt dabei über einen Vergleich der eigenen Lebensumstände mit dem Standard, den man für sich persönlich gewählt hat (Diener et al., 1985). Die Lebenszufriedenheit ist als unabhängige Komponente anzusehen und von affektiven Dimensionen abzugrenzen. Als kognitive Komponente ist die Lebenszufriedenheit auch als stabiler anzusehen als Stimmungen und Affekt (Diener, 2003).

Diener et al. (1999) unterscheiden in ihrem Komponentenmodell des subjektiven Wohlbefindens die Lebenszufriedenheit als Ganzes und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit. Letztere bezieht sich auf spezifische Lebensbereiche, wie das soziale Umfeld, die Arbeit, das Einkommen oder die Gesundheit einer Person. Die Einschätzung der Zufriedenheit in den unterschiedlichen Bereichen ist abhängig von der Kultur, in welcher eine Person lebt und der subjektiven Wertigkeit des jeweiligen Bereiches (Diener, 1984).

Auch für Schumacher, Gunzelmann und Brähler (1996) ist die Lebenszufriedenheit die "...individuelle kognitive Bewertung der vergangenen und der gegenwärtigen Lebensbedingungen sowie der Zukunftsperspektive, wobei die aktuelle Lebenssituation

mit eigenen Lebenszielen, Wünschen und Plänen aber auch mit der Situation anderer Menschen verglichen wird“ (S.2).

Gleich wie Diener (1999) unterscheiden die Autoren zwischen einer globalen und einer bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit, welche auf einer Abwägung individuell mehr oder weniger wichtiger Lebensbereiche basiert. Der Lebenszufriedenheit als kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens und Happiness kommt nach dieser Abgrenzung eine essentielle Bedeutung im Zusammenhang mit erfolgreichem Altern zu und kann als ein wesentlicher Teilaspekt der Lebensqualität angenommen werden. Als stabiles Konstrukt über die Zeit muss sie von den Stimmungen und Gefühlen als unabhängig angenommen werden und abgegrenzt werden.

3.6.1 Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit

Bezüglich der Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit existieren in der bisherigen Forschungsliteratur eher uneinheitliche Ergebnisse.

So gehen Myers und Diener (1995) davon aus, dass es keine Unterschiede in der Lebenszufriedenheit bezüglich des Alters, des Geschlechts und des sozialen Status gebe.

In der Studie von Easterlin (2001) zeigte sich eine konstante Lebenszufriedenheit über die Lebensspanne, signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts konnten ebenfalls nicht festgestellt werden. Allerdings zeigte sich bei den Frauen im Vergleich zu den Männern ein leichter Abstieg in der Lebenszufriedenheit.

In der Meta-Analyse von Pinquard und Sorensen (2001) hingegen, welche 286 empirische Studien beinhaltet, gaben ältere Frauen eine geringere Lebenszufriedenheit an, als die männlichen Teilnehmer, wodurch das Geschlecht als Einflussfaktor angenommen werden kann. Ein Effekt des Geschlechts auf die Lebenszufriedenheit, konnte auch in der Studie von Berg, Hassing, McClearn, und Johansson (2006) mit 315 Teilnehmern zwischen 80 und 98 Jahren nicht aufgezeigt werden. Allerdings zeigten sich diesbezüglich unterschiedliche Einflüsse der Kovariaten. Während bei Frauen die selbstberichtete Gesundheit und depressive Symptomatik mit der Lebenszufriedenheit zusammenhängen, so beeinträchtigte bei Männern vor allem der Verlust der

Ehepartnerin die Lebenszufriedenheit. Ein weiterer Überblick bezüglich des Verlaufs der Lebenszufriedenheit über die Lebensspanne und vor allem im Zusammenhang mit dem Alter soll in Abschnitt 3.6.2 gegeben werden. Unterschiede fanden sich in Easterlins (2001) Studie jedoch bezüglich des Bildungsgrades und der ethnischen Abstammung. So gaben Personen mit einer höheren Bildung auch eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit an, als jene mit weniger Bildung, wobei sich in beiden Gruppen keine Veränderung der Lebenszufriedenheit über die Zeit zeigte. Bezüglich der ethnischen Abstammung zeigte sich in jeder Kohorte eine niedrigere Lebenszufriedenheit bei Dunkelhäutigen, wobei in dieser Gruppe die Lebenszufriedenheit über die Jahre zunahm, was der Autor auf die Verbesserung im Arbeitsbereich und damit einhergehendem höheren Einkommen von dunkelhäutigen Menschen zurückführt. In einem von Diener, Oishi und Lucas (2003b) durchgeführten Review zeigten sich unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit hinsichtlich industrialisierter und weniger industrialisierter Länder. In westlichen, individualisierten Ländern (Kanada, Finnland) scheint die Zufriedenheit mit sich selbst mehr Einfluss auf die globale Lebenszufriedenheit eines Menschen zu haben, als in weniger industrialisierten Ländern (Indien), wo vor allem die finanzielle Zufriedenheit einen Effekt auf die Lebenszufriedenheit hat. Die Autoren erklären sich diesen Umstand anhand unterschiedlich abgedeckter Bedürfnisse in verschiedenen industrialisierten Ländern im Sinne der Bedürfnispyramide von Maslow (1943). Während in weniger industrialisierten Ländern vor allem physiologische Bedürfnisse wie Nahrung, Gesundheit und Wohnverhältnisse von Bedeutung sind, sind es in der westlichen Welt vor allem soziale und individuelle Bedürfnisse, welche durch ihre Erfüllung die Lebenszufriedenheit beeinflussen.

Die unterschiedlichen Ergebnisse der diesbezüglich durchgeführten Studien werfen die Frage auf, welche Faktoren hinter der Erhaltung der Lebenszufriedenheit, vor allem im Zusammenhang mit dem Alter stehen. Während Diener und Meyers (1995) von persönlichkeitsbedingten Faktoren, wie Charaktereigenschaften, sozialen Beziehungen, Kultur und Religiosität ausgehen, schreibt Easterlin (2001) aufgrund der Ergebnisse seiner Studie den sozioökonomischen Faktoren, wie Bildung und ethni-

scher Herkunft eine wesentliche Bedeutung zu.

Da sich diese Arbeit auf Menschen richtet, welche durch ihr fortgeschrittenes Alter bereits mehrere Einbußen in ihrem Leben erfahren haben, stehen vor allem jene Einflussfaktoren im Zentrum des Interesses, welche es ermöglichen, die Lebenszufriedenheit trotz sozialer Verluste und körperlicher Einschränkungen zu erhalten.

3.6.2 Lebenszufriedenheit im Alter

Aufgrund der stetig wachsenden Zahl der alternden Bevölkerung in den Industrieländern widmet sich die Aufmerksamkeit der Forschung zunehmend dieser Bevölkerungsgruppe und insbesondere den Aspekten des erfolgreichen Alterns und der Erhaltung von Lebensqualität bei älteren Menschen. Der Lebenszufriedenheit kommt hierbei als wesentlicher Indikator eine wichtige Bedeutung im Zusammenhang mit den beiden genannten Konstrukten zu (Havighurst, 1963). Aufgrund der mit dem Alter in Verbindung gebrachten psychosozialen Verluste (Baltes & Baltes, 1991), als auch körperlichen Einschränkungen beschäftigt sich die Theorie hauptsächlich mit der Frage, inwiefern die Stabilität der Lebenszufriedenheit auch im Alter erhalten bleibt, oder ein hohes Alter automatisch mit einer Verminderung der Lebenszufriedenheit einhergeht, diese konstant bleibt oder ob sie sich eventuell sogar steigert.

Die Steigerung der Lebenszufriedenheit im Alter wird häufig mit dem Begriff des "Zufriedenheits- Paradoxon" gleichgesetzt, welches besagt, dass die Lebenszufriedenheit über die Lebensspanne in einer U-förmigen Linie verläuft. Demnach ist sie im mittleren Alter am Geringsten ausgeprägt, während sie im höheren Alter wieder in einer konvexen Steigung verläuft (Blanchflower & Oswald, 2008). Der U-förmige Verlauf der Lebenszufriedenheit mit dem Alter konnte in mehreren Studien (Clark, 2007; Clark & Oswald, 2006; Baird, Lucas & Donnellan, 2010) repliziert werden, wonach die Annahme Dieners (2003), welche die Stabilität der Lebenszufriedenheit über die Zeit postuliert, in Frage gestellt wird.

Andere Autoren (Schilling, 2005; 2006) stehen diesen Ergebnissen jedoch kritisch

gegenüber. Sie gehen davon aus, dass die U-förmige Linie der Lebenszufriedenheit aufgrund von Kohorteneffekten resultiert, da es sich bei den meisten Studien um Querschnittsuntersuchungen handelt. In diesem Fall wäre es möglich, dass eine bestimmte Generation in besseren oder schlechteren Zeiten (während des zweiten Weltkrieges) geboren wurde und somit die Lebenszufriedenheit dementsprechend als positiver oder negativer beurteilt. Blanchflower und Oswald (2008) untersuchten in einer Studie mit 500.000 Amerikanern und Europäern das Lebenszufriedenheits-Paradoxon wobei sie diesbezüglich Daten aus den Jahren 1974- 2004 untersuchten. Aufgrund dieser langen Zeitspanne existierten Daten von Personen, welche vor 1900 geboren wurden bis hin zu denjenigen, welche nach 1980 auf die Welt kamen, wodurch es den Autoren möglich wurde eigene Kohorten-Variablen zu erstellen, indem sie jedes Geburtsjahrzehnt (beginnend vor 1900) als eigene Dummy Variable kreierten und somit Alters- und Kohorteneffekte voneinander trennen konnten. Des Weiteren kontrollierten die Autoren das Einkommen, den Familienstand, als auch die Bildung der Personen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass die Lebenszufriedenheit bei Männern mit 44 Jahren und bei Frauen mit 45 Jahren ihr Minimum erreicht und mit zunehmendem Alter wieder ansteigt. Die Autoren postulieren somit, dass der U-förmige Verlauf der Lebenszufriedenheit über das Alter nicht von Kohorteneffekten beeinflusst wird. Eine Studie des Forschungsinstitutes für Arbeit (IZA), replizierte im Jahr 2009 die Studie von Clark (2007), welcher den Verlauf der Lebenszufriedenheit anhand von Daten aus der englischen Bevölkerung untersuchte und mit seinen Ergebnissen den U-förmigen Verlauf ebenfalls stützen könnte. Die Autoren der IZA -Studie Gwozdz und Sousa-Poza untersuchten anhand von Daten aus einer deutschen Stichprobe den Zusammenhang von Alter und Lebenszufriedenheit, unter Berücksichtigung von Kohorteneffekten und konnten ebenfalls einen U-förmigen Verlauf feststellen. Anders als Clark (2007) kontrollierten sie jedoch in einem weiteren Schritt anhand einer Regression mit festen Effekten zusätzlich die unbeobachteten individuellen und zeitlichen Veränderungen, wonach das Alter in keiner Gruppe mehr signifikant wurde und die Lebenszufriedenheit über die Zeit eine stabile Linie aufweist. Die Autoren gehen daher davon aus, dass die U-förmige

Linie zwar nicht direkt von Kohorteneffekten ausgelöst wird, sondern regionalbedingte Kohorteneffekte eine mögliche Ursache seien. Anders zu diesen Ergebnissen fanden auch mehrere Autoren nicht nur einen stabilen Verlauf der Lebenszufriedenheit, sondern auch einen Anstieg mit zunehmendem Alter.

Suh, Diener, Oishi und Triandis (1998) wiesen in einer Studie mit 60000 Erwachsenen aus 40 Nationen einen leichten Anstieg in der Lebenszufriedenheit nach. Jedoch zeigte sich ein Abfall des positiven Affekts mit dem Alter. Eine mögliche Erklärung sei nach Suh et al. (1998), dass jüngere Personen ein höheres Level an Freude empfinden, ältere Menschen jedoch dazu tendieren, ihr Leben im Allgemeinen positiver zu bewerten. In der Studie von Ehrlich und Isaakowitz (2002) wurden die Ergebnisse von Suh et al. (1998) gestützt. Die Autoren untersuchten das subjektive Wohlbefinden in Abhängigkeit vom Alter bei 18 bis 94-jährigen. Dabei konnten keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Lebenszufriedenheit entdeckt werden. Es zeigte sich aber ein Anstieg der Lebenszufriedenheit in der Altersgruppe der 60 bis 94-jährigen.

Konträre Ergebnisse fanden sich jedoch wieder in einer Studie von Baird, Lucas und Donnellan (2010), welche Daten aus einer deutschen und einer britischen Stichprobe untersuchten. In beiden Samples zeigte sich ein Abstieg der Lebenszufriedenheit bei den über 70-jährigen Teilnehmern, während sie bis dahin relativ stabil verläuft. Die Ergebnisse der englischen Stichprobe deuteten einen Anstieg der Lebenszufriedenheit in der Zeit zwischen 40 und 70 Jahren an, was wiederum im Einklang mit einem U-förmigen Verlauf steht.

Cheng (2001), welcher Daten einer Längsschnittstudie in Taiwan, aus den Jahren 1989-1993 hinsichtlich dem Einfluss von kritischen Lebensereignissen (zum Beispiel Verwitwung; Verschlechterung der Gesundheit) auf die Lebenszufriedenheit hin untersuchte, fand ebenfalls einen Abstieg der Lebenszufriedenheit bei den über 65-jährigen Teilnehmern. Nach kontrollieren diverser Einflussfaktoren (soziodemographische Variablen, Aktivität, Einkommen) zeigte sich jedoch bei der Gruppe der über 70-jährigen wieder ein Anstieg in der Lebenszufriedenheit.

Die Ergebnisse aus den Studien des IZA (2009) und Van Landeghem (2008) zeigten zwar eine stabile Lebenszufriedenheit über die Zeit jedoch nahm die Lebens-

zufriedenheit bei den über 85- jährigen Teilnehmern ab. Die Autoren fanden diesbezüglich einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der wahrgenommenen Gesundheit der Teilnehmer, wohingegen die objektive Gesundheit einen viel geringeren Einfluss zu haben scheint. Die Ergebnisse von Cheng (2001), Gwozdz und Sousa-Poza (2008) und Van Langedem (2008) weisen darauf hin, dass es im Alter Faktoren gibt, die durch ihren Einfluss auch als Ressourcen für die Lebenszufriedenheit genutzt werden können. Der Zusammenhang wesentlicher Ressourcen in Bezug auf die Lebenszufriedenheit soll daher im Abschnitt 3.9 genauer erläutert werden.

In jüngeren Studien wird der Fokus bezüglich der Stabilität in der Lebenszufriedenheit weniger auf das Alter, sondern mehr auf die verbleibende Zeit bis zum Tod der Personen gelegt, wodurch sich der Abstieg in der Lebenszufriedenheit bei Hochaltrigen (85+) erklärt. Gerstorf, Ram, Röcke, Lindenberger und Smith (2008) untersuchten anhand der Daten der Berliner Altersstudie, die Lebenszufriedenheit von 70 bis über 100- jährigen in Abhängigkeit des Alters, als auch der verbleibenden Lebensjahre bis zum Tod. Dabei zeigte sich, dass die Distanz bis zum Tod (-.75) mit einer größeren Verminderung der Lebenszufriedenheit einhergeht, als mit zunehmendem Alter (-.33). Gerstorf et al. (2008) postulieren aufgrund ihrer Ergebnisse einen relativ stabilen Verlauf der Lebenszufriedenheit über die Lebensspanne, gehen jedoch davon aus, dass sich die Bewältigungs- und Anpassungskapazität bei sehr alten Personen in den letzten Jahren vor ihrem Tod zunehmend verringert.

Trotz der unterschiedlichen Forschungsergebnisse hinsichtlich des Verlaufs der Lebenszufriedenheit bei hochaltrigen Personen, weist die Lebenszufriedenheit in beinahe allen Studien eine relative Stabilität bis ins hohe Alter auf. Angesichts der bereits in Abschnitt 2.2 genauer behandelten körperlichen, als auch sozialen Einbußen, welche im Zusammenhang mit dem Alter auftreten können, stellt sich die Frage, welche individuellen Mechanismen hinter einer erfolgreichen Bewältigung altersspezifischer Probleme stehen, und somit zur Erhaltung eines relativ hohen Levels an Lebenszufriedenheit beitragen. Wie in gängigen Alterstheorien (Abschnitt 2.1) postuliert,

spielen Ressourcen und unterschiedliche Coping-Strategien hierbei eine wesentliche Rolle. Insbesondere bei Menschen, welche aufgrund körperlicher oder funktioneller Einschränkungen in einem Pflegeheim wohnen, dürften diverse Coping-Strategien und Ressourcen von großer Bedeutung sein. Verschiedene Coping-Strategien und Ressourcen werden daher im folgenden Abschnitt näher beleuchtet.

3.7 Zusammenfassung

Die Lebenszufriedenheit kann als kognitiv-evaluative Komponente des subjektiven Wohlbefindens angenommen werden und stellt eine allgemeine Bewertung des Lebens als Ganzes dar (Diener, 1984; 2003).

Bezüglich der Stabilität der Lebenszufriedenheit über die Zeit finden sich in der aktuellen Forschungsliteratur jedoch uneinheitliche Ergebnisse. Während Diener (2003) von der Lebenszufriedenheit als relativ stabiles Konstrukt ausgeht, welches sich nach kritischen Lebensereignissen wieder zu erholen scheint und vor allem durch Persönlichkeitsfaktoren und kulturelle Einflüssen bestimmt wird, zeigen Studienergebnisse bezüglich der Lebenszufriedenheit im Alter andere Ergebnisse. So plädieren Blachflower und Oswald (2008), Clark, (2007), als auch Clark und Oswald, (2006) für einen U-förmigen Verlauf, während andere Studien sowohl einen Abstieg (Chen, 2000; Gwozdz & Sousa-Poza, 2008; Van Langedem, 2008; Gerstorff, Ram, Röcke, Lindenberger & Smith, 2008), als auch einen Anstieg (Suh, Diener, Oishi & Triandis 1998; Ehrlich & Isaakowitz, 2002) der Lebenszufriedenheit im hohen Alter postulieren. Die Autoren erklären sich diese Unterschiede vor allem durch Kohorteneffekte in den Stichproben, oder sehen länderspezifische Ursachen als Auslöser. Ein weiterer Erklärungsansatz geht zusätzlich von erfolgreichen Bewältigungsstrategien und Ressourcen aus (Van Landeghem, 2008; Gwozdz & Sousa-Poza, 2008; Chen, 2000), was auch im Einklang mit gängigen Alterstheorien steht. Des Weiteren konnten Studien aus den vergangenen Jahren feststellen, dass weniger das Alter, als die verbleibende Lebenszeit von alten Menschen mit der Lebenszufriedenheit in Verbindung steht (Gerstorff et al., 2008; 2010).

In der zugrundeliegenden Arbeit richtet sich der Fokus der Aufmerksamkeit vor allem auf die Erhaltung der Lebenszufriedenheit bei Menschen, welche aufgrund ihres hohen Alters an unterschiedlichen Beeinträchtigungen leiden und daher auf die Hilfe andere Personen angewiesen sind. In diesem Zusammenhang steht die Stabilität der Lebenszufriedenheit im Alter, als auch jene Prozesse, welche zu dieser Stabilität beitragen im Zentrum der Aufmerksamkeit.

4 Coping-Strategien und Ressourcen

Coping ist ein spezifisches, individuelles Konstrukt, welches vielfach situations- und personenabhängig ist und einer bewussten Auseinandersetzung mit möglichen Stressoren bedarf (Schwarzer & Knoll, 2003). Der Einsatz effizienter Coping-Strategien ist ein wichtiger Faktor für erfolgreiches Altern, da es als eine wesentliche Ressource zur Bewältigung von altersbedingten Verlusten angesehen werden kann (Fiksenbaum, Greenglass & Eaton 2006).

Matheny et al. (2002) kamen zu dem Ergebnis, dass die erfolgreiche Anwendung von Coping-Strategien zu einer Reduzierung des wahrgenommenen Stresserlebens führt, was sich indirekt positiv auf die Lebenszufriedenheit auswirkt.

Im Hinblick auf die Erhaltung der Lebenszufriedenheit im Alter dürfte der effektive Einsatz von diversen Bewältigungsstrategien und Ressourcen ein entscheidender Faktor sein, um sich den gegebenen Umständen anpassen zu können. Im Folgenden soll eine Definition des Konstrukts Coping, sowie eine Beschreibung und Unterscheidung verschiedener Coping-Strategien erfolgen. Des Weiteren folgt ein kurzer Überblick über jene Ressourcen, welche nach Dick (2003) durch ihre Verfügbarkeit das Wohlbefinden von Menschen positiv beeinflussen können.

4.1 Definition Coping

Folkman und Lazarus (1980) definieren Coping als "... the cognitive and behavioral efforts made to master, tolerate, or reduce external and internal demands and

conflicts among them“ (S. 223). Die Autoren differenzieren zwischen zwei Arten von Coping. Das problemfokussierte Coping einerseits, welches auf die Bewältigung oder Veränderung der stressauslösenden Bedingungen abzielt und das emotionsfokussierte Coping, welches den Umgang mit emotionalen Stresserleben meint. Während bei problemfokussiertem Coping von einer Person aktive Handlungen gesetzt werden, um aus der Beziehung zwischen Person und Umwelt entstandene Probleme wieder zu lösen, versteht man unter emotionsfokussiertem Coping kognitive Strategien, wodurch problembesetzte Situationen nicht durch aktives Handeln zu ändern versucht werden, sondern ihnen eine neue Bedeutung zugeschrieben wird, was eine interne Restrukturierung durch die involvierte Person erfordert (Zeidner & Endler, 1996). Aus der Sicht von Folkman und Lazarus (1984) werden Coping-Strategien dann eingesetzt, wenn eine Situation auftritt, in welcher die vorhandenen Ressourcen eines Individuums zur Bewältigung nicht mehr ausreichen.

Stressbesetzte Situationen können sich jedoch nicht nur auf Ereignisse in der Vergangenheit oder der Gegenwart beziehen, sondern auch auf die nahe oder ferne Zukunft. So können Ereignisse in der Zukunft eine unüberwindbare Hürde für eine Person darstellen, da sie in der Gegenwart nicht über die nötigen Coping-Strategien und Ressourcen verfügt, welche zu einer positiven Bewältigung nötig wären (Schwarzer & Knoll, 2003). Schwarzer und Knoll (2003) sehen daher im Zusammenhang mit Coping-Strategien die zeitliche Dimension als wesentlich an, welche in der Erforschung der traditionellen Coping-Modelle nicht berücksichtigt wurde.

Im Unterschied zu Folkman und Lazarus (1984) unterscheidet Schwarzer (2000) in Bezug auf die zeitliche Dimension vier verschiedene Coping-Strategien:

- a) Unter *reaktivem Coping* versteht man die Bewältigung bereits eingetretener oder in der Gegenwart eintretender stresshafter Erlebnisse, wie beispielsweise eine Kündigung der Arbeitsstelle oder den Verlust eines nahestehenden Menschen. Es handelt sich dementsprechend um den Umgang mit bereits Geschehendem beziehungsweise gerade geschehenden Ereignissen und ist somit gleich zu setzen mit dem Verständnis der Coping-Strategien von Folkman und Lazarus (1984). Prozes-

se wie Kompensation, Umstrukturierung des Denkens durch neue Zielsetzungen oder Sinngebung sind notwendige Schritte, um das Geschehene zu verarbeiten. Der Umgang mit einem stressvollen Ereignis in unmittelbarer Zukunft wird als

- b) *antizipatorisches Coping* bezeichnet. Der Fokus liegt hier in der Mobilisierung von Ressourcen, um ein bevorstehendes Ereignis, welches mit Sicherheit in naher Zukunft eintreffen wird, erfolgreich zu bewältigen, zu verhindern oder die Konsequenzen zu reduzieren. Es handelt sich in diesem Fall um absehbare, stressvolle Situationen, wie ein Zahnarztbesuch, eine bevorstehende Rede zu halten oder Prüfungen, welche zu bewerkstelligen sind.
- c) *Präventives Coping* wird als Vorbereitung auf stressvolle Situationen in ferner Zukunft gesehen. Ressourcen werden frühzeitig gebildet, um den Schweregrad der Konsequenzen eines möglichen Ereignisses zu vermindern oder die Auftrittswahrscheinlichkeit zu verringern, wobei dieses Ereignis eintreten kann aber nicht muss. Ein Beispiel hierfür wäre eine gesunde Lebensweise, um Krankheiten vor zu beugen oder Geld zu sparen, um für die Zukunft vorzusorgen. Die vierte Coping-Strategie nach Schwarzer ist das
- d) *proaktive Coping*, welches er als Prototyp des positiven Copings bezeichnet, da es nicht an stressvolle Ereignisse gebunden ist. Es bezeichnet vielmehr das Bemühen, allgemeine Ressourcen aufzubauen, um das eigene persönliche Wachstum zu fördern. Das Wesentliche bei dieser Form des Copings liegt darin, mögliche Risiken, welche in ferner Zukunft eintreten könnten, nicht als Bedrohung wahrzunehmen, sondern als Herausforderung anzusehen. Nach Fiksenbaum et al. (2006) beinhaltet proaktives Coping das Setzen von Zielen und den festen Glauben, selbst die Fähigkeiten aufbringen zu können, diese Ziele auch zu erreichen. Gerade im Hinblick auf die Erhaltung der Lebenszufriedenheit im Alter scheint diese Coping-Strategie besonders geeignet zu sein, da sie zu einer Verminderung von sogenannten daily hassles (häufig auftretende Stressoren, welche aufgrund der Interaktion eines Individuums mit seiner Umwelt entstehen; Kanner, Coyne,

Schaefer und Lazarus, 1981) beiträgt, die im Alter häufig kumulativ auftreten und so zu Frustration und Unzufriedenheit führen (Fiksenbaum et al., 2006).

Das problem- und emotionsfokussierte Coping nach Folkman und Lazarus (1984) beziehungsweise das reaktive Coping nach Schwarzer (2000) zielt darauf ab, negative oder belastende Ereignisse, welche bereits eingetreten sind zu bewältigen. In Hinblick auf mögliche Stressoren im Alter scheinen präventive und proaktive Bewältigungsstrategien insofern einen Vorteil zu haben, da deren präventiver Aufbau während der gesamten Lebensspanne bereits einen positiven Einfluss auf sich verändernde Umstände zu haben scheint, indem sie in ihrer Stärke bereits abgeschwächt werden und somit auch irreversible Veränderungen möglicherweise besser bewältigt werden können. Schwarzer und Taubert (2002) gehen davon aus, dass Menschen dazu neigen, sich im Laufe des Lebens immer mehr Ressourcen anzueignen, um gegen zukünftige Krisen resistent genug zu sein, als auch um das persönliche Wachstum zu fördern und genügend Kapazitäten aufzubauen. Aus Sicht der Autoren sollte daher der Fokus zukünftiger Forschungen mehr auf der vorausschauenden Perspektive des proaktiven Coping liegen, als auf den traditionellen Modellen der reaktiven Bewältigungsstrategien.

4.1.1 Proaktives Coping

Schwarzer (2000) definiert proaktives Coping als "... an effort to built up general resources that facilitate promotion towards challenging goals and personal growth" (S. 349).

Der wesentliche Unterschied zu den Coping-Strategien im Sinne von Lazarus (1984) besteht darin, dass proaktives Coping nicht von der Bewältigung eines stressbesetzten, schmerzlichen Ereignisses in naher oder ferner Zukunft ausgeht, sondern diese als Herausforderungen wahrnimmt, welche das persönliche Wachstum fördern.

Während sich also reaktive Coping-Strategien eher mit dem Umgang und der Bewältigung von Risiken beschäftigen, welche bereits eingetreten sind, orientiert sich proaktives Coping an dem Erreichen von Zielen (Schwarzer & Knoll, 2003) und der Um-

wandlung von Stress in Eustress, eine positive Form von Stress im Sinne von Vitalität und produktiver Erregung (Schwarzer & Taubert, 2002). Vor allem die Unterscheidung von präventiven und proaktiven Coping scheint in manchen Fällen schwierig, da bei beiden Strategien der Fokus darauf liegt, im Vorhinein zu planen und Ressourcen zu sammeln, welche im Falle schwieriger Situationen zur Verfügung stehen. Entscheidend für die Abgrenzung ist jedoch, ob die zugrunde liegende Motivation aufgrund einer wahrgenommenen Bedrohung entstand oder aufgrund einer Herausforderung (Schwarzer & Knoll, 2003).

Die Sicht als Herausforderung dient als positive Motivation für den aktiven Aufbau von Ressourcen, wodurch Stress in produktive Energie (Eustress) umgewandelt wird. Die zukunftsorientierte Sichtweise dient der Prävention von Ressourcenerschöpfung und ermöglicht eine schnelle Mobilisierung von Ressourcen, wenn diese akut gebraucht werden (Greenglass & Fiksenbaum, 2009).

Die wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben beziehungsweise der Glaube daran, dass das Leben durch individuelle und nicht externen Faktoren bestimmt wird, als auch dass es reich an verfügbaren Ressourcen ist, werden als wesentliche Bestandteile für das erfolgreiche proaktive Coping aufgefasst (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum & Taubert, 1999; Greenglass et al., 2006). Dies setzt demnach die Einstellung voraus, selbstwirksam handeln zu können und seine Ziele auch in Hinblick auf Hindernisse erreichen zu können, was wiederum positiv zum Wohlbefinden einer Person beiträgt (Schwarzer & Knoll, 2003; Fiksenbaum & Greenglass, 2006; Greenglass & Fiksenbaum, 2009). Die Anwendung von proaktiven Bewältigungsstrategien scheint demzufolge eng mit selbstregulatorischen Fähigkeiten wie Planen, Organisieren und Zielsetzung zusammen zu hängen (Aspinwall & Taylor, 1997). Ben-Zur kam in seiner 2002 durchgeführten Studie zu dem Ergebnis, dass *Mastery*, die wahrgenommene Fähigkeit, Ereignisse ändern zu können (Burger, 1989), als Mediatorvariable den Zusammenhang von Coping-Strategien und Alter beeinflusst. Er gelang zu dem Ergebnis, dass die Anwendung effizienter Coping-Strategien bei älteren Menschen durch ein erhöhtes Gefühl von Mastery vermehrt wird. Des Weiteren konnten Greenglass und Fiksenbaum (2009) zeigen, dass sich proaktives Coping

positiv auf das soziale Netzwerk auswirkt, welches eine wichtige Ressource im Alter darstellt und im Abschnitt 4.2.1.4 näher beschrieben wird.

Somit scheint insbesondere in Hinblick auf das Altern diese Art des Copings erfolgreich zu sein, um mit Veränderungen um zu gehen, da proactive Coper versuchen, stets das Beste aus den Situationen zu machen, in denen sie sich befinden, auch hinsichtlich dem zunehmenden Alter (Sougleris & Ranzijn, 2011). Prenda und Lachman (2001) untersuchten 2971 Erwachsene im Alter von 25 bis 75 Jahren und fanden, dass zukunftsorientiertes Planen, ein essentieller Bestandteil des proaktiven Copings, die Lebenszufriedenheit positiv beeinflusst. Die Altersgruppe der 60 bis 75-jährigen profitierte dabei am meisten von den Planungsstrategien. In weiteren Studien konnte nachgewiesen werden, dass proaktive Coping-Strategien bei älteren Menschen mit daily hassles, Schwierigkeiten mit der Gesundheit, funktionellen Einschränkungen und indirekt mit Somatisierung (Fiksenbaum et al., 2006), als auch mit Depression negativ korreliert (Greenglass et al., 2006). Die Autoren gehen davon aus, dass proaktives Coping im Alter zu einem besseren Umgang mit daily hassles führt und Schwierigkeiten somit besser hingenommen werden können, wodurch das Wohlbefinden im Alter positiv beeinflusst wird.

Sougleris und Ranzijn (2011) untersuchten in einer kanadischen Stichprobe von alten Menschen den Effekt von proaktivem Coping auf die psychologischen Variablen, persönliches Wachstum, die Fähigkeit offen für neue Erfahrungen zu sein und sein Potential auszuschöpfen (Ryff, 1989), Lebenssinn, der Glaube an die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens (Ryff, 1989) und Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse zeigten, dass proaktives Coping für alle drei Konstrukte ein signifikanter positiver Prädiktor ist.

Aufgrund der in diesem Kapitel angeführten Forschungsergebnisse sollen in der vorliegenden Arbeit reaktive und proaktive Coping-Strategien, als auch deren Zusammenspiel mit unterschiedlichen Ressourcen, welche im folgenden Absatz vorgestellt werden, hinsichtlich ihres Einflusses auf die Lebenszufriedenheit untersucht werden.

4.2 Ressourcen im Alter

Gleich wie die Verwendung von Coping-Strategien bilden auch die verschiedenen Ressourcen eines Menschen eine "Kraftquelle" bei der Bewältigung von negativen Erlebnissen oder dem Umgang mit Veränderungen (Dick, 2003). Vorhandene Coping-Strategien können auch an sich bereits eine eigene Ressource darstellen. Vor allem durch den Zusammenhang mit selbstregulatorischen Prozessen, wie in Abschnitt 4.1.1 beschrieben, werden die Begriffe Coping und Ressourcen in mehreren Arbeiten als Synonyme verwendet (Schwarzer & Taubert, 2002; Schwarzer & Knoll, 2003). Da in dieser Arbeit jedoch explizit auf die unterschiedlich starken Einflüsse verschiedener Ressourcen und Coping-Strategien und deren Gegenüberstellung abgezielt wird, sollen die Konstrukte Coping und Ressourcen getrennt voneinander behandelt werden.

Dick (2003) versteht unter Ressourcen eines Menschen "... die Quellen seines Wohlbefindens und seiner seelischen Gesundheit" (S.82). Er unterscheidet dabei zwischen umweltbezogenen, sozialen Ressourcen (interpersonelle Ressourcen), zu welchen er u.a. den Lebensstandard und die Wohnsituation, als auch das soziale Netzwerk zählt und persönlichkeitsbezogenen Ressourcen (intrapersonelle Ressourcen), wozu u.a. das Gefühl der Gesundheit und der Kontrolle, als auch Selbstakzeptanz, Selbstwert und Zuversicht zählen. Die einzelnen Ressourcen und deren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit im Alter sollen in den folgenden Punkten näher beleuchtet werden.

In Hinblick auf erfolgreiches Altern stellen Ressourcen einen wesentlichen Prädiktor dar, da negative Alterseffekte bei Menschen mit ausreichenden Ressourcen weniger zum Tragen kommen (Baltes & Lang 1997). Auch Jopp und Schmitt (2010) konnten zeigen, dass mehr Ressourcen mit weniger erfahrenen negativen Lebensereignissen einhergehen. Des Weiteren zeigen Ressourcen einen positiven Zusammenhang mit Kontrollüberzeugungen, Coping-Strategien und Wohlbefinden.

4.2.1 Soziale und Umweltbezogene Ressourcen

Die Lebensumstände eines Menschen, wie Beruf, Lebensstandard und das Einkommen, Freizeitaktivitäten, als auch die Wohnsituation zählen nach Dick (2003) zu den umweltbezogenen Ressourcen eines Menschen. Partnerschaft, Freunde und Familie werden unter soziale Ressourcen subsummiert. Sie alle haben eine positive Auswirkung auf das subjektive Wohlbefinden im Alter, was in einer Meta-Analyse von Pinquart und Sörensen (2000) untersucht wurde. Unter anderem wurde der Einfluss des sozioökonomischen Status und des sozialen Netzwerks auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von jungen Alten und älteren Alten untersucht.

4.2.1.1 Sozioökonomischer Status

Ein hoher sozioökonomischer Status korreliert positiv mit einer höheren Bildung, einem höheren Einkommen und höherem beruflichem Ansehen. Die Autoren fanden eine positive Korrelation zwischen sozioökonomischem Status und subjektivem Wohlbefinden, als auch der Lebenszufriedenheit. Dass die ökonomische Zufriedenheit, (die Zufriedenheit mit dem eigenen Einkommen im Vergleich zu anderen Personen), einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit im Alter hat, zeigte die Studie von Hsu aus dem Jahr 2010. Da sich diese Arbeit im Wesentlichen auf eine Stichprobe von Geriatriepatienten fokussiert und davon ausgegangen wird, dass keiner der Teilnehmer einem Beruf nachgeht und ein Einkommen bezieht, werden das Einkommen und der Beruf als Ressourcen in dieser Untersuchung ausgeschlossen.

4.2.1.2 Wohnsituation

Die Wohnsituation kann insofern zu Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit einer Person beitragen, als sie einerseits das Gefühl von Geborgenheit und Halt vermitteln kann und somit eine wichtige Ressource darstellt, andererseits aber auch eine Belastung darstellen kann (Dick, 2003). Durch die im Alter vermehrt auftretenden körperlichen Einbußen und damit einhergehenden Einschränkungen der Mobilität und Aktivitäten des täglichen Lebens (beispielsweise Kochen, Anziehen, Körper-

pflege), geht das Wohnen in den eigenen vier Wänden oftmals mit Schwierigkeiten einher. Aus diesem Grund kommt es im Alter häufig zu einer Umsiedlung in ein Pflegeheim, was für die Betroffenen keine leichte Umstellung darstellt und auch mit einer depressiven Symptomatik einhergehen kann, da gerade alte Personen emotional sehr an ihr Zuhause gebunden sind und es außerdem einen Verlust ihrer Selbstständigkeit bedeutet (Kruse, 2007).

4.2.1.3 Freizeitaktivitäten

Die positive Auswirkung eines aktiven Lebensstils auf das Wohlbefinden und somit auf die Lebenszufriedenheit im Alter wurde bereits im Zuge der Aktivitätstheorie von Tartler (vgl. Abschnitt 2.1.1) berichtet. Auch das Modell zum erfolgreichen Altern von Rowe und Kahn (1997) sieht die Aktivität im Alter, vor allem freiwillige, ehrenamtliche Aktivitäten, als einen bedeutenden Faktor, weil es einerseits das Gefühl der Wertigkeit in der Gesellschaft aufrecht erhält und andererseits soziale Beziehungen gepflogen werden. Dass sich soziale (beispielsweise Telefonate führen, Gruppenreisen, Bingo spielen) und produktive Aktivitäten (beispielsweise Gartenarbeit, ehrenamtliche Tätigkeiten) positiv auf das Wohlbefinden auswirken, als auch mit reduzierter funktioneller Beeinträchtigung einhergehen, konnte Menec (2003) in einer Längsschnittstudie in Kanada zeigen. Beschäftigungen, wie handwerkliche Hobbies, Musik hören, oder lesen zeigten ebenfalls einen positiven Zusammenhang mit Wohlbefinden. Freizeitaktivitäten als Einflussfaktor von mentalem Wohlbefinden, welches Angst, Einsamkeit, Lebenssinn, und selbstberichteten Elan beinhaltet, konnte auch in der 2007 durchgeführten Längsschnittstudie von Lapinen, Heikkinen, Kuppinen und Heikkinen berichtet werden. Allerdings zeigte sich auch eine positive Korrelation der Freizeitaktivitäten mit den Konstrukten physikalische Aktivität und Mobilität, was zur Annahme führt, dass eine eingeschränkte Kompetenz in jenen Konstrukten, wie es auch bei den meisten Geriatriepatienten der Fall zu sein scheint, mit weniger Aktivität einhergeht.

4.2.1.4 Soziales Netzwerk

In Bezug auf das soziale Netzwerk zeigte sich eine positive Korrelation der sozialen Integration mit SWB und Lebenszufriedenheit. Wobei die Qualität der sozialen Beziehungen eine wichtigere Rolle spielt als die Quantität. Vor allem eine gute emotionale Beziehung zu den erwachsenen Kindern stellt eine wesentliche Ressource für die Konstrukte des Wohlbefindens im Alter dar (Pinquard & Sorensen, 2001).

Diese Ergebnisse decken sich auch mit jenen aus der Studie von Berg, Hassing, McClearn, und Johannson (2006), welche einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Qualität des sozialen Netzwerkes und der Lebenszufriedenheit bei über 80-jährigen Personen fanden. Die soziale Unterstützung kann die Stärke von kritischen Lebensereignissen und somit den entstehenden Stress reduzieren (Gow, Pattie, Whiteman, Whalley & Deary, 2007). Auch ältere Menschen sind der Meinung, dass soziale Beziehungen zu den wichtigsten Bestandteilen des Wohlbefindens zählen (Faber et al., 2001).

Eine im Zusammenhang mit sozialen Kontakten stehende Ressource ist die soziale Kompetenz, die Fähigkeit positive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und diese aufrecht zu erhalten. Dick (2003) zählt diese Fähigkeit jedoch zu den persönlichkeitsbezogenen Ressourcen, da es sich um Eigenschaften innerhalb der Person handelt, welche hier zum Tragen kommen. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit an Einbußen der umwelt- und sozialbezogenen Ressourcen, vor allem soziale Verluste, gesundheitliche Einbußen, als auch finanzielle Einschränkungen werden als Risiken im hohen Alter gesehen (Pinquard & Sorensen, 2000). Im Besonderen bei Pflegeheimbewohnern, scheinen umweltbezogene und soziale Ressourcen weitgehenden Einschränkungen zu unterliegen, da sie nicht mehr zur aktiven Berufsgruppe zählen und sich durch die Wohnsituation in einem Heim, wo die Bewohner oftmals in Mehrbettzimmern untergebracht sind, auch ein anderer Lebensstandard ergibt. Dazu kommt, dass vor allem Hochaltrige mit vermehrten Verlusten von Freunden, Bekannten und Familienmitgliedern konfrontiert werden, und das soziale Netzwerk somit immer kleiner zu werden scheint.

Im Gegensatz hierzu stehen die persönlichkeitsbezogenen Ressourcen, welche im

Laufe des Lebens erworben werden und welche mit einem längerfristigen Wohlbefinden einhergehen (Dick, 2003).

4.2.2 Persönlichkeitsbezogene Ressourcen

Zu den persönlichkeitsbezogenen Ressourcen zählt Dick (2003) das Gefühl der Gesundheit, Selbstwert und Selbstakzeptanz, das Gefühl von Kontrolle, Zuversicht, Gelassenheit und Heiterkeit, sowie die Beziehungsfähigkeit und den religiösen und spirituellen Glauben. Im Folgenden soll eine kurze Übersicht über die Ressourcen gegeben werden.

4.2.2.1 Gefühl von Gesundheit

Das Gefühl der Gesundheit zählt Dick (2003) zu den persönlichkeitsbezogenen Ressourcen, da nicht primär der objektive Gesundheitszustand zum Wohlbefinden beiträgt, jedoch das subjektiv empfundene Gefühl der Gesundheit. In der Studie von Berg et al. (2006) zeigte sich bei den weiblichen Studienteilnehmern eine Korrelation des selbstberichteten Gesundheitszustandes mit der Lebenszufriedenheit, während kein Zusammenhang mit der medizinischen Gesundheit gefunden wurde. Bei den männlichen Teilnehmern zeigte jedoch weder der selbstberichtete noch der medizinische Gesundheitszustand einen Einfluss. Eine negative Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ging in einer Längsschnittstudie von Bond, Dickinson, Matthews, Jagger und Brayne (2006) mit Depression und Ängstlichkeit einher. Bei jenen Personen, welche ihren Gesundheitsstatus als gut oder exzellent beschrieben, lag die Sterblichkeitsrate nach 10 Jahren wesentlich niedriger. Cummings (2002) interviewte in seiner Studie 57 Personen, welche aufgrund von Beeinträchtigungen in den Tätigkeiten des alltäglichen Lebens in betreuten Wohnheimen lebten. Auch hier zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang von der selbstberichteten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit. Weitere Prädiktoren waren die erlebte soziale Unterstützung, als auch die Partizipation an Freizeitaktivitäten.

Diese Ergebnisse zeigen, dass sich schwer kranke Menschen oft auch wesentlich gesünder fühlen können als weniger beeinträchtigte.

4.2.2.2 Selbstwert und Selbstakzeptanz

Selbstwert (die allgemeine Bewertung des eigenen Wertes einer Person; Harter, 1999) und Selbstakzeptanz (die positive Bewertung der eigenen Person und deren Vergangenheit; Ryff & Keyes, 1995) zählen nach Dick (2003) ebenfalls zu den persönlichkeitsbezogenen Ressourcen und haben beide einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Ein hoher Selbstwert wurde auch in der Studie von Borg et al. (2008) von Menschen mit Beeinträchtigungen in den täglichen Aktivitäten, in sechs verschiedenen Ländern, mit hoher Lebenszufriedenheit assoziiert. Selbstwert und Selbstakzeptanz scheinen mit besseren Problemlöse- und Bewältigungsstrategien einherzugehen, was wiederum zu einem höheren Wohlbefinden und höherer Lebenszufriedenheit führt (DeLongis, Lazarus & Folkman, 1988; Diener & Lucas, 2003).

4.2.2.3 Selbstsicherheit, soziale Kompetenz und Extraversion

Extravertierten Menschen werden Eigenschaften wie Kontaktfreude, Geselligkeit und Fröhlichkeit zugeschrieben, demnach scheinen jene Menschen mehr soziale Kompetenzen zu besitzen (Lieberman & Rosenthal, 2001), was wiederum den Zugang zu sozialen Kontakten als Ressource erleichtert. Trotz des Zusammenhanges von Extraversion und einem größeren sozialen Netzwerk berichten Pollet, Roberts und Dunbar (2011), dass dies nicht zwingend mit einer höheren emotionalen Intensität der Beziehungen einhergeht.

Generell scheint Extraversion auch mit einem erhöhten Bewusstsein von Coping-Strategien einherzugehen. In einer Studie von Penely und Tomaka (2002) zeigten extravertierte Studienteilnehmer eine erhöhte Fähigkeit zur Anwendung von Coping-Strategien, als auch eine erhöhte Zufriedenheit, Stolz und Wohlbefinden. Eine negative Korrelation fand sich im Zusammenhang mit wahrgenommenem Stress und Angst. Die Ergebnisse einer Meta-Analyse zu Persönlichkeitsdimensionen und Coping-Strategien von Connor-Smith und Flachsbar (2007) konnte ebenfalls zeigen, dass Extraversion, als auch Offenheit positiv mit Problemlösungsstrategien zu-

sammenhängen.

4.2.2.4 Gefühl von Kontrolle

Eine weitere persönlichkeitsbezogene Ressource ist nach Dick (2003) das Gefühl von Kontrolle. Kontrollüberzeugungen sind Erwartungen, Ereignisse mehr oder weniger kontrollieren zu können (Forstmeier, Uhlendorff & Maercker, 2005), wodurch Menschen zuversichtlicher in die Zukunft blicken und möglicherweise in schwierigen Situationen weniger zu Angst und Resignation neigen (Dick, 2003). Kontrollüberzeugungen hängen in einem bestimmten Maß auch mit der Verwendung von Bewältigungsstrategien zusammen. Die Anwendung von proaktivem Coping geht beispielsweise mit einer größeren subjektiv wahrgenommenen Kontrollierbarkeit von bestimmten Situationen einher (Ouwehand, de Ridder & Bensing, 2006). Anders profitierten Individuen mit hohem Kontrollglauben in der Studie von Jopp und Schmitt (2010) von ihren Coping-Strategien am meisten, möglicherweise weil sie diese effektiver einsetzten. Die Wichtigkeit, das Leben im Alter selbst zu bestimmen und Entscheidungen selbstständig treffen zu können, wird auch durch die Ergebnisse von Boyle (2005) gestützt. Sie untersuchte alte Menschen in Geriatriezentren und Menschen, welche von zuhause aus Pflegedienste in Anspruch nahmen, hinsichtlich Autonomie, der mentalen Gesundheit (v.a. Depression) und Lebensqualität. Die Ergebnisse sprachen für einen größeren Zusammenhang mit autonomer Entscheidungsmöglichkeit, als mit körperlichen Beeinträchtigungen. Die Autorin schlussfolgerte darauf, dass Pflegeheime, in denen die Autonomie der Patienten durch das Angebot untergraben wird, zur Entwicklung von Depressionen bei ihren Patienten beitragen.

4.2.2.5 Zuversicht, Gelassenheit und Heiterkeit

Eine weitere Ressource in Bezug auf Lebenszufriedenheit im Alter ist die Fähigkeit mit Zuversicht, Gelassenheit und Heiterkeit in die Zukunft zu blicken. Individuen, die sich ständig wegen Allem sorgen, erleben mehr negative Emotionen und machen sich das Leben auf diese Weise unnötig schwer (Dick, 2003). Eine Längsschnittstudie

mit 208 60-jährigen und älteren Teilnehmern aus dem Jahr 2009 von Chen, Cahn und Fung, zeigte diesbezüglich jedoch konträre Ergebnisse. Jene Teilnehmer, welche zu Beginn der Studie eine positive Sicht ihres zukünftigen Selbst angaben, wiesen zu Beginn der Untersuchung zwar ein höheres psychologisches Wohlbefinden auf (positiver und negativer Affekt, Lebenszufriedenheit und Depression), bei der Follow-up Untersuchung 12 Monate später zeigten sie jedoch diesbezüglich geringere Werte als jene, welche bei der Baseline Erhebung eine negativere Sicht angaben. Die Autoren erklären sich diese Ergebnisse dadurch, dass im hohen Alter, welches mit Beeinträchtigungen und Verlusten einhergeht, eine positive Sicht der Dinge unrealistisch ist und mit zu hohen Erwartungen einhergeht, welche nicht erfüllbar seien. Jene Teilnehmer, mit einer pessimistischeren Sicht seien jedoch auf mögliche Verluste eingestellt und bilden so möglicherweise mehr Coping-Strategien aus, um mit den erwarteten Veränderungen und damit einhergehenden Folgen besser umgehen zu können.

4.2.2.6 Religiöser Glaube und Spiritualität

Ein wichtiger Faktor im Leben von älteren Menschen kann auch ihre Spiritualität beziehungsweise ihr religiöser Glaube darstellen. In schwierigen Zeiten oder angesichts kritischer Lebensereignisse kann der Glaube eines Menschen eine wichtige Kraftquelle sein und mehr Zuversicht und Gelassenheit ermöglichen, was wiederum einen positiven Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit darstellt. Eine Studie von Waldron-Perrine et al. (2011) untersuchte den Zusammenhang religiöser und spiritueller Glaubenselemente mit Rehabilitationsfortschritten bei Menschen nach einem Schädelhirntrauma. Es zeigte sich, dass religiöses Wohlbefinden, worunter die Autoren eine positive Verbindung zu einer höheren Kraft verstehen, ein direkter Prädiktor für den Erfolg der Rehabilitation zu sein scheint, während die Häufigkeit religiöser Aktivitäten keinen Einfluss zeigte. Des Weiteren fanden die Autoren einen positiven Zusammenhang mit dem subjektiven Stresserleben und Wohlbefinden der Patienten. Neal (2002) stellte fest, dass ältere Menschen, welche sich eng mit Gott verbunden fühlten optimistischer sind und eine bessere Gesundheit genossen.

4.2.2.7 Beziehungsfähigkeit

Anderen Menschen gegenüber tolerant und gewissenhaft sein zu können, sie zu akzeptieren wie sie sind, die Fähigkeit Mitleid zu empfinden und zum selbstlosen Handeln stellen Eigenschaften dar, die Dick (2003) unter Beziehungsfähigkeit summiert. Gleich wie die soziale Kompetenz handelt es sich bei der Beziehungsfähigkeit um eine persönlichkeitsbezogene Ressource, welche durch ihr Vorhandensein erst viele umwelt- und sozialbezogene Ressourcen bedingt. In diesem Sinne stellt sie eine essentielle Voraussetzung für den Umgang mit anderen Menschen und damit verbundenem Aufbauen eines guten sozialen Netzwerkes oder dem Führen befriedigender Beziehungen dar.

Diener und Fujita (1995) gehen davon aus, dass Personen mit starken persönlichkeitsbezogenen Ressourcen trotz einem Mangel an beispielsweise umweltbezogenen Ressourcen oftmals auch in der Lage sind, andere Ressourcen aufzubauen und Ziele zu erreichen. Im Zusammenhang mit alten Personen vertreten Berg et al. (2006) die Meinung, dass sich Erwartungen und Zielsetzungen verändern und demnach der Fokus vor allem auf Faktoren gelegt wird, welche im hohen Alter wirklich von Bedeutung sind. Somit befähigen persönlichkeitsbezogene Ressourcen den Menschen zu neuen Zielsetzungen, was wiederum zu einem positiven Wohlbefinden führt (Diener & Fujita, 1995).

4.3 Kommentierende Zusammenfassung

Bisherige Forschungsergebnisse schreiben unterschiedlichen Coping-Strategien und Ressourcen eine essentielle Bedeutung im Umgang mit der erfolgreichen Bewältigung von schwierigen Situationen und Problemen zu (Lazarus, 1984; Schwarzer & Knoll, 2003; Dick, 2003), was wiederum einen positiven Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit zu haben scheint (Greenglass & Fiksenbaum, 2009; Matheny et al., 2002).

Vor allem bei Menschen, welche aufgrund altersbedingter Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sind selbstständig zu wohnen und Hilfen in Anspruch nehmen müssen beziehungsweise in einem Pflegeheim wohnen, stellt sich die Frage, welche spezifischen Mechanismen dazu beitragen, dass sie trotz der veränderten Lebensumstände mit ihrer Situation zufrieden sind. In dieser Arbeit sollen daher Ressourcen sowie Bewältigungsstrategien identifiziert werden, welche an der Erhaltung der Lebenszufriedenheit beitragen, wenn bestimmte objektive Ressourcen, wie die körperliche Gesundheit oder Aktivität, nicht mehr vollständig vorhanden sind.

Die essentielle Frage im Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit und Alter betrifft demnach nicht die Umstände unter denen jemand aufgewachsen ist, das Vorhandensein körperlicher Beeinträchtigungen oder Erleben von sozialen Verlusten, sondern wie ein Mensch erfolgreich mit diesen Erfahrungen umgehen kann, beziehungsweise welche subjektive Sichtweise Personen in Bezug auf bestimmte Lebensumstände haben.

In diesem Zusammenhang können Bewältigungsstrategien und Ressourcen, die Individuen dazu befähigen unterschiedlich schwierige Situationen zu bewältigen, einen wichtigen Beitrag leisten.

5 Zusammenfassung

In Anbetracht der stetig wachsenden Anzahl älterer und sehr alter Menschen beschäftigt sich die Forschung seit mehreren Jahren mit der Frage nach Prädiktoren zum erfolgreichen Altern. Verschiedene Modelle zum erfolgreichen Altern, wie jenes von Rowe und Kahn (1997) fixieren dabei einzelne Kriterien, welche durch ihre Erfüllung bis ins hohe Alter ein erfolgreiches und glückliches Altern gewährleisten sollen.

Menschen, welche aufgrund altersbedingter körperlicher und funktioneller Einbußen oder aufgrund von sozialen Verlusten auf die Hilfe anderer Menschen und Pflegedienste, sowie Pflegeeinrichtungen angewiesen sind, werden in oben genannten Modellen nicht in die Kategorie erfolgreich gealtert aufgenommen und auch in der Erforschung dieses Themas häufig vernachlässigt.

Trotz diverser Einschränkungen, Beeinträchtigungen und Verlusterlebnissen zeigen jedoch auch sehr alte Menschen ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit (Blanchflower & Oswald, 2008; Borg et al., 2008; George, L., 2010).

In der gängigen Forschungsliteratur herrscht zwar Uneinigkeit darüber, ob die Lebenszufriedenheit im Alter steigt (Cheng, 2001; Suh, Diener, Oishi & Triandis 1998; Ehrlich & Isaakowitz, 2002) oder fällt (Gwozdz und Sousa-Poza, 2008; Van Lange-dem, 2008), allen gemeinsam ist jedoch, dass in den meisten Studien eine relativ stabile Lebenszufriedenheit zu beobachten ist.

Im Zusammenhang mit der Erhaltung der Lebenszufriedenheit im Alter scheinen weniger das Vorhandensein diverser Einschränkungen, wie kognitive Leistungseinbußen, körperliche Beeinträchtigungen oder soziale Verluste ausschlaggebend zu sein, sondern vor allem der Umgang mit solchen Ereignissen. Wenn bestimmte Ressourcen wie körperliche Gesundheit, das soziale Netzwerk, ein aktiver Lebensstil im Alter weniger werden beziehungsweise zur Gänze wegfallen, kommen möglicherweise verschiedene Coping-Strategien zum Tragen, um mit den Verlusten erfolgreich umgehen zu können.

Ergebnisse bisheriger Forschungen berichten über einen direkten (Schwarzer & Knoll,

2003; Schwarzer & Taubert, 2002; Prenda und Lachman, 2001;), als auch indirekten (Matheny et al. 2002) Zusammenhang zwischen Coping-Strategien und Lebenszufriedenheit. Daher ist davon auszugehen, dass ältere Menschen, welche aktives Coping betreiben auch eine höhere Lebenszufriedenheit berichten. In Anpassung an bisherige Forschungsergebnisse soll in dieser Arbeit der Frage nachgegangen werden, inwiefern Coping-Strategien bei der Bewältigung von altersbedingten, als auch durch den dauerhaften Aufenthalt in einem Geriatriezentrum entstandenen Veränderungen eine Rolle spielen und dadurch die Erhaltung der Lebenszufriedenheit beeinflussen. Des Weiteren soll geklärt werden, ob es bezüglich der Anwendung verschiedener Coping-Strategien, präventiver oder proaktiver, wesentliche Unterschiede im Erfolg der Bewältigung gibt.

In dieser Arbeit soll des Weiteren behandelt werden, ob sich Unterschiede bezüglich der Ressourcen ergeben, wenn das Alter mit Beeinträchtigungen und Verlusten einhergeht und somit vor allem umweltbezogene Ressourcen wesentlichen Einschränkungen unterliegen.

Teil II

Empirischer Teil

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vordergründig mit der Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten, insbesondere mit der Identifizierung von Prozessen, welche hinter der erfolgreichen psychischen Bewältigung unterschiedlicher Beeinträchtigungen und Einbußen im Alter stehen. Als Indikator für die erfolgreiche Bewältigung soll dabei die erhaltene Lebenszufriedenheit der Teilnehmer angenommen werden, da sie nach Diener (1995; 2003) als kognitive Bewertung des gesamten Lebens verstanden werden kann und somit eine allgemeine Sicht repräsentiert, welche sich nicht ausschließlich auf das Vorhandensein bestimmter Affekte in der Gegenwart bezieht. Ausgehend von der bisherigen Literatur, soll im Speziellen die Bedeutung von Coping-Strategien und Ressourcen, als auch ihr Zusammenspiel in Bezug auf die Erhaltung der Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten untersucht werden. Des Weiteren soll der Frage nachgegangen werden, ob diesbezüglich Unterschiede zwischen Pflegeheimbewohnern und Menschen, welche Hilfsdienste in Anspruch nehmen aber weiterhin in ihrem Zuhause leben, vorliegen.

6 Fragestellungen

Aus der im Theorieteil dargestellten Literatur ergaben sich für diese Arbeit folgende Fragestellungen:

1. Lebenszufriedenheit
 - a) Wie hoch ist die Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten?
 - b) Unterscheiden sich Geriatriepatienten von Pflegepatienten, welche zuhause wohnen in Bezug auf die Lebenszufriedenheit?
 - c) Unterscheiden sich Geriatriepatienten, als auch Menschen, welche Hilfsdienste in Anspruch nehmen aufgrund ihrer Mobilität bezüglich der Lebenszu-

friedenheit?

2. Coping-Strategien

- a) Besteht ein Zusammenhang zwischen der Verwendung von Coping-Strategien (Gesamtwert) hinsichtlich der Ausprägung der Lebenszufriedenheit?
- b) Unterscheiden sich präventive Coping-Strategien und proaktive Coping-Strategien bezüglich des Einflusses auf die Lebenszufriedenheit?
- c) Gibt es Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Verwendung der Coping-Strategien und der Höhe der Lebenszufriedenheit?

3. Ressourcen

- a) Besteht ein Zusammenhang zwischen den erhobenen vorhandenen Ressourcen (Gesamtwert) und der Lebenszufriedenheit?
- b) Gibt es Unterschiede im Zusammenhang zwischen persönlichkeitsbezogenen und umweltbezogenen-sozialen Ressourcen hinsichtlich der Höhe der Lebenszufriedenheit?
- c) Besteht ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Ressourcen hinsichtlich der Ausprägung der Lebenszufriedenheit?

4. Coping-Strategien und Ressourcen

- a) Besteht ein Zusammenhang in der Anzahl der vorhandenen Ressourcen und der Verwendung von Coping-Strategien mit der Höhe der Lebenszufriedenheit?
- b) Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Gruppen?

7 Methode

Für die vorliegende Untersuchung wurden im Zeitraum von August 2011 bis Jänner 2012 84 Probanden zu ihrer Lebenszufriedenheit, vorhandenen Coping-Strategien und Ressourcen befragt. Die Befragungen fanden jeweils zu einem Messzeitpunkt statt, wodurch es sich hierbei um eine Querschnittsuntersuchung handelt (Bortz & Döring, 2006).

7.1 Stichprobe

Die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung bilden Bewohner des Geriatriezentrums Donauespital, welche seit mindestens 2 Monaten stationär in der Langzeitpflege aufgenommen sind. Um die Vergleichbarkeit der beiden Stichproben zu gewährleisten, wurden für die Kontrollgruppe ältere Menschen ausgewählt, die in ihrem Privathaushalt wohnen aber aufgrund altersbedingter Beeinträchtigungen verschiedene Hilfsdienste, wie Heimpflegedienste oder beispielsweise Essen auf Rädern in Anspruch nehmen.

Für die Rekrutierung der Stichprobe der Geriatriepatienten wurde mit mehreren geriatrischen Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen in Wien Kontakt aufgenommen. Geeignete Personen in Privathaushalten wurden weitgehend durch den Kontakt zu Heimpflegediensten, als auch im weiteren Bekanntenkreis und durch das Schneeballprinzip ausfindig gemacht.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren eine vorliegende Demenz, da dementiell bedingte kognitive Einbußen die Gedächtnisleistung beeinflussen und dies möglicherweise einen unerwünschten Einfluss auf die zu untersuchenden Variablen haben könnte. Ein weiteres Ausschlusskriterium bildet eine nicht behandelte Depression. Beides wurde daher am Anfang der Befragung mittels MMSE und GDS abgeklärt. Aus Aspekten der Zumutbarkeit führte auch ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand der Teilnehmer zum Ausschluss aus der Untersuchung.

Bei dem eingesetzten Fragebogen handelt es sich ausschließlich um Selbstbeurteilungsfragebögen, welche im Folgenden näher beschrieben werden.

7.2 Untersuchungsinstrumente

Die soziodemographischen Daten wurden separat am Anfang des Fragebogens erhoben. Diese betreffen das Geschlecht, das Alter, den Familienstand und Kinder, die Mobilität (Rollstuhl, Rollator, mobil), sowie die höchste abgeschlossene Ausbildung. Des Weiteren kamen folgende Untersuchungsinstrumente im Zuge der Befragung zum Einsatz:

7.2.1 Geriatrische Depressionaskala (GDS)

Die deutsche Übersetzung der Geriatrische Depressionsskala (GDS) stammt von Bach, Nikolaus, Oster & Schlierf (1995). Es handelt sich hierbei um die Kurzversion, welche ein Screening Instrument für die Erfassung depressiver Symptome darstellt. Die GDS besteht aus 15 Items, welche mit "Ja" oder "Nein" zu beantworten sind. Für jede Antwort, die in Richtung einer depressiven Stimmung geht, wird ein Punkt vergeben, somit liegt die maximale Punkteanzahl bei 15. Ein Wert von mehr als 5 Punkten bedeutet eine wahrscheinliche Depression, ein Wert von 10 Punkten wird als Zeichen einer ausgeprägten Depression verstanden.

Bezüglich der Gütekriterien fanden Gauggel und Birkner (1999) eine Splithalf-Reliabilität von $r_{tt} = .90$ und eine hohe interne Konsistenz, welche die Homogenität der Items eines Tests beschreibt, mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .91$.

7.2.2 Mini Mental State Examination (MMSE)

Der MMSE nach Folstein, Folstein und Mc Hugh (1975) ist ein standardisiertes Screening-Verfahren zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei älteren Personen. Die deutsche Fassung des MMSE stammt von Kessler, Markowtsch und Denzler (2000) und umfasst 16 Items, welche die Bereiche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Sprache erfassen. Mit einer Testdauer von bis zu 10 Minuten, ist der MMSE sehr schnell durch zu führen.

Die maximal zu erreichende Punkteanzahl liegt bei 30, wobei ein Wert unter 20 Punkten als Anzeichen einer Demenz interpretiert wird (Folstein et al., 1975). Die

Interrater-Reliabilität beträgt $r = .83$, die Retestreliabilität nach 24 Stunden $r = .89$, beide Werte liegen somit in einem relativ guten Bereich.

7.2.3 Satisfaction with life Scale (SWLS)

Die Satisfaction with life scale von Diener et al. (1985) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit. Die deutsche Übersetzung der Originalversion stammt von Schuhmacher et al. (2003).

Als Maß der Lebenszufriedenheit dient der Summenscore von 5 Items, welche auf einer 7- stufigen Skala beurteilt werden müssen. Ein Summenscore von 20 bedeutet hierbei eine neutrale Beurteilung der Lebenszufriedenheit, wobei Werte über 20 in Richtung höherer Lebenszufriedenheit interpretiert werden können und Werte unter 20 als weniger Zufriedenheit mit dem Leben einhergehen.

Die Beantwortung und die Auswertung der Fragen wird auf 1-2 Minuten geschätzt, somit stellt dieser Fragebogen ein sehr effizientes Verfahren zur Erfassung der Lebenszufriedenheit dar.

Sölva et al. (1995) konnten für die deutsche Version der SWLS eine gute interne Konsistenz $\alpha = .88$ und eine Retest- Reliabilität von $r_{tt} = .74$ berichten.

7.2.4 Proactive Coping Inventory (PCI)

Der PCI von Schwarzer et al. (2000) ist ein Fragebogen zur Erfassung allgemeiner und proaktiver Stressbewältigungsstrategien. Die darin enthaltenen Subskalen erfragen proaktives und präventives Coping, als auch funktionellen Handlungsaufschub, kognitive Bewältigung, strategische Planung, Suche nach Unterstützung und Suche nach emotionaler Unterstützung. Die jeweiligen Aussagen werden auf einer Skala von 1- 4 beantwortet.

Für den Untersuchungszweck dieser Arbeit wurden die Subskalen des proaktiven Copings und des präventiven Copings ausgewählt. Bezüglich der Gütekriterien liegen für die deutsche Version nur für die Subskala proaktives Coping Werte vor. Hierbei beträgt die interne Konsistenz $\alpha = .86$.

7.2.5 Ressourcen Checkliste (RCL)

Die Ressourcencheckliste nach Dick (2003) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, welcher soziale, umweltbezogene und persönlichkeitsbezogene Ressourcen, die in einem engen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden einer Person gesehen werden, erfasst. Auf einer Skala von 0 bis 4 wird das Vorhandensein der jeweiligen Ressourcen eingeschätzt. Zusätzlich kann die individuelle Relevanz der jeweiligen Ressourcen auf einer Skala von 0 - 4 eingeschätzt werden. Die Originalfassung der Ressourcencheckliste besteht aus 50 Items. Aufgrund der untersuchten Stichprobe von Geriatriepatienten, kann davon ausgegangen werden, dass keine der befragten Personen mehr einem Beruf nachgeht. Aus diesem Grund werden 5 Items zu Beruf, Einkommen und Lebensstandard aus dem Fragebogen ausgeschlossen.

7.2.6 Durchführung der Studie

Für die vorliegende Untersuchung wurden im Zeitraum von August 2011 bis Jänner 2012 insgesamt 84 Probanden befragt. Für die Stichprobe der Geriatriepatienten fanden die Befragungen ausschließlich im Geriatriezentrum Donaustadt statt. Mit Hilfe der beiden Klinischen Gesundheitspsychologen Dr. Heidemarie Toplak und Mag. Andreas Zierhut wurden in Frage kommende Bewohner ausgewählt und mit ihnen nach deren freiwilliger Einwilligung ein Termin für die Befragung festgelegt. Die Befragungen der Stichprobe älterer Menschen, welche diverse Hilfsdienste in Anspruch nehmen, wurden in deren Privatwohnungen durchgeführt.

Aufgrund möglicher körperlicher, als auch kognitiver Einschränkungen der Teilnehmer und damit einhergehender Schwierigkeiten der selbstständigen Beantwortung, wurde die Befragung als Interview durchgeführt. Es handelte sich um ein standardisiertes Interview, wobei die Antwortalternativen vorgegeben wurden. Pro Interview wurde dabei ein Zeitfenster von ein bis zwei Stunden vorgesehen.

Bei allen Interviews wurde den Teilnehmer vor Beginn das Ziel der Diplomarbeit erklärt und auf die freiwillige Teilnahme, als auch die Möglichkeit eines Abbruchs der Befragung, die Anonymisierung der Daten und die Verschwiegenheitspflicht hin-

gewiesen. Des Weiteren wurde von jedem Beteiligten eine Einwilligungserklärung unterschrieben, welche neben den bereits genannten Punkten auch die Kontaktdaten der Autorin enthielt.

Nach der schriftlichen Einwilligung der Teilnehmer wurde mit dem Interview begonnen und bei Erfüllen der Einschlusskriterien das Interview bis zum Schluss durchgeführt. Im Falle eines MMSE Wertes von unter 22 beziehungsweise bei mehr als 5 Punkten in der GDS wurde das Interview abgebrochen.

7.3 Statistische Verfahren

Die statistische Auswertung der Daten wurde anhand des Programmes SPSS. 20 durchgeführt. Für die Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von .05 gewählt.

Um Informationen darüber zu erhalten wie sich die Werte der Stichprobe über die erhobenen Variablen verteilen, wurde ein Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt, welcher das Vorliegen einer Normalverteilung prüft. Für die Überprüfung der Homogenität der Varianzen wurde der Levene-Test herangezogen. Beide Tests prüfen dabei die Wahrscheinlichkeit unter der Nullhypothese, weshalb ein nicht signifikantes Ergebnis für die Normalverteilung der Daten und die Homogenität der Varianzen spricht.

Für eine übersichtliche Darstellung der in dieser Arbeit verwendeten Verfahren sei auf Bortz und Döring (2006) und Field (2006) verwiesen.

Für die Interpretation und zugunsten einer präziseren Aussage über die Ergebnisse werden neben der Verwendung von Signifikanztests auch die Effektstärken (r -Werte) angegeben. Dabei gelten Werte zwischen .1 und .23 als kleiner Effekt, jene zwischen .24 und .36 als mittlerer Effekt und Werte über .37 als großer Effekt.

8 Ergebnisse

Im Folgenden soll eine Analyse der angewandten Verfahren bezüglich der untersuchten Stichprobe erfolgen. Im Anschluss daran erfolgt eine deskriptive Stichprobenanalyse in Bezug auf die soziodemographischen Variablen und die eingesetzten Verfahren. Diese soll durch den Einsatz von Tabellen und Graphiken für eine übersichtlichere Darstellung untermauert werden. Zuletzt werden in Abschnitt 9 die in dieser Untersuchung erzielten Ergebnisse bezüglich der interessierenden Forschungshypothesen dargestellt.

8.1 Analyse der verwendeten Messinstrumente

Vor der Auswertung der Studienergebnisse wurden die verwendeten Messinstrumente einer Reliabilitätsanalyse zur Bestimmung der Messgenauigkeit unterzogen. Hierfür wurde für die verwendeten Skalen Cronbach's Alpha berechnet. Dabei gelten Reliabilitätswerte von .90 als hoch, Werte zwischen .90-.80 als mittelmäßig und Werte zwischen .80-.70 als ausreichend (Bortz & Döring, 2006).

8.1.1 Reliabilitätsanalyse der Satisfaction with Life Scale

Für die Gesamtstichprobe ergab sich ein Cronbach Alpha von .86, die Reliabilität ist somit als mittelmäßig einzustufen. Für beide Stichproben getrennt ergeben sich für die Gruppe der Geriatriepatienten ein Cronbach Alpha von .85, für die Kontrollgruppe von .86. Die Itemtrennwerte für die verwendete Skala werden im Anhang dargestellt.

8.1.2 Reliabilitätsanalyse des Proactive Coping Inventory

Für die zugrunde liegende Untersuchung wurden zwei Skalen des PCI verwendet, jene für die Messung der proaktiven Coping-Strategien und jene für die der präventiven Coping-Strategien.

8.1.3 Proactives Coping

Die Reliabilitätsanalyse der Proactive Coping Skala ergab für die vorliegende Gesamtstichprobe ein Cronbach Alpha von .76, ein Wert, der von Bortz und Döring (2006) als ausreichend beschrieben wird.

Die Analyse der Itemtrennschärfen ergab für die Items 4 *“Ich ziehe aus alltäglichen Schwierigkeiten wichtige Erfahrungen, um mein Leben besser zu gestalten“* ($r = .181$), 5 *“Ich male mir meine Wunschträume genau aus, um sie zu verwirklichen“* ($r = .277$), 14 *“Ich baue nur auf sicherem Boden und lasse die Finger von Experimenten“* ($r = -.215$) und 15 *“Ich stecke meine Ziele nicht allzu hoch, weil ich befürchte, dass ich scheitere“* ($r = .079$) Werte, welche sich als zu niedrig erwiesen, um als gute Indikatoren für das zu erfassende Konstrukt zu gelten (Bortz & Döring, 2006). Aus diesem Grund wurden sie aus der Skala entfernt, wodurch das Cronbach Alpha auf .86 erhöht wurde. Die Itemtrennwerte für diese Skala sind dem Anhang zu entnehmen.

8.1.4 Präventives Coping

Die Reliabilitätsanalyse der Skala für präventives Coping ergab ein Cronbach Alpha von .71 für die Gesamtstichprobe. Aufgrund der niedrigen Itemtrennwerte der Items 6 *“Ich nutze jede Gelegenheit zur Weiterbildung, um dem beruflichen Abstieg vorzubeugen“* ($r = .234$), 7 *“Ich kümmere mich darum, dass meine Angehörigen in der Zukunft gut versorgt sind“* ($r = .241$) und 11 *“Ich bin darauf bedacht, mögliche Krisen zum Guten zu wenden“* ($r = .113$), wurden diese aus der Skala entfernt, wodurch sich das Cronbach Alpha auf .72 erhöhte, was nach Bortz und Döring (2006) in einem ausreichenden Bereich der Messgenauigkeit des Konstrukts liegt.

Die detaillierte Übersicht der Itemtrennwerte wird im Anhang wiedergegeben.

8.1.5 Reliabilitätsanalyse der Ressourcencheckliste

Die Ressourcencheckliste ist ein Fragebogen, welcher die Bedeutsamkeit einzelner Ressourcen eines Menschen erfasst. Für die Gesamtstichprobe ergab sich ein Cron-

bach Alpha für die Gesamtskala von 0.86.

Die Werte der Reliabilität der Subskalen werden in Tabelle 1 angeführt.

Tabelle 1: Reliabilitäten der Subskalen der RCL

Subskala	r
1. Partner	.958
2. Familie und Freunde	.751
3. Freizeitaktivitäten	.791
4. Gefühl der Gesundheit	.750
5. Selbstsicherheit	.818
6. Beziehungsfähigkeit	.837
7. Willenskraft und Mut	.685
8. Gelassenheit	.475
9. Spiritualität	.906

Aufgrund der zu geringen Werte der Items 8 “*Eine unbezahlte ehrenamtliche Tätigkeit, die ich zu Gunsten anderer ausübe*“ (Subskala *Freizeitaktivitäten*) und 10 “*Eine gute körperliche Gesundheit*“ (Subskala *Gefühl der Gesundheit*) wurden diese für die weitere Auswertung entfernt.

Bis auf die Subskalen *Mut und Willenskraft* und *Gelassenheit* befinden sich die Reliabilitätswerte der Ressourcencheckliste im hohen bis ausreichenden Bereich. Aufgrund der nicht zufriedenstellenden Werte der eben genannten Subskalen wurden sie aus der weiterführenden Auswertung ausgeschlossen. Eine Übersicht der Itemtrennwerte der einzelnen Skalen findet sich in Anhang 4.

8.2 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden im Geriatriezentrum 47 Personen befragt, wobei 6 Personen die Einschlusskriterien nicht erfüllten und somit 41 Personen in die Studie eingeschlossen werden konnten. In der Kontrollgruppe wurde mit 43 Personen das Interview bis zum Schluss geführt, die Gesamtstichprobe besteht demnach aus 84 Personen. In

diesem Abschnitt soll eine Beschreibung der Stichprobe anhand der soziodemographischen Daten erfolgen. Aufgrund der Rangskalierung der Variablen *Ausbildung*, *Familienstand* und *Mobilität* wurden zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den beiden Gruppen Mann-Whitney U-Tests berechnet. Für eine übersichtlichere Darstellung der Verteilung der Daten werden diese zusätzlich anhand von Tabellen und Graphiken dargestellt.

8.2.1 Geschlecht

Aufgrund der natürlichen Gegebenheiten der Geschlechterverteilung im Alter bestand die Gesamtstichprobe überwiegend aus weiblichen Personen (n= 58, 69%). Die Geschlechteraufteilung der Stichprobe der Geriatriepatienten und der Kontrollgruppe ist in Abbildung 1 dargestellt.

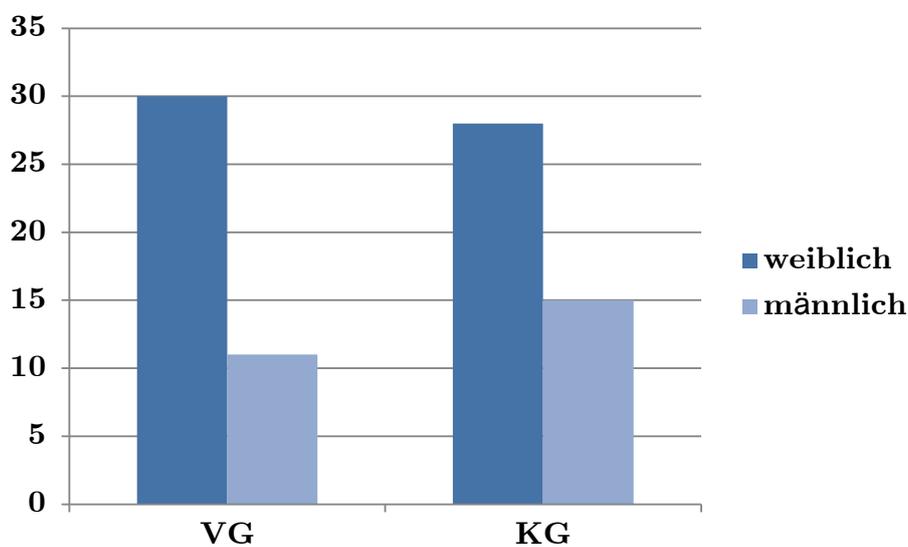


Abbildung 1: Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe

Mit einem Frauenanteil von 73.2% (n= 30) bei den Geriatriepatienten und 65.1% (n= 28) in der Kontrollgruppe unterscheiden sich die beiden Gruppen bezüglich der Verteilung der Geschlechter nicht signifikant voneinander ($\chi^2[1]= .637, p> .05$). Aufgrund der zu geringen Anzahl an männlichen Teilnehmern in beiden Gruppen

wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der erhobenen Faktoren verzichtet.

8.2.2 Alter

Nach Berechnung des Kolmogorov-Smirnov-Tests für die Gruppe der Geriatriebewohner ($D[41]= .136, p > .05$) und die Kontrollgruppe ($D[42]= .131, p > .05$) kann von einer Normalverteilung des Alters in beiden Gruppen und somit auch in der Gesamtstichprobe ausgegangen werden. Der nicht signifikante Wert des Levene- Tests ($F[1,82]= 1.399, p > .05$) spricht für die Gleichheit der Varianzen der Variable Alter innerhalb der Gesamtstichprobe. Die Altersspanne der Gesamtstichprobe reicht von 61 bis 94 Jahre, wobei das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmer 81.07 Jahre ($SD= 7.48$) beträgt. In Abbildung 2 wird die Verteilung des Alters in der Gesamtstichprobe dargestellt.

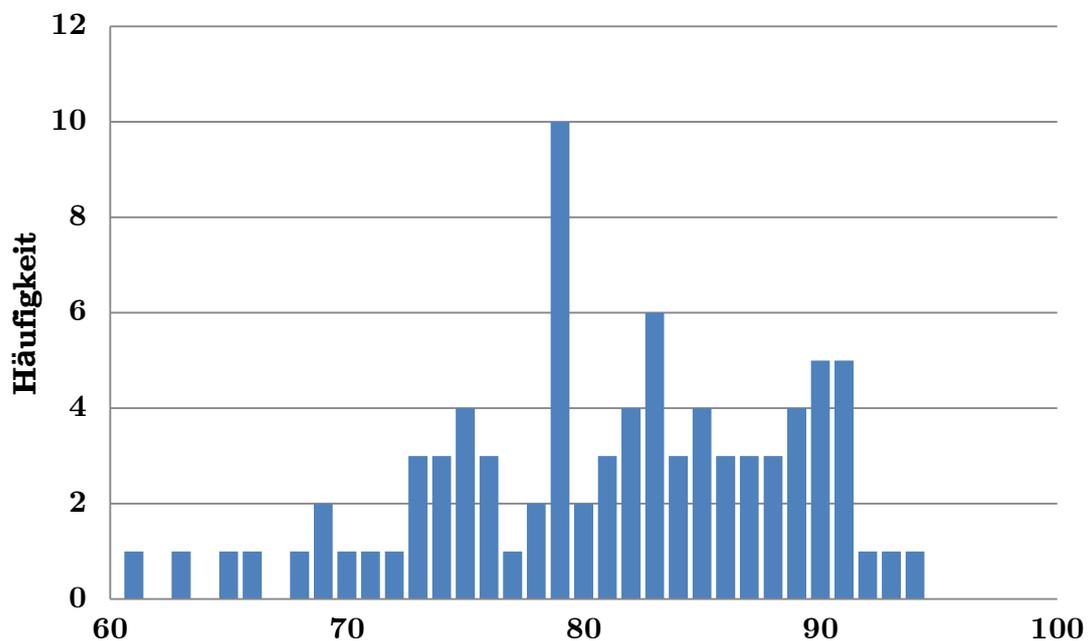


Abbildung 2: Altersverteilung in der Gesamtstichprobe

In der Stichprobe der Geriatriepatienten liegt das durchschnittliche Alter der Bewohner bei 81.98 ($SD= 8.33$), jenes der Kontrollgruppe liegt bei 80.21 Jahren ($SD= 6.55$), womit sich die beiden Versuchsgruppen diesbezüglich mit ($T= 1.083$,

$p > .05$) nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Aufteilung des Alters über die Geschlechter in beiden Gruppen wird in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Verteilung des Alters nach Geschlecht

Gruppe	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
VG	männlich	77.91	11.987	143.691
	weiblich	83.47	6.124	37.499
	Insgesamt	81.98	8.326	69.324
KG	männlich	79.53	7.567	57.267
	weiblich	80.57	6.058	36.698
	Insgesamt	80.21	6.552	42.931

8.2.3 Ausbildung

In der Gesamtstichprobe gibt der Großteil der befragten Personen an, eine Lehre abgeschlossen zu haben ($n = 36$, 42.9%). Als höchste abgeschlossene Ausbildung geben 26.2% ($n = 22$) den Besuch der Volksschule und 17.9% ($n = 15$) den Besuch der Hauptschule an. Von den restlichen Teilnehmern geben 3 (3.6%) Personen die Matura als höchste abgeschlossene Ausbildung an und 8 Personen (9.8%) haben einen Hochschulabschluss. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Unterschied der Verteilung zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2[4] = 14.684$, $p < .05$).

Die Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung in den beiden Versuchsgruppen ist Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung in den Versuchsgruppen

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Versuchsgruppe		Kontrollgruppe	
Volksschule	5	12,2%	17	39,5%
Hauptschule	12	29,3%	3	7,0%
Lehre	20	48,8%	16	37,2%
Matura	2	4,9%	1	2,3%
Hochschule	2	4,9%	6	14,0%
Summe	41	100%	43	100%

8.2.4 Familienstand und Kinder

Hinsichtlich des Familienstandes unterscheiden sich die beiden Gruppen in der Verteilung signifikant voneinander ($\chi^2[3]= 21.969, p < .05$). Wie in Tabelle 4 ersichtlich, geben in der Gruppe der Geriatriepatienten etwa doppelt so viele Personen ($n= 33, 80.5\%$) an verwitwet zu sein als in der Kontrollgruppe ($n= 16, 37.2\%$). Konträr dazu geben 22 Personen in der Kontrollgruppe an verheiratet zu sein, während dies bei den Geriatriebewohnern nur auf 3 Bewohner zutrifft. Die genaue Aufteilung des Familienstandes in beiden Gruppen wird in Tabelle 4 wiedergegeben.

Tabelle 4: Verteilung des Familienstandes in den Versuchsgruppen

Familienstand	Versuchsgruppe		Kontrollgruppe	
Verheiratet	3	7,3%	22	51,2%
Geschieden	3	7,3%	1	2,3%
Verwitwet	33	80,5%	16	37,2%
Ledig	2	4,9%	4	9,3%
Gesamt	41	100%	43	100%

Kein signifikanter Unterschied zeigte sich in der Verteilung der Gruppen bezüglich der Kinder ($\chi^2[1]= 2.023, p > .05$), so geben in der Gruppe der Geriatriepatienten 29 Personen an Kinder zu haben, in der Kontrollgruppe sind es 36 Personen.

8.2.5 Mobilität

Da es sich bei der Stichprobe vor allem um Menschen handelt, welche aufgrund altersbedingter körperlicher Beeinträchtigungen auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind, wurde zusätzlich das Maß an Mobilität der Personen aufgenommen. Auch hier zeigte sich erneut eine signifikant unterschiedliche Verteilung zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2[2]= 17.632, p < .05$). In der Gruppe der Geriatriepatienten überwiegen jene, die einen Rollstuhl benötigen ($n= 17, 41.9\%$). 39 % ($n= 16$) gehen mithilfe eines Rollators und 19,5% ($n= 8$) benötigen keinerlei Hilfsmittel beim Gehen. In der Kontrollgruppe ist die Anzahl jener, die einen Rollator benötigen ($n= 21, 48.8\%$) und jener, die keinerlei Gehhilfen brauchen ($n= 20, 46.5\%$) beinahe dieselbe. Lediglich 2 Personen benötigen einen Rollstuhl zum Fortbewegen. Die Berechnung der Rangkorrelation nach Spearman ergab weiterhin, dass ein höheres Alter mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einhergeht einen Rollator beziehungsweise einen Rollstuhl als Hilfsmittel zu brauchen ($\rho= 0.226, p > .05$). Abbildung 3 veranschaulicht graphisch die Verteilung der Mobilität in den Gruppen.

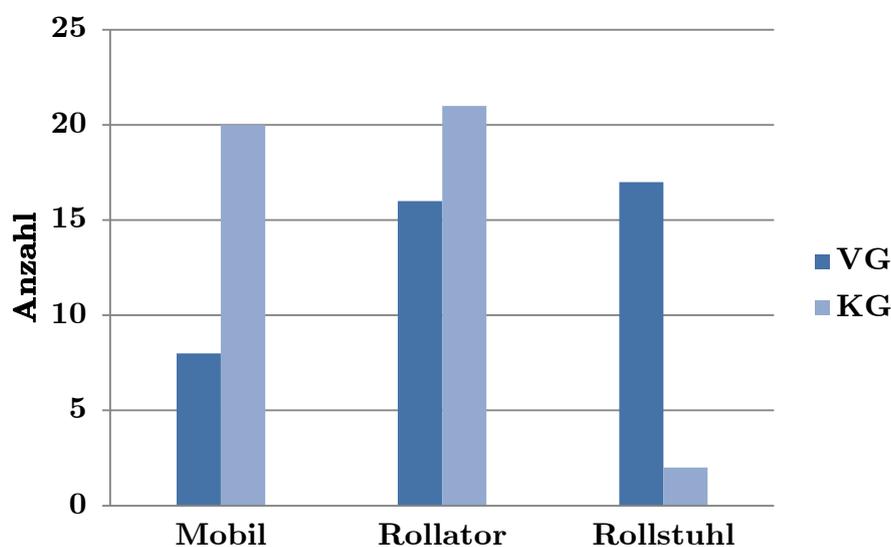


Abbildung 3: Verteilung der Mobilität in den Gruppen

8.3 Ergebnisdarstellung der Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der eingesetzten Erhebungsinstrumente dargestellt werden.

8.3.1 Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Die Geriatrische Depressionsskala diente bei dieser Untersuchung als Screeninginstrument für die Abklärung einer vorhandenen Depression. Ab einem Punktwert von 5 ist das Vorhandensein einer Depression wahrscheinlich. Die maximale Punktzahl liegt bei 15. Für eine genauere Beschreibung der GDS sei auf Abschnitt 7.2.2 verwiesen.

In der Gesamtstichprobe liegen die Werte zwischen 0-4 Punkten, der Median bei 1 ($QA = 0$) wodurch davon ausgegangen werden kann, dass bei den Probanden dieser Studie keine depressive Symptomatik vorliegt.

Folgende Abbildung 4 zeigt eine graphische Darstellung der Punktwerte.

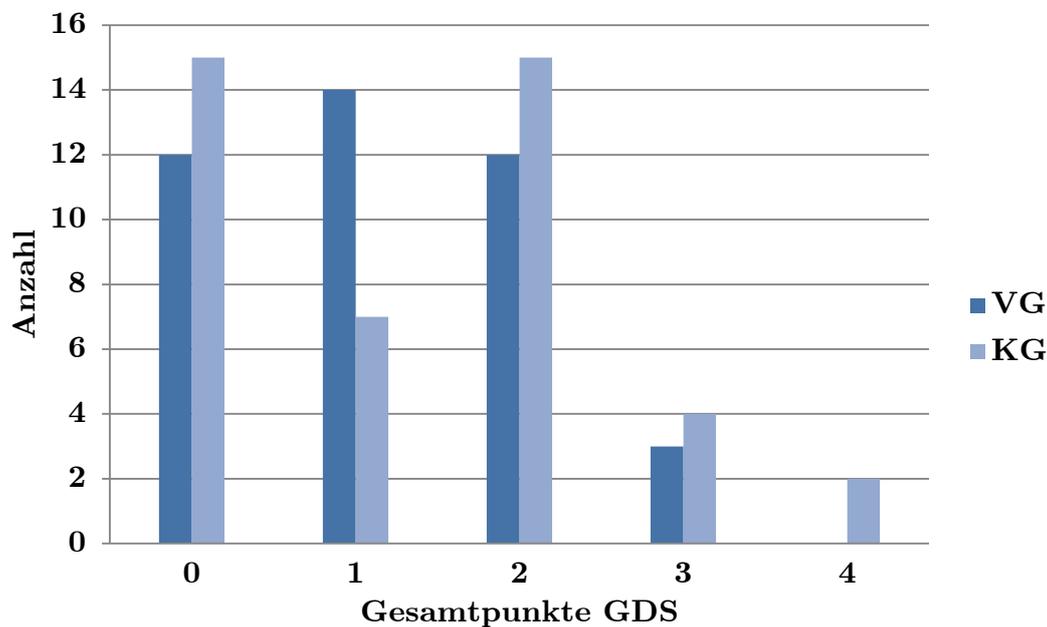


Abbildung 4: Verteilung des GDS Gesamtwertes in beiden Gruppen

Die Berechnung eines Mann-Whitney U-Tests ($U=820.000$, $p> .05$, $r=.14$) lässt keine signifikante Unterscheidung der Stichproben bezüglich der Punkteanzahl vermuten. Bei beiden liegt ein Median von 1 ($QA=0$) vor.

8.3.2 Mini Mental State Examination (MMSE)

Der MMSE stellt ein Screening-Verfahren zur Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen, wie beispielsweise der Orientierung oder des Gedächtnisses dar.

Dabei kann eine Punktezahl zwischen 0 bis 30 erreicht werden, wobei Werte zwischen 30-27 keine kognitive Beeinträchtigung bedeutet, bei Werten zwischen 26-24 eine fragliche Demenz, bei Werten zwischen 23-18 Punkten eine leichte Demenz und bei Werten zwischen 17-10 Punkten eine mittelgradige Demenz vorliegt (Gatterer Croy, 2005). Eine präzisere Beschreibung des Verfahrens findet sich in Abschnitt 7.2.1.

Der Durchschnittswert des MMSE lag in der Gesamtstichprobe bei 27,29 Punkten

($SD= 2,09$) wobei der niedrigste Wert bei 23 Punkten und der höchste Wert bei 28 Punkten lag.

Aufgrund der Verletzung der Homogenität der Varianzen ($F[1,82]= 6.451, p < .05$) wurde der Mann-Whitney U-Test berechnet, welcher einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben zeigte ($U= 415.500, p < .05, r=.87$). In der Gruppe der Geriatriepatienten lag der durchschnittliche Wert bei 26.27 ($SD= 2.12$), in der Kontrollgruppe bei 28.26 ($SD= 1.54$).

Die Berechnung einer Produkt-Moment Korrelation nach Pearson zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und dem erreichten Punktwert im MMSE ($r= -0.422, p < .05$). Demnach gehen mit einem höheren Alter niedrigere Werte im MMSE einher. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich auch hinsichtlich der Ausbildung der Probanden ($H[4]= 6.995, p > .05$). Folgende Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Medianwerte des MMSE bezüglich der verschiedenen Kategorien der Ausbildung.

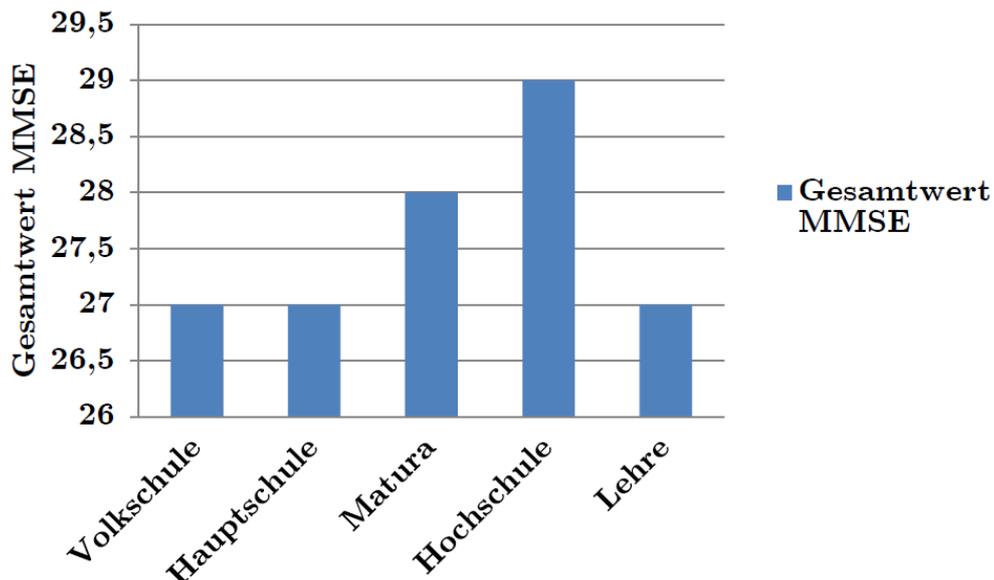


Abbildung 5: Verteilung der Medianwerte des MMSE

8.3.3 Satisfaction with Life Scale (SWLS)

Mit der Satisfaction with Life Scale nach Diener (1984) wurde die allgemeine Lebenszufriedenheit der Probanden erhoben.

Der Median der Gesamtstichprobe liegt bei 28.50 ($QA= 25$), was bei einer Gesamtpunkteanzahl von 35 eine relativ hohe Lebenszufriedenheit bei den Probanden widerspiegelt. In Abbildung 6 werden die Punktwerte der Gesamtstichprobe graphisch veranschaulicht.

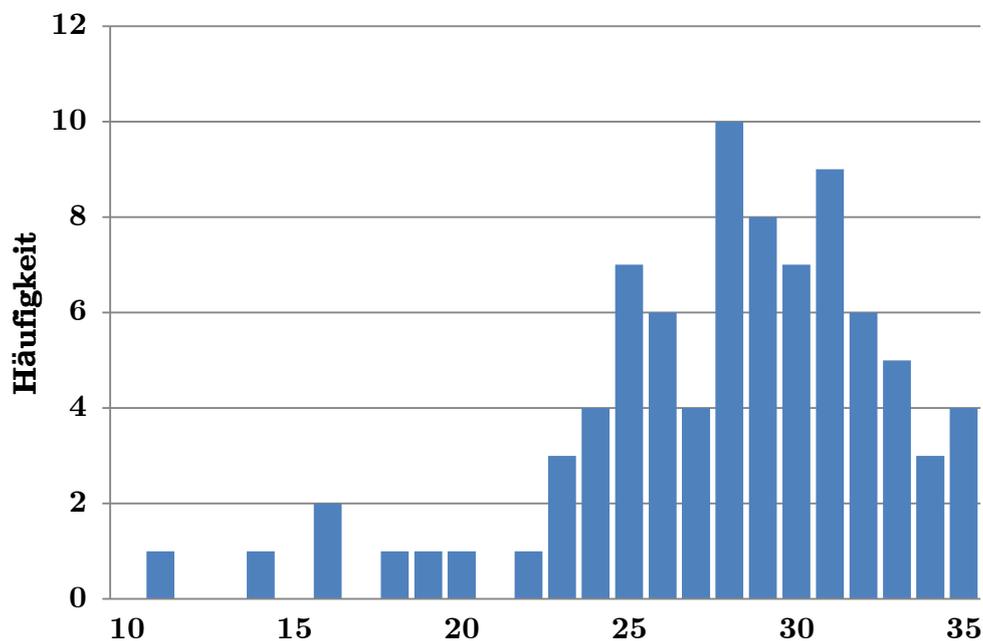


Abbildung 6: Verteilung der Gesamtwerte der Lebenszufriedenheit

In der Gruppe der Geriatriepatienten liegt der Median bei 28 ($QA= 24.5$), wobei die Werte von 11 bis 34 Punkte reichen. In der Kontrollgruppe ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von 29 ($QA= 26$). Der niedrigste Wert beträgt 16, der maximale Wert 35 Punkte.

Die Berechnung eines Mann-Whitney U-Tests ergab keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Höhe der Lebenszufriedenheit in den beiden Stichproben ($U= 734.500$, $p> .05$, $r= -.144$). Hinsichtlich des Alters ($\rho= -0.022$, $p> .05$), als auch der Mobilität ($H[2]= 1.466$, $p> .05$) und der höchsten abgeschlossenen Ausbildung ($H[4]= 4.002$, $p> .05$) zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit der

Lebenszufriedenheit. Der Familienstand zeigt zwar keinen signifikanten Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit ($H[3]= 7.626$, $p= 0,054$), jedoch liegt der p-Wert stark an der Grenze. Deshalb erfolgte ein post-hoc Vergleich der Medianwerte der Lebenszufriedenheit über die Kategorien, welcher mit $p= .034$ signifikant ausfiel und Unterschiede zwischen verheirateten und verwitweten Personen ergab, als auch zwischen verheirateten und geschiedenen. In beiden Fällen geben die in einer Ehe lebenden Personen eine höhere Lebenszufriedenheit an.

Auch zwischen jenen Probanden, die Kinder haben und jenen die kinderlos sind ($U= 408.500$, $p < .05$, $r= -.245$) fanden sich signifikante Unterschiede insofern, dass erstere eine höhere Lebenszufriedenheit angaben ($MR= 45.72$) als kinderlose Probanden ($MR= 31.50$).

8.3.4 Proactive Coping Inventory

Die Messung der allgemeinen Verwendung von Coping-Strategien zeigte einen Mittelwert von 73.69 ($SD= 8.66$) in der Gesamtstichprobe, wobei sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Anwendung von Coping-Strategien zeigt ($T= -.208$, $p> .05$, $r= -.023$). Des Weiteren zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen der Anwendung von Coping-Strategien und dem Alter ($r= -.096$, $p> .05$), als auch der Mobilität ($\rho= -.065$, $p> .05$).

Die Berechnung einer Rangkorrelation nach Spearman ergab jedoch einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Verwendung von Coping-Strategien und der Höhe der Lebenszufriedenheit ($\rho= .287$, $p< .05$).

Hinsichtlich der proaktiven Coping-Strategien beträgt der auf den Rohwerten basierende Mittelwert für die Gesamtstichprobe 44.36 ($SD= 5.65$). Betrachtet man die Mittelwerte der beiden Stichproben getrennt voneinander, zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($T= 1.654$, $r= .178$, $p> .05$) hinsichtlich der Verwendung von proaktiven Coping-Strategien. Auch in Bezug auf die Lebenszufriedenheit fand sich kein signifikanter Zusammenhang mit der Verwendung von proaktiven Coping-Strategien ($\rho= .152$, $p> .05$). In Abbildung 7 soll die Verteilung der Punktwerte der Subskala des proaktiven Copings graphisch veranschaulicht werden.

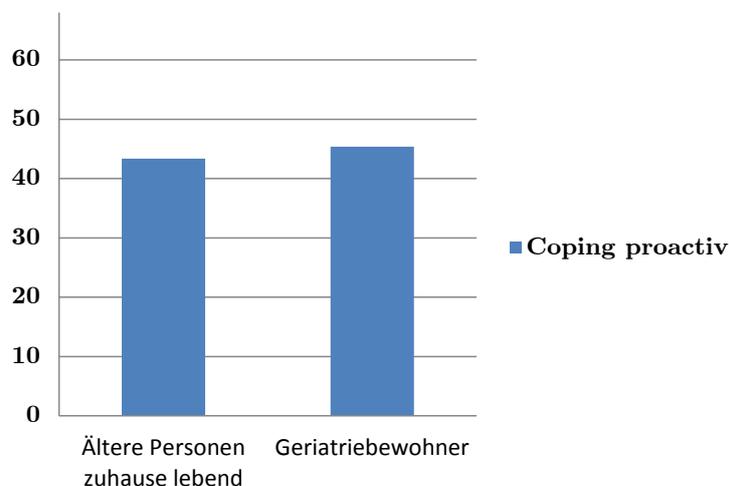


Abbildung 7: Verteilung der Gesamtwerte der Proactiv Coping Skala

Im Gegensatz zu den Ergebnissen bezüglich des proaktiven Copings zeigte sich im präventiven Coping ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben ($T = -2.256$, $p < .05$, $r = .24$). Der Mittelwert der Geriatriebewohner liegt mit 28.10 ($SD = 4.673$) niedriger als jener der Kontrollgruppe ($MD = 30.51$, $SD = 4.079$). Auch bezüglich der Höhe der Lebenszufriedenheit zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Verwendung von präventiven Coping-Strategien ($\rho = .382$, $p < .05$). Abbildung 8 stellt die Verteilung des präventiven Copings in der Gesamtstichprobe dar.

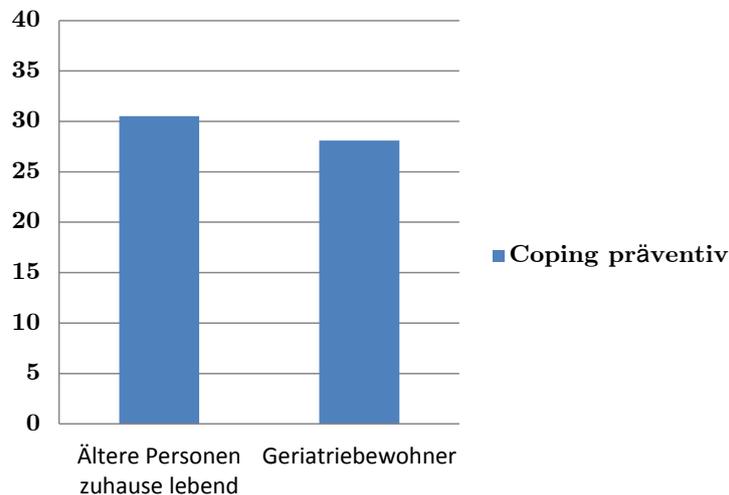


Abbildung 8: Verteilung der Gesamtwerte der Präventiv Coping Skala

8.3.5 Ressourcencheckliste

Die Ressourcencheckliste erfasst einerseits die Relevanz bestimmter Ressourcen, als auch deren Verfügbarkeit im Leben einer Person. Für eine bessere Übersicht werden die Mittelwerte der verschiedenen relevanten Ressourcen separat für beide Stichproben in der folgenden Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen der relevanten Ressourcen in beiden Gruppen

Familienstand	Versuchsgruppe		Kontrollgruppe	
	MD	SD	MD	SD
Partner	8.61	4.21	10.74	2.01
Familie und Freunde	9.76	2.61	11.19	1.00
Freizeitaktivitäten	8.51	3.48	9.05	2.23
Gefühl der Gesundheit	17.2	2.22	17.95	2.90
Selbstsicherheit	13.80	2.22	14.33	1.86
Beziehungsfähigkeit	33.29	4.82	35.05	4.45
Kontrollgefühl	3.71	0.56	3.70	0.71
Selfesteem	3.46	0.64	3.56	0.59
Wohnsituation	3.44	0.71	3.88	3.24

Hinsichtlich des Gesamtwertes an Ressourcen zeigte die Berechnung eines T-Tests für unabhängige Stichproben einen signifikanten Unterschied zwischen Geriatriebewohnern und der Kontrollgruppe ($T = -3.514$, $r = .36$, $p < .05$) dahingehend, dass die Kontrollgruppe einen höheren Gesamtmittelwert von Ressourcen aufzeigt ($M = 118.35$, $SD = 11.05$) als die Gruppe der Geriatriebewohner ($M = 109.88$, $SD = 11.04$). In Bezug auf die Ausbildung der befragten Personen zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesamtwertes an Ressourcen ($H[4] = 4.143$, $p > .05$), wobei jene Personen, welche die Volksschule besuchten ($MR = 49.02$), als auch jene, die eine Lehre absolvierten ($MR = 42.65$), höhere Werte aufweisen als Personen, die eine Hochschule ($MR = 39.56$) oder Hauptschule ($MR = 38.07$) besuchten oder jene, deren höchste abgeschlossene Ausbildung die Matura darstellt ($MR = 22.83$).

Hinsichtlich des Familienstandes ergeben sich auch keine signifikanten Unterschiede ($H[3] = 1.786$, $p > .05$), allerdings zeigen verheiratete Personen einen höheren Gesamtwert an Ressourcen ($MR = 46.28$) als geschiedene ($MR = 30.75$), verwitwete ($MR = 42.12$) oder ledige Personen ($MR = 37.58$). Abbildung 9 stellt die relevanten

Ressourcen in der Gesamtstichprobe graphisch dar.

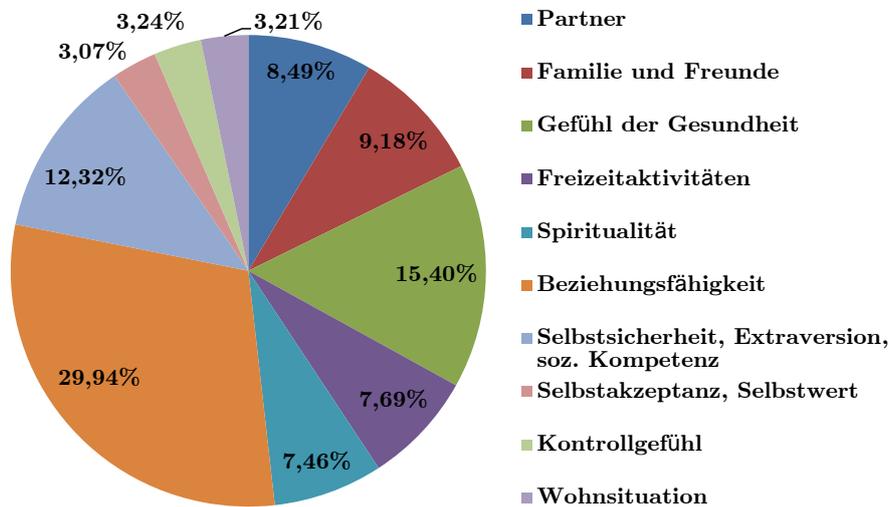


Abbildung 9: Relevante Ressourcen in der Gesamtstichprobe

Die Ergebnisdarstellung der einzelnen Subskalen an Ressourcen soll im Rahmen der Hypothesenprüfung erfolgen.

Bezüglich der aktuell vorhandenen Ressourcen ergab sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben ($T = -6.187$, $p < .05$, $r = .56$). Demnach verfügen Personen in der Kontrollgruppe ($M = 101.44$, $SD = 15.42$) über einen höheren Gesamtwert an Ressourcen als Geriatriebewohner ($M = 81.80$, $SD = 13.55$). Abbildung 10 veranschaulicht die Verteilung der Mittelwerte der einzelnen vorhandenen Ressourcen in den beiden Gruppen.

Der Bildungsstand der befragten Personen zeigt keinen signifikanten Effekt auf das Vorhandensein von Ressourcen ($H[4] = 7.516$, $p > .05$), jedoch zeigen sich Unterschiede im Familienstand bezüglich der vorhandenen Ressourcen ($H[3] = 20.576$, $p < .05$). Die Analyse der post-hoc Tests zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen verheirateten und verwitweten Personen ($U = 227.5$, $p < .05$, $r = -.512$) dahingehend, dass verheiratete Personen verglichen mit verwitweten über mehr Ressourcen verfügen.

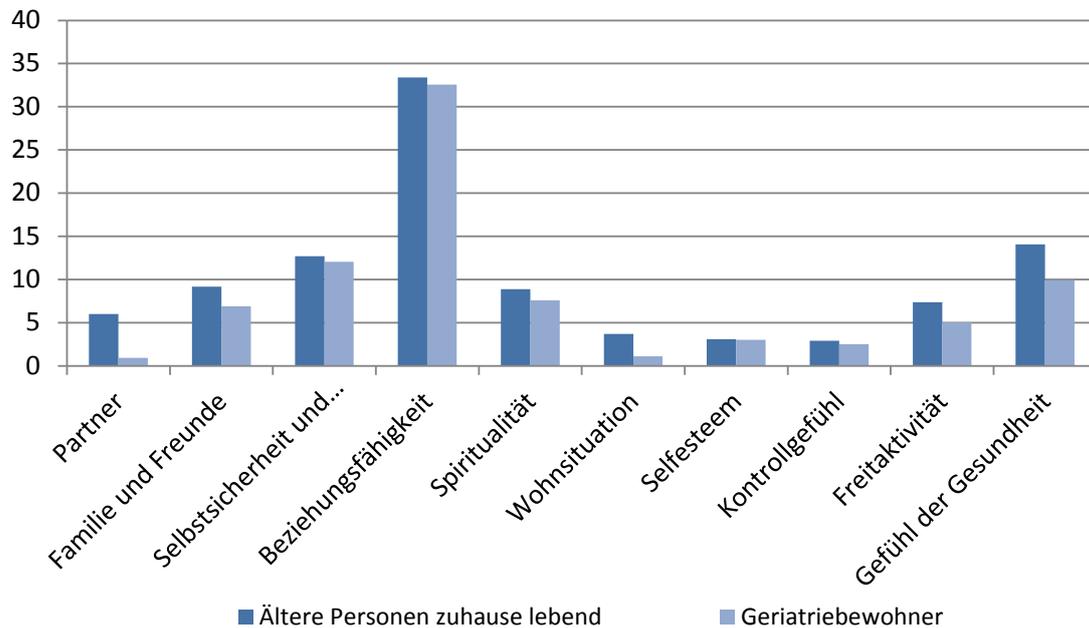


Abbildung 10: Vorhandene Ressourcen in beiden Gruppen

Des Weiteren ergaben sich Unterschiede an vorhandenen Ressourcen in Abhängigkeit von der Mobilität ($H[2]= 9.150, p < .05$). Die Analyse der post-hoc Tests ergab, dass jene Befragten, die keine Hilfsmittel zur Fortbewegung benötigen über mehr Ressourcen verfügen, als Rollstuhlfahrer ($U = 21.921, p < .05, r = .441$).

9 Hypothesenprüfung

Im Anschluss erfolgt die Prüfung und Beantwortung der in Abschnitt 6 vorgestellten Hypothesen und Fragestellungen.

9.1 Hypothese 1

H1: *Es gibt einen Unterschied in der Höhe der Lebenszufriedenheit zwischen den Bewohnern der Geriatrie und der Kontrollgruppe*

Aufgrund der Verletzung der Voraussetzungen für die Berechnung eines T- Tests für unabhängige Stichproben, erfolgt die Analyse mittels Mann-Whitney U-Test.

Wie bereits in Abschnitt 8.3.3 erwähnt, unterscheiden sich die beiden Gruppen in der angegebenen Höhe der Lebenszufriedenheit ($U = 734.500$, $p > .05$, $r = -.144$) nicht voneinander. Die Interpretation der Effektstärke r zeigt jedoch, dass die Zugehörigkeit zu den Gruppen einen geringen Effekt auf die Lebenszufriedenheit zu haben scheint.

9.2 Hypothese 2

I. H1: *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Verwendung von Coping-Strategien und der Lebenszufriedenheit*

Ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Verwendung von Coping-Strategien und der Höhe der Lebenszufriedenheit ($r = .287$, $p < .05$) wurde bereits in Abschnitt 8.3.4 berichtet. Die H0 wird somit verworfen.

II. H1: *Es bestehen Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Verwendung von Coping-Strategien und der Höhe der Lebenszufriedenheit.*

Die Prüfung dieser Hypothese wurde bereits in Abschnitt 8.3 im Rahmen der Analyse der verwendeten Messinstrumente durchgeführt, wobei sich weder ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Lebenszufriedenheit ($U = 734.500$, $p > .05$, $r = -.144$) noch hinsichtlich des Gesamtwertes der Verwendung von Coping-Strategien zwischen den beiden Gruppen zeigte ($T = -.208$, $p > .05$, $r = .023$). Somit wird die H0 beibehalten.

III. H1: *Es besteht ein Unterschied zwischen den verschiedenen Coping-Strategien (präventiv und proaktiv) hinsichtlich ihres Einflusses auf die Lebenszufriedenheit*

Bereits in Abschnitt 8.3.4 konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen präventivem Coping und der Lebenszufriedenheit gefunden werden ($\rho = .382$, $p < .05$), nicht

jedoch zwischen proaktiven Coping-Strategien und der Lebenszufriedenheit ($\rho = .152, p > .05$), weshalb diese aus der nachfolgenden Analyse ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Beantwortung der zu prüfenden Hypothese, kann die H_0 verworfen werden, da präventives Coping einen höheren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit aufweist.

Eine nachfolgende regressionsanalytische Untersuchung ergab, dass präventives Coping ein signifikanter Prädiktor für die Lebenszufriedenheit ist und 12,1 % der Varianz der Lebenszufriedenheit erklärt. Dieser Wert ist jedoch eher gering wodurch man auf weitere relevante Einflussfaktoren schließen kann. Tabelle 6 stellt eine Übersicht der wichtigsten Parameter der berechneten Regression dar.

Tabelle 6: Modellparameter der multiplen Korrelation

	Regressions- koeffizient B	Standardfehler	Stand. Koeffi- zienten Beta	T	Sig
Konstante	16,987	3,274		5,188	
Präventives Coping	,371	,110	,348	3,359	001*

$R^2 = ,121$; * $p < .05$

9.3 Hypothese 3

IV. H1: *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen vorhandenen Ressourcen und der Lebenszufriedenheit*

Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgte mittels einer Rangkorrelation nach Spearman und zeigte einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen vorhandenen Ressourcen ($\rho = .456$, $p < .05$) und der Lebenszufriedenheit. Die H0 kann hiermit verworfen werden.

V. H1: *Es besteht ein Unterschied zwischen umweltbezogenen-sozialen und persönlichkeitsbezogenen Ressourcen bezüglich ihres Einflusses auf die Lebenszufriedenheit*

Die Prüfung dieser Hypothese erfolgte anhand der Berechnung einer multiplen Regression.

Die Berechnung des Durbin-Watson Tests ergab einen Wert von 1.98, welcher sich nahe 2 befindet und somit keine Autokorrelation der Residuen vorliegt. Da der durchschnittliche VIF Wert bei .75 liegt und sich somit im akzeptablen Bereich unter 1 befindet (Bowerman & O'Connell, 1990, zitiert nach Field, 2006) und beide Prädiktoren auf unterschiedlichen Dimensionen laden (Umweltressourcen laden zu 88% auf Dimension 1, Persönlichkeitsressourcen zu 97% auf Dimension 3), können zu hohe Korrelationen der Prädiktoren untereinander (Multikollinearität) ausgeschlossen werden. Aufgrund der Verteilung der Residuen in den folgenden Graphiken kann von Homoskedastizität und einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden.

In einem ersten Schritt wurden anhand der Einschlussmethode persönlichkeitsbezogene und umweltbezogene-soziale Ressourcen in das Modell eingefügt. Aufgrund des signifikanten F-Werts von 15.105 ($p < .05$) kann davon ausgegangen werden, dass ein systematischer linearer Zusammenhang zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen besteht. Die Ergebnisse zeigen, dass persönlichkeitsbezogene Ressourcen höher mit der Lebenszufriedenheit korrelieren ($r = .521$, $p < .05$),

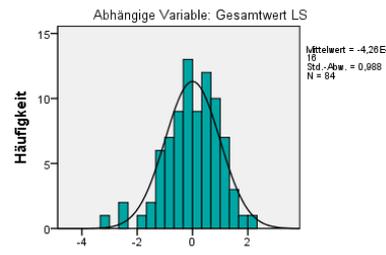
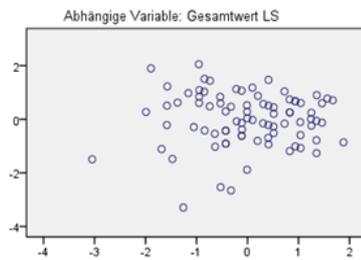


Abbildung 11: Streudiagramm Regression standardisierter Residuen Abbildung 12: Regression standardisiertes Residuum

als umweltbezogene-soziale Ressourcen ($r = .224$, $p < .05$). Die Korrelation beider unabhängigen Variablen beträgt $.428$ ($p < .05$). Für dieses Modell ergibt sich, dass beide Arten von Ressourcen zusammen 27,2% der Varianz an der Lebenszufriedenheit erklären ($R^2 = .272$, $p > .05$).

Um eine spezifischere Analyse der Einflussgrößen der unterschiedlichen Ressourcen auf die Lebenszufriedenheit zu gewährleisten, wurden in einem zweiten Schritt die Prädiktoren in hierarchischer Reihenfolge in das Modell aufgenommen. Aufgrund der vorherigen Ergebnisse wurden persönlichkeitsbezogene Ressourcen im ersten und umweltbezogene-soziale Ressourcen im zweiten Block definiert.

Die genauere Betrachtung der Modellparameter zeigt, dass durch das erste Modell (persönlichkeitsbezogene Ressourcen) eine Erhöhung der erklärten Varianz an der Lebenszufriedenheit erreicht wird, was mit einem F-Wert von 30.582 ($p > .05$) ein signifikantes Ergebnis darstellt. Durch Hinzufügen der umweltbezogenen-sozialen Ressourcen in Modell 2 kommt es jedoch zu keiner signifikanten Veränderung des F-Wertes ($F = .000$, $p = .987$), was bedeutet, dass diese den Anteil an erklärter Varianz der Lebenszufriedenheit nicht mehr erhöhen.

Die Analyse der Regressionskoeffizienten zeigt, dass sich der Wert der persönlichkeitsbezogenen Ressourcen ($\beta = .262$) signifikant von null unterscheidet ($t(81) = 4.961$, $p < .05$), während dies auf den Wert der umweltbezogenen-sozialen Ressourcen ($\rho = .001$) nicht zutrifft ($t(81) = .016$, $p > .05$). Daraus kann geschlossen werden,

dass lediglich persönlichkeitsbezogene Ressourcen als Prädiktoren für die Lebenszufriedenheit angesehen werden können, womit die H0 verworfen werden kann.

Eine Übersicht der Modellparameter wird in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Modellparameter der multiplen Korrelation

	Regressions- koeffizient B	Standardfehler	Stand. Koeffizi- enten Beta	T	Sig
Modell 1					
Konstante	8.125	3.597		2.259	
Persönlich- keitsbezogene Ressourcen	.263	.048	.521	5.530	.000*
Modell 2					
Konstante	8.135	3.667		2.218	
Persönlich- keitsbezogene Ressourcen	.262	.053	.520	4.961	.000*
Umweltbezogene Ressourcen	.001	.054	.002	.016	.987

$R^2 = ,272$ in Modell 1; $\Delta R^2 = .000$ in Modell 2; $*p < .05$

VI. H1: *Es gibt Unterschiede zwischen den einzelnen Ressourcen bezüglich des Zusammenhangs mit der Lebenszufriedenheit in der Gruppe der Geriatriepatienten*

Zur Untersuchung dieser Hypothese wurde nach Überprüfung der Voraussetzungen und deren Erfüllung (VIF- Werte < 10 ; Durbin- Watson´s $d = 2.3$) eine multiple Regression berechnet.

Um einen Überblick der Stärken der einzelnen Korrelationen zwischen den persönlichkeitsbezogenen Ressourcen und der Lebenszufriedenheit zu bekommen, wurde in ei-

nem ersten Schritt wieder die Einschlussmethode gewählt. Die Ergebnisse der Korrelationen zwischen Lebenszufriedenheit und den Ressourcen untereinander sind im Anhang, in Tabelle 20 dargestellt.

Die einzelnen Ressourcen zusammengefasst korrelieren zu .605 mit der Lebenszufriedenheit und erklären somit 36.6% der Varianz, was eine signifikante Veränderung des Modells durch Hinzufügen der persönlichkeitsbezogenen Ressourcen bedeutet ($F=3.269$, $p<.05$).

In einem zweiten Schritt wird anhand der hierarchischen Methode versucht zu erklären, in wie fern die einzelnen Ressourcen eine Veränderung in der erklärten Varianz hervorrufen und wie hoch deren Einfluss auf die abhängige Variable ist. Eine detaillierte Übersicht über die Modellparameter ist in Anhang 5, Tabelle 22 dargestellt. Es zeigt sich, dass das Gefühl der Gesundheit ($F=5.012$, $p>.05$) und die Beziehungsfähigkeit ($F=6.692$, $p>.05$) zu einer signifikanten Veränderung der erklärten Varianz der abhängigen Variable führen. Das Hinzufügen der restlichen Ressourcen bewirkt zwar einen Anstieg der erklärten Varianz bis .605, dieser ist jedoch nicht mehr als signifikant anzusehen ($F=1.622$, $p>.05$).

Die Betrachtung der F-Werte, durch die geprüft wird, welches Modell sich am besten für eine Vorhersage der Prädiktoren der abhängigen Variable eignet, zeigt den höchsten Wert im Modell 2 ($F=6.221$, $p=.005$), dessen Prädiktoren das Gefühl der Gesundheit und die Beziehungsfähigkeit darstellen.

Die Analyse der Regressionskoeffizienten aus dem Modell 2 zeigt, dass sich die Werte des Gefühls der Gesundheit ($\beta=.262$; $t(38)=2.681$, $p=.011$) und der Beziehungsfähigkeit ($\beta=.262$; $t(38)=2.588$, $p=.014$) signifikant von null unterscheiden und somit als aussagekräftige Prädiktoren der Lebenszufriedenheit angesehen werden können.

VII. H1: *Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der verfügbaren Ressourcen und der Höhe der Lebenszufriedenheit.*

Wie bereits in Abschnitt 8.3.3 berichtet, zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Lebenszufriedenheit zwischen den beiden Stichproben, allerdings in der Anzahl der vorhandenen Ressourcen ($T = -6.187$, $p < .05$, $r = .318$). Somit verfügen Personen aus der Kontrollgruppe über mehr Ressourcen ($M = 101.44$, $SD = 15.42$) als Personen, die in der Geriatrie leben ($M = 81.80$, $SD = 13.55$).

Es existiert jedoch ein Unterschied zwischen Personen mit hoher (Rohwert > 20) und niedriger Lebenszufriedenheit (Rohwert > 20) hinsichtlich der verfügbaren Ressourcen. Personen, die niedrigere Werte in der Lebenszufriedenheit aufweisen, geben an weniger Ressourcen zu besitzen ($M = 75.71$, $SD = 18.93$), als Personen mit einer höheren Lebenszufriedenheit ($M = 93.32$, $SD = 16.74$). Dieser Unterschied ist mit einem T-Wert von -2.638 signifikant. ($T = -2.256$, $p = .010$, $r = .279$). Da sich die zu prüfende Hypothese jedoch auf Unterschiede zwischen der Gruppe der Geriatriepatienten und der Kontrollgruppe bezieht und sich diese zwar in der Anzahl der vorhandenen Ressourcen, nicht aber in der Höhe der Lebenszufriedenheit signifikant voneinander unterscheiden, muss die H_0 beibehalten werden.

9.4 Hypothese 4

VIII. H1: *Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl an verschiedenen Ressourcen und der Verwendung von Coping-Strategien mit der Höhe der Lebenszufriedenheit*

IX. H1: *Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Anzahl an verschiedenen Ressourcen und der Verwendung von Coping-Strategien mit der Höhe der Lebenszufriedenheit*

Die Prüfung der beiden Hypothesen erfolgte erneut über die Berechnung einer multiplen Regression, wobei die Voraussetzungen wieder erfüllt werden konnten. So ergab

die Berechnung des Durbin-Watson Tests keine Autokorrelation der Residuen ($d=1.98$) und die VIF Werte lagen zwischen 1 und 1,6. Die Prädiktoren laden auf unterschiedlichen Dimensionen und auch zu hohe Korrelation der Prädiktoren untereinander können ausgeschlossen werden. Es scheint somit keine Multikollinearität vorzuliegen. Die Verteilung der Residuen bezüglich Homoskedastizität und einer Normalverteilung wurde anhand von Graphiken überprüft. Eine schrittweise Einchlussmethode ergab für die Anzahl der vorhandenen Ressourcen ($r= .427, p < .05$), als auch für die Verwendung von Coping-Strategien ($r= .247, p < .05$) signifikante positive Korrelationen mit der Lebenszufriedenheit. Betrachtet man den Anteil an erklärter Varianz, so zeigt sich für die Anzahl vorhandener Ressourcen ein Wert von 22.3%, was eine signifikante Veränderung ($F= 23.513, p < .05$) bedeutet. Hingegen kommt es durch Hinzufügen der Coping Variable zwar zu einer weiteren Erhöhung der erklärten Varianz der Lebenszufriedenheit um .016, welche jedoch kein signifikantes Ergebnis darstellt ($F= 1.744, p > .05$).

Die Analyse der Regressionskoeffizienten für beide Variablen zeigte ebenfalls, dass die Anzahl vorhandener Ressourcen ($\beta= .141; t(80)= 4.180, p= .000$) die Lebenszufriedenheit stärker beeinflusst als Coping-Strategien ($\beta = .064; t(80)= 1.138, p= .259$).

Da sich nur für die vorhandenen Ressourcen alleine ein signifikanter Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit zeigt, wird die H_0 beibehalten.

Um Unterschiede bezüglich dieser Fragestellung zwischen den beiden Gruppen zu untersuchen, wurde zusätzlich die Gruppenvariable als Dummy- Variable in das Modell eingeführt. Es ergab sich hierbei ein Wert für den Regressionsparameter von -1.222, welcher sich mit $t(80)= -1.075 (p= .285)$ als nicht signifikant herausstellte, wonach keine Unterschiede zwischen den Gruppen angenommen werden. Des Weiteren zeigt die Veränderung in der erklärten Varianz durch Hinzufügen der Gruppenvariable, dass lediglich 1.1% der Lebenszufriedenheit durch die unterschiedliche Wohnsituation der beiden Gruppen erklärt werden kann. Für eine bessere Übersicht werden im Anhang, in Tabelle 21, die Modellparameter dargestellt.

9.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden insgesamt 84 Personen zwischen 61 und 94 Jahren, welche an altersbedingten körperlichen Beeinträchtigungen leiden, hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit, Coping-Strategien und Ressourcen befragt. Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 41 Bewohnern des Geriatriezentrums Donaustadt, der Versuchsgruppe und 43 Personen aus Privathaushalten, welche die Kontrollgruppe bildeten, zusammen.

Die Daten wurden mittels SPSS ausgewertet, wobei die eingesetzten Messinstrumente zunächst einer Reliabilitätsanalyse unterzogen wurden und danach die Auswertung der Daten in Bezug auf die interessierenden Forschungshypothesen durchgeführt wurde.

Die Geschlechterverteilung stellte sich in beiden Gruppen als ähnlich heraus, es überwog wie aufgrund der speziellen Population erwartet, der Frauenanteil in beiden Stichproben.

Ein Großteil der befragten Personen gab an eine Lehre (42.9%) als höchste Ausbildung absolviert zu haben, danach waren die Volksschule (26.2%) und die Hauptschule (17.9%) die am häufigsten genannten Ausbildungen. Hinsichtlich der Ausbildung, des Familienstandes und der Mobilität zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen dahingehend, dass in der Gruppe der Geriatriebewohner der Anteil an verwitweten Personen (80.5%) und Personen die einen Rollstuhl benötigen (41.9%) höher war, als in der Kontrollgruppe.

Hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten lag der durchschnittliche Wert des MMSE in der Geriatriegruppe bei 28.26 ($SD= 1.54$), während er in der Kontrollgruppe nur 26.27 ($SD= 2.12$) betrug, was einem signifikanten Unterschied entspricht. Die Werte der GDS waren jedoch in beiden Gruppen gleichverteilt, mit einem Median von 1. Die Testung der ersten Hypothese (Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Höhe der Lebenszufriedenheit) anhand des Mann-Whitney U-Tests ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Hypothese wurde verworfen.

Die Prüfung der Hypothese 2.1 (Zusammenhang zwischen der Verwendung von Coping-Strategien und der Lebenszufriedenheit) mittels einer Rangkorrelation nach Spearman konnte zeigen, dass die Verwendung von Coping-Strategien einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat und konnte somit beibehalten werden.

Hypothese 2.2 (Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Verwendung von Coping-Strategien und der Höhe der Lebenszufriedenheit) wurde im Rahmen der Analyse der Messinstrumente beantwortet. Es zeigte sich weder ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Lebenszufriedenheit noch hinsichtlich des Gesamtwertes der Verwendung von Coping-Strategien zwischen den beiden Gruppen. Somit wird die H₀ beibehalten.

Die spezifische Analyse der Coping-Strategien (proaktiv und präventiv) hinsichtlich ihres Einflusses auf die Lebenszufriedenheit wurde anhand der Hypothese 2.3 geprüft. Es zeigte sich, dass die Verwendung von präventiven Coping-Strategien einen höheren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat als proaktive Strategien. Die folgende Analyse anhand einer linearen Regression ergab, dass präventives Coping 12,1 % der Varianz der Lebenszufriedenheit erklärt und als signifikanter Prädiktor für die Lebenszufriedenheit gesehen werden kann.

Hypothese 3 umfasste den Zusammenhang, als auch den Einfluss der vorhandenen Ressourcen und der Höhe der Lebenszufriedenheit. Die Prüfung von Hypothese 3.1 (Zusammenhang zwischen vorhandenen Ressourcen und der Lebenszufriedenheit) mittels einer Rangkorrelation nach Spearman, stellte einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten dar und kann somit beibehalten werden. Ob sich umwelt- und sozialbezogene und persönlichkeitsbezogene Ressourcen bezüglich ihres Einflusses auf die Lebenszufriedenheit unterscheiden (Hypothese 3.2), wurde anhand der Berechnung einer multiplen Regression geprüft, welche für persönlichkeitsbezogene Ressourcen einen höheren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit ergab. Dabei scheinen besonders das Gefühl der Gesundheit und die Beziehungsfähigkeit wesentliche Ressourcen für die Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten dar zu stellen, was durch Überprüfung von Hypothese 3.3 (Unterschiede

zwischen den einzelnen Ressourcen bezüglich des Zusammenhangs mit der Lebenszufriedenheit in der Gruppe der Geriatriepatienten) erfolgte. Die Untersuchung der Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der verfügbaren Ressourcen und der Höhe der Lebenszufriedenheit (Hypothese 3.4) ergab zwar, dass die Gruppe der Geriatriepatienten über weniger Ressourcen verfügt als die Kontrollgruppe, es zeigten sich aber keine Unterschiede hinsichtlich der Lebenszufriedenheit. Die Haupthypothese 3 kann somit zum Großteil beibehalten werden.

Die vierte Hypothese bestand einerseits aus der Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Anzahl an verschiedenen Ressourcen und der Verwendung von Coping-Strategien mit der Höhe der Lebenszufriedenheit (Hypothese 4.1), als auch ob es diesbezüglich Unterschiede in den Gruppen gibt (Hypothese 4.2).

Die Berechnung mittels einer multiplen Regression zeigte für Ressourcen und Coping-Strategien einen signifikanten positiven Zusammenhang mit der Höhe der Lebenszufriedenheit, allerdings stellt nur das Vorhandensein von Ressourcen auch einen signifikanten Prädiktor dar. Hinsichtlich dieses Ergebnisses fanden sich auch keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Dies bedeutet, dass in beiden Fällen die H_0 beibehalten wird.

Im folgenden Abschnitt werden die ermittelten Ergebnisse miteinander in Beziehung gesetzt, interpretiert und diskutiert.

10 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Zunächst erfolgt eine kurze Diskussion bezüglich der Reliabilitätsanalyse der eingesetzten Untersuchungsinstrumente. Anschließend folgt die Interpretation und Diskussion der gefundenen Ergebnisse der Hypothesenprüfung.

10.1 Diskussion der eingesetzten Untersuchungsinstrumente

Die Reliabilitätsanalyse der eingesetzten Verfahren ergab mit Ausnahme der Skala für präventives Coping Werte um .86, welche nach Bortz und Döring (2006) als mittelmäßig einzustufen sind.

Die Vorgabe der *Satisfaction with Life Scale* nach Diener (1984) umfasste neben der globalen Bewertung des vergangenen Lebens auch die Einschätzung der gegenwärtigen Situation, mit der Aussage "*Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet*". Aufgrund der zugrundeliegenden Stichprobe von Menschen, die wegen ihres Alters an körperlichen Beeinträchtigungen leiden und auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen sind, schien die Einschätzung dieser Frage im Vorhinein eher problematisch, da diesbezüglich eine geringere Einschätzung erwartet wurde, welche eine Verzerrung des Ergebnisses zu Folge gehabt hätte. Im Durchschnitt wurde dieses Item jedoch mit 5 Punkten (stimme eher zu) bewertet, wodurch sich zeigt, dass es sich hierbei eher um eine subjektive Bewertung der aktuellen Situation handelt und weniger um die Einschätzung der objektiven Lebensbedingungen.

Die Reliabilität des Fragebogens zu den angewandten Coping-Strategien lieferte für proactives Coping einen Wert im mittelmäßig guten Bereich, während das Cronbach Alpha für präventive Coping-Strategien nur in einen annehmbaren Bereich ($\alpha = .72$) fiel. Hierbei traten bei der Vorgabe diesbezüglich Probleme auf, dass bei bestimmten Items ("*Ich treffe Vorkehrungen für die Zukunft*", "*Ich versuche, mein Geld so anzulegen, dass es mir im Alter an nichts fehlt*" "*Habe ich ein Ziel erreicht, dann suche ich mir eine größere Herausforderung*") häufig von den Befragten angemerkt wurde, dass dies in der gegenwärtigen Situation nicht mehr zutrefte, wodurch sich die Einschätzung erschwerte. Als Hilfestellung diente hierbei die Anweisung an bestimmte Situationen im Leben zu denken beziehungsweise nicht die aktuelle Situation zu betrachten, sondern eine globale Beurteilung abzugeben.

Generell schien jedoch die Beantwortung der Items bezüglich der Coping-Strategien

Probleme zu bereiten, da diese hauptsächlich Handlungen erfragen, welche in der Gegenwart getätigt werden, deren Auswirkungen sich jedoch erst in zukünftigen Situationen manifestieren, welche den Befragten jedoch nicht mehr als relevant erscheinen. Möglicherweise führte dieser Umstand auch zu dem Ausschluß der in Abschnitt 8.1.3 und 8.1.4 angeführten Items.

Bezüglich der Bewertung der Ressourcencheckliste kam es zu ähnlichen Problemen, da die Befragten einige der angegebenen Ressourcen in der Gegenwart nicht mehr besitzen. Dieses Problem wurde jedoch dadurch beseitigt, dass die Einschätzungen einerseits auf der Relevanz der Ressourcen und andererseits auf dem Vorhandensein der Ressourcen in der aktuellen Lebenssituation beruhten. Da es sich bei der Ressourcencheckliste um ein Verfahren handelt, welches hauptsächlich für den Einsatz im therapeutischen Prozess konzipiert wurde (Dick, 2003), wäre eine itembasierte Auswertung möglicherweise besser geeignet, als die in dieser Arbeit angewandte Methode der Datenaggregation. Dies könnte eventuell auch eine Erklärung der schlechten Reliabilitätswerte der ausgeschlossenen Items und Skalen, welche in Abschnitt 8.1.5 angeführt wurden, darstellen. Trotz dieser Einschränkungen lag die Reliabilität der Gesamtskala mit .86 ebenfalls in einem mittelmäßigen Bereich.

10.2 Soziodemographische Daten

Insgesamt nahmen 84 Personen, im Alter zwischen 61 und 94 Jahren, welche an altersbedingten körperlichen Beeinträchtigungen leiden, an der Untersuchung teil. Die Verteilung der Geschlechter in der Gruppe der Geriatriebewohner zeigte einen erhöhten Anteil an weiblichen Personen, was nach Sorger und Willsberger (2010) für diese spezielle Altersgruppe nicht ungewöhnlich scheint. Diesbezüglich fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, insgesamt betrug der Anteil an Frauen in der Gesamtstichprobe 69%.

Bezüglich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung gab der Großteil der befragten Teilnehmer an eine Lehre absolviert zu haben, danach folgten der Besuch der Volksschule und der Hauptschule.

80.5% der Geriatriebewohner geben an verwitwet zu sein, während in der Kontrollgruppe der Großteil der Befragten in einer Ehe lebt. Auch hinsichtlich der Mobilität unterscheiden sich die Gruppen stark voneinander, da jene Teilnehmer, welche in ihren Privatwohnungen leben, häufiger noch selbstständig mobil sind. Diese Ergebnisse scheinen jedoch nicht ungewöhnlich zu sein, da der Tod des Partners, als auch eine fortgeschrittene körperliche Beeinträchtigung häufig mit einem Umzug in eine Pflegeeinrichtung einhergeht.

10.3 Lebenszufriedenheit im Alter

Die Lebenszufriedenheit im Alter ist ein breit diskutiertes Konstrukt in der aktuellen Forschungsliteratur zum erfolgreichen Altern, wobei die Meinungen darüber in vielerlei Hinsicht voneinander abweichen.

Im Vergleich zu den Ergebnissen von Glaesmer, Grande, Braehler und Roth (2011), bei welchen sich die Mittelwerte von männlichen und weiblichen Probanden über 75 Jahren bei 25.7 und 23.3 befanden, gaben die Teilnehmer in dieser Studie im Durchschnitt eine relativ hohe Lebenszufriedenheit an, wobei sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den älteren Menschen, die in ihren Privatwohnungen leben und Hilfsdienste in Anspruch nehmen und jenen, die in einem Pflegezentrum untergebracht sind, ergab. Es fand sich jedoch ein Effekt ($r = -.114$) dahingehend, dass die Lebenszufriedenheit in der Kontrollgruppe ein wenig höher war.

Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Theorie von Diener (1984; 1995), welcher die Lebenszufriedenheit als stabiles Konstrukt über die Lebensspanne annimmt. Hierfür spricht auch, dass sich keine signifikante Korrelation mit dem Alter und der Lebenszufriedenheit ergab. Die höchste abgeschlossene Ausbildung zeigte im Unterschied zur Studie von Easterlin (2001) keinen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit in der untersuchten Gesamtstichprobe.

Unterschiede zeigten sich jedoch hinsichtlich des Familienstandes wobei Personen, die in einer Ehe leben eine höhere Zufriedenheit mit ihrem Leben angaben, als verwitwete und geschiedene Personen. Hinsichtlich des Familienstandes fand sich in

der Studie von Berg, Hassing, McClearn, und Johansson (2006) vor allem bei den männlichen Teilnehmern der Verlust der Ehepartnerin als negativer Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Auch Cheng berichtete bereits 2001 einen negativen Einfluss von Verwitwung auf die Lebenszufriedenheit. Des Weiteren schätzten auch jene Befragten, die Kinder haben ihre Lebenszufriedenheit als höher ein, als jene ohne Kinder. Ähnliche Ergebnisse berichten Pinquard und Sorensen (2000), die vor allem eine gute emotionale Beziehung zu den Kindern als wesentlich für die Zufriedenheit im Alter ansehen.

10.4 Coping-Strategien

Die durchschnittliche Anwendung von Coping-Strategien in der untersuchten Gesamtstichprobe liegt im mittleren Bereich.

Unabhängig davon welcher Stichprobe die Befragten angehörten, zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der Verwendung von Coping-Strategien im Allgemeinen.

Betrachtet man beide Coping-Strategien jedoch getrennt voneinander, wie dies in Abschnitt 8.3 bereits durchgeführt wurde, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Verwendung präventiver Coping-Strategien zwischen den beiden Gruppen.

Die Kontrollgruppe wendet demnach mehr präventive Coping-Strategien an, als die Gruppe der Geriatriepatienten. Dem sei hinzugefügt, dass zwar kein signifikantes Ergebnis bezüglich der Unterschiede in der Lebenszufriedenheit gefunden wurde, trotzdem zeigt sich mit $r = -.144$ ein kleiner Effekt. Dies ist dahingehend zu interpretieren, dass möglicherweise jene Personen in der Kontrollgruppe, welche mehr präventive Coping-Strategien anwenden, eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen. Die regressionsanalytische Untersuchung ergab weiterhin, dass präventive Strategien als signifikanter Prädiktor für die Lebenszufriedenheit anzusehen sind und den Zusammenhang von proactiven Coping-Strategien und der Lebenszufriedenheit moderieren. Diese Ergebnisse stehen allerdings im Widerspruch zur gängigen Literatur bezüglich proaktiven Coping (Fiksenbaum et al., 2006; Schwarzer & Knoll, 2003). So

gehen Fiksenbaum et al. (2006) davon aus, dass diesen Coping-Strategien aufgrund ihrer zugrundeliegenden Motivation des Erreichens von Zielen und Herausforderungen, ein besonderer Wert für die Lebenszufriedenheit im Alter zukommt.

Hinsichtlich der soziodemographischen Variablen zeigten sich auch keine Zusammenhänge mit der Verwendung von Coping-Strategien. Weder das Alter, der Familienstand, noch die höchste abgeschlossene Ausbildung oder unterschiedliche Grade der Mobilität konnten in einen signifikanten Zusammenhang mit Coping gebracht werden. Eine mögliche Erklärung für die Ergebnisse bezüglich der unterschiedlichen Coping-Strategien liegt darin, dass bei alten Menschen, welche sich in einem Pflegeheim befinden, möglicherweise die Setzung von neuen Zielen und Herausforderungen nicht mehr im Vordergrund für die Erhaltung der Lebenszufriedenheit steht, sondern der Fokus mehr auf der erfolgreichen Annahme und Akzeptanz der gegenwärtigen Situation liegt.

10.5 Ressourcen

Hinsichtlich der erhobenen Ressourcen ergab sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit im Alter, wobei persönlichkeitsbezogene Ressourcen hierbei einen stärkeren Einfluss zeigten als umwelt- und sozialbezogene Ressourcen. Allerdings deuten die Unterschiede zwischen verheirateten und geschiedenen oder verwitweten Personen und jenen mit Kindern darauf hin, dass die Familie ebenfalls als Ressource für die Lebenszufriedenheit angesehen werden kann. Trotzdem zeigte sich ähnlich wie bei den Ergebnissen zu den Coping-Strategien, dass lediglich persönlichkeitsbezogene Ressourcen als signifikante Prädiktoren für die Lebenszufriedenheit fungieren und der signifikante Zusammenhang der umweltbezogenen-sozialen Ressourcen dadurch aufgehoben wird. Dieser Umstand erklärt sich allerdings auch durch die Korrelation der beiden Ressourcen von .428 miteinander. Dieses Ergebnis steht auch im Einklang mit Dick (2003), welcher in der Beschreibung der einzelnen Ressourcen darauf hinweist, dass diese nicht unabhängig voneinander

sein können, da vor allem persönlichkeitsbezogene Ressourcen in vielerlei Hinsicht notwendig sind, um umwelt- und sozialbezogene Ressourcen aufbauen zu können. Ein Beispiel hierfür zeigt der signifikante Einfluss der Beziehungsfähigkeit auf die Lebenszufriedenheit im Alter. Eine gute Beziehungsfähigkeit ist durch Geben und Annehmen von der Liebe anderer Menschen gekennzeichnet und setzt Offenheit gegenüber anderen und das Erkennen und Eingehen auf die Bedürfnisse anderer Menschen voraus. Dies stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine Partnerschaft aber auch für den Aufbau eines guten sozialen Netzwerkes dar.

Generell zeigte sich für die Gruppe der Geriatriepatienten nur für zwei der persönlichkeitsbezogene Ressourcen eine signifikante prädiktive Eigenschaft, für das Gefühl der Gesundheit und der eben erwähnten Beziehungsfähigkeit, wobei sich auch für das Kontrollgefühl, die Spiritualität, den Selbstwert und die Selbstakzeptanz, als auch die Selbstsicherheit, Extraversion und die soziale Kompetenz ein positiver, wenn auch geringer Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit zeigt. Aufgrund der bisherigen Forschungsliteratur bezüglich Ressourcen im Alter wäre allerdings von mehreren signifikanten Einflüssen auszugehen gewesen. Allerdings sei hier angemerkt, dass sich bereits aus der Analyse der soziodemographischen Variablen auch der Familienstand und das Vorhandensein von Kindern als positive Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit ergaben, in der Berechnung der umwelt- und sozialen Ressourcen jedoch nicht signifikant wurden. Dies spricht ebenfalls dafür, dass die einzelnen Ressourcen nicht unabhängig voneinander sind.

In Bezug auf das Zusammenspiel von Ressourcen und Coping-Strategien zeigte sich ein signifikanter Einfluss beider Konstrukte auf die Höhe der Lebenszufriedenheit, wobei die Anzahl der persönlichkeitsbezogenen Ressourcen mit 22.3% den größten Teil an der Varianz der Lebenszufriedenheit erklärt. Anzumerken ist hierbei, dass durch die Anzahl der vorhandenen Ressourcen der Einfluss an Coping-Strategien beinahe aufgehoben wird, woraus man ebenfalls schließen könnte, dass erfolgreiche Coping-Strategien an sich als Ressource anzusehen sind, beziehungsweise einzelne

persönlichkeitsbedingte Ressourcen und Coping sich gegenseitig wechselseitig beeinflussen und nicht als unabhängige Konstrukte angesehen werden sollten. So konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass das Gefühl von Kontrolle (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum & Taubert, 1999; Greenglass et al., 2006), als auch Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Knoll, 2003; Fiksenbaum & Greenglass, 2006; Greenglass & Fiksenbaum, 2009) als wesentliche Bestandteile erfolgreichen Copings aufgefasst werden können.

Die Ergebnisse bezüglich der vorhandenen Ressourcen in Bezug auf die Lebenszufriedenheit scheinen in ähnlicher Weise erklärbar zu sein, als jene für Coping-Strategien. Da speziell bei Pflegeheimbewohnern viele umwelt- und soziale Ressourcen nicht mehr vorhanden sind, scheinen persönlichkeitsbezogene Ressourcen für die Erhaltung der Lebenszufriedenheit mehr Relevanz zu besitzen. Auch diesbezüglich lassen die Ergebnisse jedoch eine Einschränkung erkennen, da nur zwei der persönlichkeitsbezogenen Ressourcen als Prädiktoren einen signifikanten Wert aufzeigen. Naheliegender wäre die Begründung dadurch, dass viele der Ressourcen in dieser speziellen Situation einfach nicht mehr vorhanden sind, beziehungsweise die einzelnen Ressourcen und Coping-Strategien nicht ganz voneinander abzugrenzen sind.

Zusammenfassend konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, dass Coping-Strategien, als auch Ressourcen einen Beitrag zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit leisten und sich die beiden untersuchten Stichproben hierbei nicht unterscheiden. Hingegen der aktuellen Forschungsliteratur konnte kein signifikanter Einfluss von proaktiven Coping-Strategien auf die Lebenszufriedenheit gezeigt werden, während präventive Strategien einen besseren prädiktiven Wert bezüglich der Lebenszufriedenheit aufweisen.

Hinsichtlich der vorhandenen Ressourcen zeigte sich ein signifikanter Effekt der persönlichkeitsbezogenen Ressourcen, wobei vor allem das Gefühl der Gesundheit und die Beziehungsfähigkeit signifikante Prädiktoren der Lebenszufriedenheit darstellen.

Der Zusammenhang von Coping-Strategien und Ressourcen machte deutlich, dass vorhandene Ressourcen einen größeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit aufzeigen, wobei das Zusammenspiel beider darauf hinweist, dass Coping-Strategien und Ressourcen keine unabhängigen Konstrukte darstellen, sondern die Entwicklung und Mobilisierung diverser Ressourcen als Coping aufgefasst werden kann, als auch Coping eine eigene Ressource darstellen könnte.

11 Kritik und Ausblick

Für die Interpretation der in dieser Studie gefundenen Ergebnisse sollen im Folgenden jene Punkte angeführt werden, welche eine Einschränkung dieser Resultate erfordern.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer in der Versuchsgruppe erfolgte vorwiegend durch die Auswahl der beiden Klinischen Psychologen, wodurch es sich hier um eine ausgewählte Stichprobe handelt und man nicht von einer zufälligen Auswahl sprechen kann (Bortz & Döring, 2006). Auch handelt es sich ausschließlich um Patienten des Geriatriezentrums Donauspital, wodurch nicht von Repräsentativität ausgegangen werden kann. Aus diesem Grund scheint die externe Validität eingeschränkt und eine Generalisierung der Ergebnisse nicht sinnvoll.

In Bezug auf die Macht der eingesetzten multiplen regressionsanalytischen Verfahren wurden post-hoc Berechnungen durchgeführt, welche mit .36, .46 und .61 nicht besonders hoch ausfielen, sich jedoch nach Maddock und Rossi (2001) durchaus in einem akzeptablen Bereich für gesundheitspsychologische Studien befinden. Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine exploratorische handelt, erweist sich die Aussagekraft der gefundenen Ergebnisse trotz allem als eingeschränkt.

Aufgrund der ausgewählten Durchführung der Befragung in Form von Interviews können des Weiteren möglicherweise aufgetretene Testleitereffekte nicht ausgeschlos-

sen werden. Trotz Bemühungen, die Begrüßung und Aufklärung über den Zweck der Befragung im weiten Sinne für jede befragte Person in gleicher Weise zu gestalten, kam es diesbezüglich durchaus zu situationsspezifischen Unterschieden, da gleiche Bedingungen nicht immer gewährleistet werden konnten. Bortz und Döring (2006) weisen auch darauf hin, dass nonverbale Signale seitens des Interviewers einen Testleitereffekt hervorrufen können, welche bei der Durchführung der Interviews vorgekommen sein könnten.

Ein weiterer Punkt stellt ein verzerrtes Antwortverhalten durch soziale Erwünschtheit dar, welches eventuell bei den Fragen zur Lebenszufriedenheit aufgetreten sein könnte.

Die Auswahl der eingesetzten Erhebungsinstrumente konnte möglicherweise für diese spezielle Stichprobe den gegenwärtigen Zustand nicht adäquat abbilden. Dies zeigte sich vor allem bezüglich des Proactiv Coping Inventory dahingehend, dass die Aussagen auf die aktuelle Situation nicht passend erschienen, da auch häufig von den Befragten die Rückmeldung kam, dass sie in ihrem Alter keine Ziele oder Herausforderungen mehr verfolgen. Möglicherweise liegt hierbei auch die Begründung dafür, dass sich bezüglich der Coping-Strategien ein eher geringer Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zeigte, da jene Menschen nicht mehr nach neuen Zielen streben, sondern vor allem versuchen, sich mit der gegenwärtigen Situation ab zu finden und die Formulierung der Items diesbezüglich nicht angepasst war.

In Bezug auf den Einsatz der Fragebögen schienen die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten für einen Großteil der Befragten mit Problemen behaftet zu sein, da diese eigentlich bereit waren mehr Information von sich preiszugeben, welche jedoch durch die standardisierte Befragung nicht berücksichtigt wurde. Für zukünftige Untersuchungen sei daher angemerkt, dass speziell für die Identifizierung von relevanten Ressourcen möglicherweise ein offenes Antwortformat die bessere Wahl darstellt und mehr an Information liefern würde.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Befragung mit der Ressourcencheckliste und deren Itemanzahl der einzelnen Skalen. So wurde beispielsweise die Beziehungsfähigkeit anhand insgesamt 10 Items erhoben, während das Kontrollgefühl und die Wohnsituation nur durch jeweils ein Item erfragt wurden. Dies könnte sich natürlich auch auf den Umstand auswirken, dass vor allem das Konstrukt des Kontrollgefühls keinen signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zeigte, obwohl dies aufgrund der bisherigen Forschungsliteratur zu erwarten gewesen wäre. Diesbezüglich wäre es womöglich sinnvoller gewesen, dieses Konstrukt anders zu operationalisieren. Beispielsweise hätte man die Kontrolle auch über die jeweilige Selbstständigkeit in Bezug auf die Aktivitäten des alltäglichen Lebens oder auch bezüglich der eigenen Körperpflege erheben können.

Trotz der angegebenen Kritikpunkte scheinen die Ergebnisse in Bezug auf die ausgewählte Stichprobe jedoch nicht ungewöhnlich zu sein. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für das Vorhandensein von diversen Ressourcen. Die Ergebnisse hierzu spiegeln im Grunde die Realität für Geriatriepatienten relativ genau wieder, da vor allem umweltbezogene-soziale Ressourcen (Partner, soziales Netzwerk, Freizeitaktivitäten) im Alter häufig nicht mehr vorhanden sind, weshalb die Übersiedlung in ein Pflegeheim überhaupt stattfindet. Auch in Bezug auf persönlichkeitsbezogene Ressourcen zeigt sich, dass im Gegensatz zu jüngeren Personen bestimmte Ressourcen an Bedeutung verlieren und deshalb auch für die aktuelle Zufriedenheit für die Befragten als nicht relevant eingeschätzt werden.

Aus der genannten Kritik ergeben sich folgende Punkte, welche in zukünftigen Forschungsarbeiten zu diesem Thema berücksichtigt werden sollten.

So wäre die Ausweitung der Befragung auf weitere Geriatriezentren sinnvoll, um mehr Informationen zu erlangen und auch eine höhere Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten.

Es zeigte sich auch, dass die in dieser Arbeit eingesetzten Fragebögen für die spezielle Population von Pflegeheimbewohnern beziehungsweise zuhause lebenden alten Menschen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, die besonderen Umstände, welche in dieser Situation entstehen, nicht adäquat abzubilden scheinen. Dies trifft vor allem für die Fragebögen der Lebenszufriedenheit und der Coping-Strategien zu. Generell dürfte jedoch ein Mangel an geeigneten Verfahren bestehen, da Fragebögen wie die hier verwendeten zwar über eine Normtabelle für ältere Personen verfügen, ein Vergleich von Pflegeheimpatienten mit einer gesunden alten Bevölkerung jedoch nicht sinnvoll erscheint. Der Anstieg der alternden Bevölkerung zeigt allerdings, dass es einer Auseinandersetzung mit den in dieser Arbeit untersuchten Konstrukten bedarf, um daraus präventive Maßnahmen für die Praxis mit älteren Menschen ab zu leiten und erfolgreich einzusetzen, um die Annahme altersspezifischer Veränderungen zu erleichtern und somit auch jenen alten Menschen, welche an Einbußen und Beeinträchtigungen leiden, einen besseren Umgang damit zu ermöglichen. Eine qualitative Untersuchung einzelner Ressourcen und Coping-Strategien, die zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit beitragen, wäre daher möglicherweise die bessere Methode der Wahl, um die spezielle Situation der betroffenen Personen adäquat abbilden zu können. Des Weiteren wären diese Informationen hilfreich für die Entwicklung neuer Verfahren, welche es ermöglichen, die Realität von Pflegeheimbewohnern in besserer Weise ab zu bilden.

In Anbetracht der gegenwärtigen Situation und der wachsenden älteren Bevölkerung liegt die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit präventiven Maßnahmen für das hohe Alter nahe. Insbesondere ist es von großer Bedeutung, für Menschen, welche durch ein hohes Alter an Beeinträchtigungen leiden, Möglichkeiten zu schaffen, wie sie auch in solchen schwierigen Situationen ein hohes Maß an Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit erlangen beziehungsweise beibehalten können. Forschungsarbeiten, welche sich mit Themen des erfolgreichen Alterns befassen, sollten eine Grundlage für Diskussionen auf politischer, als auch gesellschaftlicher Ebene bilden, um die Sensibilität für alte Menschen mit Beeinträchtigungen und deren Probleme

me zu erhöhen und negative Attributionen hinsichtlich eines hohen Alters abzubauen. In diesem Sinne liegt die Verantwortung vor allem auf politischer Ebene, welche durch die Bereitstellung finanzieller Mittel nicht nur die Forschung in diesem Bereich ermöglichen sollte, sondern auch durch Veränderungen im Gesundheitssystem die Erweiterung und Verbesserung von Pflegeinstitutionen für alte Menschen gewährleisten sollte. Dieser Weg würde möglicherweise auch dazu beitragen, in der Öffentlichkeit die positiven Seiten des Alters, wie Lebenserfahrung und Weisheit mehr zu betonen, was wiederum zu einem respektvolleren Umgang mit alten Menschen führen würde und deren Integration in die Gesellschaft erleichtern könnte.

Literatur

- Aldwin, C. and Gilmer, D. (2004). *Health, illness, and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives*. California: Sage Publications, Inc.
- Aspinwall, L. and Taylor, S. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3):417–436.
- Bach, N., Nikolaus, T., Oster, P., and Schlierf, G. (1995). Depressionsdiagnostik im alter. die “geriatric depression scale“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28 (2):42–46.
- Baltes, M. and Lang, F. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12(3):433–443.
- Baltes, P. and Baltes, M. (1989). Erfolgreiches altern: Mehr jahre und mehr leben. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie*, 2:5–10.
- Baltes, P. and Baltes, M. (1991). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Ben Zur, H. (2002). Coping, affect and aging: the roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32:357372.
- Berg, A., Hassing, L., McClearn, G. E., and Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10 (3):257–264.
- Blanchflower, D. and Oswald, A. (2008). Is well-being u-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66(8):1733–1749.
- Bond, J., Dickinson, H., Matthews, F., Jagger, C., and Brayne, C. (2006). Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: a longitudinal cohort study. *European Journal of Ageing*, 3(4):193–206.
- Borg, C., Fagerström, C., Balducci, C., Burholt, V., Ferring, D., Weber, G., Wenger, C., Holst, G., and Hallberg, I. (2008). Life satisfaction in 6 european countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatric Nursing*, 29(1):48–57.
- Bortz, J. and Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und evaluation für human- und sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer, 4.

- Burger, J. (1989). Negative reactions to increases in perceived control. *Journal of Personality & Social Psychology*, 56:246-256.
- Charles, S. and Carstensen, L. (2009). Social and emotional aging. *The Annual Review of Psychology*, 62.
- Chen, C. (2001). Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research*, 54:57–79.
- Chen, S., Chan, A., and Fung, H. (2009). Self-perception and psychological well-being: the benefits of foreseeing a worse future. *Psychology and Aging*, 24(3):623-633.
- Clark, A. (2007). Born to be mild? cohort effects don't (fully) explain why well-being is shaped in age. *IZA Working Paper No. 3170*.
- Cole, M. and Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160:1147–1156.
- Conner-Smith, J. and Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6):1080–1107.
- Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assistive-living residents. *Health & Social Work*, 27(4):209–302.
- DeLongis, A., Lazarus, R., and Folkman, S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3):486–495.
- Dick, A. (2003). *Psychotherapie und Glück: Quellen und Prozesse seelischer Gesundheit*. Huber.
- Diener, E. (1984). Subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*, 95 (3):542–575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55 (1)(1):34–43.
- Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Springer Verlag.

- Diener, E. and Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1):1–43.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., and Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1):71–75.
- Diener, E. and Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5):926–935.
- Diener, E., Lucas, R., and Scollon, C. (2009). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *The Science of Well-Being*, pages 103–118.
- Diener, E., Napa Scollon, C., and Lucas, R. (2003a). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in cell aging and gerontology*, 15:187–219.
- Diener, E., Oishi, S., and Lucas, R. (2003b). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1):403–425.
- Diener, E., Sandvik, E., and Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack and M. Argyle and N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*, 119–139. New York: Pergamon.
- Diener, E., Scollon, C., and Lucas, R. (2006). Beyond the hedonic treadmill. revising the adaptation theory of well- being. *American Psychologist*, 61 (4):305–314.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., and Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2):276–302.
- Easterlin, R. (2001). Life cycle welfare: trends and differences. *Journal of Happiness Studies*, 2(1):1–12.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M., and Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8(3):178–191.

Ehrlich, B.S. & Isaacowitz, D. (2002). Does subjective well-being increase with age? *Perspectives in Psychology*, 5:20–26.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS (2nd)*. London: SAGE Publications Ltd.

Fiksenbaum, L., Greenglass, E., and Eaton, J. (2006). Perceived social support, hassles, and coping among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 25 (17)(1):17–30.

Folkman, S. and Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3):219–239.

Folstein, M., Folstein, S., and McHugh, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12:189–198.

Forstmeier, S., Uhlendorff, H., and Maercker, A. (2005). Diagnostik von ressourcen im alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18(4):227–257.

Fredrickson, B. and Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2):172–175.

Fujita, F. and Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of personality and social psychology*, 88(1):158–164.

George, L. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(3):331–339.

Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberg, U., Wagner, G., and Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in germany, the uk, and the us: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25 (2):477–485.

Gerstorf, D., Ram, N., Röcke, C., Lindberger, U., and Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging*, 23(1):154–168.

- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, B., and Roth, M. (2011). The german version of the satisfaction with life scale (swls). psychometric properties, validity, and population-based norms. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2):127-132.
- Gow, A., Pattie, A., Whiteman, M., Whalley, L., and Deary, I. (2007). Social support and successful aging. *Journal of Individual Differences*, 28(3):103-115.
- Greenglass, E. and Fiskensbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being. testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, 14(1):29-39.
- Greenglass, E., Fiskensbaum, L., and Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress & Coping*, 19 (1):15-31.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiskensbaum, L., and Taubert, S. (1999). The proactive coping inventory (pci): A multidimensional research instrument. *Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14.*
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective.* Guilford Press, New York.
- Hsu, H. Trajectory of life satisfaction and its relationship with subjective economic status and successful aging. *Social indicators research*, pages 1-14.
- Jopp, D. and Rott, C. (2006a). Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians happiness. *Psychology and Aging*, 21(2):266-280.
- Jopp, D. and Schmitt, M. (2010). Dealing with negative life events: differential effects of personal resources, coping strategies, and control beliefs. *European Journal of Ageing*, 7 (3):167-180.
- Jopp, D. and Smith, J. (2006b). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2):253-265.
- Kahneman, D., Diener, E., and Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology.* Russell Sage Foundation Publications.

- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., and Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4:1–39.
- Kessler, J., Markowitsch, H., and Denzler, P. (2000a). *Der Mini Mental Status Test*. Weinheim: Beltz.
- Kessler, J., Markowitsch, H., and Denzler, P. (2000b). *Der Mini Mental Status Test*. Weinheim: Beltz.
- Kotter-Grühn, D. and Smith, J. (2011). When time is running out: changes in positive future perception and their relationships to changes in well-being in old age. *Psychology and Aging*, 26(2):381–387.
- Kruse, A. (2007). *Das letzte Lebensjahr: zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. W. Kohlhammer Verlag.
- Lampinen, P., Heikkinen, R., Kauppinen, M., and Heikkinen, E. (2007). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5):454–466.
- Lazarus, R. and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lehr, U. (2007). Psychologie des alterns, (11., überarbeitete auflage). *Auflage, Wiebelsheim*.
- Lieberman, M. and Rosenthal, R. (2001). Why introverts cant always tell who likes them: Multitasking and nonverbal decoding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80:294–310.
- Lucas, R., Diener, E., and Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3):616–628.
- Maddock, J. E. and Rossi, J. S. (2001). Statistical power of articles published in three health psychology-related journals. *Health Psychology*, 20:7678.
- Marengoni, A., Von Strauss, E., Rizzuto, D., Winblad, B., and Fratiglioni, L. (2009). The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. a community-based, longitudinal study. *Journal of internal medicine*, 265(2):288–295.

Martin, M. and Kliegel, M. (2008). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*, volume 3. W. Kohlhammer Verlag.

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50:370–396.

Matheny, K., Curlette, W., Aysan, F., Herrington, A., Gfroerer, C., Thompson, D., and Hamarat, E. (2002a). Coping resources, perceived stress, and life satisfaction among turkish and american university students. *International Journal of Stress Management*, 9(2):81–97.

Matheny, K., Curlette, W. L., Aysan, F., Herrington, A., Gfroerer, C., Thompson, D., and Hamarat, E. (2002b). Coping resources, perceived stress, and life satisfaction among turkish and american university students. *International Journal of Stress Management*, 9(2):81–97.

Melzer, D., McWilliams, B., Brayne, C., Johnson, T., and Bond, J. (2000). Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for england. *Journal of epidemiology and community health*, 54(4):286–292.

Menec, V. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 58B(2):74–82.

Minicuci, N., Noale, M., Díaz, E., Gómez León, M., Andreotti, A., and Mutafova, M. (2011). Disability-free life expectancy: A cross-national comparison among bulgarian, italian, and latin american older population. *Journal of Aging Health*, 20 (10):1–53.

Neal, K. (2002). Church-based social support and health in old age: exploring variations by race. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 57B:332–347.

Ouwehand, C., De Ridder, D., and Bensing, J. (2006). Situational aspects are more important in shaping proactive coping behaviour than individual characteristics: A vignette study among adults preparing for ageing. *Psychology & Health*, 21(6):809–825.

Penley, J. A. and Tomaka, J. (2002). Associations among the big five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32:1215–1228.

- Phelan, E., Anderson, L., Lacroix, A., and Larson, E. (2004). Older adults' views of successful aging: how do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2):211–216.
- Pinquart, M. and Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and aging*, 15(2):187–224.
- Pollet, T. V., Roberts, S., and Dunbar, R. (2011). Extraverts have larger social network layers but do not feel emotionally closer to individuals at any layer. *Journal of Individual Differences*, 32(3):161–169.
- Prenda, K. and Lachman, M. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16(2):206–216.
- Rosenberg, M., Schoolar, C., Schoenbach, C., and Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1):141–156.
- Rowe, J. and Kahn, R. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4):433–440.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6):1069–1081.
- Ryff, C. D. and Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4):719–727.
- Schilling, O. (2005a). Cohort- and age-related decline in elders' life satisfaction: is there really a paradox? *European Journal of Ageing*, 2(4):254–263.
- Schilling, O. K. (2005b). Cohort- and age-related decline in elderly's life satisfaction: is there really a paradox? *European Journal of Aging*, 2:254–263.
- Schilling, O. K. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the paradox. *Social Indicators Research*, 75:241–271.
- Schuhmacher, J. (2003). The satisfaction with life scale. deutsche fassung. In *Schuhmacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*, Göttingen: Hogrefe:305–309.

Schumacher, J., Gunzelmann, T., and Brähler, E. (1996). Lebenszufriedenheit im alter-differentielle aspekte und einflussfaktoren life satisfaction in old age-differential aspects and influencing factors. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie*, 1(1):19–32.

Schwarzer, R. and Knoll, N. (2003). *Positive Coping: Mastering demands and searching for meaning*. In S.J. Lopez and C.R. Snyder (Eds.), *Handbook of Positive Psychological Assessment*, 393-409, Washington, DC: American Psychological Association.

Sölva, M., Baumann, U., and Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, operationalisierungen, empirische befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3:292–309.

Sölva, M., Baumann, U., and Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, operationalisierungen, empirische befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3:292–309.

Sougleris, C. and Ranzijn, R. (2011). Proactive coping in community-dwelling older australians. *The International Journal of Aging and Human Development*, 72(2):155–168.

Statistik Austria. Bevölkerungsstand 2010.

http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/publikationen?id=&webcat=24&nodeid=189&frag=3&listid=24, zugriff: 28.04.2011.

Statistik Austria. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Österreichische gesundheitsbefragung 2006/2007.

http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/4/publdetail?id=4&listid=4&detail=457, zugriff: 28.04.2011.

Strack, F., Argyle, M., and Schwarz, N. (1991). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Oxford u.a.: Pergamon Press.

Suh, E., Diener, E., and Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of personality and social psychology*, 70(5):1091–1102.

Suh, E., Diener, E., Oishi, S., and Triandis, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2):482–493.

The WHOQOL Group (1995). The world health organisation quality of life assessment (whoqol): Special issue on health-related quality of life: what is it and how should we measure it? *Social Science and Medicine*, 41 (10):1403–1409.

Van Landeghem, B. (2008). Human well-being over the life cycle: Longitudinal evidence from a 20-year panel. *LICOS Discussion Paper No. 213*.

Veenhofen, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Quebécoise de Psychologie*, 18:29–74.

Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42:335–347.

von Faber, M., Wiel, A., van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A., van Dongen, E., Knook, D., van der Geest, S., and Westendorp, R. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of internal medicine*, 161(22):2694–2700.

Waldron-Perrine, B., Rapport, L. J., Hanks, R., Lumley, M., Meachen, S., and Hubbarth, P. (2011). Religion and spirituality in rehabilitation outcomes among individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 56(2):107116.

Wencke Gwozdz, W. and Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for germany. *IZA Discussion Paper No. 4053*.

FRAGEBOGEN

Welche Coping-Strategien und Ressourcen tragen zu Erhaltung der Lebenszufriedenheit bei?

Code: _____

(Erster Buchstabe des Vor- und Nachnamens und fortlaufende Nummerierung der Teilnehmer, Bsp: ME01)

Inhalt:

Soziodemographische Daten

Satisfaction with life scale- SWLS

Geriatrische Depressionsscala- GDS

Mini Mental State Examination- MMSE

Proactive Coping Inventory- PCI

Ressourcencheckliste- RCL

In meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit Coping- Strategien und Ressourcen, welche zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten und älteren Menschen, welche einen Heimpflegedienst in Anspruch nehmen, beitragen.

Dabei interessiert mich besonders, wie Sie mit Veränderungen in ihrem Leben umgehen und schwierige Situationen bewältigen aber auch wie es Ihnen heute geht.

Das Ziel meiner Befragung ist es, mehr Wissen über die Möglichkeiten der Bewältigung von Veränderungen, welche mit dem Alter einhergehen zu erlangen, um in Zukunft andere Menschen darin unterstützen zu können, bereits vorbeugend auf Veränderungen zu reagieren und sie in diesem Prozess besser unterstützen zu können. Dies soll dazu beitragen, dass die Menschen bevorstehende Veränderungen positiv bewältigen können.

Das Gespräch wird ungefähr eine Stunde dauern. Sollten Sie während dem Gespräch Fragen haben, können Sie diese jederzeit stellen, oder auch nachfragen, falls eine Frage unverständlich gestellt wird.

Während des Gesprächs können jederzeit Pausen gemacht werden. Sollten Sie bei der Befragung nicht mehr weitermachen wollen, können sie diese jederzeit abbrechen.

Sollten Sie bei dem Gespräch jemanden dabei haben wollen, können Sie auch gerne eine Person Ihres Vertrauens mitnehmen.

Alle Angaben, die Sie in diesem Gespräch mitteilen, unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Auch Ihr Name und Ihre persönlichen Daten werden nirgends aufgeschrieben, so dass der Fragebogen nicht mehr mit Ihnen in Verbindung gebracht werden kann.

Sollten sich für Sie im Nachhinein noch Fragen ergeben, oder sollte eine Vertrauensperson von Ihnen noch Fragen haben, können Sie gerne mit mir Kontakt aufnehmen.

Magdalena Erlebach
Telefonnummer: 0650/8225763
e-mail: merlebach@gmx.at

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie bei dieser Befragung mitmachen möchten!

Soziodemographische Daten

1	Geschlecht	(0) männlich (1) weiblich	
2	Alter	_____ Jahre	
3	Höchste abgeschlossene Ausbildung	(0) Volksschule (1) Hauptschule (2) Matura	(3) Hochschule (4) Lehre
4	Familienstand	(0) verheiratet (1) geschieden (2) verwitwet	(3) ledig
5	Kinder	(0) ja (1) nein	

Zufriedenheitsskala - SWLS

Im Folgenden geht es darum, wie zufrieden sie im Allgemeinen mit ihrem Lebens sind. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den Aussagen zustimmen.

	<i>stimme genau zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>weder/ noch</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	7	6	5	4	3	2	1
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	7	6	5	4	3	2	1
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	7	6	5	4	3	2	1
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	7	6	5	4	3	2	1
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	7	6	5	4	3	2	1
						Score:	

Geriatrische Depressionsskala - GDS

		0	1
1	Sind sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
2	Haben sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
3	Haben Sie das Gefühl Ihr Leben sei ohne Sinn?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
4	Verlieren Sie schnell das Interesse?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
5	Sind Sie meistens guter Laune?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
6	Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
7	Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
8	Fühlen Sie sich oft hilflos?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
9	Bleiben Sie lieber zuhause, anstatt auszugehen und etwas zu unternehmen?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
10	Haben Sie das Gefühl ein schlechteres Gedächtnis als andere Leute in Ihrem Alter zu haben?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
11	Finden Sie es schön jetzt zu leben?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
12	Fühlen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich hilflos?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
13	Fühlen Sie sich voller Energie?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
14	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
15	Haben Sie das Gefühl, dass es den meisten Leuten (Ihres Alters) besser geht als Ihnen?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
		Score:	

Mini Mental State Examination- MMSE

1 Orientierung			
1.1	Den wievielten haben wir heute?	Tag	<input type="checkbox"/>
1.2		Monat	<input type="checkbox"/>
1.3		Jahr	<input type="checkbox"/>
1.4	Welche Jahreszeit haben wir gerade?		<input type="checkbox"/>
1.5	Welcher Wochentag ist heute?		<input type="checkbox"/>
1.6	In welchem Land sind wir hier?		<input type="checkbox"/>
1.7	In welcher Stadt befinden wir uns?		<input type="checkbox"/>
1.8	In welcher Anstalt sind sie? Wie lautet Ihre Adresse?		<input type="checkbox"/>
1.9	In welchem Stockwerk befinden wir uns?		<input type="checkbox"/>
1.10	Können Sie mir den Namen unseres Präsidenten nennen?		<input type="checkbox"/>
		Score (0-10):	
2 Kurzzeitgedächtnis Sprechen sie mir bitte langsam nach : Apfel, Schlüssel, Tisch Können Sie die Worte bitte wiederholen?			
2.1		Apfel	<input type="checkbox"/>
2.2		Schlüssel	<input type="checkbox"/>
2.3		Tisch	<input type="checkbox"/>
		Score (0-3): Versuche:	
3 Aufmerksamkeit Würden Sie bitte jeweils 7 von der Zahl 100 abziehen? Würden Sie bitte das Wort RADIO rückwärts buchstabieren			
3.1		93	O <input type="checkbox"/>
3.2		86	I <input type="checkbox"/>
3.3		79	D <input type="checkbox"/>
3.4		72	A <input type="checkbox"/>

3.5		65	R	<input type="checkbox"/>
		Score (0-5):		
4	Gedächtnis			
	Ich habe Sie zuvor gebeten mir drei Worte nach zu sprechen. Könnten Sie diese wiederholen?			
4.1		Apfel		<input type="checkbox"/>
4.2		Schlüssel		<input type="checkbox"/>
4.3		Tisch		<input type="checkbox"/>
		Score (0-3):		
5	Sprache			
5.1	Können Sie mir sagen, welcher Gegenstand das ist?	Uhr		<input type="checkbox"/>
5.2		Bleistift		<input type="checkbox"/>
5.3	Sprechen Sie mir bitte nach: "Keine Wenns, Unds oder Abers"	Korrekt		<input type="checkbox"/>
5.4	"Nehmen Sie bitte das Blatt Papier in die rechte Hand, falten Sie es und legen es auf den Boden"	Nimmt es in die rechte Hand		<input type="checkbox"/>
5.5		Faltet es		<input type="checkbox"/>
5.6		legt es auf den Boden		<input type="checkbox"/>
5.7	Lesen sie bitte diesen Satz und führen ihn aus: "Schließen Sie Ihre Augen"	Schließt die Augen		<input type="checkbox"/>
5.8	Schreiben Sie bitte einen Satz auf dieses Blatt	Scheibt einen Satz mit Prädikat und Subjekt		<input type="checkbox"/>
		Score (0-8):		
6.	Kopieren		Zeichnet richtig	<input type="checkbox"/>
	Zeichnen Sie bitte diese Figur nach			
		Score (0-1):		
		Gesamtscore (max 30)		

Proactive Coping Inventory- PCI

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle. Geben sie bitte spontan jene Antwortmöglichkeiten an, mit welchen sie am ehesten übereinstimmen.

PROAKTIVES COPING

		<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt eher</i>	<i>stimmt genau</i>
1	Habe ich ein Ziel erreicht, dann suche ich mir eine größere Herausforderung.	1	2	3	4
2	Mir kommt es immer darauf an, etwas zu bewirken.	1	2	3	4
3	In brenzligen Situationen habe ich oft das Gefühl, auf verlorenem Posten zu stehen.	1	2	3	4
4	Ich ziehe aus alltäglichen Schwierigkeiten wichtige Erfahrungen, um mein Leben besser zu gestalten.	1	2	3	4
5	Ich male mir meine Wunschträume genau aus, um sie zu verwirklichen.	1	2	3	4
6	Ich möchte mit dem, was ich tue, etwas Wichtiges in dieser Welt bewegen.	1	2	3	4
7	Wenn ich mir etwas vorgenommen habe, kann mich nichts mehr aufhalten.	1	2	3	4
8	Wenn die Dinge nicht so gut laufen, warte ich lieber, bis sie sich von selbst regeln.	1	2	3	4
9	Ich konzentriere mich für meinen Erfolg auf das, was ich für wesentlich halte und lasse mich dabei nicht ablenken.	1	2	3	4
10	Ich denke immer daran, was man wohl noch verbessern könnte.	1	2	3	4
11	Ich arbeite mich nach oben, auch wenn der Weg oft steinig ist	1	2	3	4
12	Ich übernehme gerne Verantwortung und ziehe dabei oft für andere „den Karren aus dem Dreck“.	1	2	3	4

13	Wenn es „hart auf hart kommt“, nehme ich die Sache in die Hand und finde einen Weg.	1	2	3	4	
14	Ich baue nur auf sicherem Boden und lasse die Finger von Experimenten.	1	2	3	4	
15	Ich stecke meine Ziele nicht allzu hoch, weil ich oft befürchte, dass ich scheitere.	1	2	3	4	
16	Ich habe Freude daran, die Qualität meiner Arbeit zu verbessern.	1	2	3	4	
17	Ich suche mir gern Herausforderungen und gehe dafür auch Wagnisse ein.	1	2	3	4	
					Score:	

PRÄVENTIVES COPING

		<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt eher</i>	<i>stimmt genau</i>
1	Ich treffe Vorkehrungen für die Zukunft.	1	2	3	4
2	Ehe ich mein Geld zum Fenster hinauswerfe, spare ich es für schlechte Zeiten.	1	2	3	4
3	Ich wappne mich frühzeitig gegen mögliche Schicksalsschläge.	1	2	3	4
4	Schon bevor etwas Schlimmes eintritt, bin ich auf die Folgen gut vorbereitet	1	2	3	4
5	Wenn ich etwas vorhabe, sehe ich mein Ziel klar vor Augen	1	2	3	4
6	Ich nutze jede Gelegenheit zur Weiterbildung, um dem beruflichen Abstieg vorzubeugen.	1	2	3	4
7	Ich kümmere mich darum, dass meine Angehörigen in der Zukunft gut versorgt sind.	1	2	3	4
8	Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich Gefahren am besten aus dem Weg gehe.	1	2	3	4

9	Ich bin darauf bedacht, mögliche Krisen zum Guten zu wenden	1	2	3	4
10	Ich versuche, mein Geld so anzulegen, dass es mir im Alter an nichts fehlt	1	2	3	4
				Score:	

Ressourcencheckliste- RCL

Es folgt nun eine Auflistung der wichtigsten Stärken einer Person für ihr persönliches Wohlbefinden. Diese beziehen sich auf Ihr soziales Umfeld, Ihre Persönlichkeit und Ihre Umwelt. Beurteilen Sie bitte wie sehr sie die jeweiligen Stärken in Ihrem Leben momentan besitzen.

		<i>überhaupt nicht wichtig</i>	<i>ein wenig wichtig</i>	<i>mäßig wichtig</i>	<i>ziemlich wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>
1	eine(e) Partner(in), dem/der ich mich gefühlsmäßig nahe fühle	0	1	2	3	4
2	eine(e) Partner(in), auf den/die ich mich verlassen kann und dem/der ich vollkommen vertraue	0	1	2	3	4
3	eine(e) Partner(in), der/die meine tiefsten Bedürfnisse und Sehnsüchte erfüllt	0	1	2	3	4
4	einige nahe Freunde, denen gegenüber ich mich öffnen und denen ich vollkommen vertrauen kann	0	1	2	3	4
5	Familienangehörige (Geschwister, Kinder), denen ich vollkommen vertraue und bei denen ich mich gefühlsmäßig aufgehoben fühle	0	1	2	3	4
6	Familienangehörige, die mich als selbstständige Person respektieren und mich so lieben und akzeptieren wie ich bin	0	1	2	3	4
7	Freizeitbeschäftigungen, die mir Freude bereiten und in denen ich meine Talente und Neigungen verwirklichen kann	0	1	2	3	4
8	eine unbezahlte Ehrenamtliche Tätigkeit, die ich zu Gunsten anderer ausübe	0	1	2	3	4

9	eine Wohnung in der ich mich wohl und geborgen fühle	0	1	2	3	4
10	eine gute körperliche Gesundheit	0	1	2	3	4
11	ein Körper, in dem ich mich wohl fühle und der mir gut gefällt	0	1	2	3	4
12	körperliche Betätigung, die mir gut tut (Spazieren gehen, Gymnastik)	0	1	2	3	4
13	das Gefühl einer guten seelischen Gesundheit	0	1	2	3	4
14	Zeiten der Erholung und Entspannung, in denen ich Energie tanken kann	0	1	2	3	4
15	Zeiten der Aktivität und der Spannung, in denen ich mich ganz lebendig fühle	0	1	2	3	4
16	mich selbst ganz so annehmen und lieben zu können wie ich bin	0	1	2	3	4
17	ein starkes Selbstbewusstsein und Vertrauen in mich und meine Fähigkeiten	0	1	2	3	4
18	ein sicheres Auftreten in sozialen Situationen (Nein sagen können, Gefühle äußern können, um einen Gefallen bitten)	0	1	2	3	4
19	müheless mit anderen Menschen in Kontakt treten können	0	1	2	3	4

20	gute Gespräche mit verschiedenen Arten von Menschen führen können	0	1	2	3	4
21	anderen Menschen gegenüber geduldig und tolerant sein können und sie so akzeptieren wie sie sind	0	1	2	3	4
22	anderen Menschen gegenüber gewissenhaft, verlässlich und treu sein können	0	1	2	3	4
23	anderen Menschen echt, offen und unverstellt begegnen können und mich ihnen genau so zeigen können, wie ich bin und wie ich mich fühle	0	1	2	3	4
24	anderen Menschen Liebe, Nähe, Geborgenheit und Zärtlichkeit schenken können	0	1	2	3	4
25	von anderen Menschen Liebe, Nähe, Geborgenheit und Zärtlichkeit annehmen können	0	1	2	3	4
26	ein friedfertiges und freundliches Herz	0	1	2	3	4
27	die Fähigkeit, Mitleid zu empfinden	0	1	2	3	4
28	die Fähigkeit zu selbstlosem Handeln	0	1	2	3	4
29	die Fähigkeit, mich selbst nicht zu ernst zu nehmen und über mich selbst lachen zu können	0	1	2	3	4
30	feinfühlig auf andere Menschen und ihre Bedürfnisse eingehen zu können	0	1	2	3	4
31	Mut, mich in gefürchtete und ungewisse Situationen hinein zu begeben	0	1	2	3	4
32	der Wille, mich selbst weiter zu entwickeln, alte Begrenzungen zu überwinden und mich meinem "wahren Kern" anzunähern	0	1	2	3	4
33	ein starker Wille, Dinge zu tun, die ich als richtig und wichtig erkenne	0	1	2	3	4
34	Ausdauer, einen einmal eingeschlagenen, als richtig erkannten Weg einzuhalten und ihn bis zum Ziel zu gehen	0	1	2	3	4
35	eine Beschäftigung, in der ich meinem Talent, einer Neigung oder einem Interesse von mir nachgehe und die mich mit Sinn erfüllt	0	1	2	3	4

36	Lust an kreativer, schöpferischer Tätigkeit, in der ich alles andere um mich herum vergessen kann	0	1	2	3	4
37	das Gefühl, mein Leben in wichtigen Belangen zu einem großen Teil selbst beeinflussen zu können	0	1	2	3	4
38	ein sorgloses und heiteres Gemüt	0	1	2	3	4
39	Vertrauen in die Zukunft und in die Verwirklichung meiner Wünsche und Träume	0	1	2	3	4
40	Dinge loslassen können, die ich nicht selbst beeinflussen kann	0	1	2	3	4
41	ein starker Glaube an die Sinnhaftigkeit der Welt und meines Lebens	0	1	2	3	4
42	der Glaube an eine allmächtige Macht (Gott), die mich stets behütet, und an ein ewiges Leben	0	1	2	3	4
43	der Glaube an eine allliebende Kraft (Gott) und das Gefühl, von ihr angenommen und geliebt zu werden, wie ich bin	0	1	2	3	4

Score:	
--------	--

A Itemtrennschärfen der eingesetzten Verfahren

A.1 SWLS

Tabelle 8: Itemtreffschärfe SWLS

Item	r
1. In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meine Idealvorstellungen	.776
2. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet	.637
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden	.715
4. Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche	.690
5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte würde ich kaum etwas ändern	.609
Cronbach´s Alpha gesamt	.857

A.2 Proactive Coping

Tabelle 9: Itemtreffschärfe Proactive Coping

Item	r
1. Habe ich ein Ziel erreicht, dann suche ich mir eine größere Herausforderung	.475
2. Mir kommt es immer darauf an, etwas zu bewirken.	.455
3. In brenzligen Situationen habe ich oft das Gefühl, auf verlorenem Posten zu stehen	.220
4. Ich möchte mit dem, was ich tue, etwas Wichtiges in dieser Welt bewegen	.395
5. Wenn ich mir etwas vorgenommen habe, kann mich nichts mehr aufhalten	.591
6. Wenn die Dinge nicht so gut laufen, warte ich lieber, bis sie sich von selbst regeln	.357
7. Ich konzentriere mich für meinen Erfolg auf das, was ich für wesentlich halte und lasse mich dabei nicht ablenken	.462
8. Ich denke immer daran, was man wohl noch verbessern könnte	.491
9. Ich arbeite mich nach oben, auch wenn der Weg oft steinig ist	.444
10. Ich übernehme gerne Verantwortung und ziehe dabei oft für andere "den Karren aus dem Dreck"	.412
11. Wenn es "hart auf hart kommt", nehme ich die Sache in die Hand und finde einen Weg	.288
12. Ich habe Freude daran, die Qualität meiner Arbeit zu verbessern	.652
13. Ich suche mir gern Herausforderungen und gehe dafür auch Wagnisse ein	.483
Cronbach´s Alpha gesamt	.806

A.3 Präventives Coping

Tabelle 10: Itemtreffschärpe Präventives Coping

Item	r
1. Ich treffe Vorkehrungen für die Zukunft	.489
2. Ehe ich mein Geld zum Fenster hinauswerfe, spare ich es für schlechte Zeiten	.405
3. Ich wappne mich frühzeitig gegen mögliche Schicksalsschläge	.533
4. Schon bevor etwas Schlimmes eintritt, bin ich auf die Folgen gut vorbereitet	.449
4. Schon bevor etwas Schlimmes eintritt, bin ich auf die Folgen gut vorbereitet	.449
6. Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich Gefahren am besten aus dem Weg gehe	.367
7. Ich versuche, mein Geld so anzulegen, dass es mir im Alter an nichts fehlt	.540
Cronbach´s Alpha gesamt	.720

A.4 RCL

Tabelle 11: Itemtreffschärpe Partner

Item	r
1. Eine(e) Partner(in), dem/der ich mich gefühlsmäßig nahe fühle	.926
2. eine(e) Partner(in), auf den/die ich mich verlassen kann und dem/der ich vollkommen vertraue	.933
3. eine(e) Partner(in), der/die meine tiefsten Bedürfnisse und Sehnsüchte erfüllt	.879
Cronbach´s Alpha gesamt	.958

Tabelle 12: Itemtreffschärfe Familie und Freunde

Item	r
1. Einige nahe Freunde, denen gegenüber ich mich öffnen und denen ich vollkommen vertrauen kann	.354
2. Familienangehörige (Geschwister, Kinder), denen ich vollkommen vertraue und bei denen ich mich gefühlsmäßig aufgehoben fühle	.755
3. Familienangehörige, die mich als selbstständige Person respektieren und mich so lieben und akzeptieren wie ich bin	.741
Cronbach´s Alpha gesamt	.751

Tabelle 13: Itemtreffschärfe Freizeitaktivitäten

Item	r
1. Freizeitbeschäftigungen, die mir Freude bereiten und in denen ich meine Talente und Neigungen verwirklichen kann	.665
2. eine Beschäftigung, in der ich meinem Talent, einer Neigung oder einem Interesse von mir nachgehe und die mich mit Sinn erfüllt	.795
3. Lust an kreativer, schöpferischer Tätigkeit, in der ich alles andere um mich herum vergessen kann	.504
Cronbach´s Alpha gesamt	.791

Tabelle 14: Itemtreffschärfe Gefühl der Gesundheit

Item	r
1. ein Körper, in dem ich mich wohl fühle und der mir gut gefällt	.417
2. körperliche Betätigung, die mir gut tut (Spazieren gehen, Gymnastik)	.423
3. das Gefühl einer guten seelischen Gesundheit	.579
4. Zeiten der Erholung und Entspannung, in denen ich Energie tanken kann	.595
5. Zeiten der Aktivität und der Spannung, in denen ich mich ganz lebendig fühle	.608
Cronbach´s Alpha gesamt	.750

Tabelle 15: Itemtreffschärfe Selbstsicherheit

Item	r
1. ein starkes Selbstbewusstsein und Vertrauen in mich und meine Fähigkeiten	.455
2. ein sicheres Auftreten in sozialen Situationen (Nein sagen können, Gefühle äußern können, um einen Gefallen bitten)	.720
3. mühelos mit anderen Menschen in Kontakt treten können	.701
4. gute Gespräche mit verschiedenen Arten von Menschen führen können	.712
Cronbach´s Alpha gesamt	.818

Tabelle 16: Itemtreffschärfe Beziehungsfähigkeit

Item	r
1. anderen Menschen gegenüber geduldig und tolerant sein können und sie so akzeptieren wie sie sind	.458
2. anderen Menschen gegenüber gewissenhaft, verlässlich und treu sein können	.526
3. anderen Menschen echt, offen und unverstellt begegnen können und mich ihnen genau so zeigen können, wie ich bin und wie ich mich fühle	.505
4. anderen Menschen Liebe, Nähe, Geborgenheit und Zärtlichkeit schenken können	.526
5. von anderen Menschen Liebe, Nähe, Geborgenheit und Zärtlich- keit annehmen können	.535
6. ein friedfertiges und freundliches Herz	.664
7. die Fähigkeit, Mitleid zu empfinden	.525
8. die Fähigkeit zu selbstlosem Handeln	.579
9. die Fähigkeit, mich selbst nicht zu ernst zu nehmen und über mich selbst lachen zu können	.473
10. feinfühlig auf andere Menschen und ihre Bedürfnisse eingehen zu können	.599
Cronbach´s Alpha gesamt	.837

A. Itemtrennschärfen der eingesetzten Verfahren

Tabelle 17: Itemtreffschärfe Spiritualität

Item	r
1. Ein starker Glaube an die Sinnhaftigkeit der Welt und meines Lebens	.727
2. Der Glaube an eine allmächtige Macht (Gott), die mich stets behütet, und an ein ewiges Leben	.883
3. Der Glaube an eine allliebende Kraft (Gott) und das Gefühl, von ihr angenommen und geliebt zu werden, wie ich bin	.835
Cronbach´s Alpha gesamt	.906

Tabelle 18: Itemtreffschärfe Willenskraft und Mut

Item	r
1. der Wille, mich selbst weiter zu entwickeln, alte Begrenzungen zu überwinden und mich meinem "wahren Kern" anzunähern	.441
2. ein starker Wille, Dinge zu tun, die ich als richtig und wichtig erkenne	.561
3. Ausdauer, einen einmal eingeschlagenen, als richtig erkannten Weg einzuhalten und ihn bis zum Ziel zu gehen	.552
Cronbach´s Alpha gesamt	.685

Tabelle 19: Itemtreffschärfe Gelassenheit

Item	r
1. Ein sorgloses und heiteres Gemüt	.289
2. Vertrauen in die Zukunft und in die Verwirklichung meiner Wünsche und Träume	.304
3. Dinge loslassen können, die ich nicht selbst beeinflussen kann	.296
Cronbach´s Alpha gesamt	.475

Tabellen für Regressionsparameter

Tabelle 20: Korrelationen zwischen Ressourcen und der Lebenszufriedenheit

	Lebens zufriedenheit	Gefühl der Gesundheit	Beziehungsqualität	Kontrolle	Spiritualität	Selfesteem (Selbstwert, Selbstakzeptanz)	Selbstsicherheit, Extraversion und soz. Kompetenz
Lebenszufriedenheit	1	.337	.323	.297	.268	.256	.136
Gefühl der Gesundheit	.337	1	-.116	.069	-.192	.502	.482
Beziehungsfähigkeit			1	.081	.394	.021	.255
Kontrolle				1	.172	.035	.147
Spiritualität					1	.224	-.101
Selfesteem (Selbstwert, Selbstakzeptanz)						1	.141
Selbstsicherheit, Extraversion und soz. Kompetenz							1

Tabelle 21: Modellparameter der multiplen Korrelation

	Regressions- B	koefizient	Standardfehler	Stand. Beta	Koeffizienten	T	Sig
Modell 1							
Konstante	15.929		2.504			6.362	
Vorhandene Ressourcen Modell 2	.130		.027			4.849	.000*
Konstante	11.373		4.256			2.672	
Vorhandene Ressourcen Coping Modell 3	.120 .074		.028 .056			4.357 1.321	.000* .190
Konstante	10.764		4.290			2.509	
Vorhandene Ressourcen Coping VG/KG	.141 .064 -1.222		.034 .056 1.137			4.180 1.138 -1.075	.000* .259 .285

$R^2 = .223$ in Modell 1; $\Delta R^2 = .016$ in Modell 2; $\Delta R^2 = .011$ in Modell 3; * $p < .05$

A. Itemtrennschärfen der eingesetzten Verfahren

Tabelle 22: Übersicht Modellparameter

	Regressions- koeffizient B	Standardfehler	Standard. Koeffizien- ten Beta	T	Sig
1	(Konstante)	21.787	2.471	8.818	.000
2	Gefühl der Gesundheit (Konstante)	.530 .8.334	.237 5.688	.337 1.465	.031 .151
	Gefühl der Gesundheit	.597	.223	2.681	.011
3	Beziehungsfähigkeit (Konstante)	.393 6.066	.152 5.679	.367 1.068	.014 .292
	Gefühl der Gesundheit	.566	.217	2.606	.013
4	Beziehungsfähigkeit	.369	.148	2.491	.017
	Kontrollgefühl	1.316	.742	1.774	.084
	(Konstante)	6.523	5.635	1.158	.255
	Gefühl der Gesundheit	.617	.219	2.820	.008
5	Beziehungsfähigkeit	.292	.158	1.845	.073
	Kontrollgefühl	1.152	.745	1.545	.131
	Spiritualität	.260	.198	1.313	.197
	(Konstante)	6.510	6.094	1.068	.293
	Gefühl der Gesundheit	.616	.270	2.277	.029
	Beziehungsfähigkeit	.292	.161	1.816	.078
6	Kontrollgefühl	1.152	.758	1.519	.138
	Spiritualität	.260	.217	1.196	.240
	Selbstesteem	.007	1.253	.006	.995
	(Konstante)	6.289	6.051	1.039	.306
	Gefühl der Gesundheit	.799	.307	2.605	.014
	Beziehungsfähigkeit	.375	.173	2.165	.038
Extraversion&soz Kompetenz	Kontrollgefühl	1.272	.759	1.677	.103
	Spiritualität	.224	.218	1.028	.311
	Selbstesteem	-.173	1.252	-.024	.891
	Selbstsicherheit,	-.313	.254	-.212	.226

$R^2 = .114$ in Modell 1; $\Delta R^2 = .133$ in Modell 2; $\Delta R^2 = .059$ in Modell 3; $\Delta R^2 = .032$ in Modell 3;
 $\Delta R^2 = .000$ in Modell 5; $\Delta R^2 = .028$ in Modell 6; * $p < .05$

B Deutsches Abstract

Hintergrund: Aufgrund der zunehmenden Anzahl alter Menschen in der Bevölkerung, legte die bisherige gerontologische Forschung ihren Fokus hauptsächlich auf einzelne Faktoren, die erfolgreiches Altern gewährleisten sollen, wodurch alte Menschen mit altersbedingten Beeinträchtigungen weniger Berücksichtigung fanden. In Anbetracht der erhöhten Wahrscheinlichkeit mit dem Alter physische und kognitive Beeinträchtigungen zu erleiden, kommt der Erforschung präventiver Maßnahmen, die zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit im hohen Alter beitragen, eine wesentliche Bedeutung zu. Daher richtet sich die Aufmerksamkeit in dieser Arbeit auf Coping-Strategien und Ressourcen, die zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit bei Menschen mit altersbedingten Beeinträchtigungen und Einbußen beitragen. **Ziel:** Das Ziel dieser Studie stellte die Erforschung einzelner Coping-Strategien und Ressourcen hinsichtlich ihres Beitrags an der Erhaltung der Lebenszufriedenheit bei Menschen mit altersbedingten Beeinträchtigungen dar. **Methode:** Um die Höhe der Lebenszufriedenheit, als auch den Einfluss präventiver und proaktiver Coping-Strategien und einzelner Ressourcen auf die Lebenszufriedenheit zu untersuchen wurden 41 Bewohner des Geriatriezentrums Donaustadt und 43 Personen, welche zuhause leben und diverse Hilfsdienste in Anspruch nehmen mithilfe eines standardisierten Fragebogens interviewt. **Ergebnisse:** Die gefundenen Resultate zeigen, dass sich Geriatriebewohner und Personen, die zuhause leben in der Höhe der Lebenszufriedenheit nicht unterscheiden. Hinsichtlich angewandter Coping-Strategien und Ressourcen zeigte sich ein signifikanter Einfluss beider Konstrukte auf die Lebenszufriedenheit, wobei ein stärkerer Einfluss von präventiven als proaktiven Coping-Strategien auf die Lebenszufriedenheit beobachtet wurde. Für persönlichkeitsbezogene Ressourcen konnte ebenfalls ein stärkerer Einfluss auf die Lebenszufriedenheit nachgewiesen werden, als für umweltbezogene und soziale Ressourcen. **Konklusion:** Die Höhe der Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten unterscheidet sich nicht von jener der Personen, welche zuhause leben und Hilfsdienste in Anspruch nehmen. Präventive Coping-Strategien und vorhandene persönlichkeitsbezogene Ressourcen

zeigen einen signifikanten positiven Einfluss auf die Höhe der Lebenszufriedenheit und können daher als signifikante Prädiktoren für die Lebenszufriedenheit angenommen werden.

C Abstract

Background: Based on the increasing older population previous research has mainly focused on several aspects leading to successful aging, without paying regard to the needs of older people who suffer from physical, cognitive and social losses. Since these age-related losses become more likely with increasing age and possibly influence older people's life satisfaction, there is a need for its prevention. **Aim:** The aim of this study is to investigate coping-strategies and several resources which show an influence on life satisfaction and account for its preservation. **Method:** On the basis of a questionnaire structured interviews were conducted with 41 older people living in a nursing home and 43 people living in private households who receive home care services concerning their life satisfaction, use of coping-strategies and available resources. **Results:** The study found that people who live in a nursing home and people living in private households show a relatively high life satisfaction and there were no group differences found. Concerning coping-strategies and resources a significant effect was found for both constructs, whereupon preventive coping-strategies show a stronger impact on life satisfaction than proactive coping strategies. Furthermore internal resources were more related to a higher level of life satisfaction than external ones. **Conclusion:** Life satisfaction in older people living in nursing homes and older people living in private households was relatively high and there were no differences found between those two groups. Preventive coping-strategies and internal resources show a significant influence on the level of life satisfaction and can be assumed as predicting life satisfaction in older people.

Magdalena Erlebach

Geburtsdatum: 10.03.1985

Vorgartenstraße 200/2
1020 Wien

☎ (+43) 650 8225763

✉ a0403819@unet.univie.ac.at

Ausbildung

Psychologie

seit Oktober 2005 **Diplomstudium**, *Universität Wien.*

Statistik

Oktober 2007-Februar
2009 **Bachelorstudium**, *Universität Wien.*

Theater-, Film- und Medienwissenschaften

Oct 2004 - Jun 2006 **Diplomstudium**, *Universität Wien.*

Praktika

Jul 2010 **Christian-Doppler-Klinik**, *Praktikum*, Salzburg.
Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mär 2010 - Jun 2010 **Geriatrizentrum Baumgarten**, *Praktikum*, Wien.

Feb 2010 **Christian-Doppler-Klinik**, *Praktikum*, Salzburg.
Stationäre Psychotherapie

Dez 2008 - Feb 2009 **Österreichische Ärztekammer**, *Projektmitarbeiter*, Wien.
Auswertung einer Studie mithilfe von SPSS zum Thema der *Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Österreich unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an Ärztinnen*

Feb 2008 - Jun 2008 **Institut für Kinderrechte und Elternbildung**, *Praktikum*, Wien.
Mitarbeiterin an der Studie Desintegrationsprozesse in Österreich

Sprachen

Deutsch **Muttersprache**
Englisch **fließend**
Italienisch **gut**

Auslandserfahrung

2000 2-wöchiger Sprachaufenthalt, London, England.
2000 2-wöchiger Sprachaufenthalt, Verona, Italien.

Computerkenntnisse

OS alle Windows Versionen
Programme Office (ausgezeichnet)
andere R, SPSS, L^AT_EX

Hobbies

Malen, Kochen, Laufen, Lesen, Tagesgeschehen und Zeitgeschichte