



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Eine Intervention zur Steigerung
des subjektiven Wohlbefindens
bei älteren Menschen

Verfasserin

Eva-Maria Brunnhuber

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Mai 2010

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei jenen Personen herzlich bedanken, die stets an mich geglaubt haben und so wesentlich am Gelingen dieser Arbeit beteiligt waren.

Ich bedanke mich bei meinem Betreuer Ao.Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und seinen Studienassistenten Andreas Kocman und Matthias Knefel.

Weiters danke ich den Direktoren und Mitarbeitern sowie auch den Bewohnern der Wiener Pensionistenwohnhäuser, ohne sie wäre die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine beste Freundin und Kollegin Mag. Christina Hörker. Sie ist für mich seit Jahren eine tolle Ansprechpartnerin. Sie hat stets ein offenes Ohr für mich und stellte sich für diese Arbeit als Korrekturleserin zur Verfügung.

Ganz besonderer Dank gebührt meinen lieben Eltern Johann und Anna Brunnhuber. Sie fördern mich und meinen Ausbildungsweg nun schon seit so vielen Jahren. Ohne ihre kompromisslose Unterstützung wäre ich sicherlich nicht so weit gekommen. Hier seien auch meine Geschwister Hansi, Werner, Andrea und Robert genannt – sie haben mir immer das Gefühl gegeben, dass sie an mich glauben.

Zum Schluss möchte ich einem ganz besonderen Menschen meine Dankbarkeit aussprechen: meinem wunderbaren Freund Dr. Wilfried Wessner. Er war es, der mich jeden Tag ermutigt und bestärkt hat, wenn ich dachte, diese Arbeit würde niemals fertig werden. Er hat mir zugehört, mich bei vielen großen und kleinen Dingen unterstützt und vor allem hat er keine Zweifel aufkommen lassen, dass ich all meine Ziele erreichen kann.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
I. THEORETISCHER TEIL.....	2
1 WOHLBEFINDEN.....	2
1.1 DEFINITIONEN.....	2
1.2 BEGRIFFSABGRENZUNG	3
1.3 HISTORISCHER ÜBERBLICK.....	4
1.4 DAS „POSITIV“ ALS TEILBEREICH DER PSYCHOLOGIE.....	5
2 PSYCHOLOGISCHE KONZEPTE ZUM WOHLBEFINDEN.....	6
2.1 AKTUELLES VS. HABITUELLES WOHLBEFINDEN NACH BECKER	6
2.2 SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN NACH DIENER.....	7
2.3 PSYCHOLOGISCHES WOHLBEFINDEN NACH RYFF	7
2.4 WOHLBEFINDEN UND SELBSTWERT	8
2.5 WOHLBEFINDEN UND PERSÖNLICHKEIT	9
2.6 ZUSAMMENFASSUNG	10
3 WOHLBEFINDEN IM ALTER.....	10
3.1 ERFOLGREICHES ALTERN.....	10
3.2 THEORIEN ZUM ERFOLGREICHEN ALTERN	12
3.2.1 <i>Die Aktivitätstheorie</i>	13
3.2.2 <i>Die Disengagement-Theorie</i>	13
3.2.3 <i>Die Kontinuitätstheorie</i>	13
3.2.4 <i>Selektive Optimierung mit Kompensation – das SOK-Modell</i>	14
3.2.5 <i>Die Theorie der adaptiven Kompetenz</i>	15
3.3 RESSOURCEN FÜR WOHLBEFINDEN IM ALTER	16
3.4 ERKENNTNISSE AUS DER FORSCHUNG.....	16
3.4.1 <i>Die Berliner Altersstudie (BASE)</i>	16
3.4.2 <i>Die Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter (ESAW)</i>	17
4 WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEIT.....	18
4.1 GESUNDHEITSDEFINITION	19
4.2 SUBJEKTIVE VS. OBJEKTIVE GESUNDHEIT	20
5 WOHLBEFINDENS-INTERVENTIONEN.....	22
5.1 EXPERIMENTE ZUR STEIGERUNG VON WOHLBEFINDEN UND POSITIVEN EMOTIONEN	23
5.2 DIE STUDIE VON SELIGMAN ET AL.	25
5.3 ZUSAMMENFASSUNG DER EXPERIMENTE ZUR STEIGERUNG VON WOHLBEFINDEN UND POSITIVEN EMOTIONEN	28
5.4 TRAINING ZUR STEIGERUNG DES SUBJEKTIVEN WOHLBEFINDENS BEI ÄLTEREN MENSCHEN ..	29
5.4.1 <i>Einheit 1 – Dankbarkeit</i>	30
5.4.2 <i>Einheit 2 - Drei gute Dinge</i>	30
5.4.3 <i>Einheit 3 - Charakterstärken entdecken und neu einsetzen</i>	31
5.4.4 <i>Einheit 4 - Zusammenfassung und Reflexion</i>	31
5.5 GESPRÄCHSRUNDE ALS VERGLEICHSGRUPPE.....	31
II. EMPIRISCHER TEIL.....	33
6 DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNG.....	33
6.1 ZIELSETZUNG DER UNTERSUCHUNG	33
6.2 HYPOTHESEN	33
6.3 BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE	35
6.3.1 <i>Daten zur Person</i>	35
6.3.2 <i>Der WHO-5 Wohlbefindens-Index</i>	36
6.3.3 <i>Die Aktuelle Stimmungsskala</i>	36
6.3.4 <i>Die Habituelle subjektive Wohlbefindensskala</i>	37

6.3.5	<i>Die Rosenberg-Skala zum Selbstwertgefühl</i>	37
6.4	PLANUNG DER UNTERSUCHUNG	38
6.4.1	<i>Inklusions- und Exklusionskriterien</i>	39
6.4.2	<i>Ablauf des Wohlbefindenstrainings (VG)</i>	40
6.4.3	<i>Ablauf der Gesprächsrunden (KG)</i>	41
6.5	STATISTISCHE AUSWERTUNGSVERFAHREN	42
6.6	HANDHABUNG VON FEHLENDEN WERTEN	44
7	ANALYSE DER UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE	44
7.1	DER WHO-5 WOHLBEFINDENS-INDEX	45
7.2	DIE AKTUELLE STIMMUNGSSKALA	46
7.3	DIE HABITUELLE SUBJEKTIVE WOHLBEFINDENSSKALA	48
7.4	DIE ROSENBERG-SKALA ZUM SELBSTWERTGEFÜHL	50
8	ERGEBNISSE	51
8.1	SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN	51
8.1.1	<i>Geschlecht</i>	51
8.1.2	<i>Alter</i>	53
8.1.3	<i>Familienstand</i>	54
8.1.4	<i>Bildung</i>	55
8.1.5	<i>Gesundheitszustand</i>	56
8.1.6	<i>Allgemeine Lebenszufriedenheit</i>	57
8.2	ERGEBNISSE ZU DEN HYPOTHESEN.....	59
8.2.1	<i>Unterschied zwischen VG und KG hinsichtlich Wohlbefinden</i>	59
8.2.2	<i>Unterschied zwischen VG und KG hinsichtlich subjektivem Gesundheitsempfinden</i>	66
8.2.3	<i>Zusammenhang von Wohlbefinden und Selbstwert</i>	67
8.3	FEEDBACK DER STUDIENTEILNEHMER.....	69
8.4	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	73
9	DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	75
9.1	DISKUSSION UND INTERPRETATION	75
9.2	GRENZEN DER VORLIEGENDEN STUDIE	79
9.3	KONKLUSION UND AUSBLICK.....	81
10	ZUSAMMENFASSUNGEN	82
10.1	DEUTSCHE ZUSAMMENFASSUNG	82
10.2	ENGLISH ABSTRACT	83
11	LITERATURVERZEICHNIS	84
ANHANG	89
11.1	TABELLENVERZEICHNIS	89
11.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	90
11.3	FRAGEBOGEN VG TESTZEITPUNKT 1	91
11.4	FRAGEBOGEN VG TESTZEITPUNKT 2.....	98
11.5	FRAGEBOGEN KG TESTZEITPUNKT 1.....	104
11.6	FRAGEBOGEN KG TESTZEITPUNKT 2.....	111
11.7	EINHEITEN WOHLBEFINDENSTRAINING.....	117
LEBENS LAUF	122
ORIGINALITÄT SERKLÄRUNG	124

Einleitung

Das Thema „Wohlbefinden im Alter“ ist seit einigen Jahren nicht mehr aus der gerontologischen Forschung wegzudenken. Groß angelegte internationale Studien, wie zum Beispiel die European Study on Adult Well-Being (ESAW), die in den Jahren 2002 bis 2005 in sechs europäischen Ländern durchgeführt wurde, beschäftigten sich in der Vergangenheit damit, ein Vorhersagemodell für das subjektive Wohlbefinden im Alter zu entwickeln. Dieses große europäische Projekt und noch viele weitere Untersuchungen rund um das Thema „Ageing Well“ machen deutlich, wie wichtig es ist, sich damit zu beschäftigen, auch darum, weil der Anteil der älteren Menschen in unserer Gesellschaft den größten aller Altersklassen ausmacht. Es wurde also in den verschiedensten Studien in den letzten Jahren nach Faktoren und Prädiktoren gesucht (und diese auch gefunden), die für ein hohes Maß an Wohlbefinden in der älteren Bevölkerung verantwortlich sind.

In dieser Studie sollen Untersuchungen zum Wohlbefinden im Alter mit jenen zur Positiven Psychologie verbunden und ergänzt werden. Im Konkreten wird die Studie von Seligman, Steen, Park und Peterson (2005) herangezogen, in der ein Training zur Steigerung des Wohlbefindens evaluiert wurde. In der vorliegenden Untersuchung wurde dieses Training adaptiert und mit älteren, institutionalisierten Personen durchgeführt.

Dieser Versuch ist deshalb wichtig und sinnvoll, weil es neben der Frage, was das Wohlbefinden der Menschen begründet, auch von Interesse ist, ob mit einer Intervention das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmer gesteigert werden kann.

Im ersten Teil der Arbeit werden Theorien zum Wohlbefinden im Alter vorgestellt, Erkenntnisse aus der Forschung skizziert sowie Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens dargestellt. Der zweite Teil dieser Arbeit enthält die empirische Untersuchung, sowie die Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse.

I. THEORETISCHER TEIL

1 Wohlbefinden

Am Anfang dieser Arbeit sollen eine Definition sowie eine Abgrenzung des Wohlbefindensbegriffes und einiger weiterer Begriffe versucht werden, die häufig, nicht nur in der Populärliteratur, synonym verwendet werden. Danach erfolgen ein historischer Überblick und ein kurzer Abriss, wie „das Positive“ ein Teilbereich der Psychologie geworden ist.

1.1 Definitionen

Das Ziel dieser Studie ist, ein Training zur Steigerung des Wohlbefindens von älteren Menschen zu evaluieren.

Der Begriff „Wohlbefinden“ stellt sich in der Literatur als sehr breit gefächert dar, sodass eine eindeutige Definition dieses Begriffes nicht möglich ist. Schließlich gibt es einige Begriffe, die diesen Zustand beschreiben, wie z.B. Glück, Glücksempfinden, Lebenszufriedenheit, positiver Affekt u.v.a., die in der Literatur teils synonym behandelt, teils voneinander abgegrenzt werden. Nachfolgend entsteht ein Versuch, einige relevante Begriffe zu beleuchten.

Nach Veenhoven (1984) ist „happiness“ als „*the degree to which an individual judges the overall quality of his life-as-a-whole favorably*“ zu definieren.

Mayring (1991) definierte den Glücksbegriff über dessen Wortstamm „G(e)lücke“, der „Beschluss, Festsetzung oder Bestimmung“ bedeutet. Nach dem französischen Wort „*déstinée*“ wurde das Wort Glück mit einem positiven Schicksal in Verbindung gebracht (ebd.). Heute wird Glück u.a. definiert als „komplexe Erfahrung der Freude angesichts der Erfüllung von Hoffnungen, Wünschen, Erwartungen, des Eintretens positiver Ereignisse, Eins-Sein des Menschen mit sich und dem von ihm Erlebten“ (Mayring, 1991, zitiert nach der Brockhaus Enzyklopädie, 1986).

Schumacher, Gunzelmann und Brähler (1996) verstehen unter 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.“

Laut Bellebaum (2002) sind angrenzende Termini an den Glücksbegriff Lebensqualität, Wohlbefinden, Positivverfahrungen, Zufriedenheit, etc. Ihm zufolge kommt in manchen Untersuchungen zur Lebensqualität das Wort „Glück“ gar nicht vor, in anderen Studien werden die oben genannten Termini synonym behandelt (siehe Fordyce, 1977, Seligman et al, 2005).

Lebensqualität wird in die Komponenten objektive und subjektive Lebensqualität unterteilt. Unter objektiver Lebensqualität versteht man beispielsweise den Lebensstandard, unter subjektiver zum Beispiel Glück oder Lebenszufriedenheit. Somit ist hier Lebensqualität ein Oberbegriff für Konzepte wie Glück und Zufriedenheit (Kozma, Stones & McNeil, 1991).

Perrig-Chiello (1997) hält ein multidimensionales Modell des Wohlbefindens für sinnvoll. Demnach lässt sich allgemeines Wohlbefinden in die drei Komponenten physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden unterscheiden. Die Basis für das allgemeine Wohlbefinden liegt im körperlichen Bereich, dieser beinhaltet das Bedürfnis nach Sättigung, Wärme und Schmerzfreiheit. Die zweite Ebene der Pyramide bildet das Bedürfnis nach Geborgenheit und Zufriedenheit, also das psychische Wohlbefinden. Die Spitze der Pyramide steht für das soziale Wohlbefinden, also das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Partizipation. Diese drei Komponenten befinden sich in ständiger Wechselwirkung, je nach Entwicklungsstadium ist die eine oder andere Ebene stärker ausgeprägt und wichtiger für unser allgemeines Wohlbefinden.

1.2 Begriffsabgrenzung

Die oben definierten Begriffe sollten einen kurzen Überblick über die in diesem Zusammenhang gängigsten Termini geben. Nun sollen diese voneinander abgegrenzt werden. Die Abgrenzung der unterschiedlichen Begriffe ist hier besonders wichtig, da in den englischsprachigen Studien oft das Wort „happiness“ verwendet wird, das, wenn es übersetzt wird, sehr unspezifisch ist und vielerlei Bedeutungen enthalten kann.

Die Definition von Veenhoven (1984) unterteilt „happiness“ in „hedonic level of affect“ und „contentment“. Unter „hedonic level of affect“, also der hedonistischen Glücksdefinition, ist der state-Anteil des Wohlbefindens gemeint, „contentment“ kann mit dem allgemeinen Begriff der Lebenszufriedenheit übersetzt werden. Laut Mayring

(1991) versteht man unter „state“ aus einer bestimmten Situation hervorgerufene Gefühle, die nur von kurzer Dauer sind und nur in spezifischen Situationen auftreten, während unter „trait“ stabile, andauernde Gefühle verstanden werden, die in der Person selbst begründet sind und in unterschiedlichen Situationen auftreten können. Nach Staudinger (2000) ist zwischen einer kognitiven und einer affektiven Komponente des Wohlbefindens zu unterscheiden. Die kognitive Komponente umfasst demnach die Lebenszufriedenheit, also die allgemeine Bewertung des eigenen Lebens, während die affektive Komponente das Gefühl des Wohlbefindens widerspiegelt. Das Wort „Glück“ wird nachfolgend nicht verwendet, da es in der deutschen Sprache, wie Mayring (1991) ausführlich schildert, nicht ausreichend differenziert. Zerlegt man nämlich den Begriff Glück in seine unterschiedlichen Bedeutungen, so kann Glück erstens als Freude, Erfüllung, Zufriedenheit und zweitens im Sinne von positivem Zufall verstanden werden. Im Englischen würde der erste Begriff jedoch als „happiness“ bezeichnet werden, der zweite als „luck“. In dieser Untersuchung wird das subjektive Wohlbefinden im Einklang mit Veenhoven und Mayring als der Überbegriff für Lebenszufriedenheit (trait) und Positive Stimmung (state) definiert. Beide Zustände zusammen ergeben ein Gesamtbild des menschlichen Befindens und sollen in dieser Studie anhand von Fragebögen erhoben werden.

1.3 Historischer Überblick

Philosophen beschäftigten sich schon vor über 2000 Jahren mit der Frage, was den Menschen glücklich und das Leben gut und lebenswert macht. Ein bekanntes Zitat stammt von Cicero (zitiert nach Mayring, 1991): „Die Untersuchung des glückseligen Lebens ist der einzige Gegenstand, den sich die Philosophie zum Zweck und Ziel setzen muss“. In weiterer Folge gab es viele unterschiedliche Denkweisen in der abendländischen Philosophie, die sich mit dem glücklichen Leben befassen haben. Demokrit wird laut Mayring (1991) als erster Philosoph gehandelt, der das Erreichen von Glückseligkeit in die Hände des Einzelnen legte und es nicht dem Schicksal oder dem Willen der Götter überließ. Er meinte, der Mensch könne durch Klugheit, Besonnenheit und vernünftige Lebensführung eine innere Zufriedenheit, die sogenannte Eudämonie, erreichen. Aristoteles (ebd.) stellte mit seiner Glücksphilosophie, der Nikomachischen Ethik, das Tätigsein in der politischen Gemeinschaft, die Künste und die Wissenschaft in den Vordergrund. Ihm zufolge war also die Tugend ein wichtiger

Weg zum Glück. Im Gegensatz dazu steht die Philosophie der Neuzeit, wo das Glückseligsein hedonistisch, also eher mit Lust und materiellen Annehmlichkeiten, definiert wird (Mayring, 1991). John Locke postulierte beispielsweise, dass das Gute jene Dinge sind, die uns Vergnügen (pleasure) bereiten. Ihm zufolge wird das Handeln der Menschen durch die Begierde nach solchem Glück bestimmt (ebd.). Ein weiterer wichtiger Vertreter der neuzeitlichen Glücksphilosophie ist Jean-Jacques Rousseau, der Glück als eine Einheit des Menschen mit sich selbst definierte. Hier kam die individuelle Komponente des Glückselig-Seins zur Sprache (ebd.). Die Liste der Philosophen, die sich mit dem menschlichen Streben nach Glück beschäftigt haben, könnte noch lange fortgesetzt werden. Interessant ist hierbei aber, dass die Glücksforschung in der Philosophie Jahrtausende alt ist, in der Psychologie dagegen ein recht junges Feld zu sein scheint. Nachfolgend soll diese Entwicklung näher beleuchtet werden.

1.4 Das „Positive“ als Teilbereich der Psychologie

Der amerikanische Psychologe Martin Seligman ist gemeinsam mit einigen anderen Psychologen weltweit (z.B. Mihaly Csikszentmihalyi, Ruut Veenhoven, Sonja Lyubomirsky, Ed Diener etc.) seit 1998 bemüht, den Forschungsbereich der Positiven Psychologie voranzutreiben und sowohl dessen Bekanntheitsgrad als auch dessen Anhängerschaft zu steigern. Seligman, der durch seine Theorie der „Erlernenen Hilflosigkeit“ große internationale Aufmerksamkeit erlangte und im Jahr 1996 zum Präsidenten der APA gewählt wurde, wollte „Dinge erforschen, die die Menschen glücklicher machen als Erweiterung zu den Strategien, die die Menschen weniger unglücklich machen“ (Seligman, 2005). Seligman bezeichnete die Positive Psychologie als die „wissenschaftliche Erforschung von Stärken, Wohlbefinden und optimalem Funktionieren“ (Duckworth, Steen & Seligman, 2005). Christopher Peterson (2006) beschreibt den Beginn dieser Forschungsrichtung mit dem berühmten Zitat von Hermann Ebbinghaus „Psychology has a long past, but only a short history“. Ihm zufolge sei dieses Zitat auch auf die Positive Psychologie anwendbar, da es in der Geschichte der Psychologie immer wieder Forschung „in positiver Richtung“ gegeben habe. Es ist auch anzumerken, dass Positive Psychologen nicht behaupten, die wissenschaftliche Erforschung des Wohlbefindens und der Lebensqualität in Gang gebracht zu haben. Laut Duckworth et al. (2005) ist die Humanistische Psychologie das

Feld innerhalb der Psychologie, das sich am meisten als „Vorfahre“ der Positiven Psychologie identifizieren lasse. Rogers und Maslow veröffentlichten bereits Anfang der 1960er Jahre das Konzept der Selbstaktualisierung des Menschen, also dem optimalen Ausschöpfen von dessen Stärken und Talenten. Marie Jahoda (nach Duckworth et al., 2005) veröffentlichte im Jahr 1958 das Buch *„Current Concepts of Positive Mental Health“*, indem sie dafür plädierte, das psychologische Wohlbefinden als eigenes erstrebenswertes Ziel des Menschen anzusehen. Weitere wegweisende Arbeiten sind die Theorie der Selbstwirksamkeit von Bandura (1989) und Studien zur Lebensqualität von psychiatrischen Patienten (z.B. Levitt et al., 1990). In einigen Arbeiten (siehe Duckworth et al., 2005; Peterson, 2006) wird explizit darauf hingewiesen, dass sich die Positive Psychologie als eigener wissenschaftlicher Zweig innerhalb der Psychologie sehe, der in den letzten Jahren bemüht ist, reliable Prüfverfahren und experimentelle Methoden zu entwickeln. Der Forschungsbereich der Positiven Psychologie soll ihnen zufolge eine Ergänzung sein, die das Feld der Psychologie erweitern soll und keinen Gegensatz oder gar eine Gegenbewegung zu klassischen psychologischen Forschungsrichtungen darstellen möchte.

2 Psychologische Konzepte zum Wohlbefinden

Nachdem der Begriff „Wohlbefinden“ nun abgegrenzt wurde, sollen hier grundlegende Theorien in diesem Zusammenhang vorgestellt werden. Neben unterschiedlichen Ausprägungen des Wohlbefindens werden auch Selbstwert und Persönlichkeit angeführt, da diese Konstrukte der Literatur zufolge Wohlbefinden stark beeinflussen können. Um einen Einblick in das Themenfeld zu bekommen werden hier verschiedene Theorien vorgestellt. In der vorliegenden Studie wird der Fokus aber auf das subjektive Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer gelegt.

2.1 Aktuelles vs. habituelles Wohlbefinden nach Becker

Becker (1991) schlägt die Unterscheidung zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden vor. Aktuelles Wohlbefinden (AW) charakterisiert das momentane Erleben einer Person wie positiv getönte Gefühle, Stimmungen und körperliche

Empfindungen. AW hängt laut Becker von relativ kurzfristig wirksamen Faktoren ab, d.h. diese erstrecken sich nur über Sekunden bis Stunden. Im Gegensatz dazu steht das habituelle Wohlbefinden (HW), das von relativ stabilen Person- und Umweltbedingungen abhängt.

2.2 Subjektives Wohlbefinden nach Diener

Diener (2000) versteht unter subjektivem Wohlbefinden (SWB) die Bewertung jedes einzelnen Menschen über sein Leben. Diese Bewertungen erfolgen sowohl affektiv als auch kognitiv. Ihm zufolge erleben Menschen SWB, wenn sie viele angenehme und wenige unangenehme Gefühle empfinden, wenn sie sich mit interessanten Dingen beschäftigen, wenn sie viel Freude und wenig Leid erfahren und vor allem, wenn sie mit ihrem Leben, so wie es ist, zufrieden sind. Laut Diener gäbe es noch viele weitere Merkmale eines erfüllten Lebens, der Fokus beim SWB liege aber darin, dass Menschen ihr Leben selbst bewerten und danach entscheiden, ob sie glücklich und zufrieden sind oder nicht. Dabei nimmt jedes Individuum sowohl eine Einschätzung des gesamten Lebens, als auch eine Bewertung einzelner Lebensbereiche, wie zum Beispiel Arbeit oder Familie, vor. So entstehen mehrere Komponenten des SWB, wie Lebenszufriedenheit im Allgemeinen oder die Zufriedenheit mit Teilbereichen des Lebens, wie zum Beispiel die Zufriedenheit mit dem Arbeits- oder Privatleben einer Person. Weiters gehen Diener und seine Mitarbeiter (Diener, Sandvik & Pavot, 1991) davon aus, dass Prädiktoren für SWB die Häufigkeit und Intensität von positiven Emotionen sind. Es kommt also darauf an, wie oft man sich glücklich und zufrieden fühlt und weniger darauf, wie glücklich man sich selbst einschätzt.

2.3 Psychologisches Wohlbefinden nach Ryff

Ryff (1989) hat ein alternatives, multidimensionales Modell des psychologischen Wohlbefindens (PWB) erstellt, das von theoretischen Diskussionen über erfolgreiches Altern, positives Funktionieren und normaler menschlicher Entwicklung abgeleitet wurde. Die Ryff-Skala erhebt mithilfe von sechs unterschiedlichen Bereichen des psychologischen Funktionierens, wie Individuen sich und ihr Leben bewerten.

Diese Aspekte der psychischen Gesundheit beinhalten: eine positive Haltung gegenüber sich selbst und seinem vergangenen Leben (Selbstakzeptanz), die Fähigkeit, sein Leben und seine Umgebung erfolgreich zu gestalten (Beherrschung der Umgebung), das Vorhandensein von engen zwischenmenschlichen Kontakten (Positive Beziehungen zu anderen), Ziele und Perspektiven im Leben haben (Lebensziele), ein Gefühl von persönlicher Weiterentwicklung und Offenheit für neue Erfahrungen (Persönliches Wachstum) und die Selbstbestimmung des Individuums (Autonomie).

Wichtig ist zu betonen, dass es sich bei der Ryff-Skala nicht um eine Stimmungsskala handelt. Beim psychologischen Wohlbefinden wird ein stabileres Konstrukt erhoben, also ein Gefühl der Zufriedenheit, das über einen längeren Zeitraum generalisiert wird (Schmutte & Ryff, 1997). PWB ist jedoch nicht mit der Stabilität von Persönlichkeitseigenschaften zu vergleichen.

Das subjektive und das psychologische Wohlbefinden sind also zwei unterschiedliche Wohlbefindens-Konstrukte, die miteinander korrelieren (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002). SWB kann als Balance zwischen positivem und negativem Affekt beschrieben werden, während PWB mit Lebenszielen, persönlichem Wachstum und dergleichen definiert wird und als weit stabiler als SWB gilt.

2.4 Wohlbefinden und Selbstwert

Der Selbstwert einer Person ist die generalisierte wertende Einstellung dem Selbst gegenüber (Zimbardo, 2008). Trotz Veränderungen im Laufe der Entwicklung kann der Selbstwert als relativ stabile Größe angesehen werden (Deusinger, 1984; Baumeister, 1991; zitiert nach Schütz, 2000). Rosenberg (1965) definiert Selbstwert folgendermaßen:

„When we speak of high self-esteem, then, we shall simply mean that the individual respects himself worthy; he does not necessarily consider himself better than others, but he definitely does not consider himself worse; he does not feel that he is the ultimate in perfection but, on the contrary, recognizes his limitations and expects to grow and improve.“ (S. 31)

Taylor und Brown (1988) nehmen an, dass ein hoher Selbstwert positive Gefühle auslöst und folglich ein hoher Selbstwert emotionales Wohlbefinden bedeutet. Diener und Diener (1995) zeigten an einer Studie mit Studenten aus 31 Nationen, dass

der Selbstwert hoch mit Lebenszufriedenheit korreliert. Menschen mit hohem Selbstwert fühlen sich im Vergleich zu denjenigen mit niedrigem Selbstwert häufiger in der Lage, mit Herausforderungen und Schwierigkeiten des Alltags umgehen zu können und diese positiv zu meistern (Heatherton & Wyland, 2003). Bezogen auf das Selbstwertniveau über die Lebensspanne herrscht nach wie vor kein Konsens. Staudinger (2000) postuliert, dass das Wohlbefinden im Alter trotz sozialer, physischer und psychischer Einschränkungen relativ stabil bleibt. Eine groß angelegte Querschnittstudie von Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling und Potter (2002) weist jedoch darauf hin, dass der Selbstwert im Kindesalter hoch ist, im Übergang zum Erwachsenenalter absinkt, im Erwachsenenalter zunimmt, um dann im Alter wieder nachzulassen. Auch in der ESAW-Studie von Weber et al. (2005) wurde mit zunehmendem Alter eine Abnahme der Selbstressourcen (beinhalten Selbstwert, Kontrollüberzeugung und Resilienz und emotionale und geistige Befindlichkeit) berichtet.

2.5 Wohlbefinden und Persönlichkeit

Costa und McCrae (1980) untersuchten den Einfluss der Persönlichkeitsfaktoren Extraversion und Neurotizismus auf das subjektive Wohlbefinden und gaben an, dass hohe Werte in der Dimension Extraversion mit hohen Werten im positivem Affekt und in der Zufriedenheit einhergehen und die Dimension Neurotizismus mit negativem Affekt und Unzufriedenheit korreliert. Schmutte und Ryff (1997) führten die Ergebnisse von Costa und McCrae aber zum Teil auf methodische Ungenauigkeiten zurück und kritisierten, dass sowohl die verwendeten Erhebungsinstrumente zur Persönlichkeit als auch die des Wohlbefindens Items zum Affekt enthalten. Durch diese Überlappung in der Erhebung seien die Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden und Persönlichkeit tautologisch.

In diesem Zusammenhang kritisiert Greve (2005) die Annahme von stabilen Persönlichkeitseigenschaften: die „Stabilität sichtbaren Verhaltens ist kein Beweis für die Stabilität von hierfür ursächlichen Eigenschaften“ (S. 354). Laut Smith et al. (1996) hat das Konzept des subjektiven Wohlbefindens aber sowohl stabile als auch veränderliche Aspekte, wobei die stabilen Eigenschaften eines Menschen stabile Lebensumstände bedingen, die wiederum eine Konstanz im Wohlbefinden mit sich bringen.

2.6 Zusammenfassung

Die unter Punkt 2 beschriebenen Konzepte zum Wohlbefinden sollen einen kurzen Überblick über dieses Feld geben. Die Unterscheidung zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden von Becker (1991) erscheint für diese Studie besonders relevant. Für die Evaluation der Intervention zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens ist es nämlich von Interesse, ob sich das momentane Erleben oder das stabile Befinden einer Person oder gar beide Zustände mithilfe der Intervention verändern lassen. Darum wurde dieses Konzept für die vorliegende Studie herangezogen. Die Wohlbefindens-Theorie von Diener (2000) fließt ebenfalls in die Erhebung der Studie mit ein, da die Bewertung jedes einzelnen Teilnehmers über sein Befinden erfragt wird. Da es in dieser Arbeit um die Veränderung des Wohlbefindens über die Zeit geht, wurden Einflussfaktoren wie soziale Unterstützung und materielle Sicherheit der Untersuchungsteilnehmer nicht berücksichtigt. Das Konzept des psychologischen Wohlbefindens nach Ryff (1989) wurde deshalb nur der Vollständigkeit halber erwähnt und wird im empirischen Teil nicht weiter aufgegriffen. Auch die Erwähnung des Zusammenhangs von Wohlbefinden und stabilen menschlichen Persönlichkeitseigenschaften soll eine zusätzliche Information für den Leser darstellen, in der Studie werden keine Persönlichkeitsmerkmale erfasst.

3 Wohlbefinden im Alter

Da die Lebenserwartung in den industrialisierten Ländern der Welt seit einigen Jahrzehnten stetig ansteigt (Statistik des Bevölkerungsstandes, 2009), liegt das Interesse der Forschung zunehmend auf der Lebensqualität der älteren Bevölkerung (Baltes & Baltes, 1989; Gunzelmann, Schmidt, Albani & Brähler, 2006). Nachfolgend werden Theorien zum erfolgreichen Altern zusammengefasst sowie empirische Forschungsergebnisse aufgezeigt.

3.1 Erfolgreiches Altern

Ist Altern erfolgreich, wenn man ein hohes Alter erreicht? Oder wenn man so lange wie möglich annähernd beschwerdefrei und selbständig leben kann? So wie beim Wohlbefinden sollten auch beim erfolgreichen Altern subjektive und objektive

Indikatoren berücksichtigt werden. Laut Baltes und Baltes „[...] verlangt eine umfassende Definition erfolgreichen Alterns eine systemische und ökologische Betrachtungsweise von subjektiven und objektiven Indikatoren, die in den jeweiligen kulturellen Kontext mit seinen Inhalten und ökologischen Anforderungen eingebunden werden müssen“ (Baltes und Baltes, 1989, S. 7).

Um das Befinden von alten Menschen in seiner Gesamtheit verstehen zu können, ist es von großer Wichtigkeit, die Komponenten von erfolgreichem Altern näher zu beleuchten. Baltes und Baltes (1989) haben dazu sechs Thesen zusammengestellt:

- *Es ist nützlich, zwischen normalem, optimalem und krankem Alter zu unterscheiden.*

Normales Altern bezieht sich auf Menschen, die ohne psychische und physische Krankheiten altern, optimales Altern findet unter besonders altersfreundlichen Umweltbedingungen statt und unter krankem Altern versteht man den Alterungsprozess, der wesentlich durch Krankheit geprägt ist.

- *Es gilt eine große Variabilität, eine beträchtliche Verschiedenartigkeit des Alterns zu berücksichtigen.*

Die Menschen altern, sowohl körperlich als auch mental, sehr unterschiedlich. Auch in den verschiedenen Altersklassen gibt es große Variabilitäten.

- *Es gibt die Tatsache einer beträchtlichen individuellen Plastizität und Kapazitätsreserve.*

Studien (siehe Baltes, 1987) haben gezeigt, dass auch noch im Alter eine Steigerung der Intelligenzleistungen möglich ist.

- *Trotz einer beträchtlichen Plastizität oder Kapazitätsreserve gibt es altersbedingte Grenzen der Reserve.*

Im Hochleistungsbereich des Gedächtnisses beispielsweise werden die Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Menschen deutlich.

- *Die zentrale Lebensproblematik des Alterns besteht in der Bewältigung der zunehmend negativen Bilanzierung des Verhältnisses zwischen Entwicklungsgewinnen und –verlusten („gain/loss ratio“).*

Die Zahl der Verlustereignisse wird mit zunehmendem Alter im Vergleich zu den Entwicklungsgewinnen immer größer.

- *Das Selbstbild bleibt auch im Alter stabil.*

Laut Baltes und Baltes (1986) unterscheidet sich das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen im Durchschnitt nicht von dem jüngerer.

Die sechs Thesen von Baltes und Baltes passen zu der hier durchgeführten Studie, da der alternde Mensch mithilfe dieser Thesen in seiner Gesamtheit besser verstanden werden kann. Besonders wichtig ist zu wissen, dass auch im Alter noch eine gewisse Plastizität vorhanden ist und dass sich das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen im Durchschnitt nicht von dem jüngerer unterscheidet. Baltes und Baltes (1986) postulieren also, dass sich das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen im Durchschnitt nicht von dem jüngerer unterscheidet. Auch Staudinger (2000) meint, wie unter Punkt 2.4 angeführt, dass das Wohlbefinden im Alter relativ stabil bleibt. Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse der Studien von Robins et al. (2002) und die ESAW-Studie von Weber et al. (2005), in denen ein Absinken der Selbstressourcen im Alter berichtet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Altern interindividuell sehr unterschiedlich verläuft, es darf jedoch angenommen werden, dass auch im höheren Alter noch von einer gewissen Leistungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Im Folgenden sollen verschiedene Theorien angeführt werden, die in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurden und den Autoren zufolge erfolgreiches Altern (zum Teil) begründen sollen.

3.2 Theorien zum erfolgreichen Altern

Havighurst (1963, zitiert nach Lehr, 2003) beschrieb erfolgreiches Altern („successful aging“) als einen „[...] inneren Zustand der Zufriedenheit und des Glücks“ (S. 56). Diese Umschreibung geht von der Annahme aus, dass mit dem Altern Veränderungen der Lebenssituation auftreten, die das psychische und physische Gleichgewicht des Menschen beeinträchtigen können. Der ältere Mensch sollte also über Kompetenzen verfügen, um das entstandene Ungleichgewicht zu regulieren. Werden diese Kompetenzen erfolgreich eingesetzt, so spiegelt sich dies in der Lebenszufriedenheit des Individuums wider. So kann Havighurst zufolge die Lebenszufriedenheit als der wichtigste subjektive Indikator für erfolgreiches Altern angesehen werden.

Nachfolgend werden weitere wichtige Theorien zum erfolgreichen Altern vorgestellt.

3.2.1 Die Aktivitätstheorie

Vertreter der Aktivitätstheorie gehen davon aus, dass nur diejenigen Menschen bis ins hohe Alter glücklich und zufrieden sind, die aktiv sind und von ihren Mitmenschen gebraucht werden. Es sei für die Lebenszufriedenheit entscheidend, ob man auch im Alter noch einen Beitrag für die Gesellschaft leisten könne und so Teil dieser sei (Lehr, 2003).

Lemon et al. (1972, zitiert nach Lehr, 2003) konnten bestätigen, dass ein aktiver Lebensstil besonders positive Auswirkungen auf das Selbstbild des älteren Menschen habe. Dieses wiederum sei die wichtigste Voraussetzung für Lebenszufriedenheit und in weiterer Folge für erfolgreiches Altern.

3.2.2 Die Disengagement-Theorie

Im Gegensatz zur Aktivitätstheorie steht die Disengagement-Theorie, die besagt, der alternde Mensch fühle sich durch die Abnahme der sozialen Kontakte und Aufgaben im gesellschaftlichen Bereich glücklicher und zufriedener (Cumming & Henry, 1961, zitiert nach Lehr, 2003). An der Aktivitätstheorie wird kritisiert, dass sie sich zum einen ausschließlich am mittleren Lebensalter orientiere, zum anderen hegen ältere Menschen nur deshalb den Wunsch, gebraucht zu werden und „nützlich“ zu sein, um ein Sicherheitsbedürfnis zu befriedigen. Cumming und Henry (1961, zitiert nach Lehr, 2003) zufolge versuchen ältere Menschen deshalb bis ins hohe Alter in der Gesellschaft Aufgaben zu übernehmen, um nicht verstoßen zu werden, sollten sie Hilfe von außen benötigen. Seien diese Sicherheitsbedürfnisse und Rahmenbedingungen jedoch anderwärtig gesichert (z.B. durch hohe Selbständigkeit), so sei der Wunsch nach Disengagement, also der Abnahme der Rollenaktivität, vorhanden.

3.2.3 Die Kontinuitätstheorie

Die Kontinuitätstheorie des Soziologen Atchley (1989, zitiert nach Lehr, 2003) beschreibt „[...] die Erhaltung innerer und äußerer Strukturen“ als den wichtigsten

Faktor, um „den Übergang vom mittleren ins späte Erwachsenenalter zu meistern“ (S. 64). Dieser Theorie zufolge ist Kontinuität eine wesentliche Anpassungsstrategie, die von älteren Personen angewendet werden kann, um den Wechsel von der einen zur anderen Lebensphase optimal zu gestalten. Atchley unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen innerer und äußerer Kontinuität. Die innere Kontinuität meint die Beibehaltung derselben Werte und Einstellungen über die Zeit, unter äußerer Kontinuität versteht man das Leben in gewohnten Umweltbedingungen wie Wohnverhältnisse und vertraute soziale Umgebung. Der Theorie zufolge sind innere und äußere Kontinuität nur dann gegeben, wenn die vorhandenen Lebensstrukturen und Beziehungen als kontinuierlich wahrgenommen werden.

3.2.4 Selektive Optimierung mit Kompensation – das SOK-Modell

Das Prinzip der selektiven Optimierung mit Kompensation, kurz SOK-Modell genannt, ist ein Modell, das eine Adaptationsstrategie im höheren Lebensalter beschreibt. Laut Baltes und Baltes (1989) werden im Alter Prozesse angewandt, um seine Kapazitätsreserven so gut wie möglich zu erhalten. Dafür werden die Vorgänge der Selektion, der Optimierung und der Kompensation verwendet.

Die Selektion findet statt, um sich im Alter auf Bereiche mit höherer Priorität zu konzentrieren, das heißt, es wird eine Auswahl in Handlungs- und Funktionsbereiche getroffen. Beim Schritt der Optimierung werden diese vorhin selektierten Handlungsbereiche nach Möglichkeit erweitert. Kompensationsprozesse werden dann eingesetzt, wenn Funktionsverluste mithilfe zielführender Techniken ausgeglichen werden sollen.

Ein bekanntes Beispiel zur Erläuterung des SOK-Modells ist jenes des Pianisten Rubinsteins, der im Alter nur mehr wenige Stücke aus seinem Repertoire spielte (Selektion). Diese von ihm ausgewählten Stücke übte er mehrmals pro Tag, um sie annähernd perfekt vortragen zu können (Optimierung). Bei einzelnen Passagen eines Stückes, die ihm trotz der vielen Übung nicht im richtigen Tempo gelangen, spielte er die vorhergehenden Passagen etwas langsamer, um die nachfolgenden schneller erscheinen zu lassen (Kompensation) (Baltes & Baltes, 1989).

3.2.5 Die Theorie der adaptiven Kompetenz

Featherman (1989) führt in seiner Theorie der adaptiven Kompetenz an, dass erfolgreiches Altern durch die Fähigkeit gekennzeichnet ist, sich an ungewisse und wenig strukturierte Problembereiche anpassen zu können. Adaptive Kompetenz beschreibt also eine Auswahl an Fertigkeiten, die erforderlich sind, um flexibel auf Anforderungen aus der Umwelt zu reagieren bzw. die Umwelt nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten (Featherman, 1989). Mit unstrukturierten Problembereichen spricht Featherman den Umstand an, im Alter häufig auf Herausforderungen und Probleme zu stoßen, für die es keine vorgefertigten Lösungen gibt. Im Gegensatz zur Kindheit, zur Jugend und zum Erwachsenenalter sind die Rollenverteilungen und Herausforderungen im Alter weniger genau definiert und abgeklärt, als Beispiele führt er an, im Alter produktiv zu sein oder zu lernen, mit der eigenen Endlichkeit umzugehen. Dies sind Herausforderungen, für die es keine strukturierten Lösungen gibt, weiters weiß man bei solchen Problemen äußerst selten, wann eine Lösung erreicht worden ist. Demzufolge erfordert erfolgreiches Altern eine andere, völlig neue adaptive Kompetenz, um auf die Herausforderungen im Alter entsprechend reagieren zu können. Woher aber stammt diese adaptive Kompetenz? Featherman und Peterson (1986; siehe auch Featherman, 1989) kamen in ihren Untersuchungen zu dem Schluss, dass Menschen, die in ihrem Beruf sehr erfolgreich waren, die Fähigkeiten der adaptiven Kompetenz ausbauen und fördern konnten, da sie ein Wissenssystem in einer wenig strukturierten Umwelt aufbauen mussten und deshalb kognitive und Verhaltensressourcen für erfolgreiches Altern erwerben konnten. Genau diese Fähigkeiten könnten bei manchen älteren Menschen dafür verantwortlich sein, dass diese über ein höheres Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit berichten als Personen mit wenig ausgeprägter adaptiver Kompetenz.

Wie in diesem Abschnitt geschildert, gibt es viele verschiedene Theorien zum erfolgreichen Altern, die wohl alle einen wertvollen Beitrag für die Gerontologie darstellen. In dieser Arbeit liegt der Fokus aber auf der Aktivitätstheorie, da die Untersuchungsteilnehmer angehalten werden, sich an der Studie zu beteiligen. Dieser Ansatz steht in direktem Widerspruch zur oben beschriebenen Disengagement-Theorie. Die anderen Theorien wurden der Vollständigkeit halber erwähnt und werden im empirischen Teil der Arbeit nicht weiter aufgegriffen.

3.3 Ressourcen für Wohlbefinden im Alter

Lazarus (1995) definiert Ressourcen als Kompetenzen, Fertigkeiten und Möglichkeiten, die einer Person zur Verfügung stehen, um die Ereignisse in ihrem Leben meistern zu können (zitiert nach Perrig-Chiello, 2003). Damit erfolgreiches Altern gelingen kann, sind laut Perrig-Chiello Selbstkonzept und Kontrolle die wichtigsten Ressourcen. Ryff (1989) nennt in diesem Zusammenhang Self-Acceptance und Environmental Mastery. In der Europäischen Studie zum Wohlbefinden im Alter wurde die Rolle des „Selbst“ als eine der Grundlagen für subjektiv gutes Altern erforscht. Weber et al. (2005) gaben an, dass die verschiedenen Aspekte des Selbst und die persönlichen Wertesysteme wichtige personale Ressourcen darstellen, auf die ältere Menschen in ihrer Lebensbewältigung zurückgreifen können. Höhere Werte in Bereichen wie Selbstwert, Kontrollüberzeugung, Resilienz und emotionale und geistige Befindlichkeit gehen laut ESAW-Studie mit einem guten subjektiven Wohlbefinden einher. Laut Staudinger (2000) sind Merkmale und Mechanismen von Selbst und Persönlichkeit wie Vergleichsprozesse, Anspruchsniveauveränderungen, Zielanpassungen, Bewältigungsformen, aber auch die Struktur der Selbstdefinition und trait-ähnliche Persönlichkeitscharakteristiken zentral für die Wohlbefindensregulation.

3.4 Erkenntnisse aus der Forschung

Als Einführung in die Forschung zum Wohlbefinden im Alter sollen zwei bedeutende Studien kurz vorgestellt werden, nämlich die Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) sowie die Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter (Weber et al., 2005).

3.4.1 Die Berliner Altersstudie (BASE)

Die Berliner Altersstudie war eine multidisziplinäre Untersuchung, die bei Menschen im Alter von 70 bis über 100 Jahren im ehemaligen Westteil Berlins durchgeführt wurde. In der Hauptstudie (1990-1993) wurde eine Stichprobe von 516 Personen in 14 Sitzungen hinsichtlich ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit sowie ihrer sozialen und ökonomischen Situation untersucht (Mayer & Baltes, 1996). Im Kapitel „Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen

und subjektiver Bewertung“ der Berliner Altersstudie von Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten und Kunzmann (1996) wurde untersucht, ob sich objektive Lebensbedingungen (z.B. Multimorbidität, niedriges Einkommen) oder die Bewertungen der eigenen Funktionsfähigkeit als die besten Prädiktoren für das subjektive Wohlbefinden erweisen. Insgesamt gaben 63% der BASE-Teilnehmer an, mit ihrem gegenwärtigen Leben zufrieden oder sehr zufrieden zu sein und optimistisch in die Zukunft zu blicken. Es gab aber auch schwache Hinweise darauf, dass einzelne Aspekte des subjektiven Wohlbefindens im fortgeschrittenen Alter negative Veränderungen zeigten. Die über 85-Jährigen berichteten beispielsweise, in der letzten Zeit vergleichsweise weniger positiv gefärbte Emotionen erlebt zu haben. Die Prädiktionsanalysen ergaben, dass das subjektive Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer nur indirekt durch objektive Lebensumstände vorhergesagt wurde. Eine nähere Betrachtung der objektiven Lebensbedingungen der BASE-Teilnehmer zeigte, dass in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden nur minimale Altersunterschiede auftraten. Smith et al. (1996) führten dies darauf zurück, dass die im Alter auftretenden Verluste (insbesondere im Sehvermögen, Gehör, an Mobilität und kognitiver Leistungsfähigkeit) allmählich einsetzen und Anpassungsprozesse einleiten, die schon vor dem 70. Lebensjahr abgeschlossen werden. So kommt es Smith et al. (1996) zufolge zustande, dass alte Menschen trotz beträchtlicher Einschränkungen durch langjährige Anpassung, Veränderung von Vergleichszielen und Senkung ihrer Ansprüche ein eher positives subjektives Wohlbefinden aufrechterhalten können. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Berliner Altersstudie ein grundsätzlich positives Bild von der älteren Bevölkerung zeichnete, jedoch bei den über 85-Jährigen positive Emotionen seltener berichtet wurden als bei den jungen Alten.

3.4.2 Die Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter (ESAW)

Die Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter wurde von 2002 bis 2004 in Österreich und fünf weiteren EU-Ländern (Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande und Schweden) durchgeführt. Insgesamt nahmen 12 478 Personen im Alter zwischen 50 und 90 Jahren an der Untersuchung teil. Ziel dieser Studie war es, ein Vorhersagemodell des subjektiven Wohlbefindens im Alter zu entwickeln. Folgende Prädiktoren subjektiven Wohlbefindens wurden als Indikatoren berücksichtigt, da diese laut Weber, Ferring und Glück (2008) alterskorrelierten Veränderungen unterworfen

sein und deren Relevanz für das Wohlbefinden im Alter außer Frage stehen: „Gesundheit und funktionaler Status“, „Materielle Ressourcen“, „Soziale Einbindung und Unterstützung“, „Produktive Aktivitäten und Freizeitaktivitäten“ und „Selbstressourcen“. Wohlbefinden wurde über die Kriterien Lebenszufriedenheit und personale Ressourcen, welche in die Indikatoren Selbstwertgefühl und Resilienz unterteilt wurden, definiert.

Den Ergebnissen zufolge ließ sich das Kriterium Lebenszufriedenheit am besten über materielle Sicherheit sowie Gesundheit und funktionaler Status vorhersagen. Materielle Sicherheit und soziale Einbindung stellten sich als die beiden stärksten Prädiktoren für personale Ressourcen heraus. Laut ESAW-Studie wirkten sich Alter und Geschlecht nur indirekt auf das Wohlbefinden im Alter aus, wobei ältere Frauen das höchste Risiko für ein niedriges Alterswohlbefinden zeigten. Wesentlich für das subjektive Wohlbefinden bis ins hohe Alter war den Autoren zufolge gerecht aufgeteilte materielle Ressourcen sowie eine gute Gesundheitsversorgung (Weber, Ferring & Glück, 2008; Weber et al., 2005).

Die ESAW-Studie zielte also darauf ab, ein Vorhersagemodell für das subjektive Wohlbefinden im Alter zu entwickeln und in der Folge Indikatoren zu finden, die besonders relevant für das Wohlbefinden im Alter sind. Die BASE definierte vorab mögliche relevante Bereiche und erhob anschließend, ob psychische, physische, soziale oder auch ökonomische Indikatoren den größeren Einfluss auf das Wohlbefinden nehmen. In beiden Studien wirkte sich das Alter nur indirekt auf das Wohlbefinden aus, materielle Sicherheit und soziale Indikatoren schienen in beiden Studien einen wichtigen Stellenwert im Leben der alten Bevölkerung einzunehmen.

4 Wohlbefinden und Gesundheit

Veenhoven (2008) meint, dass geistige Faktoren das körperliche Erleben beeinflussen können und dass das psychische Wohlbefinden positiv auf die physische Gesundheit wirkt. Diese Sichtweise hat sowohl in der Medizin als auch in der akademischen Psychologie eine große Anhängerschaft (ebd.). Es gibt auch viele Belege dafür, dass mentaler Stress negative Effekte auf die physische Gesundheit haben kann (Zautra, 2003), Beispiele hierfür sind unter anderen Depressionen und Angststörungen, es gibt aber auch Indikatoren für die förderlichen Effekte von positiven Gemütszuständen, wie etwa die des positiven Affekts (ebd.).

Der Begriff des Wohlbefindens wurde bereits abgegrenzt, an dieser Stelle soll auf Definitionen von Gesundheit sowie auf wechselseitige Einflussfaktoren zwischen Wohlbefinden und Gesundheit eingegangen werden. In der vorliegenden Studie wird erhoben, ob die Teilnehmer, laut eigenen Angaben, akute bzw. chronische Krankheiten haben, wie gesund sie sich fühlen und ob und wie sich deren körperliche Gesundheit auf das subjektive Wohlbefinden auswirkt.

4.1 Gesundheitsdefinition

Die wohl meist zitierte Gesundheitsdefinition stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946 (von dem Knesebeck, 1998), in der Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet wird. Für diese Definition von Gesundheit erntete die WHO viel Kritik, unter anderen von Smith et al. (1996), die entgegneten, dass die Gesundheit eines Menschen schon durch eine ernste Krankheit geschädigt sein könne, z.B. durch einen bösartigen Tumor im Anfangsstadium, ohne dass das Wohlbefinden schon in irgendeiner Weise beeinträchtigt wäre. Obwohl die WHO-Definition kritisiert wurde, besonders wegen der Gleichsetzung von Gesundheit mit vollkommenem Wohlbefinden, hatte sie laut Schumacher und Brähler (2004) einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheitspolitik in vielen Ländern. Besonders bemerkenswert ist laut von dem Knesebeck (1998) der frühe Hinweis in der Definition auf die Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffs, der zahlreiche Ansätze nach sich gezogen hat, in denen versucht wurde, die Einseitigkeiten der medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesundheitsdefinitionen zu überwinden.

In den letzten Jahren sind verstärkt Bemühungen unternommen worden, den Gesundheitsbegriff mehrdimensional zu definieren, um sowohl der medizinischen, der psychologischen als auch der soziologischen Seite gerecht zu werden. Schumacher und Brähler (2004) führen folgende sieben Punkte an:

- *Gesundheit als Störungsfreiheit*: Gesund ist, wer nicht krank ist.
- *Gesundheit als Leistungsfähigkeit*: Gesundheit wird als Zustand aufgefasst, in dem es dem Individuum möglich ist, seine Rollen wirksam zu erfüllen.
- *Gesundheit als Rollenerfüllung*: eng verknüpft mit dem Begriff von Gesundheit als Leistungsfähigkeit. Hier ist die Fähigkeit gemeint, gesellschaftliche Aufgaben zu erfüllen.

- *Gesundheit als Gleichgewichtszustand*: Der Begriff der Homöostase stammt von Definitionen aus der Antike und dient als Basis für medizinisch-naturwissenschaftliche Modelle.
- *Gesundheit als Flexibilität*: beschreibt die aktive, flexible Anpassung an neue Situationen.
- *Gesundheit als Anpassung*: meint die Fähigkeit des Menschen, sich mit den Bedingungen der Umwelt optimal auseinanderzusetzen, zum Beispiel seine Resistenzkräfte gegen Infektionen zu erhöhen.
- *Gesundheit als Wohlbefinden*: hebt die subjektive Seite der Gesundheit hervor, die schon in der WHO-Definition beachtet wurde.

Antonovsky (1997) entwickelte in den 1980er Jahren im Rahmen seines Salutogenese-Modells ein Konzept der Gesundheit, das sich von der traditionellen dichotomen Unterscheidung zwischen gesund und krank distanziert und stattdessen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum basiert. Die Faktoren, die nach Antonovsky eine Bewegung in Richtung des einen oder anderen Endes des Kontinuums bewirken, sollten nicht nur krankmachende Risikofaktoren, sondern auch gesundheitsfördernde Schutzfaktoren („salutory factors“) sein. Gesundheit oder Krankheit sind demnach also das Ergebnis der Auseinandersetzung mit Belastungen, wobei laut Antonovsky die Wirkung von Stressoren nicht zwingend negativ ist, sondern auch positiv für die Gesundheit sein kann. Gelingt die durch den Stressor geforderte Anpassungsleistung, so bewirkt dies eine Bewegung in Richtung des positiven Pols des Kontinuums.

4.2 Subjektive vs. objektive Gesundheit

In der medizinischen Praxis steht die Diagnose einer Krankheit in der Regel am Ende eines Entscheidungsprozesses, bei dem der Arzt die geschilderten Beschwerden des Patienten und die erhobenen Befunde einer der Medizin bekannten Krankheit zuordnet (Merbach, Brähler & Klaiberg, 2005). Laut Merbach haben „Gesundheit und Krankheit jedoch immer auch eine subjektive (psychische) Dimension, die im Erleben des Betroffenen zum Ausdruck kommt und mit den Begriffen ‚Gesundsein‘ und ‚Kranksein‘ beschrieben werden kann“ (Merbach, 2005, S. 103).

Daraus resultiert der Umstand, dass der Befund des Arztes nicht immer mit dem subjektiven Befinden des Patienten übereinstimmt. In Tabelle 1 (Merbach et al., 2005) soll dieses Phänomen veranschaulicht werden.

Subjektive körperliche Beschwerden	Objektiver körperlicher Befund	
	nicht vorhanden	vorhanden
nicht vorhanden	„normale Gesunde“	„kranke Gesunde“
vorhanden	„gesunde Kranke“	„normale Kranke“

Tabelle 1: Typologie von Personen basierend auf dem Verhältnis von objektivem Befund und subjektiven Beschwerden

Bei den „normalen Gesunden“ und den „normalen Kranken“ besteht eine hohe Übereinstimmung zwischen Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein von subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden (Schumacher & Brähler, 2004).

Das Feld „kranke Gesunde“ beschreibt diejenigen Personen, die zwar keine subjektiven Beschwerden haben, bei einer Untersuchung wird jedoch eine Diagnose gestellt, wie etwa Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder schmerzfreie Verläufe von Krebserkrankungen (Schön, 2007). Der umgekehrte Fall, also „gesunde Kranke“, bezeichnet das Vorhandensein von subjektiven körperlichen Beschwerden, ohne dass trotz gründlicher medizinischer Untersuchungen eindeutige organische Ursachen zu finden sind.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers und das subjektive Wohlbefinden wesentliche Bedingungen dafür sind, ob sich jemand als gesund oder krank einstuft. Merbach et al. meinen aber in diesem Zusammenhang, dass es keine allgemein verbindlichen Normen für die subjektive Gesundheit gibt.

Smith et al. (1996) definieren den Begriff der subjektiven Gesundheit als „die erlebten und selbst wahrgenommenen Aspekte der körperlichen und geistigen Verfassung sowie das subjektive Urteil darüber“ (S.502). Schumacher, Gunzelmann und Brähler (1996) bezeichnen den subjektiven Gesundheitszustand einer Person als einen wichtigen Prädiktor für Lebenszufriedenheit. Zur objektiven Gesundheit werden laut Smith et al. „messbare und beobachtbare Funktionen sowie das gesamte Spektrum der medizinischen Diagnosen“ gerechnet (S. 502). Verschiedene Studien belegen (Brief et al., 1993; George & Landerman, 1984; Lehman, 1983; Zautra und Hempel, 1984; zitiert nach Smith et al., 1996), dass die Korrelationen zwischen subjektiver Gesundheit und Wohlbefinden enger sind als die zwischen objektiver Gesundheit und Wohlbefinden. Hier sollte jedoch berücksichtigt werden, dass sowohl Wohlbefinden als auch subjektive Gesundheit Konstrukte sind, die auf dem subjektiven Erleben beruhen.

In diesem Kapitel wurden nun einige Gesundheitsdefinitionen und der Unterschied zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit dargestellt. In dieser Arbeit wird das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von Antonovsky (1997) als Grundlage herangezogen, da es in einer hoch betagten Stichprobe kaum Teilnehmer geben wird, bei denen noch nicht die eine oder andere Krankheit diagnostiziert wurde. Es wird davon ausgegangen, dass sich alle Teilnehmer auf dem Kontinuum zwischen Gesundsein und Kranksein bewegen. Darum ist die Definition von Antonovsky für diese Studie am treffendsten. Im empirischen Teil der Arbeit wird weiters das subjektive Gesundheitsempfinden der Untersuchungsteilnehmer erhoben. Wie oben schon angeführt, beschreiben Smith et al. (1996) subjektive Gesundheit als „die erlebten und selbst wahrgenommenen Aspekte der körperlichen und geistigen Verfassung sowie das subjektive Urteil darüber“ (S.502). Diese Definition beinhaltet also nicht nur das Urteil über die körperliche, sondern auch die geistige Verfassung der Untersuchungsteilnehmer. Die Berücksichtigung beider Aspekte innerhalb dieser Definition wird von der Studienautorin als sehr sinnvoll erachtet und soll in der Arbeit noch aufgegriffen werden.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich wieder mit der psychischen Gesundheit des Menschen, genauer soll ein Überblick über vergangene Studien gegeben werden, in denen versucht wurde, das subjektive Wohlbefinden von Versuchspersonen zu steigern. Anschließend wird die in dieser Studie verwendete Intervention vorgestellt.

5 Wohlbefindens-Interventionen

Neben der Beschäftigung mit Fragen, was das Leben gut und lebenswert macht, wurde in der Vergangenheit der Versuch unternommen, Interventionen zu entwickeln, die das Wohlbefinden nachweislich steigern bzw. die Häufigkeit erlebter positiver Emotionen erhöhen können. Um dem Leser einen Überblick über die bisherigen Interventionsmethoden zu verschaffen, sollen nachfolgend einige Studien kurz vorgestellt werden. Besonders die Arbeiten von Michael Fordyce waren wegweisend für die Entwicklung von Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens, einige seiner Methoden wurden auch in nachfolgenden Arbeiten aufgegriffen. Auf eine Studie, und zwar jene von Seligman et al. (2005), wird dann speziell eingegangen, da sie als Basis für die vorliegende Untersuchung diene. Am Ende des Kapitels wird dann das Training

zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens bei älteren Menschen dargestellt, das mit der Versuchsgruppe dieser Diplomarbeits-Studie durchgeführt wurde.

5.1 Experimente zur Steigerung von Wohlbefinden und positiven Emotionen

Fordyce veröffentlichte im Jahr 1977 seine Studie „*Development of a Program to Increase Personal Happiness*“. Er führte Untersuchungen durch, bei denen Studenten im Selbststudium versuchten, ihr Wohlbefinden aufgrund von Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu steigern. Das verwendete Training wurde aus Einheiten zusammengesetzt, die in den Vorstudien messbare Effekte gezeigt hatten und bestand aus 14 Techniken, die von den Versuchspersonen befolgt werden sollten, zum Beispiel „Senke deine Erwartungshaltung“, „Werde aktiver“ oder „Reduziere negative Gefühle“. Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer der Versuchsgruppe ihr subjektives Wohlbefinden im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant steigern konnten. Es wurde dabei angemerkt, dass das in der Studie beschriebene Selbststudium bei denjenigen Personen einen Effekt hatte, die gewillt waren, ihre Lebenszufriedenheit zu steigern (Fordyce, 1977).

Fordyce führte nach dem 1977 erschienenen Artikel seine Studien zur Steigerung des Wohlbefindens fort und veröffentlichte 1983 die Fortsetzung „*A Program to Increase Happiness: Further Studies*“. In dieser wurden mehrere Teilstudien vorgestellt, die an die ersten Arbeiten anschließen sollten, auch wurde eine Follow-up-Studie gemacht, die das 1977 vorgestellte Programm zur Steigerung des Wohlbefindens evaluieren und seinen Effekt über mehrere Monate erheben sollte. Die Untersuchungen wiesen darauf hin, dass das Programm einen nennenswerten und auch länger andauernden Effekt auf das Wohlbefinden der Teilnehmer hatte (Fordyce, 1983).

In ihrer Studie „*How to Increase and Sustain Positive Emotion*“ untersuchten Sheldon und Lyubomirsky 2006 die Einflüsse, die Dankbarkeit (gratitude) und die Fokussierung auf die bestmögliche Zukunft (best possible selves, kurz BPS) auf den Affekt haben. Weiters erhoben sie Motivation und Bereitschaft der Versuchspersonen, an der Studie teilzunehmen und bei den Folgeeinheiten mitzumachen. Es wurde angenommen, dass die Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine unmittelbare Steigerung des positiven Affektes haben würde. Sowohl der positive Affekt als auch die Motivation der Teilnehmer waren bei der BPS-Gruppe signifikant

höher als vor dem Trainingsprogramm. In der gratitude-Gruppe und in der Kontrollgruppe konnten jedoch keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden.

Eine weitere Studie von Sheldon und Lyubomirsky (2006) behandelte, wie Wohlbefinden zuerst gesteigert und anschließend aufrechterhalten werden kann. Weiters sollte erhoben werden, ob diese Aufrechterhaltung eher durch eine bewusste Verhaltensänderung oder durch eine Änderung der Lebensumstände zustande gekommen war. Denn Sheldon und Lyubomirsky kritisierten, dass in der Vergangenheit zwar oft Studien zur Steigerung des Wohlbefindens durchgeführt wurden, dabei aber meist die Stabilität der erzielten Veränderungen außer Acht gelassen wurde. Dies führten sie auf die pessimistische Einstellung der Forscher zurück, die nicht überzeugt waren, Wohlbefinden nachhaltig steigern zu können. Dafür verantwortlich könnte einerseits die Ansicht eines genetisch determinierten, stabilen Wohlbefindens-Wertes sein, der es schwer bis unmöglich macht, von diesem Wert merklich abzuweichen. Andererseits könnte eine natürliche Anpassung an neue Lebenssituationen eine nachhaltige Steigerung von positiven Affekten verhindern. Ein Beispiel hierfür erbrachten Brickman et al. (1978, zitiert nach Sheldon und Lyubomirsky, 2006), die zeigen konnten, dass Lotteriegewinner einige Wochen nach ihrem Gewinn nicht wesentlich glücklicher waren als Personen aus der Kontrollgruppe. Trotz dieser Argumente für eine pessimistische Betrachtung der Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens gibt es auch Gründe, die dafür sprechen. Schließlich hatte beispielsweise Fordyce (1977, 1983) Erfolg bei der Steigerung des Wohlbefindens der Untersuchungsteilnehmer. Weiters gibt es laut Sheldon und Lyubomirsky auch einige motivationale Faktoren, wie etwa die durch eine hohe intrinsische Motivation bedingte Erreichung eines Zieles, die eine Wohlbefindenssteigerung nach sich ziehen kann. Weiters kann die Änderung der eigenen Denkmuster zu einer Erhöhung des Wohlbefindens führen.

Sheldon und Lyubomirsky (2006) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass eine nachhaltige Steigerung des Wohlbefindens durch bewusste Verhaltensänderungen eher möglich war als durch die Änderung der eigenen Lebensumstände. Weiters bestätigten sie ihre Annahme, dass die erzielten Effekte nur durch eine ständige Weiterführung der Übungseinheiten aufrechterhalten werden konnten. Die oben beschriebenen Studien wurden allesamt mit einer studentischen Stichprobe durchgeführt. Sollten sich in dieser Studie ähnlich positive Ergebnisse feststellen lassen, so wäre das eine weitere Bestätigung für die Aktivitätstheorie (siehe 3.2.1).

5.2 Die Studie von Seligman et al.

Seligman, Steen, Park und Peterson führten 2005 eine Online-Studie durch, die die Effektivität mehrerer Interventionen zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens prüfen sollte. Die Teilnehmer waren ausschließlich auf der Homepage von Seligmans Buch „Authentic Happiness“ (www.authentichappiness.org) registriert und wurden über diese Internet-Seite aufgefordert, an einem Training zur Steigerung des Wohlbefindens teilzunehmen. Es konnten 577 Personen rekrutiert werden, von denen 42% männlich und 58% weiblich waren. 64% der Teilnehmer waren zwischen 35 und 53 Jahre alt, weiters hatten 39% einen Universitätsabschluss und 27% einen der Matura ähnlichen Schulabschluss. Von den 577 rekrutierten Personen waren 71% der Teilnehmer auch bei allen weiteren Erhebungen dabei. Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass die Übungen eine Woche Mitarbeit in Anspruch nehmen würden, dass es danach erwünscht sei, über sechs Monate lang weiterführende Fragebögen zu bearbeiten und weiters wurde den Teilnehmern darüber Bescheid gegeben, dass es verschiedene Übungsgruppen gebe und sie möglicherweise ein Teil der Placebo-Gruppe wären. Eine der Übungen beschäftigte sich mit dem Aufbau des Dankbarkeitsgefühls, zwei sollten den Fokus der Teilnehmer darauf richten, was sie an sich selbst am meisten schätzten, und zwei sollten den Versuchspersonen helfen, deren Charakterstärken zu identifizieren. In der Kontrollgruppe sollten die Teilnehmer für eine Woche lang frühe Erinnerungen dokumentieren. Nachdem die Teilnehmer die Studienbedingungen akzeptiert hatten, sollten sie einige demografische Fragen sowie den Steen Happiness Index (SHI) und die Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) bearbeiten. Anschließend wurden sie mittels Randomisierung zu einer der sechs Studienbedingungen zugeteilt. Die Personen wurden somit vor und nach dem Training sowie eine Woche, einen Monat, drei und sechs Monate nach dem Training befragt, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu prüfen. Um alle Befragungszeitpunkte einzuhalten, erhielten die Studienteilnehmer Erinnerungsnachrichten per E-Mail. 71% der Personen, die an der Baseline-Erhebung teilnahmen, bearbeiteten alle fünf Folgebefragungen, nur diese Personen wurden für die Studienauswertung herangezogen. Nachfolgend sollen die sechs verschiedenen Untersuchungsgruppen kurz aufgelistet werden:

- 1) Placebogruppe: Die Teilnehmer wurden gebeten, für eine Woche lang jeden Tag frühe Kindheitserinnerungen aufzuschreiben.
- 2) Gratitude visit: Die Personen dieser Gruppe hatten eine Woche lang Zeit, einen Dankbarkeitsbrief zu schreiben und diesen an die angeschriebene Person zu

übermitteln. Dies sollte jemand sein, dem die Versuchsperson sehr dankbar ist, dies aber nie so zum Ausdruck gebracht hatte.

- 3) Three good things in life: Die Teilnehmer sollten hier für eine Woche lang jeden Tag aufschreiben, was an diesem Tag besonders erfreulich war, weiters sollten sie für jedes dieser guten Ereignisse eine Erklärung finden.
- 4) You at your best: Die Teilnehmer sollten hier an eine Zeit denken, zu der sie besonders zufrieden mit sich waren und anschließend für eine Woche über ihre persönlichen Stärken reflektieren und weitere identifizieren.
- 5) Using signature strengths in a new way: In dieser Gruppe sollten die Teilnehmer den Fragebogen „Values-In-Action Inventory of Strengths“ (VIA-IS) (Ruch, 2006) online bearbeiten. Im Anschluss bekamen die Personen über die fünf Charaktereigenschaften Rückmeldung, die bei ihnen am stärksten ausgeprägt waren, welche sie dann möglichst oft neu einsetzen und dadurch vertiefen sollten.
- 6) Identifying signature strengths: Ganz ähnlich wie in der Aufgabe fünf sollten die Teilnehmer hier den VIA-IS-Stärken-Fragebogen online bearbeiten und eine der rückgemeldeten Charakterstärken für eine Woche lang öfter einsetzen.

Die Teilnehmer aller Untersuchungsbedingungen (selbst die in der Placebo-Gruppe) tendierten beim unmittelbaren Post-Test dazu, glücklicher und weniger depressiv zu sein. Die beiden Einheiten „Using signature strengths in a new way“ und „Three good things in life“ erhöhten noch sechs Monate nach dem Training positive Gefühle und reduzierten depressive Symptome, bei der Einheit „Gratitude visit“ konnte nach einem Monat noch ein positiver Effekt gemessen werden. Wie oben beschrieben, wurden die Teilnehmer aller Untersuchungsbedingungen gebeten, die zugeteilte Aufgabe für eine Woche lang durchzuführen. Die Versuchspersonen wurden nach der Intervention befragt, ob sie das Training auf freiwilliger Basis länger durchgeführt hätten. Einige der Versuchspersonen gaben daraufhin an, die Übungen noch einige Wochen später durchgeführt zu haben. Bei der Berechnung einer ANOVA stellte sich heraus, dass diejenigen Teilnehmer, die die Übungen weiterführten, glücklicher und weniger depressiv waren als die, die die Aufgaben nach einer Woche beendeten.

Kritik an der Studie von Seligman et al. ist dahingehend anzubringen, dass die Studienteilnehmer ausschließlich über die Authentic-Happiness-Webseite rekrutiert wurden. Es handelt sich bei den Versuchspersonen also rein um Personen, die bereits

auf der Webseite registriert waren und sich schon im Vorfeld (in unterschiedlicher Intensität) mit der Positiven Psychologie auseinandergesetzt haben. Weiters ist zu kritisieren, dass in der Studie ein Verfahren zur Messung des Wohlbefindens (Steen Happiness Index) verwendet wurde, das von einer der Studienautoren (Tracy A. Steen) eigens für diese Studie konzipiert wurde. Die Intervention zur Steigerung des Wohlbefindens, die Evaluierung der Intervention und auch die Erstellung eines der beiden verwendeten Messverfahren stammen also von derselben Personengruppe. Dieser Umstand könnte zu erheblichen Verzerrungen der Ergebnisse geführt haben. Ein weiterer Kritikpunkt an der Studie ist, dass die von den Studienautoren als „Placebogruppe“ bezeichnete Personengruppe frühe Kindheitserinnerungen dokumentieren sollte. Dieser Auftrag, sich Erinnerungen aus der Kindheit ins Bewusstsein zu rufen und aufzuschreiben stellt eine eigene Intervention dar, die großen Einfluss auf den Affekt der Teilnehmer nehmen kann. Aufgrund dessen ist sowohl die Übung an sich zu kritisieren als auch der Umstand, dass diese Gruppe in der Studie als Placebogruppe gehandelt wurde.

Nachfolgend wird eine Zusammenfassung der unter 5.1 und 5.2 angeführten Studien gegeben.

5.3 Zusammenfassung der Experimente zur Steigerung von Wohlbefinden und positiven Emotionen

Um dem Leser einen Überblick über die bisherigen Studien zur Steigerung von Wohlbefinden und positiven Emotionen zu geben, sollen in Tabelle 2 die oben bereits angeführten Studien noch einmal übersichtlich dargestellt werden.

Studie	Stichprobe	Intervention	Ergebnisse
Fordyce (1977)	Studenten	Verhalten und Einstellungen im Selbststudium verändern	Subjektives Wohlbefinden konnte in der VG im Vergleich zur KG gesteigert werden
Fordyce (1983)	Studenten	w.o., plus Follow-up-Studien	Nachhaltiger Effekt in allen VGs messbar
Seligman et al. (2005)	Erwachsene zw. 35 und 53 Jahren	5 VGs: „gratitude visit“, „three good things“, „you at your best“, „using signature strengths in a new way“, „identifying signature strengths“; 1 KG: „early memories“; 6 Erhebungszeitpunkte	Höherer Happiness-Score in allen VGs unmittelbar nach der Intervention, nachhaltige Steigerung bei den Gruppen „gratitude visit“, „three good things“, „using signature strengths in a new way“ und „identifying signature strengths“
Sheldon & Lyubomirsky (2006)	Studenten	2 VGs: „counting one’s blessings“, „best possible selves“; 1 KG: „attend the details of your day“	In der Gruppe „best possible selves“ höchste Steigerung des positiven Affekts, auch nachhaltig messbar

Tabelle 2: Zusammenfassung der WB-Experimente

Im Ausblick der Studie von Seligman et al. wurde darauf hingewiesen, dass es höchst interessant wäre, ein kombiniertes Training aus den effektivsten Untersuchungsbedingungen zu evaluieren. Diese Idee wurde in der vorliegenden Studie aufgegriffen.

5.4 Training zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens bei älteren Menschen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, mithilfe eines an die Möglichkeiten und Bedürfnisse älterer Menschen adaptierten Trainings deren subjektiv empfundenen Wohlbefinden zu steigern. Die Hauptidee und die Trainingsinhalte stützen sich auf die unter 5.2 beschriebene Studie von Seligman et al. (2005). Die Studie von Seligman et al. (2005) wird deshalb für diese Studie herangezogen, weil es der Diplomandin sinnvoll erscheint, die effektivsten Trainingselemente aus der Studie in dieser Untersuchung zu kombinieren und zu evaluieren, ob diese einen Effekt zeigen werden. Allerdings wurden von der Autorin kleine Änderungen vorgenommen, da es sich in der vorliegenden Studie, im Unterschied zur Untersuchung von Seligman et al., um keine Online-Studie handelt und die Stichprobe aus älteren Menschen besteht. Das für diese Studie konzipierte Training wurde innerhalb von vier Wochen in Gruppen von ca. acht bis zehn Personen durchgeführt. Die Diplomandin, die das Training leitete, hat bereits einige Monate lang im Rahmen eines Praktikums kognitive Trainings im Geriatriebereich durchgeführt und konnte dadurch schon Erfahrungen im Trainingskontext mit älteren Menschen sammeln. Genauere Informationen zu Stichprobe und Ablauf werden im Methodenteil dieser Arbeit angeführt.

Das Training umfasste vier Einheiten zu je ein- bis eineinhalb Stunden, wobei eine Einheit pro Woche durchgeführt wurde. Die Einheiten behandelten folgende Themen:

- Dankbarkeit
- Drei gute Dinge
- Charakterstärken entdecken und neu einsetzen
- Zusammenfassung und Reflexion

Nachfolgend werden die Inhalte und deren wissenschaftliche Grundlagen näher erläutert.

5.4.1 Einheit 1 – Dankbarkeit

Der Begriff Dankbarkeit wird in der Literatur sowohl als Emotion (Emmons & McCullough, 2003) als auch als Eigenschaft (McCullough, Tsang & Emmons, 2004; Peterson, Ruch, Beermann, Park & Seligman, 2007) beschrieben und ist Bestandteil so mancher Intervention, die in Studien auf ihre Wirksamkeit, Wohlbefinden zu steigern, geprüft wurde. Peterson et al. (2007) zeigten, dass Dankbarkeit als Charaktereigenschaft einen starken Effekt auf die Lebenszufriedenheit der Versuchspersonen hatte. In der oben beschriebenen Studie von Seligman et al. (2005) hatte der Versuch, das Gefühl der Dankbarkeit bei den Versuchspersonen zu steigern, einen positiven Effekt auf deren Wohlbefinden.

In der vorliegenden Studie soll in einem Gruppentraining das Dankbarkeitsgefühl der Untersuchungsteilnehmer gesteigert werden. Dabei soll in einer aktiven Runde neben einer Diskussion zum Thema auch jeder persönlich erörtern, wem er in seinem Leben dankbar ist, wofür er dankbar ist und weshalb. Hier wurde allerdings nicht verlangt, einen Dankbarkeitsbrief an eine ihnen bekannte Person zu schreiben und ihn anschließend zu überbringen, da diese Person mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als bei einer nicht-betragten Stichprobe nicht verfügbar sein würde, sei es durch die reduzierte Mobilität der Untersuchungsteilnehmer oder durch das mögliche Ableben der Zielperson. Darum wurde es den Untersuchungsteilnehmern freigestellt, einen Dankbarkeitsbrief zu verfassen, es war jedoch nicht Aufgabe, ihn anschließend an eine bestimmte Person zu übermitteln. Es ging in dieser Einheit also darum, Gefühle der Dankbarkeit hervorzurufen – eine Veränderung von Charaktereigenschaften wäre in einem Zeitraum von vier Wochen nicht sehr wahrscheinlich gewesen. Ein genaueres Protokoll zu den vier Trainingseinheiten findet der Leser unter Punkt 11.7 im Anhang.

5.4.2 Einheit 2 - Drei gute Dinge

In der zweiten Einheit der Intervention ging es darum, die positiven Dinge des Tages zu visualisieren und so positive Emotionen herbeizuführen und/oder zu stärken. Studien (Fredrickson, 2003; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005) belegen, dass das Fokussieren positiver Ereignisse das Wohlbefinden positiv beeinflusst und laut Seligman et al. sogar nachhaltig steigern kann. Auch in dieser Trainingseinheit sollten die Teilnehmer aktiv mitarbeiten und versuchen, jeden Tag drei Dinge zu finden, die bei ihnen in dieser Woche Gefühle der Freude hervorgerufen haben. Weiters sollte versucht

werden, Gründe zu finden, warum diese Dinge bei ihnen positive Gefühle hervorgerufen haben. Aufgrund der einfachen Machbarkeit dieser Interventionseinheit wurde diese Aufgabe von der Studie von Seligman et al. (2005) übernommen.

5.4.3 Einheit 3 - Charakterstärken entdecken und neu einsetzen

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Charakterstärken behandelt die dritte Einheit der Intervention, auch diese stammt aus der Studie von Seligman et al. (2005). Den Versuchspersonen wurde nach einer Einführung in das Thema eine Liste mit 24 Charakterstärken vorgegeben. Die Testpersonen sollten dann eigenständig versuchen, die Eigenschaften zu finden und zu markieren, die bei ihnen ihrer Meinung nach am stärksten ausgeprägt sind. Anschließend sollte in der Gruppe diskutiert werden, wo die Teilnehmer diese Eigenschaften neu einsetzen und so sich und ihrer Umgebung Freude bereiten könnten. Die Übungen der Studie von Seligman et al. (2005) wurden in der Art modifiziert, weil es in der vorliegenden Untersuchung aus Ressourcen- und Machbarkeitsgründen nicht möglich war, den Teilnehmern einen Online-Fragebogen vorzugeben. Der Selbstwert soll ebenfalls erhoben werden, da sich das Wissen um die eigenen Stärken positiv auf diesen auswirkt und ein hoher Selbstwert einen Prädiktor für psychologisches Wohlbefinden darstellt (Ryff, 1989).

5.4.4 Einheit 4 - Zusammenfassung und Reflexion

Zum Abschluss der Intervention sollten die vergangenen Einheiten wiederholt, in Erinnerung gerufen und reflektiert werden. Die Teilnehmer hatten hier die Möglichkeit, Feedback zu geben, weiters wurde nachgefragt, was ihnen an dem Training besonders gut bzw. gar nicht gefallen hat.

5.5 Gesprächsrunde als Vergleichsgruppe

Um überprüfen zu können, ob etwaige (positive) Veränderungen des Wohlbefindens der Untersuchungsteilnehmer auf das durchgeführte Training zurückzuführen sind und auch um Einflüsse der Studienleiterin auf die Versuchspersonen zu einem großen Teil ausschalten zu können, wurden mit einer

zweiten Stichprobe Gesprächsrunden durchgeführt. Diese zweite Stichprobe dient als Vergleichsgruppe, die Rahmenbedingungen sollen deshalb möglichst ident sein. Aus diesem Grund werden die Gesprächsrunden ebenfalls in den Wiener Pensionistenwohnhäusern durchgeführt und umfassen vier Einheiten zu je einer Stunde, wobei eine Einheit pro Woche abgehalten wird. Vor der ersten und nach der letzten Einheit sollen die Teilnehmer der Kontrollgruppe denselben Fragebogen wie die Versuchsgruppe ausfüllen. Die in den Gesprächsrunden behandelten Themen werden von der Studienleiterin vorgegeben, können aber im Gesprächsverlauf auch in andere Richtungen übergehen. Geplante Inhalte der Gesprächsrunden:

- Einheit 1: Das Leben im Wohnhaus (Alltag, Kontakt zu anderen Bewohnern)
- Einheit 2: Präsenz der Familie, die gefühlte Stellung der Teilnehmer innerhalb ihrer Familie, Besuche von außen durch Familie und Freunde
- Einheit 3: Einschätzung der Teilnehmer über die Werte in der Gesellschaft heute im Vergleich zu vergangenen Tagen, Wünsche und Prognosen für die Zukunft
- Einheit 4: Zusammenfassung der besprochenen Inhalte, Reflexion

Näheres zum Ablauf der Gesprächsrunden findet der Leser unter Punkt 6.4.3 im empirischen Teil der Arbeit.

II. EMPIRISCHER TEIL

6 Darstellung der Untersuchung

In diesem Kapitel sollen zuerst die Forschungshypothesen dargestellt und die verwendeten Untersuchungsinstrumente beschrieben werden. Anschließend wird der genaue Untersuchungsablauf erklärt, um die Studie nachvollziehbar zu machen, und die statistischen Auswertungsverfahren vorgestellt.

6.1 Zielsetzung der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, ein von Seligman et al. (2005) konzipiertes Training zur Steigerung des Wohlbefindens zu evaluieren. Die Intervention wird dabei an die betagte Stichprobe adaptiert. Mittels einer Versuchs- und einer Vergleichsgruppe soll die Wirksamkeit des Trainings zwischen zwei Testzeitpunkten (vor und nach der Intervention bzw. der Gesprächsrunden) überprüft werden. Der Einfachheit halber wird die Vergleichsgruppe im Folgenden als Kontrollgruppe bezeichnet, um die gängige Abkürzung KG verwenden zu können. Es werden neben dem allgemeinen, dem aktuellen und dem habituellen Wohlbefinden auch der Selbstwert sowie die Lebenszufriedenheit im Allgemeinen erfragt, um das psychische Befinden der Untersuchungsteilnehmer möglichst umfassend darstellen zu können. Weiters wurde auch erhoben, inwiefern die Teilnehmer unter akuten bzw. chronischen Krankheiten leiden und das subjektive Gesundheitsempfinden erfragt, um eine Vergleichbarkeit von Versuchs- und Kontrollgruppe in Bezug auf deren physisches Befinden sicherstellen zu können.

6.2 Hypothesen

Die Hauptfragestellung der Studie lautet, ob die vierwöchige Intervention einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Versuchsgruppe hat und ob sich diese signifikant im Wohlbefinden von der Kontrollgruppe ohne Intervention unterscheidet. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden folgende Konstrukte erhoben: das allgemeine,

das aktuelle und das habituelle Wohlbefinden sowie der Selbstwert und die subjektive Gesundheit der Untersuchungsteilnehmer. Nachfolgend werden die zu prüfenden Hypothesen angeführt.

1. H 1: Es gibt einen Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei.
2. H 1: Es gibt einen Unterschied im aktuellen Wohlbefinden zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei.
3. H 1: Es gibt einen Unterschied im habituellen Wohlbefinden zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei.

Weiters soll festgestellt werden, ob sich die Versuchs- und Kontrollgruppe in ihrer subjektiv erlebten Gesundheit unterscheiden.

4. H1: Es gibt einen Unterschied im subjektiven Gesundheitsempfinden zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei.

Weiters ist von Interesse, ob zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und dem Selbstwert der Versuchspersonen ein signifikanter Zusammenhang besteht.

5. H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und dem allgemeinen Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer (VG und KG).
6. H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und dem aktuellen Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer (VG und KG).
7. H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und dem habituellen Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer (VG und KG).

6.3 Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

Wie unter Punkt 6.4 noch genauer beschrieben wird, gibt es in dieser Studie eine Versuchs- (VG) und eine Kontrollgruppe (KG), die zu je zwei Testzeitpunkten mittels Fragebogen befragt werden. Die beiden Fragebögen für die VG und die KG sind für den ersten Testzeitpunkt (T1) ident. Beim zweiten Testzeitpunkt (T2) unterscheiden sich die Fragebögen nur beim Feedback-Teil. Hier wird die Versuchsgruppe beispielsweise gefragt, wie nützlich das Training für ihr persönliches Wohlbefinden war, die Kontrollgruppe wird in diesem Zusammenhang gefragt, wie nützlich die Gesprächsrunden für ihr persönliches Wohlbefinden waren. Ansonsten unterscheiden sich die Fragebögen für die VG und KG nicht. Unter 11.3 bis 11.6 finden sich die vollständigen Fragebogen-Versionen.

Die in dieser Studie verwendeten Verfahren wurden nach intensiver Recherche durch die Diplomandin als geeignet erachtet, um die für diese Studie relevanten Konstrukte zu erheben. Da die Stichprobe ausschließlich aus älteren Personen besteht, erschien es wichtig, die Itemanzahl möglichst begrenzt zu halten, um die Gütekriterien der Ökonomie und Zumutbarkeit zu gewährleisten. Deshalb wurde auf aussagekräftige Verfahren mit einer geringeren Itemanzahl zurückgegriffen.

Zur besseren Verständlichkeit soll hier noch angemerkt werden, dass die Reliabilität eines Tests, die durch Cronbachs Alpha ausgedrückt wird, den Grad der Genauigkeit kennzeichnet, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird. Reliabilitäten über .90 gelten als hoch, jene zwischen .80 und .90 als mittelmäßig (Bortz & Döring, 2005) und Reliabilitäten zwischen .70 und .80 gelten als gerade noch ausreichend, in der Praxis wird aber meist schon ein Wert größer .60 als zufriedenstellend angesehen (Lienert & Raatz, 1998).

6.3.1 Daten zur Person

Folgende **Daten zur Person** werden am Anfang des Fragebogens erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand und die höchste abgeschlossene Schulbildung. Weiters werden Fragen zum Vorhandensein von akuten bzw. chronischen Erkrankungen und dem subjektiven Gesundheitsempfinden gestellt. Auf einer zehnstufigen Bewertungsskala wird die Lebenszufriedenheit im Allgemeinen abgefragt (1=extrem unzufrieden bis 10=extrem zufrieden). Im zweiten Fragebogen, der nach Abschluss des Trainings bzw. der Gesprächsrunde vorgegeben wird, gibt es für die Teilnehmer die

Möglichkeit, Feedback zu geben und Anregungen in einer Box zu vermerken, diese ist als offene Frage formuliert. Die Fragen, die die Daten zur Person sowie das Feedback erheben sollen, wurden von der Diplomandin selbst formuliert. Die Daten zur Person werden erhoben, um eine Stichprobenbeschreibung zu erhalten und auch um sicherzustellen, dass die Effekte, falls vorhanden, nicht auf einer Unterschiedlichkeit der beiden Untersuchungsgruppen beruhen.

6.3.2 Der WHO-5 Wohlbefindens-Index

Das allgemeine Wohlbefinden erfasst der **WHO-5 Wohlbefindens-Index** (Bech, 1998). Der WHO-5 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das in 20 Sprachen vorliegt (Bech, 2004; Bech, Olsen, Kjoller & Rasmussen, 2003). Diese zweite Version des Verfahrens besteht aus fünf Items, deren Werte zu einem Indexwert aufsummiert werden – ein höherer Wert spiegelt ein höheres Wohlbefinden wider. Die Beantwortung erfolgt auf einer sechsstufigen Skala („zu keinem Zeitpunkt“ bis „die ganze Zeit“). Laut Gunzelmann et al. (2006) wurde die Eindimensionalität des Verfahrens durch eine explorative Faktorenanalyse bestätigt. Der Faktor erklärt 76.2% Varianz, der Fragebogen eignet sich somit auch bei älteren Menschen für die Erfassung des Wohlbefindens. Die Reliabilität des WHO-5 (Cronbachs Alpha) liegt bei .92, die Trennschärfe der Items liegt zwischen .75 und .81 (Gunzelmann, Schmidt, Albani & Brähler, 2006).

6.3.3 Die Aktuelle Stimmungsskala

Das aktuelle Wohlbefinden soll mit der **Aktuellen Stimmungsskala** (ASTS) erfasst werden. Bei der ASTS handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, das von Dalbert (1992) zur Erfassung der aktuellen Stimmung entwickelt wurde. Die ASTS erfasst den State-Anteil des subjektiven Wohlbefindens und umfasst 19 Items, die den fünf Teilskalen Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit, Zorn und positive Stimmung zugeordnet sind. Es wird nach den Gefühlszuständen „im Moment“ gefragt und zur Beurteilung der dargebotenen Adjektive wird eine siebenstufige Rating-Skala mit den Endpolen „überhaupt nicht“ und „sehr stark“ vorgelegt. Die interne Konsistenz der ASTS (Cronbachs Alpha) liegt bei .83 bis .94. Eine Hauptkomponentenanalyse mit

anschließender Varimaxrotation über die 22 Items zur Messung der aktuellen Stimmung erbrachte eine vierfaktorielle Lösung, die 70.9% der Varianz aufklärte (Dalbert, 1992).

6.3.4 Die Habituelle subjektive Wohlbefindensskala

Das habituelle Wohlbefinden wird mittels der **Habituellen subjektiven Wohlbefindensskala** (HSWBS) von Dalbert (1992) erhoben. Die HSWBS erfasst den Trait-Anteil des subjektiven Wohlbefindens und unterscheidet dabei zwischen einer kognitiven und einer emotionalen Dimension. Die kognitive Dimension wird durch die allgemeine Lebenszufriedenheit erfasst, während die emotionale Komponente sowohl die Anwesenheit positiver als auch die Abwesenheit negativer Gefühle beinhaltet. Die HSWBS besteht aus 13 Items, von denen sechs Items der Skala „Stimmungsniveau“ und sieben Items der Skala „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zugeordnet sind. Jedes Item wird auf einer sechsstufigen Skala („stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt genau“) beurteilt. Die Items werden getrennt für jede Skala aufsummiert und durch die Anzahl der Items dividiert. In der Konstruktionsstichprobe (n=200) betrug die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) für die Skala Stimmungsniveau .82 und für die Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit .88. Ein Einfaktormodell (geschätzt mit Lisrel 7; Jöreskog & Sörbom, 1988; siehe Dalbert, 1992) führte zu einer sehr guten Reproduktion der empirischen Varianz-Kovarianz-Matrix ($\chi^2_{13}=22.06$; $p=.054$; GFI=.965). Die latenten Trennschärfen variierten zwischen $r_{it}=.53$ und $r_{it}=.82$. Dieses Modell konnte in einer zweiten Stichprobe repliziert werden ($\chi^2_{14}=19.75$; $p=.138$; GFI = .898).

6.3.5 Die Rosenberg-Skala zum Selbstwertgefühl

Der globale Selbstwert soll mit der **Rosenberg-Skala zum Selbstwertgefühl** erhoben werden. Diese besteht aus zehn Items, die zur Hälfte positiv und zur Hälfte negativ formuliert sind, um Antworttendenzen zu vermeiden. Die deutsche Übersetzung der Rosenberg Self-Esteem Scale stammt von Ferring und Filipp (1996) bzw. in revidierter Version von Collani und Herzberg (2003). Die revidierte Version der Skala verfügt über eine Reliabilität zwischen .84 und .85. Die Items werden auf einer vierstufigen Skala beurteilt („trifft gar nicht zu“ bis „trifft sehr zu“). Laut Collani und Herzberg (2003) weist das von ihnen angenommene Faktormodell 2. Ordnung mit einem Primärfaktor „Selbstabwertung“ für die negativ formulierten Items und zwei

Itemgruppen als Primärfaktoren „Selbstwertschätzung“ einen guten Modellfit auf. Da der Selbstwert ein relativ stabiles Konstrukt darstellt, der in einer vierwöchigen Intervention schwer veränderbar sein wird, wird die Rosenberg-Skala nur zum ersten Testzeitpunkt vorgegeben.

6.4 Planung der Untersuchung

Zuallererst nahm die Autorin Kontakt mit dem Kuratorium der Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) auf, um eine geeignete Stichprobe zu erreichen. Dafür schien das KWP ideal, da es in den Häusern neben einer Bettenstation auch Apartments gibt, in denen alte Menschen leben, die in der Lage sind, ihren Tagesablauf selbst zu bestimmen und zu bewältigen. Nachdem das Interesse des KWP an der Studie geweckt war, wurde den Direktoren der interessierten Wohnhäuser das genaue Vorhaben erklärt. Es war geplant, mit Gruppen von ca. acht bis zehn Teilnehmern das Wohlbefindenstraining bzw. die Gesprächsrunde abzuhalten. Weiters sollten die Teilnehmer vor der ersten und nach der letzten Einheit einen Fragebogen ausfüllen.

Obwohl vorerst sehr viele Wohnhäuser Interesse an der Studie zeigten, waren im Endeffekt sechs Direktoren bereit, an der Studie teilzunehmen und sie bestmöglich zu unterstützen. Der Hauptgrund für die Nicht-Teilnahme einiger Häuser war laut deren Angaben die häufigen Anfragen von Studenten, die auf der Suche nach Untersuchungsteilnehmern sind.

Nach der ersten Kontaktaufnahme wurde ein Termin für ein Treffen im Haus vereinbart, bei dem die potentiellen Studienteilnehmer genauer über den Ablauf informiert wurden und die Möglichkeit hatten, Fragen zu stellen und etwaige Zweifel zu äußern. Anschließend wurden Termine für die Befragung und das Training fixiert.

Bei den nächsten Treffen, die in den sechs Pensionistenwohnhäusern abgehalten wurden, erfolgte die Befragung der Versuchspersonen. Die Namen der Teilnehmer wurden erfasst, um ihre Anwesenheit in den jeweiligen Einheiten zu protokollieren, die Befragung erfolgte allerdings anonym. Es wurde mit den Studienteilnehmern ein individuelles Kürzel vereinbart, dass sie an den beiden Fragebögen vermerken sollten, um den jeweiligen Fragebogen vom T1 zu dem vom T2 zuordnen zu können. Als Kürzel dienten beispielsweise ihre Initialen oder ihre Zimmernummer im Wohnhaus. Obwohl dadurch die Zuordnung der Fragebögen zu der jeweiligen Versuchsperson theoretisch möglich gewesen wäre, worauf die Untersuchungsteilnehmer auch durch die

Studienleiterin aufmerksam gemacht wurden, waren die Teilnehmer damit einverstanden. Einige wiesen dabei darauf hin, dass es für sie entscheidend wäre, ein Kürzel zu wählen, dass sie nicht so leicht vergessen würden. Daraufhin wurde den Teilnehmern noch einmal die Wahrung ihrer Anonymität zugesichert.

Die Teilnehmer füllten den Fragebogen selbständig in der Gruppe aus, die Autorin war bei jeder Befragung anwesend, um etwaige Fragen zu beantworten und Unklarheiten aufzuklären. Danach begann das vierwöchige Wohlbefindenstraining, das von der Autorin selbst in den Parallelgruppen durchgeführt wurde. Eine Woche nach dem Training wurde die zweite Befragung angesetzt. Dabei gab es sowohl im Fragebogen als auch mündlich Raum für Feedback. Die Tabelle 3 soll das Studiendesign veranschaulichen. Zum T1 waren in beiden Gruppen (sowohl VG als auch KG) 45 Teilnehmer. Zum T2 waren es in der VG noch 42, in der KG noch 41 Versuchsteilnehmer. Die Drop-out-Rate liegt somit bei 7.8%.

	Versuchsgruppe	Kontrollgruppe
Prä-Testung N=90	mittels Fragebogen	mittels Fragebogen
4 Wochen	Wohlbefindenstraining (1x/Woche)	Gesprächsrunde (1x/Woche)
Post-Testung N=83	mittels Fragebogen	mittels Fragebogen

Tabelle 3: Studiendesign

Sehr viele Teilnehmer hatten Interesse an den Ergebnissen der Studie, darum wurde ihnen von der Autorin angeboten, mit der Hausdirektion einen Termin für eine Präsentation der Studienergebnisse (kurz, prägnant und für Laien verständlich) zu vereinbaren.

6.4.1 Inklusions- und Exklusionskriterien

Die Teilnehmer sollten, so wie in der ESAW-Studie von Weber et al. (2005), zwischen 50 und 90 Jahren alt sein und nicht an einer das Zentralnervensystem beeinflussenden Krankheit leiden, wie etwa Demenz vom Alzheimer Typ. Interessierte

Personen über 90 Jahren wurden aber nicht aufgrund ihres Alters von der Teilnahme ausgeschlossen. Die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie waren die freiwillige Bereitschaft, an möglichst allen Einheiten des Trainings sowie an der Befragung davor und danach teilzunehmen. Weiters sollten die Teilnehmer physisch und psychisch geeignet sein, um das Training und die Befragung mittels Fragebogen zu absolvieren. Hierbei waren die Hausdirektion und teils auch die Hauspsychologen bei der Rekrutierung behilflich, um Überforderung und eine möglicherweise damit einhergehende Frustration der Hausbewohner zu vermeiden. Die Hausdirektoren und Psychologen machten der Autorin konkrete Vorschläge, welche Bewohner die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen und wohl bereit sein würden, an dem Training teilzunehmen. Gemeinsam mit einem Mitarbeiter des Hauses (Psychologe, Sozialarbeiter oder Direktor) wurden die Bewohner von der Autorin persönlich angesprochen und gefragt, ob sie sich eine Teilnahme an der Studie vorstellen könnten. Wie oben geschildert, wurden sie dann gemeinsam mit den anderen Interessenten des jeweiligen Hauses über den genauen Ablauf der Studie informiert. Diese Art der Teilnehmerge-winning bringt zwar eine Vorselektion und die damit einhergehende Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse mit sich, wurde aber dennoch aufgrund der sicherlich erhöhten Eignung dieser Bewohner für die Studie in Kauf genommen. Für die Rekrutierung der Kontrollgruppe, die nach der Versuchsgruppe entstand, war die Vorgangsweise analog.

6.4.2 Ablauf des Wohlbefindenstrainings (VG)

Wie in Punkt 6.4 bereits erläutert wurde, entstand die Kontaktaufnahme zu den Studienteilnehmern direkt in den Pensionistenwohnhäusern des KWP und in Begleitung der Hausdirektion bzw. der Hauspsychologen. Diejenigen Bewohner, die Interesse an der Studie zeigten, wurden zu einem unverbindlichen Treffen eingeladen, bei dem die Diplomandin den anwesenden Interessenten den Inhalt und den Ablauf der Untersuchung erklärte. Viele der Anwesenden bekundeten hier ihr Interesse und merkten an, dass sie dieses Projekt als sehr sinnvoll erachteten, zumal im Alter das Augenmerk, ihrer Meinung nach, allzu häufig auf Krankheit und Gebrechen liege. In dieser ersten Kennenlern-Einheit wurden Termine für die erste Befragung sowie die Trainingseinheiten fixiert. Beim nächsten Treffen bekamen die

Untersuchungsteilnehmer ein Blatt mit Ort und Zeit der nächsten Zusammenkünfte der Gruppe als Gedächtnisstütze.

Bei diesem ersten Treffen der Gruppen fand auch die erste Befragung mit dem Fragebogen statt. Dieser wurde in der Runde von jedem Teilnehmer selbständig ausgefüllt. In dieser Phase war eine Person, die die Befragung abbrach mit der Begründung, dass ihr die Fragen zu privat seien und sie über ihren Gemütszustand keine Auskunft geben wolle. Mit dieser Person führte die Diplomandin noch am selben Tag ein persönliches, klärendes Gespräch, um klar zu stellen, dass es ihr gutes Recht gewesen sei, die Befragung zu verweigern. Weiters wurde der Person versichert, dass die Hausdirektion nicht über diese Entscheidung informiert werde und es keinerlei Konsequenzen zu befürchten gebe.

Die Teilnahme am Wohlbefindenstraining war sehr rege und die Versuchspersonen bekundeten häufig, dass sie sich freuten, mit den Gruppenteilnehmern zu diskutieren, sich auszutauschen und sich näher kennen zu lernen, zumal sich einige der Hausbewohner zwar beim Frühstück sahen, bisher aber nie näher miteinander in Kontakt getreten waren. In der Versuchsgruppe waren zum Zeitpunkt der ersten Erhebung 45 Personen, zum Zeitpunkt der zweiten waren es noch 42. Ursache für das Ausscheiden der drei Personen waren ihren Angaben zufolge gesundheitliche Gründe und auch das Überschneiden der Ordinationszeiten des Hausarztes mit den Trainingszeiten. Ihnen wurde versichert, dass der Abbruch keine Konsequenzen für sie habe.

Die Stimmung in den Trainingseinheiten war grundsätzlich gelassen und heiter, es gab aber auch manchmal Spannungen, wenn ein Teilnehmer besonders viel zu erzählen hatte und der Rest der Gruppe nicht gewillt war, lange zuzuhören und dieses auch zum Ausdruck brachten. Umgekehrt war es aber auch mehrmals der Fall, dass eine Person offen aus ihrem Leben berichtete und so auch andere, etwas weniger extravertierte Teilnehmer zu ermuntern schien, sich zu öffnen und sich mit anderen in der Gruppe auszutauschen.

6.4.3 Ablauf der Gesprächsrunden (KG)

Der organisatorische Ablauf erfolgte in der Kontrollgruppe vollkommen ident wie in der Versuchsgruppe. Die Teilnehmer wurden von der Diplomandin und der Hausdirektion eingeladen, an einer Gesprächsrunde teilzunehmen, in der sie die

Möglichkeit hatten, mit einer Außenstehenden, einer nicht dem Pensionistenwohnhaus angehörenden Person, über verschiedene Themen zu sprechen. Es schien hier wichtig zu betonen, dass die Leiterin der Gesprächsrunden keine Hausangestellte sein würde und diese auch keinerlei Inhalte daraus an die Hausdirektion weiterleiten würde. Andernfalls, so wurde mir von einer Hauspsychologin geraten, wären die Teilnehmer wohl nicht bzw. weniger gewillt, Negatives aus ihren Erlebnissen im Haus zu berichten. Es gab, wie schon erwähnt, vorbereitete Themen, im Laufe des Gesprächs wurden aber von einigen Teilnehmern auch persönliche Erzählungen eingebracht, die nichts mit dem vorherigen Thema zu tun hatten. Die Diskussionen waren angeregt und teils sehr emotional, besonders über Politik oder Familie. Manche Teilnehmer schienen erfreut darüber zu sein, die Möglichkeit zu bekommen, sich mit anderen Hausbewohnern auszutauschen. Andere wiederum verloren, wie auch in der Versuchsgruppe zu beobachten war, bei ausführlichen Schilderungen ihrer Mitbewohner die Geduld, weiterhin zuzuhören. In der Kontrollgruppe waren zum Testzeitpunkt eins (T1) 45, zum Testzeitpunkt zwei (T2) 41 Personen. Bei den vier abgängigen Gruppenteilnehmern nachgefragt, war die Begründung für den Abbruch der Teilnahme in zwei Fällen der gesundheitliche Zustand, der sich verschlechtert hätte, in den anderen beiden Fällen hatten die Teilnehmer, eigenen Angaben zufolge, keine Lust mehr, sich mit den anderen Bewohnern auszutauschen.

Von einigen Teilnehmern wurde zum Schluss der Wunsch geäußert, dass die wöchentlichen Gesprächsrunden weitergeführt werden sollten. Diese Anregung gab die Diplomandin mit dem Einverständnis der Bewohner an die Hausdirektoren weiter. Diese meinten, die Gesprächsrunden würden eventuell von ehrenamtlichen Mitarbeitern fortgeführt werden.

6.5 Statistische Auswertungsverfahren

Für die Beschreibung der Stichprobe wurden **deskriptivstatistische Verfahren** (Berechnung des Mittelwertes, des Medians, der Standardabweichung, der prozentuellen Häufigkeit) verwendet.

Die Hauptfragestellung, nämlich ob sich die Versuchs- und die Kontrollgruppe über die beiden Testzeitpunkte hinsichtlich des aktuellen, des habituellen und des

allgemeinen Wohlbefindens unterscheiden, wird mit einer **mehrfaktoriellen abhängigen Varianzanalyse** berechnet. Neben den Voraussetzungen der Normalverteilung (der Daten pro Gruppe sowie der Residuen über alle Daten), dem Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen und der Homogenität der Varianzen (Levene-Test) ist bei Mehrfachmessungen auch noch die Sphärizität zu prüfen. Diese misst, ob alle Differenzen zwischen den Messzeitpunkten die gleiche Varianz aufweisen. Da es in dieser Studie nur zwei Messzeitpunkte gibt, ist die Voraussetzung der Sphärizität hier nicht von Bedeutung. Das Prüfmaß der Varianzanalyse ist der F-Wert. Das Signifikanzniveau wird in dieser Studie auf .05 definiert, d.h. bei einem p kleiner als .05 gilt der F-Wert als statistisch signifikant. Sollten bei der Varianzanalyse statistisch signifikante Ergebnisse auftreten, so werden diese mit dem Parameter η^2 (Eta-Quadrat) geprüft, um ihre praktische Bedeutsamkeit (ihren Effekt) festzustellen. Genauer gesagt misst das η^2 den prozentuellen Anteil an erklärter Varianz, d.h. das Ausmaß der Wirkung der Intervention. Nach Cohen (1988) ist ein η^2 von .01 ein schwacher, von .06 ein mittlerer und von .14 ein starker Effekt.

Um die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen zu berechnen, kann eine **Produkt-Moment-Korrelation (Pearson)** oder eine **Rangkorrelation (Spearman)** gerechnet werden, je nachdem, ob die Voraussetzungen der Intervallskalierung und der Normalverteilung der Daten erfüllt sind. Sind diese Voraussetzungen (oder auch nur eine davon) verletzt, ist eine Rangkorrelation zu rechnen (Rasch & Kubinger, 2006). Zur Interpretation des Korrelationskoeffizienten r schlägt Zöfel (2003) folgende Einteilung vor: $|r| < .20$ wird als sehr geringe Korrelation bezeichnet, $.20 < |r| \leq .50$ als geringe Korrelation, $.50 < |r| \leq .70$ als mittlere Korrelation, $.70 < |r| \leq .90$ als hohe Korrelation und $.90 < |r| \leq 1$ als sehr hohe Korrelation.

Möchte man den Zusammenhang von mehreren nominalskalierten Merkmalen gleichzeitig untersuchen, dann wird dieser Zusammenhang mit **Kontingenztafeln** dargestellt. Diese enthalten die absoluten und auch die relativen Häufigkeiten der auftretenden Merkmale. Durch das Cramer V wird die Stärke des Zusammenhangs zwischen den nominalskalierten Merkmalen ausgedrückt. Dieses Maß wird verwendet, wenn eines der beiden Merkmale mehr als zwei Ausprägungen besitzt. Der Wert des Cramer-V liegt immer zwischen null und eins (Field, 2005), zwischen .10 und .30 spricht man von einem geringen, zwischen .30 und .50 von einem mittleren und bei einem Cramer-V von über .50 von einem erheblichen Effekt (Albert & Koster, 2002).

Der **T-Test für unabhängige Stichproben** wird in dieser Untersuchung verwendet, um eventuelle Stichprobenunterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe aufzudecken. Der T-Test für unabhängige Stichproben vergleicht zwei Mittelwerte, die aus unterschiedlichen Stichproben stammen. Je nachdem, ob der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen signifikant ausfällt oder nicht, wird einer der beiden angeführten T-Werte im SPSS herangezogen. Ist der p-Wert kleiner als .05, so ist das ein Beleg dafür, dass sich die Stichproben signifikant voneinander unterscheiden.

6.6 Handhabung von fehlenden Werten

Da, wie erwähnt, die Teilnehmer der Studie die Fragebögen selbständig ausgefüllt haben, wurden in einigen Fällen Items nicht bearbeitet. Ob die Fragen übersehen oder aus irgendwelchen Gründen willentlich weggelassen wurden, kann im Nachhinein nicht mehr eruiert werden. Beim Vergleich der beiden Testzeitpunkte werden nur diejenigen Fragebögen in die Auswertung miteinbezogen, von denen zu beiden Zeitpunkten Exemplare vorliegen. Da nur selten fehlende Werte im Datensatz zu finden sind, wurde bei der Scorebildung im Statistikprogramm SPSS die Funktion „mean“ für fehlende Werte benutzt. Dabei werden Score-Mittelwerte gebildet und durch die Anzahl der vorhandenen Items dividiert. Der Vorteil dieser Methode ist, dass die Personen, die nicht alle Items bearbeitet haben, nicht ausgeschlossen werden müssen und folglich weniger Daten verlorengehen. Von Nachteil ist allerdings, dass die Berechnung der Ergebnisse nicht mehr so exakt ist und die Interpretierbarkeit dadurch etwas einbüßt. Um die Informationen aus der Stichprobe möglichst gut zu nutzen, wurde dieser Kompromiss bei der Auswertung eingegangen.

7 Analyse der Untersuchungsinstrumente

Bevor die Ergebnisse der Studie ermittelt werden, sollen mittels Reliabilitätsanalyse die internen Konsistenzen und Itemtrennschärfen der einzelnen Items überprüft werden. Die Reliabilitätsanalyse wird zur Erfassung der Messgenauigkeit eines Tests und dessen Subdimensionen angewendet. Dabei wird

überprüft, „wie sehr seine einzelnen Teile (Items) dasselbe messen“ (Kubinger, 2006). Als Prüfmaß wird Cronbachs Alpha verwendet, das eine Abschätzung der unteren Grenze der Reliabilität darstellt. Reliabilitäten über .90 gelten als hoch, Reliabilitäten zwischen .80 und .90 als mittelmäßig (Bortz & Döring, 2005). Reliabilitäten zwischen .70 und .80 gelten laut Lienert und Raatz (1998) als gerade noch ausreichend, sie merken aber an, dass man in der Praxis schon mit einem Wert ab .60 zufrieden sein könne. Sollten einzelne Items über eine ungenügende Trennschärfe verfügen, werden diese gegebenenfalls nicht in die Berechnung miteinbezogen.

7.1 Der WHO-5 Wohlbefindens-Index

Beim WHO-5 Wohlbefindens-Index konnte durch den Ausschluss des Items vier („In den letzten zwei Wochen habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt“) beim Testzeitpunkt eins ein Cronbachs Alpha von .81 und beim Testzeitpunkt zwei ein Cronbachs Alpha von .76 erzielt werden. In den folgenden Tabellen sind für beide Testzeitpunkte die Itemtrennschärfen zu finden.

WHO - T1	Itemtrennschärfe
In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune.	.76
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	.60
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	.58
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	.24
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	.59
Cronbachs Alpha = .81	

Tabelle 4: Analyse des WHO zum T1

Die Reliabilität des WHO-5 Wohlbefindens-Index kann zum Testzeitpunkt eins als mittelmäßig eingestuft werden, beim zweiten Testzeitpunkt ist das Cronbachs Alpha zwar ein wenig niedriger, aber immer noch als ausreichend zu bezeichnen.

WHO - T2	Itemtrennschärfe
In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune.	.57
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	.58
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	.52
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	.18
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	.56
Cronbachs Alpha = .76	

Tabelle 5: Analyse des WHO zum T2

7.2 Die Aktuelle Stimmungsskala

Die Analyse der Aktuellen Stimmungsskala, die die fünf Teilskalen Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit, Positive Stimmung und Zorn umfasst, wird nachfolgend dargestellt.

ASTS - Trauer - T1	Itemtrennschärfe
unglücklich	.57
traurig	.78
betrübt	.73
Cronbachs Alpha = .82	

Tabelle 6: Analyse der ASTS-Skala Trauer zum T1

ASTS - Trauer - T2	Itemtrennschärfe
unglücklich	.67
traurig	.81
betrübt	.72
Cronbachs Alpha = .86	

Tabelle 7: Analyse der ASTS-Skala Trauer zum T2

Die Skala Trauer der Aktuellen Stimmungsskala umfasst zwar nur drei Items, verfügt aber mit .82 zum Zeitpunkt eins über eine zufrieden stellende Reliabilität, die zum Zeitpunkt zwei sogar noch auf .86 ansteigt.

ASTS - Hoffnungslosigkeit - T1	Itemtrennschärfe
hoffnungslos	.63
entmutigt	.69
verzweifelt	.70
Cronbachs Alpha = .82	

Tabelle 8: Analyse der ASTS-Skala Hoffnungslosigkeit zum T1

ASTS - Hoffnungslosigkeit - T2	Itemtrennschärfe
hoffnungslos	.51
entmutigt	.41
verzweifelt	.31
Cronbachs Alpha = .60	

Tabelle 9: Analyse der ASTS-Skala Hoffnungslosigkeit zum T2

In der Skala „Hoffnungslosigkeit“ ist ein Item („*verzweifelt*“) mit einer geringen Trennschärfe von .31 zum Testzeitpunkt zwei. Aufgrund dieser niedrigen Itemtrennschärfe in einem von drei Items wird von der Interpretation der Teilskala „Hoffnungslosigkeit“ abgesehen.

ASTS - Müdigkeit - T1	Itemtrennschärfe
Abgeschlafft	.61
Müde	.69
Erschöpft	.69
entkräftet	.73
Cronbachs Alpha = .84	

Tabelle 10: Analyse der ASTS-Skala Müdigkeit zum T1

ASTS - Müdigkeit - T2	Itemtrennschärfe
abgeschlafft	.55
müde	.53
erschöpft	.79
entkräftet	.64
Cronbachs Alpha = .81	

Tabelle 11: Analyse der ASTS-Skala Müdigkeit zum T2

Die Teilskala Müdigkeit weist zu beiden Testzeitpunkten sehr zufriedenstellende Reliabilitäten auf.

ASTS - Positive Stimmung - T1	Itemtrennschärfe
angenehm	.49
freudig	.65
frohgemut	.76
fröhlich	.73
heiter	.54
lustig	.76
Cronbachs Alpha = .86	

Tabelle 12: Analyse der ASTS-Skala Positive Stimmung zum T1

ASTS - Positive Stimmung - T2	Itemtrennschärfe
angenehm	.70
freudig	.83
frohgemut	.84
fröhlich	.85
heiter	.81
lustig	.82
Cronbachs Alpha = .94	

Tabelle 13: Analyse der ASTS-Skala Positive Stimmung zum T2

Die Skala der Positiven Stimmung verfügt im ersten Durchgang über ein Cronbachs Alpha von .86, was im mittleren Bereich liegt. Im zweiten Durchgang erhöht sich die Reliabilität auf .94, was besonders bei einer Skala mit nur sechs Items auf eine sehr hohe Messgenauigkeit hinweist.

ASTS - Zorn - T1	Itemtrennschärfe
zornig	.47
verärgert	.47
wütend	.64
Cronbachs Alpha = .70	

Tabelle 14: Analyse der ASTS-Skala Zorn zum T1

ASTS - Zorn - T2	Itemtrennschärfe
zornig	.42
verärgert	.51
wütend	.53
Cronbachs Alpha = .65	

Tabelle 15: Analyse der ASTS-Skala Zorn zum T2

Die Cronbachs Alpha-Werte der Teilskala Zorn sind mit .70 und .65 zu beiden Testzeitpunkten als gerade noch akzeptabel einzustufen.

7.3 Die Habituelle subjektive Wohlbefindensskala

Die Habituelle subjektive Wohlbefindensskala unterteilt sich in die Skalen „*Stimmungsniveau*“ und „*Allgemeine Lebenszufriedenheit*“. Nachfolgend finden sich die internen Konsistenzen und Itemtrennschärfen zu den beiden Testzeitpunkten.

HSWBS - Stimmungsniveau -T1	Itemtrennschärfe
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	.63
Ich halte mich für eine glückliche Person.	.73
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	.22
Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	.19
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	.67
Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	.55
Cronbachs Alpha = .82	

Tabelle 16: Analyse der HSWBS-Skala Stimmungsniveau zum T1

HSWBS - Stimmungsniveau -T2	Itemtrennschärfe
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	.79
Ich halte mich für eine glückliche Person.	.80
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	.23
Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	.25
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	.79
Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	.57
Cronbachs Alpha = .87	

Tabelle 17: Analyse der HSWBS-Skala Stimmungsniveau zum T2

Bei der Teilskala Stimmungsniveau gab es zwei Items mit mangelhafter Itemtrennschärfe („*Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen*“ und „*Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung*“), darum wurden diese zugunsten einer höheren internen Konsistenz ausgeschlossen. Es liegt hier der Verdacht nahe, dass die umgekehrte Formulierung einen Anteil an den niedrigen Itemtrennschärfen haben könnte. Die beiden durch den Ausschluss erzielten Cronbachs Alpha – Werte von .82 für T1 und .87 für T2 sind durchaus zufrieden stellend.

HSWBS - Allgemeine Lebenszufriedenheit - T1	Itemtrennschärfe
Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	.58
Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.	.71
Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	.48
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	.55
Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige erfreuliche und interessante Dinge bringen wird.	.70
Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	.61
Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.	.53
Cronbachs Alpha = .84	

Tabelle 18: Analyse der HSWBS-Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit zum T1

HSWBS - Allgemeine Lebenszufriedenheit - T2	Itemtrennschärfe
Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	.58
Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.	.55
Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	.56
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	.71
Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige erfreuliche und interessante Dinge bringen wird.	.56
Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	.63
Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.	.62
Cronbachs Alpha = .84	

Tabelle 19: Analyse der HSWBS-Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit zum T2

Die internen Konsistenzen der Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit liegen zu beiden Testzeitpunkten bei .84, was bei einer Anzahl von sieben Items als gut einzustufen ist.

7.4 Die Rosenberg-Skala zum Selbstwertgefühl

Die Rosenberg-Skala zum Selbstwertgefühl ergab nach dem Ausschluss von drei Items mit mangelhafter Trennschärfe („*Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge*“, „*Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann*“ und „*Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben*“) ein Cronbachs Alpha von .78, was als ausreichend eingestuft werden kann. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Formulierung der Items den betagten Versuchsteilnehmern Probleme gemacht haben könnte. Einige Personen fragten beispielsweise während der Bearbeitung des Fragebogens nach, wie sie es nun ausfüllen sollten, wenn es nicht der Wahrheit entspreche, dass es nicht viel gäbe, worauf sie stolz sein können. Möglicherweise wurden einige Teilnehmer durch die so entstandene doppelte Verneinung verwirrt. Da die Reliabilität durch den Ausschluss der drei Items wesentlich gesteigert werden konnte, wurde diese Vorgangsweise gewählt.

Rosenberg-Skala - T 1	Itemtrennschärfe
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	.55
Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge.	.26
Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	.49
Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	.57
Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	.22
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	.42
Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	.19
Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	.51
Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	.43
Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	.56
Cronbachs Alpha = .78	

Tabelle 20: Analyse der Rosenberg-Skala

8 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie dargestellt, die mittels des Statistikprogramms SPSS in der Version 15 berechnet wurden. Zuerst werden die soziodemografischen Daten der Stichprobe angeführt, anschließend sollen die unter Punkt 6.2 angeführten Hypothesen überprüft werden.

8.1 Soziodemografische Daten

Nachfolgend wird die Stichprobe der Studie (sowohl VG als auch KG) anhand der mit dem Fragebogen erhobenen soziodemografischen Daten beschrieben. Erhoben wurden das Geschlecht, das Alter, der Familienstand, die Bildung, der subjektive Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit im Allgemeinen zum Zeitpunkt eins der Befragung. Weiters wurde festgestellt, ob sich die beiden Untersuchungsgruppen im Gesundheitszustand und in der allgemeinen Lebenszufriedenheit statistisch signifikant unterscheiden.

8.1.1 Geschlecht

Zum Zeitpunkt eins der Erhebung befanden sich 45 Personen in der Versuchsgruppe und 45 in der Kontrollgruppe, die Gruppen waren also exakt gleich groß. In der Versuchsgruppe befanden sich 38 Frauen und sieben Männer, in der Kontrollgruppe 40 Frauen und fünf Männer. Die nachfolgenden Diagramme (siehe Abbildung 1 und 2) zeigen die Verteilung der Geschlechter auf. Wegen der zahlenmäßigen Überlegenheit der weiblichen Untersuchungsteilnehmer wurde in den folgenden Berechnungen auf eine Unterscheidung zwischen den Geschlechtern verzichtet.

Gruppenzugehörigkeit: mit 4-wöchigem Wohlbefindenstraining

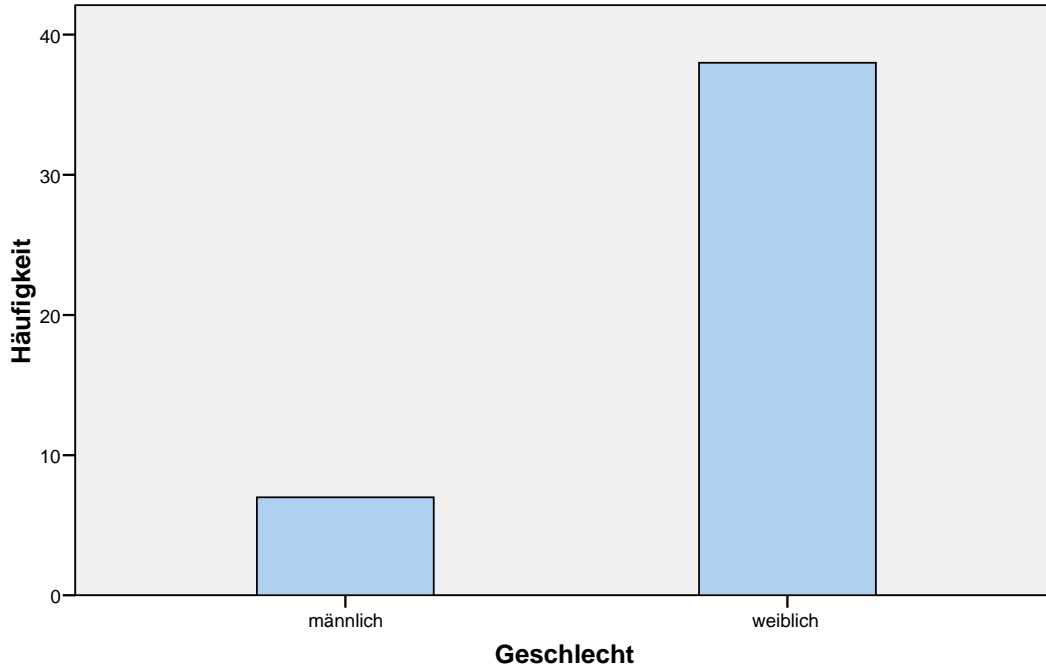


Abbildung 1: Geschlechterverteilung in der VG

Gruppenzugehörigkeit: mit 4-wöchiger Gesprächsrunde

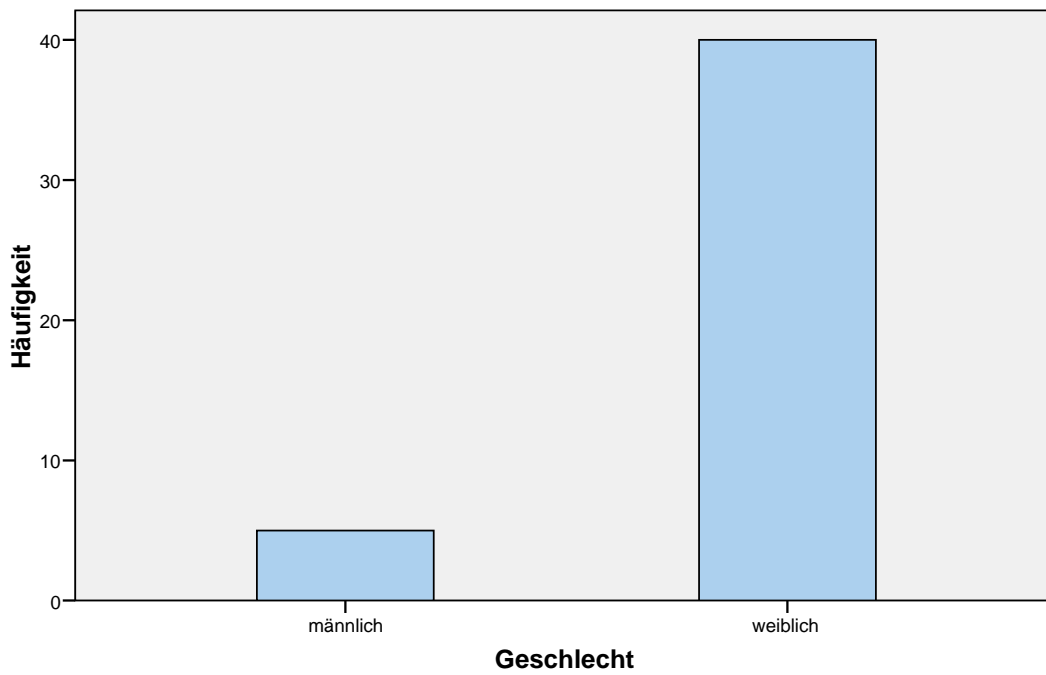


Abbildung 2: Geschlechterverteilung in der KG

8.1.2 Alter

Die Altersverteilung ist in den beiden Untersuchungsgruppen sehr ähnlich ausgeprägt. In der Versuchsgruppe (N=45) liegt der Mittelwert bei 83.2 Jahren, das Minimum bei 69 und das Maximum bei 94 Jahren. In der Kontrollgruppe (N=45) liegt das Durchschnittsalter bei 82.7 Jahren, das Minimum bei 68 und das Maximum bei 99 Jahren. Die Perzentile sind mit 79, 84 und 88 Jahren in den beiden Gruppen exakt gleich verteilt.

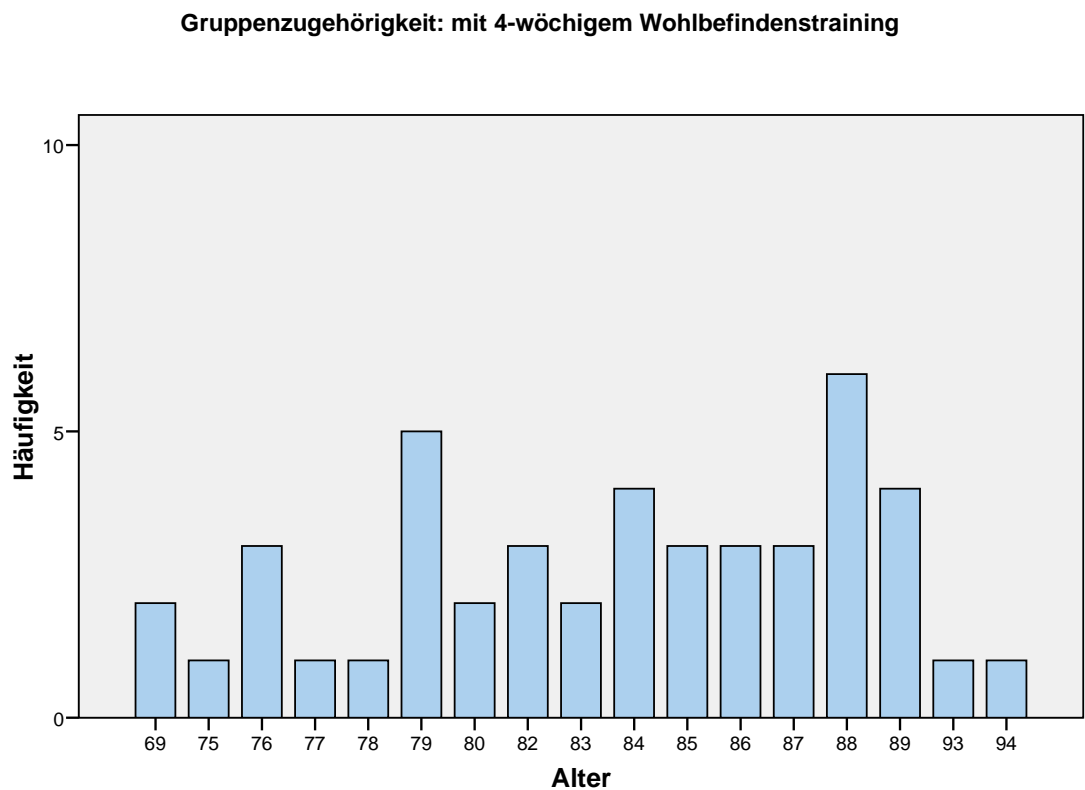


Abbildung 3: Altersverteilung in der VG

Gruppenzugehörigkeit: mit 4-wöchiger Gesprächsrunde

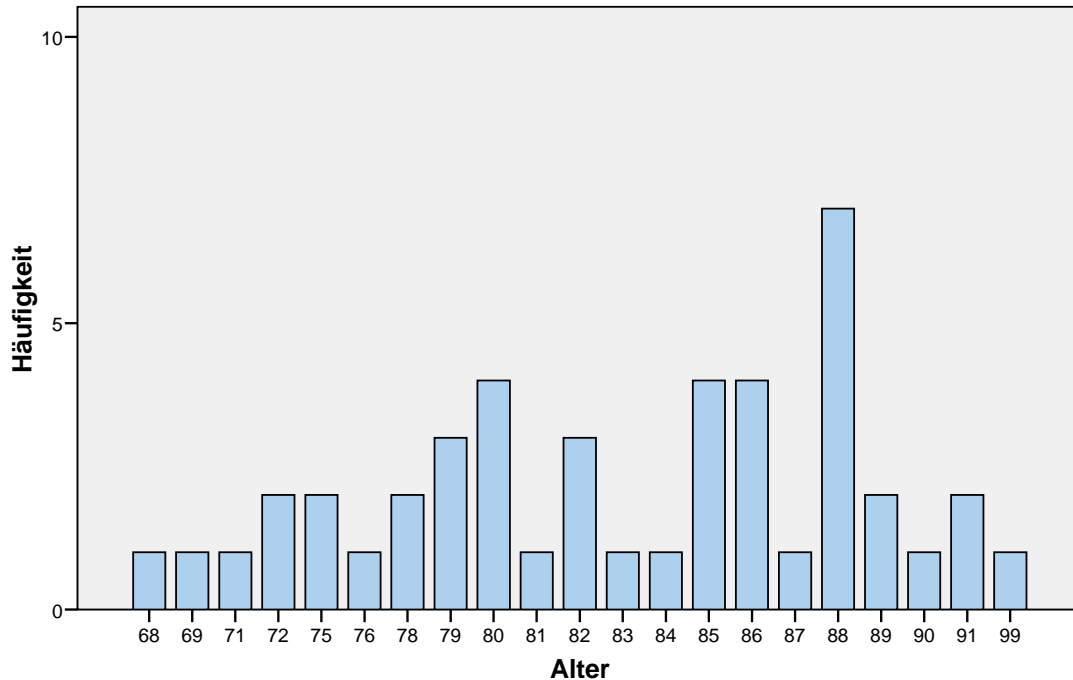


Abbildung 4: Altersverteilung in der KG

8.1.3 Familienstand

Im Fragebogen wurde weiters der Familienstand der Untersuchungsteilnehmer erfragt. Dies dient der genaueren Beschreibung der Stichprobe und wird im Weiteren nicht näher analysiert. Wie in dieser Altersgruppe zu erwarten war, ist die Mehrheit der Personen verwitwet. Genauer gesagt sind dies in der Versuchsgruppe 71.1% und in der Kontrollgruppe 66.7% der Teilnehmer. Auffallend bei der Betrachtung der nachfolgenden Tabelle ist auch der Umstand, dass sich die Angehörigen der Versuchsgruppe auf die Kategorien „ledig“, „in einer Partnerschaft“, „verheiratet“, „geschieden“ und „verwitwet“ aufteilen, die Teilnehmer der Kontrollgruppe allerdings nur auf die Kategorien „verheiratet“, „geschieden“ und „verwitwet“.

Familienstand					
Gruppenzugehörigkeit		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
mit 4-wöchigem Wohlbefindenstraining	ledig	1	2,22	2,22	2,22
	in einer Partnerschaft	2	4,44	4,44	6,67
	verheiratet	6	13,33	13,33	20,00
	geschieden	4	8,89	8,89	28,89
	verwitwet	32	71,11	71,11	100,00
	Gesamt	45	100,00	100,00	
mit 4-wöchiger Gesprächsrunde	verheiratet	11	24,44	24,44	24,44
	geschieden	4	8,89	8,89	33,33
	verwitwet	30	66,67	66,67	100,00
	Gesamt	45	100,00	100,00	

Tabelle 21: Familienstand der Untersuchungsteilnehmer

8.1.4 Bildung

Auch der Bildungsstand der Studienteilnehmer stellt eine zusätzliche Information für den Leser dar und wird nicht in weitere Berechnungen miteinbezogen. In der Versuchsgruppe haben mehr als zwei Drittel der Teilnehmer einen Lehrabschluss (37.8%), die zweitgrößte Gruppe bilden die Personen mit Hauptschulabschluss (22.2%). Weiters haben in der Versuchsgruppe zwei Personen (4.4%) einen Universitätsabschluss, während es in der Kontrollgruppe niemanden in dieser Kategorie gibt. In der Kontrollgruppe haben 33.3% der Teilnehmer einen Hauptschulabschluss und 26.7% einen Lehrabschluss.

Höchste abgeschlossene Schulbildung					
Gruppenzugehörigkeit		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
mit 4-wöchigem Wohlbefindenstraining	Volksschule	3	6,67	6,67	6,67
	Hauptschule/Gymnasium	10	22,22	22,22	28,89
	Unterstufe	9	20,00	20,00	48,89
	Fachschule	17	37,78	37,78	86,67
	Lehre/Berufsschule	4	8,89	8,89	95,56
	AHS/BHS mit Matura	2	4,44	4,44	100,00
	Universität	2	4,44	4,44	100,00
	Gesamt	45	100,00	100,00	
mit 4-wöchiger Gesprächsrunde	Volksschule	5	11,11	11,11	11,11
	Hauptschule/Gymnasium	15	33,33	33,33	44,44
	Unterstufe	9	20,00	20,00	64,44
	Fachschule	12	26,67	26,67	91,11
	Lehre/Berufsschule	4	8,89	8,89	100,00
	AHS/BHS mit Matura	4	8,89	8,89	100,00
	Gesamt	45	100,00	100,00	

Tabelle 22: Bildungsstand der Untersuchungsteilnehmer

8.1.5 Gesundheitszustand

Bei der Erfassung des Gesundheitszustands der Untersuchungsteilnehmer wurden die Fragen nach dem Vorhandensein von akuten und chronischen Krankheiten sowie die Frage, wie gesund sie sich im Allgemeinen fühlen, gestellt. Die Versuchspersonen wurden also keinen ärztlichen Untersuchungen unterzogen, sondern nach der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes befragt. Der subjektiv erlebte Gesundheitszustand stellt nicht nur einen wichtigen Parameter für das Wohlbefinden dar, sondern ist auch wesentlich für die Vergleichbarkeit der Versuchs- und Kontrollgruppe. Diese Fragen wurden zu beiden Testzeitpunkten vorgelegt.

Zur Frage nach dem Vorhandensein von **akuten Krankheiten** gaben die Teilnehmer in der Versuchsgruppe zum Testzeitpunkt eins (N=45) folgendes an: 64.4% haben keine akuten Krankheiten, 26.6% haben eine und 8.8% haben mehrere akute Krankheiten. Zum Testzeitpunkt zwei (N=42) waren die Ergebnisse für die Versuchsgruppe: 66.7% haben keine, 31.0% haben eine und 2.4% haben mehrere akute Krankheiten. In der Kontrollgruppe waren die Angaben nach dem Vorhandensein von akuten Krankheiten zum Testzeitpunkt eins (N=45) folgende: 73.3% haben keine, 22.2% eine und 4.4% haben mehrere akute Krankheiten. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe haben laut Befragung zum Testzeitpunkt zwei (N=41) zu 73.2% keine, zu 24.4% eine und zu 2.4% mehrere akute Krankheiten. Beim Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen zu beiden Testzeitpunkten mittels Chi-Quadrat-Test ergab sich für den T1 ein χ^2 von 1.107 ($p=.575$, $df=2$) und für den T2 ein χ^2 von .448 ($p=.799$, $df=2$), die beiden **Untersuchungsgruppen unterscheiden sich also nicht signifikant hinsichtlich des Vorhandenseins von akuten Krankheiten** (sowohl zu T1 als auch zu T2).

Weiters wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie **chronische Krankheiten** haben. Die Personen aus der Versuchsgruppe machten zum Testzeitpunkt eins (N=45) folgende Angaben: 42.2% haben keine, 40.0% haben eine und 17.8% haben mehrere chronische Krankheiten. Zum Testzeitpunkt zwei (N=42) gaben die Personen der Versuchsgruppe an, dass 42.9% keine, 40.5% eine und 16.7% mehrere chronische Krankheiten haben. In der Kontrollgruppe waren die Angaben nach dem Vorhandensein von chronischen Krankheiten zum Testzeitpunkt eins (N=45) folgende: 37.8% haben keine, 42.2% eine und 20.0% haben mehrere akute Krankheiten. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe haben laut Befragung zum Testzeitpunkt zwei (N=41) zu 34.1% keine, zu 43.9% eine und zu 22.0% mehrere chronische Krankheiten. Beim Vergleich der beiden

Untersuchungsgruppen zu beiden Testzeitpunkten mittels Chi-Quadrat-Test ergab sich für den T1 ein χ^2 von .197 ($p=.906$, $df=2$) und für den T2 ein χ^2 von .767 ($p=.682$, $df=2$), die beiden **Untersuchungsgruppen unterscheiden sich also nicht signifikant hinsichtlich des Vorhandenseins von chronischen Krankheiten** (sowohl zu T1 als auch zu T2).

Zur Frage, **wie gesund sie sich im Allgemeinen fühlen**, machten die Teilnehmer der Versuchsgruppe zum Testzeitpunkt eins ($N=45$) folgende Angaben: 8.9% fühlen sich völlig gesund, 48.9% fühlen sich leicht beeinträchtigt, 28.9% dauerbeeinträchtigt und 13.3% nicht gesund. Zum Testzeitpunkt zwei gaben die Teilnehmer der Versuchsgruppe ($N=42$) an: 4.8% fühlen sich völlig gesund, 73.8% fühlen sich leicht beeinträchtigt, 11.9% dauerbeeinträchtigt und 9.5% nicht gesund. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe machten zum Testzeitpunkt eins ($N=45$) folgende Angaben: 8.9% fühlen sich völlig gesund, 62.2% fühlen sich leicht beeinträchtigt, 17.8% dauerbeeinträchtigt und 11.1% nicht gesund. Zum Testzeitpunkt zwei lauteten die Antworten der Kontrollgruppe ($N=41$) folgendermaßen: 4.9% fühlen sich völlig gesund, 58.5% fühlen sich leicht beeinträchtigt, 19.5% dauerbeeinträchtigt und 17.1% nicht gesund. Beim Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen zu beiden Testzeitpunkten mittels Chi-Quadrat-Test ergab sich für den T1 ein χ^2 von 2.001 ($p=.572$, $df=3$) und für den T2 ein χ^2 von 2.390 ($p=.496$, $df=3$), die beiden **Untersuchungsgruppen unterscheiden sich also nicht signifikant hinsichtlich des subjektiven Gesundheitsempfindens** (sowohl zu T1 als auch zu T2). Ob es statistische Unterschiede im Verlauf zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gibt, wird weiter unten in der Darstellung der Ergebnisse zu den Hypothesen gebracht.

8.1.6 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Als Zusatz zu den standardisierten Fragebögen zum Wohlbefinden wurden die Untersuchungsteilnehmer am Ende des soziodemografischen Fragebogen-Teiles gefragt, wie zufrieden sie im Allgemeinen mit ihrem Leben sind. Darauf sollten sie sich auf einer Skala von eins bis zehn (eins = extrem unzufrieden bis zehn = extrem zufrieden) zu beiden Testzeitpunkten selbst einschätzen. Der Tabelle 23 ist zu entnehmen, dass sich die Untersuchungsteilnehmer in der Allgemeinen Lebenszufriedenheit zwischen T1 und T2 nicht signifikant voneinander unterscheiden, auch der Gruppeneffekt zwischen VG und KG ist nicht signifikant. Jedoch der

Interaktionseffekt, also der Verlauf der beiden Gruppen hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($p=.005<.05$, $\eta^2=.093$) unterscheidet sich statistisch signifikant voneinander. So nimmt die Allgemeine Lebenszufriedenheit unter den Teilnehmern der Versuchsgruppe über die Zeit zu (T1: MW=7.2; T2: MW=7.7), während sie in der Kontrollgruppe über die Zeit absinkt (T1: MW=7.5; T2: MW=7.2). In der Abbildung 5 wird der Verlauf der beiden Gruppen über die beiden Testzeitpunkte grafisch dargestellt.

Effekte	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta-Quadrat
Allgemeine Lebenszufriedenheit	.380	1	81	.540	.005
Allgemeine Lebenszufriedenheit*Gruppe	8.263	1	81	.005	.093
Gruppe	.95	1	81	.759	.001

Tabelle 23: Ergebnisse zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit

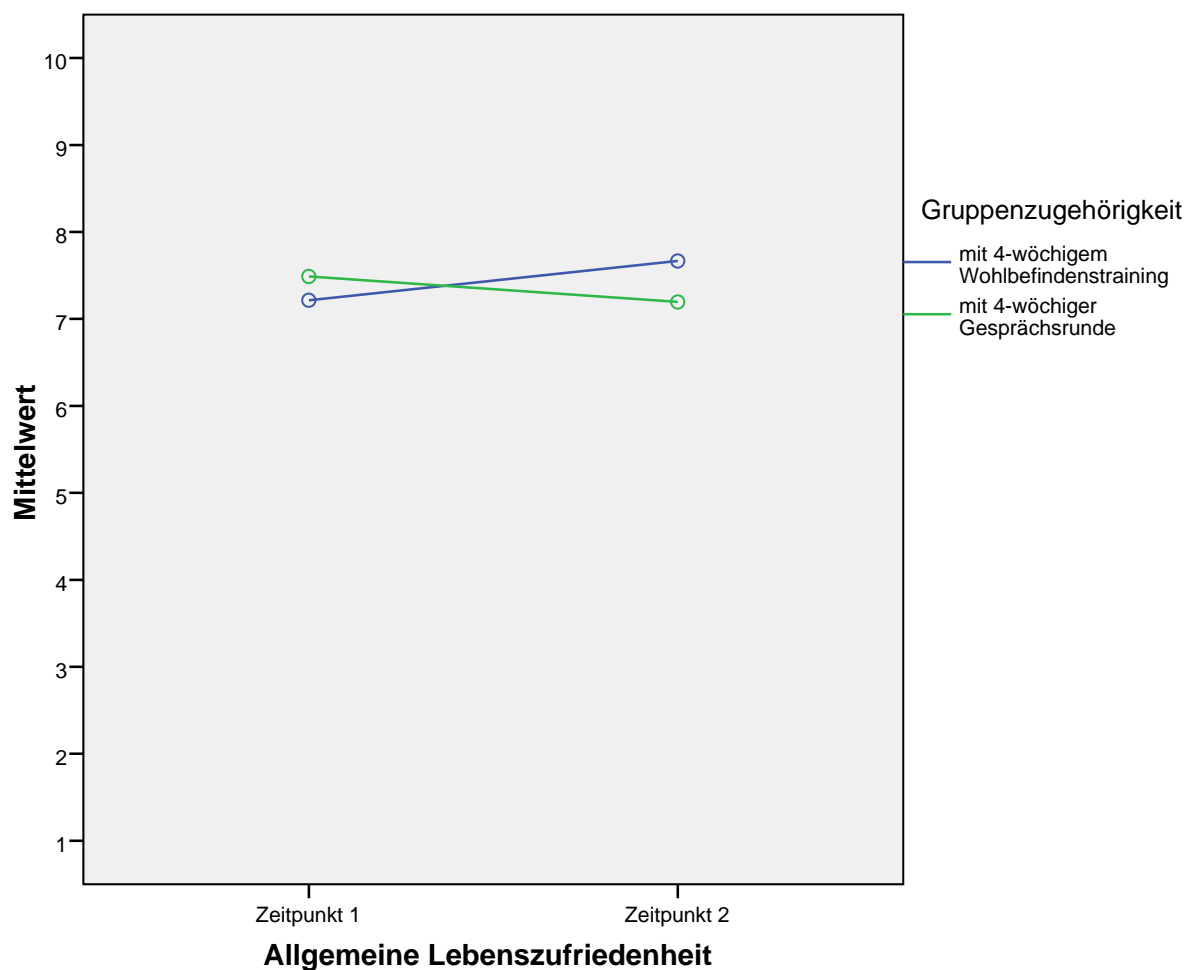


Abbildung 5: Verlauf der Allgemeinen Lebenszufriedenheit

8.2 Ergebnisse zu den Hypothesen

Hier findet der Leser die Ergebnisdarstellung zu den Untersuchungshypothesen. Die Voraussetzungen der Auswertungsverfahren werden nur dann angeführt, wenn sie nicht erfüllt sind.

8.2.1 Unterschied zwischen VG und KG hinsichtlich Wohlbefinden

H1: Es gibt einen Unterschied im **allgemeinen Wohlbefinden** zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei. (*Hypothese 1*)

Wie in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich, ist hier die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen zum Testzeitpunkt eins verletzt ($p=.015 < .05$). Da es für die mehrfaktorielle abhängige Varianzanalyse kein äquivalentes parameterfreies Verfahren gibt und laut Bortz (2005) heterogene Varianzen den F-Test nur unerheblich beeinflussen, wenn die untersuchten Stichproben gleich groß sind (S. 287), wird das geplante Verfahren trotzdem verwendet.

Levene-Test	F-Wert	df1	df2	Signifikanz
WHO - Wohlbefindensindex T1	6.216	1	80	.015
WHO - Wohlbefindensindex T2	.302	1	80	.584

Tabelle 24: Test auf Homogenität der Varianzen WHO-5

Die Varianzanalyse ergibt hier, dass es weder im allgemeinen Wohlbefinden zwischen T1 und T2 noch zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe einen signifikanten Unterschied gibt. Jedoch ist hier ein statistisch signifikanter Interaktionseffekt ($p=.008$, $\eta^2=.086$) zu beobachten, d.h. der Verlauf der VG geht tendenziell nach oben und der der KG nach unten. Der Verlaufsunterschied der beiden Gruppen ist über die Zeit signifikant, wie in der Abbildung 6 grafisch dargestellt ist. Die Hypothese 1 kann somit angenommen werden.

Effekte	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta- Quadrat
WHO - Wohlbefindensindex	.674	1	80	.414	.008
WHO - Wohlbefindensindex*Gruppe	7.487	1	80	.008	.086
Gruppe	.637	1	80	.427	.008

Tabelle 25: Hypothesenprüfung WHO-5

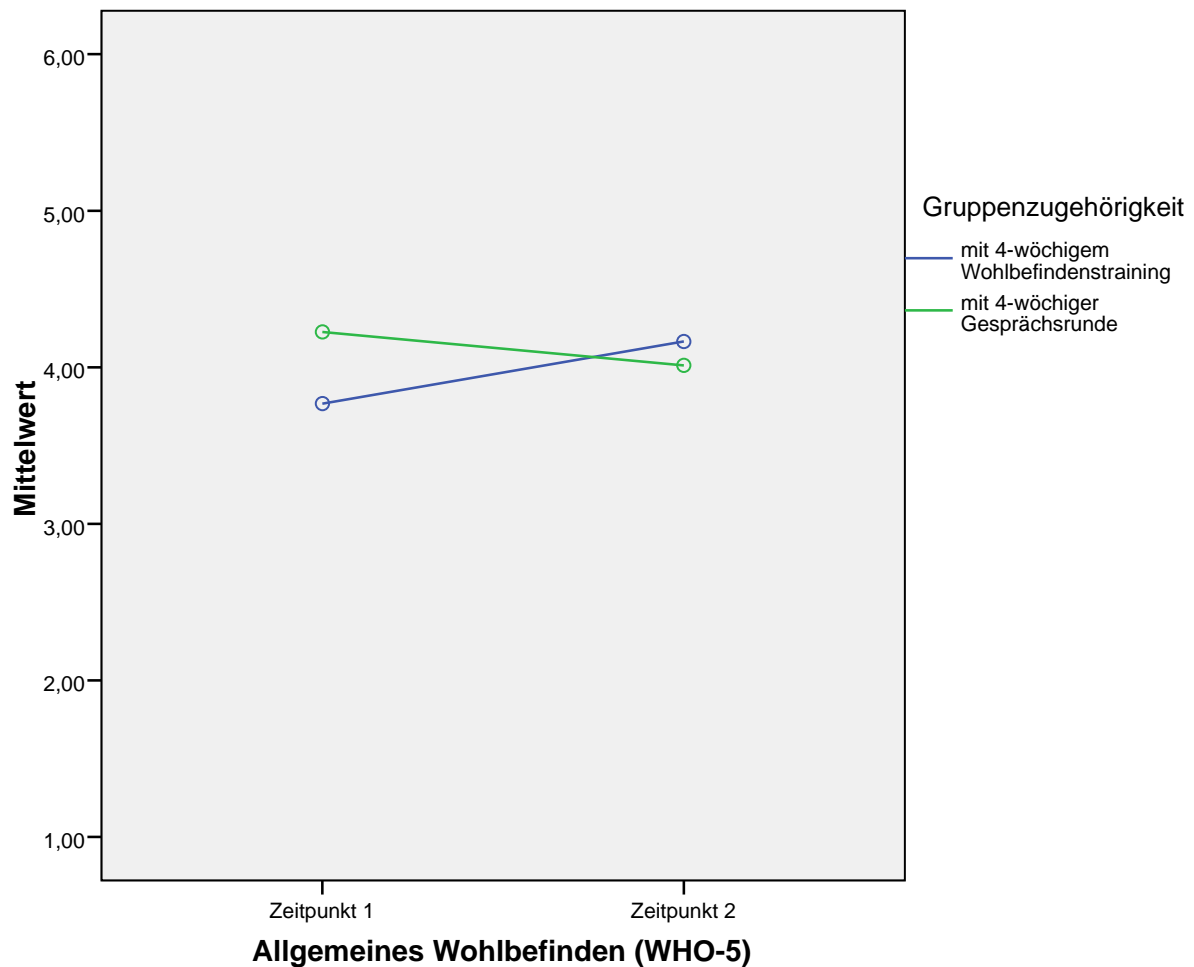


Abbildung 6: Grafik zur Überprüfung des WHO-5

H1: Es gibt einen Unterschied im **aktuellen Wohlbefinden** zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei. (*Hypothese 2*)

Die Aktuelle Stimmungsskala (ASTS) umfasst die fünf Teilskalen Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit, Zorn und Positive Stimmung. Wie unter 7.2 bereits angeführt, wird aufgrund der niedrigen Itemtrennschärfe in einem von drei Items von der Interpretation der Teilskala „Hoffnungslosigkeit“ abgesehen.

Bei der Analyse der ASTS-Skala Trauer ergibt sich eine Verletzung der Voraussetzung der Homogenität der Varianzen beim Testzeitpunkt zwei ($p=.005<.05$). Wie schon

oben, wird auch hier darüber hinweggesehen und eine mehrfaktorielle abhängige ANOVA gerechnet.

Levene-Test	F-Wert	df1	df2	Signifikanz
ASTS - Trauer - T1	.330	1	81	.567
ASTS - Trauer - T2	8.251	1	81	.005

Tabelle 26: Test auf Homogenität der Varianzen ASTS-Trauer

Für die Skala Trauer der Aktuellen Stimmungsskala ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse, weder in den beiden Haupteffekten Trauer und Gruppe noch im Interaktionseffekt.

Effekt	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta-Quadrat
ASTS - Trauer	.707	1	81	.403	.009
ASTS - Trauer*Gruppe	1.449	1	81	.232	.018
Gruppe	1.918	1	81	.170	.023

Tabelle 27: Hypothesenprüfung der ASTS-Trauer

Der Test auf Homogenität der Varianzen ergab für die ASTS-Teilskala Müdigkeit signifikante Ergebnisse zu beiden Testzeitpunkten, diese Voraussetzung für die Berechnung der ANOVA ist also wieder verletzt. Wie oben schon angeführt und begründet, wird das Verfahren hier dennoch eingesetzt.

Levene-Test	F-Wert	df1	df2	Signifikanz
ASTS - Müdigkeit - T1	5.385	1	81	.023
ASTS - Müdigkeit - T2	12.276	1	81	.001

Tabelle 28: Test auf Homogenität der Varianzen ASTS-Müdigkeit

So wie schon bei den vorhergehenden sind auch bei der Teilskala Müdigkeit der ASTS keine statistisch signifikanten Ergebnisse zu beobachten.

Effekt	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta-Quadrat
ASTS - Müdigkeit	1.647	1	81	.203	.020
ASTS - Müdigkeit*Gruppe	.015	1	81	.902	.000
Gruppe	.211	1	81	.647	.003

Tabelle 29: Hypothesenprüfung der ASTS-Müdigkeit

Bei der ASTS-Teilskala Zorn war zum Testzeitpunkt eins wieder die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen verletzt. Die Vorgangsweise ist analog wie oben.

Levene-Test	F-Wert	df1	df2	Signifikanz
ASTS - Zorn - T1	7.760	1	81	.007
ASTS - Zorn - T2	.790	1	81	.377

Tabelle 30: Test auf Homogenität der Varianzen ASTS-Zorn

Die Hypothesenprüfung der Teilskala Zorn der ASTS ergab wiederum keine statistisch signifikanten Ergebnisse.

Effekt	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta-Quadrat
ASTS - Zorn	.435	1	81	.511	.005
ASTS - Zorn*Gruppe	.851	1	81	.359	.010
Gruppe	1.533	1	81	.219	.019

Tabelle 31: Hypothesenprüfung der ASTS-Zorn

Auch die letzte überprüfte Teilskala der ASTS, nämlich die der Positiven Stimmung, brachte keine statistisch signifikanten Unterschiede der Untersuchungsteilnehmer zum Vorschein. Es kann jedoch eine Tendenz dahingehend beobachtet werden, dass der Interaktionseffekt mit einer größeren Anzahl an Untersuchungsteilnehmer statistisch signifikant werden könnte ($p=.092$, $\eta^2=.035$). In Abbildung 7 ist die Grafik dazu dargestellt.

Effekt	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta-Quadrat
ASTS - Positive Stimmung	1.543	1	81	.218	.019
ASTS - Positive Stimmung*Gruppe	2.909	1	81	.092	.035
Gruppe	.844	1	81	.361	.010

Tabelle 32: Hypothesenprüfung der ASTS-Positive Stimmung

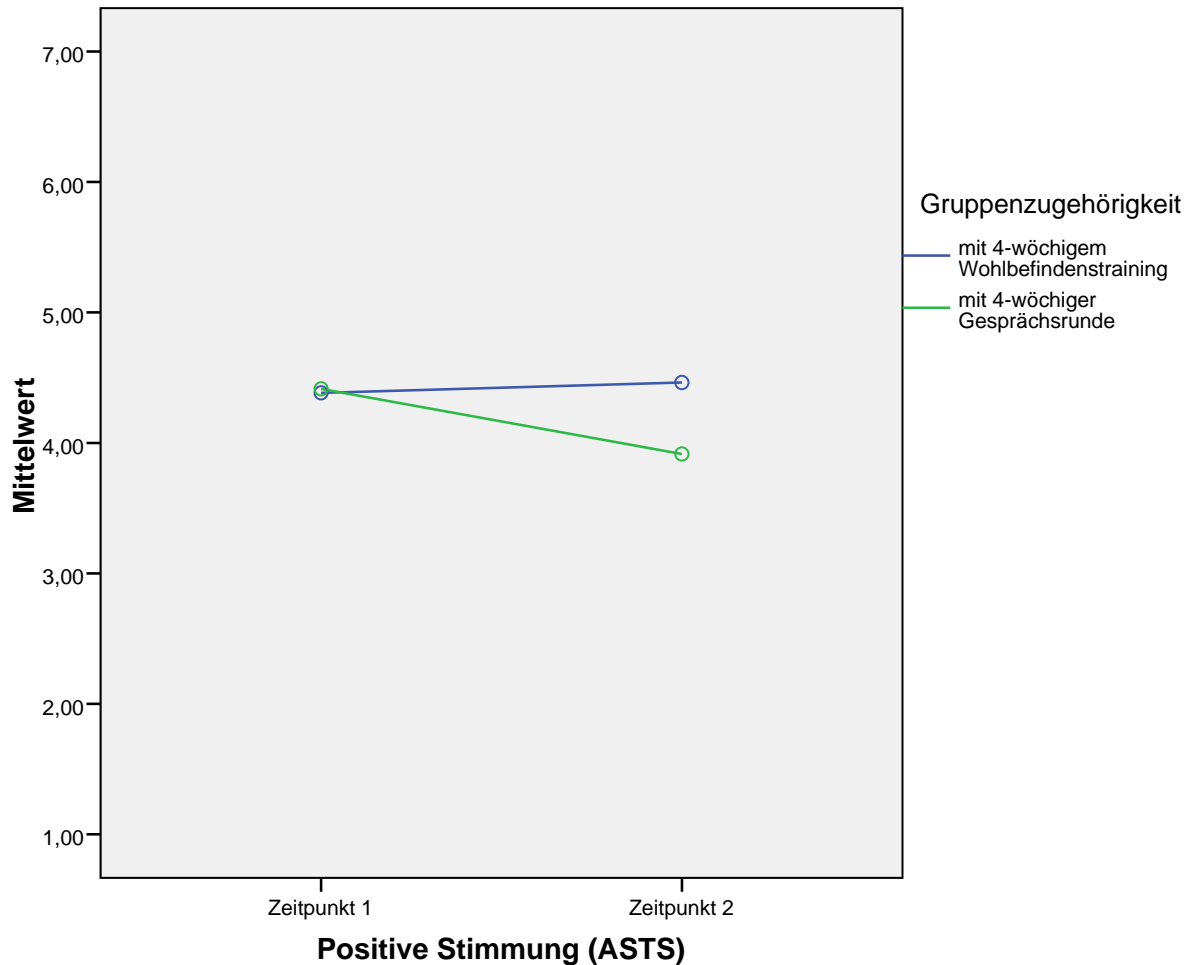


Abbildung 7: Teilskala Positive Stimmung der ASTS

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Training zur Steigerung des Wohlbefindens im Vergleich zur Gesprächsrunde, die mit der Kontrollgruppe durchgeführt wurde, keine statistisch signifikanten Unterschiede in der aktuellen Stimmung der Untersuchungsteilnehmer bewirkte. Die Hypothese 2 muss somit verworfen werden.

H1: Es gibt einen Unterschied im **habituellen Wohlbefinden** zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei. *(Hypothese 3)*

Die Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS) umfasst die Skalen Stimmungsniveau und Allgemeine Lebenszufriedenheit. Für die Teilskala

Stimmungsniveau ist zum Testzeitpunkt zwei die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen verletzt.

Levene-Test	F-Wert	df1	df2	Signifikanz
HSWBS - Stimmungsniveau - T1	.799	1	81	.374
HSWBS - Stimmungsniveau - T2	7.465	1	81	.008

Tabelle 33: Test auf Homogenität der Varianzen HSWBS-Stimmungsniveau

In Tabelle 34 ist ersichtlich, dass sich die VG und die KG in der Teilskala Stimmungsniveau schon vor dem Training bzw. der Gesprächsrunde statistisch signifikant voneinander unterscheiden ($p=.023<.05$, $\eta^2=.062$). Das Ausgangsniveau scheint also hinsichtlich des Stimmungsniveaus unterschiedlich zu sein, weshalb andere Effekte (die hier nicht vorliegen) nicht zu interpretieren sind.

Effekt	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta-Quadrat
HSWBS - Stimmungsniveau	.429	1	81	.515	.005
HSWBS - Stimmungsniveau*Gruppe	.834	1	81	.364	.010
Gruppe	5.347	1	81	.023	.062

Tabelle 34: Hypothesenprüfung der HSWBS-Stimmungsniveau

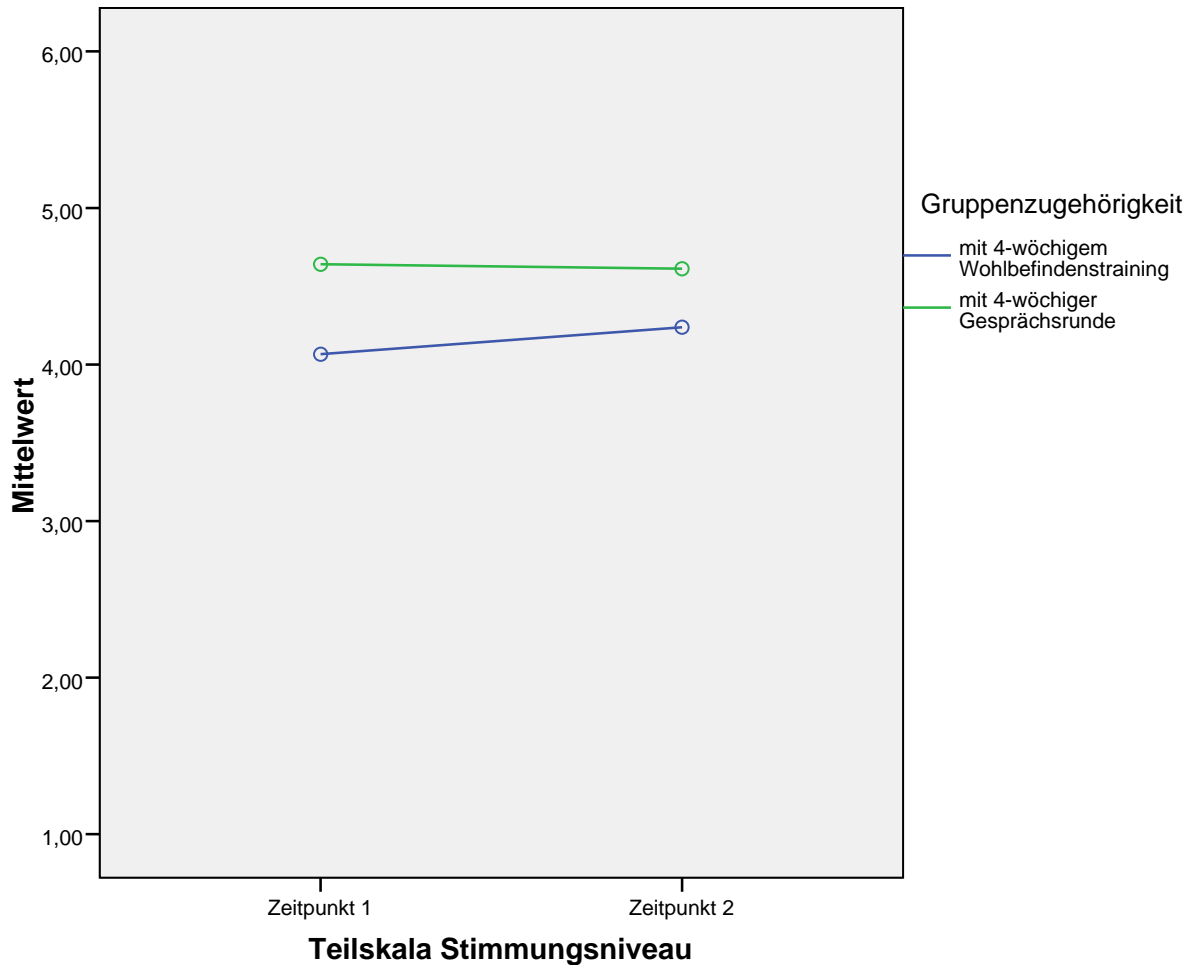


Abbildung 8: Teilskala Stimmungsniveau der HSWBS

Die Auswertung der Teilskala Allgemeine Lebenszufriedenheit der HSWBS führt zwar zu keinen statistisch signifikanten Ergebnissen, doch lässt sich eine Tendenz dahingehend erkennen, dass mit einer größeren Anzahl an Versuchspersonen wohl auch hier ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied bestanden hätte ($p=.084$, $\eta^2=.036$). Auch in dieser Teilskala der HSWBS hätte es also einen Unterschied im Ausgangsniveau der Untersuchungsteilnehmer gegeben. Es liegen hier keine statistisch signifikanten Effekte vor, und auch wenn, dann wären diese nicht zu interpretieren, da sie nicht auf das Wohlbefindenstraining bzw. die Gesprächsrunden rückführbar wären. Die Hypothese 3 muss somit verworfen werden.

Effekt	F-Wert	df1	df2	Signifikanz	Eta-Quadrat
HSWBS - Allgemeine Lebenszufriedenheit	.017	1	81	.896	.000
HSWBS - Allgemeine Lebenszufriedenheit*Gruppe	1.176	1	81	.281	.014
Gruppe	3.059	1	81	.084	.036

Tabelle 35: Hypothesenprüfung der HSWBS-Allgemeine Lebenszufriedenheit

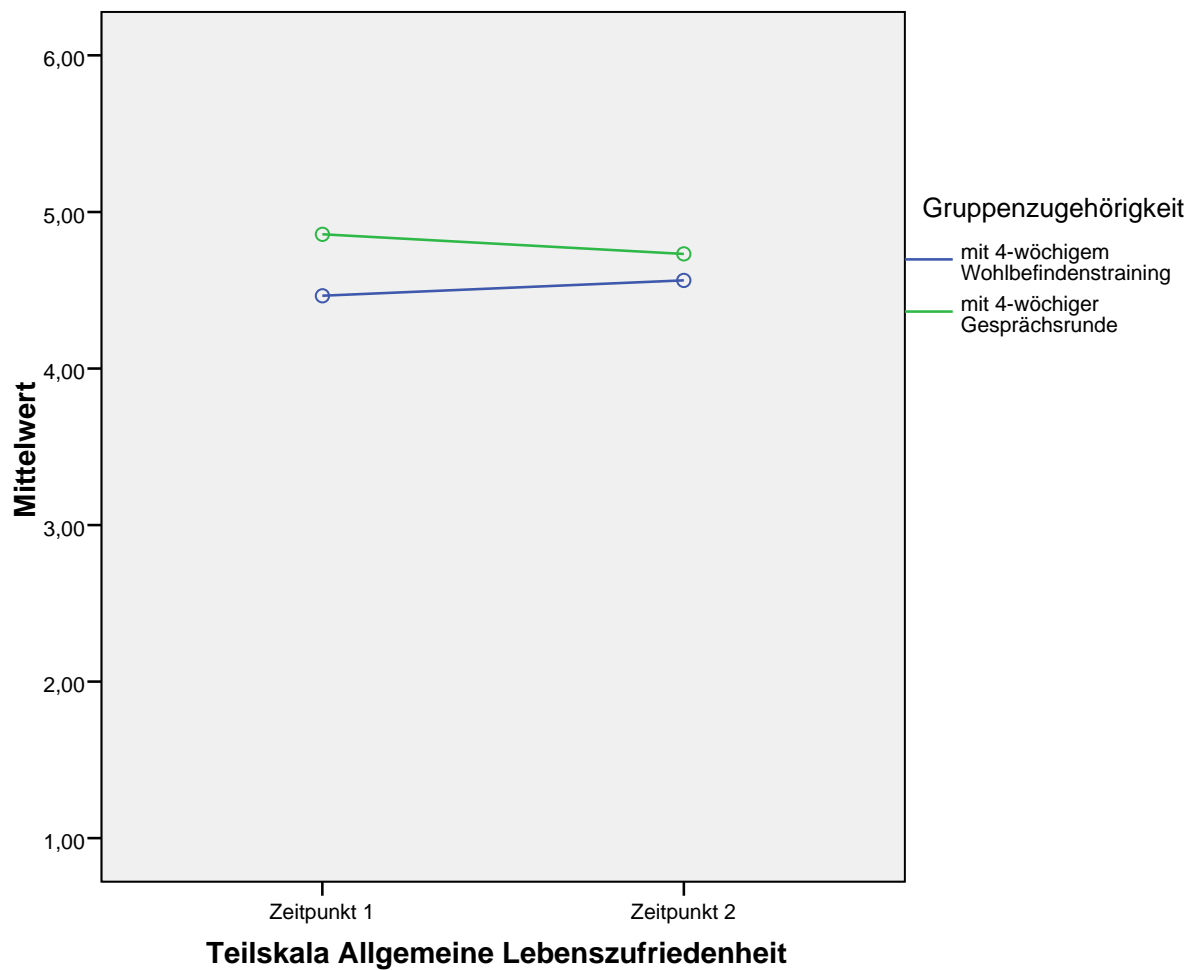


Abbildung 9: Teilskala Allgemeine Lebenszufriedenheit der HSWBS

8.2.2 Unterschied zwischen VG und KG hinsichtlich subjektivem Gesundheitsempfinden

H1: Es gibt einen Unterschied im **subjektiven Gesundheitsempfinden** zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zwischen Testzeitpunkt eins und Testzeitpunkt zwei.
(Hypothese 4)

Um festzustellen, ob sich in den beiden Untersuchungsgruppen über die Testzeitpunkte Veränderungen im subjektiven Gesundheitsempfinden ergeben, wurde mittels Kreuztabelle berechnet, ob es zwischen T1 und T2 zu einer Verschlechterung, einer Verbesserung oder keiner Veränderung des Gesundheitsempfindens kam. In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse kompakt zusammengefasst. Auffallend ist, dass es in der VG deutlich mehr Personen in der Sparte „Verbesserung“ gibt als

erwartet, in der Kontrollgruppe sind es deutlich weniger. Die beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich statistisch signifikant über die beiden Testzeitpunkte ($p=.015<.05$), laut Albert (2002) ist ein Cramer-V von .318 ein mittlerer Effekt. Die Hypothese 4 kann also angenommen werden.

			VG	KG
Wie gesund fühlen Sie sich im Allgemeinen?	Verschlechterung	Anzahl	5	5
		Erwartete Anzahl	5.1	4.9
		Gruppenanteil in %	11.9	12.2
		Gesamtzahl in %	6.0	6.0
	keine Veränderung	Anzahl	27	35
		Erwartete Anzahl	31.4	30.6
		Gruppenanteil in %	64.3	85.4
		Gesamtzahl in %	32.5	42.2
	Verbesserung	Anzahl	10	1
		Erwartete Anzahl	5.6	5.4
		Gruppenanteil in %	23.8	2.4
		Gesamtzahl in %	12.0	1.2
Gesamt		Anzahl	42	41
		Erwartete Anzahl	42.0	41.0
		Gruppenanteil in %	100.0	100.0
		Gesamtzahl in %	50.6	49.4

Tabelle 36: Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitsempfinden

Effekt	Wert	df	Signifikanz	Cramer-V
Chi-Quadrat nach Pearson	8.385	2	.015	.318

Tabelle 37: Hypothesenprüfung zum subjektiven Gesundheitsempfinden

8.2.3 Zusammenhang von Wohlbefinden und Selbstwert

Hier werden die Ergebnisse der Korrelationen zwischen den einzelnen Tests zum Wohlbefinden und dem Selbstwert der Untersuchungsteilnehmer dargestellt. Da die Voraussetzung der Intervallskalierung der Daten nicht immer gegeben ist, wird eine Rangkorrelation nach Spearman gerechnet, um im Zweifelsfall konservativer zu testen.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem **Selbstwert** und dem **allgemeinen Wohlbefinden** der Untersuchungsteilnehmer. (*Hypothese 5*)

Wie in Tabelle 38 ersichtlich ist, gibt es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und dem allgemeinen Wohlbefinden. Der Korrelationskoeffizient von .634 weist laut Einteilung von Zöfel (2003) auf einen mittleren Zusammenhang hin. Die Hypothese 5 kann also angenommen werden.

WHO-5 Wohlbefindensindex	Selbstwert-Skala		
	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	N
	.634	.000	90

Tabelle 38: Zusammenhang WHO-5 und Selbstwert

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem **Selbstwert** und dem **aktuellen Wohlbefinden** der Untersuchungsteilnehmer. (*Hypothese 6*)

In der Tabelle 39 werden die Ergebnisse der Rangkorrelation für die einzelnen Teilskalen der Aktuellen Stimmungsskala dargestellt. Die Teilskalen weisen alle einen signifikanten Zusammenhang mit dem Selbstwert der Untersuchungsteilnehmer auf. Ein r von $-.337$ in der Teilskala Trauer bedeutet, dass eine geringe negative Korrelation zwischen der Trauer und dem Selbstwert vorliegt, der Selbstwert der Untersuchungsteilnehmer ist also umso geringer, je stärker deren Trauer ausgeprägt ist. Für die Skalen Müdigkeit ($r=-.241$) und Zorn ($r=-.299$) liegen sehr geringe negative Zusammenhänge mit dem Selbstwert vor. Die positive Stimmung der Untersuchungsteilnehmer korreliert zwar ebenfalls nur gering bis mittel ($r=.472$) mit deren Selbstwert, ist aber statistisch signifikant und würde bei einem größeren N womöglich eine höhere Korrelation aufweisen. Der Selbstwert der Untersuchungsteilnehmer ist also umso größer, je höher deren positive Stimmung ausgeprägt ist. Die Hypothese 6 kann also ebenfalls angenommen werden.

Aktuelle Stimmungsskala	Selbstwert-Skala		
	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	N
Trauer	-.337	.001	90
Müdigkeit	-.241	.022	90
Zorn	-.299	.004	90
Positive Stimmung	.472	.000	90

Tabelle 39: Zusammenhang ASTS und Selbstwert

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem **Selbstwert** und dem **habituellen Wohlbefinden** der Untersuchungsteilnehmer. (*Hypothese 7*)

Auch die Hypothese 7 kann angenommen werden, es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und dem habituellen Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer. Sowohl die Teilskala Stimmungsniveau ($r=.530$) als auch die Teilskala Allgemeine Lebenszufriedenheit ($r=.607$) weisen eine mittlere Korrelation mit dem Selbstwert der Versuchspersonen auf, das bedeutet, je höher das Stimmungsniveau und die Allgemeine Lebenszufriedenheit, desto höher ist der Selbstwert ausgeprägt.

Habituelle subjektive Wohlbefindenskala	Selbstwert-Skala		
	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	N
Stimmungsniveau	.530	.000	90
Allgemeine Lebenszufriedenheit	.607	.000	90

Tabelle 40: Zusammenhang HSWBS und Selbstwert

8.3 Feedback der Studienteilnehmer

Sowohl die Versuchs- also auch die Kontrollgruppe hatte am Ende des Fragebogens zum Testzeitpunkt zwei die Möglichkeit, ein Feedback abzugeben. Konkret wurden die Teilnehmer gebeten, die Qualität des Wohlbefindenstrainings bzw. der Gesprächsrunde zu bewerten. Weiters sollten sie deren Sinn und Nützlichkeit beurteilen. Am Ende des Fragebogens war auch noch ein Kasten, in dem eine persönliche Meinung, Anregungen, Kritik sowie Verbesserungsvorschläge im offenen Antwortformat vermerkt werden konnte. Nachfolgend sind die Ergebnisse des Feedback-Teiles nachzulesen.

Bei der Frage „Wie bewerten Sie die Qualität des Trainings/der Gesprächsrunde?“ sollten die Studienteilnehmer eine Schulnote vergeben, also eine eins für „sehr gut“ bis zu der fünf für „nicht genügend“. Wie in der unteren Tabelle ersichtlich ist, hat niemand das Training bzw. die Gesprächsrunde negativ, also mit „nicht genügend“ beurteilt. In der VG haben 16.7% der Teilnehmer ein „sehr gut“, 69.0% ein „gut“, 9.5% ein „befriedigend“ und 4.8% ein „genügend“ vergeben. Von der KG haben 19.5% ein „sehr gut“ und 80.5% ein „gut“ vergeben, niemand hat in dieser Gruppe ein „befriedigend“

oder „genügend“ vergeben. Bei der Berechnung, ob sich die Beurteilung der VG von der der KG unterscheidet, ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant ($p=.097>.05$), es ist jedoch eine Tendenz dahingehend zu erkennen, wonach die Kontrollgruppe ihre Intervention besser beurteilt als die Versuchsgruppe die ihre.

			VG	KG
Wie bewerten Sie die Qualität des Trainings/der Gesprächsrunde?	sehr gut	Anzahl	7	8
		Erwartete Anzahl	7.6	7.4
		Gruppenanteil in %	16.7	19.5
		Gesamtzahl in %	8.4	9.6
	gut	Anzahl	29	33
		Erwartete Anzahl	31.4	30.6
		Gruppenanteil in %	69.0	80.5
		Gesamtzahl in %	34.9	39.8
	befriedigend	Anzahl	4	0
		Erwartete Anzahl	2.0	2.0
		Gruppenanteil in %	9.5	.0
		Gesamtzahl in %	4.8	.0
	genügend	Anzahl	2	0
		Erwartete Anzahl	1.0	1.0
		Gruppenanteil in %	4.8	.0
		Gesamtzahl in %	2.4	.0
Gesamt		Anzahl	42	41
		Erwartete Anzahl	42.0	41.0
		Gruppenanteil in %	100.0	100.0
		Gesamtzahl in %	50.6	49.4

Tabelle 41: Qualität des Trainings/der Gesprächsrunde

Effekt	Wert	df	Signifikanz	Cramer-V
Chi-Quadrat nach Pearson	6.314	3	.097	.276

Tabelle 42: Hypothesentest zur Qualität des Trainings/der Gesprächsrunde

Auf die Frage „Wie sinnvoll ist so ein Training/so eine Gesprächsrunde Ihrer Meinung nach?“ antwortete die Mehrheit der Teilnehmer aus der VG mit „sinnvoll“ (78.6%), einige mit „sehr sinnvoll“ (14.3%) und ein geringer Anteil mit „wenig sinnvoll“ (7.1%). In der Kontrollgruppe war die Verteilung folgendermaßen: 61.0% fanden die Gesprächsrunden „sinnvoll“ und der gleiche Anteil von 19.5% der KG beurteilte sie als „sehr sinnvoll“ sowie „wenig sinnvoll“. Die KG urteilte also öfter mit „wenig sinnvoll“, aber auch häufiger mit „sehr sinnvoll“ als die VG. Niemand urteilte über das Training

bzw. die Gesprächsrunde mit „gar nicht sinnvoll“. Es gab hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p=.161>.05$) zwischen VG und KG.

			VG	KG
Wie sinnvoll ist so ein Training/eine Gesprächsrunde Ihrer Meinung nach?	sehr sinnvoll	Anzahl	6	8
		Erwartete Anzahl	7.1	6.9
		Gruppenanteil in %	14.3	19.5
		Gesamtzahl in %	7.2	9.6
	sinnvoll	Anzahl	33	25
		Erwartete Anzahl	29.3	28.7
		Gruppenanteil in %	78.6	61.0
		Gesamtzahl in %	39.8	30.1
	wenig sinnvoll	Anzahl	3	8
		Erwartete Anzahl	5.6	5.4
		Gruppenanteil in %	7.1	19.5
		Gesamtzahl in %	3.6	9.6
Gesamt		Anzahl	42	41
		Erwartete Anzahl	42.0	41.0
		Gruppenanteil in %	100.0	100.0
		Gesamtzahl in %	50.6	49.4

Tabelle 43: Sinnhaftigkeit des Trainings/der Gesprächsrunde

Effekt	Wert	df	Signifikanz	Cramer-V
Chi-Quadrat nach Pearson	3.650	2	.161	.210

Tabelle 44: Hypothesentest zur Sinnhaftigkeit des Trainings/der Gesprächsrunde

„Wie nützlich war das Training/die Gesprächsrunde für Ihr persönliches Wohlbefinden?“ Auf diese Frage antworteten zwei Drittel (66.7%) der Teilnehmer aus der VG mit „nützlich“, und jeweils 16.7% mit „sehr nützlich“ und „wenig nützlich“. In der KG meinten 65.9% der Teilnehmer, die Gesprächsrunde wäre „nützlich“, 19.5% urteilten mit „sehr nützlich“ und 14.6% mit „wenig nützlich“. Die Kategorie „gar nicht nützlich“ kreuzte sowohl in der VG als auch in der KG niemand an. Auch hier unterscheiden sich die Bewertungen der VG nicht signifikant von denen der KG ($p=.928>.05$).

			VG	KG
Wie nützlich war das Training/die Gesprächsrunde für Ihr persönliches Wohlbefinden?	sehr nützlich	Anzahl	7	8
		Erwartete Anzahl	7.6	7.4
		Gruppenanteil in %	16.7	19.5
		Gesamtzahl in %	8.4	9.6
	nützlich	Anzahl	28	27
		Erwartete Anzahl	27.8	27.2
		Gruppenanteil in %	66.7	65.9
		Gesamtzahl in %	33.7	32.5
	wenig nützlich	Anzahl	7	6
		Erwartete Anzahl	6.6	6.4
		Gruppenanteil in %	16.7	14.6
		Gesamtzahl in %	8.4	7.2
Gesamt		Anzahl	42	41
		Erwartete Anzahl	42.0	41.0
		Gruppenanteil in %	100.0	100.0
		Gesamtzahl in %	50.6	49.4

Tabelle 45: Nützlichkeit des Trainings/der Gesprächsrunde

Effekt	Wert	df	Signifikanz	Cramer-V
Chi-Quadrat nach Pearson	.150	2	.928	.042

Tabelle 46: Hypothesentest zur Nützlichkeit des Trainings/der Gesprächsrunde

Wie in der Tabelle 47 zu sehen ist, nahmen von den 42 Personen in der Versuchsgruppe und den 41 Personen in der Kontrollgruppe nur wenige die Möglichkeit in Anspruch, ihre Meinung, Anregungen, Kritik und/oder Verbesserungsvorschläge zu äußern. Die Kommentare, die abgegeben wurden, sind nachfolgend in die drei Kategorien „positiv“, „neutral“ und „negativ“ geordnet. Sie werden hier nur der Vollständigkeit halber aufgelistet und nicht für weitere Berechnungen verwendet.

Ihre Meinung/Anregungen/Kritik/Verbesserungsvorschläge	
VG	KG
positiv	
Es war sehr gut, dass ich hier mit dabei war, und ich würde es wieder tun.	Es hat mich gefreut, dass ich mich mit den anderen austauschen konnte, die ich bis jetzt nur vom sehen her kannte.
Ich habe dieses Training als sehr angenehm und anregend empfunden.	Interessanter Dialog mit den anderen.
Dieses Training fand ich für nützlich, da die Teilnehmer angehalten wurden, über bestimmte Dinge, die zum Teil vernachlässigt werden, nachzudenken und sich eine Meinung zu bilden. Außerdem war es sehr interessant, zu bestimmten behandelten Fällen auch die Meinung anderer Teilnehmer zu hören, sodass es eventuell zu einer Änderung der ursprünglichen Meinung führte.	Es ist schön, Diskussionspartner zu haben.
Sinnvoll, sein eigenes Ich zu finden und bewusster zu leben.	Es sollte weiterhin diese Runden geben.
anregend, erfreulich	
Es war interessant, auch andere Meinungen zu hören.	
neutral	
Keine Kritik, keine Verbesserungsvorschläge.	
negativ	
Zu große Gruppe, weitgehend unselbständige Teilnehmer, daher persönlich wenig Gewinn.	Manche haben ewig lang geredet, andere kamen gar nicht zu Wort.
	Die Runden waren zu kurz, nicht alle konnten alles sagen, was sie wollten.

Tabelle 47: Offene Antworten im Feedback

8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Für die vorliegende Studie wurden 90 Personen zum Testzeitpunkt eins befragt, davon gehörten 45 der Versuchs- und 45 der Kontrollgruppe an. Zum Testzeitpunkt zwei waren es in der VG 42 und in der KG noch 41 Personen, die den Fragebogen bearbeiteten. In der VG befanden sich zum T1 38 Frauen und sieben Männer, in der KG waren es 40 Frauen und fünf Männer. Die Altersverteilung war in beiden Untersuchungsgruppen ähnlich, in der VG lag der Mittelwert bei 83.2 Jahren, das Minimum bei 69 und das Maximum bei 94 Jahren. In der KG lag der Mittelwert bei 82.7 Jahren, das Minimum bei 68 und das Maximum bei 99 Jahren. Bezogen auf den Familienstand ist zu sagen, dass ein großer Teil der Untersuchungsteilnehmer verwitwet war, genauer waren es in der VG 71.1% und in der KG 66.7%. Der Bildungsstand der Untersuchungsteilnehmer gestaltete sich so, dass in der VG 6.7% einen Volksschulabschluss hatten, in der KG waren es 11.1%. Einen Hauptschulabschluss

hatten 22.2% der VG und 33.3% der KG. Einen Fachschulabschluss hatten in beiden Untersuchungsgruppen 20% der Teilnehmer. Einen Lehrabschluss hatten in der VG 37.8% der Teilnehmer und in der KG 26.7%. Wieder gleich verteilt waren die Teilnehmer mit Matura, sie machten in beiden Untersuchungsgruppen 8.9% der Teilnehmer aus. Weiters gab es in der VG einen Anteil von 4.4% an Hochschulabsolventen, in der KG gab es hier niemanden.

Zum Gesundheitszustand wurden die Teilnehmer der Studie gefragt, ob sie akute bzw. chronische Krankheiten hätten und wie gesund sie sich im Allgemeinen fühlten. Die Ergebnisse dazu wurden unter Punkt 8.1.5 ausführlich dargestellt, zusammenfassend erscheint hier jedoch wichtig zu betonen, dass sich VG und die KG hinsichtlich des Vorhandenseins von akuten bzw. chronischen Krankheiten und deren subjektiven Gesundheitszustand nicht signifikant voneinander unterschieden. Es wurde also sichergestellt, dass das Ausgangsniveau der beiden Untersuchungsgruppen vor dem Start der Intervention vergleichbar war.

Bei der Frage nach der Allgemeinen Lebenszufriedenheit unterschieden sich die beiden Untersuchungsgruppen zwischen T1 und T2 wieder nicht signifikant voneinander. Hier konnte jedoch ein Interaktionseffekt festgestellt werden, der Verlauf der beiden Gruppen war also zwischen den beiden Testzeitpunkten statistisch signifikant unterschiedlich. Die Allgemeine Lebenszufriedenheit der VG nahm zwischen T1 und T2 zu, die der KG ab.

Bei der Hypothese 1, ob es einen Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden zwischen der VG und der KG zwischen T1 und T2 gäbe, stellte sich heraus, dass ein signifikanter Interaktionseffekt zu beobachten war. Die VG ging im Verlauf tendenziell nach oben, die KG nach unten. Die Hypothese 1 konnte somit angenommen werden.

Mit der Hypothese 2 sollte überprüft werden, ob sich die VG und die KG zwischen T1 und T2 im aktuellen Wohlbefinden unterschieden. Die Ergebnisse waren für die Skalen Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit und Zorn nicht signifikant, es waren hier also keine Unterschiede zu beobachten. In der Skala Positive Stimmung zeigte sich lediglich eine Tendenz dahingehend, dass die Werte der VG in der Positiven Stimmung höher waren als die der KG. Es konnte somit gefolgert werden, dass sich die VG von der KG hinsichtlich ihres aktuellen Wohlbefindens nicht signifikant voneinander unterscheidet.

Weiters wurde in der Studie überprüft, ob sich das habituelle Wohlbefinden der VG von dem der KG zwischen T1 und T2 unterscheidet. In der Skala Stimmungsniveau

war schon beim T1 ein signifikanter Gruppenunterschied gegeben, die anderen Ergebnisse (die nicht signifikant waren) wurden deshalb nicht mehr herangezogen. In der Teilskala Allgemeine Lebenszufriedenheit lagen keine signifikanten Ergebnisse vor, es war jedoch eine Tendenz dahingehend zu beobachten, dass es auch hier einen Gruppenunterschied zum T1 gab, der eine Interpretation der anderen Ergebnisse erübrigte. Die Intervention brachte also keinen Unterschied im habituellen Wohlbefinden der Versuchs- im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die Hypothese 4 erhob die Frage, ob es einen Unterschied im subjektiven Gesundheitsempfinden zwischen der VG und der KG zwischen T1 und T2 gab. Mithilfe von SPSS wurden Gruppen gebildet mit „Verschlechterung“, „keine Änderung“ und „Verbesserung“ im subjektiven Gesundheitsempfinden zwischen T1 und T2. Die beiden Untersuchungsgruppen unterschieden sich hier statistisch signifikant zwischen den Testzeitpunkten, in der VG gab es signifikant mehr Personen, die eine Verbesserung ihrer subjektiven Gesundheit berichteten als in der KG. Die Hypothese 4 konnte somit angenommen werden.

Die letzten drei Hypothesen aus der Untersuchung bezogen sich auf die Korrelationen vom Selbstwert der Untersuchungsteilnehmer (nur zum T1 erhoben) und deren allgemeines, aktuelles sowie habituelles Wohlbefinden. Die Ergebnisse waren durchwegs signifikant, was darauf hinweist, dass hohe Wohlbefindens-Werte mit hohen Werten im Selbstwert einhergehen.

9 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zuerst die Ergebnisse diskutiert und interpretiert. Schließlich werden die Grenzen der Studie dargestellt, Schlussfolgerungen gezogen und ein Ausblick auf mögliche weitere Untersuchungen gegeben.

9.1 Diskussion und Interpretation

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse der vorliegenden Studie diskutiert und interpretiert werden. Ein Vergleich der Ergebnisse mit der Forschungsliteratur ist ebenfalls angedacht. Dieser gestaltet sich jedoch teils schwierig, da die Studien, bei denen der Versuch unternommen wurde, Wohlbefinden zu steigern, ausschließlich aus

dem englischsprachigen Raum kommen. Deshalb sind Messwerte wie z.B. „happiness“ schwer mit jenen in dieser Arbeit vergleichbar. Weiters wurde bei Seligman et al. (2005) der Steen Happiness Index (SHI) vorgegeben, ein Verfahren, das den Angaben zufolge die drei Komponenten „the pleasant life“, „the engaged life“ und „the meaningful life“ erheben soll. Die in den Studien erhobenen Konstrukte sind also sehr verschieden und erschweren so die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Die Allgemeine Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer zeigte zwischen T1 und T2 einen signifikanten Interaktionseffekt. So nahm die Allgemeine Lebenszufriedenheit unter den Teilnehmern der VG über die Zeit zu, während sie in der KG über die Zeit absank. Es wird darauf hingewiesen, dass nach Keyes, Ryff und Shmotkin (2002) „life satisfaction“ mit einem Wert von .74 auf dem Faktor „subjective well-being“ lädt, die Lebenszufriedenheit macht dieser Untersuchung zufolge also einen wesentlichen Anteil des subjektiven Wohlbefindens aus. Der leichte Anstieg in der Allgemeinen Lebenszufriedenheit der VG, der jedoch nicht statistisch signifikant ausfiel, könnte auf einen marginalen Effekt durch die Intervention zurückgeführt werden. Warum die Allgemeine Lebenszufriedenheit der KG über die Zeit absank, kann nicht explizit erklärt werden. Möglicherweise spielt hier jedoch die Stichprobenselektion eine Rolle, die nicht zufällig passiert ist (siehe 6.4). Dies könnte einen Regressionseffekt nach sich gezogen haben („Regression zur Mitte“, siehe Bortz & Döring, 2005, S. 555). Die Personen in der Vergleichsgruppe nahmen eventuell deswegen an der Studie teil, weil sie zur Zeit der Rekrutierung über ein besonders gutes Wohlbefinden verfügten. Zum T2 könnten sie wieder auf ein für sie „normales“ Niveau zurückgefallen sein, was in der Auswertung als Abfall des Wohlbefindens merkbar wurde.

Die Hypothese 1 der vorliegenden Untersuchung prüfte den Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden zwischen der VG und der KG zwischen T1 und T2. Hier war wieder ein statistisch signifikanter Interaktionseffekt zu beobachten, d.h. der Verlauf der VG ging tendenziell nach oben, der der KG nach unten. Wie in Abbildung 6 auf Seite 60 zu sehen ist, lagen die Werte der beiden Untersuchungsgruppen beim T1 noch etwas weiter auseinander, beim T2 kamen sie einander sehr nahe. In der Studie von Seligman et al (2005) waren die Personen in allen Untersuchungsbedingungen, einschließlich der Kontrollgruppe, unmittelbar nach der Intervention glücklicher und weniger depressiv. In der Studie von Sheldon und Lyubomirsky (2006) konnte in den Versuchsbedingungen ein Anstieg des positiven und ein Rückgang des negativen

Affekts gemessen werden. Die Ergebnisse in dieser Studie (bezogen auf die Hypothese 1) bestätigen somit diejenigen aus früheren Interventionsstudien. Dadurch, dass die Werte im allgemeinen Wohlbefinden bei der VG anstiegen und bei der KG absanken, kann die Aktivitätstheorie (siehe 3.2.1) in dieser Studie nicht untermauert werden. Schließlich nahmen sowohl die VG als auch die KG an wöchentlichen Treffen teil, somit kann in beiden Gruppen von „Aktivität“ gesprochen werden. Möglicherweise kam es durch die Teilnahme an der Studie bei den Versuchspersonen zu keinem nennenswerten Anstieg in ihrer Aktivität, da diese vielleicht ohnehin hoch ist und somit keine diesbezügliche Veränderung durch die Intervention bzw. die Gesprächsrunde stattgefunden hat.

Mit der 2. Hypothese wurde untersucht, ob es einen Unterschied im aktuellen Wohlbefinden zwischen der VG und der KG zwischen dem T1 und dem T2 gab. Vier der fünf Teilskalen (Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit und Zorn) ergaben nicht signifikante Ergebnisse. Die Skala Positive Stimmung brachte ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zum Vorschein. Es war jedoch eine Tendenz zu beobachten, dass zwischen den Gruppen und den Testzeitpunkten unterschiedliche Verläufe vorlagen. In der Abbildung 7 auf der Seite 63 ist zu sehen, dass die Werte der KG zum T2 leicht gesunken sind, die der VG blieben annähernd gleich. Möglicherweise wäre dieser Interaktionseffekt mit einer höheren Teilnehmerzahl signifikant geworden. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass sich die beiden Untersuchungsgruppen in der aktuellen Stimmung zwischen T1 und T2 nicht signifikant unterscheiden.

Das Habituelle Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer wurde mit den Teilskalen Stimmungsniveau und Allgemeine Lebenszufriedenheit gemessen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die VG und die KG im Stimmungsniveau schon zum T1 signifikant voneinander unterschieden. In der Allgemeinen Lebenszufriedenheit lag kein signifikanter Unterschied, aber doch eine Tendenz dahingehend vor. Im Gegensatz zur Aktuellen Stimmung hatten die beiden Untersuchungsgruppen im Habituellen Wohlbefinden also schon vor Studienbeginn unterschiedliche Ausgangswerte. Gründe liegen hierfür keine auf der Hand, solche Probleme könnten aber durch eine zufällige Zuordnung der Teilnehmer zu den verschiedenen Untersuchungsbedingungen vermieden werden.

In der vorliegenden Studie wurde weiters untersucht, ob sich das subjektive Gesundheitsempfinden zwischen der VG und der KG zwischen T1 und T2 unterscheidet. Die Ergebnisse zeigten, dass es in der VG signifikant mehr Personen gab,

die über eine Verbesserung in ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden berichteten als in der KG. Dies deutet darauf hin, dass die Intervention dazu beigetragen hat, dass sich die Untersuchungsteilnehmer gesünder fühlen als zuvor. Der Fachliteratur (z.B. Smith et al., 1996; Fredrickson, 2000; Veenhoven, 2008) zufolge besteht eine Korrelation zwischen dem Wohlbefinden und dem subjektiven Gesundheitsempfinden einer Person. Es ist daher interessant zu beobachten, dass in der vorliegenden Studie keine nachweisbare Steigerung des subjektiven Wohlbefindens der Versuchspersonen stattgefunden hat, jedoch eine nachweisbare Steigerung im subjektiven Gesundheitsempfinden.

Weiters konnten statistisch signifikante Korrelationen zwischen dem Selbstwert und dem allgemeinen, dem aktuellen und dem habituellen Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer nachgewiesen werden. Hohe Werte in der Selbstwert-Skala gingen also mit hohen Werten in den Teilskalen Positive Stimmung, Stimmungsniveau und Allgemeine Lebenszufriedenheit und niedrigen Werten in den Teilskalen Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit und Zorn einher. Wie einige Studien zuvor bestätigten, ist der Selbstwert als Teil der Selbstressourcen ein wesentlicher Prädiktor für subjektives Wohlbefinden (z.B. Taylor und Brown, 1988; Diener und Diener, 1995; Weber et al., 2005).

Als weiterer Diskussionspunkt soll hier noch angeführt werden, dass die Untersuchungshypothesen in dieser Studie ungerichtet formuliert wurden. In Anbetracht der zugrunde liegenden Literatur und des Umstandes, dass einige der Ergebnisse Tendenzen aufwiesen, muss hier die Frage gestellt werden, ob es zulässig gewesen wäre, die Hypothesen gerichtet zu formulieren. So wären die Tendenzen wohl zu signifikanten Ergebnissen geworden. Vielleicht findet dieser Punkt in zukünftigen Studien Berücksichtigung.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie ein etwas ambivalentes Bild zeigen. Zum einen konnten die Wohlbefindenswerte der VG im Vergleich zu der der KG nicht signifikant gesteigert werden, was darauf schließen lässt, dass die Intervention so nicht wirksam war. Andererseits zeigt sich in der VG ein signifikanter Anstieg des subjektiven Gesundheitsempfindens. Dieser Anstieg sollte sich wegen der Verknüpfung der beiden Konstrukte, wie auch bei Staudinger, Fleeson und Baltes (1999) zu sehen ist, auch in einer Steigerung des subjektiven Wohlbefindens der Versuchspersonen niederschlagen, was hier jedoch nicht nachgewiesen werden

konnte. Es stellt sich somit die Frage, warum die Intervention positiv auf die subjektive Gesundheit, jedoch nicht auf das Wohlbefinden der Teilnehmer wirkte.

9.2 Grenzen der vorliegenden Studie

Es gibt einige Punkte, die in dieser Studie kritisierbar sind. Das sind größtenteils Dinge, die die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse abschwächen könnten, darum sollen sie hier erwähnt werden.

Als Erstes ist zu sagen, dass die Diplomandin, die die Trainings zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens durchgeführt hat, wenig Erfahrung als Trainerin und in Gesprächsführung hat. Es wurde an der Studie von Seligman et al. kritisiert, dass die Zusammenstellung der Trainingseinheiten, die Durchführung und auch die Auswertung der Ergebnisse, so wie auch hier, von denselben Personen gemacht wurde. Es ist aber andererseits auch nachvollziehbar, dass die Trennung dieser Arbeitsschritte in einer Diplomarbeitsstudie nicht umzusetzen ist, da hierfür die notwendigen Ressourcen fehlen.

Dass alle Untersuchungsteilnehmer in Institutionen leben, ist einerseits ein positiver, andererseits ein negativer Aspekt dieser Studie. Positiv erscheint hier, dass die Personen beider Gruppen gut vergleichbar sind, da sie in ähnlichen Wohnverhältnissen leben. Es muss aber auch berücksichtigt werden, dass die Bewohner der Pensionistenwohnhäuser eventuell eine bessere Versorgung ihrer Grundbedürfnisse erleben, da sie sich um Essen, Heizung und dergleichen keine Sorgen machen müssen. Dies steht im Gegensatz zu vielen alten Menschen, die alleine leben und möglicherweise nicht so gut versorgt sind. Dieser Umstand hat möglicherweise eine Auswirkung auf die Replizierbarkeit der Studie mit nicht-institutionalisierten Personen.

Schon bei Schumacher, Gunzelmann und Brähler (1996) wurde diskutiert, dass empirische Studien durch die Tatsache erschwert werden, dass Begriffe wie Wohlbefinden, Glück und Lebenszufriedenheit in der Fachliteratur nicht einheitlich verwendet werden. Nach all den Jahren, die seit der Kritik von Schumacher et al. vergangen sind, hat sich an dieser Problematik wenig verändert. Dies schränkt die Aussagekraft der vorliegenden Studie ein.

Smith et al. (1996) weisen in ihrer Studie darauf hin, dass Informationen zum Gesundheitszustand bei einer betagten Stichprobe nicht von ihnen selbst erhoben werden sollte, sondern durch klinisch erfahrene Untersucher. Die Informationen zum

Gesundheitszustand beruhen in dieser Studie lediglich auf den Aussagen der Versuchspersonen. Es wäre also möglich, dass die Angaben hierzu nicht immer objektiv richtig gemacht wurden. Möchte man also einen Vergleich zwischen der subjektiven und der objektiven Gesundheit von Personen anstellen, sollte der objektive Gesundheitszustand auf jeden Fall durch Fachpersonal überprüft werden.

Die unterschiedlichen Settings, in denen die Trainings stattgefunden haben, könnten einen Einfluss auf die Trainerin gehabt haben, was den Effekt des Trainings sowohl positiv als auch negativ beeinflusst haben könnte. Da die Untersuchung in den Pensionistenwohnhäusern stattfand, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, lag hier keine zufällige Stichprobe vor, die externe Validität muss also als eingeschränkt betrachtet werden (Bortz & Döring, 2005). Weiters ist anzumerken, dass die Versuchspersonen nicht zufällig zu den beiden Untersuchungsbedingungen zugeteilt wurden.

Ein weiterer Punkt, der bei der Betrachtung der Ergebnisse dieser Untersuchung zu beachten ist, ist der der experimentellen Mortalität. Dies bezeichnet den Ausfall bestimmter Personen, der zu einer Selbstselektion führt. In dieser Studie war die Teilnahme an den Trainings auf freiwilliger Basis – Personen, die sich für das Thema Wohlbefinden bzw. geistige Fitness interessierten, waren mit hoher Wahrscheinlichkeit auch motivierter, an der Studie teilzunehmen als Personen, die diese Eigenschaften nicht besitzen. Wenn zum Beispiel am Anfang der Untersuchung noch alle Teilnehmer den Fragebogen ausfüllten und am Ende nur noch diejenigen verblieben, die mit dem Interviewer oder dem Studienablauf an sich zufrieden waren, so lag am Ende des Trainings eine „positive“ Selektion von Teilnehmern vor, die möglicherweise in ihrem Fragebogen bessere Werte erzielten (Rose, 2002).

Eine weitere Störvariable in der Studie könnte der Aufforderungscharakter darstellen, bei dem Untersuchungsteilnehmer Erwartungen entwickeln und sich danach verhalten. Dies könnte zu Versuchsleitereffekten führen, etwa zum Erfüllen der Erwartungshaltungen des Interviewers bezüglich des Interventionserfolges (ebd.).

Die Tendenz der Untersuchungsteilnehmer, auf die Fragen sozial erwünscht zu antworten, könnte eine weitere Störvariable sein. Obwohl die Versuchspersonen vor dem Ausfüllen des Fragebogens darauf hingewiesen wurden, dass ihre Angaben nicht weitergegeben würden, scheuten sich manche von ihnen möglicherweise davor, sich zu

„beschweren“ bzw. ihre Unzufriedenheit, so vorhanden, kund zu tun. Dieser Umstand führte vielleicht dazu, dass die Teilnehmer positiver antworteten, als es ihrem Befinden entsprach.

9.3 Konklusion und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeichnen kein einheitliches Bild. Das subjektive Wohlbefinden der VG konnte im Vergleich zur KG zwischen den beiden Testzeitpunkten nicht nachweislich gesteigert werden. Es kam jedoch ein signifikant positiver Effekt auf das subjektive Gesundheitsempfinden der Untersuchungsteilnehmer zum Vorschein. Die Intervention hatte also eine positive Wirkung auf das subjektive Gesundheitsempfinden, aber keine nachweisbare Wirkung auf das subjektive Wohlbefinden, ein damit korrelierendes Konstrukt. Dies spricht also weder gegen die Wirksamkeit der Intervention, noch klar dafür. Licht in dieses Dunkel können wahrscheinlich nur weiterführende Untersuchungen bringen, in denen der Ablauf weiterentwickelt und modifiziert wird. Möglicherweise könnte der Vergleich einer Online-Studie und einer Studie mit direktem Kontakt zu den Untersuchungsteilnehmern mit ansonsten gleichen Bedingungen Versuchsleitereffekte eliminieren. Weiters sollten in zukünftigen Studien mehr Teilnehmer rekrutiert und die Intervention über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, um genauere Ergebnisse zu erhalten. Ein weiterer Vorschlag für zukünftige Studien wäre, eine Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer vorzunehmen, um die Untersuchungsgruppen besser vergleichen zu können.

10 Zusammenfassungen

10.1 Deutsche Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel: Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, eine Intervention zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens bei älteren Menschen zu evaluieren. Die Versuchsgruppe erhielt ein vierwöchiges Wohlbefindenstraining, mit einer Kontrollgruppe wurde eine vierwöchige Gesprächsrunde abgehalten. Sowohl die VG als auch die KG füllten vor der ersten und nach der letzten Einheit einen Fragebogen aus, mithilfe dessen das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmer und dessen Veränderung gemessen wurde. **Methode:** An der Studie nahmen insgesamt 90 Bewohner aus sechs verschiedenen Häusern der Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) teil. Zum T1 gehörten 45 Personen der VG und 45 der KG an, zum T2 waren es noch 42 in der VG und 41 in der KG. Neben soziodemografischen Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstand und Bildungsgrad wurde die Allgemeine Lebenszufriedenheit, das Vorhandensein von akuten und chronischen Krankheiten sowie eine Einschätzung der subjektiven Gesundheit erfragt. Weiters wurde die Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg, der WHO-Wohlbefindensindex, die Aktuelle Stimmungsskala sowie die Habituelle subjektive Wohlbefindensskala zu zwei Testzeitpunkten vorgegeben. Ein Vergleich der Daten zwischen VG und KG zu T1 und T2 wurde mittels zweifaktoriellen abhängigen Varianzanalysen durchgeführt. Am Ende des zweiten Fragebogens hatten die Teilnehmer beider Gruppen die Gelegenheit, Feedback zu geben.

Ergebnisse: Der Großteil der Untersuchungsteilnehmer war weiblich, das mittlere Alter lag in der VG bei 83.2 Jahren und in der KG bei 82.7 Jahren. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihres subjektiven Wohlbefindens zwischen T1 und T2 nicht signifikant unterscheiden, es konnte jedoch eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitsempfindens bei der VG nachgewiesen werden. Weiters liegen mittlere Korrelationen zwischen dem Selbstwert der Teilnehmer und deren allgemeines, aktuelles und habituelles Wohlbefinden vor.

Diskussion und Schlussfolgerung: Da subjektives Wohlbefinden Studien zufolge mit subjektivem Gesundheitsempfinden einhergeht, erscheinen die Ergebnisse der vorliegenden Studie ambivalent. Weitere Untersuchungen werden nötig sein, um die vorliegenden Gegensätze zu erklären und aufzulösen.

10.2 English Abstract

Background and Purpose of the Study: The aim of the present study was to evaluate the efficacy of an intervention which should increase subjective well-being in an aged sample. The exercise condition joined a four-week intervention to increase their subjective well-being whereas the control condition took part in a four-week discussion group. Both conditions completed baseline questionnaires and one follow-up assessment. Therefore it should be possible to detect changes in subjective well-being and so evaluate the effectiveness of the intervention. **Methods:** 90 participants were recruited to join the study, 45 for the exercise and 45 for the control condition. All of the participants lived in old-age homes carried by the city of Vienna. The exercise group included 45 participants at pretest and 42 at posttest, the control condition got 45 participants at pretest and 41 at posttest. The survey included questions related to personal information like gender, age, relationship status, education level and global life satisfaction. Furthermore they were asked for health-related information as acute and chronic diseases and their subjective physical health. Moreover the survey included Rosenberg's self-esteem scale, the WHO-global well-being-index and two more scales to survey current and habitual well-being. Data selected from pre- and posttest then should be compared across the two conditions by dependent repeated-measures ANOVAs.

Results: The main part of the participants were female, the age midpoint was 83.2 years in the exercise and 82.7 years in the control condition. To subsume the main results, there is no statistically significant difference in subjective well-being between the two conditions across time points. By contrast, there is a statistically significant difference in subjective physical health between the two conditions across time points. Additionally correlations were found between the participant's self-esteem and their global, actual and habitual well-being. **Discussion and Conclusion:** Since previous studies found interconnections between subjective well-being and subjective physical health, the results of this study seem to be ambivalent. Further studies will be necessary to reproduce and solve these contrasts.

11 Literaturverzeichnis

- Albert, R. & Koster, C. J. (2002). *Empirie in Linguistik und Sprachlehrforschung: ein methodologisches Arbeitsbuch*. Tübingen: Narr.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Baltes, M. M. & Baltes, P. B. (1986). *The psychology of control and aging*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span development psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bech, P. (1998). *WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden* Verfügbar unter: http://www.cure4you.dk/354/WHO-5_German.pdf [2.12. 2008].
- Bech, P. (2004). Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*, 32, 15-16.
- Bech, P., Olsen, R. L., Kjoller, M. & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (2), 85-91.
- Becker, P. (1991). Wohlbefinden. Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. (S. 13-51). Weinheim: Juventa.
- Bellebaum, A. (2002). *Glücksforschung. Eine Bestandsaufnahme*. Konstanz: UVK.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Collani, v. G. & Herzberg, P. Y. (2003a). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24 (1), 3-7.
- Collani, v. G. & Herzberg, P. Y. (2003b). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24 (1), 9-22.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of Extraversion and Neuroticism on Subjective Well-Being: Happy and Unhappy People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 13, 207-220.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Hrsg.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (S. 119-139). New York: Pergamon.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. & Seligman, M. E. P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Emmons, R. A. & McCullough, M. E. (2003). Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, No. 2, 377-389.
- Featherman, D. L. (1989). Erfolgreiches Altern: Adaptive Kompetenz in einer Ruhestandsgesellschaft. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a Program to Increase Personal Happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511-521.
- Fordyce, M. W. (1983). A Program to Increase Happiness: Further Studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.

- Greve, W. (2005). Die Entwicklung von Selbst und Persönlichkeit im Erwachsenenalter. In *Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 343-376). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gunzelmann, T., Schmidt, S., Albani, C. & Brähler, E. (2006). Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (1), 7-15.
- Heatheron, T. F. & Wyland, C. L. (2003). Assessing Self-Esteem. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Hrsg.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (S. 219-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M., Ryff, C. D. & Shmotkin, D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kozma, A., Stones, M. J. & McNeil, J. K. (1991). *Psychological well-being in later life*. Toronto: Butterworths.
- Kubinger, K. D. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lehr, U. (2003). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (6. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag GmbH.
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- McCullough, M. E., Tsang, J. & Emmons, R. A. (2004). Gratitude in Intermediate Affective Terrain: Links of Grateful Moods to Individual Differences and Daily Emotional Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), pp. 295-309.
- Merbach, M., Brähler, E. & Klaiberg, A. (2005). Befund und Befinden: Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden. In *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005*. Gießen: DAG SHG.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter*. München: Juventa.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N. & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 2 (3), 149-156.

- Rasch, D. & Kubinger, K. D. (2006). *Statistik für das Psychologiestudium*. München: Spectrum Akademischer Verlag.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D. & Potter, J. (2002). Global Self-Esteem Across the Life Span. *Psychology and Aging, 17*, 423-434.
- Rose, U. (2002). Grundbegriffe der Versuchsplanung bei klinischen Interventionsstudien. In F. Jacobi & A. Poldrack (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten in der klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ruch, W. (2006). *VIA-IS*. Verfügbar unter: http://www.svbasp.ch/d/weiterbildung/bibliothek/download/060607_Ruch_3.pdf [23. Oktober 2008].
- 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.
- Schmutte, P. S. & Ryff, C. D. (1997). Personality and Well-Being: Reexamining Methods and Meanings. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 549-559.
- Schön, M. (2007). Medizinische Psychologie und Soziologie. In J. Prieue & D. Tümmers (Hrsg.), *Das Erste: Kompendium Vorklinik*. Berlin: Springer.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In B. Strauß, U. Berger, J. von Troschke & E. Brähler (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (1996). Lebenszufriedenheit im Alter - Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 9*, 1-17.
- Schütz, A. (2000). *Psychologie des Selbstwertgefühls*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seligman, M. E. P. (2005). *Der Glücks-Faktor: Warum Optimisten länger leben*. Bergisch Gladbach: Lübbe GmbH & Co. KG.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist, 60*, No. 5, 410-421.
- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies, 7*, 55-86.

- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2006). How to Increase and Sustain Positive Emotion: The Effects of Expressing Gratitude and Visualizing Best Possible Selves. *Journal of Positive Psychology, 1*, 73-82.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & Kunzmann, U. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 497-523). Berlin: Akademie Verlag GmbH.
- Statistik des Bevölkerungsstandes*. (2009). Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html [10. März 2010].
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau, 51*(4), 185-197.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W. & Baltes, P. B. (1999). Predictors of Subjective Physical Health and Global Well-Being: Similarities and Differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 305-319.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: some social psychological contributions to a theory of mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193-210.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reidel.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies, 9*, 449-469.
- von dem Knesebeck, O. (1998). *Subjektive Gesundheit im Alter*. Münster: LIT Verlag.
- Weber, G., Ferring, D. & Glück, J. (2008). Prognose von subjektivem Wohlbefinden im Alter: Ausgewählte Ergebnisse aus der European Study on Adult Well-Being (ESAW-Projekt). In S. Zank & A. Hedtke-Becker (Hrsg.), *Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel – Europäische Perspektiven* (S. 55-70). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Weber, G., Glück, J., Heiss, C., Sassenrath, S., Schäfer, L. & Wehinger, K. (2005). *ESAW. European Study of Adult Well-Being*. Wien: WUV.
- Zautra, A. J. (2003). *Emotions, stress and health*. Oxford NY, USA: Oxford University Press.
- Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen*. München: Pearson Studium.

Anhang

Im Anhang findet der interessierte Leser ein Tabellenverzeichnis, ein Abbildungsverzeichnis, die für die Studie verwendeten Fragebögen sowie die Einheiten des Wohlbefindenstrainings.

11.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Typologie von Personen basierend auf dem Verhältnis von objektivem Befund und subjektiven Beschwerden.....	21
Tabelle 2: Zusammenfassung der WB-Experimente	28
Tabelle 3: Studiendesign.....	39
Tabelle 4: Analyse des WHO zum T1	45
Tabelle 5: Analyse des WHO zum T2	45
Tabelle 6: Analyse der ASTS-Skala Trauer zum T1	46
Tabelle 7: Analyse der ASTS-Skala Trauer zum T2	46
Tabelle 8: Analyse der ASTS-Skala Hoffnungslosigkeit zum T1	46
Tabelle 9: Analyse der ASTS-Skala Hoffnungslosigkeit zum T2	46
Tabelle 10: Analyse der ASTS-Skala Müdigkeit zum T1	47
Tabelle 11: Analyse der ASTS-Skala Müdigkeit zum T2	47
Tabelle 12: Analyse der ASTS-Skala Positive Stimmung zum T1.....	47
Tabelle 13: Analyse der ASTS-Skala Positive Stimmung zum T2.....	47
Tabelle 14: Analyse der ASTS-Skala Zorn zum T1	48
Tabelle 15: Analyse der ASTS-Skala Zorn zum T2	48
Tabelle 16: Analyse der HSWBS-Skala Stimmungsniveau zum T1	48
Tabelle 17: Analyse der HSWBS-Skala Stimmungsniveau zum T2	49
Tabelle 18: Analyse der HSWBS-Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit zum T1	49
Tabelle 19: Analyse der HSWBS-Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit zum T2.....	49
Tabelle 20: Analyse der Rosenberg-Skala	50
Tabelle 21: Familienstand der Untersuchungsteilnehmer.....	55
Tabelle 22: Bildungsstand der Untersuchungsteilnehmer.....	55
Tabelle 23: Ergebnisse zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit.....	58
Tabelle 24: Test auf Homogenität der Varianzen WHO-5	59
Tabelle 25: Hypothesenprüfung WHO-5	59
Tabelle 26: Test auf Homogenität der Varianzen ASTS-Trauer	61
Tabelle 27: Hypothesenprüfung der ASTS-Trauer	61
Tabelle 28: Test auf Homogenität der Varianzen ASTS-Müdigkeit	61
Tabelle 29: Hypothesenprüfung der ASTS-Müdigkeit.....	61
Tabelle 30: Test auf Homogenität der Varianzen ASTS-Zorn	62
Tabelle 31: Hypothesenprüfung der ASTS-Zorn.....	62
Tabelle 32: Hypothesenprüfung der ASTS-Positive Stimmung	62
Tabelle 33: Test auf Homogenität der Varianzen HSWBS-Stimmungsniveau	64
Tabelle 34: Hypothesenprüfung der HSWBS-Stimmungsniveau.....	64
Tabelle 35: Hypothesenprüfung der HSWBS-Allgemeine Lebenszufriedenheit	65

Tabelle 36: Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitsempfinden.....	67
Tabelle 37: Hypothesenprüfung zum subjektiven Gesundheitsempfinden.....	67
Tabelle 38: Zusammenhang WHO-5 und Selbstwert	68
Tabelle 39: Zusammenhang ASTS und Selbstwert	68
Tabelle 40: Zusammenhang HSWBS und Selbstwert	69
Tabelle 41: Qualität des Trainings/der Gesprächsrunde	70
Tabelle 42: Hypothesentest zur Qualität des Trainings/der Gesprächsrunde	70
Tabelle 43: Sinnhaftigkeit des Trainings/der Gesprächsrunde	71
Tabelle 44: Hypothesentest zur Sinnhaftigkeit des Trainings/der Gesprächsrunde	71
Tabelle 45: Nützlichkeit des Trainings/der Gesprächsrunde	72
Tabelle 46: Hypothesentest zur Nützlichkeit des Trainings/der Gesprächsrunde	72
Tabelle 47: Offene Antworten im Feedback.....	73

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechterverteilung in der VG	52
Abbildung 2: Geschlechterverteilung in der KG	52
Abbildung 3: Altersverteilung in der VG	53
Abbildung 4: Altersverteilung in der KG	54
Abbildung 5: Verlauf der Allgemeinen Lebenszufriedenheit.....	58
Abbildung 6: Grafik zur Überprüfung des WHO-5	60
Abbildung 7: Teilskala Positive Stimmung der ASTS	63
Abbildung 8: Teilskala Stimmungsniveau der HSWBS	65
Abbildung 9: Teilskala Allgemeine Lebenszufriedenheit der HSWBS.....	66

11.3 Fragebogen VG Testzeitpunkt 1

ID _____
T 1

Sehr geehrte Damen und Herrn,

Ich bin Studentin an der Fakultät für Psychologie und mache im Rahmen meiner Diplomarbeit eine Studie zum Thema „Wohlbefinden im Alter“. Dazu bitte ich Sie an meiner Studie teilzunehmen und den vorliegenden Fragebogen eigenständig und vollständig auszufüllen. Die Ergebnisse werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten, antworten Sie bitte spontan!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Eva-Maria Brunnhuber

Geschlecht

- männlich
- weiblich

Alter _____

Familienstand

- ledig
- in einer Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

Höchste abgeschlossene Schulbildung

- Volksschule
- Hauptschule/Gymnasium Unterstufe
- Fachschule
- Lehre/Berufsschule
- AHS/BHS mit Matura
- Universität

Haben Sie eine akute Krankheit?

- nein
- ja, eine akute Krankheit
- ja, mehrere akute Krankheiten

Haben Sie eine chronische Krankheit?

- nein
- ja, eine chronische Krankheit
- ja, mehrere chronische Krankheiten

Wie gesund **fühlen** Sie sich im Allgemeinen?

- völlig gesund
- leicht beeinträchtigt
- dauerbeeinträchtigt
- nicht gesund

Wie zufrieden sind Sie **im Allgemeinen** mit Ihrem Leben?

1 (extrem **unzufrieden**)

10 (extrem **zufrieden**)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Rosenberg Self-Esteem Skala

Bei den folgenden Aussagen geht es um Ihre **Einstellung zu sich selbst**. Geben Sie bitte an, inwiefern diese Aussagen auf Sie selbst zutreffen.

1 = trifft gar nicht zu

2 = trifft eher nicht zu

3 = trifft etwas zu

4 = trifft sehr zu

1. Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	(1) (2) (3) (4)
2. Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge.	(1) (2) (3) (4)
3. Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	(1) (2) (3) (4)
4. Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	(1) (2) (3) (4)
5. Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	(1) (2) (3) (4)
6. Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	(1) (2) (3) (4)
7. Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	(1) (2) (3) (4)
8. Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	(1) (2) (3) (4)
9. Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	(1) (2) (3) (4)
10. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	(1) (2) (3) (4)

WHO-5

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr **Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen**. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Ziffer, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

- 1 = zu keinem Zeitpunkt**
- 2 = ab und zu**
- 3 = weniger als die Hälfte der Zeit**
- 4 = mehr als die Hälfte der Zeit**
- 5 = meistens**
- 6 = die ganze Zeit**

In den letzten zwei Wochen...

1. war ich froh und guter Laune.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

ASTS

Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und kreuzen Sie dann die Zahl an, die am besten Ihren **Gefühlszustand im Moment** beschreibt. Bitte machen Sie bei jeder Aussage ein Kreuz.

1 = überhaupt nicht

2 = sehr schwach

3 = schwach

4 = etwas

5 = ziemlich

6 = stark

7 = sehr stark

1	zornig	1	2	3	4	5	6	7
2	abgeschlafft	1	2	3	4	5	6	7
3	unglücklich	1	2	3	4	5	6	7
4	traurig	1	2	3	4	5	6	7
5	angenehm	1	2	3	4	5	6	7
6	betrübt	1	2	3	4	5	6	7
7	freudig	1	2	3	4	5	6	7
8	hoffnungslos	1	2	3	4	5	6	7
9	müde	1	2	3	4	5	6	7
10	verärgert	1	2	3	4	5	6	7
11	frohgemut	1	2	3	4	5	6	7
12	entmutigt	1	2	3	4	5	6	7
13	fröhlich	1	2	3	4	5	6	7
14	erschöpft	1	2	3	4	5	6	7
15	heiter	1	2	3	4	5	6	7
16	verzweifelt	1	2	3	4	5	6	7
17	wütend	1	2	3	4	5	6	7
18	entkräftet	1	2	3	4	5	6	7
19	lustig	1	2	3	4	5	6	7

HSWBS

Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie es Ihnen **im Allgemeinen** geht und wie zufrieden Sie im Allgemeinen mit Ihrem Leben sind. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 6 an, und lassen Sie bitte keine Aussagen aus.

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
- 2 = stimmt weitgehend nicht**
- 3 = stimmt eher nicht**
- 4 = stimmt ein wenig**
- 5 = stimmt weitgehend**
- 6 = stimmt genau**

1. Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Ich halte mich für eine glückliche Person.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige erfreuliche und interessante Dinge bringen wird.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
2 = stimmt weitgehend nicht
3 = stimmt eher nicht
4 = stimmt ein wenig
5 = stimmt weitgehend
6 = stimmt genau

11. Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!!!

11.4 Fragebogen VG Testzeitpunkt 2

ID _____
T 2

Sehr geehrte Damen und Herrn,

Ich danke Ihnen, dass Sie in den letzten Wochen an dem Training teilgenommen und somit an der Entstehung meiner Diplomarbeit mitgeholfen haben! Nun bitte ich Sie, zum Abschluss einen weiteren Fragebogen auszufüllen – die meisten Fragen haben Sie schon vor dem Training beantwortet. Ich bitte Sie, dies noch einmal zu tun.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Eva-Maria Brunnhuber

Haben Sie eine akute Krankheit?

- nein
- ja, eine akute Krankheit
- ja, mehrere akute Krankheiten

Haben Sie eine chronische Krankheit?

- nein
- ja, eine chronische Krankheit
- ja, mehrere chronische Krankheiten

Wie gesund fühlen Sie sich im Allgemeinen?

- völlig gesund
- leicht beeinträchtigt
- dauerbeeinträchtigt
- nicht gesund

Wie zufrieden sind Sie **im Allgemeinen** mit Ihrem Leben?

1 (extrem **unzufrieden**)

10 (extrem **zufrieden**)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

WHO-5

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr **Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen**. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Ziffer, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

- 1 = zu keinem Zeitpunkt**
- 2 = ab und zu**
- 3 = weniger als die Hälfte der Zeit**
- 4 = mehr als die Hälfte der Zeit**
- 5 = meistens**
- 6 = die ganze Zeit**

In den letzten zwei Wochen...

1. war ich froh und guter Laune.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

ASTS

Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und kreuzen Sie dann die Zahl an, die am besten Ihren **Gefühlszustand im Moment** beschreibt. Bitte machen Sie bei jeder Aussage ein Kreuz.

1 = überhaupt nicht

2 = sehr schwach

3 = schwach

4 = etwas

5 = ziemlich

6 = stark

7 = sehr stark

1	zornig	1	2	3	4	5	6	7
2	abgeschlafft	1	2	3	4	5	6	7
3	unglücklich	1	2	3	4	5	6	7
4	traurig	1	2	3	4	5	6	7
5	angenehm	1	2	3	4	5	6	7
6	betrübt	1	2	3	4	5	6	7
7	freudig	1	2	3	4	5	6	7
8	hoffnungslos	1	2	3	4	5	6	7
9	müde	1	2	3	4	5	6	7
10	verärgert	1	2	3	4	5	6	7
11	frohgemut	1	2	3	4	5	6	7
12	entmutigt	1	2	3	4	5	6	7
13	fröhlich	1	2	3	4	5	6	7
14	erschöpft	1	2	3	4	5	6	7
15	heiter	1	2	3	4	5	6	7
16	verzweifelt	1	2	3	4	5	6	7
17	wütend	1	2	3	4	5	6	7
18	entkräftet	1	2	3	4	5	6	7
19	lustig	1	2	3	4	5	6	7

HSWBS

Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie es Ihnen **im Allgemeinen** geht und wie zufrieden Sie im Allgemeinen mit Ihrem Leben sind. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 6 an, und lassen Sie bitte keine Aussagen aus.

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
2 = stimmt weitgehend nicht
3 = stimmt eher nicht
4 = stimmt ein wenig
5 = stimmt weitgehend
6 = stimmt genau

1. Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Ich halte mich für eine glückliche Person.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige erfreuliche und interessante Dinge bringen wird.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
- 2 = stimmt weitgehend nicht**
- 3 = stimmt eher nicht**
- 4 = stimmt ein wenig**
- 5 = stimmt weitgehend**
- 6 = stimmt genau**

11. Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

FEEDBACK

Wie bewerten Sie die Qualität des Trainings?

Vergeben Sie bitte eine Schulnote!

1 = sehr gut bis 5 = nicht genügend

1.....2.....3.....4.....5

Wie sinnvoll ist so ein Training Ihrer Meinung nach?

- gar nicht sinnvoll
- wenig sinnvoll
- sinnvoll
- sehr sinnvoll

Wie nützlich war das Training für **Ihr persönliches Wohlbefinden**?

- gar nicht nützlich
- wenig nützlich
- nützlich
- sehr nützlich

Ihre Meinung/Anregungen/Kritik/Verbesserungsvorschläge

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!!!

11.5 Fragebogen KG Testzeitpunkt 1

ID _____
T 1

Sehr geehrte Damen und Herrn,

Ich bin Studentin an der Fakultät für Psychologie und mache im Rahmen meiner Diplomarbeit eine Studie zum Thema „Wohlbefinden im Alter“. Dazu bitte ich Sie an meiner Studie teilzunehmen und den vorliegenden Fragebogen eigenständig und vollständig auszufüllen. Die Ergebnisse werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten, antworten Sie bitte spontan!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Eva-Maria Brunnhuber

Geschlecht

- männlich
- weiblich

Alter _____

Familienstand

- ledig
- in einer Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

Höchste abgeschlossene Schulbildung

- Volksschule
- Hauptschule/Gymnasium Unterstufe
- Fachschule
- Lehre/Berufsschule
- AHS/BHS mit Matura
- Universität

Haben Sie eine akute Krankheit?

- nein
- ja, eine akute Krankheit
- ja, mehrere akute Krankheiten

Haben Sie eine chronische Krankheit?

- nein
- ja, eine chronische Krankheit
- ja, mehrere chronische Krankheiten

Wie gesund **fühlen** Sie sich im Allgemeinen?

- völlig gesund
- leicht beeinträchtigt
- dauerbeeinträchtigt
- nicht gesund

Wie zufrieden sind Sie **im Allgemeinen** mit Ihrem Leben?

1 (extrem **unzufrieden**)

10 (extrem **zufrieden**)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Rosenberg Self-Esteem Skala

Bei den folgenden Aussagen geht es um Ihre **Einstellung zu sich selbst**. Geben Sie bitte an, inwiefern diese Aussagen auf Sie selbst zutreffen.

1 = trifft gar nicht zu

2 = trifft eher nicht zu

3 = trifft etwas zu

4 = trifft sehr zu

1. Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	(1) (2) (3) (4)
2. Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge.	(1) (2) (3) (4)
3. Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	(1) (2) (3) (4)
4. Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	(1) (2) (3) (4)
5. Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	(1) (2) (3) (4)
6. Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	(1) (2) (3) (4)
7. Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	(1) (2) (3) (4)
8. Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	(1) (2) (3) (4)
9. Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	(1) (2) (3) (4)
10. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	(1) (2) (3) (4)

WHO-5

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr **Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen**. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Ziffer, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

- 1 = zu keinem Zeitpunkt**
2 = ab und zu
3 = weniger als die Hälfte der Zeit
4 = mehr als die Hälfte der Zeit
5 = meistens
6 = die ganze Zeit

In den letzten zwei Wochen...

1. war ich froh und guter Laune.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

ASTS

Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und kreuzen Sie dann die Zahl an, die am besten Ihren **Gefühlszustand im Moment** beschreibt. Bitte machen Sie bei jeder Aussage ein Kreuz.

1 = überhaupt nicht

2 = sehr schwach

3 = schwach

4 = etwas

5 = ziemlich

6 = stark

7 = sehr stark

1	zornig	1	2	3	4	5	6	7
2	abgeschlafft	1	2	3	4	5	6	7
3	unglücklich	1	2	3	4	5	6	7
4	traurig	1	2	3	4	5	6	7
5	angenehm	1	2	3	4	5	6	7
6	betrübt	1	2	3	4	5	6	7
7	freudig	1	2	3	4	5	6	7
8	hoffnungslos	1	2	3	4	5	6	7
9	müde	1	2	3	4	5	6	7
10	verärgert	1	2	3	4	5	6	7
11	frohgemut	1	2	3	4	5	6	7
12	entmutigt	1	2	3	4	5	6	7
13	fröhlich	1	2	3	4	5	6	7
14	erschöpft	1	2	3	4	5	6	7
15	heiter	1	2	3	4	5	6	7
16	verzweifelt	1	2	3	4	5	6	7
17	wütend	1	2	3	4	5	6	7
18	entkräftet	1	2	3	4	5	6	7
19	lustig	1	2	3	4	5	6	7

HSWBS

Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie es Ihnen **im Allgemeinen** geht und wie zufrieden Sie im Allgemeinen mit Ihrem Leben sind. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 6 an, und lassen Sie bitte keine Aussagen aus.

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
- 2 = stimmt weitgehend nicht**
- 3 = stimmt eher nicht**
- 4 = stimmt ein wenig**
- 5 = stimmt weitgehend**
- 6 = stimmt genau**

1. Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Ich halte mich für eine glückliche Person.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige erfreuliche und interessante Dinge bringen wird.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
2 = stimmt weitgehend nicht
3 = stimmt eher nicht
4 = stimmt ein wenig
5 = stimmt weitgehend
6 = stimmt genau

11. Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!!!

11.6 Fragebogen KG Testzeitpunkt 2

ID _____
T 2

Sehr geehrte Damen und Herrn,

Ich danke Ihnen, dass Sie in den letzten Wochen an der Gesprächsrunde teilgenommen und somit an der Entstehung meiner Diplomarbeit mitgeholfen haben! Nun bitte ich Sie, zum Abschluss einen weiteren Fragebogen auszufüllen – die meisten Fragen haben Sie schon einmal beantwortet. Ich bitte Sie, dies noch einmal zu tun.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Eva-Maria Brunnhuber

Haben Sie eine akute Krankheit?

- nein
- ja, eine akute Krankheit
- ja, mehrere akute Krankheiten

Haben Sie eine chronische Krankheit?

- nein
- ja, eine chronische Krankheit
- ja, mehrere chronische Krankheiten

Wie gesund fühlen Sie sich im Allgemeinen?

- völlig gesund
- leicht beeinträchtigt
- dauerbeeinträchtigt
- nicht gesund

Wie zufrieden sind Sie **im Allgemeinen** mit Ihrem Leben?

1 (extrem **unzufrieden**)

10 (extrem **zufrieden**)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

WHO-5

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr **Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen**. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Ziffer, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

- 1 = zu keinem Zeitpunkt**
- 2 = ab und zu**
- 3 = weniger als die Hälfte der Zeit**
- 4 = mehr als die Hälfte der Zeit**
- 5 = meistens**
- 6 = die ganze Zeit**

In den letzten zwei Wochen...

1. war ich froh und guter Laune.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

ASTS

Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und kreuzen Sie dann die Zahl an, die am besten Ihren **Gefühlszustand im Moment** beschreibt. Bitte machen Sie bei jeder Aussage ein Kreuz.

1 = überhaupt nicht

2 = sehr schwach

3 = schwach

4 = etwas

5 = ziemlich

6 = stark

7 = sehr stark

1	zornig	1	2	3	4	5	6	7
2	abgeschlafft	1	2	3	4	5	6	7
3	unglücklich	1	2	3	4	5	6	7
4	traurig	1	2	3	4	5	6	7
5	angenehm	1	2	3	4	5	6	7
6	betrübt	1	2	3	4	5	6	7
7	freudig	1	2	3	4	5	6	7
8	hoffnungslos	1	2	3	4	5	6	7
9	müde	1	2	3	4	5	6	7
10	verärgert	1	2	3	4	5	6	7
11	frohgemut	1	2	3	4	5	6	7
12	entmutigt	1	2	3	4	5	6	7
13	fröhlich	1	2	3	4	5	6	7
14	erschöpft	1	2	3	4	5	6	7
15	heiter	1	2	3	4	5	6	7
16	verzweifelt	1	2	3	4	5	6	7
17	wütend	1	2	3	4	5	6	7
18	entkräftet	1	2	3	4	5	6	7
19	lustig	1	2	3	4	5	6	7

HSWBS

Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie es Ihnen **im Allgemeinen** geht und wie zufrieden Sie im Allgemeinen mit Ihrem Leben sind. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 6 an, und lassen Sie bitte keine Aussagen aus.

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
2 = stimmt weitgehend nicht
3 = stimmt eher nicht
4 = stimmt ein wenig
5 = stimmt weitgehend
6 = stimmt genau

1. Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Ich halte mich für eine glückliche Person.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige erfreuliche und interessante Dinge bringen wird.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

- 1 = stimmt überhaupt nicht**
- 2 = stimmt weitgehend nicht**
- 3 = stimmt eher nicht**
- 4 = stimmt ein wenig**
- 5 = stimmt weitgehend**
- 6 = stimmt genau**

11. Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

FEEDBACK

Wie bewerten Sie die Qualität der Gesprächsrunden?
 Vergeben Sie bitte eine Schulnote!
 1 = sehr gut bis 5 = nicht genügend

1.....2.....3.....4.....5

Wie sinnvoll ist die Abhaltung solcher Gesprächsrunden Ihrer Meinung nach?

- gar nicht sinnvoll
- wenig sinnvoll
- sinnvoll
- sehr sinnvoll

Wie nützlich waren die Gesprächsrunden für **Ihr persönliches Wohlbefinden**?

- gar nicht nützlich
- wenig nützlich
- nützlich
- sehr nützlich

Ihre Meinung/Anregungen/Kritik/Verbesserungsvorschläge

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!!!

11.7 Einheiten Wohlbefindenstraining

1. Einheit: Dankbarkeit

Ich möchte in dieser ersten Einheit des Trainings mit Ihnen über Dankbarkeit sprechen. Dabei möchte ich Ihnen nicht nur Fakten erzählen, sondern eine aktive Gesprächsrunde schaffen, mich mit Ihnen austauschen und Sie zum Nachdenken anregen.

- Wann haben Sie das letzte Mal zu jemandem Danke gesagt?
(Frage an die Gruppe, es sollte jeder zu Wort kommen)

Danke – das ist eigentlich ein einfaches Wort, das jeder von uns schon Hunderte Male gesagt hat. Schon als Kindern ist uns beigebracht worden, für alles danke zu sagen – schließlich gehört sich das so. Mit der Zeit wird dieses kleine Wort zu einem fixen Bestandteil unserer Sprache, wir sagen es oft und gerne, ohne dabei viel über seine Wichtigkeit und Bedeutung nachzudenken. Ich glaube sogar, wir sagen oft danke, ohne dieses warme Gefühl, jemandem von Herzen dankbar zu sein, zu spüren. Dankbarkeit ist ein Gefühl, das uns nahe geht und uns sehr glücklich machen kann.

Wissenschaftliche Studien, die sich mit dem Thema „Dankbarkeit“ beschäftigt haben, belegen, dass das Gefühl der Dankbarkeit unsere Stimmung und unsere Zufriedenheit steigern können. Dankbarkeit soll also positive Gefühle entfachen.

- Wofür sind Sie in Ihrem Leben dankbar? – Auch die kleinen Dinge sind erwähnenswert!
- Wem sind Sie dankbar? Und warum?
- Wie fühlt es sich an, dankbar zu sein?

Es ist erstaunlich, wie viel einem einfällt, wenn man sich darauf konzentriert, wer und was uns in unserem Leben Freude bereitet und wie viel es gibt, wofür es sich lohnt, dankbar zu sein.

Aufgabe für die kommende Woche: Jeden Tag ein paar Minuten lang darüber nachdenken, wem oder worüber man dankbar ist - wer möchte, kann die Einfälle gerne niederschreiben. Versuchen, das Gefühl der Dankbarkeit möglichst lange festzuhalten. Wie oben schon angesprochen, sind auch die kleinen Freuden des Lebens erwähnenswert!

2. Einheit: Drei gute Dinge

- Was haben Sie heute Morgen gedacht, als Sie aufgewacht sind?
(Frage an die Gruppe, es sollte jeder zu Wort kommen)

Einige von Ihnen haben vielleicht daran gedacht, wie schön es ist, wenn morgens die Sonne scheint oder die Vögel zwitschern... andere spürten womöglich Schmerzen und waren deshalb weniger gut gelaunt – das ist auch verständlich! Wer ist schon gut gelaunt, wenn ihm etwas weh tut?

Aber: haben wir immer einen guten Grund, nicht glücklich und zufrieden zu sein?

Oft denken wir zu viel darüber nach, was in unserem Leben schief läuft und zu wenig daran, was alles gut/erfreulich/positiv ist. Natürlich ist es manchmal sinnvoll, über Fehler nachzudenken, damit wir daraus lernen können und sie in Zukunft zu vermeiden. Nichtsdestotrotz neigen wir dazu, mehr Zeit über schlechte als über gute Dinge im Leben nachzudenken. Diese Tendenz, das Negative zu fokussieren, fördert das Entstehen von Angst und Depression. Ein Weg, um das zu verhindern ist, die Fähigkeit zu entwickeln, mehr über die guten Dinge im Leben nachzudenken. Die meisten von uns sind nicht so gut darin, gute Ereignisse zu analysieren, deswegen brauchen wir Übung darin, unseren Blick auf das Positive zu richten. Wenn wir es schaffen, die guten Dinge in unserem Leben hervorzuheben, werden wir wahrscheinlich auch fröhlicher sein und optimistischer in die Zukunft blicken.

- Also, lasst uns anfangen – wer kann drei gute Dinge aufzählen, die in den letzten Tagen passiert sind? (Frage an die Gruppe, es sollte jeder zu Wort kommen)

Aufgabe für die kommende Woche: Jeden Tag ein paar Minuten lang darüber nachdenken, was an dem Tag Erfreuliches passiert ist – nicht vergessen, dass auch die kleinen Dinge, die uns zum Lächeln gebracht haben, erwähnenswert sind! Sie sollten sich am Abend ein paar Minuten Zeit nehmen und diese Dinge aufschreiben. Dann denken Sie bitte darüber nach, warum diese Dinge so erfreulich gewesen sind!

3. Einheit: Charakterstärken entdecken und neu einsetzen

Heute beschäftigen wir uns mit Tugenden und guten Eigenschaften, die jeder von uns besitzt. Diese sind natürlicherweise bei jedem verschieden, darum bitte ich Sie, diese Liste von Charakterstärken durchzugehen und zu entscheiden, welche der folgenden Tugenden ihrer Meinung nach am stärksten auf Sie persönlich zutrifft. Anschließend möchte ich Sie dazu einladen, sich in der Gruppe und mit mir auszutauschen und zu überlegen, wo man diese Stärken im Alltag einsetzen kann.

1. Weisheit und Wissen

- a) Kreativität – originelle Ideen haben
- b) Neugier – Interesse an neuen Erfahrungen haben
- c) Urteilsvermögen – Fähigkeit, Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und daraufhin Entscheidungen treffen
- d) Liebe zum Lernen – Begeisterung für das Lernen, wissbegierig sein
- e) Weisheit – guter Überblick und reife Sichtweise des Lebens

2. Mut

- a) Tapferkeit – seine Meinung zielstrebig verfolgen
- b) Ausdauer – Dinge zu Ende bringen
- c) Authentizität – ehrlich und aufrichtig sein, seinen Prinzipien treu bleiben

3. Menschlichkeit

- a) Bindungsfähigkeit – fähig, Liebe zu zeigen und sie von anderen anzunehmen
- b) Freundlichkeit – nett, großzügig, hilfsbereit sein
- c) Soziale Intelligenz – auf die Gefühle und Stimmungen anderer eingehen können

4. Gerechtigkeit

- a) Teamfähigkeit – als Teil einer Gruppe gut arbeiten können
- b) Fairness – Personen gleich behandeln, allen eine Chance geben
- c) Führungsvermögen – gute Organisationsfähigkeit bei Gruppenaktivitäten

5. Mäßigung

- a) Vergebungsbereitschaft – Vergangenes ruhen lassen können
- b) Bescheidenheit – nicht mit Erfolgen prahlen, eigene Fehler zugeben können
- c) Vorsicht – Entscheidungen sorgfältig treffen, Gefahr vermeiden
- d) Selbstregulation – eigenes Verhalten kontrollieren können, Selbstdisziplin

6. Transzendenz

- a) Sinn für das Schöne – Schönes (z.B. Kunst, Natur) bewusst wahrnehmen können und sich darüber freuen
- b) Dankbarkeit – gute Dinge im Leben zu schätzen wissen, nicht als selbstverständlich hinnehmen
- c) Hoffnung – positive Einstellung gegenüber der Zukunft
- d) Humor – gerne andere Menschen zum lachen bringen und selbst gerne lachen
- e) Spiritualität – an einen Gott oder eine höhere Macht glauben

4. Einheit: Zusammenfassung und Reflexion

Wir sind heute bei der letzten Einheit des Trainings angelangt – darum möchte ich gerne mit Ihnen zurückblicken und die Themen der vergangenen Wochen noch einmal besprechen.

- Dankbarkeit
- Drei gute Dinge
- Charakterstärken entdecken und neu einsetzen

Was ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?

Was hat Ihnen gut gefallen – und was weniger gut?

Was können Sie für Sie persönlich mitnehmen?

Haben Sie Anregungen/Kritik/Verbesserungsvorschläge?

.....

Ich danke Ihnen allen ganz herzlich für die Teilnahme an der Untersuchung und bitte Sie nun, den Fragebogen nochmals auszufüllen.

Lebenslauf

Eva-Maria Brunnhuber

Persönliche Daten

Geburtsdatum	2. März 1984	Anschrift	Niederschleinz 48
Geburtsort	Horn, NÖ		A-3721 Limberg
Staatsangehörigkeit	Österreich	Telefon	+43 (0)680 – 3133408
Familienstand	ledig	E-Mail	evi.brunnhuber@gmx.at

Schulbildung

1990 – 1994	Volksschule Sitzendorf an der Schmida, NÖ
1994 – 2002	Bundesgymnasium Hollabrunn, NÖ Europaklasse mit Schwerpunkt auf Sprachen und Wirtschaft Matura im Juni 2002

Universitäre Ausbildung

10/2002 – heute	Universität Wien Diplomstudium Psychologie mit Wahlfachschwerpunkt Klinische- und Gesundheitspsychologie
-----------------	---

Fachspezifische Praktika

08/2003	Caritas Tagesheim 4-wöchiges Praktikum als Betreuerin im Caritas Tagesheim für Menschen mit intellektueller Behinderung, Horn, NÖ
08/2006 – 09/2006	Kuratorium für Verkehrssicherheit 6-wöchiges Fachpraktikum im Kuratorium für Verkehrssicherheit, Wien Mitarbeit an verschiedenen laufenden Forschungsprojekten eigenständige Evaluation zum Thema „Strafen im Straßenverkehr“

08/2008 – 10/2008 **Kolping – Gemeinsam Leben**

Fachpraktikum im Kolpinghaus für betreutes Wohnen, Wien
Psychologische Diagnostik und Behandlung in den Bereichen
Neuropsychologie und Gerontopsychologie

Außeruniversitäre Berufserfahrung

2001 – 2005 **T-Mobile Austria GmbH**

Teamassistentin IT-Solutions
Ferialpraktika jeweils Juli und August

08/2004 **Frisch und Frost Lebensmittel GmbH**

Fließbandtätigkeit im Schichtbetrieb
Lebensmittelverpackung

10/2006 – 10/2007 **Raiffeisen KAG mbH**

Teamassistentin im Vertrieb

12/2007 – heute **Cura Treuhand- und Revisionsgesellschaft mbH**

Assistentin der Geschäftsführung
Kompetenzbereich Archivierung

Sprachkenntnisse

Deutsch	Muttersprache
Englisch	fließend in Wort und Schrift
Französisch	Grundkenntnisse
Italienisch	Grundkenntnisse
Latein	Grundkenntnisse

ORIGINALITÄTSERKLÄRUNG

Ich, Eva-Maria Brunnhuber, versichere, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst habe, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Weiters habe ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Wien, im Mai 2010

Unterschrift