universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen

Unterscheiden sich Tierbesitzer von Nicht-Tierbesitzern in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Verfasserin / Verfasser:	Barbara Helga Thorwartl
Studienrichtung /Studienzweig (lt. Studienblatt):	A 442 Diplomstudium Anthropologie
Betreuerin / Betreuer:	Ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast

Wien, im Mai 2010

ABSTRACT - DEUTSCH

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen –

Unterscheiden sich Tierbesitzer von Nicht-Tierbesitzern in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Studien konnten bereits zeigen, dass der Kontakt und die Kommunikation zwischen Mensch und Tier positive Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen erzielen können, wobei diese sich nicht nur auf der körperlichen Ebene, sondern auch auf psychischer und sozialer Ebene manifestieren können.

In dieser Studie sollte herausgefunden werden, ob die Beziehung zwischen Mensch und Tier positive Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen hat und diese sich in einer besseren Lebensqualität widerspiegeln.

Dies wurde anhand zweier verschiedener Tests, dem SF 12 und dem WHOQOL-Bref, erprobt, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen. Des Weiteren wurden Informationen soziodemographischer Art, gesundheitliche Aspekte sowie Informationen über etwaige Haustiere über diesen Fragebogen gesammelt. Der Fragebogen wurde insgesamt 230 älteren Personen (ab ca. 60 Jahren) ausgehändigt. Die Studienteilnehmer wurden zufällig im öffentlichen Raum angesprochen. 166 Datensätze konnten mittels SPSS 17 verarbeitet werden. Der Untersuchungsgruppe, derzeitige Tierbesitzer (N=80), wurde eine Kontrollgruppe (N=86) als auch die Normstichproben alters- und geschlechtsspezifisch gegenüber gestellt. Des Weiteren wurden Einflussfaktoren untersucht.

Die Untersuchungsgruppe gab insgesamt eine sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität an, die im Vergleich zu den Werten der Normstichprobe SF 12, bei der Altersklasse I (unter 70 Jahren) in der physischen Summenskala signifikant besser war. In der Altersklasse II (über 70 Jahren) konnte in Bezug auf die psychische Summenskala ein signifikant besserer Wert gegenüber der Normstichprobe festgestellt werden. Auch in Bezug auf die Normstichprobe des WHOQOL-Bref zeigte die Stichprobe eine signifikant bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität in vielen Dimensionen auf. Wie erwartet, nimmt die Lebensqualität mit dem Alter der Probanden ab. Ausnahmen hierbei sind die Dimensionen „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“. Der Vergleich zwischen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zeigte keine signifikanten Unterschiede auf. Demnach ist es in dieser Studie nicht möglich, den

positiven Effekt der Mensch-Tier-Beziehung anhand einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu messen. Ein Unterschied zwischen Hundesbesitzern und anderen Tierbesitzern konnte hingegen in Bezug auf die Lebensqualität (SF 12) festgestellt werden. Größter Einflussfaktor auf die Lebensqualität war in dieser Studie eine derzeitige Krankheit bzw. körperliche Beschwerden. Signifikante Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten hier nur in der Dimension „Soziale Beziehungen“ festgestellt werden.

Auch wenn es in dieser Studie nicht möglich war positive Effekte der Mensch-Tier-Beziehung anhand einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu messen, bedeutet dies nicht, dass diese nicht existieren. Da diese Beziehung ein großes Potential in der Therapie und Prävention von Krankheiten und Alterserscheinungen besitzt, sollten weitere Forschungen in diese Richtung angestellt werden.

Diese Diplomarbeit widme ich meiner Familie,
insbesondere meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglicht haben.

Besonderer Dank gilt auch meiner Patentante und meinem Freund,
die mich während der Diplomarbeit tatkräftig unterstützt haben.

Meiner Professorin, Dr. Sylvia Kirchengast,
danke ich für die hervorragende Betreuung.

VORWORT

„Das Älterwerden ist weniger ein Zustand als eine Aufgabe.
Löst man jene, so ist das Alter mindestens ebenso schön wie die Jugend,
und der Tod ist dann kein Ende, sondern Frucht."

(Eugen Diederichs,
nach Noack, Reis-Klingspiegl 1999)

Die Lebenserwartung stieg im letzten Jahrhundert deutlich an, was zu einer Alterung der Gesellschaft führte. In Europa leben Menschen derzeit im Durchschnitt um acht bis neun Jahre länger als vor etwa 50 Jahren. Allein in Österreich war im Jahr 2008 der Bevölkerungsanteil an Menschen über 60 Jahren höher als 20 Prozent und Prognosen zeigen kein Ende dieses Trends auf (Statistik Austria 2009).

Altwerden wird von vielen in der Gesellschaft mit Degeneration oder Defizit assoziiert. Abbau im körperlichen als auch im psychischen oder sozialen Bereich wird häufig gleichgesetzt mit Krankheit und Gebrechen in diesem Lebensabschnitt. Dieses Bild des Alterns stellt die Gesellschaft vor eine große Herausforderung. Herausforderungen, die sich vor allem mit der Betreuung alter Menschen im Bereich des Gesundheitssystems beschäftigen (vgl. Noack 1999, Schade 2007).

Dass das Altern aber nicht unbedingt mit Krankheit oder Behinderungen einhergehen muss, zeigen viele Menschen, die aufgrund verbesserter Lebensbedingungen nicht nur von einem längeren Leben, sondern auch von einem längeren barrierefreien Leben profitieren. Dieses Ziel, Altwerden in Gesundheit und Unabhängigkeit, kann aber nur dann erreicht werden, wenn sowohl die Gesellschaft als auch das Individuum Weichen in diese Richtung setzten. Besserer Lebensstil und Präventionsmaßnahmen im Gesundheitssystem sollen dazu führen Krankheiten, vor allem chronischer Art, zeitlich gesehen so weit wie möglich hinaus zu zögern und damit so kurz wie möglich zu halten (Fries 1997).

Eine Möglichkeit Gesundheit zu erhalten beziehungsweise diese zu fördern, stellt die Mensch-Tier-Beziehung dar. In der Vergangenheit konnte bereits gezeigt werden, dass

die Beziehung zum Tier unter bestimmten Voraussetzungen Möglichkeiten bietet, Wohlbefinden, Stressreduktion bzw. bessere Gesundheit beim Menschen zu erzielen. So werden Tiere seit geraumer Zeit auch in der Therapie kranker oder behinderter Menschen eingesetzt (vgl. Olbrich 2006, Greiffenhagen 1991).

Warum sollte man diese Möglichkeit positive Wirkungen auf die Gesundheit des Menschen zu erzielen nicht auch präventiv nutzen können? Da ich selbst mit Tieren aufgewachsen bin und überzeugt bin, dass Tiere eine positive Wirkung auf den Menschen haben können, geht diese Arbeit nun dieser Möglichkeit auf den Grund und versucht zu klären, ob eine positive Wirkung auch in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erkennen und zu quantifizieren ist.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT DEUTSCH 3
DANKSAGUNG 5
VORWORT 7
INHALTSVERZEICHNIS 9

I. THEORETISCHER TEIL

1 ALTERN & ALTE MENSCHEN 15
1.1 Demographische Strukturen & Trends 15
1.1.1 Bevölkerungsstrukturen in Österreich 16
1.1.2 Lebenserwartung & Durchschnittsalter 17
1.2 Altern & Alterungsprozesse 18
1.2.1 Altern 19
1.2.2 Alter & Krankheit 20

2 GESUNDHEIT & LEBENSQUALITÄT 21
2.1. Gesundheit 21
2.2. Lebensqualität 23
2.2.1 Entwicklungsphasen der Lebensqualitätsforschung 24

3 MENSCH & TIER 25
3.1. Wissenschaft & Forschung 26
3.1.1 Die Beziehung 26
3.2.2 Tiere & Gesundheit 27

II. EMPIRISCHER TEIL

4 METHODE 31

4.1 Fragestellungen und Hypothesen 31

4.1.1 Unterschiede zwischen Versuchs- u. Kontrollgruppe 31

4.1.2 Unterschiede zwischen Versuchsgruppe und Normstichprobe 32

4.1.3 Altersunterschiede innerhalb der Versuchsgruppe 32

4.1.4 Geschlechtsunterschiede innerhalb der Versuchsgruppe 33

4.1.5 Einflussfaktoren 34

4.1.6 Tierbesitz 34

4.2 Untersuchungsdurchführung 35

4.3 Untersuchungsinstrument – Fragebogen 36

4.3.1 Soziodemographische Faktoren und gesundheitliche Aspekte 36

4.3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 36

4.3.3 WHOQOL-BREF 37

4.3.4 SF 12 38

4.3.5 Mensch-Tier-Beziehung 40

4.4. Statistische Analyse 40

4.4.1 Auswertungsverfahren 40

4.4.2 Soziodemographische Faktoren & Mensch-Tier-Beziehung ... 42

4.4.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 43

4.4.3.1 WHOQOL-BREF 43

4.4.3.2 SF12 44

5 ERGEBNISSE 47

5.1 Beschreibung der Stichprobe 47

5.1.1 Untersuchungsgruppe 47

5.1.1.1 Soziodemographische Faktoren 47

5.1.1.2 Gesundheitliche Aspekte 50

5.1.2 Kontrollgruppe 53

5.1.2.1 Soziodemographische Faktoren 53

5.1.2.2 Gesundheitliche Aspekte 56

5.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 58

5.2.1 Untersuchungsgruppe 58

5.2.1.1 Allgemein 58

5.2.1.2 Unterschiede nach Geschlecht 59

5.2.1.3 Alters- u. Geschlechtsspezifisch 59

5.2.2 Kontrollgruppe 61

5.2.2.1 nach Altersklassen und Geschlecht 61

5.2.3 Vergleich Untersuchungsgruppe mit Kontrollgruppe 62

5.2.4 Unterschiede in der Lebensqualität hinsichtlich ..... der Normstichprobe 63

5.2.5 Einflussfaktoren bezüglich der Lebensqualität 64

5.3 Mensch-Tier-Beziehung 68

5.3.1 Haustiere und Präferenzen 68

5.3.2 Rollenfunktion der Tiere 68

5.3.3 Fällt Ihnen Ihr Haustier zur Last? 69

5.3.4 Unternehmen Sie durch Ihr Haustier mehr als üblich? 70

5.3.5 Warum haben Sie kein Haustier? 70

5.3.6 Unterschied zwischen Hundebesitzern und anderen Tierbesitz 72

6 DISKUSSION 73

6.1 Lebensqualität 73

6.2 Soziodemographische Faktoren, Gesundheitliche Aspekte & Tierbesitz 75

6.3 Methodische Probleme 77

7 LITERATURVERZEICHNIS 81

ANHANG

FRAGEBOGEN 87

FACETTEN & DIMENSIONEN DES WHOQOL-BREF 97

VERGLEICHSWERTE DER NORMSTICHPROBEN 101

ABSTRACT Deutsch 103

ABSTRACT Englisch 105

CURRICULUM VITAE 107

I. THEORETISCHER TEIL

1 ALTERN & ALTE MENSCHEN

1.1 Demographische Strukturen und Trends

In den Industrieländer spricht man vom „Demographischen Altern der Gesellschaft“ so auch in der Europäischen Union und in Österreich. Das größte Altern wird in Zukunft jedoch nicht in den Industrieländern, sondern in den Entwicklungsländern stattfinden. Dort geht man von einem Anstieg von 200 bis 400 Prozent in den nächsten 30 Jahren aus. In den Industrieländern hingegen setzte das Altern der Gesellschaft bereits um 1900 ein. Seit dem stieg die Lebenserwartung stetig an. Europäer werden heute im Durchschnitt um etwa acht bis neun Jahre älter als in den 1960er Jahren und der Trend hält an (WHO 2000).

Es werden immer mehr Menschen in großen Teilen der Welt älter und dies führt unweigerlich zu strukturellen Veränderungen in der Bevölkerung, wobei der Trend zu einem immer größeren Anteil alter Menschen, aber vor allem auch an Hochbetagten geht (vgl. Statistik Austria 2009)

Das Bevölkerungswachstum und damit auch Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur werden prinzipiell durch die Anzahl an Geburten, Sterbefällen und Migrationen reguliert, welche wiederum abhängig von anderen Faktoren sind. Vor allem bessere Lebensbedingungen in ökonomischen und ökologischen und vor allem in medizinischen Bereichen, von denen immer mehr Menschen profitieren, führen zu diesen Veränderungen. In der europäischen Bevölkerung bzw. in Industrienationen werden im Durchschnitt immer weniger Kinder geboren, was durchaus eine Antwort auf bessere und längere Bildungssysteme darstellt. Karriere und Bildung nahmen aufgrund neuer Möglichkeiten, einen höheren Stellenwert ein und Familie und Kinder werden weiter nach hinten in der Lebensplanung gerückt. Die Reproduktionspanne der Frauen verkürzt sich dadurch und es kommt zu weniger Geburten pro Frau (1,41 Kinder pro Frau werden in Österreich geboren; (Statistik Austria 2009, Stand 2008)). Dies begünstigt ebenso eine Verschiebung in Richtung eines größeren Anteils alter Menschen.

1.1.1 Bevölkerungsstruktur in Österreich

Anfang des Jahres 2009 zählte die Statistik Austria 8.355.260 in Österreich lebende Menschen. Gegenüber dem Jahr 2000 konnte ein Wachstum von etwa 3 bis 4 % verzeichnet werden, was großteils Migrationen zugesprochen wird.
Was die Bevölkerungszusammensetzung betrifft, so setzt sich diese im Jahr 2008 aus

- 15,2 % unter 15-Jährige,
- 62,2 % im Erwerbsfähigen Alter (15 – 59-Jährige) und
- 22,6 % in einem Alter ab 60 Jahren

zusammen.

Das Geschlechterverhältnis betreffend kommen geringfügig weniger Frauen auf Männer in Österreich (949 Frauen auf 1000 Männer). Diese Geschlechterproportion ändert sich jedoch mit dem Alter. Der Anteil an Frauen steigt mit steigender Altersproportion. Als Ursache werden immer noch die Nachwirkungen des II. Weltkrieges (mehr Männer sind im Krieg gefallen) diskutiert. Dieser Einfluss verliert jedoch immer mehr an Bedeutung (vgl. Statistik Austria 2009). Ein wesentlicher Grund dafür ist das Phänomen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Lebenserwartungen aufweisen, wobei Frauen älter als Männer werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Alterns oder der Langlebigkeit existieren nicht nur beim Menschen und Gründe dafür werden laufend untersucht (Austad 2006).

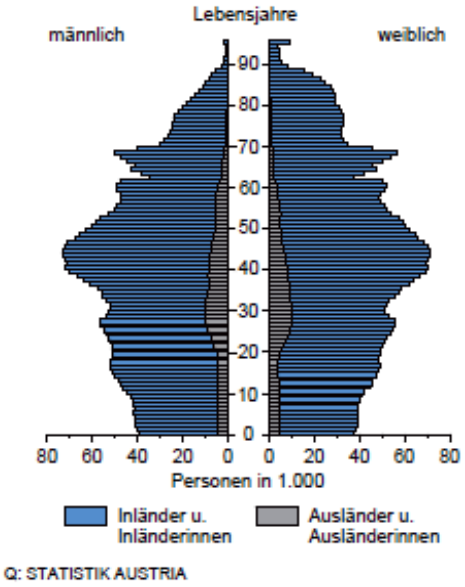


Abb.1) Geschlechterproportion der österreichischen Bevölkerung 2008
(Quelle: Statistik Austria)

1.1.2 Lebenserwartung & Durchschnittsalter

Die Lebenserwartung bei Geburt liegt derzeit im Durchschnitt bei 77,62 Jahren bei einem Jungen und bei 82,97 Jahren bei Mädchen. Die Lebenserwartung erhöhte sich damit seit 1970 für Männer um insgesamt 11,2 Jahre und für Frauen um 9,6 Jahre in Österreich. Das Durchschnittsalter liegt derzeit bei 41,1 Jahren, hat sich seit 1970 um 5 Jahre erhöht, und wird voraussichtlich bis 2050 wieder um 5,8 Jahre auf 46, 9 Jahre, ansteigen (Statistik Austria 2009).

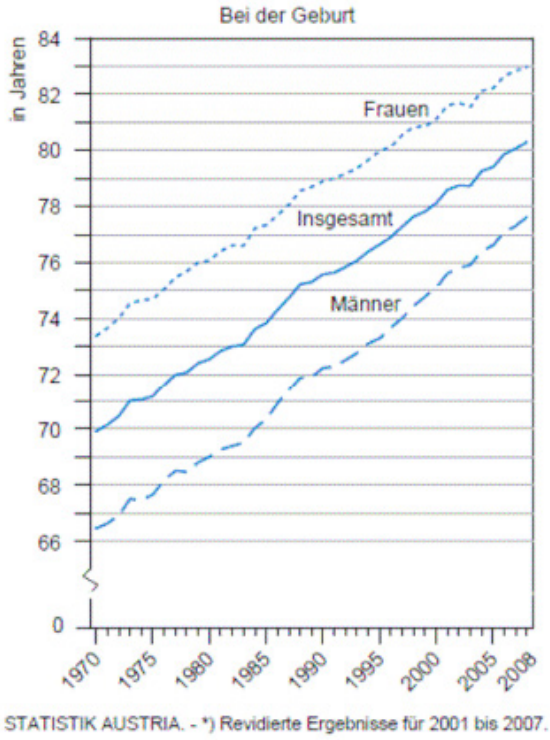


Abb. 2) Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren
Quelle: Statistik Austria

Nach den Prognosen der Statistik Austria wird die österreichische Bevölkerung auch noch in Zukunft wachsen. Im Jahr 2050 wird die Einwohnerzahl ca. 9,5 Millionen betragen. Was die Altersstruktur betrifft, so rechnet man damit, dass die Bevölkerung über 60 Jahren zahlen- und anteilsmäßig sehr stark steigen wird. Bis jetzt war jeder fünfte Österreicher über 60 Jahre alt, bereits 2020 wird es bereits jeder Vierte sein.
Sehr kräftig wird die Gruppe der „jungen Alten“ zwischen 65 und 79 Jahren anwachsen. Bereits 2010 wird es mit 1,07 Mio. um 2 % mehr jüngere Alte geben als 2008. Bis zum Jahr 2030 steigt ihre Zahl um 45 % gegenüber 2008 an.

Die betagten und hochbetagten Personen (Altersgruppe 80 Jahre und mehr) werden im Prognosezeitraum langfristig die stärksten zahlenmäßigen Zuwächse erfahren. Bereits im Jahr 2010 werden in Österreich um 4% mehr über 80-jährige Personen leben als 2008 und im Jahr 2030 sollte die Zahl der Betagten und Hochbetagten mit 631.000 bereits um knapp zwei Drittel größer sein als 2008. Im Vergleich dazu: 1975 war die Zahl der über 80-jährigen Bevölkerung noch weniger als halb so groß wie im Jahr 2008.

Gerade durch diese relativ junge Entwicklung steht die Gesellschaft vor einer neuen Herausforderung. Fragen der Versorgung sowie der medizinischen Betreuung dieser Bevölkerungsgruppe vor allem was die Finanzierung betrifft, werden aktuell immer wieder diskutiert. „Die Nachfrage nach allen Arten von Altenbetreuungseinrichtungen und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sind stark von der demographischen Entwicklung dieser Gruppe abhängig.“ (Statistik Austria 2007)

1.2 Altern und Alterungsprozesse

Tatsache ist, dass heute Menschen immer älter werden beziehungsweise immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen. Wie alt der Mensch werden kann, wird einerseits genetisch bestimmt - man schätzt circa ein Fünftel bis ein Drittel der Varianz der Lebensspanne - andererseits durch die Umweltbedingungen, denen er ausgesetzt ist (Ricklefs, Finch 2005).
Die Umweltbedingungen haben sich in den letzten Jahren in vielen Teilen der Welt geändert. So kam es zu erheblichen Verbesserungen in sozialen, wirtschaftlichen und medizinischen Bereichen, was zu einer höheren Lebenserwartung führte. Die Lebenserwartung hat sich in den letzten hundert Jahren in den Industrieländern nahezu verdoppelt (WHO 2000).

Grundsätzlich sollte das Altern der Bevölkerung als eine Errungenschaft angesehen werden, da diese Veränderung auf einer Verbesserung basiert und dennoch geht man

skeptisch damit um, was wahrscheinlich daran liegen mag, dass man vor einer Herausforderung steht, die nie zuvor da gewesen ist.

1.2.1 Altern

> *Altern und Tod sind natürliche Konsequenzen des Lebens und stellen für die Biowissenschaften gerade deshalb ein großes Rätsel dar.* *(Ricklefs, Finch 1995)*

Mit den Begriffen *Altern* und *Seneszenz* bezeichnet man einen extrem weiten Bereich von Phänomenen, die sich auf Lebewesen, angefangen von der molekularen Ebene bis hin zu Populationen von Organismen, auswirken. Altern soll verdeutlichen, dass sich mit der Zeit bzw. dem Alter etwas verändert und der Begriff Seneszenz beschreibt spezifische Funktionsverluste. Wissenschaftlich betrachtet, tritt der Alterungsprozess bereits bei der Geburt ein und endet mit dem Tod (vgl. Ricklefs, Finch 1995).

Wir verstehen unter dem Alterungsprozess meist negative Veränderungen, die die Lebensfähigkeit des Individuums verschlechtern. Die biologische oder biomedizinische Defizittheorie des Alterns geht in diese Richtung. Nach der Defizittheorie verringern sich mit zunehmendem Alter vor allem die physische und psychische Leistung des Menschen, aber auch in sozialen Bereichen (vgl. Noack 1999, Schade 2007).
Das Bild des physiologischen Defizits setzte sich seit dem 19. Jahrhundert durch. Das menschliche Alter wurde als Phase des Abbaus und der Rückbildung betrachtet nicht zuletzt aufgrund Darwins Theorie von der Entstehung der Arten - in der die Fortpflanzung als das Ziel der menschlichen Entwicklung galt - und der immer mehr vorherrschenden biologischen Betrachtungsweise. Leistung und Alter sind bis zum Ende des 19. Jahrhunderts eng miteinander verbunden (Jenny 1996).
Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die biologische Sichtweise von einer psychischen abgelöst. Das Alter wurde zum „gesellschaftlich normierten Lebensabschnitt wirtschaftlicher, sozialer und intellektueller Ausgrenzung“ (Jenny, 1996).

Erst seit der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Sichtweise die Abbauprozesse in den Vordergrund rückte immer mehr in Frage gestellt und die Wissenschaft orientierte sich in eine andere Richtung. Potentiale des Alterns wurden seit dem erforscht.
Neue Konzepte, die diesen Lebensabschnitt optimieren sollten, werden nun entwickelt. Erfolgreiches bzw. gesundes Altern sind die Begriffe die zurzeit verwendet werden und

bedeuten im weitesten Sinn nichts anderes als mit den altersbedingten Veränderungen, biologischer, sozialer und psychologischer Art umgehen zu können. Baltes et al, 1989 steht dem Begriff des „erfolgreichen Alterns“ skeptisch gegenüber und bezeichnet ihn weniger als gelungene Integration von Alternsveränderungen, sondern eher als eine Anpassung älterer an das vorherrschende Jugendideal.
Prinzipiell ist das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ schwierig umzusetzen, da der Alterungsprozess ganz unterschiedlich stattfindet und es so keine verbindlichen Kriterien gibt an denen es sich messen lässt. (Buser, Kaul-Hecker 2003)

1.2.2 Alter & Krankheit

Hat der Mensch ein hohes Alter erreicht, wird häufig von Multimorbidität gesprochen, was bedeutet, dass es meist zum Auftreten mehrerer, heute meist chronischer Krankheiten gleichzeitig kommt, welche sich wechselseitig beeinflussen und zu Funktionsverlusten führen (Zeyfang et al 2007).
Die Krankheitsformen haben sich jedoch im Laufe der Zeit verändert. Infektionskrankheiten, an denen Anfang des 20. Jahrhunderts noch die meisten Menschen litten und auch größten Teils verstorben sind, wurden zurückgedrängt und von degenerativen und chronischen Erkrankungen abgelöst (Schmied 1984). Heute stellen Herz- und Kreislaufbeschwerden beziehungsweise bösartige Neubildungen zwei Drittel aller Todesursachen dar (Buser, Kaul-Hecker 2003).

Eine verlängerte Lebensspanne allein ist aber nicht erstrebenswert, es geht viel mehr um qualitatives Leben ohne Krankheit und Gebrechlichkeit. Diese gilt es zu vermeiden und so lange wie möglich gesund zu bleiben (vgl. Walter 2001). Der Organismus schafft dies durch eine Art Selbstregulation, der Homöostase, wobei das innere Milieu des Menschen aufrechterhalten wird und auf Veränderungen adäquat reagiert um das Gleichgewicht wiederherzustellen. Aufgrund der Abnahme funktioneller Kapazitäten einzelner Organsysteme mit dem Alter wird es zunehmend schwieriger das innere Milieu aufrecht zu erhalten und Menschen werden krank.
Biologische bzw. physiologische Abnützungen durch den Alterungsprozess betreffen vor allem das Herz-Kreislaufsystem, den Stütz- und Bewegungsapparat, das Immunsystem sowie das zentrale Nervensystem. So treten etwa bei 50 % aller 90ig-

jährigen Menschen ein Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und eine Degenerierung von Nervenzellen in bestimmten Partien auf. Ebenso steigt die Inzidenz von Tumoren und Stoffwechselerkrankungen an (vgl. Ricklefs, Finch 1995).

Anfang der Achtziger Jahre konzipierte man das theoretische Modell der „Kompression der Morbidität“ (Fries, 1983). Grundsätzlich geht man aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der damit verbundenen größeren Lebensspanne davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit krank zu werden als auch der Zeitraum in dem man krank ist, ansteigen wird. Das Ziel des Modells der Kompression der Morbidität ist es, diese Spanne der Krankheit so klein wie möglich zu halten und so weit wie möglich hinaus zu schieben (vgl. Walter 2001). In einer Studie, die auf Daten der Mikrozensuserhebungen aus Österreich zwischen 1978 und 1998 basierte und vom Institut für Demographie der Akademie der Wissenschaften durchgeführt wurde, zeigte sich, dass der Anteil jener älterer Menschen, die ihren Gesundheitszustand als "schlecht" oder "sehr schlecht" einschätzen, deutlich geringer ausfällt als erwartet. Dies führte gemeinsam mit dem Rückgang der Sterbeberaten zu einem signifikanten Zuwachs der Zahl und des Anteils von in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahren und zu einem Rückgang der Zahl und des Anteils von in schlechter Gesundheit verbrachten Lebensjahren. Dies zeigt, dass das Modell der Kompression der Morbidität durchaus zutreffend ist und man nicht grundsätzlich von einer Ausdehnung der Morbidität ausgehen muss. (vgl. Walter 2001)

2 GESUNDHEIT & LEBENSQUALITÄT

2.1 Gesundheit

Gesundheit spielt nicht nur im Leben eines jeden Menschen eine bedeutende Rolle, sondern auch aus Sicht der Gesellschaft. Sie stellt für vieles im Leben eine Voraussetzung dar und beeinflusst so viele Teile des Lebens eines Individuums aber auch im gesellschaftlichen System.

Der Begriff „Gesundheit“ wird universell verwendet, doch wird er von jedem gleich verstanden? Schon alleine die Definition von Gesundheit stellt keine leichte Aufgabe dar, so wird sie von vielen bloß als das Gegenteil von Krankheit gesehen oder durch die Abwesenheit von Krankheit definiert. Dass Gesundheit nicht nur aus diesem Blickwinkel definiert werden muss, zeigt die WHO (1946) (zitiert nach Buser, Kaul-Hecker (2003):

> *„Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“*

> *„Gesundheit ist ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit.“*

Eine andere Definition für Gesundheit lautet:

> *"Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn sich diese Person in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet." (Hurrelmann, 1990)*

Was diese beiden Definitionen gemeinsam haben, sind verschiedene Ebenen oder Dimensionen, die fokussiert werden. Nicht allein die physische Ebene, die lange Zeit gereicht hat um den Gesundheitszustand zu definieren, auch die psychische und soziale Dimension des Menschen werden miteinbezogen und müssen sich in einem Zustand des Gleichgewichts befinden. Wohlbefinden wird hier von der WHO verwendet und Hurrelmann verweist auf die Übereinstimmung zwischen Möglichkeit und Zielvorstellung. Ein weiterer Aspekt der hierbei aufgegriffen wird, ist jener, dass Gesundheit nicht nur objektiv bewertet werden kann. Hier spielt die subjektive Bewertung, wie sieht die Person selbst ihre Gesundheit, eine wesentliche Rolle.

2.2 Lebensqualität

Der Begriff *Lebensqualität* ist historisch gesehen sehr alt und wurde bereits von Aristoteles verwendet. Er legte dar, dass Glück sich aus tugendhaftem Wirken der Seele herleitet und zu einem guten Leben führt (vgl. King & Hinds, 2001).

Seit Jahrzehnten nun beschäftigten sich Wissenschaftler aus diversen Fachrichtungen (Sozialwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften, Gesundheitswissenschaften, etc.) mit der Lebensqualität, konkreter wurde es erst in den 1960er Jahren. Durch das Interesse aus den vielen unterschiedlichen Disziplinen kam es zur Entstehung verschiedener Ansätze. Die Begrifflichkeit Lebensqualität hat sich daher mit der Zeit stark gewandelt (Cooley, 1998). So waren am Anfang vor allem soziale und ökonomische Indikatoren, wie Einkommen und materielle Sicherheit von Bedeutung. Heute wird eher auf subjektive Indikatoren wertgelegt (vgl. Schumacher et al 2003).

Heute wird unter gesundheitsbezogener Lebensqualität vielfach die subjektive Bewertung der einzelnen Personen, die Art und Weise wie Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, verstanden (vgl. Bullinger 1998). Dies zeigt auch die Definition der WHO (WHOQOL-Group, 1994; zitiert nach Angermeyer et al 2002), die Lebensqualität folgendermaßen definiert:

> *„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über Ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Die Lebensqualität wird beeinflusst durch die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen sowie durch ökologische Umweltmerkmale."*

In seine Bestandteile zerlegt, werden ebenso wie in der Definition von Gesundheit verschiedene Dimensionen angesprochen. Es handelt sich um ein Konstrukt, das physische, psychische und soziale sowie ökologische Aspekte enthält. Auch der

subjektive Ansatz und die Vereinbarkeit von Vorstellung und Realität werden wieder erwähnt. Neue Faktoren sind die Unabhängigkeit als auch ökologische Umweltmerkmale. Auch eine kulturelle und ökologische Komponente, werden nicht außer Acht gelassen.

In der Vergangenheit gab es nicht nur Probleme hinsichtlich einer adäquaten und einheitlichen Definition von Lebensqualität auch die Frage der Operationalisierung stellte sich, da es sich bei der Lebensqualität um ein Konstrukt handelt, dass eigentlich nur indirekt erschlossen werden kann. (Renneberg, Lippke 2006)

2.2.1 Entwicklungsphasen der Lebensqualitätsforschung nach Bullinger (1997)

1. Phase

Die erste Phase findet Anfang bis Mitte der 1970er Jahre statt und ist gekennzeichnet durch eine Fülle philosophischer Arbeiten zur Frage, was Lebensqualität sei und wie diese zu messen ist.

2. Phase

Anfang der 80er Jahre gewann die konkrete Messung der Lebensqualität mit verstärkter Entwicklung von Messinstrumenten an Bedeutung.

3. Phase

Mit Beginn der 90er Jahre steht die Anwendung der Messinstrumente im Vordergrund, d.h. die Einbeziehung von Lebensqualitätsmessinstrumenten in verschiedene Typen klinischer Studien.

Heute stellt Lebensqualität ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung von Gesundheit dar und dient unter anderem als Evaluationsparameter in der Bewertung von Therapien bzw. Behandlungsmaßnahmen (vgl. Bullinger 1998, Schuhmacher 2003). Dies stellt ein Ziel der Lebensqualitätsforschung dar. Die Ergebnisse sollen für gesundheitspolitische Planungen verwendet werden und sind deshalb von großem gesundheitsökonomischem Interesse für die Gesundheitsforschung, die Politik oder auch für Ärzte und Krankenkassen. (Bullinger 1997, 1998)

3 MENSCH &TIER

Im Laufe der Entwicklung des Menschen waren Tiere immer allgegenwärtig und haben uns in unserer Evolution begleitet. Seither haben sich unterschiedliche Formen von Beziehungen zwischen Mensch und Tier herausgeformt, von denen man über Jahrtausende hinweg Erfahrungen mitgenommen hat und die heute noch immer Basis für die Beziehung und Bindung zwischen Mensch und Tier darstellt (vgl. Otterstedt 2001, Olbrich 2003, Hegedusch 2001).

Beziehungen zum Tier werden von Menschen nicht immer bewusst wahrgenommen, dazu zählen wahrscheinlich Formen des Parasitismus oder aber auch die Jagd. Tiere dienten in unserer Vergangenheit aber nicht ausschließlich dem materiellen Nutzen, wie zum Beispiel der Nahrungsmittelgewinnung, sie hatten auch symbolischen und emotionalen Charakter (vgl. Klare 2003). So fanden Tiere in den verschiedensten Religionen der Menschen einen Platz und ihre Bedeutung.

Mit der Domestikation änderte sich wahrscheinlich auch die Beziehung des Menschen zum Tier. Diese konnte intensiviert werden.

Domestikation ist ein innerartlicher Veränderungsprozess von Wildtieren bei dem diese über Generationen hinweg genetisch isoliert von der Wildform vom Menschen gehalten werden.

Domestiziert ist ein Tier dann, wenn es in Gefangenschaft für die Zwecke eines wirtschaftlichen Nutzens für den Menschen gehalten wird, und dieser Gewalt hat über die Züchtung, Organisation des Territoriums und Ernährung des Tieres. (Wikipedia; vgl. Klare 2003; Olbrich 2006)

In Vorderasien wurde bereits 8000 v. Chr. damit begonnen Schaf, Schwein oder Ziege zu domestizieren, Rind und Pferd ab 6000 bzw. 4000 v.Chr. Der Hund, der als ältester Begleiter des Menschen gilt, wurde bereits vor ca. 14.000 Jahren domestiziert (vgl. Klare 2003, Olbrich 2006). Der Mensch übernahm dabei die Obhut des Tieres und hatte somit auch die Möglichkeit durch den ständigen Kontakt zum Tier die Beziehung zu intensivieren. Der Kontakt mit Tieren ändert aber nicht nur den Menschen in seinem

Verhalten, sondern auch das Tier wird in seinem Verhalten mitprägt und verändert (Bergler 1994).

3.1 Wissenschaft & Forschung

3.1.1 Die Beziehung

Die Anthrozoologie ist eine relativ junge Disziplin, die sich aus verschiedenen Wissenschaftsrichtungen zusammensetzt und die Mensch-Tier-Beziehung erforscht. Dadurch wird diese Beziehung, deren Basis und Möglichkeiten, von verschiedenen Winkeln aus betrachtet, was ein komplexeres, umfangreicheres Bild ermöglicht.
Worauf die Bindung zwischen Mensch und Tier basiert, ist nach wie vor nicht ganz eindeutig. Es gibt unterschiedliche Erklärungsansätze aus verschiedenen Disziplinen, die versuchen dieser Beziehung auf den Grund zu gehen.
Dobzhansky (1973) schrieb in einer seiner Arbeiten, dass nichts in der Biologie Sinn mache, außer im Licht der Evolution und so wurde auch ein evolutionstheoretischen Ansatz entwickelt, der versucht die Mensch-Tier-Beziehung zu erklären, die Biophilie Hypothese (vgl. Herzog 2002).
Wilson (1984) postulierte mit seiner Biophilie Hypothese, dass es ein allgemeines, angeborenes Interesse am Leben und lebensähnlichen Prozessen gibt. Dies zeigt sich auch in diversen Studien, die bestimmte Effekte von Landschaften, Pflanzen oder Tieren auf den Menschen festgestellt haben. Kellert (1997) geht einen Schritt weiter und denkt, dass die psychische, emotionale Hinwendung zum Leben für die gesunde Entwicklung des Menschen große Bedeutung hat und zum Nutzen des Informationsgewinnes steht. Menschen können daher aus der Natur Informationen ableiten, was auch einen wahrscheinlichen Grund darstellt, weswegen sich Menschen in Gegenwart von ruhigen, ungestörten Tieren entspannen können. Neben dem evolutionstheoretischen Ansatz existieren noch psychologische Ansätze, die sich mit dem Unterbewusstsein des Menschen beschäftigen (vgl. Hegedusch 2007).
Greiffenhagen (1991) geht von der Basis einer Du-Evidenz aus, was bedeutet, dass Menschen und höhere Tiere miteinander Beziehungen eingehen können, die denen zwischen Menschen bzw. zwischen Tieren ähnlich sind. Cobb (1976) geht von einer sozialen Unterstützungsfunktion aus, die vor allem in Krisenzeiten wichtig ist und auch vom Tier erfüllt werden kann. Die Unterstützung kann von emotionaler Unterstützung bis hin zur praktischen Unterstützung jegliche Formen annehmen. Sie wirken sich

positiv auf die Ebenen von Gesundheit aus und dienen unter anderem in Krisenzeiten als Puffer und Schutz vor Krankheiten. (Beck et al 2003)

3.2.2 Tiere & Gesundheit

Auch wenn Tiere bereits sehr früh zur Besserung des menschlichen Wohlbefindens eingesetzt wurden, wie zum Beispiel in den USA während des 2. Weltkrieges (Greiffenhagen 1991), fand meist keine ausreichende wissenschaftliche Dokumentation über den Einsatz und Erfolg statt. Erst im Jahre 1961 wurde damit begonnen wissenschaftlich zu arbeiten. Levinson Boris, Therapeut, bemerkte, dass sein eigener Hund, einen positiven Effekt auf einen sozial, gestörten Jungen während der Therapie ausübte. Er beschäftigte sich erstmals wissenschaftlich mit diesem Phänomen und publizierte seine Ergebnisse (Olbrich 2006).

Wissenschaftliche Studien zeigten seitdem immer häufiger, dass der Kontakt und die Kommunikation mit Tieren einen positiven Effekt auf die Genesung von kranken Menschen haben können. Dies wird auch in den letzten Jahren für Therapien genutzt. Greiffenhagen (1991) zählt die Nutzung des Tieres in der Therapie im weitesten Sinn zur Domestikation und glaubt, sie stellt wahrscheinlich überhaupt die intensivste Stufe davon dar. Sie betont aber auch, dass Tiere nicht nur zu bestimmten Funktionen und Zwecken abgerichtet oder gehalten werden sollen, sondern durch ihre bloße Existenz selbst hilfreich sind oder sein sollen. Was für die allgemeine Therapie eine Voraussetzung darstellt, so Olbrich (2006) ist die Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Sie spielt die entscheidende Rolle um zu einem Erfolg zu führen. Die Qualität von Beziehungen wird mit Begriffen wie empathische Resonanz, gegenseitige Bestätigung, Engagement und Globalität ihrer Qualität beschrieben (Olbrich 2006). Die wichtigste Voraussetzung für eine tiergestützte Therapie ist die Bereitschaft des Menschen eine Beziehung zum Tier zuzulassen und aufzubauen und mit dem Tier zu kommunizieren. Dabei wird oft vergessen, dass auch das Tier eine Bereitschaft zeigen muss und durch die Situation nicht überfordert werden sollte. Auch die Kommunikation stellt eine wichtige Voraussetzung dar. Da die Kommunikation auf analogem Weg stattfindet, vor allem taktil und olfaktorisch, kommt dies auch Menschen zu Gute, die nicht mehr in der Lage sind zu sprechen oder das Sprechen nie erlernt haben zum Beispiel sehr alte Menschen oder behinderte Menschen (vgl. Olbrich 2006, Otterstedt 2003). Dass das Tier nicht bewertet, hilft diesen Menschen ebenfalls.

II. EMPIRISCHER TEIL

4 METHODE

Mit dieser Arbeit soll die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen untersucht werden, vor allem soll eruiert werden, ob es einen positiven Einfluss von Mensch-Tier-Beziehungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen gibt und dieser sich in einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität gegenüber einer Kontrollgruppe äußert.
Folgende Fragen stellten sich im Rahmen dieser Arbeit, aus denen folglich die Hypothesen abgeleitet wurden.

4.1 Fragestellungen und Hypothesen

- Wie bewerten ältere Menschen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität?
- Gibt es einen Geschlechtsunterschied bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?
- Gibt es Einflussfaktoren, welche sind es?
- Können Mensch-Tier-Beziehungen die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen beeinflussen, vielleicht sogar optimieren? Wenn ja, auf welche Ebenen wirken sie sich aus?
- Welche Rolle spielt das Tier für den Besitzer und steht dies in Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität? Gibt es einen Unterschied zwischen Hundebesitzern und anderen Tierbesitzern?

Folgende Hypothesen wurden gebildet betreffend:

4.1.1 Unterschiede zwischen Versuchs- u. Kontrollgruppe

1a) H0) Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen (mit Haustieren/ohne Haustieren) bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

H1) Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

1b) H0) Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

H1) Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

1c) H0) Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

H1) Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

4.1.2 Unterschiede zwischen Versuchsgruppe und Normstichprobe

2a) H0) Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

H1) Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

2b) H0) Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

H1) Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

2c) H0) Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

H1) Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

4.1.3 Altersunterschiede innerhalb der Versuchsgruppe

3a) H0) Es gibt keine Altersunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

H1) Es gibt Altersunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

3b) H0) Es gibt keine Altersunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

H1) Es gibt Altersunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

3c) H0) Es gibt keine Altersunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

H1) Es gibt Altersunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

4.1.4 Geschlechtsunterschiede innerhalb der Versuchsgruppe

4a) H0) Es gibt keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

H1) Es gibt Geschlechtsunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der physischen Ebene.

4b) H0) Es gibt keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

H1) Es gibt Geschlechtsunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der psychischen Ebene.

4c) H0) Es gibt keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

H1) Es gibt Geschlechtsunterschiede bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der sozialen Ebene.

4.1.5 Einflussfaktoren

5) H0) Es gibt keine Einflussfaktoren bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.
   H1) Es gibt Einflussfaktoren bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

4.1.6 Tierbesitz

6) H0) Es gibt keinen Unterschied zwischen Hundebesitzern und anderen Tierbesitzern bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.
   H1) Es gibt einen Unterschied zwischen Hundebesitzern und anderen Tierbesitzern bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

4.2 Untersuchungsdurchführung

Um die Hypothesen überprüfen zu können, wurde ein Fragebogen entwickelt, der im Kapitel Untersuchungsinstrumente detailliert beschrieben wird. Dieser Fragebogen richtete sich speziell an ältere Personen ab einem Alter von circa 60 Jahren.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über einen Monat, von Anfang Februar bis Anfang März 2010. Insgesamt wurden 230 Fragebögen an Frauen und Männer höheren Alters verteilt, wovon 178 Fragebögen bearbeitet werden konnten. 12 mussten wiederum ausgeschlossen, weil ein Großteil der Fragen nicht beantwortet wurde. Die Rücklaufquote der per Post zu retournierenden Fragebögen bewies sich bedauerlicherweise als sehr gering.

Die Befragungen fanden in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und im Burgenland statt. Die Personen wurden zufällig ausgewählt und im öffentlichen Raum wie in Parks und Märkten sowie in öffentlich zugänglichen Pensionistenklubs angesprochen.
Hatten die Personen Zeit so wurden die Fragebögen nach einer kurzen Instruktion vor Ort, meist von der Person selbst, ausgefüllt. Personen, die keine Zeit hatten, wurden gebeten, den Fragebogen zuhause auszufüllen und mit dem frankierten und adressierten Kuvert zurückzusenden oder aber die Personen wurden gebeten, den Fragebogen in einem gewissen Zeitraum auszufüllen und die Fragebögen wurden persönlich wieder abgeholt. Auch hierbei erhielten die Personen eine kurze Anleitung zum Ausfüllen der Fragebögen.

4.3 Untersuchungsinstrument – Fragebogen

Da sich die Arbeit mit älteren Menschen, gesundheitsbezogene Lebensqualität als auch mit Mensch-Tier-Beziehungen beschäftigt, wurde zur Erhebung der Daten ein Fragebogen erarbeitet, der theoretisch in diese 3 Teilbereiche gegliedert werden kann und insgesamt 57 Fragen aufweist.

Zu Anfang des Fragebogens wurden kurz der Grund der Befragung sowie eine kurze Instruktion dargelegt.

4.3.1 Soziodemographische Faktoren und gesundheitliche Aspekte

Dieser Teil sollte allgemeine, soziodemographische Informationen der Person als auch gesundheitliche Aspekte erfassen. So wurden neben dem Geschlecht oder der Ausbildung auch Informationen bezüglich vorhandener Krankheiten, Rauchen oder der Frequenz der Arztbesuche gesammelt. Dieser Teil beinhaltete insgesamt 13 Fragen.

4.3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der zweite Teil beschäftigte sich mit der Erhebung der Informationen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zu welcher bereits eine Vielzahl an diagnostischen Verfahren in der Vergangenheit entwickelt wurden. Aus diesem Grund wurde kein Fragebogen hierfür generiert, sondern auf bereits existente Versionen zurückgegriffen und in den Fragebogen integriert.

Für dieses Forschungsvorhaben boten sich der von der WHO entwickelte Fragebogen WHOQOL-BREF an, der die Kurzversion des WHOQOL-100 darstellt sowie der SF 12, die Kurzversion des SF 36. Beide Instrumente, WHOQOL-BREF als auch der SF 12, dienen der Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wobei diese eine rein subjektive Bewertung der einzelnen Indikatoren durch die Personen selbst darstellt und nur über diese operationalisiert werden können. (vgl. Schumacher, Klaiberg, Brähler 2003)

4.3.3. WHOQOL-BREF

Der WHOQOL-BREF wurde für erwachsene Personen entwickelt. Dieses Instrument kann sowohl bei Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen als auch bei physisch oder psychisch erkrankten Personen angewendet werden, was eine Voraussetzung für meine Forschungsarbeit darstellte, da man aufgrund des Alters der Personen nicht mehr davon ausgehen kann, dass alle „gesund“ sind und chronische Erkrankungen gehäuft im Alter auftreten können.
Für diese Befragung wurde ein Zeitfenster von 4 Wochen gewählt, was bedeutet, dass die Personen die Fragen dahingehend beantworten, wie sie sich innerhalb dieses Zeitraumes gefühlt haben. Dies wurde an den SF 12 angepasst, da auch dieser zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angewendet wurde. Die beiden Teile sollten eine Einheit im Fragebogen bilden.
Der WHOQOL-Bref besteht aus insgesamt 26 Fragen, die einzelnen Domänen zugeordnet werden können. Die WHO unterscheidet insgesamt 4 Domänen aus welchen sich der Globalwert errechnet. Die 4 Dimensionen des Fragebogens basieren auf der Definition der Lebensqualität der WHO, die diese inkludieren (vgl. Angermeyer et al 2000, Schuhmacher et al 2003).

- Physisches Wohlbefinden besteht aus insgesamt 7 Komponenten
- Psychisches Wohlbefinden (6 Komponenten)
- Soziale Beziehungen (3 Komponenten)
- Umwelt (8 Komponenten)

Folgend werden kurz die einzelnen Domänen und die dazugehörenden Facetten dargestellt (Angermeyer et al 2000). Ausführliche Informationen bezüglich der Facetten und deren Definitionen werden im Anhang dargestellt.

Domäne I: Physisch

Schmerz und körperliche Beschwerden
Energie und Erschöpfung
Schlaf und Erholung
Mobilität
Aktivitäten des täglichen Lebens

Abhängigkeit von Medikamenten oder Behandlungen

Arbeitsfähigkeit

Domäne II: Psychisch

Positive Gefühle

Denken, Lernen, Gedächtnis und Konzentration

Selbstachtung

Körperbild und Erscheinung

Negative Gefühle

Religion/Persönliche Anschauungen

Domäne III: Soziale Beziehungen

Persönliche Beziehungen

Praktische soziale Unterstützung

Sexuelle Aktivitäten

Domäne IV: Umwelt

Physische Sicherheit und Schutz

Wohnbedingungen

Finanzielle Mittel

Gesundheits- und Sozialversorgung

Information und Weiterbildung

Erholung und Freizeit

Physisches Umfeld

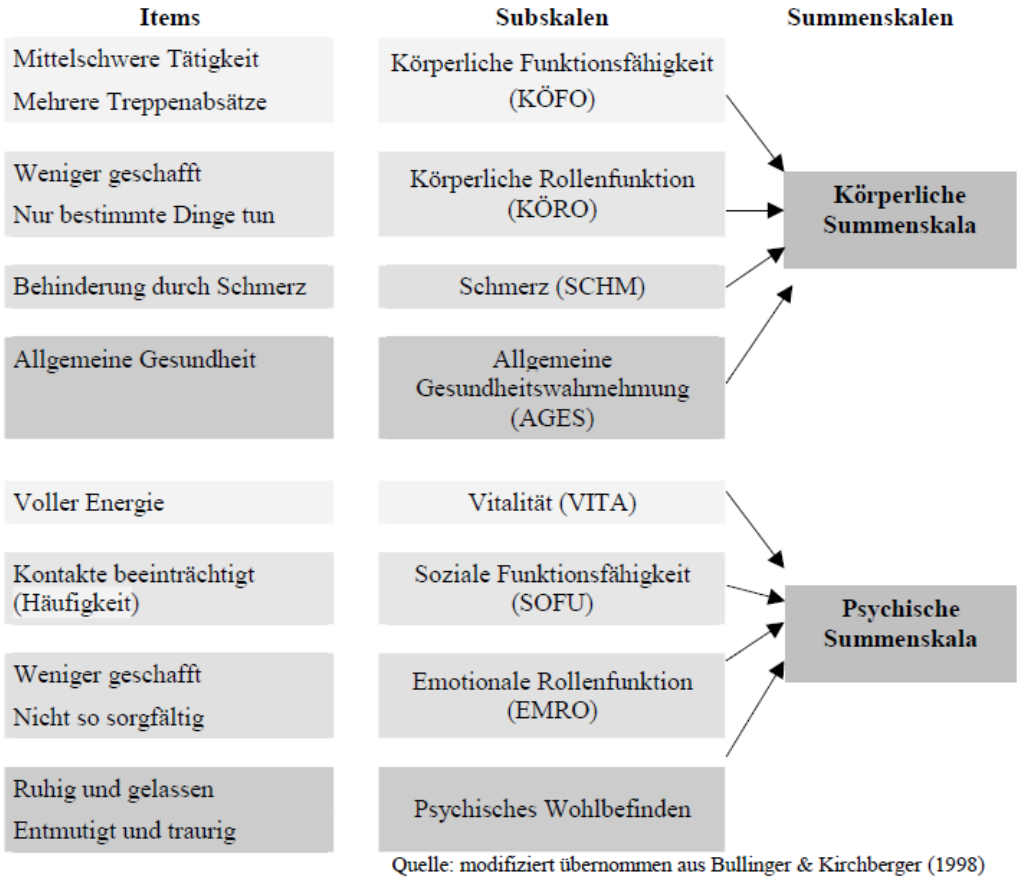
Verkehrsmittel

4.3.4 SF 12

Als weiteres Verfahren, welches sich für diese Arbeit als geeignet erwies, ist der SF 12, der ab einem Alter von 14 Jahren ebenso unabhängig von Gesundheitszustand der Personen angewendet werden kann. Dieser Fragebogen stellt wie der WHOQOL-Bref ein generisches Instrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar (vgl. Schumacher et al 2003, Bullinger 1997).

Es existieren von diesem Fragebogen verschiedene Versionen, wobei der Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit einem Zeitfenster von vier Wochen verwendet wurde.

Der Fragebogen wurde auf Basis des SF 36 im Jahr 1994 entwickelt und besteht aus zwölf Fragen, die sich zu acht Subskalen zusammenfassen lassen. Ziel war es einen kürzeren Fragebogen mit hoher Effizienz zu entwickeln (der körperliche und psychische Faktor sollen 80 – 85 % der Varianz der Skalen des SF 36 aufklären).
Die Itemzahl konnte hier von 36 auf 12 reduziert werden um die acht Dimensionen der Lebensqualität zu erfassen. Hierbei wird unter der körperlichen Funktionsfähigkeit, der körperlichen Rollenfunktion, Schmerz, der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, sozialen Funktionsfähigkeit, der emotionalen Rollenfunktion und dem psychischen Wohlbefinden unterschieden. Diese acht Subskalen lassen sich wiederum in Summenskalen (physische und psychische Summenskala) zusammenfassen. Die Abbildung zeigt, wie sich die Items auf die Dimensionen bzw. Summenskalen verteilen. (Bullinger 1998)



Quelle: modifiziert übernommen aus Bullinger & Kirchberger (1998)

Abb.3) Körperliche und Psychische Summenskala

4.3.5 Mensch-Tier-Beziehung

Der dritte Teil beschäftigte sich mit Mensch-Tier-Beziehungen und beinhaltet 12 Fragen. Hierbei wurde unter anderem eruiert, ob die Person ein Tier besitzt und auch in seiner Kindheit besessen hat. Welche Rolle das Tier für die Person einnimmt und wie die Person die Beziehung zum Tier bewertet.

4.4 Statistische Analyse

Die Auswertung der Fragebögen wurde computergestützt mittels der Software SPSS 17 für Windows durchgeführt. Es wurde eine Maske angefertigt um die Daten aus den Fragebögen zu sammeln. Was den Fragebogenteil „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ betrifft, so ist anzumerken, dass für den WHOQOL-Bref und den SF 12 ein vorgefertigtes Programm zur Berechnung der Domänenwerte bzw. Summenskalen existiert und dieses auch angewendet wurde. Diese Teile wurden in die Datei integriert. Die Auswertung dieser Bereiche wird weiter unten im Text näher erläutert.

4.4.1 Auswertungsverfahren

Bevor statistische Auswertungsverfahren zur Anwendung kommen können, müssen im Voraus einige Punkte geklärt werden (Bühl & Zöfel 2005).

1. Die Variabeln müssen einem Skalenniveau zugeordnet werden. In der unten angeführten Tabelle ist ersichtlich, welche Skalenniveaus unterschieden werden.
2. Handelt es sich um intervallskalierte Variabeln muss auf Normalverteilung getestet werden.
3. Die Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit der Stichproben muss geklärt werden.

Skalenniveau	Empirische Relevanz
Nominal	Keine
Ordinal	Ordnung der Zahlen
Intervall	Differenzen der Zahlen
Verhältnis	Verhältnisse der Zahlen

Tabelle modifiziert nach Bühl & Zöfel (2005)

Tab. 1) Skalenniveaus

Die Daten wurden vor Anwendung weiterer Verfahren auf etwaige Eingabefehler kontrolliert und danach mittels Histogramm bzw. Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung geprüft.

Je nach Verteilung der Daten und Art der Skalenniveaus wurde entschieden welcher Test angewendet wurde. Lag Normalverteilung vor, wurde mit parametrischen Verfahren gearbeitet. Sollte keine Normalverteilung vorgelegen sein, wurde mit verteilungsfreien Tests gearbeitet. Das Signifikanzniveau wurde für alle Tests bzw. Hypothesen auf p=0,05 festgelegt.

Folgend werden die am häufigsten angewandten Tests kurz charakterisiert.

- ***t*-Test für unabhängige Stichproben (nach Student)**
  Dieser Test bietet die Möglichkeit Daten hinsichtlich ihrer Mittelwerte zu vergleichen. Er kann nur angewendet werden, wenn es sich um normalverteilte Daten und unabhängige Stichproben handelt.

- **Einstichproben-*t*-Test**
  bietet die Möglichkeit den Mittelwert aus der Stichprobe mit Vergleichswerten aus anderen Studien zu vergleichen.

- **U-Test nach Mann und Whitney**
  Dieser Test ist die verteilungsfreie Variante um zwei unabhängige Stichproben vergleichen zu können. Hierbei basiert der Vergleich auf Rängen, nicht auf dem Mittelwert.

- **Korrelationen**

  Korrelationen bieten im Allgemeinen die Möglichkeit den Zusammenhang zwischen zwei Variabeln darzustellen, wobei die Stärke des Zusammenhangs angegeben wird. Die Korrelation nach Pearson setzt intervallskalierte und normalverteilte Variablen voraus. Die Korrelation nach Spearman wurde verwendet, wenn die Daten metrisch, aber nicht normalverteilt bzw. wenn eine Variabel ordinales Skalenniveau aufgewiesen hat, verwendet. Wie stark die Korrelation sein kann, wird in der Tabelle Korrelationskoeffizient dargestellt.

Wert	Interpretation
Bis 0,2	Sehr geringe Korrelation
Bis 0,5	Geringe Korrelation
Bis 0,7	Mittlere Korrelation
Bis 0,9	Hohe Korrelation
Über 0,9	Sehr Hohe Korrelation

Tabelle modifiziert nach Bühl & Zofel (2005)

Tab. 2) Korrelationskoeffizient

- **Regression**

  Die Regressionsanalyse dient dazu die Art des Zusammenhangs zu untersuchen. Diese wurde zusätzlich durchgeführt, wenn Korrelationen ein positives Ergebnis zeigten. Es wurden lineare Regressionsanalysen angewandt.

4.4.2 Soziodemographische Faktoren & Mensch-Tier-Beziehung

Die Auswertung dieser beiden Teile erfolgte hauptsächlich durch eine deskriptive Analyse der Variabeln. Dies beinhaltete vor allem Berechnungen von folgenden Parametern: Mittelwerte, Standardabweichung, Ränge sowie absolute und relativ Häufigkeiten.

4.4.3 Auswertung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität

4.4.3.1 WHOQOL Bref

Die Auswertung bzw. Bildung der Domänenwerte erfolgte nach dem Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität (Angermeyer, Kilian, Matschinger; 2000).

I) Datenkontrolle und Umkodierung

Zu Anfang wurden die Daten auf ungültige Werte außerhalb des Wertebereichs von 1 – 5 überprüft und falls vorhanden in „Fehlende Werte“ umgewandelt. Des Weiteren wurden folgende 3 Fragen mit negativ gepolten Items umgewandelt.

Frage 3 Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?

Frage 4 Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?

Frage 26 Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

Die Umwandlung erfolgte folgendermaßen:

Originalwerte	1	2	3	4	5
Neue Werte	5	4	3	2	1

II) Erstellung der Domänenwerte

Nun konnte die Berechnung der Domänenwerte stattfinden. Dabei wurde das arithmetische Mittel aus den zu den dazugehörigen Items einer jeder Domäne mit 4 multipliziert. Einbezogen wurden nur die Fälle in denen maximal ein fehlender Wert pro Domäne auftritt.

$$Domäne_{4\text{–}20} = \left(\frac{1}{n}\sum_{i}^{n} x_i\right) \cdot 4$$

n = Anzahl der Items der Domäne
X_i = Meßwerte der Items

Abb. 4) Angermayer et al

III) Transformation

Aus Gründen der Vergleichbarkeit erfolgte anschließend eine Transformation der Domänenwerte in einen 0 – 100 Wertebereich mit folgender Formel:

$$Domäne_{0–100} = \left(Domänenwert_{4–20} - 4\right)\frac{100}{16}$$

Abb. 5) Angermayer et al

4.4.3.2 SF 12

Zur Auswertung des SF 12 wurde analog zum WHOQOL bref ein Handbuch verwendet, welches die Berechnung der SF 12 Summenskalen vorgibt. Hiermit soll eine einheitliche Auswertung der Daten erreicht werden, was des Weiteren das Vergleichen von Daten und Ergebnissen aus unterschiedlichen Studien ermöglicht. (Bullinger 1998)

I) Datenkorrektur und Umkodierung

Zur Berechnung der Summenskalen mussten ebenso wie beim WHOQOL bref auf ungültige Werte außerhalb des Gültigkeitsbereichs kontrolliert werden. Als nächster Schritt folgte eine Umpolung von 4 Items, die hierbei folgende Fragen betroffen hat:

Frage 1) Wie würden sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Frage 8) Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Frage 9) Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ruhig und gelassen?

Frage 10) Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen voller Energie?

II) Erstellung von Indikatorvariabeln

Nun wurden Indikatorvariabeln für die Antwortkategorien der Items erstellt, wobei die Variabel den Wert 1 erhält, wenn sie vom Befragten ausgewählt wurde und den Wert 0, wenn sie nicht angekreuzt wurde. Für den Wert, der den besten Gesundheitszustand beschreibt, wird keine Indikatorvariabel erstellt.

III) Gewichtung & Addition

Hierbei werden die Indikatorvariabeln gewichtet und die Gesamtwerte für die körperliche und psychische Summenskala berechnet. Regressionskoeffizienten aus der amerikanischen Normstichprobe werden verwendet für den körperlichen und psychischen Faktor. Hierbei wird jede Indikatorvariabel mit dem entsprechenden Koeffizienten multipliziert und deren Produkte aufsummiert. Dies wird sowohl für die Erstellung der körperlichen als auch der psychischen Summenskala durchgeführt.

IV) Standardisierung

Bei diesem Schritt erfolgt die Transformation der Summenskalen in Werte, die an der Amerikanischen Normstichprobe standardisiert sind, in welcher Mittelwerte von 50 und Standardabweichungen von 10 erreicht wurden. Hierbei wird für die körperliche und psychische Summenskala die entsprechende Konstante mit der Summe der gewichteten Indikatorvariabel addiert.

Für fehlende Werte wird im Handbuch empfohlen, dass die Summenskalen als fehlend betrachtet werden, wenn eines der 12 Items fehlt, dies wurde auch so gehandhabt.

5 ERGEBNISSE

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 166 Datensätze ausgewertet. Auf die Untersuchungsgruppe, die Teilnehmer, die zur Zeit der Studiendurchführung ein Haustier besessen haben, entfallen 80 Personen. Auf die Kontrollgruppe, jene mit keinen Haustieren, entfallen 86 Personen.

5.1.1 Untersuchungsgruppe

5.1.1.1 Soziodemographische Faktoren

Diese Gruppe beinhaltete 80 Personen im Alter von 59 bis 90 Jahren, davon 38 männliche und 42 weibliche Studienteilnehmer. Das Durchschnittsalter lag bei 70,2 Jahren (*SD*=7). Frauen wiesen ein durchschnittliches Alter von 69 Jahren (*SD*=6,7) und Männern eines von 71,6 Jahren (*SD*=7,1) auf.

Die Untersuchungsgruppe als auch die Kontrollgruppe wurden zur näheren Analyse in zwei Altersklassen aufgeteilt. Der Altersgruppe I waren Personen bis 70 Jahre und der Altersgruppe II Personen ab einem Alter von 70 Jahren inklusive zuzuordnen.

Es waren insgesamt 40 Personen der Altersklasse I zuzuordnen. Diese wiesen ein Alter zwischen 59 und 69 Jahren auf. Das Durchschnittsalter lag hier bei 64,55 (*SD*=3,37) Jahren. Es gab in dieser Altersklasse keine signifikanten Altersunterschiede bezüglich des Geschlechts.

Frauen: *N*=25; μ=65,32 Jahre; *SD*=3,275;
Männer: *N*=15; μ=64,93 Jahre; *SD*= 3,595;

Der Altersklasse II waren ebenso 40 Personen zwischen 70 und 90 Jahren zuzuordnen. Das Durchschnittsalter betrug 75,85 Jahre (*SD*=4,655). Auch hier gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Frauen: *N=17;* μ=75,76 Jahre; *SD*=4,070;
Männer: *N*=23; μ=75,91 Jahre; *SD*=5,134;

Alle Studienteilnehmer in dieser Gruppe waren österreichischer Herkunft.

Betreffend der Schulbildung gaben nur 3 Personen keine Auskunft. Von den 77 Personen, die Auskunft gaben, konnte nahezu die Hälfte einen Pflichtschulabschluss vorweisen (n=34), gefolgt von einer Lehre (n=25). Eine Höhere Schule ohne Matura brachten 9 und eine Höhere Schule mit Matura nur noch 3 Studienteilnehmer zum Abschluss. Einen universitären Abschluss konnten nur 2 Personen angeben. Gar kein Abschluss wurde von 4 Personen angegeben. (Abb. 6)

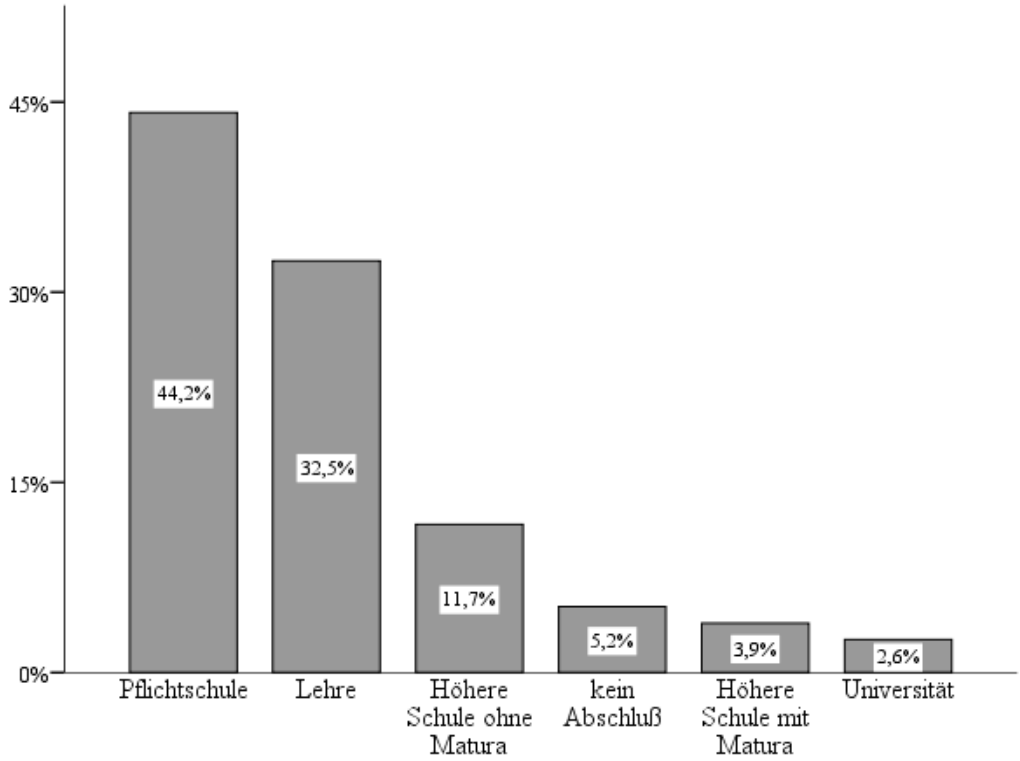


Abb. 6) Höchst abgeschlossene Ausbildung in der Untersuchungsgruppe in Prozent

Was den Familienstatus betrifft, waren drei Viertel der Teilnehmer (*n*= 60) verheiratet. 15 % (*n*= 12) waren verwitwet, 7,5 % (*n*=6) geschieden und 2,5 % (*n*= 2) ledig.
Leider gaben nur wenige Personen Auskunft darüber, ob sie alleine oder mit ihrem Partner in einem Haushalt leben. Diese Informationen wurden in Zusammenhang mit dem Familienstatus erfragt und war vielleicht bezüglich der Fragestellung nicht klar ersichtlich. Dies konnten somit nicht ausgewertet werden.

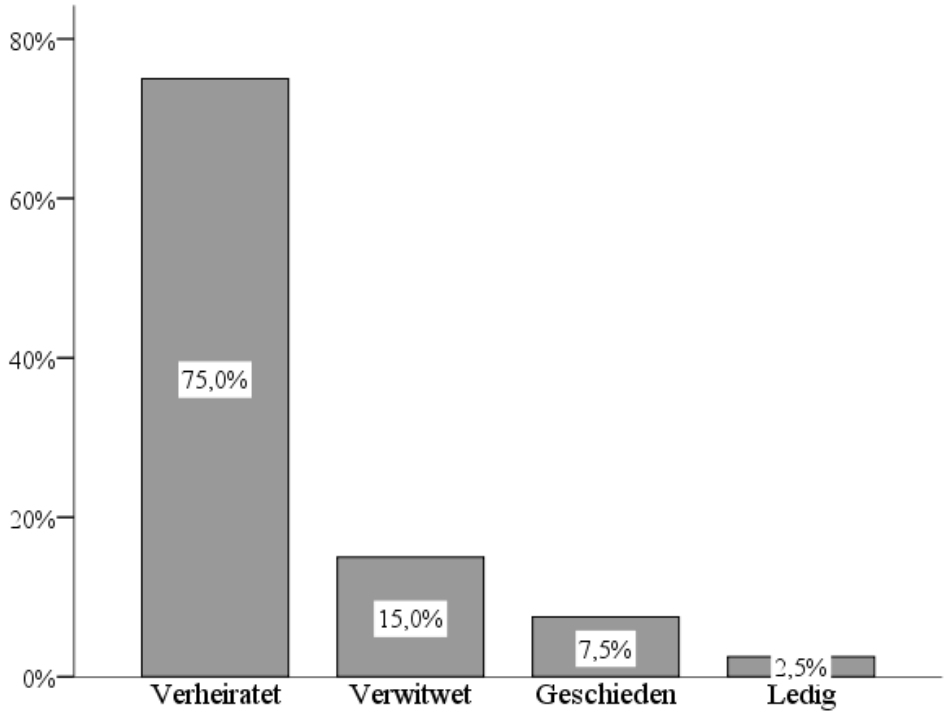


Abb.7): Familienstatus – Untersuchungsgruppe

25 % lebten zur Zeit der Befragung in der Stadt und 75 % am Land. 76,3 % der Personen wohnten in einem Haus. 15 % lebten in einer Eigentumswohnung und 7 % in einer Mietwohnung. Keine(r) lebte zur dieser Zeit in einem Altenheim oder im Betreuten Wohnheim.

Alle Personen gaben zur Berufstätigkeit Auskunft. 11,3 % der Befragten waren zur Zeit der Befragung noch berufstätig, 88, 8 % waren es nicht mehr. Mitglied in einem Verein

waren 35 % und ehrenamtlich tätig 20 %. Es gab keinen Geschlechtsunterschied bezüglich der Tätigkeit in einem Verein oder einer ehrenamtlichen Tätigkeit.

Die Einkommenssituation der Untersuchungsgruppe betreffend zeigte sich, dass je 40 % ein mittleres Einkommen (700 - 1000 €) bzw. ein Einkommen ab 1000 € im Monat zur Verfügung haben. Unter 700 € haben 20 % der Befragten zur Verfügung. Unter einer geschlechtsspezifischen Sichtweise zeigte sich ein signifikanter Unterschied. Nur 5,3 % der männlichen, aber dafür 33,3 % der weiblichen Personen haben ein Nettoeinkommen von unter 700 € im Monat zur Verfügung.

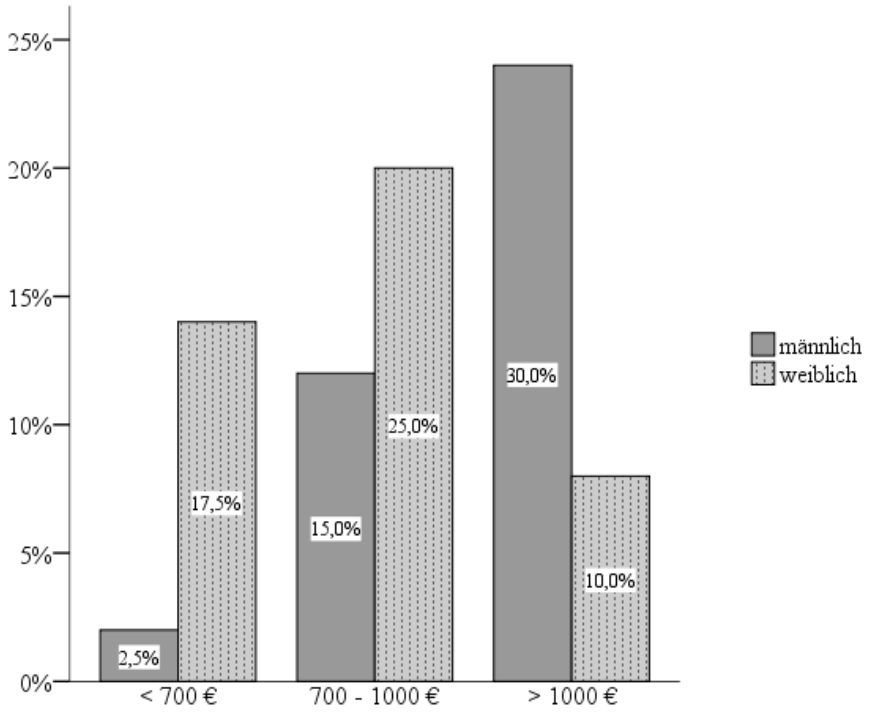


Abb. 8) Einkommenssituation in der Untersuchungsgruppe nach Geschlecht

5.1.1.2 Gesundheitliche Aspekte

Auf die Frage *„Haben Sie derzeit körperliche Beschwerden bzw. Krankheiten?“* haben 47 Personen mit „Ja“ (58,8 %) und 33 Personen mit „Nein“ (41,2 %) geantwortet. Bei

den Personen die körperliche Beschwerden oder Krankheiten aufwiesen, wurde eruiert in welchen Bereichen diese auftreten.

Die häufigsten Probleme stellten Übergewicht und Probleme im Bereich Herz- u. Kreislauf dar. Diese wurde je 21 mal angekreuzt, gefolgt von Problemen mit dem Bewegungsapparat (n=17) und dem Seh- bzw. Hörapparat *(n*= 14). Weiters wurden der Häufigkeit nach Diabetes, Probleme mit dem Verdauungsapparat, Osteoporose, Atemwegserkrankungen und an letzter Stelle Probleme mit dem Untergewicht erwähnt. Eine aktive Krebserkrankung wurde von einer Person angegeben.

Krankheiten	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Übergewicht	27	22,7%	45,8%
Herz-u. Kreislauf	24	20,2%	40,7%
Augen- u. Ohrenleiden	18	15,1%	30,5%
Bewegungsapparat	18	15,1%	30,5%
Diabetes	10	8,4%	16,9%
Osteoporose	8	6,7%	13,6%
Verdauungsapparat	7	5,9%	11,9%
Atemwegserkrankung	5	4,2%	8,5%
Untergewicht	2	1,7%	3,4%

Tab. 3) Krankheiten in der Untersuchungsgruppe

Was die Arztbesuche im Monat betrifft, so gaben alle Studienteilnehmer eine Antwort. Der Großteil dieser Gruppe, 65 %, geht weniger als einmal im Monat zum Arzt (*n*= 52). Einmal im Monat gehen 27,5 % (*n*= 22) und öfter als einmal im Monat gehen nur mehr 6 Personen (7,5 %) zum Arzt.

Nur sehr wenige Studienteilnehmer rauchten zur Zeit der Befragung. Insgesamt nur vier Personen gaben an zu rauchen, von denen drei männlich und eine Person weiblich ist. Diese Personen rauchen mehr als 10 Zigaretten bzw. mehr als 1 Packung pro Tag.

Ob die Personen früher geraucht haben, wurde ebenso erfragt. Auch hierbei war der Anteil der Raucher nicht sehr hoch. Insgesamt 17 Personen haben früher geraucht (22 %). 15 Personen waren davon männlich.

Was die Selbstständigkeit bzw. die Versorgungssituation anbelangt, so versorgen sich 70 % der Personen selbst. 26,3 % bekommen Unterstützung durch Partner bzw. Verwandte und 2,5 % bekommen Unterstützung durch Freunde.
Nur 1,3 % sind auf Hilfe von sozialen Diensten wie zum Beispiel Essen auf Rädern angewiesen.

5.1.2 Kontrollgruppe

5.1.2.1 Soziodemographischen Faktoren

Die Kontrollgruppe (*N*=86) bestand aus 36 männlichen (42 %) und 50 weiblichen (58 %) Personen, die allesamt aus Österreich stammen. Nur eine Person wies eine Doppelstaatsbürgerschaft (Österreich/Schweiz) auf.
Was das Alter betrifft, so waren die Studienteilnehmer zwischen 56 und 87 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter lag bei 67,92 Jahren (*SD*=6,2).
Das Alter unterscheidet sich nicht signifikant bezüglich des Geschlechts. Die Frauen wiesen ein durchschnittliches Alter von 68,42 (*SD*=6,53), die Männer eines von 67,56 Jahren (*SD*=5,93) auf.

Die einzelnen Gruppen wurden auch hier für weitere Analysen in zwei Altersklassen aufgeteilt. Die Altersgruppe I, bis einschließlich 69 Jahren, beinhaltete insgesamt 51 Personen und wies ein durchschnittliches Alter von 63,84 Jahren (*SD*=2,859) auf. Es existierten keine signifikanten Altersunterschiede hinsichtlich des Geschlechts

Frauen: *N*=33; μ=64,24 Jahre; *SD*=3,08;
Männer: *N*=18; μ=63,12 Jahre; *SD*=2,3;

Die Altersgruppe II ab 70 Jahren wurde von 35 Personen repräsentiert und wies ein durchschnittliches Alter von 73,86 Jahren (*SD*=4,66) auf.

Es existierten ebenfalls keine signifikanten Altersunterschiede hinsichtlich des Geschlechts

Frauen: *N*=17; μ=74 Jahre; *SD*=4,66;
Männer: *N*=18; μ=73,72 Jahre; *SD*=4,87;

Von den Personen, die Auskunft über den Familienstatus gegeben haben (*N*=83), waren auch in dieser Gruppe der Großteil verheiratet (72,3 %). 12 % der Studienteilnehmer

waren bereits verwitwet, davon 9 Frauen und 3 Männer. Geschieden waren 10,8 % und ledig 4,8 %. Auch hier konnte nicht eruiert werden, ob die Personen mit oder ohne Partner im Haushalt lebten, da zu wenige Daten vorhanden waren.

Zum Bildungsstand dieser Gruppe ist zu sagen, dass auch hier Lehre und Pflichtschule als höchst abgeschlossene Ausbildung am häufigsten angekreuzt wurde. An dritter Stelle wurde die Höhere Schule ohne Matura, gefolgt von der Höheren Schule mit Matura angegeben. 2 Personen wiesen gar keinen Abschluss auf und keiner der Befragten hatte einen universitären Abschluss vorzuweisen.

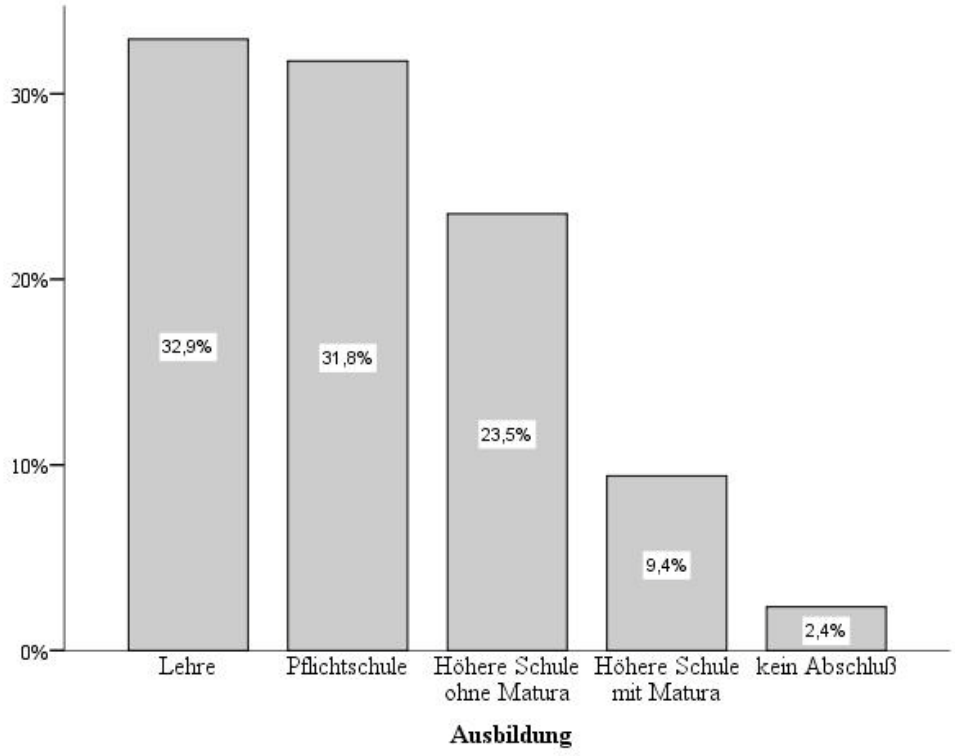


Abb. 9) Höchst abgeschlossene Ausbildung in der Kontrollgruppe

Auch in dieser Gruppe lebte der Großteil (60,5 %) zurzeit der Befragung am Land. 39,5 % lebten in der Stadt. Vorwiegend wohnten die Menschen in einem Haus (61,6 %), gefolgt von der Mietwohnung (31,4 %) und der Eigentumswohnung (5,8 %). Im Altersheim wohnte nur eine Person (1,2 %).

Von den befragten Personen, alle gaben diesbezüglich Antwort, waren 91,9 % nicht mehr berufstätig. Berufstätig hingegen waren noch sieben Personen (8,1 %). Was das Vereinsleben betrifft, so gab knapp ein Viertel an in einem Verein Mitglied zu sein. Ehrenamtlich tätig waren hingegen nur 5,8 %. Dies betreffend gibt es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied.

Auf die Frage bezüglich des Einkommens haben in dieser Gruppe (*N*=79) mehr als die Hälfte über 1000 € im Monat zur Verfügung. Zwischen 700 und 1000 € haben 27,9 % und unter 700 € haben noch 9,3 % der befragten Personen an Geld zur Verfügung. Hier zeigte sich ebenso wie in der Untersuchungsgruppe ein Geschlechtereffekt. Die Kreuztabelle zeigte ein signifikantes Ergebnis (*Chi²*=6,571; *df*=2; *p*=0,037). Die Personen die unter 700 € im Monat zur Verfügung haben, sind allesamt Frauen.

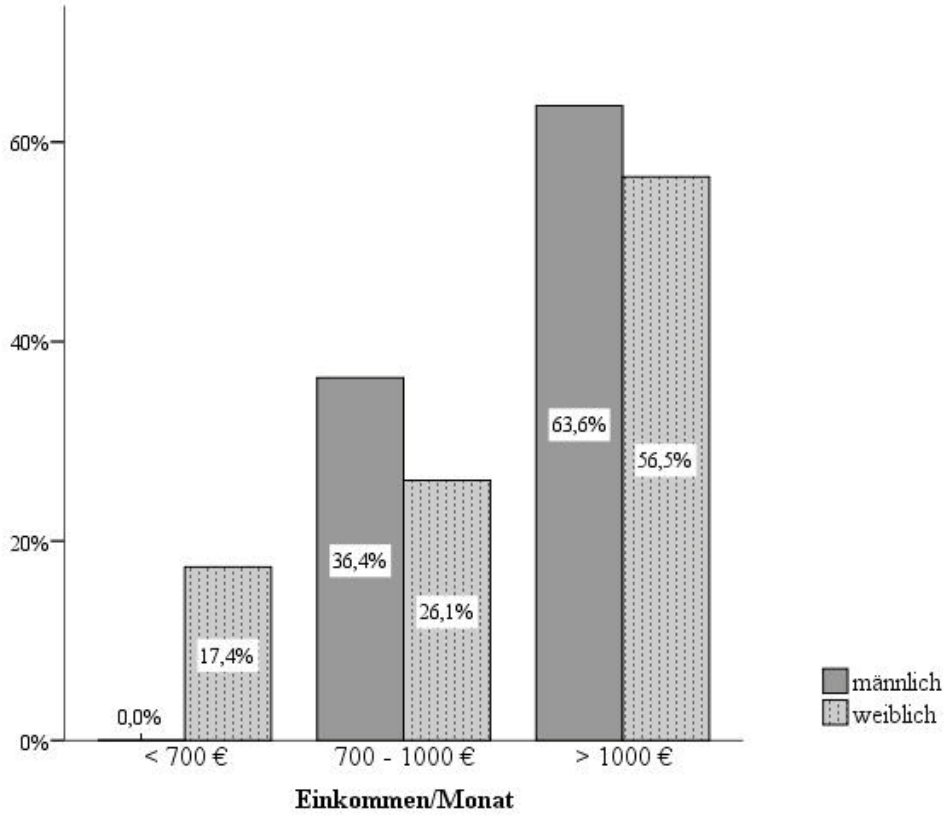


Abb. 10) Einkommen pro Monat in der Kontrollgruppe

5.1.2.2 Gesundheitliche Aspekte

Auf die Frage *„Haben Sie derzeit körperliche Beschwerden oder Krankheiten?“* antworteten 86,8 % mit „Ja“ und 31,4 % mit „Nein“. Alle (*N*=86) gaben Auskunft zu dieser Frage. Probleme gab es vor allem mit dem Bewegungsapparat, gefolgt vom Hör- bzw. Sehapparat. Am dritthäufigsten wurde das Übergewicht genannt.
Unter Sonstiges wurden meist Krankheiten erwähnt, die in die vorgefertigten Kategorien passen würden, aber extra genannt wurden außer dem Klimakterium und der Depressionen, die jeweils einmal erwähnt wurden. Zwei Personen waren früher an Krebs erkrankt, der jedoch gerade ruht.

Krankheiten	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Bewegungsapparat	28	22,4%	46,7%
Augen- u. Ohrenleiden	22	17,6%	36,7%
Übergewicht	21	16,8%	35,0%
Herz- u. Kreislauf	18	14,4%	30,0%
Atemwegserkrankung	12	9,6%	20,0%
Diabetes	10	8,0%	16,7%
Osteoporose	8	6,4%	13,3%
Verdauungsapparat	6	4,8%	10,0%
Gesamt	125	100,0%	208,3%

Tab. 4) Krankheiten & Beschwerden in der Kontrollgruppe

Auch in dieser Gruppe rauchten nur sehr wenige Personen, 9,3 % (*n*=8). Von diesen rauchen die meisten mehr als 10 Zigaretten pro Tag. Von den Personen, die Angabe darüber gemacht haben, früher geraucht zu haben (*N*=79) waren 22,1 % Raucher.

Was die Frequenz der Arztbesuche im Monat angeht, so gehen 61,6 % weniger als einmal im Monat zum Arzt. 30,2 % gehen einmal im Monat zum Arzt und nur 7

Personen (8,1 %) frequentieren öfter den Arzt. Alle Personen gaben diesbezüglich Antwort.

Was die Versorgungssituation angeht, gaben 83 Personen Auskunft. Auch hier versorgte sich der Großteil selbstständig (83,1 %). Diejenigen die Unterstützung brauchen, bekamen diese vorwiegend von Partner oder Verwandten (13,3 %) als auch von Freunden (2,4 %). Fremde Unterstützung durch soziale Dienste nahmen nur 1,2 % in Anspruch.

5.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

5.2.1 Untersuchungsgruppe

5.2.1.1 Allgemein

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Versuchsgruppe betreffend hat sich in Zusammenhang mit dem WHOQOL-BREF folgender durchschnittlicher Globalwert errechnet: 68,75 (*SD*=18,65) bei einer Stichprobengröße von *N*=80.

Für die „Physische Domäne“ errechnete sich ein durchschnittlicher Wert von 71,21 (*SD*=16,42). Für die „Psychische Domäne“ ein Wert von 74,28 (*SD*=11,8). Für die Domäne „Soziale Beziehungen“ 72,14 (*SD*=15,21) und für die Domäne „Umwelt“ ein Durchschnittswert von 78, 42 (*SD*=11,91).

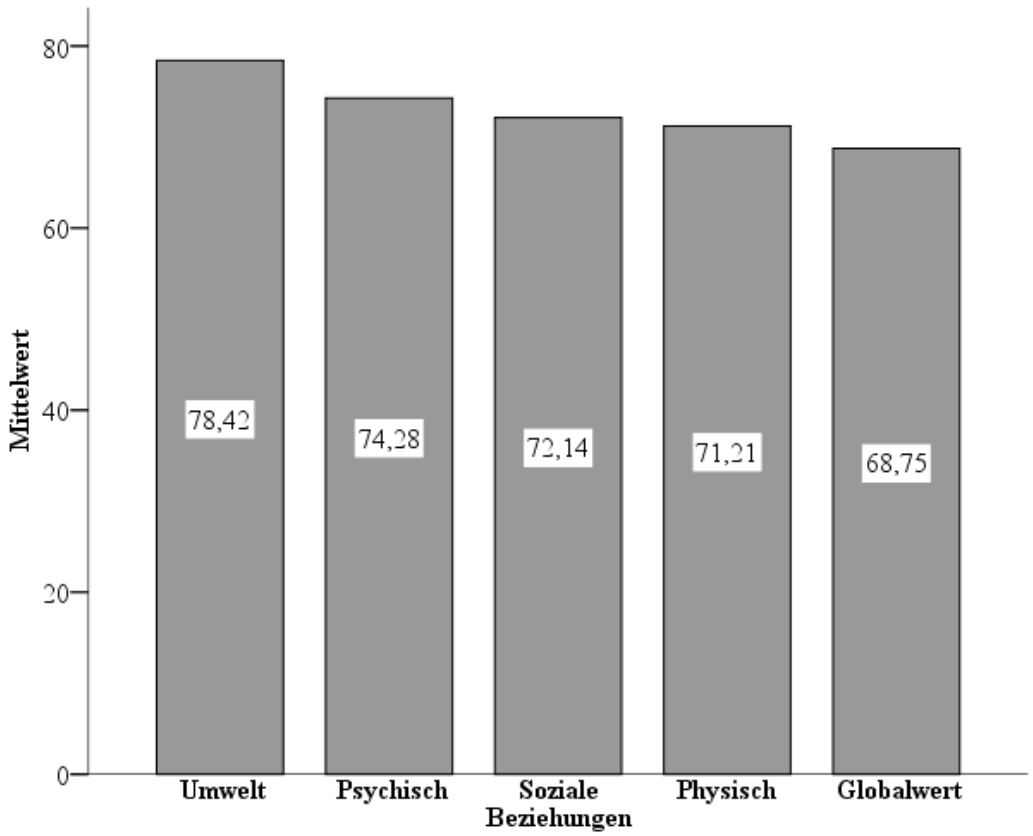


Abb. 11) Mittelwerte der Dimensionen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Untersuchungsgruppe (WHOQOL-Bref)

Der SF 12 unterscheidet bei seinen Ergebnissen zwischen körperlicher und psychischer Summenskala, wobei sich für die körperliche Summenskala ein durchschnittlicher Wert von 44,32 (*SD*=8,82) errechnet hat. Für die psychische Summenskala zeigte sich folgendes Ergebnis: μ=50,69 (*SD*=9,16). Insgesamt konnten bei diesem Test 70 Datensätze verwendet werden.

5.2.1.2 Unterschiede nach Geschlecht

Geschlechtsspezifisch unterschieden sich die Teilnehmer nur in der Dimension „Soziale Beziehungen“(*U*=583,000; *Z*=-2,127; *p*=0,033) signifikant.
Es werden folgende Hypothesen beibehalten: 4a) H0, 4b) H0, und 4c) H1;

5.2.1.3 Alters- u. Geschlechtsspezifisch

Es existierten signifikante Altersunterschiede innerhalb der Untersuchungsgruppe in der Physischen (*T*= 3,055; *p*= 0,003) und Psychischen Dimension (*T*= 3,064; *p*= 0,003) und dem Globalwert (*z*= -2,678; *p*= 0,007) der Lebensqualität nach der WHO als auch in der Physischen (*T*= 2,977; *p*= 0,004)und Psychischen Summenskala (*T*= 2,285; *p*= 0,025) der Lebensqualität (SF12).
Die Altersgruppe II wies eine schlechtere Lebensqualität in diesen Bereichen auf als die Altersgruppe I.

	T	*df*	*p*
Domäne 1: Physisch	3,055	78	**,003**
Domäne 2: Psychisch	3,064	78	**,003**
KOERPERLICHE SUMMENSKALA	2,997	72	**,004**
PSYCHISCHE SUMMENSKALA	2,285	68,251	**,025**

Tab. 5) Unterschied zwischen den Altersklassen in der LQ

Für die Dimensionen Soziale Beziehungen und Umwelt gab es keine signifikanten Altersunterschiede. Folgende Hypothesen werden beibehalten: 3a) H1, 3b) H1, 3c) H0;

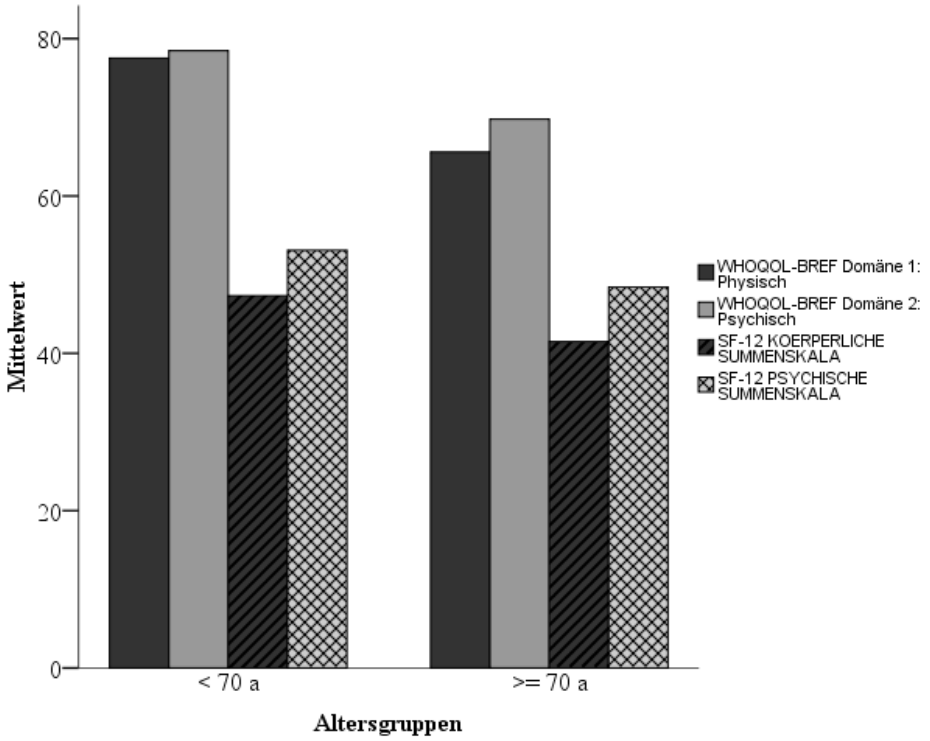


Abb. 12) Altersunterschiede im physischen & psychischen Bereich der LQ

Was den Geschlechtsunterschied innerhalb der Altersklassen betrifft, konnten innerhalb der Altersklasse I, der Personengruppe unter 70 Jahren, keine signifikanten Unterschiede festgemacht werden.

In der Altersklasse II, ab 70 Jahren, konnte in der Dimension „Soziale Beziehungen" ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied dargestellt werden. Männer wiesen in diesem Bereich eine schlechtere Lebensqualität auf. (Tab. 6) Die Hypothese 4c) H1, wird beibehalten.

	Soziale Beziehungen
Mann-Whitney-U	123,000
Wilcoxon-W	399,000
Z	-2,027
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	**,043**

Tab. 6) LQ-Unterschied hinsichtlich des Geschlechts in der Altersklasse II

5.2.2 Kontrollgruppe

5.2.2.1 Alters- u. geschlechtsspezifisch

Signifikante Unterschiede in der Lebensqualität hinsichtlich der Altersklassen in der Kontrollgruppe ergaben sich in der physischen als auch in der psychischen Domäne.

	T	*df*	*p*
Domäne 1: Physisch	3,190	84	**,002**
Domäne 2: Psychisch	2,073	84	**,041**

Tab. 7) Lebensqualitätsunterschiede hinsichtlich der Altersklassen (WHOQOL-BREF)

Hinsichtlich der sozialen Domäne konnte kein Altersunterschied festgestellt werden (p=0,079 Z=-1,759). Auch die Domäne Umwelt und der Globalwert unterschieden sich nicht signifikant.

Bezüglich des SF 12 konnten in beiden Bereichen, physischer und psychischer, ein signifikanter Altersunterschied festgestellt werden.

	Physische Summenskala	**Psychische Summenskala**
Mann-Whitney-U	461,500	540,500
Wilcoxon-W	839,500	918,500
Z	-2,950	-2,193
p (2-seitig)	**,003**	**,028**

Tab. 8) Altersunterschiede in den SF 12 Summenskalen

Unterschiede in der Lebensqualität hinsichtlich des Geschlechts innerhalb der einzelnen Altersklassen konnten nicht festgestellt werden.

5.2.3 Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der Kontrollgruppe

Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Lebensqualität zwischen diesen beiden Gruppen festgestellt werden (p>0,05). Die einzelnen Domänen oder Dimensionen unterscheiden sich nur gering. (Tab.9)

Auch die Vergleiche hinsichtlich Alter und Geschlecht zeigten keine signifikanten Ergebnisse (p>0,05).

		N	Mean	SD	T	Df	P
Domäne 1: Physisch	Versuchsgruppe	80	71,21	16,42	-1,114	164	,267
	Kontrolle	86	74,15	17,45			
Domäne 2: Psychisch	Versuchsgruppe	80	74,28	11,80	1,233	164	,219
	Kontrolle	86	71,72	14,65			
Soziale Beziehungen	Versuchsgruppe	80	72,13	15,21	-,322	164	,748
	Kontrolle	86	73,01	19,45			
Umwelt	Versuchsgruppe	80	78,41	11,91	,607	161,603	,545
	Kontrolle	86	77,17	14,48			
Globalwert	Versuchsgruppe	80	68,75	18,66	-,995	164	,321
	Kontrolle	86	71,51	17,11			
Körperliche Summenskala	Versuchsgruppe	74	44,32	8,82	-,785	156	,434
	Kontrolle	84	45,47	9,59			
Psychische Summenskala	Versuchsgruppe	74	50,69	9,16	,280	156	,780
	Kontrolle	84	50,27	9,43			

Tab. 9) Lebensqualität im Vergleich zwischen Kontroll- u. Versuchsgruppe

Es werden somit die Hypothesen 1a) H0, 1b) H0 und 1c) H0 beibehalten.

5.2.4 Vergleich Versuchsgruppe mit den Normstichproben

Hierbei wurden jeweils die einzelnen Altersklassen mit der Normstichprobe verglichen.

Hinsichtlich der NORMSTICHPROBE SF12 existieren Unterschiede in der „Physischen Summenskala“ nur in der Altersklasse I (p=0,048, T= 2,053). In der „Psychischen Summenskala“ konnten Unterschiede in der Altersklasse II festgemacht werden. Hier schnitt die Versuchsgruppe signifikant schlechter als die Normstichprobe ab (p=0,017, T=-2,489). Bei dieser Berechnung konnten die Vergleichswerte der Altersgruppen zwischen 61-70 bzw. >70 Jahren aus der Normstichprobe übernommen werden und mussten nicht extra berechnet werden.

Für den WHOQOL-Bref konnten signifikante Unterschiede in der Lebensqualität in allen Domänen als auch im Globalwert hinsichtlich der Normpopulation festgestellt werden. Die Ergebnisse sind in der Tabelle dargestellt.

Für diesen Vergleich wurden entsprechend der Alterklassen neue Mittelwerte gebildet. Für die Altersklasse I wurden aus den Altersgruppen 56-65 Jahre und
66 – 75 Jahre ein neuer Mittelwert gebildet und für die Altersklasse II aus den Vergleichswerten der Altersgruppen 66 –75 a; 76-85 a und >85 Jahre. (Tab.)

Auszüge aus der Normstichprobe für den SF12 und WHOQOL-Bref sind im Anhang zu finden.

WHOQOL-BREF										
	Physisch		**Psychisch**		Sozial		**Umwelt**		**Global**	
	P	***T***	***P***	***T***	***P***	***T***	***P***	***T***	***P***	***T***
AK I	**,008**	2,793	**,001**	3,539	-	-	**,000**	4,868	**,005**	2,981
AK II	**,014**	2,573	**,001**	3,569	**,000**	5,22	**,000**	6,44	**,004**	3,071

Tab. 10) Unterschiede in der LQ hinsichtlich der Normpopulation stratifiziert nach Altersklassen

	SF12		WHOQOL-BREF				
	PHY	**PSY**	**Phy**	**Psy**	**Sozial**	**Umwelt**	**Global**
AK I	44,34	53,35	69,71	71,68	69,25	70,43	62,75
AK II	39,84	52,47	59,55	64,28	60,43	65,08	57,56

Tab. 11) Errechnete Vergleichswerte (Mittelwerte) in Jahren stratifiziert nach Altersklassen

Es können alle H1 Hypothesen betreffend Punkt 2 beibehalten werden.

5.2.5 Einflussfaktoren

Es konnte ein Zusammenhang zwischen den folgenden Faktoren

Alter, Ausbildung, Krankheit/Beschwerden und Arztbesuche pro Monat

und der physischen Domäne festgestellt werden:

		Alter	**Ausbildung**	**Krankheiten**	**Arztbesuche/ Monat**
Domäne1: Physisch	*r*	-,394**	,280*	,336**	-,369**
	p	,000	,014	,002	,001
	N	80	77	80	80

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab. 12) Korrelationen Domäne 1

Zur psychischen Domäne konnten Zusammenhänge mit

Alter, Krankheit/Beschwerden, Arztbesuche pro Monat
und dem Einkommen

festgestellt werden.

		Alter	Krankheiten	Arztbesuche/ Monat	Einkommen
Domäne2: Psychisch	*r*	-,332**	,379**	-,313**	,245*
	p	,003	,001	,005	,028
	N	80	80	80	80

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab. 13) Korrelationen Domäne 2

Die soziale Domäne steht nur in Zusammenhang mit dem Geschlecht (r=0,239; p=0,033; N=80). Die Domäne Umwelt zeigt mit „derzeitiger Krankheit/Beschwerden" eine Korrelation von r= 0,355 (p=0,01; N=80) auf und die globale Domäne mit „derzeitiger Krankheit/Beschwerden" und „Arztbesuche pro Monat".

		Krankheiten	Arztbesuche /Monat
	r	,352**	-,312**
Globalwert	*p*	,001	,005
	N	80	80

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab. 14) Korrelationen Globalwert

Was den SF 12 betrifft so konnten nur Krankheit und Alter einen Einfluss auf die einzelnen Skalen Psyche und Physis zeigen.

		Krankheiten	Alter
KOERPERLICHE SUMMENSKALA	*r*	,402**	-,335**
	p	,000	,003
	N	74	74
PSYCHISCHE SUMMENSKALA	*r*	,303**	-,230*
	p	,009	,048
	N	74	74

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab. 15) Korrelationen Summenskalen

Alle Korrelationen wurden nach der Methode nach Spearman gerechnet.

Mit den Faktoren, die eine Korrelation zu den einzelnen Bereichen der Lebensqualität aufgezeigt haben, wurden zusätzlich noch Partielle Korrelationen gerechnet, da eine Scheinkorrelation nahegelegen ist.

Es wurden für die Korrelationen jeweils das Alter kontrolliert, da dieses sowohl Ausbildung, Krankheit, Einkommen aber auch die Arztbesuche beeinflussen kann. Es zeigte sich, dass nach Kontrolle des Alters nur noch signifikante Korrelationen zwischen „derzeitige Krankheiten und Beschwerden“ und psychischer (*r=0,*320; *p*=0,006) bzw. physischer Summenskala (*r=,*383; *p*=0,001) existieren. Im Bezug auf den Globalwert konnte keine Scheinkorrelation festgestellt werden.

Positive Korrelationen zwischen Tierbesitz und Lebensqualität konnten nur in Bezug auf „Fällt Ihnen Ihr Haustier zur Last?“ in den Dimensionen Physisch & Psychisch als auch in der Körperlichen Summenskala und dem Globalwert festgestellt werden.

		SF-12 Physische Summenskala	Physisch	Psychisch	Globalwert
Fällt Ihnen Ihr Haustier zur Last?	*r*	-,242*	-,341**	-,267*	-,258*
	p	,014	,002	,019	,023
	N	71	77	77	77

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab. 16) Korrelation „Fällt Ihnen Ihr Haustier zur Last" und LQ

Auch die Regressionsanalysen (lineare Regressionen) zeigten in Zusammenhang mit diesen Einflussfaktoren signifikante Ergebnisse.

	R^2	β	*B*	*P*
Körperliche Summenskala				
Krankheiten	0,153	0,391	7,017	0,001
Psychische Summenskala				
Krankheiten	0,105	0,325	6,052	0,005
Globale LQ				
Krankheiten	0,09	0,3	11,283	0,007
Arztbesuche	0,074	-,295	-8,716	0,008

Tab. 17) Regressionen

Die Hypothese 5) H1 kann beibehalten werden.

5.3 Mensch-Tier-Beziehung

5.3.1 Haustiere und Präferenzen

In der Untersuchungsgruppe zeigte sich, dass die Katze immer noch das beliebteste Haustier darstellt, gefolgt von Hund und Kaninchen. Ein Vogel war bei keinem der Probanden im derzeitigen Besitz. Unter „Sonstige Haustiere“ wurden zusätzlich Schafe, Rinder oder Hühner erwähnt.

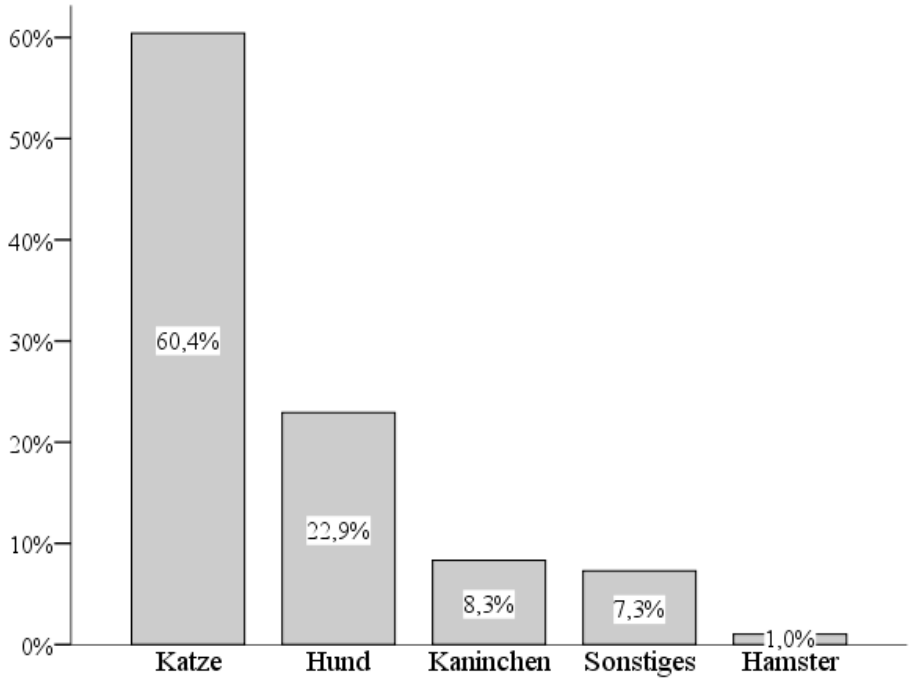


Abb. 13) Bevorzugte Haustiere

5.3.2 Rollenfunktion der Tiere

Da Tiere für den Menschen häufig eine bestimmte Rolle ausüben, diese jedoch sehr unterschiedlich sein kann, wurde auch hier die Rollenfunktion ausgewertet. Demnach wurde von der Mehrheit angegeben, dass das Tier die Rolle des Freundes einnimmt, gefolgt von der Rolle des Beschützers. Für 10 Personen stellte das Tier einen Partner

dar und für 11 Personen einen Spielkamerad. Die Rolle des Helfers wurde nur von zwei Personen angegeben. (Abb. 14)

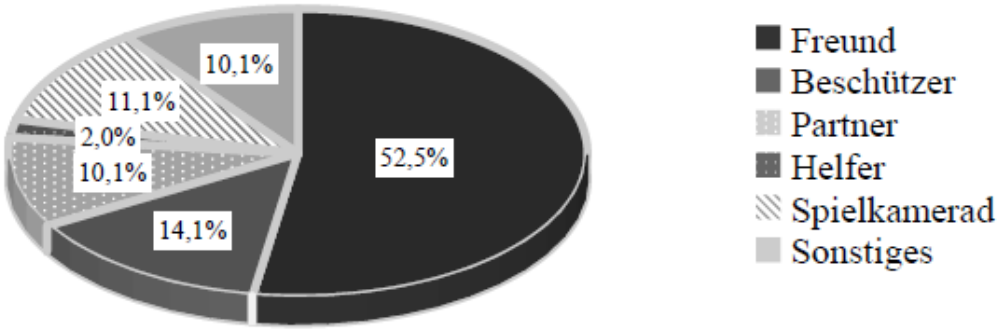


Abb. 14) Rollenfunktion von Haustieren

Die Studienteilnehmer hatten auch hier die Möglichkeit neben den oben vorgefertigten Rollen eigene anzugeben. Folgend finden Sie eine Auflistung der angegebenen Rollenbilder.

Sonstige Rollen

Beruhigung, Stressabbau, Gesprächspartner, Kuscheltier, Schmusekater, Schützling, Fremde Besucher melden, Nutzen, das Tier würde mir fehlen;

5.3.3 Fällt Ihnen Ihr Haustier zur Last?

Von den Personen die ein Haustier besitzen, wurde von keiner angegeben, dass das Haustier als sehr große Last empfunden wird.
Lediglich 17,7 % gaben an, dass das Tier teilweise eine Last darstellt und für 78,8 % stellt das Haustier gar keine Last dar. 3,8 % gaben keine Antwort.

Auf die Frage, was für die Personen als Last empfunden wird bzw. welche Aufgaben Ihnen diesbezüglich schwer fallen, gaben die meisten Tierarztbesuche, gefolgt von

Hygiene und Füttern bzw. Nahrung kaufen an. Gassi gehen stand an letzter Stelle. Unter dem Punkt „Sonstiges“ wurde wieder das Problem mit der Urlaubsbetreuung angegeben.

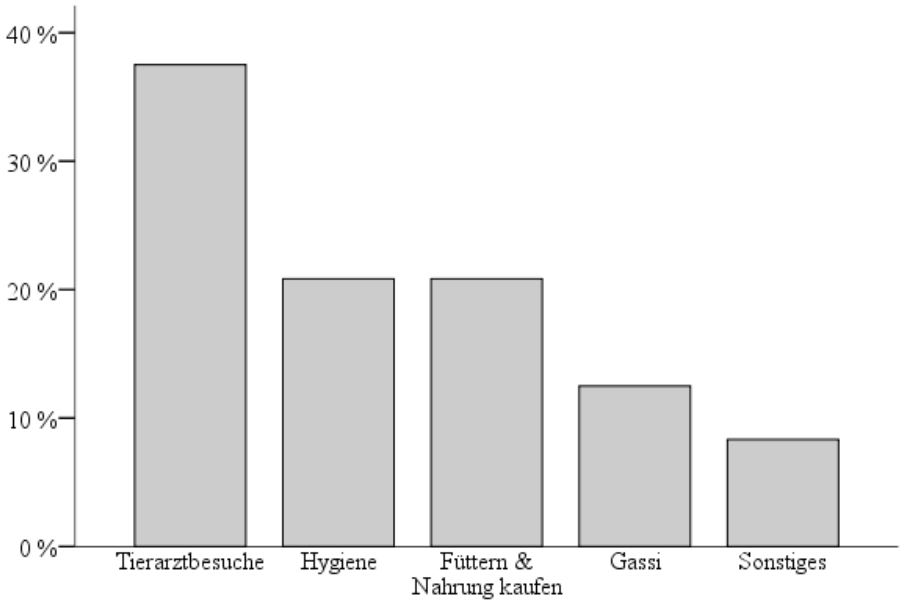


Abb. 15) Schwierigkeiten bezüglich des Haustierbesitzes

5.3.4 Unternehmen Sie durch Ihr Haustier mehr als üblich?

In der Untersuchungsgruppe zeigte sich, dass die Mehrheit, 67,9 %, durch Ihr Haustier zu keinen zusätzlichen Aktivitäten angeregt werden. 32,1 % unternehmen hingegen mehr als üblich, wobei zu erwähnen ist, dass dieser großteils aus Hundebesitzern besteht.

5.3.5 Warum haben Sie kein Haustier?

Der am häufigsten angegebene Grund warum Menschen kein Haustier besitzen, ist jener, dass ein Tier zu viel Aufwand darstellt. Diese Antwort wurde von fast 39 % gewählt. 22 % der Untersuchungsgruppe hat als Grund angegeben, dass Tiere im Haus nicht gehalten werden dürfen und nur vier Personen gaben an Tiere nicht zu mögen.

33,8 % gaben unter „Sonstiges“ einen weiteren Grund an kein Haustier zu besitzen. Dabei wurde am häufigsten erwähnt, dass das Tier während des Urlaubs allein wäre bzw. es keine Betreuung während dieser Zeit gäbe. Weitere Gründe sind der Tabelle zu entnehmen.

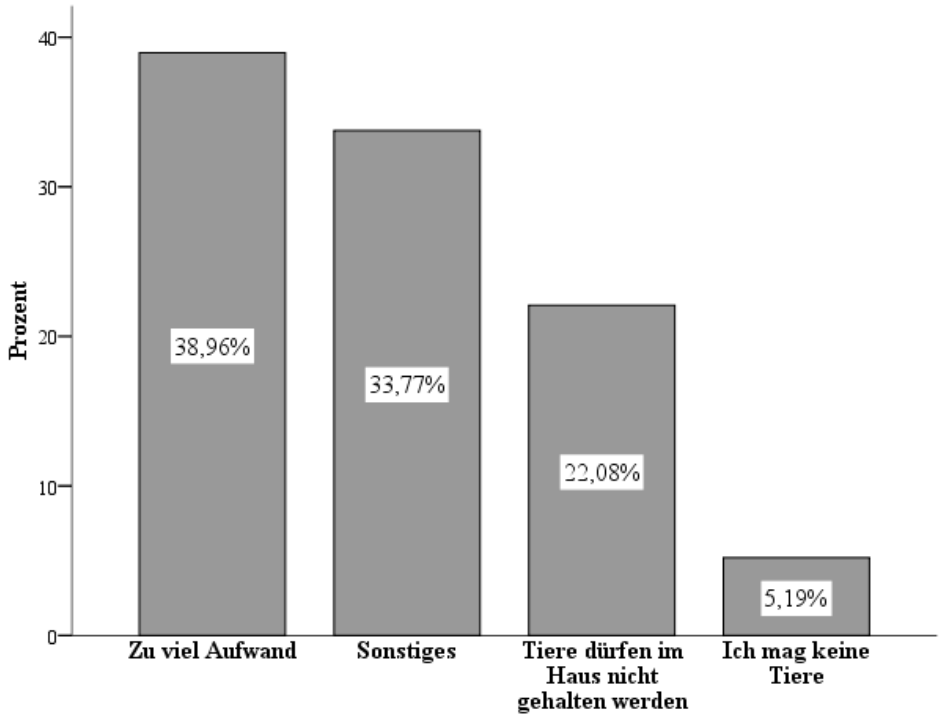


Abb. 16) Hauptgründe für kein Haustier

Weitere Gründe	**n**
Urlaub/Abwesenheit/Alleine	8
Zeit	3
Alter/Altersbedingt	3
Allergie	2
Straßenverkehr	2
Tod	2
Verantwortung	2
Zu anhänglich	1
Es gibt ein Tier vor Ort, das ich sehr mag	1
Keine Angabe	3

Tab. 18) Weitere Gründe für kein Haustier

5.3.6 Unterscheiden sich Hundebesitzer von anderen Tierbesitzern in der Lebensqualität?

Was Hundebesitzer angeht, so existiert kein signifikanter Unterschied bezüglich der einzelnen Domänen bzw. des Globalwertes der WHO.
Hingegen konnte im Bezug zum SF 12 in beiden Summenskalen ein signifikanter Unterschied, zwischen Hundebesitzern und anderen Tierbesitzern dargestellt werden.

Die Hypothese 6) H1 kann beibehalten werden.

	T	**df**	**p**
SF-12 KOERPERLICHE SUMMENSKALA	2,034	72	**,046**
SF-12 PSYCHISCHE SUMMENSKALA	2,339	61,868	**,023**

Tab. 19) Unterschied zwischen Hundebesitzern und anderen Tierbesitzern

Was Katzenbesitzer angeht, konnte nur in Bezug auf die psychische Summenskala der Lebensqualität ein schwach signifikanter Unterschied (p= 0,047, T= -2,028) zu anderen Tierbesitzern dargestellt werden.

6 DISKUSSION

Ziel dieser Diplomarbeit war es die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen zu untersuchen, festzustellen ob es geschlechts- und altersspezifische Unterschiede hinsichtlich dieser gibt und ob Menschen von der Beziehung zum Tier in Richtung einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität profitieren. Es wurden auch etwaige Einflussfaktoren und der Haustierbesitz näher untersucht.

6.1 Lebensqualität

Es konnte in dieser Arbeit gezeigt werden, dass die Untersuchungs- als auch die Kontrollgruppe eine relativ hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität aufwies.

Was die Lebensqualität erhoben mit dem SF 12 betrifft, zeigte sich, dass die Personen unter 70 Jahren im Vergleich zur Normstichprobe über eine signifikant bessere physische Lebensqualität verfügen. Dieses Ergebnis ist nur schwach signifikant *(p*=0,048). Die Personen über 70 Jahre zeigten eine signifikant bessere Lebensqualität in Bezug auf die psychische Summenskala.
Die Ergebnisse der Lebensqualität erhoben durch den WHOQOL-Bref zeigten signifikant bessere Werte hinsichtlich der physischen und psychischen Dimension, der Dimension Umwelt und hinsichtlich des Globalwerts in beiden Altersklassen.
Die soziale Dimension erzielte nur innerhalb der Personengruppe ab 70 Jahren einen signifikanten Unterschied. Auch hier weist die Untersuchungsgruppe einen besseren Wert auf als die Normstichprobe. Eine Befragung der Lebensqualität in Kärnten, die mit dem SF36 durchgeführt wurde, zeigte ebenso signifikant bessere Werte gegenüber der Normstichprobe (Janig 2005).
Aufgrund der signifikanten Unterschiede in allen Dimensionen wurde hingehend einer fehlerhaften Berechnung der Daten geprüft. Aufgrund einer neuerlichen Kontrolle konnte dies jedoch ausgeschlossen werden. Problematisch könnte nur die Bildung neuer Altersgruppen in Bezug auf die WHOQOL-Bref Normwerte gewesen sein. Hierbei wurden nämlich drei bzw. zwei Altersgruppen zu jeweils einer Gruppe zusammengefasst. Als für dieses Ergebnis am plausibelsten erscheint zum Einen die relativ kleine Stichprobengröße und zum Anderen der relativ hohe Anteil an Landbewohner, der sowohl in der Untersuchungs- als auch in der Kontrollgruppe

vertreten war zu sein. Den Tierbesitz dafür verantwortlich zu machen ist nicht gerechtfertigt, da die Normstichprobe aus Tier- als auch Nicht-Tierbesitzern besteht und sich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Untersuchungs- u. Kontrollgruppe gezeigt haben.

Geschlechtsunterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten im Gegensatz zu anderen Studien (Einsle et al 2007, Kirchengast & Haslinger 2008) nur in der sozialen Dimension festgestellt werden (p=0,033). Diesbezüglich wiesen Frauen eine höhere Lebensqualität auf. Malm konnte 2003 feststellen, dass ältere Männer im Vergleich zu älteren Frauen eine bessere Lebensqualität aufweisen (vgl. Einsle et al 2007; Seidemann et al 2010).

Wie erwartet nimmt die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität mit dem Alter ab. Dies betrifft vor allem die physische und psychische Dimension der Lebensqualität, des WHOQOL-BREF als auch die Summenskalen des SF 12. Verwunderlich hingegen war, dass die Dimension soziale Beziehungen durch die Altersgruppe ab 70 Jahren nicht schlechter bewertet wurde, zumal die Literatur von einer Abnahme sozialer Beziehung spricht, nicht zuletzt aufgrund von geringerer Mobilität im Alter (vgl. Schade 2007). Bernstein, Friedmann & Malaspina (2000) führten eine Studie im Altersheim durch in der die Menschen Kontakt mit Hunden hatten. Es stellte sich heraus, dass die Menschen vermehrte soziale Kontakte initiierten (vgl. Cusack & Smith 1984). Dies könnte durchaus einen Faktor für eine bessere Bewertung der sozialen Dimension darstellen, dennoch existiert in dieser Stichprobe kein Unterschied zur Kontrollgruppe.
Die Altersklasse II zeigte zusätzlich noch einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der sozialen Dimension. Frauen bewerten diese signifikant besser als Männer. Die Dimension Umwelt zeigte keine signifikanten Altersunterschiede.
Signifikante Unterschiede zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe konnten in Bezug auf die Lebensqualität keine gefunden werden. Menschen mit Haustieren weisen somit keine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Die positive Wirkung von Tieren konnte nicht anhand dieser gemessen werden.

6.2 Soziodemographische Faktoren, Gesundheitliche Aspekte & Tierbesitz

Betreffend der Soziodemographischen Faktoren ist festzustellen, dass ein relativ großer Anteil der Probanden zur Zeit der Befragung verheiratet war. Verwitwet war erst ein geringer Anteil und auch die Anzahl geschiedener Personen war nicht sehr hoch. Dieses Verhalten lässt erkennen, dass es sich um eine Gruppe älterer Menschen handelt, in der die Ehe noch nicht so leichtfertig geschieden wird. Der Großteil der Studienteilnehmer hatte lediglich einen Pflichtschulabschluss oder einen Lehrabschluss vorzuweisen auch dies steht meiner Meinung nach in engem Zusammenhang mit dem Alter. Daraus resultierend das geringe Einkommen, speziell bei Frauen.

In Bezug auf die gesundheitlichen Aspekte, speziell die Frage betreffend *„Haben Sie derzeit körperliche Beschwerden bzw. Krankheiten?“* ist anzumerken, dass es vielleicht besser gewesen wäre zwischen Beschwerden und Krankheiten zu differenzieren bzw. die Probanden zu befragen, inwiefern sie sich durch diese eingeschränkt oder belastet fühlen. Trotzdem keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich dieser Frage aufgetreten sind, ist anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Befragung mehr Personen aus der Kontrollgruppe angegeben haben an einer Krankheit zu leiden.

Bezüglich der Arztbesuche unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant. Hierbei könnte die Fragestellung eine bessere gewesen sein, da die Unterscheidung von weniger als einmal, einmal oder öfter als einmal im Monat nicht recht viel Spielraum offen lässt. Vielleicht wäre es besser gewesen eine offene Fragestellung zu wählen. Im Gegensatz zu diesem Ergebnis konnte eine deutsche Studie feststellen, dass Tierbesitzer deutlich weniger oft zum Arzt gehen als Menschen, die keine Tiere besitzen und die Frequenz sinkt, desto länger man im Besitz des Haustieres ist (Heady et al 2004).

Auch in Bezug auf das Rauchen ist zu sagen, dass relativ wenig Personen in dieser Stichprobe rauchen und es auch keinen signifikanten Geschlechtsunterschied diesbezüglich gibt. Festzustellen sei nur, dass mehr Männer als Frauen früher geraucht und damit aufgehört haben.

Die Versorgungssituation betreffend sind die Studienteilnehmer relativ autark. Unterstützung wird wenn dann vorwiegend durch den Familien- bzw. Freundeskreis bezogen. Externe Hilfe durch soziale Dienste wurde so gut wie gar nicht in Anspruch genommen. Dies hängt wiederum damit zusammen, dass sich die Personen in keinem so fortgeschrittenem Alter befinden als auch vermehrt am Land wohnen und dort andere Unterstützungs- bzw. Pflegemuster möglich sind als in der Stadt.

Tiere können für den Menschen bestimmte Rollen bzw. Funktionen einnehmen. Je nachdem wie alt der Mensch ist und welche Bedürfnisse dieser hat, unterscheiden sich diese Rollenbilder, angefangen vom Spielgefährten, über den Partner oder Kinderersatz. In diesem Zusammenhang hat sich gezeigt, dass das Tier in erster Linie einen Freund darstellt, gefolgt vom Beschützer, der die Funktion von Sicherheit erfüllt. Die Rolle des Spielkameraden kommt trotz des Alters der Probanden noch an dritter Stelle. Da dies auch mit der Unterstützungsfunktion (Cobb 1976) zusammenhängt, wäre eine Voraussetzung für eine bessere Gesundheit auf jeden Fall gegeben. Auch die Tatsache, dass nur wenig Personen angeben, das Tier als Last zu empfinden, zeigt in Richtung einer guten Beziehung zum Tier und würde sich ebenfalls für eine positive Wirkung auf die Gesundheit aussprechen. Die Kompatibilität zwischen Besitzer und Haustier wurde nicht untersucht. Auch hier zeigt die Literatur einen Zusammenhang auf (Budge et al 1998).

Als interessant stellte sich der offene Bereich der Frage dar, denn hier wurden unter anderem Beruhigung oder Stressabbau genannt. Studien haben bereits bewiesen, dass es einen Zusammenhang zwischen chronischen Stress und geringer Gesundheit gibt, vor allem das Immunsystem und kardiovaskuläre Krankheiten betreffend (Epel et al 2006). Tiere bzw. die Beziehung zum Tier konnten Stress beim Menschen gemessen an der Kortisolkonzentration nachweislich verringern. Odendaal und Meintjes (2003) untersuchten Blutdruck und Hormone während einer Interaktion zwischen Mensch und Hund und konnten feststellen, dass die Veränderungen auf eine Stressreduktion hindeuten. Ebenso ein Zusammenhang zwischen Herzerkrankungen und dem Besitz von Tieren konnte festgestellt werden. So zeigte Friedman et al (1995) in einer Studie, dass Patienten, die einen Hund besitzen nach einer Herzoperation signifikant höhere Chancen haben zu überleben als Patienten ohne Hund, was er aber vor allem der Bewegung zuschrieb. Anderson et al (1992) zeigten in der Studie, dass Tiere auch

präventiven Nutzen in Bezug auf Herz-Kreislauferkrankungen haben. Sie untersuchten dabei Blutdruck-, Triglycerid- u. Cholesterolwerte, allesamt Indikatoren für Herz-Kreislauferkrankungen. Leider gaben nicht genug Personen diese Faktoren an um sie statistisch auswerten zu können.

Sozioökonomische Faktoren und der Einfluss auf die Gesundheit und damit auf die Lebensqualität wurden in vergangen Studien ausgiebig untersucht. Niedriger sozioökonomischer Status bedeutet danach eine schlechtere gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Pappas et al 2007). In dieser Studie konnte hinsichtlich soziökonomischer Faktoren wie des Einkommens oder der Schulbildung kein Einfluss auf die Lebensqualität festgestellt werden. Wesentlicher Einflussfaktor stellte hier nach Kontrolle des Alters nur die Krankheit auf die physische und psychische Dimension der Lebensqualität dar. Korrelationen und Regressionen zeigten signifikante Ergebnisse.

6.3 Methodische Probleme

Neben dem Problem der Stichprobengröße, dürften auch andere methodische Gründe dafür verantwortlich gewesen sein warum kein Unterschied zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe festzustellen war. Auszuschließen sind Heterogenitäten in Bezug auf die soziodemographischen Faktoren und gesundheitlichen Aspekte der beiden Vergleichsgruppen, auch was Alter und Geschlecht betrifft. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gibt es nur in Bezug auf die Art des Wohnens (Haus, Eigentumswohnung, Mietwohnung) und der ehrenamtlichen Tätigkeit.

Es war wahrscheinlich nicht ausreichend allein die gesundheitsbezogene Lebensqualität zwischen Tierbesitzern und Nicht-Tierbesitzern zu vergleichen. Das Augenmerk hätte mehr in Richtung Qualität der Beziehung gesetzt werden müssen, denn nicht allein der Besitz eines Tieres verbessert die Gesundheit des Menschen oder dessen Lebensqualität (vgl. Olbrich 2003). Auch die Art des Haustieres bzw. wie Besitzer und Tier zusammenpassen ist ausschlaggebend.

Problematisch bei der Bewertung der Lebensqualität mit dem SF 12 und WHOQOL-Bref ist, dass es sich um eine „Momentaufnahme“ handelt. In dem Fall wie sich der Mensch in den letzten vier Wochen gefühlt hat. Es kann durchaus möglich sein, dass

sich die Lebensqualität bereits durch die Beziehung zum Tier verbessert hat. Dies hätte in den Fragebogen aufgenommen werden können. Auch eine Studie die dieselbe Personengruppe, vorerst ohne Tier, dann im Besitz eines Tieres, gemessen hätte, wäre vielleicht zu einem anderen Ergebnis gekommen.

Auch die Wahl eines qualitativen Interviews wäre hierbei von Vorteil gewesen, da mehr Informationen über die Beziehung zum Tier und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit gesammelt hätten werden können. Die Auswertung und die Vergleichbarkeit hätten sich jedoch als problematisch herausgestellt. Auch die Subjektivität der Bewertung der Lebensqualität könnte das Ergebnis verfälscht haben.

In dieser Studie wurden aus taktischen Gründen zwei Tests verwendet um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen. Hauptsächlich ging es mir darum genug Datenmaterial zu erhalten, sollte ein Test nicht funktionieren. Im Wesentlichen unterscheiden sich die Tests in der Darstellung der Dimensionen. Der WHOQOL-Bref stellt insgesamt vier Dimensionen der Lebensqualität und einen Globalwert extra dar, was bei einer näheren Erforschung der Lebensqualität sehr hilfreich sein kann.
Der SF 12 hingegen unterscheidet nur zwei Dimensionen. In einer davon sind psychische und soziale Faktoren zusammengefasst, was den Vergleich der Psychischen Dimension und der Psychischen Summenskala nicht gerade vereinfacht. Dies sollte auch vermieden werden, da Huang et al (2006) in Taiwan herausfand, dass der WHOQOL eher die allgemeine Lebensqualität und der SF 36 eher die gesundheitsbezogene Lebensqualität misst, was daher auch für den SF 12 gelten sollte. In dieser Diplomarbeit wurde der Frage, welche Konstrukte die Tests messen, nicht nachgegangen. Bei Kontrolle der Ergebnisse zeigte sich jedoch, dass die „Physische Dimension“ und „Physische Summenskala“ ähnliche Ergebnisse lieferten.

Es hätte wahrscheinlich durchaus ausgereicht nur einen Test zu verwenden und die restlichen Fragen den sozioökonomischen Faktoren und der Beziehung zum Tier zu widmen um die Länge des Fragebogens nicht überzustrapazieren.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass in dieser Stichprobe die Studienteilnehmer eine relative hohe gesundheitsbezogen Lebensqualität aufweisen, jedoch die positive Wirkung von Tieren nicht über diese gemessen werden konnte. Dies bedeutet jedoch

nicht, dass diese Effekte nicht existieren, was viele andere Studien bereits zeigen konnten. Es bedeutet auch nicht, dass es generell nicht möglich ist, diese über die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu quantifizieren. Für zukünftige Studien muss die Stichprobengröße erweitert als auch die Methode verfeinert werden.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Angermeyer, M. C., Kilian R., Matschinger H. (2000). *WHOQOL – 100 und WHOQOL – Bref. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität.* Hogrefe Verlag. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Austad, S. (2006): Why Women Live Longer Than Men: Sex Differences in Longevity. *Gender Medicine 3/2, 79-92.*

Basler, H.D., Keil, S (2006) *Marburger Forum zur Gerontologie. Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter.* Vektor Verlag.

Beck A., Katcher A. (2003)- Future Dirctions in Human-Animal Bond Research. *American Behavioral Scientist*. 47/1. 79-93.

Bergler, R. (1994). Warum Kinder Tiere brauchen – Information, Ratschläge, Tipps. Herder Verlag. Freiburg, Basel, Wien.

Bernstein, P.L., Friedmann, E., Malaspina, A. (2000). Animal-assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term facilities. Anthrozoös 13.4, 213-223.

Budge R.C., Spicer J., Boyd J, St. George R. (1998). Health Correlates of Compatibility and Attachment in Human-Companion Animal Relationships. *Society & Animals*. 6/3. 219-234.

Bühl, A., Zöfel, P. (2005): *SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. Pearson Studium. München 2005[6]

Bullinger, M. (1997): Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In: Bullinger M. (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung: Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz*. Seite 1-6; Stuttgart; New York: Schattauer.

Bullinger, M.(1997): *Lebensqualitätsforschung: Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz.* Stuttgart; New York: Schattauer.

Bullinger, M.,Kirchberger I. (1998): *Fragebogen zum Gesundheitszustand. SF36.* Hogrefe-Verlag für Psychologie. Göttingen.

Buser, Kaul-Hecker (2003) Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie. Taschenbuch. 5 Auflage.Urban Fischer Verlag. München. Jena.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 38/5. 300-314.

Cusack O. & Smith E. (1984). *Pets and the Elderly*. The Harvard Press Inc. New York.

Dobzhansky T. (1973). Nothin in life makes sense except in the light of evolution. The *American Biology Teacher*, 35, 125-129.

Einsle F., Weidner K, Nitschke M, et al (2007). Unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit Herzrhythmusstörungen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität? *Zeitschrift Medizinische Psychologie* 16, 161-1170.

Epel, ES et al (2006): Cell aging in relation to stress arousal and cardiovascular disease risk factors. *Psychoneuroendocrinology. 31(3). 277-87.*

Friemann, E. Thomas, S.(1995). Pet ownership, social support, and one-year survival after acute myocaridal infarction in de cardiac arrythmia suppression trial. American Journal of Cardiology, 76. 1213-1217.

Fries J.F. (1997). Editorial: Can Preventive Gerontology be on the way. American Journal of Public Health 87 (10):1592-1593).

Greiffenhagen, S. (1991). *Tiere als Therapie.* Neue Wege in Erziehung und Heilung. Droemer Knaur. München

Hammelstein, P; Renneberg, B, (2006): *Gesundheitspsychologie*. Springer Verlag Berlin, Heidelberg.

Haslinger, B., Kirchengast, S.(2008). Gender Differences in Health-Related Quality of Life Among Healthy Aged and Old-Aged Austrians: Cross-Sectional Analysis.*Gender Medicine.* 5/3, 270-278.

Heady B., Grabka M, (2004): The relationship between pet ownership and health oucome: german longitudinal evidence. DIW. Berlin. http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.42336.de/dp434.pdf. Stand: April 2010.

Hegedusch E., Hegedusch L.(2007). *Tiergestützte Therapie bei Demenz.* Die gesundheitsförderliche Wirkung von Tieren auf demenziell erkrankte Menschen. Schlütersche Verlagsgesmbh. Hannover.

Herzog H. (2002). Darwinism and the Study of Human-AnimalInteractions. Society & Animals 10:4.361-367.

Huang IC, Wu AW, Frangakis C. (2006): Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. *Quality of Life Research* (2006) 15: 15–24.

Hurrelmann, Klaus (1990): *Sozialisation und Gesundheit*. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch. Göttingen.

Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (1999). *Demographische Informationen 1997/1999.*Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien.

Janig H., Penz H., Pipam W., Likar R.(2005). Lebensqualität und Schmerz im Alter – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung im Bundesland Kärnten. In: Likar, R.(Hrsg.) *Lebensqualität im Alter. Therapie u. Prophylaxe von Altersleiden.* Springer Verlag Wien. New York.

Jenny, Michaela (1996): Psychische Veränderungen im Alter. Mythos – Realität - psychologische Interventionen. Facultas Universitätsverlag Wien.

Karmasin, Matthias/Ribing, Rainer(2009). *Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten*. Facultas. Wien, 2009[4].

King C., Hinds P.(2001) Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie - Forschung – Praxis. Hans Huber Verlag. Bern.Göttingen.Toronto.

Klare, K.J. (2003). Heimtiere als begleitende Hilfen bei der aktivierenden und fördernden Pflege alter Mensche. In: Olbrich E., Otterstedt, C.: Menschen brauchen Tiere Frankh-Cosmos. Stuttgart.

Likar, Rudolf (2005). *Lebensqualität im Alter. Therapie u. Prophylaxe von Altersleiden.* Springer Verlag Wien. New York.

Noack, R. H., Reis-Klingspiegl, K,.(1999). *Altern als Herausforderung 2. Gesundheit macht alt.* Leykam, Graz.

Odendaal J.S.J. & Meintjes, R.A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behavior between humans and dogs. *The Veterinary Journal* 165: 296-301.

Olbrich E. (2006). Tiere in der Therapie. Zur Basis einer Beziehung und ihrer Erklärung.Basler, H.D., Keil, S. (Hrsg.). *Marburger Forum zur Gerontologie. Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter.* Vektor Verlag.

Olbrich E., Otterstedt, C. (2003): Menschen brauchen Tiere. Frankh-Kosmos. Stuttgart.

Otterstedt Carola, Dr. (2001). *Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung*. Kosmos Stuttgart.

Pappas, E. et al (2009). Assessing the socio-economic and demographic impact on health-relatedquality of life: evidence from Greece. *International Journal Public Health* 54 (2009) 241–249.

Perelle, I. B. & Granville D. A (2008). Assessment of the Effectiveness of a Pet Facilitated Therapy Program in a Nursing Home Setting. *Society & Animals. Journal of Human-Animal Studies.*1/1; 91-100.

Renneberg, B, Lippke. S.(2006). Lebensqualität. In Hammelstein, P; Renneberg, B; (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie*. Springer Verlag Berlin, Heidelberg.

Ricklefs, E.; Finch, C.E. (1996). *ALTERN. Evolutionsbiologie und medizinische Forschung*. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg, Berlin, Oxford.

Schade B. (2006).Lebenszufriedenheit als gesundheitsbeeinflussender Faktor im Alter. In. Basler, H.D., Keil, S (Hrsg.) *Marburger Forum zur Gerontologie. Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter.* Vektor Verlag.

Schuhmacher J., Klaiberg A., Brähler E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2003.

Schwarzer Ralf (Hrsg) (2005). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Hogrefe. Göttingen.

Seidemann G., Franke G.H., Salewski C., Morfeld M. (2010). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einer älteren Bevölkerungsgruppe. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. Vol 9/1. 3-11.

Statistik Austria (2007). Demographisches Jahrbuch 2006. Wien

Statistik Austria (2009). Demographisches Jahrbuch 2008. Wien.

Walter, U. (2001). Präventionspotentiale für ein gesundes Altern. GGW 1/2001, 1Jg. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_1-01_21-26.pdf. Stand Jänner 2010.

WHO (2000). Social Development and Ageing Crisis or Opportunity?Geneva 2000.

WHO.Towards Policy for Health and Ageing. http://www.who.int/ageing/publications/alc_fs_ageing_policy.pdf. Stand: April 2010.

Wikipedia. http://de.wikipedia.org/wiki/Domestiziert. Stand Jänner 2010.

Zeyfang A.; Hagg-Grün U.; Nikolaus T. (2007). *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Springer. Berlin

ANHANG

Fragebogen

1 Nr.

Lieber Teilnehmer, liebe Teilnehmerin!

Ich studiere Anthropologie auf der Uni Wien und führe im Rahmen meiner Diplomarbeit, die sich mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Menschen beschäftigt, eine Befragung durch.

Ich möchte Sie bitten den folgenden Fragebogen auszufüllen um mich bei der Gewinnung von Datenmaterial zu unterstützen. Die Daten werden anonym behandelt und ausgewertet.

Um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern, gibt es bei vielen vorgegebene Antworten, die nur mehr anzukreuzen sind. Ich möchte Sie bitten den Fragebogen vollständig auszufüllen. Scheuen Sie nicht sich an mich zu wenden, falls es Fragen gibt.

Der Fragebogen wird Sie nun ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Ich bedanke mich recht herzlich für die Teilnahme an meiner Studie!

Barbara Thorwartl

2 Nr.

1 Was ist Ihr Geschlecht? □ Weiblich □ Männlich

2 Wie alt sind Sie? _____Jahre

3 Nationalität _____

4 Wie ist Ihr Familienstand? □ Verheiratet □ Ledig □ Allein lebend □ Geschieden □ Verwitwet □ Mit Partner lebend

5 Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung

Pflichtschule □	Lehre □	Höhere Schule ohne Matura □
kein Abschluß □	Universität □	Höhere Schule mit Matura □

6 Wo leben Sie derzeit? □ in der Stadt □ am Land

7 Wo wohnen Sie?

□ in einem Haus

□ in einer Eigentumswohnung

□ in einer Mietwohnung

□ im Altersheim

□ im betreuten Wohnheim

8 Sind Sie derzeit noch berufstätig oder gehen Sie einer ehrenamtlichen Tätigkeit etc. nach?

□ Nein □ Ja, ich bin berufstätig □ Ja, ehrenamtlich tätig

□ Ich bin in einem Verein

9 Wie viel Geld haben Sie im Monat zur Verfügung (Nettoeinkommen)?

□ Unter 700 € □ 700 – 1000 € □ Über 1000 €

10 Sind Sie im Stande sich selbst zu versorgen oder benötigen Sie Unterstützung von anderen?

□ Ja, ich versorge mich selbstständig

□ Nein, ich bekomme Unterstützung durch: □ Partner/Verwandte

□ Freunde

□ Soziale Dienste (Hauspflege, Essen auf Rädern ect.)

11 Haben Sie derzeit körperliche Beschwerden bzw. Krankheiten?

□ Nein, ich habe keine Krankheiten oder Beschwerden

□ Ja, ich habe Probleme mit ....

□ Diabetes □ Osteoporose □ Untergewicht

□ Herz -u. Kreislauf □ Bewegungsapparat □ Übergewicht

□ Atemwegserkrankung □ Verdauungsapparat

□ Ich höre/sehe schlecht □ Sonstiges _____

12 Rauchen Sie?

□ Nein □ Ja, unter 10 Zigaretten am Tag

□ Ich habe früher geraucht □ Ja, über 10 Zigaretten am Tag

□ Ja, mehr als eine Packung am Tag

13 Wie oft gehen Sie zum Arzt?

□ Weniger als 1 mal im Monat

□ 1 mal im Monat

□ Öfter als 1 mal im Monat

4 Nr.

	Ausge-zeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger	Schlecht
14 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

15 Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	**Ja,** etwas eingeschränkt	**Nein,** überhaupt nicht eingeschränkt
A) Mittelschwere Tätigkeiten, zB einen Tisch verschieben, Staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
B) Mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

16 Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen auf Grund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
A) Ich habe **weniger geschafft** als ich wollte	1	2
B) Ich konnte **nur bestimmte Dinge** tun	1	2

17 Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen auf Grund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (zB weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
A) Ich habe **weniger geschafft** als ich wollte	1	2
B) Ich konnte nicht so **sorgfältig** wie üblich arbeiten	1	2

18 Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaut nicht	Ein bißchen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was Ihrem Befinden am besten entspricht.

19 Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen

A) ... ruhig und gelassen

Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
1	2	3	4	5	6

B) ... voller Energie

Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
1	2	3	4	5	6

C) ... entmutigt und traurig

Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
1	2	3	4	5	6

20 Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
1	2	3	4	5

6 Nr.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
21 Wie würden Sie ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
	Sehr unzufrieden	**Un-zufrieden**	**Weder zufrieden noch unzufrieden**	**Zufrieden**	**Sehr zufrieden**
22 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen 4 Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel-mäßig	Ziemlich	Äußerst
23 Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
24 Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
25 Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
26 Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
27 Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
28 Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
29 Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet	1	2	3	4	5

7 Nr.

In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen 4 Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halb-wegs	Über-wiegend	Völlig
30 Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben	1	2	3	4	5
31 Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
32 Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
33 Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
34 Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten	1	2	3	4	5
	Sehr schlecht	Schlecht	Mittel-mäßig	Gut	Sehr gut
35 Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen 4 Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	Sehr un-zufrieden	Un-zufrieden	Weder zufrieden noch un-zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
36 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
37 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
38 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
39 Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5

8 Nr.

		Sehr un-zufrieden	Un-zufrieden	Weder zufrieden noch un-zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
40	**Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?**	1	2	3	4	5
41	**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?**	1	2	3	4	5
42	**Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?**	1	2	3	4	5
43	**Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?**	1	2	3	4	5
44	**Wie zufrieden sind Sie mit ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?**	1	2	3	4	5
45	**Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?**	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie oft sich während der vergangenen 4 Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

		Niemals	Nicht oft	Zeit-weilig	Oftmals	Immer
46	**Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?**	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, ob Sie in der Vergangenheit oder Gegenwart Tiere besessen haben und wie Sie zu diesen stehen.

47	**Ich hatte in meiner Kindheit Tiere**	□ Ja	□ Nein
48	**Ich bin auf einem Bauernhof aufgewachsen**	□ Ja	□ Nein

49 Ich hatte Haustiere in der Vergangenheit □ Ja □ Nein

50 Wenn ja, welches Haustier hatten Sie?

□ Hund □ Katze □ Kaninchen □ Hamster □ Vogel □ Sonstiges _____

51 Haben Sie jetzt ein Haustier? □ Ja □ Nein

52 Wenn ja, welches Haustier haben Sie jetzt?

□ Hund □ Katze □ Kaninchen □ Hamster □ Vogel □ Sonstiges _____

53 Welche Rolle/Bedeutung hat/hatte Ihr Haustier für Sie?

□ Freund □ Beschützer □ Sonstiges _____

□ Partner □ Helfer □ Spielkamerad

54 Fällt Ihnen Ihr Haustier teilweise zur Last?

□ Nein, gar nicht □ Ja, teilweise schon □ Ja, sehr

55 Wenn ja, welche Aufgaben bezüglich Ihres Tieres fallen Ihnen schwer oder sehen Sie als Last?

□ Gassi gehen □ Füttern, Nahrung kaufen

□ Hygiene zB Sauberhalten des Käfigs etc. □ Sonstiges _____

□ Tierarztbesuche _____

56 Wenn ja, bringt Sie Ihr Tier dazu, mehr zu unternehmen als üblich zB Spazieren, Wandern?

□ Ja □ Nein

57 Wenn nein, warum haben Sie kein Haustier?

□ Ich mag keine Tiere □ Zu viel Aufwand ein Tier zu halten

□ Tiere dürfen im Haus nicht gehalten werde □ Sonstiges_____

Ich bedanke mich nochmals recht herzlich für die Teilnahme an meiner Studie!

10 Nr.

Definitionen der Facetten des WHOQOL (nach Angermeyer 2002)

Domäne I: Physisch

1. Schmerz und körperliche Beschwerden

Diese Facette erfasst die Wahrnehmung unangenehmer körperlicher Empfindungen (z.B. Schmerz) und die Einschätzung des Umfangs in dem sie das Leben der befragten Person beeinflussen. Bedeutungsvoll sind Fragen, wie stark die Schmerzen sind und ob eine Linderung der Schmerzen einfach oder schwierig zu erreichen ist.

2. Energie und Erschöpfung

Diese Facette erfasst, mit wieviel Energie und Ausdauer die befragte Person die Aufgaben des täglichen Lebens bewältigen kann. Darüber hinaus ist auch das Potential für freiwillige Aktivitäten in der Freizeit von Bedeutung.

3. Schlaf und Erholung

Diese Facette erfasst die Fähigkeit der befragten Person, sich durch Schlaf und Entspannung in ausreichendem Maß zu erholen, und ob Schlaf und Erholung durch innere oder äußere Einwirkungen gestört werden.

Domäne II: Psychisch

4. Positive Gefühle

Diese Facette erfasst, in welchem Ausmaß die befragte Person positive Gefühle erlebt, so z.B. Zufriedenheit, Ausgewogenheit, Glück, Hoffnung, Freude, und inwieweit die schönen Dinge des Lebens genossen werden können. Es soll nach der Meinung und den Gefühlen zur Zukunft gefragt werden. Bei vielen Befragten sind diese mit Lebensqualität gleichzusetzen.

5. Denken, Lernen, Gedächtnis und Konzentration

Diese Facette erfasst die Denk- und Lernfähigkeit der befragten Person. Berücksichtigt wird die Gedächtnisleistung, die Konzentrationsfähigkeit und die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen.

6. Selbstachtung

Diese Facette erfasst das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl der befragten Person.

7. Körperbild und Erscheinung

Diese Facette erfasst die Zufriedenheit der befragten Person mit ihrem Aussehen und ihrer körperlichen Erscheinung und die Frage, durch welche Aspekte diese Zufriedenheit beeinträchtigt wird.

8. Negative Gefühle

Diese Facette erfasst, inwieweit die befragte Person durch negative Gefühle, wie z. B. Besorgnis, Angst, mangelnde Lebensfreude, Schuldgefühle in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt wird.

Domäne III: Unabhängigkeit

9. Mobilität

Diese Facette erfasst die körperliche Bewegungsfähigkeit der befragten Person. Hierbei ist es wichtig, inwieweit es ihr möglich ist, ohne fremde Hilfe von einem Ort zum anderen zu gelangen. Dabei ist es unerheblich, welche Fortbewegungsmittel in Anspruch genommen werden.

10. Aktivitäten des täglichen Leben

Diese Facette erfasst, inwieweit die befragte Person imstande ist, die Pflichten und Aufgaben des täglichen Lebens zu verrichten. Es wird angenommen, dass der Grad der Abhängigkeit von anderen für diese Verrichtungen auf die Lebensqualität einwirkt. Hierbei sind der Umfang und die Art der Aufgaben nicht relevant.

11. Abhängigkeit von Medikamenten oder Behandlungen

Diese Facette erfasst, ob ein Individuum von Medikamenten oder Behandlungen abhängig ist oder sich abhängig fühlt, um die Gesundheit zu erhalten oder zu fördern. Medikamente können einerseits die Lebensqualität steigern (Schmerzmittel, Psychopharmaka), andererseits auch wieder verringern (Nebenwirkungen).

12. Arbeitsfähigkeit

Die Facette erfasst die Fähigkeit der befragten Person zu arbeiten, ungeachtet der Art der Arbeit. Dies beinhaltet bezahlte und unbezahlte Arbeit, Studium, Kindererziehung, freiwillige soziale Arbeit und dergleichen.

Domäne IV: Soziale Beziehungen

13. Persönliche Beziehungen

Diese Facette erfasst, inwieweit die befragte Person in ihren persönlichen Beziehungen die Kameradschaft, Liebe und Unterstützung erhält, die sie sich wünscht. Auch die Fähigkeit, sich um andere zu kümmern, soll untersucht werden. Hierbei soll berücksichtigt werden, dass diese Fähigkeit positiv wie auch negativ auf die Lebensqualität wirken kann; z.B. die Pflege älterer Angehöriger, die auch zur Last werden kann.

14. Praktische soziale Unterstützung

Diese Facette erfasst, in welchem Ausmaß die befragte Person die Bindung, die Anerkennung und die Verfügbarkeit praktischer Unterstützung durch Familie oder Freunde empfindet. Es soll untersucht werden, inwieweit sich die befragte Person von Freunden und Verwandten allein gelassen fühlt, oder ob sie sich durch diese praktisch und persönlich unterstützt fühlt.

15. Sexuelle Aktivitäten

Diese Facette erfasst, inwieweit das Sexualleben die Lebensqualität der befragten Person beeinflusst. Den Mittelpunkt dieser Facette bildet das Verlangen nach, die Gelegenheit zu und die Erfüllung durch Sexualität.

Normstichprobe WHOQOL-BREF

(Quelle: Angermeyer 2000)

Altersgruppe	Geschlecht		WHOQOL-BREF Domänen				
			Physisch	Psychisch	Soziale Beziehungen	Umwelt	Gesamt (Overall)
56–65 Jahre	Männer	Mittelwert	75,43	75,67	71,79	72,91	66,81
		N	171	171	170	171	171
		SD	16,37	13,76	18,31	13,87	17,48
	Frauen	Mittelwert	71,03	70,65	68,77	68,96	60,44
		N	224	224	222	225	224
		SD	17,91	17,26	17,94	15,15	18,28
	gesamt	Mittelwert	72,94	72,82	70,08	70,67	63,20
		N	395	395	392	396	395
		SD	17,38	16,01	18,14	14,72	18,19
66–75 Jahre	Männer	Mittelwert	68,24	74,58	72,18	73,55	64,67
		N	121	121	121	121	121
		SD	14,99	11,96	12,92	10,14	14,49
	Frauen	Mittelwert	65,04	67,22	65,31	67,47	60,05
		N	148	148	147	148	148
		SD	17,84	15,00	16,68	14,42	17,11
	Gesamt	Mittelwert	66,48	70,53	68,41	70,20	62,13
		N	269	269	268	269	269
		SD	16,67	14,18	15,49	13,01	16,12
76–85 Jahre	Männer	Mittelwert	59,37	69,01	65,10	70,51	59,38
		N	31	32	32	32	32
		SD	17,19	14,51	15,90	12,22	21,53
	Frauen	Mittelwert	60,49	64,38	64,11	66,01	58,12
		N	80	80	80	80	80
		SD	14,67	13,52	16,69	11,30	16,17
	Gesamt	Mittelwert	60,18	65,70	64,40	67,30	58,48
		N	111	112	112	112	112
		SD	15,34	13,90	16,40	11,69	17,77
> 85 Jahre	Männer	Mittelwert	54,56	50,00	36,11	62,50	54,17
		N	3	3	3	3	3
		SD	22,75	16,67	12,73	3,12	14,43
	Frauen	Mittelwert	51,12	58,80	53,12	56,15	51,39
		N	9	9	9	9	9
		SD	25,14	18,45	21,79	19,57	23,75
	gesamt	Mittelwert	51,98	56,60	48,48	57,74	52,08
		N	12	12	12	12	12
		SD	23,58	17,72	20,69	16,99	21,21
Insgesamt	Männer	Mittelwert	78,84	75,88	72,34	71,17	68,93
		N	925	927	925	925	927
		SD	16,93	14,72	18,21	14,28	17,44
	Frauen	Mittelwert	75,35	72,49	71,41	69,73	66,49
		N	1127	1128	1123	1128	1128
		SD	18,13	16,28	18,78	14,05	18,26
	gesamt	Mittelwert	76,92	74,02	71,83	70,38	67,59
		N	2052	2055	2048	2053	2055
		SD	17,68	15,68	18,52	14,17	17,93

Normstichprobe SF 12

(Quelle: Bullinger 1998)

Tab. 4.2: SF-12 Summenskalen für die deutsche Normstichprobe (n=2914) stratifiziert nach Geschlecht und Alter

	SF-12 Summen-skala	N	Arith. Mittel	Standard-abweich.	25. Perzentil	50. Perzentil	75. Perzentil (Median)	Minimum/ Maximum
Gesamtgruppe	Körperlich	2805	49,03	9,35	44,24	52,81	54,84	11,67/64,92
	Psychisch	2805	52,24	8,10	48,30	54,22	57,83	12,60/71,80
Frauen	Körperlich	1551	47,93	9,74	42,10	51,49	54,63	15,36/64,92
	Psychisch	1551	51,30	8,41	46,18	53,24	57,10	13,92/71,80
Männer	Körperlich	1254	50,22	8,68	46,65	53,49	55,02	11,67/63,81
	Psychisch	1254	53,25	7,57	50,58	55,23	57,92	12,60/68,66
14–20 Jahre	Körperlich	123	54,04	5,91	53,40	54,92	56,58	35,02/63,66
	Psychisch	123	52,58	9,12	49,58	53,47	56,85	12,60/61,96
21–30 Jahre	Körperlich	473	52,86	6,76	51,50	54,31	56,10	16,15/62,84
	Psychisch	473	51,92	8,35	47,83	53,78	57,13	16,41/71,80
31–40 Jahre	Körperlich	539	52,14	6,18	50,75	54,02	55,67	21,62/63,56
	Psychisch	539	52,01	7,68	49,46	53,81	57,46	24,75/66,40
41–50 Jahre	Körperlich	411	50,15	7,93	48,02	53,55	54,84	15,19/62,37
	Psychisch	411	52,24	7,79	49,52	54,57	57,83	13,92/66,39
51–60 Jahre	Körperlich	521	47,10	9,27	40,31	50,62	54,14	14,78/64,92
	Psychisch	521	51,71	8,16	46,01	53,63	57,66	18,15/67,86
61–70 Jahre	Körperlich	421	44,34	9,45	36,34	46,47	52,60	11,97/58,36
	Psychisch	421	53,35	7,51	49,66	55,55	57,97	13,08/68,66
> 70 Jahre	Körperlich	317	39,84	9,74	29,39	40,24	48,51	11,67/59,49
	Psychisch	317	52,47	8,95	45,78	53,88	58,84	21,07/68,69

ABSTRACT - DEUTSCH

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen –

Unterscheiden sich Tierbesitzer von Nicht-Tierbesitzern in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Studien konnten bereits zeigen, dass der Kontakt und die Kommunikation zwischen Mensch und Tier positive Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen erzielen können, wobei diese sich nicht nur auf der körperlichen Ebene, sondern auch auf psychischer und sozialer Ebene manifestieren können.

In dieser Studie sollte herausgefunden werden, ob die Beziehung zwischen Mensch und Tier positive Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen hat und diese sich in einer besseren Lebensqualität widerspiegeln.

Dies wurde anhand zweier verschiedener Tests, dem SF 12 und dem WHOQOL-Bref, erprobt, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen. Des Weiteren wurden Informationen soziodemographischer Art, gesundheitliche Aspekte sowie Informationen über etwaige Haustiere über diesen Fragebogen gesammelt. Der Fragebogen wurde insgesamt 230 älteren Personen (ab ca. 60 Jahren) ausgehändigt. Die Studienteilnehmer wurden zufällig im öffentlichen Raum angesprochen. 166 Datensätze konnten mittels SPSS 17 verarbeitet werden. Der Untersuchungsgruppe, derzeitige Tierbesitzer (N=80), wurde eine Kontrollgruppe (N=86) als auch die Normstichproben alters- und geschlechtsspezifisch gegenüber gestellt. Des Weiteren wurden Einflussfaktoren untersucht.

Die Untersuchungsgruppe gab insgesamt eine sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität an, die im Vergleich zu den Werten der Normstichprobe SF 12, bei der Altersklasse I (unter 70 Jahren) in der physischen Summenskala signifikant besser war. In der Altersklasse II (über 70 Jahren) konnte in Bezug auf die psychische Summenskala ein signifikant besserer Wert gegenüber der Normstichprobe festgestellt werden. Auch in Bezug auf die Normstichprobe des WHOQOL-Bref zeigte die Stichprobe eine signifikant bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität in vielen Dimensionen auf. Wie erwartet, nimmt die Lebensqualität mit dem Alter der Probanden ab. Ausnahmen hierbei sind die Dimensionen „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“. Der Vergleich zwischen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zeigte keine signifikanten Unterschiede auf. Demnach ist es in dieser Studie nicht möglich, den positiven Effekt der Mensch-Tier-Beziehung anhand einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu messen. Ein Unterschied zwischen Hundesbesitzern und anderen Tierbesitzern konnte hingegen in Bezug auf die Lebensqualität (SF 12) festgestellt werden. Größter Einflussfaktor auf die Lebensqualität war in dieser Studie eine derzeitige Krankheit bzw. körperliche Beschwerden. Signifikante Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten hier nur in der Dimension „Soziale Beziehungen“ festgestellt werden.

Auch wenn es in dieser Studie nicht möglich war positive Effekte der Mensch-Tier-Beziehung anhand einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu messen, bedeutet dies nicht, dass diese nicht existieren. Da diese Beziehung ein großes Potential in der Therapie und Prävention von Krankheiten und Alterserscheinungen besitzt, sollten weitere Forschungen in diese Richtung angestellt werden.

ABSTRACT - ENGLISCH

**Health related Quality of Life among older adults–
Is there an impact of the human-animal bond?**

Different studies have already shown the positive impact of a companion animal ship on the different dimensions of human health. This study investigates if older people with an animal have a better health related quality of life than people without.

To regulate this object a questionnaire was appropriated to collect information regarding sociodemographic and health related aspects as well as information about the human-animal-bond. Health related quality of life was investigated with the SF12 and the WHOQOL-BREF which were included as part of the questionnaire. Totally 230 questionnaires were randomly distributed to older people in public areas. 166 data sets could be used for statistical analysis.

People with pets (N=80) were compared to the control group (N=86) and the norm population sample.

The sample reported about a very high quality of life in comparison to the norm population sample. These results were significant in the age group I (aged under 70 years) in the physical dimension as well as in the age group II (over 70 years) in the psychological dimension (SF12). Due to the WHOQOL-BREF the group of investigation was also significantly better in many dimensions. In comparison with the control group no significant differences in any dimensions were discoverable. That implies that people with a companion animal do not report of or have a better health related quality of life than people without a pet. A significant difference between owners of dogs and owners of other animals was identifiable due to the SF 12 in both dimensions. Health related quality of life decreases with higher age barring the dimensions “social relationships” and “environment”. With regard to the factors influencing quality of life “illness, disease” was detectable. Significant gender specific differences were only assessed in the dimension “social relationships”.

Although there were no measureable differences in the health related quality of life it doesn’t implicate that there are no positive effects of the human animal bond due to it. This relationship has a strong potential in direction of therapy and prevention of diseases so further investigations should be focused on the impact on health or health related quality of life.

CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name:	Barbara Helga Thorwartl
Geboren am:	22.08.1982 in Steyr, Oberösterreich
Familienstatus:	Ledig
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Email:	b_thorwartl@yahoo.de

Schulausbildung

2002-2010	Diplomstudium der Biologie und Anthropologie an der Universität Wien
Seit 2006	Diplomstudium der Sozial- u. Kulturanthropologie an der Universität Wien
2002	Matura an der Bundeshandelsakademie Steyr
1997-2002	Bundeshandelsakademie Steyr Ausbildungsschwerpunkt: Marketing & Internationale Geschäftstätigkeit
1993-1997	Hauptschule Großraming
1989-1993	Volksschule Großraming