



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Endloses Glück – Glückstagebücher zur Steigerung
des Wohlbefindens im Alter

Verfasserin

Anna Lidauer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

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

*Es kommt nicht nur darauf an wie alt man wird, sondern wie man alt
wird.*

Ursula Lehr

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen Personen danken, die immer an mich geglaubt und mein Leben bereichert haben und so wesentlich am Gelingen dieser Arbeit beteiligt waren.

Allen voran möchte ich mich bei meinen Eltern Karin und Reinhold Lidauer bedanken, die mein Studium ermöglicht und mich während dieser Zeit immer unterstützt und liebevoll aufgefangen haben. Vielen Dank für eure Liebe, eure Geduld, euren Rückhalt und eure Motivation. Ohne eure kompromisslose Unterstützung und euer Vertrauen wäre ich sicherlich nicht so weit gekommen.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine Schwester Theresa, die mich vor einigen Jahren dazu ermutigt hat Psychologie zu studieren und die mir das Gefühl gegeben hat, dass ich alles schaffen kann. Danke, dass du immer an mich geglaubt und mich mit deiner furchtlosen Art stärker gemacht hast.

Danken möchte ich meinen Freundinnen und Mitbewohnerinnen, die mich seit vielen Jahren begleiten und meine Studienzeit unvergesslich gemacht haben. Danke auch an meine beste Freundin Andrea, die stets ein offenes Ohr für mich hat und sich für diese Arbeit als Korrekturleserin zur Verfügung gestellt hat.

Zuletzt möchte ich mich bei meinem Betreuer Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und seinen engagierten Studienassistentinnen Susanne Stickel und Simone Engländer bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	11
I. THEORETISCHER HINTERGRUND	
1 Glück und Wohlbefinden.....	13
1.1 Definition	13
1.2 Glückspsychologie	15
1.3 Positive Psychologie	16
1.3.1 Der Glücks-Faktor.....	17
1.4 Glücksforschung	18
1.4.1 Was macht Menschen glücklich?.....	19
1.4.2 Freizeitgestaltung von glücklichen Menschen	19
1.4.3 Glücksforschung in Österreich.....	21
1.4 Zusammenfassung.....	22
2 Strategien zur Steigerung des Wohlbefindens	23
2.1 Ausgewählte Strategien aus der Positiven Psychologie.....	23
2.2 Glückstagebücher zur Steigerung des Wohlbefindens	25
2.2 Zusammenfassung.....	28
3 Glück und Wohlbefinden im Alter	29
3.1 Erfolgreiches Altern	29
3.2 Theorien zum erfolgreichen Altern.....	30
3.2.1 Disengagement-Theorie.....	30
3.2.2 Aktivitätstheorie	31
3.2.3 Kontinuitätstheorie.....	31
3.2.4 Selektive Optimierung und Kompensation (SOK-Modell)	31
3.3 Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität im Alter	32
3.4 Ressourcen für Wohlbefinden im Alter	34
3.5 ESAW: Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter	34
3.6 Zusammenfassung.....	36
4 Depression im Alter	37
4.1 Definition	37
4.2 Entstehung einer Depression im Alter.....	38

4.3 Symptome einer Depression im Alter	39
4.4 Behandlungsmethoden	40
5 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrunds	41
II. EMPIRISCHER TEIL	
6 Fragestellungen und Hypothesen	43
6.1 Fragestellung 1.....	43
6.2 Fragestellung 2.....	44
6.3 Fragestellung 3.....	44
7 Methoden	45
7.1 Zielsetzung und Studiendesign	45
7.2 Studienteilnehmer und Rekrutierung.....	46
7.3 Beschreibung der Instrumente	46
7.3.1 Daten zur Person	47
7.3.2 Mini-Mental Status Test.....	47
7.3.3 Einschätzung der Tagezufriedenheit	47
7.3.4 WHO-5 Wohlbefindens-Index (WHO-5)	48
7.3.5 Deutsche Fassung der Satisfaction with Life Scale (SWLS).....	48
7.3.6 Oxford-Glücksfragebogen	48
7.3.7 Geriatrische Depressionsskala (GDS)	48
7.3.8 Glückstagebuch (VG).....	49
7.3.9 Tageszufriedenheit	50
7.4 Statistische Verfahren.....	50
7.4.1 Deskriptivstatistische Verfahren	50
7.4.2 Mehrfaktorielle abhängige Varianzanalyse.....	51
7.4.3 t-Test für unabhängige Stichproben.....	51
7.4.4 Kategorienbildung.....	51
7.5 Durchführungsablauf	52
8 Ergebnisse	55
8.1 Analyse der Instrumente	55
8.1.1 WHO-5 Wohlbefindens-Index (WHO-5)	56
8.1.2 Deutsche Fassung der Satisfaction with Life Scale (SWLS).....	56
8.1.3 Oxford-Glücksfragebogen	58

8.1.4 Geriatrische Depressionsskala.....	59
8.2 Beschreibung der Stichprobe.....	61
8.2.1 Alter	61
8.2.2 Geschlecht	63
8.2.3 Familienstand.....	63
8.2.4 Bildungsstand.....	63
8.2.5 Gesundheitszustand	64
8.3 Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen	64
8.3.1 Fragestellung 1	64
8.3.1 Fragestellung 2	66
8.3.1 Fragestellung 3	68
8.4 Qualitative Auswertung der Glückstagebücher	69
8.4.1 Welche Ereignisse haben mich heute zum Lachen gebracht?.....	69
8.4.2 Was hat mich am heutigen Tag besonders glücklich gemacht?.....	70
8.4.3 Was habe ich mir heute Gutes getan?	71
8.5 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	72
9 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse.....	75
9.1 Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Glücksempfinden, Depressivität.....	75
9.2 Tageszufriedenheit.....	76
9.3 Glückstagebücher.....	77
10 Kritik und Ausblick.....	79
10.1 Kritikpunkte.....	79
10.2 Ausblick für weiterführende Studien	81
10.3 Ausblick für die Praxis	81
Literaturverzeichnis	83
Tabellenverzeichnis.....	91
Abbildungsverzeichnis.....	93
Anhang	95

Einleitung

Statistik Austria (2014) zeigt, dass in den letzten Jahren der Anteil an Kindern und Jugendlichen (Personen unter 20 Jahren), in der österreichischen Bevölkerung, in vielen Regionen abgenommen hat, während der Anteil der Personen über 65 Jahre zahlen- und anteilmäßig stark zugenommen hat. Im Jahr 1990 lag der Anteil der 65jährigen und älter bei knapp 15%, im Jahr 2013 bei 18% und 2030 wird bereits ein Anteil von 24% erwartet. Studien, wie zum Beispiel die European Study on Adult Well-Being (Weber et al., 2005), die gleichzeitig in sechs EU-Ländern durchgeführt wurde, legten den Schwerpunkt ihrer Forschung auf das immer wichtiger werdende Thema Wohlbefinden im Alter und welche Faktoren besonders relevant dafür sind.

Mit dem steigenden Stellenwert der Positiven Psychologie (Seligman, 2002) wuchs das Interesse an positiven Gegenständen der Psychologie wie Glück, Wohlbefinden, Zufriedenheit, Hoffnung, Optimismus und Vertrauen. Die Abwendung einer defizitorientierten Denkweise führte dazu, sich mehr damit zu beschäftigen, was einen Menschen stärkt, die psychische Gesundheit aufrecht erhält und wie diese durch glücksbezogene und weniger durch problembezogene Intervention gefördert werden kann. Veenhoven (1997) sagt, glücklich-sein kann man üben. Eine Möglichkeit dafür wäre die Verwendung eines sogenannten Glückstagebuchs (Laireiter, Spitzbart und Raabe, 2012).

In der vorliegenden Studie soll die Idee der Positiven Psychologie, nämlich psychische Gesundheit durch glücksbezogene Intervention zu fördern und die Theorie von Veenhoven (1997), dass glücklich-sein geübt werden kann, aufgegriffen und auf ältere Personen übertragen werden. Ziel der Studie ist es, durch die Anwendung von Glückstagebüchern (Laireiter et al., 2012), eine Steigerung im subjektiven Wohlbefinden, in der allgemeinen Lebenszufriedenheit und im Glücksempfinden, als auch eine Reduktion der Depressivität, bei einer Stichprobe von über 65-jährigen, zu erreichen.

Der erste Teil der Diplomarbeit setzt sich aus Definitionen, Theorien und Erkenntnissen der bisherigen Forschung bezüglich Wohlbefinden und Glück im Allgemeinen, sowie Wohlbefinden im Alter zusammen. Im zweiten Teil der Arbeit erfolgt die detaillierte Beschreibung der empirischen Untersuchung. Es werden die Methoden, die zu überprüfenden Hypothesen und die verwendeten Untersuchungsinstrumente und statistischen Verfahren dargelegt, bevor die Ergebnisse der Studie vorgestellt werden. Anschließend werden die erzielten Ergebnisse interpretiert und diskutiert, als auch mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen. Zu guter Letzt werden einige Kritikpunkte an der Studie angeführt und ein Ausblick für weiterführende Studien gegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

I. THEORETISCHER HINTERGRUND

Um ein besseres Verständnis für das Thema Wohlbefinden und Glück, sowie Wohlbefinden im Alter zu erlangen, sollen im Rahmen des theoretischen Hintergrunds der aktuelle Stand der Wissenschaft und einige wesentliche Aspekte dargestellt werden.

1 Glück und Wohlbefinden

Zu Beginn dieser Arbeit sollen die unterschiedlichen Definitionen für Glück aus der Fachliteratur dargelegt und die Unterschiede beziehungsweise Gemeinsamkeiten zum Konstrukt Wohlbefinden beschrieben werden. Außerdem wird auf die Glückspsychologie, die damit eng in Verbindung stehende Positive Psychologie und die Erforschung von Glück eingegangen. Abschließend werden Erkenntnisse der bisherigen Forschung zum Thema Glück vorgestellt.

1.1 Definition

*Willst du immer weiterschweifen, sieh, das Gute liegt so nah,
lerne nur das Glück ergreifen, denn das Glück ist immer da.*

J. W. Goethe

Was ist Glück? Glück ist ein Begriff, dessen Definition gar nicht so einfach ist, dessen Bedeutung aber jeder Mensch zu wissen glaubt (Freedman, 1978, zitiert nach Bucher, 2009). Ursprünglich leitet sich das Wort Glück vom mittelhochdeutschen "Gelücke" und in weiterer Folge von "gelingen" ab, das sich wiederum von "leicht" ableitet. Glück ist also ursprünglich das Gelungene, leicht Erreichte (Mayring, 1991). Im Duden (2001) ist Glück definiert „als das Eins-Sein mit seinen Hoffnungen,

Wünschen, Erwartungen“ (S. 331). Für den griechischen Philosophen Aristoteles (1952, zitiert nach Bucher, 2009, S. XI) ist Glück das „höchste Gut“. William James (1979) meinte, dass die Hauptsache im Leben eines Menschen ist, glücklich zu sein und der Mensch alles dafür tun würde um dieses zu erreichen. Mayring (1991) nennt als wichtigste Komponenten des Glücks „das Gefühl der Einheit und Harmonie im Rahmen der ganzen Persönlichkeit, ein starkes positives, affektives Erleben, die produktive Verwirklichung wichtiger Ziele und Pläne des Individuums, subjektive Bewertungskriterien und schließlich das Gefühl des Sich-Öffnens und der zwischenmenschlichen Annäherung“ (S. 58). Wilson (1967) beschrieb einen typischen glücklichen Menschen als jung, gebildet, finanziell abgesichert, liiert und gesellig. Veenhofen (2008) beschreibt Glück als Zufriedenheit. Diener (1984) assoziiert Glück mit Wohlbefinden, welches aus drei Komponenten besteht, nämlich aus einer länger anhaltenden Lebenszufriedenheit, dem (häufigen) Auftreten positiver Affekte (Freude, Begeisterung, Glücksempfinden) und dem seltenen Auftreten negativer Emotionen (depressive Verstimmung, Distress, Ärger).

Begriffe wie Glück, Lebenszufriedenheit, positive Lebenshaltung oder adaptives Verhalten werden oft synonym mit Wohlbefinden verwendet, jedoch betonen diese, obwohl sie hoch miteinander korrelieren verschiedene Dimensionen (Mayring, 1991). Da die Ausdrücke Glück oder Lebenszufriedenheit jedoch in der Fachliteratur oft nicht einheitlich verwendet werden und dies zu Widersprüchen in empirischen Studien führt, schlägt Becker (1991) zur Überwindung dieser Schwierigkeiten eine Unterscheidung zwischen aktuellem Wohlbefinden (AW) und habituellem Wohlbefinden (HW) vor. Als aktuelles Wohlbefinden wird die Charakterisierung des momentanen Erlebens einer Person verstanden, wie positive Gefühle, Stimmungen und körperliche Empfindungen. Gefühle beziehen sich normalerweise auf bestimmte Personen, Situationen oder Erlebnisse und sind eher von kurzer Dauer. Stimmungen hingegen sind weniger intensiv jedoch länger anhaltend. Im Gegensatz zum allgemeinen Wohlbefinden betrifft das habituelle Wohlbefinden das für eine Person typische Wohlbefinden, das heißt Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen. Aussagen zum habituellen Wohlbefinden (z.B. allgemeine Lebenszufriedenheit) finden primär durch kognitive Prozesse statt (Becker, 1991).

Das Erlangen von Wohlbefinden und Glück, sowie die Fähigkeit es aufrecht zu erhalten, definiert Seligman (2005) als zentrales Ziel der Menschheit. Dabei unterscheidet er zwei Arten von Glück, nämlich Glück als Vergnügen und Glück als Belohnung. Vergnügen bezieht sich auf etwas sinnliches, wie ein Eis, eine Massage oder ein amüsanter Film. Es kann gesteigert werden, indem man sich nicht zu sehr daran gewöhnt. Belohnungen setzen voraus etwas erreicht zu haben, um danach Glück zu spüren und hängen zusammen mit einem Zustand der Konzentration und Involviertheit in eine Sache, um ein Ziel zu erreichen. Dieser Zustand nennt sich „Flow“ und ist sehr wichtig für den Erfolg eines jeden Menschen.

Die angeführten Definitionen stellen nur einen Bruchteil aller Definitionen dar, die für die Begriffe Glück oder Wohlbefinden existieren. Somit ist es gewissermaßen jedem selbst überlassen, welche Definition für einen die Richtige ist und wie man Glück für sich definiert (Bucher, 2009). Auch wenn das Glück in verschiedenen Ländern auf unterschiedliche Art und Weise definiert, angestrebt oder ausgedrückt wird, so ist schlussendlich der Wunsch ein erfülltes und glückliches Leben zu führen gleichermaßen universal wie die einzelnen Bestandteile, die Glück ermöglichen (Lyubomirsky, 2007).

1.2 Glückspsychologie

Wilson (1967) war der Erste, der stärker auf positive Emotionen aufmerksam machte, indem er eine typisch glückliche Person allgemein als jung, gebildet, finanziell abgesichert, liiert und gesellig beschreibt. Bradburn (1969, zitiert nach Bucher, 2009) entwickelte eine Glücksskala (Affect Balance Scale) und bewies, dass ein Mensch nicht automatisch glücklicher sei, wenn negative Emotionen abnehmen. Mitte der 1970er Jahre widmeten sich Andrews und Withey (1976) der Frage wie zufrieden die Amerikaner mit ihrem Leben sind (inkl. Arbeit, Freunde, Familie, Regierung, etc.) und führten eine groß angelegte Befragung durch. In den vergangenen Jahren entwickelte sich eine sogenannte „Science of happiness“, da Glück es mittlerweile wert war auch wissenschaftlich erforscht zu werden (Bucher, 2009).

Als Pionier der Glücksforschung gilt Alfred Bellebaum (2002), der 1990 das erste Institut für Glücksforschung gründete. 1993 veröffentlichte der niederländische Glücksforscher Veenhofen eine Bibliographie mit 2.742 Glücksstudien und ein paar Jahre später das „Journal of Happiness Studies“ (Veenhofen, 1997). Die psychologische Erforschung von Glück hängt eng mit der positiven Psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) zusammen, in der Glück eine überaus wichtige Rolle spielt.

1.3 Positive Psychologie

Der Begriff der Positiven Psychologie wurde von einem amerikanischen Psychologen mit dem passenden Namen Martin Seligman ins Leben gerufen. Seligman, der seit 1996 Präsident des APA ist und durch seine Theorie der „Erlernenen Hilflosigkeit“ weltweit bekannt wurde, definierte als wichtigste Aufgabe eines jeden Menschen Wohlbefinden und Glück zu erreichen und dieses zu bewahren (Seligman, 2005). Zusammen mit Mihaly Csikszentmihalyi entwickelte er die zentrale These psychische Gesundheit durch glücksbezogene und weniger durch problembezogene Intervention zu fördern und Dinge zu erforschen, die den Menschen glücklicher machen. Lange war die Psychologie defizitorientiert ausgerichtet und konzentrierte sich ausschließlich auf die Therapie und das Heilen bereits vorhandener Störungen oder Krankheiten. Die Idee einer Positiven Psychologie beinhaltet vorwiegend positive Gegenstände der Psychologie wie Glück, Wohlbefinden, Zufriedenheit, Hoffnung, Optimismus und Vertrauen. Sie setzt ihr Augenmerk auf die Erforschung positiver Erfahrungen in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eines Menschen, die Erforschung positiver individueller Charakterzüge und auf die Erforschung positiver Gemeinschaften. Die Positive Psychologie wendet sich eher dem zu was einen Menschen stärkt, die Gesundheit aufrecht erhält und das Leben lebenswerter macht (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Diese Erkenntnis der Positiven Psychologie ist für die vorliegende Arbeit essentiell und soll direkt auf den Menschen, genauer gesagt auf den älteren Menschen übertragen werden. Basierend auf dem Ansatz von Seligman und Csikszentmihalyi

(2000) soll mehr Wert auf die positiven Dinge im Leben gelegt werden, um die Zufriedenheit, das Wohlbefinden und das Glücksgefühl zu steigern.

1.3.1 Der Glücks-Faktor

Der Glücksfaktor oder „Authentic Happiness“, wie es im englischen Originaltitel genannt wird, ist ein Buch von Seligman (2005), in dem er erklärt, wie Menschen mehr Glücklichkeit erreichen und ein erfülltes Leben leben können. Er geht davon aus, dass glückliche Menschen länger leben als unglückliche Menschen und sogar, dass Optimisten länger leben als Pessimisten. Seligman nimmt dabei Bezug auf eine Studie in einem Kloster in Nordamerika. Zwischen 1931 und 1943 wurden Novizinnen gebeten, vor der Ablegung ihres Gelübdes, einen Text über ihr Leben zu schreiben. 60 Jahre später wurden die biografischen Aufzeichnungen im Rahmen einer Längsschnittstudie untersucht und ausgewertet. Dabei wurde festgestellt, dass glücklichere Nonnen, die ihr Leben positiv beschrieben ein bis zu zehn Jahre längeres Leben vor sich hatten als Nonnen, die ihr Leben negativ beschrieben. Als Erklärung sieht Seligman (2005) den unterschiedlichen Umgang von Optimisten und Pessimisten mit Unglück und Versagen. Während Pessimisten einen Schicksalsschlag als „normal“ empfinden, sehen Optimisten darin nur eine vorübergehende Phase, die überwunden werden kann. Dasselbe gilt bei positiven Ereignissen, welche von Pessimisten als Zufälle, von Optimisten jedoch als permanenten Zustand und sich selbst als Grund dafür sehen. Weiters hat Seligman (2005) eine Glücks-Formel aufgestellt, in der Glück die Summe aus Vererbung, Lebensumständen und Wille ist. Da man an seiner Vererbung nur wenig ändern kann und individuelle Lebensumstände wie Ausbildung, Geschlecht, Klima oder Reichtum ebenfalls nur bis zu einem bestimmten Punkt wichtig sind, bezeichnet er die Variable Wille als die einflussreichste von allen. So soll man beispielsweise Erinnerungen an Vergangenes, auch wenn sie negativ waren, in etwas Positives umwandeln, um die Zukunft nicht durch die Vergangenheit bestimmen zu lassen. Für die Gegenwart und die Zukunft ist es hingegen von absoluter Wichtigkeit seinen eigenen Optimismus zu trainieren, indem man Misserfolge nicht als dauerhaft und unüberwindbar ansieht, sondern diese erkennt, sich damit auseinandersetzt und sich darauf fokussiert was geändert werden kann und welche Ursachen existieren, die nicht an einem selbst liegen.

Seligman (2005) liefert mit seinem Buch „Der Glücksfaktor“ eine umfangreiche Beschreibung von Glück, und wie es gesteigert werden kann. Vor allem die Ansicht, dass der Wille den größten Einfluss auf Glück hat, ist bedeutend für die vorliegende Studie. Denn allein der Wille, sein Glück, Wohlbefinden oder seine Zufriedenheit zu steigern und Maßnahmen zu setzen, wie zum Beispiel ein Glückstagebuch zu führen, ist grundlegend für eine Veränderung.

1.4 Glücksforschung

„Die Erfassung von Glück muss multidimensional sein. Ein einzelnes Item oder ein paar simple Fragen können nur an der Oberfläche bleiben“ (Mayring, 1991, S. 117). Das Thema des Messens von Glück bringt jedoch einige Probleme als auch strenge Kritik mit sich (Bucher, 2009). Mayring (1991) kritisiert, dass das Ausfüllen eines Glücksfragebogens bereits dazu führen kann, dass eine Person ihr Lebensglück am Ende des Fragebogens höher einschätzt als zu Beginn und Wilkinson (2007) beanstandet die mehr oder weniger genauen Ergebnisse und bezeichnet diese als scheinengenau. Trotz alledem ist die einzige Möglichkeit der Glücksforschung um wissenschaftliches Ansehen zu erhalten, weiter Messungen durchzuführen. Die erste wichtige Frage stellt sich bei der Auswahl von Messinstrumenten. Werden subjektive Selbsteinschätzungen oder objektive Fremdbeurteilungen vorgezogen und reicht die Kurzfassung eines Verfahrens oder ist eine gesamte Glücksskala erforderlich? (Bucher, 2009).

In der Glückspsychologie wird Glück normalerweise mittels Selbsteinschätzungsfragebogen gemessen, denn die Menschen „sind die besten Richter ihrer eigenen Erfahrungen“ (Myers, 1993, zitiert nach Bucher, 2009, S. 19). Abgesehen von verschiedenen Kurzverfahren zur Glücksmessung (Verfahren mit einem Item, Gesichtsskalen, Verfahren mit zwei Items), gibt es sogenannte Glücksskalen. Die von Bradburn (1969, zitiert nach Bucher, 2009) bereits erwähnte Affekt-Balance-Skala, das Oxford-Glücksinventar (Argyle, Martin, & Crossland, 1989, zitiert nach Bucher, 2009) oder Dieners (1985) Skala zur Einschätzung der Lebenszufriedenheit.

1.4.1 Was macht Menschen glücklich?

Die Antwort auf diese existentielle Frage der Menschheit ist äußerst kontrovers. Eine Studie von Furnham und Cheng (2000) brachte 6 Glücksfaktoren zu Tage: Persönlichkeitseigenschaften, persönliche Vorzüge, Leistungsfähigkeit und Freiheit, soziale Unterstützung, (finanzielle) Sicherheit und Optimismus und Zufriedenheit. Besonders viel Einfluss auf das persönliche Glück haben nahestehende Personen, Arbeit, Leistung und Optimismus, im Gegensatz zu Geld, Sicherheit und persönlichen Vorteilen wie Bildung oder Aussehen (Furnham & Cheng, 2000).

1.4.2 Freizeitgestaltung von glücklichen Menschen

Robinson und Martin (2008) untersuchten anhand von 35 Jahre gesammelten Daten der „General Social Survey“ (GSS), einer seit 1972 regelmäßig durchgeführten Bevölkerungsumfrage in den USA, ob es einen Zusammenhang zwischen Glück bzw. glücklich sein und den (Freizeit-) Aktivitäten im Leben eines Menschen gibt. Es lagen Informationen von mehr als 45.000 Personen vor. Die Teilnehmer der Studie mussten aus einer Liste von 10 verschiedenen (Freizeit-)Aktivitäten auswählen welche sie häufig ausführen (Religion, lesen, Fernsehen, Sozialleben, etc.), außerdem sollten sie angeben ob sie im Allgemeinen „sehr glücklich“, „ein wenig glücklich“ oder „nicht glücklich“ wären. Ebenfalls verwendet wurden Daten aus zwei Tagebuch-Studien (Robinson & Godbey, 1999, zitiert nach Robinson & Martin, 2008), welche das komplette Spektrum an täglichen Aktivitäten umfasste. Die Studien wurden in den Jahren 1975 und 1985 durchgeführt und untersuchten die Einschätzung der täglichen Aktivitäten von Personen. Die 1975 durchgeführte Studie umfasste eine allgemeine Bewertung (1-10) von spezifischen Aktivitäten wie schlafen, arbeiten, etc. Die Personen der zweiten Studie (1985) sollten ebenfalls eine Bewertung von angeführten Aktivitäten durchführen, jedoch im Rahmen eines Tagebuchs. Es standen dadurch weitaus mehr Aktivitäten bzw. detailliertere Aktivitäten zur Einschätzung zu Verfügung (z.B. Arbeitspausen, Sex, oder sich anziehen). Generell waren die Bewertungen von Männern und Frauen nahezu identisch, außer dass Aufgaben die den Haushalt betrafen von Männern schlechter bewertet wurden als von Frauen. Fernsehen bekam im Allgemeinen eine niedrige Bewertung, wobei die Bewertung in der Tagebuchstudie mehr eine Bewertung des Fernsehprogramms vom vorigen Tag darstellte. Bei der Auswertung der Ergebnisse

wurden die täglichen Aktivitäten als abhängige Variable und glücklich-sein als unabhängige Variable definiert, in anderen Worten, es wurde angenommen, dass glückliche Personen die zu bewertenden Aktivitäten ausführten. Später wurde erkannt, dass es wesentlich plausibler gewesen wäre, die Variablen umgekehrt anzunehmen. Nämlich dass die Ausführung dieser genannten Aktivitäten den Menschen glücklich oder unglücklich machen würde.

Bei der Datenanalyse der GSS von 1972 bis 2006 konnten Unterschiede bezüglich der Aktivitäten zwischen glücklichen, etwas glücklichen und nicht glücklichen Personen festgestellt werden. Glücklichere Personen gingen öfter zur Kirche (fünfmal häufiger pro Jahr), bevorzugten sozialen Austausch mit Familie und Freunden (anstatt mit Nachbarn) und engagierten sich mehr für sexuelle Aktivitäten. Bezüglich Medien wurde festgestellt, dass es keinen Unterschied bei der Benützung des Internets gab, jedoch glückliche Menschen häufiger die Zeitung lesen würden als Unglückliche. Außerdem verbrachten unglückliche Personen um 30% und etwas glückliche Personen um 10% mehr Zeit vor dem Fernseher als glückliche Personen. Bezüglich der Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche gab es kaum einen Unterschied zwischen den 3 Gruppen (alle ca. 40 Stunden pro Woche), jedoch wurde „Arbeit“ von unglücklichen Menschen viel schlechter bewertet als von etwas glücklichen oder glücklichen Menschen. Ein signifikanter positiver Zusammenhang bestand zwischen glücklich-sein und sozialen sowie religiösen Aktivitäten, als auch Zeitung lesen. Ein signifikanter negativer Zusammenhang konnte zwischen glücklich-sein und fernsehen festgestellt werden. Glücklich-sein führte somit zu weniger Fernsehstunden oder mehr fernsehen führte zu weniger glücklich-sein.

Die Erkenntnis der Studie von Robinson und Martin (2008), zu wissen was man tun oder nicht tun soll, um ein glückliches Leben zu führen, ist wesentlich um eine Änderung bei möglichem unglücklich-sein hervorzurufen. Nun stellt sich aber die Frage, da keine Angabe zum durchschnittlichen Alter der untersuchten Personen vorlag, ob diese Ergebnisse auf den älteren Teil der Bevölkerung übertragbar sind oder ob man andere Ergebnisse erhalten würde, wenn man die Untersuchung mit älteren Personen (65 Jahre und älter) durchführen würde. Strnad & Bahro (1999), sind nämlich der Meinung, dass aufgrund einer Pensionierung, wie es bei Menschen

über 65 Jahre der Fall ist, die Freizeitgestaltung anders aussieht, als bei Menschen, die noch im Berufsleben stehen.

1.4.3 Glücksforschung in Österreich

Eine aktuelle österreichische Studie kam zu dem Ergebnis, dass nur jeder fünfte Österreicher glücklich sei (Ponocny, 2014). Zwei Jahre dauerte die Studie der Modul University Vienna, welche darauf abzielte die Faktoren des glücklich-seins in Österreich zu identifizieren. Als Untersuchungsinstrumente dienten Interviews an zehn verschiedenen Standorten in Österreich, speziell angefertigte Tagebücher und Fragebögen. Der anonyme Fragebogen beinhaltete Fragen zu den Bereichen Lebensbedingungen, Lebensqualität und Wohlbefinden und welche Faktoren diese positiv oder negativ beeinflussen.

Die Auswertung der insgesamt 550 Interviews, 335 ausgefüllten Tagebücher und 1432 Fragebögen ergab, dass nur jeder fünfte Österreicher glücklich sei, sprich keine Probleme hat, die die Lebensfreude und die Zufriedenheit mindern. Zu den häufigsten dieser Probleme zählten anhaltende Geldsorgen, Einsamkeit, Schmerzen, Stress und Unzufriedenheit mit der Arbeit. Neben deutlichen regionalen Unterschieden – es wurden in größeren Städten beispielsweise die Altenpflege und die Kinderbetreuung als negativ für die Zufriedenheit bewertet – konnte festgestellt werden, dass die ganz persönlichen Lebensumstände einen extremen Einfluss auf die Zufriedenheit der Studienteilnehmer haben. So sind Nichtraucher im Allgemeinen weniger unzufrieden als Raucher, genauso wie Personen mit höherer Bildung oder Verheiratete. Die Zufriedenheit stieg mit höherer Ausbildung und höherem Einkommen, allerdings konnte dieser Anstieg bei Glück nicht festgestellt werden. Bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede beeinträchtigte das Gefühl unattraktiv zu sein die Zufriedenheit von Frauen und ein unerfülltes Sexleben die Zufriedenheit von Männern am stärksten. Die besten Zufriedenheitswerte aller untersuchten Gruppen erreichten deklarierte Hausmänner.

Die erzielten Fortschritte in der Glücksforschung und die Entwicklung geeigneter Fragebögen um Glück messen zu können sind für die vorliegende Studie wichtig, da auch hier eine Messung durch verschiedene Selbstbeurteilungsfragebögen vorgenommen wurde.

1.4 Zusammenfassung

Es gibt viele verschiedene Definitionen von Glück, jedoch eine allgemein- und alleingültige Definition von Glück zu finden ist schwierig, da Glück für jeden etwas anderes bedeutet.

Die Glückspsychologie und die Glücksforschung gewannen durch die Entwicklung verschiedener Glücksskalen und die Veröffentlichung von Studien, in denen stärker auf positive Emotionen aufmerksam gemacht wurde, an Ansehen und zeigten, dass Glück es wert war auch wissenschaftlich erfasst zu werden. Eng verbunden mit der Positiven Psychologie (Seligman, 2005), wurde dem Positiven und dem was einen Menschen stärkt immer mehr Bedeutung zugesprochen.

Furnham und Cheng (2000) fanden mit ihrer Studie sechs Glücksfaktoren: Persönlichkeitseigenschaften, persönliche Vorzüge, Leistungsfähigkeit und Freiheit, soziale Unterstützung, Sicherheit und Optimismus und Zufriedenheit.

Robinson und Martin (2008) stellten einen Zusammenhang zwischen glücklich-sein und sozialen und religiösen Aktivitäten und einen negativen Zusammenhang zwischen glücklich-sein und fernsehen fest, was bedeutet, dass mehr Fernsehstunden zu weniger glücklich-sein führt.

Im vergangenen Jahr wurde eine österreichische Studie veröffentlicht, die zu dem Ergebnis kam, dass nur jeder fünfte Österreicher glücklich sei und keine Probleme hat, die die Zufriedenheit beeinträchtigen.

2 Strategien zur Steigerung des Wohlbefindens

In diesem Kapitel werden verschiedene Studien und Methoden zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens beschrieben. Danach wird ausführlich auf die Untersuchung von Laireiter et al. (2012) und die Methode der Steigerung des Wohlbefindens durch Glückstagebücher eingegangen.

2.1 Ausgewählte Strategien aus der Positiven Psychologie

Auf die Frage „Was macht Menschen glücklich?“ geht automatisch der Versuch hervor Interventionen zu entwickeln, welche zur Steigerung von Wohlbefinden und Glück beitragen. Viele solcher Interventionen beinhalten Ideen und Methoden aus der Positiven Psychologie (Bucher, 2009). Fordyce publizierte 1977 die Studie „Development of a Program to Increase Personal Happiness“. In seiner Studie wurde ein Training zur Verhaltens- und Einstellungsänderung eingesetzt um subjektives Wohlbefinden an Studenten zu steigern. Das Training umfasste 14 Techniken, wie beispielsweise „werde aktiver“ oder „senke deine Erwartungshaltung“. In der Versuchsgruppe konnte das Wohlbefinden im Gegensatz zur Kontrollgruppe (ohne Training) signifikant gesteigert werden. Sechs Jahre später veröffentlichte Fordyce (1983) eine weitere Studie, in der die erste Studie evaluiert und der Effekt über mehrere Monate festgestellt werden sollte. Die Untersuchungen ergaben, dass das Training (Fordyce, 1977) einen länger anhaltenden Effekt auf das subjektive Wohlbefinden der Probanden hatte.

Der italienische Psychiater Giovanni Fava (1999) entwickelte Ende der 90er Jahre eine Glückstherapie, um das subjektive Wohlbefinden depressiver Personen und die Resilienz zu steigern, um die hohe Rückfallquote von etwa 50% zu senken. Die besagte Wohlbefindenstherapie beinhaltete acht Sitzungen, bei denen die Patienten unter anderem glückliche Lebenssituationen und Gedanken, die sie währenddessen gehabt haben beschreiben sollten oder die sechs Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens (Ryff, 1989) verinnerlichen sollten. Zusätzlich zu den acht Sitzungen sollten die Personen ein Glückstagebuch führen. Kontrolle, bessere Einstellungen, Lebenssinn, neue Lebensziele und Autonomie seitens der Patienten sollten damit

gefördert werden. Die Personen waren nach der Therapie tatsächlich weniger depressiv, fühlten sich autonomer und bemerkten persönliches Wachstum. Als Gründe, warum die Wohlbefindenstherapie wirkte, wäre die von Bradburn (1969, zitiert nach Bucher, 2009) veröffentlichte Annahme, dass das Vorhandensein positiver Affekte die negativen reduziert oder die von Fredrickson (2001) postulierte Aufbau- und Erweiterungstheorie positiver Emotionen.

2003 untersuchten Emmons und McCullough ihre Theorie, dass Dankbarkeit ursächlich für höheres Wohlbefinden sei. Sie führten ihre Studie mit sogenannten Dankbarkeitstagebüchern durch. Die Versuchsgruppe sollte alle Momente und Ereignisse in Tagebüchern festhalten, für die sie dankbar waren. Die erste Kontrollgruppe sollte lästige Alltagsereignisse festhalten (z.B. keinen Parkplatz gefunden) und die zweite Kontrollgruppe neutrale Vorkommnisse notieren. Nach zwei Wochen konnte festgestellt werden, dass Personen aus der Versuchsgruppe eine höhere Zufriedenheit mit ihrem Leben, mehr Optimismus gegenüber der kommenden Woche und weniger Verdauungsbeschwerden oder Kopfweg aufwiesen und mehr Sport betrieben. Die zweite Kontrollgruppe, welche aufschreiben sollte, was für sie ärgerlich war, verzeichnete die schlechtesten Ergebnisse. Emmons und McCullough (2003) folgerten daraus, dass Dankbarkeit Glück erhöht und auf andere Lebensbereiche übergreift (z.B. Vitalität). Sheldon und Lyubomirsky (2006) kritisierten die Studie von Emmons und McCullough (2003) dahingehend, dass das Führen eines Dankbarkeitstagebuchs viel Zeit erfordert und führten eine Studie durch, in der die berichteten Effekte auch mit geringerem Aufwand erzielt werden sollten. Sie baten eine Gruppe von Studenten jeden Tag jene Anlässe zu zählen, für die man dankbar sein dürfte. Bei der Postmessung stellte sich heraus, dass positive Affekte häufiger auftraten als in der Kontrollgruppe, die diese Aufgabe nicht hatte. Der Glückseffekt war deutlich höher, je mehr Interesse die Studenten an den Dankbarkeitsübungen hatten. Außerdem kamen Sheldon und Lyubomirsky (2006) zu den Ergebnissen, dass Wohlbefinden durch bewusste Verhaltensänderungen nachhaltig gesteigert werden kann, im Gegensatz zu einer Änderung der eigenen Lebensumstände. Sie bestätigten somit ihre Theorie, dass eine Steigerung des Wohlbefindens nur durch ständige Fortsetzung der Therapieeinheiten aufrechterhalten werden kann.

Eine weitere bahnbrechende Studie zur Steigerung des Wohlbefindens ist die Studie von Seligman, Steen, Park und Peterson (2005), die mittels Online-Befragung die Wirkung verschiedener Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens überprüfen sollte. Die 577 Teilnehmer waren auf der Authentic-Happiness-Webseite¹ registriert und wurden gebeten an einem Training zur Wohlbefindenssteigerung teilzunehmen. Sie nahmen daraufhin für eine Woche an einer der fünf Interventionsgruppen teil, welche sich beispielsweise mit dem Aufbau des Dankbarkeitsgefühls, der Erklärung positiver Ereignisse oder der Identifikation der eigenen Charakterstärken beschäftigten. In der Kontrollgruppe wurde kein Training durchgeführt, hier sollten die Teilnehmer eine Woche lang Kindheitserinnerungen dokumentieren. Mittels Prä-Post-Testung kam man zu den Ergebnissen, dass die Personen aller Gruppen, inklusive Placebo-Gruppe beim Post-Test glücklicher und weniger depressiv waren. In einigen Gruppen konnten sogar sechs Monate nach dem Training noch positive Gefühle und reduzierte depressive Symptome festgestellt werden. Kritisiert wurde die Studie dahingehend, dass die Studienteilnehmer sich bereits vor der Studie mit der Positiven Psychologie auseinandergesetzt hatten, da sie nachweislich auf der Homepage registriert waren (Bucher, 2009).

2.2 Glückstagebücher zur Steigerung des Wohlbefindens

Laireiter et al. führten 2012 zwei explorative Studien durch, in denen Glückstagebücher als Methode gesundheitspsychologischer Intervention getestet wurden. Ziel der Untersuchung war das Wohlbefinden der Probanden systematisch zu fördern und depressive Gefühle zu reduzieren. Die Effekte der Glückstagebücher wurden im Rahmen eines Prä-Post-Vergleichs mittels psychometrischer Skalen überprüft. In Studie 1 dauerten die Tagebuchaufzeichnungen zwei Wochen an. Es sollte die Annahme von Seligman (2002) überprüft werden, ob das Führen von Glückstagebüchern zu einer Zunahme an Tageszufriedenheit und zu einer Zunahme an berichteten positiven Erlebnissen führt. Weiter sollte festgestellt werden, ob die Anwendung von Glückstagebüchern auch bei Personen, die sich nicht ausführlich

¹ <https://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/>

mit Glück beschäftigen, zu höherem Wohlbefinden und zu einer niedrigeren depressiven Befindlichkeit führt. Ebenfalls ist von Interesse, ob durch solch eine Intervention auch die Wahrnehmung psychologischer und sozialer Ressourcen beeinflusst wird und ob die Annahme von Seligman (2002) stimmt, dass der Effekt bei Probanden, die zu Beginn eine höhere Depressivität aufweisen, höher ist. Das strukturierte Tagebuch in der Studie von Laireiter et al. (2012) bestand aus folgenden fünf Items:

- (1) Hatten Sie heute positive oder erfüllende Begegnungen mit anderen Menschen?
- (2) Gab es heute berufliche (inkl. studiumsrelevante) Geschehnisse, die mit positiven Gefühlen einhergingen?
- (3) Haben Sie sich heute selbst etwas Gutes getan?
- (4) Was hat Sie heute stolz auf sich oder zufrieden mit sich gemacht?
- (5) Gab es andere Situationen, Ereignisse, Vorkommnisse etc. die Sie heute als positiv empfunden haben?

Jeden Abend sollten diese fünf Items von den Probanden alleine und ohne Hilfe anderer bearbeitet werden, wobei pro Item Mehrfachantworten möglich und erwünscht waren. Das Tagebuch beinhaltete neben den fünf Fragen noch eine Einschätzung der Zufriedenheit mit dem Tag. Die Stichprobe bestand aus 80 Studierenden mit einem mittleren Alter von 23 Jahren. Die meisten waren Psychologie-Studenten, gefolgt von Sprachstudenten und Pädagogen. Die Evaluation der Ergebnisse erfolgte mittels State-Trait-Depressivitätsskalen (STDS; Spaderna, Schmukle, & Krohne, 2002), Ressourcen Checkliste (RCL; Dick, 2003), Eigenschaftswörter-Liste (EWL; Janke & Debus, 1978) und Einzelitems zur Zufriedenheit mit dem Tag und zum aktuellen glücklich-sein (Bucher, 2009). Nach zwei Wochen der Aufzeichnung wurden durchschnittlich 82 Ereignisse pro Person aufgezeichnet (pro Person etwa sechs Aufzeichnungen täglich), wobei die meisten Aufzeichnungen bei der Frage „Haben Sie sich heute etwas Gutes getan?“ gemacht wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass die Tageszufriedenheit über die zwei Wochen signifikant zunahm und bestätigten somit die Annahme von Seligman (2002). Die Hypothese bezüglich der Anzahl der positiven Ereignisse konnte nicht bestätigt

werden. Hinsichtlich der Befindlichkeit erzielte die Intervention positive Effekte dahingehend, dass sich die Probanden signifikant glücklicher, extravertierter und weniger depressiv fühlten. Effekte auf personale und soziale Ressourcen konnten jedoch nicht festgestellt werden. Die Hypothese, dass stärker depressive Personen mehr davon profitieren würden ein Glückstagebuch zu führen, konnte bestätigt werden, da sich das wahrgenommene Glückserleben (Einzelitem), in der Gruppe der stark depressiven Teilnehmer deutlich verbesserte und die depressiven Symptome, Angst und emotionale Gereiztheit deutlich abnahmen.

Bei der zweiten Studie dauerten die Tagebuchaufzeichnungen (diesmal nur vier Items) im Gegensatz zur ersten Studie nur eine Woche an. 21 Personen zwischen 19 und 54 Jahren nahmen an der Studie teil. Es sollte überprüft werden, ob die Behauptung von Sheldon und Lyubomirski (2006) stimmt, welche besagt, dass genetische und Umweltvariablen das Befinden stärker beeinflussen als individuelle Verhaltensmaßnahmen und somit der Effekt des Glückstagebuchs geringer ist, wenn mehr externe Einflüsse (ob positive oder negative) vorliegen als in Zeiten in denen weniger derartige Ereignisse stattfinden. Die Effekte auf die Stimmung und Befindlichkeit wurden mittels Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Diener et al., 1985) und Oxford-Glücksfragebogen (Hills & Argyle, 2002) erfasst. Die Ergebnisse sahen folgendermaßen aus: In der „normalen Woche“ (= ohne positive oder negative Ereignisse) wurde ein signifikanter Effekt für das Glücksempfinden und ein tendenzieller Effekt für die Depressivität ermittelt. Bezüglich der Lebenszufriedenheit konnten zwischen „normaler Woche“ und einer Woche voller Ereignisse keine Unterschiede festgestellt werden.

Zusammenfassend heißt das, dass der Einsatz von Glückstagebüchern und somit die Fokussierung auf positive Tagesereignisse zu einer erhöhten Tageszufriedenheit und reduzierten Deprimiertheit führte und dass die Intervention bei stärker Deprimierten größere Effekte erzielte. Entgegen der Erwartungen wurde jedoch die Anzahl der berichteten positiven Ereignisse niedriger. Weiters konnte die Annahme, dass die Intervention durch das Auftreten vermehrter positiver oder negativer Ereignisse weniger effektiv ist, nicht bestätigt werden.

2.2 Zusammenfassung

Schon in 1970er Jahren beschäftigten sich Psychologen mit der Entwicklung verschiedener Methoden um Glück und subjektives Wohlbefinden zu erhöhen. Darunter finden sich Trainings zur Änderung von Verhalten und Einstellung (Fordyce, 1977), Wohlbefindenstherapien zur Senkung der Rückfallquote depressiver Personen (Fava, 1999), Dankbarkeitstagebücher (Emmons und McCullough, 2003) oder sogenannte Glückstagebücher. Die Untersuchung von Laireiter et al. (2012) wurde deshalb so detailliert beschrieben, weil die dort verwendete Methode zur Steigerung des Wohlbefindens (Glückstagebücher), auch in der vorliegenden Studie angewendet wird und die Ergebnisse beider Studien anschließend verglichen und diskutiert werden.

3 Glück und Wohlbefinden im Alter

In diesem Teil der Arbeit wird einleitend der Begriff des erfolgreichen Alterns erklärt und danach die verschiedenen Theorien zum erfolgreichen Altern als auch Ressourcen, die das Wohlbefinden im Alter beeinflussen, vorgestellt. Zuletzt werden die Ergebnisse der Europäischen Studie zum Wohlbefinden im Alter (Weber et al., 2005) geschildert.

3.1 Erfolgreiches Altern

Das Konstrukt des „Erfolgreichen Alterns“ ist schwer beschreib- und messbar und auch nach jahrzehntelanger Forschung immer noch schwer zu definieren. Die Begriffe „Alter“ und „Erfolg“ stellen auf den ersten Blick eine Art Widerspruch dar (Baltes & Carstensen, 1996). Befragt man Laien, was erfolgreiches Altern bedeutet, werden meist Antworten wie Gesundheit, Selbstakzeptanz, Reife oder Bewältigung von altersbezogenen Einschränkungen genannt (Lehr, 2007). „Erfolgreiches Altern“ wird oftmals auch verstanden als bloß nicht zu altern (Dittmann- Kohli, 1989).

Beim Thema „erfolgreiches Altern“ und bei dessen Definition muss selbstverständlich der Name Robert James Havighurst erwähnt werden, welcher den Begriff prägte und mit der Entstehung von Theorien zum „erfolgreichen Altern“ eng in Verbindung steht (Lehr, 2007). „Erfolgreiches Altern“ ist nach Havighurst (1963) ein „innerer Zustand der Zufriedenheit und des Glücks“ (S. 299). Nowlin (1985, zitiert nach Lehr, 2005) beschreibt „erfolgreiches Altern“ als „Überleben bei guter Gesundheit“ (S. 193).

Baltes und Baltes (1989) gehen in ihrem Konzept zum „erfolgreichen Altern“ von verschiedenen subjektiven und objektiven Indikatoren aus: Lebenslänge, biologische Gesundheit, kognitive Effizienz, soziale Kompetenz und Produktivität, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit. Sie glauben, dass „erfolgreiches Altern“ im Zusammenhang mit hohen biologischen, mentalen und sozialen Kapazitätsreserven steht und dass die Existenz gesellschaftlicher Ressourcen als entwicklungsfördernde Anreize eine wichtige Voraussetzung ist.

Aus dem jahrelang vorherrschenden defizitorientierten Modell des Alterns, wurde das normativ-programmatische Ziel gerontologischer Forschung, Voraussetzungen für ein besseres (nicht-defizitäres) Leben älterer Menschen zu schaffen. Theorien zum „erfolgreichen Altern“ sind also darauf ausgerichtet, zu beschreiben wie alternde Menschen auf alterstypische Anforderungen reagieren sollten, um größtmögliches Wohlbefinden zu erreichen und welche erforderlichen Prozesse dabei eine Rolle spielen (Martin & Kliegel, 2005). Die zwei wichtigsten Kriterien um „erfolgreiches Altern“ messen zu können, sind das psychologische Konstrukt der Lebenszufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden (Baltes & Baltes, 1989).

Um den Kernpunkt dieser Arbeit hervorzuheben werden nachfolgend die wichtigsten Theorien zum erfolgreichen Altern dargestellt.

3.2 Theorien zum erfolgreichen Altern

3.2.1 Disengagement-Theorie

Die Disengagement-Theorie war die erste Theorie zum erfolgreichen Altern, bei der davon ausgegangen wird, dass hohe soziale Aktivität und Lebenszufriedenheit negativ korrelieren (Cumming & Henry, 1961, zitiert nach Lehr, 2007). Altern geht automatisch mit Rückzug (Disengagement) einher, wodurch ein Ungleichgewicht zwischen der Person und ihrer Umwelt entsteht, welches durch eine veränderte Umfeldstruktur und eine andere Art der Beziehungen verändert wiederhergestellt werden kann. Der soziale Rückzug wird als natürlicher biologischer Alterungsprozess angesehen, durch den sich alternde Menschen glücklicher und zufriedener fühlen (Cumming & Henry, 1961, zitiert nach Lehr, 2007, S. 63). Spätere Studien zeigten, dass gesundheitliche Einschränkungen den gesellschaftlichen Rückzug stärker beeinflussen als das Alter selbst (Maddox, 1987). Außerdem wurde des Öfteren ein positiver Zusammenhang zwischen gesteigerter Aktivität und steigendem Wohlbefinden festgestellt werden, welcher als Beweis gegen die Theorie des Rückzugs interpretiert wurde (Lehr, 2007).

3.2.2 Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie lehnt die Idee des sozialen Rückzugs als intrinsisch motivierten Vorgang ab und geht davon aus, dass Lebenszufriedenheit und hohe soziale Aktivitäten und Interaktion zusammenhängen. Genauer gesagt wird angenommen, dass ein „erfolgreiches Altern“ direkt damit in Verbindung steht, ob der alternde Mensch einen aktiven Lebensstil hat und sich von seiner Umwelt gebraucht fühlt. (Lehr, 2007)

Havighurst, Neugarten und Tobin (1968, zitiert nach Martin und Kliegel, 2008), welche die Aktivitätstheorie entwarfen, gehen davon aus, dass für eine Reduktion von sozialen Kontakten im Alter, allein die Gesellschaft schuld sei, die die Älteren ausschließt. Folglich altert ein Mensch erfolgreich, wenn er dem durch die Gesellschaft verursachten Rückgang der Sozialkontakte so lange wie nur möglich entgegenwirken kann. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Aufrechterhaltung des Aktivitätsniveaus, im Falle einer Einschränkung von Aktivitäten durch gesellschaftliche Regelungen (z.B. Pension), gesundheitliche Probleme oder Verluste von Sozialkontakten. Diese sollten dann durch Alternativaktivitäten ersetzt werden (Havighurst et al., 1968, zitiert nach Martin und Kliegel, 2008).

3.2.3 Kontinuitätstheorie

Der Soziologe Robert Atchley (1989, zitiert nach Lehr, 2007) formulierte die Kontinuitätstheorie der Anpassung an das Altern. Diese besagt, dass Menschen während des Alterns und der Anpassung an Veränderungen versuchen, auftretende innere und äußere Strukturen zu bewahren. Unter innerer Kontinuität ist hier die Weiterführung von Einstellungen, Ideen, Vorlieben, Persönlichkeitseigenschaften und Fähigkeiten gemeint. Die äußere Kontinuität betrifft die gewohnten Umweltbedingungen eines Menschen und wird als Interaktionen mit vertrauten Personen an vertrauten Plätzen beschrieben. (Lehr, 2007)

3.2.4 Selektive Optimierung und Kompensation (SOK-Modell)

Das SOK-Modell von Baltes und Baltes (1989) geht davon aus, dass über die Lebensspanne hinweg, jede Phase der Entwicklung Gewinne als auch Verluste beinhaltet. In jüngeren Phasen überwiegen Gewinne, im höheren Alter eher Verluste (z.B. Gesundheitsprobleme, kognitive Verluste). Erfolgreiche

Entwicklungsregulation bezeichnet hier eine positive Gestaltung der sich verändernden Ressourcenlage (Schaffung von neuen Ressourcen, Umgang mit Verlusten). Die drei Grundprozesse Selektion (Neuformulierung von Entwicklungszielen, neue Präferenzen), Optimierung (Neuerwerben, Verbesserung von Ressourcen) und Kompensation (Reaktion auf Verluste), die mehr oder weniger bewusst eingesetzt werden, tragen zur Erhaltung von Handlungskompetenz und Lebensqualität bei (Lehr, 2007).

Zur Erklärung des SOK-Modells wird oft der Pianist Arthur Rubenstein herangezogen. Dieser hatte im Alter sein Repertoire an Stücken verringert (Selektion), dafür übte er diese ausgewählten Stücke viel öfter als früher um sie perfekt zu beherrschen (Optimierung). Vor schnellen Passagen eines Stückes (die er nicht mehr im richtigen Tempo spielen konnte) verlangsamte er das Tempo der vorhergehenden Passagen, damit die nachfolgenden Stellen schneller erscheinen (Kompensation). (Baltes & Baltes, 1989)

Wie in Kapitel 3.3 geschildert, gibt es mehrere unterschiedliche Theorien und Ansichten zum erfolgreichen Altern, wobei jede einzelne einen wichtigen Teil zur Gerontologie beiträgt. Für die vorliegende Arbeit ist die Aktivitätstheorie von besonderem Interesse, da die Testpersonen angehalten werden, aktiv und motiviert an der Untersuchung teilzunehmen und ihr Aktivitätsniveau aufrecht zu erhalten.

3.3 Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität im Alter

Fliege und Filipp (2000) führten an der Universität Trier eine Untersuchung zum Thema Glück und Lebensqualität durch. Die Stichprobe, bestehend aus N=26 Personen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren, wurde in zwei Gruppen geteilt, wobei eine Hälfte zum Thema Lebensqualität, die andere zum Thema Glück befragt wurde. Mittels teilstandardisiertem Interviewleitfaden wurden die Personen gebeten alles aufzuzählen was Glück bzw. Lebensqualität für sie persönlich ausmacht. Außerdem sollten die Probanden auf einer Skala von -3 (=sehr gering) bis +3 (=sehr hoch) ihre aktuelle Lebensqualität bzw. ihr aktuelles glücklich-sein einschätzen und außerdem beschreiben, wie das Leben eines Menschen aussehe, der „sehr glücklich“ sei bzw. dessen Lebensqualität ausgesprochen hoch sei. Weiter wurde gefragt wovon es

abhänge, ob das Glück bzw. die Lebensqualität eines Menschen sehr hoch sei und inwiefern man selbst einen Einfluss darauf hat. Bei der Beschreibung von Glück bzw. Lebensqualität konnten fünf übergeordnete Kategorien gebildet werden: personale Ressourcen (grundlegende Merkmale der Person), soziale Ressourcen und Interaktion (das Leben im sozialen Kontext), Aktivitäten (aktive Lebensgestaltung) und materielle Umwelt und Ressourcen (physikalische Lebensumwelt und finanziell-materielle Merkmale). Umschreibungsversuche von Lebensqualität und Glück wurden unter den definitorischen Aspekten zusammengefasst. Bei der Beschreibung des Lebens einer Person welche besonders glücklich sei wurde oft Rekurs auf das eigene Leben genommen oder eine reale Person (z.B. Mutter Teresa) als Beispiel genannt. Bezüglich der Ursachen von Lebensqualität und Glück wurde am häufigsten das Selbst als Ursache genannt, wobei die Kontrollmöglichkeit für Lebensqualität höher eingeschätzt wurde als für Glück.

Zusammenfassend konnten Fliege und Filipp (2000) feststellen, dass ältere Menschen großen Wert auf persönliche Einstellungen und soziale Beziehungen legten. Aufgefallen ist auch, dass oft Merkmale für Glück bzw. Lebensqualität genannt wurden, welche im Alter leichter umsetzbar sind, wie zum Beispiel die freie Gestaltung des Tages, ohne jeglichen Zwang von außen zu haben. Unterschiede in den subjektiven Theorien von Glück und Lebensqualität findet man darin, dass subjektive Glückstheorien vermehrt abstrakt-philosophische Aspekte beinhalteten und Theorien zu Lebensqualität öfter eigene aktive Gestaltung und konkret-materielle Aspekte enthielten (Fliege & Filipp, 2000). Die Tatsache, dass sich die Probanden immer wieder an ihren eigenen Lebensgegebenheiten orientierten, kann man anhand von entwicklungspsychologischen Modellen interpretieren, die besagen, dass ältere Menschen ihr Verständnis zentraler Begriffe an die für sie veränderte Lebenswirklichkeit anpassen (Brandstätter & Greve, 1992). Das Merkmal „freie Zeiteinteilung“ erhöht demnach das Befinden älterer Menschen, da diese Option eher in älteren als in jüngeren Jahren gegeben ist (Fliege & Filipp, 2000).

3.4 Ressourcen für Wohlbefinden im Alter

Schneider (1979) definiert Ressourcen als „alle in der Person und ihrer Umgebung liegenden Bedingungen, die zur Bewältigung von verschiedenen Aufgaben beitragen können“ (S. 427), wobei es eine Unterscheidung zwischen folgenden Ressourcen gibt: Fähigkeiten und Eigenschaften der Personen (z.B. Gesundheitszustand, Intelligenz, etc.), materielle Mittel, Sozialbeziehungen, gesellschaftliche Normen und Umweltmerkmale (Perrig-Chiello, 1997). Kozma, Stones und McNeal (1991) gehen ebenfalls von einem multidimensionalen Modell aus, jedoch werden die Prädiktoren für Wohlbefinden im Alter anders gewichtet. Der „bottom-up“-Ansatz nach Kozma et al. (1991) beinhaltet verschiedene Prädiktoren, wie Gesundheit, Einkommen, Freunde, Krankheit oder Extraversion, welche in die sechs Kategorien „personality“, „the environment“, „stressful life events“, „activity involvement“, „demographic variables“, „subjective satisfactions“ eingeordnet werden. Perrig-Chiello (1997) entschloss sich, einen multikriteriellen Ansatz anzunehmen, wonach Wohlbefinden im Alter von drei Ressourcengruppen abhängig ist, nämlich physischen, psychischen und sozialen Ressourcen. Physische Ressourcen beinhalten demographische und epidemiologische Inhalte des Alterns, Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten (biologische und verhaltensbezogene Risikofaktoren), physisches Wohlbefinden (subjektive Gesundheit) und Kontrolle. Mit psychischen Ressourcen sind Persönlichkeit, Selbstwert und Kontrollüberzeugungen gemeint. Soziale Ressourcen inkludieren makroökologische Ressourcen (Größe des Wohnortes, Nachbarschaft), mikroökologische Ressourcen (Wohnverhältnisse, finanzielle Situation, Zivilstand, soziale Aktivitäten und Netzwerke), Alltagsbelastungen und Lebensereignisse.

3.5 ESAW: Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter

Die Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter von Weber et al. (2005) wurde zwischen 2002 und 2004 in England, Italien, Luxemburg, Holland, Schweden und Österreich durchgeführt. Als Teil der Globalen Altersstudie (Global Ageing Study) zielte die Studie auf die Entwicklung soziokultureller Modelle zum Wohlbefinden im Alter ab, welche erklären sollten in welchem Ausmaß persönliche Merkmale,

kulturelle Aspekte und gewisse Hauptfaktoren (Soziale Unterstützungsressourcen, Lebensaktivitäten, Gesundheit/ funktioneller Status, Selbstressourcen, materielle Sicherheit) das Wohlbefinden älterer Menschen beeinflussen. Die Stichprobe aller teilnehmenden Länder umfasste 12.478 Personen (2.262 aus Österreich) im Alter zwischen 50 und 90 Jahren. Wohlbefinden wurde sowohl als Lebenszufriedenheit als auch als personale Ressourcen (Selbstwertgefühl und Resilienz) definiert.

Laut den Ergebnissen spielt für die Lebenszufriedenheit, als auch für den Selbstwert der Faktor materielle Sicherheit die größte Rolle, gefolgt von Gesundheit. In Österreich wurde Gesundheit vor materieller Sicherheit als wichtigster Faktor für Lebenszufriedenheit eingeschätzt, für den Selbstwert spielten primär soziale Unterstützungsressourcen als auch Gesundheit und materielle Sicherheit eine große Rolle. Bezüglich Alter und Geschlecht gab es nur indirekte Auswirkungen auf das Wohlbefinden. Eine gute Gesundheitsversorgung als auch die faire Aufteilung materieller Ressourcen waren laut Weber et al. (2005) die essentiellsten Faktoren für subjektives Wohlbefinden bis ins hohe Alter.

Das Vorhaben dieser und vieler anderer Studien, nämlich herauszufinden welche Faktoren den größten Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit im höheren Alter haben, konnte mit der der ESAW-Studie umgesetzt werden. Gesundheit ist ein wesentlicher Faktor, nicht nur bei betagteren Menschen, sondern auch in anderen Altersgruppen. Aber wie geht man mit dem gewonnenen Wissen um, oder besser gesagt wie wendet man diese Erkenntnisse in der Praxis an? Wie kann man das Wohlbefinden einer Person wiedererlangen, die beispielsweise gesundheitliche Probleme hat oder deren materielle Ressourcen begrenzt sind? Sucht man in der Fachliteratur Antworten auf derartige Fragen, kommt man zu dem Ergebnis, dass es nur sehr wenige Untersuchungen darüber gibt, wie das Wohlbefinden der älteren Bevölkerung gesteigert und womöglich auch aufrecht erhalten werden kann.

3.6 Zusammenfassung

Was „erfolgreiches Altern“ genau bedeutet ist schwierig zu beschreiben und vor allem schwierig zu messen (Baltes & Carstensen, 1996). Havighurst (1963) definiert es beispielsweise als „inneren Zustand der Zufriedenheit und des Glücks“. Die lange dominierende defizitorientierte Theorie des Alterns wurde mit der Zeit eine Theorie, welche darauf ausgerichtet ist, alten Menschen den bestmöglichen Weg zu hohem Wohlbefinden zu zeigen. Es gibt dazu unterschiedliche Theorien, wie zum Beispiel die Aktivitätstheorie, die besagt, dass Lebenszufriedenheit und hohe soziale Aktivitäten einhergehen, oder die Disengagement-Theorie, die von einem sozialen Rückzug ausgeht. Einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter, haben auch persönliche Ressourcen, welche einerseits die Fähigkeiten oder Eigenschaften der Person (z.B. Gesundheit), andererseits äußere Einflüsse wie Umweltmerkmale oder materielle Mittel betreffen. Mit der Europäischen Studie zum Wohlbefinden im Alter (Weber et al., 2005), versuchte man herauszufinden, in welchem Ausmaß verschiedene Ressourcen das Wohlbefinden älterer Menschen beeinflussen. In Österreich wurde der Faktor Gesundheit als wichtigster Faktor für allgemeines Wohlbefinden eingeschätzt.

Die Ergebnisse der in Kapitel 3 dargelegten Untersuchungen und die Ansichten und Theorien zum erfolgreichen Altern, sind eine wichtige Voraussetzung um das Thema Wohlbefinden im Alter zu verstehen, vor allem die Aktivitätstheorie ist für diese Studie sehr bedeutend. Darüber hinaus ist für die vorliegende Studie wichtig, Ergebnisse anderer Studien heranzuziehen und einen Vergleich zu ziehen, um so die Aussagekraft zu erhöhen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Prozess des Alterns sehr individuell und von Person zu Person unterschiedlich verläuft, dass aber auch im höheren Alter noch eine gewisse Leistungsfähigkeit vorhanden ist.

4 Depression im Alter

Dieses Kapitel soll einen kurzen Einblick in das Thema Depression im Alter gewähren. Es beinhaltet die allgemeine Definition einer Depression der Weltgesundheitsorganisation (WHO), eine Beschreibung der Faktoren, die zu der Entstehung einer Depression im Alter beitragen, sowie eine kurze Darstellung der Symptome und Behandlungsformen.

4.1 Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (2010) definiert Depression als:

eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann. Sie kann über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten und die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben beeinträchtigen. Im schlimmsten Fall kann eine Depression zum Suizid führen. Milde Formen können ohne Medikamente behandelt werden, mittlere bis schwere Fälle müssen jedoch medikamentös bzw. durch professionelle Gesprächstherapie behandelt werden. (o.S.)

Depressionen gehören der Gruppe der affektiven Störungen an und können in verschiedene Schweregrade eingeteilt werden. Je nachdem wie stark die auftretenden Symptome sind, spricht man von einer leichten, mittelschweren, schweren oder sehr schweren depressiven Episode (Wolfersdorf & Schüler, 2005). Im Allgemeinen spricht man von einer Depression, wenn bestimmte Symptome innerhalb eines bestimmten Zeitraumes gleichzeitig auftreten und keine Krankheiten oder andere mögliche Ursachen vorliegen, wodurch diese zu begründen sind (Hautzinger, 2010).

4.2 Entstehung einer Depression im Alter

Grundsätzlich lässt sich zum Auftreten psychischer Beeinträchtigungen feststellen, dass sie entweder schon länger, oder sogar das ganze Leben existieren und mit zunehmendem Alter weiter existieren oder aber im Alter zum ersten Mal auftreten. Welche konkreten Einflüsse psychische Erkrankungen tatsächlich auslösen, ist oft schwierig herauszufinden. Besonders im Alter ist es schwierig zu erkennen, ob soziale oder psychische Einflüsse, oder etwa die Genetik oder Umwelt einer Person ausschlaggebend für die Entstehung einer psychischen Erkrankung ist, da diese im Alter meist aus mehreren zusammentreffenden Faktoren entsteht. (Hirsch, 1999)

Bezüglich der Risikofaktoren, lässt sich anmerken, dass Frauen weitaus gefährdeter sind eine Depression zu entwickeln als Männer (Hautzinger, 2010) und Personen, die alleine leben (unverheiratet, verwitwet) als auch Personen ohne ein soziales Netzwerk eher an einer Depression im Alter erkranken (Buther & McGongial-Kenney, 2005). Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Gesundheitszustand, denn chronische Krankheiten, der Verlust des Sehvermögens oder Inkontinenz können eine Depression ebenfalls hervorrufen (Hautzinger, 2010). Fastenbauer (2008) erwähnt bei der Entstehung einer Depression im Alter auch den Aspekt der Vereinsamung, der sozialen Isolation und den gesellschaftlichen Rückzug, der einerseits eine Depression, andererseits auch einen Verwirrtheitszustand verursachen kann. Kasper (2006) sieht bei der Entstehung einer Depression bei älteren Menschen einen Zusammenhang zu Veränderungen im psychosozialen Umfeld. Zu diesen Veränderungen zählen die Nähe zum eigenen Tod, der Tod des Lebenspartners, von Geschwistern oder Freunden, der Wegzug der Kinder oder Umzug in ein Altersheim. All diese Veränderungen stellen den alternden Menschen vor große Herausforderungen. Beim Verlust eines geliebten Menschen ist jedoch wichtig, zwischen Trauer und Depression abzugrenzen. Bei einer Trauerreaktion können Symptome auftreten, die auf eine Depression hinweisen, dürfen deshalb aber nicht sofort als Depression benannt werden, obwohl ein Übertritt zur Depression möglich ist (Fischer, 2008). Ein anders einschneidendes Ereignis, das Auswirkungen auf die Psyche älterer Personen haben kann, ist die Pensionierung, da Gefühle der Sinnlosigkeit, Einflusslosigkeit als auch des Kontrollverlusts entstehen können (Strnad & Bahro, 1999). Auch der Rückblick auf sein bisheriges

Leben, welches eventuell mit Enttäuschungen oder unerfüllten Wünschen verbunden ist, kann einen alten Menschen in eine Krise führen und zur Entstehung einer Depression beitragen (Fastenbauer, 2008).

Es gibt viele Ereignisse im Leben eines älteren Menschen, die eine Depression im Alter begünstigen, jedoch spielt schlussendlich die persönliche Einschätzung, wie belastend man bestimmte Vorkommnisse oder Situationen empfindet und wie stark die Beeinträchtigung auf die subjektive Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit ist, eine große Rolle (Hautzinger, 2010).

4.3 Symptome einer Depression im Alter

Wie in 4.1 erwähnt, können Depressionen in leichteren und schwereren Formen auftreten. Besteht eine Depression, unabhängig davon um welche Form es sich handelt, über eine längere Zeit, so kann dies schwere negative Auswirkungen für ältere Menschen haben. Vor allem die leichtere Form sollte ernst genommen werden, da sie bei älteren Menschen öfter auftritt und ebenfalls ernstzunehmende klinische Symptome aufweist (Kurlowicz & Harvath, 2008). Grundsätzlich gelten eine gedrückte Stimmungslage, erhöhte Reizbarkeit, Verlust der Zuversicht und Antriebskraft, als auch Interessensverlust als typische Zeichen einer Depression. Dazu kommt, dass depressive Menschen in ihrem Leben keinen Sinn mehr sehen und sich häufig als wertlos empfinden. Andere typische Auffälligkeiten sind Angstgefühle, Appetitverlust, Schlafprobleme und Gedächtnisstörungen, wobei die eben genannten Zustände, Reaktionen sind, die auch nicht-depressive Menschen aufweisen können (Hautzinger, 2010). Typische Kennzeichen für eine Depression sind auch eine gesteigerte Schmerzwahrnehmung, ein vermindertes Selbstbewusstsein und Zukunftsängste. Die typischen Symptome einer Depression können im Alter teilweise auch mit anderen alterstypischen Erkrankungen zusammenhängen und sind nicht immer Anzeichen für eine Depression (Kasper, 2006). Die Zeichen sind bei Älteren Personen, im Vergleich zu Jüngeren, somit oft uneindeutig. Zusätzlich sprechen ältere Personen, im Gegensatz zur jüngeren Generation, seltener über eine gedrückte Stimmung oder negative Gefühle (Strnad & Bahro, 1999). Letztendlich kann festgehalten werden, dass Traurigkeit und

gedrückte Stimmung bei älteren Menschen nicht so sehr vorherrschen, sondern eher körperliche und kognitive Symptome (Kasper, 2006).

4.4 Behandlungsmethoden

Im Allgemeinen gibt es zwei Therapieformen zur Behandlung einer Depression im Alter. Biologische Therapien, welche die Pharmakotherapie und die Elektrokrampftherapie einschließen und psychosoziale Therapien, sprich Psychotherapie, auf die nachfolgend näher eingegangen wird. Bei älteren Menschen eignet sich die Psychotherapie sehr gut um betroffenen Personen Einsicht in ihre Krankheit zu gewähren und Strategien zur Bewältigung zu vermitteln. Des Weiteren werden in der Psychotherapie Möglichkeiten erarbeitet, um ein erneutes Auftreten einer Depression zu verhindern und unrealistische Erwartungen von Seiten der Patienten versucht zu abzubauen. Ebenfalls können Betroffene unverarbeitete Geschehnisse aus der Vergangenheit aufarbeiten oder Unterstützung im Trauerprozess finden. Die Therapie zielt darauf ab, dem Patienten ein Gefühl der Kontrolle zu geben und das Selbstbewusstsein wieder zu erlangen oder aufzubauen. (Kurlowicz & Harvath, 2008)

Bei einer schweren Depression mit auftretenden Selbstmordgedanken, ist die Psychotherapie als alleinige Behandlung meistens nicht ausreichend. Hier bedarf es einer intensiveren psychiatrischen Behandlung mit Krankenhausaufenthalt, medikamentöser Behandlung oder Elektrokrampftherapie (Kurlowicz & Niche, 1997). Die Hauptziele der Behandlung, unabhängig von der Behandlungsform, bestehen darin, die depressiven Symptome zu reduzieren und eine Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität zu erreichen (Kurlowicz & Harvath, 2008).

5 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrunds

Im Rahmen des theoretischen Hintergrunds wurde gezeigt, dass die Definition und Erforschung von Glück und Wohlbefinden, dessen Erreichung laut Seligman (2002) das zentrale Ziel des Menschen ist, viele Schwierigkeiten mit sich bringt. Die Messung von Glück ist problematisch und wird oft kritisiert, weswegen in der Glücksforschung immer wieder neue Messinstrumente und Fragebögen entwickelt werden, um wissenschaftliches Ansehen zu erlangen.

Des Weiteren wurde das Thema Wohlbefinden im Alter behandelt, indem verschiedene Definition und Theorien zum erfolgreichen Altern vorgestellt und miteinander verglichen wurden, als auch Bezug auf verschiedenste Ressourcen genommen, welche das Wohlbefinden im Alter beeinflussen.

Auch wurde das Thema der Depression im Alter aufgegriffen und die wichtigsten Einflussfaktoren bei der Entstehung, die Symptome und Behandlungsformen angeschnitten.

Es wurden mehrere Studien aufgezeigt, die mit verschiedenen Methoden das Wohlbefinden oder die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer steigern und die Depressivität senken konnten. Viele davon wurden mit Studierenden durchgeführt und waren teilweise mit großem zeitlichem Aufwand verbunden. Ebenfalls wurden Studien vorgestellt, die die Erforschung des Verhaltens und der Gewohnheiten von glücklichen Menschen zum Ziel hatte und Studien, die sich dem Thema Wohlbefinden im Alter widmeten, wie etwa die Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter (Weber et al., 2005).

Es konnte jedoch nur eine begrenzte Zahl an Studien ausfindig gemacht werden, die das Ziel hatten, das Wohlbefinden älterer Personen zu erhöhen und somit deren Lebenszufriedenheit zu verbessern. Durch die kulturellen Veränderungen der heutigen Gesellschaft und dem Wachstum der durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung wäre vermehrte Forschung in diese Richtung aber bestimmt von Vorteil. Die Studie von Laireiter et al. (2005) wurde zwar ebenfalls an Studenten

durchgeführt, jedoch waren die Methode einer Steigerung des Wohlbefindens mittels Glückstagebüchern und die positiven Ergebnisse ein Anstoß die vorliegende Studie durchzuführen.

Im Rahmen dieser Diplomarbeitsstudie soll versucht werden, das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von älteren Menschen (mindestens 65 Jahre) durch den Einsatz sogenannter Glückstagebücher zu steigern und das depressive Befinden zu senken und somit zu verbessern.

II. EMPIRISCHER TEIL

Im zweiten Teil der Arbeit wird die empirische Untersuchung dargestellt. Zu Beginn werden die Fragestellungen und dazugehörigen Hypothesen dargelegt, sowie die Zielsetzung und das Studiendesign erörtert. Danach erfolgt die ausführliche Beschreibung der Methoden. Anschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert, interpretiert und diskutiert und schlussendlich werden die Grenzen der vorliegenden Studie gezogen und ein Ausblick für zukünftige Forschungen gegeben.

6 Fragestellungen und Hypothesen

Nachfolgend werden die drei Fragestellungen und dazugehörigen Hypothesen der Studie angeführt. Zur Beantwortung der Fragestellungen werden das allgemeine Wohlbefinden, das depressive Befinden, die Lebenszufriedenheit, das Glücksempfinden und die Zufriedenheit mit dem Tag erhoben. Die Beschreibung der Erhebungsinstrumente erfolgt in Kapitel 7.3.

6.1 Fragestellung 1

Hat das Ausfüllen eines Glückstagebuches einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, das Glücksempfinden und das depressive Befinden der Versuchsgruppe?

Die zu überprüfenden Hypothesen:

- I. H1: In der Versuchsgruppe (VG) gibt es einen signifikanten Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden zwischen Testzeitpunkt 1 (T1) und Testzeitpunkt 2 (T2).
- II. H1: In der VG gibt es einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der Lebenszufriedenheit zwischen T1 und T2.

- III. H1: In der VG gibt es einen signifikanten Unterschied im Glücksempfinden zwischen T1 und T2.
- IV. H1: In der VG gibt es einen signifikanten Unterschied im depressiven Befinden zwischen T1 und T2.

6.2 Fragestellung 2

Gibt es zwischen der Versuchsgruppe mit Intervention und der Kontrollgruppe ohne Intervention einen signifikanten Unterschied im Wohlbefinden, in der Lebenszufriedenheit, im Glücksempfinden und im depressiven Befinden zum Testzeitpunkt 1 (T1) und Testzeitpunkt 2 (T2)?

Die zu überprüfenden Hypothesen:

- I. H1: Zwischen VG und KG gibt einen signifikanten Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden zum T1 und T2.
- II. H1: Zwischen VG und KG gibt es einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der Lebenszufriedenheit zum T1 und T2.
- III. H1: Zwischen VG und KG gibt es einen signifikanten Unterschied im Glücksempfinden zum T1 und T2.
- IV. H1: Zwischen VG und KG gibt es einen signifikanten Unterschied im depressiven Befinden zum T1 und T2.

6.3 Fragestellung 3

Hat das Führen eines Glückstagebuches einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Tag?

Die zu überprüfende Hypothese:

- I. H1: In der VG kommt es zwischen T1 und T2 zu einer Zunahme der Tageszufriedenheit.

7 Methoden

Der folgende Abschnitt beinhaltet Informationen zur Zielsetzung der Studie, zum Studiendesign, zur Rekrutierung der Studienteilnehmer, als auch zu den verwendeten Untersuchungsmethoden und statistischen Auswertungsverfahren. Des Weiteren wird der Durchführungsablauf genauestens beschrieben.

7.1 Zielsetzung und Studiendesign

Ziel der vorliegenden Diplomarbeitsstudie ist es, herauszufinden welche Aspekte das Wohlbefinden im höheren Alter determinieren und ob dieses Wohlbefinden durch den Einsatz von sogenannten Glückstagebüchern, gesteigert werden kann.

In Anlehnung an die Studie von Laireiter et al., die 2012 veröffentlicht wurde und in der das Wohlbefinden von Studierenden mit Hilfe von Glückstagebüchern gesteigert werden konnte, wurden Teile des dort vorgegeben Glückstagebuchs auch in dieser Studie verwendet.

Die Wirksamkeit dieser Glückstagebücher sollte zwischen zwei Testzeitpunkten (T1 und T2) anhand einer Versuchs- und Kontrollgruppe (VG und KG) überprüft werden. Testzeitpunkt 1 war vor Bearbeitung der Glückstagebücher, Testzeitpunkt 2 war nach der Tagebuchphase. Die Tagebuchphase hatte eine Dauer von 14 Tagen. Neben der Einschätzung des allgemeinen Wohlbefindens wurden zusätzlich die Lebenszufriedenheit, das Glücksempfinden und die Depressivität erhoben, um ein umfassendes Bild des psychologischen Befindens der Studienteilnehmer zu erhalten. Zur Erfassung der eben genannten Konstrukte wurden Untersuchungsinstrumente verwendet, die nach Ansicht der Testleiterin für die Altersgruppe angemessen waren. Dabei wurde großer Wert drauf gelegt, dass die Fragebögen leicht verständlich und kurz sind, um die Konzentration der Untersuchungsteilnehmer aufrecht zu erhalten und die Personen nicht zu überfordern.

Im Fokus stand die Erforschung der Wirkung der Glückstagebücher, da die Methode einfach, kostengünstig und mit wenig Aufwand verbunden ist und zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Personen erheblich beitragen kann.

7.2 Studienteilnehmer und Rekrutierung

Die Studienteilnehmer sollten, so wie in der Studie von Fliege und Philipp (2000) mindestens 65 Jahre alt sein (höheres Erwachsenenalter) und nicht an Demenz leiden. Um eine mögliche Demenz ausschließen zu können, führte die Autorin vor der eigentlichen Testung mit den potentiellen Teilnehmern den Mini-Mental Status-Test (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) durch. Weitere Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie waren die freiwillige Bereitschaft, über zwei Wochen lang jeden Tag Aufzeichnungen zu führen und an der Testung zu beiden Testzeitpunkten teilzunehmen.

Der Kontakt zu den Personen wurde durch eine Bekannte der Diplomandin hergestellt, welche als mobile Fußpflege tätig ist. Diese hat einen Kundenstock von etwa 100 Personen, zu denen sie in regelmäßigen Abständen nach Hause fährt um bei den Menschen, die aus verschiedenen Gründen, selbst nicht mehr im Stande waren sich der Pflege ihrer Füße zu widmen, eine Pediküre durchzuführen. Die Diplomandin begleitete diese für eine Woche bei ihrer Arbeit und führte während der Fußpflege die Befragungen durch. Bei der Rekrutierung war die behandelnde Fußpflegerin überaus behilflich, indem sie konkrete Vorschläge machte, welche Personen die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen und auch einer Teilnahme an der Studie zustimmen würden. Das hatte den Hintergrund, dass keine Personen rekrutiert wurden, die möglicherweise mit der Aufgabe überfordert gewesen wären. Die Kontrollgruppe wurde auf dieselbe Weise rekrutiert. Es wurde darauf geachtet, dass eine Kontrollgruppe gefunden wird, die der Versuchsgruppe bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung ähnlich ist.

7.3 Beschreibung der Instrumente

In diesem Kapitel werden die in der Studie verwendeten Untersuchungsinstrumente beschrieben.

7.3.1 Daten zur Person

Vor Beginn der Untersuchung werden einige Daten zur Person erhoben. Hierbei wird auf das Alter, Geschlecht, den Familienstand, die höchste abgeschlossene Schulbildung und den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand eingegangen. Die Namen der Personen wurden zur Bewahrung der Anonymität der Teilnehmer nicht erfragt.

7.3.2 Mini-Mental Status Test

Beim Mini-Mental Status-Test (Folstein et al., 1975) handelt es sich um ein Screening-Instrument für Demenz. Es ist eine Art strukturiertes Gespräch, bei dem der Testperson Fragen zur zeitlichen und örtlichen Orientierung gestellt werden und anschließend verschiedene Aufgaben gelöst werden sollen. Beispiele dieser Aufgaben wären das Wiederholen beziehungsweise Nachsprechen von Wörtern oder ganzen Sätzen, das Benennen von Objekten, das Abzeichnen von geometrischen Figuren oder einfache Rechenaufgaben. Die interne Konsistenz des Tests liegt bei $\alpha = .83$.

In der vorliegenden Studie wird der Mini-Mental Status-Test lediglich dazu angewendet, Personen mit einer möglichen Demenz zu selektieren und nicht an der Untersuchung teilnehmen zu lassen. Das heißt, wenn ein potentieller Untersuchungsteilnehmer einen Wert unter 24 erreichen würde, werden die Fragebögen, die anschließend ausgegeben werden sollten, nicht vorgegeben und die Untersuchung vorzeitig abgebrochen. Die Ergebnisse des Mini-Mental Status-Tests werden nicht näher analysiert oder interpretiert.

7.3.3 Einschätzung der Tagezufriedenheit

Im Rahmen täglicher Eintragungen in das Glückstagebuch (VG) kann die Zufriedenheit mit dem aktuellen Tag eingeschätzt werden. Das Item dazu lautet: „Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?“ und wird auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1= „sehr unzufrieden“ bis 6= „sehr zufrieden“ beantwortet.

Die Kontrollgruppe, welche kein Glückstagebuch führt, beantwortet ebenfalls diese eine Frage Tag für Tag über zwei Wochen.

7.3.4 WHO-5 Wohlbefindens-Index (WHO-5)

Zur Erfassung des allgemeinen Wohlbefindens wird der WHO-5 Wohlbefindens-Index (Bech, 2004) herangezogen. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit insgesamt fünf Items, das in 20 Sprachen erhältlich ist. Bei den Items handelt es sich um verschiedene Aussagen, welche das Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen betreffen (zum Beispiel „In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune“). Die Antwort erfolgt auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1= „zu keinem Zeitpunkt“ bis 5= „die ganze Zeit“. Die interne Konsistenz des WHO-5 Wohlbefinden-Index beträgt $\alpha = .89-.91$.

7.3.5 Deutsche Fassung der Satisfaction with Life Scale (SWLS)

Ed Dieners Satisfaction With Life Scale wurde 1985 entwickelt und ist der bekannteste und weltweit am meisten verwendete Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit. Die Skala enthält fünf Items mit sieben Antwortmöglichkeiten (von 1= „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7= „stimme völlig zu“). Die interne Konsistenz der Skala zur Lebenszufriedenheit liegt bei $\alpha = .90$.

7.3.6 Oxford-Glücksfragebogen

Der Oxford-Glücksfragebogen ist die Kurzform des Oxford Glücks-Inventar (Oxford Happiness Inventory) von Argyle, Martin und Crossland (1989). Diese gingen von Dieners (1984) drei Komponenten des Wohlbefindens als die wichtigsten Komponenten für Glück aus (Bucher, 2009). Hills und Argyle (2002) änderten die Skalierung des Oxford-Glücksinventar und entwickelten dessen Kurzform, den Oxford-Glücksfragebogen. Er besteht aus acht Items, welche auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1= „stimmt absolut nicht“ bis 6= „stimmt absolut“ beantwortet werden. Der Oxford-Glücksfragebogen weist eine hohe interne Konsistenz von $\alpha = .91$ auf.

7.3.7 Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Die Geriatrische Depressionsskala ist ein von Yesavage et al. (1983) entwickelter Fragebogen zur Feststellung einer depressiven Stimmungslage bei älteren Menschen. Es handelt sich um ein Screening-Instrument, das 15 Items, mit

dichotomen „Ja“ „Nein“-Antwortschema, umfasst. Die Skala kann in Interviewform oder direkt als Fragebogen vorgegeben werden. In der vorliegenden Studie wird die GDS in Form eines Interviews vorgegeben. Die interne Konsistenz der Geriatrischen Depressionsskala beträgt $\alpha = .80$.

7.3.8 Glückstagebuch (VG)

Das in dieser Studie verwendete Glückstagebuch wurde von der Diplomandin in Anlehnung an das Glückstagebuch von Laireiter et al. (2012) selbst erstellt. Es wurden einzelne Items vollständig übernommen, andere etwas abgeändert und auch neue Items hinzugefügt, da sich die Fragestellungen der vorliegenden Studie teilweise von denen der Studie von Laireiter et al. (2012) unterscheiden. Gewisse Items von Laireiter et al. (2012) wurden ganz weggelassen, wie z.B. die Frage nach den beruflichen bzw. studiumsrelevanten Geschehnissen, da aufgrund des hohen Alters der Stichprobe keine Berufstätigkeit mehr vorliegt und dieses Item somit hinfällig wäre. Es handelte sich nach wie vor um ein strukturiertes Tagebuch, welches für 14 Tage (eine Seite pro Tag) jeden Abend alleine bearbeitet werden sollte. Es beinhaltete sechs Fragen, wobei folgende drei Fragen mittels Likert-Skala beantwortet werden sollen:

(1) Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

Die Einschätzung erfolgt auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1= „sehr unzufrieden“ bis 6= „sehr zufrieden“.

(2) Wie oft habe ich heute gelacht?

Die Einschätzung erfolgt auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1= „nie“ bis 6= „sehr oft“.

(3) Wie glücklich fühle ich mich heute?

Die Einschätzung erfolgt auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1= „sehr unglücklich“ bis 6= „sehr glücklich“.

Das Glückstagebuch umfasste zusätzlich drei offene Fragen, bei denen mehrere Antworten möglich und erwünscht sind:

(4) Welche Ereignisse haben mich heute zum Lachen gebracht?

(5) Was habe ich mir heute Gutes getan?

(6) Was hat mich am heutigen Tag besonders glücklich gemacht?

In der Studie von Laireiter et al. (2012) wurden die Glückstagebücher selbst nicht näher analysiert, es war lediglich die Wirkung auf das Wohlbefinden, die Tageszufriedenheit und das depressive Befinden der Testpersonen von Interesse. In der vorliegenden Studie werden die Tagebücher auch qualitativ ausgewertet.

7.3.9 Tageszufriedenheit

Um die Vergleichbarkeit von VG und KG zu erleichtern, bestand die Aufgabe der KG darin, für den Zeitraum der Bearbeitung des Glückstagebuchs, sprich zwei Wochen, die Frage (6) Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag? zu beantworten. Wie unter 6.3 erwähnt, erfolgt deren Einschätzung auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1=„sehr unzufrieden“ bis 6=„sehr zufrieden“.

7.4 Statistische Verfahren

Im Folgenden werden die zur Hypothesenprüfung angewandten statistischen Verfahren angeführt und kurz beschrieben.

7.4.1 Deskriptivstatistische Verfahren

Mittels deskriptivstatistischer Verfahren wird die Stichprobe bezüglich Alter, Geschlecht, Familien- und Bildungsstand und Gesundheitszustand beschrieben. Dazu werden der Mittelwerte, Mediane, Standardabweichungen und prozentuelle Häufigkeiten berechnet.

7.4.2 Mehrfaktorielle abhängige Varianzanalyse

Die Hypothesen zur Fragestellung 1 und 3, welche sich auf den Unterschied in der Versuchsgruppe, zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 beziehen, werden mit einer mehrfaktoriellen abhängigen Varianzanalyse überprüft. Die Voraussetzungen für dieses Verfahren sind eine Normalverteilung, intervallskalierte abhängige Variablen, eine Homogenität der Varianzen und Sphärizität. Die Homogenität, oder auch Varianzgleichheit genannt, wird mit dem Levene-Test geprüft und die Sphärizität mit dem Mauchly-Test gemessen. In beiden Fällen ist die Voraussetzung gegeben, wenn $p > .05$.

Wird eine Varianzanalyse berechnet, erhält man den F-Wert, der bei einem $p < .05$ als statistisch signifikant gilt. Ist ein Ergebnis signifikant, wird dieses mit dem Eta-Quadrat (η^2) geprüft, um die Stärke des Effekts festzustellen, bezogen auf die vorliegende Studie also in welchem Ausmaß die Glückstagebücher wirken. Ein Eta-Quadrat von .01 wird nach Bortz und Döring (2006) als schwacher Effekt, von .06 als mittlerer Effekt und von .14 als starker Effekt bezeichnet.

7.4.3 t-Test für unabhängige Stichproben

Die Hypothesen zur Fragestellung 2, welche die Stichprobenunterschiede, also die Unterschiede zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe betreffen, werden mit einem t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Der t-test vergleicht die Mittelwerte unterschiedlicher Stichproben und hat als Voraussetzung die Homogenität der Varianzen, welche wieder mit dem Levene-Test überprüft wird. Ist die Voraussetzung für den t-Test nicht erfüllt, wird stattdessen der U-Test durchgeführt. Ist $p < .05$, bedeutet das, dass sich die Stichproben, oder im Falle dieser Studie, die beiden Gruppen signifikant unterscheiden.

7.4.4 Kategorienbildung

Die Items aus dem Glückstagebuch, mit offenem Antwortformat, werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet, indem verschiedene, inhaltlich unterschiedliche Kategorien definiert werden. Anschließend werden die Antworten aus den Glückstagebüchern zu den ihnen entsprechenden Kategorien zugeordnet und die Kategorien interpretiert.

7.5 Durchführungsablauf

Die erste Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch und diente dazu, bei den potentiellen Studienteilnehmern nachzufragen, ob Sie überhaupt Interesse hätten, an einer Studie zum Thema Wohlbefinden und Glück im Alter teilzunehmen. Bei vorhandenem Interesse wurden bereits am Telefon Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand und subjektiv empfundener Gesundheitszustand erfasst. Das wurde aus dem Grund schon so früh gemacht, um bezüglich Alter und Geschlecht zwei ausgewogene Gruppen (Versuchs- und Kontrollgruppe) bilden zu können. Die Namen wurden nicht erfragt, da die gesamte Untersuchung die Anonymität der Teilnehmer waren sollte. Die Teilnehmer bekamen eine Art Code, der Versuchsperson-Nummer, Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht beinhaltet (zum Beispiel VG1♂ KG2♀). Daraufhin wurde bereits für die darauffolgende Woche ein Termin für ein Treffen (T1) vereinbart. Beim ersten Treffen wurden die Teilnehmer über den genauen Ablauf der Untersuchung informiert und es bestand die Möglichkeit auftretende Fragen zu stellen oder Zweifel zu äußern. Darüber hinaus war das erste Treffen gleichzeitig der Testzeitpunkt 1, bei dem das allgemeine Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, das Glückempfinden und das depressive Befinden mittels Fragebögen erhoben wurden. Das Wohlbefinden wurde mittels Who-5 Wohlbefindens-Index erhoben, die Lebenszufriedenheit mit der Skala zur Lebenszufriedenheit, das Glückempfinden mit dem Oxford- Glücksfragebogen und das depressive Befinden mit der Geriatrischen Depressionsskala. Die Befragung erfolgte anonym, was den Befragten auch mehrmals beteuert wurde. Nachdem die Fragebögen vollständig ausgefüllt wurden, wurde den Teilnehmern, welche der Versuchsgruppe zugeteilt wurden, ein Glückstagebuch ausgehändigt, welches für zwei Wochen bearbeitet werden sollte. Die Teilnehmer in der Kontrollgruppe wurden gebeten, über zwei Wochen jeden Abend, auf einem von der Autorin vorgefertigten Bogen, eine Einschätzung abzugeben wie zufrieden sie mit dem jeweiligen Tag waren. Beide Gruppen sollten am selben Tag, nämlich am darauffolgenden Montag mit den Aufzeichnungen beginnen. Um zu verhindern, dass eine Testperson am Montag vergisst, die Bearbeitung ihrer Aufgabe zu starten, kontaktierte die Diplomandin telefonisch alle Studienteilnehmer um sie daran zu erinnern und noch einmal als Ansprechperson für Fragen oder Unklarheiten bereit

zu stehen. Alle Teilnehmer hatten die Handynummer der Diplomandin, um diese bei Problemen selbstverständlich auch während der zweiwöchigen Tagebuchphase erreichen zu können.

Als die Bearbeitungsphase der Glückstagebücher nach 14 Tagen vorüber war, kam es am Tag danach zu einem erneuten Treffen (T2) mit der Diplomandin. Es wurden abermals die Fragebögen zum Wohlbefinden, zur Lebenszufriedenheit, zum Glücksempfinden und zum depressiven Befinden vorgegeben. Danach war Zeit für ein Feedback bzw. ein abschließendes Gespräch mit den Teilnehmern.

8 Ergebnisse

Am Anfang dieses Abschnitts erfolgen die Darstellung der Reliabilitätsanalysen der verwendeten Messinstrumente und die Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer Daten. Anschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung berichtet.

8.1 Analyse der Instrumente

Um die Messgenauigkeit der verwendeten Instrumente zu beschreiben, werden die Untersuchungsinstrumente im Folgenden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Die Reliabilität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Test ein bestimmtes psychisches Merkmal misst (Kubinger, 2009). Als Maßzahl für die interne Konsistenz wird Cronbachs Alpha herangezogen, welches beschreibt, wie sehr die verschiedenen Items eines Fragebogens oder einer Skala miteinander in Beziehung stehen. Cronbachs Alpha kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei 0 bedeutet, dass das Instrument keine interne Konsistenz, sprich keine Zuverlässigkeit aufweist. Ein Wert von 1 deutet auf eine vollständige Zuverlässigkeit beziehungsweise eine perfekte Konsistenz hin. Je näher also ein Reliabilitätswert gegen 1 geht, umso zuverlässiger ist ein Test (Bortz & Döring, 2006). In der Literatur gibt es unterschiedliche Ansichten, ab welchem Wert eine Skala als zuverlässig gilt. Cortina (1993) beschreibt ein Cronbachs Alpha von $>.70$ als ausreichend. Nach Bortz und Döring (2006) ist ein Wert zwischen $.70$ und $.80$ ausreichend, ein Cronbachs Alpha von $>.80$ stellt eine gute Reliabilität dar und Reliabilitätswerte größer als $.90$ gelten als sehr gut. Die Itemanzahl einer Skala beeinflusst die Reliabilität dahingehend, dass mit steigender Itemanzahl das Cronbachs Alpha zunimmt. Verfügt eine Skala über keine ausreichende Reliabilität, können Items mit geringer Trennschärfe (Wert weniger als 2) herausgenommen werden, um diese zu verbessern. Als Trennschärfe wird die Korrelation eines Items mit der gesamten Skala bezeichnet (Kubinger, 2009).

8.1.1 WHO-5 Wohlbefindens-Index (WHO-5)

Für die fünf Items des WHO-5 Wohlbefindens-Index erbrachte die Reliabilitätsanalyse zum Testzeitpunkt 1 (T1) ein Cronbachs Alpha von .77 und zum Zeitpunkt 2 (T1) ein Cronbachs Alpha von .75. Beide Reliabilitäten können nach Bortz und Döring (2006) als ausreichend reliabel angesehen werden, somit musste kein Item ausgeschlossen werden. In den nachfolgenden Tabellen 1 und 2 werden die Trennschärpen der einzelnen Items zum Testzeitpunkt 1 und 2, sowie das Cronbachs Alpha angeführt.

Tabelle 1
Reliabilitätsanalyse WHO-5 zum T1

WHO-5 - T1	Trennschärfe
In den letzten zwei Wochen...	
... war ich froh und guter Laune	.60
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	.61
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	.45
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	.48
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	.60
Cronbachs Alpha = .77	

Tabelle 2
Reliabilitätsanalyse WHO-5 zum T2

WHO-5 - T2	Trennschärfe
In den letzten zwei Wochen...	
... war ich froh und guter Laune	.58
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	.62
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	.54
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	.40
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	.43
Cronbachs Alpha = .75	

8.1.2 Deutsche Fassung der Satisfaction with Life Scale (SWLS)

Die Skala zur Lebenszufriedenheit umfasst genau wie der WHO-5 Wohlbefindens-Index 5 Items. Beim ersten Testzeitpunkt konnte durch Ausschluss von Item 4 („Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.“) ein Cronbachs Alpha-Wert von

.70 erreicht werden, welcher als gerade noch akzeptabel eingestuft werden kann (Trennschärfen und Alpha-Wert zum Testzeitpunkt 1 siehe Tabelle 3).

Tabelle 3
Reliabilitätsanalyse SWLS zum T1

SWLS - T1	Trennschärfe	
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	.41	.42*
<u>Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.</u>	<u>.28</u>	-
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	.46	.47*
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünschte.	.67	.69*
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	.46	.54*

Cronbachs Alpha = .70

*Anmerkung: * Trennschärfe nach Itemselektion.*

Unterstrichenes weist auf mangelnde Trennschärfe hin.

Bei der Analyse des SWLS zum zweiten Testzeitpunkt wurde ein Cronbachs Alpha von .71, erzielt, nachdem das Item 5 „Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.“ herausgenommen wurde. Dieser Wert ist nach Bortz und Döring (2006) ebenfalls zufriedenstellend und wird in Tabelle 4 angeführt.

Tabelle 4
Reliabilitätsanalyse SWLS zum T2

SWLS - T2	Trennschärfe	
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	.53	.54*
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	.30	.47*
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	.40	.53*
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünschte.	.62	.67*
<u>Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.</u>	<u>.22</u>	-

Cronbachs Alpha = .71

*Anmerkung: * Trennschärfe nach Itemselektion.*

Unterstrichenes weist auf mangelnde Trennschärfe hin.

8.1.3 Oxford-Glücksfragebogen

Das Cronbachs Alpha für den Oxford-Glücksfragebogen mit 8 Items betrug für die erste Testung zunächst .63. Nach dem Ausschluss von drei Items mit ungenügender Itemtrennschärfe („Ich fühle mich nicht besonders wohl auf dem Weg, auf dem ich bin“, „Ich sehe nicht attraktiv aus“ und „Ich habe nicht so glückliche Erinnerungen an meine Vergangenheit“) konnte ein Alpha von .74 erreicht werden. Es liegt die Vermutung nahe, dass die umgekehrte Formulierung ein Grund für die niedrigen Itemtrennschärfen ist. In Tabelle 5 sind die Reliabilitäten und Itemtrennschärfen der ersten Testung aufgelistet.

Tabelle 5
Reliabilitätsanalyse Oxford-Glücksfragebogen zum T1

Oxford-Glücksfragebogen – T1	Trennschärfe	
<u>Ich fühle mich nicht besonders wohl auf dem Weg, auf dem ich bin.</u>	.27	-
Ich habe das Gefühl, dass das Leben lohnenswert ist.	.49	.57*
Ich bin mit allen Dingen in meinem Leben sehr zufrieden.	.44	.52*
<u>Ich sehe nicht attraktiv aus.</u>	.27	-
Ich entdecke Schönes in jedem Ding.	.35	.44*
Ich bin leistungsfähig in allem, was ich will.	.34	.37*
Ich fühle mich geistig wach.	.51	.59*
<u>Ich habe nicht so glückliche Erinnerungen an meine Vergangenheit.</u>	.18	-
Cronbachs Alpha = .73		

Anmerkung: * Trennschärfe nach Itemselektion.
 Unterstrichenes weist auf mangelnde Trennschärfe hin.

Die Analyse der zweiten Testung erbrachte vor der Itemselektion ein Alpha von .55. Nachdem die Items 1, 6, 7 und 8 („Ich fühle mich nicht besonders wohl auf dem Weg, auf dem ich bin“, „Ich bin leistungsfähig in allem, was ich will“, „Ich fühle mich geistig wach“, „Ich habe nicht so glückliche Erinnerungen an meine Vergangenheit“) entfernt wurden, konnte ein gerade noch akzeptabler Wert von .69 erreicht werden. Bei der Bearbeitung von Item 7 („Ich fühle mich geistig wach“) wurde auffällig oft gelacht und das Item laut vorgelesen. Es kam nämlich vor, dass Personen anstatt „geistig wach“ „geistig schwach“ gelesen haben. Die geringe Trennschärfe von Item 7 könnte somit darauf zurückzuführen sein, dass es von mehreren Personen schlampig gelesen und somit anders beantwortet wurde. Tabelle 6 zeigt den neuen Alphawert und die Itemtrennschärfen des Oxford-Glücksfragebogen zum Testzeitpunkt 2.

Tabelle 6

Reliabilitätsanalyse Oxford-Glücksfragebogen zum T2

Oxford-Glücksfragebogen - T2	Trennschärfe	
<u>Ich fühle mich nicht besonders wohl auf dem Weg, auf dem ich bin.</u>	<u>.19</u>	-
Ich habe das Gefühl, dass das Leben lohnenswert ist.	.35	.50*
Ich bin mit allen Dingen in meinem Leben sehr zufrieden.	.42	.50*
Ich sehe nicht attraktiv aus.	.34	.30*
Ich entdecke Schönes in jedem Ding.	.36	.39*
<u>Ich bin leistungsfähig in allem, was ich will.</u>	<u>.21</u>	-
<u>Ich fühle mich geistig wach.</u>	<u>.28</u>	-
<u>Ich habe nicht so glückliche Erinnerungen an meine Vergangenheit.</u>	<u>.07</u>	-
Cronbachs Alpha = .69		

Anmerkung: * Trennschärfe nach Itemselektion.

Unterstrichenes weist auf mangelnde Trennschärfe hin.

8.1.4 Geriatriische Depressionsskala

Die Geriatriische Depressionsskala, bestehend aus 15 Items, verfügt zum Zeitpunkt 1 über eine interne Konsistenz von .45. Auch nach schrittweiser Entfernung verschiedener Items konnte kein Cronbachs Alpha größer als .58 erreicht werden (Tabelle 7). Ein nach Bortz und Döring (2006) keinesfalls zufriedenstellender Wert. In einer groß angelegten Studie mit Personen mit physischer Erkrankung (Incalzi, Cesari, Pedone, & Carbonin, 2003) wurde ebenfalls eine sehr niedrige Reliabilität von .46 erreicht, weswegen die Autoren das Instrument nicht als eindimensional einschätzten und folglich auch nicht als Gesamtskala für depressive Stimmung verwendet werden konnte. Bei der Studie von Guggel und Birkner (1999) mit 43 Patienten zwischen 60 und 87 Jahren erreichte die Geriatriische Depressionsskala ein Cronbachs Alpha von .91. Dieser hohe Wert deutet darauf hin, dass der Fragebogen über gute psychometrische Eigenschaften verfügt.

Tabelle 7

Reliabilitätsanalyse GDS zum T1

GDS - T1	Trennschärfe	
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	.31	.33*
<u>Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?</u>	<u>.12</u>	-
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	.36	.46*
<u>Ist Ihnen oft langweilig?</u>	<u>.19</u>	-
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	.52	.51*
<u>Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?</u>	<u>.14</u>	-
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	.56	.58*
Fühlen Sie sich oft hilflos?	.49	.41*
<u>Bleiben Sie lieber zuhause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?</u>	<u>.13</u>	-
Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	.51	.56*
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	.32	.39*
Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	.37	.43*
<u>Fühlen Sie sich voller Energie?</u>	<u>.15</u>	-
Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	.59	.65*
<u>Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?</u>	<u>.09</u>	-
Cronbachs Alpha = .58		

Anmerkung: * Trennschärfe nach Itemselektion.

Unterstrichenes weist auf mangelnde Trennschärfe hin.

Als die Reliabilitätsprüfung das zweite Mal durchgeführt wurde (T2), erreichte die Skala durch Ausschluss der Items 2, 4, 9 und 13 einen akzeptablen Wert von .69 (Itemtrennschärfen und Cronbachs Alpha siehe Tabelle 8).

Tabelle 8
Reliabilitätsanalyse GDS zum T2

GDS - T2	Trennschärfe	
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	.36	.37*
<u>Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?</u>	<u>.18</u>	-
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	.39	.42*
<u>Ist Ihnen oft langweilig?</u>	<u>.21</u>	-
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	.46	.45*
Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	.37	.43*
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	.41	.35*
Fühlen Sie sich oft hilflos?	.48	.49*
<u>Bleiben Sie lieber zuhause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?</u>	<u>.16</u>	-
Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	.49	.44*
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	.30	.35*
Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	.32	.43*
<u>Fühlen Sie sich voller Energie?</u>	<u>.11</u>	-
Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	.40	.45*
Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	.42	.45*
Cronbachs Alpha = .69		

*Anmerkung: * Trennschärfe nach Itemselektion; Unterstrichenes weist auf mangelnde Trennschärfe hin.*

8.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Beschreibung der Stichprobe erfolgt anhand der telefonisch erhobenen soziodemografischen Daten. Diese Daten umfassen das Alter, das Geschlecht, den derzeitigen Familienstand, die höchste abgeschlossene Schulbildung, und den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand der Untersuchungsteilnehmer.

Die Gesamtstichprobe umfasste $N=50$ Personen, wobei sich in der Versuchsgruppe 25 Personen und in der Kontrollgruppe 25 Personen befanden und somit exakt gleich waren. Es konnten alle potentiellen Teilnehmer in die Untersuchung einbezogen werden, da die Ergebnisse des Mini-Mental Status-Test durchwegs unauffällig waren.

8.2.1 Alter

In der Gesamtstichprobe ($N=50$) reicht die Altersspanne von 65 bis 90 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei 74,1 Jahren liegt. In der Versuchsgruppe ($n=25$) liegt der Altersdurchschnitt bei 73,6 Jahren. Das Minimum liegt bei 65 und das

Maximum bei 90 Jahren. Die Personen der Kontrollgruppe ($n=25$) weisen ein durchschnittliches Alter von 74,6 Jahren auf (Minimum= 65, Maximum=85). Die Verteilung der Versuchsgruppe ist in Abbildung 1 und die Verteilung der Kontrollgruppe in Abbildung 2 veranschaulicht.

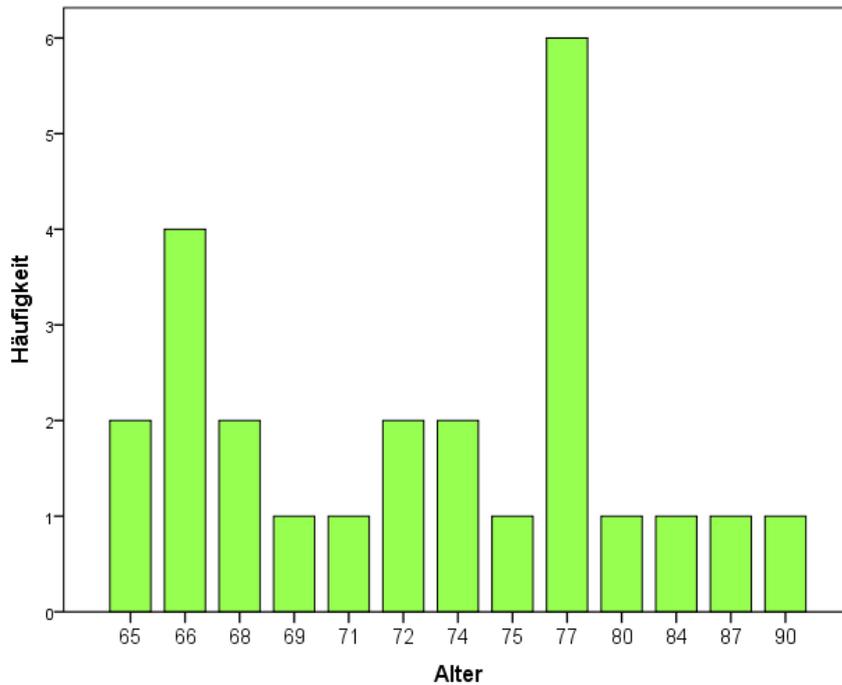


Abbildung 1: Altersverteilung in der Versuchsgruppe

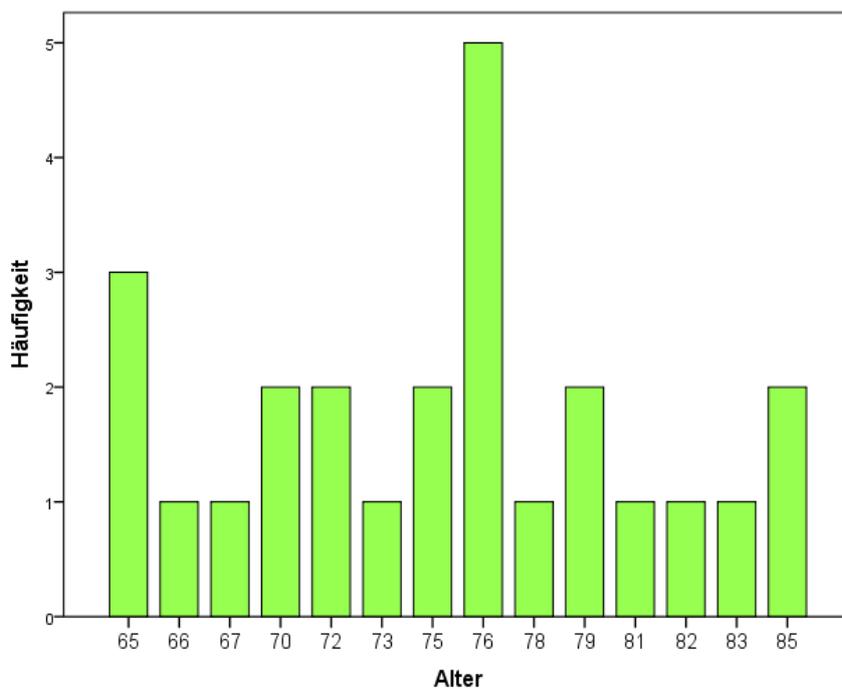


Abbildung 2: Altersverteilung in der Kontrollgruppe

8.2.2 Geschlecht

Die Gesamtstichprobe ($N=50$) bestand aus insgesamt 20 Männern und 30 Frauen, die exakt gleich auf Versuchsgruppe und Kontrollgruppe aufgeteilt wurden. Beide Gruppen setzten sich aus 10 Männern und 15 Frauen zusammen.

8.2.3 Familienstand

Neben dem Alter und dem Geschlecht, wurde bei der ersten Kontaktaufnahme, per Telefon, auch der derzeitige Familienstand der Teilnehmer erfragt, um die Stichprobe besser beschreiben zu können (Daten werden nicht näher analysiert).

Entgegen der Erwartungen, dass die Mehrheit der Personen, aufgrund ihres hohen Alters bereits verwitwet sei, waren verheiratete Personen in der Überzahl. In der Versuchsgruppe haben 84% der Teilnehmer angegeben verheiratet zu sein und in der Kontrollgruppe 60%. Hingegen sind in der Versuchsgruppe nur 12% und in der Kontrollgruppe 28% der Teilnehmer bereits verwitwet. In beiden Gruppen ist der Anteil der ledigen Personen mit 4% am geringsten. Auffällig war, dass sich die Versuchsgruppe auf nur drei der fünf möglichen Kategorien, nämlich „ledig“, „verheiratet“ und „verwitwet“ aufteilt. In der Kontrollgruppe aber sind die Kategorien „in einer Partnerschaft“ und „geschieden“ auch vertreten.

8.2.4 Bildungsstand

Der Bildungsstand der Testpersonen dient ebenfalls nur der genaueren Beschreibung der Stichprobe. Die Angaben dienen als zusätzliche Information und werden weder analysiert, noch in Berechnungen mit einbezogen.

In der Versuchsgruppe gibt mehr als die Hälfte der Personen (56%) an, dass eine Lehre die höchste abgeschlossene Ausbildung sei. Personen, deren Volksschulabschluss die höchste abgeschlossene Bildung ist, bilden die zweitgrößte Gruppe mit 20%. Weiters haben 4% die Matura gemacht und 4% die Universität abgeschlossen. In der Kontrollgruppe hat, ebenso wie in der Versuchsgruppe, die Mehrheit der Teilnehmer, mit 36%, einen Lehrabschluss. Etwas weniger als ein Drittel (28%) hat einen Hauptschulabschluss, gefolgt von Personen mit Volksschulabschluss (24%). Im Gegensatz zur Versuchsgruppe haben in der Kontrollgruppe 12% die Matura absolviert, jedoch kein Teilnehmer die Universität abgeschlossen.

8.2.5 Gesundheitszustand

Der subjektiv empfundene Gesundheitszustand wurde ebenfalls als erweiterte Information für den Leser erhoben. Die Untersuchungsteilnehmer wurden gefragt, ob sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand als „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen würden. Fast die Hälfte (48%) der Personen in der Versuchsgruppe beurteilte ihren Gesundheitszustand als gut, jedoch keine Person als sehr gut. 44% der Teilnehmer beschrieben ihren Zustand als mittelmäßig und 8% als schlecht. In der Kontrollgruppe gaben 4% an, über einen sehr guten und 36% über einen guten Gesundheitszustand zu verfügen. Doppelt so viele Personen, nämlich 16% bewerteten ihren derzeitigen Gesundheitszustand als schlecht. Auffallend war, dass in beiden Gruppen die Antwortkategorie „sehr schlecht“ von keinem Teilnehmer ausgewählt wurde.

8.3 Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen

Nachfolgend findet der Leser die Ergebnisdarstellung zu den Untersuchungshypothesen.

8.3.1 Fragestellung 1

Hat das Ausfüllen eines Glückstagebuches einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, das Glücksempfinden und das depressive Befinden der Versuchsgruppe?

- I. H1: In der Versuchsgruppe (VG) gibt es einen signifikanten Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden (WHO-5) zwischen Testzeitpunkt 1 (T1) und Testzeitpunkt 2 (T2).

Die Homogenität der Varianzen ist zu beiden Zeitpunkten gegeben ($p > .05$), somit kann eine mehrfaktorielle abhängige Varianzanalyse wie geplant durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen, dass die Mittelwerte des subjektiven Wohlbefindens in der Versuchsgruppe zwischen Testzeitpunkt 1 ($M =$

17.00, $SD= 4.93$) und Testzeitpunkt 2 ($M= 17.92$, $SD= 4.90$) ansteigen. Der Unterschied ist nicht signifikant, $F(1, 48)= 3.534$, $p= .066$, $Eta^2 = .069$.

→ Die Hypothese I muss daher verworfen werden.

II. H1: In der VG gibt es einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der Lebenszufriedenheit (SWLS) zwischen T1 und T2.

Aufgrund der homogenen Varianzen ($p>.05$) kann auch hier eine Varianzanalyse angewendet werden. Die Varianzanalyse ergibt hier einen signifikanten Unterschied, $F(1, 48)= 10.878$, $p= .002$, $Eta^2 = .185$, zwischen der ersten Testung ($M= 27.16$, $SD= 3,40$) und der zweiten Testung ($M= 28.36$, $SD= 3.25$).

→ Die Hypothese II kann daher angenommen werden.

III. H1: In der VG gibt es einen signifikanten Unterschied im Glücksempfinden (Oxford-Glücksfragebogen) zwischen T1 und T2.

Aufgrund der erfüllten Voraussetzung der Homogenität der Varianzen ($p>.05$) wird auch hier die Varianzanalyse gerechnet. Für das Glücksempfinden der Versuchsgruppe ergibt sich zwischen Testzeitpunkt 1 ($M= 4.52$, $SD= 0.52$) und Testzeitpunkt 2 ($M= 4.63$, $SD= 0.54$) ein nicht signifikanter Unterschied, $F(1, 48)= 0.017$, $p= .895$, $Eta^2 = .000$.

→ Die Hypothese III muss daher verworfen werden.

IV. H1: In der VG gibt es einen signifikanten Unterschied im depressiven Befinden (GDS) zwischen T1 und T2.

Die homogenen Varianzen zu beiden Testzeitpunkten ($p>.05$) erlauben eine Prüfung durch eine mehrfaktorielle abhängige Varianzanalyse. Diese zeigt, dass die

Mittelwerte im depressiven Befinden zwischen Testzeitpunkt 1 ($M= 2.04, SD= 1.88$) und Testzeitpunkt 2 ($M= 1.56, SD= 1.45$) sinken. Der Unterschied ist signifikant, $F(1, 48)= 11.446, p= .001, \eta^2 = .193$.

→ Die Hypothese IV kann daher angenommen werden.

8.3.1 Fragestellung 2

Gibt es zwischen der Versuchsgruppe mit Intervention und der Kontrollgruppe ohne Intervention einen signifikanten Unterschied im Wohlbefinden, in der Lebenszufriedenheit, im Glückempfinden und im depressiven Befinden zum Testzeitpunkt 1 (T1) und Testzeitpunkt 2 (T2)?

- I. H1: Zwischen VG und KG gibt es zum T2 einen signifikanten Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden, zum T1 jedoch nicht.

Der t-Test für unabhängige Stichproben kann aufgrund der Varianzgleichheit zu beiden Testzeitpunkten ($p>.05$) verwendet werden. Zum Zeitpunkt 1 unterscheiden sich die Mittelwerte im WHO-5 Wohlbefindens-Index von der Versuchsgruppe ($M= 17.00, SD= 4.93$) und die Mittelwerte der Kontrollgruppe ($M= 14.60, SD= 4.98$) nicht signifikant, $t(48)= 1.711, p= .093$. Ein Trend liegt vor, $p= .037 < .1$. Zum zweiten Testzeitpunkt ergibt der t-Test, zwischen den Gruppen (VG: $M= 17.92, SD= 4.91$; KG: $M= 15, SD= 4.72$), einen signifikanten Unterschied im allgemeinen Wohlbefinden, $t(48)= 2.145, p= .037$,

→ Die Hypothese I kann daher angenommen werden.

- II. H1: Zwischen VG und KG gibt es zum T2 einen signifikanten Unterschied in der allgemeinen Lebenszufriedenheit, zum T1 jedoch nicht.

Weil die Varianzen der Satisfaction with Life Scale zu beiden Zeitpunkten homogen sind ($p>.05$), kann der t-Test für unabhängige Stichproben berechnet werden. Bei Testung 1 zeigt sich kein signifikanter Unterschied, $t(48)= .845, p= .402$, zwischen

den Gruppen (VG: $M= 27.16$, $SD= 3.40$; KG: $M= 26.16$, $SD= 4.85$). Bei Testung 2 ist der Unterschied in der Lebenszufriedenheit, zwischen den beiden Gruppen, ebenfalls nicht signifikant, $t(48)= .1578$, $p= .121$ (VG: $M= 28.36$, $SD= 3.26$; KG: $M= 26.48$, $SD= 4.99$).

→ Die Hypothese II muss daher verworfen werden.

III. H1: Zwischen VG und KG gibt es zum T2 einen signifikanten Unterschied im Glücksempfinden Lebenszufriedenheit, zum T1 jedoch nicht.

Wieder kann mittels t-Test geprüft werden, da eine Homogenität der Varianzen zu beiden Testzeitpunkten gegeben ist. Die Ergebnisse zeigen, dass bei der ersten Testung kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht, $t(48)= 1.624$, $p= .111$. Bei der Wiederholung der Testung nach zwei Wochen, kann ein signifikanter Unterschied, $t(48)= .097$, $p= .007$, zwischen der Versuchsgruppe, mit einem Mittelwert von 4,63 ($SD= 5.39$) und der Kontrollgruppe, mit einem Mittelwerte von 4,12 ($SD= 7.27$) festgestellt werden.

→ Die Hypothese III kann daher angenommen werden.

IV. H1: Zwischen VG und KG gibt es zum T2 einen signifikanten Unterschied im depressiven Befinden, zum T1 jedoch nicht.

Nochmals wird planmäßig der t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Mittelwerte auf der Geriatrischen Depressionsskala unterschieden sich zu Zeitpunkt 1 zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe (VG: $M= 2.04$, $SD= 1.88$; KG: $M= 2.92$, $SD= 2.81$) nicht signifikant, $t(48)= -1.300$, $p= .200$. Zu Zeitpunkt 2 zeigt sich wieder ein nicht signifikanter Unterschied, $t(48)= -1.993$, $p= .052$, mit einem Mittelwert der Versuchsgruppe von 1.56 ($SD= 1.45$) und der Kontrollgruppe von 2.72 ($SD= 2.53$). Es liegt ein Trend vor, $p= .052 < .1$.

→ Die Hypothese IV muss daher verworfen werden.

8.3.1 Fragestellung 3

Hat das Führen eines Glückstagebuches einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Tag?

- I. H1: In der VG kommt es zwischen T1 und T2 zu einer Zunahme der Tageszufriedenheit.

Die Analyse ergibt hier einen signifikanten Unterschied, $F(1, 48) = 6.897$, $p = .012$, $\eta^2 = .126$, zwischen dem Mittelwert zum Zeitpunkt 1 ($M = 4,62$, $SD = 1,01$) und dem Mittelwert zum Zeitpunkt 2 ($M = 5,02$, $SD = 0,71$). Der Verlauf der Tageszufriedenheit ist in Abbildung 3 ersichtlich.

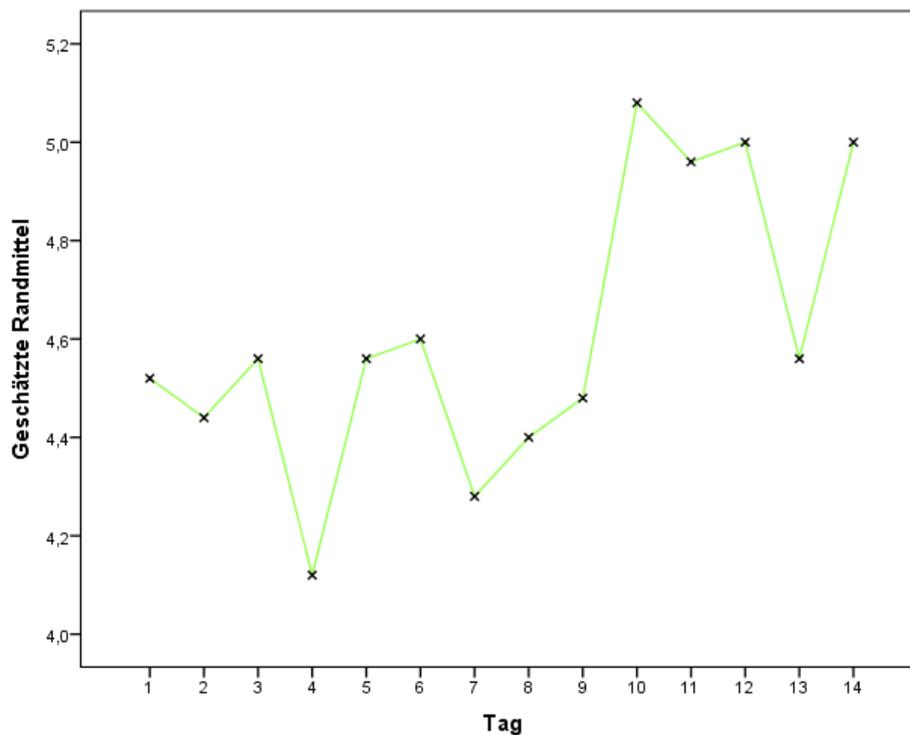


Abbildung 3: Verlauf der Tageszufriedenheit in der Versuchsgruppe

→ Die Hypothese I kann daher angenommen werden.

8.4 Qualitative Auswertung der Glückstagebücher

In der Studie wurden insgesamt 25 Glückstagebücher, mit je 14 Seiten (eine Seite pro Tag) bearbeitet. Allesamt wurden sie vollständig ausgefüllt und nach zwei Wochen von der Diplomandin wieder abgeholt. Die offenen Fragen („Welche Ereignisse haben mich heute zum Lachen gebracht?“, „Was hat mich am heutigen Tag besonders glücklich gemacht?“, „Was habe ich mir heute Gutes getan?“) wurden teilweise sehr ausführlich beantwortet (Aufzählung mehrerer Dinge oder mehrere vollständige Sätze) und teilweise wurde auch nur ein einziges Wort hingeschrieben. Es wirkt, als hätten sich die Teilnehmer bemüht, jede Frage zumindest mit einem Wort zu beantworten, da bei keinem Tagebuch eine Frage unbeantwortet blieb. Da es dadurch äußerst viele verschiedene Antworten gegeben hat, wurden ähnliche Antworten in eine Kategorie zusammengefasst. Die Bildung eines derartigen Kategoriensystems dient der besseren Übersicht und der besseren Beschreibung der Ergebnisse. Die Kategorien wurden nach genauem Durcharbeiten aller Glückstagebücher und nach Auflistung aller Antworten für jede Frage eigens gebildet.

8.4.1 Welche Ereignisse haben mich heute zum Lachen gebracht?

Für die Ereignisse, welche einen zum Lachen bringen, fanden sich folgende fünf Kategorien: Familie, Freunde und Nachbarn, Unterhaltung und Medien und Missgeschicke (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9
Kategorien – Frage 1

Familie	Freunde und Nachbarn	Unterhaltung und Medien	Missgeschicke
-Besuch d. Kinder	-Treffen mit Freunden	-lustige TV-Show	-Essen angebrannt
-Besuch d. Schwester	-Gespräch mit	-lustiger Film	-Christbaum
-Besuch d. Tante	Nachbarn	-lustiges Buch	umgefallen
-Besuch d. Nichte	-Kartenspiel mit	-Video der Enkelin	-Katze hat Wurst
-Spielen mit Enkel	Freunden	-Fotoabend	gestohlen
-Spielen mit Urenkel	-Essen mit Freunden	-lustiger Zeitungs-	-Katze in die
-Ausflug mit Enkel	-Seniorenclub-Treffen	Artikel	Badewanne gefallen
-Enkel haben	-Saunabesuch mit	-Witze	-am Eis ausgerutscht
übernachtet	Freunden		
-Anruf von Sohn	-Kaffeehausrunde		
-Familienfeier			
-Essen bei Kindern			
-Einkaufen mit Mann			

Zur Kategorie Familie zählen unterschiedliche Aktivitäten mit verschiedenen Familienangehörigen. Ereignisse die die Familie betreffen wurden mit Abstand am Öftesten als Grund für Lachen angeführt, vor allem Aktivitäten mit den Enkeln und Urenkeln. Die Kategorie Freunde und Nachbarn beinhaltet Treffen und Gespräche mit Freunden oder Nachbarn, welche einen zum Lachen gebracht haben. Auch diese Antworten fanden sich sehr oft in den Glückstagebüchern. Unter der Kategorie Unterhaltung wurden verschiedene Unterhaltungsmedien als auch Fotos und Witze eingeordnet. Diese brachten die Teilnehmer nicht so oft zum Lachen wie Familie und Freunde, wurden aber auch mehrmals erwähnt. Die Kategorie Missgeschicke bildete sich aufgrund der mehrfachen Angabe verschiedener Malheurs, welche die Personen zum Lachen brachten.

8.4.2 Was hat mich am heutigen Tag besonders glücklich gemacht?

Die Antworten auf die Frage was einen am jeweiligen Tag besonders glücklich gemacht hat, wurden in die sechs Kategorien Gesundheit, Familie, Freunde, Essen und Trinken und Weihnachten aufgegliedert, welche in Tabelle 10 angeführt und näher beschrieben werden.

Tabelle 10
Kategorien – Frage 2

Familie	Freunde	Gesundheit	Essen	Weihnachten
-Besuch Kinder	-Besuch Freund	-gesund sein	-gute Jause	-Christbaum
-Besuch Enkel	-Spaziergang mit	-Frau ist gesund	-gutes	ausputzen
-Besuch Familie	einem Freund	-Kinder gesund	Mittagessen	-Kekse backen
-bei Kindern	-Telefonat mit	-weniger	-Mittagessen	-Geschenke
eingeladen	einem Freund	Schmerzen	gelungen	einkaufen
-Anruf der	-mit Freundin	-guter Befund	-Schokolade	-Geschenke
Kinder	einkaufen gehen	der Frau		Einpacken
-Verhältnis zur	-Kaffeehaus-	-Frau hat keine		-Geschenke
Familie	besuch mit einer	Schmerzen mehr		verschenken
-Ausflug mit	Freundin	-gutes Befinden		-Weihnachtsfeier
der Familie		-Infusion		-zur Mette gehen
		-Tabletten		-Geschenk
		bekommen		bekommen

Wieder wurden die Antworten aus der Kategorie Familie am öftesten als Grund für glücklich-sein genannt. Der Kontakt zu Freunden war auch ein wichtiger Faktor und wurde nach der Familie am zweithäufigsten genannt. Sehr oft wurden auch Antworten aus der Kategorie Gesundheit gegeben. Sowohl die eigene Gesundheit

bzw. Besserung nach einer Krankheit und vor allem auch die Gesundheit der Ehefrau oder des Ehemannes haben einen großen Stellenwert bei der Aufzählung von Dingen die die Untersuchungsteilnehmer glücklich machten. Eine ebenfalls immer wiederkehrende Antwort war „gutes Essen“. Aufgrund dessen, dass die Erhebung im Dezember und über die Weihnachtsfeiertage stattgefunden hat, beinhaltet die fünfte Kategorie Tätigkeiten und Aufgaben die mit Weihnachten zu tun haben. Darunter fallen etwa Antworten wie Christbaum aufputzen, Weihnachtskekse backen, Geschenke einkaufen, Geschenke einpacken, aber auch Geschenke verschenken und anderen eine Freude machen.

8.4.3 Was habe ich mir heute Gutes getan?

Nach genauer Durcharbeitung der Antworten, wurden folgende fünf Kategorien gebildet: Essen und Trinken, Bewegung, Körperpflege und Wellness, Unterhaltung, Ruhe und Schlaf (in Tabelle 11 ersichtlich).

Tabelle 11
Kategorien – Frage 3

Essen und Trinken	Ruhe und Schlaf	Körperpflege und Wellness	Bewegung	Unterhaltung
-gutes Essen	-Mittagsschlaf	-Friseurbesuch	-Radfahren	-Zeitung lesen
-guter Wein	- ausruhen	-Fußpflege	-Spaziergang	-gute Musik
-gutes Bier	-Nachmittags-	-Saunabesuch	-Verdauungs-	-Film ansehen
-Tasse Kaffee	Schlaf	-Schaumbad	Spaziergang	-Buch lesen
-Kuchen	-die Ruhe	-Entspannungs-	-Walken	-Karten gespielt
-Eis	genossen	Bad	gegangen	-Stricken
-Glühwein		-Massage		-Spieleabend
-Schokolade				
-Glas Sekt				
-Kalbsbrust gefüllt				

Die Mehrheit der Antworten auf die Frage, was man sich Gutes getan hat, hatten mit Essen oder Trinken zu tun. Darunter waren alkoholische Getränke, wie Bier, Wein oder Sekt, als auch Süßspeisen oder Fleischgerichte angeführt. Beinahe genauso oft wurde der Mittagsschlaf, als etwas Gutes für sich, erwähnt. Am dritthäufigsten wurden Antworten aus der Kategorie Körperpflege und Wellness gegeben. Dazu gehören ein Besuch beim Friseur, eine Fußpflege, ein Saunabesuch oder ein Bad. Indessen haben auch einige Personen angegeben, dass ihnen Radfahren oder

spazieren gehen gut tue, was in der Kategorie Bewegung zusammengefasst wurde. Die fünfte Kategorie verfügt über sämtliche Möglichkeiten der Unterhaltung, wie etwa Zeitung lesen, Karten spielen, stricken oder Musik hören.

8.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wurden 50 Personen, davon 25 in der Versuchsgruppe und 25 in der Kontrollgruppe, befragt. Die Aufteilung der Geschlechter war in beiden Gruppen, mit je 15 Frauen und 10 Männern gleich. Die Altersverteilung war ebenfalls ähnlich, in der Versuchsgruppe waren die Testpersonen durchschnittlich 73,6 Jahre, in der Kontrollgruppe 74,6 Jahre. Der Familienstand gestaltete sich so, dass die Mehrheit der Teilnehmer verheiratet war. In der Versuchsgruppe waren 84% und in der Kontrollgruppe 60% verheiratet. Bezüglich des Bildungsstands der Stichprobe kann man sagen, dass in der Versuchsgruppe der größte Teil, mit 56% den Lehrabschluss als höchste abgeschlossene Ausildung angegeben hat, gefolgt vom Volksschulabschluss mit 20%. In der Kontrollgruppe hatte auch der größte Teil einen Lehrabschluss (36%), gefolgt vom Hauptschulabschluss (28%). In beiden Gruppen gab es Personen mit Maturaabschluss (VG: 4%, KG: 12%) und in der Versuchsgruppe mit 4% sogar Universitätsabsolventen. Zum Gesundheitszustand wurden die Teilnehmer ebenfalls befragt. Hier bewerteten 48% der Personen in der Versuchsgruppe ihren Gesundheitszustand als gut, 44% als mittelmäßig und 8% als schlecht. In der Kontrollgruppe beurteilten 4% ihren Gesundheitszustand als sehr, 36% als gut, 44% als mittelmäßig und 16% als schlecht. In beiden Gruppen wurde die Antwortmöglichkeit sehr schlecht von keiner Person gewählt.

Zur Fragestellung 1, die sich darauf bezieht, ob das Ausfüllen eines Glückstagebuches einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, das Glücksempfinden und das depressive Befinden der Versuchsgruppe hat, wurden vier Hypothesen überprüft. Für die Hypothesen I und III konnten keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden. Das bedeutet, dass die Anwendung eines Glückstagebuchs keinen Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden oder das Glücksempfinden hat. Die Hypothesen II und IV konnten hingegen bestätigt. Das Ausfüllen eines Glückstagebuchs führte zu einem signifikanten Unterschied in der allgemeinen Lebenszufriedenheit und im depressiven Befinden. Die

Lebenszufriedenheit ist signifikant gestiegen und das depressive Befinden ist signifikant gesunken.

Die zweite Fragestellung wurde wieder mit vier verschiedenen Hypothesen überprüft, welche sich auf den Unterschied zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe zum Testzeitpunkt 2 beziehen. Auch hier konnten zwei Hypothesen angenommen werden. Bei der Prüfung der Hypothesen I und III konnte zum Testzeitpunkt 2 ein signifikanter Unterschied zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Genauer gesagt, konnte im allgemeinen Wohlbefinden und im aktuellen Glücksempfinden ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Diese Ergebnisse weisen auf eine Wirkung des Glückstagebuchs hin. Die Hypothesen II und IV, die die allgemeine Lebenszufriedenheit und das depressive Befinden betreffen, konnten nicht bestätigt werden, da zum Zeitpunkt 2 kein signifikanter Unterschied zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe ermittelt werden konnte.

Zur Fragestellung 3 wurde eine Hypothese generiert und überprüft. Hypothese I konnte angenommen werden, da ein signifikanter Anstieg der Tageszufriedenheit in der Versuchsgruppe festzustellen war.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch das Bearbeiten eines Glückstagebuchs die Lebenszufriedenheit und die Tageszufriedenheit in der Versuchsgruppe signifikant gestiegen und das depressive Befinden signifikant gesunken ist, jedoch der Unterschied zur Kontrollgruppe nicht signifikant ist. Signifikante Unterschiede, zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe, nach der Tagebuchphase gab es nur im Bezug auf das allgemeine Wohlbefinden und das Glücksempfinden.

Die Analyse der Glückstagebücher ergab, dass Familie, Freunde und Unterhaltungsmedien die Untersuchungsteilnehmer am öftesten zum Lachen gebracht haben. Auf die Frage, was die Teilnehmer am jeweiligen Tag glücklich gemacht hat, wurden die Familie und Freunde am öftesten erwähnt. Aber auch Gesundheit und gutes Essen tragen einen großen Teil zum glücklich-sein bei. Antworten, welche das leibliche Wohl betreffen, sprich gutes Essen und Trinken, waren die häufigsten Antworten auf die Frage, was man sich heute Gutes getan hat. Mehrfach wurden aber auch Ruhe und Schlaf, verschiedene Arten der Körperpflege

(Fußpflege, Friseurbesuch) oder unterschiedliche Möglichkeiten der Bewegung genannt.

9 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

An dieser Stelle der Diplomarbeit sollen die Ergebnisse der Untersuchung interpretiert, diskutiert und mit bisherigen Erkenntnissen der Forschung aus der Literatur verglichen werden.

9.1 Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Glücksempfinden, Depressivität

Die allgemeine Lebenszufriedenheit der Untersuchungsteilnehmer erhöhte sich durch das Ausfüllen des Glückstagebuchs (VG) innerhalb von zwei Wochen signifikant. Nicht signifikant ist hingegen der Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe. Das heißt, dass sich die allgemeine Lebenszufriedenheit, über die zwei Wochen, auch bei den Personen erhöht hat, die keine Glückstagebücher geführt haben. Die Personen der Kontrollgruppe sollten während der zweiwöchigen Tagebuchphase jeden Abend lediglich die Frage beantworten, wie zufrieden sie mit dem jeweiligen Tag waren und das alleine reichte aus, um eine Steigerung in der allgemeinen Lebenszufriedenheit herbeizuführen. Infolgedessen ist es denkbar, dass sich die Lebenszufriedenheit einer Person allein durch ein kurzes Revue passieren lassen des Tages beziehungsweise ein abendliches Nachdenken darüber, wie zufrieden man mit dem Tag war, erhöhen lässt. Eine Minute des Reflektierens eines erfolgreichen Tages könnte somit zu einer höheren Zufriedenheit und folglich zu einer besseren Lebensqualität beitragen. Es erfordert wenig Zeit, wenig Aufwand, keine besonderen Utensilien, keine Kosten und ist nicht an einen bestimmten Ort gebunden. Wenn die Methode in der Art und Weise funktioniert wie es in der vorliegenden Studie der Fall war und höhere Zufriedenheit hervorruft, indem man am Abend nur darüber nachdenkt wie zufrieden man mit dem Tag war, wäre diese bezüglich des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses kaum zu überbieten. Das zweite signifikante Ergebnis betrifft das depressive Befinden, welches in der Versuchsgruppe zwischen dem ersten und dem zweiten Testzeitpunkt signifikant abgenommen hat. Dieses Ergebnis stimmt mit dem Resultat der Studie von Laireiter et al. (2012) überein, in der ebenfalls durch den Einsatz von Glückstagebüchern, die

Deprimiertheit der Testpersonen, damals jedoch Studenten, reduziert werden konnte. Der Vergleich mit der Kontrollgruppe ergab einen beinahe signifikanten Unterschied ($p=.052$). Das bedeutet, dass die Deprimiertheit in der Kontrollgruppe zwar ebenfalls gesunken ist, jedoch nicht so sehr wie in der Versuchsgruppe.

Das allgemeine Wohlbefinden, sowie das Glücksempfinden sind in der Versuchsgruppe ebenfalls angestiegen, wenn auch nicht signifikant. Stattdessen gibt es zum Testzeitpunkt 2 in beiden Variablen einen signifikanten Unterschied zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe. Das heißt, dass über die 14 Tage, das allgemeine Wohlbefinden und das Glücksempfinden in der Versuchsgruppe stärker angestiegen sind als in der Kontrollgruppe.

Das Ausfüllen eines Glückstagebuchs, als auch die Beantwortung der Frage nach der Tageszufriedenheit, geht mit Aktivität und Motivation einher. Durch die gewonnenen Erkenntnisse aus dieser Studie kann somit die Aktivitätstheorie (Kapitel 3.2.2), die besagt, dass Lebenszufriedenheit mit einer Aufrechterhaltung des Aktivitätsniveaus zusammenhängt, untermauert werden.

9.2 Tageszufriedenheit

In der Versuchsgruppe steigt die Zufriedenheit mit dem Tag signifikant an. Der Unterschied zur Kontrollgruppe ist nicht signifikant, da die Tageszufriedenheit in der Kontrollgruppe über die zwei Wochen ebenfalls angestiegen ist. Interessant ist der Verlauf der Zufriedenheit in der Versuchsgruppe (Kapitel 8.3.1, Abbildung 3). Am 24. Dezember, dem Heiligen Abend war die Zufriedenheit am allerhöchsten. Bei der zusätzlichen Betrachtung des Zufriedenheitsverlaufs in der Kontrollgruppe konnte festgestellt werden, dass der Tag mit den höchsten Zufriedenheitswerten genauso der 24. Dezember war. Diese Erkenntnis spiegelte nicht die Erwartungen der Untersuchungsleiterin wieder und war eher überraschend. Überraschend aus dem Grund, weil erwartet wurde, dass die Zufriedenheitswerte während der Feiertage, also am 24., 25., und 26. Dezember niedriger sein würden und erst danach wieder ansteigen, da diese Tage oft mit erhöhtem Stress verbunden sind. Auch ist das Ergebnis ein Widerspruch zu den diversen Zeitungsartikeln, die berichten, dass zu Weihnachten die meisten Suizide durchgeführt werden. Oft wird angenommen, dass Menschen, die beispielsweise aufgrund von

Familienstreitigkeiten alleine sind, oder sich aufgrund einer Depression einsam fühlen, das Gefühl der Einsamkeit zu Weihnachten besonders mitnimmt. Im Artikel „Weihnachtszeit-Selbstmordzeit?“ (2008) wird dieser weit verbreitete Volksglaube, der besagt, dass die Selbstmordrate zur Weihnachtszeit steigt, als Mythos bezeichnet, da wenig bis keine empirischen Daten existieren, um diese Behauptung bestätigen zu können. Lediglich in Japan gibt es einen derartigen Zusammenhang zwischen der Jahreszeit und der Suizidrate. Laut einer Analyse aus den Jahren 1979 bis 1994 war dort die Selbstmordrate vor Weihnachten am niedrigsten, jedoch erreichte sie nach Weihnachten ein Rekordniveau (Focus Online, 2008). In westlichen Kulturen ist die Suizidrate zu Weihnachten, verglichen mit den anderen Monaten, am geringsten, jedoch steigt sie in den wärmeren Monaten an (News, 2010). Laut Statistischem Bundesamt (2015) ist die Anzahl der Suizide im Dezember am niedrigsten. Auch in den anderen Herbst- und Wintermonaten ist die Suizidrate wesentlich geringer, als im Frühjahr und Sommer. 2013 wählten 10076 Menschen den Freitod, die meisten davon in den Monaten April bis Juli.

9.3 Glückstagebücher

Bei der Auswertung der Glückstagebücher durch die Bildung eines Kategoriensystems kam man zu dem Ergebnis, dass neben Ereignissen, die im Zusammenhang mit Familie oder Freunden stehen, verschiedene Arten von Unterhaltungsmedien die Studienteilnehmer am Öftesten zum Lachen brachten. Am öftesten wurden Fernsehsendungen, Fernsehshows und lustige Filme angeführt. Es existiert die Theorie, auf die auch der Bereich Lach-Yoga aufbaut, die besagt, dass Lachen biochemische Prozesse im Organismus aktiviert, die einen positiven Einfluss auf Körper und Psyche haben und man sich automatisch glücklicher fühlt (Uber, 2007). Folglich müssten die Personen, die durch Fernsehsendungen oder Filme zum Lachen gebracht wurden auch glücklicher sein. Robinson und Martin (2008) stellten jedoch in ihrer Studie zur Freizeitgestaltung von glücklichen Menschen fest, dass Personen die mehr ferngesehen haben, weniger glücklich waren.

Was die Testpersonen an einem Tag besonders glücklich gemacht hat, war ebenfalls der Kontakt zu Familie oder Freunden, ob es sich nun um einen Besuch, einen Ausflug oder auch nur um einen Telefonanruf handelt. Dieses Ergebnis lässt sich mit

dem Ergebnis von Robinson und Martin (2008) vereinbaren, die feststellten, dass es zwischen sozialen Aktivitäten und glücklich-sein einen Zusammenhang gibt und glückliche Personen den sozialen Austausch mit Familie und Freunden bevorzugen. Ein weiterer wichtiger Faktor für glücklich-sein stellt auch die Gesundheit dar. Aus den Glückstagebüchern konnte erschlossen werden, dass die eigene Gesundheit, als auch die Gesundheit des Partners eine wichtige Rolle spielt um glücklich zu sein. Weber et al. (2005) konnten ebenfalls feststellen, dass in Österreich Gesundheit als wichtigster Faktor für Lebenszufriedenheit im Alter eingeschätzt wird.

Auf die Frage „Was habe ich mir heute Gutes getan?“, haben die Testpersonen die meisten Antworten gegeben, was vermuten lässt, dass die Frage einfach zu beantworten war. Jedoch haben beim Abholen der fertigen Glückstagebücher mehrere Testpersonen rückgemeldet, dass diese Frage am schwierigsten zu beantworten war und sie ihre Probleme damit gehabt hätten. In der Studie von Laireiter et al. (2012) wurde die Frage anders formuliert, hier lautete die Frage „Haben Sie sich heute etwas Gutes getan?“, jedoch konnten auch bei dieser Frage die meisten Aufzeichnungen festgestellt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Studie zum einen zufriedenstellende, zum anderen etwas ambivalente Ergebnisse lieferte. Einerseits haben sich die Lebenszufriedenheit in der Versuchsgruppe signifikant erhöht und das depressive Befinden reduziert, andererseits konnte kein Unterschied zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Dies lässt darauf schließen, dass das Glückstagebuch zwar funktioniert, dieses jedoch nicht zwingend aus mehreren Fragen bestehen muss, sondern eventuell die Frage „Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?“ ausreicht um eine Veränderung zu erreichen. Was die Tageszufriedenheit betrifft, wurden die erwarteten Ergebnisse erzielt und lassen sich mit den Ergebnissen von Laireiter et al. (2012) vereinbaren.

10 Kritik und Ausblick

Im letzten Kapitel der Diplomarbeit, werden einige Kritikpunkte an der Studie vorgebracht und abschließend ein Ausblick für weiterführende Studien und für die Praxis gegeben.

10.1 Kritikpunkte

Nachfolgend werden einige Punkte aufgeführt, die an dieser Studie kritisierbar sind. Die Kritik bezieht sich hauptsächlich auf Aspekte, die die Aussagekraft der Studie abschwächen könnten.

Der erste Punkt betrifft den Zeitpunkt der Erhebung. Der Erhebungszeitraum war zwischen 15. und 28. Dezember 2014, sprich während der Weihnachtsfeiertage, was positive als auch negative Effekte haben kann. Es wäre möglich, dass die positive Wirkung der Glückstagebücher nicht ganz so groß war wie es bei den Ergebnissen den Anschein macht. Die Untersuchungsteilnehmer könnten bei der zweiten Testung auch aufgrund von Weihnachten höhere Werte im Wohlbefinden und in der Lebenszufriedenheit erzielt haben. Andererseits kann es auch sein, dass Personen, die etwa alleine sind, sich in der Weihnachtszeit einsamer fühlen als sonst und die Ergebnisse somit auch nicht aussagekräftig wären.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Wohnsituation der Studienteilnehmer. Es wurden ausschließlich Personen in die Untersuchung mit einbezogen, die noch in ihrem eigenen Haushalt wohnen, da Personen die bereits in einem Altenheim oder Pflegeheim untergebracht sind, bereits auf die Pflege anderer angewiesen sind und möglicherweise die Voraussetzungen für die Studie nicht erfüllen. Einerseits können ähnliche Wohnverhältnisse als positiv angesehen werden, da die Gruppen dadurch gut miteinander verglichen werden können. Andererseits gibt es bestimmt auch Personen in Pflegeeinrichtungen, die ohne Probleme ein Glückstagebuch führen und dadurch ihr Wohlbefinden verbessern können. Es wäre auch gut möglich, diese Art von Intervention mit Hilfe des Pflegepersonals durchzuführen.

Des Weiteren kann kritisiert werden, dass die Aufgabe, die die Kontrollgruppe zugewiesen bekam, bereits eine Intervention darstellte und die Ergebnisse anders

aussehen würden, wenn die Kontrollgruppe während der Tagebuchphase keine Aufgabe zugeteilt bekommen hätte. Der Unterschied zur Versuchsgruppe wäre dadurch vermutlich größer gewesen. Andererseits hätte man mit einer Kontrollgruppe, ohne Tätigkeit, nicht herausgefunden, dass das Beantworten einer einzigen Frage schon zu einer Steigerung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit kommen kann, da sich die Depressivität dadurch verringern lässt.

Da aufgrund des Fehlens einer eindeutigen und allgemein gültigen Definition, die Begriffe Glück und Wohlbefinden in der Fachliteratur nicht einheitlich verwendet werden, schränkt dies laut Schumacher, Gunzelmann und Brähler (1996) die Aussagekraft von empirischen Studien ein. Auch die Aussagekraft der vorliegenden Studie kann dadurch als abgeschwächt angesehen werden.

Des Weiteren kann die Art der Rekrutierung der Stichprobe kritisiert werden. Durch die Bekanntschaft mit einer Fußpflegerin, wurde, wie unter 6.1 erwähnt, der Kontakt zu den potentiellen Testpersonen aufgenommen. Alle Personen, zu denen Kontakt aufgenommen wurde, stimmten einer Teilnahme an der Untersuchung zu. Während der ersten Testung konnte man erkennen, dass die älteren Menschen die Fußpflegerin sehr gerne mochten und unheimlich froh waren, dass sie regelmäßig zu Ihnen kam. Nun stellt sich die Frage, ob sie aus reiner Höflichkeit gegenüber der Fußpflegerin einer Teilnahme zugestimmt haben oder ob sie auch bereit gewesen wären mitzumachen, wenn der Kontakt zu der Fußpflege nicht dagewesen wäre und die Personen beispielsweise auf offener Straße gebeten worden wären, an der Studie teilzunehmen. Zusätzlich kann man bezüglich der Stichprobe bemängeln, dass sie ausschließlich aus Personen besteht, die regelmäßig zur Pediküre gehen und somit womöglich nicht unbedingt einen durchschnittlichen älteren Menschen darstellt.

Die Neigung der Studienteilnehmer in den Fragebögen sozial erwünschte Antworten zu geben, könnte eine zusätzliche Störvariable darstellen. Den Personen wurde zwar versichert, dass die Daten einerseits anonym sind und andererseits nicht weitergegeben werden, jedoch kann es sein dass, speziell wenn jemand unzufrieden ist, dies aber nicht öffentlich zugibt, die Befürchtung besteht, dass andere Personen die Antworten lesen und deswegen nicht ehrlich geantwortet wird.

10.2 Ausblick für weiterführende Studien

Fazit der vorliegenden Studie ist, dass durch das regelmäßige Reflektieren eines Tages, mithilfe eines Glückstagebuchs, die Lebenszufriedenheit älterer Personen gesteigert und die Depressivität reduziert werden kann.

Für weiterführende Untersuchungen wäre interessant herauszufinden, wie lange der Effekt anhält, wenn man das Tagebuch nur für einen begrenzten Zeitraum führt, so wie es in der vorliegenden Studie der Fall war. Außerdem könnte man untersuchen, ob sich der Effekt verstärkt, also die Lebenszufriedenheit noch weiter ansteigt, wenn das Glückstagebuch über einen längeren Zeitraum geführt wird. Weiters wäre es empfehlenswert, eine größere Stichprobe heranzuziehen und ältere Menschen mit unterschiedlichen Wohnsituationen (z.B. Altenheim) zu involvieren, um zu überprüfen, ob sich die Wirkung der Glückstagebücher auch bei ihnen bestätigt. Spannend wäre auch, den Gesundheitszustand der Teilnehmer in die Berechnungen einzuschließen um feststellen zu können, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Wirkungsgrad eines Glückstagebuchs gibt. Auch ob es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Wirkungsgrad der Glückstagebücher gibt könnte von Interesse sein.

10.3 Ausblick für die Praxis

Die Glückstagebücher, als auch die Frage nach der Tageszufriedenheit wirkten sich äußerst positiv auf das Befinden der Untersuchungsteilnehmer aus. Nun wäre es von Interesse, wenn man diese Erkenntnisse ohne großen Aufwand in die Praxis umsetzen könnte, um eine Verbesserung des Wohlbefindens der älteren Bevölkerung zu erreichen. Eine Möglichkeit wäre, dass beispielsweise in Pflegeeinrichtungen eine Art Gruppendiskussion eingeführt wird, bei der die Bewohner jeden Abend gemeinsam in einer Runde sitzen und sich darüber austauschen, wie zufrieden sie mit dem aktuellen Tag waren und welche positiven Dinge sie erlebt haben. Dadurch könnte, wie in der vorliegenden Studie, die Tageszufriedenheit gesteigert werden. Zusätzlich wäre dieses Vorgehen eine Förderung der sozialen Interaktion und könnte somit, gemäß der Aktivitätstheorie (Kapitel 3.2.2) die Lebenszufriedenheit steigern. Bei Personen, die womöglich nicht

an einer derartigen Diskussion teilnehmen können, weil sie beispielsweise bettlägerig sind, könnte das Pflegepersonal die Fragen während der täglichen Abendpflege ansprechen. In beiden Fällen ist der Aufwand für die Personen selbst als auch für das Pflegepersonal sehr gering, könnte jedoch eine große Wirkung zeigen.

Literaturverzeichnis

- Allgaier, A. K., Kramer, D., Mergl, R., Fejtkova, S., & Hegerl, U. (2011). Validität der Geriatrischen Depressionsskala bei Altenheimbewohnern: Vergleich von GDS-15, GDS-8 und GDS-4. *Psychiatrische Praxis*, 38(06), 280-286.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being. Americans perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Baltes, M. M., & Baltes, P. B. (1986). *The psychology of control and aging*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In M. M. Baltes, M. Kohli, & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen* (S. 5-10). Bern: Hans Huber.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Bech, P. (1998). *WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden* Verfügbar unter: http://www.cure4you.dk/354/WHO-5_German.pdf
- Bech, P. (2004). Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*, 32, 15-16.
- Becker, P. (1991). Wohlbefinden. Theoretische Grundlagen. In A. Abele, & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik* (S. 13-51). Weinheim: Juventa.
- Bellach, B. M., Ellert, U., & Radoschewski, M. (2000). Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey. Erste Ergebnisse und neue Fragen. *Bundesgesundheitsblatt*, 43, 210-216.
- Bellebaum, A. (2002). *Glücksforschung. Eine Bestandsaufnahme*. Konstanz: UVK.
- Benjamin, D. J., Kimball, M. S., Heffetz, O., & Rees-Jones, A. (2012). What do you think would make you happier? What do you think you would choose? *American Economic Review*, 102(5), 2083-2110.

- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.
- Brandstädter, J., & Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24, 269-297.
- Bucher, A. A. (2009). *Psychologie des Glücks. Ein Handbuch*. Weinheim: Beltz.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cortina, J. M. (1993). What is Coefficient Alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., & Andersson, G. (2009). Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *International Psychogeriatrics*, 21(01), 16-24.
- Dick, A. (2003). *Psychotherapie und Glück. Quellen und Prozesse seelischer Gesundheit*. Bern: Huber.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dittmann-Kohli, F. (1989). *Erfolgreiches Altern aus subjektiver Sicht*. Bern: Huber.
- Duden. (2001). *Deutsches Universalwörterbuch* (4. Auflage). Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389.

- Fava, G. A. (1999). Well being-therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fischer, J. D. (2008). Depressionen im Alter. Erkennen und Behandeln. *Notfall & Hausarztmedizin*, 34(6), 310-319.
- Fliege, H., & Philipp, S. H. (2000). Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität – Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 74jährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 307-313.
- FOCUS Online. (2008). *Weihnachtszeit-Selbstmordzeit?* Verfügbar unter http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/vorsorge/tid-12921/wissen-weihnachtszeit-selbstmordzeit_aid_356698.html
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511-521.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology: The broaden and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Furnham, A., & Cheng, H. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227-240.
- Gantner, A., Schubert, D., Wolf, S., & Creps, P. (2003). Screening for depression in a geriatric rehabilitation sample. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), 333-341.
- Gauggel, S., & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 18-27.

- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German version of the Satisfaction with Life Scale – Psychometric properties and population based norms. *European Journal of Psychological Assessment, 27*(2), 127-132.
- Gunzelmann, T., Schmidt, S., Albani, C., & Brähler, E. (2006). Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 19*(1), 7-15.
- Hautzinger, M. (2010). *Depression im Alter. Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*. Weinheim: Beltz.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In C. Tibbits, & W. Donahue (Hrsg.) *Processes of aging*. (S. 299-320). New York: Williams.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire : A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 33*, 1073-1082.
- Incalzi, R. A., Cesari, M., Pedone, C., & Carbonin, P. (2003). Construct validity of the 15-item Geriatric Depression Scale in older medical inpatients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 16*, 23-28.
- Janke, W., & Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste EWL*. Göttingen: Hogrefe.
- Jose, P. E., Lim, B. T., & Bryant, F. B. (2012). Does savoring increase happiness? A daily diary study. *The Journal of Positive Psychology, 7*(3), 176-187.
- Kasper, S. (2006). Depression, Angst und Gedächtnisstörungen im Alter. In L. Rosenmayr, & F. Böhmer (Hrsg.), *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis* (2. Auflage, S. 45 - 58). Wien: WUV.
- Kozma, A., Stones, M. J., & McNeal, J. K. (1991). *Psychological well-being in later life*. Toronto: Butterworths.
- Kubinger, K. D. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.

- Kumpf, A. (2012). *Glück im Alter: Zu Besuch bei 21 glücklichen Menschen im Alter von 65 bis 95 Jahren*. Salzburg: Anton Pustet.
- Kurlowicz, L. H., & Harvath, T. A. (2008). Depression. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, & T. Fulmer (Hrsg.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (S. 57-82). New York: Springer.
- Laireiter, A. R., Spitzbart, K., & Raabe, L. (2012). Glückstagebücher als Methoden gesundheitspsychologischer Intervention – Zwei Pilotstudien. *Empirische Pädagogik*, 26(2), 312-332.
- Lehr, U. (2005). „Erfolgreich Altern“ - psychologische Aspekte. In A. Amann, & G. Majce (Hrsg.), *Soziologie in interdisziplinären Netzwerken* (S. 193-202). Wien: Böhlau.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim : Quelle & Meyer.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M. M., Geiselman, B., Lang, F. R., Reischies, F. M., & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt*, 69(1), 27-37.
- Lyubomirsky, S. (2008). *Glücklich sein: Warum Sie es in der Hand haben, zufrieden zu leben*. Frankfurt: Campus.
- Maddox, G. L. (1987). Aging differently. *The Gerontologist*, 27(5), 557-564.
- Martin, M., & Kliegel, M. (2005): *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Auflage). Weinheim: Beltz.
- News. de. (2010). *Das Fest der Suizide*. Verfügbar unter <http://www.news.de/gesundheit/855093476/das-fest-der-suizide/1/>
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter*. München: Juventa.

- Rausch, A., Kögler, K., & Laireiter, A. R. (2012). Tagebuchverfahren zur prozessnahen Datenerhebung in Feldstudien – Gestaltungsparameter und Anwendungsempfehlungen. *Empirische Pädagogik*, 26(2), 183-199.
- Robinson, J. P., & Martin, S. (2008). What do happy people do? *Social Indicators Research*, 89, 565–571.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-101.
- Schneider, H. D. (1979). Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 12, 426-443.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (1996). Lebenszufriedenheit im Alter. Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 9, 1-17.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive Psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Hrsg.), *Handbook of Positive Psychology* (S. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2005). *Der Glücks-Faktor. Warum Optimisten länger leben*. Bergisch Gladbach: Lübbe.
- Seligman, M. E. P. et al. (2005). Positive Psychology in progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006) Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7, 55-86.
- Spaderna, H., Schmukle, S. C., & Krohne, H. W. (2002). Bericht über die deutsche Adaption der State-Trait Depression Scales (STDS). *Diagnostica*, 48, 80-89.

- Statistik Austria. (2014). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/
- Statistik Austria. (2014). *Bevölkerung*. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Suizidrate nach Sterbemonaten*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle_SuizidMonateZeitreihe.html
- Strnad, J., & Bahro, M. (1999). Depressionen im Alter. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 129(33), 1162-1170.
- The Oxford English Dictionary* (1992). New York: Oxford University Press.
- Thiele, C., Laireiter, A. R., & Baumann, U. (2002). Deutschsprachige Tagebuchverfahren in Klinischer Psychologie und Psychotherapie – Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(3), 178-193.
- Über, H., & Steiner, A. (2005). *Das Lachprinzip: Wie man sich erfolgreich, glücklich und gesund lacht* (4. Auflage). Frankfurt: Eichborn.
- Veenhoven, R. (1993). *Bibliography of happiness. 2742 contemporary studies on subjective appreciation of life*. Rotterdam: Erasmus University.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *French Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.
- Weber, G., Glück, J., Heiss, C., Sassenrath, S., Schäfer, L., & Wehinger, K. (2005). *ESAW. European study of adult well-being*. Wien: WUV.

Weltgesundheitsorganisation. (2012). *Definition einer Depression*. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

Wilkinson, W. (2007). In pursuit of happiness research. Is it reliable? What does it imply for policy. *Policy Analysis*, 590, 2-41.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychological Research*, 17, 37-49.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Reliabilitätsanalyse WHO-5 zum T1.....	56
Tabelle 2: Reliabilitätsanalyse WHO-5 zum T2.....	56
Tabelle 3: Reliabilitätsanalyse SWLS zum T1	57
Tabelle 4: Reliabilitätsanalyse SWLS zum T2	57
Tabelle 5: Reliabilitätsanalyse Oxford-Glücksfragebogen zum T1	58
Tabelle 6: Reliabilitätsanalyse Oxford- Glücksfragebogen zum T2	59
Tabelle 7: Reliabilitätsanalyse GDS zum T1.....	60
Tabelle 8: Reliabilitätsanalyse GDS zum T2.....	61
Tabelle 9: Kategorien - Frage 1	69
Tabelle 10: Kategorien - Frage 2.....	70
Tabelle 11: Kategorien - Frage 3.....	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung in der Versuchsgruppe	62
Abbildung 2: Altersverteilung in der Kontrollgruppe	62
Abbildung 4: Verlauf der Tageszufriedenheit in der Versuchsgruppe	68

Anhang

Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der vorliegenden Studie war es herauszufinden, welche Aspekte das Wohlbefinden im Alter beeinflussen und ob dieses durch den Einsatz von Glückstagebüchern gesteigert werden kann. Die Versuchsgruppe bearbeitete über zwei Wochen ein Glückstagebuch, die Kontrollgruppe beantwortete über zwei Wochen eine Frage zur Tageszufriedenheit. Beide Gruppen füllten vor und nach den zwei Wochen mehrere Fragebögen aus, mit denen das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, das Glückempfinden und die Depressivität der Teilnehmer und deren Veränderung gemessen wurde.

Methode: Neben soziodemografischen Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstand und Gesundheitszustand wurde das allgemeine Wohlbefinden mit dem WHO-5 Wohlbefindens-Index, die Lebenszufriedenheit mit der Satisfaction with Life Scale, das Glücksempfinden mit dem Oxford-Glücksfragebogen und die Depressivität mit der Geriatrischen Depressionsskala erhoben. Ein Vergleich der Daten der VG erfolgte mittels mehrfaktorieller abhängiger Varianzanalyse, der Vergleich zwischen VG und KG mittels t-Test für unabhängige Stichproben. Die Glückstagebücher wurden qualitativ mittels Bildung eines Kategoriensystems ausgewertet.

Ergebnisse: Die statistischen Analysen zeigten in der VG einen signifikanten Unterschied in der allgemeinen Lebenszufriedenheit, im depressiven Befinden und in der Tageszufriedenheit. Im allgemeinen Wohlbefinden und im Glücksempfinden konnte ein signifikanter Unterschied zwischen VG und KG festgestellt werden. Die Auswertung der Glückstagebücher ergab, dass Familie und Freunde die Hauptgründe für Lachen und glücklich-sein seien.

Schlussfolgerung: Die erzielte positive Wirkung des Bewusstmachens täglicher schöner Dinge im Leben können ohne großen Aufwand in die Praxis übertragen werden und einen Teil zur Besserung des Wohlbefindens der immer älter werdenden Bevölkerung beitragen.

Abstract

Aims: The aim of this study was to identify main aspects which influence the subjective well-being in old age and if it could be raised with happy diaries. The exercise condition kept a happy diary for two weeks whereas the control condition answered one single question which is how satisfied are you with the current day. Both conditions completed questionnaires before and after the two weeks. Therefore it should be possible to detect changes in subjective well-being, life satisfaction, happiness and depression.

Methods: Socio-demographic data such as age, gender, family status, educational background and health status were collected to describe the sample. Furthermore the survey included the WHO-5 Well-being Index to detect subjective well-being, the Satisfaction with Life Scale to detect life satisfaction, the Oxford Happiness Questionnaire to detect happiness and the Geriatric Depression Scale to detect depression. Collected data of the exercise condition have been compared by dependent repeated-measures ANOVAs. The two conditions have been compared by t-test for two independent samples. The analysis of the happy diaries was based on a system of categories.

Results: Statistical analysis show significant differences in exercise condition in life satisfaction, depression and satisfaction with the current day. Furthermore significant differences between the two conditions in subjective well-being and happiness. The analysis of the happy diaries showed that family and friends are the main reasons for laughing and happiness.

Conclusion: The positive effect of realizing daily things in life could be transferred to the field with little effort and contribute to an improvement of well-being of the steadily ageing population.

Mini-Mental Status-Test

1. Orientierung

In welchem Jahr leben wir?

Welche Jahreszeit ist jetzt?

Welches Datum haben wir heute?

Welchen Monat haben wir?

In welchem Bundesland sind wir hier?

In welchem Land?

In welcher Ortschaft?

Wo sind wir (in welcher Praxis / Altenheim)?

Auf welchem Stockwerk?

2. Merkfähigkeit

Fragen Sie den Patienten, ob Sie sein Gedächtnis prüfen dürfen. Nennen Sie dann drei verschiedenartige Dinge klar und langsam (ca. 1 Ding pro sec) "Zitrone, Schlüssel, Ball". Nachdem Sie alle drei Worte ausgesprochen haben, soll der Patient sie wiederholen. Die erste Wiederholung bestimmt die Wertung (vergeben Sie für jedes wiederholte Wort einen Punkt), doch wiederholen Sie den Versuch, bis der Patient alle drei Wörter nachsprechen kann. Maximal gibt es 5 Versuche. Wenn ein Patient nicht alle drei Wörter lernt, kann das Erinnern nicht sinnvoll geprüft werden.

3. Aufmerksamkeit und Rechnen

Bitten Sie den Patienten, bei 100 beginnend in 7er Schritten rückwärts zu zählen. Halten Sie nach 5 Subtraktionen (93, 86, 79, 72, 65) an und zählen Sie die in der richtigen Reihenfolge gegebenen Antworten. Bitten Sie daraufhin das Wort "Preis" rückwärts zu buchstabieren. Die Wertung entspricht der Anzahl von Buchstaben in der richtigen Reihenfolge (z.B. SIERP=5, SIREP=3). Die höhere der beiden Wertungen wird gezählt.

4. Erinnern

Fragen Sie den Patienten, ob er die Wörter noch weiß, die er vorhin auswendig lernen sollte. Geben Sie einen Punkt für jedes richtige Wort.

5. Benennen

Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr und fragen Sie ihn was das ist. Wiederholen Sie die Aufgabe mit einem Bleistift. Geben Sie einen Punkt für jeden erfüllten Aufgabenteil.

6. Wiederholen

Bitten Sie den Patienten, den Ausdruck "Kein Wenn und Aber" nachzusprechen. Nur ein Versuch ist erlaubt.

7. Dreiteiliger Befehl

Lassen Sie den Patienten den folgenden Befehl ausführen. "Nehmen Sie ein Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden." Geben Sie einen richtigen Punkt für jeden richtig ausgeführten Befehl.

8. Reagieren

Schreiben Sie auf ein weißes Blatt in großen Buchstaben: "Schließen Sie die Augen". Der Patient soll den Text lesen und ausführen. Geben Sie einen Punkt, wenn der Patient die Augen schließt.

9. Schreiben

Geben Sie dem Patienten ein weißes Blatt, auf dem er für Sie einen Satz schreiben soll. Diktieren Sie den Satz nicht, er soll spontan geschrieben werden. Der Satz muss ein Subjekt und ein Verb enthalten und einen Sinn ergeben. Konkrete Grammatik und Interpunktion werden nicht verlangt.

10. Abzeichnen

Zeichnen Sie auf ein weißes Blatt zwei sich überschneidende Fünfecke und bitten Sie den Patienten, die Figur genau abzuzeichnen. Alle 10 Ecken müssen vorhanden sein und 2 müssen sich überschneiden, um als ein Punkt zu zählen. Zittern und Verdrehen der Figur sind nicht wesentlich.

WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Satisfaction with Life Scale

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

Oxford-Glücksfragebogen

	stimmt absolut nicht	stimmt häufig nicht	stimmt teilweise nicht	stimmt ein wenig	stimmt häufig	stimmt absolut
Ich fühle mich nicht besonders wohl auf dem Weg, auf dem ich bin.	6	5	4	3	2	1
Ich habe das Gefühl, dass das Leben lohnenswert ist.	1	2	3	4	5	6
Ich bin mit allen Dingen in meinem Leben sehr zufrieden.	1	2	3	4	5	6
Ich sehe nicht attraktiv aus.	6	5	4	3	2	1
Ich entdecke Schönes in jedem Ding.	1	2	3	4	5	6
Ich bin leistungsfähig in allem, was ich will.	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich geistig wach.	1	2	3	4	5	6
Ich habe nicht so glückliche Erinnerungen an meine Vergangenheit.	6	5	4	3	2	1

Geriatrische Depressionsskala

	Ja	Nein
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		
Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?		
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?		
Ist Ihnen oft langweilig?		
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?		
Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?		
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?		
Fühlen Sie sich oft hilflos?		
Bleiben Sie lieber zuhause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?		
Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?		
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?		
Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?		
Fühlen Sie sich voller Energie?		
Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?		
Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?		

Glückstagebuch (VG): folgende Seite 14 Mal

Datum _____

Person _____



Wie oft habe ich heute gelacht?

0 nie	0 selten	0 manchmal	0 etwas zufrieden	0 oft	0 sehr oft
----------	-------------	---------------	----------------------	----------	---------------



Welche Ereignisse haben mich heute zum Lachen gebracht?



Wie glücklich fühle ich mich heute?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------



Was hat mich am heutigen Tag besonders glücklich gemacht?



Was habe ich mir heute Gutes getan?



Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Frage nach der Tageszufriedenheit (KG): folgende Seite zweimal

Datum _____

Person _____

Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Datum _____

Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Datum _____

Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Datum _____

Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Datum _____

Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Datum _____

Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Datum _____

Wie zufrieden bin ich mit dem heutigen Tag?

0 sehr unzufrieden	0 ziemlich unzufrieden	0 etwas unzufrieden	0 etwas zufrieden	0 ziemlich zufrieden	0 sehr zufrieden
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------

Curriculum vitae

Anna Lidauer

■ Persönliche Daten

Geburtsdatum: 16.04.1989
Geburtsort: Vöcklabruck, OÖ
Staatsangehörigkeit: Österreich
Familienstand: ledig
Anschrift: Radetzkystraße 3/3/9
1030 Wien
Telefon: +43 676/7513010
E-Mail: anna.lidauer@gmx.at

■ Schulbildung

1995 – 1999 Volksschule
Gmunden, OÖ
1999 – 2007 Bundesgymnasium
Gmunden, OÖ

■ Universitäre Ausbildung

2007 – 2009 Studium der Kunstgeschichte an der Universität Wien
seit 2009 Studium der Psychologie an der Universität Wien
[2012 – 2013 (Erasmus) Studium der Psychologie an der Universität Sevilla]

■ Berufserfahrung und Praktika

07.2006	Stadtkindergarten Gmunden (Kinderbetreuung)
07.2009	Krabbelschule Gmunden (Kinderbetreuung)
07.2010	aluplast Austria Fenstersysteme (Sekretariat)
07.2011	aluplast Austria Fenstersysteme (Sekretariat)
07.2012	aluplast Austria Fenstersysteme (Sekretariat)
07.2013	Post AG (Briefzustellung)
09.-10.2013	LKH Vöcklabruck, Abteilung Psychiatrie (Praktikum)
07.2014	Krabbelschule Gmunden (Kinderbetreuung)

■ Zusätzliche Qualifikationen

Sprachkenntnisse:	Deutsch (Muttersprache)
	Englisch (fließend in Wort und Schrift)
	Spanisch (fließend in Wort und Schrift)

Computerkenntnisse:	MS Office
	SPSS Statistics