

# **Empirische Untersuchung**

## **Depression, Optimismus und Hoffung im Alter in grenzüberschreitender Perspektive**

**Autor: Jessica de Bloom, s003778**

**1.Begleiter: Prof. Dr. J.J. Baneke**

**2.Begleiter: Dr. R. Meijer**

**Einrichtung: Universität Twente,**

**Enschede**

**Version: 1**

## Zusammenfassung

Der stets wachsende Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft führt zu neuen Fragestellungen in der Wissenschaft und neuen Problemen, die gelöst werden müssen. Die Depression ist eines davon. Faktoren wie Hoffnung oder Optimismus hingegen, können sich positiv auf die Gesundheit auswirken und möglicherweise vor Krankheit schützen.

Mit einer Anzahl von Selbstbeurteilungsfragebögen, die Traithope, Statehope, Optimismus und Depression erfassen, wurde bei 218 Menschen in den Niederlanden und Deutschland der Zusammenhang dieser Faktoren untersucht. Desweiteren wurden Unterschiede zwischen Nationen, Altersgruppen und Wohnformen erforscht.

Optimismus sinkt genauso wie Statehope mit steigendem Alter. Depressive Gefühle dahingegen steigen. Es zeigten sich keine Unterschiede bei Nationalitäten, Altersgruppen und Wohnformen bei allgemeiner Hoffnung. Menschen in Altenheimen sind im Allgemeinen depressiver und weniger hoffnungsvoll als Menschen, die selbstständig wohnen. Der einzige Unterschied zwischen Niederländern und Deutschen zeigte sich bei Depressionen. Dabei sind Deutsche depressiver als Niederländer

## Einleitung

In den letzten Jahre hat das Thema Altern immer mehr an Bedeutung gewonnen und Vergreisung der Gesellschaft ist ein Slogan geworden, der in den Medien immer häufiger auftaucht. Das Wort Vergreisung beschreibt den stets wachsenden Anteil an älteren Menschen in der Gesamtbevölkerung (Baltes & Smith, 2003). Immer mehr ältere Menschen leben länger und in allen Industrienationen ist die Lebenserwartung in den letzten hundert Jahren dramatisch gestiegen. Menschen, die heute 70 Jahre oder älter sind, werden länger leben als diese Altersgruppen in der Vergangenheit und 80 Jahre alte Menschen werden häufig noch acht weitere Jahre leben. Das sind ganze vier Jahre mehr, als ihre Altersgenossen vor 30 Jahren gelebt haben. Außerdem wächst auch die Zahl der über Hundertjährigen jedes Jahr stetig um acht Prozent (Vaupel, 2003).

Diese Entwicklung verdanken wir zu einem großen Teil den verbesserten medizinischen Möglichkeiten und anderen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen. Auch in der Wissenschaft weckt diese Tematik ein stets größeres Interesse. Noch vor einigen Jahren gingen Theoretiker wie Freud oder Piaget davon aus, dass die Entwicklung eines Menschen nach dem Kindesalter weitestgehend abgeschlossen ist. Wissenschaftler wie Erik Erikson haben hier eine Veränderung bewirkt. Erikson war einer der ersten, der davon ausging, dass die Entwicklung eines Menschen nie aufhört und dass jeder Mensch acht psychosoziale Krisen von der Geburt bis zum Tod bewältigen muss (Erikson, 1968). Demnach müssen auch Menschen über 65 noch die Krise Integrität versus Enttäuschung erfolgreich bewältigen, um ein Gefühl von Zufriedenheit über ihr Leben erreichen zu können.

Aber was bedeutet Altern nun wirklich? Altern kann definiert werden, als Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit (Häcker & Stapf, 2004) und es gibt verschiedene Theorien über die Faktoren, die diesen Alterungsprozess in Gang setzten. Eine Theorie geht davon aus, dass bestimmte Gene für das Altern wirksam werden, ähnlich wie auch in der Pubertät bestimmte Vorgänge in Gang gesetzt werden, die genetisch festgelegt sind. Eine andere Möglichkeit ist, dass sich die DNA in jeder einzelnen menschlichen Zelle nicht unendlich oft teilen kann. Eine dritte Theorie besagt, dass bestimmte schädliche Proteine eine Rolle spielen könnten. Welche Theorie sich letztendlich bewahrheiten wird, ist noch unklar.

Was feststeht ist, dass mit fortschreitendem Alter einige Prozesse und Veränderungen stattfinden. Untersuchungen haben zum Beispiel gezeigt, dass die Grundstimmung von älteren Menschen etwas stabiler ist (Verkaaik, 1994) und dass Ältere aufgrund ihrer

Lebenserfahrungen in der Lage sind, emotionelle Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und zu lösen (Blanchard-Fields, 1986). Menschen über 60 Jahren sind häufig auch zufriedener mit sozialen Beziehungen (Carstensen, 1992) und ihre Erfahrungswelt ist komplexer und reicher, als die von Jüngeren (Aspinwall & Staudinger, 2003). Außerdem verfügen Ältere häufig über mehr Faktenwissen als Jüngere und dieses Wissen bleibt auch im Alter bestehen. Auch die Fähigkeit zum Lernen bleibt intakt.

Trotzdem sind mit dem Altern auch einige Probleme verbunden. Die körperliche Spannkraft und Fitness nimmt beispielsweise ab (Bloom, Nelson & Lazerson, 2001; Fernandez-Ballesteros et al, 2004). Die geistige Schnelligkeit nimmt ab, was eventuell mit der Abnahme von Myelin zusammenhängt, einem Stoff, der für den schnellen Transport von Informationen im Gehirn zuständig ist (Bloom, Nelson & Lazerson, 2001). Kognitive Prozesse verlaufen langsamer und die flüssige Intelligenz, wichtig zum Lösen von aktuellen, neuartigen Denkproblemen, nimmt ab (Fernandez- Ballesteros et al, 2004). Vielleicht hängt diese Verlangsamung auch mit den sensorischen Problemen älterer Menschen zusammen. Viele Menschen über 60 Jahren hören oder sehen schlecht. Das wiederum kann die Schnelligkeit der Informationsverarbeitung negativ beeinflussen. Viele ältere Menschen leiden zudem noch unter chronischen Krankheiten und sind darum auf Medikamente angewiesen. Ein Problem, was sich vor allem bei dem Alterskohort über 60 ergibt, sind Verlusterfahrungen. Die Gefahr sich machtlos zu fühlen, besteht vor allem in Situationen, in denen man keine Möglichkeit hat, selbst über sein Leben und seinen Tagesablauf zu entscheiden. Eine Verlusterfahrung, die viele ältere Menschen erfahren und bewältigen müssen, ist der Verlust des Partners. Krank zu sein verschlimmert die Situation zusätzlich. Bei älteren Menschen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Altenheimen ist die Wahrscheinlichkeit mit diesen Verlusten konfrontiert worden zu sein größer, als bei Menschen, die gesund sind und noch selbstständig wohnen (Verkaaik, 1994).

Eine psychische Krankheit, welche mit eben beschriebener Problematik einhergehen kann, ist die Depression. Das Wort Depression wird abgeleitet aus dem Lateinischen depressus, was soviel bedeutet wie herabgedrückt (Häcker & Stapf, 2004). Eine Depression ist eine ernsthafte, psychische Störung, die das soziale und berufsmäßige Funktionieren des Betroffenen, genauso wie sein Wohlbefinden, stark einschränkt (Ingram, Miranda & Segal, 1998). Depressionen sind zudem das am häufigsten auftretende psychische Problem unter Erwachsenen. Einer von fünf Erwachsenen, wird einmal in seinem Leben eine depressive Episode erfahren (Zimbardo & Gerrig, 1996).

Kernsymptome einer Depression sind eine gedrückte, traurige Stimmung, vermindertes Interesse, Konzentrationsverlust, Suizidgedanken und ein negatives Selbstkonzept (Häcker & Stapf, 2004). Häufig kommen auch somatische Beschwerden, wie ein gestörtes Schlaf- und Essverhalten hinzu (Brehm, Kassin & Fein, 2002).

Bei älteren Menschen ist eine Depression besonders schwierig zu diagnostizieren, da viele Symptome, normalen Erscheinungen, die mit dem Altern einhergehen, ähneln (Sigelman & Rider, 2003; Vandereycken, Hoogduin & Emelkamp, 2000; Verkaaik, 1994). Gerade bei dieser Gruppe ist ein Nicht-Erkennen der Krankheit besonders fatal, denn ein erfolgreicher Suizid kommt bei dieser Gruppe häufiger vor, als bei jeder anderen Altersgruppe. Menschen über 60 Jahren bilden 13 Prozent der Gesamtbevölkerung, verüben aber ein Viertel aller Selbstmorde (Verkaaik, 1994).

Die Ursachen für Depressionen sind sehr vielfältig. Eine Periode mit Ereignissen, die Stress verursachen, kann zu Depressionen führen (Vandereycken, Hoogduin & Emelkamp, 2000). Missbrauch, Eheprobleme und Arbeitslosigkeit sind Beispiele für Umstände, die Depressionen hervorrufen können (Smit et al, 2004). Biochemische Veränderungen im Stoffwechsel im Gehirn können, ebenso wie chrono-biologische, lehrtheoretische und psychodynamische Faktoren eine Rolle spielen (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999; Vandereycken, Hoogduin & Emelkamp, 2000; Brehm, Kassin & Fein, 2002; Korrelboom &

Kernkamp, 1993; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001). Auch genetische Einflüsse können sich negativ auswirken.

Eindeutig können also externe wie interne Faktoren eine Depression auslösen. In diesem Zusammenhang ist es auch interessant, nicht nur Auswirkungen negativer Faktoren zu untersuchen, sondern sich ebenfalls mit dem Einfluss positiver Faktoren auseinanderzusetzen, die eventuell schützen können vor psychischen Krankheiten und Problemen.

Ein dergleicher Faktor könnte Optimismus sein. Optimismus ist ein theoretisches Konzept, welches schon von Philosophen vergangener Jahrhunderte entwickelt wurde und beschreibt ursprünglich die Idee, dass der Kosmos und die Umgebung durch menschliches Handeln beeinflussbar sind. Pessimismus, das Gegenteil von Optimismus dahingegen, geht davon aus, dass menschliches Handeln ohne Erfolg bleiben muss, da die Welt sich nicht beeinflussen lässt von menschlichem Streben. Vertreter beider Richtungen sind Rene Descartes (1596-1650) und Friedrich Nietzsche (1844-1900) (Domino & Conway, 2002).

Seit einigen Jahren hat der Optimismus auch in der Wissenschaft an Bedeutung gewonnen. Einer der ersten, die sich mit Optimismus beschäftigten, war Martin Seligman. Er stellte fest, dass Optimisten einen charakteristischen Attributionsstil haben. Dieser Attributionsstil wird dadurch gekennzeichnet, dass Misserfolge als Resultat externer, variabler und spezifischer Ursachen gesehen werden. Erfolge dagegen schreiben Optimisten stabilen, internen und globalen Ursachen zu (Seligman, 1987). Auch Scheier und Carver (1985) haben wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt und definierten Optimismus als die generalisierte Erwartung, dass etwas Positives in der Zukunft passieren wird.

Diese und weitere Untersuchungen zeigten schon häufig, dass sich optimistisches Denken positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirken kann. Optimisten verfügen beispielsweise über ein besser funktionierendes Immunsystem und werden seltener krank (Segerstrom et al, 1998). Außerdem haben optimistische Studenten bessere Noten und brechen ihr Studium auch seltener ab (Wilson & Linville, 1985; Aspinwall & Taylor 1992). Das Risiko einer post-natalen Depression ist bei positiv denkenden Menschen kleiner, genauso wie der Schmerz und die Trauer nach einer missglückten In-vitro- Befruchtung (Carver & Gaines, 1987; Litt et al, 1992).

Bei älteren Menschen zeigte sich, dass Optimismus und Pessimismus unabhängiger voneinander sind, als in jüngeren Jahren. Man vermutet, dass dies mit dem dualistischerem Denkstil junger Menschen zusammenhängen könnte. Bei älteren Menschen ist es also eher möglich pessimistisch zu sein, ohne dabei gleichzeitig auch sein positives Denken zu verlieren. Vielleicht ist eine gewisse Form des pessimistischen Denkens bei Älteren auch einfach realistischer und bedeutet nicht gleichzeitig Hoffnungslosigkeit und Stillstand (Bänsch, 2004; Mroczek et al, 1993). Eventuell hat Pessimismus darum bei älteren Menschen nicht ebenso negative Folgen für die Gesundheit wie bei Jüngeren. Dies zeigte zum Beispiel auch eine Untersuchung, bei der ein erhöhtes Risiko an Krebs zu sterben für jüngere Menschen mit pessimistischem Denken bestand, jedoch nicht bei Älteren (Schulz et al, 1996).

Ein anderer positiver Faktor, der sich auf das Wohlbefinden von Menschen auswirken könnte ist Hoffnung. Hoffnung ist die Erwartung und der Wille, dass ein positives Ereignis in der Zukunft auftreten wird. Hoffnung ist also zukunftsorientiert, beinhaltet positive Gefühle und Aktivität (Benzein & Saveman, 1998). In der Theorie ähnelt Hoffnung sehr dem Optimismus und es ist interessant den Zusammenhang zwischen beiden Faktoren zu untersuchen. Snyder spielt in der modernsten Theorie über Hoffnung, die sich von früheren, auf Emotionen basierten Theorien unterscheidet, eine wichtige Rolle. Er betont in seiner Theorie vor allem auch die kognitiven und motivationellen Komponenten. Hoffnung besteht demnach aus den zwei Komponenten *Agency* und *Pathways*. Mit *Agency* umschreibt Snyder die Motivation, Wege zu seinen Zielen zu entwickeln. *Pathways* wiederum beschreiben die Kapazität, diese Wege und Möglichkeiten zu seinen Zielen dann auch wirklich in die Tat

umsetzen zu können (Snyder et al, 1991; Drach-Zahavy & Somech, 2000). Hoffnungsvolles Denken hilft demnach, seine Ziele eifrig zu verfolgen, Hindernisse zu überwinden, sich gut zu fühlen und negative Gefühle abzuwehren (Snyder, Cheavens & Micheal, 1999). Untersuchungen bei Menschen mit wenig gegenüber Menschen mit viel Hoffnung zeigten dann auch, dass hoffnungsvolle Menschen eher aktiv coping, das heißt die Probleme eher direkt versuchen zu lösen und die Konfrontation nicht scheuen (Bernum et al, 1998). Frauen mit Brustkrebs, die hoffen, verfügen beispielsweise über mehr Wissen über ihre Krankheit, als Frauen ohne hoffnungsvolles Denken und gehen darum auch gesundheitsfördernder mit der Krankheit um (Irving, Snyder & Growson, 1998). Auch das Schmerzempfinden ist bei Menschen mit Hoffnung kleiner und die Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln, ist bei Ihnen kleiner (Elliott et al, 1991). Desweiteren hören hoffnungsfrohe Menschen eher mit dem Rauchen auf, nehmen schneller ab und schützen sich effektiver gegen verschiedene Krankheiten (Carey & Carey, 1993; Snyder & Taylor, 2000; Snyder, Rand & Sigmon, 2002). Die Gefahr, dass ältere Menschen weniger hoffnungsvoll denken besteht, da länger andauernde Blockaden von wichtigen Zielen zu dem Verlust von Hoffnung führen können. Gerade Situationen, in denen wenig Möglichkeiten bestehen, Kontrolle über das eigene Leben auszuüben, könnten zu einem Hoffnungsverlust führen. Möglicherweise ist aber gerade die Fähigkeit, Wege zu Zielen entwickeln zu können durch mehr Lebenserfahrung bei Älteren größer.

Es ergeben sich also folgende Untersuchungsfragestellungen: Gibt es Unterschiede in dem Maß von Optimismus, welches verschiedene Altersgruppen erfahren? Bestehen auch Unterschiede in optimistischem Denken zwischen Menschen, die selbstständig Zuhause wohnen und Menschen, die in Alten- oder Pflegeheimen leben? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Nationalität und Optimismus?

Auch für Hoffnung stellt sich die Frage, ob Altersgruppen, Niederländer und Deutsche, selbstständig Wohnende und Alten-beziehungsweise Pflegeheimbewohner sich in Ihrem Maß zu hoffen unterscheiden.

Bei jedem einzelnen Faktor ist auch interessant, welche Variable, das heißt, Nationalität, Altersgruppe oder Wohnform, den stärksten Einfluss ausübt auf die Ausprägung des jeweiligen Faktors.

Des Weiteren wird auch untersucht, ob Optimismus und Hoffnung mit Depressionen zusammenhängen und in welcher Beziehung Optimismus und Hoffnung zueinander stehen. Die Untersuchung, mit der versucht wird die Fragen zu beantworten, wird im folgenden Teil beschrieben. Die Resultate aus der Untersuchung sind im Resultate-Teil zu finden. Auf die Erläuterung der Ergebnisse, ihre Bedeutung und Implikationen für die Zukunft, wird im letzten Teil der Arbeit eingegangen.

## **Methode**

Um die eben beschriebenen Faktoren näher zu untersuchen, wurden verschiedene quantitative Fragebögen gebraucht. Diese Fragebögen wurden in einer Testbatterie zusammengefasst. Diese Batterie enthielt auch noch eine kurze Beschreibung der Untersuchung für die Teilnehmer und um einige persönliche Angaben wie Alter und Geschlecht wurde ebenfalls gebeten. Die komplette Batterie blieb jedoch anonymisiert. Weil es sich um eine Zielgruppe höheren Alters handelte, wurde auch das Lay Out des Fragenkataloges hierauf abgestimmt. Es wurde beispielsweise eine größere Schriftgröße eingesetzt und die Fragen wurden in eine Tabelle eingefügt, sodass leichter zu erkennen war, welche Antwort zu welcher Frage gehörte.

Ein Fragebogen aus dieser Zusammenstellung, der aus zehn Fragen bestand, nennt sich Life Orientation Test-Revised. Von diesen zehn Fragen erfassen nur sechs wirklich Optimismus und werden in die Wertung einbezogen. Die vier anderen Fragen sind zur

Verschleierung der Absichten des Tests hinzugefügt worden. Urheber dieses meistgebrauchten Selbstbeurteilungsfragebogens über dispositionelen Optimismus sind Scheier und Carver (Kaplan & Saccuzzo, 2005). Die Antwortkategorien beginnen bei „stimmt absolut nicht und enden bei „ stimmt absolut. Eine neutrale Antwort ist ebenfalls enthalten. Die interne Konsistenz des Tests lag in früheren Untersuchungen immer zwischen 0.7 und 0.8 und ist somit als gut zu bezeichnen (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Um die Untersuchung in den Niederlanden und in Deutschland durchführen zu können, wurden eine niederländische Übersetzung des Tests von J.J. Baneke und eine deutsche Version von J. Hoyer und H.Glaesmer benutzt.

Hoffnung wurde bei der Untersuchung anhand von der Adult-Trait-Hope Scale und der Adult-State-Hope Scale von C.R. Snyder getestet. Der Unterschied zwischen beiden Bögen besteht darin, dass der eine Hoffnung als allgemeine Persönlichkeitsvariabel misst, der andere das Maß der Hoffnung in dem Moment der Testabnahme. Der Adult-Trait-Hope-Fragebogen enthielt zwölf Fragen, wobei aber nur acht Hoffnung messen. Die restlichen vier Fragen sind in die Liste aufgenommen worden, um den theoretischen Hintergrund des Tests zu verbergen. Die Adult-State-Hope Scale maß die aktuelle Hoffnung. Dieser Fragebogen bestand aus sechs Fragen. Die ursprünglichen acht Antwortkategorien wurden im Hinblick auf die Zielgruppe auf vier reduziert. Eine schon bestehende, übersetzte Version von J.J. Baneke wurde für das niederländische Sprachgebiet eingesetzt. Für das deutschsprachige Gebiet wurden die Fragebögen übersetzt und anschließend von Sprachwissenschaftlern kontrolliert. Die Fragebögen, die wiederum in die zwei Subfragebögen „Agency“ und „Pathways“ unterteilt werden können, erwiesen sich in früheren Untersuchungen als reliabel mit einer guten internen Konsistenz und guter diskriminierender und konvergenten Validität (Snyder et al, 1996; Snyder et al, 1991).

Der Fragebogen, der Depression erfassen soll, nennt sich Centre for Epidemiologic Depression Scale und beinhaltet 20 Fragen. Die Fragen dieses Bogens stammen von verschiedenen anderen Depressionsfragebögen. Der Unterschied zu diesen anderen Bögen ist jedoch, dass sich der gesamte Bogen lediglich auf die letzte Woche bezieht und dass an die Antwortkategorien im CES-D auch noch eine äquivalente Anzahl von Tagen gekoppelt werden. Die Antwortkategorien beginnen bei nie, was weniger als einem Tag in der Woche entspricht und enden bei meistens, was wiederum fünf bis sieben Tage bedeutet. Eine neutrale Antwortmöglichkeit gibt es nicht. Der Punktscore läuft von Null bis 60, wobei ein höherer Wert auf mehr depressive Gefühle hindeutet. Faktoranalyse hat vier unterliegende Faktoren aufgedeckt. Vier Fragen können unterteilt werden in positiver Affekt. Hierbei handelt es sich um die negativ formulierten Fragen. Fünf andere Fragen deuten auf negativen Affekt hin und weitere sieben Fragen beschäftigen sich vor allem mit somatischen Aspekten einer Depression. Die vier übrigen Fragen, können am Besten mit interpersönlich umschrieben werden. Der CES-D eignet sich besonders gut für Untersuchungen bei älteren Menschen und hat gute psychometrische Eigenschaften (Wurff et al, 2004). Auch die interne Konsistenz des Fragebogens lässt sich als gut bezeichnen. Bei Korrelationsstudien mit bestehenden, validen Fragebögen hat der CES-D auch seine Validität unter Beweis stellen können. Es wurde in diesem Fall Gebrauch gemacht von einer deutschen und einer niederländischen Version des Tests (Bouma et al, 1995).

Bei allen Fragebögen aus dem Fragenpaket handelte es sich um Selbstbeurteilungsfragebögen, die individuell ausgefüllt werden konnten. Teilweise war die selbstständige Beantwortung der Fragen aufgrund starker Sehschwächen oder anderer Behinderungen nicht möglich. In diesen Fällen wurden die Fragen mündlich gestellt.

Die 218 Teilnehmer der Untersuchung waren alle mindestens 60 Jahre alt, im Schnitt sogar 73,5 Jahre. Für die statistische Auswertung wurden alle Teilnehmer der Untersuchung in vier Altersgruppen unterteilt. 85 befanden sich dabei in der Altersgruppe 60 bis 70 Jahre. Die Altersgruppe 71 bis 80 Jahre bestand wiederum aus 92 Personen. Zwischen 81 und 90

Jahren waren 33 Personen. Die 8 Ältesten der Gruppe waren älter als 90 Jahre. Von den 218 Personen wohnten 164 selbstständig zuhause oder wurden zuhause betreut, die restlichen 54 lebten in Alten- und Pflegeheimen. Außerdem waren 85 Personen niederländischer und 133 deutscher Herkunft.

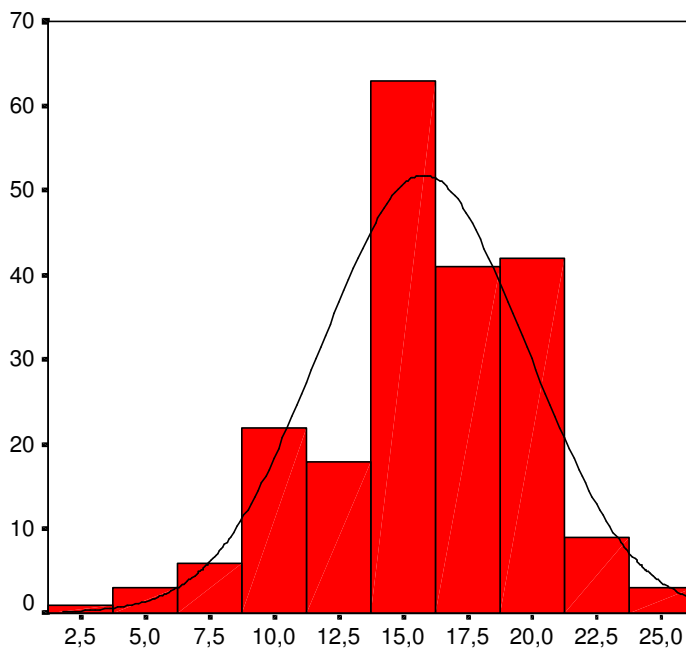
Insgesamt 218 Menschen von über 60 Jahren aus Alten- und Pflegeheimen, betreuten Wohnformen, Stiftungen, Sportvereinigungen, Nachbarschaftsverbänden, Freizeitvereinigungen und Verbänden unter kirchlicher Trägerschaft nahmen an der Untersuchung teil. Die Fragebögen wurden häufig mit Hilfe von Snowball-Sampling verbreitet. Das heißt, Personen, die beispielsweise durch eine Mitgliedschaft in einem Verein Zugang zu größeren Gruppen hatten, verbreiteten die Fragebögen. Die Leitung von Alten- und Pflegeheimen und Pflegepersonal half auch häufig bei dem Verteilen und Ausfüllen des Fragenpaketes.

## Resultate

### Optimismus

Als erstes wurde die interne Reliabilität des Fragebogens untersucht. Alpha betrug in diesem Fall 0,65 und konnte somit als relativ niedrig angesehen werden. Lediglich Entfernung von Frage 3 des Fragebogens hätte Alpha noch auf 0,67 erhöhen können. Aufgrund der ohnehin schon geringen Anzahl von Fragen wurde hiervon jedoch abgesehen.

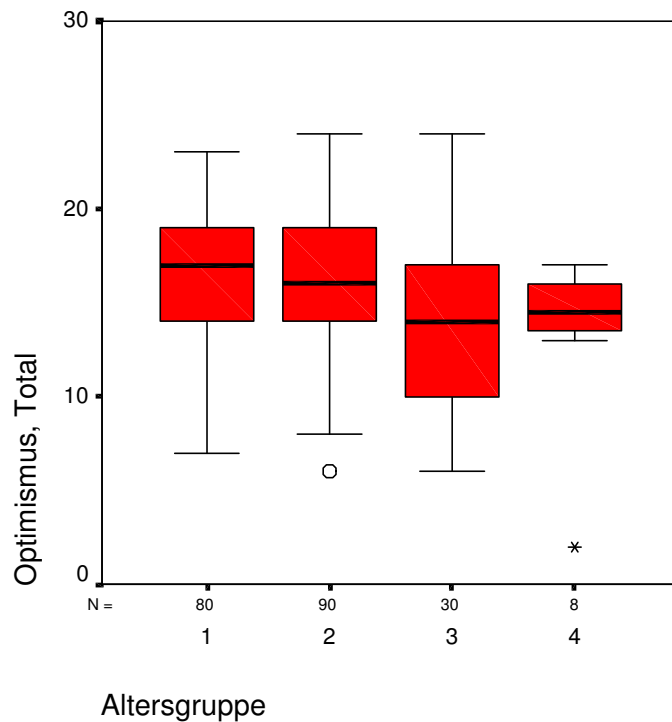
Die Häufigkeitsverteilung ist folgender Grafik zu entnehmen:



Optimismus, Total

Der Minimumscore dieses Fragebogens betrug 0, wurde jedoch von niemandem erreicht. Der Minimalwert lag in diesem Fall bei 2. Die Verteilung war linkschief und den Maximumwert von 24 erreichten 1,4 % der befragten Personen. Der Mittelwert betrug 15,8 mit einer Standardabweichung von 4.

Zwischen den Altersgruppen sah die Verteilung der Punktwerte folgendermaßen aus:



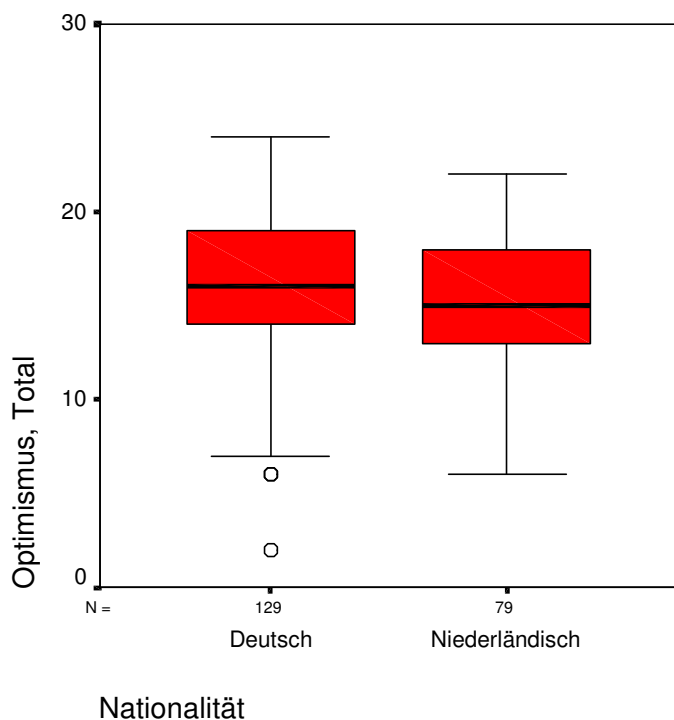
Der Grafik war zu entnehmen, dass der Unterschied zwischen den Altersgruppen relativ gering ausfällt.

In der Altersgruppe 60 bis 70 Jahre lag der Mittelwert bei 16,1. In der nächsthöheren Altersgruppe lag das arithmetische Mittel sogar noch höher, nämlich bei 16,4. Erst bei der Altersgruppe der 81 bis 90 Jährigen sank die optimistische Grundhaltung auf 13,9. Die älteste Gruppe bewertete ihre optimistische Grundhaltung im Durchschnitt mit 13,4 Punkten und lag damit nur etwas unter dem Wert der dritten Gruppe.

Ein Test mit Hilfe von One-Way Anova zeigte, dass sich die Mittelwerte der Gruppe signifikant voneinander unterscheiden ( $F_{3,5}=4,216$ ;  $p=0,006$ ). Der Test von Bonferroni enthüllte, dass dabei aber lediglich der Unterschied zwischen Gruppe 2 und 3 mit einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,016 auf dem Niveau von 5 % signifikant war. Gruppe 3 erreicht dabei im Schnitt einen Wert, der 2,5 Punkte höher liegt als der Wert der 4. Altersgruppe.

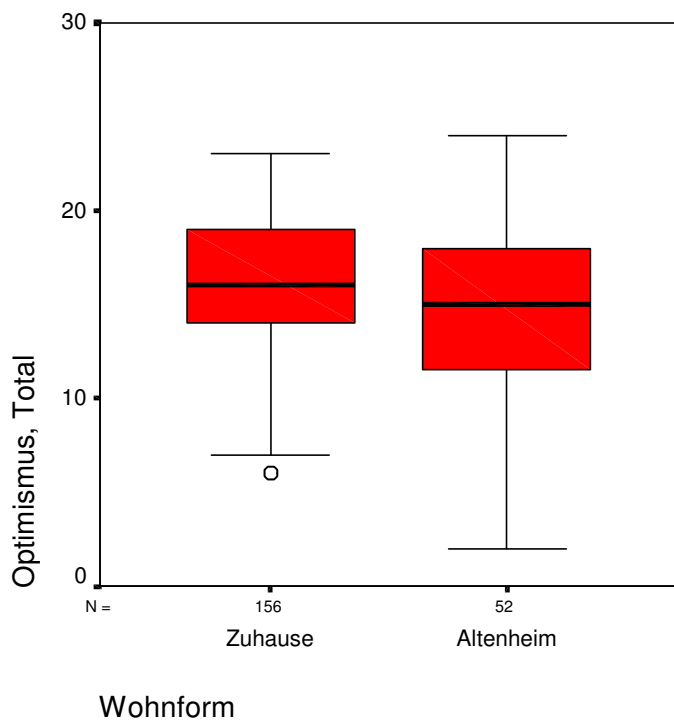


Bei den Unterschieden zwischen den Nationalitäten zeichnete sich folgendes Bild ab:



Der Mittelwert in der Gruppe der Deutschen lag bei 16,2, der der Niederländer bei 15,2. Der geringe Unterschied von einem Punkt ließ schon vermuten, dass dieses Ergebnis nicht signifikant war und eventuell auf Zufall beruhen konnte. Ein T-Test für unabhängige Stichproben belegte dies noch einmal mit einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0.068 ( $t=1,8333$ ;  $p=0,068$ ).

Die Unterschiede zwischen der Gruppe der Menschen, die selbstständig zuhause wohnen und jener, die im Altenheim wohnen, sind dem Boxdiagramm zu entnehmen:



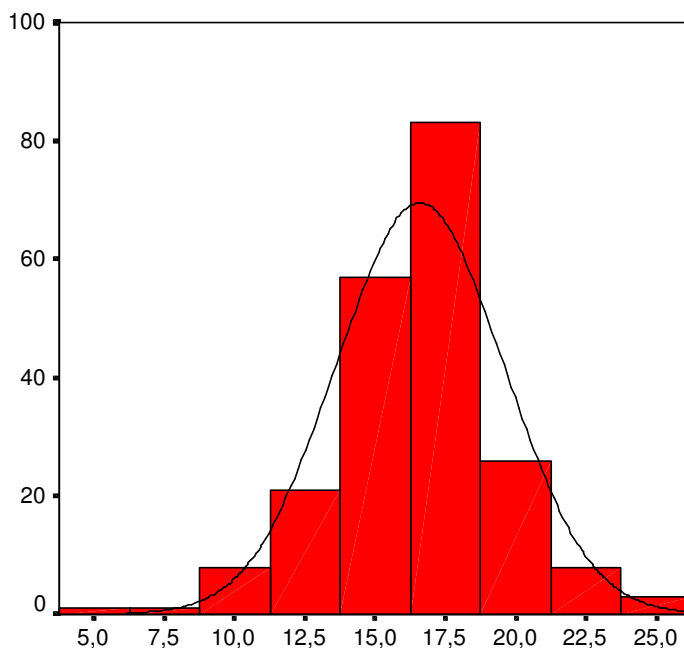
Der Mittelwert der zuhause-Wohnenden lag bei 16,0 mit einer Standardabweichung von 3,7, der der Altenheimbewohner bei 15,2 mit einer Standardabweichung von 4,8. Ein T-Test für unabhängige Stichproben zeigte, dass eine 25 prozentige Wahrscheinlichkeit besteht, dass dieser geringe Unterschied auf Zufall beruhen konnte. Das Ergebnis war also nicht signifikant auf 5% Signifikanzniveau ( $t=1,173$ ;  $p=0,245$ ).

Regressionsanalyse, wobei Optimismus den unabhängigen Faktor bildete und Altersgruppe, sowie Nationalität und Wohnform als unabhängige Faktoren fungierten, belegte, dass Nationalität ( $t= -2,060$ ;  $p=0,041$ ) wie auch das Alter ( $t=-2,384$ ;  $p=0,018$ ) einen signifikanten Einfluss auf das Maß an Optimismus hatten. Die Wohnform hingegen spielte keine Rolle ( $t=0,377$ ;  $p=0,707$ )

### Hoffnung

Der State-Hope Fragebogen, welcher Hoffnung erfassen sollte, verfügte über eine gute interne Reliabilität von 0.85. Die Entfernung einer Frage aus dem Fragebogen, hätte diesen Wert nicht erhöhen können.

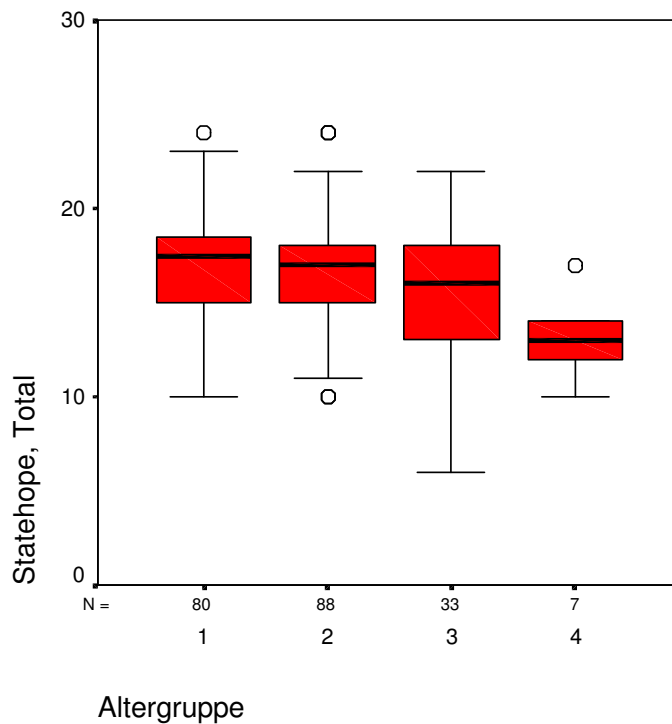
Die Häufigkeitsverteilung ist folgender Grafik zu entnehmen:



### Statehope

Der mögliche Minimumwert dieses Fragebogens lag bei 0, wurde aber jedoch von niemandem erreicht. Mit dem Maximumwert von 24 bewerteten 1,4 Prozent der Teilnehmer ihr eigenes hoffnungsvolles Denken. Der Mittelwert des Statehope-Fragebogens lag in diesem Fall bei 16,6. Die Verteilung war leicht rechts-schief.

Folgende Grafik stellt die Unterschiede zwischen den Altersgruppen dar:



Eine Analyse der Mittelwerte ergab folgendes Bild.:

Statehope

Altersgruppe	Mittelwert	Anzahl Wahrnehmungen	Standardabweichung
1: 60-70	17,2	80	2,8
2: 71-80	16,8	88	2,6
3: 81-90	15,2	33	3,6
4: 90-x	13, 1	7	2,2

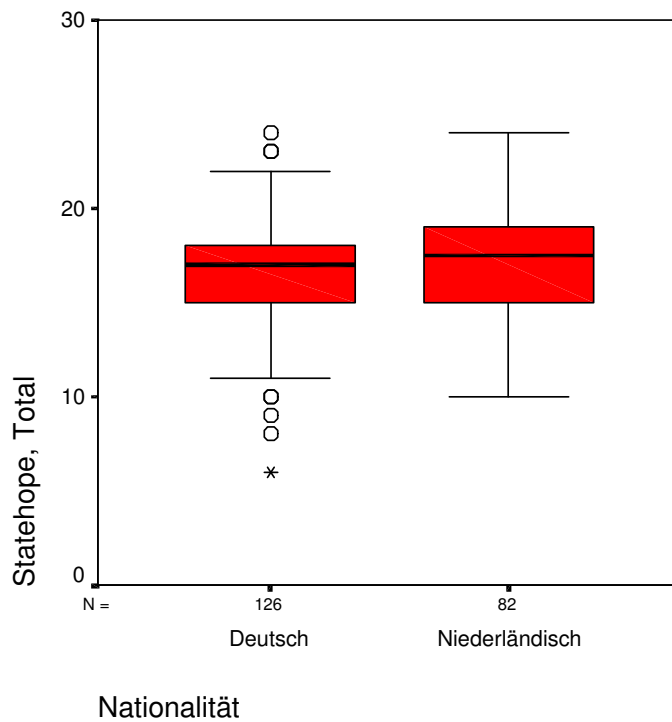
Es ist ein deutliches Gefälle des Mittelwertes mit zunehmendem Alter zu erkennen.

Varianzanalyse mit Hilfe von One Way Anova zeigte, das sich die Gruppenmittel voneinander unterschieden ( $F_{3,5}=7,361$ ;  $p=0,000$ ).

Der Test von Bonferroni belegte, dass sich Gruppe 1 und 3, Gruppe 1 und 4 und Gruppe 2 und 4 signifikant voneinander unterschieden. Dabei war der Mittelwert der jeweils jüngeren Gruppe immer signifikant niedriger als der, der älteren Gruppe.

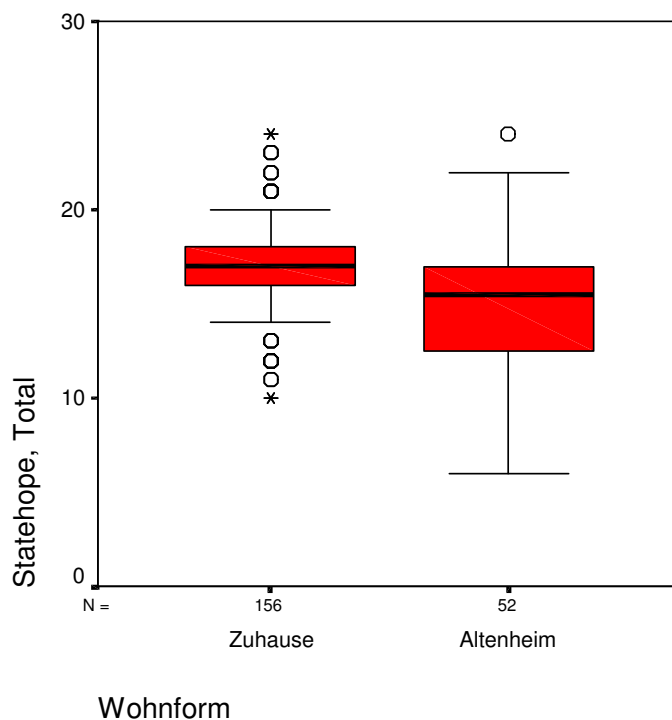
Die Differenzen zwischen den Nationalitäten fielen kleiner aus.

Das Boxdiagramm ließ Mittelwerte erkennen, die sich kaum voneinander unterschieden.



Das arithmetische Mittel der Niederländer betrug 17 und das der Deutschen 16,3. Da beide Werte aber jedoch etwa dieselbe Standardabweichung von 3 besaßen, war dieser Unterschied nicht signifikant.. Die Überschreitungswahrscheinlichkeit betrug 0,13 und war somit nicht signifikant auf dem 5% Niveau ( $t=1,517$ ;  $p=0,131$ ).

Auch die Mittelwerte der verschiedenen Wohnformen schienen sich kaum zu unterscheiden.

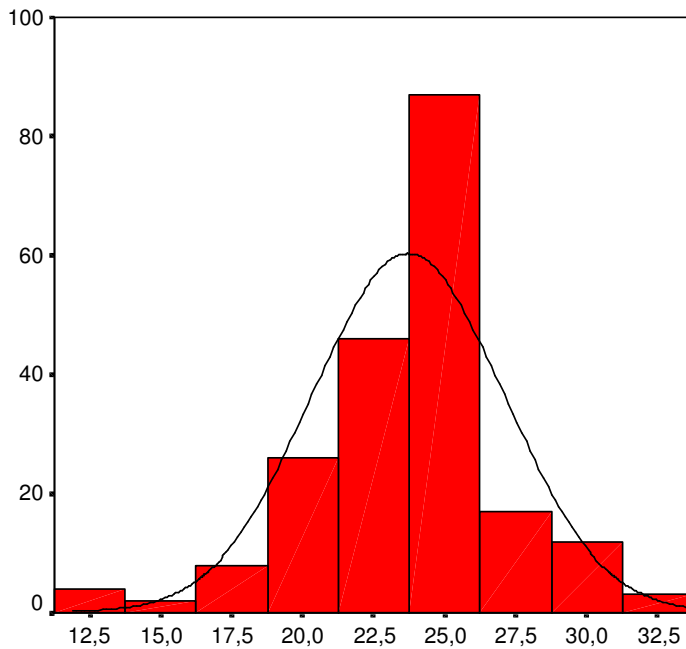


Der Mittelwert von Altenheimbewohnern lag bei dieser Stichprobe bei 15,1 und damit leicht unter dem Wert der zuhause Wohnenden. Ihr Wert lag bei 17,1. Die Standardabweichungen betragen 2,6 und 3,6. Eine Varianzanalyse der Mittelwerte bewies, dass sich die Werte signifikant voneinander unterschieden ( $t=3,669$ ;  $p=0,000$ ).

Es stellte sich heraus, dass die Wohnform ( $t = -1,997; p = 0,047$ ) und das Alter der Teilnehmer ( $t = -2,450; p = 0,015$ ) einen signifikanten Einfluss auf Statehope ausüben, wenn der Einfluss aller drei Faktoren gleichzeitig in einer Regressionsanalyse getestet wird. Die Nationalität hatte in diesem Fall den geringsten Einfluss auf die Ausprägung von Hoffnung ( $t = 1,237; p = 0,218$ ).

Die Bewertungen auf dem Trait-Hope Fragebogen glichen dem Bild, welches sich auch beim Statehope-Fragebogen gezeigt hatte. Die interne Konsistenz dieses Fragebogens lag etwas niedriger, bei 0,8 war aber auch als gut zu bezeichnen.

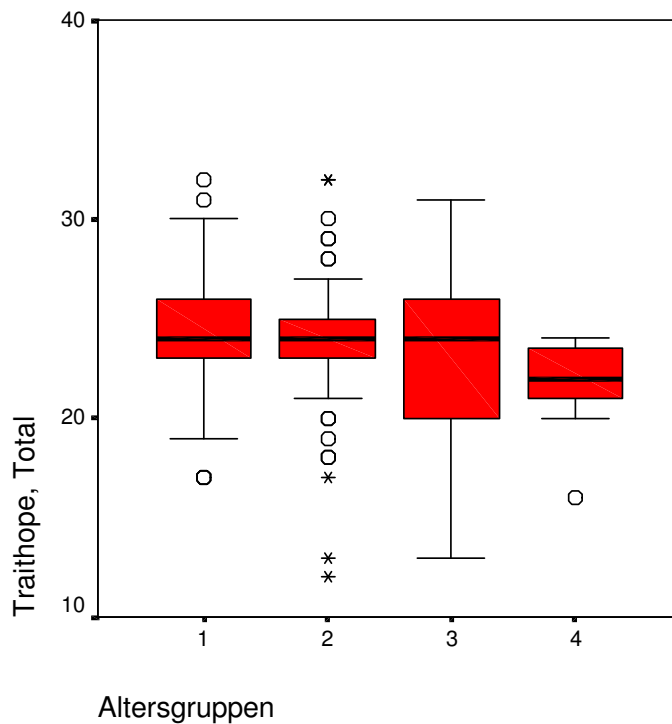
Die Verteilung der Werte war ebenfalls leicht rechts-schief und stellte sich folgendermaßen dar:



Traithope

Das arithmetische Mittel lag in diesem Fall bei 23,7 mit einer Standardabweichung von 3,4. Der Minimumwert von 6 wurde von niemandem erreicht. 12 Punkte war der Minimumwert. Der Maximumwert von 32 Punkte wurde hingegen schon erreicht.

Der Vergleich zwischen den Altersgruppen ergab folgendes Bild.



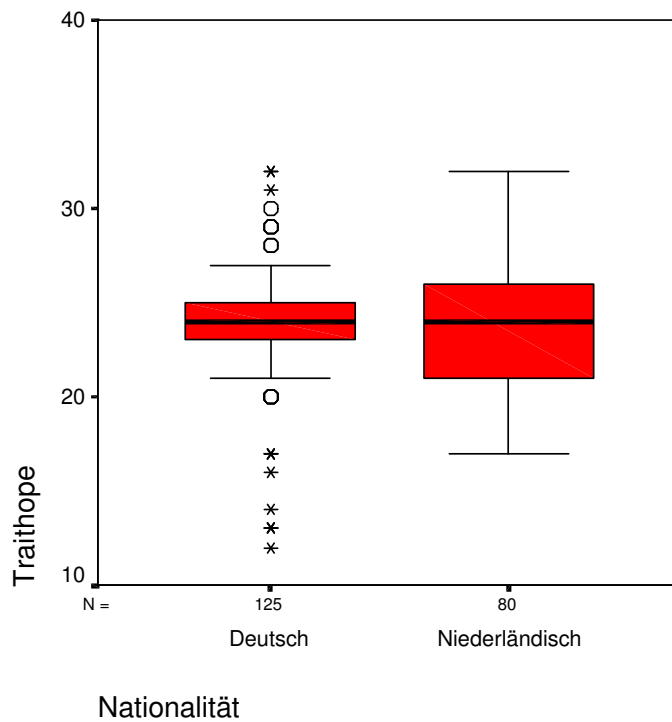
Die Mittelwerte werden in folgender Tabelle wiedergegeben:

Altersgruppe	Mittelwert	Anzahl Wahrnehmungen	Standardabweichung
1: 60-70	24,0	81	3,0
2: 71-80	23,8	83	3,2
3: 81-90	23,2	33	4,6
4: 90-x	21,6	8	2,6

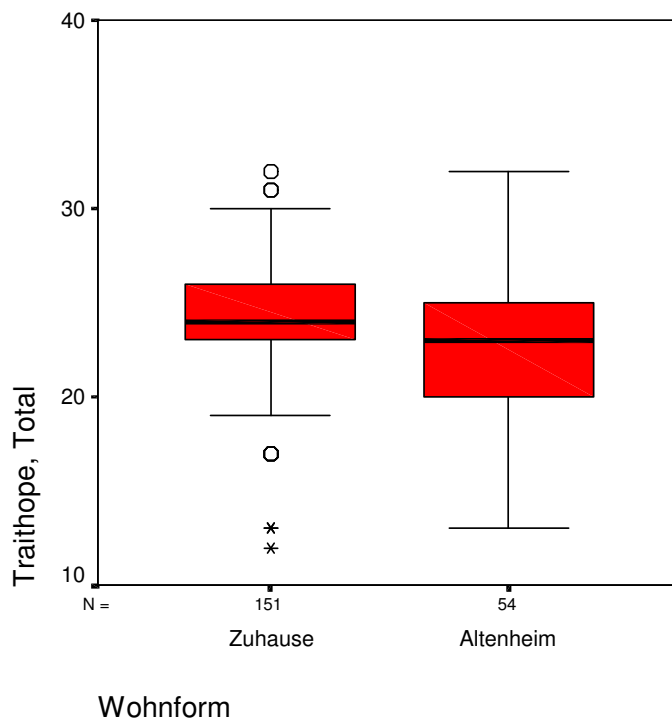
Es war in diesem Fall eine leichte Tendenz von einer Kovariation zu erkennen. Je älter die Gruppe war, desto geringer waren die Werte auf dem Hoffnungsfragebogen. Da jedoch die Standardabweichungen der Werte auch relativ groß waren, war diese Tendenz nicht aussagekräftig. Eine Analyse der Varianz zeigte, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht signifikant waren ( $F_{3,7}=1,585$ ;  $p=0,194$ ). Der Test von Bonferroni ließ dann auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen erkennen. Hoffnung schien also relativ altersunabhängig zu sein.

Trait-Hoffnung schien ebenfalls unabhängig zu sein von der Nationalität der Teilnehmer. Deutsche wie Niederländer erreichten auf diesem Fragebogen einen Mittelwert von 3,4 und die Überschreitungswahrscheinlichkeit war dann, mit einem Wert von 0,93 nicht signifikant ( $t=-0,085$ ;  $p=0,932$ ).

Eine Grafik der Mittelwerte der Gruppen und der Verteilung der Werte:



Eine grafische Darstellung der Verteilung der Werte bei Teilnehmer verschiedener Wohnformen deutete darauf hin, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab.



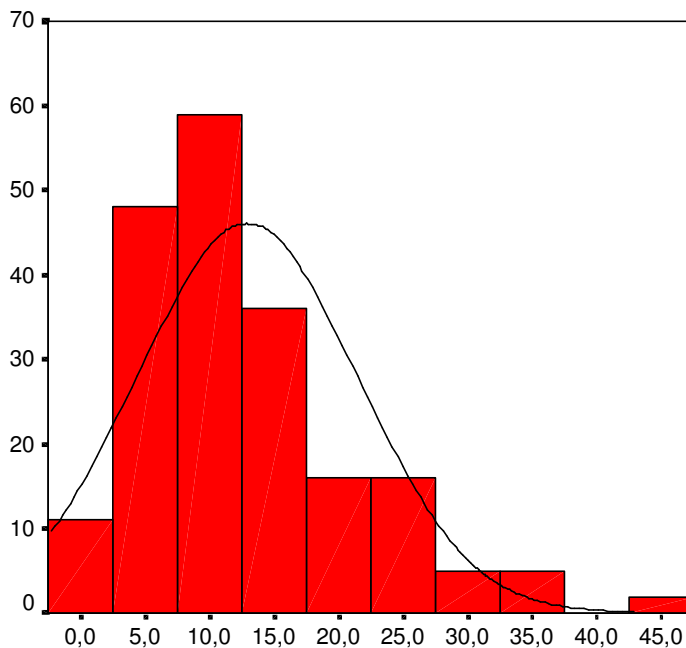
Der Mittelwert der Altenheimbewohner lag bei 23, der der zuhause Wohnenden bei 23. Die Standardabweichungen betragen 3,1 respektive 4,0. Varianzanalyse belegte, dass der Unterschied zwischen beiden Gruppen nicht signifikant war ( $t=1,602$ ;  $p=0,113$ ). Der Test von Bonferroni bewies mit einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,07, dass

Altenheimbewohner keine signifikant niedrigeren Werte auf dem Hoffnungsfragebogen erreichten.

Regressionsanalyse von Traithope mit den drei Faktoren Alter, Nationalität und Wohnform ergab, dass weder der Einfluss von Alter ( $t=-1,457$ ;  $p=0,147$ ), noch von Nationalität ( $t=-0,114$ ;  $p=0,909$ ) eine Rolle spielten bei Hoffnung. Auch die Wohnform übte keinen signifikanten Einfluss aus ( $t=-1,457$ ;  $p=0,147$ ).

### Depression

Die interne Reliabilität des CES-D, ausgedrückt in Alpha betrug 0,86 und konnte damit als gut bezeichnet werden. Die Häufigkeitsverteilung der Punktwerte wird in folgender Grafik dargestellt:



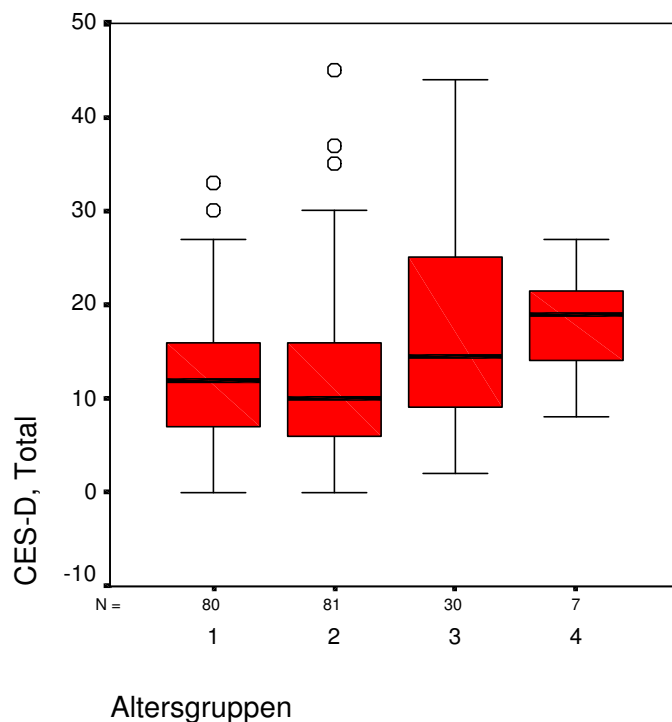
CES-D, Total

Es zeigte sich hier eine links-schiefe Verteilung der Werte. Der niedrigste Punktwert, der beim CES-D erreicht werden konnte, ist 0. Dieser Wert wurde tatsächlich von 1,4 Prozent der Teilnehmer gewählt. Diese Teilnehmer waren also als absolut nicht depressiv einzustufen. Den Maximalwert von 60 Punkten hingegen erreichte niemand. Der höchste Wert lag bei 45. Der Cut Off Score des CES-D liegt bei 16. 73,5 Prozent aller Teilnehmer lagen unter diesem Wert.

Der Mittelwert lag bei 12,9 mit einer Standardabweichung von 8,6.



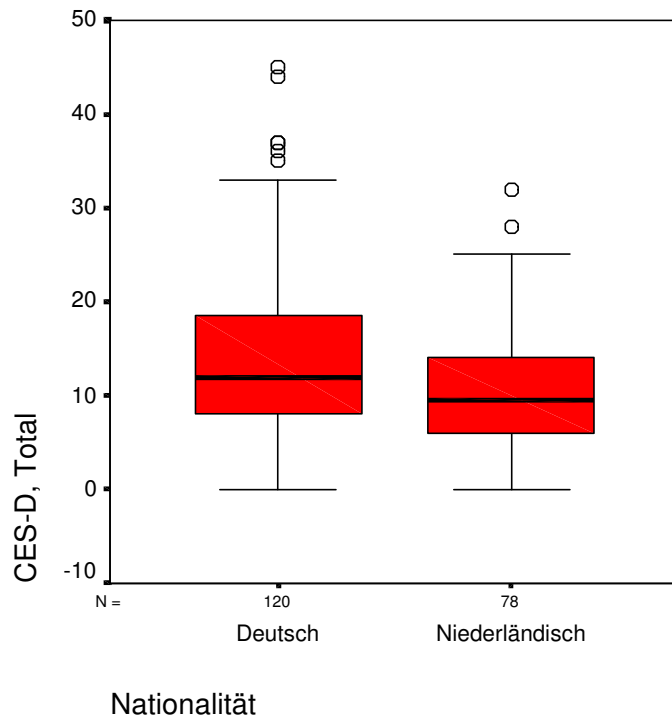
Die Verteilung der Werte sah bei den Altersgruppen folgendermaßen aus:



Der Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen schien hier also doch prägnanter zu sein als beim Optimismusfragebogen. Der Mittelwert der jüngsten Gruppe betrug 12,1 mit einer Standardabweichung von 7,1. Das arithmetische Mittel betrug in der zweiten Altersgruppe 11,7 mit einer Standardabweichung von 8,4. Die dritte Altersgruppe erreichte im Schnitt einen Wert von 17,2 und war damit als leicht depressiv einzustufen. Der Unterschied zur Altersgruppe der über 90 Jährigen war klein und betrug nur 0,7 Punkte und lag dann bei 17,9. Die Standardabweichungen betragen 11,2 beziehungsweise 6,7.

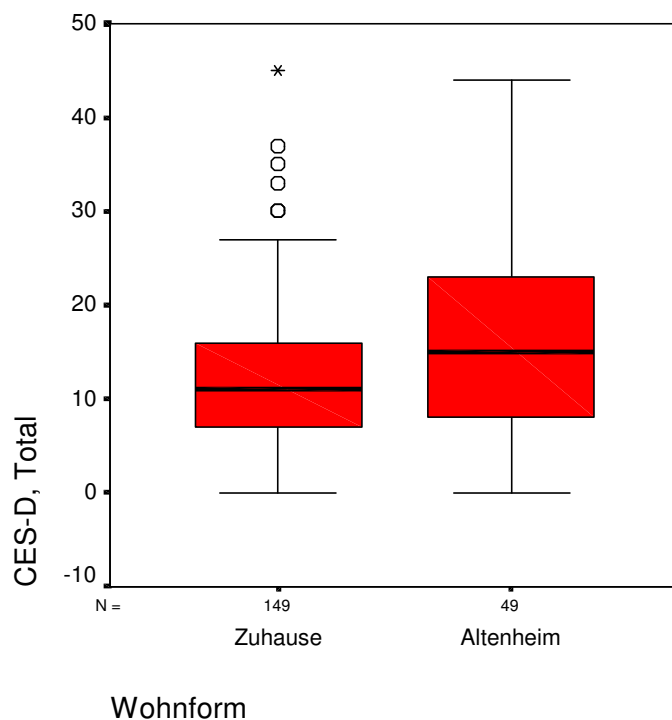
Eine Varianzanalyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ( $F_{3,19}=4,346$ ;  $p=0,005$ ). Der Test von Bonferroni bewies in diesem Fall, dass sich die Mittelwerte von Gruppe 1 und 3, sowie auch die Mittelwerte von Gruppe 2 und 3 signifikant voneinander unterschieden. Es wurde jeweils eine Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,027 und 0,013 gefunden. Beide Ergebnisse waren also auf dem 5% Niveau signifikant. Es zeigte sich hier also ein starkes Gefälle der Werte. Je älter, desto depressiver bewerteten die Teilnehmer ihre derzeitige Lebenssituation. Die Unterschiede zwischen anderen Altersgruppen waren nicht signifikant und daher zu vernachlässigen.

Zwischen Niederländern und Deutschen ergab sich im Boxdiagramm folgendes:



Der Mittelwert deutscher Teilnehmer lag demnach höher, nämlich bei 14,5 im Gegensatz zum niederländischen arithmetischen Mittel, welches bei nur 10,4 lag. Der Unterschied zwischen den Gruppen beruhte nicht auf Zufall, denn die Überschreitungswahrscheinlichkeit, berechnet mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben, lag bei 0,000 ( $t=3,616$ ;  $p=0,000$ ).

Bei den Wohnformen zeichnete sich folgendes Bild ab:



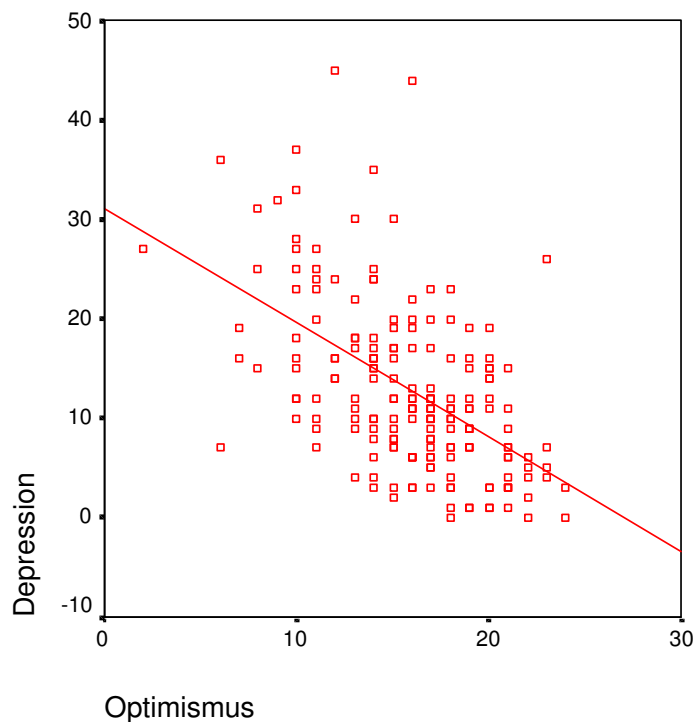
Der Wert, den Personen erreichten, die zuhause wohnten, lag im Mittel bei 12,0 und damit unter dem Wert 15,6, den Menschen in Altenheimen erreichten. Die Standardabweichungen waren bei beiden Gruppen relativ groß mit 7,7 und 10,3.

Dieser Unterschied war signifikant auf dem 5% Niveau und die Überschreitungswahrscheinlichkeit betrug in diesem Fall 0,028 ( $t=-2,246$ ;  $p=0,028$ ).

Regressionsanalyse zeigte, dass der Einfluss der Nationalität auf Depressionen am stärksten war ( $t=-3,194$ ;  $p=0,002$ ). Als der Effekt dieses Faktors kontrolliert wurde, wurde sogar der Einfluss aller anderen Variablen verschwindend gering. Die Rolle der Wohnform war nicht mehr signifikant ( $t=0,968$ ;  $p=0,325$ ) und auch das Alter spielte keine Rolle mehr ( $t=1,660$ ;  $p=0,098$ ).

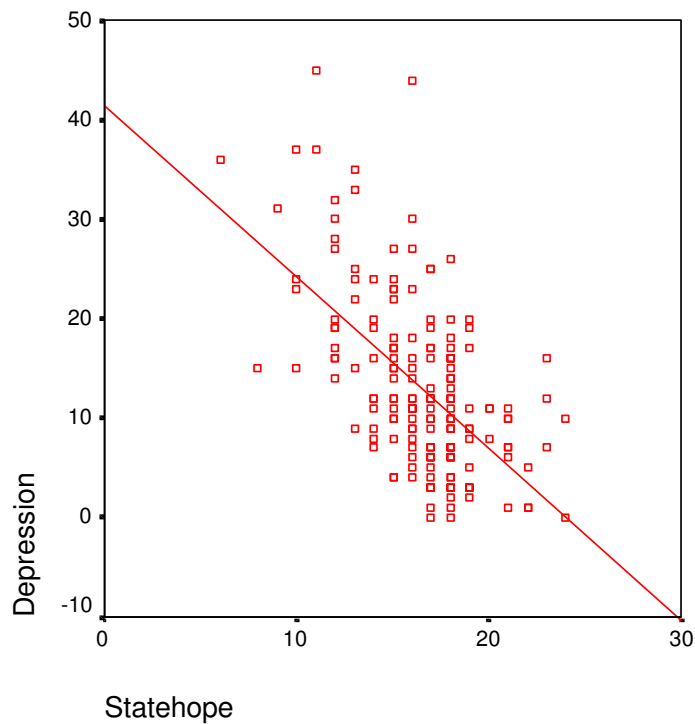
#### Depression und Optimismus

Eine grafische Darstellung des Zusammenhangs zwischen Depression und Optimismus zeigt folgendes:

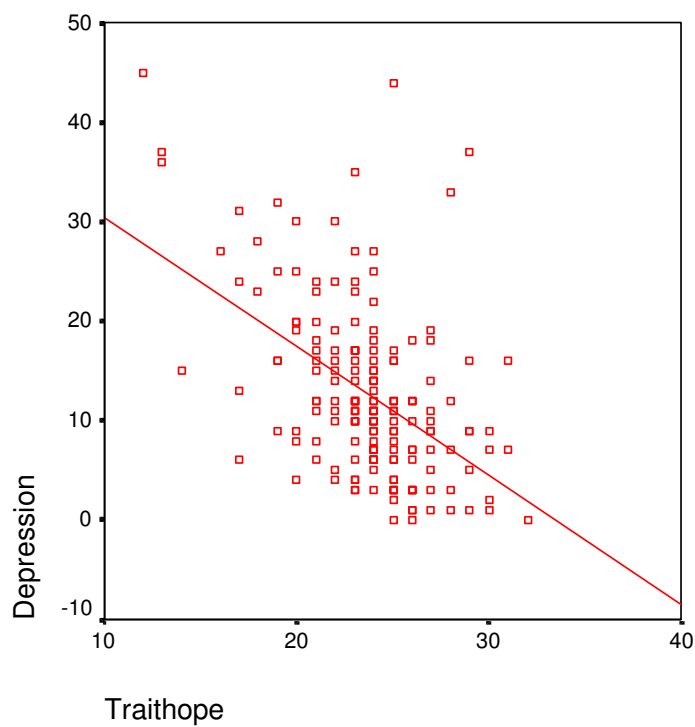


Es bestand also deutlich eine negative Korrelation zwischen den Werten. Der Korrelationskoeffizient  $r$  betrug bei dieser Stichprobe  $-0,53$  mit einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0 und war damit signifikant.

## Depression und Hoffnung



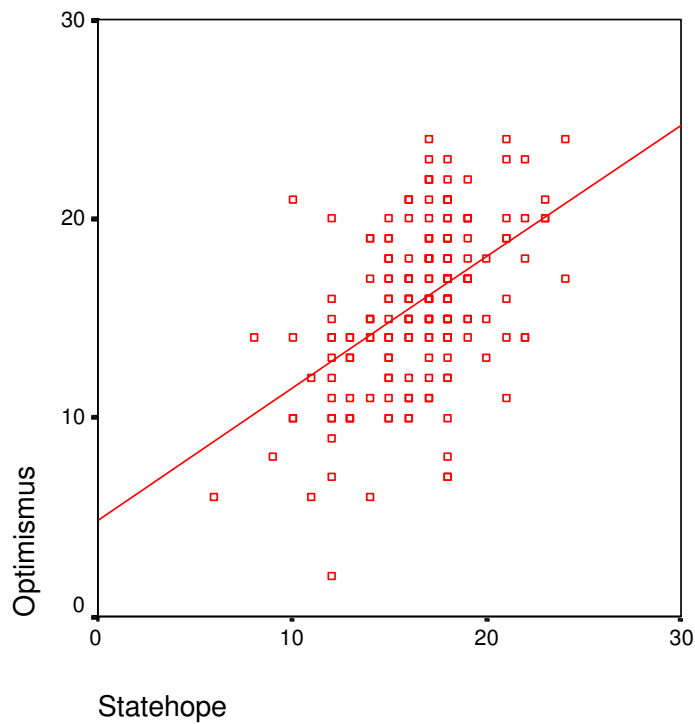
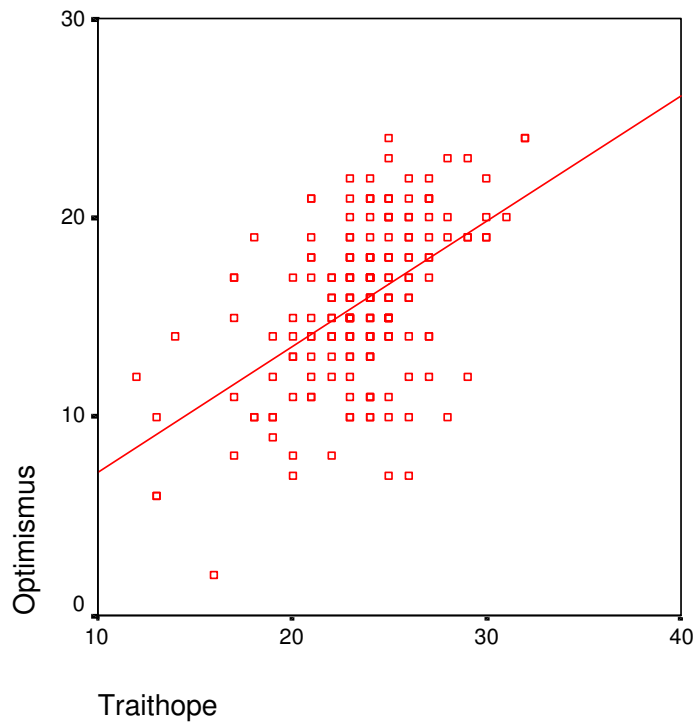
Der Korrelationskoeffizient lag in diesem Fall bei  $-0,58$ . Der Zusammenhang war damit etwas höher als der mit Optimismus ( $p=0,000$ ).  
Der Zusammenhang zwischen Traithope und Depression stellt sich folgendermaßen dar.



Die Korrelation zwischen beiden Werten betrug  $-0,49$  und war ebenfalls signifikant ( $p=0,000$ ).

## Optimismus und Hoffnung

In der Grafik wird der Zusammenhang zwischen Optimismus und State- bzw. Traithope dargestellt. Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang.



Die Korrelationskoeffizienten betragen bei Traithope und Optimismus 0,52, bei Statehope 0,49 und waren beide signifikant auf dem 1% Signifikanzniveau mit einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0

## Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Untersuchung deuten im Allgemeinen in die Richtung der Hypothesen, die auf Basis bestehender Literatur generiert wurden. Bei positiven Persönlichkeitsfaktoren sowie Optimismus und Statehope, also momentaner Hoffnung, gilt, dass sie mit steigendem Alter sinken. Auch die Literatur deutete darauf hin. Je älter Menschen sind, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, an einer chronischen Krankheit zu leiden, abhängig zu sein von anderen Menschen und Verlusterfahrungen, wie den Tod von Partner oder Freunden zu erleben. Dies alles kann sich negativ auswirken auf eine positive Lebenseinstellung.

In Übereinstimmung damit steigt auch das Maß an negativen, depressiven Gefühlen mit dem Alter. Interessant ist, dass allgemeine Hoffnung, also Traithope konstant bleibt. Möglicherweise ist Hoffnung also ein allgemeingültiger Charakterzug, der sich weder im Alter, noch durch Lebensumstände verändert, sowie beispielsweise das Wohnen im Altenheim.

Außerdem gibt es auch zwischen den Nationalitäten keine Unterschiede. Es wäre wissenswert zu untersuchen ob dies auch für andere Nationalitäten als die deutsche beziehungsweise niederländische gilt. Außerdem wäre es von Bedeutung zu untersuchen, welche Faktoren Einfluss auf das Maß von Hoffnung ausüben. Erziehung oder traumatische Lebenserfahrungen könnten beispielsweise eine Rolle spielen.

Bei Optimismus und Statehope stellt sich des Weiteren heraus, dass die Nationalität der Teilnehmer keine Rolle spielt. Weder Deutsche noch Niederländer hoffen mehr oder denken optimistischer.

Um so überraschender ist es, dass sich die optimistische Grundhaltung bei Altenheimbewohnern oder Menschen, die zuhause wohnen nicht unterscheidet. Sie bleibt unverändert.

Hoffnungsvolles Denken aber, ist bei Altenheimbewohnern geringer als bei Menschen, die selbstständig wohnen. Möglicherweise hängt dies auch mit dem Kontrollverlust zusammen, den einige Altenheimbewohner erfahren. Viele Altenheimbewohner sind aufgrund von Krankheit auf Hilfe von Pflegepersonal angewiesen. Des Weiteren haben die Bewohner von vielen Altenheimen wenig Kontrolle über den Tagesablauf und ihr Umfeld. Das kann zu einem Verlust von Hoffnung führen und dann insbesondere zu einem Verlust von Pathway Denken. Das heisst, Menschen in Heimen wissen häufig nicht mehr, wie sie ihre Ziele selbständig, ohne fremde Hilfe erreichen können.

In diesen Tatsachen kann auch die höhere Wahrscheinlichkeit depressiver Gefühle in Altenheimen begründet liegen. Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust und Antriebslosigkeit sind schließlich auch wichtige Merkmale einer Depression.

Ein sehr interessantes Ergebnis der Untersuchung ist viel überraschender und schwieriger zu erklären. Deutsche Teilnehmer der Untersuchung klagten über wesentlich mehr depressive Gefühle als ihre niederländischen Nachbarn. Die Ursachen dafür sind unklar und Untersuchungen, die dies näher untersuchen sind sicher notwendig. Einige Hypothesen und Anmerkungen sind an dieser Stelle aber sicher angebracht. Es gibt noch keine Untersuchungen, die darauf eingegangen sind, aber eigene Erfahrungen deuten darauf hin, dass die Integration älterer Mitbürger in die Gesellschaft und das aktive öffentliche Leben in den Niederlanden eine größere Rolle spielt als in Deutschland. Vielleicht ist auch die Mentalität von Bedeutung. Möglicherweise sind Deutsche im Allgemeinen etwas schwermütiger als ihre niederländischen Nachbarn. Eventuell ist es in Deutschland auch üblicher negative Gefühle zu äußern und im alltäglichen Umgang weniger mit negativen Konsequenzen behaftet. Dennoch ist es gut möglich, dass die Erklärung weniger in den Unterschieden der Nationalitäten zu suchen ist, sondern mehr in der Art der Befragung. Möglicherweise stimmen die Übersetzungen der Fragebögen nicht hundertprozentig in ihrer

Bedeutung für die Teilnehmer überein. Jedes Wort und jede Frage erlangt durch die Muttersprache einen ganz bestimmten Gefühlswert. Diese Werte stimmen, auch wenn die Übersetzung fehlerfrei ist, eventuell nicht komplett überein.

Die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Faktoren sind interessant, wenn auch nicht besonders verwunderlich. Der stärkste Zusammenhang besteht zwischen Statehope, also momentaner Hoffnung und Depression. Diese Tatsache ist aber schlussrichtig. Der Fragebogen, der Depression misst, bezieht sich auf die letzte Woche. Der Statehope-Fragebogen misst hoffnungsvolles Denken im aktuellen Moment. Die Zeitpunkte der Messung liegen bei diesen Bögen also am dichtesten beieinander. Die anderen Bögen messen allgemeine Zustände und Denkweisen. Der Zeitraum der Messung ist also viel größer und die Interpretationsmöglichkeiten der Fragen und eventuelle Ungenauigkeiten in der Messung werden damit auch größer.

Einige Ergebnisse der Untersuchung waren nicht signifikant. Dennoch war häufig eine Tendenz in eine bestimmte Richtung zu erkennen. Dadurch, dass die einzelnen Gruppen teilweise aber relativ klein waren, entstand eine große Standardabweichung, die aussagekräftige Ergebnisse erschwerte. In zukünftigen Untersuchungen wäre es wünschenswert, die verschiedenen Teilgruppen, wie beispielsweise Altersgruppen und Wohnformgruppen, ungefähr gleich groß zu halten, um besser vergleichen zu können.

Kommentar über Konstruktion der Fragebögen ist an dieser Stelle ebenfalls angebracht. Es zeigte sich, dass die Bögen gerade für Ältere relativ schwierig sind. Schriftgröße und Lay Out der Bögen wurden schon weitestgehend auf diese Altersgruppe zugeschnitten. Dennoch hatten viele Teilnehmer Sehbehinderungen. Teilweise wurde das selbstständige Ausfüllen hierdurch unmöglich. Füllitems, die später sowieso nicht in die Bewertung einfließen, erschwerten den Prozess unnötig. Außerdem sinkt möglicherweise die Ehrlichkeit der Antworten durch den Einfluss der Person, die beim Ausfüllen der Fragebögen hilft. Es ist generell zu empfehlen das Leseniveau der Fragen zu senken und doppelte Verneinungen in Fragebögen zu vermeiden. Außerdem ist es sinnvoll, die Antwortmöglichkeiten auf ein Minimum zu beschränken. „Trifft zu“ beziehungsweise „Trifft nicht zu“ würde in den meisten Fällen genügen, einfach zu handhaben sein und zu aussagekräftigen Ergebnissen führen. Erstaunlich war, dass viele Teilnehmer der Untersuchung unzufrieden waren über die Fragen über Ziele in der Zukunft. Sie meinten dann, dass dies für ihre Altersgruppe nicht mehr passend sei.

Trotzdem sind die Ergebnisse dieser Untersuchung aufschlussreich. Obwohl die Richtung des Zusammenhangs zwischen den positiven Faktoren und Depression noch nicht eindeutig ist, kann es sinnvoll sein, positives Denken zu verstärken, um abgesehen von anderen positiven Veränderungen, auch eine Prävention gegen Depressionen zu betreiben. M. Seligman, bekannt auf dem Gebiet des Optimismus und C.R. Snyder haben Programme entworfen, die optimistisches und hoffnungsvolles Denken fördern können. Gesprächskreise, in denen über Ziele in der Zukunft geredet wird, könnten ein Ansatz sein. Dabei könnten die Teilnehmer einander helfen, Ziele zu entdecken, positiv zu denken und Wege zu den Zielen zu entwickeln.

Über präventive Strategien gegen Depressionen ist im Allgemeinen leider wenig bekannt. Die Wirksamkeit einiger Therapien könnte jedoch auch im Hinblick auf Prävention interessant sein. Körperliche Bewegung, sei es auch nur der tägliche Spaziergang durch den Park oder leichte gymnastische Bewegung im Sitzen, könnten helfen einer Depression vorzubeugen. Eine relativ einfache Strategie wäre auch der Einbau von Lampen, die Sonnenlicht simulieren. Ein Gemeinschaftsraum in Altenheimen könnte hierzu der geeignete Platz sein.

Auch wenn die Untersuchung viele nützliche Informationen erbracht hat, bleiben doch noch viele Fragen ungeklärt und wurden viele neue Fragen aufgeworfen. Longitudinale

Untersuchungen, die die Faktoren und ihre Beziehung zueinander untersuchen, sind der erste Schritt, um viele Fragen zu beantworten.

### **Dankwort**

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich bei allen Teilnehmern meiner Untersuchung bedanken. Ich weiß, wieviel Mühe und Zeit das Ausfüllen der Bögen kostet und weiß Ihre Arbeit darum um so mehr zu schätzen. Mein Dank gilt genauso denen, die den Kontakt zu Bewohnern in Altenheimen und Vereinigungen hergestellt haben. Ohne Ihre Hilfe hätte ich niemals eine so große Untersuchung auf die Beine stellen können. Ich möchte mich aber vor allem auch noch einmal bedanken für all die spannenden, traurigen und schönen Erzählungen, die ich während meiner Untersuchung hören durfte. Hinter all den Zahlen und signifikanten oder auch nicht signifikanten Ergebnissen stehen schließlich Menschen, mit all ihren verschiedenen Lebenserfahrungen und Weisheiten. Gerade bei jungen Menschen besteht die Gefahr, dass sie gerade diese Weisheiten und dieses Wissen nicht anerkennen und manchmal abtun als „Gerede der Alten“. Ich habe selbst während meines intensiven Kontaktes mit verschiedensten alten Menschen gemerkt, dass dies ein sehr großer Fehler wäre und dass man sich immer die Zeit nehmen sollte, zuzuhören. Mir ist klar geworden, wie wichtig es ist, von Älteren zu lernen und mir ist auch schmerzlich vor Augen geführt worden, wie selten dies wirklich geschieht und wie Ältere häufig abgeschoben und ausgegrenzt werden. In der Zukunft müssen sicher neue Wege gegangen werden, um das Leben vieler älterer Menschen schöner zu gestalten und auch das Leben Jüngerer dadurch zu bereichern.



## Referenzen

- Aspinwall, L.G. & Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003
- Aspinwall, L.G., Staudinger, U.M. (2003). *A psychology of human strengths*. American Psychological Association, Washington
- Baltes, P.B. & Smith, J. (2003). New Frontiers of aging: from successful aging of the young to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-138
- Bänsch, A. (2004). Personale Ressourcen und subjektive Gesundheit im Alter. *Oberseminar Klinische Psychologie*, 4
- Benzein, E., Saveman, B.I. (1998). One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 322-329
- Bernum, D.D., Snyder, C.R., Rapoff, M.A., Mani, M.M., Thompson, R. (1998). Hope and social support in the psychological adjustment of pediatric burn survivors and matched controls. *Children's Health Care*, 27, 15-30
- Blanchard-Fields, F. (1986). Reasoning on social dilemmas varying in emotional saliency: An adult developmental perspective. *Psychology and Aging*, 1, 325-333
- Blatt, S.J., Shahar, G., Zuroff, D.C. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 449-454
- Blom, M.B.J., Kerver, M.J., Nolen, W.A. (1997). *Inleiding in de interpersoonlijke psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Bloom, F., Nelson, C.A., Lazerson, A. (2001). *Brain, mind, and behavior. Third edition*. Educational Broadcasting Corporation, USA
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Sonderren, van, E. (1995). Het meten van depressie met de CES-D, een handleiding. Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen
- Brehm, S.S., Kassin, S.M., Fein, S. (2002). *Social Psychology. Fifth edition*. Houghton Mifflin Company, New York
- Carey, K.B., Carey, M.P. (1993). Changes in self-efficacy resulting from unaided attempts to quit smoking. *Psychology of Addictive Behaviour*, 7, 219-224
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338
- Carver, C.S. & Gaines, J.G. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462
- Domino, B. & Conway, D.W. (2002). Optimism and pessimism from a historical perspective. In: Chang, E.C. (2002). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. American Psychological Association, Washington
- Drach-Zahavy, A., Somech, A. (2000). Coping with health problems: the distinctive relationships of hope sub-scales with constructive thinking and resource allocation. *Personality and Individual Differences*, 33, 103-117
- Elliott, T.R., Witty, T.E., Herrick, S., Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 608-613
- Fernandez-Ballesteros, R., Zammaron, M.D., Rudinger, G., Schroots, J.J.F., Hekkinen, E., Drusini, A., Paul, C., Charzewska, J. & Rosenmayr, L. (2004). Assessing competence: the European Survey protocol (ESPA). *Gerontology*, 50, 330-347
- Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (1999). *Psychology, Fifth edition*. W.W. Norton & Company, New York

- Häcker, H.O., Stapf, K.H. (2004). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch*, Verlag Hans Huber, Bern
- Ingram, R.E., Miranda, J., Segal, Z.V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Guilford Publications, New York
- Irving, L.M., Snyder, C.R., Growson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*, 66, 195-214
- Kaplan, R.M. & Saccuzzo, D.P. (2005). *Psychological Testing*. Wadsworth, Belmont
- Korrelboom, C.W., Kernkamp, J.H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: CoutinhoStevens, A., Price, J. (1996). *Evolutionary psychiatry. A new beginning*. Routedledge, Londen
- Litt, M.D., Tennen, H., Affleck, G. & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 171-187
- Mroczek, D.K., Spiro, A., Aldwin, C.M., Ozer, D.J. & Bosse, K. (1993). Construct validation of optimism and pessimism among older men: Findings from the Normative Aging Study. *Health Psychology*, 12, 406-409
- Scheier, M.F., & Carer, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J.E., Scheier, C.S. & Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11, 304-309
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994) Distinguishing optimism from neuroticism: A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 67, 1063-1078
- Seegerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., & Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655
- Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003) *Life-Span Human Development*. Wadsworth, Belmont
- Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., Graaf, Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population based prospective epidemiological study. *Journal of affective disorder*, 1, 241-249
- Snyder, C.R., Cheavens, J., Micheal, S.T., Hoping. In C.R. Snyder (Ed). *Coping: the psychology of what works*, Oxford University Press, New York
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irvind, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelles, C., Herney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelles, C., Herney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 4, 570-585
- Snyder, C.R., Rand, K., Sigmon, D.R. (2002). Hope theory: a member of the positive psychology family. In: C.R. Snyder & S.J. Lopez. (Eds.). *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, ew York
- Snyder, C.R., Sympton, S.C., Ybasco, F.C., Borders, T.F., Babyak, M.A., Higgins, R.L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 2, p 321-335
- Snyder, C.R., Taylor, J.D. (2000). Hope as a common factor across psychotherapy approaches: a lesson from the dodo's verdict. In C.R. Snyder (Ed). *Handbook of hope*. Academic Press, San Diego

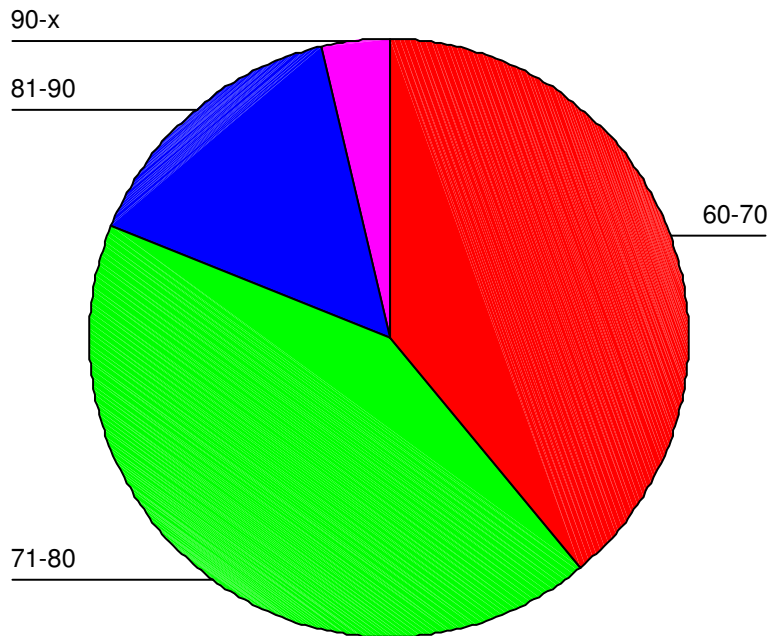
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000). *Handboek Psychopathologie. Deel I Basisbegrippen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem
- Vaupel (2003) In: Baltes, P.B.& Smith, J. (2003). New Frontiers of aging: from successful aging of the young tot the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-138).
- Verkaaik, A.J.B. (1994). Depressie op latere leeftijd. Intro, Nijkerk
- Wilson, T.D. & Linville, P.W. (1985). Improving the performance of college freshmen with attributional techniques. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 287-293 In: Zimbardo, P.G.& Gerrig, R.J. (1996). *Psychologie*, Springer, Berlin
- Wurff, van der, F.B., Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M.,Stek, M.L., Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83, 33-41
- Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. (1996) *Psychologie*. HarperCollins, New York

# **Bijlagen**

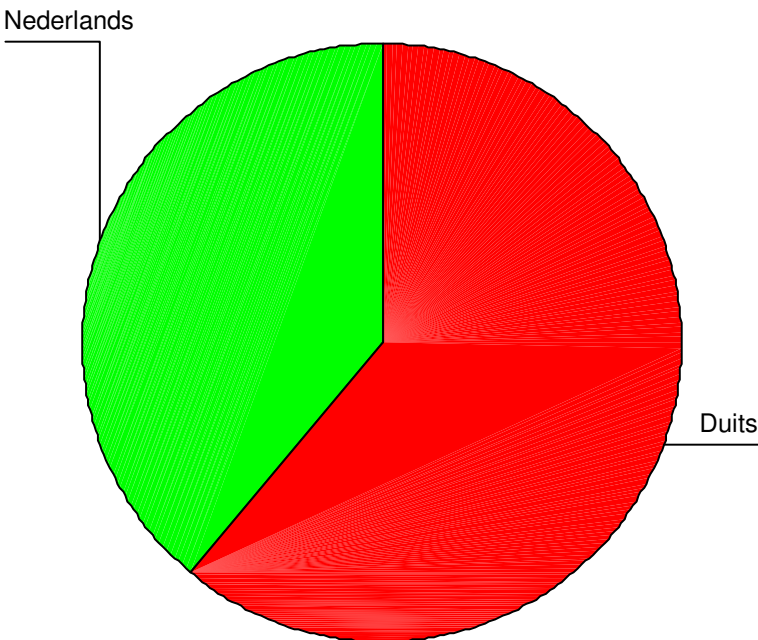
- Bijlage 1: Statistische bewerkingen van de data**
- Bijlage 2: Vragenpakket, Nederlandse versie**
- Bijlage 3: Vragenpakket, Duitse versie**

## Bijlage 1, statistische bewerkingen

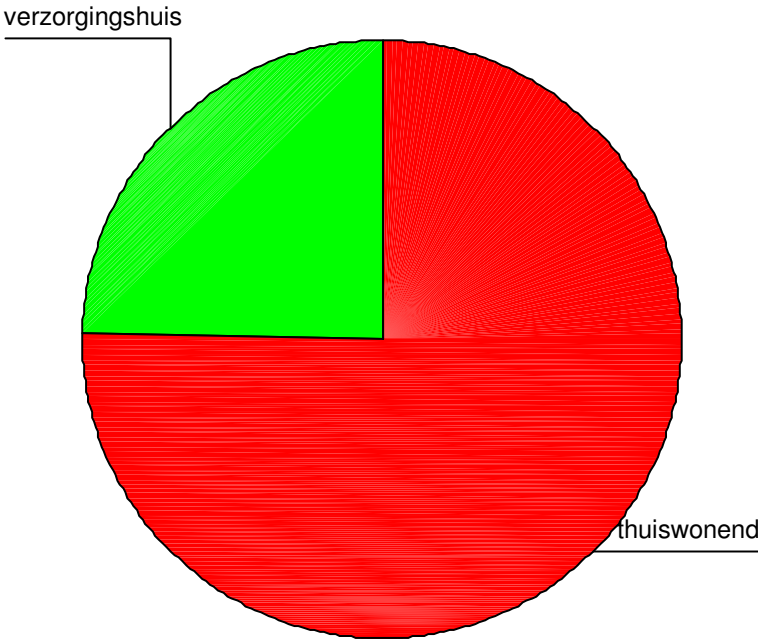
Verdeling van de leeftijdsgroepen in de steekproef:



Verdeling van de nationaliteit in de steekproef:

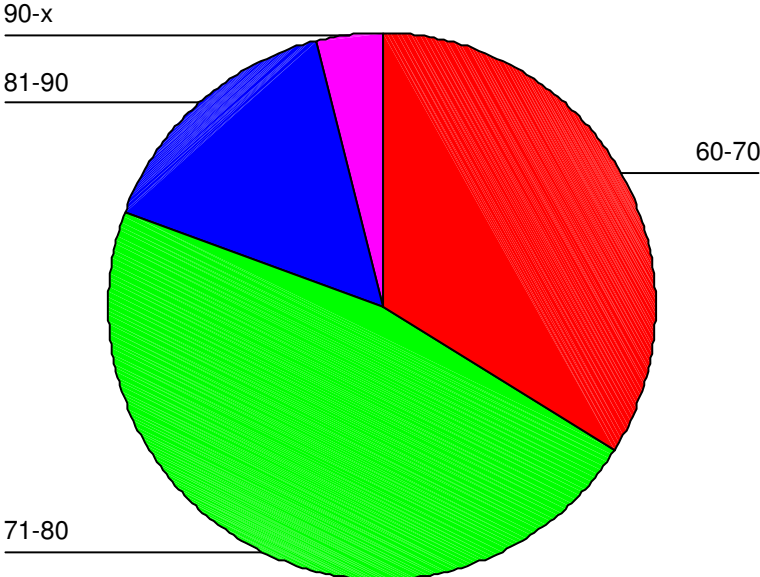


Verdeling van de woonvorm in de steekproef:

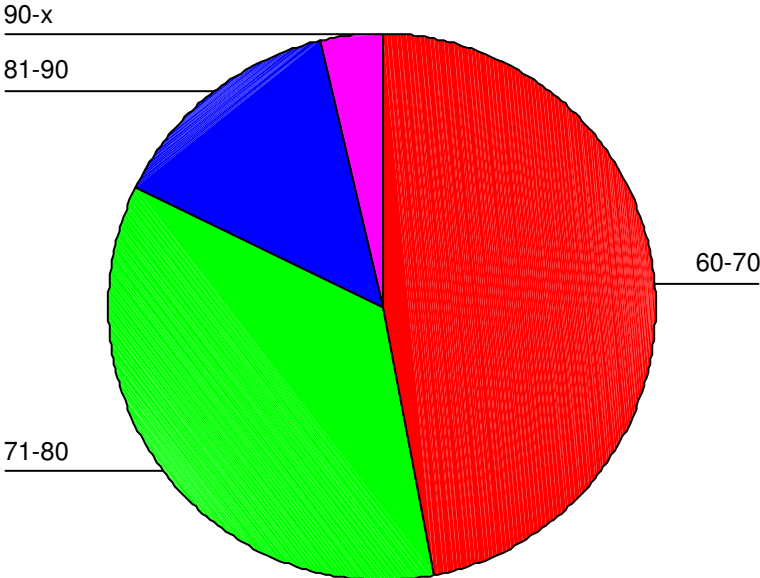


Verdeling van de leeftijdsgroepen, opgesplitst naar nationaliteit:

### Duitse nationaliteit



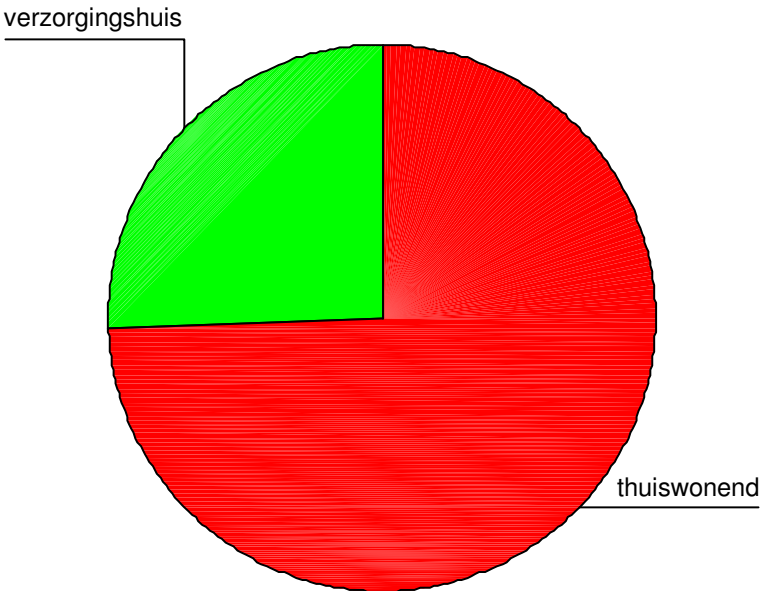
### Nederlandse nationaliteit



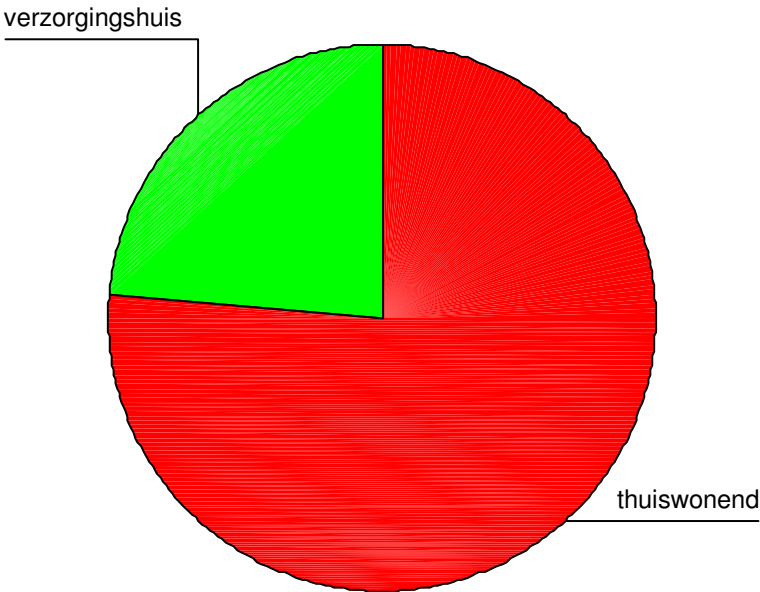
De leeftijdsgroepen zijn in beide steekproeven ongeveer evenredig verdeelt.

Verdeling van de woonvorm, opgesplitst naar nationaliteit:

### Duitse nationaliteit



### Nederlandse nationaliteit

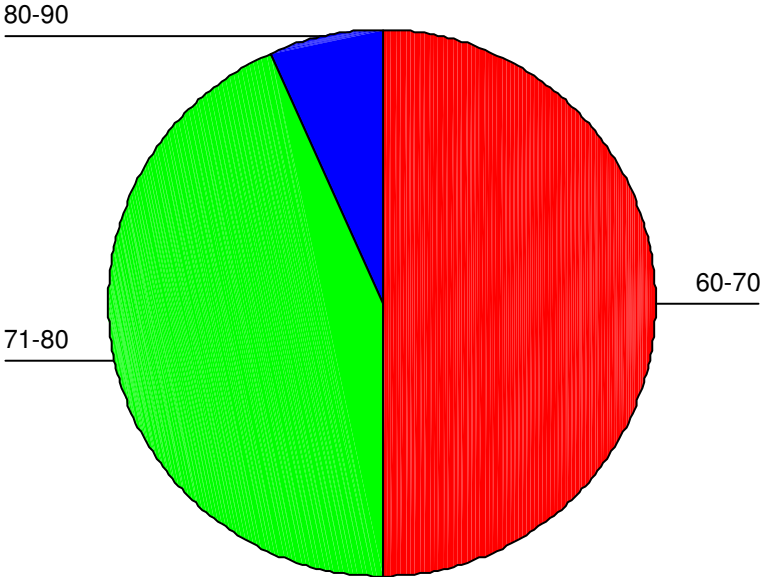


De woonvorm is bij beide nationaliteiten ongeveer uitgebalanceerd

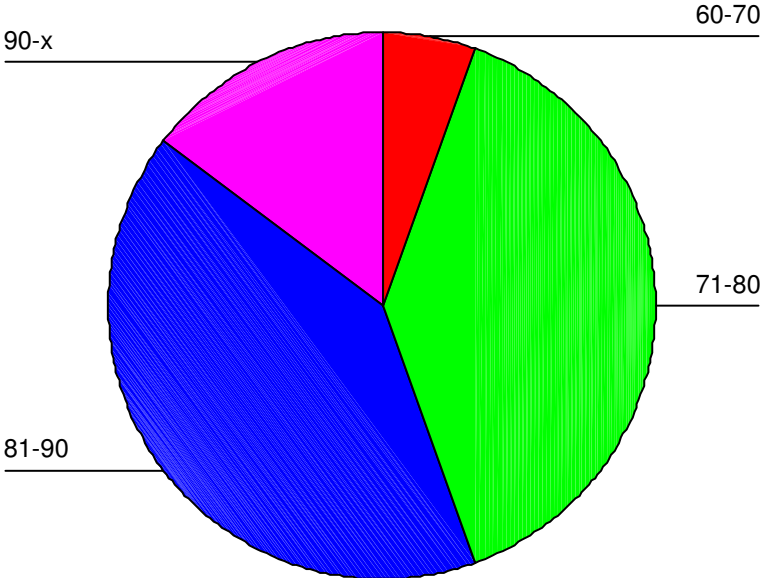


Verdeling van leeftijdsgroepen, opgesplitst naar woonvorm:

### Thuiswonend



### Verzorgingshuis



Opvallend is dat de oudste leeftijdsgroep alleen in het verzorgingshuis vertegenwoordigd is. Mensen die thuis wonen zijn over het algemeen veel jonger dan mensen die in een verzorgingshuis wonen.

Beschrijvende statistiek over de verschillende vragenlijsten:

CES-D

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	198
Aantal gebruikte items	20
Minimumscore	0
Behaalde minimumscore	0
Maximumscore	60
Behaalde maximumscore	45
Gemiddelde score	12,9
Standaarddeviatie	8,6
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,86

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 1 (CES-D 1)	0,8506
Item 2 (CES-D 2)	0,8472
Item 3 (CES-D 3)	0,8483
Item 4 (CES-D 4)	0,8732
Item 5 (CES-D 5)	0,8546
Item 6 (CES-D 6)	0,8405
Item 7 (CES-D 7)	0,8446
Item 8 (CES-D 8)	0,8601
Item 9 (CES-D 9)	0,8521
Item 10 (CES-D 10)	0,8486
Item 11 (CES-D 11)	0,8535
Item 12 (CES-D 12)	0,8571
Item 13 (CES-D 13)	0,8575
Item 14 (CES-D 14)	0,8493
Item 15 (CES-D 15)	0,8574
Item 16 (CES-D 16)	0,8560
Item 17 (CES-D 17)	0,8543
Item 18 (CES-D 18)	0,8436
Item 19 (CES-D 19)	0,8560
Item 20 (CES-D 20)	0,8502

Hieruit blijkt dat de interne consistentie die met Cronbach's Alpha beschreven wordt het hoogst is wanneer alle items in de lijst blijven staan.

## Adult State Hope Scale (Totaalscore)

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	208
Aantal gebruikte items	6
Minimumscore	6
Behaalde minimumscore	6
Maximumscore	24
Behaalde maximumscore	24
Gemiddelde score	16,6
Standaarddeviatie	3
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,84

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 1 (STAT 1)	0,8280
Item 2 (STAT 2)	0,8000
Item 3 (STAT 3)	0,8094
Item 4 (STAT 4)	0,8104
Item 5 (STAT 5)	0,8140
Item 6 (STAT 6)	0,8101

Het verwijderen van een van de items zou de interne consistentie van de vragenlijst niet verhogen. In tegendeel, de consistentie zou zelfs dalen. Dit wordt mede veroorzaakt door het kleine aantal items in de vragenlijst.

## Adult State Hope – Subscale Agency

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	210
Aantal gebruikte items	3
Minimumscore	3
Behaalde minimumscore	3
Maximumscore	12
Behaalde maximumscore	12
Gemiddelde score	8,1
Standaarddeviatie	1,8
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,76

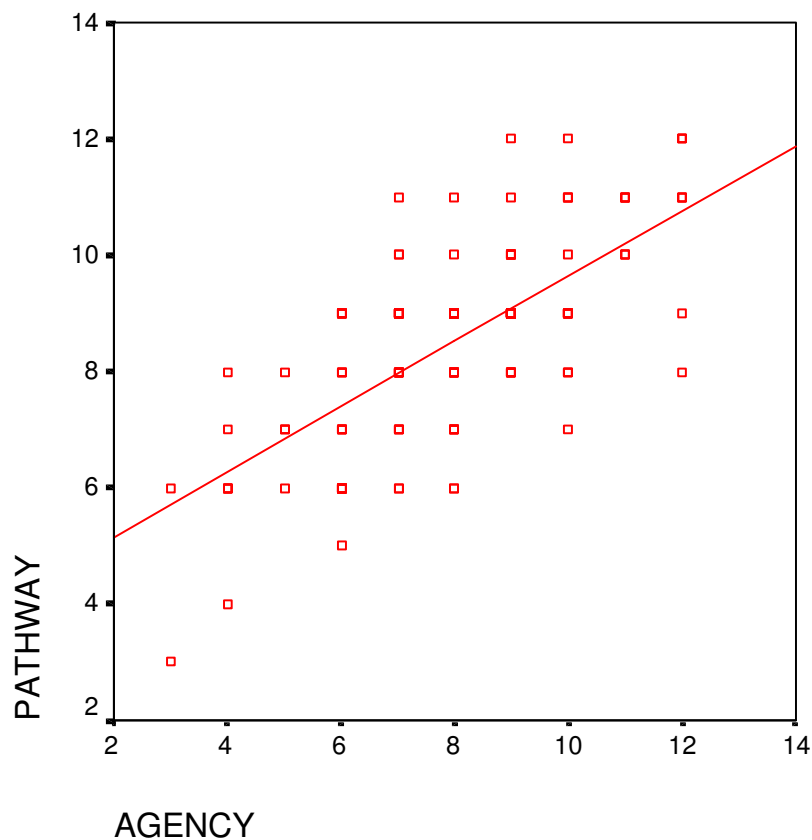
## Adult State Hope – Subscale Pathway

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	213
Aantal gebruikte items	3
Minimumscore	3

Behaalde minimumscore	3
Maximumscore	12
Behaalde maximumscore	12
Gemiddelde score	8,5
Standaarddeviatie	1,5
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,71

Spreidingsdiagram Agency en Pathway Subschaal:



Correlatie tussen de subschalen:  $r = 0,69$ , Overschrijdingskans: 0,000

Adult-Trait Hope Scale

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	205
Aantal gebruikte items	8
Minimumscore	8
Behaalde minimumscore	12
Maximumscore	32
Behaalde maximumscore	32
Gemiddelde score	23,7
Standaarddeviatie	3,4
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,80

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach´s Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item Traitho1	0,7630
Item Traitho2	0,7665
Item Traitho 4	0,7824
Item Traitho 6	0,7754
Item Traitho 8	0,7762
Item Traitho 9	0,7956
Item Traitho 11	0,7890
Item Traitho 12	0,7777

Adult-Trait Hope Scale, Agency Subscale

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	209
Aantal gebruikte items	4
Minimumscore	4
Behaalde minimumscore	5
Maximumscore	16
Behaalde maximumscore	16
Gemiddelde score	11,7
Standaarddeviatie	1,8
Cronbach´s Alpha (betrouwbaarheid)	0,65

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach´s Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 2	0,6148
Item 9	0,5913
Item 10	0,5732
Item 12	0,5248

Adult-Trait Hope Scale, Pathway Subscale

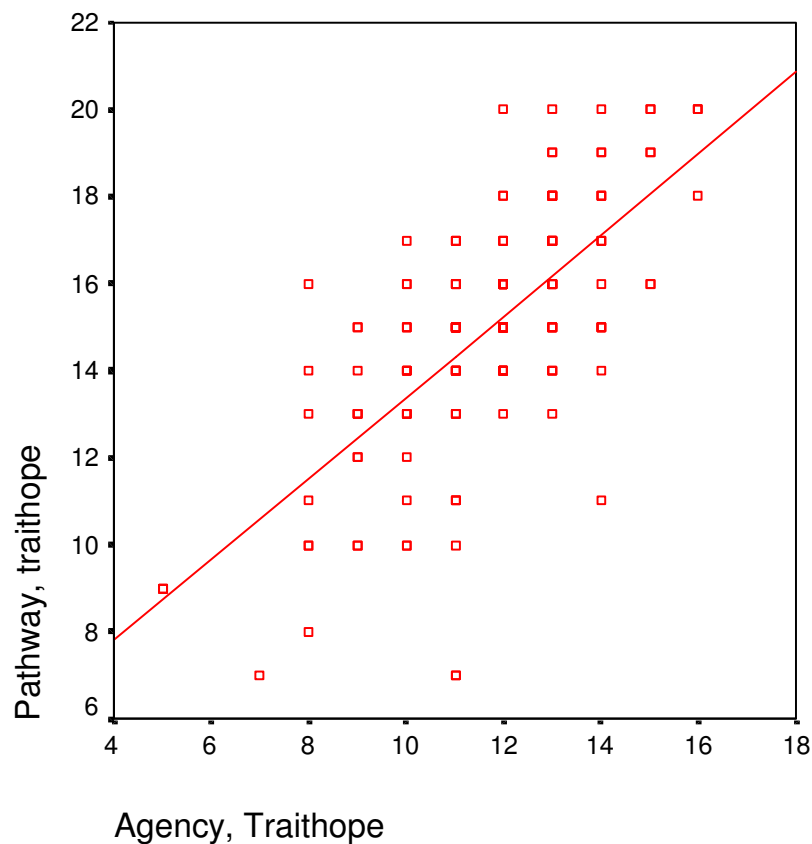
Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	210
Aantal gebruikte items	4
Minimumscore	4
Behaalde minimumscore	7
Maximumscore	16
Behaalde maximumscore	16
Gemiddelde score	14,9
Standaarddeviatie	2,5
Cronbach´s Alpha (betrouwbaarheid)	0,73

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 1	0,6495
Item 4	0,6534
Item 6	0,6912
Item 8	0,6954

Spreidingsdiagram Pathway en Agency Subschaal:



Correlatie tussen de subschalen:  $r = 0,7$  Overschrijdingskans: 0,000

LOT-R

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	208
Aantal gebruikte items	6
Minimumscore	0
Behaalde minimumscore	2
Maximumscore	24
Behaalde maximumscore	24
Gemiddelde score	15,8
Standaarddeviatie	4
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,65

Item Totaal Correlaties LOT-R:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item Opt1	0,5990
Item Opt3	0,6670
Item Opt4	0,5609
Item Opt7	0,6332
Item Opt9	0,6109
Item Opt10	0,5877

**Bijlage 2, Nederlandse versie vragenpakket**

**Geachte heer, mevrouw,**

**wij, Nina Czychon en Jessica de Bloom zijn studenten aan de Universiteit Twente. Wij doen onderzoek naar de relatie tussen positieve factoren en gezondheid bij oudere mensen.**

**Hiervoor vragen wij uw medewerking in de vorm van invullen van vragenlijsten.**

**Het invullen van de lijsten zal u ongeveer 20 minuten kosten.**

**Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.**

**Als u daar prijs op stelt kunt u een kort verslag van onze onderzoeksbevindingen ontvangen.**

**Als u nog vragen heeft kunt u die stellen aan de aanwezige studenten of Professor J.J. Baneke van de Universiteit Twente.**

**Hartelijk dank.**

**Met hoogachting en vriendelijke groet,**

**Nina Czychon en Jessica de Bloom**

**Wilt u nu de onderstaande gegevens invullen?**

**Leeftijd: ... jaar**

**Geslacht: mannelijk  vrouwelijk**

**Opleiding:**

**(Voormalig) beroep:**

**Burgerlijke staat:**

**ongetrouwd  getrouwd  gescheiden  Weduwe/Weduwnaar**



**Hieronder vindt u een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een kruisje te zetten in de cel in de tabel kunt u aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op u betrekking heeft.**

**1 = absoluut niet mee eens**

**2 = niet mee eens**

**3 = mee eens**

**4 = absoluut mee eens**

		<b>Absoluut niet mee eens</b>	<b>Niet mee eens</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Absoluut mee eens</b>
<b>Nr.</b>	<b>Uitspraak</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
01	Als ik in moeilijkheden zit weet ik altijd wel een manier om er uit te komen	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
02	Mijn doelen volg ik meestal met veel energie	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
03	Ik voel me vaak moe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
04	Er bestaan talloze mogelijkheden om een probleem op te lossen	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
05	In een discussie voel ik me meestal snel in een hoek gedreven	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
06	Ik kan allerlei manieren bedenken om de dingen die in het leven het belangrijkste voor mij zijn te bereiken	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
07	Ik maak me dikwijls zorgen over mijn gezondheid	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>Nr</b>	<b>Uitspraak</b>	<b>Absoluut niet mee eens</b>	<b>Niet mee eens</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Absoluut mee eens</b>
08	Zelfs als anderen ontmoedigd raken, weet ik altijd nog wel een oplossing te vinden voor een probleem	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
09	Mijn ervaringen uit het verleden hebben me goed voorbereid op de toekomst	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
10	Ik heb in mijn leven behoorlijk veel succes gehad	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
11	Ik maak me best vaak zorgen	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
12	Ik bereik de doelen die ik mezelf gesteld heb	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Hieronder vindt u een aantal uitspraken over uw huidige persoonlijke doelen en ervaringen. Wilt u op de onderstaande schaal aangeven welk cijfer het beste aangeeft of die uitspraak op u, zoals u de laatste tijd bent, betrekking heeft. Dit kunt u doen door een kruisje in de cel met de cijfer te zetten achter de uitspraak.**

**1 = absoluut niet mee eens**

**2 = niet mee eens**

**3 = mee eens**

**4 = absoluut mee eens**

		<b>Absoluut niet mee eens</b>	<b>Niet mee eens</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Absoluut mee eens</b>
<b>Nr.</b>	<b>Uitspraak</b>				
01	Als ik nu in moeilijkheden zou zitten, zou ik veel manieren kunnen bedenken om er uit te komen				
02	De laatste tijd volg ik mijn doelen met veel energie				
03	Er bestaan talloze mogelijkheden om problemen die ik momenteel ervaar op te lossen				
04	Op dit moment zie ik mezelf als behoorlijk succesvol				
05	Ik kan veel manieren bedenken om mijn huidige doelen te bereiken				
06	Op dit moment bereik ik de doelen die ik mezelf gesteld heb				

**Hieronder vindt u een aantal uitspraken over hoe u zich de afgelopen week gevoeld heeft. Zet een kruisje in de cel van de tabel bij het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.**

	<b>Tijdens de afgelopen week: ...</b>	<b>Zelden of nooit (minder dan 1 dag)</b>	<b>Soms of weinig (1-2 dagen)</b>	<b>Regelmatig (3-4 dagen)</b>	<b>Meestal of altijd (5-7 dagen)</b>
<b>Nr.</b>					
01	...stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen				
02	...had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht				
03	...bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen				
04	...voelde ik me even veel waard als ieder ander				
05	...had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden				
06	...voelde ik me gedeprimeerd				
07	...had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte				
08	...had ik goede hoop voor de toekomst				
09	...vond ik mijn leven een mislukking				
10	...voelde ik me bang				

	<b>Tijdens de afgelopen week: ...</b>	<b>Zelden of nooit (minder dan 1 dag)</b>	<b>Soms of weinig (1-2 dagen)</b>	<b>Regelmatig (3-4 dagen)</b>	<b>Meestal of altijd (5-7 dagen)</b>
11	...sliep ik onrustig				
12	...was ik gelukkig				
13	...pratte ik minder dan gewoonlijk				
14	...voelde ik me eenzaam				
15	...waren de mensen onaardig				
16	...had ik geen plezier in het leven				
17	...had ik huilbuien				
18	...was ik treurig				
19	...had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden				
20	...kon ik maar niet op gang komen				

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een kruisje te zetten in de cel in de tabel kunt u aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op u betrekking heeft.

<b>Nr</b>	<b>Uitspraak</b>	<b>Absoluut niet mee eens</b>	<b>Niet mee eens</b>	<b>Weet niet</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Absoluut mee eens</b>
<b>1</b>	<b>Op momenten van onzekerheid en twijfel, heb ik toch meestal de beste verwachtingen</b>					
<b>2</b>	<b>Ik kan me gemakkelijk ontspannen</b>					
<b>3</b>	<b>Als er iets in mijn leven mis kan gaan, dan gaat het ook mis</b>					
<b>4</b>	<b>Ik ben altijd optimistisch over mijn eigen toekomst</b>					
<b>5</b>	<b>Ik kan mijn vrienden veel plezier geven</b>					
<b>6</b>	<b>Het is belangrijk voor mij actief te blijven</b>					
<b>7</b>	<b>Ik verwacht eigenlijk nooit dat de dingen zullen lopen zoals ik graag zou willen dat ze lopen</b>					
<b>8</b>	<b>Ik raak niet snel opgewonden</b>					
<b>9</b>	<b>Ik reken er meestal niet op dat mij iets goeds zal overkomen</b>					
<b>10</b>	<b>Over het algemeen verwacht ik dat me meer goede dingen dan slechte dingen zullen overkomen</b>					

**Dit was de laatste vragenlijst. Bedankt voor het invullen.**

**Bijlage 3: Vragenpakket, Duitse versie**

**Sehr geehrte/r Teilnehmer/in an der Untersuchung,**

**wir, Nina Czychon und Jessica de Bloom sind Psychologie-Studenten an der Universität Twente. Wir untersuchen die Beziehung zwischen positiven Faktoren und Gesundheit bei Menschen über 65 Jahren.**

**Hiefür erbitten wir Ihre Mitarbeit in der Form von Ausfüllen der beiliegenden Fragebögen.**

**Das Ausfüllen der Fragebögen wird Sie ungefähr 20 Minuten kosten. Es ist sehr wichtig, dass Sie alle Fragebögen vollständig ausfüllen.**

**Ihre Angaben werden anonym verarbeitet und als vertraulich behandelt.**

**Wenn Sie möchten, können Sie einen kurzen Bericht über die Untersuchungsergebnisse erhalten.**

**Bei Rückfragen können Sie sich an Jessica de Bloom (Tel: 0031534328074) oder an den begleitenden Dozenten, Professor Joost Baneke ( [j.j.baneke@utwente.nl](mailto:j.j.baneke@utwente.nl)) wenden.**

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.**

**Mit freundlichen Grüßen,**

**Nina Czychon und Jessica de Bloom**

**Würden Sie nun folgende Angaben machen?**

**Alter: ... Jahre**

**Geschlecht: Männlich  Weiblich**

**(Früherer) Beruf:**

**Familienstand:**

**ledig    verheiratet    geschieden    Witwe/r**

## Fragebogen „persönliche Ziele und Erfahrungen“

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre persönlichen Ziele und Erfahrungen.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann das Feld der Tabelle an, das am besten wiedergibt, wie Sie sich im Allgemeinen selbst sehen.

1= trifft absolut nicht zu

2= trifft nicht zu

3= trifft zu

4= trifft absolut zu

Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u> zu	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu
1	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, Schwierigkeiten zu überwinden	1	2	3	4
2	Ich verfolge meine Ziele energisch	1	2	3	4
3	Ich fühle mich meistens müde	1	2	3	4
4	Es gibt viel Möglichkeiten ein Problem zu lösen	1	2	3	4
5	In einem Streit fühle ich mich schnell in die Ecke getrieben	1	2	3	4
6	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, die Dinge zu bekommen, die mir am wichtigsten sind	1	2	3	4
7	Ich mache mir Sorgen über meine Gesundheit	1	2	3	4
8	Sogar, wenn sich andere entmutigen lassen, weiß ich, dass ich noch eine Möglichkeit finden werde das Problem zu lösen	1	2	3	4



<b>Nr</b>	<b>Aussage</b>	<b>Trifft absolut <u>nicht</u> zu</b>	<b>Trifft <u>nicht</u> zu</b>	<b>Trifft zu</b>	<b>Trifft absolut zu</b>
<b>9</b>	<b>Meine Erfahrungen in der Vergangenheit haben mich gut auf die Zukunft vorbereitet</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>10</b>	<b>Ich war im Leben ziemlich erfolgreich</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>11</b>	<b>Ich mache mir häufig Sorgen über etwas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>12</b>	<b>Ich erreiche die Ziele, die ich mir selbst gesetzt habe</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

## Fragebogen „aktuelle persönliche Ziele“

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre heutigen persönlichen Ziele und Erfahrungen.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann das Feld der Tabelle an, das am besten wiedergibt, wie Sie sich im Moment selbst sehen. Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und versuchen Sie sich auf das, was gerade in Ihrem Leben passiert zu konzentrieren.

1= trifft absolut nicht zu

2= trifft nicht zu

3= trifft zu

4= trifft absolut zu

Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u> zu	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu
1	Wenn ich jetzt in Schwierigkeiten wäre, wüsste ich viele Möglichkeiten um sie zu bewältigen	1	2	3	4
2	Momentan verfolge ich meine Ziele mit viel Energie	1	2	3	4
3	Es gibt viele Möglichkeiten ein aktuelles Problem zu lösen	1	2	3	4
4	Im Moment sehe ich mich als besonders erfolgreich	1	2	3	4
5	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, meine aktuellen Ziele zu erreichen	1	2	3	4
6	Zur Zeit erreiche ich die Ziele, die ich mir selber gesetzt habe	1	2	3	4

**Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, wie Sie sich in der vergangenen Woche gefühlt oder verhalten haben.**

**Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am besten beschreibt, wie oft Sie sich in der vergangenen Woche so gefühlt oder verhalten haben.**

**Selten oder nie = nie bzw an weniger als 1 Tag**

**Manchmal oder gelegentlich = an 1- 2 Tagen**

**Öfters oder häufig: an 3 – 4 Tagen**

**Meistens oder ständig = an 5 – 7 Tagen**

<b>Nr</b>	<b>In der vergangenen Woche...</b>	<b>Selten/ nie, unter 1 Tag</b>	<b>Manchmal gelegentlich 1-2 Tage</b>	<b>Öfter/ häufig 3-4 Tage</b>	<b>Meistens/ ständig, 5-7 Tage</b>
<b>1</b>	<b>...haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen</b>				
<b>2</b>	<b>...war mir nicht nach essen zumute, hatte ich keinen Appetit</b>				
<b>3</b>	<b>...hatte ich das Gefühl, selbst mit Hilfe meiner Familie oder Freunde, meinen Trübsinn nicht abschütteln zu können</b>				
<b>4</b>	<b>...hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere Menschen zu sein</b>				
<b>5</b>	<b>...ist es mir schwer gefallen, mich auf die jeweilige Aufgabe zu konzentrieren</b>				
<b>6</b>	<b>...fühlte ich mich niedergeschlagen</b>				
<b>7</b>	<b>...empfand ich alles als anstrengend</b>				
<b>8</b>	<b>...blickte ich voller Zuversicht in die Zukunft</b>				

<b>Nr</b>	<b>In der vergangenen Woche...</b>	<b>Selten/ nie, unter 1 Tag</b>	<b>Manchmal gelegentlich 1-2 Tage</b>	<b>Öfter/ häufig 3-4 Tage</b>	<b>Meistens/ ständig, 5-7 Tage</b>
<b>9</b>	<b>...empfand ich mein Leben als gescheitert</b>				
<b>10</b>	<b>...war ich ängstlich</b>				
<b>11</b>	<b>...habe ich unruhig geschlafen</b>				
<b>12</b>	<b>...war ich glücklich</b>				
<b>13</b>	<b>...habe ich weniger als sonst geredet</b>				
<b>14</b>	<b>...fühlte ich mich einsam</b>				
<b>15</b>	<b>...waren die Menschen unfreundlich</b>				
<b>16</b>	<b>...hatte ich Spaß am Leben</b>				
<b>17</b>	<b>...musste ich grundlos weinen</b>				
<b>18</b>	<b>...war ich traurig</b>				
<b>19</b>	<b>...hatte ich das Gefühl, dass mich andere Menschen nicht mögen</b>				
<b>20</b>	<b>...bin ich nicht „in Gang“ gekommen</b>				

**Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.**

<b>Nr</b>	<b>Aussage</b>	<b>Trifft absolut nicht zu</b>	<b>Trifft kaum zu</b>	<b>Teils/ Teils</b>	<b>Trifft etwas zu</b>	<b>Trifft absolut zu</b>
<b>1</b>	<b>Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste</b>					
<b>2</b>	<b>Es fällt mir leicht zu entspannen</b>					
<b>3</b>	<b>Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch</b>					
<b>4</b>	<b>Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch</b>					
<b>5</b>	<b>In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl</b>					
<b>6</b>	<b>Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein</b>					
<b>7</b>	<b>Fast nie entwickeln sich Dinge nach meinen Vorstellungen</b>					
<b>8</b>	<b>Ich bin allzu leicht aus der Fassung zu bringen</b>					
<b>9</b>	<b>Ich zähle darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt</b>					
<b>10</b>	<b>Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren</b>					

**Das war der letzte Fragebogen. Herzlichen Dank.**