



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Rolle von Resilienzfaktoren für die Assoziation von  
körperlicher und psychischer Gesundheit“

verfasst von / submitted by

Dolores Krsic, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2020/ Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

## Inhaltsverzeichnis

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Zusammenfassung .....                                 | 4  |
| Abstract .....                                        | 5  |
| 1 Einleitung .....                                    | 6  |
| 2 Theoretischer Hintergrund .....                     | 7  |
| 2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....          | 7  |
| 2.2 Wohlbefindensparadox und Resilienz .....          | 9  |
| 2.3 Lebensalter und subjektives Wohlbefinden .....    | 12 |
| 2.4 Geschlecht und subjektives Wohlbefinden.....      | 15 |
| 2.5 Resilienzfaktoren.....                            | 16 |
| 2.5.1 Kohärenzgefühl .....                            | 17 |
| 2.5.2 Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit .....    | 20 |
| 2.5.2.1 Selbstwertgefühl .....                        | 21 |
| 2.5.2.2 Selbstwirksamkeit.....                        | 22 |
| 2.5.3 Soziale Unterstützung .....                     | 22 |
| 2.6 Rheumatoide Arthritis.....                        | 24 |
| 2.7 Zielsetzung der Studie .....                      | 26 |
| 3 Methodik .....                                      | 27 |
| 3.1 Stichprobenbeschreibung .....                     | 27 |
| 3.2 Untersuchungsdurchführung und Studiendesign ..... | 27 |
| 3.3 Untersuchungsinstrumente .....                    | 28 |
| 3.3.1 Short-Form-36 Health Survey .....               | 28 |
| 3.3.2 Sense of Coherence Scale.....                   | 28 |
| 3.3.3 Rosenberg Self-Esteem Scale .....               | 29 |
| 3.3.4 General Self-Efficacy Scale.....                | 29 |
| 3.3.5 Brief Social Support Scale BS-6.....            | 29 |
| 3.3.6 Soziodemographische Daten .....                 | 30 |
| 3.4 Fragestellung und Hypothesen .....                | 30 |
| 3.5 Statistische Auswertung .....                     | 32 |
| 4 Ergebnisse .....                                    | 33 |
| 4.1 Deskriptive Statistik.....                        | 33 |
| 4.2 Reliabilitätsanalyse .....                        | 35 |
| 4.3 Inferenzstatistische Ergebnisse.....              | 36 |
| 4.3.1 Fragestellung 1 Populationsvergleich .....      | 36 |
| 4.3.2 Fragestellung 2 Altersvergleich .....           | 38 |

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| 4.3.3 Fragestellung 3 Geschlechtsvergleich ..... | 37 |
| 4.3.4 Fragestellung 4 Mediatoranalyse .....      | 38 |
| 5 Diskussion.....                                | 41 |
| 6 Limitation und Ausblick .....                  | 42 |
| Literaturverzeichnis.....                        | 45 |
| Tabellenverzeichnis .....                        | 50 |
| Abbildungsverzeichnis .....                      | 50 |

## **Zusammenfassung**

Hintergrund. Ziel dieser Untersuchung war, im Sinne des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky (1987) mögliche gesundheitsfördernde Faktoren zu untersuchen, die bei Personen mit chronischen körperlichen Erkrankungen in Verbindung mit dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden stehen.

Methodik. Die Stichprobe beinhaltete 244 TeilnehmerInnen, die eine Diagnose rheumatoide Arthritis aufwiesen. Für die Querschnittsstudie haben die TeilnehmerInnen einen Online-Fragebogen ausgefüllt. Dieser beinhaltete das Short-Form-36 Health Survey (SF-36) zur Erfassung des körperlichen und psychischen Wohlergehens. Außerdem wurden für die Erhebung des Kohärenzgefühls die Sense of Coherence Scale, für das Selbstwertgefühl die Rosenberg Self-Esteem Scale, für die wahrgenommene Selbstwirksamkeit die Self Efficacy Scale und für die soziale Unterstützung die Brief Social Support Scale benutzt.

Ergebnisse. Zunächst wurde gezeigt, dass die Werte des psychischen Wohlbefindens in der Normalpopulation signifikant höher als in der klinischen Stichprobe sind. Es konnten jedoch keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Personen unter 60 Jahren und Personen über 60 Jahre in Bezug auf die Resilienzfaktoren und das psychische Wohlergehen gefunden werden. Trotz ungleicher Geschlechterverteilung zeigten Frauen mit schwachem Effekt signifikant höhere Werte in Bezug auf das Kohärenzerleben. Darüber hinaus deuteten die Ergebnisse auf eine partielle Mediation der einzelnen vier Resilienzfaktoren auf den Zusammenhang zwischen körperlichem und psychischem Wohlbefinden bei Menschen mit rheumatoider Arthritis hin.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse zeigen, dass die gemessenen Resilienzfaktoren in Verbindung mit dem psychischen Wohlergehen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen stehen. Die Erforschung dieser Mechanismen ist notwendig, um wirksame Interventionen zu entwickeln.

**Abstract**

**Background.** The aim of this study was to investigate the salutogenic approach by Antonovsky (1987) and possible health-related factors for people with chronic physical illnesses in relationship with their physical and mental well-being.

**Methods.** The target group of this study ( $N=244$ ) were patients diagnosed with rheumatoid arthritis. In a cross-sectional design data was collected with an online-survey, that contained the Short-Form-36 Health Survey (SF-36) to examine the physical and mental well-being. Also, the Sense of Coherence Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Self-Efficacy Scale and Brief Social Support Scale were used.

**Results.** First, it was shown that the norm population had significantly higher scores in mental well-being than the clinical sample. However, in the clinical sample there were no significant differences between people in the age category under and over 60 years concerning sense of coherence, self-esteem, self-efficacy, social support and mental well-being. Despite an unequal distribution in gender, women showed with small effect size significantly higher results in sense of coherence than men. Furthermore, all resilience factors showed a partial mediation in the relationship between physical and mental well-being.

**Conclusion.** The results indicate that the chosen resilience factors are associated with mental well-being in people with chronic illnesses. Research focusing on those mechanisms is needed, to develop effective interventions.

## 1 Einleitung

Es zeigt sich immer deutlicher, dass Populationen in verschiedenen Teilen der Welt eine höhere Lebenserwartung haben (Beard et al., 2015). Dies scheint auf den ersten Blick eine Errungenschaft der Menschen zu sein, da die Lebenszeit als wertvolle Ressource verlängert wird und dies einen Einfluss auf zahlreiche Lebensbereiche und die Lebensqualität haben kann. Das Nutzen jener positiven Aspekte eines längeren Lebens ist jedoch abhängig von der Gesundheit. Wenn die zusätzlichen Lebensjahre von psychischen und physischen Beeinträchtigungen begleitet werden, fallen die Aussichten für den Menschen sowie die Gesellschaft negativ aus. Die Weltgesundheitsorganisation hat 2014 berichtet, dass, obwohl die Zahlen schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen mit großem Ausmaß an Pflegebedürftigkeit leicht sinken, sich keine Veränderungen in den weniger schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen finden (Chatterij, Byles, Cutler, Seeman, & Verdes, 2015). Dies stellt ein wichtiges Problem der heutigen Zeit dar und bedarf weiterer Forschung. Neben erforderlichen medizinischen Entwicklungen stellt sich jedoch gleichzeitig in Bezug auf die psychische Gesundheit die Frage: Wie kann man die Lebensqualität bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen fördern? Welche Faktoren sind für die psychische Gesundheit von Bedeutung?

Schon in den 1980er Jahren hat der Soziologe Aaron Antonovsky das Konzept der Salutogenese in die wissenschaftliche Welt eingeführt (Antonovsky, 1987). Während sich bislang die Pathogenese damit beschäftigt hat, bestimmte Erkrankungen und deren Mechanismen zu untersuchen und herauszufinden, wie Erkrankungen entstehen, hat die Salutogenese einen Schwerpunkt auf das Ergründen der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Ressourcen sowie Potentiale von Individuen gelegt. Dieser Ansatz hat sich in der Gesundheitspsychologie über die Zeit fest etabliert. Laut Antonovsky war es sinnvoller, sich auf persönliche Ressourcen und das Fassungsvermögen zu konzentrieren, um Gesundheit zu fördern, statt auf Risiken und Krankheiten. Die Grundannahmen der Salutogenese orientieren sich auf das Lösen von Problemen, um somit verfügbare persönliche Ressourcen zu nutzen. Die Gesundheit bewegt sich hierbei auf einer Achse zwischen zwei Polen: vollständige Krankheit (engl. dis-ease) und vollständige Gesundheit (engl. ease). Des Weiteren bezieht sich das Konzept nicht nur alleinig auf individuelle Prozesse, sondern auch auf

interindividuelle Mechanismen sowie gesellschaftliche Strukturen und deren Voraussetzungen für vorhandene Ressourcen. Das Stärken und Nutzen von Ressourcen steht somit im Vordergrund für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit. Es bringt aufschlussreiche Informationen darüber, warum Menschen trotz widriger Umstände über ein gutes Wohlbefinden verfügen. Solche Widerstandsressourcen können sowohl materiell als auch immateriell sein. Sie können sich beispielsweise in Form von Wissen, Coping-Strategien, sozialer Unterstützung, Einsatzbereitschaft, kultureller Stabilität, Religion oder Philosophie zeigen und tragen dazu bei, sinnvolle und kohärente Erlebnisse im Leben zu schaffen. Passend dazu hat sich im Laufe der Zeit die Resilienzforschung entwickelt, die auch bereits dem Konzept der Salutogenese gegenübergestellt wurde (Eriksson & Lindstrom, 2012; Rutter, 1987; Rutter, 2006). Obwohl sich die Resilienz auf protektive Faktoren für die Gesundheit und das Wohlergehen bezieht, lassen sich beide Konzepte gut in Verbindung bringen. Beide Konzepte verfolgen das Ziel, gesundheitsfördernde Faktoren zu untersuchen und zu stärken.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

Im folgenden Teil wird zunächst auf den Forschungsbereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingegangen und das Wohlbefindensparadox vorgestellt. Im Zuge dessen wird vor dem Hintergrund der Salutogenese die Resilienz als Konzept mit einbezogen und der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang mit dem Alter, dem Geschlecht und bestimmten Resilienzfaktoren sowie den dazugehörigen Modellen erklärt. Hierbei wird ein Fokus auf Faktoren gelegt, die mit der psychischen Gesundheit bei Menschen mit chronischen Krankheiten assoziiert werden. Die Methoden, die die psychologische Forschung nutzt, um diese Faktoren zu untersuchen, spielen auch eine Rolle. Anschließend wird das Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis mit den psychischen komorbiden Störungen sowie diagnosebezogenen Schwierigkeiten beschrieben. Zuletzt folgt die Zielsetzung der Studie.

### **2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Die Lebensqualität der Menschen ist ein Maß, das aus der Bedingung eines bestimmten objektiven Lebensstandards und der subjektiven Bewertung definiert wird (Glatzer & Zapf, 1984). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der klinischen und

gesundheitswissenschaftlichen Forschung beinhaltet Aspekte des Befindens und des Handlungsvermögens von Personen, die unter gesundheitlichen Einschränkungen oder chronischen Krankheiten leiden (Bullinger, Siegrist, Ravens-Sieberer, & 2000). Netuveli und Blane (2008) haben versucht, unter den zahlreichen Definitionen von Lebensqualität eine übergreifende Definition herzustellen. Hierzu wurden wissenschaftliche Artikel, die in einem Zeitraum von fünf Jahren veröffentlicht wurden, untersucht, um herauszufinden, wie Lebensqualität bei Menschen im höheren Erwachsenenalter von der wissenschaftlichen Forschung narrativ beschrieben wird. Es wurden drei verschiedene Herangehensweisen differenziert, die beschreiben, wie Lebensqualität in der Forschung gemessen wird. Die erste Herangehensweise ist normativ. Das bedeutet, dass Lebensqualität an Normen gemessen wird, die mit verschiedenen Annahmen, Regeln und Philosophien über Lebensqualität erschaffen wurden. Die zweite Herangehensweise zur Messung richtet sich an die Befriedigung. Demnach hängt die Lebensqualität von verfügbaren Gütern, die zur Auswahl stehen, und der Möglichkeit, diese zu erwerben, ab. Zuletzt wird Lebensqualität an der subjektiven Einschätzung des eigenen Lebens gemessen. Diener und Diener (1996) verdeutlichten faktorenanalytisch über mehrere Studien hinweg, dass zwischen einer kognitiven und einer affektiven Komponente unterschieden werden kann. Somit gibt es zum einen die Lebenszufriedenheit als kognitive Komponente und zum anderen das Gefühl des Wohlbefindens als affektive Komponente. Zusätzlich bilden die beiden Komponenten einen gemeinsamen Faktor, was darauf hindeutet, dass in zweiter Ordnung Lebensqualität eine gemeinsame Basis hat. Laut Bogatz (2016) wurden in einer Metaanalyse über mehrere Studien drei verschiedene Konzepte von Lebensqualität herausgefiltert. Die drei Komponenten beinhalten befriedigende Lebensumstände, subjektiv allgemeines Wohlbefinden und subjektive Erfüllung in Dimensionen des menschlichen Lebens. Netuveli und Blane (2008) beschreiben eine objektive und eine subjektive Dimension von Lebensqualität. Laut den Ergebnissen der Autoren schätzen die meisten Menschen im hohen Erwachsenenalter ihre Lebensqualität in Bezug auf soziale Kontakte, Unabhängigkeit, Gesundheit, materielle Umstände und soziale Vergleiche ein. Die wichtigsten objektiven Faktoren, die in Beziehung zu Lebensqualität stehen, sind Demenz und Depression. Häufig wird in Anlehnung daran das subjektive Wohlbefinden in einem negativen Zusammenhang mit einer psychischen Störung gesehen. Beispielsweise messen Tesch-Roemer und Wolff (2016) diesbezüglich die Symptome von Depression. Dementsprechend gibt es



die Wohlbefindensforschung. In dieser werden dynamische Modelle zur Regulation des subjektiven Wohlbefindens, kurzweilige State-Aspekte als auch langzeitige Trait-Aspekte sowie deren Zusammenspiel untersucht (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

## **2.2 Wohlbefindensparadox und Resilienz**

In der Lebensqualitätsforschung spielt das subjektive Wohlbefinden des Menschen eine große Rolle. Hierzu wird häufig untersucht, welche Faktoren einen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden haben könnten. Staudinger (2000) hat sich tiefgreifender mit dieser Frage beschäftigt. Zahlreiche Studien haben veranschaulicht, dass Menschen beispielsweise unabhängig von der sozialen Schicht über ein subjektives Wohlbefinden im moderat positiven Bereich berichten, wenn existenzielle Bedürfnisse gesichert sind (siehe Diener et al., 1999). Auch die Einkommenslage, der Ausbildungsgrad, das Alter, das Geschlecht und gesundheitliche Einschränkungen scheinen die unterschiedlichen Werte im subjektiven Wohlbefinden nicht ausreichend erklären zu können. Staudinger, Fleeson und Baltes (1999) zeigen beispielsweise, dass ein niedriger Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden und dem Einkommen absinkt, wenn Persönlichkeitseigenschaften als Kontrollvariable mit einbezogen werden. Auch das Alter, was mit großer Wahrscheinlichkeit Krankheiten und andere Schwierigkeiten mit sich bringt, scheint einen relativ kleinen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden zu haben. Die subjektive Bewertung der Gesundheit korrelierte beispielsweise stark mit Lebenszufriedenheit, Ängstlichkeit und Depression sowie mit dem Kohärenzerleben, jedoch weniger mit objektiven gesundheitsbezogenen Variablen. Das deutet auf eine Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit hin (Schneider et al., 2004). Braun, Schmukle und Kunzmann (2017) untersuchten die Stabilität im Wohlergehen mit Selbstbeurteilungsfragebögen und objektiven Messungen in Bezug auf kognitive Funktionsfähigkeiten. Das subjektive Wohlergehen blieb über 12 Jahre hinweg relativ stabil, obwohl sich objektive und subjektive Kognitionsfähigkeiten verschlechterten. Die fluiden kognitiven Fähigkeiten standen in keinem Zusammenhang mit langfristigem subjektiven Wohlergehen. Diese Ergebnisse deuten auf ein unschlüssiges Phänomen hin. Kunzmann, Little und Smith (2000) nennen dieses Phänomen Stabilität-trotz-Verluste-Paradox (engl. stability-despite-loss-paradox). Staudinger (2000) nennt es das Wohlbefindensparadox. Somit beschreibt sie das Wohlbefindensparadox als einen Sachverhalt, bei dem sich widrige Lebensumstände im Gruppenmittel, solange existenzielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden, kaum in Bewertungen

des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen widerspiegeln. Im Zuge dessen stellt sich zunächst die Frage, ob das subjektive Wohlbefinden eine dispositionale Konstante darstellt oder wie es aktiv mit regulatorischen Prozessen erhalten bzw. wiedererlangt wird. Die Autorin betont hierbei, dass der empirische Mittelwert des Wohlbefindens im schwach positiven Bereich liege und, dass das als interpretationswürdig anzusehen sei. Zahlreiche Forschungsfelder beschäftigen sich mit diesem Phänomen und versuchen es näher zu durchleuchten. Besonders die Entwicklungspsychologie versucht im Laufe der Lebensspanne den Erhalt und das Wiedererlangen des subjektiven Wohlbefindens als Indikator einer adaptiven Entwicklung zu betrachten. Hierbei haben Resilienzmodelle, also Modelle der psychologischen Widerstandskraft, eine große Bedeutung. Somit wird erfragt, welche Entwicklungspotenziale bzw. Entwicklungsreserven zu einem besseren Gelingen von Entwicklungsprozessen beitragen können. Die internen bzw. psychologischen als auch die externen Entwicklungskontexte werden in Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden analysiert. Interne Entwicklungskontexte beziehen sich beispielsweise auf Persönlichkeitseigenschaften oder das intellektuelle Leistungsniveau. Externe Entwicklungskontexte werden hingegen beispielsweise durch den Gesundheitszustand oder das Einkommen definiert. Staudinger (2000) bezieht sich in ihrer Forschungsarbeit stark auf Merkmale der Persönlichkeit und Regulationsprozesse bzw. psychologische Ressourcen im Resilienzmodell. Es wird darauf hingewiesen, dass selbstregulative Mechanismen und Charakteristiken des Selbst zum Verständnis des Wohlbefindensparadox beitragen. Sowohl dispositionale Anteile als auch Regulationsmechanismen beeinflussen den Erhalt des subjektiven Wohlbefindens. Folgend wird versucht, diese aktiven regulatorischen Prozesse klarer zu durchleuchten. Mögliche Einflussfaktoren wie persönlichkeitsbezogene Faktoren scheinen aufschlussreich zu sein. Hierbei unterscheiden empirische Befunde zwischen Persönlichkeitseigenschaften, die sich auf die Lebenszufriedenheit beziehen, und persönliche Zustände, die sich auf emotionale Komponenten beziehen. Die Entwicklungspsychologie bezeichnet den Erhalt und das Wiedererlangen subjektiven Wohlbefindens als adaptive Entwicklung. Die Modelle der psychologischen Widerstandskraft werden als Resilienzmodelle beschrieben.

Resilienz ist ein interaktives Konzept, das eine relative Widerstandskraft gegenüber negativen Erfahrungen bzw. Umweltbedingung beschreibt (Rutter, 1987; Rutter, 2006). Ein Schwerpunkt wird hierbei auf die individuellen Unterschiede in

Bezug auf den Umgang mit solchen Erfahrungen gelegt. Fünf Annahmen über Resilienz fasst Rutter (2006) in der Forschung zusammen. Erstens ist die Resilienz eine Resistenz gegenüber Gefahren, die in Folge von Risiken entstehen. Zweitens kann sich diese Resistenz durch Eigenschaften oder Umstände außerhalb der Gefahren entwickeln. Drittens entsteht die Resistenz eher durch körperliche oder psychische Coping-Prozesse als durch äußerliche Risiko- oder Schutzfaktoren. Eine verspätete Genesung kann durch ausschlaggebende Erfahrungen im Erwachsenenalter folgen. Zuletzt kann Resilienz durch biologische und stressbezogene Faktoren eingeschränkt sein. Somit versucht die Resilienzforschung herauszufinden, welche Faktoren in welchem Kontext einen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden haben und welche Prozesse daran beteiligt sein könnten. Eine Studie von Wettstein, Schilling und Wahl (2016) hat den Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen und der subjektiven Einschätzung bei Menschen im hohen Erwachsenenalter untersucht. Während die objektiven Indikatoren der gesundheits- und funktionsbezogenen Lebensumstände sanken, schienen die subjektiven Einschätzungen in Bezug darauf über die Zeit tendenziell stabil zu bleiben. Weitere Ergebnisse fanden beispielsweise eine ähnliche Tendenz und zeigten, dass die subjektive Bewertung von Menschen mit chronischen Schmerzen in stärkerem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden als objektive Umstände stehen (Wettstein, Eich, Bieber, & Tezarz, 2018). Im Gegensatz dazu zeigten Forschungsergebnisse von Naylor et al. (2012), dass Menschen mit chronischen körperlichen Krankheiten zu einer größeren Wahrscheinlichkeit eine psychische Krankheit entwickeln und sich dies zwangsläufig auf das psychische Wohlergehen auswirkt. Vor allem leiden Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen häufig gleichzeitig an Depressionen. Somit konnte kein klarer Zusammenhang zwischen den subjektiven und objektiven Faktoren ermittelt werden, was darauf schließen lässt, dass interindividuelle Unterschiede eine Rolle spielen. Solche Unterschiede lassen auf Resilienzfaktoren schließen. Weitere Forschungen sind mit dieser Annahme sogar einen Schritt weiter gegangen und haben untersucht, inwiefern sich die klinische Population im Vergleich zur Normalpopulation in Bezug auf die Resilienz unterscheidet. Daraufhin wurde deutlich, dass die internen Repräsentationen des eigenen Gesundheitszustandes von Patienten mit chronischen Erkrankungen im Vergleich zu einer gesunden Stichprobe vergleichbare bzw. bessere Lebensqualität aufwiesen (Schlenk et al., 1998; Sprangers & Schwartz, 1999). Neuere Ergebnisse beziehen sich im Gegensatz dazu auf die

Resilienzfaktoren und zeigten, dass die klinische Stichprobe im Durchschnitt niedrigere Resilienzwerte als die Normalpopulation aufwies, was darauf hindeutet, dass Menschen mit chronischen Krankheiten mit niedrigeren Resilienzwerten in Beziehung stehen (Terrill et al., 2016). Somit wird im Sinne des Resilienzmodells als interaktives Konzept die Frage gestellt, inwiefern individuelle Unterschiede im Umgang mit negativen Erfahrungen bzw. körperlichen Krankheiten eine Rolle spielen und sich auf das psychische Wohlergehen auswirken. Folgend wird der Forschungsstand zu möglichen Einflussfaktoren präsentiert.

### **2.3 Lebensalter und subjektives Wohlbefinden**

Seit einigen Jahrzehnten wird in der wissenschaftlichen Forschung versucht herauszufinden, wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Laufe des Lebens verläuft bzw. inwiefern das Alter in einem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden steht. Stone, Schwartz, Broderick und Deaton (2010) haben festgehalten, dass in englischsprachigen westlichen Ländern die subjektive Lebenszufriedenheit im Laufe des Lebens eine U-förmige Entwicklung zeigt. Demnach lagen die niedrigsten Werte in Lebenszufriedenheit zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Ähnliche Tendenzen zeigten sich in der Querschnittsstudie von Blanchflower und Oswald (2008). Das Ausmaß an Glücklichkeit und Zufriedenheit im Leben sank vom jungen Erwachsenenalter bis zum mittleren Erwachsenenalter (ca. 47 Jahre) und stieg folgend im Laufe des hohen Erwachsenenalters. Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen folgender Studie. Mroczek und Spiro (2005) haben die Entwicklung über das Lebensalter über 22 Jahre an einer Stichprobe mit 1.927 TeilnehmerInnen untersucht. Demnach zeigte sich die höchste Lebenszufriedenheit im Bereich von 65 bis 70 Jahren. Hierbei zeigten sich jedoch gleichzeitig signifikante individuelle Unterschiede. Baird, Lucas und Donnellan (2010) haben in einer deutschen repräsentativen Panel-Studie die Veränderung der Lebenszufriedenheit über mehrere Altersabschnitte versucht zu durchleuchten. Hierzu wurden sowohl Daten aus Querschnitts- sowie Langzeituntersuchungen betrachtet. In beiden Untersuchungen zeigte sich, dass Lebenszufriedenheit nicht mit dem Erwachsenenalter sank. Erst im Altersbereich über 70 Jahre zeigte sich ein Absinken der Werte. In den Daten einer Stichprobe aus Großbritannien wurden ähnliche Ergebnisse deutlich. Die Lebenszufriedenheit stieg stark ab dem 40. Lebensjahr bis zum Anfang des 70. Lebensjahres. Prenda und Lachman (2001) haben anhand ihrer Stichprobe herausgefunden, dass das Lebensalter in einer Stichprobe von 25- bis 70-Jährigen in

positivem Zusammenhang mit Lebensqualität steht. Wettstein et al. (2018) zeigten, dass die Gruppe der Stichprobe, die über das niedrigste Wohlbefinden berichtet, im Mittelwert fünf Jahre jünger waren als die zwei anderen Gruppen, die über mittleres oder hohes subjektives Wohlbefinden berichteten. Diese Tendenz steht im Gegensatz zu den kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen im hohen Erwachsenenalter. In den Ergebnissen zeigte sich sogar bei Menschen mit chronischen Schmerzen ein höheres Wohlbefinden mit steigendem Alter. Diese Ergebnisse unterstützen die sozioemotionale Selektivitätstheorie von Carstensen (1995). Demzufolge werden Menschen im Laufe ihres Lebens glücklicher und zufriedener mit ihrem Leben, je älter sie werden. Eine derartige Entwicklung entsteht demnach, da sich Menschen der verbliebenen Lebenszeit bewusster werden. Dieses Bewusstsein führt dazu, dass Menschen ihre Erfahrung positiver mit beispielsweise emotional orientierten sozialen Interaktionen gestalten. Im Gegensatz dazu zeigten Tesch-Roemer und Wolff (2016) anhand ihrer Forschungsarbeit, dass das Wohlbefinden im Alter nur in Bezug auf die Lebenszufriedenheit und nicht in Bezug auf depressive Symptome aufrechterhalten bleibt. Depressive Symptome seien von altersbezogenen Beeinträchtigungen stärker betroffen. In Folge dessen stellt sich jedoch die Frage, inwiefern sich das subjektive Wohlbefinden in sehr hohem Erwachsenenalter entwickelt. Staudinger (2000) erkannte in ihrer Stichprobe bis zum Alter von 65 Jahren keinen Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden und dem Alter. Erst in der Altersspanne zwischen 70 und 105 Jahren zeigten sich leicht negative Zusammenhänge. In Bezug darauf wurde jedoch angemerkt, dass die Variabilität in den Funktionen gerade im Alter sehr ausgeprägt ist und somit weniger signifikante Altersunterschiede beobachtet werden können, da in einer Gruppe von alten Menschen nicht alle gleich stark von den Risiken des Alters betroffen sind. Somit wurde daraufhin ein größerer Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem subjektiven Wohlbefinden erkannt. Dennoch waren die Werte des subjektiven Wohlbefindens bei den Menschen mit der größten gesundheitlichen Beeinträchtigung unerwartet niedrig. In einer weiteren Forschungsarbeit spezialisierte man sich auf eine Längsschnittuntersuchung von 129 Menschen mit einem Alter von 79 und 90 Jahren in Schottland (Brett, Dykiert, Starr, & Deary, 2019). Dabei wurden die Lebensqualität der Menschen im hohen Erwachsenenalter sowie potenzielle Prädiktoren für Veränderungen untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Lebensqualität zwischen 79 und 90 Jahren sank. Die TeilnehmerInnen hatten mit 79 Jahren signifikant höhere Ergebnisse in den meisten

Lebensqualitätsmessungen und berichteten über eine bessere objektive Gesundheit und Funktionsfähigkeit sowie weniger Ängstlichkeit und Depression. Die Werte der Lebensqualität zur Zeit der Baseline-Untersuchung waren der bedeutendste Prädiktor für die Lebensqualität in der zweiten Messung, was möglicherweise darauf hindeutet, dass individuelle Unterschiede in der subjektiven Beurteilung von Lebensqualität als relativ stabil anzusehen sind. Die Autoren empfehlen zusätzlich Einsamkeit als weiteren Prädiktor zu untersuchen. Smith (2002) zeigt in seiner Untersuchung, dass ein großer Teil der Menschen im hohen Alter von steigenden gesundheitlichen Problemen betroffen ist. Die TeilnehmerInnen der Untersuchung waren zwischen 75 und 100 Jahre alt mit einem Mittelwert von 85 Jahren. Die gesundheitlichen Probleme scheinen laut den Ergebnissen bis zum Alter von ca. 75 Jahren weniger Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden zu haben als in den Lebensjahren danach. Chronische Erkrankungen sowie funktionelle Beeinträchtigung könnten vor allem in sehr hohem Erwachsenenalter diese Ergebnisse erklären. Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen zeigten beispielsweise mit höherem Fortschreiten sowie Dauer der Erkrankungen und höherem Alter niedrigere Werte in gesundheitsbezogener Lebensqualität (Ibrahim, Teo, Din, Gafor, & Ismail, 2015). In einer Längsschnittuntersuchung mit 203 Menschen und einer Querschnittsuntersuchung mit 516 Menschen zwischen 70 und 103 Jahren zeigten Ergebnisse, dass das Alter in negativem Zusammenhang zu positivem Affekt steht und kein Zusammenhang zu negativem Affekt besteht (Kunzman et al., 2000). Außerdem bleiben nur einige Dimensionen des Wohlbefindens über das Alter hinweg stabil. Die Autoren betonen, dass Alter an sich nicht der Grund für ein sinkendes Wohlbefinden ist, jedoch gesundheitsbezogene Verschlechterungen die Entwicklung des Wohlbefindens erklären. Somit besteht ein sehr schwacher Zusammenhang zwischen dem Alter allein und dem subjektiven Wohlbefinden. Weitere Einflussfaktoren dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Jeste et al. (2013) haben in der Successful Aging Evaluation (SAGE) 1.006 Personen zwischen 50 und 99 Jahren mit einem Mittelwert von 77.3 Jahren telefonisch und per Fragebogen befragt. Ein höheres Alter wurde mit höheren Werten im Wohlbefinden unabhängig von körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen assoziiert. Resilienz stand in positivem Zusammenhang mit subjektiv erfolgreichem Altern. Depression stand in negativem Zusammenhang mit subjektiv erfolgreichem Altern. Laut den Autoren sei in Anlehnung an die Ergebnisse das Fördern von Resilienz sowie das Senken der Depressionssymptome für erfolgreiches Altern von gleicher

Relevanz wie das Reduzieren der körperlichen Beschwerden. Weitere Forschungsarbeiten versuchten die Altersklassen weitgehend zu untersuchen. Demnach zeigten 60- bis 69-Jährige die höchsten Werte im subjektiven Wohlbefinden und 80- bis 90-Jährige die niedrigsten (Windle, Woods, & Markland, 2010). Im Gegensatz dazu wurde mithilfe einer Stichprobe von Menschen mit kognitiven Problemen gezeigt, dass kognitive Beeinträchtigungen im mittleren Erwachsenenalter einen stärkeren negativen Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden als im hohen Erwachsenenalter haben (Braun et al., 2017). Diese Ergebnisse aus der Längsschnittstudie deuten darauf hin, dass Menschen in hohem Erwachsenenalter resilienter in Bezug auf kognitive Verschlechterungen sind, da es weniger das subjektive Wohlbefinden beeinflusst. Rott und Jopp (2012) zeigten ähnliche Ergebnisse und deuteten aufgrund der höheren Standardabweichung mit zunehmendem Alter, dass es bestimmten Personen unabhängig von der Altersgruppe gelingt, eine positive Lebensbewertung aufrechtzuerhalten. Heidemeier und Staudinger (2012) betonen hierbei noch einen weiteren Einfluss von Arbeit, Einkommen und Lebensstandard zum Vergleich. An dieser Stelle ist die Rolle der Resilienz von Bedeutung. Nach Windle et al. (2010) zeigten die 60- bis 69-Jährigen die höchsten Resilienzwerte. Das Selbstwertgefühl beispielsweise scheint in Anlehnung an die Ergebnisse von Huang et al. (2017) seinen Höhepunkt am Anfang des hohen Erwachsenenalters zu zeigen. Weitere Forschungsergebnisse zeigten, dass ein höheres Alter in Zusammenhang mit höheren Resilienzwerten steht (Gooding, Hurst, & Johnson, 2012) und dass die Dauer der Krankheit nicht in Zusammenhang mit Resilienz steht (Terrill et al., 2016). Zusammenfassend lässt sich anhand der Forschungsergebnisse erkennen, dass das Alter in einem gewissem Ausmaß in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden steht. Vor allem lässt sich die leichte Tendenz erkennen, dass das psychische Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität im Bereich zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr einen Höhepunkt erreicht (Blanchflower & Oswald, 2008; Mroczek & Spiro, 2005; Windle et al., 2010) und ca. ab dem 70. Lebensjahr sinkt (Brett et al., 2019; Ibrahim et al., 2015; Kunzmann et al., 2000).

## **2.4 Geschlecht und subjektives Wohlbefinden**

Geschlechtsunterschiede in Bezug auf das subjektive Wohlergehen fanden beispielsweise Brett et al. (2012), indem sie versuchten herauszufinden, welche Prädiktoren das Wohlbefinden des Menschen beeinflussen. Unter den untersuchten

Prädiktoren hatten Frauen signifikant höhere Werte in Ängstlichkeit und niedrigere Werte in psychischer Lebensqualität. Die allgemeine Lebensqualität zeigte sich bei Frauen auch als weniger ausgeprägt, wohingegen die soziale Lebensqualität höhere Werte zeigte. Außerdem berichteten sie weniger über kardiovaskuläre Erkrankungen, lebten eher alleine in einem Haushalt und zeigten niedrigere Werte in emotionaler Stabilität als Männer. Ähnliche Tendenzen zeigten Edwards, Thompson, Bouldin und McGuire (2016). Zwar wurde von mehr Frauen eine schlechte Lebensqualität bei kognitiven Beeinträchtigungen berichtet, doch die subjektiv empfundene kognitive Beeinträchtigung wurde tendenziell eher von Männern berichtet. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglicherweise ein größeres Risiko haben, weitere Probleme in ihrer psychischen Gesundheit zu entwickeln. Darüber hinaus wurden weitere ähnliche Geschlechtsunterschiede gefunden. Hierbei war in der Gruppe der Menschen mit dem niedrigsten subjektiven Wohlbefinden der größte Anteil an Frauen (Wettstein et al., 2018). Inglehart (2002) ist in seiner Untersuchung der Geschlechtseffekte von einer Interaktion zwischen dem Alter, dem Geschlecht und dem Wohlergehen ausgegangen. Während Frauen unter 45 Jahren noch höhere Werte im Wohlergehen zeigten als Männer, hatten sie im hohen Erwachsenenalter niedrigere Werte. In der Stichprobe mit 146.000 TeilnehmerInnen berichteten 28% der jungen Frauen und 24% der jungen Männer, sehr glücklich zu sein. In der ältesten Gruppe berichteten nur 20% der Frauen und 25% der Männer darüber, sehr glücklich zu sein. Es zeigt sich, dass die Forschungsergebnisse über geschlechtsspezifische Unterschiede im subjektiven Wohlbefinden keine deutlichen Tendenzen aufzeigen können.

## **2.5 Resilienzfaktoren**

Zur weiteren Untersuchung des Wohlbefindensparadoxes wird der Forschungsstand mit einer Reihe von individuellen persönlichkeitsbezogenen Faktoren aufgeführt, die sich auf dispositionale Anteile zum Erhalt des subjektiven Wohlbefindens beziehen. Ursprünglich sind Prozesse bzw. Kompetenzen der Resilienz wichtige Faktoren beim Umgang mit widrigen Umständen (Rutter, 1987; Rutter, 2006). Die individuelle Resilienz schützt somit vor negativen Folgen bzw. maladaptiven Entwicklungen des Wohlbefindens. Wasylikiw und Fekken (2002) schlagen basierend auf ihren Forschungsergebnissen vor, dass Persönlichkeitsdimensionen wie beispielsweise wahrgenommene Selbstwirksamkeit bessere Prädiktoren in Bezug auf wahrgenommene Gesundheit und



gesundheitsbezogenes Verhalten darstellen als Persönlichkeitseigenschaften wie beispielsweise Neurotizismus. Als Nächstes wird die Forschungsliteratur in Bezug auf verschiedene Persönlichkeitseigenschaften und mögliche persönliche Ressourcen, die in Bezug auf ihre Rolle als Resilienzfaktoren untersucht wurden, vorgestellt. Hierzu zählen das Kohärenzgefühl, das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung.

### **2.5.1 Kohärenzgefühl**

Das Konzept des Kohärenzgefühls wurde von Antonovsky (1987) entwickelt. Es beinhaltet die Fähigkeit, eine Situation vollständig zu verstehen, und das Nutzen der eigenen verfügbaren Ressourcen. Die Fähigkeit der Menschen, die Situation zu verstehen, wird genutzt, um mit Sinnhaftigkeit in eine gesundheitsfördernde Richtung zu handeln. Das Kohärenzgefühl besteht somit aus dem Gefühl der Verstehbarkeit, der Sinnhaftigkeit und der Handhabbarkeit einer Situation. Menschen entwickeln das Kohärenzgefühl über die ganze Lebensspanne hinweg, jedoch hauptsächlich in den ersten Jahrzehnten ihres Lebens. Das Kohärenzgefühl beschreibt die Sichtweise der Menschen auf ihr Leben und die Art und Weise, wie sie auf stressreiche Situationen reagieren und ihre Ressourcen nutzen. Antonovsky erklärt es als ein dynamisches Gefühl der Selbstsicherheit darüber, dass interne und externe Umstände strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind und, dass Herausforderungen eine Beteiligung und Investition erfordern. Die Verstehbarkeit bezieht sich auf die kognitive Komponente, also die Strukturierung und Klarheit der Umstände. Die Handhabbarkeit bezieht sich auf das Verhalten und den Umgang mit einer herausfordernden Situation und spiegelt somit die instrumentale und behaviorale Komponente des Konzepts wider. Zuletzt findet sich die motivationale Komponente in der Sinnhaftigkeit, indem man beispielsweise widrige Situationen als Herausforderungen und nicht als Last interpretiert. Dieser Ansatz betrachtet den Menschen als ein komplexes bio-psycho-soziales System, das sich selbst aufrechterhalten kann. Laut Antonovsky wird das Kohärenzgefühl durch generalisierte Widerstandsressourcen (engl. Generalized Resistance Resources) entwickelt. Ressourcen wie beispielsweise Reichtum, soziale Unterstützung und kulturelle Stabilität tragen dazu bei, dass Lebenserfahrungen entstehen, die das Gefühl von Konsistenz und Beteiligung an Geschehnissen beinhalten. Somit sind kohärente Menschen resistent gegen Stresssituationen, weil sie die richtigen Ressourcen identifizieren und nutzen können. Dies unterstützt ihre positive Entwicklung. Im Gegensatz dazu haben Menschen mit wenig Kohärenzsinn

Defizite in ihren Ressourcen und Schwierigkeiten im Umgang mit widrigen Umständen. Ursprünglich wurde das Konstrukt entwickelt, um körperliche Gesundheit zu erklären. Es wird davon ausgegangen, dass das Kohärenzgefühl einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und andere Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat. Laut Antonovsky wird zwischen den zwei Gesundheitsdimensionen Wohlbefinden und psychische Gesundheit unterschieden. Diese zwei Dimensionen stehen in Zusammenhang, sind aber als unabhängig bzw. getrennt voneinander zu betrachten. Folgende Forschungsliteratur beschäftigt sich mit dem Erfassen des Kohärenzgefühls sowie dessen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. Janssen, Van Regenmortel und Abma (2011) haben bei Menschen im hohen Erwachsenenalter untersucht, welche Prozesse daran beteiligt sind, sich an schwierige Umstände im Alter erfolgreich anzupassen. Die durchgeführten Interviews zeigten, dass Menschen unter negativen Umständen wie stressreichen Erfahrungen Kräfte mobilisieren können, die für die Bewältigung hilfreich sind. Diese Ressourcen werden im individuellen Bereich und in Interaktionen gefunden. Zu den individuellen Ressourcen gehört der Glaube an seine eigene Kompetenz, der Glaube daran, die neue Situation zu verstehen und Kontrolle übernehmen zu können, um die Situation mit allen möglich vorhandenen Ressourcen zu beeinflussen. Diese persönlichen Überzeugungen stehen beispielsweise im Einklang mit dem Kohärenzgefühl. Weitere Forscher haben die diskriminative Validität vom Kohärenzgefühl untersucht, um zu prüfen, ob dieses als eigenständiges Konstrukt betrachtet werden kann (Wiesmann & Hannich, 2010). Demnach zeigte sich, dass das Kohärenzgefühl einen mediierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen anderen Ressourcen wie Selbstwirksamkeit oder soziale Unterstützung und die allgemeine Gesundheit hat. Somit spielt Kohärenzgefühl im Erhalt und Wiedererlangen der Gesundheit eine wichtige Rolle. Weitere Forschungsarbeiten unterstützten dies mit Ergebnissen, die zeigten, dass Kohärenzgefühl als Prädiktorvariable für Lebenszufriedenheit und Gesundheitszufriedenheit gesehen werden kann (Wiesmann & Hannich, 2013) bzw. in Zusammenhang mit positivem Altern steht (Wiesmann, Ballas, & Hannich, 2018). Die Daten von 378 Menschen mit einem Durchschnittsalter von 74 Jahren zeigten außerdem, dass das Kohärenzgefühl als Mediator auf den Zusammenhang zwischen anderen Ressourcen und Lebenszufriedenheit wirkte. Huang et. al (2017) haben Forschungsergebnisse in einer Metaanalyse zusammengefasst und gezeigt, dass Kohärenzgefühl als Mediator wirken kann. Darüber hinaus wurde deutlich, dass

obwohl bestimmte Persönlichkeitseigenschaften in positivem Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität stehen, ein größerer Zusammenhang mit den psychosozialen Aspekten als mit den körperlichen Aspekten der Lebensqualität zu finden war. Schon vorher haben Schneider et al. (2004) einstimmige Ergebnisse veröffentlicht. Demnach steht die subjektive Beurteilung der Gesundheit in hohem Zusammenhang mit den Selbstbeurteilungsfragebögen, die das subjektive Wohlbefinden anhand von Lebenszufriedenheit, Ängstlichkeit und Depression gemessen haben. Lebenszufriedenheit steht in positivem Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit. Ängstlichkeit und Depression hingegen stehen in negativem Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit. Diese Variablen stehen zusätzlich in einem Zusammenhang mit dem Kohärenzerleben, jedoch nicht mit objektiven gesundheitsbezogenen Variablen. Da in der Studie nur ein Drittel der Varianz der subjektiven Gesundheit durch die erhobenen Variablen erklärt werden konnte, deuten die AutorInnen auf weitere Einflussfaktoren, die zu erforschen seien, hin. Wiesmann und Hannich (2019) beschäftigten sich noch weitgehend mit dem salutogenetischen Ansatz und untersuchten die möglichen Einflüsse persönlicher Ressourcen. Hierbei war es das Ziel herauszufinden, inwiefern das Kohärenzerleben über die Lebensspanne hinweg aufrechterhalten wurde. Es zeigte sich die Tendenz, dass das Kohärenzerleben, trotz niedriger Effektstärke, über einen Zeitraum von vier Jahren stieg. Das erhobene Kohärenzgefühl bei der Baseline-Befragung zeigte sich als Prädiktorvariable in Bezug auf das zukünftige subjektive Wohlergehen sowie die psychische Gesundheit, jedoch nicht auf die körperliche Gesundheit. Nur eine Steigerung des Kohärenzgefühls über den Zeitraum von vier Jahren hatte auch einen Einfluss auf die körperliche Gesundheit. Des Weiteren wurden an einer Stichprobe mit pflegebedürftigen Personen im hohen Erwachsenenalter, die durchschnittlich von zwei chronischen Krankheiten betroffen waren, die Mechanismen von Resilienzfaktoren untersucht (Wiesmann & Hannich, 2014). 387 Personen mit einem Durchschnittsalter von 74 Jahren nahmen an der Studie teil. Ergebnisse zeigten, dass die körperliche Gesundheit in einem signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit steht. Außerdem haben der Kohärenzsinn, das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit einen signifikant mediierenden Effekt auf diesen Zusammenhang gezeigt, wobei der Kohärenzsinn als stärkster Mediator erkannt wurde. Als weiteren möglichen Einflussfaktor für diesen Zusammenhang weisen die Autoren auf die soziale Integration hin. Somit stellt sich das Kohärenzgefühl als wichtiger Resilienzfaktor in

Bezug auf die Aufrechterhaltung sowie das Wiedererlangen der psychischen Gesundheit, das subjektive Wohlergehen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

### **2.5.2 Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit**

Die Social Cognitive Theory (Bandura, 1997) bietet ein handlungsbezogenes Modell über die aktive Anpassung und Veränderung durch persönliche Ressourcen und steht im Gegensatz zu den dispositionalen und reaktiven Modellen. Demnach entwickeln Menschen Überzeugungen und Einstellungen über die wahrgenommenen persönlichen Fähigkeiten und Funktionen im Umgang mit Herausforderungen und negativen Erlebnissen. Das Empfinden von Kontrolle darüber, gewünschte Geschehnisse herbeizuführen und unerwünschte Geschehnisse zu verhindern, führt zu einem starken motivationalen Ansporn. In Anlehnung daran wird das Konzept der empfundenen Selbstwirksamkeit vorgestellt. Die Selbstwirksamkeit ist die Überzeugung über die Wirksamkeit eigener Handlungen in Bezug auf die Kontrolle über Erlebnisse, die einen Einfluss auf das Leben haben. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen regulieren psychische Funktionen durch kognitive, motivationale und affektive Einflüsse bezüglich dem Umgehen mit Herausforderungen. Erfolgserfahrungen stärken die optimistische Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten und stabilisieren die Selbstwirksamkeit. Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit beschreibt den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, Handlungen, die gewünschte Errungenschaften herbeiführen, zu organisieren und auszuführen. Dieser Glauben ist Teil eines Netzwerkes mit funktionalen Beziehungen zu weiteren Faktoren. Obwohl Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl häufig synonym verwendet werden, stellen sie zwei verschiedene Konstrukte dar. Die Selbstwirksamkeit beinhaltet das Beurteilen der eigenen Fähigkeiten, wohingegen das Selbstwertgefühl eine Beurteilung des eigenen Wertes als Person ist. Das Selbstwertgefühl ist eine persönliche Bewertung und Wertschätzung der eigenen Person, es ist ein multidimensionales Konstrukt und kann in verschiedenen Lebenssituationen variieren. Außerdem wird das Selbstwertgefühl als protektiver Faktor in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen gesehen (Bandura, 1997). Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass beide Konstrukte, also sowohl Selbstwirksamkeit als auch Selbstwert, als bedeutsam geltende protektive Selbstkognitionen in negativem Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von posttraumatischer Belastungsstörung sowie in positivem

Zusammenhang mit der posttraumatischen Anpassung stehen (Al-Turkait & Ohaeri, 2008; Bender, Ferguson, Thompson, Komlo, & Pollio, 2010; Nygaard, Johansen, Sigvelant, Hussain, & Heir, 2017). In einer weiteren Metaanalyse wird die Frage gestellt, inwiefern protektive Faktoren miteinander in Zusammenhang stehen (Judge, Erez, Bono, & Thoresen, 2002). In Bezug auf die hier vorliegende Thematik ist zu betonen, dass anhand der Studie deutlich wurde, dass Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl unter allen vier untersuchten protektiven Konstrukten die höchste Korrelation aufzeigten. Es wurde von Judge et al. (2002) zusätzlich darauf hingewiesen, dass die einzelnen Konstrukte trotz der Ergebnisse in der Forschungsliteratur als unabhängig gesehen werden sollten, da der zweitrangige Faktor nicht zur Gänze die Varianz der Konstrukte erklären kann. In Anlehnung an die aussagekräftigen Ergebnisse über Selbstwirksamkeit und Selbstwert haben weitere Forscher ihren Forschungsinhalt hierauf gelegt und versucht herauszufinden, inwiefern die beiden Konstrukte als Resilienzfaktoren angesehen werden können. Im Folgenden werden Studien präsentiert, die einen Fokus auf die Rolle der Selbstwirksamkeit sowie des Selbstwertgefühls und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität setzen.

### **2.5.2.1 Selbstwertgefühl**

Schon in der Social Cognitive Theory von Bandura (1997) wurde Selbstwertgefühl als multidimensionales Konstrukt, das in verschiedenen Lebenssituationen variieren kann, und protektiver Faktor in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen deklariert. Dementsprechend wurde beispielsweise gezeigt, dass Selbstwert als persönliche Ressource in Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlergehen steht (Steel, Schmidt, & Shultz, 2008). Des Weiteren wurde Selbstwert als Prädiktorvariable für die subjektive Einschätzung körperlicher und psychischer Gesundheit gesehen (Wiesmann & Hannich, 2010). Ähnliche Ergebnisse wurden in Bezug auf Selbstwert und Lebenszufriedenheit berichtet (Wiesmann & Hannich, 2013). Anhand der Metaanalyse von Huang et al. (2017) zeigte sich, dass auch der Selbstwert eine bedeutsame Beziehung zu gesundheitsbezogener Lebensqualität aufweist und weitgehend als resilienzfördernder Faktor gesehen werden kann. Wie auch bei den anderen Ressourcen zeigte sich, dass Selbstwert in stärkerem Zusammenhang zur psychischen Gesundheit als zur körperlichen Gesundheit steht. Gleichzeitig wurde aufgezeigt, dass der Selbstwert nicht nur in direkter Beziehung zur psychischen und körperlichen Gesundheit steht, sondern auch einen mediierenden Effekt auf die

Beziehung zwischen psychischen und körperlichen Aspekten der wahrgenommenen Gesundheit zeigt (Wiesmann & Hannich, 2014).

### **2.5.2.2 Selbstwirksamkeit**

Die subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit dient als persönliche Ressource, die zahlreich in Verbindung mit dem körperlichen und psychischen Wohlergehen untersucht wurde. Beispielsweise wurde in einer Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von 67 Jahren deutlich, dass Selbstwirksamkeit neben anderen persönlichen Ressourcen in positivem Zusammenhang mit körperlichem und psychischem Wohlbefinden steht (Wiesmann & Hannich, 2010). In einer Metaanalyse wurde festgehalten, dass bestimmte Persönlichkeitscharakteristiken und Einstellungen vor allem positiv in Zusammenhang mit psychischen Aspekten gesundheitsbezogener Lebensqualität stehen (Huang et al., 2017). Dies galt auch für die wahrgenommene Selbstwirksamkeit. Weitere Untersuchungen deuten auf ähnliche Beziehungen zu den psychischen Aspekten des Wohlergehens hin. Bonsaksen, Lerdall und Fagermoen (2012) haben beispielsweise anhand ihrer Forschungsergebnisse erkannt, dass die Selbstwirksamkeit bei adipösen Menschen in Zusammenhang mit niedriger psychischer Belastung als Reaktion auf die Krankheit steht. Cameron et al. (2018) haben hingegen im Zuge einer Evaluierung eines Selbsthilfeprogramms für Menschen mit diversen chronischen körperlichen Erkrankungen herausgefunden, dass Selbstwirksamkeit in Assoziation mit besserer körperlicher und psychischer Gesundheit steht und gleichzeitig auch an anderen persönlichen sozialen Ressourcen beteiligt ist. In der Studie von Wiesmann und Hannich (2014) wurde der Fokus auf die Rolle von persönlichen Ressourcen auf die Beziehung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit gelegt. Unter anderem hat Selbstwirksamkeit als Mediator eine Wirkung auf die Beziehung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit gezeigt.

### **2.5.3 Soziale Unterstützung**

Folgend wird Forschungsliteratur vorgestellt, die sich damit beschäftigt, die Bedeutung von sozialer Unterstützung und den Einfluss bzw. Zusammenhang zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu durchleuchten. Dies geschieht vor dem Hintergrund der Frage, inwiefern soziale Unterstützung als Resilienzfaktor für Menschen gesehen werden kann. In einer Langzeitstudie von Clarke, Marshall, House und Lantz (2011) wurden über einen Zeitraum von 15 Jahren die TeilnehmerInnen an

vier verschiedenen Zeitpunkten zu ihrem subjektiven Wohlbefinden befragt. Hierbei zeigte sich, dass der Ehestatus sowie die Arbeitstätigkeit und die soziale Rolle eine Auswirkung auf das Wohlbefinden haben. Besonders nach dem 65. Lebensjahr scheinen depressive Symptome zu steigen, wenn das soziale Umfeld sich verändert bzw. weniger soziale Unterstützung vorhanden ist. Neben Faktoren wie Bildung, Geschlecht, körperlicher Krankheit und Minderheitenstatus spielt soziale Unterstützung eine wichtige Rolle in Bezug auf die depressiven Symptome. Ehestatus und Arbeitstätigkeit repräsentieren hierbei nicht direkt die soziale Unterstützung, doch sie werden in Bezug auf die soziale Rolle, die sie beinhalten, als aussagekräftige Einflussfaktoren auf die soziale Unterstützung gesehen. Ähnliche Ergebnisse zeigten auch Mrozcek und Spiro (2005), indem sie eine Assoziation zwischen Ehestatus und einer hohen Lebenszufriedenheit fanden. In einer Forschungsarbeit über Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurde die Stichprobe je nach subjektivem Wohlbefinden in drei verschiedene Gruppen eingeteilt. In der Gruppe mit den höchsten Werten in subjektivem Wohlbefinden war der größte Anteil der Personen, die verheiratet waren (Wettstein et al., 2018). Eine weitere Forschungsarbeit hat hierbei noch einen Unterschied zwischen Personen aus Kanada und Personen aus Lateinamerika betrachtet (Bélanger et al., 2016). Bei Personen aus Kanada haben jene ohne festen Partner niedrigere Werte in der subjektiven Gesundheit und jene mit mehr Unterstützung von Freunden eine höhere Prävalenz in guter Gesundheit gezeigt. Personen aus Lateinamerika zeigten niedrigere Werte in der Depressionssymptomatik und eine höhere Lebensqualität, wenn familiäre Unterstützung oder Unterstützung vom Partner vorhanden war. Beide Stichproben deuteten auf die Tendenz hin, dass soziale Unterstützung in verschiedenen Arten in Beziehung zum psychischen Wohlbefinden steht. Weitere Forscher assoziierten eine niedrige Lebenszufriedenheit mit sozialer Isolation im hohen Alter (Windle & Woods, 2004). Zusätzlich beschäftigen sich Studien spezifischer mit der Rolle sozialer Unterstützung bei Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Bei Dialysepatienten beispielsweise zeigte sich, dass vorhandene soziale Unterstützung wichtig in Bezug auf Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität ist (Platinga et al., 2010). Des Weiteren zeigten Ergebnisse mit ebenfalls Dialysepatienten, dass soziale Unterstützung in größerem Zusammenhang mit Gesundheit als mit anderen psychosozialen Faktoren steht (Untas et al., 2006). In einer Langzeitstudie von Leung, Pachana und McLaughlin (2014) mit Frauen, die von Brustkrebs betroffen waren, zeigten die Ergebnisse, dass

Frauen, die kurz zuvor von der Diagnose erfuhren, eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität als vor der Diagnose aufzeigten. Circa drei Jahre danach zeigten sich jedoch Werte in gesundheitsbezogener Lebensqualität, die vergleichbar mit dem Zeitpunkt vor der Diagnose waren. Ein höheres Ausmaß an sozialer Unterstützung zum Zeitpunkt der Diagnose stand in Zusammenhang mit einer höheren körperlichen und psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Followup-Untersuchung. Somit wurde gefunden, dass sowohl der zeitliche Abstand zur Diagnose als auch die soziale Unterstützung eine bedeutende Rolle spielen. Dies galt vor allem für die affektive soziale Unterstützung und Unterstützung durch positive soziale Interaktionen und weniger für die greifbare soziale Unterstützung. Bei Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen wurde neben bestimmten Persönlichkeitsausprägungen auch eine Assoziation zwischen affektiver sozialer Unterstützung und höherer gesundheitsbezogener Lebensqualität gefunden (Ibrahim et al., 2015). Im Gegensatz zu früheren Forschungsarbeiten war die allgemeine soziale Unterstützung nicht als signifikanter Prädiktor von gesundheitsbezogener Lebensqualität zu sehen. Alleine die affektive soziale Unterstützung hat signifikant die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität vorhergesagt. In der Studie von Mojahed, Fallah, Ganjali und Heidari (2019) hingegen wurde bei Patienten mit Diabetes Typ 2 gefunden, dass neben Coping-Prozessen soziale Unterstützung vom Partner sowie soziale Unterstützung von der Familie als Prädiktoren für das psychische Wohlergehen zu sehen sind. In Anlehnung an die Forschungsergebnisse lässt sich festhalten, dass soziale Unterstützung einen Einfluss auf das psychische Wohlergehen haben könnte und die Rolle der sozialen Unterstützung als Resilienzfaktor tiefgreifender untersucht werden sollte.

## **2.6 Rheumatoide Arthritis**

Rheumatoide Arthritis ist eine chronisch abakterielle Entzündung, die verschiedene Gelenke befallen kann. Die Erkrankung verläuft in schubhaften Entzündungen der Gelenke und kann zu schweren Gelenkszerstörungen und hochgradigen Behinderungen führen (Leps & Lohr, 2003). Rheumatoide Arthritis zählt zu den häufigsten entzündlichen Erkrankungen der Gelenke (Härter, 2000). Außerdem ist im Zuge dieser Erkrankung häufig auch anderes Gewebe wie Sehnenscheiden und innere Organe betroffen. Neben immer wiederkehrenden teilweise starken gelenksbezogenen Schmerzen leiden die Patienten auch unter Abgeschlagenheit, morgendlicher Steifheit, Durchblutungsstörungen und rascher Ermüdung. Frauen sind



tendenziell in einem Verhältnis von ca. 3:1 häufiger von rheumatoider Arthritis betroffen als Männer und erkranken tendenziell früher an der Krankheit. Häufig sind auch zusätzliche Beschwerden zu verzeichnen. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich komorbider Störungen wurden von Albrecht (2014) gefunden. Die Ergebnisse zeigen, dass Depression, Fibromyalgie und Hypothyreose häufiger bei Frauen auftreten, während kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes häufiger bei Männern auftreten. Die Erkrankung weist auch auf weitere Störungsbilder, bei denen psychische Faktoren von Bedeutung sind, hin. In Bezug darauf haben Baumeister und Härter (2011) bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe erhöhte Prävalenzraten für affektive Störungen (20.4%), Angststörungen (23.4%), somatoforme Störungen (18.0%) und substanzbezogene Störungen (6.7%) gefunden. Besonders der Zusammenhang zwischen Arthropathien und Depressionen wird betont (Baumeister & Härter, 2011; Frank et al., 1988). Demzufolge verursachen Einschränkungen durch die Erkrankung und Schmerzen die Entwicklung depressiver Symptome. In einer Metanalyse wurden zwölf unabhängige Studien untersucht, die Depressionen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis mit gesunden Patienten verglichen. Trotz der unterschiedlichen Messinstrumente wurde bei 21% der Menschen mit rheumatoider Arthritis eine Depression ermittelt (Dickens, McGowan, Clark-Carter, & Creed, 2002). In einer weiteren Studie wurde versucht, die komorbide Depression tiefergreifender zu untersuchen (Covic, Tyson, Spencer, & Howec, 2006). Die Ergebnisse zeigten, dass die stärksten Prädiktoren von Depression bei Menschen mit rheumatoider Arthritis Anspannung und niedriges Selbstwertgefühl waren. Folgende Prädiktoren waren wahrgenommene Auswirkungen der Krankheit: Müdigkeit, passives Coping, Schmerz, körperliche Beeinträchtigung, Wirksamkeit der Medikation und wahrgenommener Kontrollverlust über den Schmerz. Die Schlussfolgerung war, dass sowohl körperliche als auch psychische Faktoren einen Einfluss auf die Komorbidität von Depression bei rheumatoider Arthritis haben. Englbrecht, Wendler und Alten (2012) haben ergänzend jedoch eine Schwierigkeit beim Diagnostizieren einer Depression betont. Da die Symptome beider Erkrankungen teilweise überlappen, ist Vorsicht geboten. Sowohl rheumatoide Arthritis als auch Depression beinhalten beispielsweise die Symptome Müdigkeit, Antriebslosigkeit oder auch beeinträchtigte Schlafqualität. Somit wurde versucht, den Zusammenhang zwischen Depression und rheumatoider Arthritis näher zu untersuchen. Schlussfolgernd wird betont, dass die Entwicklung effektiver

Bewältigungsstrategien zur aktiven Lösung krankheitsbedingter Probleme sowie ein verbessertes Kontrollgefühl über die Erkrankung und positiv besetzte Überzeugungen für die Genesung von Bedeutsamkeit seien und die soziale Unterstützung durch Freunde, Familie und Patientenorganisationen als protektiver Faktor gegen Depression zu betrachten sei.

## **2.7 Zielsetzung der Studie**

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist es zunächst, vor dem Hintergrund der uneindeutigen Ergebnisse der vorgestellten Forschungsliteratur anhand einer neuen Stichprobe herauszufinden, ob das Wohlbefindensparadox zutrifft. Hierzu werden in der Stichprobe Menschen, die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind, unter anderem zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Aufgrund der hohen Prävalenzraten komorbider psychischer Störungen und einem langzeitigen und schubhaften Krankheitsverlauf könnte eine Stichprobe mit derartiger Erkrankung aufschlussreiche Ergebnisse über das Wohlbefinden bei chronischen Krankheiten bieten. Hierzu soll das subjektive Wohlbefinden der Stichprobe mit rheumatoider Arthritis mit der Normalpopulation verglichen werden, um Staudingers These (2000) zu prüfen.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist es, im Sinne des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky (1987) die möglichen Einflussfaktoren bzw. Resilienzfaktoren in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität weitgehend zu durchleuchten. Es wird versucht herauszufinden, woran es liegt, dass Menschen trotz krankheitsbedingter körperlicher Probleme es schaffen, ihre psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten bzw. zu schützen. Dazu wird untersucht, inwiefern das Alter in einem Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden bei Menschen mit einer spezifischen chronischen körperlichen Erkrankung steht. In Anlehnung an die vorgestellte Forschungsliteratur wird vor allem der Verlauf des psychischen Wohlbefindens im hohen Erwachsenenalter betrachtet und ein Fokus auf den Verlauf nach dem 60. Lebensjahr gelegt. Somit wird untersucht, inwiefern sich die zwei Altersklassen in Bezug auf die Resilienzfaktoren Kohärenzsinn, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und psychisches Wohlbefinden differenzieren lassen. Folgend wird auch ein Geschlechtervergleich in Abhängigkeit der Variablen Kohärenzsinn, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und psychisches Wohlbefinden gemacht. Als Nächstes wird das Ziel verfolgt, die

Mechanismen von Resilienzfaktoren tiefgreifender zu verstehen. Dafür wird die direkte Beziehung vom subjektiven körperlichen Wohlbefinden auf verschiedene Aspekte des psychischen Wohlbefindens ermittelt. Der Zusammenhang zwischen dem körperlichen Wohlbefinden und den Resilienzfaktoren sowie der Zusammenhang zwischen den Resilienzfaktoren und dem psychischen Wohlbefinden ist hierfür auch wichtig. Im Zuge dessen wird die mediierende Wirkung der Resilienzfaktoren auf das körperliche und psychische Wohlbefinden geprüft. Die Ergebnisse sollen dabei helfen, zwischen einzelnen Konstrukten der Resilienz zu differenzieren, sowie mögliche Hinweise zu liefern, um Einflüsse auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität im klinischen Kontext zu erfassen.

### **3 Methodik**

#### **3.1 Stichprobenbeschreibung**

Es wurden Menschen, die durch einen ärztlichen Befund mit rheumatoider Arthritis diagnostiziert wurden, befragt. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme war ein Mindestalter von 18 Jahren. Der Fragebogen war als DACH-Studie an deutschsprachige Länder gerichtet. Nach Bereinigung der Daten blieb eine Stichprobengröße von  $N=244$  übrig.

#### **3.2 Untersuchungsdurchführung und Studiendesign**

Für die Untersuchung wurde ein Online-Fragebogen mithilfe der Online-Software SoScisurvey erstellt und auf verschiedenen sozialen Netzwerken wie beispielsweise Facebook-Gruppen, die sich gezielt mit rheumatischen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen befassen, geteilt. Darüber hinaus wurde der QR-Code des Online-Fragebogens auch als Flyer bei Selbsthilfe-Gruppentreffen der Rheumaliga Wien und mithilfe des Schneeballverfahrens verteilt. Die Erhebung fand insgesamt im Zeitraum von August bis Oktober 2019 statt. Die Dauer des Fragebogens betraf ca. 15 Minuten. In der vorliegenden Forschungsarbeit handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Hierbei wurden Fragen zu soziodemographischen Daten mit mehreren standardisierten Fragebögen zusammengestellt.

### **3.3 Untersuchungsinstrumente**

#### **3.3.1 Short-Form-36 Health Survey**

Der Short-Form-36 Health Survey (SF-36) ist ein Standardinstrument zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Bullinger, 1995). Ursprünglich wurde der Fragebogen in Zuge der Medical Outcome Study als amerikanische Version entwickelt (Stewart & Ware, 1992). Der Fragebogen beinhaltet 36 Items mit den acht Subskalen. Die acht Subskalen sind körperliche Funktionsfähigkeit, Rollenfunktion in körperlicher Hinsicht, Rollenfunktion in emotionaler Hinsicht, soziale Funktionsfähigkeit, Schmerz, psychisches Wohlbefinden, Vitalität und allgemeine Gesundheitswahrnehmung. Um das subjektive Wohlbefinden sowie den Zusammenhang zwischen der psychischen und der körperlichen Gesundheit zu untersuchen, wurden für die folgende Forschungsarbeit die Subskalen in zwei verschiedene Kategorien eingeteilt: Körperliches Wohlbefinden und psychisches Wohlbefinden. Für das körperliche Wohlbefinden wurden die Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit, Rollenfunktion in körperlicher Hinsicht, Schmerz und allgemeine Gesundheitswahrnehmung genutzt. Für die psychische Gesundheit wurden die Subskalen Vitalität, psychisches Wohlbefinden, soziale Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion in emotionaler Hinsicht genutzt. Wiesmann und Hannich (2014) haben mithilfe einer Hauptkomponentenanalyse die Subskalen die zwei Kategorien eingeteilt. Die 36 Fragen werden mit ja/nein oder auf einer drei- bis sechsstufigen Likert-Skala mit itemabhängigen Bezeichnungen der Antwortpole beantwortet. Höhere Werte in den Ergebnissen repräsentieren eine bessere subjektive Einschätzung der Gesundheit. Hierbei werden die Summenwerte der einzelnen Skalen verwendet. Die interne Konsistenz wurde für die deutsche Übersetzung an mehreren klinischen Populationen getestet (Bullinger, 1995). Das Cronbachs  $\alpha$  liegt über dem Kriterium von .70, und die interne Konsistenz ist somit für alle Subskalen in diesem Fragebogen gegeben.

#### **3.3.2 Sense of Coherence Scale**

Die Sense of Coherence Scale (SOC-13) (Antonovsky, 1987) ist die Kurzform eines Fragebogens zur Erfassung des Kohärenzerlebens. Insgesamt besteht der Fragebogen aus 13 Items mit einer siebenstufigen Ratingskala mit itemabhängigen

Bezeichnungen der Antwortpole. Die Items werden in die drei verschiedene Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit eingeteilt. Es wird beispielsweise für die Skala Handhabbarkeit folgende Frage gestellt: „Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?“ Höhere Werte auf den Subskalen repräsentieren ein höheres Ausmaß an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Der Fragebogen in deutscher Übersetzung weist eine interne Konsistenz mit einem Cronbachs  $\alpha$  von .85 bis .91 auf (Hannöver et al., 2004).

### **3.3.3 Rosenberg Self-Esteem Scale**

Die Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) ist ein Fragebogen mit zehn Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala von „trifft zu“ bis „trifft gar nicht zu“ beantwortet werden. Es wird beispielsweise zur Ermittlung des Selbstwertgefühls folgende Aussage bewertet: „Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.“ Die multidimensionale Selbstwertskala kann mit bis zu einem Gesamtscore von 30 das Ausmaß an Selbstwertgefühl erheben. Die Skala hat sich als valides und reliables Instrument für die Erhebung des Selbstwertgefühls gezeigt, und es wurde ein Cronbach  $\alpha$  von .91 festgestellt (Blascovich & Tomaka, 1991).

### **3.3.4 General Self-Efficacy Scale**

Die General Self-Efficacy Scale von Schwarzer und Jerusalem (1995) ist ein Messinstrument zu Erhebung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit. Hierbei werden zehn Items auf einer vierstufigen Likert-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ beantwortet, was bis zu einem Gesamtscore von 40 reichen kann. Beispielsweise wird folgende Aussage bewertet: „Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.“ Der Fragebogen mit Selbstauskunft hat sich als valide und reliabel erwiesen und zeigt eine interne Konsistenz von Cronbachs  $\alpha$  im Bereich zwischen .76 und .90.

### **3.3.5 Brief Social Support Scale BS-6**

Die Brief Social Support Scale (BS-6) (Beutel et al., 2017) ist die deutsche Version der MOS-Social Support Survey (Sherbourne & Stewart, 1991). Der Fragebogen besteht aus sechs Items mit zwei Subskalen: emotionale Unterstützung und greifbare Unterstützung. In Bezug auf die interne Konsistenz zeigt sich ein

Cronbachs  $\alpha$  von .87 für die emotionale Unterstützung und für die greifbare Unterstützung ein Cronbachs  $\alpha$  von .86. Die Antwortmöglichkeiten befinden sich auf einer vierstufigen Likert-Skala von „nie“ bis „immer“. Hier werden verschiedene Beispiele von sozialer Unterstützung angegeben und gefragt „Wie häufig steht Ihnen folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung?“ Höhere Werte repräsentieren hierbei ein höheres Ausmaß an sozialer Unterstützung. Sowohl die emotionale Unterstützung als auch die greifbare Unterstützung zeigten einen negativen Zusammenhang mit psychischen Krankheiten (Beutel et al., 2017).

### 3.3.6 Soziodemographische Daten

Zusätzlich wurden zusätzlich auch soziodemographische Daten erfragt. Neben dem derzeitigen Alter und dem Geschlecht wurde auch das Land, in dem der Hauptwohnsitz liegt, erfragt. Hierbei konnte man zwischen Österreich, Deutschland, Schweiz und Sonstiges auswählen. Außerdem wurde erfragt, ob eine ärztliche Diagnose einer rheumatoiden Arthritis festgestellt wurde. Zur Erhebung der komorbiden Erkrankungen wurde in einem offenen Antwortformat gefragt: „Haben Sie auch zusätzliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?“ Des Weiteren wurde der derzeitige Schweregrad der Symptome auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr wenig“ bis „sehr viel“ mit der Frage „Wie aktuell sind zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Symptome?“ erfragt. Um die Dauer der Krankheit zu ermitteln, konnten die TeilnehmerInnen zwischen den Antwortalternativen „weniger als ein Jahr“, „mehr als ein Jahr“, „mehr als zwei Jahre“ und „mehr als fünf Jahre“ auswählen.

## 3.4 Fragestellung und Hypothesen

### Fragestellung 1

Unterscheiden sich die Werte im psychischen Wohlbefinden in der Stichprobe mit Menschen mit einer chronischen Erkrankung von der Normalpopulation?

**H0 (1.1):** Personen mit der chronischen Erkrankung unterscheiden sich nicht in Bezug auf das psychische Wohlbefinden (SF-36) von der Normalpopulation.

**H1 (1.1):** Personen mit der chronischen Erkrankung unterscheiden sich in Bezug auf das psychische Wohlbefinden (SF-36) von der Normalpopulation.

## Fragestellung 2

Inwiefern unterscheiden sich Personen über 60 Jahre von Personen unter 60 Jahren in Bezug auf die Resilienzfaktoren sowie das psychische Wohlbefinden?

**H0 (2.1):** Personen unter 60 Jahre unterscheiden sich nicht von Personen über 60 Jahren in Bezug auf das Kohärenzgefühl (SOC-13).

**H1 (2.1):** Personen unter 60 Jahre unterscheiden sich von Personen über 60 Jahren in Bezug auf das Kohärenzgefühl (SOC-13).

Analog zum Musterhypothesenpaar wurden weitere Hypothesenpaare für Rosenberg Self Esteem Scale **H(2.2)**, General Self Efficacy Scale **H(2.3)**, BS-6 **H(2.4)** und das psychische Wohlergehen SF-36 **H(2.5)** formuliert.

## Fragestellung 3

Inwiefern gibt es Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Ausprägung der Resilienzfaktoren und das psychische Wohlergehen?

**H0 (3.1):** Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in Bezug auf das Kohärenzerleben (SOC-13).

**H1 (3.1):** Frauen und Männer unterscheiden sich in Bezug auf das Kohärenzerleben (SOC-13).

Analog zum Musterhypothesenpaar wurden weitere Hypothesenpaare für Rosenberg Self Esteem Scale **H(3.2)**, General Self Efficacy Scale **H(3.3)**, BS-6 **H(3.4)** und das psychische Wohlergehen SF-36 **H(3.5)** formuliert.

## Fragestellung 4

Inwiefern wird der Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit über einzelne Resilienzfaktoren vermittelt?

**H0 (4.1):** Es besteht kein mediiender Effekt vom Kohärenzsinn (SOC-13) auf den Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit (SF-36).

**H1 (4.1):** Es besteht ein mediiender Effekt vom Kohärenzerleben (SOC-13) auf den Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit (SF-36).

Analog zum Musterhypothesenpaar wurden weitere Hypothesenpaare für Rosenberg Self Esteem Scale **H(4.2)**, General Self Efficacy Scale **H(4.3)**, BS-6 **H(4.4)** formuliert.

### 3.5 Statistische Auswertung

Für die Auswertung des Datensatzes wurde das Programm SPSS Statistics 25 für Windows sowie die Erweiterung PROCESS Macro 3.3 für die Mediationsanalysen (Hayes & Rockwood, 2017) genutzt. Die Voraussetzung der Normalverteilung galt (außer bei der Fragestellung 2) für alle Verfahren erfüllt, da für alle Teilgruppen  $n > 30$  war (Field, 2009). Neben der Prüfung der Hypothesen wurde auch eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, wobei die Effektstärke mit einem Cronbachs  $\alpha$  ab  $\alpha = .70$  als akzeptabel eingestuft wird.

Zur Auswertung der Hypothese von Fragestellung 1 wurde der One-Sample- $t$ -Test herangezogen. Damit wurde geprüft, ob sich der Mittelwert im psychischen Wohlbefinden der Stichprobe mit Personen, die von rheumatoider Arthritis betroffen sind, von dem Mittelwert der Normalpopulation unterscheidet. Hierzu wurde der Mittelwert aus dem Manual der SF-36 für die Skala psychisches Wohlbefinden entnommen (Bullinger, 1995). Da in der vorhandenen Stichprobe 94.3% der TeilnehmerInnen angegeben haben, weiblich zu sein, wurden die Mittelwerte der Normpopulation von Frauen genutzt.

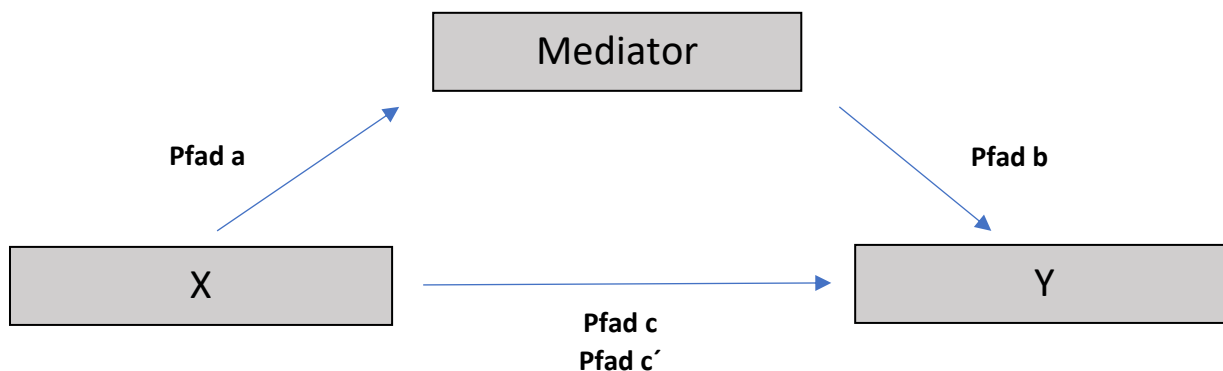
Zur Auswertung der Hypothesen von Fragestellung 2 wurde für die abhängige Variable Alter die Stichprobe mit einem Cutoff-Wert von 60 Jahren in zwei Gruppen geteilt. Im Zuge dessen wurde mithilfe eines  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben ein



Mittelwertvergleich durchgeführt, um herauszufinden, ob sich die Mittelwerte signifikant voneinander unterscheiden.

Für die Auswertung der Hypothesen von Fragestellung 3 konnte gemäß nicht Normalverteilung angenommen werden, da die Stichprobe bezüglich des Geschlechts sehr ungleich verteilt war. Neben 230 weiblichen Teilnehmerinnen waren nur 12 männliche Teilnehmer, die den Fragebogen ausfüllten. Aus diesem Grund wurde ein nichtparametrisches Verfahren, der Mann-Whitney-U-Test verwendet.

Für die Auswertung der Hypothesen von Fragestellung 4 wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Da ein Mediationsmodell für die Hypothesen aufgestellt wurde, galt es vorher zu prüfen, ob alle Pfade des Modells (Pfad a, Pfad b, Pfad c) signifikante Zusammenhänge darstellen, da dies die Voraussetzung für eine Mediationsanalyse ist. In Abbildung 1 ist das Mediationsmodell dargestellt. Wird der Mediator zum Zusammenhang zwischen der X- und Y-Variable hinzugefügt, führt dies zu dem Pfad  $c'$ , da sich der Zusammenhang des direkten Effekts ändern kann. Wenn der Pfad  $c'$  nicht den Korrelationskoeffizienten Null annimmt, bedeutet dies, dass es sich um eine partielle Mediation handeln. Falls der Pfad  $c'$  den Wert Null annimmt, handelt es sich um eine vollständige Mediation.



**Abbildung 1:** Mediationsmodell

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Deskriptive Statistik

Die Stichprobengröße betrug nach der Aufbereitung der Daten  $N=244$ . Davon gaben 12 (5,0%) Teilnehmer an, männlich zu sein, und 230 (95,0%) Teilnehmerinnen gaben an, weiblich zu sein. Der größte Anteil der TeilnehmerInnen (80,0%) hatten den

Hauptwohnsitz in Deutschland, gefolgt von Österreich (14.0%), Schweiz (5.0%) und sonstige Länder (1.0%). Tabellen 1 und 2 geben einen Überblick über die Stichprobenverteilung in Bezug auf den Schweregrad der Symptome und die Dauer der Erkrankung. Das Alter der TeilnehmerInnen reichte von 18 Jahren bis 79 Jahren mit einem Mittelwert von 46.98 Jahren und einer Standardabweichung von  $SD=12.16$ .

**Tabelle 1:** Derzeitiger Schweregrad der Symptome

|               | Häufigkeit | Prozente     |
|---------------|------------|--------------|
| Sehr wenig    | 20         | 8.2          |
| Eher wenig    | 44         | 18.0         |
| Mäßig         | 81         | 33.2         |
| Eher viel     | 77         | 31.6         |
| Sehr viel     | 22         | 9.0          |
| <b>Gesamt</b> | <b>244</b> | <b>100.0</b> |

**Tabelle 2:** Dauer der Erkrankung

|                    | Häufigkeit | Prozente     |
|--------------------|------------|--------------|
| Weniger als 1 Jahr | 26         | 10.7         |
| Mehr als 1 Jahr    | 25         | 10.2         |
| Mehr als 2 Jahre   | 58         | 23.8         |
| Mehr als 5 Jahre   | 135        | 55.3         |
| <b>Gesamt</b>      | <b>244</b> | <b>100.0</b> |

Insgesamt gaben 195 Personen (79.9%) an, komorbide Erkrankungen zu haben. Am häufigsten wurde Fibromyalgie (10.7%) als komorbide Störung abgegeben, gefolgt von Morbus Hashimoto (9.4%), Schilddrüsenerkrankungen (8.2%), Bluthochdruck (7.0%), Arthrose (5.3%) und Asthma (4.5%). Hierbei ist zu beachten, dass häufig mehrere Erkrankungen gleichzeitig angegeben wurden.

## 4.2 Reliabilitätsanalyse

Tabelle 3 gibt die internen Konsistenzen der verwendeten Instrumente und Skalen wieder. Die Reliabilität der Messinstrumente gemessen in Cronbach's  $\alpha$  beschreibt die Messgenauigkeit und spielt für die Validität der Ergebnisse eine große Rolle. Ein Cronbach's  $\alpha > .70$  gilt als akzeptabel. Alle verwendeten Untersuchungsinstrumente waren mindestens im akzeptablen Bereich. Während sich das psychische und körperliche Wohlbefinden in der SF-36 neben der Sense of Coherence Scale im akzeptablen Bereich befinden, zeigt das MOS Social Support Survey einen Reliabilitätswert im guten Bereich. Darüber hinaus werden bei der Rosenberg Self-Esteem Scale und der General Self-Efficacy Scale sehr gute Reliabilitätswerte deutlich.

**Tabelle 3:** Reliabilitätskoeffizienten für alle verwendeten Untersuchungsinstrumente

|                                 | Cronbachs $\alpha$ | Gültige Fälle |
|---------------------------------|--------------------|---------------|
| Sense of Coherence Scale 13     | .715               | 226           |
| Rosenberg Self-Esteem Scale     | .905               | 242           |
| General Self-Efficacy Scale     | .931               | 244           |
| MOS Social Support Survey       | .889               | 244           |
| SF-36 Psychisches Wohlbefinden  | .779               | 244           |
| SF-36 Körperliches Wohlbefinden | .784               | 244           |

## 4.2 Inferenzstatistische Ergebnisse

### 4.2.1 Fragestellung 1 Populationsvergleich

Unterscheiden sich die Werte im psychischen Wohlbefinden in der Stichprobe mit Menschen mit einer chronischen Erkrankung von der Normalpopulation?

Mittels One-Sample  $t$ -Test wurde der ermittelte Mittelwert der Stichprobe mit Menschen, die an rheumatoider Arthritis leiden, mit dem Mittelwert der Normalstichprobe verglichen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Standardabweichung der beiden Stichproben in Bezug auf das psychische Wohlbefinden gleich ist. Der Mittelwert von  $M=54.77$  in der klinischen Stichprobe unterscheidet sich signifikant von dem Mittelwert der Normalpopulation  $M=71.44$  und stellt mit Cohens  $d$  von 0.93 einen großen Effekt dar. Der Mittelwert der Normalpopulation im psychischen Wohlbefinden ist somit signifikant höher als der Mittelwert der klinischen Population. Somit kann die  $H_0$  (1.1) verworfen werden.

### 4.2.2 Fragestellung 2 Altersvergleich

Inwiefern unterscheiden sich Personen über 60 Jahre von Personen unter 60 Jahren in Bezug auf die Resilienzfaktoren sowie das psychische Wohlergehen?

Bei allen Mittelwertvergleichen der Hypothesen zeigte der Levene-Test nicht signifikante Werte, also kann angenommen werden, dass die Varianzen homogen waren. Da keine signifikanten Ergebnisse zu finden sind, kann keine der Nullhypothesen aus Fragestellung 2 verworfen werden. Das bedeutet, dass sich die beiden Altersklassen in der vorliegenden Stichprobe nicht signifikant in Bezug auf die Resilienzfaktoren und das psychische Wohlergehen voneinander unterscheiden. In Tabelle 4 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen,  $t$ -Werte sowie Signifikanzniveaus zu den Hypothesen  $H(2.1)$ ,  $H(2.2)$ ,  $H(2.3)$ ,  $H(2.4)$  und  $H(2.5)$  zu finden. Die Signifikanzniveaus für die Mittelwertvergleiche liegen bei den Hypothesen  $H(2.1)$ ,  $H(2.2)$ ,  $H(2.3)$ ,  $H(2.4)$  und  $H(2.5)$  nicht unter der Grenze von  $p=.05$  und sind somit nicht als signifikant zu interpretieren. Die Nullhypothesen  $H_0(2.1)$ ,  $H_0(2.2)$ ,  $H_0(2.3)$ ,  $H_0(2.4)$  und  $H_0(2.5)$  werden somit angenommen.

**Tabelle 4:** Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanzniveaus der H(2.1), H(2.2), H(2.3), H(2.4) und H(2.5)

|                         | <i>M</i><br>Bis 59 Jahren | <i>SD</i> | <i>M</i><br>Ab 60 Jahren | <i>SD</i> | t      | p    |
|-------------------------|---------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------|------|
| Kohärenzgefühl          | 54.09                     | 14.08     | 59.00                    | 15.26     | -1.843 | .068 |
| Selbstwertgefühl        | 28.85                     | 5.93      | 29.30                    | 5.57      | -0.413 | .680 |
| Selbstwirksamkeit       | 28.35                     | 5.91      | 20.13                    | 5.52      | -0.703 | .483 |
| Soziale Unterstützung   | 17.34                     | 4.55      | 16.61                    | 4.65      | 0.836  | .396 |
| Psychisches Wohlergehen | 45.25                     | 22.83     | 41.83                    | 22.43     | 0.802  | .423 |

#### 4.2.3 Fragestellung 3 Geschlechtsvergleich

Inwiefern gibt es Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Ausprägung der Resilienzfaktoren und das psychische Wohlergehen?

Der Mann-Whitney-U-Test testet, ob die zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben verschieden sind. Hierbei konnte unter den aufgestellten Hypothesen nur im Fall H(3.1) die Alternativhypothese angenommen werden. Die Geschlechter haben sich mit einem Signifikanzniveau von  $p=.009$ ,  $r= .17$  im Kohärenzgefühl unterschieden, wobei das weibliche Geschlecht signifikant höhere Werte zeigte. Bei dem Hypothesenpaar zeigten sich niedrige Effektstärken. Bei den Hypothesen H(3.2) H(3.3), H(3.4) und H(3.5) konnte laut den Ergebnissen nicht die Nullhypothese verworfen werden, da sich Frauen von Männern nicht hinsichtlich des Selbstwertgefühls, der Selbstwirksamkeit, der sozialen Unterstützung und des psychischen Wohlergehen signifikant unterschieden. In Tabelle 5 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Signifikanzniveaus, U-Werte und die Effektstärken hinsichtlich Fragestellung 3 zu sehen.

**Tabelle 5:** Mittelwerte, Standardabweichungen, U-Werte und Signifikanzniveaus der H(3.1), H(3.2), H(3.3), H(3.4) und H(3.5)

|                         | Frauen | SD    | Männer | SD    | U      | p    |
|-------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|------|
| Kohärenzgefühl          | 55.44  | 14.21 | 44.83  | 9.59  | 758.5  | .009 |
| Selbstwertgefühl        | 29.06  | 6.00  | 26.08  | 4.85  | 927.0  | .055 |
| Selbstwirksamkeit       | 28.44  | 5.77  | 27.42  | 6.63  | 1327.0 | .822 |
| Soziale Unterstützung   | 17.32  | 4.48  | 16.17  | 5.80  | 1232.5 | .532 |
| Psychisches Wohlergehen | 45.01  | 23.00 | 39.10  | 18.57 | 1179.0 | .395 |

#### 4.2.3 Fragestellung 4 Mediatoranalyse

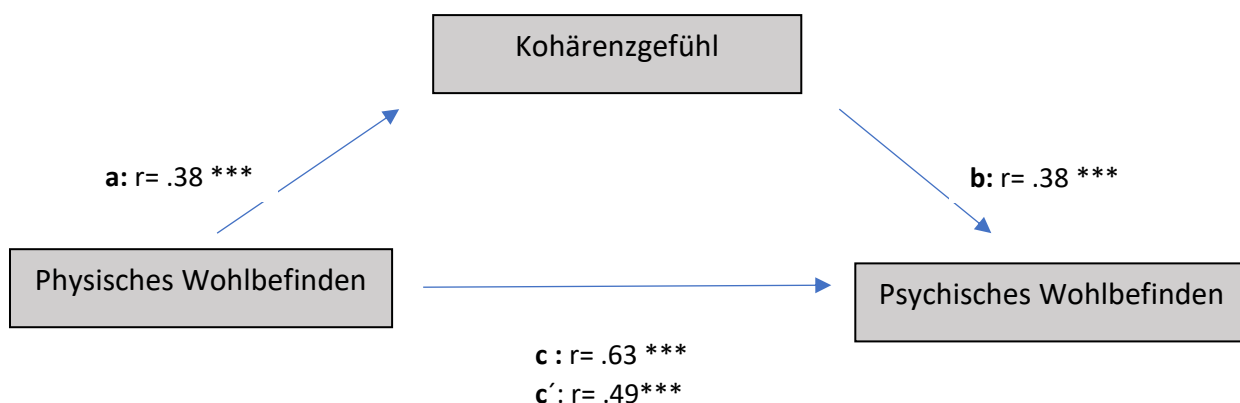
Inwiefern wird der Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit über einzelne Resilienzfaktoren vermittelt?

Als Voraussetzung für die Mediationsanalyse wurde geprüft, ob alle Pfade (Pfad a, Pfad b, Pfad c) des Mediationsmodells regressionsanalytisch für H(4.1), H(4.2), H(4.3) und H(4.4) einen signifikanten Zusammenhang zeigen. In den Mediationsmodellen für alle vier Hypothesen wurde gefunden, dass jeweils alle drei Pfade einen signifikanten Zusammenhang darstellen. In den Abbildungen 2, 3, 4 und 5 sind die Korrelationskoeffizienten sowie die Signifikanzniveaus der Pfade a, b, c und c' für H(4.1), H(4.2), H(4.3) und H (4.4) veranschaulicht.

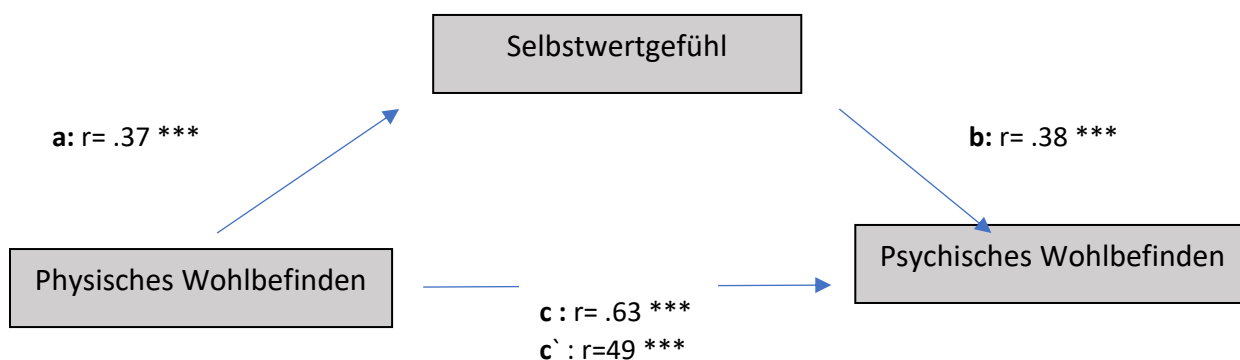
Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigten in Bezug auf die H(4.1) eine partielle Mediation, da der direkte Effekt von dem körperlichen Wohlbefinden auf das psychische Wohlbefinden auch nach dem Einbeziehen des Mediators immer noch signifikante Werte zeigte. Bei den Hypothesen H(4.2), H(4.3) und H(4.4) zeigten die Ergebnisse ebenso eine partielle Mediation der einzelnen Resilienzfaktoren auf den Zusammenhang zwischen dem körperlichen und psychischen Wohlergehen. Hierbei wird jedoch deutlich, dass der Zusammenhang vom direkten Effekt nach Einbeziehen des Mediators geringer wird. In Bezug auf die Hypothese H(4.1) zeigt sich, dass der direkte mittlere Effekt von c:  $r = .63$  auf c':  $r = .49$  sinkt, wenn das Kohärenzgefühl als

Mediator einbezogen wird. Beim Selbstwertgefühl als Mediator H(4.2) sinkt der direkte Effekt von  $c: r = .63$  auf  $c': r = .49$ . Es zeigt sich im Mediationsmodell, dass das Kohärenzgefühl und das Selbstwertgefühl als Mediatoren dazu beitragen, dass der direkte Effekt von einer mittleren Effektstärke zu einer schwachen Effektstärke sinkt. Die Selbstwirksamkeit als Mediator H(4.3) verändert den indirekten Effekt von  $c: r = .63$  auf  $c': r = .53$ . Zuletzt wird durch die soziale Unterstützung als Mediator der direkte Effekt von  $c: r = .63$  auf  $c': r = .57$  gesenkt. In Bezug auf die Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung wird deutlich, dass der indirekte Effekt im Mediationsmodell im mittleren Bereich bleibt.

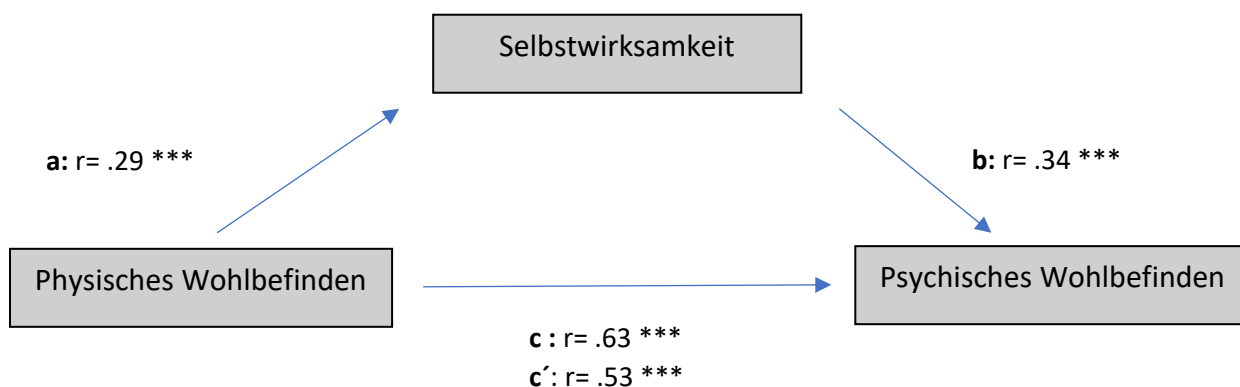
Da die Konfidenzintervalle nicht den Wert Null annehmen, ist von einem signifikanten indirekten Effekt auszugehen. Für den indirekten Pfad im Bereich der Mediation gibt es keine allseits akzeptierte Effektstärke. Aufgrund dessen wird für die Effektstärke des indirekten Effekts bei kontinuierlichen Variablen der vollständig standardisierte Effekt verwendet. Dieser Wert besagt, um wie viele Standardabweichungen sich die abhängige Variable vermittelt über den Mediator ändert, wenn sich die unabhängige Variable um eine Standardabweichung ändert. Dieses Maß ist vor allem für den Vergleich zwischen verschiedenen Mediationsmodellen von Vorteil. In den vorliegenden Mediationsmodellen wird deutlich, dass das Kohärenzgefühl gefolgt vom Selbstwertgefühl die höchsten Werte im vollständig standardisierten Effekt hat. In Bezug auf die Hypothese H(4.1), also den indirekten Effekt, der durch den Mediator Kohärenzgefühl entsteht, wird für den vollständig standardisierten Effekt ein Wert von 0.145 angegeben, und in Bezug auf die H(4.2), also den indirekten Effekt, der durch den Mediator Selbstwertgefühl vermittelt wird, wird ein Wert von 0.140 berechnet. Die Selbstwirksamkeit als Mediator zeigt für den vollständig standardisierten Effekt einen Wert von 0.005 und die soziale Unterstützung einen Wert von 0.060.



**Abbildung 2:** Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus  
 (\*= $<.05$ , \*\*= $<.01$ , \*\*\*= $<.001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.1)

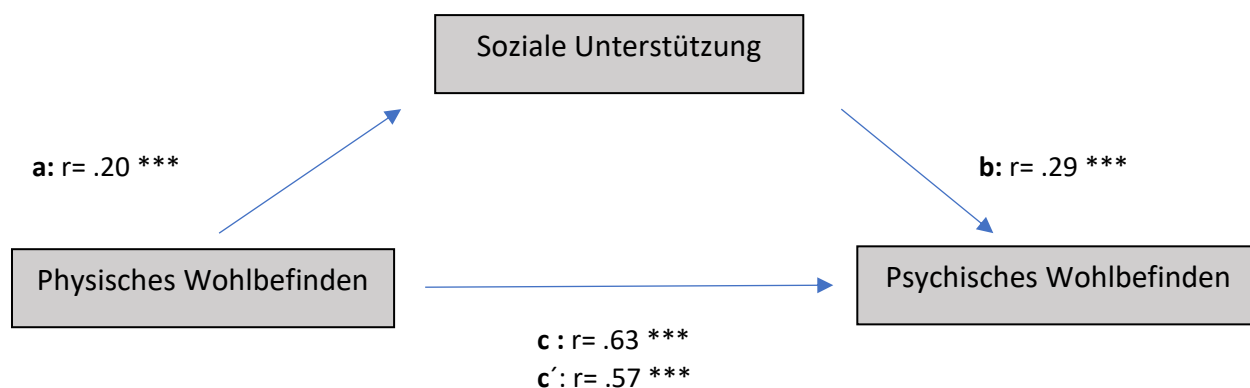


**Abbildung 3:** Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus  
 (\*= $<.05$ , \*\*= $<.01$ , \*\*\*= $<.001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.2).



**Abbildung 4:** Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus  
 (\*= $<.05$ , \*\*= $<.01$ , \*\*\*= $<.001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.3)





**Abbildung 5:** Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus  
 (\*= $<.05$ , \*\*= $<.01$ , \*\*\*= $<.001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.4)

## 5. Diskussion

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten zunächst in Bezug auf die Fragestellung 1, dass sich die Normalpopulation von der klinischen Population mit rheumatoider Arthritis signifikant im psychischen Wohlergehen unterscheidet. Hierbei zeigen die Werte der Normalpopulation signifikant höhere Ergebnisse. Dies spricht gegen das Wohlbefindensparadox von Staudinger (2000), was beschreibt, dass sich widrige Lebensumstände im Gruppenmittel, solange existentielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden, kaum von der Normalpopulation unterscheiden.

Außerdem wurde in Fragestellung 2 untersucht, inwiefern das Alter in einer Beziehung zum subjektiven Wohlergehen steht. Die Ergebnisse an der Stichprobe mit Personen mit rheumatoider Arthritis zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen in der Altersklasse unter dem 60. Lebensjahr und Personen in der Altersklasse über dem 60. Lebensjahr in Bezug auf die Resilienzfaktoren und das psychische Wohlbefinden, was im Gegensatz zu früheren Tendenzen in Forschungsergebnissen steht (Gooding, Hurst, & Johnson, 2012; Windle, Woods, & Markland, 2010). Hierzu lässt sich jedoch in der Stichprobe eine ungleiche Verteilung feststellen. Während 33 Personen angegeben haben, über 60 Jahre alt zu sein, haben 210 Personen angegeben, unter 60 Jahre alt zu sein. Die Theorie von Carstensen (1995) steht im Widerspruch zu den Ergebnissen.

Als Nächstes wurde in Fragestellung 3 deutlich, dass ein signifikanter, aber schwacher Unterschied im Kohärenzgefühl zwischen Frauen und Männern besteht. Dies war jedoch beim Selbstwertgefühl, der Selbstwirksamkeit, der sozialen Unterstützung sowie dem psychischen Wohlergehen nicht der Fall. Auch hier ist es jedoch wichtig zu erwähnen, dass die Stichprobe mit 12 Männern und 230 Frauen ungleich verteilt war.

Letztendlich wurde in der Fragestellung 4 eine Mediatoranalyse durchgeführt, um herauszufinden, ob die ausgewählten Resilienzfaktoren eine mediiierende Wirkung auf den Zusammenhang zwischen körperlichem und psychischem Wohlergehen aufzeigen können. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen von Wiesmann und Hannich (2014). Das Kohärenzgefühl, das Selbstwertgefühl sowie die Selbstwirksamkeit haben einen mediiierenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen körperlichem und psychischem Wohlbefinden in der klinischen Stichprobe mit Personen mit rheumatoider Arthritis. Es handelt sich in allen Regressionsanalysen aber um eine partielle Mediation. Das Kohärenzgefühl und das Selbstwertgefühl zeigen im Vergleich den größten Effekt. Darüber hinaus wurde zusätzlich die Rolle von sozialer Unterstützung untersucht. Es zeigte sich, dass die soziale Unterstützung ebenfalls eine partielle Mediation auf den Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit aufweist. Diese Bedeutung der sozialen Unterstützung zeigt sich passend zu früheren Forschungsergebnissen (Leung et al., 2014; Platinga et al., 2010).

## **6. Limitation und Ausblick**

Die vorliegende Studie weist Limitationen auf. Zunächst gibt es einige Nachteile am Online-Fragebogen. Es ist fraglich, inwiefern die Antworten dieses Formats als wahrheitsgemäß angenommen werden können oder es zu Falschangaben führen kann. Außerdem können beispielsweise verzerrende Effekte wie ein sozial erwünschtes Antwortverhalten die Daten beeinflussen. Somit kann wohlmöglich Objektivität nicht gänzlich erreicht werden. Im Gegensatz dazu wäre es auch möglich, dass sich TeilnehmerInnen durch ein anonymes Online-Format eher trauen, wahrheitsgetreu die Fragen zu beantworten. Darüber hinaus ist es bei einem Online-Format, bei dem die TeilnehmerInnen meistens ohne eine Fachperson den Fragebogen beantworten, nicht möglich, Missverständnisse aufzuklären. Dadurch

könnten Fragen falsch verstanden oder ausgelassen werden, was wiederum zu verzerrten Daten führen kann. Des Weiteren werden durch das Studiendesign Grenzen bezüglich der Aussagekraft der Ergebnisse gesetzt. Da es sich um ein Querschnittsdesign und nicht um ein Längsschnittsdesign handelt, und somit die Daten pro TeilnehmerIn nur einmal erhoben wurden, sind keine kausalen Schlüsse möglich. Obwohl versucht wurde, sich mithilfe von Regressionsanalysen an Kausalaussagen anzunähern, sind keine kausalen Aussagen in Bezug auf die Ergebnisse zu stellen. Darüber hinaus ist es möglich, dass durch die TeilnehmerInnenrekrutierung auf sozialen Netzwerken und in Selbsthilfegruppen Selektionseffekte entstehen. Diese könnten möglicherweise die ungleiche Geschlechterverteilung erklären. Außerdem konnte das sehr hohe Erwachsenenalter nicht wie in vorherigen Studien untersucht werden, da diese Altersklasse in der Stichprobe unterrepräsentiert war. Ein weiterer Punkt ist zum einen, dass das körperliche und psychische Wohlergehen mithilfe eines generischen, also krankheitsübergreifenden Messinstruments (SF-36) gemessen wurde und somit nicht gezielt die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen von rheumatoider Arthritis erfragt werden konnten. Ein krankheitsspezifischer Fragebogen hätte möglicherweise passendere Ergebnisse geliefert. Zum anderen wies die Stichprobe zu einem großen Teil (79.9%) komorbide Erkrankungen auf. Aufgrund dessen ist es fragwürdig, ob die Stichprobe als klinische Stichprobe mit einer spezifischen Krankheit angesehen werden kann, da die komorbiden Erkrankungen auch einen großen Einfluss auf das körperliche sowie psychische Wohlergehen haben können. Zuletzt ist in Anbetracht der Fragestellung 1 anzumerken, dass die Daten der Normalpopulation aus dem SF-36 nicht aktualisiert wurden und als veraltet angesehen werden müssen (Bullinger, 1995). Durch aktuellere Normstichproben könnten die Ergebnisse möglicherweise anders ausfallen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bieten weitere grundlegende Information über die Resilienzfaktoren bei Menschen mit rheumatoider Arthritis und möglicherweise auch anderen chronischen Erkrankungen. Neben einer medizinischen Behandlung von Krankheiten scheint es in Anlehnung an die Ergebnisse auch sinnvoll zu sein, eine psychische Behandlung anzubieten. Hierbei zeigen die Ergebnisse mögliche Themenbereiche von Interventionen, auf die ein Fokus gelegt werden sollte. Für die Forschungsfelder der Gesundheits- und Klinischen Psychologie, die sich vermehrt mit dem salutogenetischen Ansatz beschäftigen, spielen resilienzfördernde Faktoren eine große Rolle. Darüber hinaus steht der Zusammenhang zwischen

körperlicher und psychischer Gesundheit im Vordergrund. Staudinger (2000) stellte zum Thema Intervention am Individuum die Suggestivfrage, ob man die Erkenntnisse der Forschung in Trainingsprogramme für subjektives Wohlbefinden umwandeln sollte. Es wurde hierbei betont, dass im psychisch pathologischen Bereich (Bsp. Depression) solche Interventionen früher angeboten wurden, doch im Normalbereich das Ziel und das Ausmaß nicht klar definiert war. Hinzu ist zu ergänzen, dass Resilienz schon seit Beginn in Verbindung mit Coping gebracht wird, was auch eine Bedeutung für Entwicklungen spezifischer Interventionen haben könnte (Antonovsky, 1987; Leipold & Greve 2009). Vor dem Hintergrund der steigenden Langlebigkeit, die auch chronische Krankheiten mit sich bringt, ist weitere Forschung zur Förderung des psychischen Wohlbefindens vor allem bei Menschen in hohem Erwachsenenalter mit chronischen Krankheiten dringend erforderlich.

## Literatur

- Al-Turkait, F. A., & Ohaeri, J. U. (2008). Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti military men according to level of involvement in the first Gulf war. *Depression and Anxiety*, 25, 932-941.
- Albrecht, K. (2014). Gender-spezifische Unterschiede der Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 73(7), 607-614.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baird, B., Lucas, R., & Donnellan, M. (2010). Life satisfaction across the lifespan: findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99(2), 183-203.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baumeister, H., & Härter, M. (2011). Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 52-58.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J., ...Chatterji, S. (2015). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Ageing and Life Course*, 38, 2145-2154.
- Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M.V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*, 6: e0110503.
- Bender, K., Ferguson, K., Thompson, S., Komlo, C., & Pollio, D. (2010). Factors associated with trauma and posttraumatic stress disorder among homeless youth in three U.S. cities: The importance of transience. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 161-168.
- Beutel, M.E., Brähler, E., Wiltink, J., Michal, M., Klein, E.M., Jünger, C., ... Tibubos, A. N. (2017). Emotional and tangible social support in a German population based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). *PLoS ONE*, 12(10): e0186516.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, 66, 1733-1749.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). *Measures of self-esteem*. San Diego, CA: Academic Press.
- Bogatz, T. (2016). Quality of life in old age — a concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*, 11, 55-69.
- Bonsaksen, T., Lerdall, A., & Fagermoen, M. S. (2012). Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 333-339.
- Braun, T., Schmukle, S. C., & Kunzmann, U. (2017). Stability and change in subjective well-being: The role of performance-based and self-rated cognition. *Psychology and Aging*, 32(2), 105-117.
- Brett, C.E., Dykiert, D., Starr, J.M., & Deary, I.J. (2019). Predicting change in quality of life from age 79 to 90 in the Lothian Birth Cohort 1921. *Quality of Life Research*, 28, 737-749.
- Brett, C. E., Gow, A. J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2012). Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 21, 505-516.
- Bullinger, M. (1995). German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: Preliminary results from the IQOLA project. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1359-1366.

- Bullinger, M., Siegrist, J., & Ravens- Sieberer, U. (2000). *Lebensqualitätsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cameron, J.E., Voth, J., Jaglal, S.B., Guilcher, S.J., Hawker, G., & Salbach, N. M. (2018). "In this together": Social identification predicts health outcomes (via self- efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science & Medicine*, 208, 172-179.
- Carstensen, L.L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Psychological Science*, 4(5), 151–156.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning and disability in older adults. Present status and future implications. *Lancet*, 385, 563-575.
- Clarke, P., Marshall, V., House, J., & Lantz, P. (2011). The social structuring of mental health over the adult life course: Advancing theory in the sociology of aging. *Social Forces*, 89(4), 1287-1314.
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, T., & Howec, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 469-476.
- Dickens, C., Mc Gowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 52-60.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Edwards, V., Thompson, W., Bouldin, E., & McGuire, L. (2016). Gender as a modifier of subjective cognitive decline and health related quality of life. *Gerontologist*, 56(3), 250-250.
- Englbrecht, M., Wendler, J., & Alten, R. (2012). Depression als Systemeffekt bei rheumatoider Arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 71, 850-863.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2012). Salutogenesis and Resilience — two sides of the same coin? *Psychology & Health*, 26(1), 41-41.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS, third edition*. London: SAGE.
- Frank, R. G., Beck, N. C., Parker, J. C., Kashani, J. H., Elliot, T. R., Haut, A. E., ... Kay, D. R. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 15, 920-925.
- Glatzer, W., & Zapf, W. (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt: Campus.
- Gooding, P.A., Hurst, A., & Johnson, J. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262–270.
- Hännover, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H., Hapke, U., & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 179-186.
- Härter, M.C. (2000). Psychische Störung bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50(7), 275-286.
- Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 39-57.

- Heidemeier, H., & Staudinger, U. M. (2012). Self-evaluation in processes in life satisfaction: Uncovering measurement non-equivalence and age-related differences. *Social Indicators Research*, 105(1), 39-61.
- Huang, I.-C., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A., & Wu, A. W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PloS One*, 12(3): e0173806.
- Ibrahim, N., Teo, S., Din, N.C., Gafor, A.H., & Ismail, R. (2015). The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *PLoS ONE*, 10(7): e0129015.
- Inglehart, R. (2002). Gender, aging, and subjective well-being. *International Journal of Comparative Sociology*, 43(3-5), 391-408.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel T., & Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8, 145-156.
- Jeste, D.V., Salva, G.N., Thompson, W.S., Vahia, I.V., Glorioso, D.K., Martin, A.S., ...Depp, C.A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196.
- Judge, A., Erez, A., Bono, J., & Thoresen, C. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 693-710.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15(3), 511-526.
- Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50.
- Leps, W., & Lohr, M. (2003). *Innere Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23, 1014-1020.
- Mojahed, A., Fallah, M., Ganjali, A., & Heidari, Z. (2019). The role of social support and coping strategies in the prediction of psychological well-being in type 2 diabetic patients of Zahedan. *Bali Medical Journal*, 8(1), 281-286.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 189-202.
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). *Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities*. London: The King's Fund.
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.
- Nygaard, E., Johansen, V. A., Sigvelant, J., Hussain, A. & Heir, T. (2017). Longitudinal relationship between self-efficacy and posttraumatic stress symptoms 8 years after a violent assault: An autoaggressive cross- lagged model. *Frontiers in Psychology*, 8, 913-926.
- Plantinga, L.C., Fink, N. E., Harrington-Levey, R., Finkelstein, F. O., Hebah, N., Powe, N. R., & Jaar, B. G. (2010). Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5(8), 1480-1488.

- Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16, 206-216.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rott, C., & Jopp, D.S. (2012). Das Leben der Hochaltrigen. *Bundesgesundheitsblatt*, 55(4), 474-480.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Resilience in Children*, 1094(1), 1-12.
- Schlenk, E. A., Erlen, J. A., Dunbar-Jacob, J., Mc Dowell, J., Engberg, S., Sereika, S. M., ... Bernier, M. J. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7, 57-65.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self-Efficacy scale*. Windsor: NFER-NELSON.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Smith, J. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 59(4), 715-732.
- Sprangers, M. A. G., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48, 1507-1515.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185-197.
- Staudinger, U., Fleeson, W., & Baltes, P. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 305-319.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.
- Stewart, A.L., & Ware, J.E. (1992). *Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham: Duke University Press.
- Stone, J.E., Schwartz, J.E., Broderick, A., & Deaton, A. (2010). Snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 9985-9990.
- Terrill, A.L., Molton, I.R., Ehde, D.M., Amtmann, D., Bombardier, C.H., Smith, A.E., & Jensen, M. P. (2016). Resilience, age, and perceived symptoms in persons with long-term physical disabilities. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 640-649.
- Tesch-Roemer, C., & Wolff, J. (2016). Does social change affect the paradox of well-being in old age? *Gerontologist*, 56(3), 367-376.
- Untas, A., Thumma, J., Rasclé, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A., ... Combe, C. (2006). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in



- the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6(1), 142-152.
- Wasyliw, W., & Fekken, G. C. (2002). Personality and self-reported health: matching predictors and criteria. *Personality and Individual Differences*, 33(4), 607-620.
- Wettstein, M., Eich, W., Bieber, C., & Tezarz, J. (2018). Profiles of subjective well-being in patients with chronic back pain: constrasting subjective and objective correlates. *Pain Medicine*, 20(4), 668-680.
- Wettstein, M., Schilling, O.K., & Wahl, H.W. (2016). "Still feeling healthy after all these years": The paradox of subjective stability versus objective decline in very old adults' health and functioning across five years. *Psychology and Aging*, 31(8), 815-830.
- Wiesmann, U., Ballas, I., & Hannich, H. (2018). Sense of coherence, time perspective and positive aging. *Journal of Happiness Studies*, 19, 817-839.
- Wiesmann, W., & Hannich, H. (2010). A salutogenic analysis of healthy aging in active elderly persons. *Research on Aging*, 32(3), 349-371.
- Wiesmann, W., & Hannich, H. (2013). The contribution of resistance resources and sense of coherence to life satisfaction in older age. *Journal of Happiness Studies*, 14, 911-928.
- Wiesmann, U., & Hannich, H. (2014). A salutogenic analysis of the well-being paradox in older age. *Journal of Happiness Studies*, 15(2), 339-355.
- Wiesmann, U., & Hannich, H.-J. (2019). A salutogenic inquiry into positive aging – a longitudinal analysis. *Aging and Mental Health*, 23(11), 1562-1568.
- Windle, G., & Woods, R.T. (2004). Variations on subjective wellbeing: the mediating role of a psychological resource. *Ageing & Society*, 24, 583-602.
- Windle, G., Woods, R. T., & Markland, D. A. (2010). Living with ill-health in older age: The role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 763-777.

## Tabellenverzeichnis

|                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabelle 1:</b> Derzeitiger Schweregrad der Symptome.....                                                                            | 34 |
| <b>Tabelle 2:</b> Dauer der Erkrankung .....                                                                                           | 34 |
| <b>Tabelle 3:</b> Reliabilitätskoeffizienten für alle verwendeten Untersuchungsinstrumente.....                                        | 35 |
| <b>Tabelle 4:</b> Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanzniveaus der H(2.1), H(2.2), H(2.3), H(2.4) und H(2.5)..... | 37 |
| <b>Tabelle 5:</b> Mittelwerte, Standardabweichungen, Signifikanzniveau und U-Werte der H(3.1), H(3.2), H(3.3), H(3.4) und H(3.5).....  | 38 |

## Abbildungsverzeichnis

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Abbildung 1:</b> Mediationsmodell.....                                                                                                                                     | 33 |
| <b>Abbildung 2:</b> Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus<br>(*= $< .05$ , **= $< .01$ , ***= $< .001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.1)..... | 40 |
| <b>Abbildung 3:</b> Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus<br>(*= $< .05$ , **= $< .01$ , ***= $< .001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.2)..... | 40 |
| <b>Abbildung 4:</b> Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus<br>(*= $< .05$ , **= $< .01$ , ***= $< .001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.3)..... | 40 |
| <b>Abbildung 5:</b> Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus<br>(*= $< .05$ , **= $< .01$ , ***= $< .001$ ) der einzelnen Pfade des Mediationsmodells für H(4.4)..... | 41 |