



Religionsgemeinschaften, Staat und Gesellschaft

Nationales Forschungsprogramm NFP 58

Collectivités religieuses, Etat et société

Programme national de recherche PNR 58

Religions, the State and Society

National research programme NRP 58

Religion, Gesundheit und Alter: Einflüsse auf die Inanspruchnahme und die Bereitschaft zur Übernahme von gesundheitlicher Versorgung

Schlussbericht

Ein Projekt im Rahmen des

Nationalen Forschungsprogramms „Religionsgemeinschaften, Staat und Gesellschaft (NFP 58)“

Projektleitung:

Prof. Mike Martin

Psychologisches Institut der Universität Zürich

m.martin@psychologie.uzh.ch



1. Final report

(1) Status of research, i.e., procedures und methods used, results achieved, highlights, achievements regarding the milestones of the research plan and the time schedule

The project examined the relations between religiosity, health and aging in the context of health care use and provision of and to older adults. We have examined (a) existing longitudinal data, (b) a representative lifespan sample, (c) a sample of professional caregivers, and (d) a selected sample of informants for in-depth qualitative interviews. Moreover, the project differentiates between willingness to use and to provide health care and is derived from a general health beliefs model (Glanz, Rimer, & Lewis, 2002; see Figure 1). On the part of religion, we have focused on religiosity (i.e., religious beliefs, practice, and commitment) and the diversity of religious affiliations. On the part of health, the focus was on mental health, physical health, and well-being. The outcome variables were willingness to use and to provide health care. Five determinants of health care use and provision were considered (i.e., actual need for services, perceived need for services, perceived benefit from services, access to and availability of services, motivation to seek care; see Koenig et al., 2001). We also examined other potential influencing factors such as person factors or social factors. Previous research had shown that behavioral (e.g., functional disability) and psychosocial factors (e.g., social support) significantly influence the demand for health services (see Fries et al., 1993).

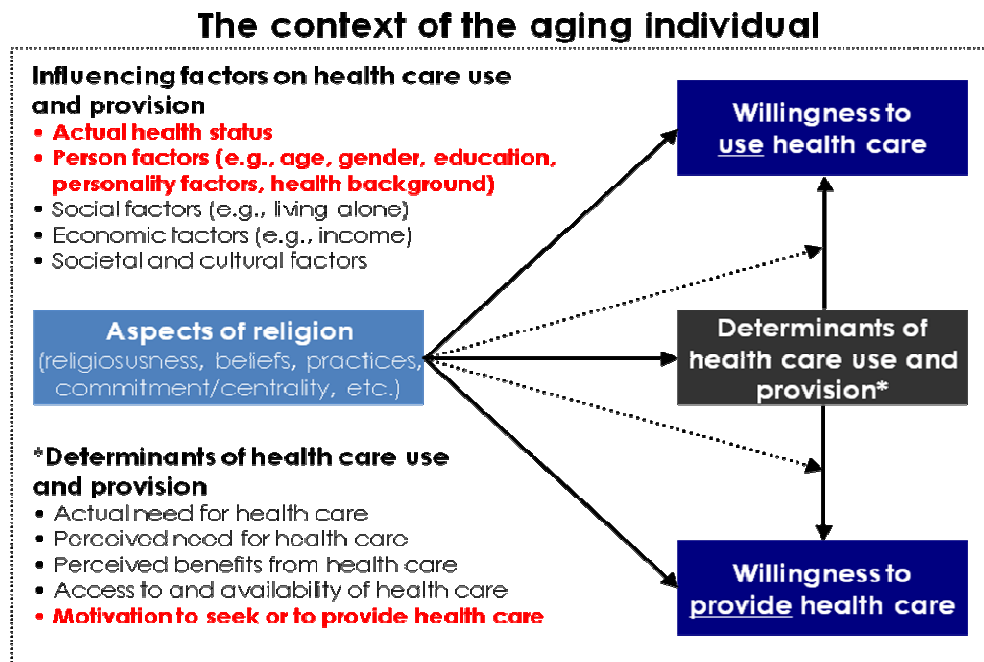


FIGURE 1: Conceptual Model.

Aspects of religion consider multiple religious backgrounds. The centrality of religiousness construct in person's personality includes persons with no or marginal religious commitment.



Research Questions

The general research question guiding this project was how the provision and use of health care will change in the next years and decades as more and more individuals may become non-religious or religious “seekers” (Wuthnow 1998). If religiosity is a determining force for individuals to provide support to others, a decline in religiosity may negatively influence the willingness to provide health care.

For the empirical studies conducted within this project, the concrete research questions were how the differences in representations of adequate health behaviors in old age are related to the cultural and religious background of the user and provider of health care to older adults within the Swiss health care system. Specific research questions addressed controlled for the influence of actual health status and actual health care use: (1) In which way does religious affiliation relate to willingness to use or to provide health care? (2) In which way does religiosity (religious beliefs and practiced moral attitudes) relate to willingness to use or to provide health care? (3) Are there age differences in the relations among religiosity, determinants of health care use and provision, and willingness to use and to provide health care? (4) Are there differences in the relations among religiosity, health, and willingness to use and to provide health care in those who are actually in need of health care and those who are not? (5) Does forgiveness mediate the effect of religiosity on willingness to provide health care? We will address these questions for a representative sample including persons with no religious affiliation and a sample of professional caregivers, and compare in the analyses younger adults, middle aged adults, and older adults not providing care, persons actually in need of health care and persons not actually in need of care. In-depth interviews and qualitative analyses of selected old persons (health care users) and caregivers will clarify the quality of health care use and provision.

The project group worked in parallel on the six modules of the overall project. We report results separately for each of the six modules. The resource regulation model developed in Module 2 may provide a theoretical framework for both future empirical studies and the development of practical measures. Based on the results of the project, we make a number of scientific and practical recommendations.



Module 1: The goal of this module was and is to provide an overview of the existing evidence on the relations between religion and health care in old age. What is more, to ensure sustainable scientific productivity, we have produced an easily accessible documentation of the variables and data contained in several longitudinal datasets according to international standards. For researchers this makes it possible to develop analytic questions and hypotheses, select the variables, and then create the specific sub-dataset for analyses and publication purposes. We have used existing data sets to examine the relations between age, religious affiliation, religiosity, health, and use of health services and to include persons without religious affiliation.

In the second phase of the project, we have conducted comparative analyses concerning the relation between measures of religiosity, in particular religious practice, and health as well as health service use. We have prepared an overview in which we report the rationale for this comparative analysis and findings from the Seattle Longitudinal Study (SLS) and the Midlife in the United States (MIDUS) data set. Several doctoral students have used this documentation and included variables of religiosity, forgiveness, and physical and mental health in their dissertations and publications.

As an illustration of our approach, Steiner et al. (2010) report that very few studies have empirically tested potential causes of age differences in forgiveness. For example, older adults may have certain beliefs or value systems that predispose them to be more forgiving than younger adults (Romero & Mitchell, 2008). Indeed, previous research has shown that age is positively associated with religiousness (Idler, 2006), and religiousness, in turn, with forgiveness (Mullet et al., 2003). Older adults also might have different goal preferences in the social domain than younger adults, as has been suggested by socio-emotional selectivity theory (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999). The theory assumes that the regulation of emotions receives greater priority as people age because chronological age is negatively associated with time left in life. Hence, forgiveness as a religiously informed moral attitude or spiritual concept might become a useful resource and strategy as people pass through older adulthood (Bono & McCullough, 2004).

Using this same conceptual approach with data collected in Module 4 (N = 962, age range 20-80 years; including religiously affiliated and non-affiliated individuals), we have also examined the relations between practiced moral attitudes and mental health. As practiced moral attitudes one may define gratitude and forgiveness. Relating these attitudes to mental health measures of optimism, positive affect, and life satisfaction should help to answer the question if even in an increasingly secularized society moral attitudes rooted in religious belief systems may positively influence mental health. The problem with this approach is the potential construct overlap, but that can be solved through multiple regression approaches controlling at each step for the affective or evaluative components of mental health measures. As we could determine with our sample, the relations between gratitude and forgiveness with all measures of mental health were quite substantial, and that there were practically no age differences in these relations. This suggests that although practicing religion by attending church services or even affiliating oneself with any particular church may demonstrate massive cohort differences, the role of moral attitudes to regulate mental health has not changed. This, as we will demonstrate later, fits with our findings from the qualitative interviews and the survey of health care professionals of a decreased use and understanding of religious vocabulary, but a stable willingness and similar reasons to provide health services to older adults.



Vorhersage von psychologischem Wohlbefinden

- **Positiver Affekt**
 - Alter (-.09*), Geschlecht (1 = männlich, 2= weiblich) (-.04)
 - Dankbarkeit (.43*), Verzeihensbereitschaft (.20*)
- **Optimismus**
 - Alter (-.09*), Geschlecht (-.08*)
 - Dankbarkeit (.30*), Verzeihensbereitschaft (.22*)
- **Lebenszufriedenheit**
 - Alter (-.06), Geschlecht (-.07*)
 - Dankbarkeit (.47*), Verzeihensbereitschaft (.15*)

Standardisierte Betas aus multiplen Regressionsanalysen

FIGURE 2: Relations between practiced moral attitudes and mental health (based on N = 962 respondents – see Module 4)

In addition to these more person-related explanations, context-related explanations emphasize the role of situations and circumstances. For example, older adults are exposed to a greater number of life experiences across their life including interpersonal problems and transgressions than younger adults. Consequently, they might have more knowledge and judgment about life and ways of planning, managing, and understanding life (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006). The past time perspective thus might explain age differences in forgivingness as well. Furthermore, transgression occurrences might vary across the lifespan as a consequence of being exposed to different social contexts and roles. Recently, Steiner et al. (2010) tested this hypothesis and found that older adults experience interpersonal transgressions less frequently than do younger adults, and they perceive the transgressions that do occur to them as less intense. Moreover, those age effects in transgression occurrences explain, in part, why older adults are more willing to forgive.

The major goal of the investigation by Steiner et al. (2010) thus was to clarify the role of two person-related variables for age differences in forgivingness: agreeableness and neuroticism. Several explanations exist for potential causes of these age differences. In general, age differences in agreeableness and neuroticism can be attributable to social and/or biological factors (McCrae et al., 2000; Roberts et al., 2008). For example, the maturity principle assumes that people become socially more dominant, agreeable, conscientious, and emotionally stable with age as a consequence of maturity (Roberts & Wood, 2006). Those qualities serve to facilitate functioning in society. In addition, the social investment principle supposes that investing in social institutions, such as age-graded social roles, is a key mechanism for personality development (Lodi-Smith & Roberts, 2007). The idea is that social roles in different domains such as work, marriage, family, and community roles contain cultural, societal, and individuals' expectations how to behave in the roles, and that an active, psychological investment to the roles might lead to personality development in general and to greater maturity in particular.

Second, agreeableness and neuroticism are not only related to age, but also to forgivingness. Research has consistently demonstrated that these two traits are correlates of the tendency to



forgive (Allemand, Job, Christen, & Keller, 2008; Ashton, Paunonen, Helmes, & Jackson, 1998; Berry, Worthington, Parrott, O'Connor, & Wade, 2001; Brown, 2003; McCullough, Bellah, Kilpatrick, & Johnson, 2001; McCullough & Hoyt, 2002). Several explanations exist for these consistent patterns of associations with forgivingness. Agreeableness represents an interpersonal personality trait that reflects active concerns for the welfare of others. It refers to individual differences in the tendency to be altruistic, trusting, modest and warm (John & Srivastava, 1999). Individuals who score high in agreeableness tend to have less conflict in relationships than less agreeable people (Asendorpf & Wilpers, 1998). Agreeable individuals are also better able to regulate their emotions during interpersonal interactions, which facilitate smoother interpersonal encounters (Tobin, Graziano, Vanman, & Tassinari, 2000). Agreeableness is also related to interpersonal features that are helpful in interpersonal interactions such as empathy and perspective taking (Ashton et al., 1998; Mullet et al., 2005).

Neuroticism, or conversely, emotional stability, represents an intrapersonal personality trait that reflects individuals' emotional stability and personal adjustment. It contrasts even-temperedness with the experience of anxiety, worry, anger, and depression (John & Srivastava, 1999). Individuals who score high on neuroticism tend to have a lower threshold for experiencing negative affect and they marshal more attention toward negative stimuli than do people low in neuroticism (Derryberry & Reed, 1994). Consistent with the negative association to neuroticism, forgivingness is negatively related to other intrapersonal features comprising neurotic elements, e.g., state and trait anger, anxiety, depression, negative affectivity, and rumination (McCullough et al., 2001; Mullet et al., 2005).

In this module, we combined the use of data from Module 4 (N = 962) with a sample established in the literature (N = 451). Thus, we used a large age-stratified, randomly selected representative sample to test this hypothesis. Such a sampling technique provides generalizability allowing for robust evidence regarding the patterns of associations between age, agreeableness, neuroticism, and forgivingness. In the second sample, we tested the mediation hypothesis simultaneously for the person-related variables (agreeableness and neuroticism) and the context-related variables (transgression occurrences) as mediators. The main purpose was to explain whether agreeableness and neuroticism additionally explain the association between age and forgivingness over and above the mediating effect of transgression occurrences.

Test of the Mediation Hypothesis

The results from the first sample showed that forgivingness is related but distinct from agreeableness and neuroticism, respectively. Moreover, the results support our hypothesis that agreeableness and neuroticism partially mediate the association between age and forgivingness.

The results from the second sample support our hypothesis that agreeableness and neuroticism partially mediate the association between age and forgivingness. Adding an alternative situation variable mediator into the model did not substantially change the results for the person variable mediators. The findings add to the literature by showing that agreeableness and neuroticism explain the association between age and forgivingness over and above the mediating effect of transgression occurrences. Conversely, transgression occurrences did not appear to mediate the relationship of age with forgiveness when agreeableness and neuroticism were simultaneously taken into account.



In line with previous research on age differences and age-related changes in personality traits across the lifespan (Allemand, Zimprich, & Martin, 2008; Roberts et al., 2006; Soto et al., in press) we found significant age effects for agreeableness and neuroticism, implying that older adults tended to be more agreeable and less neurotic than middle-aged and older adults. Likewise, we found significant associations between the two personality traits and the tendency to forgive, indicating that agreeable and emotional stable people tended to be more willing to forgive others than less agreeable and neurotic people (Berry et al., 2005; Brown, 2003; Fehr et al., 2010). The results are consistent with research showing that individuals who score high in agreeableness demonstrate less negative responses to transgressions and are more empathic than less agreeable individuals (McCullough & Hoyt, 2002). Agreeable people also tend to use more cooperative and integrative problem solving strategies, whereas less agreeable people often chose power assertions or disengagement in interpersonal conflict situations (Graziano, Jensen-Campbell, & Hair, 1996). The results are also consistent with research showing that neuroticism influences people in stressful situations and often leads to ineffective coping efforts (Bolger, 1990). Individuals who score high in neuroticism demonstrate more negative emotional reactions and have a stronger tendency to ruminate over negative life events in stressful situations (Allemand, Job et al., 2008; McCullough & Hoyt, 2002). Likewise, individual differences in dispositional anger and rumination inhibit the tendency to forgive others (Berry et al., 2005; McCullough et al., 2001). Although in the present investigation forgivingness, agreeableness and neuroticism, respectively, shared considerable amounts of common variance, our analyses have demonstrated that those constructs are related but clearly distinct.

In support of our hypothesis, we found that agreeableness and neuroticism partially mediate the association between age and forgivingness. Older adults were, on average, more willing to forgive others than middle-aged and younger adults because they were also more agreeable and less neurotic. Due to the dispositional character of forgivingness the present results might be discussed in light of some principles of personality trait development. For example, the maturity principle assumes that people become more emotional stable, agreeable, self-controlled, and responsible with age as a consequence of maturity (Roberts & Wood, 2006). The social investment principle (e.g., Lodi-Smith & Roberts, 2007) supposes that personality trait development is largely the result of experiences of age-graded social roles. These social roles include a set of expectations from the society and the self that promote being more agreeable, conscientious, and less neurotic. Alternative explanations refer to more context-related issues. For example, across the entire lifespan people are confronted with different life experiences including interpersonal conflicts and transgressions and have to learn to deal with (cf. Baltes et al., 2006). As a consequence of increasing life experience and expertise, individuals may become more experienced, confident, and emotional stable, which might increase the tendency to forgive. It is also possible that older adults are treated differently and more kindly by others than middle-aged and younger adults (Fingerman & Pitzer, 2007).

Overall, very few studies have empirically tested potential causes of age differences in forgivingness, a behavioral potential that is highly relevant in providing or accepting care from others. The present study was designed to clarify the role of agreeableness and neuroticism as explanatory accounts. We selected two of the most consistent dispositional correlates of forgivingness and conducted two studies with large and representative samples of adults with a broad age range. We found empirical evidence for our hypothesis that agreeableness and neuroticism partially mediate the association between age and forgivingness. Put differently, with age people become more agreeable, less neurotic, and therefore more forgiving. A forgiving personality facilitates maintaining and restoring social relationships across the lifespan into



old age. The present findings are important, because they clearly point to positive aspects of aging. Aging is not only a matter of losses, but also of gains, both for individuals and their social relationships.

In close collaboration with the director of the IALSA consortium (International Association of Longitudinal Studies of Aging), Prof. Scott M. Hofer, we have added this information onto the IALSA database and have agreed to co-organize a thematic international workshop of IALSA users to foster more publications focusing on the relations between religion and health variables. Due to the easier accessibility of existing longitudinal data sets and the provision of a thematic and analytical framework, this module will keep contributing to mainstreaming research on the relation between religion and health at the core of psychological aging research. As an example, recently Dainese et al. (Dainese, Allemand, Ribeiro, Bayram, Martin and Ehler, in revision) in their paper "Protective factors in midlife" have used our database to examine psychological factors contributing to mental health in midlife. This example will in the future be applied to examine core religious and spiritual resources and their relation to mental health. It also ensures an international collaborative effort from which young researchers can profit for their career development.



Module 2: The goal of this module was to examine specific religious concepts of major religions related to age, practiced moral attitudes such as forgiveness, use and provision of health services and care. For this purpose, we conducted a public international and an internal workshop with experts from different fields of research focusing on the theoretical definitions and ways of measuring the construct of religiosity in various religions and cultures. We also worked with colleagues from the Morgenthaler-NFP 58 project on a book project *Pastoralpsychologie und Religionspsychologie im Dialog* and conducted four interdisciplinary workshops on the topic in 2010.

The goal of this module was to examine specific spiritual concepts of major religions related to age, practiced moral attitudes such as gratitude or forgiveness, use and provision of health services and care. For this purpose, we conducted a public international and an internal workshop with experts from different fields of research focusing on the theoretical definitions and ways of measuring the construct of religiosity in various religions and cultures. We also worked with colleagues from the Morgenthaler-NFP 58 project on a book project *Pastoralpsychologie und Religionspsychologie im Dialog* and conducted four interdisciplinary workshops on the topic in 2010. In addition, the group contributed to the NFP 58 meeting on concepts of religiosity.

This module informed everyone working on this project and stemming from different disciplines about the core conceptual issue of this project. It became clear that the clarification and differentiation of concepts based on theoretical, empirical, or logical arguments is highly productive in informing and improving the quality of research conducted, but also leads to very practical implications. As an illustration, the workshop discussion that started with Prof. McFadden, Ramsey, and McCullough (US) in 2009 was continued and led to a different view on spiritual or religious resources and their influence on an individual's quality of life that was then used in the other modules.

Whereas traditional concepts and research designs assume and examine the role of religiosity on a target variable such as health in old age, thus assuming the influence of all other variables on health would be randomly related to health, we developed the view that other variables such as beliefs, personality, social support are also systematically related to health in old age and, thus, have to be represented in a functional concept of religious resources. This view critically depended upon the integration of multivariate empirical aging research from psychology with theological concepts of religion as a resource. Generally speaking, integrating both views suggests that not any single resource such as religiosity predicts health in old age, but that individuals actively orchestrate all potentially available resources including religiosity so that multiple resources at any given point in time are systematically related to health outcomes - despite the fact that their level does vary within and between individuals. So instead of asking how religious resources contribute to health in old age, the question has become how a stable level of health relies on the continuous or temporary use of religious and other resources - or when and under which circumstances do older individuals or health care providers use religious resources or interpretations to inform, support, or prevent health behaviors. Thus, we were directing our overall research efforts on detecting when the use of religious interpretative frameworks and their systematic variability was related to inform health behaviors with respect to older adults.

Our view suggests that spiritual or religious resources are among multiple resources that are equally important in producing stable health and quality of life outcomes. Kunz und Martin (in press) relate this concept to general gerontological resource concepts and this way: „Die neu-



ere Forschungstradition der europäischen Gerontopsychologie (s. Martin & Kliegel, 2010) zeigt neben der Tendenz zur stärkeren Berücksichtigung der Ressourcen alter Personen auch eine Tendenz, die von alternden Personen eingesetzten entwicklungsregulativen Prozesse zu betrachten. Man kann dies als einen Trend zur Kontextualisierung und zur Personenorientierung der Gerontopsychologie betrachten. In diesem Sinne ist es nicht korrekt, den Alternsprozess ausschliesslich durch die Veränderung einer einzelnen Ressource, etwa der Spiritualität oder der Religiosität erklären zu wollen, sondern die kontextadäquate aktive Nutzung von Ressourcen zur Erreichung der selbstgesetzten Ziele (also ein regulativer Prozess) beschreibt die Herausforderung im Alter. Ressourcen können demnach nicht per se gut oder schlecht sein, entscheidend ist ihre Funktionalität für die Regulierung subjektiv bedeutsamer Ziele wie etwa der Lebensqualität. Ressourcenparameter müssen immer im Hinblick auf die individuellen, sozialen, historischen und räumlichen Kontexte gesehen werden, in denen alte Personen sich entwickeln, und die aufgesucht, vermieden oder beeinflusst werden können. Das Verständnis der Psychologie des Alterns setzt dazu voraus, dass Personen jeweils individuelle Ziele verfolgen, zu deren Erreichung nach Bedarf und nach Möglichkeiten die verfügbaren Ressourcen eingesetzt werden.

McFadden und Ramsey zeigen am Beispiel von John Bayley und Iris Murdoch wie sich die Dynamik einer Beziehung durch die Demenz verändert. Das Beispiel illustriert auch, dass mit zunehmendem Alter nicht zwangsläufig alle verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen in gleichem Masse geringer werden, sondern die unterschiedlichen Ressourcen in Abhängigkeit von Kontexten in ganz unterschiedlichem Maß von Personen *aktiv* eingesetzt (=orchestriert) werden. John Bayley muss auch unter den neuen Umständen seine subjektiven, selbstgesetzten Ziele erreichen. Konfrontiert mit der Erkrankung seiner Frau wird er die Ziele und die Art ihrer Erreichung modifizieren. Das schliesst nicht aus, dass sie in gleicher Weise erreicht werden können. So wirft die Betrachtung des Alternsprozesses die Frage auf, *wie* es Personen in unterschiedlichen Abschnitten ihres Lebens jeweils gelingt, ihre individuellen Ziele zu erreichen. Der Altersvergleich einzelner Fähigkeiten ist demnach nur sinnvoll im Zusammenhang mit deren Bedeutung für die Auseinandersetzung mit den altersunterschiedlichen Lebensaufgaben und -herausforderungen.

Daraus ergibt sich, dass der gleiche Lebensqualitätswert durch multiple Kombinationen von Ressourcen erreicht werden kann. Darüber hinaus können ressourcenregulierende Aktivitäten zu intraindividuellen Veränderungen dieser Kombinationen führen. Verringert sich eine zentrale Ressource, dann können mindestens zwei Regulationsstrategien eingesetzt werden. Erstens könnte man die relativen Gewichte auf die Ressourcen verschieben, die unveränderte Werte aufweisen – eine gute Strategie, wenn durch Aktivitäten eine verminderte Ressource nicht wieder hergestellt werden kann wie im Fall chronischer Erkrankungen. Zweitens könnte man die relativen Gewichte gerade auf die verringerte Ressource verschieben. Dies würde sofort in einem verringerten Lebensqualitätswert resultieren, dafür aber die Motivation zur Wiederherstellung der Lebensqualität erhöhen. Bei dieser Strategie führt jede Verbesserung in der verringerten Ressource zu einer verstärkten Verbesserung der Lebensqualität – eine gute Strategie, wenn eine Ressourcenverminderung durch Aktivitäten überwunden werden kann. Wenn mehrere Ressourcen nicht rehabilitiert werden können, dann ist eine Vergrößerung des aus individueller Sicht zulässigen Streuungsbereichs der Lebensqualität Vorteile bringen. Da selbst bei Verschlechterung der Ressourcen der Lebensqualitätswert somit in einem akzeptablen Bereich liegt, sind regulierende Aktivitäten nicht erforderlich. Verringert man den zulässigen Streuungsbereich, dann erhöht sich die Notwendigkeit für regulierende Aktivitäten. Man kann dadurch quasi künstlich die Lebensqualität verringern und sich somit zu



ressourcenregulierenden Aktivitäten motivieren, etwa um etwas zu lernen, ohne dass vorher eine Ressourcenreduktion stattgefunden hätte.

Daraus kann für die Interventionspraxis abgeleitet werden, dass unterschiedliche Interventionen zu höherem Wohlbefinden führen müssten und, noch wichtiger, dass keine einzelne Ressource allein entscheidend ist für den Erhalt oder die Steigerung des Wohlbefindens. Das bedeutet, dass es sich aus gerontopsychologischer Sicht lohnt, Spiritualität oder Religiosität als eine von mehreren Ressourcen innerhalb jeder Person zu begreifen, die gleichwertig zu anderen Ressourcen eine Person in die Lage versetzen kann, ihr Wohlbefinden zu stabilisieren. Nicht Steigerung, sondern Bereithaltung als Stabilisierungswerkzeug sind im Normalfall des Alterns von zentraler Bedeutung. Analog dazu gilt bei Interventionen, dass nicht die Steigerung von Spiritualität oder die Intensivierung der religiösen Praxis, sondern die Vermittlung von Interpretationsrahmen für eigene Handlungen und Lebensplanung, der bei Bedarf oder Wunsch genutzt werden kann, das Ziel ist. Adaptiv kann innerhalb einer Person sowohl eine Höher- wie eine Niedriger-Bewertung sein, da die Person diese Ressource aktiv nutzt und nicht die Person aus den Einzelressourcen vorhergesagt/erklärt werden kann. Die Herausforderung für die gerontopsychologische Forschung liegt hier also darin begründet, dass es in der interessanten Zielgrösse, nämlich dem Wohlbefinden oder der Lebensqualität, wenig Varianz gibt, weil es meist gelingt, diese zu stabilisieren. Der umgekehrte Blick auf die Varianz im Zusammenspiel verschiedener Fähigkeiten, Aktivitäten und Kontexteinflüsse rückt dagegen die Frage nach individuellen Unterschieden in der aktiven Herstellung der Lebensqualität in den Vordergrund.

Religiosität und Spiritualität sind aus dieser Sicht potenzielle Ressourcen, die Individuen zur Regulierung ihrer Lebensqualität und ihrer Selbstregulation heranziehen können. Eine Bereitstellung solcher Ressourcen ist auch dann für den Erhalt von Lebensqualität günstig, wenn sie aktuell nicht genutzt werden und eine Steigerung wird normalerweise nicht zu einer Verbesserung, aber zu einer Stabilisierung von Lebensqualität führen – es sei denn, diese eine Ressource ist beeinträchtigt und zentral wichtig für die Lebensqualität einer einzelnen Person. Was sind praktische Konsequenzen dieser aktuellen gerontopsychologischen Sichtweise auf spirituelle und religiöse Ressourcen?

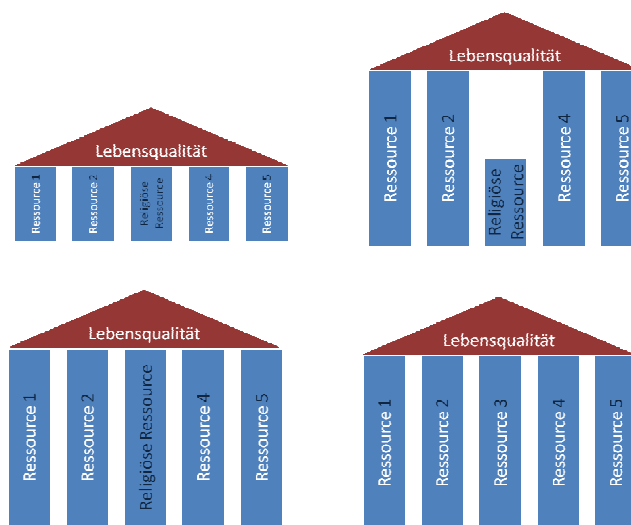


FIGURE 3: Resource orchestration models of religious resources (see Module 2)



- Für Personen, für die genau diese Ressource so zentral ist, dass eine Beeinträchtigung die Lebensqualität negativ und eine Erhöhung positiv beeinflusst, sind sozusagen rehabilitative Massnahmen oder *Strategien zur Verbesserung dieser Ressource vorteilhaft*. Dazu können temporäre Massnahmen der Ressourcenerhöhung wie Gottesdienste dienen, aber auch Massnahmen zur Krisenintervention wie etwa Trauerfeiern (in der Abbildung das Modell oben links).

- Personen, für die momentan religiöse oder spirituelle Ressourcen weniger zentral für die Herstellung von Lebensqualität sind, sollten davon profitieren, wenn sie bei Bedarf eine möglicherweise verminderte Ressource durch eine andere, in diesem Fall beispielsweise religiöse Ressourcen ersetzen können. Dazu ist vorteilhaft, dass religiöse Interpretationsangebote im Rahmen von Selbstreflexionen angeboten werden, beispielsweise etwa bei Reflexionen über Lebensthemen oder Bildungsangeboten zum Thema Weisheit (in der Abbildung das Modell oben rechts).

- Personen, deren Lebensqualität aktuell mit dieser Ressource zusammenhängt, sie aber eben eine von mehreren zentralen Ressourcen darstellt und wenn kein Notfall vorliegt, würden von einer *Verbreiterung und Differenzierung dieser Ressource* profitieren (in der Abbildung das Modell unten links.“

- Personen, deren Lebensqualität aktuell nicht von der Verfügbarkeit religiöser Ressourcen abhängt, könnten davon profitieren, durch die Erfahrung und Reflexion spiritueller und religiöser Themen ihren Ressourcenpool zu erweitern (in der Abbildung das Modell unten rechts).

Fazit

Zentrales Ergebnis dieses Moduls ist somit ein Modell der Ressourcenregulation, das spirituelle wie religiöse Ressourcen als wichtige Ressourcen zur Stabilisierung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Alter begreift, deren Verlust den Spielraum zur Begründung gesundheitsförderlicher Denk- und Verhaltensweisen einschränkt. Der Erhalt und die Vermittlung einer Sprache für Kernkonzepte von Spiritualität oder Religiosität im Umgang mit Gesundheit im Alter ist dabei umso wichtiger, je zentraler die Ressource Spiritualität oder Religion für die Interpretation des gelebten und zukünftigen Lebens, die Gestaltung und Planung von Übergängen in und zu Institutionen des Gesundheitswesens oder der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb von Institutionen.



Module 3: The goal of this module is to provide insights into how health care providers and health care users practice religion in their daily lives, and to discover religious and spiritual factors in the context of health care use and provision by persons affiliated with religious backgrounds as well as those not affiliated. For this purpose, we have conducted and analyzed interviews both with expert informants from practical fields such as religious communities, nursing homes and medical services as well as with older health care users on the practice of religious concepts in the professional care environment. Prof. B. Boothe, Dr. M. Matthys (psychologists specialized on qualitative data analysis), Prof. R. Kunz, Dr. E. Baumann-Neuhaus (theology) have developed this project beyond the original application to give credit to its importance. The group has developed and piloted instruments for each target population separately.

In the first part of the data collection we conducted qualitative interviews with older adults as experts. The interviews followed the interview guide we have developed and was oriented on indications of religious concepts and coping resources. Whenever possible “emic” categories, i.e., categories applied by the speakers themselves, were used to guide the interview to avoid suggestive manipulation of the interview contents. The interview guide was the results of pilot testing and an experts’ discussion by sociologists, psychologists, religious scientists and theologians.

All interviews were digitally recorded, transcribed and made accessible to all team members. Data were organized and analyzed using MAXQDA software. For the development of the category system for the analyses we followed the standard procedures (development of individual category systems, discussion and adaptation to exhaustive common category system). This allows to include discipline-specific approaches to the analyses and ensurance of a comparable and high level of quality of the analyses. We used a list of constructed codes (pain/suffering/disruptions, death/dying, family/relationships/love, status/job/education, home/living arrangements/wellbeing, biography) that were central and salient to reduce the large material basis. The codes were then analyzed with respect to their representing coping strategies or everyday resources that were used to cope with stressors. This included aspects of religion such as orientation, meaning, or tradition. The software allowed for an optimal data organization and the development and visualization of interrelations between codes and categories. The results from the analyses built the basis for the interview guide with health care experts. In the sense of a „Theoretical Samplings“, we used the developing theory to select interview partners and their perspectives to test hypotheses and further develop an integrated theory. Professionals were interviewed in two groups of nursing carers and lead personnel. While the carers were interviewed with respect to religious concepts and religiously motivated behaviors in their professional life, the lead personnel were interviewed as experts. Group interviews were recorded audio-visually and transcribed for analyses. Data analysis and data organization was conducted parallel to the procedure used in the older adults.

Einführung

Dieses Modul widmet sich der Frage der Alltagsressourcen alter Menschen vor dem Hintergrund der Gesundheitsfrage und untersucht, inwiefern „Religion“ eine solche potentielle Ressource darstellt. Die Suche nach „Religion“ im „Alter“ erstaunt nicht, denn ihre scheinbar wachsende gesellschaftspolitische Bedeutung, der sich die Medien mit beharrlicher Aufmerksamkeit widmen, hat „Religion“ nicht nur zum etablierten Thema im öffentlichen Diskurs, sondern auch zum beliebten Forschungsthema in den unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen gemacht. Das Augenmerk liegt einerseits auf den subjektiven Wahrnehmungsmustern und Deutungsmustern der in der qualitativen Studie befragten Individuen zum Zwecke einer



Bestandesaufnahme und systematischen Analyse des Faktors „Religion“ im Alltagsleben alter Menschen. Andererseits sollen die Ergebnisse eine Praxisrelevanz aufweisen, d.h. sie sollen eine Grundlage für potentielle Anpassungen im Bereich Ausbildung des Pflegepersonals liefern. Im Hintergrund der Überlegungen steht die Motivation, Religion als potentielle Ressource zur Förderung der Gesundheit des Wohlbefindens im Alter besser wahrzunehmen und zu nutzen.

Begriffsklärung und Vorgehensweise

Zur „Religion“: Angesichts dieses weltanschaulichen Pluralismus und der empirisch belegten Tatsache, dass „Religion“, wo sie einen Sitz im Leben von Menschen hat, als Vorstellungs-, Handlungs- und Erfahrungsbereich immer nur in subjektiver Form beobachtet und erfragt werden kann, war es gerade in der ersten, explorativ ausgerichteten, Forschungsphase unmöglich, von einem substantiell geprägten Religionsbegriff auszugehen, der „Religion“ von „Nicht-Religion“ abzugrenzen weiss. Ein funktionaler Religionsbegriff, der Religionen als Orientierungs- und Sinnsysteme begreift, die auf grundlegende menschliche Probleme reagieren, indem sie „Lösungen“ auf die menschliche Erfahrung von Kontingenz anbieten, erschien geeigneter.² Die Erfahrungen des Unverfügbaren, des Unkontrollierbaren, Zufälligen und Unabwendbaren im Leben des und der Einzelnen stellen, so betrachtet, den Bezugsrahmen von „Religion“ dar. Indem „Religion“ sinnhafte Erklärungen für das Unerklärliche bereitstellt, mittels derer die benannten Erfahrungen transzendiert werden können, wird sie zur potentiellen Ressource im ungewissen Alltagsleben.

Um mit dem funktionalen Religionsbegriff der Gefahr zu entgehen, dass am Schluss alles oder nichts als „Religion“ zu gelten hatte, wurde zusätzlich auf das Konzept der „Grossen Transzendenzen“ von Schütz und Luckmann zurückgegriffen. Wo von „Religion“ die Rede ist, ist der Bezug auf die „grossen Transzendenzen“ mit enthalten. Diese weisen sich dadurch aus, dass in ihnen etwas nur als Verweis auf eine andere, ausseralltägliche, d.h. als solche nicht erfahrbare Wirklichkeit erfasst werden kann.³ Dass die Antworten auf die Frage nach der Art und Weise, wie Menschen ihren „Grenzerfahrungen“ gegenüber stehen, keinesfalls zwingend an „Religion“ gebunden sind, zeigte sich in den Interviews sehr schnell. Um die subjektiven und offenen Sinnsysteme von den kulturell codierten Symbolsystemen abzuheben, sprechen wir, die Sprachregelung der einschlägigen Literatur übernehmend, im ersten Fall von „Spiritualität“ und im zweiten Fall von „Religion“. Deshalb interessierten die emischen Darstellungsweisen von Grenzerfahrungen in einem weit gefassten Sinne (gesundheitliche Einschränkungen, soziale Veränderungen, Verluste, Ängste etc.) sowie die expliziten wie impliziten Hinweise zu deren Bearbeitung und Bewältigung.

Die forschungspraktische Umsetzung dieser theoretischen Erwägungen verlangte nach einer qualitativen, empirischen Vorgehensweise, die ältere Menschen von ihren Erfahrungen im Alltagsleben erzählen liess. In den Gesprächen wurde darum der Narration den Vorrang gegeben, wenn auch ein Leitfaden gewährleisten sollte, dass die Interviews im Sinne des Forschungsinteresses und der Forschungsfrage verliefen. Dabei wurde bewusst jenen Sinnzuschreibungen nachgespürt, die sich angesichts der Kontingenzen im Leben eines Menschen herauskristallisierten. Ob nun „Religion“ als Ressource zur Verarbeitung von belas-

² Riesebrodt, Martin, Cultus und Heilsversprechen. Eine Theorie der Religionen. München, 2007, S. 13: „Das Versprechen der Religionen hingegen ist über historische und kulturelle Grenzen hinweg erstaunlich konstant. Religionen versprechen, Unheil abzuwehren, Krisen zu bewältigen und Heilszustände herbeizuführen.“

³ Schütz, Alfred und Thomas Luckmann, Strukturen der Lebenswelt, Konstanz 2003, S. 614-631.



tenden Situationen (Coping) ins Spiel kam oder nicht (Sperling 2004, S. 628), musste offen bleiben.

Zum Alter: Gerade in der Lebensphase „Alter“ scheint das Alltagsleben zunehmend geprägt zu sein von Grenzerfahrungen. „Alter“ ist hier gemeint als hohes Lebensalter, d.h. es ist gebunden an eine objektive Jahreszahl, es ist aber gleichzeitig auch eine Sache subjektiver Einschätzung und gesellschaftlicher Bewertung und Konstruktion. Der kulturell geprägte Zeitgeist, die Generation und die soziale Schicht, denen man angehört, bestimmen massgeblich mit, ob jemand sich alt fühlt bzw. als alt gilt. Auch wenn „Alter“ als Lebensphase also objektiv nicht wirklich definiert werden kann, so zeigt die Alltagsbeobachtung doch, dass mit dem Vorschreiten des Alterungsprozesses das Leistungsvermögen einer Person zurückgeht und ihre „Gesundheit“ sich regelmässig und fühlbar verschlechtert.⁴ Wer vom gutem, lebenswertem oder gelungenem „Alter“ spricht, knüpft an das Konzept der „Alltagskompetenz“ an. „Wer über Alltagskompetenz verfügt, gilt – unabhängig von seinem kalendarischen Alter – ‚als mitten im Leben stehend‘ und damit gewissermassen als ‚vollwertiges‘ Mitglied der Gesellschaft. Einleuchtend, dass ‚Gesundheit‘ für Alte ganz oben auf der Liste erstrebenswerter immaterieller Güter steht und Bedingung ist für ein ‚gutes Leben im Alter‘“, schreibt der Soziologie Frank Thieme.⁵

Zur Gesundheit: Auch der Begriff „Gesundheit“ ist nicht eindeutig definierbar und messbar, denn wie beim „Alter“ spielt auch hier der subjektive Faktor eine bedeutende Rolle. „Gesundheit“ wird hier verstanden als eine gute körperliche und geistige Verfassung, die einerseits messbar ist am Grad der Autonomie, die eine Person im Alltagsleben geniesst, und die andererseits als individuelles „Wohlbefinden“ von subjektiven Wahrnehmungen und Zuschreibungen geprägt bleibt.

Die in der ersten Auswertungsphase gewonnenen vorläufigen Resultate wurden im interdisziplinär zusammengesetzten Forschungsteam und mithilfe des Programms MAXQDA weiter abstrahiert und systematisiert. Dabei legten die Beteiligten von Anfang an Wert auf eine in der qualitativen Forschung erwünschte theoretische Sensitivität, die eine stets datenbegründete Einbindung von bestehenden theoretischen Konzepten zum Zwecke einer vertieften, komplexen und wissenschaftlich eingebetteten Analyse meint. Schliesslich wurden auch Gespräche mit Pflegenden, Heimleitungen und kirchlichen Seelsorgenden geführt und in einer letzten Analysephase in Bezug gestellt zu den Ergebnissen aus den Interviews mit den alten Menschen. Die geschah vor allem vor dem Hintergrund der Frage von Angebot und Nachfrage auf allen Seiten der Beteiligten und im Hinblick auf mögliche Empfehlungen für die Anpassung der Curricula für Pflegeberufe.

Religion und Spiritualität als Ressourcen zur Regulation des Übergangs in eine Institution

Der Eintritt in eine Alterseinrichtung ist eine bedeutende Lebenswende, die mit entscheidenden Veränderungen der Lebensbedingungen und der Lebensweise einhergeht. Einige besondere Herausforderungen dieses Übergangs werden hier eingangs thematisiert.

⁴ Die äusseren Sinnesorgane büssen an Fähigkeiten ein, die Bewegungsabläufe verlangsamen sich, die Gesundung nach Krankheiten dauert länger; Multimorbidität, depressive Beeinträchtigungen und sogar Demenz treten mit zunehmendem Lebensalter häufiger auf.

⁵ Vgl. Alters-Survey 2000, S. 29 und BASE 1996, S. 338.



Der ausserfamiliäre Lebensstandort: NN vollzieht einen Wechsel des Lebensmittelpunkts und des Lebensmilieus. NN nutzt eine private oder mit Mitteln der öffentlichen Hand finanzierte gesellschaftliche Einrichtung zur Sicherung seiner Altersgruppe, der heute so genannten Senioren; Senioren haben keine Berufs- und Familienaufgaben und verfügen im günstigen Fall über Mittel aus der öffentlichen und privaten finanziellen Vorsorge. Mit dem Wechsel des Lebensmittelpunkts und des Lebensmilieus, der Umsiedlung ins Alters- und Pflegeheim, begibt sich die Person an ihren voraussichtlich letzten Lebensstandort. Die Lebenssituation im Heim ist ausserfamiliär. Man hat dort einen selbst- und/oder fremdfinanzierten Heimplatz. Komfort und Ausstattung des Heimplatzes wechseln mit der Zahlungskraft des Nutzers. Die Zahlungskraft des Nutzers hat entscheidenden Einfluss auf die sozioökonomische Zusammensetzung der Bewohnergruppe. Diesem ist für die Dauer des Aufenthalts ein Schlaf- und Rückzugsraum zugewiesen. Er steht nach Aufenthaltsende – gewöhnlich durch den Tod – neuen Bewohnern zur Verfügung. Der Schlaf- und Rückzugsraum kann – im Rahmen der begrenzten räumlichen Bedingungen – mit einigen persönlichen Gegenständen ausgestattet werden. Betreuungs- und Pflegepersonal hat die Erlaubnis, im Rahmen seiner professionellen Aufgaben den Schlaf- und Rückzugsraum zu betreten. Familiäre und ausserfamiliäre Bezugspersonen haben Zutritt als Kurzbesucher.

Die geschichtliche Existenz: Heimbewohner sind Personen mit Geschichte, jedoch für das ärztliche, das pflegende und das Betreuungspersonal sind sie Pflege- und Betreuungspersonen; die Heimbewohner werden von den professionellen Dienstleistenden wahrgenommen in der Perspektive von Bedarf und Bedürftigkeit. Ihre Biographie hat im Heim selbst marginale Bedeutung, manchmal gibt es Erzählrunden oder biographische Präsentationen im Heimjournal. Es sind die Angehörigen und die Kontaktpersonen aus früherer Zeit, die als Bewahrer der persönlichen Biographie taugen.

Der Raum: Dem Heimbewohner stehen für Mahlzeiten, körperliche Bewegung, ärztliche Kontrolle, Geselligkeit, Beschäftigung und religiöse Praxis Räume zur Verfügung. Der eigene Rückzugsraum ist nicht als Ort eigener Häuslichkeit mit Gastlichkeit und Geselligkeit vorgesehen. Wer zum Alters- und Pflegeheimbewohner wird, ist täglich umgeben von einer grossen Menge nicht selbst gewählter Einzelpersonen der gleichen Generation. Die Zusammensetzung der Bewohnergruppe variiert mit den Todesfällen und dem Nachrücken neuer Bewohner.

Der Wechsel des Lebensmittelpunkts im Zeichen des Defizits: Der Heimaufenthalt ist gewöhnlich motiviert durch Defizite in der Führung des privaten Haushalts. Der Wechsel ins Heim ist verbunden damit, dass die Führung eines privaten Haushalts nicht mehr erwartet wird und im Heim dann auch nicht mehr möglich ist. Die Defizite sollen durch Fremdsupport in Grenzen gehalten werden. Das Leben in der Institution geht für die Bewohner einher mit der Unterscheidung zwischen Früher und ein Jetzt im Zeichen der Defizienz. Was früher war, besteht nicht mehr, es sei denn im Gedenken und mit Zeichen des Erinnerns. Die Institution schafft einen Kosmos der Erhaltung, Pflege und Sicherheit im Horizont des Lebensendes. Der Alterspflegekosmos wird sinnfällig, z. B. durch Architektur, Einrichtung, Dekor, Angebote. Der Alterspflegekosmos imponiert durch das Bild freundlicher Harmlosigkeit. Es geht um Lebenserhaltung, Sicherung und Lebensqualität unter der Bedingung zunehmender Fragilität. Das realisiert sich in allen Bereichen des Ernährungs- Hygiene- und Gesundheitsregimes sowie in der Tages- und Angebotsstruktur, die mitbestimmt sein kann von religiösen Bildern, Einrichtungen, Traditionen, Ereignissen.



Gesellung und Geselligkeit: NN, der Bewohner, integriert sich in die Tages-, Versorgungs- und Angebotsstruktur, ist für das Personal sichtbar, kontrollierbar, verträglich, vorhersehbar und zugänglich. NN, der Bewohner, kann sich mit Kritik, Beschwerde, Kommentar und Anregung geltend machen. Die Bewohner gesellen sich anonym zu Mahlzeiten sowie zu Sport-, Bildungs- und Unterhaltungsangeboten und haben dort Gelegenheit, miteinander unverbindlich und mit der Sicherheit kontinuierlicher Wiederbegegnung Kontakt zu pflegen, aber den Kontakt auch zu individualisieren, zu intimisieren oder zu reduzieren. Stets findet Kontakt im Blick der institutionellen Öffentlichkeit statt und gestaltet dort seine Möglichkeiten und Grenzen.

Wie der biographische Übergang sich beim einzelnen gestaltet, wird im Blick auf 12 Heimbewohner, die sich als Interviewpartner zur Verfügung stellten, exemplarisch untersucht. Wie es zum Heimaufenthalt kam, wie der einzelne aufs Leben zurückblickt, wie er es jetzt sieht, was zu Wohlbefinden beiträgt und was ihn leiden macht und wie sein jetziges und einstiges Leben im Zeichen des Religiösen steht, ist Gegenstand der Untersuchung.

Ergebnisse

Die ForscherInnen-Gruppe entschied, die gemeinsam erarbeiteten Analyseresultate von verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven her zu reflektieren. Die Endergebnisse werden hier zusammengefasst und nebeneinander dargestellt und widerspiegeln so die Vielschichtigkeit der Daten.

Ressourcen im Leben alter Menschen

Bei der vorliegenden Analyse der Interviews der alten Menschen aus Alters- und Pflegeheimen in der Stadt und im Kanton Zürich wurde untersucht, ob, wie und in welcher Weise die Interviewten Ressourcen berichten und beschreiben. Dabei interessierte hauptsächlich, welche Ressourcen in Form von Erlebtem und Erinnerungen, d.h. aus der Vergangenheit beschrieben werden und welche Ressourcen im aktuellen Kontext bedeutungsvoll sind. Von grossem Interesse und im Sinne einer Hauptzielsetzung des Nationalfondsprojektes ist zudem die Frage, wie weit von der Institution bereit gestellte Ressourcen von den Interviewten auch als solche empfunden werden. Beispielsweise ist es relevant zu erfahren, ob ein von der Institution gemachtes Angebot, wie z.B. ein Gottesdienst oder ein eingerichteter Ort der Stille auch als Ressource erlebt beziehungsweise genutzt wird.

Bei der Analyse wurde von einem weiten Ressourcenverständnis ausgegangen. Leitend für das Signieren einer potenziellen Ressource war die von Grawe (1998) verfasste Beschreibung:

Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also z. B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten und das gesamte Potential der zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen... (S. 34).⁶

⁶ Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe. Petzold, H. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozial-interventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*. 23(4). S. 435–471.



Ein solches Verständnis von Ressource ist deshalb sinnvoll, weil es mit dem Beziehungsaspekt sowohl interpersonelle Ressourcen berücksichtigt, als auch den Fokus auf innerpsychische Prozesse wie Denken und Fühlen als mögliche Ressourcen berücksichtigt. Zudem ermöglicht dieses Verständnis sowohl das Festhalten von in der Vergangenheit erlebten Ressourcen als auch in der Gegenwart erlebter Ressourcen.

Bei der Kategorisierung wurde zwischen Ressourcen unterschieden, die unabhängig von anderen Menschen, d.h. autonom erlebt werden und Ressourcen, die in Abhängigkeit von einem persönlichen Kontakt stehen. Als autonom wird beispielsweise folgende Äusserung einer Interviewten klassifiziert:

A: +früher

I: hmhm+

A: viel! gelesen

Als eine in Abhängigkeit erlebte Ressource wird nachfolgende Schilderung klassifiziert:

B: also meine meine! Frau ist Italienerin meine +Exfrau!

I: hmhm+

B: und die hat! die lebt! lebt noch viel ihren Traditionen. die hat überhaupt! so. die ist in einem kleinen italienischen Dorf aufgewachsen? die die hat auch die Sprüche! drauf oder Weisheiten! meine Mutter? oder wir wir hatten damals! gesagt das fanden fanden die immer gut?, so ist dann an Weihnachten! eben die muss ihre Tradition? haben? der Weihnachtsbaum? muss stehen

Eine übergreifende Erkenntnis aus der Analyse sämtlicher Interviews der alten Menschen ist dahingehend, dass vermehrt Ressourcen aus dem im Hier und Jetzt als solche aus in der Vergangenheit berichtet werden. Dies liegt vermutlich u.a. daran, dass die Interviewten mittels des Leitfadens auch eher dazu angeleitet wurden, aus der Gegenwart zu berichten. Das Ergebnis ist trotzdem bedeutungsvoll, weil es die geläufige Annahme, dass alte Menschen dazu neigen, vor allem über das Positive aus der Vergangenheit zu berichten und daran festzuhalten, relativiert. Für die Institutionen und die darin Tätigen bedeutet dies, dass es von Belang ist, den alten Menschen ein Erleben von Ressourcen im Alltag der Organisation zu ermöglichen bzw. zu gewährleisten. Eventuell ist es so, dass um Ressourcen im Hier und Jetzt nutzen zu können, auch Ressourcen aus der Vergangenheit im Sinne positiv geprägter Erinnerungen zugänglich sein müssen. Petzold (1997) spricht in diesem Zusammenhang von einem „Ressourcenreservoir“ und meint damit alle nutzbaren Ressourcen eines Systems. Er bezeichnet alle „...vorhandenen materiellen (Geld, Maschinen) und mentalen Bestände (Kenntnisse, Gewissensvorräte), welche in interne (z.B. Kontrollüberzeugungen, Kompetenzen/Fähigkeiten, Performanzen/Fertigkeiten) und externe (z.B. Informationen von Kollegen, Freunden, Sozialagenturen) differenziert werden“ als Ressourcen (S. 445).

Die Analyse der Interviews weist darauf hin, wie bereits vor langer Zeit erlebte Ressourcen äusserst differenziert und prägnant beschrieben werden können. Dies kann für den Kontakt und die Gesprächsführung mit alten Menschen als bedeutungsvoll erachtet werden.



Auf Grund der Fragen aus dem Interviewleitfaden ist es naheliegend, dass vor allem Ressourcen in einem weiteren oder engeren Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität berichtet werden. Beachtenswert ist aber das Ergebnis der Analyse, dass alte Menschen in ihren Berichten ihre Ehepartnerinnen beziehungsweise -partner, Geschwister und andere Verwandte und vor allem auch ihre eigenen Eltern als Ressourcen hervorheben.

Der Vergleich der in Abhängigkeit und den autonom erlebten Ressourcen lässt die Annahme zu, dass Ressourcen der zweiten Art mindestens ebenso gut erinnert werden, wie die Ressourcen der ersten Art. Für den Umgang mit Menschen in Altersheimen, die sich zwangsläufig in eine mehr oder weniger grosse Abhängigkeiten begeben müssen, ist dies nach ebenfalls bedeutungsvoll. So kann es sinnvoll sein, im Gespräch mit alten Menschen diese vielfältigen Ressourcen zu ergründen und Möglichkeiten zu bieten, wie sie auch weiterhin erlebt werden können. Allerdings verlangt dies nach einer äusserst individualisierten Betrachtungsweise und sensiblen Gesprächsführung.

Interessanterweise werden in den Interviews auch in der Gegenwart deutlich öfter Ressourcen geschildert, die autonom erlebt werden, als solche, die in Abhängigkeit zu Dritten stehen. Abschliessend lässt sich festhalten, dass etwas von den Interviewten vor allem dann als Ressource geschildert wird, wenn damit Selbstbestimmung und Autonomie verbunden ist. Dies gilt sowohl für Ressourcen aus der Vergangenheit als auch für solche aus der Gegenwart. Im Sinne einer interpretierenden Schlussfolgerung kann deshalb die Forderung gestellt werden, dass Alters- und Pflegeheime Angebote wie Orte der Stille, Besuche von Seelsorgenden und anderen Drittpersonen, das Bereitlegen von Leseangeboten und die Möglichkeit von Aktivitäten gewährleisten sollten, die Wahlfreiheit aber daran zu partizipieren, immer und ausschliesslich bei den Seniorinnen und Senioren bleiben muss.

Religion/Spiritualität als Ressource zur Alltagsbewältigung im Alter

Mit dem Konzept und der Förderung des „gelingenden Alters“, das stark gekoppelt ist an eine „gute Gesundheit“ bzw. ein positives subjektives Wohlbefinden, drängt sich die Suche nach jenen Alltagskompetenzen und Ressourcen auf, die einer erstrebenswerten Alltagsbewältigung im Alter förderlich sind. Für eine Spurensuche scheint die Theorie des Locus of Control⁷ als Betrachtungs- und Erklärungsweise der empirischen Daten äusserst gut geeignet. Damit soll erfassbar werden, inwieweit ein Individuum glaubt, es könne die Ereignisse, die sein Leben tangieren oder bestimmen, selber kontrollieren und beeinflussen oder nicht: Menschen mit einem ausgeprägten Internal Locus of Control (ILOC) sind davon überzeugt, dass Ereignisse massgeblich durch eigenes Verhalten und Handeln herbeigeführt werden. Menschen mit einem ausgeprägten External Locus of Control (ELOC) dagegen glauben, dass mächtige Andere – das Schicksal, der Zufall, ein Gott, Naturereignisse oder einflussreiche Menschen – Determinanten und Ursachen ihrer Lebensumstände darstellen. Daraus ergibt sich die empirisch immer wieder überprüfte These, dass Menschen mit einer ILOC-Einstellung ihr Leben und ihre Umwelt eher aktiv gestalten und von der Gewissheit getragen werden, dass sie damit erfolgreich zum Ziel kommen. Menschen mit einer ELOC-Einstellung dagegen, tendieren eher dazu, abzuwarten und sich zu ergeben, denn sie sehen sich nicht in der Lage, Situationen und Umstände gestaltend zu kontrollieren.⁸

⁷ Rotter, Julian: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements, 1966.

⁸ www.wilderdom.com/psychology/loc/LocusOfControlWhatIs.html;



Tendenziell wurde in den letzten Jahrzehnten davon ausgegangen, dass religiösen Menschen mit einem Gottesglauben, d.h. mit Fokus auf einen Gott als einem letzten ELOC bzw. einem letzten "active agent", der Sinn für ILOC fehle, weil der Glaube an einen in der Welt aktiven Gott einhergehe mit persönlichen Passivität. Vor diesem Hintergrund musste Religion/Religiosität/Spiritualität für das Individuum als negative Kraft eingestuft werden, da sie das Individuum nicht befähigen und ermächtigen kann, sein Leben und Schicksal selbst in die Hand zu nehmen. Vielmehr bewirkt sie eine Haltung, die den Status Quo akzeptiert. Die vielen empirischen religionspsychologisch orientierten Studien bestätigten diese These jedoch nicht durchgängig, vielmehr generierten sie ein heterogenes Bild über die Zusammenhänge von Kontrollüberzeugungen und Religion bzw. Religiosität oder Spiritualität.⁹ So belegten Untersuchungen immer wieder auch positive Korrelationen zwischen Religion/Religiosität/Spiritualität und Wohlbefinden¹⁰ und unterstützten damit die These, dass ein Gottglauben (God Control) nicht automatisch einhergehen muss mit der Abwesenheit eines ILOC bzw. einem autonomen Individuums.¹¹ Die Ambiguität der Resultate wurde teilweise zurückgeführt auf den in den Untersuchungen je unterschiedlich verwendeten Religions- bzw. Gottesbegriff bzw. auf den generell reduktiv verwendeten Gottesbegriff, der es verunmöglichte individuelle Religiosität bzw. Spiritualität in ihrer Vielschichtigkeit zu erfassen.¹²

Die Daten der vorliegenden Studie zeigen nun, dass InterviewpartnerInnen mit einem ausgeprägten ILOC tatsächlich das Alltagsleben mehrheitlich souverän und gut meistern. Sie haben in der Regel ein Zielbewusstsein und sind von der eigenen Selbstwirksamkeit überzeugt. Ein starker ILOC kann jedoch ein Individuum, das sich ganz auf sich gestellt sieht, auch an seine Grenzen bringen, die nur noch mittels Überspieltaktik und Ignorieren zu bewältigen sind. Bleibt aber der ILOC verbunden mit einem moderaten, vielleicht sogar marginalen ELOC, entsteht eine Balance zwischen Entlastung und Ermächtigung für die praktischen Dinge des Alltags. Der ELOC aber, der die Form der „God-Control“ annimmt oder durch „Powerful Others“ verkörpert wird, wirkt sich dann positiv auf die Alltagsbewältigung aus, wenn er einen Ausgleich durch partizipative soziale Netzwerke, durch soziales Engagement oder Erwerbsarbeit, sprich durch soziale Teilhabe erfährt. Wo der ELOC eine extreme Form annimmt, sei es dass sich ein Individuum ausschliesslich an transzendenten Bezügen oder bedeutenden Anderen ausrichtet und sich davon abhängig sieht, hat der ELOC dissoziative Auswirkungen. Das kann sich entweder in einem übersteigerten, durch den ELOC motivierten und instrumentalisierten ILOC äussern, der das Individuum dauerfordert und überfordert, oder es kann umgekehrt in einen geschrumpften ILOC münden, der zu Selbstabwertung und –negation führt. Vor dem Hintergrund gängiger Identitätstheorien, die gerade die soziale Interaktion als einen für die Identitätsbildung zentralen Faktor betonen, sind solche Entwicklungen als ungünstig zu bewerten.

Die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit ist also keineswegs zwingend mit der Abwesenheit von „Religion“ bzw. sozialer Unabhängigkeit einer Person verknüpft, was in den letzten Jahren von zahlreichen empirischen Studien bestätigt wurde.¹³ Religiosität bzw. Spiritualität führt also nicht automatisch zu Passivität und Schicksalsergebenheit, sondern kann beispielsweise als

⁹ Hathaway, W.L. and Pargament, K.I., 1990; Bergin, A. E., Masters, K. S. and Richards, 1987; Koenig, H. G., Kvala, J. N. and Ferrel, C., 1988. McFadden, S. H. 1995. Markides, K. S., Levin, J. S. and Ray, L. A 1987.

¹⁰ Baker and Gorsuch 1982; Bergin, Masters and Richards 1987; Koenig, Kvala and Ferrel, 1988.

¹¹ Jackson, L.E. and Coursey, R.D.,

¹² Gorusch, R. L. 1984; Hathaway and Pargament 1990; Schaefer and Gorusch 1991.

¹³ Pargament, Kenneth I. 1997.



„positive“ Gottesidee im Sinne einer ermächtigenden wie entlastenden Instanz oder als alternativer Transzendenzbezug im Sinne einer Schöpfungsvorstellung die Rahmenbedingung bzw. die Grundlage für die Wahrnehmung, Deutung und Gestaltung der eigenen Biographie und Umwelt liefern und so das Individuum nicht nur anleiten, sondern auch autorisieren und verpflichten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Balance zwischen ILOC und ELOC, zwischen Innen- und Aussenorientierung bzw. zwischen Fremdreferenz und Selbstreferenz im Sinne einer gegenseitigen Befruchtung, Ermächtigung und Entlastung dem subjektiven Wohlbefinden einer Person förderlich ist.¹⁴

Ob „Religion“ zu ILOC anstiftet und zu einer Ressource für Sinnstiftung, Orientierung und eine aktive Bewältigung des Alltags wird, hängt in den Interviews von folgenden Faktoren ab: Handelt es sich um „achieved religion“ bzw. intrinsisch motivierte „Religion“, d.h. hat das Individuum die während der Sozialisation erlernten religiösen Konzepte, Verhaltensweisen und Routinen rezipiert, reorganisiert und rekonstruiert und ist damit aus eigenem Antrieb religiös aktiv, dann treten die religiösen Bezüge als Orientierungssystem bei der Rekonstruktion der Vergangenheit sowie bei der Konstruktion der Gegenwart und Zukunft auf und sind entsprechend handlungsleitend. Ist dagegen das „religiöse Wissen“ verschwunden oder wurde dem erlebten Alltag nicht laufend neu angepasst und mit Relevanzen versehen, dann taucht „Religion“ entweder als „ascribed religion“ bzw. extrinsisch motivierte „Religion“ auf, die sich an institutionalisierten Routinen und Konventionen orientiert und von äusseren Anreizen her motiviert ist, oder sie taucht gar nicht mehr auf.

Die vorliegende Studie bestätigt auch den Befund von McCollough, der zeigt, dass Religiosität bzw. Spiritualität nur dann eine nachhaltige Wirkung auf die Alltagsbewältigung und damit auch auf das Gesundheitsverhalten haben, wenn sie auch einen öffentlichen Charakter haben, d.h. wenn sie nicht nur in der Privatsphäre, sondern auch im sozialen Raum gelebt wird und sich in der Beziehung und Kommunikation mit anderen bewähren und von dort her bestärkt werden kann.¹⁵

Die Ergebnisse zeigen allgemein, dass es nicht nur bivariat, sondern auch multivariat signifikante Beziehungen zwischen „Religion“, Kontrollperspektive und Alltagsressourcen gibt. Wie die vorliegende Studie, so zeigt auch die internationale Literatur, dass unterschiedliche Wirkfaktoren, etwa die substantielle Beschaffenheit der Religiosität bzw. Spiritualität¹⁶, die unterschiedlichen psychosozialen Bedingungen der einzelnen Person, ihre Lernbereitschaft und –fähigkeit, ihre Kontaktfähigkeit, ihre Arbeitseinstellung, aber auch ihre Sozialisation und ihr Lebenskontext für die Alltagsbewältigung und das Gesundheitsverhalten bzw. das subjektive Wohlbefinden eine Rolle spielen.

Ist nun aber „Religion“ im Sinne grosser Transzendenzen eine Ressource zur Alltagsbewältigung und hat sie einen positiven Effekt auf das Gesundheitsverhalten und das subjektive Wohlbefinden von Individuen? Diese Frage kann nicht durchgehend mit Ja beantwortet werden, da „Religion“ nur eine von vielen Ressourcen darstellt und ihr Effekt von ihrer Beschaffenheit, ihrer Integration in den gesamten Lebenskontext, der Art und Weise der

¹⁴ Erikson, E.H., Erikson, J.M. and Kivnick, H.Q. 1986; Northcutt, K.B. 1993.

¹⁵ McCollough M., Hoyt W., Larson D., Koenig H. and Thoresen C. 2000.

¹⁶ Grossarth-Maticke, Ronald 2010



Herausforderungen im Alltag und der individuellen Handhabung und Motivation abhängt. Insofern bestätigt sich, das in Modul 2 vorgestellte Modell der Ressourcenregulation, das spirituelle wie religiöse Ressourcen als wichtige Ressourcen zur Stabilisierung von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter begreift, aber auf die kontextadäquate aktive Nutzung von Ressourcen zur Erreichung der selbstgesetzten Ziele hinweist. Für religiöse Ressourcen gilt wie für alle Ressourcen: sie sind nicht per se gut oder schlecht. Entscheidend ist ihre Funktionalität für die Regulierung subjektiv bedeutsamer Ziele wie etwa der Lebensqualität.

Experteninterviews mit Pflegeleitenden und mit Seelsorgern

Sowohl für die Pflegeleitenden als auch für Seelsorger steht die individualisierte Begleitung nach angemeldetem persönlichen Gesprächs- oder Unterstützungsbedarf des jeweiligen Heimbewohners im Zentrum. Um dieser individuellen Betreuung mit religiösem Impact gerecht zu werden, braucht es – auch dies ist einvernehmlich – geeignete Orte für das persönliche ungestörte Gespräch, braucht es Zeit und Verfügbarkeit, braucht es kommunikative Kompetenzen, Beziehungssensibilität, eine ethische Haltung der Anerkennung der Person, psychologische Kenntnisse und eine Haltung der Abstinenz von Normativität und Missionierung. Gesprächspartner des Heimpersonals sollen eine religiös offene und für das Religiöse aufgeschlossene Haltung mitbringen. Es bedarf, um trösten, stützen und begleiten zu können, nicht notwendig oder wenigstens nicht in erster Linie eigener Religiosität oder der Zugehörigkeit zu einer christlichen Gemeinschaft. Es braucht aber die Fähigkeit, einer ernsthaften Begegnung gewachsen zu sein und der Bereitschaft, etwas existentiell Bedeutsames in der Begegnung zum Ereignis werden zu lassen. Es braucht die Fähigkeit, religiöse Bezüge im Gespräch wahrnehmbar zu machen und wirksam werden zu lassen, wenn dies im Dialog entsteht. Die Heimarchitektur sollte Örtlichkeiten haben, die zu Sammlung und Andacht, Gebet und religiös mitbestimmtes Gemeinschaftsleben einladen.

Was religiös mitbestimmtes Gemeinschaftsleben angeht, so wird in den Interviews von einzelnen Anlässen berichtet, in denen kirchliche Festtage zur Freude der Heimbewohner auf heitere Art begangen wurden; oder es gab – für Demenzzranke, die davon sehr profitierten, weil sie mitsingen und mitbeten konnten - gemeinsamen Gesang und Gottesdienste.

Kirche, so vermittelten die Seelsorger, tritt nicht auf, um Gläubige zu rekrutieren, zu missionieren oder als Autorität zu beeindrucken, sondern um das christliche Wissen, die christlichen Traditionen und die überlieferten Erzählungen oder die sakrale Literatur und Kunst als Ressourcen zu aktualisieren, die denen zur Verfügung stehen sollen, die dafür offen oder erreichbar sind. Sowohl die Seelsorger als auch die Pflegeleiter sehen sich, was die religiösen Offerten angeht, als Anbieter und die Heimbewohner als Rezipienten (anders formuliert als Kunden). Daher formulieren sie die Angebote tendenziell in einer Diktion schmackhaft-freundlicher Attraktivität, gelegentlich im Wohlbefindensvokabular, mit steter Betonung der Freiheit des Kunden zum Konsumverzicht.

Bei den Heimbewohnern, deren Interviews wir untersuchten, fanden wir zwar, dass für einzelne Personen der Bezug zum christlichen Glauben auch Aspekte der Optimierung des Wohlbefindens hatte. Das schien aber nur deswegen möglich zu sein, weil es ihnen mit dem Glauben ernst war: Dass Gott sie für Partnerschaft und Familie nicht vorgesehen hatte, das ist für Frau S. Ausdruck einer göttlichen Fügung, die sie bestimmt, den göttlichen Ratschluss tief zu respektieren. Dass Gott die Menschen durch grosse Herausforderungen auf die Probe stellt, ist für K. ein ernster Grund, ihrem Leben Disziplin aufzuerlegen und sich selbst und andere zu



achten. Dass Frau F. sich als Kind Gottes begreift, ermöglicht ihr eine Unschuld des Herzens, die zum unverwechselbaren Charme ihrer Persönlichkeit gehört.

Die Experten sind sich darin einig, dass moderne und aufgeklärte Christen, die im Bereich der Seelsorge und der religiösen Betreuung zuständig sind, keinen Herrschaftsanspruch haben und nicht als Funktionäre der mentalen Kontrolle auftreten dürfen. Sie fungieren aber auch nicht als Animateure. Ihr professionelles Profil im Vergleich zu anderen Angeboten des psychologischen und psychosozialen Servicebereichs ist diffuser. Zur Klärung und Schärfung des Profils könnten zwei Ansatzpunkte weiterführen:

- Unsere Interviewpartner präsentierten sich als erfahrene Personen mit gewachsenen Einstellungen, Bewertungen und Ideen. Heimbewohner sind nicht nur Rezipienten, sondern *aktive und initiative Partner* in der Beziehung.
- Die christliche Glaubenstradition kennt und kultiviert die Praxis des *Dienstes* – besonders sinnfällig und prominent im Dienst am Nächsten. Die Reflexion und Aufarbeitung der Idee der Anleitung zum gegenseitigen Dienen könnte ein Schritt auf dem Weg der professionellen Profilierung sein.

Fazit

Erstes zentrales Ergebnis dieses Moduls, das sich mit der Situation von Älteren wie Pflegenden in der Institution Pflegeheim beschäftigt, ist die klar nachweisbare Bedeutung von Religion als individualisierbarer Interpretationsrahmen zur Konstruktion von Identität und Lebenssinn - vorausgesetzt dass die Gelegenheit zur expliziten Reflexion gegeben ist. Dies spricht dafür, dass die Verfügbarkeit und Erweiterung dieses Interpretationsrahmens eine lebenssinngestaltende Schutzwirkung für den Erhalt von Identität und erlebte Kontinuität hat, auch, und das ist bisher nicht beachtet worden, wenn es aktuell keine akuten Krisen zu bewältigen gilt. Eher wird in dieser Kontinuität des verwendeten Interpretationsrahmens der Übergang in eine Institution des Gesundheitswesens weniger als krisenhafte Episode, sondern als Teil der Lebensgeschichte wahrnehmbar. Praktisch spricht dies für die Ermöglichung von lebensgeschichtlichen Reflexionsmöglichkeiten, die durch Verfügbarmachung von - auch - religiösen Ausdrucksformen eine präventive Schutzwirkung auch dann entfalten kann, wenn offensichtliche, rituelle Formen des religiösen Ausdrucks nicht im Vordergrund stehen.

Das zweite zentrale Ergebnis bezieht sich auf die Frage nach prospektiven Säkularisierungseffekten und möglichen Substitutionstendenzen bei einer zukünftig zunehmenden altruistischen Areligiosität. Hier ergaben die Experteninterviews klare Hinweise auf das bei älteren Pflegebedürftigen bemerkte Interesse an spirituellen und religiösen Fragen. Diesem Bedürfnis auf Seiten der Älteren steht das Fehlen einer adäquaten Sprache auf Seiten der Pflegenden gegenüber. Hier scheint die religiöse Spiritualität, die über eine entsprechende Sprache resp. Begriffs-Vokabular verfügt, und wie sie von Seelsorgenden vermittelt und reflektiert werden kann, von besonderer und möglicherweise auch wachsender Bedeutung. Aufgrund unserer Daten sollten Seelsorgende in diesem Feld der Gesundheitsversorgung eine wachsende Bedeutung für die Selbstentfaltung und Autonomie pflegebedürftiger Älterer haben, da sie über das auch die Pflegenden vermittelbare Begriffsrepertoire verfügen, das das Eingehen auf individuelle und existenzielle Bedürfnisse ermöglicht. Praktisch bedeutet dies auch, dass die Vermittlung und Reflexion spiritueller Fragen und Bedürfnisse auf Seiten der zunehmend areligiösen Pflegenden Bestandteil von Aus- und/oder Fortbildungen sein sollte, um den Erhalt von Autonomie und Selbstentfaltung befördern oder deren Gefährdung erkennen zu können.



Module 4: The goal of this module was to conduct an empirical study (Study I) to examine more specifically and more broadly the relations among different levels of religiosity (including no religious affiliation) and willingness to use and to provide health care across the lifespan. The study focuses on the perspective of potential health care seekers and did, therefore, use a larger sample. Our plan was to represent a cross-sectional survey in a representative sample. It was particularly tricky to find instruments that would be equally valid across age groups, even after deciding to use scenarios (or vignettes). However, overcoming this difficulty became also scientifically productive. First of all, we developed and validated a new instrument to measure willingness to provide and willingness to use health services based on a vignette technique. In terms of health we differentiate between physical health, mental health, social health, risk behaviors such as smoking, and dementia.

Gesundheitsbezogene Situationen

Im Folgenden finden Sie 6 kurze Situationsbeschreibungen aus dem Alltag (A12 - A17). Versuchen Sie sich diese gesundheitsbezogenen Situationen so gut wie möglich vorzustellen.

A12. Stellen Sie sich vor: Sie sind durch Unfall oder Krankheit seit längerem sehr krank und schwach. Sie werden z.B. durch häufige Bauchschmerzen und Übelkeit in Ihrem Alltag beeinträchtigt.

1. Wie wahrscheinlich wäre es, dass Sie aufgrund dieser Problemlage, professionelle Dienste oder andere Hilfe aufsuchen würden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
gar nicht										sehr

2. Wo würden Sie diese Hilfe aufsuchen? (Nur eine Option ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Dienste	Psychologische Dienste	Familie/soziales Umfeld	Religiöse Dienste

3. Stellen Sie sich vor, eine 75-jährige Person aus Ihrem näheren Umfeld vertraut sich Ihnen mit dem oben genannten Problem an. Wie wahrscheinlich wäre es, dass Sie dieser Person Hilfe anbieten würden? (Bitte Antwort ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
gar nicht										sehr

4. Welchen Einsatz wären Sie bereit für diese Person zu leisten? (Nur eine Option ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keinen	gelegentliche Hilfeleistungen	umfassende Betreuung	Verweis an Fachperson

FIGURE 4: Vignette example to measure willingness to use health care services (after Hill et al. 2010)



A25. Welche Dienste haben Sie in den letzten 6 Monaten für andere Menschen mit Gesundheitsproblemen erbracht?

	nein	ja	wenn JA, wie oft?
1. Andere veranlasst, professionelle Hilfe zu beanspruchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
2. Andere zu professionell Helfenden gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
3. Anderen Hilfsmittel (z.B. Medikamente oder Gerät) gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
4. Für andere Lebensmittel eingekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
5. Für andere Mahlzeiten zubereitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
6. Für andere Wäsche besorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
7. Für andere geputzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
8. Für andere aufgeräumt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
9. Für andere Reparaturen gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
10. Einen Besuch gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
11. Telefonisch nach dem Befinden gefragt oder SMS geschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
12. Trost gespendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
13. Für sie gebetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
14. Mit ihnen zusammen gebetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?
15. Sie irgendwohin begleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____?

FIGURE 4: Vignette example to measure willingness to provide health care services (after Hill et al. 2010)

We also developed and validated a short scale to measure health behaviors (Hill, Allemann & Schächter, 2010). Health behaviors relate to nutrition, exercise, medical check ups, positive activities, regular social activities, and avoiding smoking, alcohol and drug use. Since the development of such instruments is time consuming, we expect the researchers in the field will continue to use these now established instruments and thus produce more impact on the field in the future.

We have completed the data collection on a representative random sample of N = 962 individuals. This is above the original target of N = 900. It consists of N = 547 women and N = 408 men with an average age of 52.4 years. The sample was collected in three age groups of N = 292 persons between 20-40 years, N = 300 persons between 41-60 years, and N = 366 persons 61 years and older. 342 persons declared themselves to be members of a reformed church, 267 catholic, 258 without affiliation, 22 free churches, 15 buddhist, 14 jewish, 8 muslim, and 13 others. The return rate on the questionnaires was 25% which can be considered an excellent return rate. Self-report data were collected on demographic characteristics of participants, individual differences in religion, religiosity, forgiveness, personality, subjective well-being, health, and willingness to use and to provide health care. Willingness to use and to provide health care was assessed by two or more measures of the same construct, yet with a different mode of measurement (scenario-based measures versus self-rating measures). The rationale for the multiple-measure perspective is to provide unique perspectives on the construct of interest. Additionally, a measure of social desirability as a control variable was admi-



nistered. Several theses under the supervision of Dr. M. Allemand have supported the project and several publications are completed or currently underway.

The results include the finding of a general age effect on religiosity, but specific and differential relations between age, willingness to provide care and to use care. For example, largest age correlations with aspects of religiosity existed for attending services, cognitive interest, and prayer (between $r = -.23$ to $r = -.35$). There was also an age-related difference in willingness to help and actual helping behaviour. However, the results suggest a negative age trend indicating an age-related reduction in willingness to help. The lowest willingness to help exists for persons with mental health problems. However, willingness to help and actual help were significantly related to religiosity ($r = .28$). Although religiosity did play a role for the helping behaviour, the religious affiliation did not play a role, members of all religious affiliations and non-affiliated individuals did not differ. Our results also suggest that religiosity has a buffering effect on the negative age relation in helping behaviour suggesting that religiosity does play a significant role in predicting helping behaviors in old age.

Based on our model developed in Module 2, these data can be interpreted in an interesting way. More religious individuals may be better able to reduce outside health support, because their religious interpretatory framework allows them to justify this. This would be a positive aspect of religiosity, because it would also reduce caregiving or care-receiving burden and, thus, secondary health costs. It cannot be determined from our current data if the idea of belonging to a religious community (or a community in general) may also play a role for individuals' seeing help from others not as autonomy-threatening outside help, but as non-autonomy-threatening inside help. As in the caregiving literature the problem of non-acceptance of available and affordable help leading to worse health outcomes in caregivers is well-documented, establishing this sense of community may overcome the problem.

We are also exploring the hypothesis that frequent experiences of helping behaviour for a significant group, but not all individuals may activate religious concepts as an interpretative framework. If true, this would suggest that religious concepts are an important part of a meaning-making repertoire of resources that could in futures studies be compared to other interpretative frameworks.

The data have been used and will be used for the report and for publications and are part of several theses exploring the role of religiosity on health and helping behaviours. Hill, Allemand & Schächter (2010) have found the mediational role of health behaviour on the relation between forgivingness, gratefulness, and physical health. Hill & Allemand (2010) report a substantial and age-differential effect of forgivingness on psychological well-being after controlling for potentially confounding variables. In a combination of data from this module and from data from module 1, Steiner, Allemand & McCullough (2010) report that Agreeableness and Neuroticism partially mediate the relation between age and forgivingness, suggesting that older adults are more willing to forgive, because they tend to be more agreeable and emotionally stable than younger adults.

To provide an insight into our main results, we present an overview prepared by Hertig (2010). He argues: "Helfen bildet eines der zentralsten und alltäglichen zwischenmenschlichen Interaktionen. Es wird vermutet, dass die Religiosität mit dem Helfen eine positive Verbindung eingeht, denn viele religiöse Lehren und Praktiken diverser Religionen ermutigen dazu. Zusammengefasst nehmen sozialen Normen, die auf prosoziales Verhalten ausgerichtet sind, in allen vorgestellten Weltreligionen einen ähnlich zentralen Platz ein. Aus diesem Grund ist an-



zunehmen, dass sich zwischen den Religionsgemeinschaften keine bedeutenden Unterschiede in der Hilfspraxis finden lassen. Dennoch sind Unterschiede zwischen einzelnen Mitgliedern innerhalb einer Glaubensgemeinschaft zu erwarten, denn inwiefern und in welchem Ausmass die sozialen Normen vom einzelnen Individuum verinnerlicht werden (d.h. auf seine persönliche Norm und dispositionelle Hilfsbereitschaft wirken), hängt davon ab wie zentral die jeweilige Religion im Leben dieser Person liegt. In diesem Zusammenhang ist es notwendig vom Begriff der *Religiosität* zu sprechen und nicht mehr nur von Religion.

Während die begriffliche Definition von Religion ausserhalb des Individuums liegt, wird Religiosität respektive die religiöse Orientierung als eine in der Person liegende Religiosität und Helfen über die Lebensspanne als Disposition aufgefasst (Pargament, 1997, Huber, 2003). So können sich Individuen in ihrer Religiosität unterscheiden: Während für manche Personen die Religion sehr zentral sein mag, so bedeutet sie für andere nur wenig. Damit nimmt das Konzept der Religiosität eine persönlichkeitspsychologische Ebene ein. Besonders bekannt in der Religiositätsforschung ist das I-E Konzept der Persönlichkeitspsychologen Allport und Ross (1967), die Religiosität als motivationales Konstrukt auffassen. Sie unterscheiden zwischen zwei religiösen Orientierungen, einer intrinsischen (I) und einer extrinsischen (E). Die intrinsische religiöse Orientierung umfasst die verinnerlichte, genuine Gläubigkeit, die um ihrer selbst ausgeübt wird. Die extrinsische religiöse Orientierung beinhaltet demgegenüber eine zweckgebundene, oberflächliche Gläubigkeit zur Erreichung persönlicher oder sozialer Ziele; d.h. ein instrumenteller Gebrauch der Religiosität. Während die extrinsische Religiosität ein Mittel zu einem nichtreligiösen Zweck (z.B. sozialer Status) darstellt, so nimmt die Religion bei der intrinsischen religiösen Orientierung den Status eines Selbstzwecks ein. Eine solche Religiosität durchdringt das ganze Leben der Person mit Sinn und Bedeutung.

Batson (1976) kritisierte die I-E Skala indem er behauptete, die intrinsische Religiosität erfasse nur einen dogmatischen, rigiden Glauben (Derks & van der Lans, 1988). Aus diesem Grunde ergänzte er das I-E Konzept um eine weitere religiöse Orientierung, die er „Quest“ nannte. Die Quest-Orientierung widerspiegelt eine unbegrenzte Suche, in der Religion als ein Prozess des Fragens, Zweifelns und Infragestellens ultimativer Werte und Überzeugungen betrachtet wird. Fragen seien hier ebenso wichtig als Antworten.

In späteren Jahren wurden aber diese Ansätze als zu eindimensional kritisiert (Huber, 2003; Pargament, 1997). Es wurde für aufschlussreicher gehalten, Religiosität als multidimensionale Motivstruktur zu betrachten. Eine intrinsische oder extrinsische Religiosität kann somit gleichzeitig auf mehreren Dimensionen liegen. Huber (2003) fasst Religiosität als persönliches Konstruktssystem auf. Seine Thesen zur Religiosität beruhen einerseits auf dem bereits genannten Persönlichkeitspsychologen Allport, der Religiosität als persönlichen Bezug zur Religion (Zentralität) auffasst und andererseits auf dem Soziologen Glock und dessen Auffassung von Religiosität als multidimensionales Commitment. Glock (1962) differenziert zwischen den folgenden Dimensionen der Religiosität: religiöse Ideologie, Gebet, Gottesdienst, religiöse Erfahrung und kognitives Interesse an Religion. Huber (2003) fragte sich, mit welcher Häufigkeit und Intensität verschiedene Personen diese fünf Religiositätsdimensionen erleben und praktizieren. Er geht davon aus, dass mit ansteigender Häufigkeit und Intensität der Aktivierung des religiösen Konstruktsystems auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass Religion in der Persönlichkeit eines Individuums eine zentrale Stelle einnimmt (Huber, 2004). Er versucht somit eine Synthese zwischen den Ideen von Allport und Glock zu bilden. Dabei führt er vier Kernpostulate auf (Huber, 2004):



1. Das Erleben und Verhalten eines Menschen wird durch persönliche Konstrukte und Konstruktsysteme gesteuert
2. Die Stärke der erlebens- und verhaltenssteuernden Effekte eines religiösen Konstruktsystems hängt von seiner Zentralität in der Persönlichkeit eines Menschen ab.
3. Die Richtung der erlebens- und verhaltenssteuernden Effekte eines religiösen Konstruktsystems hängt von (alternativ konstruierbaren) Inhalten und Deutungsmustern ab, die in ihm wirksam sind.
4. Religiöses Erleben und Verhalten ist eine Funktion der Zentralität und des Inhalts religiöser Konstruktsysteme: $R = f(\text{ZrK} ; \text{IrK})$

Bei den Konstrukten und Konstruktsystemen im ersten Postulat handelt es sich um innere Repräsentationen oder Schemata, durch welche das Individuum die Welt wahrnimmt und deutet. Dabei orientiert sich Huber an Kelley (1986), der von einem hierarchischen System ausgeht, in dem verschiedene Konstrukte interindividuell unterschiedlich hoch bewertet werden können. Wenn das religiöse Konstruktsystem sich hierarchisch weiter oben befindet, also zentral innerhalb der Persönlichkeit liegt, so nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass das Erleben und Verhalten dadurch gesteuert werden. Damit integriert Huber auch das I-E-Konzept von Allport und Ross (1967) in sein Modell: Das religiöse Konstruktsystem von Menschen mit hoher intrinsisch religiöser Orientierung liegt oben innerhalb der Hierarchie und diese Zentralität wirkt sich auf diverse andere (nicht-religiöse) Konstrukte aus. Dagegen liegt das religiöse Konstruktsystem extrinsisch religiöser Menschen auf einer tieferen (weniger zentralen) hierarchischen Ebene und wird deshalb von anderen, höher gelegenen (nicht-religiösen) Konstrukten bestimmt (Huber, 2003). Während das zweite Postulat lediglich Aussagen über die Intensität des religiösen Konstruktsystems macht, so befasst sich das dritte Postulat Hubers mit dessen Inhalten. Diese multidimensionalen Inhalte können sich je nach religiöser Tradition beliebig (alternativ konstruierbar) unterscheiden. Als veranschaulichendes Beispiel soll die Brille dienen: Brillen existieren in vielen verschiedenen Farben und Formen und dienen für verschiedene Zwecke (Brille für Kurzsichtigkeit, Lesebrille, Sonnenbrille etc.). Wie stark diese jeweiligen Brillen wirken, hängt jedoch von der Brillenstärke ab. Die unterschiedlichen Brillen stehen für die verschiedenen religiösen Glaubensinhalte. Wie stark diese Glaubensinhalte wirken hängt von ihrer Zentralität (Stärke) ab.

Im Bezug auf die Religiosität haben wir uns grösstenteils der Auffassung Hubers von Religiosität als religiösem Konstruktsystem angeschlossen, das wegen des multidimensionalen und multidisziplinären Zugangs als besonders fruchtbar betrachtet werden kann. Jedoch sind Teilaspekte in den Theorien Hubers aus nicht-christlicher Perspektive zu kritisieren. Cohen, Siegel und Rozin (2003) führten drei Studien durch, in denen Juden und Protestanten beurteilen mussten, was ihrer Meinung nach wichtig sei, um in ihrer Glaubensgemeinschaft als religiös zu gelten. Die Hypothese der Studie basiert darauf, dass in der jüdischen Tradition, die religiöse Praxis eine zentralere Stelle als den religiösen Glauben einnimmt, während im protestantischen Christentum Glaube und Praxis ähnlich stark gewichtet werden. In ihren Ergebnissen stuften die jüdischen Versuchspersonen den Glauben tatsächlich weniger wichtig ein als die protestantischen Teilnehmer. Die selbsteingeschätzte Religiosität der Juden wurde signifikant besser von ihrer angegebenen religiösen Praxis vorausgesagt als von ihrem Glauben. Im Gegensatz dazu wurde die selbsteingeschätzte Religiosität der Protestanten sowohl vom Glauben als auch von der Praxis im gleichen Ausmass prognostiziert. Aus der Studie von Cohen et al. (2003) wird somit die Notwendigkeit ersichtlich, bei der Erfassung und dem Vergleich des Konstruktes Religiosität bei unterschiedlichen Religionen, nicht nur Glaubensinhalte, sondern auch Inhalte der religiösen Praxis mit zu erheben. Die fünf Dimensionen der Religiosität (Glock, 1962), welche Huber in sein Modell integriert hat, beruhen eher auf religiösen Glau-



bens- als auf Praxisinhalten. Somit könnte sich beim Vergleich der Religiosität zwischen verschiedenen Religionen bzw. Konfessionen ein verfälschtes Bild ergeben. Wenn für reformierte Christen z.B. die Glaubensdimension des religiösen Konstruktsystem zentraler zu sein scheint ist als bei Katholiken, Juden oder Muslimen, so kann nicht direkt behauptet werden, die Reformierten seien „religiöser“. Aus diesen Gründen wird diese Kritik in der empirischen Untersuchung der Religiosität in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und bei der Operationalisierung mitberücksichtigt.

Als relativ gut abgesichert gilt der Befund, dass ältere Menschen über Kultur- und Religionsgrenzen hinaus religiöser sind als jüngere (Argue, Johnson, & White, 1999; Baker & Nussbaum, 1997; Barna, 2002; Firebaugh & Harley, 1991; Gallup & Lindsay, 1999; Jörns, 1997; Kart, Palmer, & Flaschner, 1987; Oliver & Carey, 1988). Wie lässt sich diese Zunahme an Religiosität mit dem Lebensalter erklären? Manche Soziologen und Historiker hegen den Verdacht, diese Resultate seien bloss auf einen Kohorten- bzw. Generationeneffekt zurückzuführen (z.B. Chaves, 1989; Palmore, 1980). Sie argumentieren damit, dass die gegenwärtigen älteren Kohorten eine religiösere Erziehung und Sozialisation erhielten als dies bei jüngeren Kohorten der Fall sei. Es finde somit keine faktische Zunahme an Religiosität mit dem Lebensalter statt, sondern der Altersunterschied in der Religiosität lässt sich vielmehr auf den gesellschaftlichen Säkularisierungsprozess zurückführen. Trifft diese Annahme zu, so käme beispielsweise eine immer ungläubigere Generation auf die Altersheime zu (Oser, 2005).

Jedoch scheint es unwahrscheinlich, dass allein ein Kohorteneffekt die Altersunterschiede in der Religiosität erklären kann. In einer Studie von Koenig (1994), gab eine deutliche Mehrheit älterer Befragten an, dass ihre Religiosität seit der Lebensmitte für sie wichtiger geworden sei. Bei einer Paneldatenanalyse (dreifache Messung während 12 Jahren) von Argue, Johnson und White (1999) zeigte sich über die Alterskohorten hinaus eine Zunahme an Religiosität mit dem Lebensalter. Vergleiche zwischen Fixed- und Random-Effect Modellen ergaben wenige bis keine Hinweise darauf, dass ein Kohorteneffekt für die Altersunterschiede verantwortlich war. Ebenfalls deuten die Befunde in einer Längsschnittstudie von Wink und Dillon (2002) darauf hin, dass Religion im höheren Alter an Bedeutung gewinnt. Sowohl die Häufigkeit des Kirchenbesuchs sowie die eingeschätzte sinnstiftende Rolle der Religion nahmen mit zunehmendem Alter zu.

Interessant ist der Befund, dass Faktoren wie religiöse Einbindung und Persönlichkeitsfaktoren in jungen Jahren sowie aktuelle negative Lebensereignisse die Religiosität im höheren Lebensalter beeinflussen. Besonders der letzte Punkt weist darauf hin, dass die Religiosität für manche Menschen eine Stütze sein kann in der psychischen Bewältigung stressreicher und schwieriger Lebensereignisse. Dies steht im Einklang mit unserem Ressourcen-Orchestrierungsmodell religiöser Ressourcen und unterstreicht die Bedeutung religiöser Konstrukte für die Sinnkonstruktion im Lebensverlauf.

Mithilfe eines Fragebogens wurden diese Zusammenhänge multidimensional und für verschiedene gesundheitsbezogene Situationen geprüft sowie in einem umfassenden Mediationsmodell getestet. Die Stichprobe besteht aus 962 Personen unterschiedlichen Alters und Glaubensrichtung. Religiosität wurde mittels einer ergänzten Version des Religiositäts-Struktur-Test (Huber, 2003) erhoben; für das gesundheitsbezogene Helfen wurden verschiedene Masse benutzt: Konkrete Hilfsbereitschaft (KHB) wurde mittels hypothetischen Szenarien erfasst; allgemeine Hilfsbereitschaft (AHB) sowie allgemeines, fremdbezogenes Gesundheitsverhalten (FGV) mittels dazugehörigen Items. Konkretes Hilfeverhalten wurde durch die Angabe bereits erbrachter gesundheitsbezogener Dienstleistungen (GDL) ermittelt.



Alter korrelierte signifikant positiv mit der allgemeinen Religiosität (am stärksten mit der Dimension Gottesdienst). Zwischen Alter und der KHB zeigte sich eine negative Korrelation (am grössten bei Szenarien mit psychischer Krankheit), während der Zusammenhang mit der AHB nicht signifikant war. Das Alter war leicht positiv mit dem FGV assoziiert, jedoch nicht mit den erbrachten GDL. Religiosität korrelierte mit allen Massen des Helfens positiv (Hilfsbereitschaft wurde am besten von den Religiositätsdimensionen kognitives Interesse und Ideologie, Hilfeverhalten durch religiöse Erfahrung vorausgesagt). Zwischen Protestanten und Katholiken zeigten sich in allen Massen des Helfens keine signifikanten Unterschiede. Während beim positiven Alterseffekt auf das FGV eine Mediation durch die Religiosität stattfand, wurde ein negativer Alterseffekt auf die AHB durch die Religiosität unterdrückt (Suppressoreffekt).

Entsprechend der postulierten Erwartungen, zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der Religiosität der Probanden, d.h. höheres Alter war mit einer höheren Ausprägung an Religiosität assoziiert, es handelt sich dabei um einen mittelgrossen Effekt. Dieses Ergebnis bestätigte sich ebenfalls in der vorliegenden Stichprobe beim Vergleich der jüngeren (20-40 Jahre alt) mit der älteren (über 60 Jahre alt) Altersgruppe mittels eines T-Tests für Mittelwertsunterschiede in unabhängigen Stichproben: Die durchschnittliche religiöse Ausprägung der älteren Probanden war signifikant höher als diejenige der jüngeren Teilnehmer, $t(571) = 8.67$, $p < .001$, bei einer mittelgrossen Effektstärke von $d = .70$. Damit stimmen die Resultate dieser Untersuchung auch mit den Ergebnissen früherer Studien überein, die eine positive Assoziation zwischen Alter und Religiosität aufzeigen konnten (Argue, Johnson, & White, 1999; Baker & Nussbaum, 1997; Barna, 2002; Firebaugh & Harley, 1991; Gallup & Lindsay, 1999; Jörns, 1997, Kart et al., 1987; Oliver & Carey, 1988). Aufgrund des querschnittlichen Designs der vorliegenden Studie besteht jedoch die Möglichkeit, dass die scheinbare Zunahme an Religiosität mit dem Alter bzw. der höhere Anteil älterer religiöser Personen durch einen Kohorteneffekt zustande gekommen ist. Ein Indiz für einen Kohorteneffekt birgt die Tatsache, dass sich in der erhobenen Stichprobe lediglich 14% der über 65-Jährigen als konfessionslos bezeichneten, während bei den jungen- und mittelalten Erwachsenen 33% bzw. 32% die Angabe „konfessionslos“ ankreuzten. Konfessionslosigkeit bedeutet zwar nicht zwangsläufig ein geringes Ausmass an Religiosität; dennoch zeigte sich in der vorliegenden Arbeit, dass die Gruppe der Konfessionslosen sich als signifikant weniger religiös einschätzte als die restlichen Probanden, die sich als einer Konfession angehörig betrachteten. Es scheint eher unwahrscheinlich, dass der Anteil Konfessionslosen bei der gegenwärtigen älteren Kohorte grösser war in früheren Jahren. Gleichzeitig ist es fraglich, ob die nun konfessionslose junge bzw. mittelalte Kohorte nach der Pensionierung einer Konfessionsgemeinschaft beitreten wird und damit deuten diese Ergebnisse auf einen möglichen Kohorteneffekt hin.

Doch auch wenn die jüngeren und mittelalten Konfessionslosen in Zukunft keiner religiösen Gemeinde beitreten werden, besteht trotzdem die Möglichkeit, dass ihr Bedürfnis nach Spiritualität und Geistlichkeit zunehmen wird und sie sich in alternativen, nichtkonventionellen Formen des Religiösen engagieren werden (siehe „Patch-Work Religion“, Oser & Bucher, 2005). Es wurde bereits darüber diskutiert, wie Religiosität bzw. Spiritualität im Alter als Ressourcen dienen können, etwa für die Bewältigung von Kontingenzen, Todesangst und kritischen Lebensereignissen. Um bessere Aussagen und Prognosen über die Entwicklung der Religiosität über die Lebensspanne machen zu können, sollten weitere Studien durchgeführt werden, welche die Religiosität längsschnittlich erheben. Wichtig ist hierbei, dass nicht nur die Stärke oder Intensität der Religiosität erfasst wird, sondern auch danach gefragt wird, wie sich diese Religiosität inhaltlich äussert und welche Formen und Ausdrucksweisen sie annimmt. Dadurch können langfristige Trends verfolgt werden, wie beispielsweise die Frage, ob Personen sich



im Alter wieder vermehrt den traditionellen Religionsgemeinschaften anschliessen oder vielmehr ihre religiösen Bedürfnisse durch alternative, individualistische Formen der Religiosität bzw. Spiritualität befriedigen. Zudem sollte bei der Erforschung dieser Entwicklungen immer auch zwischen einzelnen Konfessionsgemeinschaften differenziert werden. In der Stichprobe der vorliegenden Arbeit war beispielsweise der Zusammenhang zwischen Alter und Religiosität bei den katholischen Teilnehmern mit $r = .42$, $p < .001$ bedeutend grösser als bei den reformiert/evangelischen Probanden mit $r = .26$, $p < .001$.

Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen Alter und den einzelnen Religiositätsdimensionen, so korrelierte die Dimension Gottesdienst am stärksten mit dem Alter (mittlerer Effekt). Ähnlich wie bei der Gesamtreligiosität lässt sich dieser Befund bis zu einem gewissen Grad durch einen Kohorteneffekt erklären: Die älteren Kohorten wurden zu einer Zeit erzogen, bei welcher der regelmässige Kirchenbesuch noch stärker der sozialen Norm entsprachen, als dies heute der Fall ist. Dennoch wird auch hier nicht der Kohorteneffekt allein für den Zusammenhang zwischen Gottesdienst und Alter verantwortlich sein. Wink und Dillon konnten (2002) in einer Längsschnittstudie nachweisen, dass sich die Häufigkeit des Kirchenbesuchs mit zunehmendem Alter erhöht. Gottesdienstbesuche bieten eine Plattform, um religiöse bzw. spirituelle Bedürfnisse in einem zeitlich und räumlich gesetzten Rahmen zu befriedigen, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und diese regelmässig zu pflegen sowie durch die Gemeinschaft sozial unterstützt zu werden. Dies alles könnte erklären, weshalb besonders die Dimension „Gottesdienst“ mit dem Alter assoziiert ist.

Am wenigsten stark hing die Dimension „Religiöse Ideologie“ mit dem Alter zusammen. Diese Dimension beinhaltet den Glauben an Gott oder an eine höhere Macht sowie an ein Leben nach dem Tod. Diese Themen gehören, zumindest in den abrahamitischen Religionen (Judentum, Christentum, Islam), zu den Kernelementen des Glaubens und so scheint es vorerst erstaunlich, dass die religiöse Ideologie nur schwach mit dem Alter zusammenhängt im Vergleich zu anderen Dimensionen. Möglicherweise zeigen derart grundlegende und globale Glaubensinhalte deshalb keine grossen Veränderungen mit dem Alter, weil sie sich bereits in der Jugend etablierten und danach über die Lebensspanne weitgehend stabil bleiben. Vielmehr, als dass ältere Menschen plötzlich und von Grund auf an die Existenz Gottes zu glauben beginnen, findet mit dem Alter, aufgrund zunehmender spiritueller Bedürfnisse, eine Intensivierung eines bereits vorhandenen latenten Gottes-Glaubens statt und wird als Ressource genutzt. Dies kann dazu führen, dass Personen mit zunehmendem Alter den Glauben stärker praktizieren, etwa in Form des Gottesdienstbesuches oder Gebets. Die grundsätzliche religiöse Ideologie als Basis des Glaubens scheint dagegen weitgehend stabil zu bleiben und ist eher durch die Sozialisation und das geschichtliche Zeitalter geprägt.

Lebensalter und Helfen

Im Bezug auf die Hypothesen zur Beziehung zwischen Alter und gesundheitsbezogenem Helfen⁵, war der Zusammenhang zwischen Alter und der Hilfsbereitschaft bei den gesundheitsbezogenen Szenarien entgegen der Erwartung nicht positiv, sondern war sogar negativ (kleiner bis mittlerer Effekt). Wie lässt sich diese negative Korrelation zwischen Alter und KHB erklären? Das Argument, dass ältere Menschen deshalb weniger helfen, weil sie sich in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung befänden, hält hier nicht stand, da die Variable subjektive Gesundheit kontrolliert wurde. Zudem ist bemerkenswert, dass obschon die älteren Probanden dem 75-jährigen Hilfeempfänger vom Alter her näher standen, sie dennoch weniger bereit waren dieser Person ihre Hilfe anzubieten.



Beim FGV war der Zusammenhang in Übereinstimmung mit der Hypothese positiv. Möglicherweise liegt der Unterschied zwischen den Ergebnissen für Hilfsbereitschaft und Hilfeverhalten darin, dass, während ältere Menschen zwar weniger bereit sind in einer konkreten Situation zu helfen, sie sich dennoch in ihrem allgemeinen Verhalten alltagsbedingt um die Gesundheit ihrer Mitmenschen kümmern (müssen). Möglicherweise ist es mit zunehmenden Alter keine Frage der Willens oder Motivation mehr, ob man zum Helfen bereit ist, sondern vielmehr *müssen* gewisse Hilfeleistungen erbracht werden, weil Personen aus dem näheren Umfeld (z.B. Lebenspartner/in, Freunde) aus gesundheitlichen Gründen immer stärker darauf angewiesen sind. Erkrankt etwa der Ehemann an Krebs und ist auf Pflege angewiesen, werden regelmässige Hilfeleistungen durch die Ehefrau viel mehr aus Fürsorge und aus der Notwendigkeit der Situation vollbracht und weniger deshalb, weil ihre Persönlichkeit mit dem Alter hilfsbereiter wurde. In der vorliegenden Studie stellte sich jedoch heraus, dass der positive Zusammenhang zwischen Alter und dem fremdbezogenen Gesundheitsverhalten nur aufgrund eines Mediationseffektes der Religiosität entstanden ist.

Bei den Zusammenhängen zwischen Alter und der Hilfsbereitschaft in den einzelnen gesundheitsbezogenen Situationen war die Bereitschaft einer Person mit psychischen Problemen zu helfen, insbesondere Sinnlosigkeitserleben, am stärksten negativ mit dem Alter assoziiert (mittlerer Effekt). Hier könnte ein Kohorteneffekt zugrunde liegen: In einer Meta-Analyse (Von Sydow & Reimer, 2001) von 60 Studien zu Einstellungen gegenüber psychischen Störungen und Therapien, zeigte sich, dass ältere im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen skeptischer gegenüber Psychotherapien sind und über weniger Wissen über psychische Störungen verfügen. Zudem wurden psychisch Kranke von der älteren Altersgruppe mit mehr negativen Stereotypen stigmatisiert als von der jüngeren. Hier wird ein Kohorteneffekt vermutet, weil die gegenwärtig ältere Kohorte zu einer Zeit aufwuchs, bei der sich negative Stigmata und Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen viel stärker in der Gesellschaft manifestierten, als dies heute der Fall ist. Andere Studien (Hatfield, 1999) bestätigen, dass das Sprechen über eigene und fremde psychische Probleme bei vielen derzeit älteren Personen noch in sehr hohem Masse tabuisiert ist sowie starke Angst- und Schamgefühle auslöst. Dies könnte möglicherweise die Ursache dafür sein, dass in der vorliegenden Studie die Bereitschaft einer Person mit psychischen Problemen bzw. Sinnlosigkeitserleben zu helfen den grössten negativen Zusammenhang mit dem Alter aufwies. Für die weitere Forschung dieser Thematik lohnt es sich hier ebenfalls Längsschnittstudien durchzuführen. So könnte ein Kohorteneffekt überprüft und die zukünftige Entwicklung dieser Alterszusammenhänge untersucht werden.

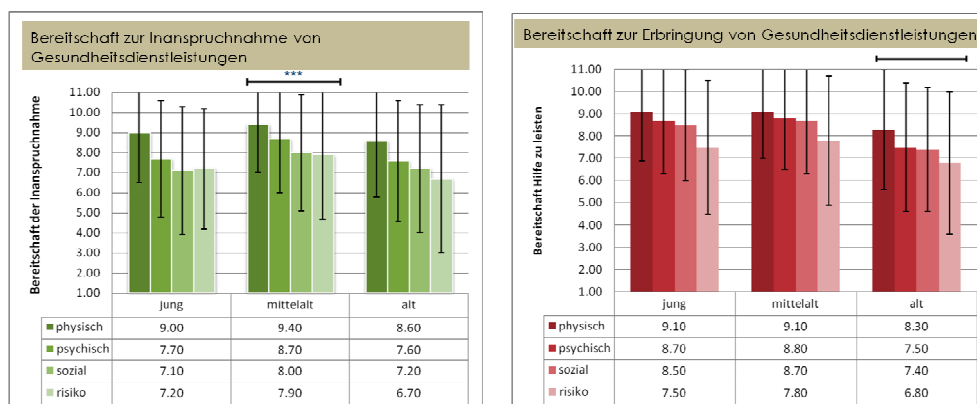


FIGURE 6: Empirical data of average willingness to use (left) and to provide (right) health care services



Zusammenfassend kann somit für den Zusammenhang zwischen Alter und gesundheitsbezogenem Helfen gesagt werden, dass keine klare und starke Assoziation vorhanden ist, wie dies ursprünglich in den Hypothesen erwartet wurde. Andere Faktoren, die unabhängig vom Alter sind, scheinen stärker mit dem Helfen zusammenzuhängen und sollten in zukünftigen Studien weiter untersucht werden. Im Gegensatz zum Alter zeigten sich aber für die Beziehung Religiosität und Helfen klarere Ergebnisse, wie im folgenden Teil diskutiert wird.

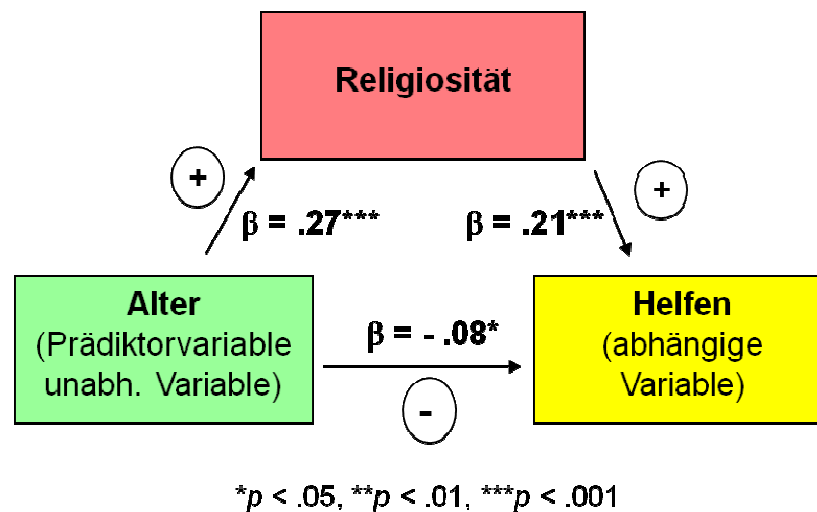


FIGURE 7: Regression weights for relations between age, religiosity and willingness to help others (Hertig, 2009)

Religiosität und Helfen

In Übereinstimmung mit den Erwartungen zeigten sich zwischen der Religiosität und allen Massen des gesundheitsbezogenen Helfens (Hilfsbereitschaft sowie Hilfeverhalten) insgesamt signifikant positive Zusammenhänge. Dabei ist die Tatsache interessant, dass die zwei allgemeineren, unspezifischeren Masse (AHB / FGV) höher mit der Religiosität korrelierten (mittlere Effekte) als die zwei konkreteren, spezifischeren Masse für Helfen (KHB / GDL) (kleine Effekte). Möglicherweise tendieren religiöse Menschen bei allgemein formulierten Aussagen zum Helfen eher in Übereinstimmung mit der religiösen Norm zu antworten, als wenn ihnen spezifische Situationen präsentiert werden oder wenn sie angeben müssen, ob sie eine konkrete Dienstleistung tatsächlich erbracht haben. Gemäss der Literatur werden bei konkreten Situationen und Verhaltensweisen prosoziale religiöse Normen leichter aus dem Entscheidungsprozess (Helfen oder nicht Helfen) verdrängt, infolge anderer situationsspezifischer Faktoren, welche dann im Vordergrund stehen (Grom, 1995).

Zusammengefasst bestätigen aber nach wie vor alle Resultate, dass höhere Religiosität mit zunehmender gesundheitsbezogener Hilfe im Zusammenhang steht. Die Untersuchung der Religiositätsdimensionen, welche das gesundheitsbezogene Helfen am besten voraussagen können, bringt interessante und differenzielle Ergebnisse hervor. In beiden Massen der Hilfsbereitschaft (KHB und AHB) stellte sich die Dimension „Kognitives Interesse“ als der beste



Prädiktor heraus. Inwiefern besteht ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen dem Interesse für religiöse Themen und der Bereitschaft anderen zu helfen? Aus den Ergebnissen des vorliegenden Datensatzes geht hervor, dass die Hilfsbereitschaft auch von der Ausbildung der Probanden abhängig ist. Beispielsweise zeigten Probanden mit einem Universitätsabschluss ($n = 275$) eine signifikant höhere Hilfsbereitschaft in den gesundheitsbezogenen Situationen als Teilnehmer mit einem Berufsschulabschluss ($n = 317$). Jedoch ist die Höhe des kognitiven Interesses an Religion von der Ausbildung unabhängig und somit kann die Ausbildung hier nicht als Erklärung dienen. Ausserdem verschwindet der signifikante Ausbildungseffekt auf die Hilfsbereitschaft bei Kontrolle des Lebensalters (weil die älteren Probanden ein durchschnittlich tieferes Bildungsniveau aufweisen als jüngere und das Alter wiederum negativ mit der Hilfsbereitschaft zusammenhängt). Jedoch weist Huber (2003, S.134) auf einen anderen aufschlussreichen Punkt hin bezüglich des kognitiven Interesses: „Es erscheint plausibel, dass von der Stärke des kognitiven Interesses an Religion auf den Umfang und die Tiefe des religiösen Wissens geschlossen werden kann.“ Demnach würde ein hohes kognitives Interesse an einer Religion auch mit einem breiten Wissen über die theologische Bedeutung des Helfens in der jeweiligen Glaubensrichtung einhergehen. Das Lernen und Wissen über prosoziale Normen und Praktiken einer Religion sowie die kognitive Auseinandersetzung damit führt möglicherweise dazu, dass auch die Bereitschaft zu Helfen zunimmt. Wenn eine religiöse Person beispielsweise zahlreiche biblischen Geschichten zur Thematik des Helfens kennt, um die göttliche Belohnung für prosoziales Handeln weiss sowie in religiösen Predigten immer wieder von prosozialen Normen und Regeln hört, so kann sich dieses Wissen in einer höheren Hilfsbereitschaft äussern. Dies könnte somit als Erklärung dienen, weshalb das kognitive Interesse in der vorliegenden Arbeit die Hilfsbereitschaft am besten vorhersagte. Die Dimension „Religiöse Ideologie“ stellte sich ebenfalls als signifikanter Prädiktor für beide Masse der Hilfsbereitschaft heraus. Dies scheint weniger überraschend zu sein, denn ein starker Glaube an eine Religion beinhaltet auch die Verinnerlichung von deren Normen und Werten. Schreibt der Glaube prosoziales Verhalten vor, kann sich dies bei einer Person mit starker religiöser Ideologie durch eine hohe Hilfsbereitschaft äussern.

Während die religiöse Ideologie die Hilfsbereitschaft erfolgreich vorhersagen konnte, stellte sie jedoch kein signifikanter Prädiktor für beide Masse des Hilfeverhaltens (FGV und GDL) dar. Dafür sagte die Dimension „Religiöse Erfahrung“ das Hilfeverhalten in beiden Messinstrumenten am besten voraus. Laut Huber (2003) besteht ein wesentliches Merkmal der religiösen Erfahrung darin, dass die Transzendenz Gottes als aktive Instanz konstruiert wird, die sich innerhalb der Welt dem Menschen zuwendet, entweder in Form einer Kommunikation oder in Form einer Aktion. Eine Person, welche Gott als aktiven Retter, Heiler oder Helfer erfährt, wird möglicherweise dadurch zu ähnlichen prosozialen Aktionen oder Verhaltensweisen gegenüber anderen Menschen ermutigt. Die Sorge, welche Gott für seine Schöpfung trägt (vertikale Ebene), wird von der gläubigen Person nachgeahmt in Form von der Sorge um ihre Mitmenschen (horizontale Ebene). Damit liesse sich auch erklären, weshalb ebenfalls die Dimension Gottesdienst das FGV vorhersagen konnte: Der Gottesdienst bietet eine Plattform an, mit Gott zu kommunizieren und sich prosozial für seine Mitmenschen einzusetzen. Hier besteht die Möglichkeit, religiöse Ideologie durch helfende Handlungen in der Praxis auszuleben. Jedoch stellte sich die Dimension Gottesdienst nicht als signifikanter Prädiktor für die konkret erbrachten GDL heraus. Interessanterweise konnte aber wieder die Dimension kognitives Interesse, entsprechend zur Hilfsbereitschaft, die Anzahl der erbrachten gesundheitsbezogenen Hilfsleistungen voraussagen. Für diesen Befund dient möglicherweise wieder das religiöse Wissen über Helfen als Erklärung.



Bei den Zusammenhängen zwischen der Religiosität und der Hilfsbereitschaft in den einzelnen gesundheitsbezogenen Situationen war die stärkste Assoziation diejenige zwischen der

Religiosität und der Bereitschaft einer Person mit risikoreichen Verhalten zu helfen, obschon bei einem relativ kleinen Effekt. Das Szenario schildert eine Situation, bei der eine 75-jährige Person nach einer Krankheit oder einem Unfall, trotz den gesundheitlichen Risiken, nicht auf das Rauchen und auf fettreiche Kost verzichten kann. Weshalb steigt mit zunehmender Religiosität die Bereitschaft dieser Person mit selbstgefährdendem Risikoverhalten zu helfen? Das Leben zu riskieren verstösst sogar gegen die Norm der Lebenserhaltung, welche insbesondere auch Religionen als heilig betrachten. Doch gerade deshalb fühlen sich vielleicht religiöse Menschen stärker dazu verpflichtet, in dieser Situation Hilfe zu leisten, indem sie versuchen die Personen mit risikoreichem Verhalten von diesem „falschen, sündigen Weg“ zu befreien um sie wieder zum „guten, rechten Weg“ zu bekehren. Risikoreiches Verhalten wird in säkularen, individualistischen Gemeinschaften, welche die persönliche Freiheit betonen, vielleicht eher als Angelegenheit des Betroffenen wahrgenommen, in das man sich nicht einzumischen hat. In religiösen, kollektivistischen Gemeinschaften werden jedoch Verstösse gegen eine bestimmte Norm oder Regel stärker verurteilt und lassen bei den Angehörigen schneller den Bedarf entstehen, das negative, risikoreiche Verhalten zu korrigieren. Im Gegensatz zum Szenario mit Risikoverhalten zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Religiosität und der Bereitschaft einer Person mit physischen Beschwerden zu helfen. Für die Gesamtstichprobe war bei dieser Situation der Deckeneffekt am höchsten. Möglicherweise ist es deshalb schwieriger zwischen mehr und weniger religiösen Menschen zu unterscheiden, da bei dieser Situation die grosse Mehrheit aller Teilnehmenden angab, sie würden mit grosser Wahrscheinlichkeit Hilfe leisten.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass eine positive Beziehung zwischen Religiosität und Helfen besteht. Je nach Form und Situation des Helfens bzw. Dimension der Religiosität variieren die Zusammenhänge zwischen kleinen bis mittleren Effekten. Angesichts der zahlreichen anderen Faktoren, welche im Allgemeinen und situationspezifisch auf das Helfen wirken, sind grössere Effekte der Religiosität jedoch kaum zu erwarten.

Vergleich von Konfessionsgemeinschaften im Bezug auf Helfen

Im Bezug auf die Untersuchung von Unterschieden zwischen Konfessionsgruppen im gesundheitsbezogenen Helfen wurde bereits darauf hingewiesen, dass es aufgrund der Stichprobenszusammensetzung nur möglich war, reformierte mit katholischen Christen zu vergleichen. Die Mitglieder anderer Religionsgemeinschaften mussten aufgrund ihrer zu kleinen Stichprobenszahl von der Überprüfung der Fragestellung ausgeschlossen werden.

Konsistent mit den Hypothesen zeigten sich für Hilfsbereitschaft und Hilfeverhalten keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Protestanten und Katholiken bei Kontrolle der Religiosität. Dieses Ergebnis unterstützt somit unsere Annahme, dass das Helfen in den Theologien beider Konfessionsgemeinschaften eine ähnlich wichtige Stellung einnimmt. Jedoch stellte sich bei genauerer Betrachtung der Resultate ein bemerkenswerter Unterschied heraus zwischen Katholiken und Protestanten. Trotz den nicht-signifikanten Mittelwertsunterschieden im Helfen war die Korrelation zwischen der Religiosität und den Massen für Hilfsbereitschaft und Hilfeverhalten bei den Protestanten bedeutend höher als bei den Katholiken.



Pearson-Korrelationen zwischen Religiosität und Masse für Hilfsbereitschaft bzw. Hilfeverhalten für Protestanten und Katholiken bei Kontrolle der subjektiven Gesundheit.

	Konfession	KHB	AHB	FGV	GDL
Religiosität	Protestanten (N = 342)	.19***	.30***	.32***	.20***
	Katholiken (N = 267)	.01	.11*	.10	.09
Fischer's Z		2.24*	2.45**	2.84**	1.38

Anmerkung. N = Anzahl Probanden, $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$, KHB = Konkrete Hilfsbereitschaft, AHB = allgemeine Hilfsbereitschaft FGV = fremdbezogenes Gesundheitsverhalten, GDL = gesundheitsbezogene Dienstleistungen

TABELLE 1: Konfessionsunterschiede im Zusammenhang zwischen Religiosität und Hilfeverhalten (Hertig, 2009)

Wie lässt sich dieser Unterschied erklären? Weshalb hängt bei den Katholiken die Religiosität viel weniger stark mit dem Helfen zusammen als bei den Protestanten? In einem Review-Artikel weisen Cohen, Hall, Koenig und Meador (2005) darauf hin, dass es fundamentale Unterschiede zwischen Protestanten und Katholiken gebe in der Art ihrer Religiosität. Im reformierten Christentum steht besonders die religiöse Motivation des einzelnen Individuums im Zentrum, somit soll das Ideal eines intrinsischen, persönlichen und emotionalen Glaubens angestrebt werden. Im katholischen Christentum spielt zwar der individuelle Glaube auch eine wichtige Rolle, jedoch wird ein grösserer Schwerpunkt auf soziale und rituelle Ausdrucksweisen der religiösen Praxis gesetzt als dies im Protestantismus der Fall ist. „Religions such as Roman Catholicism (...) have strong social or collectivistic sensibilities. Although the private and emotional motivations of individuals are important in these religions, tradition and community involvement are valued for their own sake” (Cohen et al., 2005, S. 51). Dieser Unterschied zwischen dem reformierten Christentum mit seiner eher individuellen Form der Religiosität und dem Katholizismus mit seiner stärkeren sozialen Motivation ist den Autoren gemäss entscheidend im Bezug auf das prosoziale und moralische Verhalten. In dieser Unterscheidung liegt eine Erklärungsmöglichkeit für die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit. Die Bereitschaft zu helfen sowie das Hilfeverhalten der katholischen Teilnehmer sind möglicherweise weniger von der individuellen Religiosität der einzelnen Mitglieder abhängig, sondern stehen vielmehr im Zusammenhang mit dem sozialen Verpflichtungsgefühl, welches bereits durch die Mitgliedschaft in der Kirchgemeinde entsteht. Im reformierten Christentum dagegen, ist die Motivation zu helfen weniger von sozialer Natur, sondern wird stärker durch die innere religiöse Überzeugung bzw. dem Ausmass an Religiosität des einzelnen Individuums vorangetrieben. So wäre dies eine mögliche Erklärung dafür, weshalb die Religiosität im Zusammenhang mit dem gesundheitsbezogenen Helfen bei den Protestanten eine grössere Rolle zu spielen scheint als bei den Katholiken.

Eine alternative, eher methodische Begründung für die Korrelationsunterschiede wäre, dass die Religiosität bei den Katholiken weniger gut und genau erfasst werden konnte als bei den Protestanten. Cohen et al. (2005) kritisieren viele der bisherigen Instrumente zur Erhebung der Religiosität, da sie ihres Erachtens zu stark von einer amerikanisch-protestantischen Form der Religiosität geprägt sind und auf andere Konfessionsgruppen schlecht angewandt werden können. In dieser Arbeit wurde aber versucht diesem Umstand gerecht zu werden durch das Hinzufügen von Items der religiösen Praxis von Cohen et al. (2003) als Ausgleich zu den



glaubenslastigen Items von Huber (2003). Aus diesem Grund nehmen wir nicht an, dass die Korrelationsunterschiede durch eine ungenaue Religiositätsmessung der Katholiken zustande gekommen sind, sondern vielmehr in Verbindung mit den erstgenannten Gründen stehen. Ein weiterer Hinweis dafür, dass kein Messfehler der katholischen Religiosität die Ergebnisse verzerrte, bildet die Tatsache, dass die Religiosität der Katholiken relativ hoch mit dem Alter korrelierte im Vergleich zu den Protestanten. Dieses Resultat zeigt, dass im Zusammenhang mit dem Alter, die katholische Religiosität sehr wohl erfasst werden konnte.

Eine mögliche Erklärung für diesen Korrelationsunterschied zwischen Protestanten und Katholiken liefert wiederum die Differenzierung zwischen individuellen und sozialen Religionsgemeinschaften von Cohen et al. (2005): Das Alter der Katholiken hängt möglicherweise deshalb stärker mit der Religiosität zusammen, da in der katholischen Konfession, neben dem Glauben, besonders auch soziale und rituelle Praktiken im Zentrum stehen. Dieser soziale Aspekt könnte ein weiterer Motivationsfaktor für ältere katholische Menschen sein, ihre Religion zu praktizieren und erklärt möglicherweise deshalb die höhere Korrelation mit dem Alter.

Interreligiöse Vergleiche wie die beschriebenen sollten in zukünftigen Studien weiter erforscht und durch zusätzliches Untersuchen nicht-christlicher Religionen ergänzt werden. Gleichzeitig sollte auch innerhalb der Konfessionsgemeinschaften beobachtet werden, welchen Einfluss Variablen wie die Religiosität oder das Alter auf das prosoziale Verhalten einnehmen. Die interreligiöse Forschung mit empirischen Methoden stellt ein relativ neues Gebiet dar und kann auf viele weitere psychologische Variablen wie Dankbarkeit, Verzeihen oder Bewältigungsmethoden angewendet werden. Durch eine enge multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Theologen, religiösen Gelehrten, und empirischen Sozialforschern in diesem Bereich können viele neue, fruchtbare Erkenntnisse gewonnen werden.“

Fazit

Ein Kernergebnis des Moduls bezieht sich auf die Frage, ob bei zukünftig abnehmender Religiosität, Dankbarkeit oder Verzeihensbereitschaft die Bereitschaft zur Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen im Alter abnimmt oder sich das Inanspruchnahmeverhalten ändert. Unsere Befunde zeigen zunächst, dass die Bereitschaft zur Hilfeleistung sich zwischen religiösen und konfessionslosen Personen nicht unterscheidet. Jedoch stellen die Befunde zu den Unterschieden im Verhalten zwischen verschiedenen Konfessionen, religiöse Konzepte wie auch Dankbarkeit und Verzeihensbereitschaft für einen Grossteil der untersuchten Personen einen wichtigen Begründungsrahmen für ihr Verhalten dar. Man könnte sagen, dass dieser Interpretationsrahmen ihren Handlungen zusätzlichen Sinn gibt. Damit zeigt sich auch in diesem Modul, dass entsprechend unserem Modell religiöse Ressourcen wichtiger Teil des Begründungs- und Verhaltensrepertoires in der Gesundheitsversorgung Älterer sind, die bei Bedarf genutzt werden. Praktisch legt dies nahe, in den Curricula zu Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsversorgung Älterer die Auseinandersetzung mit Konzepten der Dankbarkeit und der Verzeihensbereitschaft zu verankern. Für die weitere Forschung in diesem Bereich ist darüber hinaus die Frage zentral, durch welche Interventionsmassnahmen sich die Verhaltenspotenziale zur Dankbarkeit und Verzeihensbereitschaft (a) trainieren und (b) in den Lebensstil dauerhaft integrieren lassen.



Module 5: The goal of this module was to conduct an empirical study (Study II) that explicitly focuses on the perspective of professional health caregivers and aims to examine both individual and institutional aspects on religion and health care. The study is designed to be a replication of Study I in a convenience sample of health care professionals. Similar to Study I, self-report data were collected on demographic characteristics of participants, individual differences in religion, religiosity, forgiveness, personality, subjective well-being, health, and willingness to use and to provide health care. In addition, individual differences in caregiver stressors and coping with care stress were collected. The data collection has been more difficult than expected, mainly because of time constraints of the informants. After investing additional project resources we have now completed data collection with $N = 147$ informants and are in the process of analyzing the data and preparing reporting and publications.

First, we recruited health care professionals from nursing homes for the elderly with a religious background (e.g., Jewish nursing home) in the city of Zurich. Because of low response rate in the selected institutions we then extended our data collection with respect to other nursing homes. Finally, 147 health care professionals aged 16 to 63 years (mean age = 45 years) from 22 different institutions participated in our large-scale self-report survey that included the same variables as in Study I, plus a few additional questions regarding the health care profession (e.g., satisfaction with the work in the institution). More specifically, 1 to 19 health care professionals per institution participated in our study. Because of the small sample sizes per institutions we were not able to perform inter-institutional comparisons using multilevel analyses. Such statistical analyses require a larger sample with more people within institutions and more institutions. As expected, the majority of participants in Study II were women (81%). Regarding marital status, 33% participants were single, 42% were married, 21% were either separated or divorced, and 4% were widowed. Of the sample, 26% were Protestants, 27% were Catholics, 10% were Muslim, 13% indicated other affiliation (e.g., Jewish, Buddhism, etc.) and 24% were without a religious affiliation.

With respect to the measurement of health behaviors and willingness to use and provide health services Schächter writes: " Das Gesundheitsverhalten wird anhand eines selbst konzipierten Fragebogens gemessen. Der Fragebogen umfasst sechs Items, welche Aufschluss über das Gesundheitsverhalten von Menschen geben soll. Diese Items sollen messen, ob sich Menschen bezüglich ihrer Gesundheit positiv verhalten. Jedes Item misst einen anderen Bereich des Gesundheitsverhaltens. Demnach kann anhand dieses Fragebogens gemessen werden, ob man sich gesund ernährt, sportlich aktiv ist und sich regelmässig beim Arzt, im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, untersuchen lässt. Des Weiteren sollen die Items klären, ob man sich um sein psychisches Wohl sorgt, wie das soziale Umfeld des einzelnen aussieht, also ob man in ein soziales Netz eingebunden ist und sich um seine Freundschaften kümmert und inwiefern Risikoverhalten im Bezug auf die Gesundheit gezeigt wird, beziehungsweise ob negative Einflüsse auf die Gesundheit, wie zum Beispiel Rauchen oder der Konsum von Alkohol vermieden werden. Auf einer 6 Punkte Likert-Skala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 6 („trifft voll und ganz zu“) geben die Probanden den Grad ihrer Zustimmung beziehungsweise ihrer Ablehnung zu den bestimmten Aussagen ab. Je höher die Punktzahl, desto grösser ist die Zustimmung für die einzelnen Aussagen (Cronbach's $\alpha = .63$).

Das altruistische Gesundheitsverhalten wird mit der gleichen Skala erhoben. Hierfür wurden die sechs Items so umformuliert, dass sie nicht mehr das eigene Gesundheitsverhalten messen, sondern inwiefern, oder eher wie sehr man sich um das Gesundheitsverhalten seiner Mitmenschen kümmert. Jedes der 6 Items misst eine andere Komponente des altruistischen Gesundheitsverhaltens. Somit kann gemessen werden, ob man darum bemüht ist, dass sich



auch andere gesund ernähren, sportlich aktiv sind, oder sich regelmässig beim Arzt untersuchen lassen. Es soll auch gemessen werden, ob man sich um das psychische Wohl seiner Mitmenschen sorgt, darum bemüht ist, darauf zu achten, dass soziale Kontakte aufrecht erhalten werden und ob man auch Freunde und Bekannte versucht vor negativen Einflüssen auf die Gesundheit, wie Rauchen und Alkoholkonsum, zu bewahren. Auf einer 6-Punkte Likert-Skala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 6 („trifft voll und ganz zu“) geben die Probanden den Grad ihrer Zustimmung beziehungsweise ihrer Ablehnung zu den bestimmten Aussagen ab. Je höher die Punktzahl, desto grösser ist die Zustimmung für die einzelnen Aussagen (Cronbach's $\alpha = .79$). Das Umformulieren der Items erscheint deshalb sinnvoll, weil im Rahmen der Untersuchung auch allfällige Unterschiede des eigenen Gesundheitsverhaltens und des altruistischen Gesundheitsverhaltens aufgezeigt werden sollen. Andernfalls wäre, bei der Verwendung einer anderen Skala, der Einfluss des Fragebogens nicht kontrollierbar. Die beiden Skalen korrelieren mit $r = .55$ ($p < .001$).

Die Bereitschaft der Inanspruchnahme von Hilfe wird anhand von konzipierten Schilderungen von gesundheitsbezogenen Situationen gemessen. Diese Situationen beschreiben verschiedene Szenarien im Bereich der eigenen Gesundheit. Es werden vier unterschiedliche Situationen abgefragt, wobei immer ein Szenario einem Gesundheitsbereich entspricht. So sind die physische Gesundheit, die psychische Gesundheit und die soziale Gesundheit Inhalt der Szenarien. Aber auch das Risikoverhalten, ebenfalls als Teil des Gesundheitsverhaltens zugehörig, wird in einem Szenario abgefragt. Die Szenarien basieren auf vorangegangene Forschung zu diesem Thema (Hervé, Mullet & Sorum, 2004; Ligneau-Hervé & Mullet, 2005; Marcell & Halpern-Felsher, 2005; Wills & Moore, 2006) und wurden dahingehend modifiziert, um dem Forschungszweck des Nationalfondprojektes zu entsprechen. Die Szenarien schildern Situationen, in denen man nach einem Unfall oder längerer Krankheit gesundheitlich beeinträchtigt ist. Diese Beeinträchtigungen sind entweder psychischer oder physischer Art. Aber auch soziale Beeinträchtigungen oder Risikoverhalten als Beeinträchtigung stellen die Problemlage dar. Die Probanden werden aufgefordert sich die jeweilige Situation vorzustellen und sich möglichst gut hineinzusetzen, um angeben zu können, wie wahrscheinlich es wäre, dass sie aufgrund der geschilderten Problemlage, professionelle Dienste, oder andere Hilfe, aufsuchen würden. Die Probanden sollen auf einer Skala von 0% (gar nicht) bis 100% (sehr) den Grad der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe angeben. Je höher die angegebene Prozentzahl, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, sich aufgrund der geschilderten Problemlage, Hilfe zu suchen (Cronbach's $\alpha = .75$).

Die Bereitschaft Hilfe zu leisten wird mittels der gleichen vier Szenarien gemessen. Die Probanden werden aufgefordert, sich folgende Situation vorzustellen. Eine 75-jährige Person aus dem näheren Umfeld, vertraut sich einem mit einer der oben genannten Beschwerden an. Es werden wiederum die gleichen Szenarien verwendet, so dass man jeweils mit einem physischen, psychischen oder sozialen Problem, oder mit einem Risikoverhalten konfrontiert wird. Die Probanden sollen auf einer Skala von 0% (gar nicht) bis 100% (sehr), beantworten, wie wahrscheinlich es wäre, aufgrund der geschilderten Problemlage Hilfe zu leisten (Cronbach's $\alpha = .90$).“

As in Study I, in Study II we measured willingness to use and to provide health care with two or more measures of the same construct, yet with a different mode of measurement (scenario-based measures versus self-rating measures). The rationale for the multiple-measure perspective is to provide unique perspectives on the construct of interest. Moreover, the perspective of professional health caregivers in Study II provides unique perspectives regarding the measurement of the key constructs of this research project, namely willingness to use and to



provide health care. We explicitly developed a scenario-based measure for this project. The scenarios contain different health care areas such as physical health, mental health, social, and risk behavior. Scenarios represent broad health issues that are relevant and commonly to adults across the lifespan, e.g., a scenario of a person with symptoms of pneumonia (physical health) or symptoms of depression and anxiety (mental health). To achieve comparability, the scenarios do not include age- and gender-specific health issues. The scenarios were developed in cooperation with applicant Wettstein by means of a multistage development strategy. That is, the scenarios were developed, piloted, revised and discussed in a focus group of older adults. The development of the scenario-based measure using a multistage procedure was highly time consuming. However, a valid and reliable measure is essential for further publication projects on the associations between different aspects of religion, personality, and willingness to use and to provide health care. Therefore, the next step in Module 5 includes the publication of the scenario-based measure in order to establish the measure in the field similar to the short scale of health behaviors that have been developed for this project (see Hill et al., 2010). In addition to the current results (see Module 4), the specific sample of health care professionals allows for important replications and interesting extensions of previous work on religion, health, and aging. For example, preliminary results with respect to the health care professionals sample have shown that our developed scenario-based measure of willingness to use and to provide health care is a valid and reliable measure that can be used in the context of health care to older adults.

Fazit

Ein Kernergebnis dieses Moduls ist die Anwendbarkeit der zuvor entwickelten Messverfahren für das Gesundheitsverhalten, die Bereitschaft zur Inanspruchnahme im Alter und die Bereitschaft zur Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen für Ältere. Darüber hinaus sind damit nun vielfältige Möglichkeiten für Vergleiche zwischen repräsentativen Zufallsstichproben und sehr selektiven Stichproben verfügbar. Da nicht von vornherein davon ausgegangen werden kann, dass die Zusammenhängestrukturen in Repräsentativ- und Selektivstichproben vergleichbar sind, ist dies ein wichtiger Schritt für eine multiperspektivische Zugangsweise zur Frage der Orchestrierung religiöser Ressourcen im Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Auf diese Weise wird nun die Untersuchung von Gemeinsamkeiten, Unterschieden und Grenzen von allgemeinen theoretischen Modellen der Ressourcenorchestrierung möglich, das aus dem vorliegenden Projekt entwickelt wurde. Mit den Publikationen aus diesem Modul wurden die Instrumente für weitere Personengruppen validiert und so ein Beitrag geleistet, die Instrumente im Mainstream psychologischer Alters- und Gesundheitsforschung zu etablieren. Gleichzeitig konnten mit den Ergebnissen dieses Moduls nachhaltige Anreize zur Untersuchung religiöser Ressourcen in der Gesundheitsversorgung Älterer geschaffen werden, die weiterhin der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung (als Grundlage für Qualifikationsarbeiten und Publikationen) dienen.



Module 6: The goal of this module is to integrate knowledge into practice on a *public domain level*. Therefore, the main activity is to familiarize researchers, health care providers as well as the public with different perspectives on use and provision of health care espoused by various religions and/or degrees of religious affiliation (including “none”). Our main activities in Module 6 have been on laying the groundwork for curriculum developments by bringing together experts from various areas in the health care system to document and discuss existing curricula and to determine in which areas there is a need for new or additional tools.

We have put together a curricular toolbox derived from existing curricula, and are trying to make these accessible to professionals in all relevant areas of training of practical gerontologists. We provide here an overview of the materials collected; for each of the fields represented, we have a collection of materials for educators to draw from and develop further.

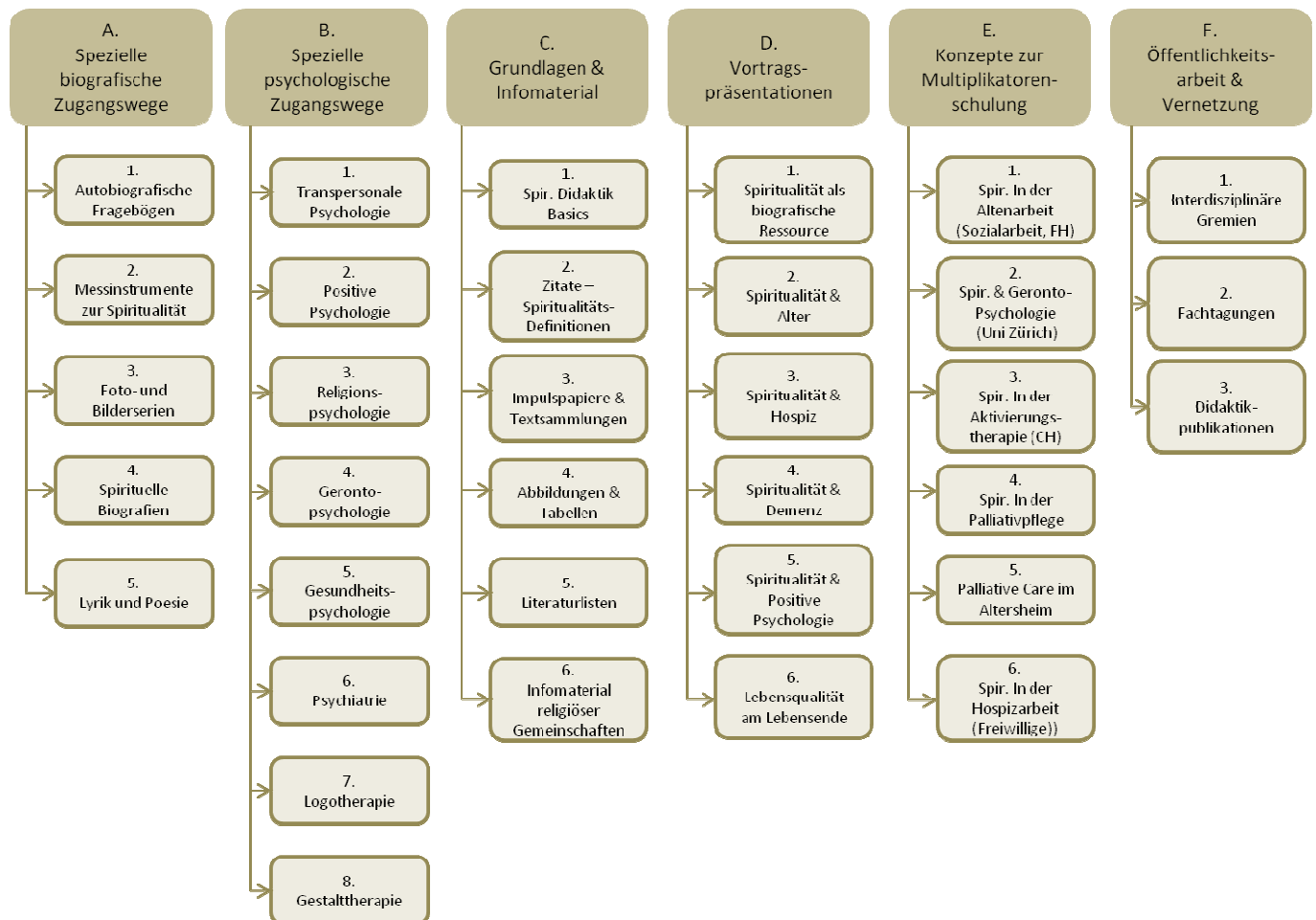


FIGURE 8: Spiritualität, Alter und Gesundheit: Curriculare Bausteine für Hochschulen und Weiterbildungseinrichtungen (see Module 6)



Die verwendeten Materialien liegen in verschiedener Form (einzelne Texte, Bilder, Literaturlisten, Vortragspräsentationen, Seminarfahrpläne, Impuls- und Übungsblätter, Infobroschüren, thematische Publikationen) und Formaten (WORD, PDF, PPT, Picasa Photo Viewer) vor und sind somit vielseitig verwendbar.

Einzelne Materialien tauchen zum schneller Auffinden eines Bausteins – teils in verschiedenen Formaten – in mehreren der obigen Container auf, da sie zum Einen (B) einem bestimmten Zugangsweg als Quelle zugeordnet werden können, aber auch (D) Teil einer bereits stattgefundenen Vortragspräsentation und bei Bewährung (C) Teil eines Impulspapiers im Rahmen eines (E) durchgeführten ganzen Seminarkonzepts geworden sind. Solche Materialien werden nur an einer Stelle ausführlich, an anderer Stelle z.T. als Verweis auf weitere Container behandelt.

Die Zusammenstellung der Bausteine orientiert sich an folgenden Grundprinzipien: (1) Es sollen sowohl Bausteine für kognitive, als auch erste affektive und handlungsorientierte Zugangswege vorhanden sein. Übungen mit Anleitung zu konkreten spirituellen Erfahrungen (bspw. Meditationen) sind kein Teil dieses Koffers. (2) Der Werkzeugkoffer berücksichtigt in erster Linie psychologische Bausteine mit dem Schwerpunkt Alter, die durch Zugänge anderer Disziplinen und spiritueller Praxiserfahrungen für spezielle Zielgruppen ergänzt werden müssen. (3) Bei den Bausteinen ist – sofern nicht anders vermerkt – darauf geachtet worden, möglichst konfessionsneutrale Formulierungen zu verwenden, die auch Personen ohne spezifische religiöse Einbindungen anspricht.

Folgende Quellen (vgl. Literaturangaben unten) können als hilfreiche „Steinbrüche“ für weitere, eigene Bausteinerarbeitungen empfohlen werden: (a) Daten, Fragebogenvorlagen, Tabellen, Abbildungen und Methodikfragen im „Religionsmonitor“ (Bertelsmann, 2007), der Monografie von Bucher (2007) und dem Schweizer Sammelband von Leutwyler & Nägeli (2006) sowie dem Handbuch zur Positiven Psychologie von Snyder & Lopez, (2005). Zielgruppenspezifische Textvorlagen zur Thematik „Spiritualität und Alter“ finden sich in den (b) Sammelbände von Bäumler (2005) und Kunz (2007). Als (c) Einstieg in Übungen eignen sich die Bücher von Vopel zur Erwachsenenbildung (z.B. Vopel, 2003). Konkrete Beispiele (d) für Angebotsgestaltungen im Altenpflegebereich geben die Handreichung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SGG, 2007) sowie die Bücher von MacKinley (2006), Barton (Barton et al., 2003) und Heitlinger (2005).

Literatur zu Spiritualität und Didaktik

Atchley, R.C. (2009) Spirituality and aging. Baltimore: John Hopkins

Barton, J, et al. (2003) Vital connections in long-term care. Spiritual resources for staff and residents. Baltimore: Health Press.

Bertelsmann-Stiftung (Hg.) (2007) Religionsmonitor 2008. Gütersloh: Gütersloher Verlagsanstalt.

Bucher, A. (2007) Psychologie der Spiritualität. Weinheim: Beltz

Birkenmaier, J., Behrmann, G. & Berg-Weger, M. (2005) Integrating Curriculum and practice with students and their field supervisors: Reflections On Spirituality and the Aging (ROSA) model. Educational Gerontology, 31, 745-763.

Emmons, R.A. (2003) Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern. The International Journal for the Psychology of Religion, 10, 3-26.

Heitlinger, S. A. (2005) Spiritualität: eine vernachlässigte Dimension? Was Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Langzeitpflegeinstitution mit Spiritualität verbinden und welche Wirkung dies auf ihren Berufsalltag zeigt. Edition Soziothek.



- Herriger, N. (2006, 3. erw.Aufl.) Empowerment in der sozialen Arbeit -Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2005) Zur Religiosität und Spiritualität im Alter. In P. Bäuerle et. al.(Hg) Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen. Bern: Huber, 49-63
- Kunz, R. (Hg) (2007) Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich: TVZ.
- Leutwyler, S. & Nägeli, M.(Hg) (2006) Spiritualität und Wissenschaft. Bern: Universität Bern.
- MacKinlay, E.B. (2006) Spiritual Growth and Care in the Fourth Age of life. London: Kingsley.
- Ruhland, R.. (im Druck) Spirituelle Bildungsarbeit – Reflexionen zur Lehr- und Lernbarkeit von Spiritualität. In A. Büssing & N. Kohls (Hrsg.) Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Heidelberg: Springer
- Ruhland, R. (2008) Spiritualität in der Altersbildung. Dietmar Klotz Verlag.
- Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG) (Hg) (2007) Die spirituelle Dimension braucht Raum. Eine Handreichung zum Erkennen und Beachten von spirituellen Bedürfnissen alter Menschen in Abhängigkeit. Bern: SGG.
- Snyder, C.R.& Lopez, S.J. (2005) Handbook of Positive Psychology. N.Y.: University Press.
- Vopel, K. (2003) Praxis der positiven Psychologie. Salzhäusen: Iskopress.
- Weiber, E. (2007) Spiritualität in der Palliativmedizin. In Aulbert, E., Nauck, F., & Radbruch, L. (Hg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schönerhan, 1181- 1205.
- Wilkening, K. (1999) Alles beginnt mit der Sehnsucht - Lebensträume zwischen Trauer und Hoffnung. In Schweizer Gesellschaft für Gerontologie (SGG)/Arbeitsgruppe Kirche und Gesellschaft (Hg) Praxishandbuch Altersarbeit. Bern: SGG, 9-14.
- Wilkening, K. (2007) Spirituelle Dimensionen der Begegnungsebenen mit Tod und Sterben im Alter. In Kunz, R. (Hg) Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich: TVZ, S. 121-142.
- Wilkening, K. (im Druck) Spiritualität als Ressource in der Altersarbeit – ein intergeneratives Seminar-konzept. In A. Büssing & N. Kohls (Hrsg.) Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Heidelberg: Springer.

Spiritualität, Demenz & Sterben

- Beyer S. Demenz ist anders. Balance, Bonn: 2007
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hg) (2004): Mit-Geführt. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in der letzten Lebensphase. Wuppertal: Der hospizverlag
- Demenz-Support-Stuttgart (Hrsg) (2007) Spiritualität - Ein Thema für die Pflege von Menschen mit Demenz? Stuttgart: DeSS, 2.
- Eglin, A. et al.(2006) Das Leben heiligen. Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz: ein Leit-faden. Zürich: TVZ.
- Lemp, I. (Hrsg) (2010) Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten. Stuttgart: Kohlhammer
- Small, N; Froggatt, K. & M. Downs (2007) Living and dying with dementia: Dialogues about palliative care. Oxford: Univ. Press
- Fazio S, Semann D, Stansell R. Rethinking Alzheimer's Care. HPP, Baltimore: 1999.
- Wilkening K. (Im Druck) Spiritualität und Alter – Zielgruppen und Perspektiven. In Büssing A & Kohls A (Hrsg.) Spiritualität Transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Heidelberg: Springer.
- Wilkening, K. (im Druck) Sterben mit Demenz. In Tesch-Römer, C. & Wahl, H. (Hg) Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zwiggli, S., Roth-Reber, C. & Schelling, H.R. (2006) Spiritualität in der stationären Alterspflege. Zürich: Evaluationsbericht des ZfG.



The feasibility of using these materials is currently demonstrated by a follow-up project initiated by the research group and collaborators. For a complementary service, the evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich, Foundation Diakoniewerk Neumünster, the city medical office of Zurich and Pro Senectute Canton Zürich have launched the training of church professionals in identifying the resource needs of older individuals in the community. The "Va bene - besser leben zu Hause" (recently reported at <http://www.drs.ch/www/de/drs/nachrichten/regional/zuerich-schaffhausen/236598.va-bene-besser-leben-zuhause.html>) project is the first to use the results from this project to design interventions based on the new religious and spiritual resource model and responding to the identified need to train professionals dealing with older adults with illnesses in a religious and spiritual vocabulary that allows them to respond to the spiritual or religious needs that may be related to optimal health and helping behaviors.

Fazit

Der in den vorangegangenen Modulen identifizierte Bedarf an der Vermittlung von Erkenntnissen aus der Forschung, von theoretisch-konzeptionellen Modellen zur Erarbeitung von ressourcenförderlichen Interventionen, dem Bedarf nach niedrighschwelligem und entsprechend den vier Ressourcenkonstellationen abgestuften individualisierten Angeboten zur Förderung religiöser und spiritueller Ressourcen kann nur durch die systematische Vermittlung von Reflexionsmöglichkeiten und Vermittlungsinhalten gedeckt werden. Auf der Basis des theoretischen Leitmodells des Projektes lassen sich vorhandene Instrumente und Elemente identifizieren und gut zugänglich dokumentieren. Im praktischen Einsatz werden sich Materiallücken zeigen, die aufgrund des Modells identifiziert und aufgrund der vorhandenen beispielhaften Materialien entwickelt werden können.



2. Recommendations

Based on the results of this project, a number of scientific and practical recommendations can be made.

- (a) **The interdisciplinary collaboration of an international group of theologians, psychologists, health researchers, and practitioners to determine the bases for supporting the maintenance of quality of life in old age should be continued.** The combination of expertise from seemingly different scientific disciplines has helped to develop a resource orchestration model of religious resources that provides new insights into the role of religiosity as a meaning-making resource for older adults in need of health care and health care professionals. The more discipline-specific modules all profited from this input and applied it to the data analyses and the curriculum development portions of the project.
- (b) **The new instruments to measure willingness to provide health services, the willingness to use health services, the determination of experienced health and quality of life, religiously motivated concepts of forgiveness and gratitude developed in the framework of this project should now be used in mainstream aging research.** The project allowed to develop, validate, and establish these new instruments, a task that is usually not possible in the timeframe of a regular thesis project. With these instruments available, the investment in laying this methodological foundation will pay off with numerous publications and continued research in this area for the next years.
- (c) **The new longitudinal research questions developed in the course of the project should be pursued.** Most importantly among them is (a) the role of installing a strong community orientation in individuals that may allow them to thus use non-autonomy threatening “outside” help and (b) to which degree religious and spiritual resources may contribute to a stabilization of quality of life across old age covering the range from healthy over multimorbid to terminally ill old age.
- (d) **A differentiated pastoral care concept relating to older adults in care institutions and professional carers should inform the ways of dealing with individual needs for autonomy of older adults.** Our data and conceptual model suggest that at least three types of religious and spiritual resource needs can be distinguished. They range from immediate emergency needs over quality of life-stabilizing needs to preventive-reflective needs. Most important seems to be the development and availability of a language that allows older adults and professional care persons to address religious and spiritual needs in times of an increasing lack of religious knowledge in particular among the generation of care persons. Being able to address these needs has proven to be key to support the autonomy and self-regulation of older individuals in need of care.
- (e) **The future development of decreasing numbers of religiously affiliated individuals is not likely to become problematic for the quality and quantity of health care to older adults.** There was no difference between individuals affiliated with a particular religion or non-religious with respect to the willingness to provide health services to older adults. However, for the majority of individuals we tested religious concepts and



resources were obviously important frameworks of reference to support and strengthen the meaning ascribed to health and helping behaviors.

- (f) **The individualized use or religious resources to define biographical identities should be recognized and supported.** Our data support the view that older individuals and professional carers do use religious and spiritual concepts to develop continuity in their identities and health-related behaviors, and they do so in a multitude of ways. The individualized drawing upon these resources instead of assuming that religiosity is either positive or negative for health behaviors in general requires ways of individualizing the provision of these resources.
- (g) **The reflection of spiritual concepts of gratitude, forgivingness, religiosity and religion as cultural reservoir and background of resources should be included in the curricula for the training of health care professionals on all levels of services.** As our data suggest that more and more professionals in the near future will lack an understanding of the spiritual/religious needs of older adults, it becomes more important to firmly establish the training of detecting and responding to the ways in which older adults express their needs for self-regulation and spirituality/religiosity to support autonomy in old age.

3. Literature

(beyond literature cited in the project-related publications)

- Bergin, A. E., Masters, K. S. and Richards, R. S., Religiousness and mental health reconsidered : A study of an intrinsically religious sample, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 34, p. 197-204.
- Erikson, E.H., Erikson, J.M. and Kivnick, H.Q., *Vital involvement in old age*, New York 1986; Northcutt, K.B., *Aging and Innerlichkeit. My conversation with Joseph Sittler*, in: *Second Opinion*, 1993, 19, S. 11-19.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gorusch, R. L.m Measurement: The boon and bane of investigating religion, in: *American Psychologist*, 1984, 39, p. 228-236.
- Ders., The conceptualization of God as seen in adjective ratings, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1968, 7, p. 56-64.
- Ders., Towards motivational theories of intrinsic religious commitment, in : *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1994, 33, p. 315-325.
- Grossarth-Maticek, Ronald, „Formen der Religiosität und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Kreativität“, in: *Wege zum Menschen. Zeitschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln*, 2010, 62. Jahrgang, Heft 4, S. 314f.
- Hathaway, W.L. and Pargament, K.I., Intrinsic religiousness, religious coping and psychosocial competence. A covariance structure analysis, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1990, 29, p. 423-441
- Jackson, L.E. and Coursey, R.D., The Relationship of God Control and Internal Locus of Control to Intrinsic Religious Motivation, Coping and Purpose in Life, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, S. 399-410.
- Koenig, H. G., Kvala, J. N. and Ferrel, C., Religion and well-being in later life, in: *Gerontologist*, 1988, 28, p. 18-28.



- Fürst, W. und Feeser-Licherfeld, U. (2002). „Je älter desto religiöser?“ Pluralisierung und Dynamik der Glaubensentwicklung in der zweiten Lebenshälfte als Aufforderung zu einer „Pastoral der Lebensspanne“. In *Theologie der Gegenwart* (45, S. 263-271).
- Levin, J.S. (1997). Religious Research in Gerontology, 1980-1994. A Systematic Review. In *Journal of Gerontology* (10, S. 3-31).
- Luckmann, Thomas, *Die unsichtbare Religion*, Frankfurt a. M. 1991.
- Markides, K. S., Levin, J. S. and Ray, L. A., Religion, aging and life satisfaction: An eight-year, three-wave longitudinal study, in: *Gerontologist*, 1987, 27, p. 666-665.
- McCullough M., Hoyt W., Larson D., Koenig H. and Thoresen C., „Religious involvement and mortality: A meta-analytic review“, in: *Health Psychology*, 2000, 19, p. 211–22.
- McFadden, S. H., Religion and well-being in aging persons in an aging society, in: *Journal of Social Issues*, 1995, 51, p. 161-175.
- Dies., „Religion, Personality and Aging: A Life Span Perspective“, in: *Journal of Personality*, 1999, vol. 67 (6), S. 1081-1104.
- Pargament, et al., Religion and the problem solving process: Three styles of coping, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1988, 27, p. 90-104.
- Pargament, Kenneth I., *The Psychology of Religious Coping*, New York / London 1997.
- Petzold, H. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*. 23(4). S. 435– 471.
- Riesebrodt, Martin, *Cultus und Heilsversprechen. Eine Theorie der Religionen*. München, 2007.
- Rotter, Julian B., *Social learning and clinical psychology*, Englewood Cliffs, NJ 1954.
- Ders., *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements*, 1966.
- Sandor, Jakob, *Beziehungen erleben. Aspekte menschlicher Beziehungen aus der Sicht heilender systemischer Polemik für Gemeindeseelsorger, Spezialseelsorge und Diakonie*, Münster 2006.
- Schaefer, C. A., and Gorusch, R.L., Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1991, 30, p. 448-461
- Schütz, Alfred, *Über die mannigfaltigen Wirklichkeiten*, in: *Gesammelte Aufsätze Bd. 1*, Den Haag 1971, S. 237-298.
- Schütz, Alfred und Thomas Luckmann, *Strukturen der Lebenswelt*, Konstanz 2003.
- Sperling, Uwe, „Religiosität und Spiritualität im Alter“, in: Kruse, A. und Martin, M. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern 2004, S. 627-642.
- Thieme, Frank, *Alter(n) in der alternden Gesellschaft*, Wiesbaden 2008.
- Wong-McDonald, A. and Gorusch, R. L., Surrender to God: An additional coping style?, in: *Journal of Psychology and Theology*, 2000, 28, p. 149-161.
- Wong-McDonald, Ana and Richard Gorusch: "A multivariate theory of God concept, religious motivation, locus of control, coping, and Spiritual Well-Being", in: *Journal of Psychology and Theology*, 32 (4) 2004, S. 318 – 334.
- Wuthnow Robert, *After heaven: spirituality in America since the 1950s*, Berkeley/Los Angeles/London 1998.
- www.psych.fullerton.edu/jmearns/rotter.htm , 13.09.2010.
- www.wilderdom.com/psychology/loc/LocusOfControlWhatIs.html, Juni 2010.
- www.wilderdom.com/peronality/LocusOfControl.html, Juni 2010.