

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin**

**SUBJEKTIVE LEBENSQUALITÄT
ÄLTERER MENSCHEN
IN DER STATIONÄREN PFLEGE IN CHINA**

Entwicklung eines für den chinesischen Sprachraum
adaptierten Messinstrumentes zur Erhebung
der subjektiven Lebensqualität von alten Menschen

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor of Philosophy (Ph.D.)

vorgelegt von

(M.P.H.)

Yue, Ling

Berlin, 2020

Erstgutachter: Prof. Dr. Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin
Zweitgutachter: Prof. Dr. Bettina Hannover, Freie Universität Berlin
Tag der Disputation: 3 Dezember 2020

Für meine Omas & Opas

YANG Caiyun, YUE Zhenxiu

YU Xiuxian, WANG Zhenjiu

谨献给我的奶奶、爷爷和姥姥、姥爷

杨彩云、岳振秀 & 于秀娴、王震九

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen, die mich und meine Arbeit während der gesamten Zeit unermüdlich unterstützt, mir immer wieder viel Mut gemacht und Kraft gegeben haben, sehr herzlich bedanken!

Ganz besondere danke ich meinem Doktorvater, Herrn *Professor Dr. Dieter Kleiber* vom Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin. Er hat mir viel Zeit geschenkt, um weit über die Betreuung hinaus durch Gespräche mein Denken zu öffnen und zu bilden. Die vorliegende Arbeit wurde bereits während meines Public Health-Studiums in dem von ihm geleiteten Studiengang inspiriert. Für mich ist Professor Kleiber in den letzten 12 Jahren nicht nur ein Wegweiser für meinen akademischen Werdegang, sondern auch ein Leuchtturm für mein Leben im Ausland geworden. Als ich persönlich mit existentiellen Entscheidungen konfrontiert war, gab er mir selbstlos Fürsorge und Anleitung – wie ein Vater. In den frühen Tagen meiner Promotion kümmerte er sich trotz seiner palliativen Diagnose kontinuierlich um mich. In den mit der Arbeit verbundenen zahlreichen Krisen hat er mich kontinuierlich motiviert und inhaltlich inspiriert, und hat mir Mut gemacht, die Dissertation trotz meiner sprachlichen Unsicherheiten, trotz eines Jobs, trotz Schwangerschaft und Geburt und der Gründung einer jungen Familie und des zeitweiligen Lebens in China fortzusetzen und zum Abschluss zu bringen. Ohne ihn würde es diese Dissertation daher nicht geben. Kurzum, mir fehlen die Worte, meine Dankbarkeit gegenüber Professor Kleiber auszudrücken. Ich versuche von seinem Vorbild zu lernen und seine Hingabe entsprechend an meine Studenten und Kinder weiterzugeben.

Ich bedanke mich ebenfalls sehr herzlich bei Frau *Professorin Dr. Bettina Hannover* vom Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin für ihre Wertschätzung und ihre Bereitschaft, meine Dissertation zu begutachten.

Weiter geht mein Dank an Herrn *PD Dr. Ole Döring*, der meine Arbeit in seiner Zeit als SIGENET¹-Projektleiter an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dann im Fachbereich Geschichte und Kultur an der Freien Universität Berlin als sinologischer Kulturwissenschaftler und Philosoph unterstützt hat, für seinen ansteckenden Enthusiasmus sowie für seine wertvolle Zeit und Geduld in verschiedenen Phasen dieser Arbeit.

¹ Das Akronym SIGENET steht für **Sino-German Network** on Public Health and Bioethics.

Herrn *Professor Dr., M.P.H. Paul Ulrich Unschuld*, Direktor des Instituts für Theorie, Geschichte, Ethik Chinesischer Lebenswissenschaften an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Herrn *Professor Dr., M.P.H. ZHENG Zhijie*², Leiter der Abteilung für globale Gesundheit der School of Public Health an der Universität Peking danke ich für ihre inspirierenden Beratungen. Mit der Unterstützung der beiden Professoren erhielt ich vom bilateralen Forschungsförderungsprogramm zwischen dem *Deutschen Akademischen Austausch Dienst* (DAAD) und dem *China Scholarship Council* (CSC) eine finanzielle Förderung für zwei Jahre (2014-2015). Mit ihrer Hilfe konnte ich in China die fünf Feldstudien für meine Dissertation realisieren.

Frau *Professorin Dr. Adelheid Kuhlmei*, Direktorin des Instituts und Frau *Professorin Dr. Liane Schenk*, Abteilungsleiterin der medizinischen und pflegerischen Versorgung aus dem Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin gilt mein Dank für ihre Anregung, das in Berlin entwickelte Instrumentarium QUISTA. Herrn *Diplom-Sozialwissenschaftler und Diplom-Politologe Roger Meyer* verdanke ich die vertraulichen und hilfreichen Erkenntnisse des für diese Arbeit sehr wichtigen Projekts „QUISTA“ sowie die Diskussionen über den Einsatz der kulturspezifischen Anpassung und über die Durchführung des narrativen Interviews in meiner Arbeit.

Bei Herrn *Thomas Böhlke*, Heimleiter und Geschäftsführer des Altenzentrum „Erfülltes Leben“ in Berlin; Frau *Dr. LI Guohong*, Assoziierte Professorin an der Jiaotong-Universität Shanghai; sowie Frau *Professorin REN Ran* und Dozentin Frau *NING Yan* an der Medizinischen Universität Dalian bedanke ich mich für die Impulse zu mehrstufigen Feldstudien und die lokalen Unterstützungen meiner praktischen Tätigkeit. In diesem Zusammenhang bedanke ich mich auch bei allen MasterstudentInnen – Frau *GAO Qian* an der Universität Peking; Herrn *ZHOU Xizhe*, Frau *ZHANG Weiwei* und Frau *LIANG Tongtong* an der Jiaotong-Universität Shanghai; sowie Frau *XU Jia*, Frau *HE Yakun* und Frau *YU Zhanyu* an der Medizinischen Universität Dalian – ohne deren engagierte Mitarbeit dieses Konzept meiner Dissertation so nicht hätte entwickelt werden können.

Aufrichtig dankbar bin ich auch Herrn *Diplom-Politologe, M.P.H. Fabian Engelmann* für seine sorgfältige Durchsicht des Manuskripts, für viele kritisch-konstruktive Anregungen und die lobenswerte Textkorrektur. Für die hervorragenden Übersetzungen des Fragebogens **QUISAT-C** danke ich Frau Dozentin *LIANG Shanshan*, Dozent Herrn *XIAO Hua* im Deutschen Sprachzentrum am Beijing Institute of Technology sowie Herrn *Jens Bleiber* und Herrn *Ruben Ranke*, beide Sinologen von der Freien Universität Berlin.

Zudem bin ich dankbar für die freundschaftlichen Begleitungen von Anke, *Lu, Jieshan, Shuang, Xin, Lining, Guoqiang, Shaofeng, Juntao, Bo, Feng,*

² Eigener Hinweis auf die Schreibweise chinesischer Namen: FAMILIENNAME Vorname.

Mingjian, Xi, Kathy, Eleftheria, Susann, Claudia, Jing, Fabian, David, Paul, Alexander, Matthias und Henning. Schließlich bedanke mich beim ganzen *KPMG Health Care Team*, das mich unter der Leitung von Herrn *Professor Dr. Volker Penter* und Herrn *Diplom-Kaufmann Stefan Friedrich*, computer-technisch großartig unterstützt hat.

Vielen Dank sage ich auch Herrn *Professor Athar Hussain*, Direktor des Asien-Forschungszentrums an der London School of Economics and Political Science; Frau *Dr. Gail Li*, Assoziierte Professorin im Forschungszentrum für die Alzheimer-Krankheit an der Universität von Washington; Herrn *Professor ZHENG Jinsheng* und Frau *Dr. ZHANG Zhibin*, ehemaligem Direktor und Forscherin des Instituts für die Literaturforschung der chinesischen Medizingeschichte an der Chinesischen Akademie für traditionelle chinesische Medizin; Herrn *Dr. WANG Haitao*, Leiter des Verwaltungsbüros im Peking Union Medical College Hospital; sowie Herrn *ZHANG Zhenzhong*, Direktor im China National Health Development Research Center, die viel Zeit in die anregende Diskussion meiner Arbeit investiert und mir sinnvolle Hinweise und Ratschläge gegeben haben.

Nicht zuletzt gilt mein lieber Dank *meiner ganzen Familie* und *meinen Schwiegereltern* für ihre ständige familiäre Wärme und langjährige tatkräftige Unterstützungen. Und den größten Dank verdient schließlich *meine kleine Familie*: Mein Ehemann *Wolfgang* für seine selbstlose Hingabe und mein Sohn *Valentin* für seine verständnisvolle Motivation. Ich liebe sie alle so sehr, so dass ich zu Tränen gerührt bin.....

Dankeschön! 谢谢!

Berlin, 12. Dezember 2020

Ling Yue

ABSTRACT

SUBJECTIVE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE IN RESIDENTIAL CARE IN CHINA

– Development of a measuring instrument adapted to the Chinese language area for the assessment of the subjective quality of life of the elderly

Abstract

The world's population is aging fast. Associated with this, age-related illnesses and the number of people in need of care are on the increase. Healthy aging and a high subjective quality of life thus become important social policy targets.

This applies equally to the Chinese and German populations. Accordingly, in Chinese nursing homes and old people's homes, there is an increasing interest in making the subjective quality of life of the residents measurable, as well as in developing and using measuring instruments for quality assurance.

Based on research in Germany (project QUISTA, Schenk et al. 2013), in which I was able to gain insight during my stay at the Charité - Universitätsmedizin Berlin in the years 2011 to 2014, the instrument QUISTA (= measurement of the subjective **quality of life in residential care in Germany**) developed there is to be culturally adapted for the Chinese language area.

In a second step, the subjective quality of life of elderly residents (N = 400, 49-99 years, 52% female), who have the ability to express themselves verbally, from 23 homes (urban and rural; small, medium and large; nursing home and old people's home) in China (Dalian and Shanghai) is surveyed with the Chinese-language instrument QUISTA-C (= measurement of the subjective **quality of life in residential care in China**) using a cross-sectional analysis. In a further step, the results of the German study are compared both statistically and culturally with the data collected in China.

In addition, by means of 14 in China (Beijing and Shanghai) and Germany (Dresden and Berlin) carried out expert interviews, proposals are made to improve the subjective quality of life of elderly people in residential care in China.

The main subject of this dissertation is a scientific contribution to the operationalization, measurement and analysis of subjective quality of life of elderly people in residential care in China. A fundamental postulate is the assumption that the assessment of the subjective quality of life from the personal perspective of those affected should be given appropriate weight. Subjective quality of life is defined as the degree of correspondence between the individual needs of the home residents and their perceived fulfilment; and it is reconstructed into ten super-dimensions and into 26 sub-dimensions.

In a German-Chinese comparative perspective, a five-step field study is conducted in China, consisting of qualitative pre-study and post-study as well as quantitative pre-study, pilot study and main study. In doing so, narrative interviews, the documentary method, a quantitative survey, a statistical analysis, as well as expert interviews and a qualitative content analysis of these interviews are carried out.

A practical (no missing data, average interview duration < 30 minutes) and valid measurement instrument QUISTA-C is developed, which has a good construct validity ($|\text{.50}| \geq r_s (\rho) \geq |\text{.30}|$), a good internal consistency reliability ($\alpha > 0.80$), a good test-retest reliability ($\text{ICC} > 0.60$; $p < .001$) and a good discriminant validity (Cohen's $d > 0.80$; $p < .001$). It is universally applicable to the home population of the validation sample, who are able to provide information by themselves, because neither age effects nor gender effects are noticeable. In addition, the structural characteristics of the homes, namely city (Dalian and Shanghai), region (city and country), home size (small, medium and large) and home features (nursing home and old people's home) have no effect on the subjective quality of life of the residents.

In the Chinese comparison sample, the oldest residents (≥ 80 years) report a significantly higher subjective quality of life than the "younger" residents (55-79 years). 89.5% of this sample are chronically ill and suffer from a total of 40 ($\bar{X} = 2.4$; $\text{SD} = 1.6$) various chronic diseases. Of these, the following species are on the "top three" list of chronic diseases according to respective prevalence: arterial hypertension (51.3%), heart disease (37.8%) and bone disease (33.0%).

In addition, the elderly people in residential care in China have a significantly lower subjective quality of life than the home residents in Germany. The final sample in China ($N = 397$, 99.25% of all respondents) rated their quality of life according to QUISTA-C on average 62.5 points, while the final sample in Germany ($N = 483$) rated their quality of life according to QUISTA on average 74.4 points.

In the measuring method of the card game, "My health" is awarded by both Chinese and German home residents as the "most important" for their quality of life of all 16 areas of life in homes. Two areas of life "A nice room"

and "Say no, if you want to dictate something to me here" are more important for German home residents than for Chinese home residents, while an area of life "Quiet" is more important for Chinese home residents than for German home residents.

In ten sub-dimensions, namely "Be taken by nurses seriously", "Feel safe and secure", "Contact with the nurses", "Decide about the daily routine by myself", "Food tasted", "Residents are friendly to each other", "Spend time wisely", "Be in the fresh air", "Sleep" and "Interesting activity opportunities", the German home residents perceive a higher quality of life than the Chinese home residents, while in six sub-dimensions, namely "Be financially secure", "Feel at home", "Fear of mental loss", "Nurses can take time", "Family has time" and "Pain", the Chinese home residents perceive a higher quality of life than the German home residents.

Furthermore, both rate their subjective quality of life in the sub-dimension "Contact with friends who do not live in the home" low of all 26 / 25 sub-dimensions. Two influencing factors "Have or have had children" / "Perceived social support" and "General life satisfaction" seem to have a significant positive impact on the subjective quality of life of the elderly people in residential care – both in China and in Germany.

Based on the present study, four concrete proposals are made for the gradual improvement of the subjective quality of life of the elderly people in residential care in China:

- Coherently integrate overall social resources for care for the elderly;
- Introduce a social care insurance;
- Establish people-oriented service standards;
- Sustainably strengthen nurses as a professional group.

ZUSAMMENFASSUNG

SUBJEKTIVE LEBENSQUALITÄT ÄLTERER MENSCHEN IN DER STATIONÄREN PFLEGE IN CHINA

– Entwicklung eines für den chinesischen Sprachraum adaptierten Messinstrumentes zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität von alten Menschen

Zusammenfassung

Die Weltbevölkerung altert schnell; damit zusammenhängend nehmen altersabhängige Krankheiten und die Zahl pflegebedürftiger Menschen zu. Gesundes Altern und eine hohe subjektive Lebensqualität werden somit zu wichtigen sozialpolitischen Zielgrößen.

Dies gilt für die chinesische und deutsche Bevölkerung gleichermaßen. Entsprechend wächst in chinesischen Pflegeeinrichtungen und Heimen für alte Menschen das Interesse, die subjektive Lebensqualität der Bewohner³ messbar zu machen sowie Messinstrumente zur Qualitätssicherung zu entwickeln und diese einzusetzen.

Aufbauend auf Forschungen in Deutschland (Projekt QUISTA, Schenk et al. 2013), in die ich während meines Aufenthaltes an der Charité – Universitätsmedizin Berlin in den Jahren von 2011 bis 2014 Einblick nehmen konnte, soll das dort entwickelte Instrumentarium QUISTA (= Messung der subjektiven Lebensqualität in der **stationären** Pflege in Deutschland) für den chinesischen Sprachraum kulturell adaptiert werden.

In einem zweiten Schritt soll die subjektive Lebensqualität von selbstauskunftsfähigen älteren Heimbewohnern (N = 400, 49-99 Jahre, 52% weiblich) aus 23 Heimen (städtisch und ländlich; klein, mittel und groß; Pflegeheim und Altenheim) in China (Dalian und Shanghai) mit dem chinesischsprachigen Instrumentarium QUISTA-C (= Messung der subjektiven Lebensqualität in der **stationären** Pflege in **China**) anhand einer Querschnittsanalyse erhoben. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse der deutschen Studie mit den in China erhobenen Daten sowohl

³ Der Einfachheit halber wird in dieser Dissertation nur die männliche Form verwendet, obwohl laut des Statistischen Bundesamt (2018) der Anteil weiblicher vollstationärer Pflegebedürftiger in Heimen zum Jahresende 2017 70,4% beträgt. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen. Wenn ich ein bestimmtes Geschlecht meine, schreibe ich das also ausdrücklich dazu.

statistisch als auch kulturell verglichen.

Zusätzlich werden mittels 14 in China (Beijing und Shanghai) und Deutschland (Dresden und Berlin) durchgeführter Experteninterviews Vorschläge zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China erhoben.

Vorrangiger Gegenstand dieser Dissertation ist ein wissenschaftlicher Beitrag zur Operationalisierung, Messung und Analyse subjektiver Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China. Als grundlegendes Postulat gilt die Annahme, dass der Einschätzung der subjektiven Lebensqualität aus der persönlichen Perspektive der Betroffenen ein angemessenes Gewicht beigemessen werden sollte. Subjektive Lebensqualität wird als der Grad der Übereinstimmung zwischen individuellen Ansprüchen der Heimbewohner und deren wahrgenommener Erfüllung definiert sowie in zehn Oberdimensionen und in 26 Unterdimensionen rekonstruiert.

In einer deutsch-chinesisch vergleichenden Perspektive wird eine fünfphasige Feldstudie in China durchgeführt, die aus qualitativer Vorstudie und Nachstudie sowie quantitativer Vorstudie, Pilotstudie und Hauptstudie besteht. Dabei werden narrative Interviews, die dokumentarische Methode, eine quantitative Erhebung, eine statistische Analyse, sowie Experteninterviews und eine qualitative Inhaltsanalyse dieser Interviews durchgeführt.

Ein praktikables (keine Missing-Daten, durchschnittliche Interviewdauer < 30 Minuten) und valides Messinstrumentarium QUISTA-C wird entwickelt, das eine gute Konstruktvalidität ($|\text{.50}| \geq r_s(\rho) \geq |\text{.30}|$), eine gute interne Konsistenz ($\alpha > 0,80$), eine gute Wiederholungstest-Reliabilität ($\text{ICC} > 0,60$; $p < .001$) und eine gute Diskriminanzvalidität (Cohens $d > 0,80$; $p < .001$) verfüge. Es ist universell auf die auskunftsfähige Heimpopulation der Validierungsstichprobe übertragbar, weil sich weder Alterseffekte noch Geschlechtseffekte bemerkbar machen. Außerdem zeigen die Strukturmerkmale der Heime, nämlich Stadt (Dalian und Shanghai), Region (Stadt und Land), Heimgröße (klein, mittel und groß) und Heimmerkmale (Pflegeheim und Altenheim), keinen Effekt auf die subjektive Lebensqualität der Heimbewohner.

In der chinesischen Vergleichsstichprobe berichten die ältesten Heimbewohner (≥ 80 Jahre) eine deutlich höhere subjektive Lebensqualität als die „jüngeren“ Heimbewohner (55-79 Jahre). 89,5% dieser Stichprobe sind chronisch krank und leiden insgesamt unter 40 ($\bar{x} = 2,4$; $\text{SD} = 1,6$) verschiedenen chronischen Krankheiten. Davon stehen folgende Arten auf der „Top-Drei-Liste“ chronischer Krankheiten nach jeweiliger Prävalenz: Arterielle Hypertonie (51,3%), Herzkrankheit (37,8%) und Knochenerkrankung (33,0%).

Darüber hinaus haben die älteren Menschen in der stationären Pflege in China eine deutlich niedrigere subjektive Lebensqualität als die Heimbewohner in Deutschland. Die finale Stichprobe (N = 397, 99,25% aller Befragten) in China bewertet ihre Lebensqualität nach QUISTA-C im Durchschnitt mit 62,5 Punkten, während die finale Stichprobe (N = 483) in Deutschland ihre Lebensqualität nach QUISTA im Durchschnitt mit 74,4 Punkten bewertet.

Im Messverfahren des Kartenspiels wird „Meine Gesundheit“ sowohl von chinesischen als auch von deutschen Heimbewohnern als für ihre Lebensqualität „wichtigster“ von allen 16 Lebensbereichen in Heimen ausgezeichnet. Zwei Lebensbereiche, „Ein schönes Zimmer“ und „Nein sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“, sind für deutsche Heimbewohner wichtiger als für chinesische Heimbewohner, während ein Lebensbereich „Ruhe“ für chinesische Heimbewohner wichtiger ist als für deutsche Heimbewohner.

Bei zehn Unterdimensionen, nämlich „Von Pflegekräften ernst genommen werden“, „Sich sicher und behütet fühlen“, „Kontakt zu den Pflegekräften“, „Selbst über den Tagesablauf entscheiden“, „Essen hat geschmeckt“, „Bewohner sind freundlich zueinander“, „Zeit sinnvoll verbringen“, „An der frischen Luft sein“, „Schlaf“ und „Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“, nehmen die deutschen Heimbewohner höhere Lebensqualität als die chinesischen Heimbewohner wahr, während bei sechs Unterdimensionen, nämlich „Finanziell abgesichert sein“, „Sich heimisch fühlen“, „Angst vor geistigen Einbußen“, „Pflegekräfte können sich Zeit nehmen“, „Familie hat Zeit“ und „Schmerzen“, die chinesischen Heimbewohner höhere Lebensqualität als die deutschen Heimbewohner wahrnehmen.

Ferner bewerten beide ihre subjektive Lebensqualität bei der Unterdimension „Kontakt zu Freunden, die nicht im Heim wohnen“ von allen 26 / 25 Unterdimensionen niedrig. Zwei Einflussfaktoren, „Haben oder hatten Kinder“ / „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, scheinen einen signifikanten positiven Einfluss auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege zu haben – sowohl in China als auch in Deutschland.

Auf Grundlage der vorliegenden Untersuchung werden vier konkrete Vorschläge zur schrittweisen Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China unterbreitet:

- Gesellschaftliche Gesamtressourcen für Altenpflege kohärent integrieren;
- Eine soziale Pflegeversicherung einführen;
- Menschenorientierte Servicestandards etablieren;
- Pflegekräfte als Berufsgruppe nachhaltig stärken.

INHALT

TITELSEITE.....	I
VORWORT.....	III
DANKSAGUNG.....	V
ABSTRACT.....	IX
ZUSAMMENFASSUNG.....	XIII
INHALTSVERZEICHNIS.....	XVII
TABELLENVERZEICHNIS.....	XXV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	XXXI
FORMELVERZEICHNIS.....	XXXV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	XXXVII
1 PROBLEMSTELLUNG.....	1
1.1 HINTERGRUND.....	1
1.2 FRAGESTELLUNG.....	4
1.3 FORSCHUNGSSTAND.....	7
1.3.1 Begriff „Lebensqualität“.....	7
1.3.2 Relevante Literatur.....	9
1.4 ZIELSETZUNG.....	17
2 GRUNDLAGEN DER ENTWICKLUNG VON QUISTA-C.....	21
2.1 DARSTELLUNG DES PROJEKTES <i>QUISTA</i>	21

2.1.1	Einleitung.....	21
2.1.2	Besonderheiten.....	22
2.1.3	Aufbau.....	23
2.1.4	Optimierung.....	25
2.1.5	Dimensionen.....	26
2.1.6	Konzeptualisierung.....	29
2.2	ANPASSUNG VON QUISTA FÜR DEN EINSATZ IN CHINESISCHEN PFLEGEHEIMEN.....	33
2.2.1	Einleitung.....	33
2.2.2	Übersetzungsprozess.....	34
2.3	FESTLEGUNG DER ZIELGRUPPE VON QUISTA-C.....	36
2.3.1	„Ältere Menschen“.....	36
2.3.2	„Stationäre Pflege“.....	36
2.4	ÜBERBLICK DER FÜNFPHASIGEN FELDSTUDIE ZUR ENTWICKLUNG VON QUITSA-C.....	37
2.4.1	Gesamtschema und Entwicklungsschritte.....	37
2.4.2	Narratives Interview und dokumentarische Methode.....	38
2.4.3	Quantitative Datenerhebung und statistische Analyse.....	39
2.4.4	Experteninterview und qualitative Inhaltsanalyse.....	42
2.5	ZUSAMMENFASSUNG DES EMPIRISCHEN VORGEHENS.....	44
2.5.1	Darstellung der Fallstudie.....	44
2.5.2	Erläuterung der Untersuchungsgruppen.....	44
2.5.3	Beschreibung der Zielgruppen.....	45
2.5.4	Forschungsressourcen der Feldstudie.....	46
2.5.5	Auswertung der Daten.....	46
3	QUALITATIVE VORSTUDIE ZUR ANPASSUNG VON QUISTA-C	49

3.1	EINLEITUNG.....	49
3.2	DURCHFÜHRUNG.....	51
3.2.1	Methode.....	51
3.2.2	Stichprobe.....	52
3.3	AUSWERTUNG DER INTERVIEWS.....	55
3.3.1	Subjektive Lebensqualitätsperspektiven.....	55
3.3.2	Inhaltliche Ergebnisse.....	56
3.4	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	68
3.5	KONSEQUENZEN FÜR DIE ANPASSUNG VON QUISTA-C.....	70
4	QUANTITATIVE VORSTUDIE ZUR OPTIMIERUNG VON QUISTA-C.....	71
4.1	EINLEITUNG.....	71
4.1.1	Allgemeine Informationen.....	71
4.1.2	Soziodemographische Angaben.....	71
4.1.3	Mini-Mental-Status-Test.....	71
4.1.4	Standardisierte, strukturierte, quantitative Befragung.....	72
4.1.5	Kartenspiel.....	73
4.1.6	Themenspezifische, offene, ergänzende, qualitative Fragen.....	74
4.1.7	Kognitive Interviews.....	75
4.2	DURCHFÜHRUNG.....	76
4.2.1	Methode.....	76
4.2.2	Stichprobe.....	76
4.3	AUSWERTUNG DER VORSTUDIE.....	77
4.3.1	Formel der Berechnungen.....	77
4.3.2	Umgang mit Missing-Data.....	77

4.3.3	Quantitative Ergebnisse.....	78
4.4	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	82
4.4.1	Zur Akzeptanz der Items.....	82
4.4.2	Zur Praktikabilität des Fragebogens.....	82
4.4.3	Zur Verständlichkeit des Kartenspiels.....	83
4.4.4	Ergänzung.....	83
4.5	KONSEQUENZEN FÜR DIE OPTIMIERUNG VON QUISTA-C.....	84
4.5.1	Bemerkung.....	84
4.5.2	Optimierung.....	84
4.5.3	Empfehlung.....	85
5	QUANTITATIVE PILOTSTUDIE ZUR FINALISIERUNG VON QUISTA-C.....	87
5.1	EINLEITUNG.....	87
5.1.1	Heime.....	87
5.1.2	Befragte.....	87
5.1.3	Datenschutz.....	88
5.1.4	Schulung.....	88
5.2	DURCHFÜHRUNG.....	91
5.2.1	Methode.....	91
5.2.2	Stichprobe.....	92
5.3	AUSWERTUNG DER PILOTSTUDIE.....	95
5.3.1	Operationalisierung.....	95
5.3.2	Antwortzuordnung.....	96
5.3.3	Berechnungsformel.....	97
5.3.4	Quantitative Ergebnisse.....	97
5.4	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	104

5.4.1	Zur Durchführbarkeit von QUISTA-C.....	104
5.4.2	Zusammenhänge mit konstruktnahen Instrumenten.....	104
5.5	KONSEQUENZEN FÜR DIE FINALISIERUNG VON QUISTA-C.....	106
5.5.1	Altenpflege.....	106
5.5.2	Politik.....	107
5.5.3	Finalisierung.....	107
6	QUANTITATIVE HAUPTSTUDIE ZUR VALIDIERUNG VON QUISTA-C.....	109
6.1	EINLEITUNG.....	109
6.2	DURCHFÜHRUNG.....	110
6.2.1	Methode.....	110
6.2.2	Stichprobe.....	111
6.3	AUSWERTUNG DER HAUPTSTUDIE.....	118
6.3.1	Quantifizierung.....	118
6.3.2	Ergebnisse.....	122
6.4	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	129
6.4.1	Zur internen Konsistenz.....	129
6.4.2	Zur Wiederholungstest-Reliabilität.....	131
6.4.3	Zur Indikator-Diskriminanzvalidität.....	133
6.5	KONSEQUENZEN FÜR DIE VALIDIERUNG VON QUISTA-C.....	135
6.5.1	Subjektive Lebensqualitätsperspektiven.....	135
6.5.2	Weitere Bemerkungen.....	136
6.5.3	Alternative Perspektive.....	138
7	QUALITATIVE NACHSTUDIE ZUR ERGÄNZUNG VON QUISTA-C.....	139

7.1	EINLEITUNG.....	139
7.2	DURCHFÜHRUNG.....	141
7.2.1	Methode.....	141
7.2.2	Stichprobe.....	141
7.3	AUSWERTUNG DER INTERVIEWS.....	143
7.3.1	Subjektive Lebensqualitätsperspektiven.....	143
7.3.2	Inhaltliche Ergebnisse.....	148
7.4	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	157
7.5	KONSEQUENZEN FÜR DIE ERGÄNZUNG VON QUISTA-C.....	159
8	EXPLORATIVE ANALYSEN.....	161
8.1	VORSTELLUNG DER SUBJEKTIVEN LEBENSQUALITÄT.....	162
8.1.1	Dimensionen.....	162
8.1.2	Prioritätensetzungen.....	167
8.1.3	Unterschiede.....	170
8.2	UNTERSCHIEDE DER SUBJEKTIVEN LEBENSQUALITÄT.....	172
8.2.1	Zwischen Staaten.....	172
8.2.2	Zwischen Städten.....	177
8.2.3	Zwischen Regionen.....	178
8.2.4	Zwischen Heimgrößen.....	179
8.2.5	Zwischen Heimmerkmalen.....	180
8.2.6	Zwischen Zeitaltern	181
8.3	EINFLUSSFAKTOREN DER SUBJEKTIVEN LEBENSQUALITÄT....	183
8.3.1	Zur gesamten Lebensqualität.....	184
8.3.2	Zur jeden Oberdimension.....	186
8.3.3	Zu vergleichbaren Ergebnissen.....	205

8.4	ZUSAMMENFASSUNG DER KONSEQUENZEN.....	209
8.4.1	Auswerten.....	209
8.4.2	Bewerten.....	209
8.4.3	Vergleichen.....	210
8.4.4	Verbessern.....	211
9	ZUSAMMENFASSENDE AUSBLICK.....	213
9.1	EVALUATION VON QUISTA-C.....	213
9.1.1	Gütekriterien.....	213
9.1.2	Konzept.....	214
9.1.3	Begrenztheiten.....	215
9.2	KULTURELLER VERGLEICH.....	217
9.2.1	Aus der Perspektive sozialer Werte.....	217
9.2.2	Aus der Perspektive der Eltern-Kind-Beziehung.....	218
9.2.3	Aus der Perspektive finanziellen Musters.....	219
9.2.4	Aus der Perspektive linguistischer Datenverarbeitung....	220
9.3	GESUNDHEITSPOLITISCHE VORSCHLÄGE.....	221
9.3.1	Integration gesellschaftlicher Gesamtressourcen.....	221
9.3.2	Einführung sozialer Pflegeversicherung.....	222
9.3.3	Etablierung menschenorientierter Servicestandards.....	224
9.3.4	Stärkung nachhaltiger Pflegekräfte.....	224
9.4	ZUSAMMENFASSUNG DER GESAMTDISKUSSION.....	226
9.4.1	Bedeutung dieser Studie.....	226
9.4.2	Möglichkeit der Folgestudien.....	227
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	229

11 ANHANG.....	259
11.1 QUISTA – FINALVERSION.....	1/216
11.2 QUISTA – FINALVERSION-ANHANG.....	27/216
11.3 QUISTA – ZWEITE FASSUNG.....	37/216
11.4 QUISTA – VIERTE FASSUNG.....	65/216
11.5 QUISTA-C – TESTVERSION (2. F.).....	93/216
11.6 QUISTA-C – TESTVERSION (2. F.)-ANHANG.....	107/216
11.7 QUISTA-C – VOR-FINALVERSION (4. F.).....	113/216
11.8 QUISTA-C – VOR-FINALVERSION (4. F.)-ANHANG.....	131/216
11.9 QUISTA-C – FINALVERSION (6. F.).....	137/216
11.10 QUISTA-C – HEIMINTERVIEW.....	155/216
11.11 QUISTA-C – NARRATIVES INTERVIEW.....	157/216
11.12 QUISTA-C – FINALVERSION-WIEDERHOLUNGSTEST.....	169/216
11.13 QUISTA-C – EXPERTENINTERVIEW.....	177/216
11.14 QUISTA-C – FINALVERSION (7. F.).....	189/216
11.15 QUISTA-C – FINALVERSION (7. F.)-ANHANG.....	207/216
EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	XLI
EINSICHTNAHME.....	XLIII
LEBENS LAUF.....	XLV

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2-1.....	26
<i>Kartenspiel – Besonders wichtige Lebensbereiche nach QUISTA</i>	
Tabelle 2-2.....	30
<i>Konzeptualisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA</i>	
Tabelle 2-3.....	44
<i>Strukturierung der vergleichenden Fallstudie im Rahmen der vorliegenden Dissertation zu QUISTA-C</i>	
Tabelle 3-1.....	52
<i>Stichprobe der qualitativen Vorstudie von QUISTA-C (N = 4)</i>	
Tabelle 3-2.....	55
<i>Subjektive Lebensqualitätsperspektiven der Stichprobe der qualitativen Vorstudie von QUISTA-C (Auswahl) (N = 4)</i>	
Tabelle 4-1.....	72
<i>Zuordnung der Antworten nach QUISTA-C</i>	
Tabelle 5-1.....	93
<i>Verteilung der Testpersonen und Heime der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N_P = 100, N_H = 8)</i>	
Tabelle 5-2.....	95
<i>Operationalisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C</i>	
Tabelle 5-3.....	98
<i>Interviewdauer, MMST-Testdauer und MMST-Punktzahl der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 100)</i>	
Tabelle 5-4.....	105
<i>Korrelation von QUISTA-C mit anderen Messinstrumenten (N = 100)</i>	
Tabelle 5-5.....	106

Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Altenheimen in China

Tabelle 6-1.....113
Allgemeine soziodemographische Beschreibung I der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 400)

Tabelle 6-2.....115
Allgemeine soziodemographische Beschreibung II der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 400)

Tabelle 6-3.....117
Verteilung der Testpersonen und Heime der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N_P = 400, N_H = 23)

Tabelle 6-4.....118
Quantifizierung aller qualitativen Items von QUISTA-C

Tabelle 6-5.....123
t-Test des Einflusses des Geschlechtes auf den Lebensqualitätsindex von QUISTA-C (N = 397)

Tabelle 6-6.....124
ANOVA des Einflusses des Alters auf den Lebensqualitätsindex von QUISTA-C (N = 397)

Tabelle 6-7.....129
Struktur der zehn Oberdimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C

Tabelle 6-8.....130
Bewertungsmittelwerte der zehn Oberdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397)

Tabelle 6-9.....131
Inter-Dimension-Korrelation von QUISTA-C (N = 397)

Tabelle 6-10.....132
Bewertungsmittelwerte der zehn Oberdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie und des Wiederholungstests von QUISTA-C (N = 80)

Tabelle 6-11.....132
Analyse der Intra-Klassen-Korrelation von QUISTA-C (N = 80)

Tabelle 6-12.....134

<i>Analyse der Diskriminanzvalidität auf der Indikatorebene von QUISTA-C (N = 397)</i>	
Tabelle 7-1.....	142
<i>Stichprobe der qualitativen Nachstudie von QUISTA-C (N = 14)</i>	
Tabelle 7-2.....	143
<i>Subjektive Lebensqualitätsperspektiven der Stichprobe der qualitativen Nachstudie von QUISTA-C (Auswahl) (N = 14)</i>	
Tabelle 7-3.....	160
<i>Kartenspiel – Besonders wichtige Lebensbereiche nach QUISTA-C</i>	
Tabelle 8-1.....	168
<i>Präferenzstrukturen der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 99$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)</i>	
Tabelle 8-2.....	173
<i>Wahrnehmungen der 25 / 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 100$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)</i>	
Tabelle 8-3.....	176
<i>Unterschied der subjektiven Lebensqualität der Heimbewohner zwischen China und Deutschland</i>	
Tabelle 8-4.....	178
<i>Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Shanghai und Dalian</i>	
Tabelle 8-5.....	178
<i>Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Stadt und Land</i>	
Tabelle 8-6.....	179
<i>Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen kleinen, mittleren und großen Heimen</i>	
Tabelle 8-7.....	180
<i>Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Pflegeheimen und Altenheimen</i>	
Tabelle 8-8.....	182
<i>Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen älteren und ältesten Heimbewohnern</i>	

Tabelle 8-9.....	183
<i>Analysemethode der potentiellen Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-10.....	184
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der gesamten subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-11.....	185
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der gesamten subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-12.....	186
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-13.....	187
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-14.....	189
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-15.....	190
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-16.....	191
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-17.....	192
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-18.....	193
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der</i>	

stationären Pflege in China

Tabelle 8-19.....	194
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-20.....	195
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-21.....	195
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-22.....	196
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-23.....	197
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-24.....	198
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-25.....	199
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-26.....	200
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-27.....	201
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	

stationären Pflege in China

Tabelle 8-28.....	201
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-29.....	202
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-30.....	203
<i>Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-31.....	204
<i>Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China</i>	
Tabelle 8-32.....	206
<i>Zusammenfassende Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China gemäß Mittelwertvergleichen und gemäß Regressionsanalysen</i>	
Tabelle 9-1.....	214
<i>Übersicht der Dimensionen der Lebensqualität von Heimbewohnern</i>	

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 2-1.....	24
<i>Überblicksgraphik der gewählten Bausteine bei der Entwicklung von QUISTA</i>	
Abbildung 2-2.....	29
<i>Übersicht über zehn Oberdimensionen und 25 Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege nach QUISTA</i>	
Abbildung 2-3.....	33
<i>Prozess der Instrumentenentwicklung von QUISTA-C</i>	
Abbildung 2-4.....	34
<i>Richtlinien der kulturspezifischen Anpassung zur Instrumentenübersetzung von QUISTA-C</i>	
Abbildung 2-5.....	37
<i>Ablauf der fünfphasigen Feldstudie zur Entwicklung von QUISTA-C</i>	
Abbildung 4-1.....	79
<i>Lebensqualität nach Verteilung der Punktwerte und nach Mittelwerten der Heime der quantitativen Vorstudie von QUISTA-C ($N_P = 24$, $N_H = 4$)</i>	
Abbildung 4-2.....	80
<i>Bewertungsmittelwerte der 25 Unterdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Vorstudie von QUISTA-C ($N = 24$)</i>	
Abbildung 4-3.....	81
<i>Besonders wichtige Lebensbereiche der Stichprobe der quantitativen Vorstudie von QUISTA-C ($N = 23$)</i>	
Abbildung 5-1.....	94
<i>Verteilung der ausgewählten Merkmale der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C ($N = 100$)</i>	
Abbildung 5-2.....	99
<i>Lebensqualität nach Verteilung der Punktwerte und nach Mittelwerten der Heime der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C ($N_P = 100$, $N_H = 8$)</i>	

Abbildung 5-3.....	101
<i>Bewertungsmittelwerte der 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 100)</i>	
Abbildung 5-4.....	102
<i>Besonders wichtige Lebensbereiche der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 99)</i>	
Abbildung 5-5.....	103
<i>Verteilung des Vorhandseins chronischer Krankheiten nach Anzahl und nach Art der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 100)</i>	
Abbildung 6-1.....	116
<i>Verteilung des Vorhandseins chronischer Krankheiten nach Anzahl und nach Art der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 400)</i>	
Abbildung 6-2.....	125
<i>Lebensqualität nach Geschlecht und nach Alter der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397) sowie Lebensqualität nach Aufenthaltsdauer in jeweiligem Heim und nach „selbstbestimmter Entscheidung, ins Heim zu ziehen“ der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 396)</i>	
Abbildung 6-3.....	126
<i>Lebensqualität nach Verteilung der Punktwerte und nach Mittelwerten der Heime der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C ($N_P = 397$, $N_H = 21$)</i>	
Abbildung 6-4.....	127
<i>Bewertungsmittelwerte der 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397)</i>	
Abbildung 6-5.....	128
<i>Besonders wichtige Lebensbereiche der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397)</i>	
Abbildung 7-1.....	159
<i>Übersicht über zehn Oberdimensionen und 26 Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege nach QUISTA-C</i>	
Abbildung 8-1.....	167
<i>Besonders wichtige Lebensbereiche der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 99$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)</i>	
Abbildung 8-2.....	172
<i>Bewertungsmittelwerte der 25 / 26 Unterdimensionen der Lebensqualität</i>	

der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 100$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)

Abbildung 8-3.....211

Einflussfaktoren der Lebensqualität nach QUISTA

Abbildung 8-4.....211

Einflussfaktoren der Lebensqualität nach QUISTA-C

FORMELVERZEICHNIS

Formel 4-1.....	77
<i>Lebensqualitätsindex nach QUISTA-C in der Testversion</i>	
Formel 4-2.....	77
<i>Bewertungsmittelwert jeder Unterdimension der Lebensqualität nach QUISTA-C in der Testversion</i>	
Formel 5-1.....	97
<i>Lebensqualitätsindex nach QUISTA-C in der Vor-Finalversion</i>	
Formel 5-2.....	97
<i>Bewertungsmittelwert jeder Unterdimension der Lebensqualität nach QUISTA-C in der Vor-Finalversion</i>	
Formel 6-1.....	130
<i>Bewertungsmittelwert jeder Oberdimension der Lebensqualität nach QUISTA-C in der Finalversion</i>	

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
ADL	Activities of Daily Living
AN	Arbeitnehmer
ANOVA	Analysis of variance / Varianzanalyse
ASCOT	Adult Social Care Outcomes Toolkit
β	Standardisierte Koeffizienten
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BREF	Best Available Techniques Reference
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
CFAI	Comprehensive Frailty Assessment Instrument
CNKI	China National Knowledge Infrastructure
d	Standardabweichungskoeffizient
Dr.	Doktor
et al.	und andere
e.V.	Eingetragener Verein
F.	Fassung
GDS	Geriatric Depression Scale
GQOLI-74	Generische Lebensqualität Inventar-74
HRQoL	Health-Related Quality of Life
Hrsg.	Herausgeber

HR-SWB	Health-Related Subjective Well-Being / Gesundheitsbezogenes subjektives Wohlbefinden
ICC	Intraclass-Correlation-Coefficient / Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient
ICECAP-O	ICEpop CAPability measure for Older people
IMF	International Monetary Fund
InterRAI®	International Resident Assessment Instrument
IW	Institut der deutschen Wirtschaft
ISO	International Standardizing Organization
KV	Krankenversicherung
LTCF	Long Term Care Facilities
Max.	Maximum
MDS-HC	Minimum Data Set Home Care
Min.	Minimum
MIPAA	Madrid International Plan of Action on Ageing / Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MOHRSS	Ministry of Human Resources and Social Security / Ministerium für Humanressourcen und soziale Sicherheit
N	Anzahl der Befragten
NCBI	National Center for Biotechnology Information
NHP	Nottingham Health Profile
Nr.	Nummer
P	Signifikanzwert
PANAS	Positive And Negative Affect Schedule
PGCMS	Philadelphia Geriatric Center Moral Scale
QALY	Quality Adjusted Life Years
QLI	Ferrans and Powers Quality of Life Index

QUISTA	Messinstrumentarium zur Konzeptualisierung, Messung und Analyse der subjektiven Lebens qualität in der stationären Pflege
QUISTA-C	Messinstrumentarium zur Konzeptualisierung, Messung und Analyse der subjektiven Lebens qualität in der stationären Pflege in Chinesisch
r_s (ρ)	Spearman's Rangkorrelationskoeffizient (ρ)
RMB	Renminbi (die chinesische Währung) ⁴
S.	Seite
SCL-90	Symptomcheckliste 90
SD	Standardabweichung
SDGs	Sustainable Development Goals / Ziele für nachhaltige Entwicklung
SF-36	Short Form (36) Health Survey
SGB	Sozialgesetzbuch
Sig.	Signifikanz
SIGENET	Sino-German Network on Public Health and Bioethics
SSRS	Social Support Rating Scale
StBA	Statistisches Bundesamt
Std.	Standard
SWLS	Satisfaction With Life Scale
T	Wert im t-Test
TÜV	Technischer Überwachungs-Verein
UN	United Nations / Vereinte Nationen
USA	United States of America / Vereinigte Staaten von Amerika
VAS	Visual Analogue Scale
v. Chr.	vor Christus

⁴ Der Tagesschlusskurs von Euro/Chinesischer RMB Yuan am 9. September 2020 war 8,06 (boerse.de 2020).

VR	Volksrepublik
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
\bar{x}	Mittelwert
χ^2	Chi-Quadrat-Wert
ZEFQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
§	Paragraphenzeichen

1 PROBLEMSTELLUNG

1.1 HINTERGRUND

Der aktuelle Weltbevölkerungsbericht („World Population Review“) der Vereinten Nationen (2020) gibt an, dass derzeit mehr als 7,8 Milliarden Menschen auf der Erde leben. Allerdings wächst unsere Bevölkerung aufgrund der sinkenden Fertilitätsrate⁵ (total fertility rate) langsamer. Die weltweite durchschnittliche Geburtenziffer⁶, die zwischen 1990 und 2019 bereits von 3,2 auf 2,5 gesunken ist, werde bis 2050 weiter auf statistische 2,2 Kinder pro Frau fallen (UN 2019a). Im Zeitraum von 2015 bis 2020 liegt die Fertilitätsrate in 93 Ländern und Regionen, die 46,3% der Weltbevölkerung ausmachen, unter dem Ersatzniveau, das für den zahlenmäßigen Ersatz aufeinanderfolgender Generationen erforderlich wäre – ungefähr 2,1 Geburten pro Frau (UN 2019b). Die zehn bevölkerungsstärksten Länder in dieser Gruppe sind nach der Reihenfolge der Bevölkerungsgröße: China, die Vereinigten Staaten von Amerika, Brasilien, die Russische Föderation, Japan, Vietnam, Türkei, Deutschland, die Islamische Republik Iran und Thailand (CIA 2018a & UN 2019b).

Niedrige Geburtenziffern führen als Nebeneffekt zu alternden Bevölkerungen. Die statistische Lebensdauer stieg zwischen 1990 und 2019 von 64,2 Jahren auf 72,6 – und werde bis 2050 auf 77,1 klettern (UN 2019a). Bessere Lebensbedingungen (Ernährung und Umweltbedingungen), Fortschritte der Medizin und weniger Kriege gehen mit einer zunehmenden Langlebigkeit einher, die ihrerseits dazu beiträgt, in vielen Ländern den Anteil alter Menschen ansteigen zu lassen. Hier werden Deutschland und China als Beispiele behandelt. Geschätzt wird die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland im Zeitraum von 2015 bis 2020 von 81,1 Jahren, im Zeitraum von 2045 bis 2050 auf 85,2 Jahre und im Zeitraum von

⁵ Fertilitätsrate beziehungsweise zusammengefasste Fruchtbarkeitsziffer ist ein in der Demografie verwendetes Maß, das angibt, wie viele Kinder eine Frau durchschnittlich im Laufe des Lebens hätte, wenn die zu einem einheitlichen Zeitpunkt ermittelten altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern für den gesamten Zeitraum ihrer fruchtbaren Lebensphase gelten würden. Sie wird ermittelt, indem die altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern summiert und durch 1000 geteilt werden.

⁶ Geburtenziffer beziehungsweise Geburtenrate ist ein Fachausdruck der Demografie, mit dem die Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr bezogen auf 1000 Einwohner angegeben wird.

2095 bis 2100 auf 90,8 Jahre ansteigen, während diese Zahlen für China sich jeweils auf 76,6, 81,5 und 87,6 Jahre belaufen (UN 2019b).

Die Alterspyramide der Weltbevölkerung verändert schon lange ihre Form. Sowohl in der Europäischen Union als auch in den Vereinigten Staaten von Amerika und in China machen die unter 15-Jährigen einen zunehmend kleiner werdenden Teil der Gesamtbevölkerung aus, während der Anteil der über 60-Jährigen immer größer wird. Beispielsweise wird der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland von 28,6% 2020 auf 36,7% 2050 und auf 36,9% 2100 ansteigen, während sich der entsprechende Anteil in China noch viel stärker erhöhen und viel ausgeprägter entwickeln wird – zwischen 2020, 2050 und 2100 von 17,4 auf 34,6 und auf 37,8% (UN 2019b). Als wichtiger Faktor zu nennen ist auch die zunehmende Urbanisierung, durch die erst so etwas wie eine arbeitsteilige soziale und unternehmerische Pflege-Infrastruktur entstehen kann.

Mit der rasanten Alterung der Weltbevölkerung steigt auch der Pflegebedarf. Aufgrund von Alterungsprozessen wird der menschliche Organismus anfälliger und die Krankheitsdisposition nimmt zu. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn „körperliche und psychische Ressourcen nicht mehr ausreichen, die Anforderungen der alltäglichen Lebensführung und / oder die Anforderungen der Selbstversorgung, die aus einer Erkrankung und ihren Konsequenzen erwachsen, aus eigener Kraft zu bewältigen“ (Schaeffer & Wingenfeld 2004: 478). Im Alter von unter 60 Jahren beträgt die Pflegequote⁷ in Deutschland weniger als 2% (StBA 2018). So stieg beispielsweise zwischen 2017 und 2018 die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland um 9,75% auf insgesamt 3,90 Millionen Menschen. Knapp ein Viertel von ihnen wurde stationär in Pflegeheimen versorgt (BMG 2019). Prognosen einer IW⁸-Studie zufolge werden 2035 gut vier Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein (Kochskämper 2018: 14). Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen ist älter als 65 Jahre (StBA 2018).

Leider gibt es in China bis dato noch keine verlässlichen Zahlen zum Pflegebedarf. Bisher wird die Mehrheit der Pflegebedürftigen von Angehörigen im häuslichen Umfeld betreut⁹. Die Veränderungen der Lebensbedingungen und familiären Beziehungen gehen in beiden Ländern mit einer Zunahme der Kleinfamilien und Einpersonenhaushalte einher, die eine häusliche Pflege der Angehörigen aber zunehmend unmöglich machen.

⁷ Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen (in einer Bevölkerungsgruppe) an der Gesamtbevölkerung (in dieser Bevölkerungsgruppe). In Deutschland bedeutet sie in der Regel die Anzahl der Pflegebedürftigen je 10.000 Einwohner (Mergenthaler, 2011).

⁸ Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) ist ein privates Wirtschaftsforschungsinstitut, das sich für eine freiheitliche Wirtschaftsordnung und Gesellschaftsordnung einsetzt.

⁹ Häusliche Pflege bezeichnet hier die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen außerhalb von teilstationären oder vollstationären Einrichtungen in ihrer häuslichen Umgebung. Häusliche Pflege wird sowohl von professionellen Pflegekräften als auch ehrenamtlich von Familienangehörigen (pflegende Angehörige) oder anderen Personen aus dem sozialen Umfeld der pflegebedürftigen Person ohne pflegerische Ausbildung geleistet.

Stationäre Pflege wird sowohl in Deutschland wie auch in China notwendig, wenn eine häusliche oder ambulante Pflege nicht mehr möglich ist oder wegen der Besonderheit individueller Pflegebedürftigkeit nicht in Betracht kommt. Die pflegerische Versorgung in einem Heim¹⁰ entlastet von vielen Sorgen und bietet Sicherheit: In der Regel sichert der Heimträger vertraglich zu, dass seine Heimbewohner alle „nötigen“ pflegerischen Hilfen Tag und Nacht erhalten werden (PFLEGEGRAD.de 2018).

Gesundes Altern und eine hohe subjektive Lebensqualität sind Werte, die nicht nur von der Weltgesundheitsorganisation, sondern auch von Regierungen, Geldgebern der Forschung und anderen relevanten Institutionen sowie den Privatsektoren im Gesundheitswesen allgemein als Zielgrößen zugrunde gelegt werden. Allerdings können die gesundheitsbezogenen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität die Vorteile von Dienstleistungen für ältere Menschen falsch darstellen (Makai et al. 2014). Zur standardisierten Messung „subjektiver Lebensqualität“ in den Pflegeeinrichtungen werden geeignete Methoden benötigt.

¹⁰ Im Folgenden wird der Begriff Heim beziehungsweise Pflegeheim für alle Einrichtungen der stationären Altenhilfe verwendet. Damit gemeint sind auch Seniorenwohnanlagen, Wohnheime für Senioren, Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ und Mischformen wie mehrgliedrige Einrichtungen.

1.2 FRAGESTELLUNG

Wie die obigen Daten zeigen, gehören sowohl China als auch Deutschland zu den Ländern mit einer alternden Bevölkerung. Als „Greisen-Republik“ (Der Spiegel 2004; Geißler 2017), „Methusalem- Komplott“ (Schirrmacher 2004), „Rentner-Schwemme“ (Fehling 2014) – haben die Medien Deutschland schon beschrieben. „China altert so wie Deutschland – nur 20 Jahre später“, sagt Prognos-Chefökonom Michael Böhmer (2015). Infolge der sogenannten „Ein-Kind-Politik“ (Greenhalgh & Winckler 2005) steht die Gesellschaft Chinas ebenfalls vor einem Problem der Überalterung. Chinesen altern schneller, als sie reich werden fasst Wee (2011) die Situation zusammen.

Darüber hinaus haben die beiden Länder noch zwei weitere gemeinsame Perspektiven. Auf der einen Seite die Gesundheitspolitik: Die gesetzliche Krankenversicherung ist sowohl im chinesischen als auch im deutschen Gesundheitssystem ein wesentlicher Bestandteil, befindet sich aber in China erst im Aufbau. Und was die Wirtschaftskraft anbelangt, sind laut dem Internationalen Währungsfonds (Stand Oktober 2018) sind China und Deutschland die größten Wirtschaftsmächte, in ihrem Kontinent (IMF 2018).

Durch die Bevölkerungsalterung erhöht sich besonders mit wachsendem Lebensstandard auch das Bedürfnis nach mehr Qualität und steigt das Bewusstsein für die Frage der Lebensqualität im Alter. Da der öffentliche Diskurs über Institutionen der stationären Altenpflege weitgehend skandalorientiert und defizitorientiert ist (Kelle et al. 2008: 163-193; Fussek & Schober 2008), gibt es verstärkte Nachfrage nach Instrumenten zur realen Erfassung Lebensqualität in Heimen. In der stationären Pflege wird das Konzept der Ermittlung der *subjektiven* Lebensqualität als vielversprechender Weg angesehen, um die Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht des einzelnen Heimbewohners zu identifizieren (Makai et al. 2014). Allerdings gibt es keine allgemein anerkannte Definition dafür, was subjektive Lebensqualität in einem Heim bedeutet und wie sie gemessen werden kann (Bowling et al. 2003).

„Lebensqualität“ ist ein umfangreiches Konzept, das in komplexer Weise von der physischen Gesundheit, dem psychischen Zustand, dem Grad der Unabhängigkeit, den sozialen Beziehungen, den persönlichen Überzeugungen und ihrer Beziehung zu den herausragenden Merkmalen der Umgebung einer Person beeinflusst wird (WHO 1997). Bowling (2004) differenziert zwischen einer Makrodefinition (sozial, objektiv) und einer Mikrodefinition (individuell, subjektiv) von Lebensqualität. Im Großen und Ganzen kann man über das Konzept Lebensqualität sagen, dass im Zeitverlauf aus dem Makrokonzept mit Weltverbesserungsanspruch ein Mikrokonzept zur Messung individueller Lebensqualität geworden ist (Knecht 2018). Das bedeutet eine qualitative Weiterentwicklung im Sinne der Differenzierung.

Instrumente zur Messung der Lebensqualität sollen die subjektive Sicht der Betroffenen erfassen, weil diese Perspektive die Lebenssituation mit deren spezifischen Erlebnisinhalten und Bewertungsinhalten widerspiegelt. Zwischenzeitlich existieren mehrere hundert Fragebögen, mit denen die Lebensqualität und verwandte Konstrukte bei den unterschiedlichsten Krankheitsbildern erfasst werden sollen (Bowling 2001; Schumacher et al. 2003; McDowell 2006). Leider jedoch stehen validierte Instrumente zur Erfassung der tatsächlichen Lebensqualität aus der Perspektive der zu betreuenden Menschen bis heute nicht zur Verfügung (Schenk et al. 2010: 107).

Auf dem Weg zur Entwicklung eines validen Instrumentes sind das von Gerritsen et al. (2004) entwickelte Modell zur Bewertung der konzeptionellen Zweckmäßigkeit von Instrumenten zur Messung der Lebensqualität in Heimen sowie die systematische Übersicht und Bewertung bestehender Instrumente von Makai et al. (2014) hilfreich.

Obwohl in der Regel anerkannt ist, dass ein umfassender Ansatz zur Lebensqualität in der Langzeitpflege erforderlich ist, stehen keine standardisierten Maßnahmen zur Verfügung (Tiit & Saks 2008: 154). Einige Fragebögen zur Lebensqualität, wie der World Health Organization Quality of Life Instrument-Best Available Techniques Reference (WHOQOL-Bref) (WHOQOL Group 1998) und die Philadelphia Geriatric Center Moral Scale (PGCMS) (Lawton 1975), gelten für die allgemeine ältere Bevölkerung als gut validiert (Skevington et al. & WHOQOL Group 2004; von Heideken Wägert et al. 2005; Wong et al. 2004), sind jedoch für die Gruppe der Heimbewohner nicht wirklich anwendbar. Personen in der Langzeitpflege haben vermutlich andere Bedürfnisse und Erwartungen als gesunde ältere Menschen oder Patienten in Krankenhäusern und Einrichtungen für Rehabilitation und Grundversorgung (Tiit & Saks 2008: 154).

Zusätzlich dazu sind Politikstrategien immer durch einen gewissen Wandel geprägt, da sie auf externe Ereignisse reagieren müssen, zum Beispiel auf Kostendruck im Gesundheitswesen. Gerade die Gesundheitspolitik – das zeigen die regelmäßigen Reformen – muss externen Anforderungen ständig angepasst werden.

Wie man sinnvollerweise subjektive Lebensqualität von Heimbewohnern erfassen sollte und welche inhaltlichen Ergebnisse zum Kulturvergleich Deutschland-China vorliegen, ist daher sehr interessant und wert, genauer untersucht zu werden. Der Prozess der Entwicklung und Überprüfung eines dafür geeigneten Messinstrumentariums wird in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt. Aufgrund der beschriebenen Rahmenbedingungen und Diskussionen ergeben sich mehrere Fragen für die Dissertation mittels dieses neu entwickelten Instrumentariums.

- Welche Vorstellungen existieren zur subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China? Und wie unterscheiden

sich diese von jener subjektiven Lebensqualitätsperspektive von Heimbewohnern in Deutschland?

- Inwiefern unterscheiden sich die Ergebnisse der Messung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China und in Deutschland? Und welche Faktoren führen zu besserer Lebensqualität von Heimbewohnern?
- Welche (gesundheits-) politischen Maßnahmen beziehungsweise Strategien wurden und werden herangezogen, um subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege sowohl in Deutschland als auch in China zu erhöhen? Was bedingt was?

1.3 FORSCHUNGSSTAND

1.3.1 Begriff „Lebensqualität“

In der internationalen Forschungsliteratur zeigt sich, dass der Begriff „Lebensqualität“ („quality of life“) ein komplexes, mehrdimensionales Konstrukt ist. Über dessen Bedeutung existiert keine einheitliche Meinung oder konsistente Theorie. Der Begriff ist sowohl aus sachlichen wie aus fachlichen (methodischen) Gründen schwer zu definieren und entsprechend zu messen (Carley 1983; Bullinger & Pöppel 1985: 679-680; Katz 1987: 459-463; Mosteller 1989: 282-286; Noack 1991: 85-112; Kohlmann et al. 1997: 175-185; Erli et al. 2000: 1132-1137). Er tauchte erstmals 1920 bei dem Engländer Pigou in einem Buch mit dem Titel „Volkswirtschaft und Wohlergehen“ auf (Wood-Dauphinee 1999: 355-363).

Im Jahr 1948 wurde „Gesundheit“ von der Weltgesundheitsorganisation zum ersten Mal nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit, sondern durch das Vorhandensein von vollständigem physischem, psychischem und sozialem *Wohlbefinden* definiert (WHO 1952). Etwa zur selben Zeit begann die Forschung zur Lebensqualität.

Mit dem Karnofsky-Index¹¹ wurde erstmals ein Instrument zur Erfassung von Aktivität und Leistungsfähigkeit entwickelt (Thomas et al. 1996: 322-341). Damit konnte der abstrakte und schwer fassbare Begriff der Lebensqualität mit einer gewissen Annäherung operationalisiert und standardisiert werden. Es war zunächst ein politisches und wirtschaftliches Konstrukt. In Deutschland wurde der Begriff Lebensqualität zuerst von Willy Brandt 1967 in einer Rede über die Lebensqualität der Bevölkerung als Ziel des Sozialstaates prominent erwähnt (Bullinger 1997: 76-91). In den USA wurde Lebensqualität anfangs mit dem wirtschaftlichen Wachstum und Konsum gleichgesetzt, beispielsweise in einer Studie von Campbell et al. 1976, in der die Anzahl der Fernseher pro Quadratmeter Wohnraum als Maß für die Lebensqualität galt (Küchler & Bullinger 2000: 144-158).

In den 1970er Jahren begann in der Medizin die Forschung zu diesem Begriff. Hier ging es jedoch nicht mehr um die allgemeine, sondern speziell um die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Spech 2003). Der Fokus lag zunächst auf objektiven, das heißt „von außen“ durch den Untersuchenden erfassbaren Aspekten und ließ die *subjektiv erlebten* Dimensionen der Lebensqualität außer Acht (Totis 2010). Erkannt waren die klassischen Zielkriterien der Lebensqualität wie Überlebensdauer und Symptomfreiheit.

¹¹ Der Karnofsky-Index (eigentlich Karnofsky performance status scale) ist eine Skala, mit der symptombezogene Einschränkung der Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung bei Patienten mit bösartigen Tumoren bewertet werden können. Zweck des Index ist es, die Prognose einzuschätzen, Therapieziele zu definieren und Therapiepläne zu erstellen. Der Karnofsky-Index wurde 1949 von David A. Karnofsky vom Memorial Sloan-Kettering Cancer Center vorgeschlagen.

Davon zeugt auch der erste in MEDLINE gelistete Artikel über Medizin und Lebensqualität von Elkinton (1966: 711-714). Er stellte die Bedeutung von Lebensqualität als eine Aufgabe der Medizin dar und machte das anhand des Beispiels von Nierentransplantationspatienten deutlich.

Zahlreiche krankheitsübergreifende („generische“) Messinstrumente der Lebensqualität entwickelten sich in den 1980er und frühen 1990er Jahren stark, zum Beispiel die NHP (Nottingham Health Profile) und SF-36 (Short Form (36) Health Survey) (Kohlmann et al. 1997: 175-185). Ein zunehmendes wissenschaftliches Interesse insbesondere an der gesundheitsbezogenen beziehungsweise krankheitsspezifischen Lebensqualität als therapeutischem Zielparameter zeigte sich vor allem seit Beginn der 1990er Jahre, ausgelöst durch sich mehrende Hinweise und die Einsicht, dass psychosoziale Faktoren einen starken Einfluss auf die physische Gesundheit ausüben (Rubin 1999: 205-218). Zudem sind diese Forschungen auch Ausdruck eines gestiegenen politischen Interesses an der Evaluation der Gesundheitsversorgung.

Eine Tendenz zum Quantifizieren und Managen der individuellen Lebensqualität hat sich über die 1990er Jahre verstärkt durchgesetzt, worauf die gesundheitsökonomische Literatur wie auch die Forschung der QALY (Das steht für „Quality Adjusted Life Years“, zu Deutsch etwa qualitätskorrigierte Lebensjahre.) hindeuten. Parallel dazu wurden internationale Messinstrumente der Lebensqualität nach strengen Richtlinien ins Deutsche übersetzt und psychometrisch geprüft (Ravens-Sieberer & Cieza 2000: 25-49). Seit 2005 wird Lebensqualität wieder verstärkt als ein Konzept in der allgemeinen politischen Entwicklung diskutiert, das dem Denken in Wachstumsraten des Bruttosozialproduktes erweiternd an die Seite gestellt werden kann. 2010 hat der Deutsche Bundestag sogar eine Enquete-Kommission zum Thema „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt“ in der Sozialen Marktwirtschaft ins Leben gerufen (Knecht 2018).

Anhand der beispielhaften Definitionsansätze führen einige Konturen und Bezugspunkte der Diskussion zu einer begrifflichen Eingrenzung des Lebensqualitätskonzeptes (Noll 2000: 7):

- Lebensqualität als deskriptiver Begriff zielt zum einen auf objektive Zustände oder Lebensbedingungen, zum anderen auf subjektive Bedürfnislagen oder Befindlichkeiten (vergleiche Zapf 1984).
- Lebensqualität wird zum einen auf das Wohlbefinden und Wohlergehen von Individuen bezogen, zum anderen als kollektive Wohlfahrt beziehungsweise Qualität von Gesellschaften angesehen (vergleiche Veenhoven 1997).
- Lebensqualität wird in ihrer normativen Verwendung als eine Zielvorstellung beschrieben, die über materiellen Wohlstand und

Lebensstandard hinausreicht, indem immaterielle Werte wie Chancengleichheit, Solidarität, Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und so weiter mit einbezogen werden (vergleiche Glatzer 2002).

1.3.2 Relevante Literatur

Basierend auf der WHO-Definition für Lebensqualität ist das WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module) ein Instrument zur Beurteilung der Lebensqualität älterer Menschen. Es ist in mehr als 20 Sprachen verfügbar und wurde international validiert. Zum Beispiel zeigt die chinesische Version von WHOQOL-OLD eine gute Machbarkeit, Zuverlässigkeit und Gültigkeit (Liu et al. 2013). Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version des WHOQOL-OLD sind so gut wie die, die in China getestet wurden (Conrad et al. 2014). Nach meiner Recherche in mehreren Datenbanken wie CNKI¹², Demografieportal des Bundes und der Länder¹³, Medscape¹⁴, NCBI¹⁵, WANFANG MED ONLINE¹⁶, ZEFQ¹⁷, gibt es bislang keine (kultur-) vergleichende Analyse von Befunden aus China und Deutschland zum Thema subjektiver Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege. Die relevante Literatur lässt sich grob nach Sprachen in drei Kategorien einteilen.

1) Relevante Literatur auf Englisch

Im Rahmen dieser Kategorie hängt die Literatur eng mit der sehr allgemeinen Lebensqualität zusammen. Dazu gibt es eine Vielzahl von Forschungsarbeiten beispielsweise von Offer (1996), Seed und Lloyd (1997), Mann (2000), Rapley (2003), sowie Sirgy et al. (2003). Insbesondere vergleicht Sen (2011) die allgemeine Lebensqualität zwischen China und Indien. Seit 1993 verfolgt er den Ansatz, Lebensqualität mittels gesundheitlicher Kennzahlen zu messen. Unter dem Gesichtspunkt subjektiver Determinanten beschreiben Cummins (1996), Veenhoven (2001),

¹² CNKI (China National Knowledge Infrastructure) ist ein wichtiges nationales Projekt zum Aufbau von Informationen unter der Leitung der Tsinghua-Universität in Beijing und wird vom Bildungsministerium der VR China, dem Wissenschaftsministerium der VR China, der Propaganda-Abteilung der Kommunistischen Partei Chinas und der Allgemeinen Verwaltung für Presse und Publikation der VR China unterstützt.

¹³ Demografieportal des Bundes und der Länder wird redaktionell durch das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung betreut.

¹⁴ Medscape ist eine weltweit führende Online-Plattform für Ärzte und Gesundheitsexperten.

¹⁵ NCBI ist das National Center for Biotechnology Information der USA National Library of Medicine.

¹⁶ WANFANG MED ONLINE gehört zu Wanfang Data Co., Ltd. Es ist eine vollständig offene Plattform für medizinische Wissensverbindungen und bietet medizinische Informationsintegrationsdienste zu China an.

¹⁷ ZEFQ ist eine von Experten begutachtete, multidisziplinäre und fachübergreifende Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Publikationssprachen sind Deutsch und Englisch.

Layard (2003) und Searle (2008), im Rahmen der Soziologie, Glück und Wohlbefinden. Haas (1999) definiert Lebensqualität als eine mehrdimensionale Evaluation der aktuellen Lebenssituation eines Individuums im Kontext seiner Kultur und der von ihm gelebten Werte. Prutkin und Feinstein (2002) überprüfen die Ursprünge und frühe Entwicklung von Messungen der Lebensqualität in der medizinischen Literatur. Layard (2003 & 2004) untersucht die Beziehungen zwischen „Glück“ und Stakeholder-orientierten Prozessen der Sozialpolitik und Wirtschaftspolitik. Wong et al. (2004) untersuchen die psychometrischen Eigenschaften der Philadelphia Geriatric Morale Scale (PGMS) bei einer älteren chinesischen Bevölkerung in Hongkong und stellen fest, dass sich die psychometrischen Eigenschaften geringfügig von denen für „Kaukasier“ unterscheiden. Das weibliche Geschlecht, das höhere Alter und der Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen sind demnach mit einer niedrigeren Stimmung verbunden. Morris et al. (2005) fassen Wohlbefinden von Kindern in einer Periode der Reform der Sozialpolitik zusammen. Veenhoven (2007) stellt Maßnahmen des Bruttonationalglücks¹⁸ dar. Roussi et al. (2008) weisen darauf hin, dass die Lebensqualität von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beeinflusst werden kann. Für Menschen, die im Alltag Hilfe benötigen, kann die Qualität der Pflege ihre Lebensqualität erheblich beeinflussen, meinen Tiit und Saks (2008). Für die öffentliche Politik analysieren Diener et al. (2009) subjektive Indikatoren der Lebensqualität.

Anhand von globalen altersfreundlichen Städten bestimmen Plouffe und Kalache (2010) die urbanen Merkmale, die aktives Altern fördern. Mit der Anwendung der Multilevel-Persönlichkeit im Kontextmodell erarbeiten Sheldon et al. (2011) das Wohlbefinden und seine optimale Funktionsweise. Blomqvist und Busby (2012) sowie Hausauer und Harrington Mayer (2012) diskutieren Herausforderungen und politische Optionen in der langfristigen Pflege für Ältere. Klocke et al. (2015) beschreiben ein anderes Beispiel, bei dem das subjektive Wohlbefinden des Kindes durch soziale Faktoren negativ beeinflusst beziehungsweise bei Mobbing erheblich reduziert wird. Pulkki et al. (2016) erklären die Unterschiede in Bezug auf die Verwendung von sechs verschiedenen Langzeitpflegediensten bei älteren Menschen in ihren letzten zwei Lebensjahren in ganz Finnland und die Auswirkungen der Eigenschaften von Gemeinden auf diese Unterschiede. Für eine verbesserte Ergebnisbewertung in der Gesundheitsökonomie identifizieren de Vries et al. (2016) fünf Kernbereiche von HR-SWB (gesundheitsbezogenes subjektives Wohlbefinden): Körperliche Unabhängigkeit, positiver Affekt / Glück, negativer Affekt / Gefühl verloren und einsam, Autonomie und persönliches

¹⁸ Das Bruttonationalglück, international bekannt als „Gross National Happiness“, ist der Versuch, den Lebensstandard in breit gestreuter, humanistischer und psychologischer Weise zu definieren und somit dem herkömmlichen Bruttonationaleinkommen, einem ausschließlich durch Geldflüsse bestimmten Maß, einen ganzheitlicheren Bezugsrahmen gegenüberzustellen. Eigener Hinweis: Happiness ist nicht Glück. Auch das Chinesische „快乐“ (ein stabiler psychosozialer Zustand von Glück und Freude) meint nicht dasselbe. Aus diesen Unterschieden ergeben sich Fragen an die Methodik aber auch an die Bedeutung der Sache selbst. „Glück“ geht weit über das eher emotionale und momentane „happy“ hinaus, ist viel stabiler, als Prozessqualität und mit reflektierten Anteilen verbunden.

Wachstum. Acconia et al. (2017) beantworten, wie die Lebensqualität benachteiligter junger Menschen in Europa verbessert wird. Ivziku et al. (2018) beurteilen den Einfluss von Angst und Depression auf die körperliche und psychische Lebensqualität bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und ihren Betreuern. Arraras et al. (2018) bewerten Lebensqualität bei älteren Überlebenden mit lokalisiertem Brustkrebs, die mit einer Strahlentherapie über einen Zeitraum von drei Jahren behandelt wurden.

Darüber hinaus gibt es zwei systematische Übersichtsarbeiten in der Lebensqualität.

- Erstens, Chen et al. (2013) nehmen eine systematische Überprüfung der veröffentlichten Lebensqualitätsstudien vor, um verschiedene Messungen und relevante Faktoren der Lebensqualität älterer Menschen in China zu untersuchen, indem sie folgende elektronische Datenbanken durchsuchen: Web of Science, PsycINFO, MEDLINE, PubMed, CINAHL, China Academic Journal und VIP-Datenbank für chinesische Fachzeitschriften. Mithilfe von 15 Studien mit acht verschiedenen Messinstrumenten zur Lebensqualität identifizieren sie fünf wichtige Dimensionen für die Lebensqualität, nämlich den Gesundheitszustand, das psychische Wohlbefinden, das soziale Wohlbefinden, den Wohnraum und soziodemografische Faktoren.
- Zweitens, systematisch durchsuchen Makai et al. (2014) sechs Datenbanken und identifizieren 487 Artikel mit 34 generischen Instrumenten zur Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Ergebnisse des Wohlbefindens. Dabei finden sie vier vielversprechende Instrumente für die Einbeziehung in die ökonomische Bewertung: WHOQOL-OLD, QLI (Ferrans and Powers Quality of Life Index), ICECAP-O (ICEpop CAPability measure for Older people) und ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit). Allerdings bestehen ihre Einschränkungen darin, dass entweder Gesundheitsaspekte nur teilweise erfasst werden dürfen oder die Instrumente einer weiteren Validierung bedürfen.

Seit wenigen Jahren veröffentlichen chinesische Forscher zahlreiche Artikel in englischer Sprache zur Lebensqualität älterer Chinesen. Hier werden einige relevante Beispiele genannt. Mit einem konventionellen Ansatz zur Inhaltsanalyse prüfen Wang et al. (2016) eingehend das Leben von 25 älteren Menschen in vier Pflegeeinrichtungen in China. Mittels einer Mediationsanalyse stellen Xiao et al. (2017) fest, dass die Depression eine wichtige Vermittlerrolle in der Beziehung zwischen den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität von den älteren Heimbewohnern spielt. In einer multizentrischen Studie untersuchen Zhong et al. (2019) die Lebensqualität und die damit verbundenen Faktoren bei älteren Menschen, die in der chinesischen Grundversorgung behandelt werden. Zu diesen Faktoren gehören, ob jemand Handarbeit vor dem Erwachsenenalter

ausübte, keine lebenden erwachsenen Kinder hat, körperliche Inaktivität zeigt, mehr als drei schwerwiegende Erkrankungen, Hörprobleme, Depression oder Einsamkeit aufweist.

Xu et al. (2019a) entwickeln und validieren einen Fragebogen zur Lebensqualität von Heimbewohnern in Jinan, Provinz Shandong, China. Dieser Fragebogen umfasst neun Bereiche der Lebensqualität, nämlich körperliche Gesundheit, Freude am Essen, Sicherheit, Umweltkomfort, Autonomie, sinnvolle Aktivität, persönliche Wechselbeziehung, familiäre Beziehungen und Stimmung. Die Autoren betonen die Bedeutung der Rolle eigener Kinder für die Lebensqualität älterer Menschen in einer traditionell familienorientierten Gesellschaft wie China.

Xu et al. (2019b) verwenden national repräsentative Stichproben der älteren Bevölkerung in China und den Vereinigten Staaten, um die selbstbewertete Gesundheit zu untersuchen. Im Vergleich zu den älteren Amerikanern berichten ältere Chinesen mit größerer Wahrscheinlichkeit über eine schlechtere Gesundheit. Ältere Menschen in China, die alleine leben, bewerten ihre Gesundheit besser als diejenigen, die mit Partnern leben. Es gibt jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Lebensformen bei älteren Amerikanern. Im Gegensatz dazu bewerten ältere Menschen in den Vereinigten Staaten, die mit anderen Menschen zusammenleben, ihre Gesundheit schlechter als diejenigen, die mit eigenen Partnern zusammenleben. Darüber hinaus geben ältere Menschen, die mehr Einschränkungen in Bezug auf ihre täglichen Aktivitäten, ein schlechteres Gedächtnis nach eigenen Angaben, einen schlechteren psychischen und chronischen Gesundheitszustand aufweisen, in beiden Ländern eine geringere Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit an.

2) Relevante Literatur auf Chinesisch

Diese Kategorie lässt sich in drei grundsätzlich verschiedene Richtungen aufteilen – Studien über wesentliche Pflegebedürfnisse, multidimensionale Lebensqualität und weltweit existierende Pflegeversicherungen. Allerdings beziehen sich ihre Fragestellungen entweder nur auf eine bestimmte Erkrankung, wie chronische Herzinsuffizienz bei Li et al. (2010), oder auf eine bestimmte pflegebedürftige beziehungsweise klinische Situation, wie postoperative Pflege der perkutanen Koronarintervention bei Xu et al. (2010), oder auf eine bestimmte Zielgruppe, wie pensionierte Angehörige der chinesische Volksbefreiungsarmee bei Xu und Wu (2011), sowie Frauen in Führungspositionen in den Wechseljahren bei Qu und Qu (2011).

Zur Messung der Lebensqualität älterer Menschen entwickeln Li und Yang (1998) einen Fragebogen in Chinesisch mit dem Titel „Generische Lebensqualität Inventar-74 (GQOLI-74)“. Mit GQOLI-74 und SCL-90 (Symptomcheckliste 90) berechnen Ding et al. (2004) die Lebensqualität der Patienten, die an Insomnie (Schlaflosigkeit / Schlafproblemen) leiden. Chen et al. (2005 & 2007) vergleichen die Machbarkeit, Akzeptanz und

Kreuzvalidierung eines chinesischen SF-36 auf dem Recorder der Lebensqualität mit dem SF-36 auf Papier.

In den USA und in Japan gibt es größere chinesische Populationen als in Westeuropa. Aufgrund dieser ethnischen und demographischen Verbindung und den engen Wissenschaftskooperationen sowie vermutlich aus Gründen der Sprache werden vornehmlich amerikanische und japanische Pflegeversicherungen (im Sinne von „long-term care insurance“) in China vorgestellt und miteinander verglichen. Im Zusammenhang seiner Beschreibung der Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland empfiehlt Zhang (2007) das deutsche Modell für China. Zur Entwicklungsstrategie des gesunden Alterns betonen Wen et al. (2017) die Bedeutung medizinischer Versorgung und langfristiger Pflegeversicherung.

Angesichts der zunehmenden Alterung Chinas bietet Liu (2007) eine theoretische Grundlage für die Bewertung der Lebensqualität älterer Menschen und entwickelt einen Mechanismus zur Gewährleistung ihrer besseren Lebensqualität. Zhou et al. (2009) bauen die Indikatoren der Lebensqualität auf und bewerten den Lebenszustand von Menschen in unterschiedlichen Altersstufen oder aus unterschiedlichen Bereichen. Li (2012) analysiert den Lebensstil und die Freizeitbeschäftigungen der über 60-Jährigen in China und in Südkorea. Auf dieser Basis vergleicht sie die Lebensqualität älterer Menschen zwischen diesen beiden Ländern. Li et al. (2016) beschreiben die Lebensqualität im modernen China und ermitteln vier Aspekte der Einflussfaktoren der Lebensqualität – objektive Bedingungen, subjektive Empfindungen, soziale Beziehungen und soziale Mechanismen. Chen und Zeng (2018) bestimmen die Einflussfaktoren für Depression und Angst bei Patienten mit chronischen Wunden und untersuchen die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und Lebensqualität. Cao (2018) erstellt eine Skala zur Beurteilung des Pflegebedarfs von älteren Menschen mit Behinderungen in Pflegeheimen und analysiert die Einflussfaktoren ihres Pflegebedarfs. Zu diesen Faktoren zählen hauptsächlich die Aktivitäten im täglichen Leben, die Arten von Krankheiten, der Erstattungsmodus und das Bildungsniveau der Heimbewohner.

In jüngster Zeit wird sogar der Lebensqualität von Heimbewohnern in China Aufmerksamkeit geschenkt, beispielsweise in der Stadt Shangrao der Provinz Jiangxi (Xu et al. 2019), in den Städten Nanjing und Changzhou der Provinz Jiangsu (Gui et al. 2019), in der Stadt Zhuhai der Provinz Guangdong (Liu et al. 2019), in der Stadt Shenyang der Provinz Liaoning (Li et al. 2019) sowie in der Stadt Shanghai (Wang et al. 2019). In ihren Forschungen wurden mehrere Skalen verwendet. Dazu gehören: Der Fragebogen zu allgemeinen demografischen Merkmalen älterer Menschen, WHOQOL-Bref, SF-36, ADL (Activities of Daily Living), interRAI® LTCF (International Resident Assessment Instrument – Long Term Care Facilities), GDS (Geriatric Depression Scale), CFAI (Comprehensive Frailty Assessment Instrument), CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) und SSRS (Social Support Rating Scale). Jedoch wurde die „subjektive“ Lebensqualität älterer

Menschen in der stationären Pflege (möglicherweise) aufgrund des Mangels an geeigneten Messinstrumenten nicht erfasst.

3) Relevante Literatur auf Deutsch

Unter dieser Kategorie stehen Beispiele der gesundheitswissenschaftlichen Literatur von Rosenbrock (1997) über gemeindenaher Pflege. Mit einem standardisierten elektronischen Lebensqualitäts-Recorder misst Sigle (1995) die Lebensqualität bei Ambulanzpatienten. Mau (1996), sowie Henrich und Herschbach (1998) vergleichen die objektiven Lebensbedingungen mit dem subjektiven Wohlbefinden. Aus einer ökonomischen Sicht analysiert Hastedt (2000) die Lebensqualität in der vollstationären Pflege. Umfassende Darstellungen von psychosozialen Messinstrumenten liegen in Form mehrerer Monografien beispielsweise von Bowling (2001), Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003), sowie McDowell (2006) vor. Zur Erfassung von Lebensqualität führen Angermeyer, Kilian und Matschinger (2000) die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF ein. Wigger und Lustig (2002) legen die Messbarkeit der Lebensqualität in Altenpflegeheimen dar.

Hirsch (2002) beantwortet, inwieweit die Novellierung des Heimgesetzes und das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz bestehende Missstände tatsächlich verringern können. Bartholomeyczik und Halek (2003) diskutieren über das Assessmentverfahren in der Altenpflege. Kruse und Martin (2004) geben einen Überblick über die wichtigsten gerontologischen Theorien, Methoden und Befunde. Sie greifen zugleich aktuelle gesellschaftliche, kulturelle und politische Fragestellungen auf. In der H.I.L.DE.-Studie entwickeln und erproben Becker et al. (2005) ein umfassendes Instrumentarium zur Messung von Lebensqualität bei demenzkranken Heimbewohnern. Schwarz (2006) erforscht die Lebensqualität mit Mikrokontexten von Einflussfaktoren für einzelne Personen, während Eppler (2012) sie mit Makrokontexten von externen strukturellen Faktoren aufklärt. Den Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital und der subjektiven Lebensqualität untersuchen Diewald und Lüdecke (2007). Unter der Fragestellung „Weg ins Heim oder weg ins Heim?“ bildet Burkart (2009) die Lebensläufe von Bewohnern in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe und deren Alltag im Pflegeheim ab. Florian (2010) bewertet die Gedächtnisleistung und Lebensqualität bei Demenzen des Alzheimer Typs.

Die Wirkung von sozialpolitischen Maßnahmen evaluiert Knecht (2010) anhand seiner Ressourcentheorie und zeigt, dass der Wohlfahrtsstaat die „Produktion“ von Lebensqualität verschiedener Bevölkerungsgruppen steuert. Neumayr und Meichenitsch (2011) erklären die Qualitätsunterschiede zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Altenpflegeheimen. Mit Blick auf die pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten beschreiben Zank et al. (2012) die Einflussfaktoren auf den Transfer von der häuslichen in die stationäre Pflege. Perner (2012) erforscht

die Lebensqualität und Zufriedenheit pflegender Angehöriger von verstorbenen krebserkrankten Palliativpatienten. Geraedts et al. (2012) bezeichnen die bis dato hintangestellte subjektive Perspektive der Pflegebedürftigen als „größtes Problem der Qualitätsbewertung“. Zur Beziehung zwischen der Lebensqualität und sozialer Ungleichheit meint Brand (2013), dass wirtschaftliches Wachstum nicht die Problemlösung ist. Das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität „health-related quality of life“ (HRQoL) wird von Kramer, Furi und Stute (2014) beleuchtet, eine Auswahl von Instrumenten zur Erfassung der HRQoL wird vorgestellt und der Einbezug von objektiv gemessenen Parametern diskutiert.

Bullinger (2014) gibt einen Rückblick auf fast 40 Jahre Lebensqualitätsforschung und kommt zu dem Ergebnis, dass trotz der weiterhin noch unbefriedigenden theoretischen Fundierung sich die Methodik der Lebensqualitätsforschung nicht nur hinsichtlich der Zahl, sondern auch der Qualität der Messinstrumente positiv entwickelt habe. Auch Hellenthal (2014) liefert einen Überblick über das komplexe Zusammenspiel der subjektiven und objektiven Faktoren der Lebensqualität im Alter in Verknüpfung mit dem persönlichen Altersbild. Mit der Care-Dependency-Scale zur Erfassung der Pflegeabhängigkeit, der Cognitive-Performance-Scale zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit und dem Resident-Quality-of-Life-Fragebogen gewinnen Sommerhalder et al. (2015) wichtige Daten zur Pflegequalität in der Schweiz. Dazu berücksichtigen sie beide Perspektiven, und zwar die Einschätzungen und Wahrnehmungen zur Pflegequalität sowohl von dem Fachpersonal als auch von den Pflegeheimbewohnern.

Zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zieht Pichler (2015) Daten zu körperlichen Beeinträchtigungen, zur Zufriedenheit mit dem Schlaf, zu körperlichen Aktivitäten und zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes als wichtige Indikatoren heran. Müller und Gärtner (2016) fassen Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen zusammen. Schübel (2016) ermittelt die diskursive Konstruktion des medizinischen Wissens über Lebensqualität. Jambalaya (2017) exploriert, wie die subjektive Zufriedenheit von über 50-Jährigen durch die körperliche Aktivität beeinflusst wird. Eine Studie von Tretbar et al. (2018) repräsentiert die erste psychiatrische Analyse der subjektiven Lebensqualität und Depression bei Hörgeschädigten in Deutschland. Im „Pflege-Report 2018“ (Jacobs et al. Hrsg.) erläutert Weidekamp-Maicher (2018) den Begriff der Lebensqualität und gibt einen Einblick in ausgewählte Ansätze der Lebensqualität in der stationären Pflege. Anhand von Beispielen aus anderen Ländern zeigt dieser Betrag zudem verschiedene Möglichkeiten der Entwicklung und Implementierung neuer Instrumente, reflektiert allerdings auch die Chancen und Risiken der politischen Instrumentalisierung des Konzeptes.

Die Durchsicht der vorliegenden Literatur zeigt, dass die im Rahmen dieser

Dissertation zu bearbeitender Fragestellung¹⁹ bislang zwar in einigen Bereichen vorbereitet und angelegt wird, aber noch nicht umfassend behandelt worden ist – weder auf der Mikroebene noch auf der Makroebene. Diesem Forschungsbedarf soll mit dieser Dissertation anhand einer kulturvergleichenden Untersuchung von Angaben zur subjektiven Lebensqualität bei deutschen und chinesischen Heimbewohnern nachgegangen werden.

¹⁹ Siehe dazu Kapitel 1.2 „Fragestellung“.

1.4 ZIELSETZUNG

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1997) gibt eine Definition der Lebensqualität: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“ Nach Franz Porzsolt lautet die neue Definition der Lebensqualität (Frech 2010: 14): „Lebensqualität ist die Differenz zwischen dem Sollwert und dem Istwert, wobei der Sollwert die Ansprüche des Menschen ausdrückt und der Istwert die Realität. Ist die Differenz sehr groß, ist die Lebensqualität schlecht. Ist die Differenz gering, ist die Lebensqualität gut.“

Bereits diese Auswahl an Definitionsversuchen macht die Vielschichtigkeit des Lebensqualitätskonzepts deutlich (Schäfers 2008: 27). Einige Wissenschaftler gehen davon aus, dass die Einschätzung der eigenen Lebensqualität nach sehr subjektiven Kriterien erfolgt, die sich kaum standardisiert erfassen lassen. Andere sprechen davon, die individuelle Lebensqualität habe weitgehend ein je nach Temperament individuell vorgegebenes Maß, zu dem das Individuum nach kurzfristigen Veränderungen zurückkehre (Frank 2007: 11). Viele Forschungsarbeiten der letzten Jahre erkennen zunehmend starke statistische Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und den äußeren Faktoren. Demnach scheint es möglich, eine Steigerung der subjektiven Lebensqualität durch Verbesserung äußerer Faktoren zu beeinflussen (Layard 2003), und diese zumindest bei einigen Personen auch über längere Zeiträume zu stabilisieren.

Darüber hinaus wird in der wissenschaftlichen Diskussion darauf hingewiesen, dass subjektive Lebensqualität mehr bedeutet als die Gesamtheit ähnlicher Begriffe wie Lebenszufriedenheit, Glück, Wohlbefinden, Wohlfahrt oder Lebensstandard. All diese Begriffe werden häufig synonym gebraucht und können daher als integrale Bestandteile von Lebensqualität betrachtet werden (Ryff 1989; Rupprecht 1993; Mayring 1991 & Schäfers 2008). Dennoch sind weitere Studien erforderlich, bei denen geeignete Messinstrumente verwendet werden, um weitere Faktoren, und insbesondere kulturspezifische Faktoren, für die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege zu untersuchen.

Als grundlegendes Postulat der vorliegenden Dissertation gilt die Annahme, dass der Einschätzung der subjektiven Lebensqualität aus der persönlichen Perspektive der Betroffenen ein größeres Gewicht beigemessen werden sollte. Heimbewohner sind nach meiner Auffassung in derartigen Fragen Spezialisten in eigener Sache und letztendlich können sie am besten feststellen, was sie unter Lebensqualität verstehen und damit auch in wichtigen Teilen, bis zu welchem Grad die Voraussetzungen zur Realisierung

ihre Ansprüche erfüllt sind.

In der laufenden Qualitätsdebatte kommt ihren Werturteilen jedoch bisher nur eine marginale Rolle zu (Schenk et al. 2010: 8). Weil sich die Lebensqualität weder auf subjektive noch objektivierbare Faktoren reduzieren lässt, muss sichergestellt werden, dass beide Perspektiven angemessen in die Beurteilung jedes Falles einfließen.

Das Bestreben dieser Dissertation ist es daher, die Heimbewohner selbst stärker in den Fokus zu rücken und ihren subjektiven Urteilen ein größeres Gewicht in den aktuellen Qualitätsdebatten beizumessen.

Von der geplanten kulturellen Vergleichsuntersuchung ist zu erwarten, dass die spezifisch subjektiven Motive der Lebensqualität sowie ihres Ausdrucks genauer verstanden werden können. Gegenstand dieser Dissertation ist ein wissenschaftlicher Beitrag zur Erfassung (Operationalisierung, Messung und Analyse) der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China. Damit wird die Basis der Forschung zur Lebensqualität erweitert. Dementsprechend verfolgt diese Dissertation drei Ziele.

- Kulturspezifische Adaptierung des Messinstrumentariums QUISTA: Aufbauend auf Forschungen, an denen ich in Deutschland teilnehmen konnte (Projekt QUISTA, Schenk et al. 2013), wird das dort entwickelte Instrumentarium (Fragenbogen und Kartenspiel) QUISTA (= Messung der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege in Deutschland) für den chinesischen Sprachraum (QUISTA-C) kulturell adaptiert.
- Kulturspezifische Anpassung, Optimierung, Finalisierung und Validierung des Messinstrumentariums QUISTA-C: In einem zweiten Schritt wird die subjektive Lebensqualität einer anfallenden Stichprobe von älteren selbstauskunftsfähigen Heimbewohnern in China (Dalian und Shanghai) mit dem chinesisch-sprachigen Instrumentarium QUISTA-C (= Messung der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege in China) anhand einer Querschnittsanalyse erhoben. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse der deutschen Studie mit den in China erhobenen Daten sowohl statistisch als auch kulturell verglichen.
- Ergänzung: Schließlich werden mittels mehrerer in China (Beijing und Shanghai) und Deutschland (Dresden und Berlin) durchgeführter Experteninterviews Schlussfolgerungen untersucht. Auf dieser Grundlage werden Vorschläge zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China formuliert.

Zusammenfassend verfolgt diese Dissertation das Ziel, zu zeigen, dass mit der Fokussierung der subjektiven Perspektive das Lebensqualitätskonzept auf der Mikroebene durch Kriterien für die Weiterentwicklung des Unterstützungssystems (Gesundheitspolitik) und der Organisation der Hilfen

(Pflegeeinrichtungen) unter Einbeziehung der Sicht der Betroffenen (Heimbewohner) bereichert wird und auf der Makroebene einen mehrdimensionalen Betrachtungsrahmen für eine umfassende Analyse der Lebenslagen älterer Menschen in der stationären Pflege liefert.

2 GRUNDLAGEN DER ENTWICKLUNG VON QUISTA-C

2.1 DARSTELLUNG DES PROJEKTES *QUISTA*

Die vorliegende Dissertation entstand in engem Kontakt zum Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, mit dem Ziel, ein dort entwickeltes Messinstrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen, die in Deutschland Langzeitpflegeeinrichtungen leben, auf chinesische Verhältnisse zu übertragen.

2.1.1 Einleitung

Unter der Leitung von Adelheid Kuhlmei und Liane Schenk wurde im Zeitraum vom Ende 2008 bis zum Anfang 2013 für die Untersuchung der subjektiven Lebensqualität von alten Menschen, die sich in der stationären Pflege befanden, das Instrumentarium „QUISTA“²⁰ entwickelt. Dieses Forschungsprojekt wurde vom Paritätischen Wohlfahrtsverband e.V. – Landesverband Berlin und später vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gefördert. Im Kontakt mit Frau Kuhlmei entstand die Idee, das Instrumentarium QUISTA als Basis für eine analoge Lebensqualitätsstudie in China zu nutzen. Ein wissenschaftlicher Mitarbeiter des Projektteams, Roger Meyer, unterstützte mich dankenswerterweise bei der Entwicklung meiner Projektideen.

Um die für die stationär untergebrachten Heimbewohner relevanten Dimensionen der Lebensqualität zu erfassen wurden in dem Berliner Projekt zunächst teilnehmende Beobachtungen realisiert und narrative Interviews mit Heimbewohnern zu Fragen der Lebensqualität durchgeführt. So sollte mit einem induktiv durchgeführten, partizipativen Forschungsansatz gesichert werden, dass die Befragten die für sie relevanten Lebensbereiche benennen können, auf denen ihre subjektive Lebensqualität beruht. Das neu zu entwickelnde Erhebungsinstrumentarium sollte nicht nur Zustimmungswerte zu vorab festgelegten Lebensqualitätskriterien erfassen, sondern die für die Lebensqualität der Heimbewohner subjektiv relevanten Qualitätskriterien abbilden (induktives Vorgehen).

²⁰ Das Akronym „QUISTA“ steht für „die subjektive Lebensqualität in der stationären Pflege“.

QUISTA hat somit den Anspruch, die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Meinungen von Heimbewohnern systematisch zu erschließen, sowie auf diesem Weg den Veränderungsbedarf und die Verbesserungspotentiale in der Versorgung / Pflege zu ermitteln.

2.1.2 Besonderheiten

Heimbewohner besitzen aufgrund unterschiedlicher biographischer Erfahrungen unterschiedliche Bedürfnislagen, die sich in unterschiedlichen Prioritätensetzungen und damit auch unterschiedlichen zentralen Qualitätskriterien niederschlagen (Gebert & Kneubühler 2003; Lang et al. 2007: 109-120; Kelle et al. 2008: 163-193). Individuelle Qualitätsurteile sind demnach sehr stark abhängig von der Erfüllung jener Lebensbereiche, die als zentral für die Erreichung persönlicher Lebensziele betrachtet werden (Oishi et al. 2001: 157-184; BMFSFJ, 2002).

Im Rahmen des Forschungsprojektes QUISTA bestimmten die befragten Heimbewohner in ihrer Selbstperspektive, welche Bedeutung die jeweiligen angesprochenen Lebensbedingungen für sie haben und wie zufrieden sie mit diesen sind. Aus dieser subjektiven Sichtweise wurden persönlich bereichsspezifische Beurteilungen ermöglicht. Bereiche, die für die Lebensqualität von Heimbewohnern bedeutsam sind, gehen dabei über solche Aspekte hinaus, die die Pflege und Gesundheit betreffen.

Bisher vorliegende Verfahren zur Erfassung zentraler Dimensionen der Lebensqualität folgen eher einem deduktiven Vorgehen. Lebensqualität, so ist zu vermuten, wird dadurch eher zu einer Konstruktion von Experten und wird theoriegeleitet über vorgegebene Indikatoren erfasst (Schenk et al. 2010: 14). Das Erhebungsinstrumentarium QUISTA folgte einem umgekehrten Weg: Es sollte empirisch-induktiv entwickelt werden. Das heißt, in einer qualitativen Teilstudie wurden die individuellen Lebensqualitätskriterien eruiert beziehungsweise rekonstruiert, die sowohl direkt als auch indirekt vom Heim beeinflussbar sind und in diesem Fragebogen QUISTA aufgenommen wurden.

Um auch tatsächlich die subjektiv bedeutsamen Lebensqualitätskriterien der Heimbewohner erfassen zu können, galt es auch, erwünschte Antworttendenzen bei der Beurteilungen der Zufriedenheit im Heim zu vermeiden und einzubeziehen, dass die Langzeitbewohner ja in Pflegeeinrichtungen leben, die Charakteristika von den „totalen Institutionen“ aufweisen (vergleiche Goffman 1981; Heinzelmann 2004).

Aus anwendungspraktischen Gründen musste die Anwendbarkeit des Befragungsinstrumentariums QUISTA auf einen Teil der Heimpopulation eingeschränkt werden – so wurden Personen mit schweren dementiellen Erkrankungen ausgeschlossen (Schlimper et al. 2010: 56-62). Sofern sie sich

nicht mehr klar vermitteln konnten. Ansonsten gab es **drei Einschlusskriterien** für die Face-to-Face-Interviews:

- Dauerhafte Wohnhaft in einem teilnehmenden Pflegeheim;
- Einverständnis über Teilnahme am Interview;
- Fähigkeit, sich verbal auszudrücken.

Weiterhin wurde für alle Items ein einheitliches Antwortformat festgelegt, das Urteile sowohl für die Beurteilung der Ist-Situation wie auch für die Soll-Ebene ermöglichen sollte. Das eingesetzte einheitliche Antwortformat ist eine fünfstufige Ratingskala mit den Antwortkategorien „nie, selten, manchmal, oft, immer“. Bei diesen Kategorisierungen handelt es sich um alltagssprachlich verankerte Kategorien, wodurch das Interview weniger „künstlich“ auf die Studienteilnehmer wirkt (Meyer 2013a: 23).

2.1.3 Aufbau

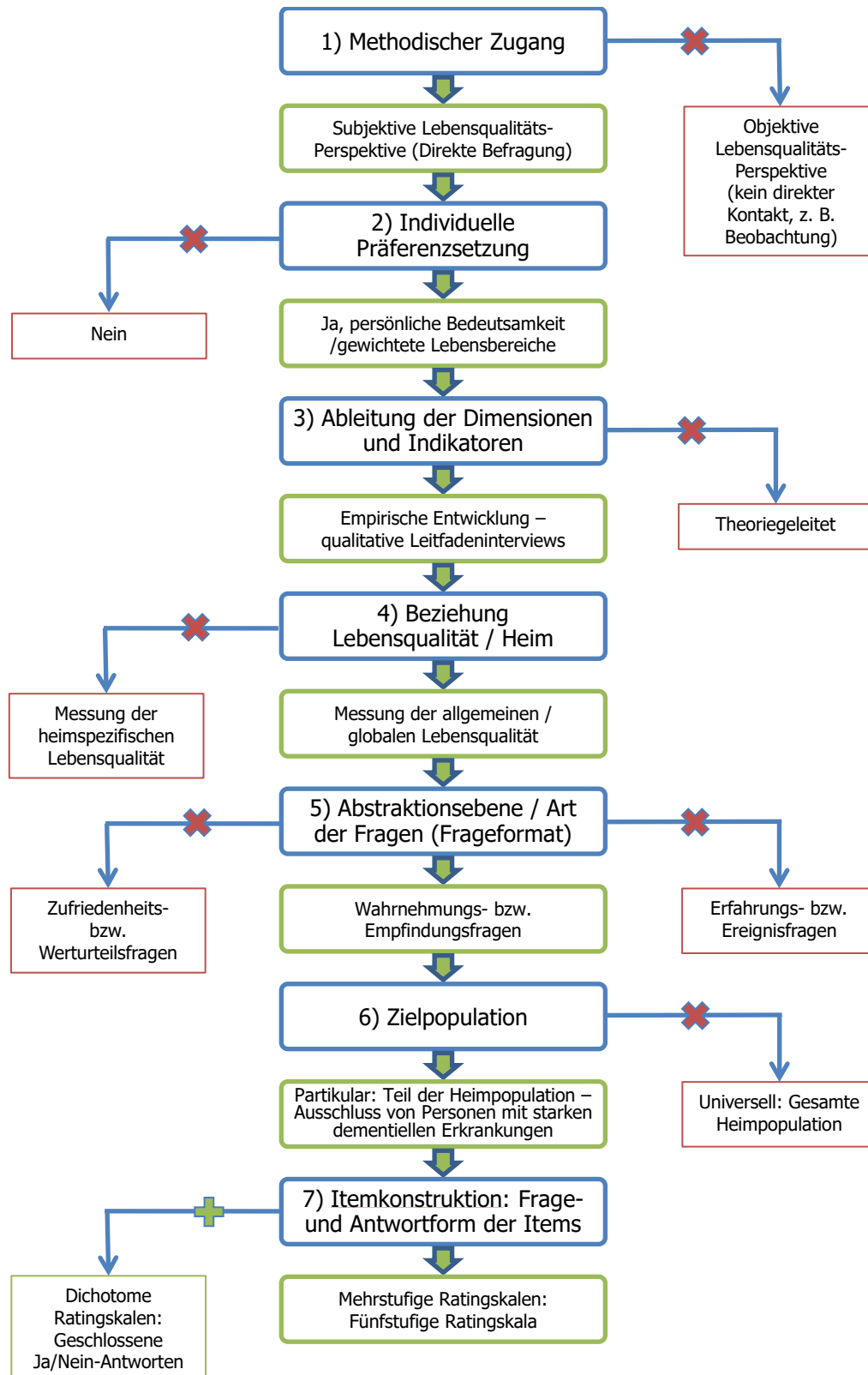
Grundlegendes Konstruktionsprinzip des Befragungsinstrumentariums QUISTA ist eine Gegenüberstellung von durch den Heimbewohner bewerteten und gewichteten Facetten der Lebensqualität – also seiner individuellen Präferenzen beziehungsweise Abneigungen (Soll-Zustand) – mit der subjektiv erlebten Zufriedenheit hinsichtlich ebendieser Facetten (Ist-Zustand) (Schlimper et al. 2010: 56-62).

Die folgende Abbildung 2-1 zeichnet die wichtigsten methodischen Weichenstellungen bei der Entwicklung des Erhebungsinstrumentariums QUISTA nach.

Dies Instrumentarium QUISTA wurde so konstruiert, konzipiert und optimiert, dass es der forschungsbezogenen Akzentsetzung folgt, die subjektive Lebensqualität von Heimbewohnern quantitativ messbar macht und zusätzlich qualitative Informationsanteile besitzt. In Ergänzung zu qualitativen Verfahren bietet dies den Vorteil einer höheren Standardisierung in der Durchführung, eines geringeren Aufwandes in der Datenanalyse, einer besseren Vergleichbarkeit zwischen Individuen und Institutionen, der Ermittlung von zahlenmäßigen Relevanzen sowie der Möglichkeit von Zusammenhangsanalysen (Schenk et al. 2010: 96).

Abbildung 2-1

Überblicksgraphik der gewählten Bausteine bei der Entwicklung von QUISTA



Anmerkung. Quelle: Schenk, L. et al. (2010). *Lebenswelt Pflegeheim – Konzeptualisierung, Messung und Analyse von Lebensqualität in der stationären Pflege (QUISTA)*. Arbeitsbericht, S. 9-22. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

2.1.4 Optimierung

Das methodische Vorgehen des Forschungsprojektes zum QUISTA teilte sich in drei aufeinander aufbauende Phasen auf: 1) Entwicklung des Prototyps; 2) Pretest und Expertenrunde; 3) Validierungsstudie. Während des Forschungsprozesses des Erhebungsinstrumentariums wurde der Fragebogen QUISTA mehrmals adaptiert und optimiert.²¹

Um die Durchführung der Befragung zu erleichtern, ist dieses Instrument als einheitliche Fragenbatterie²² und Antwortbatterie (Ratingskala) konzipiert. Für eine hinreichende Diskriminanzvalidität zwischen der Soll-Ebene und der Ist-Ebene wurden die Items so gestaltet, dass der idealtypische Charakter stärker zum Ausdruck kommt. Das heißt, statt der Frage *„Ist es Ihnen wichtig, dass...“* wurde über alle Items das Frageformat *„Wünschen Sie sich, dass...“* verwendet. Inhaltlich wurde über diese Abfrage ein Mangel beziehungsweise ein Wunsch nach mehr abgefragt, der eine Relevanzsetzung ermöglichte (Schenk et al. 2012a: 9).

Um die Ausschöpfungsquote an brauchbaren Antworten zusätzlich zu erhöhen, wurde im Frageformat des Fragebogens QUISTA den Studienteilnehmern ein zeitlicher Anker geliefert. Der zeitliche Rahmen beträgt hierbei immer zwei Wochen. Der Zeitraum wurde so gewählt, dass er einerseits lang genug ist, um das interessierende Ereignis zu erfassen und andererseits kurz genug ist, um die Erinnerungsleistung der Studienteilnehmer nicht zu überfordern. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise die Frage *„Gehen Sie spazieren?“* durch die Aussage *„In den letzten zwei Wochen bin ich an der frischen Luft gewesen.“* ersetzt (Schenk et al. 2012a: 9).

Um die einzelnen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität im Heim einem Ranking (Soll-Ebene) zu unterziehen, beziehungsweise um die Präferenzstrukturen (Wunsch-Ebene) der Heimbewohner erheben zu können, wurde zusätzlich zum Fragebogen noch ein Kartenspiel entwickelt (vergleiche Tabelle 2-1). Es gab noch eine Karte mit der Nummer 8 *„Die Pflegekräfte nehmen sich viel Zeit für mich“*, die nach der Optimierung in der Finalversion des Fragebogens QUISTA weggelassen wurde. Denn ihre Bedeutung wird von anderen drei Karten jeweils mit Nummern 7, 12 und 14 miterfasst.

²¹ Vergleiche Anhang 11.1 „QUISTA – Finalversion“, Anhang 11.3 „QUISTA – zweite Fassung“ und Anhang 11.4 „QUISTA – vierte Fassung“.

²² Eine Fragebatterie oder Fragen-Matrix bezeichnet in schriftlichen Umfragen mehrere Fragen oder Aussagen mit einem identischen Satz von Antwortmöglichkeiten.

Tabelle 2-1

Kartenspiel – Besonders wichtige Lebensbereiche nach QUISTA

<u>Nr. 1</u> An der frischen Luft sein	<u>Nr. 2</u> Kontakt zu Freunden, die nicht hier im Heim wohnen	<u>Nr. 3</u> Ein schönes Zimmer	<u>Nr. 4</u> Freundlicher Umgang unter den Bewohnern
<u>Nr. 5</u> Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben	<u>Nr. 6</u> Der Kontakt zu meiner Familie	<u>Nr. 7</u> Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich	<u>Nr. 9</u> „Nein“ sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte
<u>Nr. 10</u> Interessante Beschäftigungs-Angebote	<u>Nr. 11</u> Selbst über meinen Tagesablauf entscheiden	<u>Nr. 12</u> Im Heim über alles gut informiert zu werden	<u>Nr. 13</u> Leckerer Essen
<u>Nr. 14</u> Guter Kontakt zu den Pflegekräften	<u>Nr. 15</u> Meine Gesundheit	<u>Nr. 16</u> Etwas Sinnvolles tun	<u>Nr. 17</u> Ruhe

Anmerkung. Quelle: Schenk, L. et al. (2012a). *Messung und Analyse subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege unter Einbeziehung älterer Ehrenamtlicher – Validierung eines neuen Fragebogens zur Lebensqualität (QUISTA)*. Arbeitsbericht, S. 39. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

2.1.5 Dimensionen

In stationären Pflegeeinrichtungen wurden insgesamt zehn verschiedene Oberdimensionen der Lebensqualität von den befragten Heimbewohnern subjektiv als zentral erlebt und ermittelt (Schenk et al. 2010: 4-6):

1) Austausch mit anderen / soziale Kontakte

Diese Dimension ist in ihrer inneren Struktur komplex und vielfältig. Sie umfasst die Ausgestaltung sozialer Beziehungen der Heimbewohner, wie zum Beispiel die Qualität der Kontakte mit dem Pflegepersonal und Heimbewohnern untereinander. Außerdem gehört hierzu die Binnenwirkung äußerer Beziehungen, wie regelmäßige Kontakte zur eigenen Familie und Besuche der Freunde. Diese soziale Dimension bildet einen wichtigen Faktor

für die Einschätzung der Lebensqualität.

2) Gesundheit

In Bezug auf Gesundheit und Krankheit spielt (in den Aussagen der deutschen Kohorten) die Mobilität für Heimbewohner eine herausragende Rolle. Sie ist ein wichtiger Faktor für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und wird als eine Voraussetzung gesehen, die verbleibenden Jahre erfüllt leben zu können. Die Themen „Schlaf“ und „physischer Schmerz“ sind zwei immer wieder angesprochene Punkte. Zu einem gesunden Körper gehören auch intakte geistige Fähigkeiten. Hier zeigt sich eine bestimmte subjektive Selektion, bei der zum Beispiel Essen, Spiritualität und Sexualität nicht prominent genannt werden, die aus objektiver Sicht zu erwarten wären.

3) Selbstbestimmung / Autonomie

Gegenüber den Kindern gewinnen die Heimbewohner durch den Verzicht auf eine eigenständige Versorgung zu Hause ein Stück Selbstbestimmung zurück, während das Gefühl der Selbstbestimmung auf einer weiteren Ebene das Verhältnis zum Pflegepersonal betrifft.

4) Sicherheit / sich sicher fühlen

Dies bedeutet zum einen sich auf einer wirtschaftlichen Ebene versorgt und abgesichert zu fühlen. Zum anderen, auf einer gesundheitsbezogenen Ebene bedeutet dies, sich sicher und behütet zu fühlen.

5) Abwechslung, Beschäftigung und Aktivität erleben

Vom Heim angebotene Veranstaltungen – beispielsweise die Feier des Frauentages und Festivitäten wie Weihnachten oder Geburtstagsfeste – besitzen nicht nur eine Unterhaltungsfunktion, sondern erlauben auch es, sich einer größeren Gruppe zugehörig zu fühlen und die Eintönigkeit des Alltags aufzubrechen. Auch vermögen Ausflüge und Spaziergänge es Heimbewohnern, den Heimalltag zu beleben.

6) Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten

Dieser Aspekt bedeutet für Heimbewohner, Informationen und Auskünfte zu erhalten, über Wichtiges benachrichtigt und beraten zu werden, informiert und mündig zu sein, und auch ganz alltäglich darüber Bescheid zu wissen, was es für Neuigkeiten im Heim gibt oder welche Veranstaltungen angeboten werden.

7) Scham / Intimsphäre

Sowohl das Verhalten der Pflegekräfte als auch jenes der anderen Heimbewohner können in diesem Kontext dazu führen, dass die

Heimbewohner ihre Intimsphäre als bedroht erleben. Es geht um vier Bereiche der Intimsphäre: Körpernahe Bereiche betreffen den Toilettengang und die Körperpflege, körperferne Bereiche das Essen und den privaten Lebensraum. Übertritte in die Intimsphäre sind mit unangenehmen Gefühlen wie Scham und Ekel assoziiert und unterliegen häufig einer Tabuisierung (Behr et al. 2013: 1-6).

8) Ruhe – Privatsphäre / Ruhe erleben

Ruhe steht in Verbindung mit dem Bedürfnis, nicht nur eine Geräuschstörung zu vermeiden, sondern noch wichtiger, sich in private Räume zurückziehen und Stress vermeiden zu können. Eine weitere wichtige Bedeutung des Konzeptes der „inneren Ruhe“ liegt für Heimbewohner darin, keine zu großen Anstrengungen zu unternehmen, „es ruhig angehen zu lassen“, sein eigenes Aktivitätsniveau zu bestimmen, auch einmal nichts zu unternehmen oder zu tun (müssen).

9) Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun

Sinn kann über eine Tätigkeit hergestellt werden, durch die sich die Bewohner nützlich fühlen und / oder die ihnen Freude, Genuss beziehungsweise ein positives Gefühl vermittelt. Schon Akte der Anerkennung, der Beachtung und Wertschätzung aber auch des Respekts der Privatsphäre können hierzu beitragen.

10) Sich heimisch fühlen

Das Gefühl, heimisch zu sein kann so beschrieben werden: Man ist an eine vertraute Umgebung gebunden, in der man einen Großteil seines Lebens verbracht hat und noch Freunde und Bekannte leben; die Nähe von nahen Verwandten, auch wenn diese an einem anderen Ort als man selbst zuvor leben; das eigene Zimmer mit vertrauten Möbeln und Fotos; einfach ein Gespür der Geborgenheit. In diesem Rahmen kann ein Mensch sich an prägende Momente seines Lebens erinnert fühlen und sich dadurch leichter orientieren.

Diese zehn Oberdimensionen subjektiver Lebensqualität in stationärer Pflege weisen in der Abbildung 2-2 gezeigte 25 rekonstruierte Unterdimensionen auf. Zum Zweck der Vereinfachung und leichten Durchführbarkeit wurden bei der Konstruktion des vorgenannten Kartenspiels nicht alle 25 Unterdimensionen sondern 16 Unterdimensionen integriert²³, welche die Dimensionen von Lebensqualität des Fragebogens symbolisieren und Piktogramme zur Visualisierung enthalten.²⁴ Dabei wurde jedoch darauf geachtet, dass jede der zehn Oberdimensionen durch mindestens eine Karte abgedeckt wird.

²³ Siehe dazu Tabelle 2-1 „Kartenspiel – Besonders wichtige Lebensbereiche nach QUISTA“.

²⁴ Vergleiche Anhang 11.6 „QUISTA-C – Testversion (2. F.)-Anhang“.

Abbildung 2-2

Übersicht über zehn Oberdimensionen und 25 Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege nach QUISTA

Austausch mit anderen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Familie hat Zeit <input type="checkbox"/> Kontakt zu Pflegekräften <input type="checkbox"/> Bewohner sind freundlich zueinander <input type="checkbox"/> Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten <input type="checkbox"/> Kontakte mit Freunden außerhalb Heim <input type="checkbox"/> Gefühle Einsamkeit 	Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guter Schlaf <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Angst vor geistigen Einbußen <input type="checkbox"/> Mobilität/Selbstständigkeit 	Selbstbestimmung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Von Pflegekräften ernst genommen werden <input type="checkbox"/> Selbst über den Tagesablauf entscheiden 	Sicherheit <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sich sicher und behütet fühlen <input type="checkbox"/> Finanzielle Absicherung 	Beschäftigung, Aktivität <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten <input type="checkbox"/> An der frischen Luft sein
Versorgung und Fürsorge <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pflegekräfte haben Zeit <input type="checkbox"/> Gut informiert sein <input type="checkbox"/> Leckeres Essen <input type="checkbox"/> Art der Pflege 	Scham <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intimsphäre 	Ruhe und Privatsphäre <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ruhe 	Sinnvolles tun <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zeit sinnvoll verbringen 	Sich heimisch fühlen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mein Zimmer <input type="checkbox"/> Heimisch fühlen

Anmerkung. Quelle: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen.* Arbeitsbericht, S. 5. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Das Forschungsprojekt QUISTA bietet die Möglichkeit, die Bewertung der zehn Oberdimensionen beziehungsweise 25 Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege auf Basis von Item-Paaren zu berechnen (Meyer 2013b: 3). Diese Paare bestehen jeweils aus einem Item auf der Soll-Ebene (Wünschenswerter Zustand bezüglich der Dimensionen) und dem damit verknüpften Item auf der Ist-Ebene (Wahrnehmungen des jetzigen Zustands).

2.1.6 Konzeptualisierung

Der Fragebogen QUISTA besteht aus 27 Items auf der Ist-Ebene und 21 Items auf der Soll-Ebene.²⁵ Bei den vier Bereichen „Schmerz“, „Angst vor geistigen Einbußen“, „Intimsphäre“, sowie „sich heimisch fühlen“ wurden Items auf der Soll-Ebene nicht gestellt, weil sie selbstverständlich sind. Denn nicht nur der Heimbewohner, sondern jeder Mensch will keinen Schmerz, keine Angst vor geistigen Einbußen und meistens Intimsphäre haben, sowie

²⁵ Siehe dazu Anhang 11.1 „QUISTA – Finalversion“.

sich meistens heimisch fühlen können. Beim Bereich „Sinnvolles tun“ wurden drei Items zur Ist-Ebene wegen seines Gewichtes gegenüber einem Item zur Soll-Ebene gesetzt. Außerdem wurden die Items so überarbeitet, dass diese nunmehr die intendierten Inhalte bestmöglich wiedergeben und gleichzeitig eine praktikable Umsetzung erlauben. Um eine defizitorientierte Betrachtungsweise zu verhindern, wurden die Items wenn möglich positiv formuliert (Meyer 2013a: 10).

Der Fragebogen QUISTA kann sowohl einzelne Bewertungen wie auch Erwartungen in Bezug auf verschiedene Aspekte der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern adäquat abbilden. Mittels insgesamt 48 Items wurde jede der 10 / 25 rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA wie folgt konzeptualisiert.

Tabelle 2-2

Konzeptualisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA

Items auf der Ist-Ebene	Items auf der Soll-Ebene	Lebensbereich
„In den letzten zwei Wochen ...“ (F001a) & „Wie ist das bei Ihnen?“ (F001b)	„Wünschen Sie sich, dass ...“ (F002)	Rekonstruierte Unterdimension
① Austausch mit anderen / soziale Kontakte		
1)-F001ah ... hatte meine Familie Zeit für mich.	1)-F002h ... Ihre Familie mehr Zeit für Sie hat.	1) Familie hat Zeit
2)-F001be Ich habe guten Kontakt zu den Pflegekräften.	2)-F002k ... Ihr Kontakt zu den Pflegekräften besser ist.	2) Kontakt zu den Pflegekräften
3)-F001bd Hier im Heim sind die Bewohner freundlich zueinander.	3)-F002f ... die Bewohner hier etwas freundlicher zueinander sind.	3) Bewohner sind freundlich zueinander
4)-F001af ... habe ich mich mit anderen Bewohnern interessant unterhalten können.	4)-F002e ... es hier mehr Bewohner gibt, mit denen Sie sich interessant unterhalten können.	4) Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten
5)-F001ag ... habe ich Kontakt zu Freunden und Bekannten gehabt, die nicht hier im Heim wohnen.	5)-F002g ... Sie mehr Kontakt zu Freunden oder Bekannten haben, die nicht hier im Heim wohnen.	5) Kontakt zu Freunden und Bekannten, die nicht im Heim wohnen
6)-F001aj ... habe ich mich einsam gefühlt.	6)-F002i ... Sie näheren Kontakt zu anderen Menschen haben.	6) Kontakt zu anderen Menschen / gefühlte Einsamkeit
② Gesundheit		

Items auf der Ist-Ebene	Items auf der Soll-Ebene	Lebensbereich
„In den letzten zwei Wochen ...“ (F001a) & „Wie ist das bei Ihnen?“ (F001b)	„Wünschen Sie sich, dass ...“ (F002)	Rekonstruierte Unterdimension
7)-F001aa ... habe ich gut geschlafen.	7)-F002c ... Sie besser schlafen können.	7) Schlaf
8)-F001ab ... hatte ich Schmerzen	–	8) Schmerzen
9)-F001ao ... hatte ich Angst, vergesslich zu werden.	–	9) Angst vor geistigen Einbußen ²⁶
10)-F001bh Ich bin auf die Hilfe der Pflegekräfte angewiesen.	8)-F002u ... Sie selber noch mehr Dinge ohne fremde Hilfe tun können.	10) Mobilität / Selbstständigkeit
③ Selbstbestimmung / Autonomie		
11)-F001bf Ich fühle mich von den Pflegekräften ernst genommen.	9)-F002r ... Sie von den Pflegekräften ernster genommen werden.	11) Von Pflegekräften ernst genommen werden
12)-F001an ... habe ich über meinen Tagesablauf selbst bestimmt.	10)-F002o ... Sie stärker selbst über Ihren Tagesablauf entscheiden.	12) Selbst über den Tagesablauf entscheiden
④ Sicherheit / sich sicher fühlen		
13)-F001bg Wenn ich Hilfe brauche, dann kümmert man sich hier um mich.	11)-F002j ... Pflegekräfte Ihnen stärker bei den Sachen helfen, die Sie selbst nicht mehr tun können.	13) Sich sicher und behütet fühlen
14)-F001bi Ich mache mir finanzielle Sorgen.	12)-F002t ... Sie finanziell besser abgesichert sind.	14) Finanziell abgesichert sein
⑤ Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben		
15)-F001bc Hier gibt es interessante Beschäftigungsmöglichkeiten für mich.	13)-F002n ... es interessantere Beschäftigungsmöglichkeiten gibt.	15) Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten
16)-F001ac ... bin ich an der frischen Luft gewesen.	14)-F002m ... Sie öfter mal die Möglichkeit haben, an der frischen Luft zu sein.	16) An der frischen Luft sein
⑥ Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten		
17)-F001ai ... konnten sich die Pflegekräfte Zeit für mich nehmen.	15)-F002l ... sich die Pflegekräfte mehr Zeit für Sie nehmen könnten.	17) Pflegekräfte können sich Zeit nehmen

²⁶ Mit „geistigen Einbußen“ sind zum Beispiel Funktionsverlust oder Kontrollverlust gemeint.

Items auf der Ist-Ebene	Items auf der Soll-Ebene	Lebensbereich
„In den letzten zwei Wochen ...“ (F001a) & „Wie ist das bei Ihnen?“ (F001b)	„Wünschen Sie sich, dass ...“ (F002)	Rekonstruierte Unterdimension
18)-F001am ... ist es vorgekommen, dass man mich über wichtige Heimangelegenheiten nicht informiert hat.	16)-F002q ... Sie besser über wichtige Heimangelegenheiten informiert werden.	18) Über Heimangelegenheiten gut informiert sein
19)-F001ad ... hat mir das Essen geschmeckt.	17)-F002d ... das Essen besser schmeckt.	19) Essen hat geschmeckt
20)-F001ap ... wurde die Pflege so durchgeführt wie ich mir das wünsche.	18)-F002s ... die Pflege hier in anderer Weise durchgeführt wird.	20) Art der Pflege
⑦ Scham / Intimsphäre		
21)-F001aq ... gab es Situationen, in denen ich mich geschämt habe.	–	21) Intimsphäre
⑧ Ruhe und Privatsphäre erleben		
22)-F001ae ... fühlte ich mich in meiner Ruhe gestört.	19)-F002b ... Sie hier mehr Ruhe haben.	22) Ruhe
⑨ Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun		
23)-F001bj Ich verbringe meine Zeit sinnvoll. 24)-F001ak ... war mir langweilig. 25)-F001al ... habe ich Dinge getan, die mir Freude bereitet haben.	20)-F002p ... Sie Ihre Zeit sinnvoller verbringen können.	23) Zeit sinnvoll verbringen
⑩ Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung		
26)-F001ba In meinem Zimmer fühle ich mich wohl.	21)-F002a ... Sie Ihr Zimmer anders einrichten können.	24) Mein Zimmer
27)-F001bb Ich fühle mich zu Hause hier im Heim.	–	25) Sich heimisch fühlen

Anmerkung. Quelle: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht, S. 4-5. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

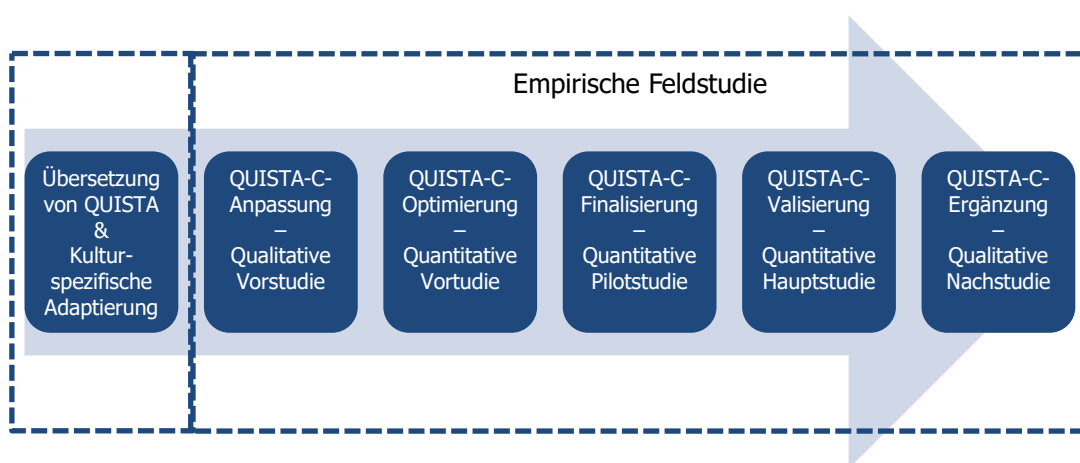
2.2 ANPASSUNG VON QUISTA FÜR DEN EINSATZ IN CHINESISCHEN PFLEGEHEIMEN

2.2.1 Einleitung

In der Abbildung 2-3 werden die Entwicklungsschritte zur Erstellung der chinesischen Variante des Fragebogens QUISTA (= QUISTA-C) zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 2-3

Prozess der Instrumentenentwicklung von QUISTA-C



Wenn die Maßnahmen / Befragungsinstrumente interkulturell verwendet werden sollen, müssen die Elemente nicht nur sprachlich gut übersetzt, sondern auch kulturell angepasst werden. Mittels einer sogenannten „Cross-Cultural Adaptation“ soll zum einen die Gleichwertigkeit zwischen dem ursprünglichen und adaptierten Fragebogen gesichert, wie auch die inhaltliche Validität des Fragebogens auf einer konzeptionellen Ebene in verschiedenen Kulturen erhalten werden.

In zahlreichen medizinischen, soziologischen und psychologischen Beiträgen (Huber et al. 2005: 188-197; Hora & Sousa 2009: 54-547; Beaton et al. 2000: 3186-3191) wurden die Standardverfahren der kulturspezifischen Adaptierung expliziert (vergleiche Abbildung 2-3). Nach den dort explizierten Regeln wurde im vorliegenden Fall bei der Adaptation von „*QUISTA*“ in die chinesische Sprache zum „*QUISTA-C*“ verfahren.

Zunächst wurde von Januar bis Februar 2014 eine chinesische Testversion von vier professionellen Übersetzern erstellt. Diese sollte bewusst keinen thematisch einschlägigen (zum Beispiel medizinischen oder gesundheitswissenschaftlichen) Hintergrund haben, um eine Informationsvoreingenommenheit zu vermeiden und um eine möglichst unvoreingenommene Übersetzung zu erhalten (vergleiche Guillemín et al.

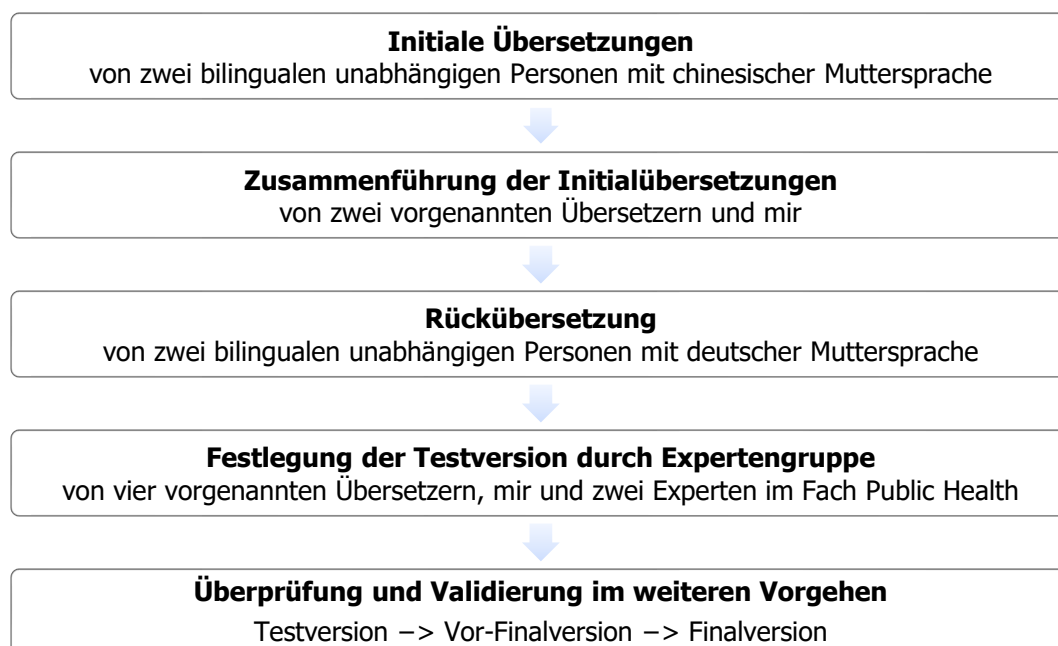
1993: 1417-1432; Leplege & Verdier 1995: 93-101; Beaton et al. 2000: 3186-3191).

2.2.2 Übersetzungsprozess

In der Abbildung 2-4 wird der Übersetzungsprozess nach Richtlinien der kulturspezifischen Adaptierung abgebildet.

Abbildung 2-4

Richtlinien der kulturspezifischen Anpassung zur Instrumentenübersetzung von QUISTA-C



1) Initiale Übersetzungen

Zuerst übersetzten zwei bilinguale chinesische Muttersprachler unabhängig voneinander den ursprünglichen Fragebogen QUISTA aus den Deutschen. Dabei wurde eine alltagssprachliche und präzise Wortwahl in hochchinesischer Sprache gefordert. Die beiden Übersetzer LIANG Shanshan und XIAO Hua sind Dozenten für deutsche Sprache im deutschen Sprachzentrum am Beijing Institute of Technology. Von ihnen stammen zwei Versionen der Übersetzungen.

2) Zusammenführung der Initialübersetzungen

Im Rahmen einer Redaktionssitzung der zwei vorgeannten Übersetzer und mir wurde eine „gemeinsame“ Übersetzung (erste Fassung) aus beiden Initialübersetzungen erstellt.

3) Rückübersetzung

Anschließend rückübersetzten zwei bilinguale Personen mit deutscher Muttersprache, Jens Bleiber und Ruben Ranke, Sinologen an der Freien Universität Berlin, die erste chinesische Version zurück in die ursprüngliche Sprache. Jeder erstellte dabei unabhängig vom anderen eine Version ohne Vorwissen bezüglich der Ursprungsversion.

4) Festlegung der Testversion durch Expertengruppe

Der ursprüngliche Fragebogen QUISTA und seine fünf Übersetzungen wurden von einer siebenköpfigen Expertengruppe diskutiert und bewertet. Beteiligt waren neben den vier vorgenannten professionellen Übersetzern, ich als multidisziplinäre Wissenschaftlerin und zuständige Entwicklerin, zwei Expertinnen – die Professorin REN Ran und die Dozentin NING Yan – im Fach Public Health an der Medizinischen Universität Dalian als Methodikerinnen. Während der Diskussion und Bewertung wurden die Fragen und alle Gründe für wichtige Entscheidungen vollständig dokumentiert. Im Konsens dieser Expertengruppe wurde eine Testversion (zweite Fassung) des Fragebogens QUISTA-C erstellt²⁷, die nach der allgemeinen Empfehlung für Fragebögen (Beaton et al. 2000: 3186-3191) allgemein verständlich sein sollte.

5) Überprüfung und Validierung im weiteren Vorgehen

Zur Erzielung der Gleichwertigkeit zwischen der ursprünglichen deutschen Quell-Version zu QUISTA und der adaptierten chinesischen Ziel-Version zu QUISTA-C in Bereichen von erfahrungsmäßiger, semantischer, idiomatischer und konzeptioneller Äquivalenz wurde diese Testversion im weiteren Vorgehen in der Vor-Finalversion überprüft und in die Finalversion validiert.

Anforderungen an ein Instrument zur Messung subjektiver Lebensqualität betreffen nicht nur methodische Aspekte der Validität und Reliabilität, sondern auch dessen Akzeptanz, Handhabbarkeit und Verständlichkeit sowohl für die Befragten als auch für die Anwender. Die Konstruktion des Messinstrumentariums QUISTA entspricht allen Anforderungen dieser Dissertation. Deshalb wurde der deutsche Fragebogen mit kulturspezifischer Anpassung an den chinesischen Sprachraum beziehungsweise für den Gebrauch in China übersetzt – also **Instrumentenübersetzung**. In den nächsten Phasen wurde der Fragebogen QUISTA-C angepasst, optimiert, finalisiert, validiert und ergänzt.

²⁷ Siehe dazu Anhang 11.5 „QUISTA-C – Testversion (2. F.)“.

2.3 FESTLEGUNG DER ZIELGRUPPE VON QUISTA-C

2.3.1 „Ältere Menschen“

Es gibt zwar mehrere Wege der Annäherung an eine Definition für die Bevölkerungsgruppe „ältere Menschen“, aber bisher noch keine weltweit anerkannte einheitliche Vereinbarung darüber. Das gesetzliche Rentenalter kann jedoch als eine allgemeine Konvention dazu dienen. Dies liegt zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland nach dem Sechsten Sozialgesetzbuch für vor dem 1. Januar 1947 Geborene bei 65 Jahren und in China nach den „Vorübergehenden Maßnahmen für die Pensionierung und den Rücktritt der Arbeitnehmer“ mit der Nummer 104 des Staatsrats der Volksrepublik China (1978) bei den meisten Männern um 60 Jahre, bei den meisten Frauen um 50 Jahre.

In dieser Dissertation zum QUISTA-C wurde ein pragmatischer Ansatz gewählt: Das Alter von 55 Jahren wird in dieser Dissertation als Wert angesetzt, ab dem von „älteren Menschen“ geredet wird, während derselbe im Rahmen des Forschungsprojektes QUISTA ein Alter von 65 Jahren ist. Besonders wird die Gruppe der „ältesten unter den Alten“ beachtet, bei denen es sich um Personen im Alter von 80 Jahren aufwärts handelt.

2.3.2 „Stationäre Pflege“

Als bereichsspezifische Lebenswelt und Wohnform der Zielgruppe wird der Untersuchungsfokus im Rahmen der Dissertation auf die „stationäre Pflegeeinrichtung“ gelegt, die durch eine umfassende Regelung aller Lebensbereiche von Heimbewohnern gekennzeichnet ist (Wahl 2009: 30-31). In China bieten nicht nur die Pflegeheime (护理院) die Pflegeleistungen, sondern auch die Altenheime (养老院) und andere Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Hu 2015). Deshalb dienen die „Altenpflegeheime“ (护养院) dieser Forschung als Orte der Feldstudie in China. Im Folgenden wird der Begriff „Heim“ dafür weiterverwendet. Allerdings sind die Kosten für die professionelle Pflege und die Versorgung in Heimen überall sehr hoch. Dies beeinflusst die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China sehr stark, weil die entsprechende Finanzierung und Infrastruktur noch nicht bereitgestellt werden und besonders die Familienangehörige dafür aufkommen müssen.

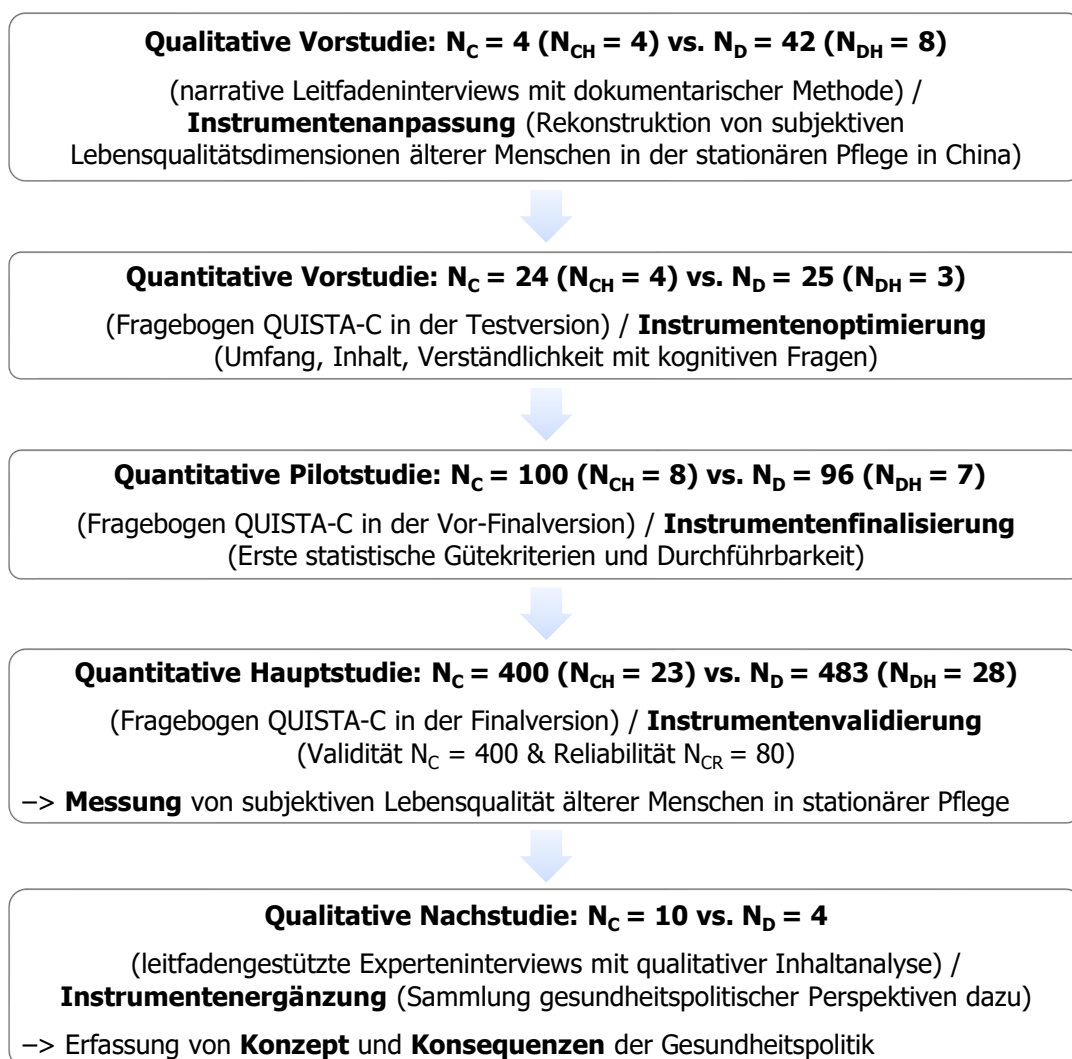
2.4 ÜBERBLICK DER FÜNFPHASIGEN FELDSTUDIE ZUR ENTWICKLUNG VON QUISTA-C

2.4.1 Gesamtschema und Entwicklungsschritte

Mittels einer fünfphasigen Feldstudie, die basierend auf den Modellen und Erfahrungen zu QUISTA aus zwei qualitativen und drei quantitativen Studien bestand, ließ sich der kulturspezifisch angepasste Fragebogen QUISTA-C zur Normalisierung einer empirischen Überprüfung unterziehen.

Abbildung 2-5

Ablauf der fünfphasigen Feldstudie zur Entwicklung von QUISTA-C



Anmerkung. N – Anzahl, C – China, D – Deutschland, H – Heim, R – Wiederholungstest („Retest“).

In China gibt es bisher kein einheitliches Gesundheitsversorgungssystem. Dies hängt mit der dezentralen Verwaltungsstruktur und der

unterschiedlichen Entwicklung verschiedener Regionen des Landes zusammen. Deswegen gibt es im chinesischen Gesundheitswesen sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen und Finanzierungssysteme zwischen seinen vier regierungsunmittelbaren Städten, 23 Provinzen, fünf autonomen Regionen und zwei Sonderverwaltungszone (Yue, 2010). Hierfür bildet das primäre Datenmaterial durch diese obengenannte fünfphasige Feldstudie eine unverzichtbare Ausgangsbasis, eine wesentliche Bedeutung und den überwiegenden Bestandteil der Dissertation.²⁸

Mit der Unterstützung von zwei Professoren – Paul Ulrich Unschuld an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ZHENG Zhijie an der Universität Peking – beantragte und erhielt ich für zwei Jahre (2014-2015) die Förderung vom Programm Projektbezogener Personenaustausch (PPP) mit der Volksrepublik China, bei dem es sich um ein bilaterales Programm der Forschungsförderung zwischen dem Deutschen Akademischen Austausch Dienst (DAAD) und dem China Scholarship Council (CSC) handelt. Damit konnte ich in Dalian und Shanghai, China diese fünfphasige Feldstudie im Rahmen dieser Dissertation durchführen.

2.4.2 Narratives Interview und dokumentarische Methode

Das von Fritz Schütze seit den 1970er Jahren entwickelte Erhebungsinstrument des narrativen Interviews ist in der qualitativen Sozialforschung eines der bekanntesten, am längsten etablierten und häufig angewendeten Interviewverfahren (Rosenthal & Loch 2002; Mey & Mruck 2011: 257-288), in dem ein Befragter veranlasst wird, auf eine Eingangsfrage beziehungsweise Erzählaufforderung ohne Unterbrechungen, ohne Vorgaben und in großer Ausführlichkeit zu antworten sowie spontane Stegreiferzählungen zu den interessierenden Forschungsfragen zu erzeugen (Holtgrewe 2009: 57-77; Küsters 2014: 575-580). Es dient der Erfassung von Handlungsprozessen und Ereignisverkettungen, an denen der Befragte selbst beteiligt war (Mika & Stegmann 2014: 1077-1087; Pötter & Prein 2014: 1089-1100). Das narrative Interview gliedert sich in drei Teile: Eröffnungsphase, Nachfrageteil und Bilanzierung (Mey et al. 2014).

Wegen der bekannten Vorzüge dieser Methode wurden vier narrative Interviews als erste Stufe der fünfphasigen Feldstudie im Rahmen dieser Dissertation zum QUISTA-C mit einem Leitfaden durchgeführt, um die Vorstellungen über subjektive Lebensqualität von chinesischen älteren Menschen in der stationären Pflege zu erfassen.²⁹ Darüber hinaus wirkt das narrative Interview primär bei der Verbesserung der Lebensqualität älterer

²⁸ Siehe dazu Kapitel 3 „Qualitative Vorstudie zur Anpassung von QUISTA-C“, Kapitel 4 „Quantitative Vorstudie zur Optimierung von QUISTA-C“, Kapitel 5 „Quantitative Pilotstudie zur Finalisierung von QUISTA-C“, Kapitel 6 „Quantitative Hauptstudie zur Validierung von QUISTA-C“ und Kapitel 7 „Qualitative Nachstudie zur Ergänzung von QUISTA-C“.

²⁹ Siehe dazu Kapitel 3.2.1 „Methode“.

Menschen. Denn durch das Erzählen, das heißt in dem ein besseres Selbstverständnis entwickelt wird, können ältere Menschen sich besser fühlen und im weiteren Verlauf biographischer Erzählungen eine Persönlichkeitsentfaltung erleben (Preißinger 2004: 22).

Durch narrative Leitfadeninterviews erfasstes qualitatives Datenmaterial betrifft den Status Quo des untersuchten Themas. Bei der Auswertung dieses Datenmaterials findet die dokumentarische Methode ihren Einsatz. Bei dieser Methode handelt es sich um ein verstehendes Verfahren. Verstehen ist die Erläuterung des Verstandenen, um das implizite Wissen begrifflich darzustellen (Kamin 2014). Ziel ist dabei (nur) die Rekonstruktion kollektiver, milieuspezifischer Orientierungen (Asbrand 2011). Unter diesem Einsatz wurden die messbaren Indikatoren – für die Heimbewohner relevante Lebensqualitätsdimensionen – operationalisiert und formuliert.

Zum Vergleich mit dem „Muster-Forschungsprojekt“ zum QUISTA gilt der rekonstruktive Prozess, beziehungsweise die **qualitative Vorstudie** mittels des narrativen Interviews und der dokumentarischen Methode als **Instrumentenanpassung**, um zu überprüfen, ob und wie sich die im Kapitel 2.1.5 „Dimensionen“ dargestellten zehn Oberdimensionen und 25 Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität der Heimbewohner in Deutschland von jener in China unterscheiden.³⁰ Dieses qualitative Verfahren wurde mit einem quantitativen Forschungsansatz kombiniert, um die vorab definierten Indikatoren in ihrem Ausprägungsgrad zu erfassen.

2.4.3 Quantitative Datenerhebung und statistische Analyse

Ein standardisierter Fragebogen ist ein vergleichsweise weniger aufwendiges Instrument zur Datenerhebung und wird vor allem in der Psychologie und den Sozialwissenschaften sehr breit eingesetzt. Die Fragebogen-Methode ist ein universell anpassungsfähiges Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften, sozialen Einstellungen und Einstellungen zur eigenen Person (Mummendey & Grau 2014). Damit kann eine große Anzahl von Personen für statistisch zuverlässige Aussagen untersucht werden.

Im Rahmen dieser Dissertation entnahmen die Interviewer beim persönlichen Fragebogeninterview die genauen Fragen aus dem standardisierten Fragebogen QUSIAT-C und protokollierten die Antworten der Interviewten anhand der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Dabei wurden gedruckte Kärtchen mit Antworten eingesetzt, um das Verfahren noch weiter zu standardisieren. Die hohen zeitlichen und materiellen Kosten sind im Vergleich zur papiergebundenen und zur computerunterstützten Befragung ein Nachteil für die Interviewer. Allerdings erhöht sich durch die persönliche Befragung die Rücklaufquote.

³⁰ Siehe dazu Kapitel 3.3.2 „Inhaltliche Ergebnisse“.

Mit der quantitativen Datenerhebung in China wurden die Messungen von der subjektiven Lebensqualität mittels des Fragebogens QUISTA-C an älteren Menschen in der stationären Pflege als Probanden in drei folgenden Schritten vorgenommen.

1) Quantitative Vorstudie zur Instrumentenoptimierung

Zunächst wurde in einer quantitativen Vorstudie der Fragebogen QUISTA-C in der Testversion 24 Personen aus vier Heimen vorgelegt, um die Anwendbarkeit von QUISTA-C zu prüfen (Machbarkeitsstudie).³¹ Um (nur) die auskunftsfähigen Heimbewohner in dieser Studie einzuschließen, wurde noch ein Mini-Mental-Status-Test (MMST) ergänzend herangezogen.³²

2) Quantitative Pilotstudie zur Instrumentenfinalisierung

Auf Basis der Ergebnisse der Vorstudie wurde eine Vor-Finalversion (vierte Fassung) des Fragebogens QUISTA-C erstellt.³³

Alsdann wurde eine quantitative Pilotstudie an einer Stichprobe von 100 Heimbewohnern aus acht unterschiedlichen Heimen zur ersten Einschätzung der Güte des Fragebogens QUISTA-C in der Vor-Finalversion umgesetzt. Gleichzeitig ermöglichte diese Pilotierung die systematische Vorabschätzung der Durchführbarkeit, wie des voraussichtlichen Zeitaufwandes der Befragung, der möglichen Probleme mit begleitenden Messinstrumenten und der Belastung der Studienteilnehmer durch die Dauer der Befragung.³⁴

Die quantitative Pilotstudie entsprach vom inhaltlichen Umfang der im dritten Schritt geplanten Validierungsstudie, beziehungsweise konnte für ein einzelnes Konstrukt diesen überschreiten, um die adäquaten Indikatoren (beispielsweise für wirtschaftliche Sicherheit) in der Zielgruppe empirisch zu identifizieren. Darin eingeschlossen war auch eine Reduktion der in der qualitativen Vorstudie ermittelten Dimensionen der Lebensqualität um jene, die keine statistische Relevanz aufwiesen. Dies konnte auch umgekehrt sein. Insofern wurden die endgültigen Entscheidungen zu einigen Messverfahren erst nach der Auswertung der Pilotstudie getroffen.³⁵

3) Quantitative Hauptstudie zur Instrumentenvalidierung

Infolge der Pilotstudie hat der Fragebogen QUISTA-C eine Finalversion (sechste Fassung) erhalten.³⁶ Für eine repräsentative Stichprobe von 400

³¹ Siehe dazu Kapitel 4.2 „Durchführung“.

³² Siehe dazu Kapitel 4.1.3 „Mini-Mental-Status-Test“.

³³ Vergleiche Anhang 11.5 „QUISTA-C – Testversion (2. F.)“ und Anhang 11.7 „QUISTA-C – Vor-Finalversion (4. F.)“.

³⁴ Siehe dazu Kapitel 5.2 „Durchführung“.

³⁵ Siehe dazu Kapitel 5.3 „Auswertung der Pilotstudie“.

³⁶ Vergleiche Anhang 11.7 „QUISTA-C – Vor-Finalversion (4. F.)“ und Anhang 11.9 „QUISTA-C – Finalversion (6. F.)“.

auskunftsfähigen Heimbewohnern aus 23 überregionalen Heimen in verschiedenen Größen wurde die quantitative Hauptstudie zur Validierung des Fragebogens QUISTA-C in der Finalversion durchgeführt.³⁷ Neben dem Fragebogen QUISTA-C wurde während dieser Validierungsstudie noch ein zielorientiertes Instrument verwendet, und zwar ein Heiminterview³⁸, mit dem die Merkmale der Pflegeeinrichtungen erhoben wurden.

Die Validierung des Fragebogens QUISTA-C wurde auf vielschichtigen Ebenen realisiert.³⁹ Die Augenscheinvalidität (face validity) wurde bereits im Zuge der Vorstudie und der Pilotstudie durch Feedback der Befragten gesichert.

Die Inhaltsvalidität wurde angenommen, weil die Vorstudie und Pilotstudie bestätigten, dass das Verfahren zur Messung subjektiver Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China mittels des Fragebogens QUISTA-C die bestmögliche Operationalisierung dieses Konstrukts war.

In Ermangelung eines Goldstandards zu diesem Thema wurden im Rahmen einer Konstruktvalidierung konvergente und diskriminante Validitäten so überprüft:

- Die Konvergenzvalidität, nämlich die Übereinstimmung mit ähnlichen Konstruktionen wurde über die Indikatoren von dem subjektiven Wohlbefinden, wie SWLS (Satisfaction With Life Scale) und PANAS (Positive And Negative Affect Schedule); sowie über die Selbsteinschätzungen von Funktionsfähigkeit, wie Teilskalen des SF-36 und ADL, und von Schmerzen, wie VAS (Visual Analogue Scale) ermittelt.
- Die Diskriminanzvalidität auf der Konstruktebene, nämlich die Abgrenzung zu den anderen Konstruktionen wurde mittels Fremdeinschätzungen des Pflegezustandes bestimmt, zum Beispiel interRAI® (International Resident Assessment Instrument) und MDS-HC (Minimum Data Set Home Care).
- Die Diskriminanzvalidität auf der Indikatorebene wurde mit einem nichtparametrischen Verfahren (Median-Test und Chi-Quadrat-Test) durch die Effektgröße „Cohens d“ festgestellt.

Eine Überprüfung der Messgenauigkeit (Zuverlässigkeit) des Fragebogens QUISTA-C war über die Wiederholungstest-Reliabilität möglich (Stabilität der Ergebnisse bei erneuter Vorlage des Fragebogens). Dafür wurde eine Stichprobe von 80 Personen (20%) aus dieser gleichen Gruppe von 400 Personen zufällig ausgewählt.

³⁷ Siehe dazu Kapitel 6.2 „Durchführung“.

³⁸ Siehe dazu ein Beispiel im Anhang 11.10 „QUISTA-C – Heiminterview“.

³⁹ Siehe dazu Kapitel 6.4 „Diskussion der Ergebnisse“.

Durch die tau-äquivalente Reliabilität (= „Cronbachs Alpha“) war eine Überprüfung der internen Konsistenz sinnvoll, um die Zusammenhänge aller Items des Fragebogens QUISTA-C zu ermitteln, die in der Erhebung zu einer Dimension zusammengefasst wurden und dasselbe Dimension messen sollten. Dabei wurde jede Dimension der Lebensqualität gewissermaßen als Paralleltest behandelt und mit jeder anderen Dimension korreliert (Interkorrelationsmatrix).

Durch dieses in drei Schritten durchgeführte quantitative Testverfahren war es möglich, die Daten des „Muster-Forschungsprojektes“ zum QUISTA im Rahmen dieser Dissertation mit den Daten von QUISTA-C sowohl methodisch als auch inhaltlich zu vergleichen und zu analysieren, inwiefern die Ergebnisse der Messungen der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege sich voneinander unterscheiden, jeweils in China und in Deutschland; und welche Faktoren zu besserer Lebensqualität von Heimbewohnern führen.

2.4.4 Experteninterview und qualitative Inhaltsanalyse

Am Anfang der 1990er Jahre fand im Rahmen der qualitativen Methodologie eine umfangreiche Reflexion über den Einsatz und die Rolle des Experteninterviews statt (Meuser & Nagel 1991: 441-471). Als Experte wird demnach angesprochen: Wer in irgendeiner Weise die Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung trägt; oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über relevante Personengruppen, Soziallagen und Entscheidungsprozesse verfügt (Walter, 1994). Auf diesen Wissensvorsprung zielt das Experteninterview, ermöglicht einen unkomplizierten Einstieg in ein Untersuchungsfeld durch seine schnelle Datenexploration und erlangt deswegen in der wissenschaftlichen Forschung zunehmende Bedeutung (Bähring et al. 2008: 89-111).

Zur Sammlung der gesundheitspolitischen Perspektiven zur subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege wurden insgesamt 14 für diese Dissertation relevante Experten in China und in Deutschland interviewt.⁴⁰ Es handelt sich hier um ein teilstandardisiertes und leitfadengestütztes Experteninterview, in dem die erhobenen qualitativen Daten mit einer nötigen Tiefe Sinnbezüge erfassen konnten. Diese Daten spiegeln die Einwirkungen, Auswirkungen und Nachwirkungen akteursbezogener, organisatorischer und wertorientierter Gesetze, Regeln und Vorschriften in beiden Gesundheitswesen wider. Danach erfolgte die qualitative Inhaltsanalyse, die als induktive und explizit theoriegeleitete Analyse die Möglichkeit einer systematischen, strukturierten Arbeit mit unterschiedlichstem sprachlichem Material bietet (Mayring 2010). Dieser

⁴⁰ Siehe dazu Kapitel 7.2 „Durchführung“.

methodische Ansatz ist geeignet, Erfahrungen von Einzelpersonen zu lernen und zu interpretieren (Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013). Ein solches Verfahren ermöglicht auch die Verbindung quantitativer und qualitativer Analyseschritte und stellt auf diese Weise interessante Wege zur Überbrückung der mittlerweile traditionellen Kluft zwischen beiden methodologischen Zugangsformen bereit (Scheibler 2014).

Unter Einsatz des leitfadengestützten Experteninterviews und der qualitativen Inhaltsanalyse galt diese **qualitative Nachstudie** beziehungsweise die letzte Stufe der fünfphasigen Feldstudie als **Instrumentenergänzung**. Hiervon werden Schlussfolgerungen erwartet, die sowohl ein (besser) fundiertes Verständnis für subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege von beiden Ländern ermöglichen als auch konkrete Hinweise auf gesundheitspolitische Maßnahmen und Strategien zur Erhöhung dieser Lebensqualität geben können.⁴¹

⁴¹ Siehe dazu Kapitel 7.3.2 „Inhaltliche Ergebnisse“.

2.5 ZUSAMMENFASSUNG DES EMPIRISCHEN VORGEHENS

2.5.1 Darstellung der Fallstudie

In einer chinesisch-deutsch vergleichenden Perspektive untersuchte diese Dissertation das Thema der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege.

Tabelle 2-3

Strukturierung der vergleichenden Fallstudie im Rahmen der vorliegenden Dissertation zu QUISTA-C

Staat	Heimgröße	China		Deutschland	
Region	LQ	(Gruppe C)		(Gruppe D)	
Städtische Heime (Gruppe S)	Klein (K)	CS	CSK (n < 101)	DS	DSK (n < 63)
	Mittel (M)		CSM (101 ≤ n ≤ 199)		DSM (63 ≤ n ≤ 105)
	Groß (G)		CSG (n > 199)		DSG (n > 105)
Ländliche Heime (Gruppe L)	Klein (K)	CL	CLK (n < 101)	DL	DLK (n < 63)
	Mittel (M)		CLM (101 ≤ n ≤ 99)		DLM (63 ≤ n ≤ 105)
	Groß (G)		CLG (n > 199)		DLG (n > 105)

2.5.2 Erläuterung der Untersuchungsgruppen

1) Staat

In der Gruppe **C** wurden die Befragungen von der Autorin (Yue) und vier Studentinnen (Hilfskräften) mit dem Fragebogen QUISTA-C in China durchgeführt, während in der Gruppe **D** die Befragungen von Roger Meyer und seinem Projektteam mit dem Fragebogen QUISTA in Deutschland durchgeführt wurden.

2) Region

Die Region ist das erste Schichtungsmerkmal der Heime. In der Gruppe **S** befinden sich die deutschen Heime in der Stadt, während sich die chinesischen auf ihre städtischen Eigenschaften beziehen.⁴² In der Gruppe **L** befinden sich die deutschen Heime auf dem Land, während sich die chinesischen auf ihre ländlichen Eigenschaften beziehen.⁴³

3) Heimgröße

Die Heimgröße ist das zweite Schichtungsmerkmal der Heime. Mittlere Heime (M) werden in China definiert als solche, in denen es zwischen 101 und 199 Betten gibt; kleine Heime (K) als solche, in denen es weniger als 101 Betten gibt und große Heime (G) als solche, in denen es entsprechend mehr als 199 Betten gibt. Mittlere Heime werden in Deutschland definiert als solche, in denen es zwischen 63 und 105 Betten gibt; kleine Heime als solche, in denen es weniger als 63 Betten gibt und große Heime als solche, in denen es entsprechend mehr als 105 Betten gibt.

2.5.3 Beschreibung der Zielgruppen

Die Studienteilnehmer sind stationär gepflegte Personen (Heimbewohner) ohne diagnostizierte Demenz. Sie sollten zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 55 Jahre sein.

Die Studienteilnehmer sollten seit mindestens einen Monat und zum Zeitpunkt der Erhebung in den teilnehmenden Heimen wohnen.

⁴² Aufgrund des chinesischen Hùkǒu-Systems, das seit dem Jahr 1958 in China die staatliche Haushaltsregistrierung und die offizielle Wohnsitzkontrolle der Bevölkerung organisiert, ist der größte Teil der Bevölkerung Chinas weiterhin offiziell an den ihr zugewiesenen Ort, an dem sie geboren sind, gebunden, obwohl viele nun in anderen Orten leben. Infolge der offiziellen Bindung können sich solche Zugezogenen nicht in einem neuen Wohnort melden. Individuen werden dadurch allgemein in landwirtschaftliche oder nichtlandwirtschaftliche Kategorie der Haushaltsregistrierung unterteilt. Diese Regel hat auch zu den gesundheitspolitischen und starken sozialen Unterschieden zwischen städtischen und ländlichen Gebieten beigetragen. Deswegen kann sich ein chinesisches Heim mit ländlichen Eigenschaften in einer Stadt befinden. Im Januar 2013 kündigte die neue Regierung Chinas an, eine landesweite Reform des Hùkǒu-Systems einzuführen, durch die „die Mehrheit der Wanderarbeiter eine Heimat finden und sowohl in Städten, wie auf dem Land gut leben können“ soll (Zhu 2013). Am 30. Juli 2014 veröffentlichte der Staatsrat die „Stellungnahme zur weiteren Förderung der Reform des Haushaltsregistrierungssystems“ mit der Nummer 25 und kündigte an, dass er künftig aufhören wird, landwirtschaftliche und nichtlandwirtschaftliche „Hùkǒu“ zu trennen. Dabei wurde eine Neuordnung des Systems vorgestellt, die bis 2020 umgesetzt werden soll. Somit will China bis 2020 rund 100 Millionen Menschen in Städten und Gemeinden ansiedeln (Mu 2014).

⁴³ Dito.

2.5.4 Forschungsressourcen der Feldstudie

Im Rahmen der Wissenschaftsplattform „SIGENET“ (Sino-German Network on Public Health and Bioethics), die unter der Leitung von Ole Döring im von Paul Ulrich Unschuld geleiteten damaligen Horst-Görtz-Stiftungsinstitut an der Charité – Universitätsmedizin Berlin organisiert war, wurden gute Kontakte und enge Kooperationsbeziehungen mit der Medizinischen Universität Dalian und der Jiaotong-Universität Shanghai genutzt. Als Bestandteil der hieraus entwickelten Forschungsprojekte konnte ich die wissenschaftlichen Vorarbeiten für meine Dissertation in China durchführen sowie Dalian und Shanghai auf ihre Eignung für diese Studie prüfen. Deswegen wurden auf chinesischer Seite die zwei Städte Dalian und Shanghai ausgewählt.

Beide Studienpartnerinnen – REN Ran⁴⁴ an der Medizinischen Universität Dalian und LI Guohong⁴⁵ an der Jiaotong-Universität Shanghai – besitzen nicht nur hervorragende akademische Erfahrungen, sondern auch multikulturelle und interdisziplinäre Hintergründe. Für diese Dissertation boten sie sowohl methodische Beratung als auch lokale Kommunikation zu fachübergreifenden Ressourcen. Mit ihrer Unterstützung wurden logistische Voraussetzungen für die Umsetzung und Bearbeitung sowie qualifizierte Wissenschaftler für die Durchführung und Interpretation der Dissertation in Dalian und Shanghai bereitgestellt.

2.5.5 Auswertung der Daten

Die zwei qualitativen Interviewdaten wurden mittels der dokumentarischen Methode und der qualitativen Inhaltsanalyse zusammengefasst und dargestellt. Das Ziel der statistischen Analyse der drei quantitativen Studien war, die Beziehungen zwischen der einen abhängigen Variable „subjektiver Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China“ und den mehreren unabhängigen Variablen festzustellen.

Da das umfangreiche Befragungsmaterial der quantitativen Studien nicht leicht überblickt werden konnte, war es sinnvoll, empirische Daten durch

⁴⁴ Ausgewählte Publikationen von REN Ran: 《医疗卫生系统整合: 医改顶层设计的新理念》 („Die Integration des Gesundheitssystems: Die neue Konzeption für die Gestaltung von Gesundheitsreformen auf höchster Ebene“, 2013); 《国外老年长期护理发展模式及对中国的启示》 („Das Entwicklungsmodell der Langzeitpflege für ältere Menschen in fremden Ländern und ihre Aufklärung in China“, 2014); 《全球健康的内涵与特征》 („Konnotation und Merkmale der globalen Gesundheit“, 2015).

⁴⁵ Ausgewählte Publikationen von LI Guohong:《试论医院核心竞争力研究框架》 („Diskussion über den Forschungsrahmen der Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern“, 2005); 《医务人员激励机制的研究》 („Forschung zum Anreizmechanismus für medizinisches Personal“, 2007); 《老年人家庭灾难性卫生支出出现况及其影响因素研究》 („Studie zum Auftreten katastrophaler Gesundheitsausgaben bei älteren Menschen und deren Einflussfaktoren“, 2015).

Tabellen, Kennzahlen und Grafiken übersichtlich darzustellen und zu ordnen. Die quantifizierten Erhebungsdaten ⁴⁶ der Feldstudie wurden ins Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel eingegeben und unter Verwendung der Software „IBM® SPSS® Statistics 25.0“ statistisch analysiert. Zur Berechnung der quantitativen Ergebnisse der Fragebogeninterviews mittels des Messinstrumentariums QUISTA-C stützte ich mich auf die folgenden statistischen Analysemethoden.

Wenn die quantitativen Variablen kontinuierlich sind und einer Normalverteilung folgen (wie Alter), werden der Mittelwert und die Standardabweichung zur deskriptiven statistischen Analyse verwendet, ansonsten (wie Stimmung) der Median oder das Quartil. Für die qualitativen Variablen (wie Geschlecht) werden statistische Beschreibungen mit relativen Zahlen wie Häufigkeit beziehungsweise Prozent vorgenommen. Die Bewertung der Wiederholungstest-Reliabilität wird unter Verwendung eines gepaarten t-Tests durchgeführt. Die Konstruktvalidität wird sowohl konvergent als auch diskriminant analysiert. Die Diskriminanzvalidität wird sowohl auf der Konstruktebene als auch auf der Indikatorebene beschrieben. Die interne Konsistenz wird mittels der Korrelationsanalyse bewertet. Im Rahmen der univariaten Analyse werden nach verschiedenen Analysebedingungen der Einstichproben-t-Test, die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) und die nichtparametrischen Testmethoden benutzt. Im Rahmen der multivariaten Analyse wird die multiple lineare Regressionsanalyse eingesetzt.

Für diese statistischen Analysen erhielt ich von der Studentin LIANG Tongtong technische Unterstützung. Im Rahmen dieser Dissertation schrieb sie 2015 mittels Shanghai-Daten der Pilotstudie (N = 50) und der Hauptstudie (N = 280) ihre Masterarbeit mit dem Titel „Bewertung und Anwendung der chinesischen Anpassung des Fragebogens für die subjektive Lebensqualität der Bewohner in Altenpflegeheimen“, wobei ich eine ihrer drei Gutachter war. Ihre Forschungsergebnisse gelten auch für diese Doktorarbeit und durften als Referenz und zur direkten Zitierung (unter der Prämisse der Angabe der Autorin) verwendet werden.

Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse werden im Kapitel 8 auf verschiedenen Ebenen detailliert beschrieben. Durch die progressiven Auswertungen und explorativen Analysen können die drei Fragestellungen⁴⁷ beantwortet und die drei Ziele⁴⁸ dieser Dissertation erreicht werden.

⁴⁶ Siehe dazu Tabelle 6-4 „Quantifizierung aller qualitativen Abfragen von QUISTA-C“.

⁴⁷ Siehe dazu Kapitel 1.2 „Fragestellung“.

⁴⁸ Siehe dazu Kapitel 1.4 „Zielsetzung“.

3 QUALITATIVE VORSTUDIE ZUR ANPASSUNG VON QUISTA-C

3.1 EINLEITUNG

Weil die Lebensqualität ein komplexes Konstrukt ist, das nicht direkt abgefragt werden kann und weil der das explizite Ziel dieser Studie ist, die subjektive Perspektiven von Pflegeeinrichtungsbewohnern zu erfassen, sollten – analog zum Vorbildprojekt in Berlin – qualitative, narrative Interviews durchgeführt werden, über die geklärt werden sollte, ob chinesische Heimbewohner gegebenenfalls andere Kriterien zur Bewertung der subjektiven Lebensqualität heranziehen, als deutsche.

Ziel war es daher, im Rahmen einer qualitativen Studie zu prüfen, ob sich die Übersetzung des Befragungsinstrumentes QUISTA-C bewährt oder QUISTA-C gegebenenfalls ergänzt oder verändert werden muss, wurden entsprechende narrative Leitfadeninterviews mit dokumentarischer Methode als eine qualitative Vorstudie von März bis April 2014 in China durchgeführt.

Mit Unterstützung der von der Autorin kontaktierten chinesischen Kolleginnen⁴⁹, REN Ran an der Medizinischen Universität Dalian und LI Guohong an der Jiaotong-Universität Shanghai, wurden Kontakte zu vier Heimen hergestellt, in denen die narrativen Interviews realisiert wurden.

Heim 1: Dalian Charity Altenheim (städtisch, Bruttogrundfläche 6.555 Quadratmeter, 260 Betten) – „大连慈善颐养院“ befindet sich in der High-Tech-Zone der Stadt Dalian der Provinz Liaoning. Mit Dienstleistungen der Pflege, Verwahrung, Rehabilitation und medizinischen Versorgung ist es seit 2007 eine gemeinnützige Institution für Altersvorsorge.

Heim 2: Dalian Lüshunkou Kreis Sozialfürsorge Altenheim (ländlich, Bruttogrundfläche 84.346 Quadratmeter, 224 Betten) – „大连市旅顺口区社会福利院“ 30 Kilometer entfernt vom Stadtzentrum in Dalian. Es liegt am Vorgebirge mit Blick aufs Meer. Wegen der eleganten naturnahen Umgebung, farbenreich bunten Gärten und wunderschönen europäischen Architektur ist es seit 1997 ein sogenanntes Wohnparadies für ältere Menschen.

⁴⁹ Siehe dazu Kapitel 2.5.4 „Forschungsressourcen der Feldstudie“.

Heim 3: Shanghai Pudong Neues Gebiet Rotes Kreuz Altenpflegeheim (städtisch, Bruttogrundfläche 5.560 Quadratmeter, 122 Betten) – „上海市浦东新区红十字老年护理院“ steht in dem neuen Stadtbezirk Pudong, östlich des Huangpu-Flusses. 1993 wurde es innerhalb des kommunalen Zentrums für Gesundheitsdienstleistungen im Straßenviertel Weifang Xincun eingerichtet.

Heim 4: Shanghai Jinshan Kreis Zhongren Altenpflegeheim (ländlich, Bruttogrundfläche 18.500 Quadratmeter, 400 Betten) – „上海市金山区众仁老年护理医院“ wurde mit 28,1 Millionen RMB Yuan (2,7 Millionen Euro)⁵⁰ von der Li Ka-Shing Foundation gefördert und 2003 mit Gesamtkosten von 62,3 Millionen RMB Yuan gemeinsam von der Shanghai Charity Foundation und der Jinshan Volksregierung eröffnet. Als ein gemeinnütziges öffentliches Krankenhaus für Altenpflege ist es vom ISO Qualitätsmanagementsystem zertifiziert.

Basierend auf dem Muster-Forschungsprojekt zum QUISTA (Schenk et al. 2008-2013) wurden vier narrative Interviews in der qualitativen Vorstudie dieser Dissertation durchgeführt; zwei in Dalian zwei in Shanghai.

⁵⁰ Der Jahresschlusskurs von Euro/Chinesischer RMB Yuan war 2003 10,41 (boerse.de 2020).

3.2 DURCHFÜHRUNG

3.2.1 Methode

Bei der Durchführung der Interviews orientierte sich die Autorin dieser Studie methodologisch an Mey et al. (2014), die bei narrativen Interviews drei Befragungsteile vorsehen.

Am Anfang wird eine autobiographisch orientierte Erzählaufforderung an die Befragten gerichtet, die die Möglichkeit eröffnet, die persönliche Lebensgeschichte anhand der Erzählung der persönlich bedeutsamen Lebensphasen zu berichten. Die Erzählaufforderung mit der sich anschließenden Stegreiferzählung bildet das Herzstück des narrativen Interviews. Entsprechend wurden die Gesprächspartner in der Regel wie folgt angesprochen: *„Ich würde mich gerne mit Ihnen über Ihr Leben und Ihre Lebenssituation unterhalten. Ich möchte gern, dass Sie mir von ihrem Leben erzählen. Erzählen Sie zunächst von der Zeit, bevor Sie ins Heim kamen. Erzählen Sie alles, was Ihnen dazu einfällt.“* Durch diese Aufforderung als „Zugzwänge des Erzählens“ werden Stegreiferzählungen generiert, in denen von einem engen Zusammenhang zwischen erzählter und erlebter Erfahrung ausgegangen wird.

Wenn die Anfangserzählung mit einer „Erzählcoda“ – etwa „Das war’s“ beendet worden ist, beginnt der zweite Teil des narrativen Interviews, in dem Nachfragen gestellt werden können und sollen. Dabei wird auf Aspekte eingegangen, die in der vorangegangenen Stegreiferzählung zum Beispiel nur vage angelegt waren beziehungsweise nur angedeutet wurden. Sie bedürfen weiterer Ausführung oder Plausibilisierung, insofern für die betreffenden Ereignisse, Erfahrungen oder Deutungen ein Klärungsbedarf besteht. Weitere Nachfragen wurden im Laufe dieses narrativen Interviews gestellt, um Heimbewohner zu motivieren, weiter zu erzählen. *„Das erste Mal, als Sie herkamen – erzählen Sie einmal, was Sie erlebt haben.“* Zur Thematisierung von Emotionen wie Einsamkeit, Freude, Ärger und so weiter wurden auch emotionelle Nachfragen gestellt. *„Können Sie sich an Situationen hier im Heim erinnern, bei denen Sie sich besonders wohl fühlen / gefühlt haben?“*

Der dritte Teil des narrativen Interviews bietet die Möglichkeit, verallgemeinernde Beschreibungen von biografischen Zusammenhängen zu erbitten und Warum-Fragen zu stellen. Die Interviewten können hierbei in der Beantwortung argumentative und explizite, abstrahierende und implizite Dimensionen ihrer Lebensqualität entfalten und damit ihre Lebensgeschichte beziehungsweise sich selbst reflektieren. Insgesamt soll das Konstrukt „Lebensqualität“ auf eine lebensweltnahe und alltagssprachliche Ebene transformiert und in die Sprache der Heimbewohner übertragen werden. *„Wenn Sie über Ihr Leben früher und heute nachdenken, also ihr Leben*

insgesamt, was hat ihr Leben schön gemacht? Erzählen Sie einfach mal von schönen Erlebnissen und Dingen in Ihrem Leben.“ So werden die Vorstellungen vom „guten Leben“ der Heimbewohner nachvollziehbar erfragt. „Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?“

Auf Feldnotizen wurden auch soziale Beziehung zum Interviewten und weitere Kontextinformationen zur Interviewsituation gebracht. Mit erfolgter Einverständniserklärung wurden alle Interviews mittels des Aufnahmestiftes protokolliert, anonymisiert und mit einheitlichen Transkriptionsregeln transkribiert. In einem mehrstufigen Analyseverfahren wurde anschließend versucht, die Kriterien zu explizieren, die die Heimbewohner anwenden, wenn sie Aussagen über ihre Lebensqualität machen.

Die Auswertung der vier narrativen Interviews erfolgte in Anlehnung an die dokumentarische Methode nach Bohnsack (1997), die aus den drei aufeinanderfolgenden Schritten der formulierenden Interpretation, der reflektierenden Interpretation und der komparativen Analyse besteht. Dabei geht es nicht um den Wahrheitsgehalt des Gesagten, sondern um die in den Berichten vermittelten Orientierungen und dient während der Analyse als integratives Basisverfahren (Kruse et al. 2011; Kruse & Schmieder 2012). Diese Analysearbeit führte in einem ersten Schritt die Autorin durch. Die Interpretationen wurden dann in der Expertengruppe⁵¹ diskutiert und bei Bedarf modifiziert.

3.2.2 Stichprobe

Eine Stichprobe von vier interviewten Personen bildet die Basis für die auf dem Muster-Forschungsprojekt zum QUISTA basierende qualitative Vorstudie. Während der narrativen Leitfadeninterviews wurden die Bemerkungen der Autorin zu den Interviewten auch dokumentiert, selbstverständlich ohne dass sie dies wussten oder merkten. Weitere soziologische Informationen von Interviewten zeigt die Tabelle 3-1.

Tabelle 3-1

Stichprobe der qualitativen Vorstudie von QUISTA-C (N = 4)

Item	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Geschlecht	Frau	Mann	Mann	Mann
Alter (Jahre)	77	74	81	78

⁵¹ Siehe dazu Kapitel 2.2.2 „Übersetzungsprozess“.

Item	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Bildungsniveau	Hochschule	Hochschule	Abendschule	Abendschule
Berufserfahrung	Lehrerin	Lehrer	Arbeiter	Arbeiter
Ort	Dalian	Dalian	Shanghai	Shanghai
Heim	Städtisches großes Altenheim	Ländliches großes Altenheim	Städtisches mittleres Pflegeheim	Ländliches großes Pflegeheim
Pflegestufe	1	1	1	1
Haupt-Krankheiten	Koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Hypothyreose, Bandscheibenvorfall	Schwerer Diabetes	Zerebrovaskuläre Insuffizienz, Herzkrankheit, Magen-Darm-Erkrankungen	Rückenmarkstumor
Familienstand	Verheiratet	Ledig	Verwitwet	Verwitwet
Anzahl der Kinder	2	0	3	0
Unterkunft von Partner	Im selben Heim	/	/	/
Unterkunft der Kinder	Dalian & Ausland	/	Shanghai	/
GKV	Verfügbar	Nicht verfügbar	Verfügbar	Verfügbar
Monatliche Renten in Yuan & in Euro ⁵²	> 3.000 (¥) > 345,6 (€)	0	> 2.000 (¥) > 230,4 (€)	3.400 (¥) 391,7 (€)
Monatliche Heimkosten in Yuan & in Euro ⁵³	< 2.000 (¥) < 230,4 (€)	1.800 (¥) 207,34(€)	< 2.000 (¥) < 230,4 (€)	2.000 (¥) 230,4 (€)
Mittelherkunft	Eigene Rente	Finanzierung von Verwandten	Eigene Rente & Unterstützung von Kindern	Eigene Rente
Charakter / Persönlichkeit	Fröhlich, optimistisch & gesprächig	Sehr introvertiert & autistisch	Mild & relativ optimistisch	Sanft, bescheiden, sehr genau & kooperativ

⁵² Der Monatsschlusskurs von Euro/Chinesischer RMB Yuan war im April 2014 8,68 (boerse.de 2020).

⁵³ Dito.

Item	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Anmerkung	/	/	Mit einer sozial erwünschten Antworttendenz	Mit einer guten Akzeptanz zur Realität
Interviewdauer	40 Minuten	20 Minuten	25 Minuten	70 Minuten

Die Interviewdauer war durch hohe interindividuelle Varianz gekennzeichnet. Insgesamt betrug die Interviewdauer zwischen 20 und 70 Minuten (Median 32,5 Minuten).

3.3 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS

3.3.1 Subjektive Lebensqualitätsperspektiven

Aus diesem Datenmaterial⁵⁴ wurden subjektive Lebensqualitätsperspektiven der Stichprobe der qualitativen Vorstudie ermittelt. Eine wesentliche Zusammenfassung dafür stellt Tabelle 3-2 dar.

Tabelle 3-2

Subjektive Lebensqualitätsperspektiven der Stichprobe der qualitativen Vorstudie von QUISTA-C (Auswahl) (N = 4)

Item	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Positive Erlebnisse	-Besuch von Kindern, alten Kollegen, ehemaligen Studenten -Kulturelle Aktivitäten	-Kulturelle Aktivitäten -Fernsehen schauen -Bücher lesen	-Medizinische Versorgung rund um die Uhr	-Aufbesserung der Renten -Umzug ins Pflegeheim -Surfen im Internet -Fernsehen schauen -Schachspielen -Kontakte mit alten Kollegen -Radio hören -Musik genießen
Negative Erlebnisse	-Eingeschränkte Mobilität -Ungünstiges Baden -Keine medizinische Versorgung	(Kein)	-Zu viel Gemüse, zu wenig Fleisch beim Essen	-Sehr wenig soziale Interaktion -Angespannte Beziehung mit einem vormaligen Mitbewohner im Heim -Mobilisierung mit dem Ziel, das Heim verlassen zu müssen
Wünsche	-Verbesserung der Lebensmittel -Menschlich-orientierte Verwaltung	(Keinen)	(Keinen)	-Mehr kulturelle Aktivitäten
Sorgen	-Gesundheit des Ehemanns -Kein „griffiger“ Zugang zur Poliklinik	(Keine)	(Keine)	-Gesundheit der Ehefrau vor ihrem Tod

⁵⁴ Siehe dazu ein Beispiel im Anhang 11.11 „QUISTA-C – Narratives Interview“.

Item	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Das Wichtigste	-Errungenschaften der Kinder	-Essen, Trinken und Obdach zur Verfügung	-Eigene Gesundheit	-Es waren die Familienpflichten -Nun ist es die selbständige Fähigkeit für Essen, Trinken und Entleerung von Darm und Blase

3.3.2 Inhaltliche Ergebnisse

Zur Instrumentenanpassung des Fragebogens QUISTA-C wurde die qualitative Vorstudie mittels narrativen Interviews und dokumentarischer Methode durchgeführt. Ihre inhaltlichen Ergebnisse werden nachfolgend beschrieben.

Unter Anwendung der dokumentarischen Methode (Bohnsack 1997) wurden die folgenden zehn Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern in China induktiv geführt⁵⁵. Die Fallbeschreibungen werden ausführlich präsentiert. In den ausgewählten Präsentationen ist „I“ die Interviewerin, und zwar ich, während „P“ die interviewte Person bedeutet.

1) Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben

Mit anderen Menschen in Verbindung zu treten, sich mit ihnen zu unterhalten und interessante Gespräche zu führen, das Gefühl einer Gruppe anzugehören, an einem sozialen Austausch teilzunehmen – dies sind Wünsche, die von allen Heimbewohnern thematisiert wurden.

Familie hat Zeit: In fast allen narrativen Leitfadeninterviews wird deutlich, dass eine starke emotionale Bindung vor allem zu den näheren Familienkreisen der Heimbewohner besteht.

I: Wie war dann die erste Zeit für Sie hier im Heim?

P3: Das Leben im Heim ist sehr günstig und bequem. Nein, ich habe kein Gefühl von Verlust. Seit ich hier lebe, wechseln sich meine drei Kinder ab, mich jeden Sonntag zu besuchen und mir Reis und Gemüse zum Essen mitzubringen. (...)

I: Und wenn Sie jetzt noch mal an alle die guten Seiten und schlechten Seiten denken, die Sie im Leben gehabt und mir gerade erzählt haben, was ist für Sie denn das Allerwichtigste im Leben, was würden Sie sagen?

⁵⁵ Vergleiche Tabelle 5-2 „Operationalisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C“.

P1: *Zurzeit sind meine Kinder das Allerwichtigste für mich. Ich bin sehr stolz darauf, dass sie in ihrer Arbeit Erfolge erzielt haben. Und alle Kinder haben auch die kindliche Pietät⁵⁶. Jede Woche besuchen sie uns mit Lebensmitteln. Bevor sie kommen, rufen sie uns an und fragen, was uns fehlt und was wir wollen. Dann bringen sie uns die Sachen mit. Während des chinesischen Neujahrs kamen mein Sohn und seine kleine Familie hierher und aßen mit uns zu Abend zusammen.*

I: *Was dann? Konnten Sie sich an diese neue Lebenswelt anpassen?*

P1: *Nach dem Einzug ins Heim lebe ich immer noch mit meinem Mann. Jeden Tag habe ich jemanden zum Reden. Somit gibt es keine großen Veränderungen. (...) Die Kinder besuchen uns oft. Mit meinem Mann zusammen zu leben ist für mich sehr wichtig. Es ist nicht wichtig, wo wir gerade wohnen. Überall ist es dasselbe. (...)*

Kontakt zu den Pflegekräften: In diesem nachstehenden Interviewbeispiel zeigt sich, dass die Arbeit der Pflegekraft nicht ausschließlich auf der Basis ihrer professionellen Tätigkeit beurteilt wird, sondern dem Interviewten das starke persönliche Engagement des Personals gefällt.

I: *Gibt es Pflegekräfte im Heim, die sich gut mit Ihnen verstehen?*

P1: *Ja, eine Krankenschwester heißt Xinxin. Das kleine Mädchen ist besonders gut. Sie ist spezialisiert auf die Organisation unserer Aktivitäten, insbesondere die Atmosphäre zu mobilisieren und alle Menschen zu begeistern. Sie ist auch sehr innovativ. (...)*

Heimbewohner sind freundlich zueinander: Mit dem Eintritt ins Heim beginnt eine neue Lebensspanne, in der sich auch die sozialen Kontakte der Heimbewohner grundlegend verändern.

I: *Haben Sie hier im Heim Freunde oder Bekannte?*

P1: *Es gibt nicht viele Freunde hier. Ich muss mich um meinen Mann kümmern und habe kaum Zeit, andere Heimbewohner zu besuchen. Wenn wir uns mit Aktivitäten beschäftigen, treffen sich alle. Die Beziehung zwischen uns ist sehr harmonisch.*

Mit anderen Heimbewohnern interessant unterhalten: Die Möglichkeit oder das Bedürfnis, mit anderen Heimbewohnern schöne Gespräche zu führen, kann als Ausdruck einer solchen zufriedenstellenden Beziehung aufgefasst werden.

I: *Haben Sie Kontakt zu anderen Heimbewohnern?*

P2: *Mit dem alten Mann, der mit mir in einem Zimmer gemeinsam wohnt, habe ich eine gute Beziehung. Manchmal sieht er mit mir zusammen fern. Andere*

⁵⁶ Kindliche Pietät (孝顺, xiào shùn) ist ein Grundbegriff des Konfuzianismus und nimmt einen zentralen Platz in der Ethik des Konfuzius ein. Laut Zhang (2005: 30) bedeutet Pietät, „dass die Kinder für den Unterhalt ihrer Eltern und der Alten in der Familie, deren Arbeitsvermögen beständig abnimmt, sorgen. Sie umfasst wirtschaftliche Unterstützung, alltägliche Versorgung, medizinische Behandlung, Krankenpflege sowie Anwesenheit am Sterbebett. Nach einer überlieferten Ansicht der Chinesen pflegt man die Kinder, um am Lebensabend versorgt zu sein.“

Menschen spielen gerne Karten, aber ich spiele nicht.

Kontakt zu Freunden und Bekannten, die nicht im Heim wohnen: Der Begriff der Freundschaft impliziert in dieser Generation älterer Menschen eine sehr vertrauliche Beziehung, welche möglicherweise über Jahre gereift und mit gemeinsamen persönlichen Erfahrungshorizonten verbunden ist.

I: Erzählen Sie mir bitte von Ihren aktuellen Beziehungen zu anderen Menschen.

P1: Mit alten Freunden und alten Nachbarn habe ich immer noch Kontakte. Wir rufen uns oft gegenseitig an. Die ehemaligen Kollegen denken auch nach wie vor an mich. An den Feiertagen kommen Führungskräfte und Kollegen hierher, mich zu besuchen. Diese Verbindung zur Gesellschaft ist mir sehr wichtig.

I: Was dann? Konnten Sie sich an diese neue Lebenswelt anpassen?

P1: (...) Nach dem Einzug ins Heim kennen meine alten Freunde die Festnetznummer des Telefons hier und rufen mich häufig an, um zu grüßen. Die Führungskräfte der ehemaligen Arbeitseinheit haben mich auch schon besucht. (...)

Gefühlte Einsamkeit / Kontaktmöglichkeit zu anderen Menschen: Die Schwierigkeiten, vertrauliche Kontakte zu anderen Heimbewohnern aufzubauen, zeigt sich auch darin, dass in den Interviews häufig eine klare Unterscheidung zwischen Freundschaften beziehungsweise Bekanntschaften und Schicksalsgenossen gezogen wurde. Der Begriff der Freundschaft oder Bekanntschaft bleibt zumeist dem Personenkreis vorbehalten, zu dem einem bereits vor Heimeinzug eine langjährige Beziehung verband.

I: Und fühlen Sie sich manchmal einsam hier?

P3: Das Gefühl, einsam zu sein, ist da. Manchmal habe ich das Gefühl, dass das Leben langweilig ist. In diesem Fall gehe ich dann durch die Treppe hinunter in die Halle. Dort gibt es jeden Tag viele Menschen, die hier die Ärzte besuchen. Sie alle sind oder waren die Mitarbeiter einer Textilfabrik in der Nähe. Früher arbeitete ich auch da und war für die Maschinenwartung zuständig. Nun, wenn die pensionierten Arbeiter dieser Textilfabrik hier zum Arzt kommen, kann ich immer auf mehrere Bekannte treffen, mich mit ihnen unterhalten und gegenseitig begrüßen.

2) Gesundheit

Im langen Fluss des Lebens sind alle von Gesundheit und Krankheit, den beiden Zuständen, begleitet. Der amerikanische Wirtschaftswissenschaftler und Nobelpreisträger Gary S. Becker (1976: 13) sagte, dass die „Gesundheit und Langlebigkeit wichtige Ziele der meisten Menschen sind“.

Mobilität / Selbstständigkeit: In Bezug auf Gesundheit spielt Mobilität für Heimbewohner offensichtlich eine herausragende Rolle. Der Erhalt der Mobilität ist in den Augen der Heimbewohner ein Garant für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und wird als eine Voraussetzung gesehen, die verbleibenden Jahre genießen zu können.

I: Dann würde ich gerne wissen, können Sie mir sagen, was für Sie persönlich Lebensqualität ist? Oder anders gesagt, was halten Sie persönlich für ein gutes Leben?

P1: Ich denke, dass eine gute Lebensqualität bedeutet, dass der Körper gesund ist. Wenn der Körper aber ungesund ist, kann man das gute Leben auch nicht genießen, auch wenn diese Person reich ist.

I: Und wenn Sie jetzt noch mal an alle die guten Seiten und schlechten Seiten denken, die Sie im Leben gehabt und mir gerade erzählt haben, was ist für Sie denn das Allerwichtigste im Leben, was würden Sie sagen?

P3: Gesundheit ist das Allerwichtigste. Nun haben meine Kinder ihre eigene Arbeit, ihr eigenes Leben. Wenn sie am Wochenende Zeit haben, kommen sie hierher, mich zu besuchen.

I: Was fehlt Ihnen hier sonst noch?

P4: Es ist schon lange her, hier im Heim zu leben. Und jetzt gibt es innerhalb und außerhalb des Heims bereits zwei verschiedene Welten. Früher durfte ich noch oft rausgehen, und nun kann ich nicht mehr. Es ist zu viel Verkehr draußen und das ist nicht sicher.

3) Selbstbestimmung / Autonomie

Während das gesundheitsbezogene Leistungsvermögen (Selbstständigkeit) der Heimbewohner im Alter schwindet, bleibt der Wunsch bestehen, selbst darüber zu entscheiden, welche Art von Hilfestellungen sie sich wünschen (Selbstbestimmung).

Von Pflegekräften ernst genommen werden: Vom Pflegepersonal als mündige und eigenständige Person ernst genommen bedeutet für jeden Heimbewohner, in seiner Individualität als selbstbestimmender Mensch verstanden zu werden.

I: Gibt es Pflegekräfte im Heim, mit denen Sie sich gut verstehen?

P1: Ja, es gibt eine Pflegekraft, (...) sie ist sehr vorsichtig und geduldig. Mein Mann muss regelmäßig Medikamente einnehmen, manchmal vergesse ich das. Diese Betreuerin hat mir dann dabei geholfen, auf meinem Mobiltelefon einen Klingelton für die „Arzneimittelerinnerung“ einzustellen. Sobald das Mobiltelefon klingelt, weiß ich, dass ich Medikamente zu meinem Mann bringen soll.

Selbst über den Tagesablauf entscheiden: Während Selbstbestimmung sich vor allen Dingen auf die Fähigkeit eines Individuums bezieht, gemäß dem eigenen freien Willen zu handeln, also bewusst Entscheidungen zum Zwecke einer Zielerreichung zu treffen, geht es bei der Selbstständigkeit maßgeblich um ein gesundheitsbezogenes „Leistungsvermögen“, insbesondere um den Erhalt von Mobilität.

I: Was dann? Konnten Sie sich an diese neue Lebenswelt anpassen?

P1: (...) Das Pflegeheim bietet hier viele Dienstleistungen an, aber ein Teil der täglichen Hausarbeit habe ich selbst gemacht. Zum Beispiel beim Waschen von

Kleidung mache ich mir Sorgen, dass das nicht hygienisch ist, wenn alle Heimbewohner sich die Waschmaschine teilen. Also, ich brachte eine Waschmaschine mit und wasche meine Kleider selbst.

4) Sicherheit / sich sicher fühlen

Nahezu alle Heimbewohner thematisierten das Thema Sicherheit ausdrücklich oder implizit. Dabei dokumentieren sich in den Interviews unterschiedliche Bedeutungsinhalte, die mit dem Wunsch nach Sicherheit verknüpft sind.

Sich sicher und behütet fühlen: Auf dieser Ebene geht es um eine körperliche und gesundheitsbezogene Sicherheit im Sinne von – keine Angst haben zu müssen, wenn etwas passiert, jemanden in der Nähe und zur Hilfe zu wissen sowie sich geborgen, beschützt, behütet und umsorgt zu fühlen.

I: Wenn Sie über Ihr Leben früher und heute nachdenken. Was würden Sie sagen, was macht Ihr Leben schön, können Sie mir einfach von schönen Erlebnissen erzählen?

P3: Am glücklichsten ist es, ins Heim einzuziehen. Hier gibt es immer jemanden, der sich um mich kümmert. Hier gibt es Ärzte und Krankenschwestern. Damit bin ich sehr glücklich. Ich brauche oft Infusionen. Meine Hände wurden so oft gespritzt, dass die Blutgefäße darauf nicht gesehen werden können. Wenn ich krank bin, klingele ich. Dann kommen und behandeln sie mich sofort. (...)

I: In Pflegeheimen hier, fühlen Sie oft unsicher? Wenn ja, können Sie es mir bitte im Detail erklären?

P1: Dieses Heim ist sehr gut gebaut, leider gibt es hier keine Klinik, keine Krankenschwestern, keinen Krankenwagen. Wenn sich der Körper nachts nicht wohl fühlt, ist es sehr schwierig, eine rechtzeitige Behandlung zu bekommen. Darüber hinaus ist seine geografische Lage nicht gut, es ist relativ abgelegen, der Verkehr ist nicht günstig und es ist nicht einfach, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

I: Welche Vorteile haben Sie dadurch, dass Sie hier im Heim wohnen?

P3: Hier gibt es ein Gefühl der Sicherheit. Zu Hause gab es kein Sicherheitsgefühl. Als ich krank war, kümmerte sich niemand darum.

Finanziell abgesichert sein: Auf einer wirtschaftlichen Ebene geht es darum, sich versorgt zu fühlen, eine Grundversorgung zu erfahren und sich keine Sorgen, um eine materielle Absicherung machen zu müssen. Dies ist die existentielle Sicherheit.

I: Erzählen Sie mir bitte von Ihrer aktuellen Beziehung zu anderen Menschen.

P2: Von meinen Familienmitgliedern besucht mich hier hauptsächlich die Frau meines älteren Bruders. Sie kommt einmal alle zwei Monate hierher, um die Kosten für Lebensmittel im Heim zu bezahlen. Sie gibt mir auch Taschengeld. Meine Nichte hat mich schon mal am Ende des letzten Jahres besucht. Schulleiter und Kollegen aus meiner ursprünglichen Arbeitseinheit werden mich auch während des Frühlingsfestivals besuchen.

I: Wenn Sie über Ihr Leben früher und heute nachdenken. Was würden Sie sagen, was macht Ihr Leben schön, können Sie mir einfach von schönen Erlebnissen erzählen?

P4: Als eine der Personen unserer Generation, als ich jung war, fand ich Leute im Alter von 50 oder 60 Jahren schon sehr alt. Ich wollte nur bis 60 Jahre leben, was mir reicht. Ich hatte nicht damit gerechnet, über 70 Jahre alt zu werden. Nun bin ich schon fast 80 Jahre alt, sehr zufrieden. Ich bin sehr glücklich, hier im Heim zu leben. Ich bin nicht mehr in der Lage, weiter zu arbeiten. Ich kann nichts mehr tun. Wenn ich krank bin, sind Ärzte und Krankenschwestern hier in der Nähe. Ich bekomme regelmäßig und pünktlich mein Essen. Meine Rente reicht nicht nur zur Deckung der Gebühren im Heim aus, sondern ich habe auch ein kleines Guthaben, das ich zur Einzahlung verwenden kann. (...) Als ich in den Ruhestand ging, war ich sehr besorgt. Das war in den frühen 1990er Jahren, als sich unser Land gerade stark entwickelte. Aber ich war im Ruhestand. Was sollte ich tun? Ich habe nicht erwartet, dass die Rente jetzt auch aufgebessert wurde und wird, was mit der sozialen Entwicklung, den steigenden Preisen und meinen tatsächlichen Bedürfnissen zusammenhängt. Es heißt für mich, wir seien bereits in den Ruhestand getreten und haben keinen Beitrag geleistet. Wir hätten eine Rentenerhöhung nicht bekommen sollen, aber der Staat kümmert sich immer noch um uns. Und ich bin ein Modellarbeiter. Es ist mir peinlich zu sagen, dass meine Rente um 700 bis 800 Yuan (80,65 bis 92,17 Euro) höher ist als die eines durchschnittlichen Arbeiters im Ruhestand.

I: Ich möchte gerne, dass Sie mir zunächst einfach von Ihrem Leben erzählen. Erzählen Sie von der Zeit bevor Sie ins Heim kamen.

P1: Das Leben vor dem Einzug ins Heim war sehr gut. Das Ruhegehalt für uns beide beträgt mehr als 3.000 Yuan (345,62 Euro) und das Leben war für uns kein finanzielles Problem. Unsere zwei Kinder sind auch sehr vielversprechend. Ihre Arbeit ist sehr gut und sehr stabil, und ihr Leben ist auch glücklich. Das Glück unserer Kinder ist unser größtes Glück. Wenn es ihnen gut geht, freuen wir uns auch sehr. Die Kinder haben eine sehr gute kindliche Pietät. Sie besuchen uns oft und bringen jedes Mal Dinge für uns mit, sie kommen nie mit den „leeren Händen“.

5) Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben

Vom Heim angebotene Veranstaltungen besitzen nicht nur eine Unterhaltungsfunktion, sondern müssen noch in einem breiteren Sinnzusammenhang verstanden werden: Sie erlauben den Heimbewohner, sich einer größeren Gruppe angehörig zu fühlen und die Eintönigkeit des Alltags aufzubrechen.

Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten: Die Fülle der angebotenen Veranstaltungen ist für Heimbewohner eine Quelle täglicher sogar jährlicher Lebensfreude im Heim. Auch das Feiern von Festen ist aus der Perspektive der Heimbewohner zu betrachten. Mit Feiern können sie interessante Abwechslungen vom Alltag im Heim und das Wohlbefinden – ein Gefühl des "Sich-zu-Hause-Fühlens" – erleben.

I: Und hier im Heim gibt es etwas, was dazu führt, dass Sie sich besonders wohl fühlen?

P1: Wir beschäftigen uns häufig mit verschiedenen Aktivitäten, beispielsweise mit dem Papierschneiden und mit der Gymnastik. Es gibt auch kulturelle Programme an den Feiertagen. Und es gibt Singen, Tanzen, Theater und Opern, die alle besonders gut sind. Auf der Bühne hatte ich Gedichte rezitiert und die elektronische Orgel gespielt. Danach schrieb ich ein weiteres Gedicht mit dem Titel "Über unsere kleine Bühne sprechen".

I: Wenn Sie über Ihr Leben früher und heute nachdenken. Was würden Sie sagen, was macht Ihr Leben schön, können Sie mir einfach von schönen Erlebnissen erzählen?

P4: (...) Normalerweise mag ich auf dem Computer spielen, fernsehen, mit Hilfe des Wörterbuches das Pinyin-Tippen lernen, sowie jeden Tag nach dem Frühstück und Abendessen Schach spielen. Dies ist gut. Auf der dritten Etage gibt es hier eine Mehrzweckhalle. Und gelegentlich gibt es dort kulturelle und künstlerische Performances. Damit bin ich sehr glücklich. (...)

I: Falls Sie hier im Heim einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

P4: Ich hoffe, dass es während der großen Feste mehr kulturelle und künstlerische Aktivitäten im Heim geben könnte. Zum Beispiel, für das diesjährige Frühlingfestival wurde das Abendessen an Silvester angeboten. Dies ist jedoch nicht unbedingt wichtig. Wenn das Heim Menschen dazu einladen könnte, uns zu besuchen und sich mit uns zu unterhalten, sowie sich für kulturelle und künstlerische Aufführungen einzusetzen, würde es mich glücklicher machen. Oder wenn das Heimpersonal selbst singen und tanzen könnte, wäre es auch sehr gut. Manchmal organisieren verschiedene Einheiten, dass die Freiwilligen zu uns kommen, um mit uns zu plaudern und zu singen. Aber diese Art von Besuch ist zu selten, am besten könnte es dies jeden Monat oder sogar jede Woche einmal geben. Es ist sehr wichtig, sich am geistigen Leben zu beteiligen. Wir sind alte Leute und singen auch gerne nur alte Lieder. Jede Nacht höre ich mit dem Kopfhörer Halbleiter, vor allem Lieder. Sonst kann ich nicht schlafen.

An der frischen Luft sein: Spazieren zu gehen, im Garten zu sitzen, an der frischen Luft zu sein, das sind alles Möglichkeiten, die gewünschte Abwechslung zu erfahren und gleichzeitig bei den Aktivitäten nicht überfordert zu werden.

I: Worauf freuen Sie sich denn am meisten hier im Heim?

P2: Sehr gut, alles ist hier sehr gut. Ich gehe manchmal alleine raus spazieren. Und das Heim engagiert sich auch an den Feiertagen mit kulturellen Programmen.

I: Sagen Sie, ist Ihnen manchmal langweilig hier?

P1: (...) Leider funktionieren die Beine und Füße nicht mehr ganz gut. Ich möchte raus spazieren gehen, aber ich kann nicht zu lange laufen. (...)

6) Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten

Die Heimbewohner thematisierten in den Interviews, dass sie sich wünschen, Informationen und Auskünfte zu erhalten, über Wichtiges benachrichtigt und durch Aufklärung beraten zu werden, sowie sich als ältere Menschen gut behandelt werden zu können.

Pflegekräfte können sich Zeit nehmen: Eine rein professionelle Pflichterfüllung ist in den Augen der Heimbewohner nicht ausreichend. Was zählt sind vielmehr Qualitäten wie persönliche Hingabe, Empathie, Einsatzwillen oder die Bereitschaft zum persönlichen Engagement.

I: Wissen Sie noch was Ihnen beim ersten Mal als Sie herkamen gut gefallen hat?

P3: Als ich zum ersten Mal hier ins Heim einzog, kam der Arzt zu mir, um mich zu begrüßen. Er fragte sehr besorgt über den Zustand meiner Krankheiten. Seit ich hier wohne, behandelt der Arzt mich regelmäßig, gibt die Krankenschwester mir Spritzen und Medikamente. Als ich ankam konnte ich nicht laufen. Jetzt bin ich in der Lage zu gehen.

I: Wenn Sie über Ihr Leben früher und heute nachdenken. Was würden Sie sagen, was macht Ihr Leben schön, können Sie mir einfach von schönen Erlebnissen erzählen?

P3: (...) Gelegentlich kamen einige Gymnasiasten hierher, um mit uns zu plaudern. Im vergangenen Jahr haben sie uns besucht. Noch niemand ist in diesem Jahr gekommen. Die Pflegekräfte sind zu beschäftigt und sie haben keine Zeit, sich mit uns zu unterhalten.

Über Heimangelegenheiten gut informiert sein: Ein offener Umgang mit Problemen des Heimalltags ist für Heimbewohner wichtig. Für sie kann eine Offenlegung von Informationen oftmals zu einer besseren Einschätzung und folglich einer höheren Akzeptanz von Situationen beitragen.

I: Falls Sie hier im Heim einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

P1: (...) Ich hoffe, dass die Verwaltung des Heims humaner und menschenorientierter sein könnte. Zum Beispiel sollte der Präsident des Heims oft in die Zimmer der Heimbewohner gehen, mehr mit uns kommunizieren, mehr plaudern. Damit hätten wir auch eine Chance, den direkten Kontakt mit dem Leiter zu haben, so könnten wir ihm unsere Meinungen und Vorschläge persönlich mitteilen.

Essen hat geschmeckt: In den Sichten eines guten Lebens mancher Heimbewohner geht es auch um „banale Sachen“, darum gut zu essen und gut zu trinken. Sie betrachten das für einen alten Mensch als eine Pflicht, dass er genügendes und gutes zu Essen hat.

I: Was würden Sie sich hier wünschen? Was fehlt Ihnen hier?

P1: Ich hoffe, dass sich das Essen verbessern lässt. Wir sind schon alt und haben

keine andere Anforderung. Wir wollen nur etwas Schönes essen und brauchen auch nicht zu viel Fisch und Fleisch. Die Gerichte können leicht sein, aber müssen einen guten Geschmack haben, dass die Menschen Appetit haben, zu essen. Das Essen muss verfeinert werden, zum Beispiel sollte das Gemüse noch kleiner geschnitten und noch länger gekocht werden, damit wir ältere Menschen es einfacher kauen können. Die Gerichte sollten auch häufiger gewechselt werden und nicht zu eintönig sein. (...)

I: Gibt es im Heim etwas, dass dazu führt, dass Sie sich nicht wohlfühlen, können Sie sich an Situationen hier im Heim erinnern, bei denen Sie sich nicht besonders wohlgeföhlt haben?

P1: Schlechte Situation ... ist nur, dass ich mit dem Essen nicht sehr zufrieden bin. Als ich zum ersten Mal kam, fand ich das Essen noch okay. Die Vielfalt der Gerichte ändert sich auch nach langer Zeit nicht. Das Essen hat jeden Tag den gleichen Geschmack. Das mag ich nicht. Entweder bringt mir mein Sohn jedes Wochenende Essen mit, oder ich bitte eine Pflegekraft, mir Essen zu kaufen. Dann koche ich das Essen selbst.

Art der Pflege: Für Personen, welche die Erfahrung der Einsamkeit oder der Hilfsbedürftigkeit vor dem Heimeinzug gemacht haben, kann sich diese Situation mit dem Einzug ins Heim erheblich verbessern. Die sozialen Kontakte zum Pflegepersonal sind für Heimbewohner eine beständige und alltägliche Beziehung.

I: Erinnern Sie sich noch an die Szene, als Sie das Heim zum ersten Mal betraten? Bitte beschreiben Sie es.

P4: Wir sind 2003 hier eingezogen. Bevor ich kam, hatte ich mehrere Heime besucht und verglichen. Es war nicht günstig hierher zu kommen, die Taxifahrt kostete hin und zurück insgesamt 500 Yuan (48,0 Euro)⁵⁷. Aber als ich kam, war ich sehr zufrieden mit diesem Heim. Seine Umgebung ist sehr gut. Und hier gibt es viele Pflegekräfte, von denen manche kochen, manche das Essen ins Zimmer bringen, sowie manche, die das Zimmer putzen.

7) Scham / Intimsphäre

Die Wahrung von Distanzen und die Aufrechterhaltung einer persönlichen Intimsphäre, so wie ältere Menschen sie vor ihrem Einzug ins Heim erlebt haben, sind Wünsche, welche in die „neue“ Lebenswelt übertragen werden.

Scham / Intimsphäre: Beispielsweise ist der Toilettengang oder das Duschen bei einigen Heimbewohnern ein sehr intimes Thema. Mit dem Abbau der körperlichen Fähigkeiten sinkt auch das Selbstwertgefühl der Betroffenen und Ängste entstehen.

I: Dann würde ich gerne wissen, können Sie mir sagen, was für Sie persönlich Lebensqualität ist? Oder anders gesagt, was halten Sie persönlich für ein gutes Leben?

P4: Ich denke, die niedrigste Lebensqualität besteht darin, zu essen, zu

⁵⁷ Der Jahresschlusskurs von Euro/Chinesischer RMB Yuan war in 2003 10,41 (boerse.de 2020).

entleeren, zu urinieren, was die allerniedrigste ist. Ist dies nicht möglich, macht es keinen Sinn, in der Welt zu leben. Jetzt kann ich diese drei Sachen noch selbst schaffen. Es wäre sehr schlimm, wenn ich dies nicht mehr schaffe. Ich dachte schon über den Tod nach, meine Wohnung und mein Geld sind geregelt. Ich schrieb selbst einen Artikel, gab ihn im Computer ein und zeichnete ihn auch im Notebook auf. Wer mir mehr geholfen hat, dem gebe ich zurück. Meine Beerdigung wird von zwei Nichten meiner Frau erledigt werden. Die Grabstätte von meiner Frau und mir wurde bereits in einem öffentlichen Friedhof gebaut, der nicht hier, sondern weit weg, in einem anderen Kreis Jiading liegt, weil die Verwandten meiner Frau dort begraben sind. Jedes Jahr gehe ich zu meiner Frau auf den Friedhof. Bevor ich ausgehe, sage ich Ärzten und Krankenschwestern Bescheid. Dann nehme ich ein Taxi. Diese Taxifahrt kostet hin und zurück insgesamt 400 Yuan (46,1 Euro). Am diesjährigen Qingming-Fest⁵⁸ habe ich meine Frau gerade besucht.

I: *Wie war dann die erste Zeit für Sie hier im Heim?*

P3: *(...) Hier im Heim gibt es einen Pediküre-Service. Ich rasiere mich selbst. Wenn ich meine Haare schneiden lassen möchte, gehe ich nach unten und raus, um jemanden auf der Straße zu finden, der das für mich machen kann. Und ich brauche dieser Person nur ein paar Yuan zu bezahlen. Einmal pro Woche kann man duschen, was im Winter hier im Heim nicht kalt, sogar wärmer als zu Hause ist.*

I: *Gibt es welche Vorteile, wenn Sie nun hier im Heim leben, im Vergleich zu Ihrem vorherigen Zuhause?*

P4: *Ich mache mir keine Sorgen mehr, jetzt brauche ich nicht mehr rauszugehen, um eine kleine Krankheit behandeln zu lassen. Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens werden vom Pflegeheim geregelt und erfüllt. Einige Hausarbeiten sind sehr einfach, wie das Waschen eines Taschentuches. Das kann ich immer noch selbst erledigen. Aber die Krankenschwestern wollen mir die Arbeit abnehmen. Sie sagten, sie haben Angst davor, dass die Heimführung dies sehen würde. Diese Pflegekräfte selber sind auch nicht mehr so jung, schon 50 oder sogar 60 Jahre alt. Dieses Heim bietet uns einen Friseur-Service an. Und meine Fußnägel schneide ich selbst, aber ganz langsam. Ich mache einen Tag nur einen Fußnagel fertig, weil meine Augen nicht mehr so gut funktionieren. Insgesamt ist das Leben hier im Heim gut, in dem es immer jemanden gibt, der sich um mich kümmert.*

I: *Wie sieht das Leben also hier im Heim aus? Was ist für Sie dann das Allerwichtigste?*

P1: *Das größte Problem des Lebens hier im Heim ist das Duschen. Gestern habe ich meinem Mann beim Duschen geholfen und dadurch starke Rückenschmerzen wegen der extremen Müdigkeit bekommen. Eigentlich wollte ich selbst auch duschen. Nun muss ich mich aber zwei Tage ausruhen und abwarten, bis ich keine Rückenschmerzen mehr haben werde. Danach werde ich duschen.*

⁵⁸ Das chinesische Qingming-Fest am 4. oder 5. April, selten auch am 6. April, ist das chinesische Totengedenkfest. Das chinesische Totenfest fällt auf den 106. Tag nach dem chinesischen Sonnenkalender (Bauernkalender), 15 Tage nach Frühlings-Tagundnachtgleiche. Man fegt die Gräber, legt Nahrungsmittel, Blumen und Gegenstände, die den Verstorbenen zu ihren Lebzeiten gefielen, vor die Gräber, zündet Weihrauchstäbchen an und verbrennt Totengeld (Hessler 2001).

8) Ruhe und Privatsphäre

Die Wünsche nach Ruhe und Privatsphäre der Heimbewohner beziehen sich darauf, eine Geräuschstörung zu vermeiden, von anderen Heimbewohnern ungestört sein zu können, sowie keine zu großen Anstrengungen unternehmen zu müssen.

Ruhe: In diesem Sinne, dass man sich vor und während der im Heim stattfindenden Geschäftigkeit zurückziehen kann, stellt das private Einzelzimmer oder Doppelzimmer einen persönlichen Rückzugsort dar.

I: Wie war dann die erste Zeit für Sie hier im Heim?

P2: Hier in diesem Heim zu leben ist gut und bequem. Nur zwei Personen wohnen in einem Zimmer, in dem es eine private Toilette gibt. Und im öffentlichen Badezimmer kann man duschen. Jeden Mittwoch wird der kostenlose Haarschnitt-Service angeboten.

9) Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun

Im Heim die Zeit sinnvoll verbringen zu können, ist sehr wichtig für Heimbewohner. Sie wollen jedoch von einer Mahlzeit zu anderen nicht nur rumsitzen.

I: Sagen Sie, ist Ihnen manchmal langweilig hier?

P1: Langeweile ist kein Problem des Heims, es ist ein eigenes Problem. Ich möchte nur in der Lage sein, eine Universität für ältere Menschen zu besuchen, wo ich Englisch, Malen, Singen oder etwas lernen könnte. (...) Aber wenn es eine Chance geben würde, möchte ich noch etwas lernen.

I: Kleinere Situationen, wo Sie denken: „Och, das gefällt mir jetzt gut!“ Kleine Erlebnisse, Situationen, welche sind dies?

P2: Zum Beispiel vor dem Fernseher und ich schaue sehr gerne Kostümdramen. Ich liebe es, Bücher zu lesen. Nun lese ich gerade das „Wörterbuch Kangxi.“

I: Langweilen Sie sich manchmal hier?

P4: Gelangweilt, nein. Zum Beispiel kann ich morgens Schach spielen und nachmittags Rehabilitation machen. Ich habe immer etwas vor, also ich plane immer jeden Tag.

Welche Elemente dazu beitragen, das eigene Leben für sich persönlich als etwas Sinnvolles und Freude stiftendes zu erleben, hängt von den individuellen Lebensumständen und vornehmlich auch von den Lebenserfahrungen und Lebenshintergründen jedes Einzelnen zusammen.

10) Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung

Gegenpol des Sich-Heimisch-Fühlens bedeutet im Heim das Gefühl des Sich-Fremd-Fühlens. Dies heißt für Heimbewohner, sich nicht zu kennen, keinen zu haben, mit dem man noch von früher was erzählen kann, keine

gemeinsamen Erinnerungen zu teilen.

Sich heimisch fühlen: Diese Vorstellung darüber, sich zu Hause zu fühlen, steht in Verbindung mit dem Aspekt des Schutzes und der Geborgenheit. Dieses Sicherheitsgefühl gilt auch als Indikator für ein allgemeines Wohlbefinden im Heim.

I: Haben Sie hier im Heim Freunde oder Bekannte?

P3: Nein. Mit Leuten hier rede ich nur ganz im Allgemeinen. Leute, die eine gute Beziehung zu mir haben, gibt es nicht. Ich wohne in einem Vierbettzimmer, in dem eine Person nicht sprechen kann, eine Person, die sich nicht klar äußern kann, und noch eine andere Person, die mit mir ein wenig spricht.

I: Fühlen Sie sich im Heim hier sicher?

P4: Ja. Zu Hause sperrte ich jeden Tag die Wohnungstür ab und installierte noch eine Sicherheitstür aus Eisen. Jetzt im Heim muss meine Zimmertür nicht geschlossen sein, weil die Pflegekräfte jeden Tag vor der Tür stehen. In anderer Hinsicht, wie beim Gehen, werde ich selbst vorsichtig sein.

I: Können Sie sich an Situationen hier im Heim erinnern, wobei Sie sich sehr gut gefühlt haben? Also welche Momente sind das?

P1: Gestern hatte mein Mann seinen achtzigsten Geburtstag. Das Heimpersonal schenkte ihm eine Schüssel Langlebigkeit-Nudeln⁵⁹. Seine ehemaligen Schüler kamen auch hierher und brachten ihm neue Kleider. Ich schrieb ihm ein Gedicht. Unser Sohn hat einen Tisch im Restaurant gebucht und wird uns am Wochenende abholen. Und dann werden wir zum Abendessen fahren und feiern dort im Restaurant seinen Geburtstag zusammen.

I: Dann würde ich gerne wissen, können Sie mir sagen, was für Sie persönlich Lebensqualität ist? Oder anders gesagt, was halten Sie persönlich für ein gutes Leben?

P2: Ein gutes Leben ist, dass ich etwas zu essen und zu trinken sowie einen Ort zum Leben habe. Das Leben im Heim ist sehr bequem und sehr praktisch. Hier sind das Essen und das Zimmer gut.

⁵⁹ An Geburtstagen essen westliche Menschen gerne Kuchen, um zu feiern, während Chinesen gerne Nudeln essen, was Langlebigkeit bedeutet beziehungsweise diese fördern soll. China hat eine eigene Esskultur, in der die Chinesen nicht nur auf die Ernährungsfaktoren wie Farbe, Duft und Geschmack achten, sondern sie legen auch mehr Wert auf die kulturelle Bedeutung der Lebensmittel. Noch ein typisches und interessantes Beispiel dazu: Wenn die Chinesen heiraten, werden vier Arten von Lebensmitteln, nämlich rote Datteln, Erdnüsse, Longan und Lotossamen, im Ehebett gelegt, wobei jedes Essen aus einem Wort „besteht“. Diese vier Nahrungsmittel beziehungsweise vier Wörter zusammen haben eine schöne Bedeutung, dass das Ehepaar ein schönes Baby bald haben können.

3.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die inhaltliche Auswertung der Interviews zeigt, dass alle zehn Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Bewohnern der Pflegeeinrichtungen auch von den chinesischen Interviewpartnern genannt wurden. Einen besonders hohen Stellenwert scheinen, was die Wünsche der chinesischen Gesprächspartner anbelangt, die „sozialen Kontakte zur Familie, den Freunden und alten Kollegen“, „Gesundheit (einschließlich der Bedeutung der Diätenernährung)“, „kulturelle und künstlerische Aktivitäten“ sowie „schmackhafte Lebensmittel (Versorgung und Fürsorge)“.

In China scheint das „Essen“ als kulturelles Phänomen eine besonders weitreichende Bedeutung zu haben. Stark beeinflusst von der traditionellen Esskultur berichten die älteren Menschen Anforderungen an die Farbe, Duft und den Geschmack des Essens sowie das ästhetische Niveau. Sie achten aber auch auf die gesundheitlichen Aspekte, vor allem wenn Diäten einzuhalten sind.

I: Dann würde ich gerne wissen, können Sie mir sagen, was für Sie persönlich Lebensqualität ist? Oder anders gesagt, was halten Sie persönlich für ein gutes Leben?

P3: Für mich ist das Leben sehr einfach, es gibt keine Besonderheiten in meinem jetzigen Leben. Meine Pension ist auch nicht so hoch. Wenn es etwas gibt, was ich essen möchte, kann ich das zu essen kaufen. Dies ist schon gut.

Es gibt in China ein Sprichwort: „Nachbarn in der Nähe sind besser als entfernte Verwandte.“ Auf Englisch gibt es ein ähnliches Sprichwort: „Besser ist ein Nachbar (Better is a neighbor).“ Die soziale Interaktion älterer Menschen hängt damit maßgeblich von wohnnah vermittelten Beziehungen ab. In der Vergangenheit lebten die Kollegen einer Einheit aufgrund des Sozialwohnungssystems⁶⁰ oft in einem geschlossenen Wohngebiet oder sogar in einem Gebäude. In dieser Zeit waren Kollegen gleichzeitig Nachbarn und so hatte jeder ein besonderes Gefühl der Zugehörigkeit. In China ist diese Art der zwischenmenschlichen Beziehungen insbesondere für ältere Menschen nach wie vor sehr wichtig.

P4: Ich habe immer noch Kontakte zu meinen alten Kollegen. Während des Frühlingsfestes in diesem Jahr riefen mich mehr als 60 Personen an, sowohl ältere als auch jüngere. Ich habe all ihre Namen in ein kleines Buch geschrieben.

⁶⁰ Das Sozialwohnungssystem ist nach der Gründung der Volksrepublik China eine einzigartige Form der Wohnungsverteilung in der Zeit der Planwirtschaft. Nach der Übertragung der Planwirtschaft auf die Marktwirtschaft hat China dieses Sozialwohnungssystem schrittweise abgeschafft. 1998 wurde die „Bekanntmachung über die weitere Vertiefung der Reform des städtischen Wohnsystems und die Beschleunigung des Wohnungsbaus“ (Nr. 23) vom Staatsrat herausgegeben. Damit wurde beschlossen, die physische Verteilung von Wohnungen ab diesem damaligen Jahr einzustellen und ein neues Wohnungssystem für die Monetarisierung der Wohndistribution und die Kommerzialisierung und Sozialisierung der Wohnungsverteilung einzurichten.

Ich schreibe alles auf, was in meinem Leben passiert. Manchmal vereinbarten viele Kollegen einen Termin, um mich zu besuchen. Dann gingen wir zusammen raus, um zu essen und zu plaudern. Dies macht uns sehr glücklich. In der Tat ist es sehr unpraktisch, zu mir zu kommen, weil sie das hin und her Fahren einen Tag kostet. Obwohl unsere Fabrik in Konkurs gegangen ist, bestehen immer noch Kontakte zwischen unseren Kollegen.

Darüber hinaus wurde während der Interviews festgestellt, dass ältere chinesische Menschen in der stationären Pflege tatsächlich schöne Zimmer lieben. Zumindest sollte eine saubere und hygienische Umgebung gewährleistet sein, in der sie leben. Zum Beispiel war jedes Zimmer sehr individuell dekoriert und sauber aufgeräumt, und in jedem Zimmer gab es Grünpflanzen und Fotos von Familienmitgliedern.

3.5 KONSEQUENZEN FÜR DIE ANPASSUNG VON QUISTA-C

Obwohl nur wenige narrative Interviews durchgeführt werden konnten, waren diese reich an Informationen, und ermöglichten einen vertieften Blick in die Lebenswelt chinesischer Heimbewohner. Zudem bieten sie bereits erste Anregungen für Handlungsempfehlungen. Im Rahmen der qualitativen Vorstudie zeigte, dass bei den chinesischen Gesprächspartnern Aspekte der „Ernährung“ (Gesundheit) einen besonderen Stellenwert zu haben scheinen.⁶¹

Gleichwohl muss davor gewarnt werden die Ergebnisse der Interviewstudie zu generalisieren. Deshalb wurde eine weitere, quantitative Vorstudie realisiert. Erst beide Vorstudien zusammen ermöglichen Schlussfolgerungen für die Instrumentenentwicklung und Instrumentenanpassung von QUISTA-C.

⁶¹ Siehe dazu Kapitel 3.4 „Diskussion der Ergebnisse“.

4 QUANTITATIVE VORSTUDIE ZUR OPTIMIERUNG VON QUISTA-C

4.1 EINLEITUNG

Nach der Instrumentenanpassung unter Einsatz der qualitativen Vorstudie wurde zur Instrumentenoptimierung von Mai bis Juni 2014 in China eine quantitative Vorstudie durchgeführt, mit der die Anwendbarkeit von QUISTA-C getestet werden sollte.⁶² Das Instrumentarium erhebt Informationen zu sieben Inhaltsbereichen.

4.1.1 Allgemeine Informationen

In dem Teil werden allgemeine Informationen erhoben, wie die Kennung des Interviewers, des Heims und Angaben zum Interview selbst, wie Datum, Ort, Startzeit und Endzeit des Interviews; gegebenenfalls Gründe für den Interviewabbruch; sowie Bemerkungen des Interviewers zum Interview.

4.1.2 Soziodemographische Angaben

Hier werden soziodemographische Angaben erhoben, wie Pflegestufe (vom Heim angegeben), Zimmerbelegung, Geschlecht, Alter, Jahr des Einzugs ins Heim.

4.1.3 Mini-Mental-Status-Test

Zum Schnell-Screening auf Demenz wurde eine chinesische Version des Mini-Mental-Status-Tests (MMST, vgl. Li et al. 1989: 557-563) eingesetzt, der bereits 1975 von Folstein und Kollegen entwickelt worden war (Folstein et al. 1975: 189-198). Dieses Instrumentarium ermöglicht die hoch zeitökonomische und besonders einfach durchzuführende Erfassung, von

⁶² Siehe dazu Anhang 11.5 „QUISTA-C – Testversion (2. F.)“.

zwei der drei zentralen Demenz-Diagnosekriterien, nämlich Gedächtnisstörungen und Beeinträchtigung mindestens einer weiteren kognitiven Funktion (Berger, 2004: 303-304; Mitchell, 2009: 411-431; Creavin et al. 2016).

Anhand von 30 einzelnen Aufgaben beziehungsweise neun Aufgabenkomplexen werden die wichtigsten exekutiven und geistigen Funktionen überprüft, die das Denken und Handeln von (älteren) Menschen steuern: Zeitliche und räumliche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit, Sprache und Sprachverständnis, Motorik, Lesen und Leseverständnis, Schreiben, Zeichnen (Folstein et al. 1975: 189-198; Kessler et al. 2000a).

Beim MMST erreichen die getesteten Personen eine Maximalpunktzahl von 30; je niedriger sein Ergebnis ausfällt, auf desto schwerere kognitive Probleme liegen vor. Aus praktischen Gründen wurden im Rahmen dieser Arbeit lediglich auskunftsfähige Heimbewohner einbezogen, die beim MMST einen Wert ≥ 18 („Cut-Off“-Wert) erreicht haben.

4.1.4 Standardisierte, strukturierte, quantitative Befragung⁶³

Der Hauptteil des Fragebogens QUISTA-C erfasst die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege über die Angaben zu 27 Items zur Ist-Ebene und 21 Items zur Soll-Ebene.

Als Antwortformat wurde eine fünfstufige Ratingskala mit den Antwortkategorien „nie, selten, manchmal, oft, immer“ für sämtliche Items gewählt, die für alle Antworten – sowohl auf der Ist-Ebene wie auch auf der Soll-Ebene – genutzt wurde. Mit diesem einheitlichen Antwortformat können die Werte der zusammengehörenden Item-Paare auf der Ist-Ebene und der Soll-Ebene kumuliert werden. Auf dieser Basis können die Bewertungen der 25 rekonstruierten Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern miteinander verglichen werden.

Tabelle 4-1

Zuordnung der Antworten nach QUISTA-C

Punktwert	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer	Pol
Ist-Ebene	0	1	2	3	4	Positivster
Soll-Ebene	4	3	2	1	0	Negativster

Alle Items wurden für die mathematische Auswertung so gepolt wie Tabelle 4-1 zeigt, dass „immer“ den positiven Pol mit der höchst erreichbaren Punktzahl bildet, „nie“ den entsprechend negativen Pol. Pro Item wird ein

⁶³ Vergleiche Kapitel 2.1.6 „Konzeptualisierung“.

Punktwert zwischen 0 und 4 vergeben, pro Item-Paar somit zwischen 0 und 8 Punkten, und totaler Punktwerte von 25 Item-Paaren somit zwischen 0 und 200 Punkten. Fünf Sonderfälle waren bei der Berechnung zu beachten.

- Erster Sonderfall: Bei den vier Unterdimensionen, nämlich „Schmerzen“, „Angst vor geistigen Einbußen“, „Intimsphäre“ und „Sich heimisch fühlen“, wurden Items lediglich auf der Ist-Ebene gestellt. Das heißt, bei Items F001ab, F001ao, F001aq und F001bb wurde der Punktwert „doppelt“ zugeordnet. In der Programmiersprache bedeutet dies: $0 = 0$, $1 = 2$, $2 = 4$, $3 = 6$, $4 = 8$.
- Zweiter Sonderfall: Bei der Unterdimension, nämlich „Zeit sinnvoll verbringen“, wurden drei Items zur Ist-Ebene gegenüber einem Item zur Soll-Ebene gesetzt. Das heißt, bei Items F001bj, F001ak und F001al wurde der Punktwert „ein Drittel“ zugeordnet. In der Programmiersprache bedeutet dies: $0 = 0$ (0/3), $1 = 1/3$, $2 = 2/3$, $3 = 1$ (3/3), $4 = 4/3$.
- Dritter Sonderfall: Um zu verhindern, dass die Befragten nachlässig und böswillig antworten, oder nur die so genannte positive Antwort auswählen, wurden im Fragebogen QUISTA-C acht umgekehrt kodierte („reverse-coded“) Items gestellt. Bei Aussagen auf diese Abfragen mussten die Bewertungen dann mit umgekehrter Skalenpunktzahl in die statistische Gesamtwertberechnung eingehen. Das heißt, bei Items F001ab, F001ae, F001aj, F001ak, F001ao, F001aq, F001bh und F001bi wurde der Punktwert „umgedreht“ zugeordnet. In der Programmiersprache bedeutet dies: $0 = 4$, $1 = 3$, $2 = 2$, $3 = 1$, $4 = 0$.
- Vierter Sonderfall: In Kombination mit dem ersten und dem dritten Sonderfall lautet die Bewertung der drei Items F001ab, F001ao und F001aq in der Programmiersprache: $0 = 8$, $1 = 6$, $2 = 4$, $3 = 2$, $4 = 0$.
- Fünfter Sonderfall: In Kombination mit dem zweiten und dem dritten Sonderfall lautet die Bewertung des Items F001ak in der Programmiersprache: $0 = 4/3$, $1 = 1$ (3/3), $2 = 2/3$, $3 = 1/3$, $4 = 0$ (0/3).

4.1.5 Kartenspiel

Mittels eines eigens für die Erhebung entwickelten Kartenspiels wurden Wünsche der Heimbewohner erfasst. Es besteht aus 16 Kategorien mit ganz unterschiedlichen Aspekten⁶⁴, die das Leben im Heim betreffen und diesem Fragebogen entstammen: „An der frischen Luft sein“; „Kontakt zu Freunden, die nicht hier im Heim wohnen“; „Ein schönes Zimmer“; „Freundlicher Umgang unter den Bewohnern“; „Unter den Bewohnern jemanden zum

⁶⁴ Vergleiche Tabelle 2-1 „Kartenspiel – Besonders wichtige Lebensbereiche nach QUISTA“.

Reden haben“; „Der Kontakt zu meiner Familie“; „Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich“; „‘Nein’ sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“; „Interessante Beschäftigungsangebote“; „Selbst über meinen Tagesablauf entscheiden“; „Im Heim über alles gut informiert zu werden“; „Leckerer Essen“; „Guter Kontakt zu den Pflegekräften“; „Meine Gesundheit“; „Etwas Sinnvolles tun“ und „Ruhe“. Neben den Aspekten befinden sich auf den Karten noch entsprechende Piktogramme zur Visualisierung.⁶⁵

Mit dieser spielerischen und anregenden Form soll den befragten Heimbewohnern ermöglicht werden, ihre Wünsche auszudrücken. Um diese Wünsche auf einer Skala abzubilden, sehen die Regeln des Kartenspiels drei Auswahlstufen vor: Wichtig, wichtiger und am allerwichtigsten.

- In der ersten Auswahlstufe wird einem Heimbewohner ein Stapel mit 16 Kärtchen vorgelegt. Um eine Überforderung während der simultanen Informationsverarbeitung des Kurzzeitgedächtnisses zu vermeiden, werden dem Heimbewohner nicht alle 16 Karten gleichzeitig, sondern vier Kartensets zu vier Karten zur Auswahl vorgelegt. Der Heimbewohner soll sich einen Augenblick Zeit nehmen und die Karten auswählen, die für ihn persönlich besonders wichtig sind. Er kann so viele Karten auswählen, wie er möchte.
- In der zweiten Auswahlstufe werden dem Heimbewohner die Karten erneut in Vierergruppen gezeigt, die er davor als besonders wichtig ausgewählt hat. Hiervon soll er noch einmal die für ihn wichtigsten Karten auswählen. Er kann wiederum so viele Karten auswählen, wie er möchte.
- In der dritten Auswahlstufe werden dem Heimbewohner all die Karten zusammen gezeigt, die er vorher als die wichtigsten ausgewählt hat. Nun soll er davon nur eine Karte auswählen, die für ihn die allerwichtigste ist.

Durch diesen Einsatz des Kartenspiels ist es möglich, ein subjektives Relevanz-Ranking von Bereichen der subjektiven Lebensqualität beziehungsweise die Präferenzstrukturen (Wunsch-Ebene) der Heimbewohner zu erheben. Dies leistet einen Beitrag zum Grobscreening und individueller Priorisierung der Aspekte, der die älteren Menschen in der stationären Pflege bei der Beurteilung von Lebensqualität überhaupt eine Bedeutung beimessen.

4.1.6 Themenspezifische, offene, ergänzende, qualitative Fragen

Die themenspezifischen offenen Fragen galten für diese quantitative

⁶⁵ Siehe dazu Anhang 11.6 „QUISTA-C – Testversion (2. F.)-Anhang“.

Vorstudie als eine Ergänzung und für die qualitative Vorstudie als eine Fortsetzung. Beispiele dieser ergänzenden qualitativen Fragen sind:

- *„Ich habe Sie ja gerade sehr viele Dinge zu Ihrer Lebensqualität gefragt. Sagen Sie mir bitte, welche weiteren Aspekte in Ihrem Leben noch eine wichtige Rolle spielen.“*
- *„Sind alle wichtigen Bereiche angesprochen worden?“*
- *„Bei welchen Fragen hatten Sie das Gefühl, dass diese nicht wichtig für Sie sind?“*

4.1.7 Kognitive Interviews

Um einen Einblick in die beim Beantworten von Fragen ablaufenden kognitiven Prozesse zu bekommen, wurden zusätzliche kognitive Interviews mittels eines Evaluationsfragebogens durchgeführt, ohne dass die Studienteilnehmer dies wussten oder merkten. Der hier begleitende Evaluationsfragebogen⁶⁶ enthält ein fallspezifisches Auflistungsschema mit fünf Techniken.

- Nachfragen zur Wahl der Antwortkategorie auf die zu testende Frage: Nachdem die Testperson die Frage mittels Zuordnung zu einer Antwortkategorie von „nie, selten, manchmal, oft, immer“ beantwortet hat, wird dieser Befragte gefragt, warum er eine bestimmte Antwortkategorie gewählt hat.
- Spontane Reaktionen der Testperson: Zusatzaussagen, die nicht als Antwort auf die zu testende Frage zu werten sind.
- Paraphrasieren (Nachfrage zum Verständnis): Der Fragetext soll in eigenen Worten wiedergegeben werden. Man gewinnt dadurch Einblicke, wie der Befragte die Frage versteht, in welche Richtung er gedacht beziehungsweise welche Aspekte er mit einem Fragetext assoziiert hat.
- Unspezifisches Nachfragen: Es wird gefragt, ob die Testperson bei der Beantwortung einer Frage Probleme hatte. Wenn ja wird nachgefragt, um welche Probleme es sich handelte. Der Testperson wird so die Möglichkeit gegeben, Probleme anzusprechen, die vom Testleiter in den anderen Nachfragen nicht thematisiert wurden.
- Beobachtungen: Es wird notiert, ob der Befragte lange überlegt oder das Interview flüssig war; ob er Fragen stellt; ob er Kommentare, Pausen oder Unterbrechungen macht, und so weiter.

⁶⁶ Vergleiche ein Beispiel dafür von Prüfer und Rexroth, 2005.

4.2 DURCHFÜHRUNG

4.2.1 Methode

Als Forschungsmethode wurde die teilnehmende Beobachtung eingesetzt, um aus der Innenperspektive des Heims einen unvoreingenommenen Blick auf die milieuspezifische Wirklichkeit werfen, potenzielle Interviewpartner gewinnen und relevante Aspekte ermitteln zu können, welche für die nachfolgenden Interviews von Bedeutung sind. In Beobachtungsprotokollen wurden gesprochene Wörter der Heimbewohner eingeschlossen, psychische Auffälligkeiten – auch die des Beobachters (von mir, YUE Ling) – vermerkt, Gespräche mit Heimbewohnern, Pflegekräften, Verwaltungspersonal und gegebenenfalls Angehörigen aufgezeichnet, eben auch Reflexionen über methodisches Vorgehen notiert sowie erste Interpretationen vorgenommen.

Zur Vermeidung einer willkürlichen Teilnehmerrekrutierung durch Mitarbeiter der Einrichtungen wurden die Studienteilnehmer nach festgelegten Einschlusskriterien⁶⁷ im direkten Gespräch vor Ort während der Teilnahme am Alltagsleben, beziehungsweise während der teilnehmenden Beobachtungen gewonnen.

4.2.2 Stichprobe

Aus den erwähnten vier Heimen im Rahmen der qualitativen Vorstudie wurde eine anfallende Stichprobe von 24 Personen gezogen. Die Fallzahlen dieser quantitativen Vorstudie sind sehr gering (also weniger als 30 Personen). Ihre Ergebnisse sind daher nicht als „repräsentativ“ anzusehen, aber ermöglichen eine Instrumentenoptimierung der Formulierung und des Formats an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Zielgruppe.

Es handelt sich um 11 weibliche Befragte (45,8%) und 13 männliche Befragte (54,2%). Das Alter der befragten Personen variiert zwischen 59 und 95 Jahren und beträgt im Durchschnitt 78,4 Jahre (SD = 9,4 Jahre)⁶⁸.

⁶⁷ Vergleiche Kapitel 2.1.2 „Besonderheiten“ und Kapitel 2.5.3 „Beschreibung der Zielgruppen“.

⁶⁸ SD bedeutet die Standardabweichung, die vereinfacht gesagt die durchschnittliche Abweichung der Messwerte von ihrem Mittelwert beschreibt.

4.3 AUSWETUNG DER VORSTUDIE

4.3.1 Formel der Berechnungen

Zur besseren Darstellbarkeit wurde der Lebensqualitätsindex „QUISTA-C“ als die Summe der Werte der beantworteten Item-Paare errechnet und durch die Gesamtzahl der möglichen Punkte der beantworteten Item-Paare geteilt. Mittels der Formel 4-1 ließ sich der Lebensqualitäts Gesamtwert mit einem Punktwert zwischen 0 und 100 Punkten darstellen.

Formel 4-1

Lebensqualitätsindex nach QUISTA-C in der Testversion

$$LQ_{QUISTA-C} = \frac{\sum_{48} (Ist_Punkte + Soll_Punkte)}{200} \times 100$$

Indem die Werte der zusammengehörenden Item-Paare auf der Ist-Ebene und der Soll-Ebene kumuliert wurden, konnten noch die Bewertungen der 25 Unterdimensionen der Lebensqualität miteinander verglichen werden. Durch diese Kumulierung konnte der Mittelwert der subjektiven Wahrnehmung bezüglich jeder Unterdimension mittels der Formel 4-2 errechnet werden.

Formel 4-2

Bewertungsmittelwert jeder Unterdimension der Lebensqualität nach QUISTA-C in der Testversion

$$BMUD_LQ_{QUISTA-C} = \frac{\sum_N (Ist_Punkte + Soll_Punkte) \div N \times 25}{200} \times 100$$

4.3.2 Umgang mit Missing-Data

Bei sozialwissenschaftlichen Untersuchungen beträgt das Ausmaß fehlender Werte (Missing-Data) üblicherweise zwischen 1% und 10% aller Daten einer Variablen (Schnell et al. 1999: 430-431). Als Daumenregel lässt sich festhalten, dass Missing-Daten mehr als 15% praktisch nicht mehr interpretierbar sind (Schendera 2007: 120). In Anwendung dieser Regel wurden lediglich die Fälle in die Berechnung des Gesamtscores mit aufgenommen, bei denen nicht mehr als sieben Werte von allen 48 Items (das sind 14,6%) fehlten.

In dieser quantitativen Vorstudie wurden zwei Befragungen abgebrochen: Mit Person mit der Nummer 9 beim Item 14 auf der Soll-Ebene (bei F002n, danach folgen genau sieben Items) wegen der Zeit zum Essen; mit Person mit der Nummer 13 bei der offenen Frage (bei F004, davor sind alle 48 Items

schon erledigt) wegen der Blockierung durch die Pflegekräfte. Dies entspricht 8,3% von allen Interviews und spricht für eine gute Durchführbarkeit. Aufgrund der niedrigen Anzahl der fehlenden Werte wurden trotz des Abbruchs diese zwei Fälle in die Gesamtwertberechnung der Lebensqualität aufgenommen.

4.3.3 Quantitative Ergebnisse

Zur Instrumentenoptimierung wurde eine quantitative Vorstudie mittels des Fragebogens QUISTA-C in der Testversion durchgeführt. Ihre empirischen Befunde werden unten dargestellt.

1) Interviewdauer

Die Uhrzeit zu Beginn und Ende eines jeden Interviews, das hier lediglich die Bearbeitung für die 48 Items des Fragebogens und das Kartenspiel einschloss, wurde notiert. Diese Angaben wurden in der Analyse dieser quantitativen Vorstudie in Minuten umgerechnet. Im Durchschnitt dauerte ein Interview in der vorliegenden Stichprobe 24,4 Minuten (Min. = 15 Minuten; Max. = 60 Minuten; SD = 10,6 Minuten).

Die Verteilung der Interviewdauer wurde zunächst im Hinblick auf die MMST-Punktzahlen dieser Stichprobe betrachtet. Im Rahmen dieser quantitativen Vorstudie erreichten die Studienteilnehmer im MMST-Test ihre durchschnittliche Punktzahl von 25,1 Punkten (Min. = 18; Max. = 30; SD = 3,7). Gemäß dem Berechnungsergebnis der Korrelation gab es keine Zusammenhänge zwischen der MMST-Punktzahl und der Interviewdauer ($r = -.06$; $p = .766$) sowie zwischen der MMST-Punktzahl und dem Alter ($r = -.35$; $p = .092$).

Bezüglich der Altersfaktoren der Befragten wurden den Verdacht bestätigt, dass je älter der Befragte war, desto länger dauerte sein Interview ($r = .50$; $p = .013$).

2) Lebensqualität

Mittels der Formel 4-1 ließ sich der Lebensqualitäts Gesamtwert im Rahmen dieser quantitativen Vorstudie errechnen sowie mit einem Punktwert zwischen 0 und 100 Punkten darstellen. Diese Stichprobe besaß einen Lebensqualitätsindex im Durchschnitt von 60,0 (Min. = 45,2; Max. = 79,0; SD = 9,6). Nach Geschlecht waren die Mittelwerte der Lebensqualität von Männern 59,1 (Min. = 45,2; Max. = 79,0; SD = 9,9) und von Frauen 61,1 (Min. = 45,3; Max. = 77,0; SD = 9,2). Der Vergleich der Lebensqualitätsindexen zwischen Männern und Frauen war statistisch nicht signifikant ($p = .857$).

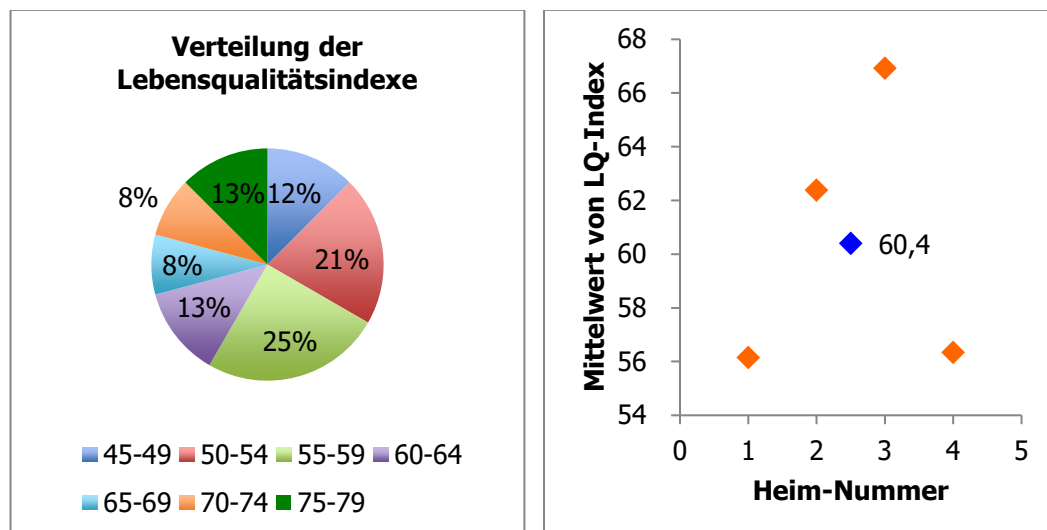
Das Berechnungsergebnis der Korrelation zeigte keinen Zusammenhang

zwischen der Lebensqualität und dem Alter ($r = .25$; $p = .233$). Dies sprach sowohl für männliche ($r = .27$; $p = .380$) als auch für weibliche ($r = .18$; $p = .598$) Testpersonen dieser Stichprobe.

Abbildung 4-1 zeigt weitere Ergebnisse der Lebensqualität. Ein Viertel dieser Stichprobe, nämlich sechs Personen und damit der größte Anteil erreichten ihren Lebensqualitätsindex zwischen 55 und 59 Punktwerten. Die beiden geringsten Verteilungen dieser Indexe lagen bei 8%. Das heißt, jeweils zwei Befragte erhielten ihren Lebensqualitätsindex zwischen 65 und 69 Punktwerten sowie zwischen 70 und 74 Punktwerten. Nach Schichtungsmerkmalen von Heimen lauteten Mittelwerte der Lebensqualität ($\bar{X} = 60,4$, $SD = 4,0$): Im Heim 1 (dem städtischen großen Altenheim in Dalian) 56,2 (Min.); im Heim 2 (dem ländlichen großen Altenheim in Dalian) 62,4; im Heim 3 (dem städtischen mittleren Pflegeheim in Shanghai) 66,9 (Max.) und im Heim 4 (dem ländlichen großen Pflegeheim in Shanghai) 56,3.

Abbildung 4-1

Lebensqualität nach Verteilung der Punktwerte und nach Mittelwerten der Heime der quantitativen Vorstudie von QUISTA-C ($N_P = 24$, $N_H = 4$)



Anmerkung. Die Farbe Orange steht für den Mittelwert des Lebensqualitätsindex jedes Heims, während die Farbe Blau für den Mittelwert der Lebensqualitätsindexe aller Heime steht.

Das Jahr zum Einzug ins Heim wurde in der Analyse dieser quantitativen Vorstudie in Monaten umgerechnet. Im Durchschnitt lebt ein Befragter im Heim 28,7 Monate (Median = 15,5) und die Standardabweichung beträgt 30,5 Monate (Min. = 1; Max. = 108). Im Hinblick auf Aufenthaltsdauer dieser Stichprobe zeigte sich kein Zusammenhang ($r = -.23$; $p = .271$).

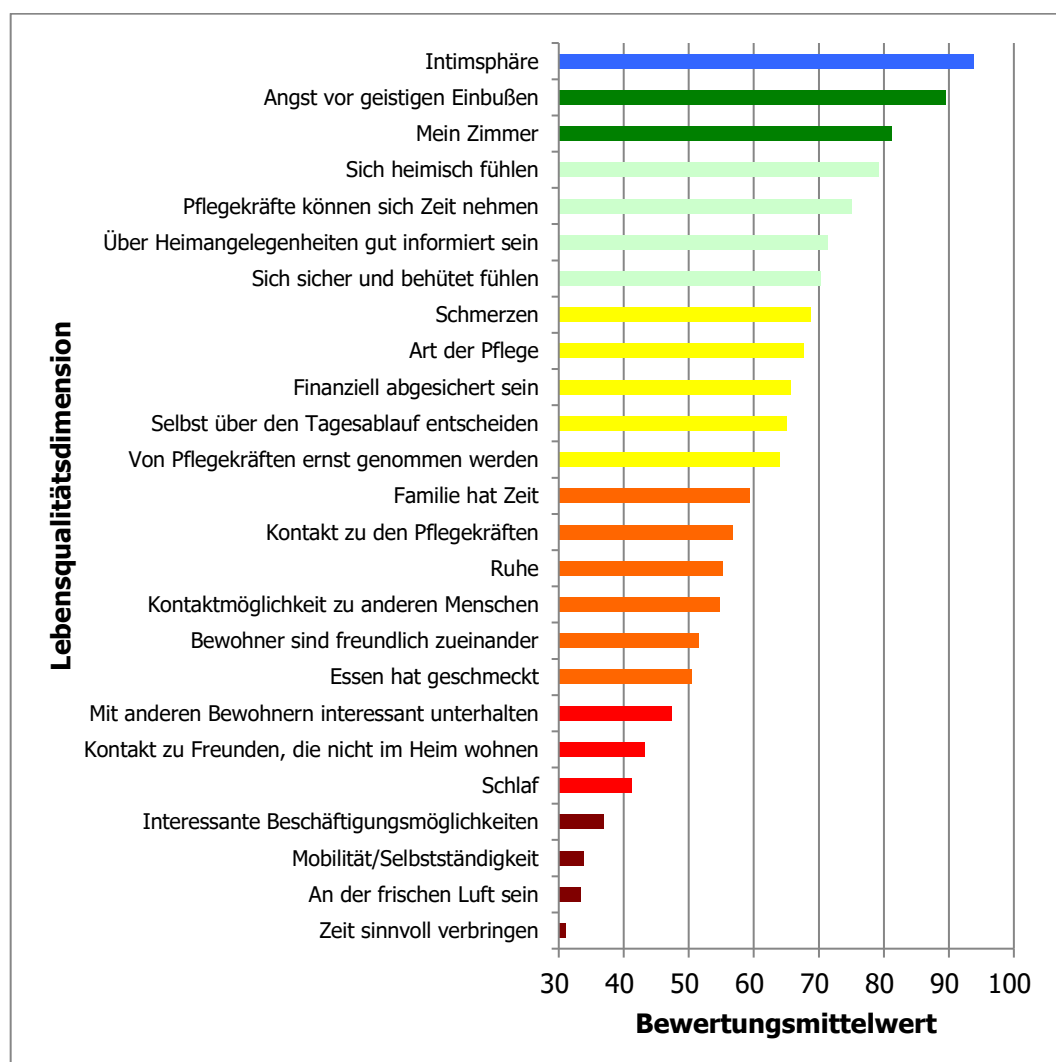
3) Präferenzen

Anhand der Formel 4-2 konnten die durchschnittlichen Bewertungen der 25 rekonstruierten Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern miteinander verglichen werden.

Im Rahmen dieser quantitativen Vorstudie bewertete die Stichprobe die Lebensqualitätsdimension „Zeit sinnvoll verbringen“ im Durchschnitt mit 31,1 Punktwerten am schlechtesten. Auch „An der frischen Luft sein“, „Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“, „Mobilität / Selbstständigkeit“, „Schlaf“, „Kontakt zu Freunden und Bekannten, die nicht im Heim wohnen“ sowie „Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten“ waren sechs Bereiche, welche im Verhältnis zu den anderen Unterdimensionen der Lebensqualität die niedrigeren Bewertungsmittelwerte aufwiesen. Besonders positiv schnitten dagegen folgende drei Bereiche ab: „Mein Zimmer“ mit 81,3 Punktwerten, „Angst vor geistigen Einbußen“ mit 89,6 Punktwerten sowie „Intimsphäre“ mit 93,8 Punktwerten als der höchste (siehe Abbildung 4-2).

Abbildung 4-2

Bewertungsmittelwerte der 25 Unterdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Vorstudie von QUISTA-C (N = 24)



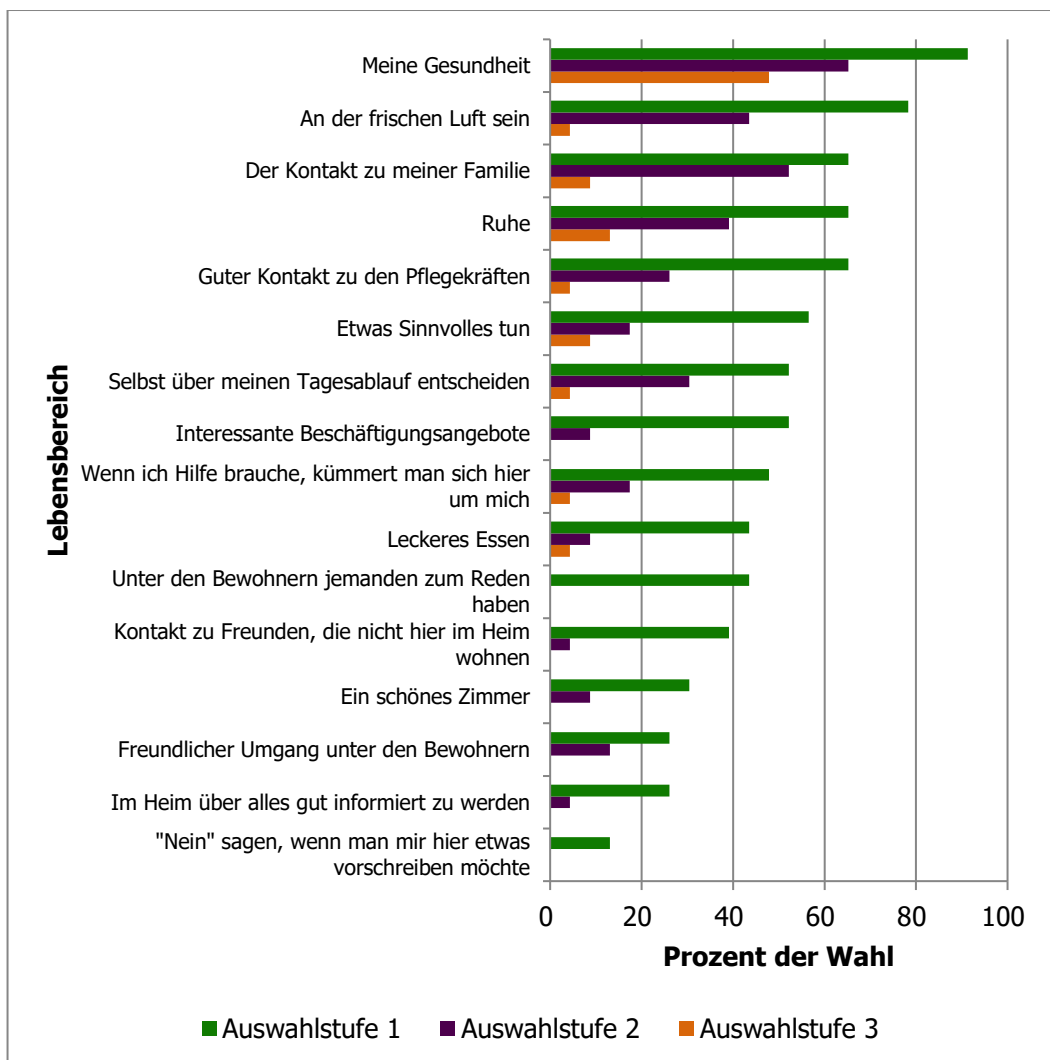
Anmerkung. Der Reihenfolge der Bewertungsmittelwerte dieser 25 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner gemäß stehen die Farben dafür:

LQ \geq 90	90 > LQ \geq 80	80 > LQ \geq 70	70 > LQ \geq 60	60 > LQ \geq 50	50 > LQ \geq 40	40 > LQ \geq 30
--------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Beim Kartenspiel wählten die Studienteilnehmer jene Dimensionen in drei Stufen aus, die sie für relevante Aspekte von Lebensqualität erachteten. Die Abbildung 4-3 zeigt, welche in der ersten, zweiten und dritten Auswahlstufe von den Befragten jeweils als wichtige, wichtigste und allerwichtigste Lebensbereiche ausgewählt wurden. Jede aller 16 Karten wurde von befragten Heimbewohnern mindestens einmal als wichtige Dimension ihrer Lebensqualität ausgewählt. Es zeigte sich eine klare Hierarchie in der Bedeutsamkeit, welche die befragten Heimbewohner den verschiedenen Lebensbereichen beimaßen. Ganz oben rangierte hier die Gesundheit, die jeweils 91,3%, 65,2% und 47,8% aller Studienteilnehmer als eine für ihre Lebensqualität wichtige, wichtigste und allerwichtigste Dimension benannten. Ganz unten in den Wertigkeiten fand sich „Nein sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“, die immerhin noch 13,0% der Befragten in der ersten Auswahlstufe als wichtige Lebensdimension einschätzten.

Abbildung 4-3

Besonders wichtige Lebensbereiche der Stichprobe der quantitativen Vorstudie von QUISTA-C (N = 23)



4.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Basierend auf den Analysen der kognitiven Fragen wurde sowohl für Interviewte als auch für Interviewerin (mich) festgehalten, dass der Fragebogen in der Testversion bezüglich Umfangs und Inhalts schon gut angepasst wurde.

4.4.1 Zur Akzeptanz der Items

Die Anmerkungen zu allen Fragen zeigten, dass drei Items (F001bh, F002i und F002s) von den Befragten als wenig akzeptierbar und schwer verständlich beschrieben wurden. Diese drei Items sollten entsprechend optimiert werden⁶⁹, damit der Fragebogen eine Vor-Finalversion erhalten konnte.

4.4.2 Zur Praktikabilität des Fragebogens

Der zeitliche Umfang des Erhebungsinstrumentariums in der Testversion unterlag starken interindividuellen Schwankungen. Dies ist einerseits auf kognitive Fähigkeiten und andererseits auf narrative Tendenzen zurückzuführen.

Während der Interviews wurden die Studienteilnehmer mehrmals danach befragt, ob der zeitliche und inhaltliche Umfang für sie zu bewältigen sei. Zwar stellte sich heraus, dass keine befragungsbedingten Erscheinungen der Ermüdung aufgetreten sind. Dennoch zeigte sich, dass viele der Befragten aufgrund einer offenen Erzähltendenz die Untersuchungsdauer in die Länge zogen. Bei der Interviewführung ist also insbesondere darauf zu achten, den Anreiz zur Erzähltendenz zu begrenzen.

Die Befunde der quantitativen Vorstudie deuteten jedoch eher darauf hin, dass diese Befragung für die Studienteilnehmer praktikabel war, die im Durchschnitt 24,4 Minuten dauerte, also kürzer als 30 Minuten. Dieser zeitlich ökonomische Aufwand beziehungsweise diese Testökonomie ermöglicht, den Fragenbogen um weitere Validierungsinstrumente⁷⁰ und soziodemographische Angaben der Heimbewohner einzufügen.

⁶⁹ Siehe dazu Kapitel 4.5.2 „Optimierung“.

⁷⁰ Siehe dazu Anhang 11.8 „QUISTA-C – Vor-Finalversion (4. F.)-Anhang“.

4.4.3 Zur Verständlichkeit des Kartenspiels

Die Erkenntnisse der quantitativen Vorstudie zeigten, dass die simultane Präsentation von vier Karten von den Heimbewohnern verstanden wurde und sie diese handhaben konnten. Auf dieser Basis war eine Auswahl relevanter Lebensbereiche beziehungsweise das Artikulieren ihrer Wünsche möglich. Somit wurden einerseits genügend Karten ausgewählt, um die Lebensbereiche einem Ranking zu unterziehen, andererseits wurde durch diese tatsächliche Auswahl eine Abgrenzung von vergleichsweise unwichtigen Bereichen erreicht. Darüber hinaus brachte diese spielerische Form der Befragung Abwechslung, Freude und war kognitiv anregend.

4.4.4 Ergänzung

Als Ergänzung für den quantitativen Fragebogen und als Fortsetzung für die qualitativen Interviews gab es im Rahmen dieser quantitativen Vorstudie noch einige themenspezifische offene Fragen, wie zum Beispiel: „*Was ist für Sie ein gutes Leben?*“ Die Antworten der Befragten auf diese Frage bestätigten ihre Prioritätensetzungen beim Kartenspiel. Sieben Personen meinten, dass die Gesundheit einschließlich der Regelmäßigkeit des Lebens am wichtigsten ist. Fünf Personen nannten die Verbindung zur Familie, vor allem zu den Kindern. Jeweils drei Personen erwähnten ein ruhiges Wohnumfeld und die frische Luft.

Bei dieser Frage „*Welche weiteren Aspekte spielten in Ihrem Leben noch eine wichtige Rolle?*“ beantworteten acht Personen die diätetische Ernährung und vier Personen nannten eine bessere medizinische Versorgung, während jeweils sechs Personen die gute wirtschaftliche Sicherheit und mehr Freizeitaktivitäten erwähnten.

Diesen Ergebnissen gemäß wurden der Fragebogen QUISTA-C von der Testversion in die Vor-Finalversion optimiert und die rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China operationalisiert⁷¹.

⁷¹ Siehe dazu Tabelle 5-2 „Operationalisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C“.

4.5 KONSEQUENZEN FÜR DIE OPTIMIERUNG VON QUISTA-C-

Im Rahmen dieser Dissertation bedeutet die subjektive Lebensqualität die individuell wahrgenommene Erfüllung von persönlichen Ansprüchen. Durch die Kumulierung der Item-Werte in der Form als Paar wurde der konzeptionellen Herangehensweise Rechnung getragen, dass für die Darstellung der subjektiven Wahrnehmung bezüglich der 25 rekonstruierten Dimensionen der Lebensqualität sowohl die individuellen Prioritätensetzungen (Wünsche) als auch die tatsächlich erlebten Zufriedenheiten relevant sind.

4.5.1 Bemerkung

Bemerkenswert war während der Beantwortung der offenen Frage, dass ein Großteil der Interviewten ein starkes Interesse an der innen und internationalen Politik hatte. Manche Heimbewohner redeten gerne über wichtige politische und historische Ereignisse in China wie die Kulturrevolution in den 1970er Jahren und die Wirtschaftsreform in den 1980er Jahren.

4.5.2 Optimierung

Nach Aussagen der Interviewten empfand niemand im Fragebogen QUISTA-C in der Testversion eine Frage als unwichtig. Bei Analysen der offenen Fragen und kognitiven Interviews wurden inhaltliche Probleme dieser Testversion aufgedeckt. Zum Beispiel waren die Antworten von Befragten auf bestimmte Abfragen sehr konsistent. Dies bedeutet, dass diese Abfragen nicht in der Lage sind, Unterschiede zwischen den Befragten zu zeigen. Deswegen wurden diese ursprünglichen Abfragen nach QUISTA gelöscht. Dazu fehlten Aspekte oder Gewichte der Ernährung (Gesundheit), Freizeitaktivität (Kontaktmöglichkeit zu anderen Menschen) und medizinischer Pflege (Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten) in den Abfragen, weshalb einige neue Items in den QUISTA-C in der Vor-Finalversion (vierte Fassung)⁷² entsprechend eingefügt wurden. Auf dieser Basis und aufgrund der inhaltlichen Ergebnisse der qualitativen Vorstudie wurden folgende vier Punkte zur Instrumentenoptimierung geändert.

- Anrede in Frage F001: „*Ich*“ → „*Sie*“

⁷² Vergleiche Anhang 11.5 „QUISTA-C – Testversion (2. F.)“ und Anhang 11.7 „QUISTA-C – Vor-Finalversion (4. F.)“.

Optimierungsgrund: Die ursprüngliche Befragungsart mit der ersten Person „Ich“ hat den Heimbewohnern keinen Effekt der Selbstsubstitution gebracht, sondern stattdessen ihr Verständnis erschwert.

- Frage F001bh: „Ich bin auf die Hilfe der Pflegekräfte angewiesen.“ → „Ihre Ernährung ist gut.“

Optimierungsgrund: Die meisten Befragten gaben an, dass sie sich nicht auf die Hilfe der Pflegekräfte verlassen, sondern Probleme selbst lösen wollen. Außerdem glauben sie, dass eine nahrhafte Diät für die Gesundheit unverzichtbar ist. Daher ist die Ernährung für sie sehr wichtig.

- Frage F002i: „Wünschen Sie sich, dass Sie näheren Kontakt zu anderen Menschen haben.“ → „Wünschen Sie sich, dass Sie hier mehr kulturelle und künstlerische Aktivitäten haben.“

Optimierungsgrund: Die überwiegende Mehrheit der Befragten beantwortete, dass sie mehr Möglichkeiten benötigen, weiteren sozialen Kontakt zu haben. Dafür hoffen sie auf mehr Freizeitaktivitäten, in denen sie mit anderen Menschen Kontakt aufnehmen können.

- Frage F002s: „Wünschen Sie sich, dass die Pflege hier anders durchgeführt wird.“ → „Wünschen Sie sich, dass die medizinische Pflege hier mehr und besser durchgeführt wird.“

Optimierungsgrund: Fast alle Befragten verstanden oder fanden diese Formulierung „anders durchgeführt wird“ nicht genau. Sie wiesen jedoch direkt darauf hin, dass sie sich neben der täglichen Pflege und der Routineversorgung noch mehr medizinische Versorgung wünschen.

4.5.3 Empfehlung

Die mit den kognitiven Interviews aufgedeckten Probleme beziehen sich auf den Prozess, der bei der Beantwortung einer Frage modellhaft in vier Stufen abläuft⁷³: Wie der Befragte – Fragen oder Begriffe interpretiert und versteht; relevante Informationen und Ereignisse aus dem Gedächtnis abrufen; Entscheidungen darüber trifft, wie er antwortet; seine „intern“ ermittelte Antwort formalen Antwortkategorien zuordnet. Allerdings führen kognitive Interviews allein nicht zu verbesserten Fragen, sondern erst die Umsetzung beziehungsweise Verarbeitung der Ergebnisse. Kognitive Interviews können lediglich potentielle Probleme identifizieren (Prüfer & Rexroth 2005).

Der nach Abschluss der kognitiven Testphase inhaltlich optimierte

⁷³ Vergleiche ein Modell des Frage-Antwort-Prozesses von Jabine et al., 1984.

Fragebogen QUISTA-C in der Vor-Finalversion muss vor seinem endgültigen Einsatz noch mit einer quantitativen Pilotstudie auf seine Funktionsfähigkeit geprüft werden. Mit dieser Methode der mehrstufigen Feldstudie können vor allem Aspekte, die den gesamten Fragebogen betreffen, wie zum Beispiel Probleme der Interviewer mit der Handhabung des Fragebogens, die Wirkung der Thematik oder die Akzeptanz der Befragungsdauer evaluiert werden. Dabei ist es unbedingt erforderlich, dass dieses Befragungsinstrument in einer Art „Generalprobe“ so zum Einsatz kommt, wie es später in der Hauptstudie erhoben wird.

5 QUANTITATIVE PILOTSTUDIE ZUR FINALISIERUNG VON QUISTA-C

5.1 EINLEITUNG

In der quantitativen Vorstudie wurde die Testversion des Fragebogens QUISTA-C optimiert und dadurch hat er eine Vor-Finalversion⁷⁴ erhalten. Zur Instrumentenfinalisierung wurde anhand einer quantitativen Pilotstudie, die von Oktober bis Dezember 2014 in China stattfand, diese Vor-Finalversion geprüft, um ihre ersten statistischen Gütekriterien und Durchführbarkeit zu schätzen.

5.1.1 Heime

Die Stichprobenziehung der Heime innerhalb der quantitativen Pilotstudie folgte den Prinzipien einer sogenannten „geschichteten Zufallsstichprobe“. Hierzu wurden erstens sämtliche Heime in Dalian und Shanghai nach zwei bestimmten Schichtungsmerkmalen Heimgröße und Region gruppiert. Danach wurden aus den Adressverzeichnissen der Einrichtungen der stationären Pflege für ältere Menschen in beiden Städten acht Heime über ein festgelegtes Zufallsverfahren ausgewählt. Bei diesem Auswahlverfahren handelte es sich um ein Prinzip, das keiner festgelegten Gesetzmäßigkeit oder einer gezielten Absicht unterlag. Es war wichtig und hilfreich, dass alle zufällig ausgewählten Heime die Teilnahme an der Pilotstudie verbindlich zusagten. Damit konnten die Ergebnisse der Pilotstudie als repräsentativ angesehen werden.

5.1.2 Befragte

Nach demselben Zufallsprinzip wie die Auswahl der Heime gestaltete sich in einem zweiten Schritt die Auswahl der Heimbewohner innerhalb der jeweiligen Einrichtungen. Die Studienteilnehmer sollten während der

⁷⁴ Siehe dazu Anhang 11.7 „QUISTA-C – Vor-Finalversion (4. F.)“.

Erhebung alle Fragen des Fragebogens QUISTA-C persönlich mündlich antworten. Dabei wurden alle selbstauskunftsfähigen Heimbewohner dort auch nach zwei bestimmten Schichtungsmerkmalen Alter und Geschlecht stratifiziert. Folglich wurden aus den Namenverzeichnissen von acht beteiligenden Heimen 100 Studienteilnehmer ebenfalls nach diesem Zufallsprinzip ausgewählt. Auf diese Weise konnte die Repräsentativität der Ergebnisse der Pilotstudie gewährleistet werden.

5.1.3 Datenschutz

Grundsätzlich galt für die Feldstudie meiner Dissertation, dass die Teilnahme sowohl für die Heime als auch für die Befragten freiwillig war. Im Rahmen dieser Studie wurde ein mündliches Interview mit den Heimbewohnern durchgeführt. Sämtliche hierbei erhobenen Daten wurden vertraulich und anonym behandelt. Diese Daten enthielten weder die Namen noch die Adressen oder Zimmernummern von Heimbewohnern. Die Datenerhebung der Studienteilnehmer erfolgte über geschulte Interviewer, welche im Rahmen des § 3 „Verarbeitung personenbezogener Daten“ des Berliner Datenschutzgesetzes an datenschutzrechtliche Bestimmungen⁷⁵ gebunden waren.

Damals gab es in China keine entsprechende gesetzliche Vorgabe. Erst am 1. Mai 2018 wurde in China die „Informationssicherheitstechnologie – Sicherheitsspezifikation für persönliche Informationen“ als eine empfohlene nationale Norm für den Schutz persönlicher Daten offiziell umgesetzt. Laut HONG Yanqing, dem leitenden Berater der Forschungsinstitution für Internet-Entwicklung (Internet Development Research Institution) der Universität Peking und einem der maßgeblichen Verfasser dieser Spezifikationen, liegt ihr strenges Niveau beziehungsweise ihre Anforderungen zwischen Europäischer Union und den Vereinigten Staaten (Jiang 2018).

5.1.4 Schulung

Vier Studentinnen aus dem Fach Public Health, XU Jia und GAO Qian (damals war sie noch eine Bachelorstudentin) an der Medizinischen Universität Dalian, sowie LIANG Tongtong und ZHANG Weiwei an der Jiaotong-Universität Shanghai wurden als Interviewer für die Durchführung der quantitativen Pilotstudie eingesetzt. Vor dieser Durchführung wurden alle Interviewer im Oktober 2014 nach Deutschland für eine 21-tägige Exkursion eingeladen, um die theoretische Grundlage für diese Dissertation (kennen) zu lernen.

⁷⁵ Vergleiche Anhang 11.2 „QUISTA – Finalversion-Anhang“.

In den Räumlichkeiten der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurden die Studentinnen von mir und Herrn Meyer geschult. Die Inhalte dieser Schulung betrafen die folgenden Bereiche. Zunächst erhielten die Studentinnen ein gründliches und tieferes Verständnis der wichtigsten Gesundheitssysteme der Welt, nämlich vier Modelle von Deutschland, den Vereinigten Staaten von Amerika, Großbritannien und Singapur.

Danach wurden die Studentinnen mit den Hintergründen dieser Dissertation vertraut gemacht. Hierbei wurde ihnen ein kurzer Überblick über verschiedene Konzeptionalisierungen von Lebensqualität und deren Messung vermittelt. Weiterhin wurde auf die Vorgängerstudie von dem Forschungsprojekt zum QUISTA sowie den Entwicklungsprozess zum QUISTA-C bezüglich der Übersetzung, Anpassung und Optimierung dieses Messinstrumentariums eingegangen. Das Ziel bestand darin, den Studentinnen einerseits einen theoretischen Hintergrund zu vermitteln. Andererseits sollten Befürchtungen abgebaut werden, dass die Items lediglich „am Schreibtisch“ entwickelt wurden und die Lebenswirklichkeit von Heimbewohnern nicht widerspiegeln.

Im Anschluss daran erfolgte eine ausführliche Einführung in die standardisierte Interviewführung. Diese Einführung umfasste die allgemeine Begriffsdefinition standardisiertes Interviews, dessen forschungspraktische Relevanz und theoretische Implikationen. An diesem Punkt wurde darauf geachtet, die Schulung sowohl für Personen mit Vorerfahrungen als auch für Neulinge gleichermaßen interessant und lehrreich zu halten. Zur Verfügung wurde den Studentinnen eine ausgedruckte Version der Powerpoint-Präsentation der Interviewerschulung zur standardisierten Interviewführung gestellt. Diese Agenda wurde mit fünf W-Fragen gelistet (Original auf Englisch):

- *Was ist ein standardisiertes Interview?*
- *Warum ist ein standardisiertes Interview wichtig?*
- *Wie kann man gleiche Bedingungen im Interview herstellen?*
- *Was beim Stellen der Frage beachtet werden muss?*
- *Was tun, wenn...? (Wie verhalte ich mich in unvorhergesehenen Situationen, ohne das Prinzip der gleichen Bedingungen zu verletzen?)*

Das primäre Ziel der Einführung in die standardisierte Interviewführung bestand darin, das hinter der Methode stehende Konzept zu vermitteln, um die Qualität der Daten sicherzustellen. Auf dieses Ziel aufbauend wurden sechs Regeln und Tipps für verschiedene Interviewszenarien vorgestellt und besprochen. Auf dieser theoretischen Basis wurde in einem Rollenspiel die Interviewführung praktisch eingeübt. Abschließend wurden der Ablauf der Datenerhebung und organisatorische Aspekte besprochen, um potenzielle Störeinflüsse kontrollieren zu können. Dabei wurde darauf Wert gelegt, den

organisatorischen Aufwand für die Studentinnen so gering wie möglich zu halten.

Als Ergänzung zur Schulung besuchten die vier Studentinnen den GKV-Spitzenverband⁷⁶. Dort boten die Mitarbeiter (Markus Grunenberg et al.) der Abteilung Gesundheitspolitik ein eigens dafür organisiertes Seminar zum Thema „Organisation und Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“. Dadurch konnten die chinesischen Studentinnen die drei Grundsätze der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich Sachleistungen (Benefit-in-kind), Solidarität (Solidarity) und Selbstverwaltung (Self-governance) mehr und besser verstehen.

Um den Status Quo deutscher Pflege „intuitiver“, nämlich persönlich zu kennen und zu verstehen, wurden für die Studentinnen darüber hinaus Besuche in zwei Heimen organisiert. Eines ist eine städtische Pflegeeinrichtung mit dem Namen Altenzentrum „Erfülltes Leben“⁷⁷ in Berlin. Das Heim wurde 1994 begründet und ist ein offenes Haus mit engen Kontakten zu den Bürgern des Kiezes sowie gesellschaftlichen Organisationen und Vereinen. Dort gibt es 113 stationäre und 30 Tagespflege-Plätze sowie 98 Mitarbeiter. Das andere ist eine ländliche Pflegeeinrichtung mit dem Namen Seniorenhaus Riedenburg⁷⁸ in Bayern. Das Heim wurde 1986 gegründet und ist ein familiär geführter Betrieb. Dort gibt es 92 stationäre Pflegeplätze.

⁷⁶ Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Deutschland. Er gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

⁷⁷ Siehe dazu Homepage: <http://erfuelltesleben.de>.

⁷⁸ Siehe dazu Homepage: <https://www.seniorenhaus-riedenburg.de>.

5.2 DURCHFÜHRUNG

5.2.1 Methode

1) Befragung

Im Rahmen dieser quantitativen Pilotstudie führte ich die meisten (92 von 100) Befragungen selbst durch, wobei mich vier Studentinnen abwechselnd begleiteten, um die Interviewsituationen zu beobachten und um die Interviewtechniken zu lernen. In den späteren Stadien der Pilotstudie versuchte jede Studentin, mindestens eine Befragung durchzuführen. Schließlich haben wir den gesamten Befragungsprozess zusammengefasst und ausdiskutiert. Dadurch erfüllten vier Studentinnen die nötigen Voraussetzungen eines Interviewers für die nächste quantitative Hauptstudie.

2) Gütetest

Zum ersten Test der statistischen Güte des Fragebogens QUISTA-C in der Vor-Finalversion wurden innerhalb dieser quantitativen Pilotstudie neben MMST noch die folgenden sieben Assessment-Instrumente verwendet. Entsprechende chinesische Versionen beziehungsweise Übersetzungen dieser allen Instrumenten wurden schon jeweils validiert und veröffentlicht.

- ADL (Activities of Daily Living)⁷⁹ gilt als ein generelles geriatrisches Assessment zur Einschätzung, Beurteilung und Abwägung von Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit (Katz et al. 1963: 914-919). Aus Ergebnissen dieses Assessmentinstrumentes ergeben sich die Pflegestufen der Interviewten. Sie werden somit nicht mehr von den Heimen angegeben.⁸⁰ Denn in China gibt es keine Definition für Pflegestufen, im Sinne des Pflegegrades in Deutschland.
- SWLS (Satisfaction With Life Scale)⁸¹ ist mit fünf Elementen ein kurzes Instrument, das zur Messung von globalen kognitiven Beurteilungen der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben entwickelt wurde (Diener et al. 1985: 71-75).
- SF-36 (Short Form (36) Health Survey)⁸² wird häufig zur Erhebung und Erforschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als ein krankheitsunspezifisches Assessmentinstrument eingesetzt (Ware & Sherbourne 1992: 473-483).

⁷⁹ Vergleiche die chinesische Version von Zhang et al., 1995.

⁸⁰ Vergleiche Kapitel 4.1.2 „Soziodemographische Angaben“.

⁸¹ Vergleiche die chinesische Version von Wu & Yao, 2006.

⁸² Vergleiche die chinesische Version von Li et al., 2002.

- VAS (Visual Analogue Scale)⁸³ ist ein Instrument zur Messung vor allem subjektiver Empfindungen wie der Schmerzintensität mit einer Skala von null (kein Schmerz) bis zehn (höchster vorstellbarer Schmerz) (Hayes & Patterson, 1921; Freyd, 1923).
- PANAS (Positive And Negative Affect Schedule)⁸⁴ beschreibt ein Maß für den positiven Einfluss und den negativen Einfluss durch eine Liste von 20 Adjektiven, die positive und negative Gefühle und Empfindungen messen. Für jede Dimension gibt es zehn Adjektive (Watson et al. 1988: 1063-1070).
- interRAI[®] HC (International Resident Assessment Instrument – Home Care)⁸⁵ hat sich als reliabel und valide erwiesen (Morris & Fries 1997: 1017-1024) und ist ein Bewertungssystem, das umfassende Planung von Pflege und Service in gemeindebasierten Umgebungen auf der ganzen Welt informiert und führt (Morris et al. 2009).
- MDS-HC (Minimum Data Set Home Care)⁸⁶ wird von einer Pflegekraft ausgefüllt (Fritz 2009) und ist ein Teil von interRAI[®], in dem Zustandsbeschreibungen der Pflege über mehrere Abstufungen in 16 Bereichen erfasst werden (Mylaeus-Renggli 2006: 477-486).

Das Ziel dieses Forschungsansatzes liegt daran, die Konstruktvalidität⁸⁷ des Fragebogens QUISTA-C in der Vor-Finalversion jeweils konvergent und diskriminant zu prüfen. Das heißt: Von den oben gelisteten Instrumenten stehen ADL, SF-36, SWLS und PANAS mit QUISTA-C im Zusammenhang mit konvergenten ähnlichen Konstruktionen, wie Selbsteinschätzungen der Funktionsfähigkeit und Indikatoren von subjektivem Wohlbefinden; während sich interRAI[®] HC und MDS-HC von QUISTA-C wegen diskriminanten unterschiedlichen Konstruktionen, nämlich Fremdeinschätzungen des Pflegezustandes, abgrenzen.

5.2.2 Stichprobe

Diese Pilotstudie wurde mit 100 Heimbewohnern aus acht unterschiedlichen Heimen durchgeführt.

1) Befragte Heime

Diese acht beteiligten Heime sind im Einzelnen:

⁸³ Vergleiche die chinesische Version von Li, 1998.

⁸⁴ Vergleiche die chinesische Version von Huang et al., 2003.

⁸⁵ Vergleiche die chinesische Version von Tian et al., 2019.

⁸⁶ Vergleiche die chinesische Version von Lan et al., 2002.

⁸⁷ Siehe dazu Kapitel 2.4.3 „Quantitative Datenerhebung und statistische Analyse“.

- Dalian Charity Altenheim (städtisch, 260 Betten) – 大连慈善颐养院
- Dalian Stadt Sozialfürsorge Zweites Zweigaltenheim (städtisch, 110 Betten) – 大连市社会福利院养老二分院
- Dalian Stadt Sozialfürsorge Viertes Zweigaltenheim (städtisch, 172 Betten) – 大连市社会福利院养老四分院
- Dalian Lüshunkou Kreis Sozialfürsorge Altenheim (ländlich, 224 Betten) – 大连市旅顺口区社会福利院
- Shanghai Pudong Neues Gebiet Dongming Kommunales Zentrum für Gesundheitsdienstleistungen (städtisch, 50 Betten) – 上海市浦东新区东明社区卫生服务中心
- Shanghai Changning Stadtbezirk Xinhua-Straße Kommunales Zentrum für Gesundheitsdienstleistungen (städtisch, 40 Betten) – 上海市长宁区新华街道社区卫生服务中心
- Shanghai Donghai Altenpflegeheim (städtisch, 1200 Betten) – 上海市东海老年护理医院
- Shanghai Jinshan Kreis Zhongren Altenpflegeheim (ländlich, 400 Betten) – 上海市金山区众仁老年护理医院

Die Verteilung der Testpersonen und Heime stellt Tabelle 5-1 dar.

Tabelle 5-1

Verteilung der Testpersonen und Heime der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C ($N_p = 100$, $N_H = 8$)

Heim-Nummer	Ort ^a		Region ^b		Größe ^c			Anzahl der Testpersonen
	DL	SH	S	L	G	M	K	
1	X		X		X			15
2	X			X	X			20
3	X		X			X		8
4	X		X			X		7
5		X		X	X			30
6		X	X				X	3
7		X	X				X	2
8		X	X		X			15
Summe der Testpersonen	50	50	50	50	80	15	5	100

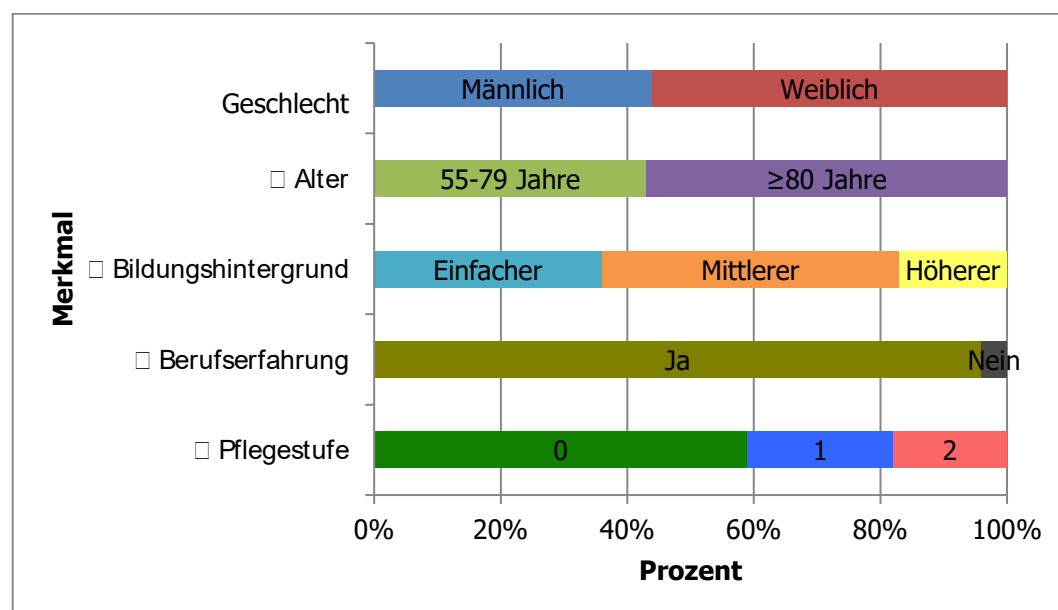
Anmerkung. Ort: DL – Dalian, SH – Shanghai; Region: S – städtisch, L – ländlich; Größe: G – groß, M – mittel, K – klein.

2) Befragte Heimbewohner

Bei dieser Stichprobe handelte es sich um 44 männliche und 56 weibliche Befragte. Das Alter variierte zwischen 56 und 96 Jahren und betrug im Durchschnitt 78,9 Jahre (SD = 8,9 Jahre). 36 befragte Heimbewohner besitzen einen einfachen (bis Grundschulabschluss), 47 Testpersonen einen mittleren (bis Oberstufe-Mittelschulabschluss, ähnlich wie dem deutschen Abitur) und 17 Testpersonen einen höheren Bildungshintergrund (ab Fachhochschulabschluss). 96 Befragte haben Berufserfahrungen, während vier Befragte nie arbeiteten. Aus den Ergebnissen des ADL-Assessmentinstrumentes ergaben sich die Pflegestufen der 100 Befragten, von denen 59% Pflegestufe 0, 23% Pflegestufe 1 und 18% Pflegestufe 2 zugeordnet waren. Die ausgewählten Merkmale der 100 Befragten zeigt Abbildung 5-1.

Abbildung 5-1

Verteilung der ausgewählten Merkmale der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 100)



5.3 AUSWERTUNG DER PILOTSTUDIE

5.3.1 Operationalisierung

Ergebnissen der Instrumentenoptimierung gemäß wurde jede der 10 / 26 rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C wie folgt operationalisiert.⁸⁸

Tabelle 5-2

Operationalisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C

Oberdimension	Unterdimension	Item-Anzahl	Werte-Bereich	Item-Paar
① Austausch mit anderen / soziale Kontakte	1) Familie hat Zeit	2	0-8	F001ah+F002h
	2) Kontakt zu den Pflegekräften	2	0-8	F001be+F002k
	3) Bewohner sind freundlich zueinander	2	0-8	F001bd+F002f
	4) Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten	2	0-8	F001af+F002e
	5) Kontakt zu Freunden und Bekannten, die nicht im Heim wohnen	2	0-8	F001ag+F002g
	6) Gefühlte Einsamkeit / Kontaktmöglichkeit zu anderen Menschen	2	0-8	F001aj+F002i
② Gesundheit	7) Schlaf	2	0-8	F001aa+F002c
	8) Schmerzen	1	0-8	F001ab
	9) Angst vor geistigen Einbußen	1	0-8	F001ao
	10) Mobilität / Selbstständigkeit	1	0-8	F002u
③ Autonomie / Selbstbestimmung	11) Ernährung	1	0-8	F001bh
	12) Von Pflegekräften ernst genommen werden	2	0-8	F001bf+F002r
	13) Selbst über den Tagesablauf entscheiden	2	0-8	F001an+F002o
④ Sicherheit / sich sicher fühlen	14) Sich sicher und behütet fühlen	2	0-8	F001bg+F002j
	15) Finanziell abgesichert sein	2	0-8	F001bi+F002t

⁸⁸ Vergleiche Tabelle 2-2 „Konzeptualisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA“.

Oberdimension	Unterdimension	Item-Anzahl	Werte-Bereich	Item-Paar
⑤ Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben	16) Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten	2	0-8	F001bc+F002n
	17) An der frischen Luft sein	2	0-8	F001ac+F002m
⑥ Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten	18) Pflegekräfte können sich Zeit nehmen	2	0-8	F001ai+F002l
	19) Über Heimangelegenheiten gut informiert sein	2	0-8	F001am+F002q
	20) Essen hat geschmeckt.	2	0-8	F001ad+F002d
	21) Art der Pflege	2	0-8	F001ap+F002s
⑦ Scham / Intimsphäre	22) Intimsphäre	1	0-8	F001aq
⑧ Ruhe und Privatsphäre erleben	23) Ruhe	2	0-8	F001ae+F002b
⑨ Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes	24) Zeit sinnvoll verbringen	4	0-8	F001ak & F001al & F001bj+F002p
⑩ Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung	25) Mein Zimmer	2	0-8	F001ba+F002a
	26) Sich heimisch fühlen	1	0-8	F001bb
Summe	26	48	208	Ist+Soll

5.3.2 Antwortzuordnung

Basierend auf dieser Operationalisierung der rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C ergeben sich fünf Sonderfälle bei der Zuordnung der Antworten.

- Erster Sonderfall: Bei sechs Items F001ab, F001ao, F001aq, F001bh, F001bb und F002u wurde der Punktwert „doppelt“ zugeordnet. In der Programmiersprache bedeutet dies: 0 = 0, 1 = 2, 2 = 4, 3 = 6, 4 = 8.
- Zweiter Sonderfall: Bei drei Items F001ak, F001al und F001bj wurde der Punktwert „ein Drittel“ zugeordnet. In der Programmiersprache bedeutet dies: 0 = 0 (0/3), 1 = 1/3, 2 = 2/3, 3 = 1 (3/3), 4 = 4/3.
- Dritter Sonderfall: Bei sieben Items F001ab, F001ae, F001aj, F001ak, F001ao, F001aq und F001bi wurden die Wertezuordnungen umgekehrt kodierte: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, 4 = 0.
- Vierter Sonderfall: In Kombination mit den ersten und dritten Sonderfällen lautet die Bewertung der drei Items F001ab, F001ao und

F001aq in der Programmiersprache, 0 = 8, 1 = 6, 2 = 4, 3 = 2, 4 = 0.

- Fünfter Sonderfall: In Kombination mit dem zweiten und dem dritten Sonderfall lautet die Bewertung des Items F001ak in der Programmiersprache: 0 = 4/3, 1 = 1 (3/3), 2 = 2/3, 3 = 1/3, 4 = 0 (0/3).

Nach dem gleichartigen „Pol“-Prinzip der quantitativen Vorstudie wurden hier pro Item auch ein Punktwert zwischen 0 und 4 und pro Item-Paar somit zwischen 0 und 8 Punkte vergeben. Totale Punktwerte der subjektiven Lebensqualität von 26 Item-Paaren sind daher zwischen 0 und 208 Punkte.

5.3.3 Berechnungsformel

Im Rahmen dieser quantitativen Pilotstudie ließ der Lebensqualitätsindex sich mittels der Formel 5-1⁸⁹ entsprechend der obigen Einstellung mit einem Punktwert zwischen 0 und 100 Punkten darstellen.

Formel 5-1

Lebensqualitätsindex nach QUISTA-C in der Vor-Finalversion

$$LQ_{QUISTA-C} = \frac{\sum_{48}(\text{Ist_Punkte} + \text{Soll_Punkte})}{208} \times 100$$

Da es nun 26 Unterdimensionen der Lebensqualität gab, wurde die Formel 5-2⁹⁰ zur Berechnung die durchschnittliche Bewertung jeder Unterdimension auch wie folgt zweckmäßig angepasst.

Formel 5-2

Bewertungsmittelwert jeder Unterdimension der Lebensqualität nach QUISTA-C in der Vor-Finalversion

$$BMUD_LQ_{QUISTA-C} = \frac{\sum_N(\text{Ist_Punkte} + \text{Soll_Punkte}) \div N \times 26}{208} \times 100$$

5.3.4 Quantitative Ergebnisse

Zur Instrumentenfinalisierung wurde eine quantitative Pilotstudie mittels des Fragebogens QUISTA-C in der Vor-Finalversion durchgeführt. Ihre statistischen Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

⁸⁹ Vergleiche Formel 4-1 „Lebensqualitätsindex nach QUISTA-C in der Testversion“.

⁹⁰ Vergleiche Formel 4-2 „Bewertungsmittelwert jeder Unterdimension der Lebensqualität nach QUISTA-C in der Testversion“.

1) Missing-Data

In dieser Stichprobe von 100 Personen gab es nur einen einzelnen befragten Heimbewohner mit der Nummer 17, der das Kartenspiel (die Frage F003) aufgrund seiner Kooperationsbereitschaft nicht schaffte. Allerdings hat er im Hauptteil für alle 48 Items des Fragebogens eine gültige Antwort gegeben. Dies spricht für eine gute Praktikabilität.

2) Interviewdauer

Im Rahmen dieser Pilotstudie wurden die Zeiten, die die Probanden für das Ausfüllen des Fragenbogens benötigen (Interviewdauer) sowie die Dauer für die Durchführung des MMST-Tests erhoben (vergleiche Tabelle 5-3). Letztere betrug im Durchschnitt 5,9 Minuten. Für die Erhebung der 48 QUISTA-C-Fragen (= Interviewdauer) wurden durchschnittlich 22,5 Minuten benötigt. Dabei zeigte sich ein negativer Zusammenhang jeweils zwischen der erreichten MMST-Punktzahl und der Interviewdauer ($r = -.31$; $p = .002$) sowie zwischen der erreichten MMST-Punktzahl und der MMST-Testdauer ($r = -.43$; $p = .000$).

Tabelle 5-3

Interviewdauer, MMST-Testdauer und MMST-Punktzahl der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 100)

Item	Min.	Max.	\bar{X}	SD
Interviewdauer (Minuten)	10	46	22,5	7,8
MMST-Testdauer (Minuten)	3	14	5,9	1,9
MMST-Punktzahl (Punkte)	18	30	23,6	3,5

Unter Berücksichtigung der Altersfaktoren der Befragten zeigten sich die Zusammenhänge mit Interviewdauer und MMST-Punktzahlen, je älter der Befragte war, desto niedrigere Punkte erzielte er im MMST-Test ($r = -.22$; $p = .028$) und desto länger dauerte sein Interview ($r = .29$; $p = .004$).

Hinsichtlich der Interviewdauer waren diese quantitativen Ergebnisse der Vorstudie und der Pilotstudie konsistent.

3) Lebensqualität

Entsprechend der Formel 5-1 wurde für jede Person ein Lebensqualitätsgesamtwert ermittelt, der zwischen 0 und 100 Punkten variieren kann. Die untersuchte Gruppe erreichte einen durchschnittlichen Lebensqualitätsindex von 64,3 Punkten (Min. = 35,6; Max. = 95,7; SD = 12,1).

Die Lebensqualität von Männern war mit 62,0 Punkten (Min. = 36,1; Max. = 90,9; SD = 12,6) ähnlich hoch, wie die von Frauen 66,0 (Min. = 35,6; Max. = 95,7; SD = 11,5). Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Varianz

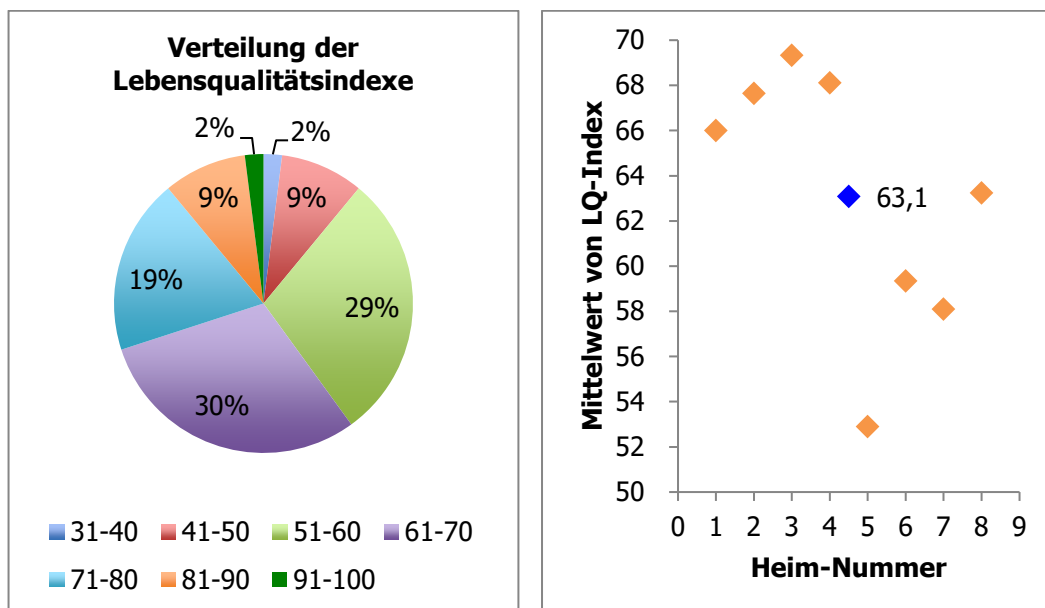
zwischen den beiden, nämlich männlichen und weiblichen Gruppen ($p = .388$).

Ferner zeigte sich für Männer ($r = .32$; $p = .032$) wie für Frauen ($r = .29$; $p = .031$) ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter und der Lebensqualität ($r = .32$; $p = .001$). Eine Erklärung für dieses Ergebnis liegt möglicherweise darin, dass ältere Menschen bereits mit ihrer „Langlebigkeit“ zufrieden sind. Es gibt ein in China weit verbreitetes Tang-Gedicht, in dem darauf hingewiesen wird, dass „seit der Antike die Menschen nur selten bis 70 Jahre alt werden“.

Abbildung 5-2 differenziert Gruppen der unterschiedlichen subjektiven Lebensqualität. Dabei zeigte sich, dass in dieser Stichprobe die meisten Personen (59%) ihre Lebensqualitäts Gesamtwerte zwischen 51 und 70 Punktwerten erreichten. Jeweils kleine Gruppen von 2% der Befragten wiesen eine sehr niedrige beziehungsweise eine sehr hohe Lebensqualität auf.

Abbildung 5-2

Lebensqualität nach Verteilung der Punktwerte und nach Mittelwerten der Heime der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C ($N_p = 100$, $N_H = 8$)



Anmerkung. Die Farbe Orange steht für den Mittelwert des Lebensqualitätsindex jedes Heims, während die Farbe Blau für den Mittelwert der Lebensqualitätsindexe aller Heime steht.

Nach Schichtungsmerkmalen von Heimen lauteten Mittelwerte der Lebensqualitätsindexe ($\bar{X} = 63,1$, $SD = 5,4$): Im Heim 1 (dem städtischen großen Heim in Dalian) 66,0; im Heim 2 (dem städtischen mittleren Heim in Dalian) 67,7; im Heim 3 (dem städtischen mittleren Heim in Dalian) 69,3 (Max.); im Heim 4 (dem ländlichen großen Heim in Dalian) 68,1; im Heim 5 (dem städtischen kleinen Heim in Shanghai) 52,9 (Min.); im Heim 6 (dem städtischen kleinen Heim in Shanghai) 59,4; im Heim 7 (dem städtischen

großen Heim in Shanghai) 58,1 und im Heim 8 (dem ländlichen großen Heim in Shanghai) 63,2. Es zeigt sich in dieser Stichprobe, dass die subjektive Lebensqualität der Heimbewohner in Dalian generell höher ist, als sie in Shanghai.

Mögliche Einflussfaktoren für die subjektive Lebensqualität könnten die Dauer des Heimaufenthalts wie auch der Umstand sein, ob die Entscheidung für einen Heimeinzug selbstbestimmt getroffen wurde.

Das Jahr zum Einzug ins Heim wurde in dieser Analyse entsprechend in Monaten umgerechnet. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug in den befragten Heimbewohnern 32,4 Monate (Min. = 0,3 Monate; Max. = 120 Monate; Median = 20,5 Monate; SD = 32,3 Monate). Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Aufenthaltsdauer der Heimbewohner ($r = -.10$; $p = .313$). Dieses Ergebnis der Pilotstudie war mit dem der Vorstudie konsistent.

Im Rahmen dieser quantitativen Pilotstudie wurde der „Eigene Wunsch, ins Heim zu ziehen“ auch notiert. 80% der Befragten, deren Mittelwert ihrer Lebensqualität 65,3 (Min. = 42,1; Max. = 95,7; SD = 11,4) betrug, gaben an, auf eigenen Wunsch ins Heim gezogen zu sein, während ein Fünftel der Befragten, deren Mittelwert ihrer Lebensqualität 60,2 (Min. = 35,6; Max. = 88,5; SD = 13,7) betrug, diese Entscheidung nicht selbstbestimmt machten. In dieser Stichprobe hatte der eigene Wille allerdings keinen signifikanten Effekt auf die wahrgenommene Lebensqualität ($p = .580$).

4) Subjektive Bewertung verschiedener Dimensionen der Lebensqualität

Als besonders wichtige Dimensionen erwiesen sich die Sicherung der persönlichen Intimsphäre (90,3 Punkte), die eigene geistige Gesundheit (82,3 Punkte) und der persönliche Wohnbereich (80,0 Punkte). Die Lebensqualitätsdimension „Kontakt zu Freunden und Bekannten, die nicht im Heim wohnen“ wurde dagegen als eher unbedeutend wahrgenommen (45,5 Punkte). Sich „mit anderen Bewohnern interessant unterhalten“, „Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“, „Schmackhaftes Essen“, „Schlaf“, „An der frischen Luft sein“, „Zeit sinnvoll verbringen“, „Mobilität / Selbstständigkeit“ sowie „Art der Pflege“ waren Bereiche, die eher niedrige Bedeutungszuschreibungen erhielten (siehe Abbildung 5-3).

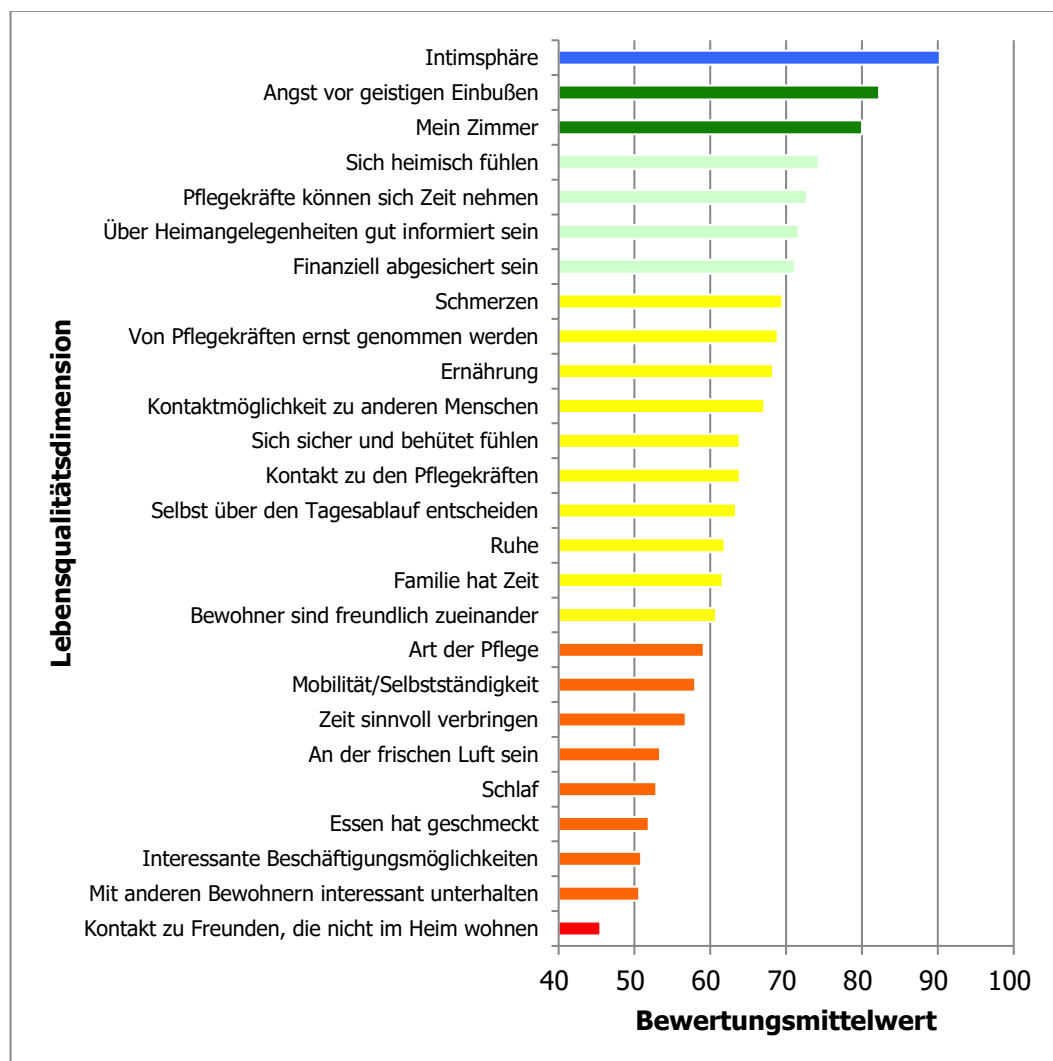
Abbildung 5-4 zeigt, wie die 99 Studienteilnehmer⁹¹ beim Kartenspiel in der ersten, zweiten und dritten Auswahlstufe jene Dimensionen auswählten, die sie jeweils für wichtige, wichtigste und allerwichtigste Lebensbereiche erachteten. Aus dem Relevanz-Ranking ergab sich, dass alle 16 Karten beziehungsweise Bereiche von befragten Heimbewohnern als wichtige und als wichtigste Dimensionen ihrer Lebensqualität ausgewählt wurden. Diese

⁹¹ Eine Person hat diesen Teil der Studie abgebrochen.

Prioritätensetzungen bestätigten, dass jede der allen in der qualitativen Vorstudie ermittelten Lebensqualitätsdimensionen eine Relevanz aufwies.

Abbildung 5-3

Bewertungsmittelwerte der 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 100)



Anmerkung. Der Reihenfolge der Bewertungsmittelwerte dieser 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner gemäß stehen die Farben dafür:

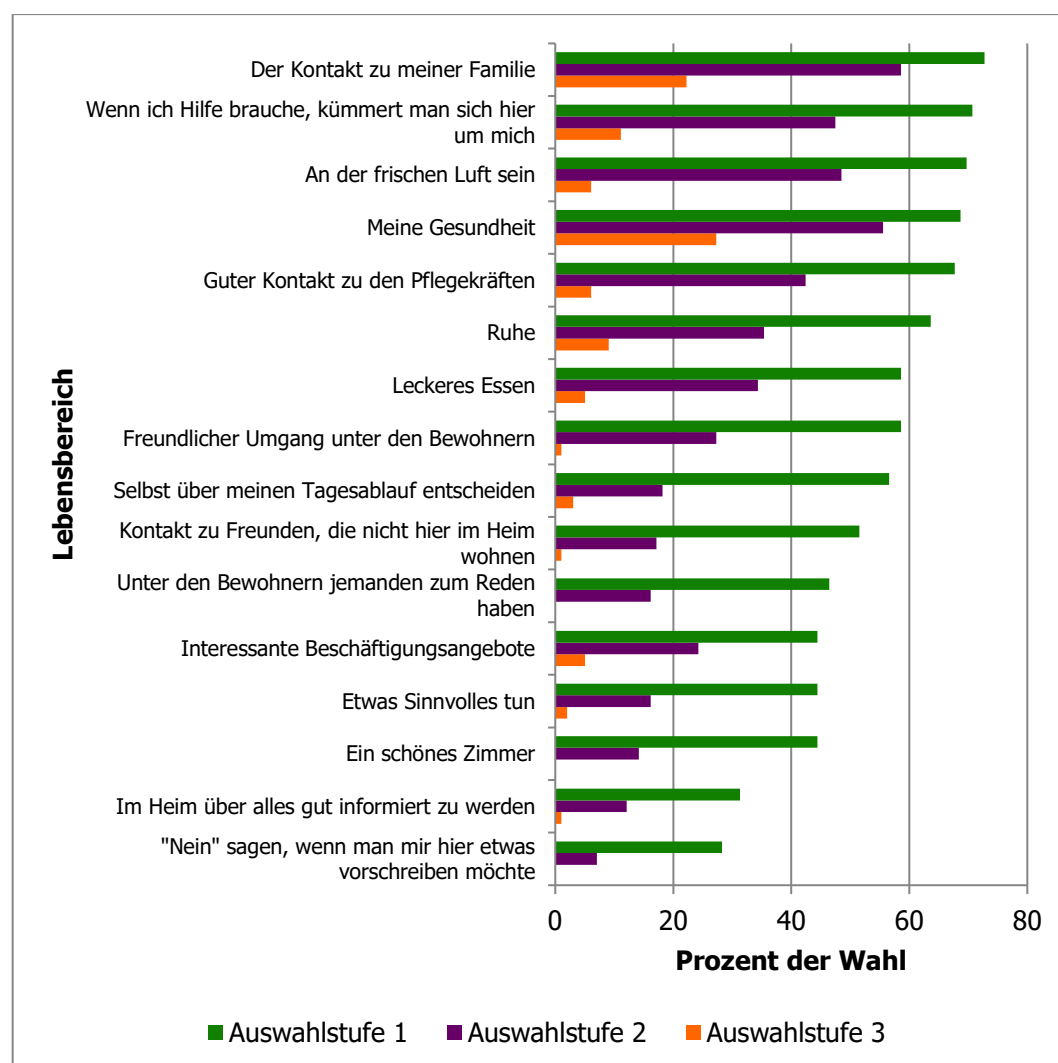


Jeweils in der ersten und in der zweiten Auswahlstufe wurden vier Bereiche „Der Kontakt zu meiner Familie“ (72,7% und 58,6%), „Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich“ (70,7% und 47,5%), „An der frischen Luft sein“ (69,7% und 48,5%) und „Meine Gesundheit“ (68,7% und 55,6%) am meisten ausgewählt, während zwei Bereiche „Nein sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“ (28,3% und 7,1%) und „Im Heim über alles gut informiert zu werden“ (31,3% und 12,1%) am wenigsten ausgewählt wurden. In der dritten Auswahlstufe wurden drei Bereiche

„Meine Gesundheit“ (27,3%), „Der Kontakt zu meiner Familie“ (22,2%) und „Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich“ (11,1%) am meisten ausgewählt, während drei Bereiche „Nein sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“, „Ein schönes Zimmer“ und „Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben“ am wenigsten beziehungsweise von niemandem ausgewählt wurden.

Abbildung 5-4

Besonders wichtige Lebensbereiche der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 99)



Die beiden Präferenzstrukturen der quantitativen Vorstudie und Pilotstudie sind auch sehr ähnlich.

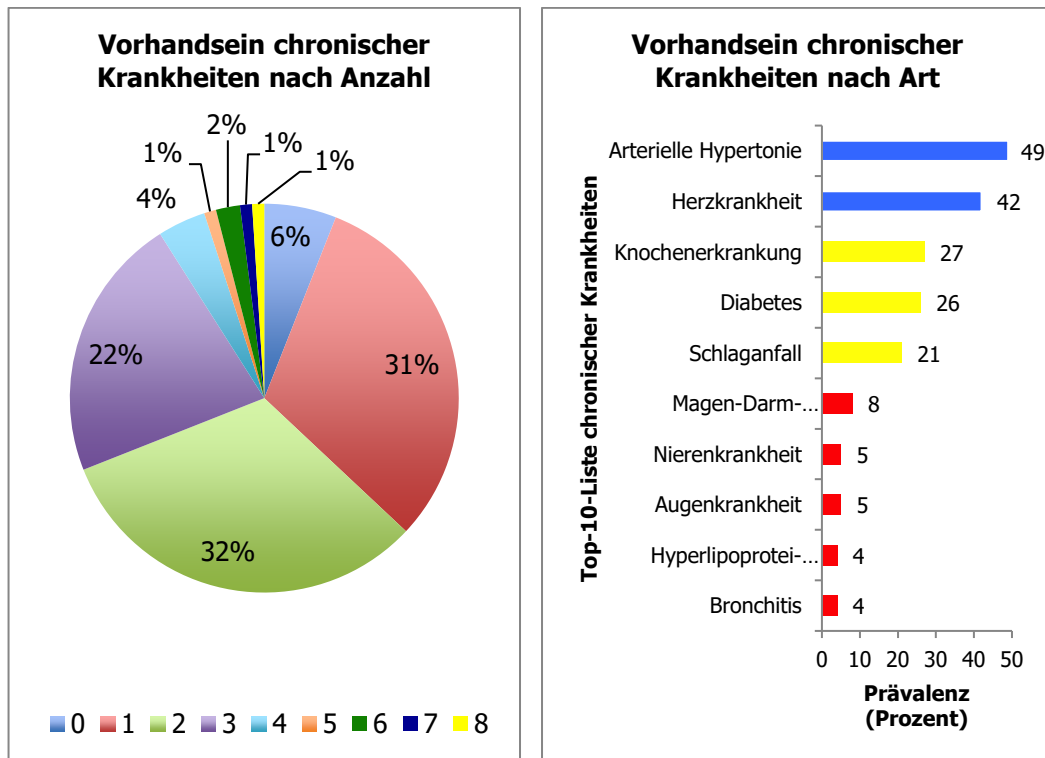
5) Chronische Krankheiten

Von den in dieser Studie untersuchten 100 Personen hatten 6 Befragte (6%) keine chronischen Krankheiten, während 94 Befragte (94%) chronisch krank waren. Wie Abbildung 5-5 ausweist, hatten jeweils gut 30% ein bis zwei

chronische Krankheiten und weitere 22% immerhin drei weitere chronische Erkrankungen. Knapp 10% der Befragten hatten gleichzeitig mehr als drei chronische Erkrankungen. Inhaltlich dominierten Arterielle Hypertonien (49%), Herz-Kreislaufferkrankungen (42%), Knochenerkrankung (27%), Diabetes (26%) und Schlaganfälle (21%).

Abbildung 5-5

Verteilung des Vorhandenseins chronischer Krankheiten nach Anzahl und nach Art der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 100)



Anmerkung. Der Reihenfolge der **Prävalenz (Prozent)** des Vorhandenseins chronischer Krankheiten nach Art dieser Stichprobe gemäß stehen die Farben dafür:



5.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

5.4.1 Zur Durchführbarkeit von QUISTA-C

Bezüglich der Durchführbarkeit von QUISTA-C war festzuhalten, dass sich nur ein sehr kleiner Teil (2 von 100) der Heimbewohner nach der Befragung müde fühlte. Auch die Abbrecherquote lag mit $N = 1$ von 100 im akzeptablen Bereich ($< 7\%$). Mit durchschnittlich 22,5 Minuten Zeitaufwand für die Befragung mit QUISTA-C kann dem Messinstrument eine gute Durchführbarkeit zugeschrieben werden.

5.4.2 Zusammenhänge mit konstruktnahen Instrumenten

Im Rahmen dieser Studie wurden drei Assessmentinstrumente eingesetzt, für die eine chinesische Version vorliegt, die bereits evaluiert wurden und sich in Bezug auf die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität als zufriedenstellend erwiesen haben sowie bezüglich derer zugleich die Einsatzfähigkeit bei einer hochaltrigen Population nachgewiesen wurde:

- Die SWLS-Skala (Satisfaction With Life Scale) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Angenommen wird, dass sich ein positiver Zusammenhang zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität im Heim zeigen lässt. Während die SWLS das Leben als globales und insbesondere auch den Rückblick auf das bisherige Leben ins Zentrum setzt, liegt der Analyseschwerpunkt bei QUISTA-C dagegen auf einem Abgleich der aktuellen Situation mit einem persönlichen Idealzustand. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Bewertung der aktuellen Situation und die Festlegung von Normen bezüglich des Idealzustandes im Zusammenhang mit dem vorherigen Lebensverlauf stehen (Meyer 2013a: 15). Trotz der unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen werden daher mittlere bis hohe Zusammenhänge zwischen beiden Skalen erwartet.
- Der Gesundheitszustand wurde mit einer Teilskala des SF-36 untersucht, in der die allgemeine der eigenen Gesundheit erhoben erfragt wurde, wie der Befragte selbst seinen Gesundheitszustand beurteilt und für wie widerstandsfähig er sich hält. Zwar stellt Gesundheit auch einen zentralen Stellenwert in QUISTA-C dar und es ist davon auszugehen, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit auch Auswirkungen auf die Bewertungen anderer Dimensionen hat. Da aber QUISTA-C konzeptionell so entworfen wurde, dass mehrere Dimensionen in die Bewertung einfließen, wird angenommen, dass die Zusammenhänge mit dem SF-36 niedrig ausfallen.

- Die VAS (Visuelle Analogskala) ist eine Skala zur Messung vor allem subjektiver Einstellungen, wie des Schmerzempfindens. Es handelt sich um eine Linie, deren Endpunkte extreme Zustände darstellen, nämlich „kein Schmerz“ und „höchst vorstellbarer Schmerz“. Die Befragten sollten ihre subjektive Empfindung durch einen vertikalen Strich auf der Linie mit den Endpunkten 0 und 10 markieren. Die Analyse für diesen Aspekt Schmerzen ist wie der Aspekt „Gesundheit“ angenommen.

Die nachfolgende Korrelationsmatrix zeigt die Ergebnisse: Die Konstruktvalidität beziehungsweise der Korrelationsgrad zwischen QUISTA-C und SWLS liegt auf einem mittleren bis zu einem hohen Niveau ($|\rho| \geq .50$), während die Zusammenhänge zwischen QUISTA-C und SF-36 (Gesundheitszustand) sowie zwischen QUISTA-C und VAS (Schmerzen) von niedriger bis mittlerer Stärke ($|\rho| \geq .30$) sind.

Tabelle 5-4

Korrelation von QUISTA-C mit anderen Messinstrumenten (N = 100)

$r_s(\rho)$	QUISTA-C	SWLS	SF-36 (Gesundheitszustand)	VAS (Schmerzen)
QUISTA-C	1.00	.35**	.27**	-.23*
SWLS		1.00	.24*	-.03
SF-36 (Gesundheitszustand)			1.00	-.34**
VAS (Schmerzen)				1.00

Anmerkung.

- ** : Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).
- * : Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Signifikante Zusammenhänge zeigten sich, je besser die älteren Menschen in der stationären Pflege ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ($p = .000$) und ihren Gesundheitszustand ($p = .006$) einschätzten sowie je niedriger sie ihre Schmerzen ($p = .024$) bewerteten, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität hatten sie.

5.5 KONSEQUENZEN FÜR DIE FINALISIERUNG VON QUISTA-C

5.5.1 Altenpflege

Ein grundsätzlicher Unterschied in der Organisation der Pflege zwischen China und Deutschland ist, dass es in China noch keine umfassende gesetzliche beziehungsweise nationale soziale Pflegeversicherung gibt, während diese schon 1995 in Deutschland eingeführt wurde. In diesem Zusammenhang ist die Natur von Pflegeheimen und Altenheimen in China völlig anders, wie Tabelle 5-5 darstellt. Das Leben im Pflegeheim unterscheidet sich vom Leben im Altenheim insofern, dass das chinesische Pflegeheim den Charakter eines Krankenhauses für ältere Menschen hat.

Tabelle 5-5

Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Altenheimen in China

Heim	Zugehörigkeit	Nachteile	Vorteile
Pflegeheim	Ministerium für Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Wenig Intimsphäre und Privatsphäre - Langweiliges Tagesprogramm - Nicht-100% Barrierefreiheit - Ungenießbare Mahlzeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Versorgung 24 / 7 - Betten-Gebühren mit sozialer Krankenversicherung - Mehr Hygiene - Mehr Sauberkeit
Altenheim	Ministerium für Zivile Angelegenheiten	<ul style="list-style-type: none"> - Kaum medizinische Versorgung - Betten-Gebühren mit privaten Geldern - Nicht-100% Barrierefreiheit - Ungenießbare Mahlzeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Intimsphäre und Privatsphäre - Vielfältiges Tagesprogramm - Mehr Freiheit - Mehr Menschlichkeit

Zum Zeitpunkt der Durchführung dieser Studie war die gesundheitspolitische Diskussion in China ungefähr mit der in Deutschland vor der Einführung der Pflegeversicherung vergleichbar. Bis heute gibt es in einigen Regionen (zum

Beispiel Shanghai) Pilotprojekte zur Einführung eines öffentlichen Pflegeversicherungssystems.

5.5.2 Politik

Darüber hinaus fiel es im Verlauf der Befragung auf, dass viele Menschen der Generation der Befragten durch die Kulturrevolution (1966-1976) allgemein stark beeinflusst wurden. Das zeigte sich zum Beispiel in Wertvorstellungen von Gemeinschaft, Zusammenhalt sowie der Pflege bestimmter Kulturaktivitäten wie Singen, Tanzen und so weiter.

Die meisten Befragten in der stationären Pflege interessierten sich für die Politik. Viele davon lieben und unterstützen die Kommunistische Partei Chinas. Ungefähr die Hälfte der Rentner war jedoch unzufrieden mit dem Ruhegeld und der Altenpolitik. Sie wünschten sich eine bessere finanzielle Absicherung.

Bezüglich der Aussagen dieser Studie ist festzuhalten, dass sich mit dem Übergang auf die folgenden Generationen das Denken, die Werte, die Kulturvorstellungen und die Weltanschauung stark verändern werden. Die jetzt alternden Generationen werden zunehmend von ganz anderen Lebensumständen geprägt. Dazu gehören die neuen Technologien (zum Beispiel Digitalisierung im Gesundheitswesen, Gentechnik in der Medizin und e-Health), Infrastrukturumbau, Urbanisierung, Globalisierung und so weiter.

5.5.3 Finalisierung

Am Ende des Interviews wurden alle Befragten gefragt: *„Was möchten Sie noch ergänzen oder betonen, was für Ihr Leben hier im Heim wichtig ist?“*

Dabei gaben 13 Personen an, dass ihnen eine wirtschaftliche Sicherheit fehle. 12 Personen fanden das leckere Essen und die diätetische Ernährung am wichtigsten, während für weitere 12 Personen die umfassende medizinische Versorgung, inklusive der traditionellen chinesischen Medizin, der Bequemlichkeit des Kaufens von Medikamenten, der Arztbesuche sowie der psychologischen Behandlungen, bedeutsam waren. Acht Personen wünschten sich mehr Freizeitaktivitäten sowohl im Innenraum als auch in der Freiluft. Für fünf Personen war ein ruhiges Wohnumfeld zentral in ihrem Leben im Heim.

All diese Aussagen wurden für die Finalisierung von QUISTA-C genutzt und hatten auch Einfluss auf die Entwicklung des Kartenspiels, bei dem eine neue Karte „Gute wirtschaftliche Sicherheit“ eingefügt wurde.

6 QUANTITATIVE HAUPTSTUDIE ZUR VALIDIERUNG VON QUISTA-C

6.1 EINLEITUNG

Im Rahmen der quantitativen Pilotstudie stellten die Befragten beim Kartenspiel zu den Präferenzstrukturen Ähnlichkeiten zwischen der Karte mit der Nummer 5 „Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben“ und der Nummer 4 „Freundlicher Umgang unter den Bewohnern“ fest. Sie erachteten diese Aspekte als nicht so wichtig beziehungsweise nachrangig. Viel wichtiger waren ihnen die Aspekte „Kontakte mit den eigenen Familien, Freunden oder Pflegekräften“. Zusätzlich betonten die Interviewten im Allgemeinen, dass ihnen die wirtschaftliche Sicherheit besonders wichtig ist. Aufgrund dieser Rückmeldungen der Befragten wurden folgende Anpassungen am Kartenspiel vorgenommen. Die Karte mit der Nummer 5 wurde weggelassen. Dieselbe Illustratorin des Kartenspiels habe ich beauftragt, eine neue Karte zu designen. So wurde eine Karte mit der Nummer 18 „Gute wirtschaftliche Sicherheit“ entwickelt.⁹²

In Anlehnung an Auswertungsergebnisse der quantitativen Pilotstudie gab es keinen Veränderungsbedarf bei 48 Items beziehungsweise dem Hauptteil des Messinstrumentariums QUISTA-C in der Vor-Finalversion. Deswegen waren die im Kapitel 5.3 eingeleitete Operationalisierung, Antwortzuordnung und Berechnungsformel auch in dieser quantitativen Hauptstudie gültig. Unter Berücksichtigung der Interviewdauer und Durchführbarkeit mussten allerdings die Abfragen zur Konstruktvalidierung optimiert werden.⁹³ Nach diesen beiden Modifikationen wurde die Finalversion (sechste Fassung) des Fragebogens QUISTA-C erstellt. Von Januar bis Juni 2015 wurde die quantitative Hauptstudie zur Instrumentenvalidierung in China arrangiert und mit dem Fragebogen QUISTA-C in dieser Finalversion implementiert.

⁹² Vergleiche Anhang 11.15 „QUISTA-C – Finalversion (7. F.)-Anhang“ und Anhang 11.6 „QUISTA-C – Testversion (2. F.)-Anhang“.

⁹³ Vergleiche Anhang 11.7 „QUISTA-C – Vor-Finalversion (4. F.)“ und Anhang 11.9 „QUISTA-C – Finalversion (6. F.)“.

6.2 DURCHFÜHRUNG

6.2.1 Methode

1) Interviews

Im Rahmen dieser quantitativen Hauptstudie fanden insgesamt 400 Interviews und 80 Wiederholungstest-Interviews statt. Das Zeitintervall zwischen dem ersten Test und den erneuten Tests betrug regelmäßig 24 bis 48 Stunden. Während eines jeden Interviews wurden alle Fragen des Fragebogens QUISTA-C von den Interviewern gestellt und von den Interviewten sprachlich beantwortet. Der Fragebogen wurde dann von den Interviewern ausgefüllt.

2) Interviewer

Alle 480 Interviews wurden von mir und vier Studentinnen zufällig abwechselnd und jeweils alleine durchgeführt. Die erste Erhebung und ihr Wiederholungstest wurden generell von verschiedenen Interviewern vorgenommen.

3) Interviewte

Als eines der anfänglichen Einschlusskriterien der Interviewten galt der Grenzwert 18 des Prüfungsergebnisses vom MMST. Im Rahmen dieser quantitativen Hauptstudie erlangten 19 Befragte weniger als 18 MMST-Punktzahlen. Davon zeigten die meisten Personen ein starkes Verständnis und eine gute Kommunikationsfähigkeit. Aus diesem Grund wurden ihre Antworten angenommen, mit Ausnahme einer Person mit der Nummer 31. Dieser Interviewte erhielt die niedrigste MMST-Punktzahl von zehn Punkten. Seine Antworten auf den Fragebogen QUISTA-C wurden als vage und unglaubwürdig eingeschätzt.

Ein weiteres Einschlusskriterium der Interviewten war das Lebensalter, das heißt, sie sollten mindestens 55 Jahre alt sein. Von allen 400 Befragten waren drei Personen jünger als 55 Jahre alt, von denen ein Interviewter mit der Nummer 341 jünger als 50 Jahre alt war. Ein 54-jähriger Interviewter mit der Nummer 344 erzielte im MMST-Test nur 13 Punkte. Die Antworten dieser zwei Personen wurden nicht aufgenommen. Der dritte „jüngere“ Befragte nämlich ein 53-jähriger Interviewter war gut kooperativ. Seine Antworten auf den Fragebogen QUISTA-C waren klar und glaubwürdig und wurden deswegen ausnahmsweise akzeptiert. Von allen 400 Interviewten wurden 80 Personen (20%) für den erneuten Test zufällig ausgewählt.

6.2.2 Stichprobe

In der abschließenden Validierungsstudie wurde das finalisierte Messinstrumentarium QUISTA-C in der Finalversion für eine repräsentative Stichprobe von 400 Personen aus 23 überregionalen Heimen in verschiedenen Größen angewendet. In dieser Phase wurden mehr Informationen gesammelt, um mögliche Einflussfaktoren für die subjektive Lebensqualität älteren Menschen in der stationären Pflege in China zu entdecken. Bezüglich der soziodemographischen Merkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand im Heim wiesen die auskunftsfähigen Heimbewohner eine ausreichende Streuung auf.

Zur Überprüfung der Reliabilität wurde ein Wiederholungstest bei denselben Probanden (N = 80, 20% von 400 Personen) und mit demselben Fragebogen⁹⁴ (nur 48 Items und Kartenspiel, ohne MMST, ADL und weitere Fragen beispielsweise zu Einflussfaktoren) geplant.

1) Befragte Heimbewohner

Demographische Merkmale (N = 400): Das Durchschnittsalter dieser 400 befragten Heimbewohner betrug 80,7 (SD = 8,3) Jahre, von denen 192 Männer (48,0%) und 208 Frauen (52,0%) waren.

Soziale Merkmale: Hierbei gab es Missing-Daten. „a“ bedeutet N = 399, „b“ bedeutet N = 396, „c“ bedeutet N = 354, „d“ bedeutet N = 353, „e“ bedeutet N = 400 und „f“ bedeutet N = 398.

- In Bezug auf den Familienstand^a waren 263 Befragte (65,9%) verwitwet. 74 Befragte (18,6%) lebten mit ihren Ehepartnern zusammen, während 33 Befragte (8,3%) von ihren Ehepartnern getrennt lebten. Es gab bei Singles 14 Befragte (3,5%) und bei Geschiedenen 15 Befragte (3,8%).
- 167 Befragte (41,9%) besaßen einen einfachen (bis Grundschulabschluss), 167 Befragte (41,9%) einen mittleren (bis Oberstufe-Mittelschulabschluss, ähnlich wie dem deutschen Abitur) und 65 Befragte (16,3%) einen höheren (ab Fachhochschulabschluss) Bildungshintergrund^a.
- 338 Befragte (84,7%) hatten eine städtische und 61 Befragte (15,3%) eine ländliche Haushaltsregistrierung (Hùkǒu)^a.
- 366 Befragte (91,7%) hatten Berufserfahrungen^a, von denen 94 Befragte (23,6%) eine sehr stabile, 242 Befragte (60,7%) eine relativ stabile und 30 Befragte (7,5%) eine sehr instabile Arbeit hatten, während 33 Befragte (8,3%) nie arbeiteten.
- 357 Befragte (89,5%) verfügten über eine soziale / gesetzliche

⁹⁴ Siehe dazu Anhang 11.12 „QUISTA-C – Finalversion-Wiederholungstest“.

Krankenversicherung^a, von denen 291 Befragte (72,9%) die Basiskrankenversicherung für städtische Arbeitnehmer, 12 Befragte (3,0%) die Basiskrankenversicherung für städtische Bewohner und 54 Befragte (13,5%) die neue landwirtschaftliche genossenschaftliche Krankenversicherung hatten. Obwohl 38 Befragte (9,5%) nicht sozial / gesetzlich krankenversichert waren, genossen sie andere finanzielle Unterstützungen zur medizinischen Versorgung. Aber niemand von den Befragten hatte die kommerzielle / private Krankenversicherung. Vier Befragte besaßen weder eine Krankenversicherung noch sonstige medizinische Hilfe.

- 345 Befragte (87,1%) verfügten über eine soziale / gesetzliche Rentenversicherung^b, von denen die Rente für 20 Befragte (5,1%) weniger als 1.500 Yuan (217,1 Euro)⁹⁵ pro Monat und für 177 Befragte (44,7%) mehr als 3.000 Yuan (434,2 Euro) pro Monat betrug, sowie für 148 Befragte (37,4%) zwischen 1.500 und 3.000 Yuan pro Monat lag. 51 Befragte (12,9%) waren nicht sozial rentenversichert.
- Die durchschnittlichen Kosten^c im Heim betragen 2253,3 Yuan (326,1 Euro; SD = 1111,8 Yuan, nämlich 160,9 Euro) pro Monat. Für vier Befragte war das Leben im Heim kostenlos. Der Staat trug ihre Lebenshaltungskosten.
- Diese Befragten, die zuvor gearbeitet hatten, waren seit durchschnittlich 25,7 (SD = 8,9) Jahren im Ruhestand^d.
- 339 Befragte (85,0%) waren auf eigenen Wunsch^a ins Heim gezogen, während 60 Befragte (15,0%) diese Entscheidung nicht selbstbestimmt machten.
- 82 Befragte (20,5%) lebten in den Einzelzimmern, während 185 Befragte (46,3%) in den Doppelzimmern und 133 Befragte (33,3%) in den Mehrbettzimmern lebten^e.
- Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer^e im Heim betrug 32,8 (SD = 32,3) Monate.
- Die Entfernung^f vom Heim zum Zuhause betrug für 313 Befragte (78,6%) weniger als 50 Kilometer und für 7 Befragte (1,8%) mehr als 150 Kilometer, sowie lag für 78 Befragte (19,6%) zwischen 50 und 150 Kilometern.
- Die Fahrzeit^f vom Heim nach Hause betrug für 312 Befragte (78,4%) weniger als 1 Stunde und für 17 Befragte (4,3%) mehr als 3 Stunden. Darüber hinaus lag sie für 69 Befragte (17,3%) zwischen 1 und 3 Stunden.

⁹⁵ Der Monatsschlusskurs von Euro/Chinesischer RMB Yuan war im Juni 2015 6,91 (boerse.de 2020).

Chronische Krankheiten (N = 400): 42 Befragte (10,5%) hatten keine chronischen Krankheiten, während 358 Befragte (89,5%) chronisch krank waren und insgesamt unter 40 ($\bar{X} = 2,4$; $SD = 1,6$) verschiedenen chronischen Krankheiten litten. Davon standen folgende Arten auf der „Top-Ten-Liste“ chronischer Krankheiten nach jeweiliger Prävalenz: Arterielle Hypertonie (51,3%), Herzkrankheit (37,8%), Knochenerkrankung (33,0%), Augenkrankheit (25,8%), Diabetes (18,0%), Schlaganfall (14,8%), Magen-Darm-Krankheit (11,3%), Nierenkrankheit (4,8%), Harnwegserkrankung (4,8%) und Gallenkrankheit (4,5%).

Pflegestufe (N = 400): Den Ergebnissen des ADL-Assessmentinstrumentes gemäß wurden 345 Befragte (86,3%) in die Pflegestufe 0, 32 Befragte (8,0%) in die Pflegestufe 1, 12 Befragte (3,0%) in die Pflegestufe 2, acht Befragte (2,0%) in die Pflegestufe 3 und drei Befragte (0,8%) in die Pflegestufe 4 eingestuft. Diese fünf Pflegestufen sprachen hier jeweils für eine geringe, erhebliche, schwere, schwerere und schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit der befragten Heimbewohner. Der Grund für diesen relativ niedrigen Grad der Pflegebedürftigkeit lag vermutlich darin, dass die beteiligten Heime, in denen die Befragten lebten, teilweise Altenheime waren. Ältere Menschen, die in (chinesischen) Altenheimen aufgenommen werden konnten, mussten über eine gewisse Selbstversorgungsfähigkeit verfügen.

Die detailliert beschriebenen soziodemographischen Angaben der Befragten werden in folgenden Tabellen und Abbildungen gezeigt.

Tabelle 6-1

Allgemeine soziodemographische Beschreibung I der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 400)

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
Alter (Jahre)			Bildungshintergrund (N = 399)		
40-49	1	0,25	Einfacher	167	41,85
50-59	9	2,25	Mittlerer	167	41,85
60-69	30	7,50	Höherer	65	16,29
70-79	106	26,50	Haushaltsregistrierung (Hùkǒu) (N = 399)		
80-89	202	50,50	Städtische	338	84,71
90-99	52	13,00	Ländliche	61	15,29
Pflegestufe			Berufserfahrung (N = 399)		
0	345	86,25	Ja	366	91,73
1	32	8,00	Sehr stabile	94	23,56
2	12	3,00	Relativ stabile	242	60,65
3	8	2,00	Sehr instabile	30	7,52
4	3	0,75	Nein	33	8,27

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
Zimmer			Ermüdungsgrad nach dem Interview (Fragebogen & Kartenspiel)		
Einzel	82	20,50	Nein	350	87,50
Doppel	185	46,25	Ja, ein wenig	46	11,50
Mehrbett	133	33,25	Ja, sehr stark	4	1,00
Aufenthaltsdauer (Monate)			Familienstand (N = 399)		
<1	11	2,75	Verheiratet, lebe zusammen	74	18,55
1-6	70	17,50	Verheiratet, lebe getrennt	33	8,27
7-12	61	15,25	Ledig	14	3,51
13-24	60	15,00	Geschieden	15	3,76
25-36	61	15,25	Verwitwet	263	65,91
37-48	57	14,25	Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen (N = 399)		
49-60	23	5,75	Nein	60	15,04
>61	57	14,25	Ja	339	84,96
Entfernung vom Heim zum Zuhause (Kilometer) (N = 398)			Fahrzeit vom Heim nach Hause (Stunden) (N = 398)		
<50	313	78,64	<1	312	78,39
50-150	78	19,60	1-3	69	17,34
>150	7	1,76	>3	17	4,27
Schmerzen (Selbsteinschätzung) (N = 399)			Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)		
Keine Schmerzen	147	36,84	Es gibt praktisch nichts zu verbessern	35	8,75
Sehr leicht	64	16,04	Sie sind sehr zufrieden	119	29,75
Leicht	50	12,53	Sie sind zufrieden	207	51,75
Mäßig	100	25,06	Sie sind eher unzufrieden	32	8,00
Stark	16	4,01	Sie sind sehr unzufrieden	4	1,00
Sehr stark	22	5,51	Es könnte nicht schlimmer sein	3	0,75
Soziale Rentenversicherung (¥/M) (N = 396)			Soziale Krankenversicherung (N = 399)		
Ja (wie viel)	345	87,12	Ja, nämlich	357	89,47
<1.500	20	5,05	Basis-KV für städtische AN	291	72,93
1.500-3.000	148	37,37	Basis-KV für städtische Bewohner	12	3,01
>3.000	177	44,70	Neue landwirtschaftliche genossenschaftliche KV	54	13,53
Nein	51	12,88	Nein, aber	38	9,52
Haben/hatten Geschwister (N = 399)			Kostenlose medizinische Versorgung	16	4,01
Ja	369	92,48	Medizinische Subvention für Staatsbeamte	21	5,26
Nein	30	7,52	Gegenseitige Hilfe bei großen Gesundheitsausgaben	1	0,25
Haben/hatten Kinder (N = 399)			Kommerzielle KV	0	0,00
Ja	368	92,23	Nein, weder KV noch sonstige Hilfe	4	1,00
Nein	31	7,77			

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
Geschlecht			Chronische Krankheiten		
Männlich	192	48,00	Nein	42	10,50
Weiblich	208	52,00	Ja	358	89,50
Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben (N = 398)			Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte (N = 396)		
Überhaupt nicht	196	49,25	Überhaupt nicht	256	64,65
Etwas	128	32,16	Etwas	90	22,73
Mäßig	43	10,80	Mäßig	26	6,57
Ziemlich	20	5,03	Ziemlich	18	4,55
Sehr	11	2,76	Sehr	6	1,52
Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) (N = 399)			Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben (N = 397)		
Ausgezeichnet	12	3,01	Überhaupt nicht	157	39,55
Sehr gut	70	17,54	Etwas	151	38,04
Gut	142	35,59	Mäßig	49	12,34
Weniger gut	143	35,84	Ziemlich	26	6,55
Schlecht	32	8,02	Sehr	14	3,53
Stimmung (Selbsteinschätzung) (N = 398)			Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben (N = 396)		
Ausgezeichnet	25	6,28	Überhaupt nicht	203	51,26
Sehr gut	106	26,63	Etwas	123	31,06
Gut	155	38,94	Mäßig	48	12,12
Weniger gut	99	24,87	Ziemlich	15	3,79
Schlecht	13	3,27	Sehr	7	1,77

Tabelle 6-2

Allgemeine soziodemographische Beschreibung II der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 400)

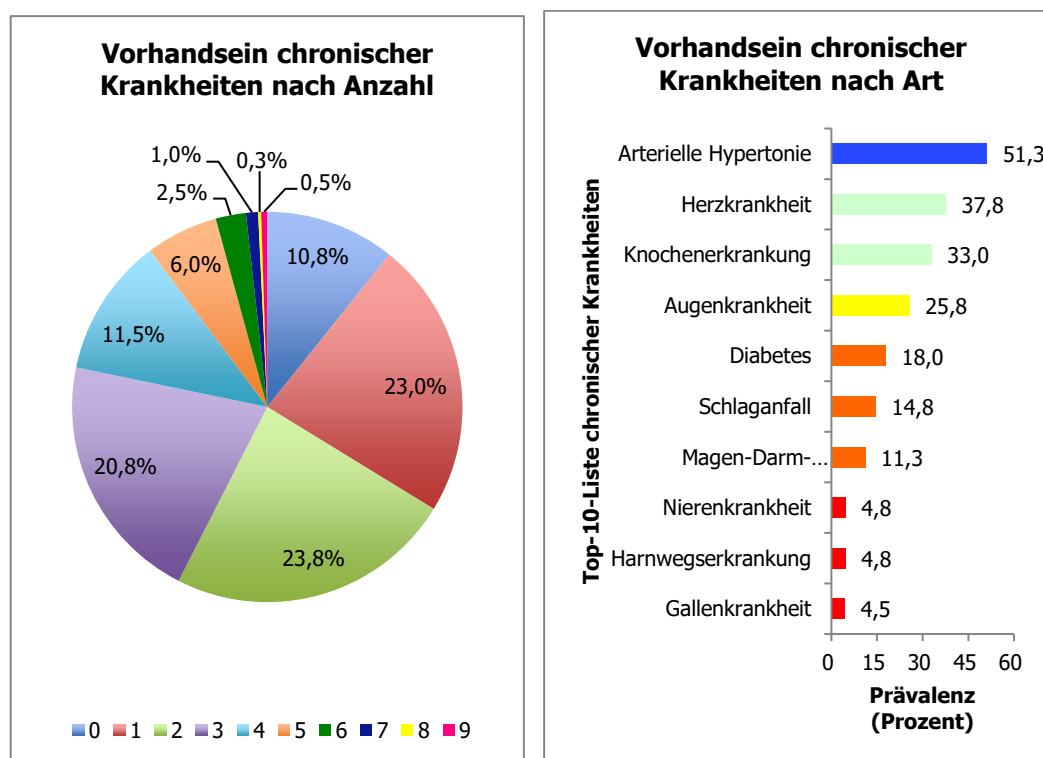
Variable	\bar{X}	SD	Min.	Max.	N
Alter (Jahre)	80,7	8,3	49	99	400
Anzahl der Geschwister in Kontakt	1,8	1,9	0	9	369
Anzahl der Kinder in Kontakt	2,7	1,4	0	8	368
Interviewdauer* (Minuten)	24,3	10,1	9	77	400
MMST-Testdauer (Minuten)	7	3	1	28	400
MMST-Punktzahl (Punkte)	23,2	3,7	10	30	400
ADL-Punktzahl (Punkte)	91,7	15,1	5	100	400
Länge des Ruhestandes (Jahre)	25,7	8,9	0	54	353
Aufenthaltsdauer (Monate)	32,8	32,3	0,3	206,5	400

Variable	\bar{X}	SD	Min.	Max.	N
Anzahl chronischer Krankheiten	2,4	1,6	0	9	400
Kosten im Heim (¥/M)	2253,3	1111,8	600	5500	354

Anmerkung. *: Interviewdauer inkludiert hier lediglich die Durchführungslänge der 48 Items des Fragebogens und des Kartenspiels.

Abbildung 6-1

Verteilung des Vorhandenseins chronischer Krankheiten nach Anzahl und nach Art der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 400)



Anmerkung. Der Reihenfolge der Prävalenz (Prozent) des Vorhandenseins chronischer Krankheiten nach Art dieser Stichprobe gemäß stehen die Farben dafür:

	$P \geq 40$		$40 > P \geq 30$		$30 > P \geq 20$		$20 > P \geq 10$		$10 > P \geq 0$
--	-------------	--	------------------	--	------------------	--	------------------	--	-----------------

2) Beteiligte Heime

Aus den Daten der Entfernung und Fahrzeit zwischen dem Heim und Zuhause konnte folgende Schlussfolgerung gezogen werden: Die meisten befragten Heimbewohner wählten ihre Heime in der Nähe von Zuhause. Um ein möglichst breites Spektrum an Orientierungen zu erfassen, wurden 23 verschiedene Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Größe und Trägerschaft für diese quantitative Hauptstudie ausgewählt. Die Verteilung der Testpersonen und Heime stellt Tabelle 6-3 dar.

Tabelle 6-3

Verteilung der Testpersonen und Heime der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C ($N_P = 400$, $N_H = 23$)

Heim-Nummer	Ort		Region		Größe			Anzahl der Testpersonen
	DL	SH	S	L	G	M	K	
1		X	X			X		6
2		X	X			X		26
3		X		X	X			35
4		X	X				X	0
5		X	X				X	16
6		X	X				X	14
7		X	X				X	0
8		X		X		X		9
9		X		X		X		12
10		X	X				X	8
11		X		X	X			49
12		X	X		X			35
13		X	X		X			35
14		X		X	X			15
15		X		X	X			20
16	X			X		X		30
17	X			X			X	10
18	X			X	X			9
19	X			X		X		11
20	X		X				X	10
21	X		X				X	16
22	X		X			X		19
23	X		X			X		15
Summe der Testpersonen	120	280	200	200	198	128	74	400

Anmerkung. Ort: DL – Dalian, SH – Shanghai; Region: S – städtisch, L – ländlich; Größe: G – groß, M – mittelgroß, K – klein.

Die 23 beteiligten Heime bestanden aus sieben großen, acht mittelgroßen und acht kleinen Heimen. Auf dem Land waren die Heime generell größer als in der Stadt: Von zehn ländlichen Heimen gab es fünf große (50%) und vier mittelgroße (40%) Heime sowie ein kleines (10%) Heim, während es von 13 städtischen Heimen zwei große (15%), vier mittelgroße (31%) und sieben kleine (54%) Heime gab. Je nach Größe eines Heims wurden selbstauskunftsfähige Heimbewohner von einer entsprechenden Anzahl für diese Studie zufällig ausgewählt. Aus zwei Heimen wollte kein Bewohner an dieser Studie teilnehmen. Insgesamt kamen 280 Studienteilnehmer aus 13 Heimen in Shanghai und 120 Studienteilnehmer aus acht Heimen in Dalian.

6.3 AUSWERTUNG DER HAUPTSTUDIE

Zur Instrumentenvalidierung wurde eine quantitative Hauptstudie mittels des Fragebogens QUISTA-C in der Finalversion durchgeführt. Ihre statistischen Befunde werden wie folgt beschrieben.

6.3.1 Quantifizierung

In dieser Phase wurden alle qualitativen Abfragen des Fragebogens QUISTA-C in der Finalversion wie folgt quantifiziert und zugeordnet.

Tabelle 6-4

Quantifizierung aller qualitativen Items von QUISTA-C

Item	Abfrage	Quantifizierung
F01	Interview-Nummer	N_I (1-400)
F02	Interviewe-Nummer	1 = YL 2 = XJ 3 = GQ 4 = ZWW 5 = LTT
F03	Interview-Datum	Z_I (JJ/MM/DD)
F04	Heim-Nummer	N_H (1-23) (S = städtisch, L = ländlich; G = groß, M = mittel, K = klein)
F05	Zimmer-Nummer	N_Z
F06	Zimmer	1 = Einzel 2 = Doppel 3 = Mehrbett (wie viele Betten)
F07	Geschlecht	1 = Männlich 2 = Weiblich
F08	Interviewte-Alter (Jahre)	N_A (≥ 55)
F09	Einzug-Datum	Z_E (JJ/MM/DD)
FZ1	Interview-Beginn	Z_B (SS/MM)
F10 / FT1 MMST	MMST-Punktzahl (Punkte)	N_P (18-30)
FT1Z1	MMST-Ende	Z_1 (SS/MM)
F11 / FT2_ADL	Pflegestufe	0 = ADL-Index 80-100 (geringe) 1 = ADL-Index 60-80 (erhebliche) 2 = ADL-Index 40-60 (schwere) 3 = ADL-Index 20-40 (schwerere) 4 = ADL-Index 0-20 (schwerste)
FT2Z2	ADL-Ende	Z_2 (SS/MM)
F001* (a & b)	Ist-Ebene	0 = Nie 1 = Selten 2 = Manchmal 3 = Oft 4 = Immer

Item	Abfrage	Quantifizierung
F002*	Soll-Ebene	0 = Immer 1 = Oft 2 = Manchmal 3 = Selten 4 = Nie
F003	Drei Auswahlstufen	N _{w1} (≤ 16) N _{w2} (< 16) N _{w3} (1)
FZ2	Interview-Ende	Z _E = SS/MM
F004	Offene Frage	„Was ist für Sie ein gutes Leben hier im Heim?“
F005	Ermüdungsgrad nach Beendigung der Beantwortung des Interviews (Fragebogen & Kartenspiel)	1 = Nein 2 = Ja, ein wenig 3 = Ja, sehr stark
F006 / FT3_SWLS	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)	1 = Es gibt praktisch nichts zu verbessern 2 = Sie sind sehr zufrieden 3 = Sie sind zufrieden 4 = Sie sind eher unzufrieden 5 = Sie sind sehr unzufrieden 6 = Es könnte fast nicht schlimmer sein
F12M	Chronische Krankheiten	0 = Nein 1 = Ja, welche chronischen Krankheiten (wie viele).
F007 / FT4_VAS / FSF7	Schmerzen (Selbsteinschätzung)	1 = Keine Schmerzen 2 = Sehr leicht 3 = Leicht 4 = Mäßig 5 = Stark 6 = Sehr stark
F008 / FT5_SF-36 / FSF8 & F010 / FSF4 & F012 / FSF5 sowie F013 / FSF6	Beeinträchtigung von Schmerzen & Gesundheitszustand & Stimmung auf alltägliches Leben sowie Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte	1 = Überhaupt nicht 2 = Etwas 3 = Mäßig 4 = Ziemlich 5 = Sehr
F009 / FSF1 & F011 / FT6_PANAS / FSF9	Gesundheitszustand & Stimmung (Selbsteinschätzung)	1 = Ausgezeichnet 2 = Sehr gut 3 = Gut 4 = Weniger gut 5 = Schlecht
FZ3	Validierung-Ende	Z _v (SS/MM)
F017	Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen	1 = Nein 2 = Ja
F018a	Vorheriger Wohnsitz	1 = In einer privaten Wohnung 2 = In einem anderen Heim 3 = Andere Haushaltsform (wo)

Item	Abfrage	Quantifizierung
F018b	Aufenthaltsdauer (Monate)	N _D (≥ 1)
F018c	Entfernung zwischen Heim und Zuhause (Kilometer)	1 = < 50 2 = 50-150 3 = > 150
F018d	Fahrzeit vom Heim nach Hause (Stunden)	1 = < 1 2 = 1-3 3 = > 3
F019	Kosten (¥/M)	N _K (Essen, Bett, sonstige)
F020	Haushaltsregistrierung (Hükōu)	1 = Städtische 2 = Ländliche
F021	Höchstes Bildungsniveau	1 = Grundschule nie besucht oder nicht absolviert 2 = Grundschulabschluss 3 = Unterstufe-Mittelschulabschluss 4 = Oberstufe-Mittelschulabschluss 5 = Bachelor der Fachhochschule 6 = Bachelor der Universität 7 = Master 8 = Doktor
F023a	Berufserfahrung	1 = Ja (bis wann) 1-1 = Nationaler öffentlicher Dienst 1-2 = Im militärischen Bereich 1-3 = Offizielles Personal der Institution 1-4 = Zeitarbeitnehmer der Institution 1-5 = Angestellter im Unternehmen 1-6 = Freiberufler 2 = Nein
F023b	Soziale / gesetzliche Krankenversicherung	1 = Ja, nämlich 1-1 = Basiskrankenversicherung für städtische Arbeitnehmer 1-2 = Basiskrankenversicherung für städtische Bewohner 1-3 = Neue landwirtschaftliche genossenschaftliche Krankenversicherung 2 = Nein, aber 2-1 = Kostenlose medizinische Versorgung 2-2 = Medizinische Subvention für Staatsbeamte 2-3 = Gegenseitige Hilfe bei großen Gesundheitsausgaben 2-4 = Kommerzielle / private Krankenversicherung 3 = Nein, weder Krankenversicherung noch sonstige medizinische Hilfe
F023c	Soziale / gesetzliche Rentenversicherung (¥/M)	1 = Ja (wie viel) 1-1 = < 1.500 1-2 = 1.500-3.000 1-3 = > 3.000 2 = Nein (welche sonstige Einnahmequelle)

Item	Abfrage	Quantifizierung
F024a & F026a	Haben oder hatten Geschwister & Kinder	1 = Ja 2 = Nein
F024b & F026b	Lebende Geschwister & Kinder	N _{L1} (Brüder & Söhne) N _{L2} (Schwestern & Töchter)
F024c & F026c	Verstorbene Geschwister & Kinder	N _{S1} (Brüder & Söhne) N _{S2} (Schwestern & Töchter)
F024d & F026d	Normale Kontakte mit Geschwistern & Kindern	N _{K1} (Brüder & Söhne) N _{K2} (Schwestern & Töchter)
F025	Familienstand	1 = Verheiratet und lebe mit meinem / meiner Ehepartner/-in zusammen 2 = Verheiratet und lebe mit meinem / meiner Ehepartner/-in getrennt 3 = Ledig 4 = Geschieden 5 = Verwitwet
FZ4	Einflussfaktoren-Ende	Z _F (SS/MM)

Ab hier nur für die Interviewerin

Item	Abfrage	Quantifizierung
I01	Interview-Ort	1 = Auf dem Zimmer des Interviewtes 2 = In einem Gemeinschaftsraum 3 = Sonstiges (wo)
I02	Interview-Abbruch	0 = Nein (weiter mit I05) 1 = Ja
I03	Abbruch bei Item-Nummer	N _A (Fn)
I04	Abbruchgründe (Mehrfachnennungen möglich)	1 = Sehkraft 2 = Hörvermögen 3 = Orientiertheit (Verwirrtheit) 4 = Artikulationsfähigkeit 5 = Kontaktfähigkeit 6 = Allgemeinzustand 7 = Kooperationsbereitschaft 8 = andere Gründe (was)
I05	Überraschende Situationen	0 = Nein 1 = Ja (was)
I06	Unangenehme Situationen	0 = Nein 1 = Ja (was)
I07	Angemessene Länge	0 = Ja 1 = Nein, zu lang 2 = Nein, zu kurz
I08a	Zuverlässigkeit	0 = Zuverlässig 1 = Nicht zuverlässig 2 = Teils / teils
I08b	Ermüdung	0 = Keine Ermüdung 1 = Ermüdung ab Frage (welche)
I09	Offene Frage	„Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?“
I10a & I10b & I10c	Persönlichkeit & Kooperationsbereitschaft & Haltung	1 = Extrovertiert & Hoch & Ernsthaft 2 = Introvertiert & Niedrig & Flüchtig 3 = Neutral & Mittel & Allgemein

Item	Abfrage	Quantifizierung
I10d & I10e & I10f	Ehrlichkeit & Denken & Beantworten	1 = Konsistent & Agil & Fließend 2 = Inkonsistent & Langsam & Zögernd 3 = Halb und halb & Mittel & Mittel
I10g	Ergänzung	<i>Bemerkungen</i>

Anmerkung. *: Siehe dazu Kapitel 5.3 „Auswertung der Pilotstudie“.

6.3.2 Statistische Ergebnisse

1) Missing-Data

In dieser Stichprobe von 400 Personen gab es nur einen einzelnen befragten Heimbewohner mit der Nummer 346, der sein Interview bei der Frage F007 / FT4_VAS / FSF7 „*Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?*“ aufgrund einer sehr starken Müdigkeit abbrach. Allerdings hat er gültige Antworten für alle 48 Items des Fragebogens gegeben und das Kartenspiel abgeschlossen. Das heißt, im Hauptteil dieser quantitativen Hauptstudie gab es keine Missing-Daten, was für eine gute Durchführbarkeit des Erhebungsinstrumentariums QUISTA-C in der Final-Version sprach.

Bei allem wurden die Antworten von drei befragten Heimbewohnern (mit den Nummern jeweils von 31, 341 & 344)⁹⁶ nach den Einschlusskriterien der Interviewten nicht aufgenommen.

2) Interviewdauer

In dieser vierten Phase der Feldstudie wurden alle Interviews von fünf unterschiedlichen Interviewern zufällig abwechselnd und jeweils alleine durchgeführt. Nach der Überarbeitung der 48 Items des Fragebogens und des Kartenspiels antworteten 350 Interviewte (87,5%), dass sie nicht müde waren, während 46 Interviewte (11,5%) sich ein wenig müde und nur vier Interviewte (1,0%) sich sehr stark müde fühlten. Das arithmetische Mittel dieser Interviewlänge belief sich auf 24,3 Minuten (Min. = 9 Minuten; Max. = 77 Minuten; SD = 10,1 Minuten) und unterstrich eine gute Praktikabilität dieses Befragungsinstrumentariums QUISTA-C in der Final-Version.

Im Rahmen dieser quantitativen Hauptstudie gab es einen negativen Zusammenhang sowohl zwischen MMST-Punktzahlen und Interviewdauer ($r = -.32$; $p = .000$) als auch zwischen MMST-Punktzahlen und MMST-Testdauer ($r = -.41$; $p = .000$), während es einen positiven Zusammenhang zwischen Alter und Interviewdauer ($r = .20$; $p = .000$) und einen negativen Zusammenhang zwischen Alter und MMST-Punktzahlen ($r = -.16$; $p = .002$)

⁹⁶ Siehe dazu Kapitel 6.3.3 „Interviewte“.

gab. Hinsichtlich dieser Interviewdauer wurden die Ergebnisse der Vorstudie und Pilotstudie auch in dieser Hauptstudie bestätigt: Je höhere Punkte der Befragte im MMST-Test erzielte, desto kürzer dauerte sein Interview und MMST-Test; je älter der Befragte war, desto niedrigere Punkte erzielte er im MMST-Test und desto länger dauerte sein Interview.

3) Lebensqualität

Bei der Berechnung des Lebensqualitäts Gesamtwertes dieser Stichprobe galt auch die Formel 5-1. Im Rahmen dieser quantitativen Hauptstudie betrug der durchschnittliche Lebensqualitätsindex 62,5 (Min. = 26,4; Max. = 89,6; SD = 11,2). Nach Geschlecht waren die Mittelwerte der Lebensqualität von Männern 61,3 (Min. = 26,4; Max. = 89,6; SD = 11,6) und von Frauen 63,6 (Min. = 31,6; Max. = 88,8; SD = 10,7). Um zu prüfen, ob der Unterschied der Lebensqualitäts Gesamtwerte zwischen Männern und Frauen signifikant war, verlangte einen Einstichproben-t-Test. In diesem Test waren männliche und weibliche Befragte zwei unabhängige Gruppen. Die statistischen Ergebnisse dieses Tests stellt Tabelle 6-5 dar.

Tabelle 6-5

t-Test des Einflusses des Geschlechtes auf den Lebensqualitätsindex von QUISTA-C (N = 397)

Test bei unabhängigen Stichproben										
	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit							
	F	Signifi- kanz	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standard- fehler der Differenz	95% Konfidenz- intervall der Differenz		
								Untere	Obere	
LQ	Varianzen sind gleich	0,362	.548	-2,026	395	.043	-2,283	1,127	-4,498	-0,068
	Varianzen sind nicht gleich			-2,018	383,008	.044	-2,283	1,131	-4,507	-0,059

Der Einstichproben-t-Test besteht aus einem Levene-Test der Varianzgleichheit und einem t-Test für die Mittelwertgleichheit. Dem Levene-Test der Varianzgleichheit gemäß war der Signifikanzwert $p = .548 > .05$. Dies zeigte keinen signifikanten Unterschied in der Varianz zwischen den beiden, nämlich männlichen und weiblichen Gruppen. Deswegen wurde der p-Wert von der Zeile „Varianzen sind gleich“ gewählt. Dem t-Test für die Mittelwertgleichheit gemäß war der zweiseitige Signifikanzwert $p = .043 > .01$. Das heißt, dass der Einfluss des Geschlechts auf den Lebensqualitätsindex nicht signifikant war. Mit anderen Worten: Sie zeigten keine Geschlechtsunterschiede bei der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China.

Wie in der vorherigen Pilotstudie zeigte sich ein positiver Zusammenhang ($r = .11$; $p = .026$) zwischen dem Alter und des Lebensqualitätsindex (vergleiche Abbildung 6-2). Allerdings sprach dies nicht für männliche ($r = .07$; $p = .324$), sondern nur für weibliche ($r = .15$; $p = .030$) Testpersonen dieser Stichprobe. Um zu prüfen, ob dieses Ergebnis – je älter eine Testperson war, desto höher lag dieser Lebensqualitätsgesamtwert – statistisch signifikant war, erforderte es eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA). In dieser Analyse war das Alter die unabhängige Variable (Einflussvariable), während der Lebensqualitätsindex die abhängige Variable (Zielvariable) war. Die statistischen Ergebnisse dieser Analyse stellt Tabelle 6-6 dar.

Tabelle 6-6

ANOVA des Einflusses des Alters auf den Lebensqualitätsindex von QUISTA-C (N = 397)

Einfaktorielle ANOVA					
Abhängige Variable: LQ-Index Unabhängige Variable: Alter	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	6526,876	40	163,172	1,331	.093
Innerhalb der Gruppen	43637,441	356	122,577		
Gesamt	50164,316	396			

Der einfaktoriellen ANOVA gemäß ist der Signifikanzwert $p = .093 > .05$. Das heißt, dass der Einfluss des Alters auf den Lebensqualitätsindex nicht signifikant war. Mit anderen Worten: Sich zeigten keine Alterseffekte bei der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China.

Diese zwei obigen Befunde wiesen auf, dass das Messinstrumentarium QUISTA-C in der Final-Version zur subjektiven Lebensqualität im Alter auf die auskunftsfähige Heimpopulation übertragbar war, weil sich weder Geschlechtsunterschiede noch Alterseffekte bemerkbar machten. Auch anderen Studien (Degenholtz et al. 2008: 590 & Meyer 2013b: 13) zeigen, dass keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Alter / Geschlecht und subjektiver Lebensqualität bestehen.

Im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer im Heim ($r = .04$; $p = .454$) zeigte sich im Rahmen dieser Hauptstudie das gleiche Ergebnis wie in der Pilotstudie – auch kein Zusammenhang mit der Lebensqualität.

Die Befragten, die nicht auf eigenen Wunsch ins Heim gezogen waren, hatten eine niedrige subjektive Lebensqualität ($\bar{X} = 58,4$; Min. = 26,4; Max.

= 83,3; SD = 12,2); während die Befragten, die auf eigenen Wunsch ins Heim gezogen waren, eine relativ hohe subjektive Lebensqualität ($\bar{X} = 63,2$; Min. = 33,8; Max. = 89,6; SD = 11,0) hatten. In dieser Stichprobe hatte der eigene Wille einen positiven Effekt ($p = .002$) auf die wahrgenommene Lebensqualität (siehe Abbildung 6-2).

Abbildung 6-2

Lebensqualität nach Geschlecht und nach Alter der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397) sowie Lebensqualität nach Aufenthaltsdauer in jeweiligem Heim und nach „Eigenem Wunsch, ins Heim zu ziehen“ der Stichprobe der quantitativen Pilotstudie von QUISTA-C (N = 396)

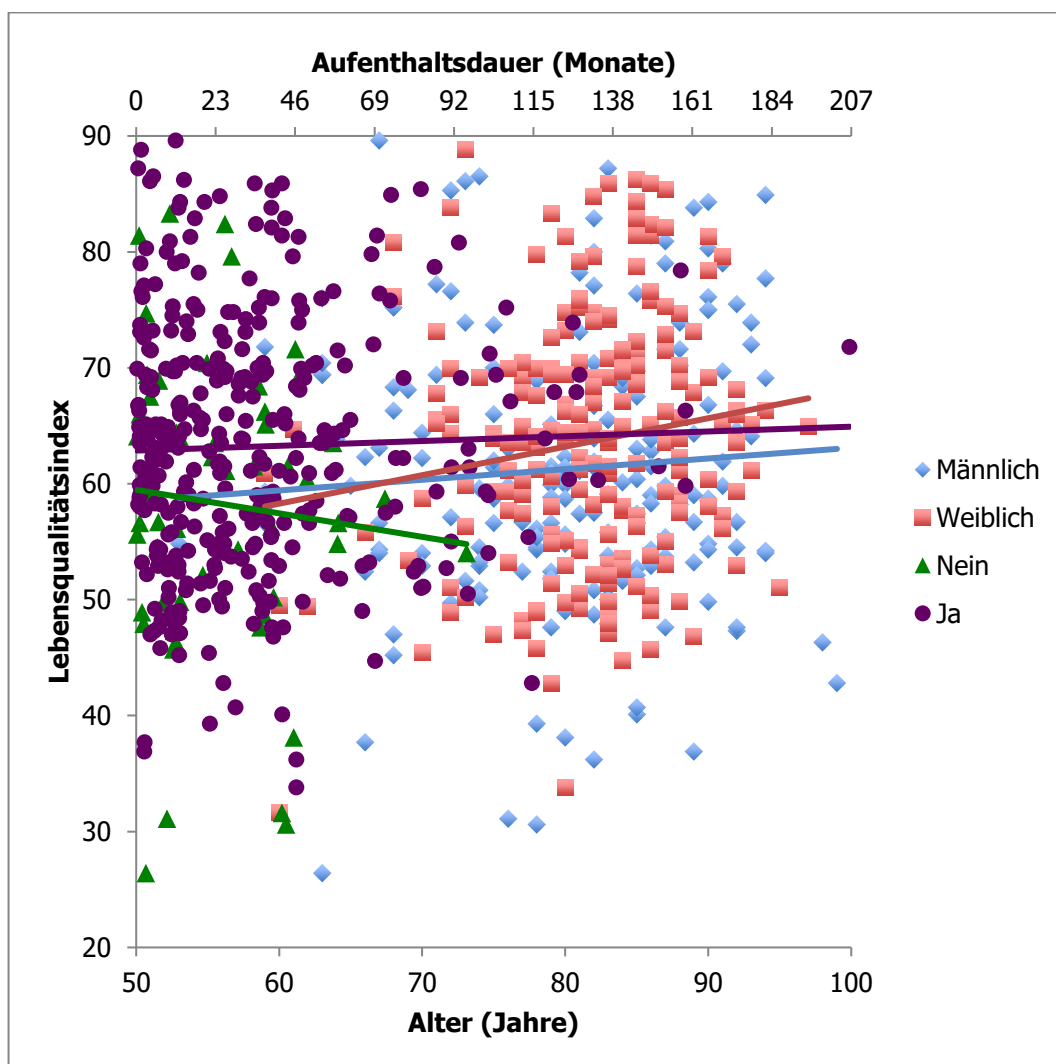
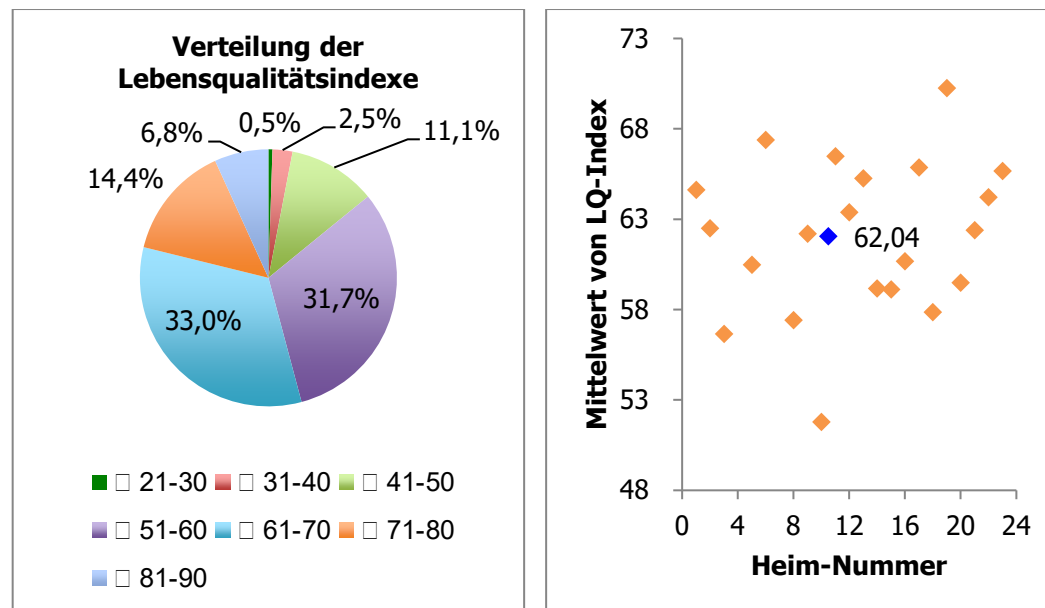


Abbildung 6-3 stellt weitere Ergebnisse dieser Lebensqualitätsindexe dar. Knapp zwei Drittel dieser Stichprobe (257 Personen, 64,7%) erreichten ihre Lebensqualitätsgesamtwerte zwischen 51 und 70 Punktwerten. Die geringste Verteilung dieser Indexe lag bei 3,0%. Das heißt, 12 Befragte erhielten ihre Lebensqualitätsgesamtwerte zwischen 21 und 40 Punktwerten als niedrigste. Der durchschnittliche Mittelwert der Lebensqualitätsindexe

von Heimen betrug 62,0 (Min. = 51,8; Max. = 70,3; SD = 4,2). Ob und wie der Faktor der Schichtungsmerkmale der Heime die subjektive Lebensqualität älterer Heimbewohner statistisch signifikant beeinflusst, muss bei der nächsten Analyse der Einflussfaktoren diskutiert werden.

Abbildung 6-3

Lebensqualität nach Verteilung der Punktwerte und nach Mittelwerten der Heime der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C ($N_P = 397$, $N_H = 21$)



Anmerkung. Die Farbe Orange steht für den Mittelwert des Lebensqualitätsindex jedes Heims, während die Farbe Blau für den Mittelwert der Lebensqualitätsindexe aller Heime steht.

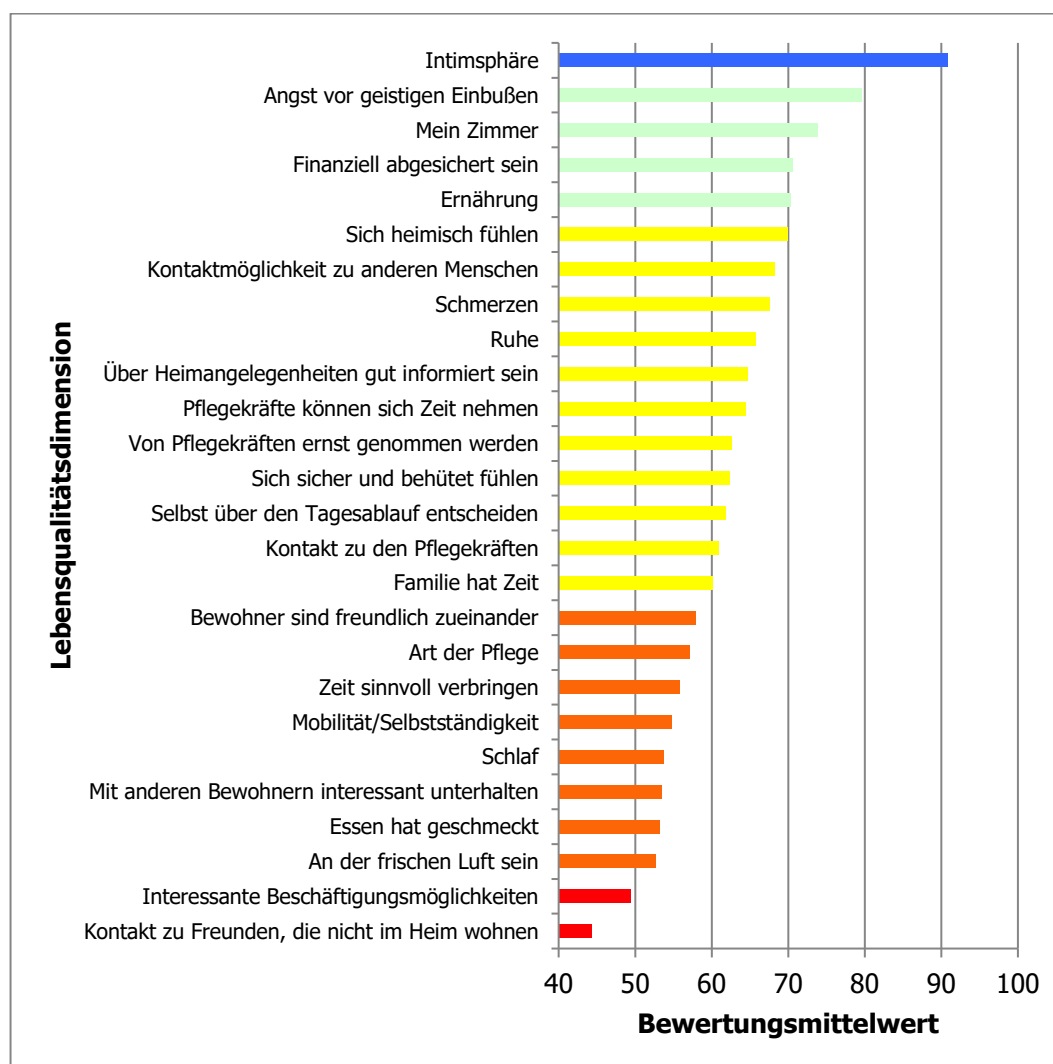
4) Präferenzen

Die 26 rekonstruierten Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern und die Formel 5-2 zu ihren durchschnittlichen Bewertungen galten auch in dieser Studie. Die Ergebnisse dieser Bewertungen waren in der dreistufigen quantitativen Studie nahezu identisch wie Abbildung 6-4 zeigt.

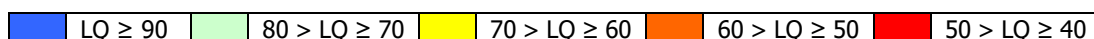
Im Rahmen dieser quantitativen Hauptstudie bewertete die Stichprobe die zwei Lebensqualitätsdimensionen „Kontakt zu Freunden und Bekannten, die nicht im Heim wohnen“ im Durchschnitt mit 44,3 Punktwerten und „Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“ im Durchschnitt mit 49,4 Punktwerten am schlechtesten. Auch „An der frischen Luft sein“, „Essen hat geschmeckt“, „Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten“, „Schlaf“, „Mobilität / Selbstständigkeit“, „Zeit sinnvoll verbringen“, „Art der Pflege“, sowie „Bewohner sind freundliche zueinander“ waren acht Bereiche, welche im Verhältnis zu den anderen Unterdimensionen der Lebensqualität die niedrigeren Bewertungsmittelwerte aufwiesen. Besonders positiv schnitten dagegen der folgende Bereich ab: „Intimsphäre“ mit 90,8 Punktwerten als der höchste Bewertungsmittelwert.

Abbildung 6-4

Bewertungsmittelwerte der 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397)



Anmerkung. Der Reihenfolge der Bewertungsmittelwerte dieser 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner gemäß stehen die Farben dafür:

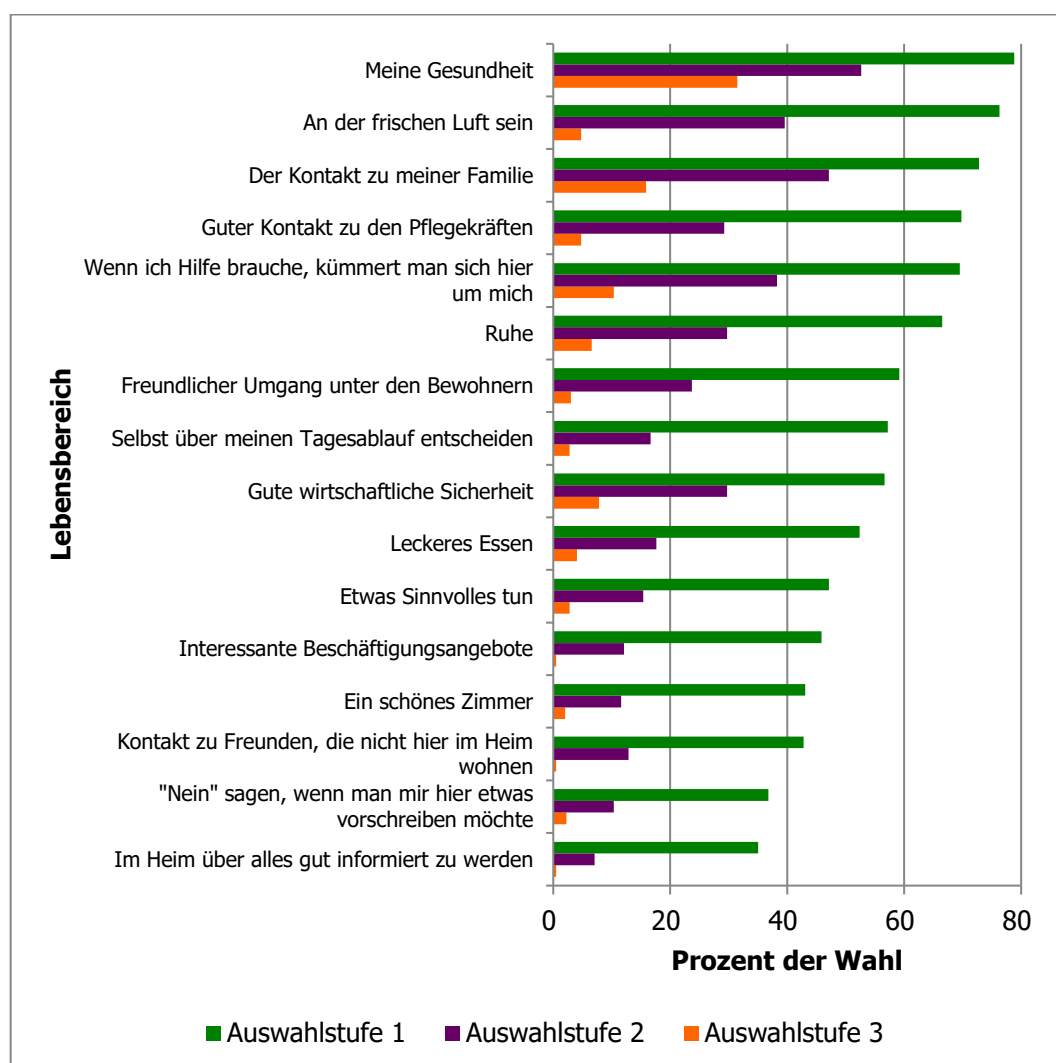


Dem Ergebnis der Instrumentenfinalisierung gemäß wurde statt der Karte „Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben“ eine neue Karte „Gute wirtschaftliche Sicherheit“ eingefügt. Abbildung 6-5 stellt dar, dass jede aller 16 Karten in der ersten, zweiten und dritten Auswahlstufe von den Befragten jeweils als wichtige, wichtigste und allerwichtigste Lebensbereiche mindestens zwei Mal ausgewählt wurde. Diese Prioritätensetzungen bestätigten, dass alle in der qualitativen Pilotstudie festgestellten Lebensqualitätsdimensionen die Relevanz aufwiesen. Jeweils in der ersten und in der zweiten Auswahlstufe wurden drei Bereiche „Meine Gesundheit“ (78,8% und 52,6%), „An der frischen Luft sein“ (76,3% und 39,6%) und „Der Kontakt zu meiner Familie“ (72,8% und 47,1%) am

meisten ausgewählt, während zwei Bereiche „Im Heim über alles gut informiert zu werden“ (35,0% und 7,1%) und „Nein sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“ (36,8% und 10,3%) am wenigsten ausgewählt wurden. In der dritten Auswahlstufe wurden drei Bereiche „Meine Gesundheit“ (31,5%), „Der Kontakt zu meiner Familie“ (15,9%) und „Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich“ (10,3%) am meisten ausgewählten, während drei Bereiche „Im Heim über alles gut informiert zu werden“ (0,5%), „Kontakt zu Freunden, die nicht hier im Heim wohnen“ (0,5%) und „Interessante Beschäftigungsangebote“ (0,5%) am wenigsten ausgewählt wurden. Die Ergebnisse dieser Präferenzstrukturen waren in der dreistufigen quantitativen Studie auch nahezu identisch.

Abbildung 6-5

Besonders wichtige Lebensbereiche der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397)



Die beiden „identischen“ Ergebnisse sprachen für eine gute Objektivität dieses Messinstrumentariums QUISTA-C, nämlich die Unabhängigkeit der Ergebnisse von den Messbedingungen.

6.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die Auswertung der Daten erfolgte über statistische Verfahren. Der Grad des Erkenntnisgewinns wurde über Signifikanzprüfungen abgesichert und die Erkenntnisse wurden abschließend wieder auf das theoretische Modell bezogen und interpretiert.

6.4.1 Zur internen Konsistenz

Im Rahmen dieser Dissertation wurden zehn Oberdimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern rekonstruiert, während jede Oberdimensionen eins bis sechs Item-Paare operationalisiert wurde.

Tabelle 6-7

Struktur der zehn Oberdimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA-C

OD-Nr.	Inhalt der OD	Anzahl der UD / Item-Paare	Anzahl der Items	Bereich der PW
D1	Austausch mit anderen / soziale Kontakte	6	12	48
D2	Gesundheit	5	6	40
D3	Selbstbestimmung / Autonomie	2	4	16
D4	Sicherheit / sich sicher fühlen	2	4	16
D5	Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben	2	4	16
D6	Versorgung / Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten	4	8	32
D7	Scham / Intimsphäre	1	1	8
D8	Ruhe und Privatsphäre erleben	1	2	8
D9	Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun	1	4	8
D10	Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung	2	3	16
Summe	10	26	48	208

Anmerkung. OD – Oberdimension; UD – Unterdimension; PW – Punktwert.

Tabelle 6-7 zeigt, dass die zehn Oberdimensionen aus 26 Unterdimensionen beziehungsweise Item-Paare (48 Items) bestehen. Pro Item-Paar wurde ein Punktwert zwischen 0 und 8 Punkten vergeben. Nach Operationalisierung⁹⁷ und Antwortzuordnung⁹⁸ („Pol“-Prinzip) ließ sich der Bewertungsmittelwert

⁹⁷ Siehe dazu Kapitel 5.3.1 „Operationalisierung“.

⁹⁸ Siehe dazu Kapitel 5.3.2 „Antwortzuordnung“.

jeder Oberdimension der Lebensqualität mittels der folgenden Formel errechnen.

Formel 6-1

Bewertungsmittelwert jeder Oberdimension der Lebensqualität nach QUISTA-C in der Finalversion

$$BMOD_LQ_{QUISTA-C} = \frac{\sum_N(Ist_Punkte + Soll_Punkte) \div N \div n}{8} \times 100$$

Anmerkung. N = Anzahl der Testpersonen; n = Anzahl der Unterdimensionen / Item-Paare jeweiliger Oberdimension.

Mithilfe der Formel 6-1 konnten die Bewertungsmittelwerte der zehn Dimensionen der Lebensqualität mit einem Punktwert zwischen 0 und 100 Punkten dargestellt sowie miteinander verglichen werden.

Tabelle 6-8

Bewertungsmittelwerte der zehn Oberdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C (N = 397)

Dimension-Statistiken	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	LQ
\bar{x} (0-8)	57,39	65,03	62,25	66,55	50,85	59,90	90,74	65,90	55,58	71,91	62,48
SD	13,63	15,18	17,81	19,15	17,91	15,77	18,63	23,33	20,33	19,58	11,24

Aus Tabelle 6-8 war bekannt, dass unter den zehn Oberdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner die fünfte Dimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben“ mit 50,9 Punktwerten den niedrigsten Bewertungsmittelwert aufwies. Auch bei der neunten Dimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ mit 55,6 Punktwerten, bei der ersten Dimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte“ mit 57,4 Punktwerten und bei der sechsten Dimension „Versorgung / Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ mit 59,9 Punktwerten erreichten ihre Bewertungsmittelwerte die Punktzahl von 60 Punkten nicht. Im Gegensatz dazu wies die siebente Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ mit 90,7 Punktwerten den höchsten Bewertungsmittelwert auf. Die durchschnittliche Bewertung für die zehnte Dimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ belegte den zweithöchsten Platz mit 71,9 Punktwerten. Die Bewertungsmittelwerte der restlichen vier Dimensionen betragen zwischen 60 und 70 Punkten. Insgesamt bewertete diese Stichprobe der quantitativen Hauptstudie ihre Lebensqualität im Durchschnitt 62,5 Punkte.

Die interne Konsistenz ist ein Maß dafür, wie diese zehn Oberdimensionen der Lebensqualität innerhalb des Fragebogens QUISTA-C miteinander zusammenhängen. Dabei handelt es sich um eine interne Messung der Reliabilität.

Tabelle 6-9

Inter-Dimension-Korrelation von QUISTA-C (N = 397)

Item	Cronbachs Alpha, wenn Dimension weggelassen	Inter-Dimension ^b -Korrelationsmatrix									
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
D1	0,798	1,000	0,395	0,512	0,584	0,488	0,555	0,172	0,398	0,473	0,242
D2	0,810		1,000	0,309	0,412	0,305	0,433	0,206	0,321	0,395	0,180
D3	0,800			1,000	0,493	0,399	0,611	0,122	0,339	0,435	0,244
D4	0,795				1,000	0,364	0,564	0,200	0,392	0,410	0,248
D5	0,808					1,000	0,432	0,116	0,224	0,488	0,213
D6	0,792						1,000	0,128	0,445	0,472	0,302
D7	0,836							1,000	0,125	0,230	0,144
D8	0,818								1,000	0,278	0,201
D9	0,801									1,000	0,206
D10	0,828										1,000
Cronbachs Alpha	0,825										

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich ist, waren die Werte von Cronbachs Alpha⁹⁹ der Gesamtbewertung $\alpha = 0,825 > 0,80$ und jeder Dimension $\alpha \geq 0,80$, was eine gute interne Konsistenz, nämlich gute inhärente Stabilität und Zuverlässigkeit des Fragebogens QUISTA-C aufwiesen. Darüber hinaus waren die Korrelationskoeffizienten zwischen den zehn Dimensionen generell niedriger als die internen Konsistenzkoeffizienten jeweiliger Dimensionen. Das heißt, dass jede Dimensionsmessung von anderen Dimensionen unabhängig ist.

6.4.2 Zur Wiederholungstest-Reliabilität

Im engeren Sinn bezeichnet die Wiederholungstest-Reliabilität den Grad der Übereinstimmung der Testergebnisse bei denselben Probanden und mit demselben Test bei Messungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, wobei eine externe Messung der Zuverlässigkeit erfolgt. Dafür wurde aus dieser gleichen Gruppe von 400 Personen eine Stichprobe von 80 Personen (20%) zufällig ausgewählt, ihre Lebensqualität mittels des Fragebogens QUISTA-C in der Final-Version zweimal gemessen wurde. Das Zeitintervall zwischen den

⁹⁹ Faustregel zur Interpretation der Alpha-Werte (George & Mallery 2002: 231):

Bedeutung	exzellent	gut	akzeptabel	fragwürdig	schlecht	inakzeptabel
Cronbachs Alpha	$\alpha \geq 0,9$	$0,9 > \alpha \geq 0,8$	$0,8 > \alpha \geq 0,7$	$0,7 > \alpha \geq 0,6$	$0,6 > \alpha \geq 0,5$	$0,5 > \alpha$

beiden Messungen betrug 24 bis 48 Stunden unter der Annahme, dass sich die subjektive Lebensqualität nicht kurzfristig beziehungsweise innerhalb von zwei Tagen stark verändern sollte. Die Daten bei Wiederholungsprüfungen konnten mit der Formel 6-1 errechnet werden. Tabelle 6-10 zeigt die Ergebnisse bei erneuter Vorlage dieses Fragebogens.

Tabelle 6-10

Bewertungsmittelwerte der zehn Oberdimensionen der Lebensqualität der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie und des Wiederholungstests von QUISTA-C (N = 80)

Dimension-Statistiken	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	LQ
\bar{X} (0-8)	56,90	67,16	64,30	67,19	54,77	60,86	94,38	62,97	56,20	73,05	65,78
SD	13,62	13,46	16,42	18,15	18,57	14,14	13,10	23,17	17,95	18,97	10,81
\bar{X}_R (0-8)	52,94	64,34	58,44	63,13	48,83	55,74	91,25	62,19	53,28	73,20	62,33
SD _R	11,43	12,80	15,63	16,67	16,77	12,73	15,36	22,01	15,79	18,15	10,45

Anmerkung. R: Wiederholungstest.

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich ist, fielen die Bewertungen der Befragten für jede Dimension ihrer Lebensqualität beim wiederholten Test im Allgemeinen niedriger als beim ersten Test aus. Möglicherweise hatten die Befragten im ersten Test die Tendenz der sozialen Erwünschtheit. Im wiederholten Test waren sich die Befragten über den Zweck der Erhebung und den Fragebogen selbst mehr bewusst und mit der Befragung besser vertraut. Ihre Antworten waren also „realer“.

Zur Quantifizierung der Übereinstimmung zwischen zwei Tests ist die Analyse der Intra-Klassen-Korrelation, die ein parametrisches statistisches Verfahren ist, notwendig. Der Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient setzt beispielsweise zeitlich intervallskalierte Daten voraus und wird in der Regel berechnet, wenn zwei Beobachtungszeitpunkte miteinander verglichen werden sollen (Shrout & Fleiss 1979: 420-428). Durch diese Korrelationskoeffizienten gibt Tabelle 6-11 die Beziehung zwischen den beiden Testergebnissen an.

Tabelle 6-11

Analyse der Intra-Klassen-Korrelation von QUISTA-C (N = 80)

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
ICC*	0,585**	0,565**	0,422**	0,573**	0,483**	0,641**
Sig. (2-seitig)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	D7	D8	D9	D10	LQ	
ICC*	0,183	0,548**	0,328**	0,400**	0,634**	
Sig. (2-seitig)	.105	.000	.003	.000	.000	

Anmerkung.

- a. *: ICC bedeutet den Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient, der im Englischen häufig als „Intraclass-Correlation-Coefficient“ bezeichnet wird.
- b. **: Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Gesehen aus der obigen Tabelle betrug der ICC¹⁰⁰ der Gesamtbewertung $0,634 \geq 0,60$, während der zweiseitige Signifikanzwert $p < .001$ war. Dies wies eine gute Wiederholungstest-Reliabilität, nämlich gute äußere Stabilität und Messgenauigkeit des Fragebogens QUISTA-C auf.

Darüber hinaus standen die Wiederholungsprüfungswerte zwischen neun Dimensionen miteinander in Beziehung ($p < .001 - p = .003 < .01$) mit Ausnahme der siebten Dimension „Scham / Intimsphäre“, ihr ICC für die Wiederholungsprüfung war nicht statistisch signifikant. Der Korrelationskoeffizient der sechsten Dimension „Versorgung / Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ war mehr als 0,60 (ICC = 0,641, $p < .001$), was für eine gute Wiederholungstest-Reliabilität sprach, während die Korrelationskoeffizienten anderer Dimensionen weniger als 0,60 waren. Besonders der Korrelationskoeffizient der neunten Dimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ betrug weniger als 0,40 (ICC = 0,328, $p = .003 < .01$), was für eine schlechte Wiederholungstest-Reliabilität sprach. Die Gründe für die relativ niedrige Korrelation konnten folgende sein: Erstens waren die Interviewer bei Wiederholungsprüfungen verschieden vorhanden, was zu einem Versuchsleiterartefakt führen konnte. Zweitens enthält beispielsweise die siebente Dimension nur ein Item beziehungsweise eine Variable, was die Korrelation zwischen den beiden Erhebungen schwächer machte. Drittens konnte sich eine Testperson beim neuen Durchlauf an den Test erinnern. Dies beeinflusste die Reliabilitätsmessung.

6.4.3 Zur Indikator-Diskriminanzvalidität

Laut einer Studie (Schmitz et al. 2009: 7199-7207) nimmt man gut gelaunt seine Umgebung tatsächlich anders wahr. Eine positive Stimmung erweitert demnach das Gesichtsfeld und man registriert mehr Details. Bei schlechter Laune hingegen schrumpft es. Die Welt wird sozusagen im Tunnelblick gesehen. Auf der Grundlage dieser Schlussfolgerung wurde die Beziehung zwischen verschiedenen Stimmungen der Befragten und ihrer gesamten Lebensqualität durch den Standardabweichungskoeffizient (Cohens d) berechnet. Dieser Wert beschrieb die Differenz zwischen zwei Medianwerten der Lebensqualitätsgesamtpunktzahlen bei entsprechenden verschiedenen

¹⁰⁰ Cicchetti (1994: 284-290) gibt die folgenden häufig zitierten Richtlinien für die Interpretation von ICC-Interoperationsvereinbarungen an:

Bedeutung	exzellent	gut	ziemlich	schlecht
Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient	$1,00 \geq \text{ICC} \geq 0,75$	$0,74 \geq \text{ICC} \geq 0,60$	$0,59 \geq \text{ICC} \geq 0,40$	$0,40 > \text{ICC}$

Stimmungsniveaus und spiegelte die standardisierte Effektgröße der Diskriminanzvalidität auf der Indikatorebene des Fragebogens QUISTA-C wider. Dabei war ein nichtparametrisches Verfahren mittels des Median-Tests und Chi-Quadrat-Tests notwendig, um zu prüfen, ob sich jede Gruppe hinsichtlich ihres Medianwertes der Lebensqualitätsindexe, die folgende Tabelle darstellt, signifikant von den anderen Gruppen mit verschiedenen Stimmungsniveaus unterschied.

Tabelle 6-12

Analyse der Diskriminanzvalidität auf der Indikatorebene von QUISTA-C (N = 397)

Selbsteinschätzung der Stimmung	Medianwert der LQ-Index	Chi-Quadrat	Signifikanz	Cohens d
1 (= Ausgezeichnet)	67,7	24,753	.000	2,7
2 (= Sehr gut)	65,0			2,8
3 (= Gut)	62,2			4,7
4 (= Weniger gut)	57,5			3,2
5 (= Schlecht)	54,3			

Tabelle 6-12 zeigt, dass der Chi-Quadrat-Wert χ^2 24,8 betrug, während der Signifikanzwert $p < .001$ betrug. Das heißt, es gab statistisch signifikante Unterschiede zwischen Lebensqualitätsgesamtpunktzahlen in verschiedenen Stimmungen der Befragten. Der Quantifizierung aller qualitativen Items des Fragebogens QUISTA-C gemäß wurde die Selbsteinschätzung der Stimmung in fünf Stufen eingeteilt, wobei höhere Werte auf schlechtere Stimmung hindeuteten. Aus der obigen Tabelle ist ersichtlich, dass jeder Wert von Cohens d^{101} von jeweils zwei benachbarten Stufen über 0,80 lag, was dafür sprach, dass der Fragebogen QUISTA-C in der Final-Version eine gute Diskriminanzvalidität auf der Indikatorebene aufwies.

Die statistische Analyse der quantitativen Validierungsstudienresultate ließ den Schluss zu, dass der Fragebogen QUISTA-C in der Final-Version die gute interne Konsistenz, Wiederholungstest-Reliabilität und Diskriminanzvalidität besaß. Also handelt es sich um ein valides Messinstrumentarium zur subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China.

¹⁰¹ Cohens d ist die Effektgröße zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben mit gleichen Gruppengrößen und hilft bei der Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Mittelwertunterschieds. Um zu bestimmen, wie groß der gefundene Zusammenhang ist, kann man sich an der Einteilung von Cohen (1992: 157) orientieren:

Maß der Effektstärke	Klein	Mittel	Groß
d	0,20	0,50	0,80

6.5 KONSEQUENZEN FÜR DIE VALIDIERUNG VON QUISTA-C

6.5.1 Subjektive Lebensqualitätsperspektiven

Auch im Rahmen der quantitativen Hauptstudie gab es am Ende jedes Interviews eine themenspezifische offene Frage: „*Was möchten Sie noch ergänzen oder betonen, was für Ihr Leben hier im Heim wichtig ist?*“ Dabei wurden alle 10 / 26 Dimensionen der Lebensqualität genannt und die Wichtigkeit jeder Dimension stimmte mit den Auswahlergebnissen des Kartenspiels überein. Von den Aussagen der befragten Heimbewohner waren die folgenden sechs Punkte bemerkenswert und diskussionswürdig.

63 Befragte (15,8%) hielten das nahrhafte und abwechslungsreiche Essen für das Leben im Heim wichtig. Sie würden dafür lieber mehr bezahlen. Eine Testperson sagte: „*Zahlt man nicht? Wer kümmert sich um Essen! Kein Geld? Wer kümmert sich um dich!*“

46 Befragte (11,5%) hofften auf eine bessere wirtschaftliche Sicherheit, einschließlich sowohl der sozialen Rentenversicherung als auch der sozialen Krankenversicherung. Eine Testperson sagte: „*Das Hoffen ist nutzlos! Wenn Du das Problem lösen könntest, würde ich Dir danken! Wenn es nicht gelingt, das Problem zu lösen, ist die 'Sorge' alleine sinnlos.*“ Einige Heimbewohner mussten wegen der hohen Kosten von städtischen Heimen in den ländlichen Heimen leben. Dies führte dazu, dass sie ihre Kinder und alten Bekannte schwer besuchen konnten.

36 Befragte (9,0%) waren der Meinung, dass die Professionalität und das Serviceverhalten des Pflegepersonals durch Schulungen verbessert werden sollten.

34 Befragte (8,5%) wünschten sich eine bequemere und umfassendere medizinische Versorgung im Heim zu bekommen, wie zum Beispiel: Ein großes Allgemeinkrankenhaus sollte in der Nähe des Heims eingerichtet werden. Das medizinische Personal des Heims sollte regelmäßig Vorträge zur Prävention halten und psychologische Beratung anbieten.

32 Befragte (8,0%) fühlten sich einsam im Heim. Sie hofften nicht nur, dass ihre Familien mehr Zeit für sie haben konnten, sondern auch, dass die Leiter der Heime sie oft persönlich begrüßen konnten, und darüber hinaus, dass die Freiwilligen der Gesellschaft häufig zu Besuch kommen konnten.

31 Befragte (7,8%) fanden ihr Leben im Heim langweilig. Sie wollten auf einen Ausflug gehen oder an anderen sozialen Veranstaltungen teilnehmen und hofften auch, dass es mehr Möglichkeiten für Aktivitäten im Heim geben konnte. Dabei gab es im Heim zwar einige Fitnessgeräte, die aber entweder

in einem alten und schlechten Zustand oder für ältere Menschen ungeeignet waren. Auch die Bücher und Fernsehprogramme, die zur Ansicht verfügbar waren, waren sehr begrenzt.

Die Antworten der Befragten auf die offene Frage stellten einerseits einen sehr spezifischen Bezug zur Verbesserung ihrer subjektiven Lebensqualität im Heim dar. Andererseits wiesen sie auch darauf hin, dass diese Finalversion keine weiteren inhaltlichen Anpassungen erforderte. Zum besseren Layout wurde das validierte Erhebungsinstrumentarium QUISTA-C zum letzten beziehungsweise siebten Mal leicht verändert. Diese Veränderungen betrafen keinen Inhalt, sondern lediglich die Nummer und Reihenfolge einiger Items außerhalb des Fragebogens und Kartenspiels selbst.¹⁰²

6.5.2 Weitere Bemerkungen

Im Laufe der in drei Schritten durchgeführten quantitativen Studie wurde zudem ein Algorithmus für die Auswertung und Präsentation weiterentwickelt, welcher sowohl Analysen auf der Individualebene wie auch Analysen auf aggregierter Ebene erlaubte (einrichtungsbezogen oder Vergleiche zwischen verschiedenen Heimen).

Die befragten Heimbewohner äußerten im Allgemeinen, dass das Essen nicht appetitlich sei. Nur ein Heim verfügte über einen großen Speisesaal mit vielen Mahlzeiten zur Auswahl. Dort konnten die Heimbewohner auch a la Carte Essen bestellen.

Fast alle Heime befanden sich an abgelegenen Orten, und selbst in städtischen Gebieten waren Busse oft nicht erreichbar. Dies war nicht nur für Heimbewohner unbequem, zum Beispiel zum Einkaufen. Für ihre Angehörigen war der Besuch im Heim ebenfalls sehr unpraktisch. Noch wichtiger war, dass die medizinische Behandlung dort schwer durchgeführt werden konnte.

Die Qualität der Heimverwaltung hingte nicht direkt davon ab, ob das Heim öffentlich oder privat war. Zum Beispiel hatte kein Heim eine „100% barrierefreie“ Infrastruktur eingerichtet. Einige mehrstöckige Gebäude verfügten nicht über Aufzüge. Einige Fitnesspfade, auch wenn es sich um Rampen handelte, waren uneben und deswegen nicht für Rollstuhlfahrer geeignet. Einige Bürgersteige hatten hohe Stufen und es war unmöglich, den Rollstuhl nach oben zu schieben.

Von den 23 beteiligten Heimen waren 20 Heime kooperativ mit dieser Untersuchung. In den anderen drei Heimen unterstützten jeweils der Heimleiter, die Heimbewohner und ihre Angehörige sowie die Pflegekräfte

¹⁰² Vergleiche Anhang 11.14 „QUISTA-C – Finalversion (7. F.)“ und Anhang 11.9 „QUISTA-C – Finalversion (6. F.)“.

nicht und störten sogar diese Feldstudie. Der Grad der Zusammenarbeit in städtischen Heimen war generell nicht so hoch wie in ländlichen Gebieten, dessen Personal in der Regel die von uns gezahlten Arbeitsausgleichsgebühren annahm, während das Erstgenannte das Geld ablehnte.

Pflegekräfte, die in Heimen arbeiteten, waren fast alle Frauen, und sie sprachen gern laut. Sie waren generell mindestens 40 Jahre alt und manche waren bereits über 60 Jahre alt. Fast alle Pflegekräfte stammten aus anderen ländlichen Gebieten und die Mehrheit kam aus den drei Provinzen Henan, Jiangsu und Anhui. Wenn es sich um ein ländliches Heim handelte, gab es dort lokale Pflegekräfte. Das Bildungsniveau aller Pflegekräfte war ebenfalls gering. Befragte eines Heims berichteten, dass ihr Pflegepersonal ältere Heimbewohner misshandelt und geschlagen habe.

Ältere Frauen auf dem Land hatten im Allgemeinen nie formelle oder stabile Jobs, so dass keine Renten für sie bestanden wenn sie älter waren. Sie lebten entweder von Renten ihrer Männer oder von Einkommen ihrer Kinder. Und oft hatten ihre Kinder, nämlich ländliche Leute, schlechtere Einkommen aufgrund geringer Bildungschancen und demzufolge hatten sie Arbeitsplätze auf niedrigerer Ebene.

Trotz vieler Unzufriedenheit und vieler schwer zu erfüllenden Wünschen sind die meisten älteren Menschen in China sehr patriotisch und lieben die Partei sehr. Beim MMST-Test sollten sie einen Satz aufbauen. Sie schrieben oft Wörter auf, die die Partei und / oder das Vaterland loben. Zehn typische Beispiele werden genannt wie folgt.

„Wir müssen den chinesischen Traum verwirklichen!“

„Unser Land wird reich und stark!“

„Ich liebe mein Vaterland!“

„Ich bin Chinese.“

„Ich höre den Worten der Party zu.“

„Wir unterstützen die Kommunistische Partei!“

„Es lebe die Kommunistische Partei Chinas!“

„Hören Sie alles vom Parteichef!“

„Die Kommunistische Partei Chinas ist der Kern der Führung des gesamten chinesischen Volkes.“

„Ohne die Kommunistische Partei gäbe es kein neues China!“

6.5.3 Alternative Perspektive

China hatte damals noch keine landesweite einheitliche soziale Krankenversicherung abgeschlossen. Das heißt, die Krankenversicherungskarte konnte nur am Ort der Haushaltsregistrierung und nicht an verschiedenen Orten verwendet werden. So mussten (ältere) Menschen, die ihre Heimat verließen und woanders lebten, ihre gesamten medizinischen Kosten selbst übernehmen, wenn sie Ärzte besuchten oder Medikamente kauften. Laut „Renmin Ribao“¹⁰³ (Stand Juli 2018): In 2014 begann das nationale Pilotprogramm „Erstattung durch die soziale Krankenversicherung für ärztliche Behandlung an verschiedenen Orten“. Seitdem baut der Staat die damit verbundene Networking-Plattform zwischen den Provinzen auf. Am Ende 2017 hat China im Wesentlichen eine direkte Krankenversicherungsabrechnung der Krankenhauskosten für die medizinische Versorgung zwischen den Provinzen realisiert. Bis Mai 2018 wurde das nationale vierstufige System der direkten Krankenversicherungsabrechnung für die medizinische Behandlung an verschiedenen Orten vollständig eingerichtet, das auf Ministerebene, Provinzebene, Stadtebene und Landkreisebene verbunden ist. Mit diesem System sind 31 Provinzen (einschließlich vier regierungsunmittelbaren Städten und fünf autonomen Regionen, außer der Provinz Taiwan und zwei Sonderverwaltungszone Hongkong und Macao), alle Koordinierungsgebiete der sozialen Krankenversicherung, alle Versicherten und die wichtigsten medizinischen Einrichtungen im ganzen Land komplett abgedeckt. Dabei können die wichtigsten Informationen in Sekundenschnelle übermittelt werden. Zur „One Card“ (Eine Karte für alles) der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist es jedoch noch ein weiter Weg.

Angesichts der Unterschiede bei historischen Hintergründen, politischen Systemen und wirtschaftlichen Lagen zwischen China und Deutschland sind die Organisationsstruktur, das Verwaltungssystem und das Entwicklungsniveau der beiden Gesundheitssysteme ganz verschieden. Dieser Gesamthintergrund sollte beim Vergleich der Messergebnisse der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege ernst genommen werden. Demgegenüber legten die qualitative Vorstudie und die quantitative Teilstudie die Hypothese nahe, dass die sozialen und kulturellen Unterschiede zwischen China und Deutschland hinsichtlich der erhobenen Attribute kleiner sind, als zunächst angenommen. Die „soziale Harmonie“ in China ist mit dem „Wohl des Einzelnen“ in Deutschland konzeptuell vergleichbar. Beide Länder glauben an die Werte der Solidarität und Eigenverantwortung, allerdings aus unterschiedlichen Perspektiven.¹⁰⁴ Diese wichtige Hypothese sollte im kulturellen Vergleich von hoher Relevanz sein.

¹⁰³ „Renmin Ribao“ (Volkszeitung) ist ein Parteiorgan der Kommunistischen Partei Chinas und mit einer Auflagenhöhe von etwa 2,5 Millionen Exemplaren neben „Cankao Xiaoxi“ eine der zwei größten Zeitungen der Volksrepublik China.

¹⁰⁴ Siehe dazu Kapitel 9.2.1 „Aus der Perspektive sozialer Werte“.

7 QUALITATIVE NACHSTUDIE ZUR ERGÄNZUNG VON QUISTA-C

7.1 EINLEITUNG

Im Rahmen des dritten Schrittes der quantitativen Studie wurde das Messinstrumentarium QUISTA-C in der Finalversion validiert und damit die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China quantitativ gemessen. Zur Instrumentenergänzung wurde eine qualitative Nachstudie mittels zehn Experteninterviews von Oktober bis November 2015 in China und vier Experteninterviews im Dezember 2018 in Deutschland durchgeführt, um die gesundheitspolitischen Perspektiven zu erfragen. Was hier erklärt werden muss, ist: Aufgrund meiner persönlichen Umstände in meiner Familie und bei meiner Arbeit wurde diese Dissertation nach dem chinesischen Experteninterview für fast drei Jahre ausgesetzt, bevor das deutsche Experteninterview fortgesetzt wurde.

Die 14 Experten sind Heimträger, Wissenschaftler im Gesundheitswesen und Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik. In der Reihenfolge der Interviews handelt es sich um die folgenden Personen:

- Herr GU Hongjun, Vizepräsident, Shanghai Jinshan Kreis Zhongren Altenpflegeheim, Shanghai, China
- Frau YANG Yinghua, stellvertretende Direktorin, Zentrum für Propaganda und Bildung der Städtischen Kommission für Gesundheitswesen und Familienplanung von Shanghai, Shanghai, China
- Frau PENG, Direktorin, Abteilung für pensionierte Kader der Städtischen Kommission für Entwicklung und Reform von Shanghai, Shanghai, China
- Herr ZHANG Chao, Direktor, Krankenversicherungsabteilung der Städtischen Behörde für Humanressourcen und soziale Sicherheit von Shanghai, Shanghai, China
- Frau QI Yanhua, Präsidentin, Shanghai Xuhui Stadtbezirk Xietu-Straße Altenpflegeheim, Shanghai, China
- Herr ZHANG Fan, stellvertretender Direktor, Abteilung für Sozialfürsorge

der Städtischen Behörde für Zivile Angelegenheiten von Shanghai, Shanghai, China

- Herr ZHANG Sijia, Leiter, Informationsabteilung im Zentrum für internationale Zusammenarbeit der Nationalen Kommission für Entwicklung und Reform von China, Beijing, China
- Herr DANG Junwu, stellvertretender Direktor, China Forschungszentrum für das Altern, Beijing, China
- Frau Dr. XIE Hong, Assoziierte Professorin und Medizinökonomin, Schule der Krankenpflege der Medizinischen Fakultät der Universität Peking, Beijing, China
- Frau Dr. WANG Zhiwen, Professorin und Psychologin, Schule der Krankenpflege der Medizinischen Fakultät der Universität Peking, Beijing, China
- Herr Professor Dr. Volker Penter, Partner und Niederlassungsleiter von KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dresden, Deutschland
- Herr Professor Dr., M.P.H. Paul Ulrich Unschuld, Direktor, Institut für Theorie, Geschichte, Ethik Chinesischer Lebenswissenschaften an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
- Herr Dr. Thomas Uhlemann, Referatsleiter, Abteilung für Ambulante Versorgung beim GKV-Spitzenverband, Berlin, Deutschland
- Herr Thomas Böhlke, Heimleiter und Geschäftsführer, Altenzentrum „Erfülltes Leben“ Haus Abendsonne, Berlin, Deutschland

Zehn chinesische Experten wurden von Angesicht zu Angesicht interviewt. Alle Gespräche wurden mit Einverständniserklärung aufgezeichnet und in zehn Textarchive transkribiert.¹⁰⁵ Interviews mit vier deutschen Experten wurden per E-Mail durchgeführt.

¹⁰⁵ Siehe dazu ein Beispiel im Anhang 11.13 „QUISTA-C – Experteninterview“.

7.2 DURCHFÜHRUNG

7.2.1 Methode

Das Experteninterview ist eine der Sonderformen des Leitfadeninterviews, sein Kennzeichen ist, dass „mehr oder minder offen formulierte Fragen in Form eines Leitfadens in die Interviewsituation ‚mitgebracht‘ werden, auf die der Interviewte frei antworten soll“ (Flick 1995: 112). Der Einsatz von Leitfadeninterviews bei Public-Health-Fragestellungen empfiehlt sich vor allem dann, wenn man hinsichtlich eines Gegenstands konkrete Informationslücken hat und diese über die Datengewinnung relativ umfassend schließen will (Pfaff & Bentz 1998: 311-327).

Beim leitfadengestützten Experteninterview dieser Dissertation war der Interviewte sowohl als Experte auch als individuelle Person von Interesse. Denn die **subjektive** Sichtweise steht im Mittelpunkt dieser Untersuchung. Der „Leitfaden“ des Experteninterviews wurde von mir entworfen und besteht aus folgenden fünf Fragen.

- **F1:** *Was sind Ihre Vorstellungen über subjektive Lebensqualität im Alter?*
- **F2:** *Würden Sie in ein Heim einziehen, wenn Sie pflegebedürftig wären? Warum?*
- **F3:** *Welche kritischen Faktoren könnte es zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege geben?*
- **F4:** *Wären Sie einverstanden, die soziale Pflegeversicherung nach dem deutschen Modell in China einzuführen? Warum?*
- **F5:** *Welche Probleme könnten bei der Integration von Pflegeheimen und Altenheimen in China auftreten? Wer könnte dies lösen? Und wie?*

Aufgrund der Relevanz des Themas wurden nur die ersten drei Fragen deutschen Experten vorgelegt, während alle fünf Fragen chinesischen Experten gestellt wurden.

7.2.2 Stichprobe

Im Rahmen dieser qualitativen Nachstudie wurden insgesamt 14 Interviews mit chinesischen und deutschen Experten aus verschiedenen Fachgebieten mündlich oder schriftlich durchgeführt.

Tabelle 7-1

Stichprobe der qualitativen Nachstudie von QUISTA-C (N = 14)

Experten- Nummer	Ort	Institution (Fachgebiet)	Interview- Form
E1	Shanghai, China	Pflegeheim	Mündlich
E2	Shanghai, China	Städtische Kommission für Gesundheitswesen und Familienplanung (Propaganda und Bildung)	Mündlich
E3	Shanghai, China	Städtische Kommission für Entwicklung und Reform (Versorgung für pensionierte Kader)	Mündlich
E4	Shanghai, China	Städtische Behörde für Humanressourcen und soziale Sicherheit (Krankenversicherung)	Mündlich
E5	Shanghai, China	Altenheim	Mündlich
E6	Shanghai, China	Städtische Behörde für Zivile Angelegenheiten (Sozialfürsorge)	Mündlich
E7	Beijing, China	Nationale Kommission für Entwicklung und Reform (internationale Zusammenarbeit)	Mündlich
E8	Beijing, China	Nationales Forschungszentrum für das Altern	Mündlich
E9	Beijing, China	Schule der Krankenpflege der Medizinischen Fakultät (Medizinökonomie)	Mündlich
E10	Beijing, China	Schule der Krankenpflege der Medizinischen Fakultät (Psychologie)	Mündlich
E11	Dresden, Deutschland	Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Gesundheitsökonomie und Medizin)	Schriftlich
E12	Berlin, Deutschland	Universitätsmedizin (Sinologie, Medizingeschichte und Wissenschaftsgeschichte)	Schriftlich
E13	Berlin, Deutschland	Körperschaft des öffentlichen Rechts (ambulante Versorgung)	Schriftlich
E14	Berlin, Deutschland	Altenzentrum	Schriftlich

Anmerkung. E: Experte.

Die qualitativen Befunde der Experteninterviews zeigen einen engen Zusammenhang zwischen der Auswertung der subjektiven Lebensqualität und den sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen und werden im anschließenden Kapitel dargestellt.

7.3 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS

7.3.1 Subjektive Lebensqualitätsperspektiven

Auf der Grundlage qualitativer Inhaltsanalyse der Expertenantworten auf die fünf oder drei Fragen, nämlich auf den „Leitfaden“ des Interviews können ihre persönlichen Ansichten und eigenen Meinungen zur subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in stationärer Pflege wesentlich wie folgt zusammengefasst werden.

Tabelle 7-2

Subjektive Lebensqualitätsperspektiven der Stichprobe der qualitativen Nachstudie von QUISTA-C (Auswahl) (N = 14)

Experten- Nummer	F1: Vorstellungen über subjektive Lebensqualität im Alter	F2: Bereitschaft, bei Pflegebedürftigkeit ins Heim einzuziehen	F3: Faktoren zur Verbesserung subjektiver Lebensqualität der Heimbewohner
E1	<ul style="list-style-type: none"> - Zugehörigkeit (sich sicher und behütet fühlen) - Sicherheit (finanziell abgesichert sein) 	Nein <i>(Ja, nur wenn ich nichts mehr wissen würde.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzieller Beitrag der Regierung - Gesundheitspolitische Unterstützung der sozialen Krankenversicherung - Aktualisierung des Konzepts der Planung der „Stadt der älteren Menschen“
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Gute wirtschaftliche und soziale Sicherheit - Gesunder Körper (gesundes und aktives Altern) - Rechtzeitige und wirksame medizinische Versorgung - Würdevoller Sterbeprozess 	Nein <i>(Ja, nur wenn ich dies tun müsste.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualität der Versorgung und Fürsorge - Leckeres und nahrhaftes Essen - Spirituelle Unterhaltung - Eigener sozialer Kreis
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Stabiles Leben - Gesunder Körper - Harmonische Familie 	Nein <i>(Ja, nur wenn ich Alzheimer haben würde oder mich nicht mehr bewegen könnte.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Personalisierte Dienstleistungen - Menschenorientierte Versorgung

Experten- Nummer	F1: Vorstellungen über subjektive Lebensqualität im Alter	F2: Bereitschaft, bei Pflegebedürftigkeit ins Heim einzuziehen	F3: Faktoren zur Verbesserung subjektiver Lebensqualität der Heimbewohner
E4	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit - Selbstbestimmung (selbst über den Tagesablauf entscheiden) - Sicherheit - Würdigkeit (Zeit sinnvoll verbringen) - Möglichkeit, das Leben zu genießen (Freude stiftendes tun) 	<p>Ja</p> <p><i>(Dies ist ein unvermeidliches Phänomen.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Versorgung - Entfernung von Kindern - Bequemer Transport - Lebensumfeld - Öffentliche Infrastruktur - Qualität der Dienstleistungen
E5	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit - Sicherheit - Bei Pflegebedürftigkeit kümmert jemand sich darum 	<p>Ja</p> <p><i>(Ins Heim einzuziehen ist für ältere Menschen sehr glücklich.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Begleitungen von allen gesellschaftlichen Parteien (Familienangehörigen, Mitarbeitern des Heims, anderen Heimbewohnern) - Mentale Behaglichkeit (etwas Sinnvolles tun) - Nahrhaftes Essen
E6	<ul style="list-style-type: none"> - Gute wirtschaftliche und soziale Sicherheit - Gesunder Körper - Harmonische Familie 	<p>Ja</p> <p><i>(Dies ist keine Frage der Bereitschaft oder des Unwillens, aber es muss so sein.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sich heimisch fühlen - Personalisierte Dienstleistungen - Menschenorientierte Versorgung
E7	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit - Möglichkeit interessanter Beschäftigungen - Selbstständigkeit - Bei Pflegebedürftigkeit in einen idealen Ort einzuziehen - Würde 	<p>Ja</p> <p><i>(Dies ist etwas, zu dem unsere Generation keine andere Möglichkeit hat: Wir müssen ins Heim einziehen. Wir haben nur ein Kind.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Versorgung - Lebensumfeld - Gelegenheit, sich mit der Gesellschaft zu beschäftigen
E8	<ul style="list-style-type: none"> - Ein „gutes Ende“ - Volle Unterstützung von Regierung, Gesellschaft und Markt - Gesunde Langlebigkeit 	<p>Ja</p> <p><i>(„Letzte Wahl“)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsförderung und medizinische Versorgung - Vorhandene Grunddienste (Essen, Baden und so weiter) - Psychische Gesundheit - Soziale Kontakte - Selbstständigkeit

Experten- Nummer	F1: Vorstellungen über subjektive Lebensqualität im Alter	F2: Bereitschaft, bei Pflegebedürftigkeit ins Heim einzuziehen	F3: Faktoren zur Verbesserung subjektiver Lebensqualität der Heimbewohner
E9	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgung und Fürsorge - Fähigkeit zur Aufrechthaltung des Niveaus eines ursprünglichen Lebens 	<p>Nein</p> <p><i>(Dies ist definitiv die zweite Wahl: Wenn ich wirklich keine andere Möglichkeit haben würde, würde ich eine solche Entscheidung treffen.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menschenorientiertes Kernkonzept - Fachkompetenz des Personals im Heim - Appetitanregendes & abwechslungsreiches Essen - Die jeweiligen Rollen von Regierung und Markt und das Gleichgewicht zwischen ihnen
E10	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilität - Möglichkeit interessanter Beschäftigungen - Kontakt zu alten Freunden - Begleitung von Ehepartner - Autonomie - Gute wirtschaftliche Sicherheit 	<p>Ja</p> <p><i>(Dies ist keine Frage der Bereitschaft oder des Unwillens. Es ist eine Realität, dass ich ins Heim einziehen müsste.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gute wirtschaftliche Sicherheit - Begleitung von Ehepartner und alten Freunden - Lebensumfeld - Autonomie - Zimmereinrichtung - Medizinische Versorgung - Bei Hilfebedürftigkeit ist jemand da
E11	<ul style="list-style-type: none"> - Sich in eigener Lebenssituation wohl fühlen - Gesundheit - Soziale Kontakte - Finanzielle Sicherheit 	<p>Nein</p> <p><i>(Ja, nur wenn es keine anderen Möglichkeiten gäbe.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - (Gut) Qualifiziertes Pflegepersonal - Zureichende Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen - Nicht zu stark effizienzgesteuertes Betreiben von ambulanter und stationärer Pflege
E12	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit - Harmonische Gesellschaft mit Verwandten und Freunden - Sinnvolle Berufstätigkeit - Wirtschaftliche Sicherheit - Behagliche Wohnsituation 	<p>Nein</p> <p><i>(Ja, nur wenn die Angehörigen mit der Pflegesituation überfordert sind und die Wohnbedingungen ebenfalls unzureichend sind.)</i></p>	<p>(Keine Angabe)</p> <p><i>(Da habe ich keinerlei Erfahrungen oder Kenntnisse über die gegenwärtigen Bedingungen in der stationären Pflege.)</i></p>

Experten- Nummer	F1: Vorstellungen über subjektive Lebensqualität im Alter	F2: Bereitschaft, bei Pflegebedürftigkeit ins Heim einzuziehen	F3: Faktoren zur Verbesserung subjektiver Lebensqualität der Heimbewohner
E13	- Immer im Zusammenhang mit dem zu sehen, was (körperlich und geistig) überhaupt möglich ist und insofern sehr relativ	Ja <i>(Am liebsten würde ich aber in einer Art Hausgemeinschaft mit anderen Personen wohnen.)</i>	- Deutlich mehr Personal zur Verfügung
E14	- Schmerzfreiheit - Ungestörte Organfunktion - Mobilität - Kommunikationsfähigkeit - Wohlbefinden - Zufriedenheit - Angst / Angstfreiheit - Fähigkeit zur Ausübung sozialer Rollen	Nein <i>(Unser neues Mehrgenerationenhaus ist barrierefrei und Rollstuhlgerecht ausgestattet.)</i>	- Erkennen von Ressourcen - Beeinflussung der unmittelbaren persönlichen Umgebung - Einbindung der Familie in den Pflegeprozess
Experten- Nummer	F4: Bereitschaft, soziale Pflegeversicherung nach deutschem Modell in China einzuführen	F5: Probleme und Lösungen bei der Integration von Pflegeheimen und Altenheimen in China	
E1	Ja <i>(Ich finde das deutsche Modell gut.)</i>	- Sie sind zwei völlig verschiedene Systeme. - Nur die Regierung kann dieses Integrationsproblem lösen.	
E2	Ja <i>(Ich denke, das ist die Richtung der Entwicklung der sozialen Versicherung.)</i>	- Das Managementsystem der beiden Heime ist unterschiedlich. - „Integration“ sollte langsam gefördert werden.	
E3	Ja <i>(Verglichen mit der japanischen Pflegeversicherung ist das deutsche Modell personalisierter und die Kombination mit moderner Medizin ist besser, sowie die Bewertung medizinischer Risiken ist strenger.)</i>	- Es besteht keine Notwendigkeit, Altenheime und Pflegeheime zu integrieren. Es sind zwei verschiedene Dinge, die sich in der Natur unterscheiden. - Ein langfristiges Beurteilungssystem für die Gesundheit und den psychischen Zustand älterer Menschen ist erforderlich. Auf der Grundlage der Beurteilungsergebnisse können die Pflegestufe und die Höhe der entsprechenden finanziellen Unterstützung festgelegt werden.	

Experten- Nummer	F4: Bereitschaft, soziale Pflegeversicherung nach deutschem Modell in China einzuführen	F5: Probleme und Lösungen bei der Integration von Pflegeheimen und Altenheimen in China
E4	Ja <i>(Dies ist eine wichtige Wahl für dieses Zahlungssystem, das den Altenpflagedienst in der Zukunft löst.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Die größte Schwierigkeit dieser „Integration“ ist, die Abteilungsinteressen zu ändern. - Der Schlüssel ist nun, wie die Zahlung von Gesundheitskosten und Pflegeleistungen gelöst werden kann.
E5	Ja <i>(Mit der Pflegeversicherung kann die Belastung für Einzelpersonen und Heime reduziert werden.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Schwierigkeit dieser Integration besteht in der Konfiguration von medizinischen Einrichtungen und medizinischem Personal. - Eine Integration ist vorerst nicht erforderlich. Änderungen in der Politik könnten gravierende nachteilige Folgen haben und unklare Verantwortlichkeiten mit sich bringen.
E6	Schwer zu sagen <i>(Ich bin der Meinung, dass die Einführung der Pflegeversicherung in Zukunft akzeptiert werden muss. Dies ist ein Trend, der akzeptiert werden muss.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Frage ist, wie der Marktmechanismus funktioniert. - Der Abbau von Barrieren zwischen verschiedenen Abteilungen ist sehr schwierig. Die Reform der staatlichen Institutionen dient hauptsächlich der funktionalen Anpassung.
E7	Schwer zu sagen <i>(Das deutsche soziale Versicherungssystem ist das Beste der Welt. ... Die Einführung der Pflegeversicherung ist also in Ordnung, aber wie man sie umsetzt, kann ich nicht beantworten. Man kann sich nur vorstellen, wie man das derzeit schwer erreichbare Deutschlandniveau erreichen würde.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Altenheime und Pflegeheime können nicht integriert werden. Die institutionelle Reform ist ein komplexer Prozess. - Der Staatsrat sollte / könnte es lösen.
E8	Ja <i>(Ich habe dies seit vielen Jahren im Land gefordert, die Sozialversicherung zu verwenden, um die Kosten für Langzeitpflegeleistungen zu lösen, und die Pflegeversicherung als institutionelles System einzurichten.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kern geht es darum, die Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für zivile Angelegenheiten und der Gesundheitsabteilung zu stärken. - Dieses Problem könnte der Staatsrat nur durch eine umfassende und tiefgreifende Reform aller bestehenden Politiken lösen, die die Versorgung älterer Menschen betreffen.

Experten- Nummer	F4: Bereitschaft, soziale Pflegeversicherung nach deutschem Modell in China einzuführen	F5: Probleme und Lösungen bei der Integration von Pflegeheimen und Altenheimen in China
E9	Schwer zu sagen (<i>Ich denke, es gibt kein logisches Problem bei der Einführung der Pflegeversicherung, aber es gibt große Probleme bei der Operation. ... Das größte Problem in China ist jetzt der Unterschied zwischen Arm und Reich. ... China muss zuerst die national einheitliche Krankenversicherung abschließen.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Chinesische Pflegeheime waren nicht immer für ältere Menschen gedacht, sondern eher für die Krankheit als für das „Alter“. - Der Schlüssel zur Lösung dieses Problems liegt in den politischen Maßnahmen. Und die Schwierigkeit besteht in der Umsetzung der politischen Maßnahmen.
E10	Schwer zu sagen (<i>Die Einführung und Einstellung der Pflegeversicherung halte ich für sehr notwendig. ... Ich denke, dass Japans Versicherungsmodell möglicherweise einfacher in China zu implementieren wäre als das Deutsche. Da es sich um soziale Sicherheit handelt, ist es für die chinesische Regierung schwierig, sie dem Unternehmen anzuvertrauen. Wenn beispielsweise die nationale Sozialversicherungsabteilung direkt für diese Angelegenheit zuständig sein würde, könnte einfacher sein, sie umzusetzen.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Integration ist natürlich notwendig. - Mittlerweile hängt eine Einrichtung für Altenversorgung zwei „Namensschilder“ auf, Pflegeheim und Altenheim.

Anmerkung. E: Experte; F: Frage.

7.3.2 Inhaltliche Ergebnisse

Zur Instrumentenergänzung des Fragebogens QUISTA-C wurde die qualitative Nachstudie mittels Experteninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse umgesetzt. Im Rahmen der qualitativen Nachstudie wurden chinesischen Experten fünf Fragen gestellt. Den deutschen Experten wurden davon die ersten drei Fragen gestellt. Ihre inhaltlichen Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

F1: Die Fallbeschreibungen der Experteninterviews für die erste Leitfadenfrage „*Was sind Ihre Vorstellungen über subjektive Lebensqualität im Alter?*“ werden prägnant präsentiert wie folgt.

1) Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben

„Familie hat Zeit“:

E4: Das Wort „Stabilität“ umfasst alle meine Gedanken. Das heißt, die Familie ist

sehr harmonisch. Das Leben im Alter soll stabil und gesund sein. (...)

„Kontakt zu Freunden und Bekannten, die nicht im Heim wohnen“:

E10: (...) Ein fester sozialer Kreis ist sehr wichtig. Wenn ich verärgert wäre oder Probleme hätte, könnte ich mit meinen Freunden darüber sprechen. (...)

E12: (...) harmonische Gesellschaft mit Verwandten und Freunden, (...)

„Gefühlte Einsamkeit / Kontaktmöglichkeit zu anderen Menschen“:

E8: (...) Ein gutes Leben im Alter, einschließlich eines guten Endes [Hospizes], finde ich sehr wichtig für den Einzelnen. Richtig? Dies kann dem Leben einer Person einen Sinn geben. Wenn ein älterer Mensch alleine im Bett liegt, kümmert sich niemand um ihn. Selbst wenn er starb, weiß es niemand. Es bedeutet nichts für den Einzelnen. ... Regierung, Gesellschaft und Markt müssen das Bewusstsein stärken und die Dienstleistungen verbessern, damit jeder ein gutes Leben im Alter erwarten kann. Ich glaube, dass eine solche Gesellschaft eine wirklich zivilisierte und reife Gesellschaft ist.

E11: (...) Soziale Kontakte, (...)

2) Gesundheit

„Schmerzen“:

E14: Schmerzfreiheit, (...)

„Angst vor geistigen Einbußen“:

E13: Subjektive Lebensqualität ist tatsächlich auch für mich immer im Zusammenhang mit dem zu sehen, was (körperlich und geistig) überhaupt möglich ist und insofern sehr relativ.

E14: (...) Kommunikationsfähigkeit, Wohlbefinden, Zufriedenheit, Angst und Angstfreiheit, (...)

„Mobilität / Selbstständigkeit“:

E2: (...) Von der Rolle der "Gesundheitsabteilung" aus, ob sie nun vom Konzept des gesunden Alterns oder des aktiven Alterns ausgeht, hofft man, die gesunde Lebenserwartung älterer Menschen zu erhöhen. (...)

E4: Das Konzept des „Lebens im Alter“ ist zu groß. Lebenserfahrung, das ist grundlegend, nicht wahr? Wenn eine Person nicht gesund wäre, auch wenn sie mehr Geld, Ansehen und Status hätte, ist alles nutzlos. Deshalb ist für ältere Menschen das Wichtigste die Gesundheit. (...)

E11: Subjektive Lebensqualität bedeutet für mich, dass ich mich in meiner Lebenssituation wohl fühle. Diese hängt also davon ab, welche Kriterien ich in konkreten der Lebenssituation an die Lebensqualität anlege. ... Gesundheit, (...)

E12: Eine sehr umfassende Frage, die eine längere Antwort erfordert. Hier aber

einige Stichworte zu Aspekten, die zu einer guten subjektiven Lebensqualität gehören: Gesundheit, (...)

E14: (...) ungestörte Organfunktion, Mobilität, (...)

3) Selbstbestimmung / Autonomie

„Selbst über den Tagesablauf entscheiden“:

E4: (...) Das Leben im Alter sollte eine glückliche Phase sein, in der man für sich selbst leben kann. Im Zustand der Arbeit haben die Leute manchmal keine andere Wahl. Es ist eine Art von Stress und Pflicht. Aber nach dem Ruhestand liegt die Zeit bei sich, und die Wahl liegt auch bei sich. Man kann machen, was man möchte; man muss auch gar nichts tun, wenn man nicht will. Richtig? Dieses Gefühl ist also anders. So freue ich mich manchmal auf den Ruhestand. (...)

E10: (...) Ich hoffe, dass ich in meinen späteren Jahren die Freiheit haben könnte, mein Leben selbst zu kontrollieren. (...)

4) Sicherheit / sich sicher fühlen

„Sich sicher und behütet fühlen“ sowie „Finanziell abgesichert sein“:

E1: In meinem späteren Leben, nach unserer chinesischen Tradition – „(Geben Sie) älteren Menschen ein Gefühl von Zugehörigkeit“ (老有所依), „(Geben Sie) älteren Menschen ein Gefühl von Sicherheit“ (老有所养). (...)

E6: (Ein gutes) Leben im Alter? Keine Sorge um Essen und Kleidung, ähm ... gute Gesundheit, eine komplette und harmonische Familie. Das ist es.

E11: (...) finanzielle Sicherheit.

E12: (...) wirtschaftliche Sicherheit, (...)

5) Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben

„Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“:

E7: (Ein gutes Leben im Alter,) Hey, ich habe noch nicht darüber nachgedacht. Die Wichtigste ist, gesund zu sein. Und dann sollte das Leben reich und bunt sein. Wenn man Dinge noch tun kann, ist es am besten, etwas zu tun. (...)

E10: (...) Wenn ich alt wäre, könnte ich noch jeden Tag etwas zu tun, zum Beispiel einige Unterhaltungsaktivitäten, die ich mag und immer noch machen könnte. Ich finde dies wichtig, sonst wäre das Leben im Alter sehr langweilig. (...)

„An der frischen Luft sein“:

E1: (...) Da es sich um Sicherheitsaspekte handelt, ist der Umfang der Aktivitäten für ältere Menschen auf diesen Bereich [Pflegeheim] beschränkt. ... Einige ältere Menschen können mit Hilfe ihrer Familienangehörigen oder unter Mitwirkung unserer Freiwilligen nach draußen gehen und einen Blick darauf werfen. Es sollte

ein solches Leben sein, nicht nur an einem Ort „gefangen verhaften“. Ich habe das Gefühl, dass dies das größte Problem ist, dem ich in dieser Branche [Betrieb und Management eines Pflegeheims] begegnet bin! Das bedeutet, dass die Familienmitglieder kommen und ältere Menschen herausnehmen können, normalerweise wird sie niemand herausnehmen. (...)

6) Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten

„Pflegerkräfte können sich Zeit nehmen“:

E5: Ein gutes Leben im Alter ist für mich „Glück“. Stimmt? ... Wenn ich krank wäre, würde sich jemand um mich kümmern. Das reicht mir. Unsere Generation strebt keinen materiellen Genuss an.

E9: (...) Jetzt gibt es schon viele „leere Nester“¹⁰⁶. Wenn ich die Probleme in meinem täglichen Leben nicht mehr lösen könnte, hoffe ich, dass ich Hilfe aus der Gesellschaft oder in welcher Form der Pflege auch immer bekommen könnte. Für mich wäre dies eine gute Perspektive für das spätere Leben. (...)

„Art der Pflege“:

E2: (...) Es ist möglich, dass für ältere Menschen die „körperliche Gesundheit“ eine sehr wichtige Rolle spielt. Das heißt: Wenn er krank ist, kann er effektiv und rechtzeitig medizinisch behandelt werden. Wenn er behindert ist, kann er auch ein besseres Angebot erhalten. (...)

7) Scham / Intimsphäre

„Intimsphäre“:

E9: Mit den Worten von China wollen wir das einfachste Problem lösen. Das heißt, wir wollen „Holzkohle in Schneewetter senden“ (雪中送炭), nicht „dem Brokatstoff Blumen hinzufügen“ (锦上添花).¹⁰⁷ ... Mein Konzept der Altenpflege besteht darin, die Gewohnheiten und das Niveau meines ursprünglichen Lebens aufrechtzuerhalten. Wenn dies gewährleistet werden könnte, halte ich es für einen perfekten Zustand des Alters.

8) Ruhe und Privatsphäre

„Ruhe“:

E7: (...) Wenn man gar nichts mehr tun könnte, würde man zu einem idealen Ort gehen. Ein Ort, der nicht viel Komfort erfordert. Ich hoffe nur, dass ich meine restlichen Jahre in der Ruhe und Sicherheit verbringen könnte. Ich denke nun so grob darüber nach!

„Privatsphäre“:

¹⁰⁶ Im übertragenen Sinne bedeutet dies alleinlebende alte Menschen, ihre Kinder sind ausgezogen.

¹⁰⁷ Im übertragenen Sinne bedeutet dies in etwa rechtzeitige Hilfe zu geben, nicht das Gute noch besser zu machen.

E10: (...) Das inakzeptabelste für mich ist, in einem Heim zu leben, in einem Raum mit Leuten zu leben, die ich nicht kenne. In diesem Fall müsste sich jeder an die Lebensgewohnheiten des anderen anpassen, und viele Aspekte müssten angepasst werden. Ich denke, dass dies für ältere Menschen tatsächlich einen negativen Einfluss auf seine Lebensqualität hat.

9) Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun

„Zeit sinnvoll verbringen“:

E4: (...) Egal, ob es sich um Karriere oder Interesse handelt, kann man es tun. Deshalb wird es "glückliches Alter" genannt! Dies bedeutet: „(Geben Sie) älteren Menschen ein Gefühl von Sicherheit“ (老有所养), „(Geben Sie) älteren Menschen ein Gefühl der Würdigkeit“ (老有所为) und „(Aktivieren Sie) ältere Menschen, das Leben zu genießen“ (老有所乐). Ist es? Ältere Menschen sollten glücklich sein.

E12: (...) sinnvolle Berufstätigkeit, (...)

E14: (...) Fähigkeit zur Ausübung sozialer Rollen.

10) Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung

„Sich heimisch fühlen“:

E10: (...) Ich hoffe, dass ich, wenn ich alt sein werde, in einer kleinen Wohnung wie einem Zuhause wohnen könnte. Dann möchte ich natürlich zuerst mit den vertrauten Leuten zusammenleben. Wenn es nicht gehen würde, nämlich wenn ich mit unbekanntem Menschen in einer Wohneinheit zusammen leben müsste, denke ich, dass es zumindest eine Küche wie die zu Hause geben sollte oder so. Wenn ich manchmal für mich selbst kochen möchte, könnte ich es tun. (...)

E12: (...) behagliche Wohnsituation.

F2: Die Antwort auf die zweite Leitfadenfrage des Interviews war zwischen chinesischen und deutschen Experten konsistent. Das heißt, bei der Frage „Würden Sie in ein Heim einziehen, wenn Sie pflegebedürftig wären? Warum?“ meinten alle 14 Experten: Wenn die Bedingungen so sind, dass eine Pflege zu Hause möglich und die finanziellen Mittel und der Wohnraum dazu gegeben und geeignet sind, dann würde man wohl vorziehen, diesen Lebensabschnitt auch noch zu Hause zu verbringen.

Sieben Experten (50,0%; vier aus China und drei aus Deutschland) antworteten „Nein“, die nur dann in ein Heim ziehen würden, wenn es keine anderen Möglichkeiten (Eigenversorgung, Wohngemeinschaft, Pflege durch Kinder und so weiter) gäbe, oder wenn man nicht mehr selbst entscheiden könnte (zum Beispiel wegen der Alzheimer-Krankheit). Davon sagte ein Experte, dass er und seine Frau sich versprochen haben, sich im Alter gegenseitig zu pflegen.

Sechs Experten (42,9%; fünf aus China und einer aus Deutschland) antworteten zwar „Ja“, aber sie dachten entweder, dass dies keine Frage der Bereitschaft oder des Unwillens sei, sondern es müsste so sein; oder sie möchten in einer Art Hausgemeinschaft mit anderen Personen wohnen statt ins Heim einziehen. Besonders für chinesische Experten ist es so: Jede Familie durfte zu ihrer Zeit nur ein Kind haben („Ein-Kind-Politik“), glauben sie also, dass sie im Alter in einem Heim leben müssten. Sonst könnte sich niemand um sie kümmern. Dies sei die *„letzte Wahl“*.

Nur ein chinesischer Experte (7,1%) antwortete „Ja“ und fand es für ältere Menschen sehr glücklich, bei Pflegebedürftigkeit ins Heim einziehen zu können. Als Verantwortlicher arbeitete er seit 12 Jahren in einem öffentlichen Heim. In diesem Heim glaubt er, dass sowohl *„die Infrastruktur aus Hardware-Aspekt“* als auch *„die Dienstleistungen aus Software-Aspekt“* sehr gut seien und der Preis der Lebenskosten dort nicht teuer sei. In einem solchen Heim zu leben ist nicht leicht, da viele Leute auf einen Heimplatz warten. *„Es ist schwer, ein Bett zu finden.“*

F3: Die Antwort auf die dritte Leitfadenfrage des Interviews – *„Welche kritischen Faktoren könnte es zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege geben?“* – unterschied sich zwischen chinesischen und deutschen Experten. Dies zeigt, dass dieser Punkt mit den jeweiligen spezifischen nationalen Bedingungen, nämlich mit den eigenen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen zusammenhängt.

Bei der Beantwortung dieser Frage erwähnten sechs Experten (42,9%; fünf aus China und einer aus Deutschland) direkt oder indirekt die Unterstützung von (gesundheits-) politischen Maßnahmen. Zum Beispiel nannte ein deutscher Experte unzureichende Gesundheitsversorgung in den strukturschwachen Regionen sowie nicht zu stark effizienzgesteuertes Betreiben von ambulanter und stationärer Pflege. Fünf chinesische Experten meinten, dass die Regierung mehr Mittel für die Altenpflegebranche aufbringen, die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung stärker politisch unterstützen und älteren Menschen eine bessere wirtschaftliche Sicherheit ermöglichen sollte. Die Regierung und der Markt sollten ein Gleichgewicht schaffen und gleichzeitig ihre jeweiligen Rollen voll ausspielen. Ein gutes Lebensumfeld ist für das spätere Leben älterer Menschen sehr wichtig. Das Konzept der Gesamtplanung für die *„Stadt der älteren Menschen“*¹⁰⁸ müsste aktualisiert werden. Die öffentliche Infrastruktur müsste für ältere Menschen besser geeignet sein. Heime sollten in der Stadt gebaut werden und / oder die öffentlichen Verkehrsmittel sollten optimiert werden, so dass nicht nur die Kinder der Heimbewohner diese problemlos

¹⁰⁸ „Die Stadt der älteren Menschen“ ist in China eine Gemeinschaft der Alten. Dies ist ein neues Modell der Immobilienentwicklung für die Altersvorsorge, eine neue Art der Siedlungen für die Alten.

besuchen können, sondern dass es auch den Heimbewohnern leicht gemacht wird, einkaufen oder ins Krankenhaus zu gehen.

Das menschenorientierte Kernkonzept wurde von acht chinesischen Experten (57,1%) als Schlüsselfaktor für die Altenpflege bezeichnet. Dies beinhaltet die Qualität und Inhalte der Gesundheitsförderung, (medizinischen) Versorgung und Fürsorge. Beispielsweise müssten Basisdienste wie Essen, Baden und so weiter in Heimen vorhanden sein. Dienstleistungen der Pflege sollten personalisiert sein.

Vier Experten (28,6%; zwei aus China und zwei aus Deutschland) sprachen über den Aspekt des Pflegepersonals, einschließlich seiner Anzahl und Fachkompetenz. Dies hängt eigentlich mit der Qualität der Pflege zusammen. Es müsste deutlich mehr Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Das heißt, wenn ein Heimbewohner Hilfe bräuchte, müsste jemand, nämlich eine Pflegekraft, sich darum kümmern können. Außerdem sollte das Pflegepersonal auch gut qualifiziert sein.

Drei chinesische Experten (21,4%) waren der Meinung, dass leckere, nahrhafte und vielfältige Lebensmittel ältere Menschen glücklich machen könnten. Dies hängt eigentlich auch mit der Qualität der Versorgung zusammen. Darüber hinaus glauben die Chinesen im Allgemeinen: Wenn das Essen gut ist, ist der Körper gesund.

Soziale Kontakte wurden von sechs Experten (42,9%; fünf aus China und eins aus Deutschland) zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der Heimbewohner in Betracht gezogen. Zu diesem Aspekt gehören Begleitungen und Besuche von Familienmitgliedern und alten Freunden sowie Kontakte zu anderen Heimbewohnern, Pflegekräften und sogar Fremden in der Gesellschaft.

Neben der körperlichen Gesundheit erwähnten fünf Experten (35,7%; vier aus China und einer aus Deutschland) auch die Bedeutung der psychischen Gesundheit. Zum Beispiel könnten Heimbewohner ihre Zeit sinnvoll verbringen, Autonomie haben, selbstständig sein und ihre eigenen Ressourcen erkennen. Dies alles wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit aus.

Die persönliche Wohnumgebung wurde auch von drei Experten (21,4%; zwei aus China und eins aus Deutschland) als wichtiger Einflussfaktor angesehen. Wenn sich ältere Menschen in einem Heim zu Hause fühlen könnten und eigene Zimmer einrichten dürften, würde ihre Stimmung sehr angenehm sein. Dies ist auch gut für ihre psychische Gesundheit.

F4: Für die vierte Leitfadenfrage des Interviews – *„Wären Sie einverstanden, die soziale Pflegeversicherung nach dem deutschen Modell in China einzuführen? Warum?“* – waren alle zehn chinesischen Experten

grundsätzlich positiv. Sechs Experten (60,0%) befürworteten diesen Vorschlag, nämlich die soziale Pflegeversicherung nach dem deutschen Modell in China einzuführen, um die Ausgaben für die langfristige (Alten-) Pflege zu decken. Sie fanden das gesetzlich geregelte Konzept gut, dass die Pflegeversicherung in Deutschland als ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung funktioniert und die Stufen der Pflegebedürftigkeit auf dem unabhängigen Gutachten beruht.

Drei Experten (30,0%) waren der Meinung, dass die Einführung der sozialen Pflegeversicherung in China zwar „*sein sollte*“ sei, aber es war schwierig zu beantworten, wann genau sie eingeführt und wie genau sie umgesetzt werden sollte. China müsste zuerst die national einheitliche soziale Krankenversicherung abschließen. Die bestehende soziale und gesetzliche Krankenversicherung ist nur eine „Basisversicherung“. Obwohl ihre Abdeckung groß ist, sind der Inhalt und das Niveau dieser Abdeckung begrenzt und grundlegend. Sie meinten daher, dass der Zeitpunkt der Einführung der sozialen Pflegeversicherung noch nicht ausgereift sei. In China gibt es eine Redewendung mit der Bezeichnung: Wenn Wasser fließt, bildet sich ein Kanal (水到渠成). Das heißt, Erfolg wird kommen, wenn die Bedingungen reif sind.

Ein Experte (10,0%) dachte auch, dass die Pflegeversicherung eingeführt werden sollte. Er war jedoch eher geneigt, dem japanischen Modell¹⁰⁹ zu folgen, anstatt des deutschen Modells. Die Krankenkassen in Deutschland werden zwar institutionell von den jeweiligen Aufsichtsbehörden beaufsichtigt, aber haben sich als Verein, Stiftung, Genossenschaft oder Aktiengesellschaft mit nichtwirtschaftlichem Zweck zu organisieren. Mit anderen Worten, sie werden nicht direkt von den Regierungsstellen des Landes verwaltet und betrieben. Dieses Modell funktioniert in China nicht. Japans Pflegeversicherung wird vom Staat betrieben, indem Steuer als Versicherungsquelle und gleichzeitig als Kostenquelle für die nationalen Pflegeaufwendungen verwendet werden. Daher sei es möglicherweise einfacher, die Pflegeversicherung nach dem japanischen Modell in China einzuführen.

F5: In der fünften Leitfadenfrage des Interviews – *„Welche Probleme könnten bei der Integration von Pflegeheimen und Altenheimen in China auftreten? Wer könnte dies lösen? Und wie?“* – hatten die meisten chinesischen Experten eine negative Einstellung. Nur ein Experte (10,0%) hielt die Integration von Pflegeheimen und Altenheimen für notwendig und machbar. Er sagte, obwohl es auf der institutionellen Ebene keine

¹⁰⁹ Aufgrund von geographischer Nähe und ähnlicher Form der Wortzeichen sowie ähnlicher asiatischer Kultur wurde die japanische Pflegeversicherung (介护保険) umfassender und detaillierter in China diskutiert als die deutsche Pflegeversicherung. Zum Beispiel veröffentlichte der Verlag „China Arbeit und soziale Sicherheit“ 2009 das Buch „Japanische Pflegeversicherung“ auf Chinesisch. Der japanische Autor heißt SUMII Hiroshi.

„Integration“ gibt, haben viele Heime dies bereits in der Praxis getan. Das heißt, eine Altenpflegeeinrichtung hängt zwei Namensschilder auf, nämlich eines für das Altenheim und eines für das Pflegeheim.

Im Gegensatz dazu meinten neun Experten (90,0%), dass diese „Integration“ weder notwendig noch machbar sei. Das Altenheim wird von der Abteilung für zivile Angelegenheiten verwaltet, während das Pflegeheim von der Gesundheitsabteilung verwaltet wird. Ihre unterschiedlichen Interessen zwischen diesen beiden Abteilungen seien ein unüberwindbares Hindernis. Darüber hinaus, wenn man integrieren möchte, seien die Probleme, wie man die Allokation medizinischer Ressourcen optimieren, die Kosten für die Langzeitpflege (älterer Menschen) decken und die negativen Auswirkungen institutioneller Reform vermeiden könnte und so weiter, in kurzer Zeit schwierig zu lösen. Diese Frage „Integration“ könnte nur von der Regierung, von dem Staatsrat gelöst werden. Oder der Markt sollte eine umfassendere und wirksamere Rolle bei der Förderung der Altenversorgung spielen.

7.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Weil mündliche Interviews mit chinesischen Experten von Angesicht zu Angesicht geführt wurden, konnten zusätzlich zu den Leitfadenfragen des Experteninterviews einige offene oder vertiefende Fragen gestellt werden, die auf spezifischen Antworten der Experten basierten. Das heißt, es handelte sich um ein teilstandardisiertes und leitfadengestütztes Interview mit chinesischen Experten. Interviews mit deutschen Experten wurden stattdessen in schriftlicher Form von E-Mails unter Verwendung eines standardisierten und strukturierten Fragebogens verfasst, indem lediglich die Leitfadenfragen beantwortet wurden. Daher waren die Antworten der deutschen Experten inhaltlich weniger umfangreich, als die Antworten der chinesischen Experten.

Mittels der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) kann aus den Ergebnissen der Experteninterviews geschlossen werden, dass die zehn rekonstruierten Dimensionen der subjektiven Lebensqualität im Alter auch von Experten erwähnt wurden. Diese zehn Dimensionen beziehen sich jedoch auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege, daher unterscheiden sich subjektive Lebensqualitätsperspektiven der Experten von ihren Unterdimensionen. Wie „Kontakt zu den Pflegekräften“, „Schlaf“, „Über Heimangelegenheiten gut informiert sein“ und andere Unterdimensionen wurden von allen 14 Experten nicht genannt. Dieser „Unterschied“ verdeutlicht die Besonderheit des Erhebungsinstrumentariums QUISTA/QUISTA-C. Das heißt, es ist ein maßgeschneiderter Fragebogen für spezifische Populationen, nämlich Heimbewohner.

Ausführliche Ergebnisse der Experteninterviews wurden im letzten Kapitel beschrieben. Ein überraschendes Ergebnis war, dass lediglich ein Experte (7%) subjektiv bereit war ins Heim zu ziehen, wenn er pflegebedürftig wäre. Die meisten Experten möchten ihre späteren Lebensjahre nah an ihren ursprünglichen Lebensbedingungen und ihrem Lebensstil verbringen. Aus diesem Ergebnis kann eine Schlussfolgerung gezogen werden: Die Pflegeangebote sollten im vertrauten Lebensumfeld älterer Menschen geschaffen werden. Dies kann in vielfältiger Art und Weise erfolgen. Mögliche Perspektiven sind Investitionen in Barrierefreiheit, altersgerechte Wohnungen, Mehrgenerationenhäuser, Dienstleistungen für Senioren sowie medizinische, psychologische und psychosoziale Angebote.

Bislang wurden in Deutschland differenziertere (Sozialraumorientierung, Ganzheitlichkeit) und institutionell wirksamere (Betreuung, Beratung, Kooperation) Maßnahmen beispielsweise durch Telemedizin oder Webinar zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege gefördert als in China.

Einige konkrete Beispiele können hier genannt werden: In China werden

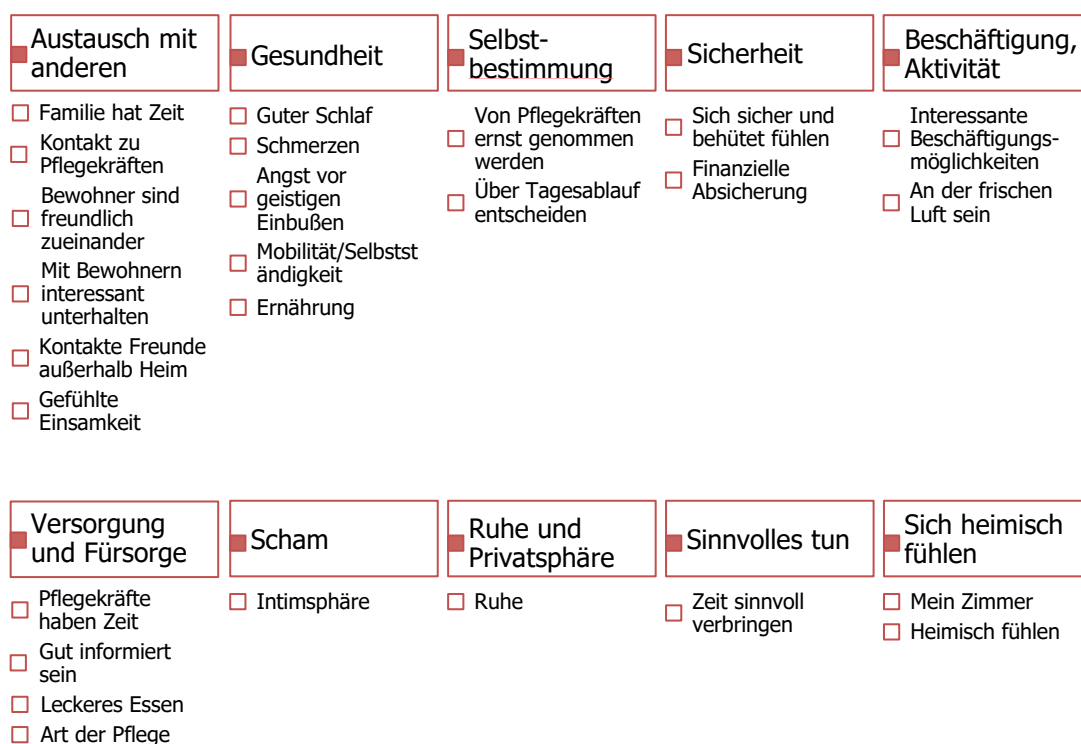
gerade Gesundheitsdienste und psychologische Betreuung in und während der Altenpflege aufgebaut. Viele besondere Maßnahmen wie Vernetzung in der Kommune, Heilmittel einschließlich der Ergotherapie und Physiotherapie, Finanzierungsinstrumente, großes grünes Seniorendorf sowie Begleitung der älteren Menschen durch Tagespflegestätten, Altenpflegeheime und Hospize in ihrem jeweiligen Lebensprozess stehen in der Planung oder Konzeption.

7.5 KONSEQUENZEN FÜR DIE ERGÄNZUNG VON QUISTA-C

Basierend auf Erfahrungen mit vergleichbaren Modellen in Deutschland (QUISTA) wurde das Messinstrumentarium QUISTA-C zur subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China durch eine fünfphasige Feldstudie angepasst, optimiert, finalisiert, validiert und ergänzt. Dieses Befragungsinstrumentarium beinhaltet einen Fragebogen (48 Items), der aus 27 Items auf der Ist-Ebene und 21 Items auf der Soll-Ebene besteht, und ein Kartenspiel (16 Karte). Mittels dieses Fragebogens QUISTA-C wurden zehn obere und 26 untere Dimensionen¹¹⁰ subjektiver Lebensqualität von chinesischen Heimbewohnern rekonstruiert (siehe Abbildung 7-1).

Abbildung 7-1

Übersicht über zehn Oberdimensionen und 26 Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege nach QUISTA-C



Mittels dieses Kartenspiels von QUISTA-C wurden 16 besonders wichtige Lebensbereiche¹¹¹ von chinesischen Heimbewohnern genannt (siehe Tabelle 7-3).

¹¹⁰ Vergleiche Abbildung 2-2 „Übersicht über zehn Oberdimensionen und 25 Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität in der stationären Pflege nach QUISTA“.

¹¹¹ Vergleiche Tabelle 2-1 „Kartenspiel – Besonders wichtige Lebensbereiche nach QUISTA“.

Tabelle 7-3

Kartenspiel – Besonders wichtige Lebensbereiche nach QUISTA-C

<u>Nr. 1</u> An der frischen Luft sein	<u>Nr. 2</u> Kontakt zu Freunden, die nicht hier im Heim wohnen	<u>Nr. 3</u> Ein schönes Zimmer	<u>Nr. 4</u> Freundlicher Umgang unter den Bewohnern
<u>Nr. 6</u> Der Kontakt zu meiner Familie	<u>Nr. 7</u> Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich	<u>Nr. 9</u> „Nein“ sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte	<u>Nr. 10</u> Interessante Beschäftigungsangebote
<u>Nr. 11</u> Selbst über meinen Tagesablauf entscheiden	<u>Nr. 12</u> Im Heim über alles gut informiert zu werden	<u>Nr. 13</u> Leckerer Essen	<u>Nr. 14</u> Guter Kontakt zu den Pflegekräften
<u>Nr. 15</u> Meine Gesundheit	<u>Nr. 16</u> Etwas Sinnvolles tun	<u>Nr. 17</u> Ruhe	<u>Nr. 18</u> Gute wirtschaftliche Sicherheit

Da sich weder Alterseffekte noch Geschlechtseffekte statistisch signifikant zeigen, gilt dieses Messinstrumentarium QUISTA-C in der Final-Version (siebente Fassung) für die auskunftsfähige Heimpopulation.

Für die Lebensqualität im Alter liegen die subjektiven Vorstellungen chinesischer und deutscher Experten sehr nahe. Obwohl chinesische Experten erkennen, dass die wirtschaftliche Belastung der Langzeitpflege für ältere Menschen sehr hoch ist, wie eine soziale Pflegeversicherung erstellt werden sollte, wie Altenheime und Pflegeheime integriert werden könnten, gibt es noch keine konkreten Umsetzungsempfehlungen.

Die Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern zwischen Staaten (China und Deutschland), zwischen Städten (Dalian und Shanghai), zwischen Pflegeheimen und Altenheimen, zwischen Heimen unterschiedlicher Größe sowie zwischen städtischen und ländlichen Heimen und deren Einflussfaktoren werden im nächsten Kapitel beschrieben und analysiert.

8 EXPLORATIVE ANALYSEN

Mittels der in den letzten Kapiteln dargestellten fünfphasigen qualitativen und quantitativen Feldstudie wurde der standardisierte Fragebogen QUISTA-C, der basierend auf dem Fragebogen QUISTA kulturspezifisch übersetzt wurde, angepasst, optimiert, finalisiert, validiert und ergänzt. Im Folgenden wird unter anderem QUISTA-C mit QUISTA verglichen. Während das empirische Vorgehen mit dem QUISTA-C fünfphasig war¹¹², erfolgte der Forschungsprozess von QUISTA in vier Schritten:

- Der erste Schritt war eine qualitative Vorstudie. In acht Heimen in Berlin wurden 42 narrative Interviews geführt. Als Ergebnisse dieser Studie wurden 10 / 25 Dimensionen der Lebensqualität von Heimbewohnern ermittelt und das Erhebungsinstrumentarium QUISTA (inklusive Fragebogen und Kartenspiel) entwickelt.¹¹³
- Daran schloss sich ein dreistufiges quantitatives Vorgehen¹¹⁴ an.
 - Im Rahmen der Vorstudie wurden 25 Befragungen in drei Heimen in Bayern zur Instrumentenoptimierung durchgeführt. Dieser Pretest zielte darauf, Struktur und Antwortkategorien des Fragebogens zu optimieren sowie die semantische Verständlichkeit der Items und den Umfang des Fragebogens zu untersuchen (Meyer 2013a: 12).
 - Im Rahmen der Pilotstudie wurden 96 Befragungen in sieben Heimen in Bayern zur Instrumentenfinalisierung durchgeführt (Schenk et al. 2012b). Dabei wurden eine einheitliche Fragen-Matrix und eine Ratingskala des Fragebogens sowie Karten des Kartenspiels festgelegt. Darüber hinaus wurde eine Wunsch-Ebene im Fragebogen eingliedert (Schenk et al. 2012a: 46-47).
 - Im Rahmen der Hauptstudie wurden 483 Befragungen in 28 Heimen in Bayern zur Instrumentenvalidierung durchgeführt. In dieser Phase wurden die Bewertungen und Wünsche der Heimbewohner in Bezug auf das Leben im Heim analysiert (Meyer 2013a: 13-14).

¹¹² Siehe dazu Abbildung 2-5 „Ablauf der fünfphasigen Feldstudie zur Entwicklung von QUISTA-C“.

¹¹³ Siehe dazu Kapitel 2.1 „Darstellung des Projektes QUISTA“.

¹¹⁴ Vergleiche Kapitel 4 „Quantitative Vorstudie zur Optimierung von QUISTA-C“, Kapitel 5 „Quantitative Pilotstudie zur Finalisierung von QUISTA-C“ und Kapitel 6 „Quantitative Hauptstudie zur Validierung von QUISTA-C“.

8.1 VORSTELLUNG DER SUBJEKTIVEN LEBENSQUALITÄT

In dem vorigen Kapitel wurde ausführlich erklärt, dass sowohl Heimbewohner als auch Experten in China und in Deutschland ein sehr ähnliches subjektives Verständnis der Lebensqualität im Alter haben. Unter diesem ähnlichen Verständnis-Rahmen, nämlich unter den im wesentlich gleichen Oberdimensionen der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege, gibt es jedoch zwischen chinesischen und deutschen Heimbewohnern einige spezifische Unterschiede in den Unterdimensionen.

8.1.1 Dimensionen

1) Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben

In dieser Oberdimension ist die Unterdimension des Kontakts zu eigener Familie und / oder alten Freunden für fast alle Heimbewohner wichtig. In einer anderen Unterdimension, nämlich die Beziehung zwischen Heimbewohnern sind jedoch die Ansichten der Heimbewohner in China und in Deutschland unterschiedlich.

Die Interviewpassagen von einem deutschen Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 44) verdeutlichen, inwieweit der Austausch mit anderen Heimbewohnern sich positiv auf sein persönliches Lebensgefühl auswirken: Sein Wunsch, *„sich richtig unterhalten zu können“, „zusammen zu sitzen“* oder *„von Gott und der Welt zu erzählen“* veranlassen ihn dazu, aktiv den Kontakt zu anderen Heimbewohnern zu suchen. *„Ich hab hier immer gesucht, dass man mal ne Unterhaltung hat.“*

Obwohl die chinesischen Heimbewohner auch auf ein harmonisches Zusammenleben im Heim hoffen, möchten manche von ihnen keine Freundschaften mit anderen Heimbewohnern schließen, die sie zuvor nicht kannten. Insbesondere ist die Beziehung zwischen Männern und Frauen für sie wie ein Geheimnis, das sie sorgfältig verbergen. Zum Beispiel glaubt eine Heimbewohnerin, dass *„viele ältere Menschen, die wieder verheiratet sind, nicht glücklich sind“*, so dass sie nach dem Tod ihres Mannes nicht wieder heiraten will. *„Es gibt einen alten Mann, der mich umwirbt, deshalb bin ich manchmal verlegen.“* Noch ein Heimbewohner ließ seine Tür offen stehen, während ich, nämlich eine Frau ihn in seinem Zimmer interviewte. *„Es ist mir immer peinlich, wenn Frauen in mein Zimmer kommen. Hier im Heim gibt es weniger Männer und mehr Frauen. ... Habe ich Angst, dass andere darüber plaudern werden,“* (Wenn eine Frau in mein Zimmer kommen würde und meine Zimmertür geschlossen wäre).

2) Gesundheit

Als eine der einflussreichsten Definitionen von Gesundheit gilt diese Folgende der Weltgesundheitsorganisation. Gesundheit wird definiert „als ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der bloßen Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1999: 1). Mit dem Lebensalter nimmt die Betroffenheit von körperlichen und auch psychischen Beschwerden zu. Zumeist erst dann, wenn ältere Menschen gesundheitlich nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, wird der Einzug in ein Heim in Erwägung gezogen (Schenk et al. 2010: 84). In diesem Sinne haben die chinesischen und die deutschen Heimbewohner die gleichen Gedanken.

Die stabilen Strukturen des Heims, der regelmäßige Tagesablauf, die Garantie von Betreuung und Fürsorge und die Einbindung in ein soziales Umfeld lassen eine langsame Erholung zu. Der Einzug in ein Heim kann daher ein Fortschreiten des körperlichen und geistigen Abbaus vermindern beziehungsweise einen zunächst sehr kritischen gesundheitlichen Zustand zum Positiven verändern. So berichtet zum Beispiel ein deutscher Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 92): *„Wie ich hier rein kam war ich auch ganz fertig. Da war mir alles egal. Da konnte ich o... nicht mehr so denken. Ich hab mich gut wieder erholt in den zwei Jahren.“*

Aus der Oberdimension „Gesundheit“ legen die chinesischen Heimbewohner im Allgemeinen großen Wert auf die „diätetische Ernährung“ und ergänzen damit eine Unterdimension.

3) Selbstbestimmung / Autonomie

Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung im Heim ist beispielsweise bei einem deutschen Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 58) aus dem Blickwinkel seiner im Laufe des Lebens gewohnten Unabhängigkeit – sowie als Fortsetzung – zu betrachten. Dieses Bedürfnis stellt keine Nebensächlichkeit, sondern eine Art Leitsatz seiner Lebensansicht dar. Er drückt sich prägnant in seiner Antwort auf die Frage aus, was denn Selbstbestimmung für ihn bedeute, aus: *„Alles“*. Dies schließt auch seinen einzigen Sohn mit ein, der ihm zwar *„in jeder Weise beistehen würde und helfen würde“*, dessen Hilfe er aber gleichwohl nicht in Anspruch nehmen möchte: *„Ich komme allein zurecht.“* Seine Gewissheit, im Heim ein noch selbstbestimmtes Leben genießen zu können, bezieht sich zu einem nicht unwesentlichen Teil auch auf seine wirtschaftlichen Unabhängigkeit. Aufgrund seiner *„pekuniären“* Sicherheit erscheint es ihm wie selbstverständlich, ein selbstbestimmtes Leben zu führen: *„Ja, aber wieso soll ich nicht selbständig sein? Sehen Sie, ich bezahl ja alles, was ich brauche.“*

Manche chinesische Heimbewohner hoffen auch auf ein selbstbestimmtes Leben, aber zugleich genießen sie gern die Unterstützung der Familie, sowohl wirtschaftlich als auch alltäglich. Manchmal vergleichen sie sich

miteinander, wessen Kinder mehr Kindespietät haben und mehr Hilfe leisten.

4) Sicherheit / sich sicher fühlen

Die dokumentarische Analyse der narrativen Interviews zeigt sich, dass deutsche Heimbewohner und chinesische Heimbewohner das gleiche Bedürfnis nach Sicherheit sowohl auf einer körperlichen und gesundheitsbezogenen als auch auf einer wirtschaftlichen Ebene haben. Zudem lässt sich Sicherheit stets als ein Kontinuum mit zwei Eckpunkten denken, nämlich sich sicher fühlen versus Angst oder Beklemmung (sich unsicher fühlen) als Gegenpol (Schenk et al. 2010: 81).

Beispielsweise berichtet ein deutscher Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 82), dass er seinen Alltag aufgrund seiner gesundheitlichen Verfassung nicht mehr selbstständig bewältigen konnte. Der Umzug in ein Heim geschah daher aus der Einsicht, dass ein Weiterleben zu Hause „*keinen Zweck mehr*“ hat: „*Wir brauchten ja Hilfe.*“ Neben dieser psychischen Sicherheitserwägung dokumentiert sich jedoch auch der tiefe Wunsch nach wirtschaftlicher Sicherheit: „*Ich hatte Angst und Befürchtung..., dass ich im Alter... wie ne arme Kirchenmaus... Dass ich im Alter nicht unter der Brücke sitze und, also dass ich ohne Geld dasitze, das war mir das A und O.*“ Diese Wertschätzung einer bestimmten Grundversorgung zeigt sich wiederholt im Laufe dieses Interviews: „*Das betrachte ich auch für einen alten Menschen, dass es Pflicht ist, dass er genug zu essen hat und seine Sauberkeit hat und seine Ruhe und Ordnung hat. Und die hab ich*“ (hier im Heim).

5) Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben

Durch das „*Angebot an Veranstaltungen*“, dass es „*jeden Tag wirklich gute Veranstaltungen wie Gymnastik, Basteln, Singen*“ gibt, kommt ein deutscher Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 69) zu dem Fazit: „*Das ist, ist ein gutes Heim*“. Die angebotenen Veranstaltungen helfen ihm, ein gewisses Maß an Aktivität aufrechtzuerhalten und den ereignisarmen und bewegungslosen Tagesablauf des Heims zu durchbrechen: „*Es ist schön, man bewegt sich, und sitzt nicht rum.*“

An diesem Punkt sind die Bedürfnisse chinesischer Heimbewohner gleich. Es gibt jedoch nur wenige Heime, in denen Ausflüge für Heimbewohner organisiert werden. Einige Heime haben nicht genügend Bücher für die Heimbewohner.

6) Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten

Heimbewohner wünschen sich nicht nur, selbst gut informiert zu werden. Für eine zufrieden stellende Heimunterbringung ist es ebenso von Bedeutung, dass das Heimpersonal über Informationen bezüglich der Ansprüche, Vorlieben und Bedürfnisse der Heimbewohner verfügt (Schenk et al. 2010:

95). Auch daher ist es wichtig, Heimbewohner als Informationsträger ernst zu nehmen. Zum Beispiel erlebt ein deutscher Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 95) die Informationsübergabe beim Schichtwechsel als einen kritischen Moment. Auch wenn es sich augenscheinlich um Kleinigkeiten wie ein belegtes Brot handelt: *„Da kann ich mich ja nun auch so jedes Mal aufregen.“* Gerade solche Details, welche dem ausdrücklichen Willen der Heimbewohner entsprechen, spielen im Heimalltag eine Rolle als Ausdruck einer Form von Selbstbestimmung.

In dieser Unterdimension sind die Anforderungen der chinesischen Heimbewohner geringer. Für sie ist es wichtiger, dass sich jemand hier im Heim um sie kümmert. Aufgrund des Fehlens eines einheitlichen Standards der Dienstleistung und Bewertung in Heimen haben manche Heimbewohner Angst vom Pflegepersonal. Sie sind nicht nur besorgt, dass die Pflegekräfte sich nicht gut um sie kümmern, sondern sie befürchten auch, dass die Pflegekräfte eine sehr schlechte Haltung ihnen gegenüber einnehmen (einschließlich Gewalt). Ein Heimbewohner berichtet: *„Einige Pflegekräfte halten die älteren Menschen mit Demenz sogar für Spielzeug, um ihrem Ärger Luft zum machen, sie behandeln sie wie Tiere, sie verfluchen und schlagen diese älteren Menschen willkürlich.“*

7) Scham / Intimsphäre

In einem Interviewausschnitt eines deutschen Heimbewohners (Schenk et al. 2010: 62) kommen drei wesentliche Dinge zum Tragen. Zu dem Zeitpunkt, als die Pflegekraft ohne Vorankündigung das Bewohnerzimmer betritt, hat der Bewohner gerade Besuch. Die für ihn überraschende und offensichtlich unangemeldete Visite des Pflegers (*„da geht die Tür auf“*), führt zu einem Gefühl des Überwältigtseins: *„Und so ne Augen ich.“* Der Betroffene schien weder über den Zeitpunkt des Badens informiert, noch wurde ihm in der Hektik der Situation (*„schnell, schnell, na bader“*) die Möglichkeit gegeben, über den Moment des Badens zu befinden beziehungsweise den vorgegebenen Zeitpunkt nach seinen Wünschen zu modifizieren. Vielmehr scheint es dem Heimbewohner durch eine andere Hautfarbe der Pflegekraft (*„da hatten wir A, ein Negerlein, pechschwarz, aber der konnte wunderbar Deutsch“*) noch schwieriger, diese Person nur in ihrer sozialen Rolle als Pfleger wahrzunehmen.

Für chinesische Heimbewohner ist das Bedürfnis nach Intimsphäre auf der einen Seite relativ gering, wenn zum Beispiel die Pflegekräfte die Tür betreten, brauchen sie fast nie an die Tür zu klopfen. Auf der anderen Seite ist es relativ hoch: Zum Beispiel können sich männliche Heimbewohner von weiblichen Pflegekräften baden lassen, aber umgekehrt ist es gar nicht akzeptabel.

8) Ruhe und Privatsphäre

Dass der Wunsch nach Ruhe einen zentralen Stellenwert einnehmen kann,

zeigt ein Interviewabschnitt eines deutschen Heimbewohners (Schenk et al. 2010: 65). Da diesen Heimbewohner aufgrund seiner körperlichen Schwäche *„jede Unterhaltung, jede Bewegung“* Kraft kostet und *„alles mit Anstrengung verbunden“* ist, fühlt er sich insbesondere in jenen Momenten wohl, in denen er Ruhe findet. Das heißt, er zieht sich vor der im Heim stattfindenden Geschäftigkeit (dem *„Betrieb“*) zurück. Wenn *„Vormittag (...) irgendwie (...) immer was los ist“*, sitzt er am Fenster und schaut in den Garten. Zwar gefalle es ihm auch einmal, eine Veranstaltung zu besuchen, doch sind es für ihn vor allem die *„kleinen“* und ruhigen Momente, die ihm Wohlbefinden verschaffen.

Auf der ersten Ebene bezieht sich das Bedürfnis nach Ruhe bei chinesischen Heimbewohnern auf die Abwesenheit von Lärm. Somit können sie sich gut ausruhen und gut schlafen. In einem übertragenen Sinne ist Ruhe das ungestörte Verhältnis zu anderen Heimbewohnern. Zum Beispiel leben eine Hausfrau und eine Lehrerin in einem Zimmer im Heim zusammen. Diese Hausfrau *„redet oft schmutzige Worte“*. Dadurch fühlt sich die Lehrerin gestört.

9) Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun

In den Augen eines deutschen Heimbewohners (Schenk et al. 2010: 31) sei sein Leben immer schön gewesen, da er immer gemacht habe, was ihm gefallen habe, und nicht um *„irgendwas machen zu müssen“*. Vor allen Dingen sei es ihm wichtig gewesen, dass ihm seine Arbeit Freude bereite und dass er anderen Menschen in seinem Leben helfen könne. Eine selbstreflexive Frage *„Warum lebt man auf der Welt?“*, die er sich in seinem narrativen Interview stellt, zeigt zudem, dass er sich Gedanken über einen gewissen Lebensentwurf gemacht hat.

Für ältere Menschen in China bestand die vormalige Arbeit eher darin, die Familie finanziell zu unterstützen. Jetzt sind sie im Ruhestand und sie haben mehr Zeit und Chancen, um etwas Sinnvolles zu tun, was ihnen auch Freude machen kann, zum Beispiel Gedichte schreiben.

10) Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung

Ein Einzelzimmer wird sowohl für deutsche Heimbewohner als auch für chinesische Heimbewohner als Weiterführung der gewohnten Lebensweise und Schlafweise des vormaligen Zuhauses gedeutet. Das *„gute Heim“* wird in diesem Fall für einen deutschen Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 79) mit einem Einzelzimmer assoziiert: *„Und da hab ich zu mein Kindern gesagt, zu meinem Sohn, Norbert besorg mir ein schönes Heim. Ein gutes Heim, wo ich mein Einzelzimmer habe und da möchte ich sein.“* Ein weiterer Heimbewohner (Schenk et al. 2010: 79) unterstreicht, dass es für eine individuelle Gestaltung des Zimmers wichtig sei, sich vor dem Einzug ins Heim ein Bild von der neuen Einrichtung machen zu können: *„Und ich hatte Zeit, ich hatte das Zimmer gesehen oben, ich wusste ungefähr wie groß das Zimmer ist. Ich*

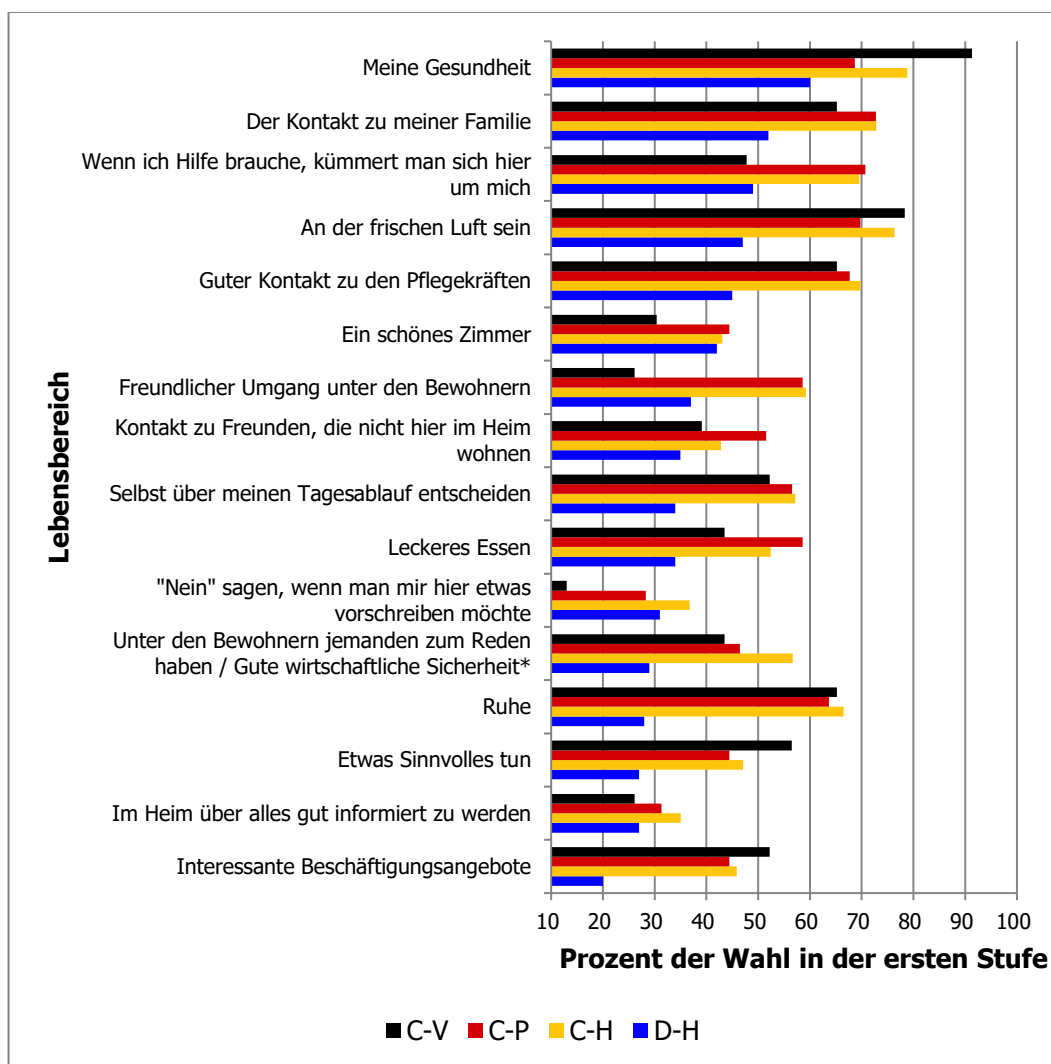
konnte mir im Kopf ausmalen, was kannst du mitnehmen, was kannst du nicht mitnehmen.“

Da es in China keine soziale Pflegeversicherung gibt, haben die chinesischen Heimbewohner eine höhere finanzielle Belastung, um das Leben im Heim zu bezahlen. Viele Heimbewohner können sich die Kosten für ein Einzelzimmer nicht leisten. Bei Mehrbettzimmern ist es den Heimbewohnern jedoch oft nicht gestattet, die eigene Wohnfläche selbst zu gestalten.

8.1.2 Prioritätensetzungen

Abbildung 8-1

Besonders wichtige Lebensbereiche der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 99$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)



Anmerkung.

- a. Quelle der Daten der Studien von C-V, C-P und C-H: Eigene Darstellung.

- b. Quelle der Daten der Studie von D-H: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht, S. 8. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- c. C – Chinesische quantitative Studie mittels des Fragebogens QUISTA-C, D – Deutsche quantitative Studie mittels des Fragebogens QUISTA; V – Vorstudie, P – Pilotstudie, H – Hauptstudie.
- d. *: In der Studie von C-H ersetzt die 18. Karte „Gute wirtschaftliche Sicherheit“ die 5. Karte „Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben“ in den anderen drei Studien.

Abbildung 8-1 zeigt, dass alle 16 Karten in der ersten Auswahlstufe des jeweiligen Kartenspiels im Rahmen der drei quantitativen Studien (Vorstudie, Pilotstudie und Hauptstudie) mittels des Fragebogens QUISTA-C und der quantitativen Hauptstudie (Validierungsstudie) mittels des Fragebogens QUISTA von den befragten Heimbewohnern als wichtige Lebensbereiche ausgewählt wurden. Das heißt, jeder Lebensbereich weist eine Relevanz auf. Aus dieser obigen Prioritätensetzung lassen sich die relevanten Bereiche der subjektiven Lebensqualität in einer Reihenfolge ordnen, nämlich die Präferenzen (Wunsch-Ebene) chinesischer und deutscher Heimbewohner strukturieren.

Tabelle 8-1

Präferenzstrukturen der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 99$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)

Lebensbereich	D-H	C-H	C-P	C-V
Meine Gesundheit	1	1	4	1
Der Kontakt zu meiner Familie	2	3	1	3
Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich	3	5	2	9
An der frischen Luft sein	4	2	3	2
Guter Kontakt zu den Pflegekräften	5	4	5	3
Ein schönes Zimmer	6	13	12	13
Freundlicher Umgang unter den Bewohnern	7	7	7	14
Kontakt zu Freunden, die nicht hier im Heim wohnen	8	14	10	12
Selbst über meinen Tagesablauf entscheiden	9	8	9	7
Leckeress Essen	9	10	7	10
„Nein“ sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte	11	15	16	16
Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben / Gute wirtschaftliche Sicherheit*	12	9	11	10
Ruhe	13	6	6	3
Etwas Sinnvolles tun	14	11	12	6
Im Heim über alles gut informiert zu werden	14	16	15	14
Interessante Beschäftigungsangebote	16	12	12	7

Anmerkung.

- a. Quelle der Daten der Studien von C-V, C-P und C-H: Eigene Darstellung.
- b. Quelle der Daten der Studie von D-H: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären*

Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen. Arbeitsbericht, S. 8. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

- c. C – Chinesische quantitative Studie mittels des Fragebogens QUISTA-C, D – Deutsche quantitative Studie des Fragebogens mittels QUISTA; V – Vorstudie, P – Pilotstudie, H – Hauptstudie.
- d. *: In der Studie von C-H ersetzt die 18. Karte „Gute wirtschaftliche Sicherheit“ die fünfte Karte „Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben“ in den anderen drei Studien.
- e. Der Reihenfolge der Präferenzen dieser 16 Lebensbereiche der Heimbewohner gemäß steht Grün für die fünf überdurchschnittlichen Bereiche in der Rangliste, Blau für die sechs durchschnittlichen Bereiche in der Rangliste und Rot für die fünf unterdurchschnittlichen Bereiche in der Rangliste.

Aus Tabelle 8-1 ergibt sich eine vergleichbare Relevanz-Rangordnung der Lebensbereiche zwischen chinesischen und deutschen Heimbewohnern wie folgt.

- Überdurchschnittliche Lebensbereiche: In den Studien von D-H, C-H, C-P und C-V gehören „Meine Gesundheit“ (60%, 79%, 69% und 91%), „Der Kontakt zu meiner Familie“ (52%, 73%, 73% und 65%), „Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich“ (49%, 70%, 71% und 48%¹¹⁵), „An der frischen Luft sein“ (47%, 76%, 70% und 78%) und „Guter Kontakt zu den Pflegekräften“ (45%, 70%, 68% und 65%) in der Rangliste zu den ersten fünf bedeutsamen Lebensbereichen, die die meisten Heimbewohner als für ihre Lebensqualität wichtige Dimensionen benennen.
- Durchschnittliche Lebensbereiche: Der sechstplatzierte Bereich weist den größten Unterschied zwischen chinesischen und deutschen Heimbewohnern auf. In der Studie von D-H liegt „Ein schönes Zimmer“ auf Reihe sechs (42%), während sich dieser Bereich in den Studien von C-H, C-P und C-V jeweils auf Platz 13 (43%), 12 (44%) und 13 (30%) befindet und in der Rangliste zum unterdurchschnittlichen Bereich gehört. In den Studien von C-H und C-P liegt „Ruhe“ auf Reihe sechs (67% und 64%), während sich dieser Bereich in den Studien von D-H und C-V jeweils auf Platz 13 (28%) und drei (65%) befindet. In der Studie von C-V liegt „Etwas Sinnvolles tun“ auf Reihe sechs (57%), während sich dieser Bereich in den Studien von D-H, C-H und C-P jeweils auf Platz 14 (27%), 11 (47%) und 12 (44%) befindet. Noch ein weiterer Lebensbereich fällt auf. „Freundlicher Umgang unter den Bewohnern“ wird in den Studien von D-H, C-H und C-P auf Rang sieben (37%, 59% und 59%) eingestuft, während dieser Bereich in der Studie von C-V den Platz 14 (26%) belegt und in der Rangliste zum unterdurchschnittlichen Bereich gehört.
- Unterdurchschnittliche Lebensbereiche: In den Studien von D-H, C-H,

¹¹⁵ Dieser Lebensbereich „Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich“ befindet sich in der Studien von C-V auf Platz neun (48%) und gehört in der Rangliste zum durchschnittlichen Lebensbereich.

C-P und C-V wird „Im Heim über alles gut informiert zu werden“ niedriger eingestuft, nämlich auf Rang 14 (27%), 16 (35%), 15 (31%) und 14 (26%). In der D-Studie rangiert „Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“ an der letzten Stelle (20%), während dieser Bereich in den C-Studien von C-H, C-P und C-V jeweils Platz 12 (46%), 12 (44%) und sieben (52%) belegt. In den Studien von C-H, C-P und C-V rangiert „Nein sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“ jeweils an der (vor-) letzten Stelle (37%, 28% und 13%), während dieser Bereich in der Studie von D-H den Platz 11 (31%) belegt und in der Rangliste zum durchschnittlichen Bereich gehört.

Zusammenfassend: Zwei Lebensbereiche „Ein schönes Zimmer“ und „Nein sagen, wenn man mir hier etwas vorschreiben möchte“ sind für deutsche Heimbewohner wichtiger als für chinesische Heimbewohner, während ein Lebensbereich „Ruhe“ für chinesische Heimbewohner wichtiger ist als für deutsche Heimbewohner.

8.1.3 Unterschiede

„Nicht da ist man daheim, wo man seinen Wohnsitz hat, sondern wo man verstanden wird“ (Morgenstern 1891). Subjektive Lebensqualität ist multidimensional, individuell verschieden und auch bei Heimbewohnern erfragbar. Aus der vorangegangenen Analyse kann gefolgert werden, dass die Vorstellungen über subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China den der Heimbewohner in Deutschland nahekommen. Interessante Beschäftigungsangebote sind zwar sehr wichtig für sie und können das Leben im Heim glücklicher machen. Aber das Wichtigste für sie ist ihre eigene Gesundheit.

Diese Vorstellungen über subjektive Lebensqualität von chinesischen und deutschen Heimbewohnern unterscheiden sich voneinander hauptsächlich in zwei Bereichen. Der erste Punkt ist, dass es in China keine soziale Pflegeversicherung gibt. Die hohen Lebenskosten im Heim haben eine große finanzielle Belastung für ältere Chinesen verursacht. Sie brauchen daher mehr wirtschaftliche Sicherheit. Der zweite Punkt ist, dass die Esskultur in China eine lange Geschichte hat und ein wichtiger Bestandteil der traditionellen Kultur ist. In dieser Esskultur glauben Chinesen im Allgemeinen, dass Nahrungsmittel die Gesundheit fördern. Aus gesundheitlicher Sicht achten chinesische ältere Menschen mehr auf nahrhafte Lebensmittel. Allerdings ist das leckere Essen sowohl für chinesische Heimbewohner als auch für deutsche Heimbewohner ein bedeutsamer Lebensbereich.

Themen zur Sexualität wurden in den deutschen Interviews von Seite der Befragten nicht angesprochen (Behr et al. 2013: 6). Eine Erklärung hierfür bieten die Ergebnisse von Bullard-Poe et al. (1994: 231-236), die aufzeigt, dass eine sexuelle Intimität bei Heimbewohnern eher als mittel-wichtige

(also nicht sehr wichtige) Dimension der Lebensqualität eingestuft wird. Für ältere Chinesen ist dieses Thema sehr ausweichend, wie ein „Tabu“. In diesem Bereich gibt es derzeit auch keine Forschung.

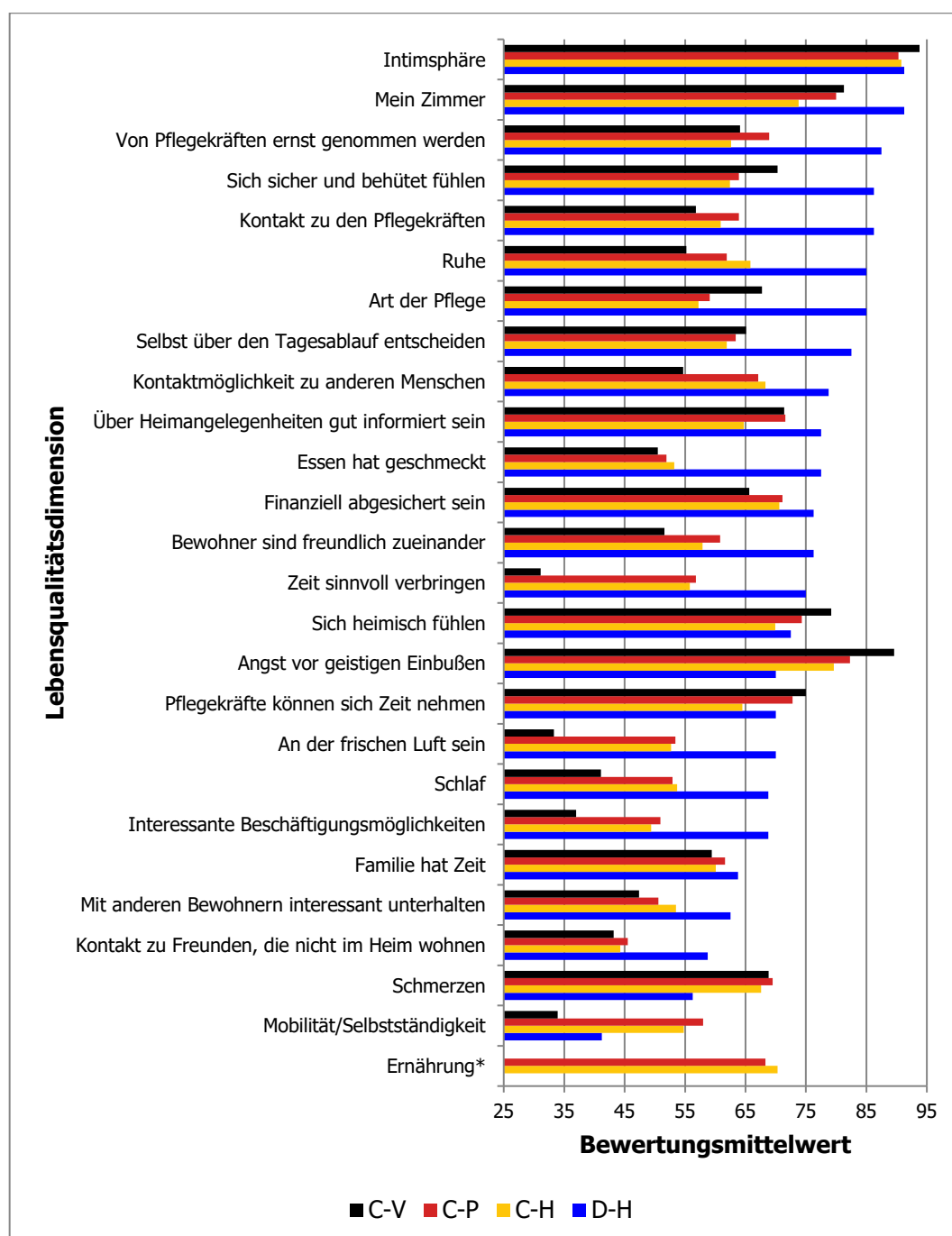
Inwiefern sich die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege zwischen China und Deutschland sowie innerhalb China zwischen Städten, Regionen, Heimgrößen und Heimmerkmalen voneinander unterscheidet wird im folgenden Abschnitt analysiert.

8.2 UNTERSCHIEDE DER SUBJEKTIVEN LEBENSQUALITÄT

8.2.1 Zwischen Staaten

Abbildung 8-2

Bewertungsmittelwerte der 25 / 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 100$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)



Anmerkung.

- a. Quelle der Daten der Studien von C-V, C-P und C-H: Eigene Darstellung.
- b. Quelle der Daten der Studie von D-H: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht, S. 9. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- c. C – Chinesische quantitative Studie mittels des Fragebogens QUISTA-C, D – Deutsche quantitative Studie mittels des Fragebogens QUISTA; V – Vorstudie, P – Pilotstudie, H – Hauptstudie.
- d. *: In den Studien von C-P und C-H wird eine neu rekonstruierte Unterdimension der Lebensqualität „Ernährung“ eingefügt.

Subjektive Lebensqualität ist für Heimbewohner die Übereinstimmung der wahrgenommenen Erlebnisse mit zuvor formulierten Präferenzen. Abbildung 8-2 zeigt, wie die chinesischen und deutschen Heimbewohner im Rahmen der vier vorgenannten quantitativen Studien die 25 oder 26 rekonstruierten Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität jeweils im Durchschnitt bewerten. Aus den Ergebnissen lassen sich diese Wahrnehmungen rangieren und miteinander vergleichen.

Tabelle 8-2

Wahrnehmungen der 25 / 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 100$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)

Lebensqualitätsdimension	D-H	C-H	C-P	C-V
Intimsphäre	1	1	1	1
Mein Zimmer	1	3	3	3
Von Pflegekräften ernst genommen werden	3	12	9	12
Sich sicher und behütet fühlen	4	13	12	7
Kontakt zu den Pflegekräften	4	15	12	14
Ruhe	6	9	15	15
Art der Pflege	6	18	18	9
Selbst über den Tagesablauf entscheiden	8	14	14	11
Kontaktmöglichkeit zu anderen Menschen	9	7	11	16
Über Heimangelegenheiten gut informiert sein	10	10	6	6
Essen hat geschmeckt	10	23	23	18
Finanziell abgesichert sein	12	4	7	10
Bewohner sind freundlich zueinander	12	17	17	17
Zeit sinnvoll verbringen	14	19	20	25
Sich heimisch fühlen	15	6	4	4
Angst vor geistigen Einbußen	16	2	2	2
Pflegekräfte können sich Zeit nehmen	16	11	5	5
An der frischen Luft sein	16	24	21	24
Schlaf	19	21	22	21
Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten	19	25	24	22

Lebensqualitätsdimension	D-H	C-H	C-P	C-V
Familie hat Zeit	21	16	16	13
Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten	22	22	25	19
Kontakt zu Freunden, die nicht im Heim wohnen	23	26	26	20
Schmerzen	24	8	8	8
Mobilität / Selbstständigkeit	25	20	19	23
Ernährung*	/	5	10	/

Anmerkung.

- Quelle der Daten der Studien von C-V, C-P und C-H: Eigene Darstellung.
- Quelle der Daten der Studie von D-H: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht, S. 9. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- C – Chinesische quantitative Studie mittels des Fragebogens QUISTA-C, D – Deutsche quantitative Studie mittels des Fragebogens QUISTA; V – Vorstudie, P – Pilotstudie, H – Hauptstudie.
- *: In den Studien von C-P und C-H wird eine neu rekonstruierte Unterdimension der Lebensqualität „Ernährung“ eingefügt.
- Der Reihenfolge der Bewertungsmittelwerte dieser 25 oder 26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner gemäß steht Grün für die fünf überdurchschnittlichen Unterdimensionen in der Rangliste, Orange für die fünf leicht überdurchschnittlichen Unterdimensionen in der Rangliste, Blau für die fünf durchschnittlichen Unterdimensionen in der Rangliste, Lila für die fünf leicht unterdurchschnittlichen Unterdimensionen in der Rangliste und Rot für die fünf oder sechs unterdurchschnittlichen Unterdimensionen in der Rangliste.

Aus Tabelle 8-2 ergibt sich eine vergleichbare Rangordnung der Wahrnehmungen und Bewertungen der 25 oder 26 Unterdimensionen der Lebensqualität zwischen chinesischen und deutschen Heimbewohnern. Im Folgenden werden einige Unterdimensionen, die auf dieser Rangliste auffallen, als Beispiele beschrieben.

- Überdurchschnittliche Unterdimensionen: „Intimsphäre“ belegt in allen vier Studien von D-H (91 Punkte), C-H (91 Punkte), C-P (90 Punkte) und C-V (94 Punkte) den ersten Platz. „Mein Zimmer“ belegt in der Studie von D-H (91 Punkte) auch den ersten Platz, während diese Unterdimension in den Studien von C-H (74 Punkte), C-P (80 Punkte) und C-V (81 Punkte) den dritten Platz belegt. „Kontakt zu den Pflegekräften“ belegt in der Studie von D-H (86 Punkte) den vierten Platz, während diese Unterdimension in den drei Studien von C-H, C-P und C-V jeweils den Platz 15 (61 Punkte), 12 (64 Punkte) und 14 (57 Punkte) belegt und in der Rangliste zur durchschnittlichen Unterdimension gehört.
- Leicht überdurchschnittliche Unterdimensionen: Die Unterdimension „Über Heimangelegenheiten gut informiert sein“ befindet sich in den Studien von D-H (78 Punkte) und C-H (65 Punkte) auf Platz zehn, während sich diese Unterdimension in den Studien von C-P (72 Punkte)

und C-V (71 Punkte) auf Platz sechs befindet. „Selbst über den Tagesablauf entscheiden“ befindet sich in der Studie von D-H auf Platz acht (83 Punkte), während sich diese Unterdimension in den Studien von C-H, C-P und C-V jeweils auf Platz 14 (62 Punkte), 14 (63 Punkte) und 11 (65 Punkte) befindet und in der Rangliste zur durchschnittlichen Unterdimension gehört.

- Durchschnittliche Unterdimension: „Bewohner sind freundlich zueinander“ liegt in der Studie von D-H auf Reihe 12 (76 Punkte), während diese Unterdimension in den Studien von C-H (58 Punkte), C-P (61 Punkte) und C-V (52 Punkte) auf Reihe 17 liegt und in der Rangliste zur leicht unterdurchschnittlichen Unterdimension gehört.
- Leicht unterdurchschnittliche Unterdimensionen: „Angst vor geistigen Einbußen“ rangiert in der Studie von D-H (70 Punkte) an der Stelle 16, während diese Unterdimension in den Studien von C-H (80 Punkte), C-P (82 Punkte) und C-V (90 Punkte) an der zweiten Stelle rangiert und in der Rangliste zur überdurchschnittlichen Unterdimension gehört. „An der frischen Luft sein“ rangiert in der Studie von D-H (70 Punkte) auch an der Stelle 16, während diese Unterdimension in den Studien von C-H, C-P und C-V jeweils an der Stelle 24 (53 Punkte), 21 (53 Punkte) und 24 (33 Punkte) rangiert und in der Rangliste zur unterdurchschnittlichen Unterdimension gehört. „Schlaf“ rangiert in der Studie von D-H (69 Punkte) an der Stelle 19, während diese Unterdimension in den Studien von C-H, C-P und C-V jeweils an der Stelle 21 (54 Punkte), 22 (53 Punkte) und 21 (41 Punkte) rangiert und in der Rangliste zur unterdurchschnittlichen Unterdimension gehört. „Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“ rangiert in der Studie von D-H (69 Punkte) auch an der Stelle 19, während diese Unterdimension in den Studien von C-H, C-P und C-V jeweils an der Stelle 25 (49 Punkte), 24 (51 Punkte) und 22 (37 Punkte) rangiert und in der Rangliste zur unterdurchschnittlichen Unterdimension gehört.
- Unterdurchschnittliche Unterdimensionen: „Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten“ wird in den Studien von D-H, C-H und C-P jeweils auf Rang 22 (63 Punkte), 22 (54 Punkte) und 25 (51 Punkte) eingestuft, während diese Unterdimension in der Studie von C-V (47 Punkte) auf Rang 19 eingestuft und in der Rangliste zur leicht unterdurchschnittlichen Unterdimension gehört. „Kontakt zu Freunden, die nicht im Heim wohnen“ wird in den Studien von D-H, C-H und C-P jeweils auf Rang 23 (59 Punkte), 26 (44 Punkte) und 26 (46 Punkte) eingestuft, während diese Unterdimension in der Studie von C-V (43 Punkte) auf Rang 20 eingestuft und in der Rangliste zur leicht unterdurchschnittlichen Unterdimension gehört. „Schmerzen“ wird in der Studie von D-H (56 Punkte) auf Rang 24 eingestuft, während diese Unterdimension in den Studien von C-H (68 Punkte), C-P (70 Punkte) und C-V (69 Punkte) auf Rang acht eingestuft und in der Rangliste zur leicht überdurchschnittlichen Unterdimension gehört.

Zusammenfassend: Bei zehn Unterdimensionen, nämlich „Von Pflegekräften ernst genommen werden“, „Sich sicher und behütet fühlen“, „Kontakt zu den Pflegekräften“, „Selbst über den Tagesablauf entscheiden“, „Essen hat geschmeckt“, „Bewohner sind freundlich zueinander“, „Zeit sinnvoll verbringen“, „An der frischen Luft sein“, „Schlaf“ und „Interessante Beschäftigungsmöglichkeiten“, nehmen die deutschen Heimbewohner höhere Lebensqualität als die chinesischen Heimbewohner wahr, während bei sechs Unterdimensionen, nämlich „Finanziell abgesichert sein“, „Sich heimisch fühlen“, „Angst vor geistigen Einbußen“, „Pflegekräfte können sich Zeit nehmen“, „Familie hat Zeit“ und „Schmerzen“, die chinesischen Heimbewohner höhere Lebensqualität als die deutschen Heimbewohner wahrnehmen.

Um zu prüfen, inwiefern sich die Ergebnisse der Messung subjektiver Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China und in Deutschland voneinander unterscheiden und ob dieser Unterschied der Bewertungsmittelwerte der Unterdimensionen der Lebensqualität zwischen chinesischen und deutschen Heimbewohnern signifikant ist, ist ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test¹¹⁶ notwendig.

Tabelle 8-3

Unterschied der subjektiven Lebensqualität der Heimbewohner zwischen China und Deutschland nach QUISTA-C ($N_{C-H} = 397$) und QUISTA ($N_{D-H} = 483$)

Studie	Bewertungsmittelwerte der 25 Unterdimensionen der Lebensqualität			
	Min.	Max.	\bar{x}	SD
C-H	44,30	90,80	62,24	9,85
D-H	41,25	91,25	74,35	11,68

Ränge				Statistik für Wilcoxon-Test	
C-H – D-H	N^d	Mittlerer Rang	Rangsumme	C-H – D-H	
Negative Ränge (C-H < D-H)	22	13,55	298,00	Z (Basiert auf positiven Rängen)	-3,646
Positive Ränge (C-H > D-H)	3	9,00	27,00	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.000
Bindungen (C-H = D-H)	0				
Gesamt	25				

¹¹⁶ Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ist ein nichtparametrischer statistischer Test. Er prüft anhand zweier gepaarter Stichproben die Gleichheit der zentralen Tendenzen der zugrundeliegenden (verbundenen) Grundgesamtheiten. Im Anwendungsbereich ergänzt er den Vorzeichentest, da er nicht nur die Richtung, nämlich das Vorzeichen der Differenzen, sondern auch die Höhe der Differenzen zwischen zwei gepaarten Stichproben berücksichtigt (Bortz et al. 2008: 256 & 259).

Anmerkung.

- a. Quelle der Daten der Studien von C-H: Eigene Darstellung.
- b. Quelle der Daten der Studie von D-H: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht, S. 9. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- c. C-H – Chinesische quantitative Hauptstudie mittels des Fragebogens QUISTA-C, D-H – Deutsche quantitative Hauptstudie mittels des Fragebogens QUISTA.
- d. N ist die Anzahl der Unterdimensionen der subjektiven Lebensqualität von Heimbewohnern.

Weil es in dem deutschen Fragebogen QUISTA die Unterdimension „Ernährung“ nicht gibt, werden nur die Bewertungsmittelwerte von 25 Unterdimensionen verglichen. Die Bewertungsmittelwerte aus beiden Stichproben der chinesischen quantitativen Hauptstudie (N = 397) und der deutschen quantitativen Hauptstudie (N = 483) bilden im Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test zwei gepaarte Gruppen. Die statistischen Ergebnisse dieses Tests stellt Tabelle 8-3 dar. Unter 25 vergleichbaren Unterdimensionen der Lebensqualität gibt es nur drei Dimensionen „Angst vor geistigen Einbußen“, „Schmerzen“ und „Mobilität / Selbstständigkeit“, deren Bewertungsmittelwerte von chinesischen Heimbewohnern höher sind als jene von deutschen Heimbewohnern. Bei weiteren 22 Unterdimensionen bewerten die deutschen Heimbewohner durchschnittlich generell höher als die chinesischen Heimbewohner.

Dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test gemäß beträgt der Wert von Z -3,646, während der zweiseitige Signifikanzwert $p = .000 < .05$. Das heißt, dass der Unterschied der Bewertungsmittelwerte der 25 Unterdimensionen der Lebensqualität zwischen chinesischen und deutschen Heimbewohnern signifikant ist. Mit anderen Worten: Den Ergebnissen der Messungen mittels jeweils des Fragebogens QUISTA-C und des Fragebogens QUISTA gemäß haben die älteren Menschen in der stationären Pflege in China deutlich niedrigere subjektive Lebensqualität als Heimbewohner in Deutschland.

8.2.2 Zwischen Städten

Da die Finalversion und die Vor-Finalversion des Fragebogens QUISTA-C identisch sind, können die Messergebnisse von insgesamt 497 befragten Heimbewohnern im Rahmen der chinesischen quantitativen Pilotstudie (N = 100) und Hauptstudie (N = 397) für die anschließenden vier statistischen Analysen kombiniert werden.

Mittels eines Einstichproben-t-Tests kann es geprüft werden, ob der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Shanghai und Dalian signifikant ist. In diesem Test bilden die Befragten aus beiden Städten zwei unabhängige Gruppen. Die statistischen Ergebnisse dieses Tests stellt Tabelle 8-4 dar.

Tabelle 8-4

Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Shanghai und Dalian nach QUISTA-C (N = 497)

Gruppenstatistiken										
	Stadt	Anzahl der Befragten	Mittelwert des LQ-Indexes		Standard-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes				
LQ	Shanghai	329	62,001		11,426	0,630				
	Dalian	168	64,470		11,322	0,874				
Test bei unabhängigen Stichproben										
	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit							
	F	Signifikanz	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz		
LQ	Varianzen sind gleich	0,195	.659	-2,285	495	.023	-2,468	1,080	-4,591	-0,346
	Varianzen sind nicht gleich			-2,292	339,157	.023	-2,468	1,077	-4,587	-0,350

Dem Levene-Test der Varianzgleichheit gemäß ist der Signifikanzwert $p = .659 > .05$. Das heißt, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Varianz zwischen den beiden Städten gibt. Deswegen wird der p-Wert von der Zeile „Varianzen sind gleich“ gewählt. Dem t-Test für die Mittelwertgleichheit gemäß ist der zweiseitige Signifikanzwert $p = .023 > .01$. Das heißt, dass der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Shanghai und Dalian nicht signifikant ist.

8.2.3 Zwischen Regionen

Mittels eines Einstichproben-t-Tests kann es geprüft werden, ob der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Stadt und Land signifikant ist. In diesem Test bilden die Befragten aus städtischen und ländlichen Heimen zwei unabhängige Gruppen. Die statistischen Ergebnisse dieses Tests stellt Tabelle 8-5 dar.

Tabelle 8-5

Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Stadt und Land nach QUISTA-C (N = 497)

Gruppenstatistiken						
	Region	Anzahl der Befragten	Mittelwert des LQ-Indexes		Standard-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
LQ	Stadt	247	63,253		11,280	0,718
	Land	250	62,423		11,602	0,734

Test bei unabhängigen Stichproben										
		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
LQ	Varianzen sind gleich	0,546	.460	0,809	495	.419	0,831	1,027	-1,186	2,848
	Varianzen sind nicht gleich			0,809	494,873	.419	0,831	1,026	-1,186	2,847

Dem Levene-Test der Varianzgleichheit gemäß ist der Signifikanzwert $p = .460 > .05$. Das heißt, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Varianz zwischen den beiden Regionen gibt. Deswegen wird der p-Wert von der Zeile „Varianzen sind gleich“ gewählt. Dem t-Test für die Mittelwertgleichheit gemäß ist der zweiseitige Signifikanzwert $p = .419 > .01$. Das heißt, dass der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Stadt und Land nicht signifikant ist.

8.2.4 Zwischen Heimgrößen

Mittels einer einfaktoriellen Analyse der Varianz (ANOVA) kann geprüft werden, ob der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen kleinen, mittleren und großen Heimen signifikant ist. In dieser Analyse ist die Heimgröße die unabhängige Variable (Einflussvariable), während der Lebensqualitätsindex die abhängige Variable (Zielvariable) ist. Die statistischen Ergebnisse dieser Analyse stellt Tabelle 8-6 dar.

Tabelle 8-6

Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen kleinen, mittleren und großen Heimen nach QUISTA-C (N = 497)

Deskriptive Statistiken								
Heimgröße	Anzahl der Befragten	Mittelwert des LQ-Indexes	Standard-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Min.	Max.
					Untergrenze	Obergrenze		
Groß	278	62,789	11,504	0,690	61,431	64,147	26,4	95,7
Mittel	142	63,650	11,223	0,942	61,788	65,512	36,1	88,8
Klein	77	61,501	11,616	1,324	58,865	64,138	30,6	89,6
Gesamt	497	62,836	11,439	0,513	61,827	63,844	26,4	95,7

Einfaktorielle ANOVA					
Abhängige Variable: Subjektive Lebensqualität	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Unabhängige Variable: Heimgröße					
Zwischen den Gruppen	231,867	2	115,934	0,886	.413
Innerhalb der Gruppen	64671,432	494	130,914		
Gesamt	64903,300	496			

Der einfaktoriellen ANOVA gemäß ist der Signifikanzwert $p = .413 > .05$. Das heißt, dass der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen kleinen, mittleren und großen Heimen nicht signifikant ist.

8.2.5 Zwischen Heimmerkmale

Mittels eines Einstichproben-t-Tests kann geprüft werden, ob der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Pflegeheimen und Altenheimen signifikant ist. In diesem Test bilden die Befragten aus beiden Heimen zwei unabhängige Gruppen. Die statistischen Ergebnisse dieses Tests stellt Tabelle 8-7 dar.

Tabelle 8-7

Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Pflegeheimen und Altenheimen nach QUISTA-C (N = 497)

Gruppenstatistiken										
	Heim	Anzahl der Befragten	Mittelwert des LQ-Indexes		Standard-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes				
LQ	Altenheim	447	63,049		11,415	0,540				
	Pflegeheim	50	60,924		11,594	1,640				
Test bei unabhängigen Stichproben										
	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit							
	F	Signifikanz	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz		
LQ	Varianzen sind gleich	0,446	.505	1,247	495	.213	2,1254	1,705	-1,224	5,475
	Varianzen sind nicht gleich			1,231	60,125	.223	2,1254	1,726	-1,327	5,578

Dem Levene-Test der Varianzgleichheit gemäß ist der Signifikanzwert $p = .505 > .05$. Das heißt, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Varianz zwischen den beiden Heimen gibt. Deswegen wird der p-Wert von der Zeile „Varianzen sind gleich“ gewählt. Dem t-Test für die Mittelwertgleichheit gemäß ist der zweiseitige Signifikanzwert $p = .213 > .01$. Das heißt, dass der Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen Pflegeheimen und Altenheimen nicht signifikant ist.

Ergänzend zu diesem Schlusswort: Nach den Ergebnissen der Masterarbeit (N = 330) von Liang (2015: 30)¹¹⁷ bewerten die Befragten in Altenheimen

¹¹⁷ Siehe dazu Kapitel 2.5.5 „Auswertung der Daten“.

lediglich die Oberdimension „Gesundheit“ im Durchschnitt höher als jene in Pflegeheimen, während es bei Bewertungsmittelwerten für weitere neun Oberdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Pflegeheimen und Altenheimen gibt. Dies weist darauf hin, dass der Gesundheitszustand der Heimbewohner in Altenheimen besser ist als jener der Heimbewohner in Pflegeheimen. Dies stimmt mit der tatsächlichen Situation in China überein.

Die vier Analysenbefunde zeigen, dass dieser Fragebogen QUISTA-C universell auf die Messung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China angewendet werden kann. Dieses Ergebnis, dass die Strukturmerkmale der Heime wie Region und Heimgröße keinen Effekt auf die subjektive Lebensqualität der Heimbewohner zu haben scheinen, ist identisch wie das Ergebnis vom Forschungsprojekt mittels des Messinstrumentariums QUISTA (Meyer 2013b: 14). Darüber hinaus wird dadurch bestätigt, dass die Lebensqualität in erster Linie eine „subjektive“ Erfahrung ist und von bestimmten „objektiven“ Bedingungen wie dem geografischen Standort nicht beeinflusst wird. Ihre Einflussfaktoren werden im anschließenden Kapitel analysiert.

8.2.6 Zwischen Zeitaltern

Der einfaktoriellen ANOVA des Einflusses des Alters auf den Lebensqualitätsindex¹¹⁸ gemäß bleibt die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China trotz steigendem Alter mit potentiell schlechterer Gesundheit stabil. Als mögliche Gründe dieses „Zufriedenheitsparadoxes oder Lebensqualitätsparadoxes“ werden zwei Erklärungsansätze zu Felde geführt (Kunzmann et al. 2000; Walker 2005 & Gwozdz 2010): Einerseits kann es sein, dass ältere Menschen über starke Anpassungsressourcen verfügen, welche sie bei sich verschlechternden Umweltbedingungen aktivieren können. Andererseits könnte es an der Lebenswelt „Heim“ liegen, dass man sich mit anderen noch kränkeren Menschen vergleicht und auf Basis dieses Vergleichs sich insgesamt zufriedener zeigt.

Es gibt zwar keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China, aber mittels eines Einstichproben-t-Tests kann geprüft werden, ob der Unterschied dieser Lebensqualität zwischen älteren und ältesten Heimbewohnern signifikant ist. In diesem Test bilden die Befragten im Alter von 55-79 Jahren und im Alter ab 80 Jahren zwei unabhängige Gruppen. Die statistischen Ergebnisse dieses Tests stellt Tabelle 8-8 dar.

¹¹⁸ Siehe dazu Tabelle 6-6 „ANOVA des Einflusses des Alters auf den Lebensqualitätsindex von QUISTA-C (N = 397)“.

Tabelle 8-8

Unterschied der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China zwischen älteren und ältesten Heimbewohnern nach QUISTA-C (N = 497)

Gruppenstatistiken										
	Alter	Anzahl der Befragten	Mittelwert des LQ-Indexes		Standard-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes				
LQ	55-79 Jahre	186	60,244		11,427	0,838				
	≥80 Jahre	311	64,386		11,181	0,634				
Test bei unabhängigen Stichproben										
	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit							
	F	Signifikanz	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz		
LQ	Varianzen sind gleich	0,271	.603	-3,964	495	.000	-4,142	1,045	-6,195	-2,089
	Varianzen sind nicht gleich			-3,943	382,645	.000	-4,142	1,051	-6,208	-2,077

Dem Levene-Test der Varianzgleichheit gemäß ist der Signifikanzwert $p = .603 > .05$. Das heißt, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Varianz zwischen den beiden Zeitaltern gibt. Deswegen wird der p-Wert von der Zeile „Varianzen sind gleich“ gewählt. Dem t-Test für die Mittelwertgleichheit gemäß ist der zweiseitige Signifikanzwert $p = .000 < .01$. Das heißt, dass der Unterschied der Mittelwerte der Lebensqualitätsindexe zwischen älteren und ältesten Menschen in der stationären Pflege in China signifikant ist. Mit anderen Worten: Den Ergebnissen der Messungen mittels des Fragebogens QUISTA-C gemäß haben die chinesischen ältesten Heimbewohner deutlich höhere subjektive Lebensqualität als die älteren Heimbewohner. Der Grund für dieses Ergebnis könnte in der Zufriedenheit der „ältesten unter den Alten“ mit ihrer „Langlebigkeit“ liegen.

8.3 EINFLUSSFAKTOREN DER SUBJEKTIVEN LEBENSQUALITÄT

Aus Tabelle 6-1 und Tabelle 6-2 „Allgemeine soziodemographische Beschreibung I und II der Stichprobe der quantitativen Hauptstudie von QUISTA-C“ ergeben sich insgesamt 32 Faktoren, die die subjektive Lebensqualität der Heimbewohner beeinflussen könnten. Diese Faktoren können mit den Mittelwertvergleichen der Lebensqualitätsindexe mittels der einfaktoriellen ANOVA oder des Einstichproben-t-Tests analysiert werden (siehe Tabelle 8-9).

Tabelle 8-9

Analysemethode der potentiellen Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C

Analyse- methode	Einflussfaktor
Einfaktorielle ANOVA	<ul style="list-style-type: none"> - Alter - Höchstes Bildungsniveau - Berufserfahrung (was) - Länge des Ruhestandes - Aufenthaltsdauer im Heim - Soziale Rentenversicherung (wie viel) - Pflegestufe - Chronische Krankheiten (wie viele) - Schmerzen (Selbsteinschätzung) - Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben - Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) - Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben - Familienstand - Anzahl der Geschwister, mit denen Kontakt besteht - Anzahl der Kinder, mit denen Kontakt besteht - Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte - Stimmung (Selbsteinschätzung) - Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben - Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung) - Zimmer - Kosten im Heim - Entfernung vom Heim zum Zuhause - Fahrzeit vom Heim nach Hause
Einstichproben -t-Test	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht - Berufserfahrung (ja oder nein) - Haushaltsregistrierung - Soziale Rentenversicherung (ja oder nein) - Soziale Krankenversicherung (ja oder nein) - Chronische Krankheiten (ja oder nein) - Haben oder hatten Geschwister - Haben oder hatten Kinder - Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen

Statistisch signifikante Faktoren werden entsprechend den Ergebnissen der Mittelwertvergleiche der Lebensqualitätsindexe bestimmt und anschließend mittels der multiplen linearen Regression kombiniert analysiert, um die kausale Beziehung zwischen ihnen und der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China herauszufinden.

Im Rahmen der chinesischen quantitativen Hauptstudie wurden die meisten Informationen der Heimbewohner gesammelt. Deswegen wurde diese Stichprobe (N = 397) zur Analyse der Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China verwendet. Die Analyse dieses Einflussfaktors erfolgt auf zwei Ebenen, nämlich der subjektiven Lebensqualität insgesamt und jeder der zehn Oberdimensionen.

8.3.1 Zur gesamten Lebensqualität

1) Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-10

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der gesamten subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Familienstand	Aufenthaltsdauer	Entfernung vom Heim zum Zuhause	Schmerzen (Selbsteinschätzung)	Stimmung (Selbsteinschätzung)
	.040	.034	.040	.035	.000
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)		Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	
	.000		.000	.000	
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben		Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)	
	.002		.000	.000	
Einflussfaktor P-Wert** (t-Test)	Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen			Haben oder hatten Kinder	
	.002			.010	

Anmerkung.

- *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.
- ** : Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .01 signifikant.

Aus Tabelle 8-10 geht hervor, dass die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von 13 Faktoren, nämlich „Familienstand“, „Aufenthaltsdauer“, „Entfernung vom Heim zum Zuhause“, „Schmerzen (Selbsteinschätzung)“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“,

„Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“, „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben“, „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen“ und „Haben oder hatten Kinder“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind. Bemerkenswert ist, dass der Einfluss der Aufenthaltsdauer auf die Lebensqualität der Heimbewohner positiv ist. Mit anderen Worten: Je länger die älteren Menschen in der stationären Pflege in China leben, desto höher ist ihre subjektive Lebensqualität. Der Grund für dieses Ergebnis könnte darin liegen, dass die große Mehrheit (85%) der Befragten auf eigenen Wunsch ins Heim gezogen ist.

2) Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen 13 Einflussfaktoren und der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-11 dar.

Tabelle 8-11

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der gesamten subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,337 ^a	0,114	0,111	10,610398	
2	0,382 ^b	0,146	0,141	10,430544	
3	0,403 ^c	0,163	0,156	10,338685	
4	0,423 ^d	0,179	0,171	10,248962	
5	0,433 ^e	0,188	0,177	10,210494	
Koeffizienten ^f					
Modell 5	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	81,856	3,112		26,305	.000
Stimmung (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet 5 = Schlecht]	-2,739	0,728	-.230	-3,764	.000
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-2,764	0,656	-.231	-4,215	.000
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung) [1 = Es gibt praktisch nichts zu verbessern; 6 = Es könnte fast nicht schlimmer sein]	-1,869	0,644	-.141	-2,903	.004
Haben oder hatten Kinder [1 = Ja; 2 = Nein]	-5,613	1,979	-.131	-2,836	.005
Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	1,336	0,675	.113	1,980	.048

Anmerkung.

- a. Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung)
- b. Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
- c. Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
- d. Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Haben oder hatten Kinder
- e. Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Haben oder hatten Kinder, Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)
- f. Abhängige Variable: Die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die fünf Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner ihre Stimmung ($\beta = |.23|$) und allgemeine Lebenszufriedenheit ($\beta = |.14|$) einschätzen und je niedriger sie die Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben ($\beta = |.23|$) bewerten, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie. Das Haben oder Hatten von Kindern ($\beta = |.13|$) steht auch im positiven Zusammenhang mit ihrer wahrgenommenen Lebensqualität. Überraschenderweise ist ihre subjektive Lebensqualität umso niedriger, je höher die älteren Menschen in der stationären Pflege ihren Gesundheitszustand ($\beta = |.11|$) einschätzen. Der Grund für dieses Ergebnis kann sein: Je gesünder sich die Heimbewohner selbst fühlen, desto höher sind ihre Anforderungen an die Lebensqualität im Heim.

8.3.2 Zur jeden Oberdimension

1) Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben

- Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-12

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Familienstand	Aufenthaltsdauer	Berufserfahrung (was)
	.007	.011	.042

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Soziale Rentenversicherung (wie viel)	Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)	Stimmung (Selbsteinschätzung)
	.046	.005	.000
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
	.000	.000	.021
Einflussfaktor P-Wert** (t-Test)	Geschlecht	Berufserfahrung (ja oder nein)	Soziale Rentenversicherung (ja oder nein)
	.001	.005	.012
Einflussfaktor P-Wert** (t-Test)	Haushaltsregistrierung	Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen	Haben oder hatten Kinder
	.008	.000	.007

Anmerkung.

- *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.
- ** : Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .01 signifikant.

Aus Tabelle 5-12 geht hervor, dass die Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von 15 Faktoren, nämlich „Geschlecht“, „Familienstand“, „Haben oder hatten Kinder“, „Haushaltsregistrierung“, „Berufserfahrung (ja oder nein)“, „Berufserfahrung (was)“, „Soziale Rentenversicherung (ja oder nein)“, „Soziale Rentenversicherung (wie viel)“, „Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen“, „Aufenthaltsdauer“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

● Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen 15 Einflussfaktoren und der Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-13 dar.

Tabelle 8-13

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	0,244 ^a	0,059	0,057	13,297215
2	0,294 ^b	0,086	0,082	13,122572

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
3	0,320 ^c	0,103	0,096	13,021539	
4	0,343 ^d	0,118	0,109	12,928111	
5	0,365 ^e	0,133	0,122	12,830357	
6	0,380 ^f	0,144	0,131	12,765579	

Koeffizienten ^g					
Modell 6	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	65,694	5,885		11,163	.000
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-2,252	0,803	-.154	-2,802	.005
Geschlecht [1 = Männlich; 2 = Weiblich]	3,600	1,310	.131	2,749	.006
Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen [1 = Nein; 2 = Ja]	4,949	1,859	.128	2,662	.008
Berufserfahrung (ja oder nein) [1 = Ja; 2 = Nein]	-6,822	2,344	-.138	-2,911	.004
Haben oder hatten Kinder [1 = Ja; 2 = Nein]	-6,006	2,453	-.117	-2,448	.015
Stimmung (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	-1,787	0,804	-.123	-2,222	.027

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Geschlecht
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Geschlecht, Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Geschlecht, Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen, Berufserfahrung (ja oder nein)
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Geschlecht, Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen, Berufserfahrung (ja oder nein), Haben oder hatten Kinder
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Geschlecht, Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen, Berufserfahrung (ja oder nein), Haben oder hatten Kinder, Stimmung (Selbsteinschätzung)
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die sechs Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je niedriger die Heimbewohner die Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben ($\beta = |.15|$) bewerten und je besser sie ihre Stimmung ($\beta = |.12|$) einschätzen, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Austausch mit anderen / soziale Kontakte haben“. Die Berufserfahrung ($\beta = |.14|$), der eigene Wunsch, ins Heim zu ziehen ($\beta = |.13|$) sowie das Haben oder Hatten von Kindern ($\beta = |.12|$) stehen auch im positiven Zusammenhang mit dieser Oberdimension. Darüber hinaus haben

die weiblichen Heimbewohner ($\beta = |.13|$) bei dieser Oberdimension eine bessere subjektive Lebensqualität als die männlichen Heimbewohner.

2) Gesundheit

● Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-14

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Aufenthaltsdauer	Chronische Krankheiten (wie viele)	Schmerzen (Selbsteinschätzung)	Stimmung (Selbsteinschätzung)
	.021	.000	.000	.000
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)	Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	
	.000	.000	.000	
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte		Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
	.000	.000		.009
Einflussfaktor P-Wert** (t-Test)	Geschlecht			
	.003			

Anmerkung.

- *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.
- ** : Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .01 signifikant.

Aus Tabelle 8-14 geht hervor, dass die Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von 11 Faktoren, nämlich „Geschlecht“, „Aufenthaltsdauer“, „Chronische Krankheiten (wie viele)“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Schmerzen (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben“, „Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

● Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen 11 Einflussfaktoren und der Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-15 dar.

Tabelle 8-15

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,413 ^a	0,170	0,168	13,863353	
2	0,457 ^b	0,208	0,204	13,557657	
3	0,482 ^c	0,232	0,226	13,370870	
4	0,495 ^d	0,245	0,238	13,272502	
5	0,506 ^e	0,256	0,246	13,194396	
Koeffizienten ^f					
Modell 5	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	88,321	2,411		36,638	.000
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-2,623	0,966	-.173	-2,717	.007
Stimmung (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	-3,382	0,771	-.210	-4,386	.000
Schmerzen (Selbsteinschätzung) [1 = Keine Schmerzen; 6 = Sehr stark]	-1,709	0,606	-.173	-2,821	.005
Aufenthaltsdauer	-0,052	0,021	-.111	-2,503	.013
Chronische Krankheiten (wie viele)	-1,030	0,435	-.112	-2,368	.018

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Stimmung (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Stimmung (Selbsteinschätzung), Schmerzen (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Stimmung (Selbsteinschätzung), Schmerzen (Selbsteinschätzung), Aufenthaltsdauer
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Stimmung (Selbsteinschätzung), Schmerzen (Selbsteinschätzung), Aufenthaltsdauer, Chronische Krankheiten (wie viele)
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die fünf Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Gesundheit“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner ihre Stimmung ($\beta = |.21|$) einschätzen, je niedriger sie die Beeinträchtigung von Stimmung auf

alltägliches Leben ($\beta = |.17|$) und die Schmerzen ($\beta = |.17|$) bewerten, je weniger Arten chronischer Krankheiten sie haben ($\beta = |.11|$) und je kürzer sie im Heim leben ($\beta = |.11|$), eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Gesundheit“.

3) Selbstbestimmung / Autonomie

- Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-16

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor	Familienstand	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
P-Wert* (ANOVA)	.031	.007	.011
Einflussfaktor	Geschlecht		Haben oder hatten Kinder
P-Wert** (t-Test)	.005		.008

Anmerkung.

- *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.
- ** : Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .01 signifikant.

Aus Tabelle 8-16 geht hervor, dass die Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von fünf Faktoren, nämlich „Geschlecht“, „Familienstand“, „Haben oder hatten Kinder“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

- Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen fünf Einflussfaktoren und der Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-17 dar.

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die drei Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der

stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ($\beta = |.16|$) bewerten, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“. Das Haben oder Hatten von Kindern ($\beta = |.12|$) steht auch im positiven Zusammenhang mit dieser Oberdimension. Darüber hinaus haben die weiblichen Heimbewohner ($\beta = |.12|$) bei dieser Oberdimension eine bessere subjektive Lebensqualität als die männlichen Heimbewohner.

Tabelle 8-17

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,164 ^a	0,027	0,025	17,601742	
2	0,214 ^b	0,046	0,041	17,453389	
3	0,246 ^c	0,061	0,053	17,339309	
Koeffizienten ^d					
Modell 3	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	73,152	5,706		12,820	.000
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung) [1 = Es gibt praktisch nichts zu verbessern; 6 = Es könnte fast nicht schlimmer sein]	-3,275	1,040	-.155	-3,149	.002
Haben oder hatten Kinder [1 = Ja; 2 = Nein]	-8,266	3,315	-.123	-2,493	.013
Geschlecht [1 = Männlich; 2 = Weiblich]	4,389	1,770	.123	2,480	.014

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Haben oder hatten Kinder
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Haben oder hatten Kinder, Geschlecht
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Selbstbestimmung / Autonomie“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

4) Sicherheit / sich sicher fühlen

- Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-18

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor	Alter	Familienstand	Aufenthaltsdauer	Soziale Rentenversicherung (wie viel)	Stimmung (Selbsteinschätzung)	Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)
P-Wert* (ANOVA)	.018	.012	.024	.002	.000	.000
Einflussfaktor	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)		Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte	Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben	
P-Wert* (ANOVA)	.002		.000	.000	.031	

Anmerkung. *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Aus Tabelle 8-18 geht hervor, dass die Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von zehn Faktoren, nämlich „Alter“, „Familienstand“, „Aufenthaltsdauer“, „Soziale Rentenversicherung (wie viel)“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

● Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen zehn Einflussfaktoren und der Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-19 dar.

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die vier Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner ihre Stimmung ($\beta = |.29|$) einschätzen und je niedriger sie die Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte ($\beta = |.15|$) bewerten, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“. Das Alter ($\beta = |.18|$) steht im positiven Zusammenhang mit ihrer wahrgenommenen Lebensqualität bei dieser Oberdimension, während der Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung, $\beta = |.15|$) im negativen Zusammenhang steht. Die Gründe für diese zwei Ergebnisse können sein: Je älter die Heimbewohner sind, desto höher der Pflegebedarf besteht und desto sicherer fühlen sie sich, in einem Heim zu leben. Je gesunder sich die

Heimbewohner jetzt fühlen, desto weniger sicher ist ihnen, ihre Gesundheit weiter aufrechtzuerhalten.

Tabelle 8-19

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,274 ^a	0,075	0,073	18,481739	
2	0,330 ^b	0,109	0,104	18,161580	
3	0,351 ^c	0,123	0,117	18,037409	
4	0,372 ^d	0,139	0,130	17,903636	
Koeffizienten ^e					
Modell 4	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	42,381	10,164		4,170	.000
Stimmung (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	-5,856	1,207	-.287	-4,850	.000
Alter	0,442	0,114	.184	3,879	.000
Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-2,873	1,023	-.145	-2,807	.005
Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	3,028	1,158	.150	2,614	.009

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Alter
- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Alter, Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte
- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Alter, Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte, Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Sicherheit / sich sicher fühlen“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

5) Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben

- Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-20

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Zimmer	Pflegestufe	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte
	.025	.047	.014
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Stimmung (Selbsteinschätzung)	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben
	.000	.018	.039

Anmerkung. *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Aus Tabelle 8-20 geht hervor, dass die Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von sechs Faktoren, nämlich „Zimmer“, „Pflegestufe“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“, „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

● Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen sechs Einflussfaktoren und der Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-21 dar.

Tabelle 8-21

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,185 ^a	0,034	0,032	17,647156	
2	0,224 ^b	0,050	0,045	17,524223	
3	0,247 ^c	0,061	0,054	17,447350	
Koeffizienten ^d					
Modell 3	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	67,393	3,783		17,813	.000
Stimmung (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	-3,235	0,940	-.170	-3,441	.001

Modell 3	Koeffizienten ^d			T	Sig.
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
Zimmer [1 = Einzel; 2 = Doppel; 3 = Mehrbett]	-3,042	1,219	-.123	-2,495	.013
Pflegestufe [0 = ADL-Index 80-100 (geringe); 4 = ADL-Index 0-20 (schwerste)]	-2,836	1,345	-.104	-2,108	.036

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Zimmer
- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Zimmer, Pflegestufe
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die drei Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner ihre Stimmung ($\beta = |.17|$) einschätzen, je weniger Mitbewohner mit ihnen in einem Zimmer ($\beta = |.12|$) leben und je niedriger ihre Pflegestufen ($\beta = |.10|$) sind, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivitäten und Bewegung erleben“.

6) Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten

● Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-22

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Familienstand .011	Entfernung vom Heim zum Zuhause .006	Berufserfahrung (was) .032	Länge des Ruhestandes .011	Soziale Rentenversicherung (wie viel) .006
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung) .000	Stimmung (Selbsteinschätzung) .001	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben .001	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte .004	

Einflussfaktor P-Wert** (t-Test)	Geschlecht	Haushaltsregistrierung	Berufserfahrung (ja oder nein)	Soziale Rentenversicherung (ja oder nein)
	.002	.011	.002	.009

Anmerkung.

- a. *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.
 b. **: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .01 signifikant.

Aus Tabelle 8-22 geht hervor, dass die Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von 13 Faktoren, nämlich „Geschlecht“, „Familienstand“, „Haushaltsregistrierung“, „Entfernung vom Heim zum Zuhause“, „Berufserfahrung (ja oder nein)“, „Berufserfahrung (was)“, „Länge des Ruhestandes“, „Soziale Rentenversicherung (ja oder nein)“, „Soziale Rentenversicherung (wie viel)“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

- Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen 13 Einflussfaktoren und der Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-23 dar.

Tabelle 8-23

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,274 ^a	0,075	0,073	14,997510	
2	0,322 ^b	0,104	0,098	14,786766	
3	0,346 ^c	0,120	0,112	14,675283	
Koeffizienten ^d					
Modell 3	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	69,288	3,975		17,430	.000
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung) [1 = Es gibt praktisch nichts zu verbessern; 6 = Es könnte fast nicht schlimmer sein]	-4,129	0,982	-.220	-4,206	.000

Modell 3	Koeffizienten ^d			T	Sig.
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-2,958	0,876	-.175	-3,376	.001
Geschlecht [1 = Männlich; 2 = Weiblich]	3,984	1,596	.128	2,496	.013

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Geschlecht
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die drei Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ($\beta = |.22|$) und je niedriger sie die Beeinträchtigung von Stimmung auf ihr alltägliches Leben ($\beta = |.18|$) bewerten, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten“. Darüber hinaus haben die weiblichen Heimbewohner ($\beta = |.13|$) bei dieser Oberdimension eine bessere subjektive Lebensqualität als die männlichen Heimbewohner.

7) Scham / Intimsphäre

- Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-24

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor	Alter	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte
P-Wert* (ANOVA)	.007	.000	.002	.000

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Höchstes Bildungsniveau	Schmerzen (Selbsteinschätzung)	Stimmung (Selbsteinschätzung)	Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben
	.025	.031	.000	.011

Anmerkung. *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Aus Tabelle 8-24 geht hervor, dass die Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von acht Faktoren, nämlich „Alter“, „Höchstes Bildungsniveau“, „Schmerzen (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“, „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“ abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

● Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen acht Einflussfaktoren und der Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-25 dar.

Tabelle 8-25

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,263 ^a	0,069	0,067	18,080795	
2	0,286 ^b	0,082	0,077	17,982288	
Koeffizienten ^c					
Modell 2	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	105,127	2,981		35,266	.000
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-3,953	1,121	-.198	-3,526	.000
Stimmung (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	-2,569	1,116	-.129	-2,301	.022

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
- Einflussvariablen: (Konstante), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Stimmung (Selbsteinschätzung)
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die zwei Einflussvariablen die

signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Scham / Intimsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je niedriger die Heimbewohner die Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben ($\beta = |.20|$) bewerten und je besser sie ihre Stimmung ($\beta = |.13|$) einschätzen, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Scham / Intimsphäre“.

8) Ruhe und Privatsphäre

- Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-26

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor	Kosten	Länge des Ruhestandes	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
P-Wert* (ANOVA)	.044	.027	.000

Anmerkung. *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Aus Tabelle 8-26 geht hervor, dass die Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von drei Faktoren, nämlich „Kosten“, „Länge des Ruhestandes“ und „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

- Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen drei Einflussfaktoren und der Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-27 dar.

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die zwei Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je länger sich die Heimbewohner in Ruhestand ($\beta = |.15|$) befinden und je niedriger sie die Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben ($\beta = |.12|$) bewerten, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der

Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“.

Tabelle 8-27

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,160 ^a	0,025	0,022	22,914487	
2	0,202 ^b	0,041	0,035	22,770680	
Koeffizienten ^c					
Modell 2	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	60,920	5,075		12,004	.000
Länge des Ruhestandes	0,407	0,156	.147	2,611	.009
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-3,102	1,399	-.124	-2,217	.027

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Länge des Ruhestandes
- Einflussvariablen: (Konstante), Länge des Ruhestandes, Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Ruhe und Privatsphäre“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

9) Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun

● Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-28

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)	Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)	Stimmung (Selbsteinschätzung)
P-Wert* (ANOVA)	.008	.003	.000
Einflussfaktor	Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte
P-Wert* (ANOVA)	.034	.011	.002

Anmerkung. *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Aus Tabelle 8-28 geht hervor, dass die Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von sechs Faktoren, nämlich „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

● Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen sechs Einflussfaktoren und der Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-29 dar.

Tabelle 8-29

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,220 ^a	0,048	0,046	19,928585	
2	0,248 ^b	0,062	0,057	19,815561	
Koeffizienten ^c					
Modell 2	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	74,823	3,984		18,782	.000
Stimmung (Selbsteinschätzung) [1 = Ausgezeichnet; 5 = Schlecht]	-3,938	1,119	-.182	-3,519	.000
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung) [1 = Es gibt praktisch nichts zu verbessern; 6 = Es könnte fast nicht schlimmer sein]	-2,916	1,246	-.121	-2,339	.020

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Stimmung (Selbsteinschätzung), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die zwei Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner

ihre Stimmung ($\beta = |.18|$) und allgemeine Lebenszufriedenheit ($\beta = |.12|$) einschätzen, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei der Oberdimension „Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun“.

10) Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung

- Mittelwertvergleiche

Die statistisch signifikanten Faktoren, die die Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China beeinflussen, sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 8-30

Mittelwertvergleiche der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Alter	Zimmer	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)	Stimmung (Selbsteinschätzung)
	.013	.002	.000	.000
Einflussfaktor P-Wert* (ANOVA)	Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben		Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte	
	.000		.017	
Einflussfaktor P-Wert** (t-Test)	Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen		Haushaltsregistrierung	
	.000		.011	

Anmerkung.

- *: Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .05 signifikant.
- ** : Der Einfluss des Faktors ist auf dem Niveau .01 signifikant.

Aus Tabelle 8-30 geht hervor, dass die Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China von acht Faktoren, nämlich „Alter“, „Zimmer“, „Haushaltsregistrierung“, „Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“, abhängt und die Unterschiede in ihren Bewertungsmittelwerten von Heimbewohnern zwischen den verschiedenen Stufen dieser Faktoren signifikant sind.

- Regressionsanalyse

Die kausale Beziehung zwischen diesen acht Einflussfaktoren und der Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China stellt Tabelle 8-31 dar.

Tabelle 8-31

Regressionsanalyse der Einflussfaktoren der Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Modellzusammenfassung					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	0,316 ^a	0,100	0,098	18,615226	
2	0,360 ^b	0,130	0,125	18,329645	
3	0,393 ^c	0,155	0,148	18,087183	
4	0,411 ^d	0,169	0,161	17,954682	
5	0,425 ^e	0,180	0,170	17,856302	
Koeffizienten ^f					
Modell 5	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
(Konstante)	82,419	7,756		10,626	.000
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung) [1 = Es gibt praktisch nichts zu verbessern; 6 = Es könnte fast nicht schlimmer sein]	-5,749	1,129	-.248	-5,090	.000
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben [1 = Überhaupt nicht; 5 = Sehr]	-3,318	0,992	-.159	-3,346	.001
Zimmer [1 = Einzel; 2 = Doppel; 3 = Mehrbett]	-4,486	1,261	-.166	-3,558	.000
Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen [1 = Nein; 2 = Ja]	7,131	2,596	.129	2,747	.006
Haushaltsregistrierung [1 = Städtische; 2 = Ländliche]	5,957	2,591	.110	2,299	.022

Anmerkung.

- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Zimmer
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Zimmer, Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen
- Einflussvariablen: (Konstante), Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung), Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben, Zimmer, Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen, Haushaltsregistrierung
- Abhängige Variable: Die Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China

Wie das Regressionsmodell zeigt, sind die fünf Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich der Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“ der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China nach QUISTA-C: Je besser die Heimbewohner ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ($\beta = |.25|$) einschätzen, je weniger Mitbewohner mit ihnen in einem Zimmer ($\beta = |.17|$) leben und je niedriger sie die Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben ($\beta = |.16|$) bewerten, eine desto höhere wahrgenommene Lebensqualität haben sie bei

der Oberdimension „Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung“. Der eigene Wunsch, ins Heim zu ziehen ($\beta = |.13|$) steht auch im positiven Zusammenhang mit dieser Oberdimension. Darüber hinaus haben die ländlichen Heimbewohner ($\beta = |.11|$) bei dieser Oberdimension eine bessere subjektive Lebensqualität als die städtischen Heimbewohner.

8.3.3 Zu vergleichbaren Ergebnissen

1) Rolle des Schlaganfalls nach QUISTA-C

Chronische Krankheiten wirken sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Interaktionsfähigkeit älterer Menschen aus. Die Langzeitbehandlung dieser chronischen Krankheiten verursacht eine schwere wirtschaftliche Belastung für die Heimbewohner. Dies alles schadet sowohl körperlicher als auch psychischer Gesundheit älterer Menschen. Daher sind chronische Krankheiten ein wichtiger Einflussfaktor für die Lebensqualität der Heimbewohner. Im Rahmen der Masterarbeit von Liang (2015: 50) geht aus den Analyseergebnissen der Einflussfaktoren mittels des Modells der Strukturgleichung hervor, dass unter allen chronischen Erkrankungen in dieser QUISTA-C-Studie der Schlaganfall den größten Einfluss auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China hat.

2) Einflussfaktoren der Lebensqualität nach QUISTA-C

Basierend auf der oben genannten Schritt-für-Schritt-Analyse können Faktoren, die die gesamte subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China und ihre zehn Oberdimensionen beeinflussen, gemäß den Ergebnissen der Mittelwertvergleiche und Regressionsanalysen zusammengefasst werden (siehe Tabelle 8-32).

Wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht, gibt es laut den Ergebnissen der Mittelwertvergleiche insgesamt 26 Faktoren, die signifikant mit der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China und ihren zehn Oberdimensionen zusammenhängen. Darunter befinden sich 17 Einflussfaktoren (unabhängige Variablen), die laut den Ergebnissen der Regressionsanalysen die kausalen Zusammenhänge mit dieser subjektiven Lebensqualität und ihren zehn Oberdimensionen (abhängigen Variablen) darstellen. Diese 17 Einflussfaktoren werden nach der Anzahl der Dimensionen geordnet, auf die sie Einfluss haben: „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Haben oder hatten Kinder“, „Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)“, „Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen“, „Geschlecht“, „Zimmer“, „Alter“, „Pflegestufe“, „Berufserfahrung (ja oder nein)“, „Haushaltsregistrierung“, „Länge des Ruhestandes“, „Aufenthaltsdauer“, „Chronische Krankheiten (wie viele)“,

„Schmerzen (Selbsteinschätzung)“ und „Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte“.

Tabelle 8-32

Zusammenfassende Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China gemäß Mittelwertvergleichen und gemäß Regressionsanalysen nach QUISTA-C

Dimension	LQ	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Einflussfaktor	Gesamte subjektive Lebensqualität	Austausch mit anderen / soziale Kontakte	Gesundheit	Selbstbestimmung / Autonomie	Sicherheit / sich sicher fühlen	Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben	Versorgung / Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten	Scham / Intimsphäre	Ruhe und Privatsphäre erleben	Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun	Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung
Geschlecht		X	X	X			X				
Alter					X			X			X
Pflegestufe						X					
Zimmer						X					X
Höchstes Bildungsniveau								X			
Haushaltsregistrierung		X					X				X
Berufserfahrung (ja oder nein)		X					X				
Berufserfahrung (was)		X					X				
Soziale Rentenversicherung (ja oder nein)		X					X				
Soziale Rentenversicherung (wie viel)		X			X		X				
Länge des Ruhestandes							X		X		
Kosten									X		
Aufenthaltsdauer	X	X	X		X						
Familienstand	X	X		X	X		X				
Haben oder hatten Kinder	X	X		X							
Eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen	X	X									X
Entfernung vom Heim zum Zuhause	X						X				
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)	X	X	X	X	X		X			X	X
Chronische Krankheiten (wie viele)			X								

Dimension	LQ	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Einflussfaktor	Gesamte subjektive Lebensqualität	Austausch mit anderen / soziale Kontakte	Gesundheit	Selbstbestimmung / Autonomie	Sicherheit / sich sicher fühlen	Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben	Versorgung / Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten	Scham / Intimsphäre	Ruhe und Privatsphäre erleben	Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun	Sich heimisch fühlen / Zimmereinrichtung
Schmerzen (Selbsteinschätzung)	X		X					X			
Beeinträchtigung von Schmerzen auf alltägliches Leben	X		X		X			X		X	
Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)	X	X	X		X					X	
Beeinträchtigung von Gesundheitszustand auf alltägliches Leben	X		X			X		X			
Stimmung (Selbsteinschätzung)	X*	X	X		X	X	X	X		X	X
Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben	X*	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Beeinträchtigung von Gesundheitszustand oder Stimmung auf soziale Kontakte	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X

Anmerkung.

- X: Signifikanter Einflussfaktor gemäß dem Mittelwertvergleich;
- X: Signifikanter Einflussfaktor gemäß sowohl dem Mittelwertvergleich als auch der Regressionsanalysen.
- *: $p < .001$.

Von diesen 17 Faktoren stellen sich nach den Ergebnissen der Regressionsanalysen fünf signifikante Einflussvariablen dar: „Stimmung (Selbsteinschätzung)“, „Beeinträchtigung von Stimmung auf alltägliches Leben“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung)“, „Haben oder hatten Kinder“ und „Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)“. Sie haben deutliche Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China.

3) Einflussfaktoren der Lebensqualität nach QUISTA

Nach den Ergebnissen der deutschen QUISTA-Studie (Meyer 2013b: 11) sind die sechs untersuchten Einflussvariablen signifikante Prädiktoren bezüglich der wahrgenommenen Lebensqualität der Heimbewohner: Je mehr soziale Unterstützung ($\beta = |.32|$) die Heimbewohner wahrnehmen, je weniger sie die Schmerzen ($\beta = |.27|$) bewerten, je besser sie ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ($\beta = |.21|$) und ihren Gesundheitszustand ($\beta = |.19|$) einschätzen, sowie je niedriger ihre Pflegestufen ($\beta = |.12|$) sind, eine desto

höhere subjektive Lebensqualität haben sie. Auch der selbstbestimmte Heimeinzug ($\beta = |.09|$) steht im positiven Zusammenhang mit der wahrgenommenen Lebensqualität. Die „wahrgenommene soziale Unterstützung“ in diesem Ergebnis ist mit dem „Haben oder Hatten von Kindern“ in der chinesischen QUITSA-C-Studie vergleichbar.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine wahrgenommene soziale Unterstützung beziehungsweise Haben oder hatten von Kindern und die allgemeine Lebenszufriedenheit die signifikanten positiven Einflüsse auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege sowohl in China als auch in Deutschland sind.

8.4 ZUSAMMENFASSUNG DER KONSEQUENZEN

In diesem Stadium der Dissertation wurden die drei Fragestellungen¹¹⁹ beantwortet und die drei Zielsetzungen¹²⁰ erreicht.

8.4.1 Auswerten

In den angegebenen Präferenzen der ersten Auswahlstufe des Kartenspiels zeigt sich Folgendes: 78% der chinesischen Befragten und 60% der deutschen Befragten benennen „Meine Gesundheit“ als einen für ihre Lebensqualität wichtigen Bereich und setzen diesen Lebensbereich daher als erste Priorität für ihr Leben im Heim. Dies ist vor dem Hintergrund interessant, dass fast alle Heimbewohner bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen beziehungsweise chronische Krankheiten haben. Gesundheit wird also als etwas Relatives gesehen, gesunde wie kranke Anteile können parallel bestehen. In diesem Rahmen gilt es, gesund zu bleiben oder zu werden, auch wenn eine „völlige“ Genesung abgeschlossen ist (Meyer 2013b: 13).

Bei den Prioritätensetzungen beider Heimbewohnern folgen auf den Lebensbereich „Gesundheit“ weitere vier Lebensbereiche, nämlich „Der Kontakt zu meiner Familie“, „Wenn ich Hilfe brauche, kümmert man sich hier um mich“, „An der frischen Luft sein“ und „Guter Kontakt zu den Pflegekräften“, welche zu den drei Oberdimensionen der Lebensqualität gehören, nämlich „Austausch mit anderen / soziale Kontakte“, „Sicherheit / sich sicher fühlen“ und „Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben“. Dieses Ergebnis zeigt, dass auch die nichtpflegebezogene Versorgung für die Lebensqualität der Heimbewohner von zentraler Bedeutung ist. Dies entspricht einer großen Vielfalt bedeutsamer Lebensqualitätsaspekte (Meyer 2013b: 13).

8.4.2 Bewerten

In allen 26 rekonstruierten Unterdimensionen der Lebensqualität nach QUISTA-C bewerten die befragten chinesischen Heimbewohner die Dimension „Intimsphäre“ am höchsten und die Dimension „Kontakt zu Freunden, die nicht im Heim wohnen“ am niedrigsten. In allen 25 rekonstruierten Unterdimensionen der Lebensqualität nach QUISTA bewerten auch die befragten deutschen Heimbewohner die Dimension

¹¹⁹ Siehe dazu Kapitel 1.2 „Fragestellung“.

¹²⁰ Siehe dazu Kapitel 1.4 „Zielsetzung“.

„Intimsphäre“ am höchsten und die Dimension „Mobilität / Selbstständigkeit“ am niedrigsten. Darüber hinaus bewerten sowohl die befragten chinesischen als auch die befragten deutschen Heimbewohner die Dimension „Mein Zimmer“ deutlich überdurchschnittlich hoch, während sie die Dimension „Mit anderen Bewohnern interessant unterhalten“ deutlich unterdurchschnittlich bewerten. Die von den befragten Heimbewohnern niedrig bewerteten Dimensionen der Lebensqualität zeigen einen Hinweis auf einen erhöhten Handlungsbedarf – umso mehr, je höher die Präferenzen dieser Lebensbereiche beim Kartenspiel rangieren.

Drei Unterdimensionen der Lebensqualität, nämlich „Familie hat Zeit“, „An der frischen Luft sein“ und „Kontakt zu Freunden, die nicht im Heim wohnen“, die sowohl von den chinesischen als auch von den deutschen Befragten leicht unterdurchschnittlich oder unterdurchschnittlich bewertet wurden, zählen genau zu solchen Lebensbereichen, die zugleich von beiden Befragten eine durchschnittliche oder überdurchschnittliche Relevanz erhalten. Das heißt, bei Prioritätensetzungen wählen die Befragten nicht nur erfüllte sondern auch unerfüllte Lebensbereiche aus. Dies entspricht der Intention dieser Studie und bestätigt zum einen, dass die Auswahl der Karten beim Kartenspiel unabhängig von der Bewertung der Dimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner ist und einem entsprechenden Handlungsbedarf erfolgt. Zum anderen zeigt dieses Ergebnis (Meyer 2013b: 13), dass erst die Gesamtbetrachtungen aller drei Komponenten („Ist-Ebene“, „Soll-Ebene“ und „Kartenspiel“) vom Messinstrument QUISTA-C beziehungsweise QUISTA ein umfassendes Bild der erlebten Lebensqualitätsaspekte bietet.

8.4.3 Vergleichen

Basierend auf den mittels der „Zwillingsfragebögen“ erhobenen Messergebnissen, nämlich QUISTA-C und QUISTA, und ihrer Statistikanalysen ist zu sehen, dass ältere Menschen in der stationären Pflege in China eine deutlich niedrigere subjektive Lebensqualität als Heimbewohner in Deutschland haben.

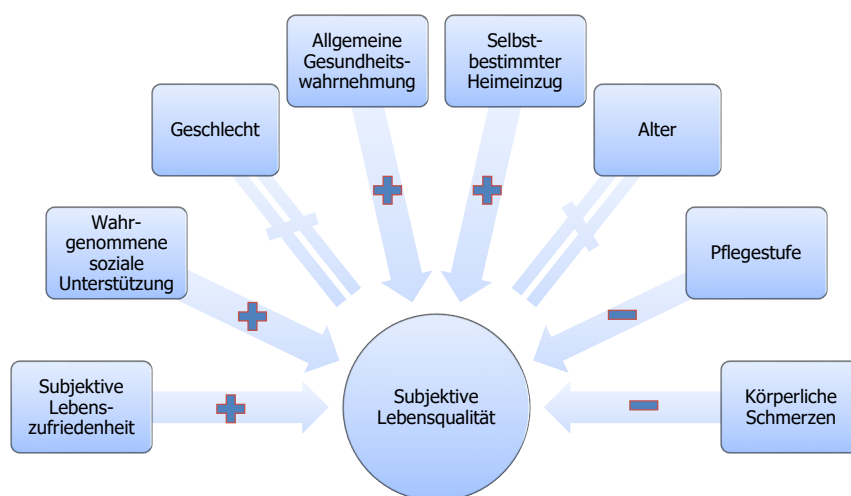
Innerhalb Chinas sind die Unterschiede der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege weder zwischen Städten (Shanghai und Dalian) und zwischen Regionen (Stadt und Land) noch zwischen Heimgrößen (klein, mittel und groß) und zwischen Heimmerkmale (Pflegeheim und Altenheim) signifikant. Im Vergleich der einzelnen Heime zeigen sich hingegen signifikante Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität. Darüber hinaus haben die chinesischen befragten Heimbewohner im Alter ab 80 Jahren, nämlich die „ältesten unter den Alten“, aufgrund der Zufriedenheit mit ihrer „Langlebigkeit“ und mehr Sicherheitsgefühle im Leben in Heimen eine deutlich höhere subjektive Lebensqualität als die im Alter von 55-79 Jahren.

8.4.4 Verbessern

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Regressionsanalysen sind die folgenden sechs oder fünf Einflussvariablen die signifikanten Prädiktoren bezüglich subjektiver Lebensqualität jeweils von deutschen Heimbewohnern nach QUISTA und von chinesischen Heimbewohnern nach QUISTA-C.

Abbildung 8-3

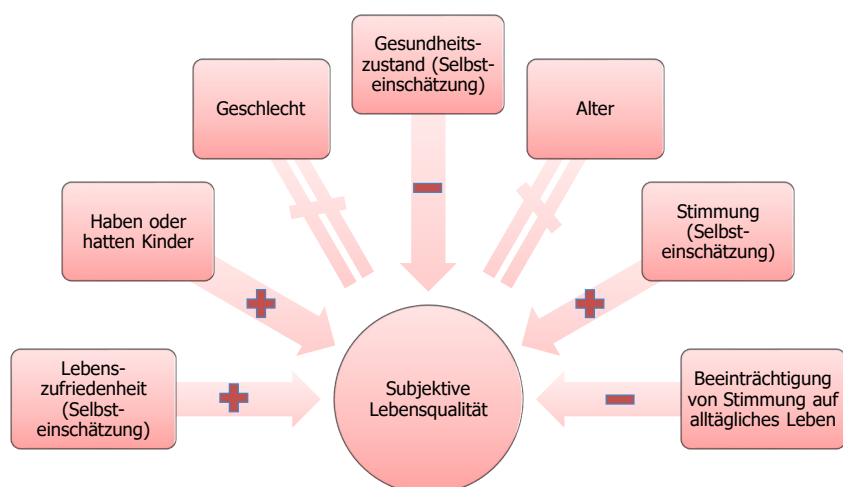
Einflussfaktoren der Lebensqualität nach QUISTA



Anmerkung. Quelle: Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht, S. 12. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Abbildung 8-4

Einflussfaktoren der Lebensqualität nach QUISTA-C



9 ZUSAMMENFASSENDE AUSBLICK

9.1 EVALUATION VON *QUISTA-C*

9.1.1 Gütekriterien

Im Rahmen dieser Dissertation wurde hauptsächlich eine Datenerhebung zur subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege unter Einsatz des kulturell-orientiert übersetzten und standardisierten Messinstrumentariums *QUISTA-C* in China durchgeführt, mit dem eine große Anzahl von selbstauskunftsfähigen Heimbewohnern für statistisch zuverlässige Aussagen wenig aufwendig untersucht werden konnte.

Beim Adaptionsprozess des vorliegenden deutschen standardisierten Fragebogens *QUISTA* wurde sichergestellt, dass tatsächlich eine äquivalente Version auf Chinesisch erstellt wurde. In diesem Zusammenhang spielte das sogenannte „kulturfaire Testverfahren“ (culture fair tests) eine besondere Rolle (vergleiche Süß 2003: 82-86). Das heißt, dass das Instrumentarium *QUISTA-C* zur Messung der subjektiven Lebensqualität nicht oder zumindest nicht stark an eine hohe Ausprägung sprachlicher Kompetenz gebunden ist. Denn die Aufgaben in diesem Messinstrumentarium sind derart gestaltet, dass die Testpersonen beziehungsweise die älteren Menschen in der stationären Pflege in China weder zum Verstehen der Instruktion noch zur Lösung der Aufgaben über hohe sprachliche Fähigkeiten verfügen müssen oder über andere Fähigkeiten, die mit der Zugehörigkeit zu einer soziokulturellen Gruppe einhergehen.

Mittels der fünfphasigen qualitativen und quantitativen Feldstudie in China wurde das normalisierte Messinstrumentarium *QUISTA-C* validiert.¹²¹ Dadurch besitzt dieses Assessmentinstrumentarium sowohl gute Hauptgütekriterien, wie Objektivität, Praktikabilität / Durchführbarkeit, Reliabilität (einschließlich interner Konsistenz und Wiederholungstest-Reliabilität) und Validität (einschließlich Augenscheinvalidität, Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität, nämlich Konvergenzvalidität und Diskriminanzvalidität), als auch gute Nebengütekriterien, wie Akzeptanz, Testökonomie,

¹²¹ Siehe dazu Kapitel 4.4 „Diskussion der Ergebnisse“, Kapitel 5.4 „Diskussion der Ergebnisse“ und Kapitel 6.4 „Diskussion der Ergebnisse“.

Testfairness und Zumutbarkeit.

9.1.2 Konzept

Nach QUISTA-C beziehungsweise QUISTA besteht die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege aus zehn Oberdimensionen. Bezüglich der Lebensqualität von Heimbewohnern variieren die vielfältigen Definitionen dieser Dimensionen in verschiedenen Untersuchungen, so dass sie nur ungefähr vergleichbar sind (Wingenfeld et al. 2011: 19).

Tabelle 9-1

Übersicht der Dimensionen der Lebensqualität von Heimbewohnern

WHO ^a 2004	Ryff ^b 1989	Cohn & Sugar ^a 1991	Kane et al. ^a 2003 & Kane et al. ^a 2005	Becker, Kaspar & Kruse ^a 2006	Wahl ^a 2009 (zusammen- fassend)	QUISTA-C 2020 & QUISTA ^c 2013
Physische Dimension			Körperliches Wohlbefinden	Medizinisch- funktionaler Status	Körperlich	Gesundheit
		Qualität der Pflege und Betreuung	Unterstützung bei Einschrän- kungen	Betreuungs- qualität		Versorgung und Fürsorge – im Dialog stehen / Informationen erhalten
			Essen und Trinken			Scham / Intimsphäre
Psychische Dimension	Selbst- akzeptanz			Psycho- pathologie / Verhaltens- auffälligkeiten	Emotional	Etwas Sinnvolles / Freude stiftendes tun
	Lebens- zufriedenheit	Allgemeine Lebens- zufriedenheit	Sicherheit	Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit		Sicherheit / sich sicher fühlen
	Persönliches Wachstum		Würde			Ruhe und Privatsphäre erleben
	Lebens- zweck		Religiosität und Sinnggebung		Spirituell	
Soziale Dimension	Soziale Beziehungen	Soziale Beziehungen	Soziale Kontakte und Beziehungen	Soziale Umwelt	Sozial	Austausch mit anderen / soziale Kontakte
	Autonomie	Autonomie	Autonomie	Kognitiver Status	Mental	Selbstbe- stimmung / Autonomie

WHO ^a 2004	Ryff ^b 1989	Cohn & Sugar ^a 1991	Kane et al. ^a 2003 & Kane et al. ^a 2005	Becker, Kaspar & Kruse ^a 2006	Wahl ^a 2009 (zusamm- fassend)	QUISTA-C 2020 & QUISTA ^c 2013
		Verhaltens- kompetenz	Anregung und sinnvolle Beschäftigung	Verhaltens- kompetenz	Verhaltens- bezogen	Abwechslung, Beschäftigung, Aktivität und Bewegung erleben
Umwelt- bezogene Dimension	Aktive Umwelt- gestaltung	Physische Umgebung	Privatheit	Räumliche Umwelt	Materiell	Sich heimisch fühlen / Zimmerein- richtung

Anmerkung. Quelle:

- a. Wahl, H.-W. (2009). *Lebensqualität von Heimbewohnern*. In: Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen*, S. 30-34. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- b. Ryff, C. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, S. 1069-1081. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- c. Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht, S. 5. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Wie aus dieser Übersicht ersichtlich, sind die Dimensionen der Lebensqualität von Heimbewohnern nach QUISTA / QUISTA-C umfassender und klarer als nach anderen Konzepten.

9.1.3 Begrenztheiten

Mit der Entwicklung des Messinstrumentariums QUISTA-C ist das Ziel dieser Dissertation bereits erreicht: Mit ihm kann die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China tatsächlich gemessen werden. Es gibt jedoch noch einige Begrenztheiten bei seiner Verwendung, welche weitere und tiefere Untersuchungen erfordern.

1) Dimensional

Im Rahmen dieses Messinstrumentariums sind zwei Dimensionen, nämlich „Spiritualität“ und „Sexualität“ nicht enthalten. Sie wurden von den befragten Heimbewohnern nicht erwähnt. In der zukünftigen Forschung sollten diese Aspekte beispielsweise mittels des narrativen Interviews eingehender untersucht werden.

2) Zweckdienlich

In Anbetracht der Umsetzbarkeit dieses Messinstrumentariums wurden nur Heimbewohner mit Ausdrucksfähigkeit in die Studie eingeschlossen. Das heißt, die Ergebnisse dieser Studie beziehen sich lediglich auf die

„Befragungsfähigen“. In weiteren Untersuchungen sollte auf dieser Basis ein Fragebogen für eine größere Zielgruppe entwickelt werden.

3) Institutionell

Bei der statistischen Analyse der Messergebnisse handelte es sich eher um individuelle Faktoren der Heimbewohner, wobei die Variablen der Heime kaum herangezogen wurden. In zukünftigen Studien sollten daher weitere Charakteristika der Heime erhoben und untersucht werden, um mehr erklärende Faktoren zu identifizieren, mit denen noch sicherer bestimmt werden kann, ob und wie die Heimmerkmale einen signifikanten Effekt auf die subjektive Lebensqualität der Heimbewohner haben.

4) Regional

Der Wohlstand Chinas gemessen am Bruttoinlandsprodukt pro Kopf verteilt sich bezogen auf seine große Bevölkerung regional sehr unterschiedlich. Insbesondere die östlichen Küstenregionen, in denen sich die Städte Dalian und Shanghai befinden, weisen ein deutlich höheres Bruttoinlandsprodukt pro Kopf als die westlichen Regionen auf (Yue 2010: 18). Darüber hinaus können sich die Unterschiede in den Essgewohnheiten, im psychischen Zustand und in der Morbidität zwischen dem Norden und dem Süden Chinas auch auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege auswirken. Um solche Einschränkungen zu durchbrechen, sollte die Einführung dieses Messinstrumentariums noch in weiteren Regionen geprüft werden.

9.2 KULTURELLER VERGLEICH

Die vorliegende Studie generiert empirische Primärforschungsergebnisse, auf deren Grundlage die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen der sozialen Unterstützung, der subjektiven Lebensqualität, den kulturellen Faktoren und den institutionellen Rahmenbedingungen in den alternden heterogenen Gesellschaften deutlich werden. Mit diesem chinesisch-deutschen Vergleichspapier bietet der ausgeprägte kulturelle Kontext der chinesischen Gesellschaft die Möglichkeit, die im Westen gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse erneut zu überprüfen (interkulturelle Überprüfung).

9.2.1 Aus der Perspektive sozialer Werte

China achtet sehr auf die Harmonie der gesamten Gesellschaft, während Deutschland das Wohl der einzelnen Personen betont. Daraus ergibt sich die folgende Schlussfolgerung. Nur wenn jede Person ein Gefühl vom Wohl befinden hat, wird die gesamte Gesellschaft harmonisch sein.

Während sich in China Solidarität in der Familie und im Kreis jedes Menschen stärker widerspiegelt, ist Solidarität in Deutschland Ausdruck eines ausgeprägten Sozialwesens. Deswegen sind die Verbindungen und Beziehungen zwischen Familienmitgliedern oder Freunden in China äußerst eng. Demgegenüber kann die deutsche Sozialversicherung als eine der besten Sozialversicherungen weltweit bezeichnet werden.

China befürwortet die Eigenverantwortung aus moralischer Sicht, während Deutschland die Eigenverantwortung aus rechtlicher Sicht einfordert. Deswegen steht die „Ein-Kind“-Generation, die Generation im mittleren Alter, in China unter großem Druck, da jedes Paar vier bis acht ältere Menschen (inklusive Eltern und Großeltern beider Seiten) unterstützen und eins bis zwei Kinder großziehen muss, während es in Deutschland viele gut etablierte und funktionierende Drittorganisationen für Altersvorsorge, Altenversorgung und Altenfürsorge in verschiedenen Formen gibt.

Es zeigt sich, dass Lebensqualität für ältere Menschen (in China, aber auch in Deutschland) nicht „essen, trinken und Dach haben“ bedeutet. Sie geht nicht (nur) in den Bereich Grundbedürfnisse hinein, sondern legt mehr Wert darauf, was dazu kommt und wie diese Fürsorge gestellt oder gegeben wird. Zudem sei die subjektive Lebensqualität auch durch die Art der individuellen Aufmerksamkeit beeinflussbar (Frank 2007: 11). Im Zuge der Befragung äußerten viele ältere Menschen in der stationären Pflege in China ihre Dankbarkeit und Freude, wie zum Beispiel:

„Diese Umfrage ist sehr aussagekräftig!“

„Ich bin sehr glücklich darüber, dass Studentinnen von renommierten Universitäten unsere Lebensqualität untersuchen und sich um das Leben älterer Menschen kümmern.“

„Diese Umfrage ist ein Anliegen und eine Sorge für uns. Wie können wir uns müde fühlen?“

9.2.2 Aus der Perspektive der Eltern-Kind-Beziehung

In China ist die Eltern-Kind-Beziehung sehr eng. Auf der einen Seite stehen für viele Eltern ihre Kinder im Mittelpunkt ihres Lebens. Auf der anderen Seite sind (vielleicht auch deswegen) für Kinder die Anforderungen und Erwartungen ihrer Eltern an ihre „kindlichen Pietät“ im Allgemeinen sehr hoch. Dabei bedeutet Pietät Respekt oder Pflichtgefühl. Die Kultur dieser „kindlichen Pietät“ hat eine lange Geschichte hinter sich und sie hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Chinesen. Die folgenden vier Beispiele beziehungsweise die Quellen des konfuzianischen Schrifttums illustrieren dies.

Konfuzius [551 v. Chr.-479 v. Chr.] sagte zu seinem Schüler Zengzi [505 v. Chr.-435 v. Chr.]: *„Kindliche Pietät ist die Grundlage der Tugend und der Ursprung aller geistigen Kultur. Setz dich wieder hin und lass mich zu dir sprechen. Körper, Haar und Haut hast du von den Eltern empfangen, die sollst du nicht zu Schaden kommen lassen; damit fängt die Kindespietät an. Das Rechte tun und auf dem Pfad des Guten wandeln und so einen guten Namen auf die Nachwelt bringen, auf dass die Ahnen geehrt werden; das ist die Krönung der Pietät. Sie beginnt damit, dass man seinen Eltern dient, führt zum Dienst beim König und endet mit dem Gewinn eines Charakters ...“* (Klassisches Buch von der kindlichen Pietät, 400 v. Chr.).

Sein anderer Schüler Ziyou fragte nach „xiào“ (Kindlicher Pietät). Dieser Meister (475 v. Chr.-221 v. Chr. a) sagte: *„Heutzutage meint man damit für die Eltern zu sorgen. Aber Hunde und Pferde bedürfen ebenfalls der Fürsorge. Wie könnte man die eine von der anderen Sorge unterscheiden, wenn nicht durch die Ehrfurcht!“* (Gespräche des Konfuzius, Kapitel 2.7, Übersetzung von Döring 2009: 111).

Im Großen Chinalexikon (Staiger et al. 2003) wird die Pietät wie folgt definiert: *„Nach konfuzianischer Ethik galt die Pietät oder Kindesliebe („xiào“) als Kardinaltugend, das heißt, Kinder schuldeten den Eltern Gehorsam und den älteren Familienmitgliedern Respekt. So war es selbstverständlich, dass im alten China die Familie nicht nur für ihre jungen, sondern auch für ihre alten Mitglieder sorgte.“*

Darüber hinaus gliedert Zhang (2005: 31) die Tugend der kindlichen Pietät in

zwei Hauptaspekte: 1) Pietät als Fürsorge gegenüber Eltern und Alten; 2) Pietät als Folgsamkeit gegenüber Eltern und Vorgesetzten.

Die Unterdimension der Lebensqualität „Familie hat Zeit“ beziehungsweise der Lebensbereich „Der Kontakt zu meiner Familie“ ist sowohl für chinesische als auch für deutsche Heimbewohner eine sehr wichtige Präferenz. Das heißt, die von ihren eigenen Familien wahrgenommene soziale Unterstützung oder die Besuche von ihren eigenen Kindern können sich erheblich positiv auf die subjektive Lebensqualität der chinesischen und deutschen Heimbewohner auswirken. Auf diese Weise entsteht ein Gefühl von Verantwortung.

9.2.3 Aus der Perspektive finanziellen Musters

Weil es in China keine soziale Pflegeversicherung gibt, müssen (fast) alle Kosten für das Leben im Heim von Einzelpersonen selbst bezahlt werden. Deswegen sind chinesische Senioren, die in Heimen leben können beziehungsweise sich das Leben im Heim leisten können, relativ reiche ältere Menschen. Dies steht im Gegensatz zu der Situation in Deutschland und kann erklären, warum chinesische Heimbewohner die Dimension der Lebensqualität „Finanziell abgesichert sein“ besser bewerten¹²² beziehungsweise ein höheres Sicherheitsgefühl für die wirtschaftliche Sicherheit haben als deutsche Heimbewohner.

Sowohl Chinesen als auch Deutsche sparen gerne. Im internationalen Vergleich 2017 belegte China mit einer volkswirtschaftlichen Sparquote¹²³ von 45,8% des Bruttoinlandsproduktes den fünften Platz, während sich Deutschland auf Rang 38 unter 181 Ländern mit einer volkswirtschaftlichen Sparquote von 27,7% des Bruttoinlandsproduktes befand (CIA 2018b). Chinesen sparen allerdings mehr Geld als Deutsche. Die Sparquote der privaten Haushalte¹²⁴ 2015 lag in China bei 37,1% der Haushaltseinkommen, während diese in Deutschland bei 9,8% der Haushaltseinkommen lag (Trading Economics 2018).

Einer der Hauptgründe für dieses obige Phänomen ist, dass der „Kauf eigener Wohnung“ für Chinesen sehr wichtig ist. Dies ist in China vor allem dann der Fall, wenn Männer heiraten wollen. Haben Männer keine eigene Wohnung, fällt es ihnen schwer eine Frau zu finden, die sie heiraten möchte. Daher hat jede Familie, egal ob in städtischen oder ländlichen Gebieten, eine eigene Wohnung oder sogar mehrere. Unter dieser Prämisse vermieten viele

¹²² Siehe dazu Tabelle 8-2 „Wahrnehmungen der 25/26 Unterdimensionen der Lebensqualität der Heimbewohner von QUISTA-C ($N_{C-V} = 24$, $N_{C-P} = 100$ & $N_{C-H} = 397$) und von QUISTA ($N_{D-H} = 483$)“.

¹²³ Volkswirtschaftliche Sparquote gibt das Verhältnis der Sparbeträge der gesamten Volkswirtschaft (der Haushalte, der Unternehmen und des Staates) in Relation zum Bruttoinlandsprodukt an.

¹²⁴ Sparquote der privaten Haushalte ist als der Anteil des Sparbetrages am verfügbaren Einkommen definiert.

chinesische ältere Menschen mit Pflegebedürftigkeit ihre Wohnungen, um die Ausgaben in Heimen zu decken. Zum Vergleich dazu müssen arme Senioren in Deutschland „beweisen“, dass sie kein Eigentum haben, um mehr staatliche Unterstützung zu erhalten.

9.2.4 Aus der Perspektive linguistischer Datenverarbeitung

Zur Relevanzsetzung der Lebensqualität wurden Heimbewohner nach ihren Wünschen gefragt. Im Deutschen ist das Verb „wünschen“ geeignet, um subjektive Vorstellung von Qualität auszudrücken und unterscheidet sich von „wollen“ (想要) und „erwarten“ (期望). Bei der Übersetzung dieses wichtigen Vokabulars musste darauf geachtet werden, die Bedeutung des Wortes auf der sprachlichen Ebene („wie“) von der sachlichen Ebene („was“) zu trennen. Im Chinesischen leistet „xiwang“ (希望) für die Fragestellung dieser Arbeit eine vergleichbare Vorstrukturierung des Fragedesigns (Informationsbias), um die Offenheit von Wünschen in Abgrenzung zum Beispiel unter anderem von Hoffen (愿望), Glauben (相信) und so weiter abzubilden. In zukünftigen chinesisch-deutschen Vergleichsstudien sollte die Rolle von „Sprache“ tiefer diskutiert werden (vergleiche Alpermann 2012: 76).

Schon immer glaube ich, dass nicht jeder Mensch die Möglichkeit oder die Bereitschaft hat, eigene Kinder zu haben. Aber normalerweise wird jeder alt werden. Ich wollte also wirklich eine Forschung zum Thema „ältere Menschen“ machen. Allerdings darf das Schreiben über ältere Menschen nicht bloß kalte statistische Zahlen oder eine Arbeit für den „Doktor-Titel“ sein, sondern es eine warme Fürsorge sein.

Diese Dissertation basiert auf einem Fragebogen. Ich verstehe sehr gut, dass es nicht möglich ist, mit diesem „kleinen“ Fragebogen irgendetwas in der Altenpflege auf einmal zu ändern oder zu verbessern. Dahinter verbirgt sich das gesamte chinesische System, das alle sozialen Fragen, Werte, kulturellen Ursprünge und historischen Prozesse konzentriert. Der Schüler von Konfuzius, Zengzi (475 v. Chr. -221 v. Chr. b) sagte: *„Die Last ist schwer und der Weg ist weit (任重而道远).“* Das heißt, für eine lange Zeit müsste eine große Verantwortung getragen werden, um die Altenpflege weiter zu entwickeln.

9.3 GESUNDHEITSPOLITISCHE VORSCHLÄGE

Chinas formelles Pflegesystem befindet sich in einem Entwicklungsstadium, da standardisierte Gesundheitsbewertungen für die Aufnahme von Heimbewohnern fehlen, die staatlichen Mittel begrenzt sind, akuter Mangel an qualifiziertem Personal auf allen Ebenen besteht und es regionale Unterschiede in der Qualität der Pflege gibt (Wang et al. 2016: 34). Der Umzug in Pflegeeinrichtungen verändert das Leben älterer Menschen, weil sie ihre Häuser und ihre früheren sozialen Netzwerke verlassen müssen. Heimbewohner erleben Verluste und Gewinne aus dem Leben in Heimen.

Die eigene Entscheidung, ins Heim zu ziehen, hat für Heimbewohner einen positiven Effekt auf ihre subjektive Lebensqualität. Nachdenklich macht jedoch, dass die befragten Experten fast einstimmig erklärten, dass sie nicht bereit seien, in Heimen zu leben, selbst wenn sie pflegebedürftig wären. Dies zeigt, dass das Leben im Heim als nicht gut (genug) und (gar) nicht „attraktiv“ empfunden wird. Insbesondere in China müsste die Altenpflege im Heim spürbar besser gemacht werden, weil dort die älteren Menschen eine signifikant niedrigere Lebensqualität aufweisen als die Heimbewohner in Deutschland¹²⁵. Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass die Grundbedürfnisse der chinesischen Heimbewohner befriedigt wurden, es jedoch Raum für Verbesserungen bei der Bereitstellung hochwertiger Pflege gibt. Dafür möchte ich vier konkrete Vorschläge zur schrittweisen Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China unterbreiten.

9.3.1 Integration gesellschaftlicher Gesamtressourcen

Ein der Hauptprobleme der Altenpflege in China liegt daran, dass die Unterschiede zwischen Pflegeheim und Altenheim¹²⁶ zu groß sind. Die Nutzung gesellschaftlicher Gesamtressourcen für Heimbewohner ist ineffizient und zugleich ist das Sicherheitssystem der Rechte älterer Menschen sehr verwirrend. Dadurch können die individuellen Pflegebedürfnisse nicht in vollem Umfang berücksichtigt werden. Zum Beispiel ist die medizinische Versorgung in Altenheimen unzureichend.

Ältere Menschen mit Pflegebedürfnissen benötigen eine sowohl zeitnahe als auch wirksame medizinische Versorgung und ein „heimisches“ Wohnumfeld, das nicht einem Krankenhaus, sondern einem Zuhause ähnelt. Obwohl das

¹²⁵ Vergleiche „gute Praxis“ in Deutschland: Mit den Pflegestärkungsgesetzen hat die deutsche Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode (2015-2017) die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung (1995) umgesetzt (BMG 2018).

¹²⁶ Siehe dazu Tabelle 5-5 „Unterschiede zwischen Pflegeheim und Altenheim in China“.

„Durchbrechen von Barrieren“ (nämlich Interessen) zwischen verschiedenen Abteilungen in China sehr schwierig ist, müsste dieser Schritt in einer alternden Gesellschaft jedoch getan werden, das heißt die Funktionen von Pflegeheim und Altenheim sollten kohärent integriert werden.

Wenn die derzeitigen politischen Entscheidungsträger in China alt sein und Pflegebedürfnisse haben werden, wird die Alterung der chinesischen Gesellschaft ein großes Problem sein. In jeder Familie gibt es zumeist nur ein Kind. Sie würden – im Vergleich mit heute – mit größeren Herausforderungen der Altenhilfe konfrontiert werden. Der bedeutendste Nachfolger des Konfuzius, Mengzi (300 v. Chr. b) sagte: *„Die Ehrfurcht der eigenen Familie gegenüber älteren Menschen sollte auf andere Familien erweitert werden (老吾老以及人之老).“* Die Alterspolitik müsste sich auf die gesamte Gesellschaft beziehen.

9.3.2 Einführung sozialer Pflegeversicherung

Wenn die gesellschaftlichen Gesamtressourcen für den Altenpflegedienst ordnungsgemäß integriert wären, müsste geklärt werden, wie dieser Dienst „gekauft“ werden sollte, nämlich wie die Kosten dieses Dienstes gedeckt werden sollten. Dafür ist die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung beispielsweise nach deutschem Vorbild die beste Lösung.

Zu beachten ist darüber hinaus: Die soziale Krankenversicherung steht sowohl im chinesischen als auch im deutschen Gesundheitssystem im Mittelpunkt. China lehnte sich an die jeweiligen Vorteile der sozialen Krankenversicherung Deutschlands und der medizinischen Ersparnisse Singapurs an und begründete 1998 das Basiskrankenversicherungssystem (zuerst für städtische Arbeitnehmer)¹²⁷ mit der Kombination zwischen dem sozialen Pool und den individuellen Konten. Es hat chinesische Prägung und entspricht chinesischen nationalen Bedingungen. Damit sollte die organische Integration zwischen der horizontalen sozialen Solidarität und dem vertikalen individuellen Selbstschutz erzielt werden. Diese Kombination verbindet die Vorteile eines sozialen Pools (gegenseitige Hilfe mit wirtschaftlichen Anreizen) mit den Vorteilen von individuellen Konten, die eine Anreizfunktion und Kontrollfunktion entfalten (Yue 2010: 85).

Allerdings ist der Erfolg der Krankenversicherung mit dem individuellen Sparkontomodell in Singapur auf die besondere Situation dieses Landes zurückzuführen – ein junges, völlig urbanisiertes kleines Land. Außerdem

¹²⁷ „Die Hauptaufgabe der Krankenversicherungsreform ist die Basiskrankenversicherung für städtische Arbeitnehmer zu etablieren, nämlich, entsprechend der sozialistischen Marktwirtschaft, je nach finanzieller, betrieblicher und persönlicher Leistungsfähigkeit, ein soziales Krankenversicherungssystem, das die grundlegenden medizinischen Bedürfnisse der Arbeitnehmer gewährleistet, zu gründen.“ – „Beschluss vom Staatsrat über die Einrichtung des Basiskrankenversicherungssystems für städtische Arbeitnehmer“ (Nr. 44 [1998] vom chinesischen Staatsrat)

wird der Fonds der individuellen Konten in Singapur hauptsächlich für die Selbstbeteiligung bei den stationären medizinischen Behandlungskosten verwendet. Aber in China gibt es in diesem Modell erhebliche Mängel:

- Erstens, in China werden die individuellen Konten vor allem dafür verwendet, um die üblichen ambulanten Kosten zu bezahlen. Wesentlich ist, dass das Individuum die grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen selbst tragen muss. Dieses Systemdesign – „sozial leistende schwierige Krankheiten, selbst tragende geringfügige Erkrankungen“ – befindet sich im Gegensatz zum Medizinrecht, nämlich „Vorrang der Prävention“.
- Zweitens, die Einrichtung individueller Konten reduziert die Funktion der Krankenversicherung – die soziale gegenseitige Hilfe – und erhöht gleichzeitig die Verwaltungskosten.
- Drittens, die chinesischen Bürger haben ein starkes Bewusstsein zur Selbstabsicherung. Sie sparen viel Geld in eigenen beziehungsweise individuellen Konten an, um künftige Risiken abzudecken. Somit wird die Erfüllung der normalen Konsumnachfrage nach den Gesundheitsdienstleistungen stark beeinflusst. Angesichts dieser Tatsache widerspricht die Sedimentation der Geldmittel von individuellen Konten dem Grundsatz der Krankenversicherung, nämlich dem Finanzausgleich.

Aufgrund der vorstehenden Analysen schlage ich vor, dass das individuelle Sparkontomodell Chinas im nächsten Schritt aufgehoben werden sollte. Nach der Abschaffung der individuellen Konten im Rahmen der sozialen Basiskrankenversicherung könnten sich die Geldmittel, die zur Zeit aus den von den Arbeitnehmern bezahlten Basiskrankenversicherungsbeiträgen und den von den Arbeitgebern bezahlten Basiskrankenversicherungsprämien bestehen, mit den folgenden Konzepten zusammenfügen lassen.

- Für die Arbeitnehmer könnte es danach in einen Fonds in Form des sozialen Pools für die Kosten der ambulanten medizinischen Behandlungen umgewandelt werden. Dieser Fonds sollte mit dem Fonds des ursprünglichen sozialen Pools der Krankenversicherung, der zuallererst für die stationären Gesundheitskosten benutzt wird, vereint verwaltet werden.
- Für die Rentner könnte die soziale Pflegeversicherung damit etabliert werden, um die (zukünftigen) häuslichen, kommunalen und stationären Pflegekosten zu bezahlen. Die Rentner zahlen keine Prämie für die soziale Krankenversicherung, während ihre gesundheitlichen Ausgaben sehr hoch sind und sie etwa 60% aller Versicherten ausmachen (MOHRSS 2018). Ohne die soziale Pflegeversicherung wäre es schwieriger, den Abdeckungsumfang und die Rückvergütungsrate der sozialen Basiskrankenversicherung zu erhöhen sowie die Kosten in der

Pflege zu decken.

Hinter diesem Lösungsvorschlag verbergen sich unterschiedliche Ziele, zum Beispiel den Grundsatz der Solidarität stärker als bisher zum Tragen zu bringen und vorhandene soziale Ungerechtigkeiten im chinesischen System der sozialen Basiskrankenversicherung abzubauen. Außerdem soll in wachsendem Maße erkannt werden, dass das Gesundheitssystem nicht nur ein wichtiger Teil des sozialen Sicherungssystems ist, sondern die auf dem Gesundheitsmarkt produzierten Dienstleistungen und Güter ebenso wie alle anderen Wirtschaftsbereiche auch zur Wohlfahrt der Gesellschaft beitragen (Yue 2010: 140).

9.3.3 Etablierung menschenorientierter Servicestandards

Es gibt keinen einheitlichen – weder lokalen noch staatlichen – Standard in der chinesischen Altenpflege in den Bereichen von Gebühren, Qualität, Management, Dienstleistungen sowie Zulassung und Entlassung in Heimen. In Verbindung mit den ersten beiden Schritten sollten Standards im Feld der Altenpflege festgelegt werden, um die menschenorientierten Dienstleistungen für ältere Pflegebedürftige mit den vereinheitlichten Kriterien bereitzustellen.

Die Festlegung dieser einheitlichen Standards und die Einführung der Pflegeversicherung können sich gegenseitig ergänzen. Dabei könnten beispielsweise Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad, Höhe der Leistung, Arten der Sachleistungen und so weiter definiert werden. Basierend auf der Erfahrung aus Deutschland sollten auch ältere Menschen mit Alzheimer-Krankheit oder Demenz einbezogen werden. Somit würden die Angehörigen älterer Menschen mit Pflegebedürfnissen ebenso wirksam unterstützt.

Bei der Etablierung der Normen sollte zugleich ein Mechanismus für die Bewertung durch „Dritte“ eingerichtet werden, um die Qualität aller Aspekte der Altenpflege sicherzustellen. Dadurch könnte die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege wesentlich verbessert werden.

Angesichts des wachsenden Alterns könnten mit den obigen (gesundheits-) politischen Maßnahmen beziehungsweise Strategien sowohl die chinesische Gesellschaft harmonischer als auch das Leben der Chinesen glücklicher gemacht werden.

9.3.4 Stärkung nachhaltiger Pflegekräfte

Ohne die richtigen Humanressourcen können selbst die besten Standards nicht implementiert werden. Die aktuellen Pflegekräfte in China sind alle

über 40 Jahre alt und die Mobilität dieses Personals ist groß. Sie haben allgemein ein niedriges Niveau von Bildung, Löhnen und sozialem Status. Darüber hinaus gibt es am Arbeitsmarkt der Pflegekräfte ein starkes Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage. Schon heute fehlen entsprechende Pflegekräfte. Der wichtigste Schritt ist daher die Stärkung der nachhaltigen und gut qualifizierten Pflegekräfte als Berufsgruppe.

Im Rahmen der Feldstudie dieser Dissertation habe ich einige Pflegekräfte interviewt. Sie alle fühlen sich durch Überlastung, Dauerstress und geringe Bezahlung ausgezehrt. Im Vergleich dazu gehen die jüngeren und besser qualifizierten Pflegekräfte lieber in die deutlich besser bezahlte Krankenpflege in Krankenhäusern, nicht in die Altenpflege in Heimen. Wenn keine wirksamen Maßnahmen dagegen ergriffen werden, würde sich diese Herausforderung in den nächsten Jahren verschärfen, weil viel mehr ältere Menschen in China gepflegt werden müssen.

Deswegen sollte zunächst der Altenpflegeberuf attraktiver werden, indem die Löhne der Pflegekräfte erhöht werden. Die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung in China könnte dazu beitragen, dieses Problem zu lösen.

Außerdem müssten die Pflegekräfte weitergebildet werden. Mit anderen Worten: Mehr Ausbildungsplätze und Weiterbildungsplätze müssten in der Altenpflege geschaffen werden. Durch den Erwerb von mehr und modernerem Fachwissen in der Altenpflege könnten Pflegekräfte leichter arbeiten und ältere Menschen in der stationären Pflege könnten somit auch besser betreut werden. Zum Beispiel könnten mit digitalen Mitteln in der Altenpflege Arbeitsabläufe optimiert und so die Pflegekräfte aber auch die Angehörigen der älteren Pflegebedürftigen entlastet werden.

9.4 ZUSAMMENFASSUNG DER GESAMTDISKUSSION

9.4.1 Bedeutung dieser Studie

Die Alterung der Bevölkerung und die Verstädterung¹²⁸ sind der Höhepunkt einer erfolgreichen menschlichen Entwicklung im letzten Jahrhundert (WHO 2007: 4). Ein längeres und gesünderes Leben bedeutet, dass wir länger arbeiten und mehr im Alter genießen können und zugleich den Gesellschaften helfen, sich auf ein älteres Altersprofil einzustellen. Die Relevanz einer individuellen und bedürfnisorientierten Pflegeversorgung für die Lebensqualität älterer Menschen wird in diversen internationalen Arbeiten hervorgehoben (vergleiche Rantz et al. 1999; Josat et al. 2006; Geraedts et al. 2012; Schenk et al. 2013; Bolz 2016 & Sonntag et al. 2018). Des ethisch-normativen Standpunktes zufolge ist die Berücksichtigung der individuellen Wahrnehmungen von Heimbewohnern essentiell für eine menschenwürdige pflegerische Versorgung (vergleiche Josat et al. 2006).

Weder in der deutsch-sprachigen noch in der chinesisch-sprachigen Literatur gibt es bisher einen Forschungsbericht zum Vergleich zwischen Deutschland und China in Bezug auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege. Aus Sicht sowohl der sozialen Werte als auch der Gesundheitspolitik ist diese vergleichende Studie jedoch notwendig und sinnvoll. Dazu möchte ich mit meiner Dissertation beitragen. Dies führt zur Entwicklung deutsch-chinesisch vergleichender Konzepte und alternativer Messansätze, um die subjektive Lebensqualität der Heimbewohner in verschiedenen Kulturen zu identifizieren, unterschiedliche Perspektiven hinsichtlich des Niveaus und der Trends des Alterns zu erhalten sowie eine differenziertere Bewertung der Bedeutung des Alterns in verschiedenen Kontexten zu ermöglichen.

Die im Rahmen dieser Dissertation entwickelten Konzepte haben erhebliche Auswirkungen auf die Messung der Lebensbedingungen und Wohnformen der Heimbewohner. Außerdem wirken sich diese methodischen Messansätze auf die Bewertung des Bedarfs älterer Menschen in der stationären Pflege nach sozialem Schutz und Gesundheitsfürsorge sowie auf die Planung der Pflegekräfte am Arbeitsmarkt und ihrer Bildungen aus.

Darüber hinaus bietet diese Dissertation ein erfolgreiches Beispiel zur Bewertung der Anwendbarkeit und der möglichen Auswirkungen eines neuen Messinstrumentariums auf die gesundheitliche Politikanalyse und die soziale Politikentwicklung auf nationaler und internationaler Ebene. Somit hat diese Dissertation zum Verständnis und zur Messung der subjektiven Lebensqualität der Heimbewohner in einer deutsch-chinesisch

¹²⁸ Heute leben 55% der Weltbevölkerung in städtischen Gebieten. Dieser Anteil wird bis 2050 auf 68% steigen (UN 2018).

vergleichenden Perspektive wichtige Konsequenzen für die Überprüfung langfristiger internationaler Entwicklungsziele in der Altenpflege. Dazu gehören Ziele wie die gute Gesundheitsversorgung, die im Internationalen Aktionsplan von Madrid über das Altern (MIPAA, UN 2002) und zuletzt in den Zielen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (SDGs, UN 2015) hervorgehoben wurden. Das Hauptziel ist, weltweit die Lebenssituation älterer Menschen zu verbessern und ihre Menschenrechte zu gewährleisten.

9.4.2 Möglichkeit der Folgestudien

Hinter dem Interesse an subjektiver Lebensqualität steht, wie ein Mensch ein gutes Leben führen kann. Daher können sich dieser Dissertation weitere Forschungen mit anderen Disziplinen, wie zum Beispiel mit dem Befähigungsansatz („Capability Approach“) oder dem Salutogenese-Modell („Salutogenesis“), anschließen.

Der Befähigungsansatz oder Verwirklichungschancenansatz ist ein Konzept, das der Darstellung und Messung der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt dient. Dieser Ansatz stellt die elementare Frage, welche Aspekte des menschlichen Lebens man beurteilen sollte, wenn man nach Lebensqualität fragt. Die Perspektive dieses Ansatzes richtet den Blick darauf, was ein Mensch in seiner individuellen Situation tun und sein kann, welche von diversen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Talenten sowie von sozialer Situation und Umwelt bestimmt sind. So sieht der Befähigungsansatz den Menschen als aktives Wesen, das sein Leben selbst gestaltet und die relevanten Voraussetzungen benötigt (Gutwald 2015: 157).

Das Salutogenese-Modell ist eine weitere Perspektive auf die Gesundheit. Es ist ein Paradigmenwechsel von einem bio-medizinischen Gesundheitsmodell zu einem bio-psychosozialen Modell. Grundprinzip dieses Ansatzes ist, dass ein Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“) positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Dieses umfasst drei Aspekte (Antonovsky & Franke 1997):

- Das Gefühl der Verstehbarkeit heißt, die Menschen müssen verstehen, was passiert. *„In welcher Situation bin ich?“*
- Das Gefühl der Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit heißt, die Menschen müssen das Gefühl haben, einen aktiven Beitrag zu ihrer Pflege leisten zu können. *„Welche Optionen stehen mir und meinen Ärzten zur Verfügung?“*
- Das Gefühl der Sinnhaftigkeit heißt, die Menschen müssen das Gefühl haben, dass es einen Grund und einen Sinn für das gibt, was geschieht. Dabei werden bestimmte Dinge als emotional bedeutsam erlebt. *„Welchen Grund gibt es, sich darum zu kümmern, was passiert und sich zu bemühen?“*

„Dieses Kohärenzgefühl kommt zustande, wenn ich die wichtigen Vorgänge um mich herum im Leben verstehe, wenn ich sie jeweils in einen Sinn-Zusammenhang für mich bringen kann, und wenn dadurch eine Situation für mich so handhabbar wird, dass ich etwas ändern kann.“ (Schürholz 2004: 115).

10 LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Abel, T. & Schori, D. (2009). *Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung*. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34 (2), S. 48-64. Wiesbaden: Springer VS.
- [2] Alpermann, B. & Selcuk, B. (2012). *Agency-Analyse in der qualitativen Sozialforschung zu China: Herausforderungen, Lösungsansätze, Perspektiven*. In: Bethmann S.; Helfferich C.; Hoffmann H. & Niermann D. (Hrsg.): *Agency: Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*, S. 71-98. Weinheim: Beltz Juventa.
- [3] Antonovsky, A. (Autor) & Franke, A. (Hrsg.) (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Übersetzung von Alexa Franke und Nicola Schulte. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Sondereinband. Tübingen: DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie)-Verlag.
- [4] Asbrand, B. (2011). *Dokumentarische Methode*. Kassel: Online-Fallarchiv Schulpädagogik. Zugriff am 26. November 2011. Verfügbar unter:
<https://www.fallarchiv.uni-kassel.de/lernumgebung/dokumentarische-methode/>
- [5] Atteslander, P. (1995). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. Aufl. Berlin: Sammlung Göschen de Gruyter.
- [6] Aurelius Antonius, M. *Des Kaisers Marcus Aurelius Antonius Selbstbetrachtungen*. Übersetzung von Albert Wittstock, 1949, Drittes Buch, Abs. 11. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH & Co. KG. Zugriff am 16. April 2017. Verfügbar unter:
<http://gutenberg.spiegel.de/buch/des-kaisers-marcus-aurelius-antonius-selbstbetrachtungen-1479/3>
- [7] Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. 11. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.

- [8] Bähring, K.; Hauff, S.; Sossdorf, M. & Thommes, K. (2008). *Methodologische Grundlagen und Besonderheiten der qualitativen Befragung von Experten in Unternehmen: Ein Leitfaden*. In: Die Unternehmung: Swiss journal of business research and practice, 62 (1), S. 89-111. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- [9] Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (Hrsg.) (2004). *Assessmentinstrumente in der Altenpflege – Möglichkeiten und Grenzen*. S. 131. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- [10] Beaton, D. E.; Bombardier, C.; Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. In: Spine, 25 (24), S. 3186-3191. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [11] Becker, G. S. (1976). *The Economic Approach to Human Behavior*. Übersetzung von WANG Ye-yu & CHEN Qi, 1995, S. 13. Shanghai: Shanghai People Publishing House.
- [12] Becker, S.; Kruse, A.; Schröder, J. & Seidl, U. (2005). *Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.): Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, S. 1-14. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [13] Becker, S.; Kaspar, R. & Kruse, A. (2006). *Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen: Kompetenzgruppenbestimmung mit HILDE*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (5), S. 350-357. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [14] Behnke, C.; Loos, P. & Meuser, M. (1998). *Habitualisierte Männlichkeit: Existentielle Hintergründe kollektiver Orientierungen von Männern*. In: Bohnsack, R. & Marotzki, W. (Hrsg.): Biografieforschung und Kulturanalyse: Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung, S. 228. Opladen: Leske + Budrich.
- [15] Behr, A.; Meyer, R.; Holzhausen, M.; Kuhlmeier, A. & Schenk, L. (2013). *Die Intimsphäre: Eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013, S. 1-6. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [16] Behr, A.; Meyer, R.; Holzhausen, M.; Kuhlmeier, A. & Schenk, L. (2014). *Lebensqualität und Gesundheit – Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern – eine qualitative Studie*. In: Ausserhofer, D.; Balzer, K.; Meyer, G.; Nagl-Cupal, M.;

- Panfil, E.-M. & Schlüer, A.-B. (Hrsg.): *Pflege*, 27 (6), S. 369-380. Bern: Verlag Hans Huber (Hogrefe AG).
- [17] Berger, M. (Hrsg.) (2004). *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*. 2. Aufl., S. 303-304. München: Urban & Fischer.
- [18] Bethmann S.; Helfferich C.; Hoffmann H. & Niermann D. (Hrsg.) (2012). *Agency: Die Analyse von Handlungsfähigkeit und Handlungsmacht in qualitativer Sozialforschung und Gesellschaftstheorie*. Weinheim: Beltz Juventa.
- [19] BKK Faktenspiegel (2012). *Pflege*. 7. Essen: BKK Bundesverband.
- [20] BMFSFJ (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Broschüre. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- [21] BMG (2016). *Das Pflegestärkungsgesetz II – Das Wichtigste im Überblick*. Broschüre, S. 20. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- [22] BMG (2018). *Schritt für Schritt – So machen wir Pflege besser: Unsere Strategie für die Pflege*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 28. September 2018. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/strategie-fuer-pflege.html>
- [23] BMG (2019). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- [24] boerse.de (2020). *EUR/CNY (Euro/Chinesischer Renminbi Yuan)*. Rosenheim: boerse.de Finanzportal AG. Zugriff am 10. August 2020. Verfügbar unter: <https://www.boerse.de/historische-kurse/Euro-Yuan/EU0001458304>
- [25] Bohnsack, R. (1997). *Dokumentarische Methode*. In: Hitzler, R. & Honer, A. (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik*. Opladen: Leske + Budrich.
- [26] Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: Leske + Budrich.
- [27] Bohnsack, R.; Pfaff, N. & Weller, W. (Hrsg.) (2009). *Qualitative analysis and documentary method in international educational research*. Opladen: Barbara Budrich.
- [28] Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (2013). *Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. In:

- Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis – Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 3. Aufl., S. 9-33. Wiesbaden: Springer VS.
- [29] Bolz, H. (2016). *Befragung von Pflegekunden: Zielsetzung – Inhalte – Planung – Umsetzung*. S. 7-37. Wiesbaden: Springer VS.
- [30] Bortz, J.; Lienert, G. A. & Boehnke, K. (2008). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. 3. Aufl., S. 256 & 259. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [31] Bowling, A. (2001). *Measuring Disease: A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scales*. 2. Aufl. Buckingham: Open University Press.
- [32] Bowling, A.; Gabriel, Z.; Dykes, J.; Dowding, L. M.; Evans, O.; Fleissig, A.; Banister, D.; Sutton, S. (2003). *Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over*. In: The International Journal of Aging and Human Development, 56 (4), S. 269-306. Thousand Oaks: SAGE Publishing.
- [33] Bowling, A. (2004). *A Taxonomy and Overview of Quality of Life*. In: Brown, J.; Bowling, A. & Flynn, T. (Hrsg.): Models of Quality of Life: A Taxonomy and Systematic Review of the Literature. FORUM Project. Sheffield: University of Sheffield.
- [34] Bullard-Poe, L., Powell, C. & Mulligan, T. (1994) *The importance of intimacy to men living in a nursing home*. In: Zucker, K. (Hrsg.): Archives of Sexual Behavior, 23, S. 231-236. New York City: Springer Science+Business Media.
- [35] Bullinger, M. & Pöppel, E. (1985). *Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz?* In: Deutsches Ärzteblatt, 85, S. 679-680. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- [36] Bullinger, M. (1997). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit*. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 47, S. 76-91. Stuttgart: Thieme Verlagsgruppe.
- [37] Bullinger, M. (2014). *Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert*. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108 (2-3), S. 97-103. Amsterdam: Elsevier.
- [38] Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.) (2002). *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich.

- [39] Cao, P. (2018). *Entwicklung und vorläufige Anwendung einer Skala zur Beurteilung des Pflegebedarfs für behinderte ältere Menschen in Pflegeheimen*. Masterarbeit. Chongqing: Medizinische Universität Chongqing.
- [40] Carley, M. (1983). *Social measurement and social indicators – Issues of policy and theory*. London: Allen & Unwin.
- [41] Carroll, L. (1865). *Alice's Abenteuer im Wunderland*. Übersetzung von Antonie Zimmermann, 1869, Kapitel 5, S. 59-62. Leipzig: Johann Friedrich Hartknoch (Hrsg.). Zugriff am 18. August 2018. Verfügbar unter:
<http://gutenberg.spiegel.de/buch/alices-abenteuer-im-wunderland-3389/5>
- [42] Chen, Y.; Hicks, A. & While, A. E. (2013). *Quality of life of older people in China: A systematic review*. In: *Reviews in Clinical Gerontology*, 23 (1), S. 88-100. Cambridge: Cambridge University Press.
- [43] CIA (2018a). *The World Factbook*. Washington, D. C.: Central Intelligence Agency, Office of Public Affairs. Zugriff am 10. Juni 2018. Verfügbar unter:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2227rank.html>
- [44] CIA (2018b). *The World Factbook*. Washington, D. C.: Central Intelligence Agency, Office of Public Affairs. Zugriff am 21. September 2018. Verfügbar unter:
<https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/rankorder/2260rank.html>
- [45] Cicchetti, D. V. (1994). *Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology*. In: *Psychological Assessment*, 6 (4), S. 284-290. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [46] Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Aufl., S. 79-80. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- [47] Cohen, J. (1992). *Quantitative Methods in Psychology: A Power Primer*. In: *Psychological Bulletin*, 112 (1), S. 155-159. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [48] Cohn, J. & Sugar, J. A. (1991). *Determinants of Quality of Life in Institutions: Perceptions of Frail Older Residents, Staff and Families*. In: Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. & Deutchman, D. E. (Hrsg.): *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, S. 28-49. San Diego: Academic Press.

- [49] Conrad, I.; Matschinger, H.; Riedel-Heller, S.; von Gottberg, C. & Kilian, R. (2014). *The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older*. In: Health and Quality of Life Outcomes, 12:105. London: BioMed Central. Verfügbar unter: <http://www.hqlo.com/content/12/1/105>.
- [50] Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- [51] Creavin, S. T. et al. (2016). *Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations*. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 13 (1). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- [52] de Vries, M.; Emons, W. H. M.; Plantinga, A.; Pietersma, S.; van den Hout, W. B.; Stiggelbout, A. M. & van den Akker-van Marle, M. E. (2016). *Comprehensively Measuring Health-Related Subjective Well-Being: Dimensionality Analysis for Improved Outcome Assessment in Health Economics*. In: Value in Health, 19, S. 167-175. Amsterdam: Elsevier.
- [53] Degenholtz, H. B.; Rosen, J.; Castle, N.; Mittal, V. & Liu, D. (2008). *The Association Between Changes in Health Status and Nursing Home Resident Quality of Life*. In: The Gerontologist, 48 (5), S. 584-592. Oxford: Oxford University Press.
- [54] Der Spiegel (2004). *Der letzte Deutsche: Auf dem Weg zur Greisen-Republik*. 2. Heft, Titelseite. Hamburg: Spiegel-Verlag Rudolf Augstein GmbH & Co. KG.
- [55] Deutscher Ethikrat (2012). *Demenz und Selbstbestimmung*. Stellungnahme, S. 37-40. Berlin.
- [56] Diener, E.; Emmons, R. A.; Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction with Life Scale*. In: Journal of Personality Assessment, 49 (1), S. 71-75. Abingdon-on-Thames: Taylor & Francis.
- [57] Döring, O. (2001). *Euthanasia, and the Meaning of Death and Dying: A Confucian Inspiration for Today's Medical Ethics*. In: International Bioethics Conference on The Ethics of Letting Die. Taiwan: Chungshan Medical College.
- [58] Döring, O. (2004). *Chinas Bioethik verstehen: Ergebnisse, Analysen und Überlegungen aus einem Forschungsprojekt zur kulturell aufgeklärten Bioethik*. Hamburg: Abera Verlag.
- [59] Döring, O. (2009). *Körper und Schuldigkeit in der chinesischen Bioethik: Zur philosophischen und praktischen Bedeutung von Xiao*

- („kindliche Pietät“) in der aktuellen Debatte. In: Steineck, C. & Döring, O. (Hrsg.): Kultur und Bioethik: Eigentum am eigenen Körper, 2. Aufl., S. 111. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- [60] Döring, O. & Yue, L. (2015). *China's Dormant Alzheimer's Plan: Recent Developments in the Emerging Stationary Care Field – Ethical and Cultural Dimensions*. In: Frewer, A.; Bergemann, L. & Schmidhuber, M. (Hrsg.): Demenz und Ethik in der Medizin – Standards zur guten klinischen Praxis (Jahrbuch Ethik in der Klinik, Neuerscheinung 2015), S. 257-268. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- [61] Eberl, M. (2004). *Formative und reflektive Indikatoren im Forschungsprozess: Entscheidungsregeln und die Dominanz des reflektiven Modells*. In: Schriften zur Empirischen Forschung und Quantitativen Unternehmensplanung, 19, S. 9. München: Ludwig-Maximilians-Universität München.
- [62] Ehret, C. (2007). *Implementierung und Evaluation einer integrierten Versorgungsstrategie für Patientinnen mit Brustkrebs auf der Basis von Lebensqualitätsdiagnostik und -therapie*. Dissertation. München: Ludwig-Maximilians-Universität München.
- [63] Elkinton, JR. (1966). *Medicine and quality of life*. In: Annals of Internal Medicine, 64 (3), S. 711-714. Philadelphia: American College of Physicians.
- [64] Engels, D. (2011). *Indikatoren zur Beurteilung von Lebensqualität im Heim – Ergebnisse des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“*. Arbeitsbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- [65] Erli, H.J.; Fernandez, V.; Kugler, J.; Brüggmann, M. & Paar, O. (2000). *Determinanten der globalen Lebensqualität nach Polytrauma*. In: Der Chirurg, 71 (9), S. 1132-1137. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- [66] Eschweiler, G. W.; Leyhe, T.; Klöppel, S. & Hüll, M. (2010). *Neue Entwicklungen in der Demenzdiagnostik*. In: Deutsches Ärzteblatt International 2010, 107 (39), S. 677-684. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- [67] Evers, H. (2009). *The Documentary Method in Intercultural Research Scenarios*. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 10 (1), Art. 47. Berlin: Freie Universität Berlin.
- [68] Fehling, J. (2014). *Deutschland hat ein Problem – OECD: Rentner-Schwemme bedrohlicher als Finanzkrise*. Nachricht. München: FOCUS Online Group GmbH (Hubert Burda Media). Zugriff am 3. April 2014. Verfügbar unter:

https://www.focus.de/finanzen/altersvorsorge/neue-oecd-studie-vergreisungs-schock-in-deutschland-rentner-schwemme-bedrohlicher-als-finanzkrise_id_3698471.html

- [69] Feng, Z.; Glinskaya, E.; Chen, H; Gong, S.; Qiu, Y.; Xu, J. & Yip, W. (2020). *Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects*. In: The Lancet, 396 (10259). S.1362-1372. Amsterdam: Elsevier.
- [70] Fishman, T. C. (2010). *Shock of Gray: The Aging of the World's Population and How it Pits Young Against Old, Child Against Parent, Worker Against Boss, Company Against Rival, and Nation Against Nation*. New York City: Scribner.
- [71] Flick, U. (Hrsg.) (1995). *Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. S. 112. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag.
- [72] Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). „*Mini-Mental State*“: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: Journal of Psychiatric Research, 12 (3), S. 189-198. Amsterdam: Elsevier.
- [73] Frank, R. (Hrsg.) (2007). *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. 1. Aufl., S. 11. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [74] Frech, C. M. (2010). *Psychosoziale Belastungen und körperliche Störungen bei Eltern von lebertransplantierten Kindern und Jugendlichen*. Dissertation. Hamburg: Universität Hamburg.
- [75] Freyd, M. (1923). *The graphic rating scale*. In: Journal of Educational Psychology, 14, S. 83-102. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [76] Fritz, E. (2009). *Assessment im Pflegebereich*. Vortrag. Hall in Tirol: Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik.
- [77] Fussek, C. & Schober, G. (2008). *Im Netz der Pflegemafia: Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden*. München: C. Bertelsmann Verlag.
- [78] Garms-Homolová, V. & Theiss, K. (2007). *Möglichkeiten der Berücksichtigung von RAI 2.0 und/oder RAI HC bei der Erarbeitung eines zukünftigen Begutachtungsinstruments*. Expertise. Berlin: Alice Salomon Fachhochschule Berlin.

- [79] Gasser, R. (2010). *Sterbende Patienten begleiten – Eine Herausforderung für Fachpersonen und Angehörige*. Dissertation. Zürich: Universität Zürich.
- [80] Gebert, A. J. & Kneubühler, H.-U. (2003). *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber (Hogrefe AG).
- [81] George, D. & Mallery, P. (2002). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 11.0 Update*. 4. Aufl., S. 231. Boston: Allyn & Bacon.
- [82] Geißler, H. (2017). Geißlers Nachschlag: Die Greisenrepublik. Nachricht. In: Berliner Kurier. Berlin: Berliner Verlag GmbH. Zugriff am 19. September 2017. Verfügbar unter:
<https://www.berliner-kurier.de/news/politik--wirtschaft/geissler/geisslers-nachschlag-die-greisenrepublik-28239874>
- [83] Geißler, R. (2002). *Die Sozialstruktur Deutschlands: Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung*. 3. Aufl., S. 79. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- [84] Geraedts, M.; Brechtel, T.; Zöll, R. & Hermeling, P. (2012). *Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung*. In: Böcken, J.; Braun, B. & Repschläger, U. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2011: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*, S. 155-172. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- [85] Gerritsen, D. L.; Steverink, N.; Ooms, M. E.; Ribbe, M. W. (2004). *Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents*. In: *Quality of Life Research*, 13 (3), S. 611-624. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [86] Glatzer, W. (2002). *Lebenszufriedenheit/Lebensqualität*. In: Greiffenhagen, M. & Greiffenhagen, S. (Hrsg.): *Handwörterbuch zur politischen Kultur der Bundesrepublik Deutschland*, 2. Aufl., S. 248-254. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [87] Goffman, E. (1981). *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderen Insassen*. 4. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- [88] Greenhalgh, S. & Winckler, E. A. (2005). *Governing China's Population: From Leninist to Neoliberal Biopolitics*. Stanford: Stanford University Press.
- [89] Guillemin, F.; Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review*

- and proposed guidelines.* In: Journal of Clinical Epidemiology, 46, S. 1417-1432. Amsterdam: Elsevier.
- [90] Gutwald, R. (2015). *Der Capability-Ansatz als Grundlage für die Beurteilung von Lebensqualität in der Medizin.* In: Kovács, L.; Kipke, R. & Lutz, R. (Hrsg.): *Lebensqualität in der Medizin*, S. 157-171. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [91] Gwozdz, W. & Sousa-Poza, A. (2010). *Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany.* In: *Social Indicators Research*, 97 (3), S. 397-417. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [92] Haas, B. K. (1999). *A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life.* In: *Western Journal of Nursing Research*, 21 (6), S. 728-742. Thousand Oaks: SAGE Publishing.
- [93] Hahn, S.; Zúñiga, F.; Conca, A.; Gugler, E.; Bernet, N. & Schwendimann, R. (2018). *Pflegequalität im Fokus der Forschung: Das Geheimnis guter Pflege lüften.* In: *Krankenpflege*, 07, S. 26-27. Bern: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK.
- [94] Hartig, J.; Frey, A. & Jude, N. (2012). *Validität.* In: Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 2. Aufl., S. 148-152. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [95] Hayes, M. H. S. & Patterson, D. G. (1921). *Experimental development of the graphic rating method.* In: *Psychological Bulletin*, 18, S. 98-99. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [96] Heinzelmann, M. (2004). *Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime.* Dissertation. Göttingen: Universität Göttingen.
- [97] Heisenberg, W. (1989). *Ordnung der Wirklichkeit.* S. 59. München: Piper Verlag.
- [98] Hessler, P. (2001). *River Town: Two Years on the Yangtze.* New York City: Harper Perennial.
- [99] Hildebrandt, L. & Temme, D. (2006). *Probleme der Validierung mit Strukturgleichungsmodellen.* In: Sonderforschungsbereich 649: Economic Risk, Discussion Paper 82, S. 3-8. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- [100] Hirsch, A. (1997). *Was ist Lebensqualität?* In: *Diabetes Dialog* 1, S. 1-5.

- [101] Hofmann, T. (2003). *Einfluss der therapeutischen Beziehung auf Lebensqualität und Blutzuckerkontrolle bei Diabetes mellitus*. Dissertation. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- [102] Holtgrewe, U. (2009). *Narratives Interview*. In: Kühl, S.; Strodtholz, P. & Taffertshofer, A. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung*, S. 57-77. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [103] Lan, Z. (Hrsg.); Hong, M.; Luo, S.; Huang, L.; Hong, B.; Qiu, H.; Wang, Y.; Li, S.; Ni, T. & Jia, S. (2002). *RAI-Home Care Assessment Manual Version 2.0: Taiwanese version of MDS-HC 2.0*. Miaoli: National Health Research Institutes.
- [104] Hora, E. C. & Sousa, R. M. C. (2009). *Cross-Cultural Adaptation of the Instrument „Family Needs Questionnaire“*. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (4), S. 541-547. Ribeirão Preto: College of Nursing at the University of São Paulo.
- [105] Hu, Z. (2015). *Analyse der Art der institutionellen Altenpflege in China*. Beijing: Staatsinformationszentrum (Verwaltungszentrum des chinesischen E-Government-Netzwerks). Zugriff am 7. November 2015. Verfügbar unter: <http://www.sic.gov.cn/News/459/4999.htm#>
- [106] Huang, L.; Yang, T. & Ji, Z. (2003). *Applicability of the Positive and Negative Affect Scale in Chinese*. In: *Chinese Mental Health Journal*, 17 (1), S. 54-56. Beijing: China Association for Mental Health.
- [107] Huber, W.; Hofstaetter, J. G.; Hanslik-Schnabel, B.; Wurning, C. & Posch, M. (2005). *Übersetzung und psychometrische Austestung des Rotator Cuff Quality-of-Life Measure (RC-QOL) für den Gebrauch im deutschen Sprachraum*. In: *Zeitschrift für Rheumatologie*, 64 (3), S. 188-197. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- [108] IMF (2018). *World Economic Outlook (October 2018)*. Washington, D. C.: International Monetary Fund. Zugriff am 23. Oktober 2018. Verfügbar unter: <https://www.imf.org/external/datamapper/datasets/WEO>
- [109] Jabine, T.; Straf, M.; Tanur, J. & Tourangeau, R. (Hrsg.) (1984). *Cognitive Aspects of Survey Design: Building a Bridge between Disciplines*. Washington, D. C.: National Academy Press.
- [110] Jia, J.; He, X. & Jin, Y. (2018). *Statistics*. 7. Aufl. Beijing: China Renmin University Press.
- [111] Jiang, L. (2018). *Das strenge Niveau der Chinas nationalen Norm für die Sicherheit persönlicher Informationen befindet sich zwischen der*

- EU und den USA*. In: Southern Metropolis Daily. Guangzhou: Nanfang Media Group. Zugriff am 9. Februar 2018. Verfügbar unter: http://epaper.oeeee.com/epaper/A/html/2018-02/06/content_9468.htm#article
- [112] Josat, S.; Schubert, H. J.; Schnell, M. W. & Köck, C. (2006). *Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind – Eine Literaturanalyse*. In: Ausserhofer, D.; Balzer, K.; Meyer, G.; Nagl-Cupal, M.; Panfil, E.-M. & Schlüer, A.-B. (Hrsg.): *Pflege*, 19 (2), S. 79-87. Bern: Verlag Hans Huber (Hogrefe AG).
- [113] Kamin, A. M. (Hrsg.) (2014). *Dokumentarische Methode*. In: *Forschen im Praxissemester: Überblick, Methoden, Beispiele*. Paderborn: Universität Paderborn. Zugriff am 19. Mai 2015. Verfügbar unter: <https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/dokumentarische-methode/>
- [114] Kane, R. A.; Kling, K. C.; Bershady, B.; Kane, R. L.; Giles, K.; Degenholtz, H. B.; Liu, J. & Cutler, L. J. (2003). *Quality of Life Measures for Nursing Home Residents*. In: *The Journals of Gerontology, Series A*, 58 (3), S. 240-248. Oxford: Oxford University Press.
- [115] Kane, R. L.; Kane, R. A.; Bershady, B.; Degenholtz, H. B.; Kling, K. C.; Totten, A. & Jung, K. (2003). *Proxy Sources for Information on Nursing Home Residents' Quality of Life*. In: *The Journals of Gerontology, Series B*, 60 (6), S. 318-325. Oxford: Oxford University Press.
- [116] Karotsch, D. (2010). *Senioren verlangen: Lebensqualität vor Pflegequalität im Heim*. In: *Altenpflege: Vorsprung durch Wissen*, 07. Hannover: Vincentz Network GmbH & Co. KG.
- [117] Katz, S., Ford, A. B.; Moskowitz, R. W.; Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963). *Studies of Illness in the Aged – The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function*. In: *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, 185 (12), S. 914-919. Chicago: American Medical Association.
- [118] Katz, S. (1987). *The science of quality of life*. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 40, S. 459-463. Amsterdam: Elsevier.
- [119] Kelle, U.; Niggemann, C. & Metje, B. (2008). *Datenerhebung in totalen Institutionen Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung*. In: Amann, A. & Kolland, F. (Hrsg.): *Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie*, S. 163-193. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- [120] Kessler, J.; Markowitsch, H. J. & Denzler, P. (2000a). *Mini-Mental-Status-Test (MMST)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- [121] Kessler, J.; Calabrese, P.; Kalbe, E. & Berger, F. (2000b). *DemTect: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik*. In: *Psycho – Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie für Klinik und Praxis*, 26, S. 343-347. Stuttgart: Demeter Verlag im Georg Thieme Verlag.
- [122] Kleiber, D. & Filsinger, D. (Hrsg.) (1989). *Altern – bewältigen und helfen: psychosoziale Projekte zur Hilfe und Selbsthilfe*. Heidelberg: Asanger.
- [123] Kleiber, D.; Grüsser, S.; Knoll, N. & Brähler, E. (Hrsg.) (2009). *Tabuzonen der Frauen- und Männergesundheit: Psychosoziale Perspektiven*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- [124] Knecht, A. (2018). *Literaturliste zum Thema Lebensqualität*. Wien/München: www.albanknecht.de. Zugriff am 3. Oktober 2018. Verfügbar unter:
<http://www.albanknecht.de/materialien/LiteraturLebensqualitaet.pdf>
- [125] Kochskämper, S. (2018). *Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern: Eine Simulation bis 2035*. In: *IW-Report 33/18*, S. 14. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- [126] Kohlmann, T.; Bullinger, M. & Kirchberger-Blumstein, I. (1997). *German version of the Nottingham Health Profile (NHP): translation and psychometric validation*. In: *Sozial- und Präventivmedizin (Social and Preventive Medicine)*, 42, S. 175-185. Basel: Birkhäuser Verlag.
- [127] Koller, G. (2009). *Kurswechsel: Routenplaner zur Lebensqualität*. 2. Aufl. Krems an der Donau: EDITION ROESNER – artesLiteratur.
- [128] Koller, G. (2010). *Beziehungsbildung: Wie Kommunikation gelingt*. In: *Grundlagen der Lebensqualität in der Gesellschaft von morgen*, S. 8. Rohrbach bei Mattersburg: Forum Lebensqualität Österreich.
- [129] Konfuzius (400 v. Chr.). *Klassisches Buch von der kindlichen Pietät*. Qufu.
- [130] Konfuzius' Schülern (475 v. Chr.-221 v. Chr. a). *Gespräche des Konfuzius (Lun Yü)*. 2. Kapitel, 7. Abschnitt. Übersetzung von Ole Döring. Qufu.
- [131] Konfuzius' Schülern (475 v. Chr.-221 v. Chr. b). *Gespräche des Konfuzius (Lun Yü)*. 8. Kapitel. Übersetzung von Ling Yue. Qufu.

- [132] Kramer, L.; Furi, J. & Stute, P. (2014). *Die gesundheitsbezogene Lebensqualität*. In: Gynäkologische Endokrinologie, 12 (2), S. 119-123. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [133] Kruse, J.; Biesel, K. & Schmieder, C. (2011). *Metaphernanalyse: Ein rekonstruktiver Ansatz*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [134] Kruse, J. & Schmieder, C. (2012). *In fremden Gewässern. Ein integratives Basisverfahren als sensibilisierendes Programm für rekonstruktive Analyseprozesse im Kontext fremder Sprachen*. In: Kruse, J. (Hrsg.), *Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen – Eine Einführung in Theorie und Praxis*, S. 248-295. Weinheim: Beltz Juventa.
- [135] Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (2008). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber (Hogrefe AG).
- [136] Kunzmann, U.; Little, T. D. & Smith, J. (2000). *Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study*. In: *Psychology and Aging*, 15 (3), S. 511-526. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [137] Küchler, T. & Bullinger, M. (2000). *Onkologie*. In: Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin – Konzepte, Methoden, Anwendung*, S. 144-158. Landsberg am Lech: ecomed-Storck GmbH.
- [138] Küsters, I. (2014). *Narratives Interview*. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 575-580. Wiesbaden: Springer VS.
- [139] Lang, G.; Löger, B. & Amann, A. (2007). *Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life*. In: *Journal of Public Health*, 15 (2), S. 109-120. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [140] Lawton, M. P. (1975). *The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision*. In: *Journal of Gerontology*, 30 (1), S. 85-89. Oxford: Oxford University Press.
- [141] Lawton, M. P. (1997). *Assessing Quality of Life in Alzheimer Disease Research*. In: *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, S. 91-99. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [142] Layard, R. (2003). *Happiness: has social science a clue?* Vortrag. London: London School of Economics and Political Science.

- [143] Leplege, A. & Verdier, A. (1995). *The adaptation of health status measures: a discussion of certain methodological aspects of the translation procedure*. In: The International Assessment of Health-Related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis, S. 93-101. Oxford: Rapid Communication of Oxford.
- [144] Li, A. (1998). *Auswertung und Pflege von 100 Fällen von anorektalen postoperativen Schmerzen mit der linearen visuellen Analogskala*. In: Journal of Nursing Science, 13 (5), S. 313-314. Wuhan: Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology.
- [145] Li, G. & Hu, S. (2005). *Diskussion über den Forschungsrahmen der Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern*. In: Chinese Hospital Management, 25 (7), S. 26-28. Harbin: Chinese Hospital Management Verlag.
- [146] Li, G.; Shen, Y.; Chen, C.; Zhao, Y.; Li, S. & Lu, M. (1989). *An epidemiological survey of age-related dementia in an urban area of Beijing*. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 79 (6), S. 557-563. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- [147] Li, G. & Zhang, K. (2007). *Forschung zum Anreizmechanismus für medizinisches Personal*. In: Chinese Hospital Management, 27 (1), S. 20-22. Harbin: Chinese Hospital Management Verlag.
- [148] Li, P. et al. (2016). *The Quality of Life in Contemporary China*. 1. Aufl. Beijing: Social Sciences Academic Press.
- [149] Li, L.; Wang, H. & Shen, Y. (2002). *Development and psychometric tests of a Chinese version of the SF-36 Health Survey Scales*. In: Chinese Journal of Preventive Medicine, 36 (2), S.109-113. Shanghai: Chinese Medical Association.
- [150] Liang, T. (2015). *Die Bewertung und Anwendung der chinesischen Anpassung des Fragebogens für die subjektive Lebensqualität der Bewohner in Pflegeheimen*. Masterarbeit. Shanghai: Jiaotong-Universität Shanghai.
- [151] Liu, R.; Wu, S.; Hao, Y.; Gu, J.; Fang, J.; Cai, N. & Zhang, J. (2013). *The Chinese version of the world health organization quality of life instrument-older adults module (WHOQOL-OLD): Psychometric evaluation*. In: Health and Quality of Life Outcomes, 11:156. London: BioMed Central. Verfügbar unter: <http://www.hqlo.com/content/11/1/156>
- [152] Liu, Y. (2007). *Pension Quality Evaluation – Chinese Elderly Population Quality of Life Assessment and Security System*. 1. Aufl. Beijing: The Commercial Press.

- [153] Llewellyn, J. & Chaix-Viros, C. (2008). *The Business of Ageing – Older workers, older consumers: big implications for companies*. London: Nomura International Plc.
- [154] Lucas, L. (2018). *China emerges as Asia's surprise leader on data protection – Europe's GDPR rules prompt work to improve regulation across the region*. In: Financial Times. London: Verlagsgruppe Nikkei. Zugriff am 6. Juni 2018. Verfügbar unter: <https://www.ft.com/content/e07849b6-59b3-11e8-b8b2-d6ceb45fa9d0>
- [155] Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004). *Narrative Identität und Positionierung*. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zu verbaler Interaktion, Ausgabe 5, S. 166-183. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. Zugriff am 26. Juli 2014. Verfügbar unter: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2004/heft2004.html>
- [156] Magnus, G. (2008). *The Age of Aging: How Demographics are Changing the Global Economy and Our World*. 1. Aufl. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- [157] Makai, P.; Brouwer, W. B.; Koopmanschap, M. A.; Stolk, E. A.; Nieboer, A. P. (2014). *Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review*. In: Social Science & Medicine, 102, S. 83-93. Amsterdam: Elsevier.
- [158] Mannheim, K. (1964). *Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation*. In: Mannheim, K.: Wissenssoziologie, S. 91-154. Neuwied: Luchterhand.
- [159] Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- [160] Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- [161] McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3. Aufl. Oxford: Oxford University Press.
- [162] Mengzi (300 v. Chr. a). *Mengzi (Menzius): Gaozi I*. 9. Abschnitt. Übersetzung von Ling Yue. Zoucheng.
- [163] Mengzi (300 v. Chr. b). *Mengzi (Menzius): König Hui von Liang I*. Übersetzung von Ling Yue. Zoucheng.
- [164] Mergenthaler, A. (2012). *Gesundheitliche Resilienz: Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*. S. 110. Wiesbaden: Springer VS.

- [165] Mériaux, K. (2007). *The Influence of Individual Differences on Neural Correlates of Emotional and Cognitive Information Processes*. Dissertation. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- [166] Meuser, M. & Nagel, U. (1991). *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*, S. 441-471. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [167] Mey, G. & Mruck, K. (2011). *Qualitative Interviews*. In: Naderer, G. & Balzer, E. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis – Grundlagen, Methoden und Anwendungen*, 2. Aufl., S. 257-288. Wiesbaden: Gabler.
- [168] Mey, G.; Vock, R. & Ruppel, P. S. (2014). *Das narrative Interview*. In: *Qualitative Forschung*. Hamburg: Studi-Coach e.V. Zugriff am 17. Januar 2015. Verfügbar unter:
<https://studi-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/narratives-interview.html>
- [169] Meyer, R. (2013a). *Entwicklung und Validierung eines Instruments zur Erfassung subjektiver Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen bei aussagefähigen Bewohnern*. Arbeitsbericht. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- [170] Meyer, R. (2013b). *Wie Menschen in stationären Pflegeheimen ihre Lebensqualität wahrnehmen – Analyse der Bewertungen und Wünsche des Lebens im Pflegeheim anhand 25 zentraler Lebensqualitätsdimensionen*. Arbeitsbericht. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- [171] Meyer, R.; Drewniak, D.; Hovorka, T. & Schenk, L. (2019). *Questioning the Questionnaire: Methodological Challenges in Measuring Subjective Quality of Life in Nursing Homes Using Cognitive Interviewing Techniques*. In: *Qualitative Health Research*, 29 (7), S. 972-986. Thousand Oaks: SAGE Publishing.
- [172] Michler, I. (2015). *Chinesen altern schneller, als sie reich werden*. Nachricht. Berlin: WeltN24 GmbH (Axel Springer SE). Zugriff am 20. September 2016. Verfügbar unter:
<https://www.welt.de/wirtschaft/article148311613/Chinesen-altern-schneller-als-sie-reich-werden.html>
- [173] Mika, T. & Stegmann, M. (2014). *Längsschnittanalyse*. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 1077-1087. Wiesbaden: Springer VS.

- [174] Mitchell, A. J. (2009). *A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment*. In: Journal of Psychiatric Research, 43 (4), S. 411-431. Amsterdam: Elsevier.
- [175] MOHRSS (2018). *Antwort des Ministeriums für Humanressourcen und soziale Sicherheit auf die Empfehlung Nr. 4742 der ersten Sitzung des 13. Nationalen Volkskongresses*. Beijing: Ministerium für Humanressourcen und soziale Sicherheit der Volksrepublik China. Zugriff am 25. Oktober 2018. Verfügbar unter:
http://www.mohrss.gov.cn/gkml/zhql/jytabl/jydf/201811/t20181128_305845.html
- [176] Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.) (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 2. Aufl., S. 22. & 24. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [177] Morgenstern, M. (Hrsg.) (1922). *Stufen*. Kapitel 14, Psychologisches. München: Piper Verlag. Zugriff am 26. Juni 2017. Verfügbar unter:
<http://gutenberg.spiegel.de/buch/stufen-323/14>
- [178] Morris, J. & Fries, B. (1997). *Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC*. In: Journal of the American Geriatrics Society, 45, S. 1017-1024. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- [179] Morris, J. N.; Fries, B. E.; Bernabei, R. Steel, K.; Ikegami, N.; Carpenter, I.; Gilgen, R.; DuPasquier, J.-N.; Frijters, D.; Henrard, J.-C.; Hirdes, J. P. & Belleville-Taylor, P. (2009). *interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual*. Version 9.1. Washington, D. C.: interRAI.
- [180] Mosteller, F. (1989). *Final panel: Comments on the conference on advances in health status assessment*. In: Medical Care, 27, S. 282-286. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [181] Mu, X. (2014). *China Focus: Hukou reforms to help 100 mln Chinese*. Nachricht. Beijing: Xinhua. Zugriff am 13. September 2014. Verfügbar unter:
https://web.archive.org/web/20140804003645/http://news.xinhuanet.com/english/china/2014-07/30/c_133520576.htm
- [182] Mummendey, H. D. & Grau, I. (2014). *Die Fragebogen-Methode*. 6. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- [183] Myers, D. G. (2012). *Social Psychology*. 11. Aufl. New York City: McGraw-Hill Education.

- [184] Mylaeus-Renggli, M. (2006). *Entwicklung und Einführung von RAI-HC Schweiz als einheitliches Bedarfsabklärungssystem in der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause*. In: Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, 09, S. 477-486. Nidda: hpsmedia.
- [185] Noack, H. (1991). *Conceptualizing and measuring health*. In: Badura, B. & Kickbusch, I. (Hrsg.): Health promotion research: towards a new social epidemiology. WHO Regional Publications, European Series, No. 37, S. 85-112. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- [186] Nohl, A.-M. (2006). *Interview und dokumentarische Methode – Anleitungen für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [187] Noll, H.-H. (2000). *Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte*. Querschnittsgruppe „Arbeit & Ökologie“, Papers, Nr. P00-505, S. 7. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- [188] Nordenfelt, L. Y. (1993). *Quality of Life, Health and Happiness*. Aldershot: Ashgate.
- [189] Nordenfelt, L. Y. (Hrsg.) (1994). *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. S. 1-15. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- [190] Norris K. T. (1928). *Zitate*. Zugriff am 20. September 2018. Verfügbar unter: <http://www.online-literature.com/kathleen-norris/>
- [191] Oishi, S.; Diener, E.; Suh, E. & Lucas, R. E. (2001). *Value as a Moderator in Subjective Well-Being*. In: Journal of Personality, 67 (1), S. 157-184. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- [192] Pfaff, H. & Bentz, J. (1998). *Subjektive Daten – Objektive Analyse*. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, S. 311-327. München: Urban & Fischer.
- [193] PFLEGEGRAD.de (2018). *Stationäre Pflege*. Berlin: Familiara GmbH. Zugriff am 10. März 2018. Verfügbar unter: <https://www.pflegegrad.de/pflegeversicherung/stichworte/stationaere-pflege/>
- [194] Plouffe, L. & Kalache, A. (2010). *Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging*. In: Journal of Urban Health, 87 (5), S. 733-739. Dordrecht: Springer Science+Business Media.

- [195] Porzolt, F. (1996). *Messung von Lebensqualität – wie und wozu Sie das Wohlbefinden Ihrer Patienten quantifizieren sollten*. In: *Der Allgemeinarzt*, 18 (6), S. 610-624. Mainz: Kirchheim-Verlag.
- [196] Pötter, U. & Prein, G. (2014). *Verlaufsdatenanalyse*. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 1089-1100. Wiesbaden: Springer VS.
- [197] Preißinger, I. (2004). *Gesprächsorientierte Biographiearbeit und Erinnerungspflege zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter – Ein didaktisch-methodisches Konzept zur Weiterbildung und Qualifizierung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern*. Dissertation, S. 22. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- [198] Prüfer, P. & Rexroth, M. (2005). *Kognitive Interviews*. In: ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) How-to-Reihe, Nr. 15. Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- [199] Rabins, P. V. & Kasper, J. D. (1997). *Measuring Quality of Life in Dementia: Conceptual and Practical Issues*. In: *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, S. 100-104. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [200] Radcliff, B. (2013). *The Political Economy of Human Happiness: How Voters' Choices Determine the Quality of Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- [201] Rantz, M. J.; Zwygart-Stauffacher, M.; Popejoy, L.; Grando, V. T.; Mehr, D. R.; Hicks, L. L. & Bostick, J. (1999) *Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers*. In: Marilyn, H. O. (Hrsg.): *Journal of nursing care quality*, 14 (1), S. 16-37. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- [202] Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (2000). *Lebensqualitätsforschung in Deutschland – Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen*. In: Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin – Konzepte, Methoden, Anwendung*, S. 25-49. Landsberg am Lech: ecomed-Storck GmbH.
- [203] Ren, R. & Zhao, C. (2013). *Die Integration des Gesundheitssystems: Die neue Konzeption für die Gestaltung von Gesundheitsreformen auf höchster Ebene*. In: *Medicine and Philosophy*, 34 (17), S. 57-60. Dalian: Medicine and Philosophy Verlag.
- [204] Ren, R. & Gao, Q. (2014). *Das Entwicklungsmodell der Langzeitpflege für ältere Menschen in fremden Ländern und ihre Aufklärung in China*.

- In: *Medicine and Philosophy*, 17, S. 18-20. Dalian: Medicine and Philosophy Verlag.
- [205] Ren, R. (2015). *Konnotation und Merkmale der globalen Gesundheit*. In: *Medicine and Philosophy*, 36 (15), S. 1-3 & 47. Dalian: Medicine and Philosophy Verlag.
- [206] Rosenthal, G. & Loch, U. (2002). *Das Narrative Interview*. In: Schaeffer, D. & Müller-Mundt, G. (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber (Hogrefe AG).
- [207] Rubin, R. R. & Peyrot, M. (1999). *Quality of life and diabetes*. In: *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15 (3), S. 205-218. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- [208] Rupperecht, R. (1993). *Lebensqualität: theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung*. Dissertation. Erlangen-Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- [209] Ryff, C. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, S. 1069-1081. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [210] Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (2004). *Pflegerische Versorgung alter Menschen*. In: Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie – Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*, S. 477-490. Bern: Verlag Hans Huber (Hogrefe AG).
- [211] Schäfers, M. (2008). *Lebensqualität aus Nutzersicht – Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen*. S. 27. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [212] Scheibler, P. (2014). *Qualitative versus Quantitative Forschung*. In: *Qualitative Forschung*. Hamburg: Studi-Coach e.V. Zugriff am 17. Januar 2015. Verfügbar unter: <https://studi-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/qualitative-quantitative-forschung.html>
- [213] Schendera, C. F.G. (2007). *Datenqualität mit SPSS*. S. 120. München: De Gruyter Oldenbourg.
- [214] Schenk, L.; Meyer, R.; Behr, A. & Holzhausen, M. (2010). *Lebenswelt Pflegeheim – Konzeptualisierung, Messung und Analyse von Lebensqualität in der stationären Pflege (QUISTA)*. Arbeitsbericht. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- [215] Schenk, L.; Meyer, R.; Dremniak, D.; Hovorka, T. & Holzhausen, M. (2012a). *Messung und Analyse subjektiver Lebensqualität in der*

- stationären Pflege unter Einbeziehung älterer Ehrenamtlicher – Validierung eines neuen Fragebogens zur Lebensqualität (QUISTA)*. Arbeitsbericht. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- [216] Schenk, L.; Meyer, R.; Dremniak, D.; Hovorka, T. & Holzhausen, M. (2012b). *Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege (QUISTA)*. Fachtagung. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- [217] Schenk, L.; Meyer, R.; Behr, A.; Kuhlmeier, A. & Holzhausen, M. (2013). *Quality of Life in Nursing Homes: Results of a Qualitative Resident Survey*. In: *Quality of Life Research*, 22 (10), S. 2929-2938. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [218] Schirmmayer, F. (2004). *Das Methusalem-Komplott: Die Menschheit altert in unvorstellbarem Ausmaß. Wir müssen das Problem unseres eigenen Alterns lösen, um das Problem der Welt zu lösen*. 6. Aufl. München: Blessing Verlag.
- [219] Schlimper, G.; Meyer, R.; Holzhausen, M.; Behr, A. & Schenk, L. (2010). *QUISTA: Lebensqualität in der stationären Altenpflege*. In: *Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen*, 7 (2), S. 56-62. Köln: G & S Verlag GbR.
- [220] Schmitz, T. W.; Rosa, E. D. & Anderson, A. K. (2009). *Opposing Influences of Affective State Valence on Visual Cortical Encoding*. In: *Journal of Neuroscience*, 29 (22), S. 7199-7207. Washington, D. C.: Society for Neuroscience.
- [221] Schnell, R.; Hill, P. B. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 6. Aufl., S. 430-431. München: Oldenbourg.
- [222] Schumacher, J.; Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- [223] Schütze, F. (1983). *Biographieforschung und narratives Interview*. In: *neue praxis – Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 13 (3), S. 283-293. Lahnstein: Verlag neue praxis GmbH.
- [224] Schwarz, N.; Park, D. C.; Knäuper, B. & Sudman, S. (Hrsg.) (1998). *Cognition, Aging, and Self-Reports*. Levittown: Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- [225] Shakespeare, W. (1599). *Der verliebte Pilger*. Übersetzung von Gottlob Regis, 1836, Band 2. Berlin: Anselm Schlösser (Hrsg., Aufbau, 1975). Zugriff am 15. Oktober 2018. Verfügbar unter: <http://www.zeno.org/Literatur/M/Shakespeare,+William/Poetische+Werke/Der+verliebte+Pilger>

- [226] Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). *Intraclass correlation: Uses in assessing rater reliability*. In: Psychological Bulletin, 86, S. 420-428. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [227] Skevington, S. M.; Lotfy, M.; O'Connell, K. A. & WHOQOL Group (2004). *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group*. In: Quality of Life Research, 13 (2), S. 299-310. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [228] Sommerhalder, K.; Gugler, E.; Conca, A.; Bernet, M; Bernet, N.; Serdaly, C. & Hahn, S. (2015). *Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)*. Studienbericht. Bern: Berner Fachhochschule.
- [229] Sonntag, P.-T.; Baer, N.-R.; Kuhlmeier, A.; Suhr R. & Schenk, L. (2018). *Qualität und Qualitätsmessung in der Langzeitpflege aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer*. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Kapitel 9, S. 85-96. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [230] Spech, E. (2003). *Lebensqualität bei Patienten mit chronisch venösen und arteriellen Ulcera cruris*. Dissertation. Würzburg: Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
- [231] Staatsrat (1978). *Rundschreiben des Staatsrates über die Ausstellung „Vorübergehende Maßnahmen des Staatsrates für die Bereitstellung alter, schwacher, kranker und behinderter Kader“ und „Vorübergehende Maßnahmen des Staatsrates für die Pensionierung und den Rücktritt der Arbeitnehmer“*. Nr. 104. Beijing: Staatsrat der Volksrepublik China. Zugriff am 25. März 2011. Verfügbar unter: http://www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/07/content_9552.htm
- [232] Staatsrat (1998). *Beschluss vom Staatsrat über die Einrichtung des Basiskrankenversicherungssystems für städtische Arbeitnehmer*. Nr. 44. Beijing: Staatsrat der Volksrepublik China. Zugriff am 4 Juni 2010. Verfügbar unter: http://www.mohrss.gov.cn/gkml/zlbmxgwj/ylbx_3063/201407/t20140717_136151.html
- [233] Staatsrat (2014). *Stellungnahmen des Staatsrates zur weiteren Förderung der Reform des Haushaltsregistrierungssystems*. Nr. 25. Beijing: Staatsrat der Volksrepublik China. Zugriff am 13. September 2014. Verfügbar unter: http://www.gov.cn/zhengce/content/2014-07/30/content_8944.htm

- [234] Staiger, B.; Friedrich, S. & Schütte, H.-W. (Hrsg.) (2003). *Das große Chinalexikon: Geschichte – Geographie – Gesellschaft – Politik Wirtschaft – Bildung – Wissenschaft – Kultur*. Hamburg: Primus Verlag.
- [235] StBA (2018). *Pflegestatistik 2017: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- [236] Stockmar, S. (2004). *Salutogenese – ein neuer Blick auf Mensch und Welt. Gespräch mit dem Arzt Jürgen Schürholz*. In: die Drei – Zeitschrift für Anthroposophie in Wissenschaft, Kunst und sozialem Leben, 8/9, S. 113-120. Frankfurt am Main: mercurial-Publikationsgesellschaft.
- [237] Stolle, C. (2012). *Wirkungen und Effekte des Resident Assessment Instrument (RAI Home Care 2.0) in der ambulanten Pflege in Deutschland*. Dissertation. Bremen: Universität Bremen.
- [238] Sumii, H. (2009). *Japanische Pflegeversicherung*. Übersetzung von ZHANG Tianmin, LIU Xukun & JI Jianhong. Beijing: Verlag China Arbeit und soziale Sicherheit.
- [239] Süß, H.-M. (2003). *Culture fair*. In: Kubinger, K. D. & Jäger, R. S. (Hrsg.): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik, S. 82-86. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- [240] The Economist (2011). *The world in 2100 – The world's population pyramid is changing shape*. London: The Economist Newspaper Limited. Zugriff am 9. Juni 2012. Verfügbar unter: http://www.economist.com/blogs/dailychart/2011/05/world_population
- [241] Thomas, W.; Muck-Weich, C. & Schonecke, O. W. (1996). *Methoden psychologischer Diagnostik*. In: Adler, R. H.; Herrmann, J. M.; Köhle, K.; Schonecke, O. W.; von Uexküll, T. & Wesiack, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 5. Aufl., S. 322-341. München: Urban & Schwarzenberg.
- [242] Tian, J.; Liu, Y.; Zhang, S.; Wang, W.; Gongye, H. & Zhang, X. (2019). *Translation and reliability and validity testing of Chinese version of InterRAI Home Care*. In: Chinese Journal of Nursing, 54 (2), S. 199-205. Beijing: Chinese Nursing Association.
- [243] Tiit, E.-M.; Saks, K. (2008). *Subjective Quality of Life of Care-Dependent Older People in Five European Union Countries*. In: Vaarama, M.; Pieper, R.; Sixsmith, A. (Hrsg.): Care-Related Quality of Life in Old Age, S. 153-167. New York City: Springer Science+Business Media.

- [244] Totis, A. (2010). *Lebensqualität, Persönlichkeitsveränderungen, Selbstwertschätzung und klinische Ergebnisse nach Brustaugmentation: eine retrospektive Studie*. Dissertation. München: Technische Universität München.
- [245] Trading Economics (2018). *Personal Savings*. Zugriff am 21. September 2018. Verfügbar unter:
<https://tradingeconomics.com/country-list/personal-savings>
- [246] UN (2002). *Madrid Plan of Action and its Implementation*. New York City: Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung für Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen.
- [247] UN (2015). *The 2030 Agenda for Sustainable Development: 17 Sustainable Development Goals (SDGs)*. New York City: Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung für Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen.
- [248] UN (2018). *2018 Revision of World Urbanization Prospects*. New York City: Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung für Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen.
- [249] UN (2019a). *Growing at a slower pace, world population is expected to reach 9.7 billion in 2050 and could peak at nearly 11 billion around 2100*. New York City: Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung für Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen. Zugriff am 18. Juni 2019. Verfügbar unter:
<https://www.un.org/development/desa/en/news/population/world-population-prospects-2019.html>
- [250] UN (2019b). *World Population Prospects: The 2019 Revision*. New York City: Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung für Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen.
- [251] UN (2020). *2020 World Population by Country (Live)*. Walnut: World Population Review. Zugriff am 10. August 2020. Verfügbar unter:
<http://worldpopulationreview.com>
- [252] Unschuld, P. U. (2014). *Ware Gesundheit – Das Ende der klassischen Medizin*. 3. Aufl. München: Verlag C.H.Beck.
- [253] Unschuld, P. U. (2016). *Chinas Trauma – Chinas Stärke: Niedergang und Wiederaufstieg des Reichs der Mitte*. Wiesbaden: Springer Vieweg.
- [254] Vaismoradi, M.; Turunen, H. & Bondas, T. (2013). *Content Analysis and Thematic Analysis: Implications for Conducting a Qualitative Descriptive Study*. In: *Nursing & Health Sciences*, 15 (3), S. 398-405. Yamaguchi: Yamaguchi University.

- [255] Veenhoven, R. (1997). *Lebenszufriedenheit der Bürger: Ein Indikator für die „Lebbarkeit“ von Gesellschaften?* In: Noll, H.-H. (Hrsg.): Sozialberichterstattung in Deutschland – Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen, S. 267-293. Weinheim: Juventa Verlag GmbH.
- [256] von Heideken Wägert, P.; Rönmark, B.; Rosendahl, E.; Lundin-Olsson, L.; Gustavsson, J. M. C.; Nygren, B.; Lundman, B.; Norberg, A. & Gustafson, Y. (2005). *Morale in the oldest old: the Umeå 85+ study*. In: *Age and Aging*, 34 (3), S. 249-255. Oxford: Oxford University Press.
- [257] Wagner, H.-J. (1999). *Rekonstruktive Methodologie*. Opladen: Leske + Budrich.
- [258] Wahl, H.-W. (2009). *Lebensqualität von Heimbewohnern*. In: Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen*, S. 30-34. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- [259] Walker, A. (2005). *Understanding quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.
- [260] Walter, W. (1994). *Strategien der Politikberatung: Die Interpretation der Sachverständigen-Rolle im Lichte von Experteninterviews*. In: Hitzler, R.; Honer, A. & Maeder, C. (Hrsg.): *Expertenwissen: Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*, S. 268-284. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [261] Wang, J.; Wang, J.; Cao, Y.; Jia, S. & Wu, B. (2016). *Older Residents' Perspectives of Long-Term Care Facilities in China*. In: *Journal of Gerontological Nursing*, 42 (8), S. 34-43. Thorofare: SLACK Inc.
- [262] Wang, J.; He, Y. & Wang, Y. (2018). *Medizinische Versorgung an verschiedenen Orten, direkte Krankenversicherungsabrechnung im Minutentakt*. Nachricht. Beijing: Renmin Ribao. Zugriff am 20. August 2018. Verfügbar unter:
http://paper.people.com.cn/rmrb/html/2018-07/16/nw.D110000renmrb_20180716_1-09.htm
- [263] Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and item Selection*. In: *Medical Care*, 30, S. 473-483. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [264] Watson, D.; Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). *Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6),

- S. 1063-1070. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- [265] Watson, D. & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form*. Ames: The University of Iowa.
- [266] Wee, S.-L. (2011). *Chinesische Gesellschaft mag „alt bevor es reich wird“ sein*. Nachricht. Beijing: Reuters. Zugriff am 10. Juni 2012. Verfügbar unter:
<http://cn.reuters.com/article/CNAnalysesNews/idCNCHINA-4210620110427?pageNumber=2&virtualBrandChannel=0&sp=true>
- [267] Weidekamp-Maicher, M. (2016). *Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege – Ein Rahmenmodell*. Fachtagung. Düsseldorf: Hochschule Düsseldorf.
- [268] Weidekamp-Maicher, M. (2018). *Messung von Lebensqualität im Kontext stationärer Pflege*. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*. Kapitel 8, S. 71-83. Berlin/Heidelberg: Springer Science+Business Media.
- [269] Wen, Y. et al. (2017). *Research on the Development Strategy of Healthy Aging*. National Publication Foundation: Engineering Science and Technology Development Strategy Research Series. 1. Aufl. Shanghai: Shanghai Scientific & Technical Publishers.
- [270] WHO (1952). *Constitution of the World Health Organization*. Handbook of Basic Documents, 5. Aufl., S. 3-20. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- [271] WHO (1997). *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. S. 1. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- [272] WHO (1999). *Basic Document*. Chinese Version, 42. Aufl., S. 1. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- [273] WHO (2004). *Better Palliative Care for Older People*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- [274] WHO (2007). *Globale altersfreundliche Städte – ein Leitfaden*. S. 4. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- [275] WHO und Alzheimer's Disease International (2012). *Dementia: a public health priority*. S. 13 & 24. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- [276] Wingenfeld, K.; Engels, D.; Kleina, T.; Mehlan, S.; Franz, S. & Engel H. (2011). *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*.

- Abschlussbericht, S. 19. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- [277] Wong, E.; Woo, J.; Hui, E. & Ho, S. C. (2004). *Examination of the Philadelphia Geriatric Morale Scale as a Subjective Quality-of-Life Measure in Elderly Hong Kong Chinese*. In: *The Gerontologist*, 44 (3), S. 408-417. Oxford: Oxford University Press.
- [278] Wood-Dauphinee, S. (1999). *Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?* In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 52 (4), S. 355-363. Amsterdam: Elsevier.
- [279] Wu, C. & Yao, G. (2006). *Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the satisfaction with life scale*. In: *Personality and Individual Differences*, 40, S. 1259-1268. Amsterdam: Elsevier.
- [280] Wu, S.; Pan, F. et al. (2014). *SPSS – Statistical Analysis*. Beijing: Tsinghua University Press.
- [281] Xiao, H.; Yoon, J. Y. & Bowers, B. J. (2017). *Quality of life of nursing home residents in China: A mediation analysis*. In: *Nursing & Health Sciences*, 19 (2), S. 149-156. Yamaguchi: Yamaguchi University.
- [282] Xu, D.; Gao, J.; Chen, L.; Mou, H.; Wang, X.; Ling, J. & Wang, K. (2019a). *Development of a quality of life questionnaire for nursing home residents in mainland China*. In: *Quality of Life Research*, 28 (8), S. 2289-2297. Basel: Springer International Publishing.
- [283] Xu, D.; Arling, G. & Wang, K. (2019b). *A cross-sectional study of self-rated health among older adults: A comparison of China and the United States*. In: *BMJ Open*, 9: e027895. London: BMJ Publishing Group Ltd. Verfügbar unter:
<https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e027895>.
- [284] Yue, L. (2010). *Reform der städtischen Krankenversicherung in China: Situationsanalyse, Probleme und Perspektiven*. Masterarbeit. Berlin: Freie Universität Berlin.
- [285] Zapf, W. (1984). *Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität*. In: Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.): *Lebensqualität in der Bundesrepublik*, S. 13-26. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- [286] Zhang, L.; Gan, Q. & Wu, X. (Hrsg.) (2013). *Anwendung von SPSS 19.0 (chinesische Version) in der Biostatistik*. 3. Aufl. Xiamen: Xiamen University Press.

- [287] Zhang, M; Yu, E. & He, Y. (1995). *Fragebogen und Anwendungshinweise der Skala für die Aktivitäten des täglichen Lebens*. In: Shanghai Archives of Psychiatry (Ergänzung), S. 5-6. Shanghai: Shanghai Mental Health Center.
- [288] Zhang, W. (2005). *Sozialwesen in China*. Dissertation, S. 30-31. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- [289] Zhang, W. & Zhong, Y. (2013). *IBM SPSS – Data Analysis and Mining Essence of Actual Cases*. Beijing: Tsinghua University Press.
- [290] Zhang, W. & Li, G. (2015). *Studie zum Auftreten katastrophaler Gesundheitsausgaben bei älteren Menschen und deren Einflussfaktoren*. In: Journal of Shanghai Jiaotong University (Medical Science), 35 (3). Shanghai: Jiaotong-Universität Shanghai.
- [291] Zhong, B.; Xu, Y.; Xie, W. & Liu, X. (2019). *Quality of life of older Chinese adults receiving primary care in Wuhan, China: A multi-center study*. PeerJ 7: e6860. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.7717/peerj.6860>
- [292] Zhou, C. et al. (2009). *Indicator Construction and Evaluation of Quality of Life*. 1. Aufl. Beijing: Economic Science Press.
- [293] Zhu, N. (2013). *China to advance household registration reforms*. Nachricht. Beijing: Xinhua. Zugriff am 26. April 2013. Verfügbar unter: https://web.archive.org/web/20130110020013/http://news.xinhuanet.com/english/china/2013-01/07/c_132086572.htm

11 ANHANG

11.1 QUISTA – FINALVERSION

11.2 QUISTA – FINALVERSION-ANHANG

11.3 QUISTA – ZWEITE FASSUNG

11.4 QUISTA – VIERTE FASSUNG

11.5 QUISTA-C – TESTVERSION (2. F.)

11.6 QUISTA-C – TESTVERSION (2. F.)-ANHANG

11.7 QUISTA-C – VOR-FINALVERSION (4. F.)

11.8 QUISTA-C – VOR-FINALVERSION (4. F.)-ANHANG

11.9 QUISTA-C – FINALVERSION (6. F.)

11.10 QUISTA-C – HEIMINTERVIEW

11.11 QUISTA-C – NARRATIVES INTERVIEW

11.12 QUISTA-C – FINALVERSION-WIEDERHOLUNGSTEST

11.13 QUISTA-C – EXPERTENINTERVIEW

11.14 QUISTA-C – FINALVERSION (7. F.)

11.15 QUISTA-C – FINALVERSION (7. F.)-ANHANG

(Siehe letzte angehängte Seiten)

EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema „Subjektive Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege in China – eine empirische Untersuchung zur vergleichenden Analyse von Befunden aus China und Deutschland“ eigenständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken (dazu zählen auch Internetquellen) entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Berlin, 12. Dezember 2020

Ling Yue

EINSICHTNAHME

Mit der Einsichtnahme meiner wissenschaftlichen Dissertation durch Studierende im Fachbereich „Erziehungswissenschaft und Psychologie“ an der Freien Universität Berlin erkläre ich mich einverstanden. Alle übrigen Rechte behalte ich mir vor. Zitate sind nur mit vollständigen bibliographischen Angaben und dem Vermerk „unveröffentlichtes und unkorrigiertes Manuskript einer Dissertation“ zulässig.

Berlin, 12. Dezember 2020

Ling Yue

LEBENSLAUF

Aus Datenschutzgründen wird der Lebenslauf nicht in der elektronischen Fassung veröffentlicht.

(For reasons of data protection, the curriculum vitae is not published in the electronic version.)

Berlin, 12. Dezember 2020

Ling Yue

Fragebogen:

Lebensqualität

von

Pflegeheimbewohnern



Institut für Medizinische Soziologie

Interviewnummer: _____

Heimnummer: _____

Uhrzeit Beginn: _____

Uhrzeit Ende: _____

Pflegestufe (vom Heim angeben lassen):

- 1
- 2
- 3
- Härtefallregelung

Zimmer:

- Mehrbett
- Doppel
- Einzel

MMST: _____ Punkte (bei einem Wert ≤ 17 Abbruch)

Guten Tag Herr..../ Frau....

Ich komme von der Charité in Berlin. Unser Institut führt eine Befragung durch, die sich mit den Lebensumständen von Pflegeheimbewohnern befasst.

Ich bin unabhängig vom Heim und Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Ihre Antworten werden weder an das Heimpersonal noch an andere Dritte weitergegeben.

F014**Geschlecht:** *Mann* *Frau***F015 Alter?**

Jahre: _____

F016 Und in welchem Jahr ist der Bewohner Heim in dieses Heim gezogen?

FZ1 Durchführung des Interviews?

(Monat/Jahr)

Monat: _____

Jahr: _____

F001a Denken Sie bitte zunächst einmal an das Pflegeheim, in dem Sie leben. Ich werde Ihnen nun Aussagen vorlesen, die verschiedene Aspekte vom Heimleben behandeln. Überlegen Sie bitte, wie das bei Ihnen in den letzten zwei Wochen war. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wir sind lediglich an Ihrer Meinung interessiert.

(Liste 01 vorlegen und bis Frage F002t liegenlassen!)

	In den letzten zwei Wochen...	nie	selten	manchmal	oft	immer
a	...habe ich gut geschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	...hatte ich Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	... bin ich an der frischen Luft gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	... hat mir das Essen geschmeckt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	... fühlte ich mich in meiner Ruhe gestört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	... habe ich mich mit anderen Bewohnern interessant unterhalten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	In den letzten zwei Wochen...	nie	selten	manchmal	oft	immer
g	... habe ich Kontakt zu Freunden oder Bekannten gehabt, die nicht hier im Heim wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	... hatte meine Familie Zeit für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	... konnten sich die Pflegekräfte Zeit für mich nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	... habe ich mich einsam gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	...war mir langweilig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	... habe ich Dinge getan, die mir Freude bereitet haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	... ist es vorgekommen, dass man mich über wichtige Heimangelegenheiten nicht informiert hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	... habe ich über meinen Tagesablauf selbst bestimmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	In den letzten zwei Wochen...	nie	selten	manchmal	oft	immer
o	... hatte ich Angst vergesslich zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	... wurde die Pflege so durchgeführt, wie ich mir das wünsche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	... gab es Situationen, in denen ich mich geschämt habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wie ist das bei Ihnen?	nie	selten	manchmal	oft	immer
a	In meinem Zimmer fühle ich mich wohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Ich fühle mich zu Hause hier im Heim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	Ich fühle mich von den Pflegekräften ernst genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Hier im Heim sind die Bewohner freundlich zueinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Ich habe guten Kontakt zu den Pflegekräften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Hier gibt es interessante Beschäftigungsmöglichkeiten f. mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	Wenn ich Hilfe brauche, dann kümmert man sich hier um mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	Ich bin auf die Hilfe der Pflegekräfte angewiesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	Ich mache mir finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	Ich verbringe meine Zeit sinnvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002 Es gibt ja verschiedene Meinungen darüber, was zu einem guten Leben im Pflegeheim dazugehört. Als nächstes geht es um Ihre ganz persönlichen Wünsche und Bedürfnisse. Überlegen Sie bitte, ob Sie die folgenden Wünsche nie, selten, manchmal, oft oder immer haben.

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer
a	... dass Sie Ihr Zimmer anders einrichten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	... dass Sie hier mehr Ruhe haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	...dass Sie besser schlafen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	... dass das Essen besser schmeckt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	... dass es hier mehr Bewohner gibt, mit denen Sie sich interessant unterhalten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	... dass die Bewohner hier etwas freundlicher zueinander sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	... dass Sie mehr Kontakt zu Freunden oder Bekannten haben, die nicht hier im Heim leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer
h	...dass Ihre Familie mehr Zeit für Sie hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	... dass Sie näheren Kontakt zu anderen Menschen haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	...dass die Pflegekräfte Ihnen stärker bei den Sachen helfen, die Sie selbst nicht mehr tun können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	...dass Ihr Kontakt zu den Pflegekräften besser ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	... dass sich die Pflegekräfte mehr Zeit für Sie nehmen könnten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	... dass Sie öfter mal die Möglichkeit haben, an der frischen Luft zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	... dass es interessantere Beschäftigungsmöglichkeiten gibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer
o	... dass Sie stärker selbst über Ihren Tagesablauf entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	...dass Sie Ihre Zeit sinnvoller verbringen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	... dass Sie besser über wichtige Heimangelegenheiten informiert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	... dass Sie von den Pflegekräften ernster genommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	... dass die Pflege hier anders durchgeführt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	... dass Sie finanziell besser abgesichert sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u	... dass Sie selber noch mehr Dinge ohne fremde Hilfe tun können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Liste 01 entfernen!)

F003 (Schritt 1)

Ich lege Ihnen jetzt einen Stapel mit Kärtchen vor. Auf diesen finden Sie ganz unterschiedliche Aspekte, die das Leben im Pflegeheim betreffen. Nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit und wählen Sie die Karten aus, die für Sie persönlich *besonders wichtig* sind. Sie können so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Bitte mischen Sie die 17 Karten zunächst. Nun legen Sie dem Interviewten 6 zufällig gezogene Karten vor. Von diesen lassen Sie den Bewohner die wichtigsten auswählen. Legen Sie die ausgewählten Karten dann zur Seite.)

(Schritt 2)

Bitte wählen Sie auch aus dem folgenden Stapel jene Karten aus, die für Sie persönlich *besonders wichtig* sind. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Sie legen dem Bewohner nun weitere 6 Karten aus dem Stapel vor. Die vom Bewohner ausgewählten Karten legen Sie wiederum zu den anderen bereits ausgewählten Karten hinzu.)

(Schritt 3)

Bitte wählen Sie auch aus folgendem Stapel jene Karten aus, die für Sie persönlich *besonders wichtig* sind. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Legen Sie nun dem Bewohner die 5 verbliebenen Karten aus dem Stapel vor, lassen Sie die wichtigsten auswählen und legen Sie diese Karten zu den bereits ausgewählten Karten.)

(Schritt 4)

(Nehmen Sie sich nun den Stapel aller bisher ausgewählten Karten und kreuzen Sie bitte die Nummern der ausgewählten Karten in der folgenden Tabelle an. Die Nummern der Karten finden Sie jeweils unten rechts auf den Karten.)

Nr. 01	Nr. 02	Nr. 03	Nr. 04	Nr. 05	Nr. 06	Nr. 07	Nr. 09
Nr. 10	Nr. 11	Nr. 12	Nr. 13	Nr. 14	Nr. 15	Nr. 16	Nr. 17

(Schritt 5)

Ich zeige Ihnen nun die Karten, die Sie als besonders wichtig ausgewählt haben. Wählen Sie hiervon bitte wiederum die für sie wichtigsten Karten aus. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Achtung!!! Das Vorgehen richtet sich nun nach der Anzahl der bisher ausgewählten Karten)

- *(Falls in Schritt 1 bis 3 insgesamt 1 bis 6 Karten ausgewählt wurden [also maximal 6 Karten in die Tabelle eingetragen wurden]):*
- *(legen sie diese Karten bitte dem Bewohnern erneut vor und lassen Sie von ihm die wichtigsten Karten auswählen.)*
- *(Falls in Schritt 1 bis 3 insgesamt 7 bis 12 Karten ausgewählt wurden):*
- *(teilen Sie die ausgewählten Karten in zwei möglichst gleich große Stapel und legen sie diese beiden Stapel jeweils erneut vor und lassen jeweils die wichtigsten Karten auswählen.)*
- *(Falls in Schritt 1 bis 3 insgesamt mehr als 13 Karten ausgewählt wurden: teilen Sie die Karten in drei möglichst gleichgroße Stapel auf und lassen Sie die jeweils wichtigsten davon auswählen)*

(Schritt 6)

- *(Nehmen Sie sich nun alle in Schritt 5 ausgewählten Karten und kreuzen Sie bitte die Nummern dieser Karten in der folgenden Tabelle an.):*

Nr. 01	Nr. 02	Nr. 03	Nr. 04	Nr. 05	Nr. 06	Nr. 07	Nr. 09
Nr. 10	Nr. 11	Nr. 12	Nr. 13	Nr. 14	Nr. 15	Nr. 16	Nr. 17

(Schritt 7)

Ich zeige Ihnen nun die Karten, die Sie als die wichtigsten ausgewählt haben. Zeigen Sie

mir doch bitte die Karte, die für sie die allerwichtigste ist.

(Sie nehmen sich nun alle in Schritt 6 ausgewählten Karten und legen dem Bewohner diese wiederum vor und lassen die allerwichtigste Karte auswählen. Die Nummer dieser Karte tragen Sie in folgendes Feld ein)

Karte Nr.: _____

(Bitte erneut Uhrzeit eintragen: _____ Uhr

F004 Wir haben nun über Vieles gesprochen. Möglicherweise habe ich den einen oder anderen Aspekt für ein „gutes Leben“ noch nicht erwähnt. Gibt es noch Punkte, die für Ihr Leben besonders wichtig sind?

F005 Fühlen Sie sich durch das Interview ermüdet?

- Nein
- Ja, ein wenig
- Ja, sehr stark

**F006 Ich möchte Ihnen nun eine sehr allgemeine Frage stellen:
Alles in allem betrachtet - wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben?
Sie haben sechs Antwortmöglichkeiten, so ähnlich wie Schulnoten.
Würden Sie sagen,...**

(Liste 2 vorlegen!)

- 1=es gibt praktisch nichts zu verbessern
- 2=Sie sind sehr zufrieden
- 3=Sie sind zufrieden
- 4=Sie sind eher unzufrieden
- 5=Sie sind sehr unzufrieden
- 6=es könnte fast nicht schlimmer sein

F007 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen Beschreiben?

(Liste 03 vorlegen!)

- 1 = Ausgezeichnet
 - 2 = Sehr gut
 - 3 = Gut
 - 4 = Weniger gut
 - 5 = Schlecht
-
-

F008 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

(Liste 05 vorlegen!)

- 1 = Keine Schmerzen
 - 2 = Sehr leicht
 - 3 = Leicht
 - 4 = Mäßig
 - 5 = Stark
 - 6 = Sehr stark
-
-

F0M13 Vorhandensein chronischer Krankheiten**Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheiten?**

(Raterhinweis: Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfn, z.B. Diabets, oder Herzerkrankungen)

- Nein
- Ja

wenn ja - Wie viele?: _____

F017 War es Ihr eigener Wunsch ins Heim zu ziehen?

- Nein
 Ja
-
-

F018a Wo haben Sie gewohnt, bevor Sie in dieses Heim gezogen sind?

- In einer privaten Wohnung (*weiter bei Frage F019a*)
 In einem anderen Heim
 Andere Haushaltsform (*bitte beschreiben lassen*):

(weiter bei Frage F019a)

F018b Wie lange haben Sie in diesem Heim gelebt?

----- Monate

F019a Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?

- Nein (*weiter mit Frage F020a*)
 Ja

 (*keine Angabe*) (*weiter mit Frage F020a*)

F019b Welcher Glaubensgemeinschaft gehören Sie an?

- Der römisch-katholischen Kirche (*weiter mit Frage F020a*)
 - Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen)
(*weiter mit Frage F020a*)
 - Einer evangelischen Freikirche (*weiter mit Frage F020a*)
 - Einer anderen, christlichen Religionsgemeinschaft
(*weiter mit Frage F020a*)
 - Einer anderen, nicht-christlichen Religionsgemeinschaft
-
-

F019d Würden Sie sich als gläubigen Menschen bezeichnen?

(*Falls Nachfrage, was gläubig bedeutet:
„Gläubig im weitesten Sinne des Wortes“*)

- Ja
 - Nein
-
-

F020a Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

- Ja (*weiter mit Frage F021*)
 - Nein

 - (*keine Angabe*) (*weiter mit Frage F021*)
-
-

Migrationshintergrund

F0M6 In welchem Land sind Sie geboren?

(Raterhinweis: Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war.

Beispiel: „Tschechien“ statt „Tschechoslowakei“).

In Deutschland (in den heutigen Grenzen):

In einem anderen Land, und zwar: _____

F0M7 Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

(Raterhinweis: **Mehrfachnennungen** möglich.)

Deutsch:

Andere, und zwar: _____

Ost/West

F0M8 Wo haben Sie im Jahr 1988 gewohnt?

Auf dem Gebiet der ehemaligen DDR:

Auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland:

Weder noch:

F021 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

(Liste 16 vorlegen)

- Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Volks- oder Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) der DDR 8. oder 9. Klasse
- Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) der DDR 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium, EOS, Berufsschule mit Abitur)
- Abitur über zweiten Bildungsweg nachgeholt
- Anderen Abschluss (*bitte notieren*):

- keinen Abschluß
- (*keine Angabe*)

F022 Welche beruflichen Ausbildungsabschlüsse haben Sie?

Was alles auf dieser Liste trifft auf Sie zu?

(Mehrfachnennungen möglich!) (Liste 17 vorlegen!)

- Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung
- Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule, Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung) abgeschlossen
- Ausbildung an einer Fachschule der DDR abgeschlossen

- Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Bachelor an (Fach-)Hochschule abgeschlossen
- Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom, Master)
- Universitätsabschluss (z.B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master)
- Promotion
- Einen anderen beruflichen Abschluss,

und zwar: _____

- (keine Angabe)*

F023a Sind Sie früher berufstätig gewesen?

- Ja
- Nein *(weiter mit Frage F024a)*

F024a Haben oder hatten Sie Geschwister?

- Ja
- Nein *(weiter mit Frage F025)*
- (keine Angabe) (weiter mit Frage F025)*

F024b Wie viele lebende Schwestern und/oder Brüder haben Sie?

_____ lebende Brüder

_____ lebende Schwestern

F024c Wie viele verstorbene Schwestern und/oder Brüder haben Sie?

_____ verstorbene Brüder

_____ verstorbene Schwestern

F024d Zu wie vielen Ihrer Schwester/Brüder haben Sie noch regelmäßig Kontakt?

_____ Brüder/Schwestern

F025 Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet und lebe mit meinem/meiner Ehepartner/-in zusammen
 - Verheiratet und lebe von meinem/meiner Ehepartner/-in getrennt
 - Ledig
 - Geschieden
 - Verwitwet
 - Lebe mit meinem Partner gemeinsam
 - In Partnerschaft aber nicht zusammenlebend

 - (*keine Angabe*)
-
-

F026a Haben oder hatten Sie eigene Kinder?

- Ja
 Nein (*Interview beenden*)
 (*keine Angabe*)
-
-

F026b Wie viele Kinder haben Sie?

_____ Kinder

F026d Zu wie vielen Ihrer Kinder haben Sie noch regelmäßig Kontakt?:

_____ Kinder

Das Interview ist nun zu Ende. Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit.

Ab hier nur für den Interviewer!!!

01 Wo wurde das Interview durchgeführt?

- Auf dem Zimmer der Befragungsperson
 - In einem Gemeinschaftsraum
 - Sonstiges, und zwar _____
-
-

02 Wurde das Interview abgebrochen?

- Nein (*weiter mit Frage 5*)
 - Ja
-
-

03 Abbruch bei Item-Nummer: _____

04 Abbruchgründe:

(*Mehrfachnennungen möglich!*)

- Sehkraft
 - Hörvermögen
 - Orientiertheit (Verwirrtheit)
 - Artikulationsfähigkeit
 - Kontaktfähigkeit
 - Allgemeinzustand
 - Kooperationsbereitschaft
 - andere Gründe, und zwar: _____
- _____
-
-

Bemerkungen:

Fragebogen:

Lebensqualität
von
Pflegeheimbewohnern



Institut für Medizinische Soziologie

Lebensqualität im Pflegeheim

Studie zur Erfassung von Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern

Institut für Medizinische Soziologie CC1

Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier

Lebensqualität im Heim

Projektleitung: Dr. Liane Schenk
Projektkoordination: Roger Meyer

Dependance
Luisenstraße 57
10117 Berlin
Fon +49 30 450 529175
liane.schenk@charite.de
www.charite.de/medsoz

18.06.2008

Betreuerinformation zur Studie Lebensqualität im Pflegeheim für

Herrn/Frau _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchten wir Sie über eine bevorstehende Bewohnerbefragung informieren. Bei der Befragung werden die Zufriedenheiten der Bewohner in unterschiedlichen Lebensbereichen erhoben. Beispielsweise geht es bei der Befragung darum zu erfahren, wie zufrieden die Bewohner mit den Beschäftigungsangeboten im Heim sind. Zudem möchten wir erfahren, welche Lebensbereiche den Bewohnern besonders wichtig sind. Der von Ihnen betreute Bewohner wird um eine Teilnahme an der Befragung gebeten werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ablauf und Dauer der Teilnahme

Es findet lediglich eine mündliche Befragung statt. Im Rahmen eines individuellen Gesprächs wird der von Ihnen betreute Bewohner im Detail über die Studie durch die Studienmitarbeiter unterrichtet. Die Teilnahme an der Studie gliedert sich dann in folgende Schritte:

1. Nach Absprache wird ein Termin für die Befragung vereinbart.
2. Durch einen geschulten Studienmitarbeiter wird der Bewohner zum Thema Lebensqualität interviewt. Um den Bewohner nicht zu überlasten wird vor dem Interview ein kurzer Eignungstest durchgeführt. Sollte der Bewohner es wünschen, kann er die Befragung jederzeit abbrechen. Durch diese Entscheidung entstehen ihm/ihr keinerlei Nachteile.

Datenschutz

Alle Daten der Befragung werden vertraulich und anonym behandelt werden. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten enthalten weder den Namen des Bewohners noch seine/ihre Adresse oder Zimmernummer.

Durch Ihre Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Interviewer die Angaben Ihrer zu betreuenden Person für die o.g. Studie erheben und verarbeiten darf. Mit Ihrer Unterschrift halten Sie fest, dass Sie im Rahmen Ihrer Betreuung berechtigt sind, über eine Studienteilnahme zu entscheiden. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen zurückziehen. Hierzu wenden Sie sich bitte an das Heim. Der Weiterverarbeitung der Daten können Sie widersprechen und deren Löschung bzw. Vernichtung verlangen. Sie haben zur Kenntnis genommen, dass nach Abschluss des Interviews mit Ihrer betreuten Person ein Widerspruch nicht mehr möglich ist, da danach alle Daten im Institut nur noch anonym vorliegen und der Person, die widersprochen hat, nicht mehr zugeordnet werden können. Wenn Sie bisher nicht beantwortete Fragen über haben, können Sie gerne die folgenden Studienmitarbeiter des durchführenden Instituts für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin kontaktieren: Roger Meyer, Tel. 030/ 450 529186, Email: roger.meyer@charite.de

Wenn Sie Ihre Erlaubnis zur Studienteilnahme der zu betreuenden Person zu geben, bitten wir Sie, beigefügte Einverständniserklärung zu unterschreiben, und an das Heim zurückzugeben. Diese wird in der Pflegeeinrichtung verbleiben, und nach drei Jahren vernichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Frau Professor Kuhlmeiy

Lebensqualität im Pflegeheim**Studie
zur Erfassung von Lebensqualität
bei Pflegeheimbewohnern****Institut für Medizinische Soziologie CC1**
Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy**Lebensqualität im Heim**
Projektleitung: Dr. Liane Schenk
Projektkoordination: Roger MeyerDependance
Luisenstraße 57
10117 Berlin
Fon +49 30 450 529175
liane.schenk@charite.de
www.charite.de/medsoz**Einwilligungserklärung der Betreuer/in**

(verbleibt im Heim)

Name, Vorname: _____

Name der unterschreibenden Betreuerin / des Betreuers

Name, Vorname: _____

Name der Bewohnerin/ des Bewohners

Geburtsdatum des Bewohners: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich anhand des Schreibens vom 18.06.2008 „Betreuerinformation zur Studie Lebensqualität im Pflegeheim“ ausreichend über die Befragung informiert wurde. Ich wurde insbesondere darüber informiert, dass alle Angaben vertraulich und anonym durch die Studienmitarbeiter und die Interviewer behandelt werden. Ich bin im Rahmen meiner Betreuung berechtigt, über eine Studienteilnahme zu entscheiden. Mir wurde zugesichert, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen zurückziehen, einer Weiterverarbeitung der Daten jederzeit widersprechen und deren Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass nach Abschluss des Interviews mit meiner zu betreuenden Person ein Widerspruch nicht mehr möglich ist, da danach alle Daten im Institut nur noch anonym vorliegen und der Person, die widersprochen hat, nicht mehr zugeordnet werden können.

Ich stimme der Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung der von mir betreuten Person im Rahmen der Studie zu.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene **anonyme** Daten auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet, verarbeitet und die Studienergebnisse in einer Form veröffentlicht werden, die **keine** Rückschlüsse auf die betreute Personen zulässt.

_____ (Ort) _____, den _____ (Datum)

(Unterschrift des Betreuers/ der Betreuerin)

Lebensqualität im Pflegeheim

Studie zur Erfassung von Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern

Institut für Medizinische Soziologie CC1

Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

Lebensqualität im Heim

Projektleitung: Dr. Liane Schenk
Projektkoordination: Roger Meyer

Dependance
Luisenstraße 57
10117 Berlin
Fon +49 30 450 529175
liane.schenk@charite.de
www.charite.de/medsoz

18.06.2008

Bewohnerinformation zur Studie Lebensqualität im Pflegeheim

Liebe Bewohnerin, lieber Bewohner,

mit dieser Bewohnerinformation möchten wir Ihnen die notwendigen Erklärungen zu der bevorstehenden Bewohnerbefragung zukommen lassen. Ziel dieser Studie ist es, mehr über das Leben von Pflegeheimbewohnern zu erfahren.

Ablauf und Dauer der Teilnahme

Es findet lediglich eine mündliche Befragung statt. Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig

Ihre Teilnahme an der Studie gliedert sich dann in folgende Schritte:

1. Nach Absprache mit Ihnen als Studienteilnehmer wird ein Termin für die Befragung, durch die Studienmitarbeiter vereinbart. Im Rahmen eines individuellen Gesprächs wird im Detail über die Ziele, den Zweck und den Ablauf der Studie berichtet.
2. Ein geschulter Studienmitarbeiter wird mit Ihnen ein Gespräch zum Thema Lebensqualität durchführen. Um Sie nicht zu überlasten wird vor dem Interview ein kurzer Eignungstest durchgeführt. Sollten Sie es wünschen, kann die

Befragung durch Sie jederzeit abgebrochen werden. Durch diese Entscheidung entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Datenschutz

Alle Daten der Befragung werden vertraulich und anonym behandelt werden. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten enthalten weder Ihren Namen noch Ihre Adresse oder Ihre Zimmernummer. Durch Ihre Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Interviewer Ihre Angaben für die o.g. Studie erheben und verarbeiten darf.

Wenn Sie bisher nicht beantwortete Fragen über die Studie haben oder eine Beratung brauchen, können Sie gerne die folgenden Studienmitarbeiter des durchführenden Instituts für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin kontaktieren: Roger Meyer, Tel. 030.450.5291.86

Wenn Sie alles richtig verstanden und sich entschieden haben, an der Untersuchung teilzunehmen, bitten wir Sie die anhängende Einverständniserklärung zu unterschreiben, und an den Mitarbeiter zurückzugeben, der sie Ihnen ausgehändigt hat. Diese wird in der Pflegeeinrichtung verbleiben, und nach drei Jahren vernichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Frau Professor Kuhlmeiy)

Lebensqualität im Pflegeheim**Studie
zur Erfassung von Lebensqualität
bei Pflegeheimbewohnern****Institut für Medizinische Soziologie CC1**
Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier**Lebensqualität im Heim**
Projektleitung: Dr. Liane Schenk
Projektkoordination: Roger MeyerDependance
Luisenstraße 57
10117 Berlin
Fon +49 30 450 529175
liane.schenk@charite.de
www.charite.de/medsoz**Einwilligungserklärung Bewohner/in**
(verbleibt im Heim)

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

dass ich sowohl mündlich als auch schriftlich ausreichend über die Befragung informiert wurde. Ich wurde insbesondere darüber informiert, dass alle meine Angaben vertraulich und anonym behandelt werden. Ich hatte die Möglichkeit, meine Fragen hierzu in einem Gespräch zu klären und genügend Zeit, mich für oder gegen eine Befragung zu entscheiden.

Mir wurde zugesichert, dass meine Teilnahme freiwillig erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen kann. Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der Studie teilzunehmen.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten/Angaben über meine Gesundheit und mein Wohlbefinden verschlüsselt und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und die Studienergebnisse in anonymer Form veröffentlicht werden.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

Unterschrift Studienteilnehmerin/Studienteilnehmer

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Studienteilnehmer/in am _____ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben. Ich habe sämtliche Fragen des Studienteilnehmers beantwortet.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Name und Unterschrift des aufklärenden Interviewers)

Fragebogen:

Lebensqualität
von
Pflegeheimbewohnern
(Pilotstudie)



Institut für Medizinische Soziologie

Laufende Nummer: _____
Interviewnummer: _____
Heimnummer: _____
Uhrzeit Beginn: _____
Uhrzeit Ende: _____
Jahr des Heimeintritts: _____

Pflegestufe:

- 0
 1
 2
 3
 Härtefallregelung

Guten Tag Herr..../ Frau....

Ich komme von der Charité in Berlin. Unser Institut führt eine Befragung durch, die sich mit den Lebensumständen von Pflegeheimbewohnern befasst.

Ich bin unabhängig vom Heim und Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Ihre Antworten werden weder an das Heimpersonal noch an andere Dritte weitergegeben. Darüberhinaus werden wir Ihren Namen nicht erheben und auch nicht weitergeben.

F001a

Denken Sie bitte zunächst einmal an das Pflegeheim, in dem Sie leben. Ich werde Ihnen nun Aussagen vorlesen, die verschiedene Aspekte vom Heimleben behandeln. Überlegen Sie bitte, wie das bei Ihnen *in den letzten zwei Wochen* war. Sagen Sie mir dann, ob das bei Ihnen nie, selten, manchmal, oft oder immer der Fall ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind lediglich an Ihrer Meinung interessiert.

(Liste 1 vorlegen und bis Frage F002 liegenlassen)

	in den letzten zwei Wochen	nie	selten	manchmal	oft	immer	(weiß nicht)	(keine Angabe)	(uneindeutig)
a	...habe ich gut geschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	...hatte ich Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	... bin ich an der frischen Luft gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	... hat mir das Essen geschmeckt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	... fühlte ich mich in meiner Ruhe gestört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	in den letzten zwei Wochen	nie	selten	manchmal	oft	immer	<i>(weiß nicht)</i>	<i>(keine Angabe)</i>	<i>(uneindeutig)</i>
f	... habe ich mich mit anderen Bewohnern interessant unterhalten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	... gab es hier Streitigkeiten unter den Bewohnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	... habe ich Kontakt zu Freunden oder Bekannten gehabt, die nicht hier im Heim wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	... hatte meine Familie Zeit für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	... konnten sich die Pflegekräfte Zeit für mich nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	... habe ich mich einsam gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	...war mir langweilig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	in den letzten zwei Wochen	nie	selten	manchmal	oft	immer	<i>(weiß nicht)</i>	<i>(keine Angabe)</i>	<i>(uneindeutig)</i>
m	... habe ich Dinge getan, die mir Freude bereitet haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	... ist es vorgekommen, dass man mich über wichtige Heimangelegenheiten nicht informiert hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	... habe ich über meinen Tagesablauf selbst bestimmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	... hatte ich Angst vergesslich zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	... wurde die Pflege so durchgeführt, wie ich mir das wünsche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	... gab es Situationen, in denen ich mich geschämt habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F001b

Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor. Sagen Sie mir bitte, wie das bei Ihnen ist. Sie haben wieder die Antwortmöglichkeiten nie, selten, manchmal, oft oder immer.

	Wie ist das bei Ihnen?	nie	selten	manchmal	oft	immer	<i>(weiß nicht)</i>	<i>(keine Angabe)</i>	<i>(uneindeutig)</i>
a	In meinem Zimmer fühle ich mich wohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Ich fühle mich zu Hause hier im Heim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Ich nehme gerne an den Beschäftigungsangeboten vom Heim teil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Ich habe Kontakt zu Pflegekräften, die ich besonders mag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Ich fühle mich von den Pflegekräften als Person ernst genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	Ich sage hier meine Meinung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

g	Wenn ich Hilfe brauche, dann kümmert man sich hier um mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	Ich erledige meine Dinge oder Angelegenheiten selbstständig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	Ich mache mir finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002

Es gibt ja verschiedene Meinungen darüber, was zu einem guten Leben im Pflegeheim dazugehört. Als nächstes geht es um Ihre ganz persönlichen Wünsche und Bedürfnisse. Überlegen Sie bitte, ob Sie die folgenden Wünsche nie, selten, manchmal, oft oder immer haben.

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer	<i>(weiß nicht)</i>	<i>(keine Angabe)</i>	<i>(uneindeutig)</i>
a	... dass Sie Ihr Zimmer anders einrichten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	... dass Sie hier mehr Ruhe haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	...dass Sie besser schlafen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	... dass das Essen besser schmeckt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer	<i>(weiß nicht)</i>	<i>(keine Angabe)</i>	<i>(uneindeutig)</i>
e	... dass es hier mehr Bewohner gibt, mit denen Sie sich interessant unterhalten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	... dass die Bewohner hier etwas freundlicher zueinander sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	... dass Sie mehr Kontakt zu Freunden oder Bekannten haben, die nicht hier im Heim leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	... dass sie mehr Kontakt zu Ihrer Familie haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	... dass Sie näheren Kontakt zu anderen Menschen haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer	<i>(weiß nicht)</i>	<i>(keine Angabe)</i>	<i>(uneindeutig)</i>
j	... dass die Pflegekräfte Ihnen stärker bei den Sachen helfen, die Sie selbst nicht mehr tun können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	... dass die Pflegekräfte etwas liebevoller zu Ihnen sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	... dass man sich hier mehr um Sie kümmert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	... dass Sie öfter mal die Möglichkeit haben, an der frischen Luft zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	... dass es interessantere Beschäftigungsmöglichkeiten gibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	... dass Sie stärker selbst über Ihren Tagesablauf entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer	<i>(weiß nicht)</i>	<i>(keine Angabe)</i>	<i>(uneindeutig)</i>
p	... dass Sie besser über wichtige Heimangelegenheiten informiert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	... dass Sie öfter nach Ihrer Meinung gefragt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	... dass Sie von den Pflegekräften ernster genommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	... dass die Pflege hier anders durchgeführt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	... dass Sie finanziell besser abgesichert sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F003a

Möglicherweise habe ich den einen oder anderen Aspekt für ein „gutes Leben“ noch nicht erwähnt. Gibt es noch Punkte, die für Ihr Leben besonders wichtig sind?

nichts genannt (*weiter mit Frage F004*)

Aspekt 1: _____

Aspekt 2: _____

Aspekt 3: _____

Aspekt 4: _____

F003b

(Nur vorlesen, wenn der Befragte weitere Gründe genannt hat)

Und sind Sie *(damit)* zufrieden?

Aspekt 1: _____

Ja

Nein

Aspekt 2: _____

Ja

Nein

Aspekt 3: _____

Ja

Nein

Aspekt 4: _____

Ja

Nein

F004

Ich möchte Ihnen nun eine sehr allgemeine Frage stellen:

Alles in allem betrachtet - wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben?

(Liste 2 vorlegen)

Sie haben sechs Antwortmöglichkeiten, so ähnlich wie Schulnoten.

Würden Sie sagen,...

1=es gibt praktisch nichts zu verbessern

2=Sie sind sehr zufrieden

3=Sie sind zufrieden

4=Sie sind eher unzufrieden

5=Sie sind sehr unzufrieden

6=es könnte fast nicht schlimmer sein

F005

(Befragt wird):

- Mann
 Frau
-
-

F006

Abschließend hätte ich noch einige Fragen zur Statistik.

Würden Sie mir bitte zunächst sagen, in welchem Jahr Sie geboren wurden?

Jahr: _____

F007

Und in welchem Jahr sind Sie in dieses Heim hier gezogen?

(Falls der Befragte angibt vor wie vielen Jahren er ins Heim gezogen ist, bitte zurückrechnen)

F008

Wo haben Sie gewohnt, bevor Sie in dieses Heim gezogen sind?

- In einer privaten Wohnung
 In einem anderen Heim
 Andere Haushaltsform *(bitte beschreiben lassen):*
-
-

F009

Ich lese Ihnen jetzt verschiedene mögliche Gründe vor, die dazu führen können, dass Menschen in ein Heim ziehen. Sagen Sie mir bitte bei jedem möglichen Grund, ob er auf Ihre Situation zutrifft, oder nicht zutrifft.

		trifft zu	trifft nicht zu
a	Es hat die Gefahr bestanden, dass ich stürze und mich verletze.		
b	Ich bin gestürzt und habe mich verletzt.		
c	Ich bin plötzlich krank geworden.		
d	Ich hatte einen Schlaganfall/Gehirnschlag.		
e	Ich hatte einen Herzinfarkt.		
f	Mein Gesundheitszustand hat sich immer weiter verschlechtert.		
g	Ich habe immer mehr Hilfe und Unterstützung benötigt.		
h	Meine Angehörigen waren mit meiner Betreuung zu belastet.		
i	Zu Hause hatte ich zu wenig Unterstützung.		
j	Ich habe immer weniger Besuch bekommen.		
k	Ich war oft allein.		
l	Ich konnte allein nicht mehr „außer Haus“.		
m	Ich hätte die Wohnung umbauen, oder umziehen müssen.		

		trifft zu	trifft nicht zu
n	Ich habe mich nicht mehr sicher gefühlt.		
o	Meine Angehörigen haben mir geraten, ins Heim zu ziehen.		
p	Jene Person, die mich hauptsächlich betreut hat, konnte das nicht mehr.		
q	Jene Person, die mich hauptsächlich betreut hat, ist erkrankt.		
r	Jene Person, die mich hauptsächlich betreut hat, ist verstorben.		
s	Ich wollte niemanden zur Last fallen.		
t	Es war mein eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen.		

F010

Gab es noch andere Gründe, die ich noch nicht genannt habe?

F011

Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?

Wenn Ja welcher?

- nein
 (keine Angabe)

F012

Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

- deutsche
 andere _____
 (keine Angabe)

F013

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
(Falls der Befragte spontan antwortet, und sich einer Kategorie zuzordnen lässt, nicht mehr vorlesen)

(Liste 3 vorlegen)

- Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss
(Volksschulabschluss)
- Volks- oder Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) der DDR 8.
oder 9. Klasse
- Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) der
DDR 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur
(Gymnasium, EOS, Berufsschule mit Abitur)
- Abitur über zweiten Bildungsweg nachgeholt
- Anderen Abschluss *(bitte notieren):*

- keinen Abschluß
- keine Angabe

F014a

Sind Sie früher berufstätig gewesen?

- Ja
- Nein *(weiter bei F015)*

F014b

Bis zu welchem Jahr sind Sie hauptberuflich erwerbstätig gewesen?

F015**Haben oder hatten Sie Geschwister?**

_____ Lebende Schwestern

_____ Lebende Brüder

_____ Verstorbene Schwestern

_____ Verstorbene Brüder

 keine Angabe**F016****Welchen Familienstand haben Sie?** Ledig Verheiratet Geschieden/ getrennt lebend Verwitwet keine Angabe**F017****Haben Sie eigene Kinder?** Ja Nein keine Angabe

Kartenspiel

(Schritt 1)

Ich lege Ihnen jetzt einen Stapel mit Kärtchen vor. Auf diesen finden Sie ganz unterschiedliche Aspekte, die das Leben im Pflegeheim betreffen. Nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit und wählen Sie die Karten aus, die für Sie persönlich besonders wichtig sind. Sie können so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Bitte mischen Sie die 17 Karten zunächst. Nun legen Sie dem Interviewten 6 zufällig gezogene Karten vor. Von diesen lassen sie den Bewohner die wichtigsten auswählen. Legen Sie die ausgewählten Karten dann zur Seite.)

(Schritt 2)

Bitte wählen Sie auch aus folgendem Stapel jene Karten aus, die für Sie persönlich besonders wichtig sind. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Sie legen dem Bewohner nun weitere 6 Karten aus dem Stapel vor. Die vom Bewohner ausgewählten Karten legen sie wiederum zu den anderen bereits ausgewählten Karten hinzu.)

(Schritt 3)

Bitte wählen Sie auch aus folgendem Stapel jene Karten aus, die für Sie persönlich besonders wichtig sind. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Legen Sie nun dem Bewohner die fünf verbliebenen Karten aus dem Stapel vor, lassen Sie die wichtigsten auswählen und legen Sie diese Karten zu den bereits ausgewählten Karten.)

(Schritt 4)

(Nehmen Sie sich nun den Stapel aller bisher ausgewählten Karten und kreuzen Sie bitte die Nummern der ausgewählten Karten in der folgenden Tabelle an. Die Nummern der Karten finden Sie jeweils unten rechts auf den Karten.)

Nr. 01	Nr. 02	Nr. 03	Nr. 04	Nr. 05	Nr. 06	Nr. 07	Nr. 08	Nr. 09
Nr. 10	Nr. 11	Nr. 12	Nr. 13	Nr. 14	Nr. 15	Nr. 16	Nr. 17	

(Schritt 5)

Ich zeige Ihnen nun die Karten, die Sie als besonders wichtig ausgewählt haben. Wählen Sie hiervon bitte wiederum die für sie wichtigsten Karten aus. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Achtung!!! Das Vorgehen richtet sich nun nach der Anzahl der bisher ausgewählten Karten)

(• Falls in Schritt 1 bis 3 insgesamt 1 bis 6 Karten ausgewählt wurden [also maximal 6 Karten in die Tabelle eingetragen wurden]:

- legen sie diese Karten bitte dem Bewohnern erneut vor und lassen Sie von ihm die wichtigsten Karten auswählen.

(• Falls in Schritt 1 bis 3 insgesamt 7 bis 12 Karten ausgewählt wurden:

- teilen Sie die ausgewählten Karten in zwei möglichst gleich große Stapel und legen sie diese beiden Stapel jeweils erneut vor und lassen jeweils die wichtigsten Karten auswählen.

Beispiel: Der Interviewte hatte insgesamt (in den Schritten 1 bis 3) 7 Karten ausgewählt. Da es mehr als 6 Karten waren, teilen Sie also die Karten in zwei möglichst gleichgroße Stapel (4 und 3 Karten) und legen Sie ihm diese jeweils vor und lassen Sie wieder die wichtigsten Punkte auswählen.)

(Falls in Schritt 1 bis 3 insgesamt mehr als 13 Karten ausgewählt wurden: teilen Sie die Karten in drei möglichst gleichgroße Stapel auf und lassen Sie die jeweils wichtigsten davon auswählen)

(Schritt 6)

(• Nehmen Sie sich nun alle in Schritt 5 ausgewählten Karten und kreuzen Sie bitte die Nummern dieser Karten in der folgenden Tabelle an.)

Nr. 01	Nr. 02	Nr. 03	Nr. 04	Nr. 05	Nr. 06	Nr. 07	Nr. 08	Nr. 09
Nr. 10	Nr. 11	Nr. 12	Nr. 13	Nr. 14	Nr. 15	Nr. 16	Nr. 17	

(Schritt 7)

Ich zeige Ihnen nun die Karten, die Sie als die wichtigsten ausgewählt haben. Zeigen Sie mir doch bitte die Karte, die für sie die allerwichtigste ist.

(• Sie nehmen sich nun alle in Schritt 6 ausgewählten Karten und legen dem Bewohner diese wiederum vor und lassen die allerwichtigste Karte auswählen. Die Nummer dieser Karte tragen Sie in folgendes Feld ein)

F018

Können Sie mir die wichtigste Karte zeigen?

Allerwichtigste Karte: Nr. _____

Das Interview ist zu Ende. Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit.

Ab hier nur für den Interviewer!!!

Die folgenden Fragen gelten nur dem Interviewer und werden nicht dem Bewohner gestellt.

F019

Wie sympathisch ist der/die Befragte?

Bitte entscheiden Sie spontan nach Ihrem ersten Eindruck.

- 1=unsympathisch
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7=sympathisch

F020a

Wurde das Interview mit dem /der Befragten allein durchgeführt oder waren während des Interviews dritte Personen anwesend?

Wenn ja, welche?

- Interview wurde mit der Befragungsperson durchgeführt
(weiter bei Frage F021)
- Ehegatte/Partner war anwesend
- Pflegepersonal war anwesend
- Familienangehörige waren anwesend
- Andere Bewohner waren anwesend
- Sonstige Personen waren anwesend, und zwar: _____

F020b

Hat jemand von den anwesenden Personen in das Interview eingegriffen?

- Ja, manchmal
 - Ja, häufig
 - Nein
-
-

F021

Wo wurde das Interview durchgeführt?

- Auf dem Zimmer der Befragungsperson
 - In einem Gemeinschaftsraum
-
-

F022

Wie war die Bereitschaft des /der Befragten, die Fragen zu beantworten?

- Durchweg Gut
 - Durchweg Mittelmäßig
 - Durchweg Schlecht
 - Anfangs gut, später schlecht
 - Anfangs schlecht, später besser
-
-

F023

Für wie zuverlässig halten Sie die Angaben des /der Befragten?

- Gut
 - Eingeschränkt
 - Schlecht
 - Bei manchen Fragen weniger zuverlässig, und zwar bei: _____
-
-

F024a

Wurde das Interview abgebrochen?

- Nein
 - Ja
-
-

F024b

Uhrzeit des Abbruchs: _____

F024c

Abbruch bei Frage: _____

F024d

Abbruchgründe:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Sehkraft
 - Hörvermögen
 - Orientiertheit (Verwirrtheit)
 - Artikulationsfähigkeit
 - Kontaktfähigkeit
 - Allgemeinzustand
 - Kooperationsbereitschaft
 - andere Gründe, und zwar: _____
-
-

F025

Demographische Angaben des Interviewers:

Geschlecht:

Alter:

höchster Schulabschluß_

F026

Haben Sie schon einmal als Interviewer gearbeitet?

- Nein
 - Ja
 - Falls ja, wann war das: _____
-
-

F027**Haben Sie die Fragen exakt vorgelesen?**

- Fragen wurden exakt vorgelesen
- Leichte Änderungen bei folgenden Fragen:

- Starke Änderungen bei folgenden Fragen:

F028**Welche Fragen wurden von dem Interviewten Ihrer Meinung nach nicht verstanden?**

F029**Gab es Probleme oder Herausforderungen während der Interviewsituation?**

- Nein
 - Ja (*bitte beschreiben*)
-
-

F030

Gab es Situationen während des Interviews, die für Sie überraschend waren/auf die Sie nicht vorbereitet waren?

- Nein
- Ja (*bitte beschreiben*)

F031

Gab es Situationen während des Interviews, die Ihnen unangenehm waren?

- Nein
- Ja (*bitte beschreiben*)

F032

Fanden Sie die Länge des Interviews für Sie als Interviewer persönlich angemessen?

- Ja
 - Nein, zu lang
 - Nein, zu kurz
-
-

F033

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie? (*bitte frei antworten*)

F034

Würden Sie erneut als Interviewer tätig sein?

- Ja
- Nein
- Falls Nein, aus welchen Gründen?

F035

Region des Heimes

- städtisch
- ländlich

F036

Heimgröße

- -
 -
 -
-
-

F037

Trägerschaft

- Privat
 - Freigemeinnützig
 - Öffentlich
-
-

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!!!

Fragebogen:

Lebensqualität
von
Pflegeheimbewohnern
(Pilotstudie)



Institut für Medizinische Soziologie

Interviewnummer: _____

Heimnummer: _____

Uhrzeit Beginn: _____

Uhrzeit Ende: _____

Pflegestufe (vom Heim angeben lassen):

- 0
- 1
- 2
- 3
- Härtefallregelung

Zimmer (erfragen):

- Mehrbett
- Doppel
- Einzel

MMST: _____ Punkte (bei einem Wert ≤ 17 Abbruch)

Guten Tag Herr..../ Frau....

Ich komme von der Charité in Berlin. Unser Institut führt eine Befragung durch, die sich mit den Lebensumständen von Pflegeheimbewohnern befasst.

Ich bin unabhängig vom Heim und Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Ihre Antworten werden weder an das Heimpersonal noch an andere Dritte weitergegeben.

F001a Denken Sie bitte zunächst einmal an das Pflegeheim, in dem Sie leben. Ich werde Ihnen nun Aussagen vorlesen, die verschiedene Aspekte vom Heimleben behandeln. Überlegen Sie bitte, wie das bei Ihnen in den letzten zwei Wochen war. Sagen Sie mir dann, ob das bei Ihnen nie, selten, manchmal, oft oder immer der Fall ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wir sind lediglich an Ihrer Meinung interessiert.

(Liste 01 vorlegen und bis Frage F002t liegenlassen!)

	In den letzten zwei Wochen...	nie	selten	manchmal	oft	immer
a	...habe ich gut geschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	...hatte ich Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	... bin ich an der frischen Luft gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	... hat mir das Essen geschmeckt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	... fühlte ich mich in meiner Ruhe gestört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	... habe ich mich mit anderen Bewohnern interessant unterhalten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	In den letzten zwei Wochen...	nie	selten	manchmal	oft	immer
g	... habe ich Kontakt zu Freunden oder Bekannten gehabt, die nicht hier im Heim wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	... hatte meine Familie Zeit für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	... konnten sich die Pflegekräfte Zeit für mich nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	... habe ich mich einsam gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	...war mir langweilig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	... habe ich Dinge getan, die mir Freude bereitet haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	... habe ich mich über Heimangelegenheiten gut informiert gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	... habe ich über meinen Tagesablauf selbst bestimmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	In den letzten zwei Wochen...	nie	selten	manchmal	oft	immer
o	... hatte ich Angst vergesslich zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	... wurde die Pflege so durchgeführt, wie ich mir das wünsche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	... gab es Situationen, in denen ich mich geschämt habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F001b

	Wie ist das bei Ihnen?	nie	selten	manchmal	oft	immer
a	In meinem Zimmer fühle ich mich wohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Ich fühle mich zu Hause hier im Heim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	Ich fühle mich von den Pflegekräften ernst genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Hier im Heim sind die Bewohner freundlich zueinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Ich habe guten Kontakt zu den Pflegekräften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Hier gibt es interessante Beschäftigungsmöglichkeiten f. mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	Wenn ich Hilfe brauche, dann kümmert man sich hier um mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	Ich bin auf die Hilfe der Pflegekräfte angewiesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	Ich mache mir finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	Ich verbringe meine Zeit sinnvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002 Es gibt ja verschiedene Meinungen darüber, was zu einem guten Leben im Pflegeheim dazugehört. Als nächstes geht es um Ihre ganz persönlichen Wünsche und Bedürfnisse. Überlegen Sie bitte, ob Sie die folgenden Wünsche nie, selten, manchmal, oft oder immer haben.

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer
a	... ein anderes Zimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	... näheren Kontakt zu anderen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	...dass Sie besser schlafen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	... dass das Essen besser schmeckt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	... dass es hier mehr Bewohner gibt, mit denen Sie sich interessant unterhalten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	... dass die Bewohner hier etwas freundlicher zueinander sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	... dass Sie mehr Kontakt zu Freunden oder Bekannten haben, die nicht hier im Heim leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer
h	...dass Ihre Familie mehr Zeit für Sie hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	... dass Sie hier mehr Ruhe haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	...dass die Pflegekräfte Ihnen stärker bei den Sachen helfen, die Sie selbst nicht mehr tun können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	...besseren Kontakt zu den Pflegekräften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	... dass sich die Pflegekräfte mehr Zeit für Sie nehmen könnten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	... dass Sie öfter mal die Möglichkeit haben, an der frischen Luft zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	... dass es interessantere Beschäftigungsmöglichkeiten gibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	... dass Sie stärker selbst über Ihren Tagesablauf entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wünschen Sie sich,...	nie	selten	manchmal	oft	immer
p	...dass Sie Ihre Zeit sinnvoller verbringen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	... dass Sie besser über Heimangelegenheiten informiert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	... dass Sie von den Pflegekräften ernster genommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	... dass die Pflege hier in anderer Weise durchgeführt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	... dass Sie finanziell besser abgesichert sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Liste 01 entfernen!)

(Bitte erneut Uhrzeit eintragen: _____ Uhr)

F003 (Schritt 1)

Ich lege Ihnen jetzt einen Stapel mit Kärtchen vor. Auf diesen finden Sie ganz unterschiedliche Aspekte, die das Leben im Pflegeheim betreffen. Nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit und wählen Sie die Karten aus, die für Sie persönlich *besonders wichtig* sind. Sie können so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Bitte mischen Sie die 16 Karten zunächst. Nun legen Sie dem Interviewten 4 zufällig gezogene Karten vor. Von diesen lassen Sie den Bewohner die wichtigsten auswählen. Legen Sie die ausgewählten Karten dann zur Seite.)

(Schritt 2)

Bitte wählen Sie auch aus dem folgenden Stapel jene Karten aus, die für Sie persönlich *besonders wichtig* sind. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Sie legen dem Bewohner nun weitere 4 Karten aus dem Stapel vor. Die vom Bewohner ausgewählten Karten legen Sie wiederum zu den anderen bereits ausgewählten Karten hinzu.)

(Schritt 3 + Schritt 4 analog fortführen)

(Nehmen Sie sich nun den Stapel aller bisher ausgewählten Karten und kreuzen Sie bitte die Nummern der ausgewählten Karten in der folgenden Tabelle an. Die Nummern der Karten finden Sie jeweils unten rechts auf den Karten.)

Nr. 01	Nr. 02	Nr. 03	Nr. 04	Nr. 05	Nr. 06	Nr. 07	Nr. 08	Nr. 09
Nr. 10	Nr. 11	Nr. 12	Nr. 13	Nr. 14	Nr. 15	Nr. 16	Nr. 17	

(Schritt 5)

Ich zeige Ihnen nun die Karten, die Sie als besonders wichtig ausgewählt haben. Wählen Sie hiervon bitte wiederum die für sie wichtigsten Karten aus. Sie können wiederum so viele Karten auswählen, wie Sie möchten.

(Achtung!!! Das Vorgehen richtet sich nun nach der Anzahl der bisher ausgewählten Karten)

- *(Falls in Schritt 1 bis 4 insgesamt 1 bis 4 Karten ausgewählt wurden [also maximal 4 Karten in die Tabelle eingetragen wurden]:*
- *(legen sie diese Karten bitte dem Bewohnern erneut vor und lassen Sie von ihm die wichtigsten Karten auswählen.)*
- *(Falls in Schritt 1 bis 4 insgesamt 5 bis 8 Karten ausgewählt wurden):*
- *(teilen Sie die ausgewählten Karten in zwei möglichst gleich große Stapel und legen sie diese beiden Stapel jeweils erneut vor und lassen jeweils die wichtigsten Karten auswählen.)*
- *(Falls in Schritt 1 bis 4 insgesamt mehr als 8 Karten ausgewählt wurden: teilen Sie die Karten in drei möglichst gleichgroße Stapel auf und lassen Sie die jeweils wichtigsten davon auswählen)*

(Schritt 6)

- *(Nehmen Sie sich nun alle in Schritt 5 ausgewählten Karten und kreuzen Sie bitte die Nummern dieser Karten in der folgenden Tabelle an.):*

Nr. 01	Nr. 02	Nr. 03	Nr. 04	Nr. 05	Nr. 06	Nr. 07	Nr. 08	Nr. 09
Nr. 10	Nr. 11	Nr. 12	Nr. 13	Nr. 14	Nr. 15	Nr. 16	Nr. 17	

(Schritt 7)

Ich zeige Ihnen nun die Karten, die Sie als die wichtigsten ausgewählt haben. Zeigen Sie mir doch bitte die Karte, die für sie die allerwichtigste ist.

(Sie nehmen sich nun alle in Schritt 6 ausgewählten Karten und legen dem Bewohner diese wiederum vor und lassen die allerwichtigste Karte auswählen. Die Nummer dieser Karte tragen Sie in folgendes Feld ein)

Karte Nr.: _____

(Bitte erneut Uhrzeit eintragen: _____ Uhr)

F004 Wir haben nun über Vieles gesprochen.

Möglicherweise habe ich den einen oder anderen Aspekt für ein „gutes Leben“ noch nicht erwähnt. Gibt es noch etwas, was für Ihr Leben besonders wichtig ist?

F005 Fühlen Sie sich durch das Interview ermüdet?

- Nein
- Ja, ein wenig
- Ja, sehr stark

**F006 Ich möchte Ihnen nun eine sehr allgemeine Frage stellen:
Alles in allem betrachtet - wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben?
Sie haben sechs Antwortmöglichkeiten, so ähnlich wie Schulnoten.
Würden Sie sagen,...**

(Liste 2 vorlegen!)

- 1=es gibt praktisch nichts zu verbessern
- 2=Sie sind sehr zufrieden
- 3=Sie sind zufrieden
- 4=Sie sind eher unzufrieden
- 5=Sie sind sehr unzufrieden
- 6=es könnte fast nicht schlimmer sein

F007 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen Beschreiben?

(Liste 03 vorlegen!)

- 1 = Ausgezeichnet
 - 2 = Sehr gut
 - 3 = Gut
 - 4 = Weniger gut
 - 5 = Schlecht
-
-

F008 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

(Liste 05 vorlegen!)

- 1 = Keine Schmerzen
 - 2 = Sehr leicht
 - 3 = Leicht
 - 4 = Mäßig
 - 5 = Stark
 - 6 = Sehr stark
-
-

F010 Jetzt geht es darum, ob und wie andere für Sie da sind. Bitte sagen Sie mir anhand dieser Liste, was für Sie zutrifft.

(Liste 06 vorlegen!)

	stimmt nicht (1)	stimmt kaum (2)	stimmt eher (3)	stimmt genau (4)
Es gibt Menschen, die mich wirklich gern haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn es mir schlecht geht, zeigen andere mir, dass sie mich mögen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich traurig bin, gibt es Menschen, die mich aufmuntern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt Menschen, die mir ihre Hilfe anbieten, wenn ich sie brauche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mir alles zuviel wird, helfen mir andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F012 In den nachstehenden Aussagen geht es darum, wie Sie Ihr Leben insgesamt beurteilen. Ich lese Ihnen nun Sätze vor, und Sie schätzen ein, inwieweit diese Aussagen auf Sie zutreffen.

(Liste 08 vorlegen!)

	stimme genau zu (1)	stimme eher zu (2)	weder/noch (3)	stimme eher nicht zu (4)	stimme gar nicht zu (5)
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F013 Bitte sagen Sie mir anhand dieser Liste zu jeder der folgenden Fragen oder Aussagen die für Sie persönlich zutreffende Antwort:

(Liste 09 vorlegen!)

a	Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?	Sehr oft ↔ Sehr selten/nie										
		<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7			
1	2	3	4	5	6	7						
b	Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?	Sehr oft ↔ Sehr selten/nie										
		<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7			
1	2	3	4	5	6	7						
<i>(Liste 10 vorlegen!)</i>												
f	Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...	<table border="1"> <tr> <td>...Sie spüren, wie schön es ist, zu leben</td> <td style="text-align: center;">↔</td> <td>...Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	...Sie spüren, wie schön es ist, zu leben	↔	...Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben	1	2	3	4	5	6	7
...Sie spüren, wie schön es ist, zu leben	↔	...Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben										
1	2	3	4	5	6	7						
<i>(Liste 12 vorlegen!)</i>												

F014 (Befragt wird):

- Mann
 Frau
-
-

F015 Abschließend hätte ich noch einige Fragen zur Statistik.
Würden Sie mir bitte zunächst sagen, wie alt Sie sind?

Jahre: _____

- (keine Angaben)
-
-

F016 Und in welchem Jahr sind Sie in dieses Heim hier gezogen?
(Falls der Befragte angibt vor wie vielen Jahren er ins Heim gezogen ist,
bitte zurückrechnen)

- (keine Angaben)
-
-

F017 War es Ihr eigener Wunsch ins Heim zu ziehen?

- Nein
 Ja
-
-

F018a Wo haben Sie gewohnt, bevor Sie in dieses Heim gezogen sind?

- In einer privaten Wohnung (*weiter bei Frage F019a*)
- In einem anderen Heim (*weiter bei Frage 18b*)
- Andere Haushaltsform (*bitte beschreiben lassen*):
(*weiter bei Frage F019a*)
-
-

F018b Wie lange haben Sie in diesem Heim gelebt?

----- Monate

F019a Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?

- Nein (*weiter mit Frage F019d*)
- Ja (*weiter mit Frage F019b*)
- (*keine Angabe*) (*weiter mit Frage F019d*)

F019b Welcher Glaubensgemeinschaft gehören Sie an?

- Der römisch-katholischen Kirche (*weiter mit Frage F019d*)
- Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen)
(*weiter mit Frage F019d*)
- Einer evangelischen Freikirche (*weiter mit Frage F019d*)
- Einer anderen, christlichen Religionsgemeinschaft
(*weiter mit Frage F019d*)
- Einer anderen, nicht-christlichen Religionsgemeinschaft

F019d Würden Sie sich als gläubigen Menschen bezeichnen?

*(Falls Nachfrage, was gläubig bedeutet:
„Gläubig im weitesten Sinne des Wortes“)*

- Ja
 Nein
-
-

F020a Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

- Ja *(weiter mit Frage F021)*
 Nein
- (keine Angabe) (weiter mit Frage F021)*
-
-

F020b Haben Sie die Staatsangehörigkeit eines Landes aus der Europäischen Union?

(Liste 15 vorlegen!)

- Ja
 Nein
-
-

F021 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

(Liste 16 bei Bedarf vorlegen)

- Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Volks- oder Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) der DDR 8. oder 9. Klasse
- Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) der DDR 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium, EOS, Berufsschule mit Abitur)
- Abitur über zweiten Bildungsweg nachgeholt
- Anderen Abschluss (*bitte notieren*):

- keinen Abschluß
- (*keine Angabe*)

F022 Welche beruflichen Ausbildungsabschlüsse haben Sie?

Was alles auf dieser Liste trifft auf Sie zu?

(Mehrfachnennungen möglich!) (Liste 17 bei Bedarf vorlegen!)

- Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung
- Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule, Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung) abgeschlossen
- Ausbildung an einer Fachschule der DDR abgeschlossen

- Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Bachelor an (Fach-)Hochschule abgeschlossen
- Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom, Master)
- Universitätsabschluss (z.B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master)
- Promotion
- Einen anderen beruflichen Abschluss,

und zwar: _____

- (keine Angabe)*

F023a Sind Sie früher berufstätig gewesen?

- Ja
- Nein *(weiter mit Frage F024a)*

F023b Bis zu welchem Jahr sind Sie hauptberuflich erwerbstätig gewesen?

F024a Haben oder hatten Sie Geschwister?

- Ja
- Nein *(weiter mit Frage F025)*

- (keine Angabe) (weiter mit Frage F025)*

F024b Wie viele lebende Schwestern und/oder Brüder haben Sie?

_____lebende Brüder

_____lebende Schwestern

F024c Wie viele verstorbene Schwestern und/oder Brüder haben Sie?

_____verstorbene Brüder

_____verstorbene Schwestern

F025 Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet und lebe mit meinem/meiner Ehepartner/-in zusammen
 - Verheiratet und lebe von meinem/meiner Ehepartner/-in getrennt
 - Ledig
 - Geschieden
 - Verwitwet
 - Lebe mit meinem Partner gemeinsam
 - In Partnerschaft aber nicht zusammenlebend

 - (*keine Angabe*)
-
-

F026a Haben oder hatten Sie eigene Kinder?

- Ja
 Nein (*Interview beenden*)
 (*keine Angabe*)
-
-

F026b Wie viele lebende Kinder haben Sie?

_____ lebende Kinder

F026c Wie viele verstorbene Kinder haben Sie?

_____ verstorbene Kinder

Das Interview ist nun zu Ende. Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit.

Ab hier nur für den Interviewer!!!

01 Wo wurde das Interview durchgeführt?

- Auf dem Zimmer der Befragungsperson
 - In einem Gemeinschaftsraum
 - Sonstiges, und zwar _____
-
-

02 Wurde das Interview abgebrochen?

- Nein (*weiter mit Frage 5*)
 - Ja
-
-

03 Abbruch bei Item-Nummer: _____

04 Abbruchgründe:

(*Mehrfachnennungen möglich!*)

- Sehkraft
 - Hörvermögen
 - Orientiertheit (Verwirrtheit)
 - Artikulationsfähigkeit
 - Kontaktfähigkeit
 - Allgemeinzustand
 - Kooperationsbereitschaft
 - andere Gründe, und zwar: _____
- _____
-
-

05 Gab es Situationen während des Interviews, die für Sie überraschend waren/auf die Sie nicht vorbereitet waren?

- Nein
- Ja (*bitte beschreiben*)

06 Gab es Situationen während des Interviews, die Ihnen unangenehm waren?

- Nein
- Ja (*bitte beschreiben*)

07 Fanden Sie die Länge des Interviews für Sie als Interviewer persönlich angemessen?

- Ja
 - Nein, zu lang
 - Nein, zu kurz
-
-

08 Wie schätzen Sie die Zuverlässigkeit der Antworten ein?

1. Zuverlässigkeit

- Zuverlässig
- nicht zuverlässig
- teils/teils

2. Ermüdung

- keine Ermüdung
- Ermüdung ab Frage:_____

09 Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie? (bitte frei antworten)

Bemerkungen:

问卷

护养院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

F06 采访者编号： _____

F07 护养院编号： _____

F08 采访进行的日期： _____年_____月_____日

F09 采访编号： _____

F10 护理级别（由护养院说明）：

- 无需
- 轻度
- 中度
- 重度
- 极重度

F11 房间：

- 多人间
- 双人间
- 单人间

F12 简短智能测验： _____分（见下页，当总分值 ≤ 17 时，中断采访）

您好！我来自大连医科大学公共卫生学院，我们的学院正在进行一项关于护养院居住者生活状况的问卷调查。这个调查是独立的、匿名的，您的个人信息也是绝密的。因此，您的回答既不会透露给护养院人员，也不会告知任何第三方。

F014

性别：

- 男
- 女

F015

年龄： _____周岁

F016

这名居住者是 _____年搬进该护养院的，在这之前， _____年 _____月至 _____年 _____月，其在 _____护养院里居住过。

FZ1

采访开始的时间： _____时_____分

FT1

简短智能测验

题目	分数	满分
现在是什么时间？ 哪一年？什么季节？几月？几号？星期几？	()	5
我们现在在哪里？ 省？市？区或者街道？护养院？第几层楼？	()	5
现在我要说三样东西的名称，在我讲完后，请您重复一遍。请您记住这三样东西，因为几分钟后要再问您的。（仔细、缓慢、说清楚，每一样东西一秒钟）“皮球”、“国旗”、“树木”，请您把三样东西说一遍。（以第一次答案记分）	()	3
请您算一算 100 减去 7，然后从所得数目再减去 7，如此一直计算下去。请您将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停止”为止。（93、86、79、72、65。若错了，但下一个答案是对的，那么只记一次错误）	()	5
现在请您说出，刚才我让您记住的那三样东西。 （皮球、国旗、树木）	()	3
（向被访者出示手表）这个东西叫什么？	()	1
（向被访者出示钢笔）这个东西叫什么？	()	1
现在我要说一句话，请您跟着我清楚的重复一遍： “好读书不求甚解”。	()	1
我给您一张纸，请您按照我说的去做。（拿出一张平整的、空白的纸给被访者）现在开始：用右手拿着这张纸，用两只手将它对折起来，放在您的左大腿上。（不要重复说明，也不要示范）	()	3
（向被访者出示任务纸 1）请您念一念这句话，并且按它的意思去做。	()	1
请您写一句有关天气或文艺方面的完整的句子。 （句子必须有主语、谓语、宾语，记下所叙述句子的全文） _____	()	1
（向被访者出示任务纸 2）这是一张图，请您在同一张纸上照样画出来。（两个五边形的图案，交叉处有一个四边形）	()	1
总分	()	30

F001a

首先，请您想一下您所生活在这的护养院。我会给您念一些关于护养院生活各个方面的陈述。请您考虑一下，过去的两周内您在这的生活是怎么样的。您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

(拿出量表01，摆在那里直至F002u 题!)

	在过去的两周…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…我睡得很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…我感到疼痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…我在室外接触到了新鲜空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…饭菜很合我的口味	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…我的宁静被打扰了	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…我能和其他居住者愉快的聊天	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	…我和不在护养院居住的朋友或熟人联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…我的家人有时间理会我	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…护理人员为我付出了时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	在过去的两周…	从不	很少	有时	经常	总是
j	…我感到过孤独	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…我感到过无聊	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…我做了一些让我高兴的事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…出现过这样的情况，没有人告知我关于护养院的重大事件	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…我自己决定了一天的日程	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…害怕自己变得健忘	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…我得到的护理和我希望的一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…出现过令我感到害羞的情况	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F001b

	您在这里的生活如何？	从不	很少	有时	经常	总是
a	在我的房间里我感到舒适	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	在护养院这，我感觉像家一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	对我来说，这里有做有意思的事情的机会	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	在护养院这，居住者相互很友好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	我与护理人员能够很好的交流	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	我感到，护理人员认真对待我	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	当我需要帮助时，有人照顾我	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	我依靠护理人员的帮助	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	我有经济上的担忧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	我有意义的度过了我的时光	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002

关于在护养院里的“好生活”，有不同的看法。接下来的问题，完全是有关您个人的希望与需求。请您考虑一下，您是否从不、很少、有时、经常或者总是会有这些愿望。

	您期望, ...	从不	很少	有时	经常	总是
a	...您能够将您的房间布置成别的样子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	...您在这里得到更多的安静	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	...您能够睡得更好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	...这里的饭菜更合您的胃口	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	...这里有更多能和您愉快交谈的居住者	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	...这里的居住者相互更友好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	...您与不在这里居住的朋友或熟人有更多的联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	...您的家人有更多的时间给您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	...您与其他人有更进一步的交往	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	...护理人员能够更多、更好的帮您处理，您自己无法完成的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	您期望, ...	从不	很少	有时	经常	总是
k	... 您与护理人员的交流更好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	... 护理人员能为您花费更多的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	... 您有更多的机会去户外, 接触新鲜的空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	... 您有做一些有意思的事情的机会	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	... 您能更多的自主决定, 您一天的安排	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	... 您能更有意义的度过您的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	... 您能更好的了解关于护养院的重大的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	... 护理人员更认真地对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	... 这里得到的护理不同于其它地方	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	... 您在经济上有更好的保障	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u	... 您自己能在没有其他人帮助的情况下, 能做更多的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(量表01移走!)

F003**(步骤1)**

现在，我给您展示一打卡片。在这些卡上，您能看到涉及护养院生活的各个角度。请您花点时间，挑选出对您个人来说，特别重要的卡片。您挑选的卡片，没有数量限制。

(首先混合这16张卡片。然后给被访者出示任意抽取的4张卡片，让其挑选出最重要的卡片。将被挑选出的卡片放到一边，没被挑选的卡片放到另外一边。)

(步骤2)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打12张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤3)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打8张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤4)

请您从最后一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示最后剩余的4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤5)

(现在拿出在前4个步骤中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格1中所对应的序号上划x。卡片的序号均在其右下方。)

表格1

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 5 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □
序号 10 □	序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □

(步骤6)

我现在给您看的，是您认为特别重要而挑选出来的卡片。请您从中再挑选出对您最重要的卡片。您挑选的卡片，仍然没有数量限制。

(注意：这个过程要按照被挑选出来的卡片的数量进行！表格2中至多填入4张卡片!!!)

- (如果在前4个步骤中，一共只有1到4张卡片被挑选出来了，直接进入步骤7，将这1打卡片重新放到这位护养院居住者面前，让其挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有5到8张卡片被挑选出来了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的2打。将这2打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有9到12张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的3打。将这3打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有13或者超过13张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的4打。将这4打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)

(步骤7)

(现在拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格2中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格2

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 5 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □
序号 10 □	序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □

(步骤8)

我现在给您看的，是您认为最重要而挑选出来的卡片。请您告诉我，哪一张对您来说，是最最重要的卡片。

(拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，重新摆放在这位护养院居住者面前，并让其挑选出最重要的一张卡片。将这张卡片的序号填入下列的区域。)

卡片序号： _____

F22

采访结束的时间： _____时_____分

F004

a. 关于在护养院居住的生活状况，我们这会已经谈了很多领域。按照您的看法，所有重点都谈到了吗？

b. 关于一个“好的生活”，我可能还有某个或某些角度没有提到。对您的生活而言，还有什么十分重要的方面吗？

c. 我刚才问了您许多问题，都是关于您的生活质量的。您感觉哪些问题对您来说，其实并不重要？

这个访谈到这就结束了，我非常感谢您的合作！

以下内容仅限采访者！！！！

F01 该采访是在哪里进行的？

- 在被访者的房间里
- 在公共活动室里
- 其它地方，即_____

F02 该采访是否被中断了？

- 否（直接转第5题）
- 是（继续第3题和第4题）

F03 采访被中断在题目（填写序号）：_____

F04 采访被中断的原因：

（可多选！）

- 视力问题
- 听力问题
- 定位能力（混乱迷惘）
- 发音能力
- 交流能力
- 整体状况
- 合作意愿
- 其它原因，即：_____

F05 评语：

问卷

护养院居住者的 生活质量

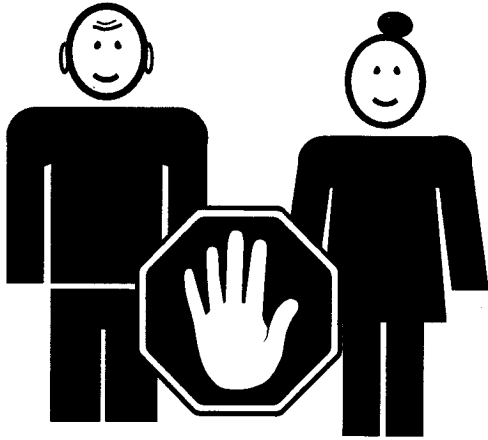


[] 大学

[公共卫生学院]

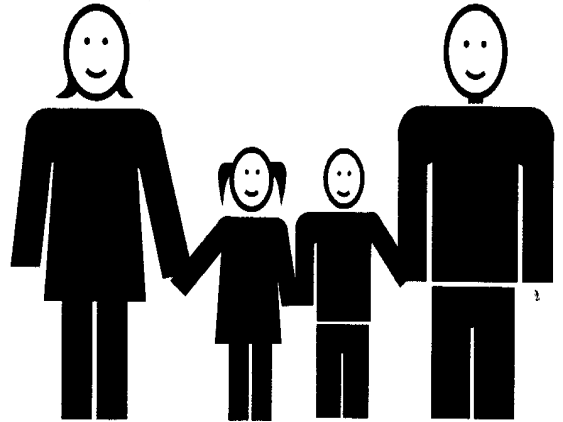
[社会调查]

当有人想规定我
做什么的时候，说不



9

和我的家庭的联系



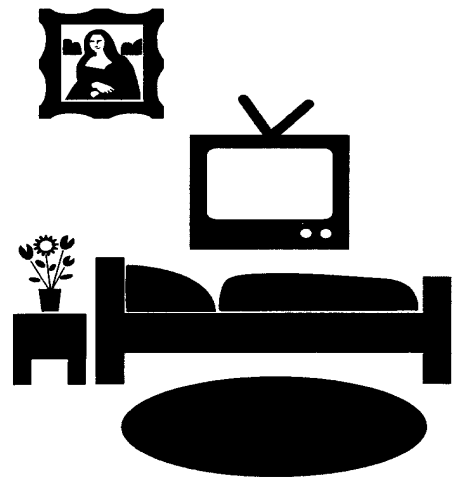
6

当我需要帮助的时候，
这里有人照顾我



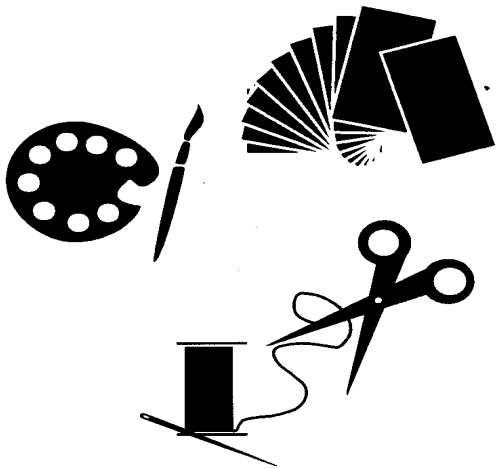
7

一个漂亮的房间



3

有意思的业余活动



10

做一些有意义的事情



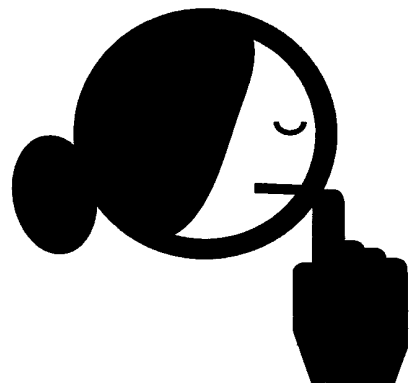
16

自己决定每天的日程



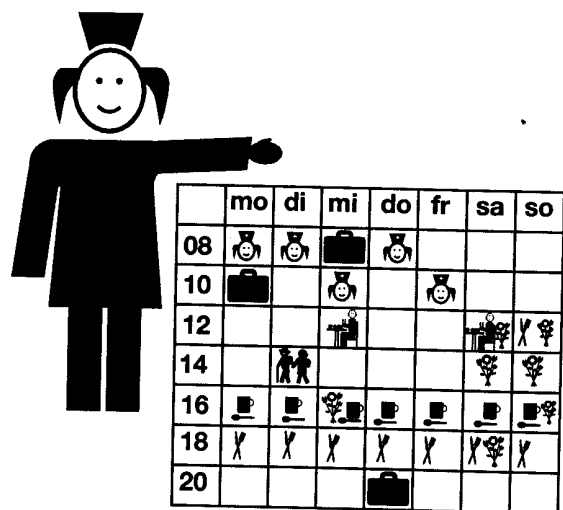
11

安静



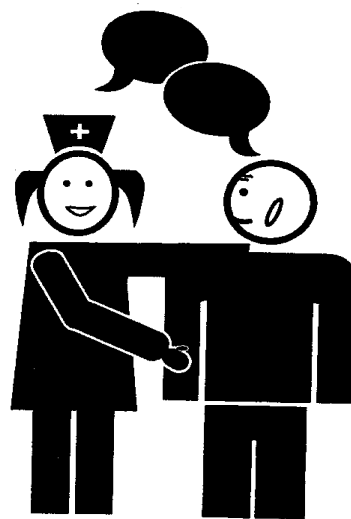
17

在护养院里能充分掌握所有的信息



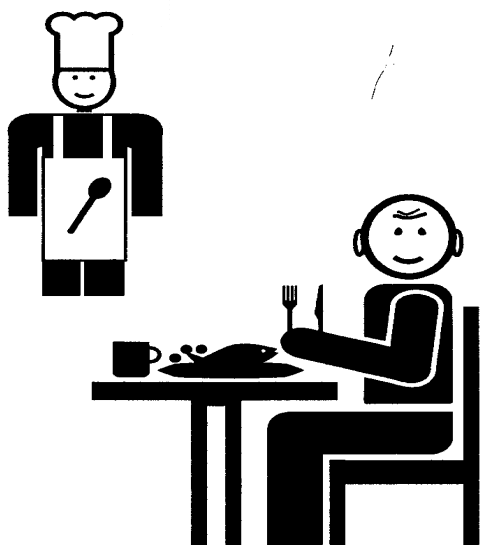
12

和护理者有良好的联系



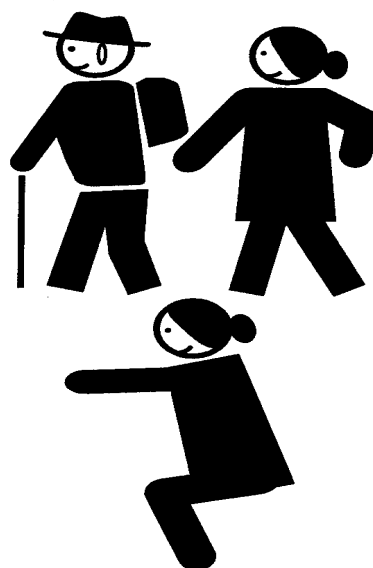
14

好吃的食物



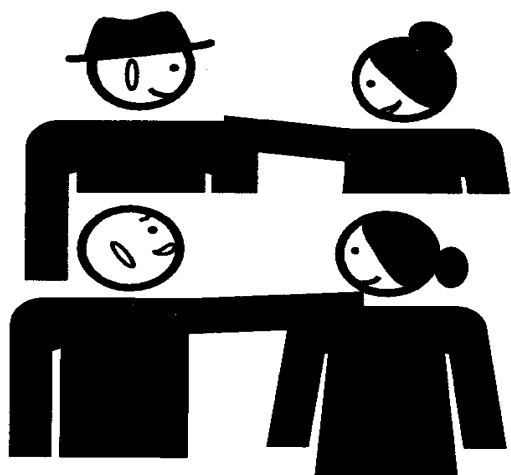
13

我的健康



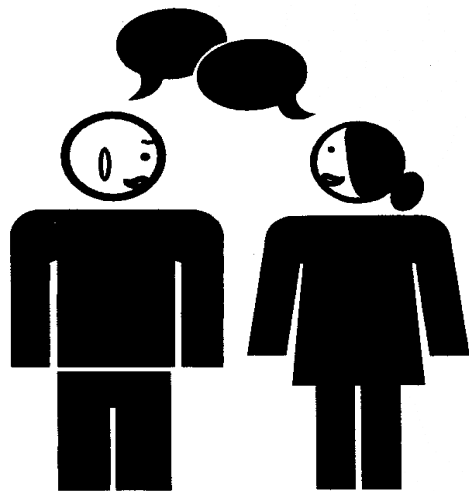
15

住户之间
有着友好的往来



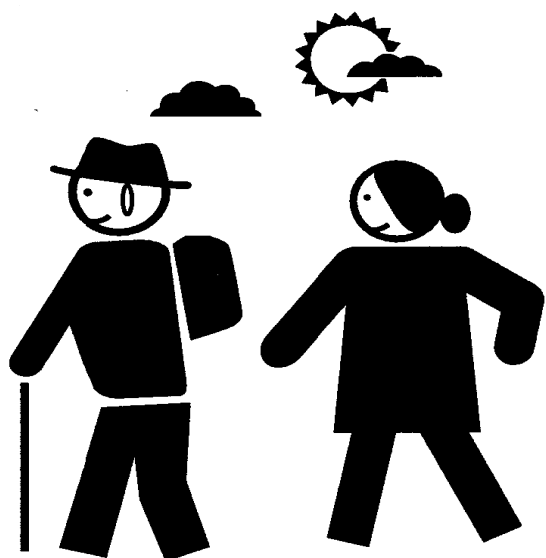
4

在其他住户中
有人可以交流



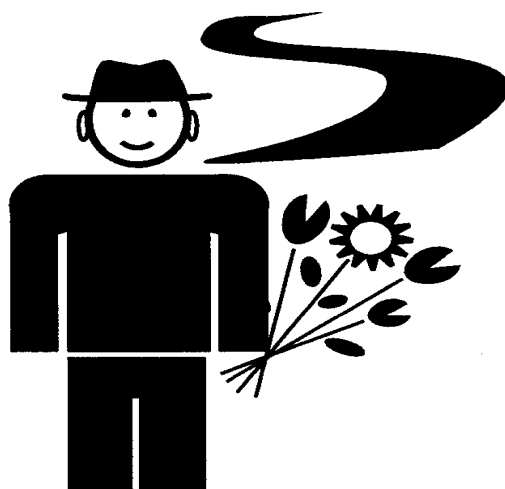
5

在室外接触新鲜空气



1

和不住在这里的
朋友们有联系



2

问卷

护养院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

F06

采访者编号： _____

F07

护养院编号： _____

房间号码： _____

F08

采访进行的日期： _____年_____月_____日

F09

采访编号： _____

F10

护理级别（见页3）：

- 0 = 无需（80-100分为生活可以自理）
- 1 = 轻度（60-80分为生活基本自理）
- 2 = 中度（40-60分为生活需要帮助）
- 3 = 重度（20-40分为生活需要很大帮助）
- 4 = 极重度（0-20分为生活完全需要依赖）

F11

房间：

- 3 = 多人间
- 2 = 双人间
- 1 = 单人间

F12简短智能测验： _____分（见页4，当总分值 ≤ 17 时，中断采访）

您好！我来自大连医科大学公共卫生学院，我们的学院正在进行一项关于护养院居住者生活状况的问卷调查。这个调查是独立的、匿名的，您的个人信息也是绝密的。因此，您的回答既不会透露给护养院人员，也不会告知任何第三方。

F014

性别：

- 1 = 男
- 2 = 女

F015

年龄： _____周岁

F016

这名居住者是 _____年 _____月 _____日搬进该护养院的。

FZ1

采访开始的时间：_____时_____分

FT1

日常生活活动能力量表（ADL）

ADL 结束的时间：_____时_____分

项目	评分	标准	得分
大便	0	失禁或昏迷	()
	5	偶有失禁（每周<1次）	
	10	控制	
小便	0	失禁或昏迷或需由他人导尿	()
	5	偶有失禁（每天<1次）	
	10	控制	
修饰	0	需要帮助	()
	5	自理（洗脸、梳头、刷牙、剃须）	
用厕	0	依赖他人	()
	5	需部分帮助	
	10	自理（去和离开厕所、使用厕纸、穿脱裤子）	
进食	0	较大或完全依赖	()
	5	需部分帮助（切面包、抹黄油、夹菜、盛饭）	
	10	全面自理（能进各种食物，但不包括取饭、做饭）	
转移	0	完全依赖他人，无坐位平衡	()
	5	需大量帮助（1-2人，身体帮助），能坐	
	10	需少量帮助（言语或身体帮助）	
	15	自理	
活动	0	不能步行	()
	5	在轮椅上能独立行动	
	10	需1人帮助步行（言语或身体帮助）	
	15	独立步行（可用辅助器，在家及附近）	
穿衣	0	依赖他人	()
	5	需一半帮助	
	10	自理（自己系开纽扣，关、开拉锁和穿鞋）	
上下楼梯	0	不能	()
	5	需帮助（言语、身体、手杖帮助）	
	10	独立上下楼梯	
洗澡	0	依赖	()
	5	自理（无指导能进出浴池并自理洗澡）	
总分			()

简短智能测验 (MMSE)

MMSE结束的时间：_____时_____分

题目	分数	满分
现在是什么时间？ 哪一年？什么季节？几月？几号？星期几？	()	5
我们现在在哪里？ 省？市？区或者街道？护养院？第几层楼？	()	5
现在我要说三样东西的名称，在我讲完后，请您重复一遍。请您记住这三样东西，因为几分钟后要再问您的。 (仔细、缓慢、说清楚，每一样东西一秒钟) “皮球”、“国旗”、“树木”，请您把三样东西说一遍。 (以第一次答案记分)	()	3
请您算一算 100 减去 7，然后从所得数目再减去 7，如此一直计算下去。请您将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停止”为止。 (93、86、79、72、65。若错了，但下一个答案是对的，那么只记一次错误)	()	5
现在请您说出，刚才我让您记住的那三样东西。 (皮球、国旗、树木)	()	3
(向被访者出示手表) 这个东西叫什么？	()	1
(向被访者出示钢笔) 这个东西叫什么？	()	1
现在我要说一句话，请您跟着我清楚的重复一遍：“好读书不求甚解”。	()	1
我给您一张纸，请您按照我说的去做。(拿出一张平整的、空白的纸给被访者)现在开始：用右手拿着这张纸，用两只手将它对折起来，放在您的左大腿上。 (不要重复说明，也不要示范)	()	3
(向被访者出示任务纸 1) 请您念一念这句话，并且按它的意思去做。	()	1
请您写一句有关天气或文艺方面的完整的句子。 (句子必须有主语、谓语、宾语，记下所叙述句子的全文)	()	1
(向被访者出示任务纸 2) 这是一张图，请您在同一张纸上照样画出来。 (两个五边形的图案，交叉处有一个四边形)	()	1
总分	()	30

F001a

首先，请您想一下您所生活在这的护养院。我会给您念一些关于护养院生活各个方面的陈述。请您考虑一下，过去的两周内您在这的生活是怎么样的。您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

(拿出量表01，摆在那里直至F002u 题!)

	在过去的两周…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您睡得很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您感到疼痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您在室外接触到了新鲜空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这的饭菜很合您的口味	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…您的宁静被打扰了	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…您能和其他居住者愉快的聊天	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	…您和不在护养院居住的老朋友或熟人 有联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人有时间理会您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…护理人员为您付出了时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…您感到过孤独	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…您感到过无聊	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…您做了一些让您自己高兴的事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…出现过这样的情况，没有人告知您关于护养院的重大事件	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您自己决定了一天的日程	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您害怕自己变得健忘	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您得到的护理和您希望的一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…出现过令您感到害羞的情况	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F001b

接下来的陈述，就不仅指过去的两周内，而是问您在这里的整体生活情况是怎么样的。同样，您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

	您在这里的生活如何？	从不	很少	有时	经常	总是
a	在您的房间里您感到舒适	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	在护养院这，您感觉像家一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	对您来说，这里有机会做有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	在护养院这，居住者相互很友好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	您与护理人员能够很好的交流	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	您感到，护理人员认真对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	当您需要帮助时，有人照顾您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	您的饮食很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	您有经济上的担忧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	您有意义的度过了您的时光	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002

关于在护养院里的“好生活”，有不同的看法。接下来的问题，完全是有关您个人的希望与需求。请您考虑一下，您是否从不、很少、有时、经常或者总是会有这些愿望。

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您能够将您的房间布置成别的样子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您在这里能够得到更多的安静	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您能够睡得更好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这里的饭菜能更合您的胃口	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…这里能有更多能和您愉快交谈的居住者	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…这里的居住者相互能够更友好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
g	…您与不在这里居住的老朋友或熟人能有更多的联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人能有更多的时间给您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…这里能够有更多的文体活动	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…护理人员能够更多、更好的帮您处理, 您自己无法完成的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…您与护理人员的交流能更好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…护理人员能为您花费更多的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…您能有更多的机会去户外, 接触新鲜的空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您能有更多的机会, 做一些有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您能更多的自主决定, 您一天的安排	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您能更有意义的度过您的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…您能更好的了解关于护养院的重大的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	…护理人员能够更认真的对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	…这里能够得到更多、更好的医疗护理	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	…您在经济上能有更好的保障	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u	…您自己在没有其他人帮助的情况下, 能做更多的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(量表01移走!)

F003

(步骤1)

现在, 我给您展示一打卡片。在这些卡上, 您能看到涉及护养院生活的各个角度。请您花点时间, 挑选出对您个人来说, 特别重要的卡片。您挑选的卡片, 没有数量限制。

(首先混合这16张卡片。然后给被访者出示任意抽取的4张卡片, 让其挑选出最重要的卡片。将被挑选出的卡片放到一边, 没被挑选的卡片放到另外一边。)

(步骤2)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打12张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤3)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打8张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤4)

请您从最后一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示最后剩余的4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤5)

(现在拿出在前4个步骤中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格1中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格1

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □	序号 10 □
序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □	序号 18 □

(步骤6)

我现在给您看的，是您认为特别重要而挑选出来的卡片。请您从中再挑选出对您最重要的卡片。您挑选的卡片，仍然没有数量限制。

(注意：这个过程要按照被挑选出来的卡片的数量进行！表格2中至多填入4张卡片!!!)

- (如果在前4个步骤中，一共只有1到4张卡片被挑选出来了，直接进入步骤7，将这1打卡片重新放到这位护养院居住者面前，让其挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有5到8张卡片被挑选出来了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的2打。将这2打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有9到12张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的3打。将这3打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有13或者超过13张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的4打。将这4打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)

(步骤7)

(现在拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格2中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格2

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □	序号 10 □
序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □	序号 18 □

(步骤8)

我现在给您看的，是您认为最重要而挑选出来的卡片。请您告诉我，哪一张对您来说，是最最重要的卡片。

(拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，重新摆放在这位护养院居住者面前，并让其挑选出最重要的一张卡片。将这张卡片的序号填入下列的区域。)

卡片序号：_____

F22

卡片游戏结束的时间：_____时_____分

F004

我们这会儿已经谈了很多。关于一个“好的生活”，我可能还有这个或那个方面没有提到。作为一名住在护养院的老年人，对您的生活而言，还有什么特别重要的点需要补充吗？

F005

通过这个采访，您是否感觉到累？（出示量表04！）

- 1 = 没有，不觉得累
- 2 = 是的，有点累
- 3 = 是的，非常累

FT3/F0SF9

正性负性情绪量表（**PANAS**）——这份问卷包含了一些描述不同的感受和情绪的词语，这里有五个不同层次的选项。请根据您此刻的心情，选出相应的答案。（出示量表 07！）

	情绪	几乎没有 1	比较少 2	中等程度 3	比较多 4	极其多 5
a	有兴趣的					
b	苦恼的					
c	兴奋的					
d	不高兴的					
e	劲头足的					
f	内疚的					
g	恐惧的					
h	敌意的					
i	热情的					
j	自豪的					
k	易怒的					
l	警惕的					
m	羞愧的					
n	受鼓舞的					
o	紧张的					
p	坚定的					
q	注意力集中的					
r	坐立不安的					
s	有活力的					
t	害怕的					

F0SF5

在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为情绪的原因（如压抑或忧虑）而出现以下这些问题？

	问题	是 1	不是 2
a	减少了工作或其它活动时间		
b	本来想要做的事情只能完成一部分		
c	干事情不如平时仔细		

FT4/F006

生活满意度量表 (**SWLS**)——请仔细聆听下列五项，并根据量表上 **1** 至 **7** 的指标，选出适当的数字，表达您对各项的同意程度。请以开明和诚实的态度作答。（出示量表 06!）

项目内容	态度						
	非常不同意 1	不同意 2	少许不同意 3	中立 4	少许同意 5	同意 6	非常同意 7
a 我的生活大致符合我的理想							
b 我的生活状况非常圆满							
c 我满意自己的生活							
d 至今，我都能得到我在生活上希望拥有的重要东西							
e 如果我能重新活过，几乎没有东西我想改变							

FT5/F0SF7/F008

疼痛的视觉模拟评分量表 (**VAS**)——在过去**4**个星期里，您有身体疼痛吗？如果有的话，有多疼？（出示量表08!）

|-----|
 无疼痛 能想象到的最剧烈的疼痛

FT6/F0SF8

健康调查简表 (**SF-36**)——在过去**4**个星期里，您的身体疼痛影响了您的工作和家务吗？（出示量表10!）

- 1 = 完全没有影响
 2 = 有一点影响
 3 = 中等影响
 4 = 影响很大
 5 = 影响非常大

F0M13

您是否患有**一种或者多种**长期持续的、慢性的疾病？（提示：慢性疾病指长期持续的病状，其总是需要治疗和控制，如糖尿病或心脏病等）

- 0 = 没有
 有，如果有，是哪几种？ _____

F0SF1/F007

您会如何综合评价您目前的健康状况？（出示量表03！）

- 1 = 好极了
- 2 = 很好
- 3 = 好
- 4 = 不太好
- 5 = 差

F0SF4

在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为身体健康的原因而出现以下这些问题？

	问题	是 1	不是 2
a	减少了工作或其它活动时间		
b	本来想要做的事情只能完成一部分		
c	想要干的工作或活动种类受到限制		
d	完成工作或其他活动困难增多（比如需要额外的努力）		

F0SF6

在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？（出示量表10！）

- 1 = 完全没有影响
- 2 = 有一点影响
- 3 = 中等影响
- 4 = 影响很大
- 5 = 影响非常大

F0SF11

请听下列问题，哪一种答案最符合您的情况？（出示量表12！）

	内容	绝对正确 1	大部分正确 2	不能肯定 3	大部分错误 4	绝对错误 5
a	我好象比别人容易生病					
b	我跟周围人一样健康					
c	我认为我的健康状况在变坏					
d	我的健康状况非常好					

FZ3

采访到这的时间：_____时_____分

F017

搬进护养院居住，是您自己的意愿吗？

1 = 不是

2 = 是

F018a

在您搬进这个护养院之前，您曾经住在哪里？

1 = 在自己家里

2 = 在另一个护养院里

3 = 其它居住形式（请您描述一下）：_____

F018b

您在这个护养院生活了多久？_____个月

F018c

从您家到这个护养院有多远？

1 = 50公里以内

2 = 50-150公里

3 = 150公里以上

F018d

从您家到这个护养院需要多久的车程？

1 = 1个小时以内

2 = 1-3个小时

3 = 3个小时以上

F019

您在这个护养院每个月的生活费用是多少？

_____元：饭费_____元，住宿费_____元，其它费用_____元

F020

您拥有什么户口？

1 = 城市户口

2 = 农村户口

F021

您拥有的被承认的最高学历是什么？（出示量表16！）

- 1 = 没有上过学或者小学没有毕业
- 2 = 小学毕业
- 3 = 初中毕业（含中专和普通初中）
- 4 = 高中毕业（含职业高中和普通高中）
- 5 = 大学专科毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）
- 6 = 大学本科毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）
- 7 = 硕士毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）
- 8 = 博士毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

F023a

您以前工作过吗？

- 1 = 是的，如果是，是_____，工作到_____年
 - 023a1-1 = 国家公务员
 - 023a1-2 = 在军队部门
 - 023a1-3 = 事业单位正式员工
 - 023a1-4 = 事业单位合同工
 - 023a1-5 = 企业单位正式员工
 - 023a1-6 = 自由职业者
- 2 = 没有

F023b

您有基本医疗保险吗？

- 1 = 是的，如果是，是_____
 - 023b1-1 = 城镇职工基本医疗保险
 - 023b1-2 = 城镇居民基本医疗保险
 - 023b1-3 = 新型农村合作医疗保险
 - 023b1-4 = 公费医疗
- 2 = 没有基本医疗保险，但是有_____
 - 023b2-1 = 公费医疗
 - 023b1-2 = 公务员医疗补助
 - 023b1-3 = 大额医疗费用救助
 - 023b1-4 = 商业医疗保险
- 3 = 没有任何医疗保险或其它医疗救助

F023c

您有基本养老保险吗？

- 1 = 是的，每月_____元
- 023c1-1 = 不到1500
- 023c1-2 = 1500-3000
- 023c1-3 = 3000以上
- 2 = 没有。那么收入来源是什么？_____

F024a

您有兄弟姐妹吗？

- 1 = 是的
- 2 = 没有（直接转F025题）

F024b

您还有几个在世的兄弟或者姐妹呢？

- _____个在世的兄弟（1）
- _____个在世的姐妹（2）

F024c

您有几个去世的兄弟或者姐妹呢？

- _____个去世的兄弟（1）
- _____个去世的姐妹（2）

F024d

您和其中的几个兄弟或者姐妹还有正常的联系呢？

- _____个兄弟/姐妹

F025

您的婚姻状况如何？（出示量表17!）

- 1 = 已婚，和伴侣一起生活
- 2 = 已婚，和伴侣分开生活
- 3 = 单身
- 4 = 离婚
- 5 = 丧偶

F026a

您是否有子女？

1 = 是的

2 = 没有（采访结束）

F026b

您还有几个在世的儿子或者女儿呢？

_____个在世的儿子（1）

_____个在世的女儿（2）

F026c

您有几个去世的儿子或者女儿呢？

_____个去世的儿子（1）

_____个去世的女儿（2）

F026d

您和其中的几个子女还有正常的联系呢？

_____个子/女

这个访谈到这就结束了，我非常感谢您的合作！

FZ4

采访全部结束的时间：_____时_____分

以下内容仅限采访者！！！！

I01

该采访是在哪里进行的？

- 1 = 在被访者的房间里
- 2 = 在公共活动室里
- 3 = 其它地方，即_____

I02

该采访是否被中断了？

- 0 = 否（直接转第5题）
- 1 = 是（继续第3题和第4题）

I03

采访被中断在题目（填写序号）：_____

I04

采访被中断的原因：（可多选！）

- 1 = 视力问题
- 2 = 听力问题
- 3 = 定位能力（混乱迷惘）
- 4 = 发音能力
- 5 = 交流能力
- 6 = 整体状况
- 7 = 合作意愿
- 8 = 其它原因，即：_____

I05

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很惊讶或者您完全没有准备到？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

I06

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很不舒服？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

I07

作为采访者，您认为这个采访的长度对于您来说是否合适？

- 0 = 是
 - 1 = 否，太长了
 - 2 = 否，太短了
-

I08

您如何估计答案的信度？

a. 可信度？

- 0 = 是
- 1 = 否
- 2 = 一半一半

b. 疲劳度？

- 0 = 否
 - 1 = 是，自题目（填写序号）：_____
-

I09

您有何改进的建议？（请自由回答）

I10

对被采访者的评语：

a. 性格？

- 1 = 内向； 2 = 外向； 3 = 平和。

b. 配和度？

- 1 = 高； 2 = 低； 3 = 中。

c. 态度？

- 1 = 认真； 2 = 敷衍； 3 = 一般。

d. 诚实度？

- 1 = 前后一致； 2 = 前后矛盾； 3 = 一半一半。

e. 思维？

- 1 = 敏捷； 2 = 迟钝； 3 = 中等。

f. 回答？

- 1 = 流利； 2 = 迟疑； 3 = 平速。

g. 补充：

问卷

养老院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

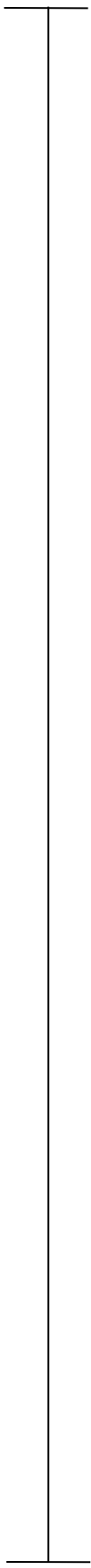
量表 06

非常不同意
不同意
少许不同意
中立
少许同意
同意
非常同意

量表 07

几乎没有
比较少
中等程度
比较多
极其多

量表 08



无疼痛

能想象到的
最剧烈的疼痛

量表 11

限制很大	有些限制	毫无限制
------	------	------

量表 09

比一年前好多了
比一年前好一些
跟一年前差不多
比一年前差一些
比一年前差多了

量表 12

绝对正确
大部分正确
不能肯定
大部分错误
绝对错误

量表 13

从不
很少
有时
大部分的时间
总是

问卷

养老院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

F06

采访者编号： _____

F07

护养院编号： _____

房间号码： _____

F08

采访进行的日期： _____年_____月_____日

F09

采访编号： _____

F12简短智能测验： _____分 (见页3, 当总分值 ≤ 17 时, 中断采访)**F10**

护理级别 (见页4) :

- 0 = 无需 (80-100分为生活可以自理)
- 1 = 轻度 (60-80分为生活基本自理)
- 2 = 中度 (40-60分为生活需要帮助)
- 3 = 重度 (20-40分为生活需要很大帮助)
- 4 = 极重度 (0-20分为生活完全需要依赖)

F11

房间:

- 3 = 多人间
- 2 = 双人间
- 1 = 单人间

您好! 我来自大连医科大学公共卫生学院, 我们的学院正在进行一项关于护养院居住者生活状况的问卷调查。这个调查是独立的、匿名的, 您的个人信息也是绝密的。因此, 您的回答既不会透露给护养院人员, 也不会告知任何第三方。

F14

性别:

- 1 = 男
- 2 = 女

F15

年龄： _____周岁

F16

这名居住者是 _____年_____月_____日搬进该护养院的。

FZ1

采访开始的时间： _____时_____分

简短智能测验（MMSE）

题目	分数	满分
现在是什么时间？ 哪一年？什么季节？几月？几号？星期几？	()	5
我们现在在哪里？ 省？市？区或者街道？护养院？第几层楼？	()	5
现在我要说三样东西的名称，在我讲完后，请您重复一遍。请您记住这三样东西，因为几分钟后要再问您的。 (仔细、缓慢、说清楚，每一样东西一秒钟) “皮球”、“国旗”、“树木”，请您把三样东西说一遍。 (以第一次答案记分)	()	3
请您算一算 100 减去 7，然后从所得数目再减去 7，如此一直计算下去。请您将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停止”为止。 (93、86、79、72、65。若错了，但下一个答案是对的，那么只记一次错误)	()	5
现在请您说出，刚才我让您记住的那三样东西。 (皮球、国旗、树木)	()	3
(向被访者出示手表) 这个东西叫什么？	()	1
(向被访者出示钢笔) 这个东西叫什么？	()	1
现在我要说一句话，请您跟着我清楚的重复一遍：“好读书不求甚解”。	()	1
我给您一张纸，请您按照我说的去做。(拿出一张平整的、空白的纸给被访者)现在开始：用右手拿着这张纸，用两只手将它对折起来，放在您的左大腿上。 (不要重复说明，也不要示范)	()	3
(向被访者出示任务纸 1) 请您念一念这句话，并且按它的意思去做。	()	1
请您写一句有关天气或文艺方面的完整的句子。 (句子必须有主语、谓语、宾语，记下所叙述句子的全文)	()	1
(向被访者出示任务纸 2) 这是一张图，请您在同一张纸上照样画出来。 (两个五边形的图案，交叉处有一个四边形)	()	1
总分	()	30

MMSE结束的时间：_____时_____分

FT1

日常生活活动能力量表（ADL）

项目	评分	标准	得分
大便	0	失禁或昏迷	()
	5	偶有失禁（每周<1次）	
	10	控制	
小便	0	失禁或昏迷或需由他人导尿	()
	5	偶有失禁（每天<1次）	
	10	控制	
修饰	0	需要帮助	()
	5	自理（洗脸、梳头、刷牙、剃须）	
用厕	0	依赖他人	()
	5	需部分帮助	
	10	自理（去和离开厕所、使用厕纸、穿脱裤子）	
进食	0	较大或完全依赖	()
	5	需部分帮助（切面包、抹黄油、夹菜、盛饭）	
	10	全面自理（能进各种食物，但不包括取饭、做饭）	
转移	0	完全依赖他人，无坐位平衡	()
	5	需大量帮助（1-2人，身体帮助），能坐	
	10	需少量帮助（言语或身体帮助）	
	15	自理	
活动	0	不能步行	()
	5	在轮椅上能独立行动	
	10	需1人帮助步行（言语或身体帮助）	
	15	独立步行（可用辅助器，在家及附近）	
穿衣	0	依赖他人	()
	5	需一半帮助	
	10	自理（自己系开纽扣，关、开拉锁和穿鞋）	
上下楼梯	0	不能	()
	5	需帮助（言语、身体、手杖帮助）	
	10	独立上下楼梯	
洗澡	0	依赖	()
	5	自理（无指导能进出浴池并自理洗澡）	
总分			()

ADL结束的时间：_____时_____分

F001a

首先，请您想一下您所生活在这的护养院。我会给您念一些关于护养院生活各个方面的陈述。请您考虑一下，过去的两周内您在这的生活是怎么样的。您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

(拿出量表01，摆在那里直至F002u 题!)

	在过去的两周…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您睡得很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您感到疼痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您在室外接触到了新鲜空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这的饭菜很合您的口味	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…您的宁静被打扰了	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…您能和其他居住者愉快的聊天	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	…您和不在护养院居住的老朋友或熟人 有联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人有时间理会您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…护理人员为您付出了时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…您感到过孤独	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…您感到过无聊	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…您做了一些让您自己高兴的事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…出现过这样的情况，没有人告知您关于护养院的重大事件	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您自己决定了一天的日程	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您害怕自己变得健忘	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您得到的护理和您希望的一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…出现过令您感到害羞的情况	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F001b

接下来的陈述，就不仅指过去的两周内，而是问您在这里的整体生活情况是怎么样的。同样，您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

	您在这里的生活如何？	从不	很少	有时	经常	总是
a	在您的房间里您感到舒适	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	在护养院这，您感觉像家一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	对您来说，这里有机会做有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	在护养院这，居住者相互很友好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	您与护理人员能够很好的交流	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	您感到，护理人员认真对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	当您需要帮助时，有人照顾您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	您的饮食很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	您有经济上的担忧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	您有意义的度过了您的时光	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002

关于在护养院里的“好生活”，有不同的看法。接下来的问题，完全是有关您个人的希望与需求。请您考虑一下，您是否从不、很少、有时、经常或者总是会有这些愿望。

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您能够将您的房间布置成别的样子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您在这里能够得到更多的安静	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您能够睡得更好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这里的饭菜能更合您的胃口	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…这里能有更多能和您愉快交谈的居住者	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…这里的居住者相互能够更友好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
g	…您与不在这里居住的老朋友或熟人能有更多的联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人能有更多的时间给您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…这里能够有更多的文体活动	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…护理人员能够更多、更好的帮您处理, 您自己无法完成的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…您与护理人员的交流能更好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…护理人员能为您花费更多的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…您能有更多的机会去户外, 接触新鲜的空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您能有更多的机会, 做一些有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您能更多的自主决定, 您一天的安排	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您能更有意义的度过您的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…您能更好的了解关于护养院的重大的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	…护理人员能够更认真的对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	…这里能够得到更多、更好的医疗护理	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	…您在经济上能有更好的保障	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u	…您自己在没有其他人帮助的情况下, 能做更多的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(量表01移走!)

F003

(步骤1)

现在, 我给您展示一打卡片。在这些卡上, 您能看到涉及护养院生活的各个角度。请您花点时间, 挑选出对您个人来说, 特别重要的卡片。您挑选的卡片, 没有数量限制。

(首先混合这16张卡片。然后给被访者出示任意抽取的4张卡片, 让其挑选出最重要的卡片。将被挑选出的卡片放到一边, 没被挑选的卡片放到另外一边。)

(步骤2)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打12张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤3)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打8张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤4)

请您从最后一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示最后剩余的4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤5)

(现在拿出在前4个步骤中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格1中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格1

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □	序号 10 □
序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □	序号 18 □

(步骤6)

我现在给您看的，是您认为特别重要而挑选出来的卡片。请您从中再挑选出对您最重要的卡片。您挑选的卡片，仍然没有数量限制。

(注意：这个过程要按照被挑选出来的卡片的数量进行！表格2中至多填入4张卡片!!!)

- (如果在前4个步骤中，一共只有1到4张卡片被挑选出来了，直接进入步骤7，将这1打卡片重新放到这位护养院居住者面前，让其挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有5到8张卡片被挑选出来了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的2打。将这2打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有9到12张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的3打。将这3打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有13或者超过13张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的4打。将这4打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)

(步骤7)

(现在拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格2中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格2

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □	序号 10 □
序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □	序号 18 □

(步骤8)

我现在给您看的，是您认为最重要而挑选出来的卡片。请您告诉我，哪一张对您来说，是最最重要的卡片。

(拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，重新摆放在这位护养院居住者面前，并让其挑选出最重要的一张卡片。将这张卡片的序号填入下列的区域。)

卡片序号：_____

F22

卡片游戏结束的时间：_____时_____分

F004

我们这会儿已经谈了很多。关于一个“好的生活”，我可能还有这个或那个方面没有提到。作为一名住在护养院的老年人，对您的生活而言，还有什么特别重要的点需要补充吗？

F005

通过这个采访，您是否感觉到累？（出示量表04!）

- 1 = 没有，不觉得累
- 2 = 是的，有点累
- 3 = 是的，非常累

F006/FT4

我想再问您一个很概括性的问题：通盘考虑下——您对您眼下的生活有多满意？（出示量表02！）

这里有六个可能的答案，就像一个选择题，您会说，...

- 1 = 您太满意了，根本没有什么需要改善的
- 2 = 您很满意
- 3 = 您是满意的
- 4 = 您比较不满意
- 5 = 您很不满意
- 6 = 您太不满意了，它简直不能更糟糕了

F0M13

您是否患有**一种或者多种**长期持续的、慢性的疾病？（提示：慢性疾病指长期持续的病状，其总是需要治疗和控制，如糖尿病或心脏病等）

- 0 = 没有
- 有，如果有，是哪几种？ _____

F008

在过去的**4周**，您的疼痛有多强烈？（出示量表05！）

- 1 = 没有疼痛
- 2 = 很轻
- 3 = 轻
- 4 = 中等
- 5 = 强
- 6 = 很强

F009/FT6/FSF8

健康调查简表 **(SF-36)**——在过去**4个**星期里，您的身体疼痛影响了您的工作和家务吗？（出示量表10！）

- 1 = 完全没有影响
- 2 = 有一点影响
- 3 = 中等影响
- 4 = 影响很大
- 5 = 影响非常大

F007/FSF1

您会如何综合评价您目前的健康状况？（出示量表03!）

- 1 = 好极了
 - 2 = 很好
 - 3 = 好
 - 4 = 不太好
 - 5 = 差
-

F013/FSF4

在过去4个星期里，您的身体健康影响了您的工作和家务吗？（出示量表10!）

- 1 = 完全没有影响
 - 2 = 有一点影响
 - 3 = 中等影响
 - 4 = 影响很大
 - 5 = 影响非常大
-

F014/FT3/FSF9

您会如何综合评价您目前的心情？（出示量表03!）

- 1 = 好极了
 - 2 = 很好
 - 3 = 好
 - 4 = 不太好
 - 5 = 差
-

F015/FSF5

在过去4个星期里，您的心情影响了您的工作和家务吗？（出示量表10!）

- 1 = 完全没有影响
- 2 = 有一点影响
- 3 = 中等影响
- 4 = 影响很大
- 5 = 影响非常大

F016/FSF6

在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？（出示量表10！）

- 1 = 完全没有影响
- 2 = 有一点影响
- 3 = 中等影响
- 4 = 影响很大
- 5 = 影响非常大

FZ3

采访到这的时间：_____时_____分

F017

搬进护养院居住，是您自己的意愿吗？

- 1 = 不是
- 2 = 是

F018a

在您搬进这个护养院之前，您曾经住在哪里？

- 1 = 在自己家里
- 2 = 在另一个护养院里
- 3 = 其它居住形式（请您描述一下）：_____

F018b

您在这个护养院生活了多久？_____个月

F018c

从您家到这个护养院有多远？

- 1 = 50公里以内
- 2 = 50-150公里
- 3 = 150公里以上

F018d

从您家到这个护养院需要多久的车程？

- 1 = 1个小时以内
- 2 = 1-3个小时
- 3 = 3个小时以上

F019

您在这个护养院每个月的生活费用是多少？

_____元；

其中：饭费_____元，住宿费_____元，其它费用_____元

F020

您拥有什么户口？

1 = 城市户口

2 = 农村户口

F021

您拥有的被承认的最高学历是什么？（出示量表16！）

1 = 没有上过学或者小学没有毕业

2 = 小学毕业

3 = 初中毕业（含中专和普通初中）

4 = 高中毕业（含职业高中和普通高中）

5 = 大学专科毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

6 = 大学本科毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

7 = 硕士毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

8 = 博士毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

F023a

您以前工作过吗？

1 = 是的，如果是，是_____，工作到_____年

023a1-1 = 国家公务员

023a1-2 = 在军队部门

023a1-3 = 事业单位正式员工

023a1-4 = 事业单位合同工

023a1-5 = 企业单位正式员工

023a1-6 = 自由职业者

2 = 没有

F023b

您有基本医疗保险吗？

- 1 = 是的，如果是，是_____
- 023b1-1 = 城镇职工基本医疗保险
 - 023b1-2 = 城镇居民基本医疗保险
 - 023b1-3 = 新型农村合作医疗保险
- 2 = 没有基本医疗保险，但是有_____
- 023b2-1 = 公费医疗
 - 023b2-2 = 公务员医疗补助
 - 023b2-3 = 大额医疗费用救助
 - 023b2-4 = 商业医疗保险
- 3 = 没有任何医疗保险或其它医疗救助

F023c

您有基本养老保险吗？

- 1 = 是的，每月_____元
- 023c1-1 = 不到1500
 - 023c1-2 = 1500-3000
 - 023c1-3 = 3000以上
- 2 = 没有。那么收入来源是什么？ _____

F024a

您有兄弟姐妹吗？

- 1 = 是的
- 2 = 没有（直接转F025题）

F024b

您还有几个在世的兄弟或者姐妹呢？

- _____个在世的兄弟（1）
- _____个在世的姐妹（2）

F024c

您有几个去世的兄弟或者姐妹呢？

- _____个去世的兄弟（1）
- _____个去世的姐妹（2）

F024d

您和其中的几个兄弟或者姐妹还有正常的联系呢？

_____个兄弟/姐妹

F025

您的婚姻状况如何？（出示量表17！）

- 1 = 已婚，和伴侣一起生活
 - 2 = 已婚，和伴侣分开生活
 - 3 = 单身
 - 4 = 离婚
 - 5 = 丧偶
-

F026a

您是否有子女？

- 1 = 是的
 - 2 = 没有（采访结束）
-

F026b

您还有几个在世的儿子或者女儿呢？

_____个在世的儿子（1）
_____个在世的女儿（2）

F026c

您有几个去世的儿子或者女儿呢？

_____个去世的儿子（1）
_____个去世的女儿（2）

F026d

您和其中的几个子女还有正常的联系呢？

_____个子/女

这个访谈到这就结束了，我非常感谢您的合作！

FZ4

采访全部结束的时间：_____时_____分

以下内容仅限采访者！！！！

I01

该采访是在哪里进行的？

- 1 = 在被访者的房间里
- 2 = 在公共活动室里
- 3 = 其它地方，即_____

I02

该采访是否被中断了？

- 0 = 否（直接转第5题）
- 1 = 是（继续第3题和第4题）

I03

采访被中断在题目（填写序号）：_____

I04

采访被中断的原因：（可多选！）

- 1 = 视力问题
- 2 = 听力问题
- 3 = 定位能力（混乱迷惘）
- 4 = 发音能力
- 5 = 交流能力
- 6 = 整体状况
- 7 = 合作意愿
- 8 = 其它原因，即：_____

I05

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很惊讶或者您完全没有准备到？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

I06

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很不舒服？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

I07

作为采访者，您认为这个采访的长度对于您来说是否合适？

- 0 = 是
 - 1 = 否，太长了
 - 2 = 否，太短了
-

I08

您如何估计答案的信度？

a. 可信度？

- 0 = 是
- 1 = 否
- 2 = 一半一半

b. 疲劳度？

- 0 = 否
 - 1 = 是，自题目（填写序号）：_____
-

I09

您有何改进的建议？（请自由回答）

I10

对被采访者的评语：

a. 性格？

- 1 = 外向； 2 = 内向； 3 = 平和。

b. 配和度？

- 1 = 高； 2 = 低； 3 = 中。

c. 态度？

- 1 = 认真； 2 = 敷衍； 3 = 一般。

d. 诚实度？

- 1 = 前后一致； 2 = 前后矛盾； 3 = 一半一半。

e. 思维？

- 1 = 敏捷； 2 = 迟钝； 3 = 中等。

f. 回答？

- 1 = 流利； 2 = 迟疑； 3 = 平速。

g. 补充：

问卷

护养院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

护养院简访 (编号 Nummer: L6-1_大连普兰店市同益乡敬老院)

同益乡同益路 49 号

F01: 该护养院成立时间? Wann wurde das Heim gegründet?

2012 年。

F02: 该护养院属性? 主管部门? Was ist das Eigentum des Heims? Wer ist die zuständige Behörde?

与乡卫生院一起由私人承包, 民政局主管。

F03: 该护养院工作人员数量? (其中: 医生? 护士? 护理人员? 管理人员?) 该护养院工作人员受教育程度? Wie viele Mitarbeiter gibt es im Heim? (Davon: Anzahl von Ärzten, Krankenschwestern, Pflegekräften und Managementpersonal?) Wie ist das Bildungsniveau des Heimpersonals?

17 名工作人员 (其中: 保健医生 2 名, 护士 0 名, 护工 12 名 (含厨师, 送饭到屋), 行政人员 3 名。

F04: 该护养院床位数? 入住率? 住院标准? Wie viele Betten gibt es im Heim? Wie hoch ist der Belegungsgrad des Heims? Was sind die Aufnahmekriterien?

设床位数 140 张, 114 人入住 (81.4%)。

住院标准: 以慈善为主, 最少的只需交付 300 元; 能自理的偏多; 住的较远的偏多。

F05: 该护养院平均住院时间? 出院标准? Wie lang ist die durchschnittliche Verweildauer im Heim? Was sind die Entlastungskriterien?

最长的自建院至今。如有的老年人, 应由子女轮流付费, 轮到哪个子女负担不起, 则暂时回家住, 床位保留。

F00: 补充? Was wollen Sie es ergänzen?

可走门诊医保。

该院居住者中, 很多人只知道阴历时间。

问卷

护养院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

描述访谈的指南（草案）

引言简介

今天访谈关注的核心问题是，如何对被护理老年人的生活质量加以改善。为此，您作为护理院的住户，您的个人观点是非常重要的，必须要被考虑的。该科研项目是由大连医科大学一个独立的研究所组织进行的。我们讨论的内容会被匿名处理，也就是说，没有人会知道您本人说了什么。同时为了存留您宝贵的观点，我会录制下来我们的对话。我希望，这没关系吧？请您放心，无论您说什么，都将予以保密。

我想请您谈谈您的生活，您的生活状况。当然，这是因为只有您最了解您自己的生活，而您生活质量的提高是我们追求的目标。只要您愿意，您想说多久说多久、想说多少说多少。开始我不会打断您的，只是对一些您谈到的重点做个简单的笔记，稍后我会针对这些重点再向您提几个问题。

如果您对这个访谈有任何问题，请随时提出来。如果有些事情您不确定了，也没有关系，您可以慢慢的回忆、思考。

基本情况

（受访者的社会关系，及关于访谈的其它情况）

性别：

年龄（出生年月）：

原工作（职务）：

受教育情况：

婚姻状况：

子女数量：

（如上两题答有）老伴和子女居住地点：

是否有确诊的疾病：

（如上题答有）疾病数量、种类及病情：

是否有社会养老保险和医疗保险：

（如上题答有）每月养老金数额：

每月护养院费用：

护养院费用来源：

其它：

开头提问

我希望，您能向我讲述一下您的生活。首先请您讲述，在您搬来护理院居住之前，您的生活是怎样的？请您讲述您这会儿能想起来的一切。

... .. 而接下来发生了什么？请您说说，自那以后发生了什么事？

（如果受访者只描述了，在其搬进护理院居住之前很短暂的生活情境，则要找机会，将谈话内容试图引导到更之前的时间。）

... .. 在那之前发生了什么？请您说说，更早以前发生了什么事？

（如果受访者只描述了，在其搬进护理院居住之后的生活情境，则要找机会，将谈话内容试图引导到搬进来之前的时间。）

... .. 也请您讲一讲，在您搬来护理院居住之前的生活。

（重要提示：将从家庭到护理院居住的过渡，作为明确题目提出来。）

请您描述一下，当您第一次到护理院来的时候，在您身上发生了什么？

（如果必要的话，加问）

您是否还记得，当您第一次走进护理院时的情景？请您描述一下。

内延问题

（一是针对没有提到细节、异议模糊不清的部分；二是利用受访者的谈话体系和语言结构，对提到的重点个案具体询问。）

- 1) 您是否可以针对 时间段（例如，当您刚搬进护养院居住的时候），再多介绍一些情况？
- 2) 您前面提到的 （情况 X），请您就此再详细的谈一谈，好吗？
- 3) 您可还记得这样一种情况，在这种情况下您 ？

外延问题

当您回想您以前和现在的生活，也就是说，您整个的生活，什么事情让您觉得生活很美好？请您讲述一下，您经历过的美好的事情。

（如果必要的话，加问）

- 1) 在护养院里有没有什么事情，令您觉得特别舒服、愉快？
- 2) 您是否能回想起在护养院里的某个情境，它让您觉得特别舒服、愉快？
- 3) 您可还记得在护养院里有这样一种情境？您会觉得说：“哦，这会儿/

在这里可真好啊!”

当您回想您以前和现在的生活,也就是说,您整个的生活,什么事情让您觉得生活很艰难?请您讲述一下,您经历过的令您担忧的事情。

(如果必要的话,加问)

- 1) 在护养院里有没有什么事情,令您觉得不舒服、不愉快?
- 2) 您是否能回想起在护养院里的某个情境,它让您觉得不太舒服、不太愉快?
- 3) 您可还记得在护养院里有这样一种情境?您会觉得说:“哦,这会儿/在这里不应该这样吧!”

您是否可以给我描述一下,对您自己来说,生活质量意味着什么?或者换句话说,您个人认为,怎样才算是一个好生活?

当您再次回想您生活中所有这些好的、坏的事情,就是您刚刚告诉我的那些生活经历,有什么对您本人来说,是最重要的事情吗?

(如果没有涉及护养院的信息,加问)

那么在护养院这里呢?什么对您来说是最重要的呢?

感性问题

(对被访谈者的回答做借题发挥,即加问,怎么回事?是什么时候?在什么场合下发生的?)

- 在护养院这儿,您有时会感到无聊吗? --- 为什么呢?您缺少什么吗?
- 在护养院这儿,您经常心情不好吗? --- 是如何形成的?
- 在护养院这儿,您有时会伤心吗? --- 您能详细解释一下吗?
- 在护养院这儿,你经常有好心情吗? --- 在什么场合下呢?
- 在护养院这儿,您有时会感到不安吗? --- (同上)?
- 在护养院这儿,您有时会高兴吗? --- ?
- 在护养院这儿,发生过这样的情况吗?您曾经很愤怒/感到很愤怒。 --- ?
- 在护养院这儿,您体验到安全感吗? --- ?
- 在护养院这儿,您有时会感到孤独吗? --- ?
- 在护养院这儿,您有时会生气吗? --- ?
- (如果必要的话,根据其它情绪,加问相应的情境)? --- ?

(如果必要的话,加问)

- 1) 请您讲述一下,在护养院这儿有些什么趣事吗?

2) 请您讲讲在护养院的那些日常生活中的故事，都发生了什么？

请您说说，当下您与其他人的关系如何？

特别是在护养院这里，您有朋友或者熟人吗？请说说他们的大致情况，以及您们之间的关系怎样。

在护养院这里有没有护理人员，他（们）与您相处的很好？请您描述一下。

（如果还有时间，并且重要信息尚未提到，加问 3 题）

- 您住到护养院里，与之前相比，有什么优势或者好处吗？

- 有什么劣势或者坏处呢？

- 如果您可以对护养院提一个愿望，您会希望什么呢？

补充记录

护养院属性：民营、公立

护养院建成时间：

护养院全体员工数量：

护养院护工数量：

护养院住户数量：

其它：

访谈地点：

访谈时间（年月日时分）：

采访者签名：

大连描述性访谈记录 1

基本情况

（受访者的社会关系，及关于访谈的其它情况）

性别：女

年龄：77

原工作：教师

受教育情况：大专

婚姻状况：已婚

子女数量：2

老伴和子女居住地点：和老伴一起住；子女，一个在大连市，一个在国外

是否有确诊的疾病：是

疾病数量、种类及病情：冠心病、高血压、甲减、腰间盘突出等

是否有社会养老保险和医疗保险：是

每月养老金数额：3000 多元

每月护养院费用：近 2000 元（两个人则近 4000 元）

护养院费用来源：个人养老金

其它：老伴原为大学的中文教师，现年 80 岁，罹患帕金森病 28 年之久，一直自己照顾。

访谈问答

今天访谈关注的核心问题是，如何对被护理老年人的生活质量加以改善。为此，您作为护养院的住户，您的个人观点是非常重要的，必须要被考虑的。该科研项目是由大连医科大学一个独立的研究所组织进行的。我们讨论的内容会被匿名处理，也就是说，没有人会知道您本人说了什么。同时为了存留您宝贵的观点，我会录制下来我们的对话。我希望，这没关系吧？请您放心，无论您说什么，都将予以保密。

我想请您谈谈您的生活，您的生活状况。当然，这是因为只有您最了解您自己的生活，而您生活质量的提高是我们追求的目标。只要您愿意，您想说多久说多久、想说多少说多少。开始我不会打断您的，只是对一些您谈到的重点做个简单的笔记，稍后我会针对这些重点再向您提几个问题。

如果您对这个访谈有任何问题，请随时提出来。如果有些事情您不确定了，也没有关系，您可以慢慢的回忆、思考。

我希望，您能向我讲述一下您的生活。首先请您讲述，在您搬来护养院居住之前，您的生活是怎样的？请您讲述您这会儿能想起来的一切。

在搬来这之前，我和老伴于 2010 年 6 月住在另一个养老院里，那是个私人办的，叫做“三井养老院”。老板是留学日本回来的研究生，办的养老院很有特色，非常以人为本，住得很好。可惜后来那片儿地方拆迁，养老院刚开业也得拆除，现在他们还在交涉呢。我们也就不让住了，让自己找出路。正好这个养老院刚刚建成，我们作为第一批的 9 户之一，就过来了。

也请您讲一讲，在您住进“三井养老院”之前的生活。更早以前发生了什么事令您印象深刻的事？

住养老院之前的生活挺好，我们两个人的退休工资都 3000 多块，生活上不成问题。两个子女也都很有出息，他们的工作都挺好、挺稳定的，生活也比较幸福。儿女们的幸福就是我最大的幸福，他们过得好，我们就很开心。孩子们也很孝顺，经常过来看望我们，每次来都不空手。

我以前在家，每天就是买菜、做饭、照顾老伴儿。社区里经常搞些活动，邀请我们参加。要么就是和邻居互相串串门，我们朋友挺多的，还有以前的老同事什么的，都互相打电话，经常问候问候。

我自己没什么，就是担心老伴儿的身体。我老伴儿的学生们，每年都来看他。有时候一下子能来 30 多个，特别热闹，我老伴儿特高兴。他的学生多，有的现在都当爷爷了。每逢过年过节，那些学生们都忘不了来探望探望。有时候老伴儿过生日，他们也都记得，带着好多礼物就过来了。

家里生活虽然不错，但是年纪大了，腿脚不方便，腰也不好，走不了路。就是上街买个菜，都很费劲。我就让儿子帮我打听养老院，就搬过来了。

您是否还记得，当您第一次住进护养院时的情景？请您描述一下。

刚搬进来感觉挺好挺方便，没觉着什么。我们到颐养院的时候，还没有正式开业，但是已经建成了，装修的也很漂亮。我就写了一首诗，叫做《说说我们的颐养院》。后来院长知道了，还请人用毛笔写到大纸上，裱起来挂在一楼的墙上。

那后来呢？您适应这个新的生活环境吗？

到这以后，还和老伴儿一起生活，每天有人说说话，没什么大的变化。原来的朋友们也知道这的电话，经常问候。以前单位的领导们也过来看望过，孩子们也常来。能和老伴儿一起，在哪儿住不重要，都一样。

它这提供不少服务，不过有的我就自己做了。比如洗衣服，我担心大伙共用洗衣机不卫生，就带了个洗衣机过来，自己洗。颐养院每个月给每户免费提供 120 度电，像我自己有冰箱、有洗衣机、有微波炉和电磁炉，电不够用，就自费

交点。按民用电收费也不贵，每个月补交 10 来块钱。

您前面提到，您担心老伴儿的身体，请您就此再详细的谈一谈，好吗？

帕金森这个病挺危险的，我尽我最大的努力照顾好他。我边照顾他、边看书学习，还经常和别的病友家属沟通，互相交流护理经验。老伴儿得病 28 年了，大家都说他的状况算不错，一般坚持不了这么长时间。我照顾他也习惯了，了解他的脾气、喜好，要是请个人照顾，花点钱没事，就是不放心，还不如我自己照顾得好。

您可还记得在护养院里有这样一种情境？您会觉得说：“哦，这会儿/在这里可真好啊！”

我们这经常搞各种活动，剪纸啊、做操啊。逢年过节还有文艺节目，有唱歌的、有跳舞的、有唱样板戏的、有唱京剧的，都特别好。我在舞台上朗诵过诗歌，弹过电子琴，呵呵。后来我又写了一首诗，叫做《说说我们的小舞台》。

当您回想您以前和现在的生活，也就是说，您整个的生活，什么事情让您觉得很担忧？

我就最担忧我老伴儿的身体，我买了很多帕金森方面的书，一遍遍看，书上记满了笔记。看到有什么新的护理方法，我就按着书上写的尝试，然后再记录上尝试结果。前段时间我看电视，说有个作者叫“邵明”，他是个研究帕金森的大专家，写了一本居家护理的书。我就托人去买，结果书店里没有，卖光了。后来又人托人，找到了出版社的老板，他家里书房有最后一本，让我给想方设法买回来了，呵呵。这本书确实好。但是我自己的身体也越来越老了，有时候照顾老伴儿力不从心。

您是否可以描述一下，对您自己来说，生活质量意味着什么？或者换句话说，您个人认为，怎样才算是一个好生活？

我认为一个好的生活质量，就意味着身体得健康。身体不健康，有钱也享受不了好的生活。

当您再次回想您生活中所有这些好的、坏的事情，就是您刚刚告诉我的那些生活经历，有什么对您本人来说，是最重要的事情吗？

目前对我来说，最重要的是儿女的成绩。他们工作上有成绩，我感觉很骄傲。还有就是孩子们很孝顺，每周都过来看我们，带着吃的用的。来之前先打电话，问我们缺什么、想要什么，他们给带过来。过年的时候，儿子一家都过来了，一起在这吃的饭。

那么在护养院这里呢？什么对您来说是最重要的呢？

在这的话，最大的问题是洗澡。昨天我帮老伴儿洗澡，累得我腰疼的不行。我本来自己也想洗个澡，但是得休息两天，等腰好了再洗。

在护养院这儿，您有时会感到无聊吗？如果会的话，为什么呢？您缺少什么吗？

感到无聊也不是颐养院的问题，是咱自己的问题。我就是想能读个老年大学就好了，学学英语、学学画画、学学唱歌什么的。可惜腿脚不好，想出去，但是走不了路。不过如果有机会，我还挺想再学点东西的。

在护养院这儿，您有时会感到不安吗？如果有的话，您能详细解释一下吗？

这个颐养院吧，建的挺好，就是没有诊所，没有护士，也没有急救车。晚上要是身体不舒服，很难得到及时的救治。而且它的地理位置也不好，比较偏僻，交通不方便，不易就医。

在护养院这儿，有什么让您特别高兴的事吗？在什么场合？

昨天我老伴儿过八十大寿的生日，颐养院给送的长寿面。他的学生们也过来了，给他买的新衣服。我给他写了一首诗，我儿子已经订了饭店，周末接上我们，一起出去吃饭，庆祝生日。

请您说说，当下您与其他人的关系如何？

原来的老朋友们、老邻居们都还有联系，经常互相打电话。原来的工作单位也都还想着我们，领导、同事逢年过节都会过来。这种和社会上的联系，我感觉很重要。

那么在护养院这里，您有朋友或者熟人吗？

在这的朋友不多，我得照顾老伴儿，很少串门。就是搞活动的时候，大家一起见见面，关系也都挺融洽。

在护养院这里有没有护理人员，她们与您相处的很好？

有，就这个欣欣（手指站在一旁的护工）。小姑娘人特别好，她专门组织我们搞活动，特别会调动气氛、调动大家的积极性，很有创新精神。她还帮我在手机上设置了“吃药提醒”，我老伴儿必须定点吃药，我有时候会忘，欣欣就帮我设置了铃声，一到点手机一响，我就知道给老伴儿拿药了。她特别细心、特别有耐心。

您住到护养院里，与之前在家里住相比，有什么优势或者好处吗？

在这住的话，好处就是减轻了生活负担，我不用自己出门买菜，也不用收拾屋子了。每天定点吃饭，定点有人过来给收拾屋子。

除此之外，还有什么劣势或者坏处呢？

不好的地方.....就是吃的不太满意。刚来的时候，觉得还行。时间长了，菜色也没什么变化，每天吃的都是一个口味，有点受不了。儿子每个周末给带菜过来，要不就求人家护工，下班路上给捎点菜，第二天带过来，我自己做。

如果您可以对护养院提一个愿望，您会希望什么呢？

希望伙食能改善改善，我们年纪大了，没什么别的要求，就是想吃的合口一些。我们也不需要大鱼大肉，菜可以清淡点，但是得有味道，让人有食欲吃。菜饭还要做得精致一些，比如切得小一些、炒得烂一些，让我们老年人好咀嚼。菜色也要经常换着点花样，不能太单调。

再一个就是希望颐养院的管理上更人性化一些，比如院长能经常下来走走，和我们多沟通、多聊天，我们也能有个直接和领导接触的机会，可以亲自反映我们的意见、建议。

谢谢您的回答！以上我们聊了这么多关于您生活质量的话题，有没有什么遗漏的内容？您还有什么想讲述的吗？

没有，基本上都说到了，挺全的。

非常感谢您的配合！祝您健康、幸福！

谢谢！

补充记录

院长反馈：关于伙食，实在众口难调。有的人喜欢吃硬的，有的人喜欢吃软的；有的人口重，有的人口轻。而且老年人应该少盐，菜不能咸了。但是不管什么季节，即使在严冬，菜价很贵，绿叶菜也从来没断过。由于颐养院男性工作人员很少，院长亲自负责买菜，每周至少两次。伙食费收的不高，基本不挣钱，算是提供一个服务。

访谈特点：被访者文化素养高，性格开朗乐观，很健谈。但是护工一直在旁边，被访者不能做到完全的实话实说。

护养院属性：民营

护养院收费：杂费 200 元（含理发、洗澡、洗衣服），饭费 600 元（一日三餐），单人间 1350 元/月，双人间 2700 元/月（含独立卫生间，向阳）、2600 元/月（无独立卫生间，向阳）、2500 元/月（无独立卫生间，背阴），套间 5000 元/月。

护养院特点：政府、企业、个人多方大力支持；企业投资建楼、慈善总会负责装修；本着自负盈亏、略有结余的原则；政府管理、企业经营、个人捐赠相结合。如：半岛酒店提供家具，退休公务员及企业家个人捐赠健身器材等。

护养院建成时间：2010 年 9 月

护养院全体员工数量：20

护养院护工数量：10

护养院住户数量：56

护养院住户特点：全部可以自理，没有老年痴呆症患者，住户平均年龄 82 岁（63—95 岁）

护养院其它特点：无法自理者不准入住，护工主要提供简单的护理服务，如需护理自带护工；水电按民用收费；包括院长在内，24 小时有主要负责人值班。

护养院讨论点：整体缺乏合格的护理人员，一般由护养院自己负责人才培养，如送出去培训，则会流失；护工工资偏低，甚至低于饭店服务员的工资水平，而工作内容较繁重；护工持证上岗，是发展趋势。

访谈地点：大连慈善颐养院 210 房间

访谈日期：2014 年 3 月 21 日

访谈时长：40 分钟

采访者：岳玲

问卷

养老院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

F06

采访者编号： _____

F07

护养院编号： _____

房间号码： _____

F08

采访进行的日期： _____年_____月_____日

F09

采访编号： _____

FZ1

采访开始的时间： _____时_____分

F001a

首先，请您想一下您所生活在这的护养院。我会给您念一些关于护养院生活各个方面的陈述。请您考虑一下，过去的两周内您在这的生活是怎么样的。您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

(拿出量表01，摆在那里直至F002u 题!)

	在过去的两周…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您睡得很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您感到疼痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您在室外接触到了新鲜空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这的饭菜很合您的口味	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…您的宁静被打扰了	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…您能和其他居住者愉快的聊天	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	…您和不在护养院居住的老朋友或熟人 有联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人有时间理会您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…护理人员为您付出了时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…您感到过孤独	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	在过去的两周…	从不	很少	有时	经常	总是
k	…您感到过无聊	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…您做了一些让您自己高兴的事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…出现过这样的情况，没有人告知您关于护养院的重大事件	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您自己决定了一天的日程	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您害怕自己变得健忘	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您得到的护理和您希望的一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…出现过令您感到害羞的情况	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F001b

接下来的陈述，就不仅指过去的两周内，而是问您在这里的整体生活情况是怎么样的。同样，您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

	您在这里的生活如何？	从不	很少	有时	经常	总是
a	在您的房间里您感到舒适	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	在护养院这，您感觉像家一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	对您来说，这里有机会做有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	在护养院这，居住者相互很友好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	您与护理人员能够很好的交流	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	您感到，护理人员认真对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	当您需要帮助时，有人照顾您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	您的饮食很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	您有经济上的担忧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	您有意义的度过了您的时光	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002

关于在护养院里的“好生活”，有不同的看法。接下来的问题，完全是有关您个人的希望与需求。请您考虑一下，您是否从不、很少、有时、经常或者总是会有这些愿望。

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您能够将您的房间布置成别的样子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您在这里能够得到更多的安静	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您能够睡得更好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这里的饭菜能更合您的胃口	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…这里能有更多能和您愉快交谈的居住者	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…这里的居住者相互能够更友好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	…您与不在这里居住的老朋友或熟人能有更多的联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人能有更多的时间给您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…这里能够有更多的文体活动	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…护理人员能够更多、更好的帮您处理, 您自己无法完成的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…您与护理人员的交流能更好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…护理人员能为您花费更多的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…您能有更多的机会去户外, 接触新鲜的空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您能有更多的机会, 做一些有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您能更多的自主决定, 您一天的安排	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您能更有意义的度过您的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…您能更好的了解关于护养院的重大的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	…护理人员能够更认真的对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	…这里能够得到更多、更好的医疗护理	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
t	…您在经济上能有更好的保障	○	○	○	○	○
u	…您自己在没有其他人帮助的情况下, 能做更多的事情	○	○	○	○	○

(量表01移走!)

F003

(步骤1)

现在, 我给您展示一打卡片。在这些卡上, 您能看到涉及护养院生活的各个角度。请您花点时间, 挑选出对您个人来说, 特别重要的卡片。您挑选的卡片, 没有数量限制。

(首先混合这16张卡片。然后给被访者出示任意抽取的4张卡片, 让其挑选出最重要的卡片。将被挑选出的卡片放到一边, 没被挑选的卡片放到另外一边。)

(步骤2)

请您从这一打卡片中, 挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片, 同样没有数量限制。

(向其出示这一打12张卡片中的任意4张卡片, 让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起, 没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤3)

请您从这一打卡片中, 挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片, 同样没有数量限制。

(向其出示这一打8张卡片中的任意4张卡片, 让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起, 没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤4)

请您从最后一打卡片中, 挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片, 同样没有数量限制。

(向其出示最后剩余的4张卡片, 让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起, 没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤5)

(现在拿出在前4个步骤中所有被挑选出来的卡片, 并对其在下列表格1中所对应的序号上划x。卡片的序号均在其右下方。)

表格1

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □	序号 10 □
序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □	序号 18 □

(步骤6)

我现在给您看的，是您认为特别重要而挑选出来的卡片。请您从中再挑选出对您最重要的卡片。您挑选的卡片，仍然没有数量限制。

(注意：这个过程要按照被挑选出来的卡片的数量进行！表格2中至多填入4张卡片!!!)

- (如果在前4个步骤中，一共只有1到4张卡片被挑选出来了，直接进入步骤7，将这1打卡片重新放到这位护养院居住者面前，让其挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有5到8张卡片被挑选出来了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的2打。将这2打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有9到12张卡片被挑选出来了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的3打。将这3打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有13或者超过13张卡片被挑选出来了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的4打。将这4打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)

(步骤7)

(现在拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格2中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格2

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □	序号 10 □
序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □	序号 18 □

(步骤8)

我现在给您看的，是您认为最重要而挑选出来的卡片。请您告诉我，哪一张对您来说，是最最重要的卡片。

(拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，重新摆放在这位护养院居住者面前，并让其挑选出最重要的一张卡片。将这张卡片的序号填入下列的区域。)

卡片序号：_____

这个访谈到这就结束了，我非常感谢您的合作！

FZ4

采访全部结束的时间：_____时_____分

以下内容仅限采访者！！！！

I01

该采访是在哪里进行的？

- 1 = 在被访者的房间里
- 2 = 在公共活动室里
- 3 = 其它地方，即_____

I02

该采访是否被中断了？

- 0 = 否（直接转第5题）
- 1 = 是（继续第3题和第4题）

I03

采访被中断在题目（填写序号）：_____

I04

采访被中断的原因：（可多选！）

- 1 = 视力问题
- 2 = 听力问题
- 3 = 定位能力（混乱迷惘）
- 4 = 发音能力
- 5 = 交流能力
- 6 = 整体状况
- 7 = 合作意愿
- 8 = 其它原因，即：_____

I05

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很惊讶或者您完全没有准备到？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

I06

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很不舒服？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

107

作为采访者，您认为这个采访的长度对于您来说是否合适？

- 0 = 是
 - 1 = 否，太长了
 - 2 = 否，太短了
-

108

您如何估计答案的信度？

a. 可信度？

- 0 = 是
- 1 = 否
- 2 = 一半一半

b. 疲劳度？

- 0 = 否
 - 1 = 是，自题目（填写序号）：_____
-

109

您有何改进的建议？（请自由回答）

110

对被采访者的评语：

a. 性格？

- 1 = 外向； 2 = 内向； 3 = 平和。

b. 配和度？

- 1 = 高； 2 = 低； 3 = 中。

c. 态度？

- 1 = 认真； 2 = 敷衍； 3 = 一般。

d. 诚实度？

- 1 = 前后一致； 2 = 前后矛盾； 3 = 一半一半。

e. 思维？

- 1 = 敏捷； 2 = 迟钝； 3 = 中等。

f. 回答？

- 1 = 流利； 2 = 迟疑； 3 = 平速。

g. 补充：

问卷

护养院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

F1: Was sind Ihre Vorstellungen über subjektive Lebensqualität?

对于您来说，一个“好的晚年生活”意味着什么？

F2: Würden Sie in einem Heim einziehen, wenn Sie pflegebedürftig wären? Warum?

当您需要被照顾、被看护时，您是否愿意搬进护养院（养老院/护理院）里住？为什么？

F3: Welche kritischen Faktoren könnte es zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen in der stationären Pflege geben?

您认为，哪些关键因素可以改善住宿护理下老年人的主观生活质量？

F4: Wären Sie einverstanden, die soziale Pflegeversicherung in deutschem Modell in China einzuführen? Warum?

您是否愿意接受，将德国的社会护理保险模式引进中国？为什么？

F5: Wobei könnten die Schwierigkeiten stehen, Altenheim und Pflegeheim in China zu integrieren? Wer könnte dies lösen? Und wie?

您如何看待，在中国，整合养老院和护理院的难点到底是什么？谁有可能解决这些困难？该如何做？

1、对于您来说，一个“好的晚年生活”意味着什么？

这个晚年生活，这个、这个概念太大了，还是、还是体验吧，还是生命、生活质量，这是根本，是不是？你要没有健康了，这个、这个...生活的话，再多的钱、名誉、地位都没用了，所以说，对老人来说最重要的是健康，就晚年也是。

除了健康，怎么说呢？就是...嗯...就是晚年应该是个开心的，纯粹可以为自己的...活着的...这个阶段。工作，它是一个...有时候没有选择的，它是有一种压力、有一种任务。你要到退休以后，那就是自己的，时间是自己的、选择也是自己的。你可以做你喜欢的事情，你也可以什么也不做，是不是？所以说，这个感觉是不一样的。所以我们有的时候，这个、还向往这个退休呢，退休的人、好像觉得我们没事儿干，但我们觉得好像...如果退休的话，好多事情还要做的。就是说，在工作中、嗯...因为时间问题，或者是其它方面没办法做的（事情），退休了，倒是可以做了。事业也好、兴趣也好，都可以做，所以叫“乐龄”嘛！“乐龄”就是这个...老有所养、老有所为的这种，是吧？老有所乐，有所乐应该是。

2、当您需要被照顾、被看护时，您是否愿意搬进护养院（养老院/护理院）里住？为什么？

这是一个必然的现象，就是说，这是...可能到时候，都是没有选择的，就是说，嗯...因为子女是、这个...再过不是 50 年了，像我们这样的可能要 30 年就差不多了，是吧？那个...社会的已经没有别的机制了，现在这代人、他可以有多子女；第二个，他还可以找到...保姆，但是保姆肯定是不可心的，是不是？要经常换啊，或者什么什么...这...不满意。你再过 30 年以后，这种人都没了，劳动力那时候已经紧缺了，是不是？所以到那时候，只能通过一种社会化的机制去解决。就是说，这个不是个人的兴趣和选择的问题，到时候你就是必须要选择，所以它是一个刚性的。到一个人的最后阶段，你刚开始的时候可以在社区里面，靠社区的一些服务支撑。到这个...到之后那几年，就是不能动的那几年，只能是通过社会（途径）。

养老院和护理院，我想...这个以后可能要打破，现在这个养老院、护理院呢，是这种、纯粹一个是养老机构、一个是医疗机构，是不是？实际上，它的这个界定啊、很不清楚。以后呢肯定是，这个护理院就是医疗、带有医疗性质的，就是说它是...现在也说它是医疗机构，但它跟我们的养老机构很多是区别不大的。它实际上是各有各的特定的人群，你要根据你的实际情况啦，是不是？你要是假设就是一个...长期照顾，这种问题你就没必要到那个护理医院，它是带有医疗的这种...就是说它是医疗的护理嘛。这两个还是有区别的。现在的概念不等于以后的，以后可能还是会分的很清楚，不同的人群。你想去，不一定能去的了，护理院不允许你去，有个准入的（标准）。而且它是、理想模式、它是能够衔接的，到这个阶段了，需要这个、嗯、进去护理院了。现在、现在反而是，进去护理院他就出来了，因为医保...医保嘛。这种...他个人支付呢...少一点，再一个还有医疗保障，所以说大家都愿意去，还是紧缺。

3、您认为，哪些关键因素可以改善住宿护理下老年人的主观生活质量？

哪些因素啊？现在对于老人来说，和决定他去哪儿的、嗯...一个因素呢、是、嗯...子女，为什么？就现在我们进养老院的老人，大部分不是自己、他去选择到哪儿去，都是他子女。因为他子女给他送到这个地方，他、他（子女）放心，再

一个他（子女）看着（老人）方便。这是一个很重要的因素，往往呢、原来呢都不把这个因素作为主要的。都是说，第一可能医疗、交通，是不是，等等啊，公共方面、公共服务设施。这是一个对老人来说可能是、但实际上呢那个，它是老人...现在目前决定、比如说送一个人到、一个老人到哪儿，它都是子女商议以后决定的。所以说为啥郊区它...很少有人...就是说入住率不高，那就是说他子女们觉得不方便，离开了那个、老人离开了他的这个、传统的这个、原来的那种社区嘛、生活环境嘛。是不是？所以说这个呢，也是一个、一个、一大因素。

当然了，这个，现在来看，就是医疗、可能是最重要的。你看再、再好的设施，没有医疗...支撑，没人去的。大家也都、都是这种感觉。然后第三个就是交通啊。要是从比例上来看呢，可能是...医疗是...第一位，是不是？子女决定，可能第二位；然后就是...那个交通，是吧，环境啊等等。当然这里头，就是说实际上这里头跟服务也有关系，像医疗啊、什么的，包括还有服务质量。你要到一个农村的养老院，城市老人肯定不习惯，环境再好，它的服务啊、生活习惯等等都不一样，是不是？

4、您是否愿意接受，将德国的社会护理保险模式引进中国？为什么？

这个是德国、还有日本，是吧？这种护理保险，应该是、上海是...非常迫切（需要）的。而且是...这个、可能未来啊，解决一个...养老、就是支付体系啊、养老服务的这个支付体系的一个...很重要的一个选择。因为目前、现在我们的、现在、没有一个...就是...完整的、制度化的一个...服务的、就是长期照护的、服务的这种支付体系。因为...穷人呢，可能有一些...政府、有一些补贴啊、什么等等。那么这个、大部分（人）都靠自己的...退休金啊，或者是子女的一些...支持。那么现在来看呢，就有点打开，只能走保险这种模式。

但是，这个保险呢现在、嗯、长期护理保险有个什么问题呢？就是它是一个国家...它是社会保险的话，它就是这种国家...立一个制度。那么现在地方是否可以做？因为这个领导也、也、也探讨这个问题，因为它这个护理保险、嗯...如果新的险种设的话，要经过国家的这个、认可。因为上海，也可以、是不是可以、尝试一下，是不是？搞一些试点啊、这个推、推进。因为这个呢是一个非常迫切的，而且呢可以解决很多问题的一个。

比如说、但是、也可能遇到一个什么问题呢，就是像日本啊，我们了解它的现在这个、就是...这个付费、不、支付特、特别高，特别高以后，它就是说这个护理保险已经负担很沉...就是说有点很沉重了，是吧？那我们现在一个呢，可能通过...就是支付的、就是我们的、可能服务项目可能不一定有它那么多，是不是？就是说，你要有多少钱，办多少事嘛！再一个，你这个、它的那个支付呢、它的、比如说产品、那个...这个租赁嘛，什么买一些产品嘛，很多预防性的东西、很多东西它都可以用。但是我们这个范围可能要...收紧，主要重点在于那个、中度啊、重度的这种护理的、人群，就是要继续交，不是面儿那么大。就是说，它那个、它那个等级分的也比较多嘛，可能是、但是这个...这条路是肯定要走的。因为这里头可以节省...医保的开支，是不是？医保可能减一部分，另外一个呢，就是政府呢实际上没有、这个（保险的话），你也要做这个事、也要贴很多资金，这个资金用保险这种机制呢，可能更有效、就是说更公平，是不是？

引进日本还是德国经验，怎么说呢？各有利弊，是不是？这个因为日本的护

理保险是从借鉴德国的、学习德国的，德国应该、还有以色列吧，是吧？好像公共、就是护理的公共保险，就是做得比较好的、也比较早的。就是说这个...德国呢，我觉得德国的模式可能、就是从效率上可能更高。提日本、提台湾比较多，因为台湾好借鉴、好学习，嗯。但是德国呢，它就是...它是、好像是公司在运作吧？但是中国人呢，对这个东西呢、对公司呢、他就是...根深蒂固的一种...一种反感，或者说...不信任，实际上这个公司还是跟普通的那种...公司是不一样的，它就是交由、这个资金啊、交它，去运营，是不是？嗯...包括服务，它现在很多也是交由一些公司去做，就是...市场化一些吧，相对啊。它不像美国，美国完全是市场...主导啦。那么这个日本呢，它呢就是一个跟中国的体系...有点相近，对吧？它是有个政府这个、这种、这种...这种主导的。但是这个模式到底是什么样，现在很难说，我认为可能德国的更适合，就是说更、更...中国完全靠、在靠政府这个主导，政府就是成本很高的，效率很低的，是不是？那个要是如果公司的话，这个公司跟它也是...跟一般的公司不一样吧，是不是？那么可能，对这个事业发展，可能从长远、长远来看可能更有效。

而且我们现在好像这个、从政府的导向上来看还是要...市场这块，那么这方面是导向。所以说这两个制度，不能说谁好和谁坏、选择哪个，因为这个还没做，就要看了...嗯。

5、您如何看待，在中国，整合养老院和护理院的难点到底是什么？谁有可能解决这些困难？该如何做？

它这个应该是...变成一个大体系。难点啊？难点第一就是部门，部门利益。因为是中国这个、分、这个...跨两个部门的事情就难做，是不是？它的协调啊、它的对接啊，嗯...就是难，各有各的政策，各有各的壁垒，是不是？原来医疗机构、它本是护理院，它即使是住的跟我们养老院一样的老人，但它的这个管理运营标准啊、什么什么...规范什么东西，它都是按照医疗、医院那套...体系。实际上护理院，我认为，它跟医院要脱离出来。你不能拿、把它作为一个、简单作为一个医疗机构，因为它不是治疗性质的，而是维持，是不是？医院它主要是治疗性的，它（护理院）还是一个维持、改善啊、什么、是不是？而且它应该、嗯...要现在按照医院的话，它应该是很短的时间，它住院应该是很短的。但实际、事实上，护理院是长期的，是不是？那么它实际上跟那个、嗯...养老院，它应该是一个大体系里的，是不是？一个特、一、一个特定的人群在这里、进到这护理院里，那都是长期护理的，“住宿”类的，是不是？它可能是...可能就是标准是不一样的，就是这个、老人的、人群要求不一样。

现在那个...要解决的话...中国的解决办法就是一个部门合并，这个是最容易的，是不是？实际上我们现在这个、事实上探、探索的、有一些探索，比如说像那个虹口区，它就是一个、嗯...就是反正建工集团，也是国企，但是它有建工医院、建阳养老院、建峰护理院、什么什么...它三位一体了。它这个互相、它就、它就在内部整合了，你要靠政府的这个、这个整合，那、那就是、要...要合并，没别的办法。因为它这个、这个、各有各的部门那些...壁垒，你要说真正能够打通、能够自由的去转借，是不是？就相当难度，很大的。而且现在关键是什么？现在这个、就是说要研究...这种支付、就是说医保的支付问题，你像医保大量的...他个人负担很轻，他住在护理院，那他当然不愿意出来了，是不是？要提高他个人的支付。你像假设说现在就是引导啊，你要做对象评估，适合的、他可能...医

保的支付额度大一点；那不适合的，你就、你也不能...把他轰出来，是吧？这样的话就要提高他个人的支付。他就觉得呢，住这个护理院成本太高了、不合算了，他自然就跑出来了，是不是？实际上要通过政策的杠杆，当然他出来以后，肯定他也不回家了，他就住在养老院了，是不是？

（养老院、护理院每月的费用最多差 1 千元，大多数老年人选择护理院，只是为了省这最多 1 千元吗？）不...那个...这个呢，是一个因素。护理院它可能还有一个...就是...那个医疗的这个问题，医疗保障。现在养老院、为什么呢？他住在养老院，他看病是不方便的，即使我们现在有个“三段”、什么结算，但它是门诊的。他用药啊、这个、比如开个处方开出来，它是按门诊、那个...门诊它是按次，它不是按、按那个月啊、按...结算的。所以呢，它就是说，结算也不方便。而且它这个、嗯...有的养老院它也没有内设医疗机构，没内设医疗机构，看病它要请那个社区的医生啊、或什么，他不是每天都能来，是不是？定期啊，可能一周来一次啊、或什么，来了以后开药方，开了药方还得到那个...专门的地方去买、进药。就是说这个、就是...主要还是...医疗，不方便。护理院，它就没有这些问题。

（有些养老院里没有内设医疗机构，是不允许吗？）不、不、不，这个、就是说内设医疗机构呢、内设医疗机构，本身它就有不足，因为...内设医疗机构标准，它的那个...是有限制的，很多（医疗）行为是不能在内设医疗机构的，是不是？它的力量是、相对是、就是医疗护理，医疗方面是比较弱的。医生也少啊，疾病也没有那么多专业啊，等等，很多、很多科目都没有。嗯...这是一个、就是说，它还达不到要求，内设医疗机构可能达不到要求，这是一个问题。

另外一个呢就是什么？没有那个、没那些医疗机构的激励机制，绩效、工资改革、等等啊，他积极性不一定高，到你这来...看病因为是复杂的，医生很多活儿啊，现在这个基层的...压力很大，他的、他不能经常来，他来了呢、他经常来、他那个...那边活儿他顾不上了，是不是？而且他多干、他也不多得，所以说，很多也是机制问题。所以现在就是说，这个养老院（内设医疗）机构、关键就是“医养”还没真正地结合起来，是不是？然后呢，因为你养老院机构，除了付这个钱的问题，少于护理院，还有医疗很多行为、很多他的后顾之忧解决了，他也能安心。所以大家呢，住在护理院不管怎么样，它算是个医疗机构，是不是？他觉得还放心一些。这个我觉得，是很重要的一个元素。其次就是这个费用的问题，对吧？

6、全市统一的服务标准

嗯、我们养老机构有、上海市的那个“地标”，（包括）养老机构设施和服务标、嗯...要求，是地方标准，技术监督局啊、什么，网上一搜就能搜到，养老机构设施和服务要求。

其实要是找呢，就有一个...规范性的东西，但是呢，它不是地标。国家呢，也有个老年什么、养老的、老年人福利机构、这个什么规范、还是什么，国家也有一个。就是说这个服务方面都有、都有要求，规程啊、什么东西都有的，这个体系、我们都培训呐，制度什么、都有。

标准呢、现在关键就是我们这个...标准关键还是在于操作，能不能落实？而这个能不能落实、这个决定性因素是“人”。因为这个服务肯定是靠“人”的，

那么这个、我们的人是什么状况？我们现在就是、护理人员没人做的，是不是？都是外地的，文化程度低、年龄大的，是不是？没有什么技能的，而且她是流、嗯、经常流动的，是不是？所以呢，这种人她做服务，你再好的制度、你就给她送到日本、去了，她来、她也做不好，她、她接受不了这些东西，是不是？她专业、她不可能提升的，她只能做简单的，是不是？而且这个护理工作它不仅仅是一个...技术工作，它还有个人文关怀，是不是？很多东西她学不到的，或者是她、她做不到的。所以现在这个服务的不是、现在标准的、问题，现在、标准呢、也需要，不断完善啊、什么...你就再好的标准没用的，她不按照标准操作，你也没办法。所以关键是，要解决“人”的问题，就是人的素质、怎么提升？然后，能够、吸引...这样的...就是有一定素质的人，去干这个事，而且使她们能长期的干这个事，所以这个是一个关键。

7、护工

现在就是说...现在这个是全国的难题，好像卫生部的一个人讲啊，说是、这个、这个...什么、什么、这个护理人员、缺 1000 万，好像就说这个是...很缺啊，这是个紧缺行业。实际上现在这个行业，不论是医院、还是养老院、还是家庭、现在都、护理院，现在都是缺的，包括保姆啊、什么的。要想解决这个问题呢，我觉得、嗯...要是从...这个社、社会这块啊...家庭这块就没办法了，它就靠市场（解决）。要靠社会这块呢，比如说医院、或者是护理院、或者是养老院，它就需要...就是说能够、对这个行业能够有一个...政策扶持。比如说，做这个事儿的“人”，她在待遇上、收入上...是不是？要提升。

因为我们的矛盾是在什么地方呢？我们、如果它、在养老院，它（政府）能、对这个老人他能支付很多钱，那么它这个自然而然、像“月子会所”、什么那种，是不是？有人愿意掏这个钱、能掏这个钱，那么自然而然它就...收入就高了，就有人干了。关键是老人的支付能力，又、又回到那个什么、护理保险了、这些问题，是不是？老人他的支付能力有限，就这么点钱，你要想高素质的人给他服务，是不是？高薪养个人，不可能的。关键就是、还是、还是薪酬体系、这个...问题，这个解决了，才能够吸引人去做。那么下一步才能说什么人才培养啊、什么什么这种，是吧？你人、这个、这个人都、这个人就不是这个素质的人，你怎么培养？说白了，是不是？所以这个呢，还是一个...我觉得这个政府...要在这方面...就是对这个行业特别的一个...扶持吧，这个很重要。

8、护理员职业上岗证的服务内容

上岗证、我们现在就是...上岗证呢，实际上是无奈之举，实际上国家都有职业等级证书，就是初中...一共是 5 级，是不是？初级、中级、高级、什么技师、高级技师，到 5 级。但我们现在呢，这个、要想拿这个证的、这个、就是初级的话，现在上海也就 30%，像我们的养老机构里。为什么呢？因为这个标准对这些人来说，是高的。那么我们现在就只能、因为不能让她无证上岗，所以就通过行业的...发上岗证，也是经过一个培训的。但是这个、这个培训呢肯定是比较初、简单的、基本的，是不是？嗯、要如果以后的、要想提升，那么肯定要引导这些人慢慢向那个...国家的职业、那个证书啊...拿这个证。但这个呢，就是说她拿了，对她来说、比如说，一些养老机构来说啊，她拿了这个证收入它也不...也没增加，她、她也没动力，是不是？

就很多环节吧。关键是我认为，这个、这个行业还是、就是说...嗯...靠这个个人支付...很困难。国、国家...假设说、你就像瑞典啊这种国家，国家投入，那也是另一个方面，是吧？国家投入了以后，政府...所以呢，它就是一个低洼地带，低洼地带它就是说，好的人才不会在这。首先我认为，她愿意、宁可到护、护、到医院当护工啊，护、护工她一个月收入肯定比养老机构要能多很多，是不是？

医院护工拿的上岗证，与养老院护工拿的上岗证，还是不一样的。医院它、那个护工呢、也是...卫生什么、什么协会啊，他们发的，他们来培训。生活照料方面的培训内容，基本上应该...差不多吧。我们的培训，是有我们的职业培训机构，是劳动（局）认可的，就是劳动部门、就是...人事局认可的。我们有...它要有一个...20几个认可的机构，才能培训，而且它是统一（培训）...如果要是拿国家的那个职业的证书的话，要...鉴定，鉴定所鉴定。那个医、医疗的，我就知道了，可能护工是怎么个体系。

两边的护工都是临时工，所以她们之间互相流动的多了，有拿医院的护理证书到我们这边，也有我们这边的人到那边去。实际上它这个...实际上都是一个生活的护理，就是那个...生活护理，包括医院的护工，是不是？她可能懂得一些医疗的、简单的，是不是？

9、“第三方”评估机制

现在我们各个区，基本上都有。但是呢，它是、它现在是还没有个统一的。就是说第三方评估呢，就是聘请比如说一些专家啊、一些协会啊、等等，然后对养老机构、它进行一个、比如指标的考核。考核以后呢，它跟那个...补贴，政府不都有运营补贴吗，它都挂钩，我们很多区县都有。但是现在以后呢，我们是不是要把这个制度变成一个...全市的？统一的标准，是不是？然后，嗯...对这个第三方也要有一个...就是、认定吧？现在不是谁、这个第三方到底是谁？什么样的资质的、能力的可以做这个事？现在不是说，你找几个张三、李四的，四、五个人，“啊，你们就做吧！”现在还有一定的随意性，随着现在的这个发展，这个要规范化，现在我们就正、正在做这个事。

包括以后的、就是、这是对机构的一个评估，包括对护理的...这个等级的...那种评估，现在我们也都在做这个，第三方的...这种机制。

10、服务水平

现在养老院的服务水平差异性非常大，就是有的机构，比如说像我们市属啊、区属啊这种机构，相对它的投入的比较多，嗯...队伍相对稳定的，那么它的服务比较好的。那么还有一些呢，比如说农村的啊，（服务水平）跟、跟那个、跟那个人群、跟投入、跟服务的、服务人员的这种来源、等等都相关的。那有的就是简易服务，是不是？因为整个这个、这个行业的、就是...从服务来看啊，差异...太大。这是很大的一个特点。

（城市的养老院硬件较好，农村的人文关怀较好）因为那个农村的...很多那个老人啊、哦不、就服务人员啊，是、都是当地的。倒是城市里的（养老院的服务人员）都是外来的，因为城市里的肯定没人来干这个。那当地呢、有些、特别都是 50 多岁的那种...她农活她做不了嘛，或者家里头也不需要了，她就...做这个事。农村的倒是、劳动力本市的倒是多，沟通...问题倒是不大，而且生活习惯

也相近。城市的倒是、怎么说...远、边、边缘城市的，语言也不通、也不行的，是不是？这个倒是我...我了解呢，农村呢不一定说就是设施简陋，她就服务不好。这个服务，就是说关键是你用什么指标衡量的，是不是？它要是比较适合当地的，那就是农村的这些...你像农民、你要让他到城市里来，这种方式，他也受不了，是不是？他要晒晒太阳啊、什么什么的，是不是？他、他这个、跟我们要求的这个...嗯、不、不一样。

从技术上来看，我们是制定统一标准，是不是？你操作的规程，你要统一，是不是？你这个东西你不能、嗯...胡来吧，是不是？然后我们的、这个、比如说无障碍啊、等等等等啊、安全方面等等，这些东西都是统一的。但是个性的、对、对一个人的服务上来看，那肯定是差异的，不可能是、全、全是一样的，是不是？不同的人群、你要是知识分子，你可能还有很多文、什么学习啊、什么...像他们有的养老院，天天还有...还学习，啊，还什么、什么讨论、什么的，这个东西他关心。还有讲什么、请那个什么、专门人讲“歧视”，他们这个不一样。那农村他可能就是一个，东加长西家短啊、什么、打打麻将啊、什么，是不是？这个、这个，是不一样的。但是你不能说他，怎么这么、这么、啊...这么、这么俗啊、什么，因为我到农村的活动室、老年活动室啊、我们看过，那里面就是、都是在打麻将的，老年活动室成了麻将室，哎、就是、他们、你让他看报，他看不懂、他没人看。有些那个什么东西放在那边，也没人看，就不一样。城市里头还有人看看报啊，有的还有什么、电脑啊、弄两下子，是不是？它不一样，要因地制宜、要适合当地的...发展水平，是不是？

所以这个呢、很多东西呢，你像实际上人文关怀这块吧，实际上这个...是不管你是什么层次的，都、都能做到的，是不是？你说，跟、跟一个人聊聊，他有些话跟人说，因为老人在那很寂寞啊，你给他说话啊、什么什么、有些东西，实际上等于关心关心，就不一样。你再好的机构、大的机构...为什么说医疗、医、嗯、就是医院化的是不行的。医院它基本上没什么人文，它是技术性的层面。医生哪有时间和你闲聊啊，护士忙的也是一塌糊涂，你像在医院的压力很大啊，是不是？他雇一个民工、嗯、那个叫什么...嗯、护工，都6个床位、几个床位，它分好的，是不是？而且，他的那个...他跟你（接触）的时间就这几天，顶多住个半个月、半个月院吧，你也出院了吧。这么短的时间内，跟你有啥可沟通的？就像那个宾馆似的，宾馆的（工作人员）跟你有啥可聊的？没有。人家...你只有打电话，“啊，给我送个东西”，他才来，他平常不会打扰你的，是不是？这不一样。

所以现在就是说，你做一个、为什么我们说这个、模式是什么？就是“家”。就是国外也是这种...理念吧。就是养老、养老院啊也好、什么什么这些长期（护理）的机构，现在实际上我们国家呢、可能这个...并没做到。都是大型的，大型机构它就难以做到“家”。所以我们这个、认为什么、有个人问，“那我们的、什么是好的养老院？”我说：“像家的养老院。”就这么简单。当然了，这是一个模拟啊，它不是一个真正的了啊，真正的家，那它也做不到。但是我们养老院就跟医院比，那就能做到。但是我看了现在国外的那些医院啊，当然了，它们的医院和我们的功能不一样，我们的医院是超负荷运转。国外的医院，现在我看了看它那个装潢啊，它都按照家庭（样式）...什么客厅啊、什么什么，原来医院都白色的嘛，都冷色调嘛，现在我看了那个...正好看了一个书，那里面那个、国外有那些...绿池啊、什么东西，搞的很温馨的。坐在那块儿候诊啊、什么的，不像那种大长椅子，我们现在都是叫号、啊、就那种、铁的什么啊，它就为什么？就不让

你多坐嘛、时间长了，你要坐沙发、坐什么、一下坐的都不愿意走了。它就是说，这个理念不一样，但是人家这个国情也不一样。人没这么多，是不是？我们这个、这个...现在医院像那个、比那个火车站都、都拥挤，是不是？（在国外）不是什么人能到那个三级医院去看病的，是不是？还要预约了，是不是？所以我们的这个...唉...这个、整个的医疗体制也有问题。

11、上海市数据

上海市目前有 630 家养老院，10.83 万张床位，入住率是 75%。因为我们这个入住率是怎么算的呢？就是头一、两年呢，没给它算进去、就有些机构，为什么呢？就头一、两年，它建成了以后，它这个、就是说、老人啊...它那个、就是...得有个过程吧。有的呢、招人（入住），它不是说把这个证、拿到了，我这个许可证拿到了，我就可以...就是、老人、住满也有个过程。再一个它自己要培训、要招人（工作）。一般都两年以后，我们算入住率，就比较科学。我们现在是 75%，那郊区（的入住率）呢、就是...空一点，市区的都 95%以上了。关键就是一些郊区，特别是远郊。

统计局应该每年也有这些数据，他们都跟我们要这些数据，我们有个数统计年鉴，有的。还有个政府的那种、嗯...民政的发布一些东西，政府有一个年报啊、什么。这些数据都是发布的，这都是公开的。

基本情况是这样，但是我们的水平...就是说差异太大。嗯...这个、这个差异...我认为核心要解决，就是一个支付体系的问题。这个不解决的话，别的都谈不上，是不是？老人穷的...住不起...这个、这个...而且他要掏他自己腰包，他又不舍得。有的人呢，他是有钱，或者他能支付，但是他不舍得。这个老人呢、他宁肯、他都坚持到最后一刻，实在不行了，子女就给他送去了，是不是？子女、而且变成他子女实在受不了了，嗯...他就没办法了，就给送到养老院。按说这个也是...就是说不是一种...制度的安排。到什么程度下，用什么机制去解决，这个就是、这个就是一个...该在家庭的、能解决的，就在家庭（解决）。但让这个家庭解决，不是说就是靠你家庭成员，而是靠一种社会支持，是不是？专业的那种团队，像国外似的。

我问他们、国外的，你要是家庭的护理、那是很重的，这样的对象，成本是很高的。但他们的理念不一样，能在家庭就在家庭，实、实在不行了...实际上他们那个、嗯...住这个所谓养老院、护理院的那种、长期、就是那种、那个...那类的，像护理院的这类的就是...1年多，平均啊，就1年多、就去世了，是不是？他不会这样，他不会住了10年、20年...我们护理院最可笑的是什么呢？养老院，这样的很多。护理院，有住20年的，就是那个...一个人大代表，他去到护理院去、什么考察去了，在养老院、护理院看，结果呢，跟一个老人聊，住了20年护理院。就是他、他反正形式上出院，然后再住、再出，就这样，那这个资源、医保资源浪费多大啊，是不是？他完全可以在社区的。

所以这块呢、要想缓解、解决许多养老机构的问题，或者是...护理院的问题吧，就不能单纯从这个、这个“院”（机构）去考虑，还要从另外一种、就是社区，还有家庭去考虑。如果说，这块支撑体系不、不到位，它没办法，就现在不改进的人他、他就会涌进来。涌进来以后，它的这块的压力会很大。像护理院，排吧，很难排进去的，是不是？它会有很多不必要的人、进来，实际上是影响了

这个、它的、这个应该在社会中发挥的职、职能的，是不是？凡不该有的，有些人可以、完全实际上都可以放到社区和家庭里面去，是不是？像医院似的，没必要到三级医院，应该到社区（医院）、或者家庭医生给看看、或者社区卫生中心看看，就可以解决的，就没必要。因为这是应该在，它（住宿护理机构）这个是在最后一站，所以它必须要“准入”（标准）。然后呢，它要通过发展那种、社区这块，能够、同样的...很多人群能够在家里嘛，这是最好的选择，也是节省社会成本嘛...方式，是吧？

这是体系、它是个体系，就你不能单纯从那个“住宿”这个考虑，同时另外一个体系、关系你要说清楚，它怎么互补，是不是？怎么样一个...嗯...一些、一些人群啊...怎么样的...守住，不让他进去。

在社区，我们也有那个...居家养老的中心，但我们更多的是生活照顾类的吧，像家政啊、什么送餐啊、等等。那个、就是说我们现在最大的问题就是社区这块，包括也就是医疗啊、包括护理很薄弱。那个“老年护理保障计划”，他们推进起来也很吃力，所以才做了 700 多人嘛，就搞了一年多了。关键就是什么呢？老人、它这个...它设计不好，就是 1 个小时、什么 1 周...反正最多就是、反正按照等级最高是 1000 块钱，然后就是、每次服务就 1 个小时，再一个 1 周就多少次。就是说...这样的老人，他说，“我天天要人来”，是不是？也不是 1 个小时的。所以它根本做不到，它就跟老人的需求（不挂钩）。他说，“你来，我还得...”而且个人还得出...那个 20%，那它就不做了。他说，“民政这个还实用一点，你们这个来，还不实用！”而且这些、这样的老人很多都住在养老院了，他按照他那个标准（提要求）...这个收费标准是那个...医保定的，医保跟那个...嗯、受...的委托，做的一个尝试。他们现在有个标准，他们是、也是、就是这个医疗护理的标准、评估标准，卫生中心、卫生发展中心、他们做的。

打破体制

合理性

问卷

护养院居住者的 生活质量



[] 大学

[公共卫生学院]

[社会调查]

F01

采访编号： _____

F02

采访者编号： _____

F03

采访进行的日期： _____年_____月_____日

F04

护养院编号： _____

F05

房间号码： _____

F06

房间：

- 1 = 单人间
 2 = 双人间
 3 = 多人间

F07

被采访者性别：

- 1 = 男
 2 = 女

F08

被采访者年龄： _____周岁

F09

这名居住者是_____年_____月_____日搬进该护养院的。

F10

简短智能测验： _____分 (见页3, 当总分值<或=17时, 中断采访)

F11

护理级别 (见页4)：

- 0 = 无需 (80-100分为生活可以自理)
 1 = 轻度 (60-80分为生活基本自理)
 2 = 中度 (40-60分为生活需要帮助)
 3 = 重度 (20-40分为生活需要很大帮助)
 4 = 极重度 (0-20分为生活完全需要依赖)

您好！我来自_____医科大学公共卫生学院，我们的学院正在进行一项关于护养院居住者生活状况的问卷调查。这个调查是独立的、匿名的，您的个人信息也是绝密的。因此，您的回答既不会透露给护养院人员，也不会告知任何第三方。

FZ1

采访开始的时间： _____时_____分

简短智能测验（MMSE）

题目	分数	满分
现在是什么时间？ 哪一年？什么季节？几月？几号？星期几？	()	5
我们现在在哪里？ 省？市？区或者街道？护养院？第几层楼？	()	5
现在我要说三样东西的名称，在我讲完后，请您重复一遍。请您记住这三样东西，因为几分钟后要再问您的。 (仔细、缓慢、说清楚，每一样东西一秒钟) “皮球”、“国旗”、“树木”，请您把三样东西说一遍。 (以第一次答案记分)	()	3
请您算一算 100 减去 7，然后从所得数目再减去 7，如此一直计算下去。请您将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停止”为止。 (93、86、79、72、65。若错了，但下一个答案是对的，那么只记一次错误)	()	5
现在请您说出，刚才我让您记住的那三样东西。 (皮球、国旗、树木)	()	3
(向被访者出示手表) 这个东西叫什么？	()	1
(向被访者出示钢笔) 这个东西叫什么？	()	1
现在我要说一句话，请您跟着我清楚的重复一遍：“好读书不求甚解”。	()	1
我给您一张纸，请您按照我说的去做。(拿出一张平整的、空白的纸给被访者)现在开始：用右手拿着这张纸，用两只手将它对折起来，放在您的左大腿上。 (不要重复说明，也不要示范)	()	3
(向被访者出示任务纸 1) 请您念一念这句话，并且按它的意思去做。	()	1
请您写一句有关天气或文艺方面的完整的句子。 (句子必须有主语、谓语、宾语，记下所叙述句子的全文)	()	1
(向被访者出示任务纸 2) 这是一张图，请您在同一张纸上照样画出来。 (两个五边形的图案，交叉处有一个四边形)	()	1
总分	()	30

FT1Z1

MMSE结束的时间：_____时_____分

FT2_ADL

日常生活活动能力量表（ADL）

项目	评分	标准	得分
大便	0	失禁或昏迷	()
	5	偶有失禁（每周<1次）	
	10	控制	
小便	0	失禁或昏迷或需由他人导尿	()
	5	偶有失禁（每天<1次）	
	10	控制	
修饰	0	需要帮助	()
	5	自理（洗脸、梳头、刷牙、剃须）	
用厕	0	依赖他人	()
	5	需部分帮助	
	10	自理（去和离开厕所、使用厕纸、穿脱裤子）	
进食	0	较大或完全依赖	()
	5	需部分帮助（切面包、抹黄油、夹菜、盛饭）	
	10	全面自理（能进各种食物，但不包括取饭、做饭）	
转移	0	完全依赖他人，无坐位平衡	()
	5	需大量帮助（1-2人，身体帮助），能坐	
	10	需少量帮助（言语或身体帮助）	
	15	自理	
活动	0	不能步行	()
	5	在轮椅上能独立行动	
	10	需1人帮助步行（言语或身体帮助）	
	15	独立步行（可用辅助器，在护养院及附近）	
穿衣	0	依赖他人	()
	5	需一半帮助	
	10	自理（自己系、开纽扣，关、开拉锁和穿鞋）	
上下楼梯	0	不能	()
	5	需帮助（言语、身体、手杖帮助）	
	10	独立上下楼梯	
洗澡	0	依赖	()
	5	自理（无指导能进出浴池并自理洗澡）	
总分			()

FT222

ADL结束的时间：_____时_____分

F001a

首先，请您想一下您所生活在这的护养院。我会给您念一些关于护养院生活各个方面的陈述。请您考虑一下，过去的两周内您在这的生活是怎么样的。您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

(拿出量表01，摆在那里直至F002u 题!)

	在过去的两周…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您睡得很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您感到疼痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您在室外接触到了新鲜空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这的饭菜很合您的口味	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…您的宁静被打扰了	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…您能和其他居住者愉快的聊天	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	…您和不在护养院居住的老朋友或熟人 有联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人有时间理会您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…护理人员为您付出了时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…您感到过孤独	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…您感到过无聊	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…您做了一些让您自己高兴的事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…出现过这样的情况，没有人告知您关于护养院的重大事件	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您自己决定了一天的日程	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您害怕自己变得健忘	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您得到的护理和您希望的一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…出现过令您感到害羞的情况	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F001b

接下来的陈述，就不仅指过去的两周内，而是问您在这里的整体生活情况是怎么样的。同样，您的回答没有对或者错，我们只是对您的看法感兴趣。

	您在这里的生活如何？	从不	很少	有时	经常	总是
a	在您的房间里您感到舒适	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	在护养院这，您感觉像家一样	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	对您来说，这里有机会做有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	在护养院这，居住者相互很友好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	您与护理人员能够很好的交流	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	您感到，护理人员认真对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	当您需要帮助时，有人照顾您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	您的饮食很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	您有经济上的担忧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	您有意义的度过了您的时光	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F002

关于在护养院里的“好生活”，有不同的看法。接下来的问题，完全是有关您个人的希望与需求。请您考虑一下，您是否从不、很少、有时、经常或者总是会有这些愿望。

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
a	…您能够将您的房间布置成别的样子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	…您在这里能够得到更多的安静	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	…您能够睡得更好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	…这里的饭菜能更合您的胃口	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	…这里能有更多能和您愉快交谈的居住者	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	…这里的居住者相互能够更友好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	您期望, 和现在相比…	从不	很少	有时	经常	总是
g	…您与不在这里居住的老朋友或熟人能有更多的联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	…您的家人能有更多的时间给您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	…这里能够有更多的文体活动	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	…护理人员能够更多、更好的帮您处理, 您自己无法完成的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	…您与护理人员的交流能更好一些	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	…护理人员能为您花费更多的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	…您能有更多的机会去户外, 接触新鲜的空气	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	…您能有更多的机会, 做一些有意思的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	…您能更多的自主决定, 您一天的安排	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	…您能更有意义的度过您的时间	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	…您能更好的了解关于护养院的重大的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	…护理人员能够更认真的对待您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	…这里能够得到更多、更好的医疗护理	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	…您在经济上能有更好的保障	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u	…您自己在没有其他人帮助的情况下, 能做更多的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(量表01移走!)

F003

(步骤1)

现在, 我给您展示一打卡片。在这些卡上, 您能看到涉及护养院生活的各个角度。请您花点时间, 挑选出对您个人来说, 特别重要的卡片。您挑选的卡片, 没有数量限制。

(首先混合这16张卡片。然后给被访者出示任意抽取的4张卡片, 让其挑选出最重要的卡片。将被挑选出的卡片放到一边, 没被挑选的卡片放到另外一边。)

(步骤2)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打12张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤3)

请您从这一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示这一打8张卡片中的任意4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤4)

请您从最后一打卡片中，挑选出您认为特别重要的那些卡片。您挑选的卡片，同样没有数量限制。

(向其出示最后剩余的4张卡片，让这位护养院的居住者继续挑选。并将被挑选出的卡片与刚才被挑选出的放在一起，没被挑选的卡片则放到另外一边。)

(步骤5)

(现在拿出在前4个步骤中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格1中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格1

序号 1 □	序号 2 □	序号 3 □	序号 4 □	序号 6 □	序号 7 □	序号 9 □	序号 10 □
序号 11 □	序号 12 □	序号 13 □	序号 14 □	序号 15 □	序号 16 □	序号 17 □	序号 18 □

(步骤6)

我现在给您看的，是您认为特别重要而挑选出来的卡片。请您从中再挑选出对您最重要的卡片。您挑选的卡片，仍然没有数量限制。

(注意：这个过程要按照被挑选出来的卡片的数量进行！表格2中至多填入4张卡片!!!)

- (如果在前4个步骤中，一共只有1到4张卡片被挑选出来了，直接进入步骤7，将这1打卡片重新放到这位护养院居住者面前，让其挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有5到8张卡片被挑选出来了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的2打。将这2打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有9到12张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的3打。将这3打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)
- (如果在前4个步骤中，一共有13或者超过13张卡片被挑选出了，那么将这些卡片分成数量尽可能相等的4打。将这4打卡片按照上述步骤，分别重新放到这位护养院居住者面前，让其依次挑选出最重要的卡片。)

(步骤7)

(现在拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，并对其在下列表格2中所对应的序号上划×。卡片的序号均在其右下方。)

表格2

序号 1□	序号 2□	序号 3□	序号 4□	序号 6□	序号 7□	序号 9□	序号 10□
序号 11□	序号 12□	序号 13□	序号 14□	序号 15□	序号 16□	序号 17□	序号 18□

(步骤8)

我现在给您看的，是您认为最重要而挑选出来的卡片。请您告诉我，哪一张对您来说，是最最重要的卡片。

(拿出在步骤6中所有被挑选出来的卡片，重新摆放在这位护养院居住者面前，并让其挑选出最重要的一张卡片。将这张卡片的序号填入下列的区域。)

卡片序号：_____

F22

卡片游戏结束的时间：_____时_____分

F004

我们这会儿已经谈了很多。关于一个“好的生活”，我可能还有这个或那个方面没有提到。作为一名住在护养院的老年人，对您的生活而言，还有什么特别重要的点需要补充吗？

F005

通过这个采访，您是否感觉到累？（出示量表04!）

- 1 = 没有，不觉得累
- 2 = 是的，有点累
- 3 = 是的，非常累

F006/FT3_SWLS

我想再问您一个很概括性的问题：通盘考虑下——您对您眼下的生活有多满意？（出示量表02！）

这里有六个可能的答案，就像一个选择题，您会说，...

- 1 = 您太满意了，根本没有什么需要改善的
- 2 = 您很满意
- 3 = 您是满意的
- 4 = 您比较不满意
- 5 = 您很不满意
- 6 = 您太不满意了，它简直不能更糟糕了

F12M

您是否患有**一种或者多种长期持续的、慢性的疾病**？（提示：慢性疾病指长期持续的病状，其总是需要治疗和控制，如糖尿病或心脏病等）

- 0 = 没有
- 有，如果有，是哪几种？ _____

F007/FT4_VAS/FSF7

在过去的**4周**，您的疼痛有多强烈？（出示量表05！）

- 1 = 没有疼痛
- 2 = 很轻
- 3 = 轻
- 4 = 中等
- 5 = 强
- 6 = 很强

F008/FT5_SF-36/FSF8

在过去**4个星期**里，您的身体疼痛影响了您的日常生活吗？（出示量表10！）

- 1 = 完全没有影响
- 2 = 有一点影响
- 3 = 中等影响
- 4 = 影响很大
- 5 = 影响非常大

F009/FSF1

您会如何综合评价您目前的健康状况？（出示量表03！）

- 1 = 好极了
 - 2 = 很好
 - 3 = 好
 - 4 = 不太好
 - 5 = 差
-

F010/FSF4

在过去4个星期里，您的身体健康影响了您的日常生活吗？（出示量表10！）

- 1 = 完全没有影响
 - 2 = 有一点影响
 - 3 = 中等影响
 - 4 = 影响很大
 - 5 = 影响非常大
-

F011/FT6_PANAS/FSF9

您会如何综合评价您目前的心情？（出示量表03！）

- 1 = 好极了
 - 2 = 很好
 - 3 = 好
 - 4 = 不太好
 - 5 = 差
-

F012/FSF5

在过去4个星期里，您的心情影响了您的日常生活吗？（出示量表10！）

- 1 = 完全没有影响
- 2 = 有一点影响
- 3 = 中等影响
- 4 = 影响很大
- 5 = 影响非常大

F013/FSF6

在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？（出示量表10！）

- 1 = 完全没有影响
- 2 = 有一点影响
- 3 = 中等影响
- 4 = 影响很大
- 5 = 影响非常大

FZ3

采访到这的时间：_____时_____分

F017

搬进护养院居住，是您自己的意愿吗？

- 1 = 不是
- 2 = 是

F018a

在您搬进这个护养院之前，您曾经住在哪里？

- 1 = 在自己家里
- 2 = 在另一个护养院里
- 3 = 其它居住形式（请您描述一下）：_____

F018b

您在这个护养院生活了多久？_____个月

F018c

从您家到这个护养院有多远？

- 1 = 50公里以内
- 2 = 50-150公里
- 3 = 150公里以上

F018d

从您家到这个护养院需要多久的车程？

- 1 = 1个小时以内
- 2 = 1-3个小时
- 3 = 3个小时以上

F019

您在这个护养院每个月的生活费用是多少？

_____元；

其中：饭费_____元，住宿费_____元，其它费用_____元

F020

您拥有什么户口？

1 = 城市户口

2 = 农村户口

F021

您拥有的被承认的最高学历是什么？（出示量表16！）

1 = 没有上过学或者小学没有毕业

2 = 小学毕业

3 = 初中毕业（含中专和普通初中）

4 = 高中毕业（含职业高中和普通高中）

5 = 大学专科毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

6 = 大学本科毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

7 = 硕士毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

8 = 博士毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）

F023a

您以前工作过吗？

1 = 是的，如果是，是_____，工作到_____年

023a1-1 = 国家公务员

023a1-2 = 在军队部门

023a1-3 = 事业单位正式员工

023a1-4 = 事业单位合同工

023a1-5 = 企业单位正式员工

023a1-6 = 自由职业者

2 = 没有

F023b

您有基本医疗保险吗？

- 1 = 是的，如果是，是_____
- 023b1-1 = 城镇职工基本医疗保险
 - 023b1-2 = 城镇居民基本医疗保险
 - 023b1-3 = 新型农村合作医疗保险
- 2 = 没有基本医疗保险，但是有_____
- 023b2-1 = 公费医疗
 - 023b2-2 = 公务员医疗补助
 - 023b2-3 = 大额医疗费用救助
 - 023b2-4 = 商业医疗保险
- 3 = 没有任何医疗保险或其它医疗救助

F023c

您有基本养老保险吗？

- 1 = 是的，每月_____元
- 023c1-1 = 不到1500
 - 023c1-2 = 1500-3000
 - 023c1-3 = 3000以上
- 2 = 没有。那么收入来源是什么？ _____

F024a

您有兄弟姐妹吗？

- 1 = 是的
- 2 = 没有（直接转F025题）

F024b

您还有几个在世的兄弟或者姐妹呢？

- _____个在世的兄弟（1）
- _____个在世的姐妹（2）

F024c

您有几个去世的兄弟或者姐妹呢？

- _____个去世的兄弟（1）
- _____个去世的姐妹（2）

F024d

您和其中的几个兄弟或者姐妹还有正常的联系呢？

_____个兄弟/姐妹

F025

您的婚姻状况如何？（出示量表17！）

- 1 = 已婚，和伴侣一起生活
 - 2 = 已婚，和伴侣分开生活
 - 3 = 单身
 - 4 = 离婚
 - 5 = 丧偶
-

F026a

您是否有子女？

- 1 = 是的
 - 2 = 没有（采访结束）
-

F026b

您还有几个在世的儿子或者女儿呢？

_____个在世的儿子（1）
_____个在世的女儿（2）

F026c

您有几个去世的儿子或者女儿呢？

_____个去世的儿子（1）
_____个去世的女儿（2）

F026d

您和其中的几个子女还有正常的联系呢？

_____个子/女

这个访谈到这就结束了，我非常感谢您的合作！

FZ4

采访全部结束的时间：_____时_____分

以下内容仅限采访者！！！！

I01

该采访是在哪里进行的？

- 1 = 在被访者的房间里
- 2 = 在公共活动室里
- 3 = 其它地方，即_____

I02

该采访是否被中断了？

- 0 = 否（直接转第5题）
- 1 = 是（继续第3题和第4题）

I03

采访被中断在题目（填写序号）：_____

I04

采访被中断的原因：（可多选！）

- 1 = 视力问题
- 2 = 听力问题
- 3 = 定位能力（混乱迷惘）
- 4 = 发音能力
- 5 = 交流能力
- 6 = 整体状况
- 7 = 合作意愿
- 8 = 其它原因，即：_____

I05

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很惊讶或者您完全没有准备到？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

I06

在采访过程中，是否有这样的情况，您觉得很不舒服？

- 0 = 否
- 1 = 是（请描写）_____

I07

作为采访者，您认为这个采访的长度对于您来说是否合适？

- 0 = 是
 - 1 = 否，太长了
 - 2 = 否，太短了
-

I08

您如何估计答案的信度？

a. 可信度？

- 0 = 是
- 1 = 否
- 2 = 一半一半

b. 疲劳度？

- 0 = 否
 - 1 = 是，自题目（填写序号）：_____
-

I09

您有何改进的建议？（请自由回答）

I10

对被采访者的评语：

a. 性格？

- 1 = 外向； 2 = 内向； 3 = 平和。

b. 配和度？

- 1 = 高； 2 = 低； 3 = 中。

c. 态度？

- 1 = 认真； 2 = 敷衍； 3 = 一般。

d. 诚实度？

- 1 = 前后一致； 2 = 前后矛盾； 3 = 一半一半。

e. 思维？

- 1 = 敏捷； 2 = 迟钝； 3 = 中等。

f. 回答？

- 1 = 流利； 2 = 迟疑； 3 = 平速。

g. 补充：

问卷

护养院居住者的 生活质量

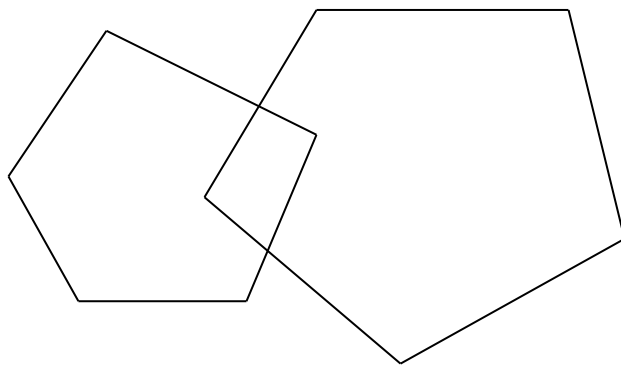


[] 大学

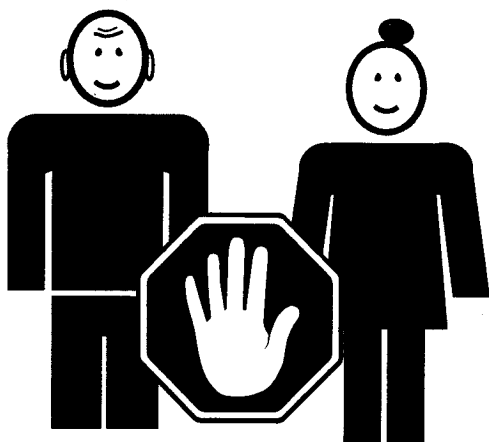
[公共卫生学院]

[社会调查]

闭上眼睛

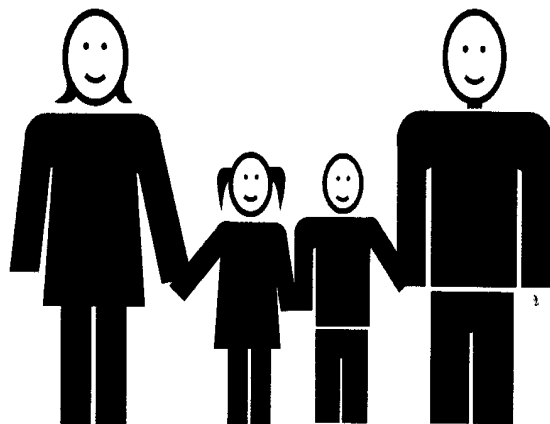


当有人想规定我
做什么的时候，
我有权利说不



9

和我的家庭的联系



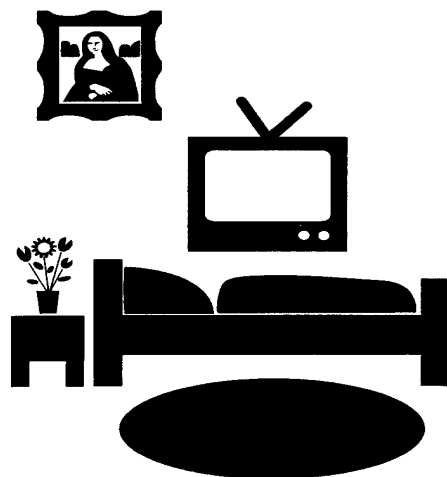
6

当我需要帮助的时候，
这里有人照顾我



7

一个漂亮的房间



3

有意思的业余活动



10

做一些有意义的事情



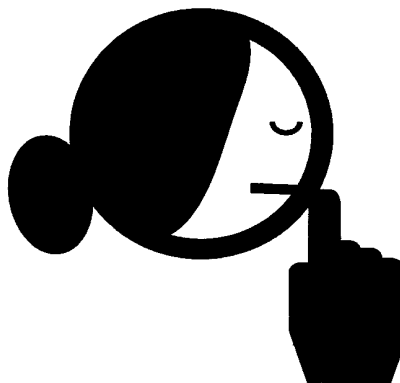
16

自己决定每天的日程



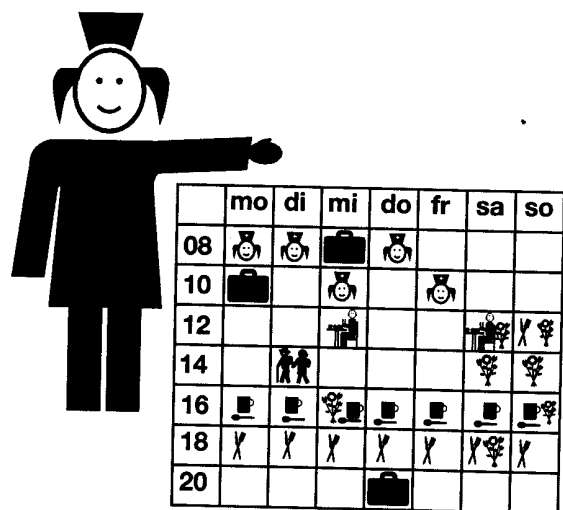
11

安 静



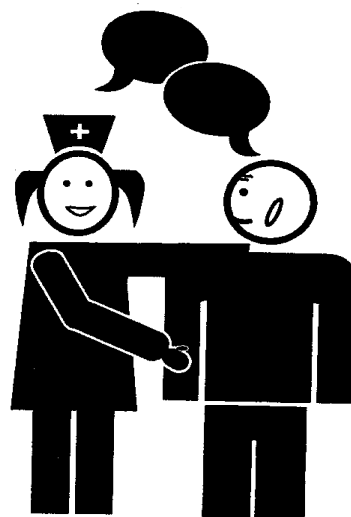
17

在护养院里能充分掌握所有的信息



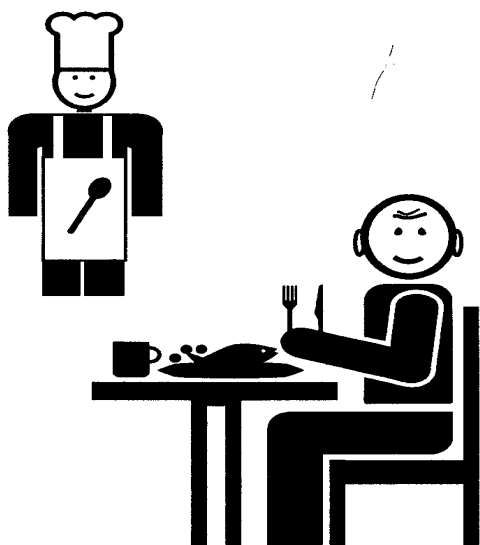
12

和护理者有良好的联系



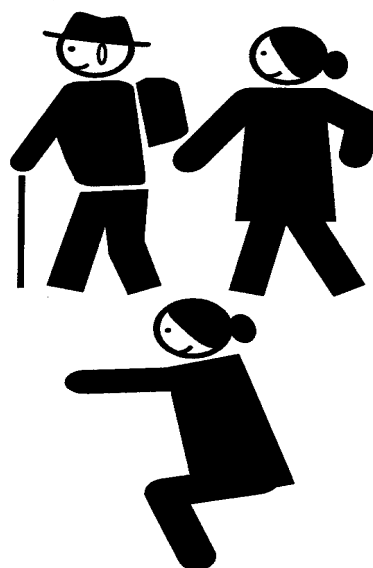
14

好吃的食物



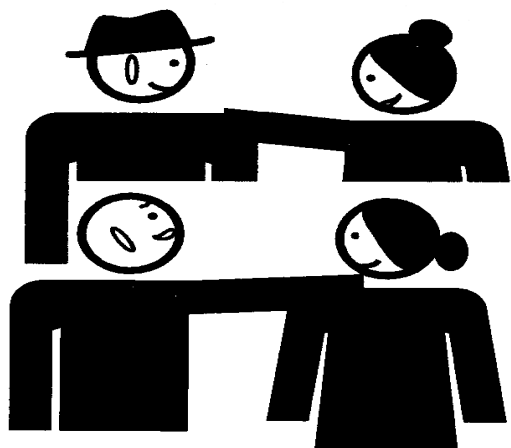
13

我的健康



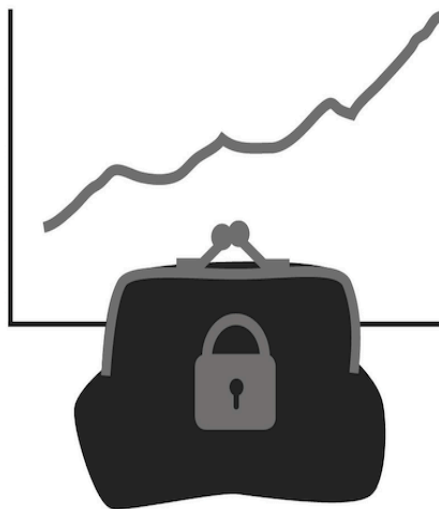
15

居住者之间
有着友好的往来



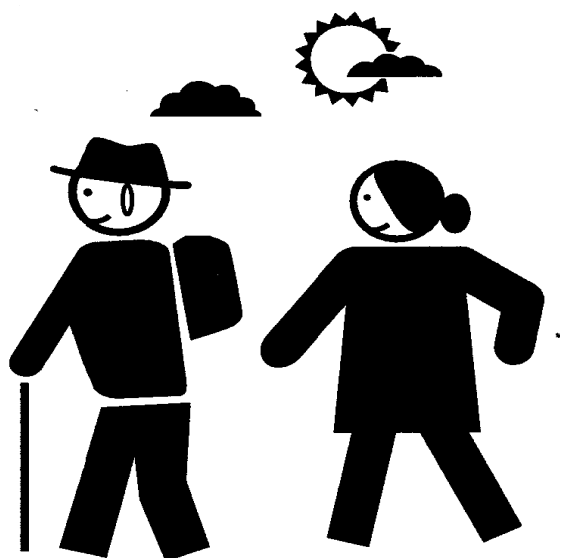
4

良好的经济保障



18

在室外接触新鲜空气



1

和不住在这里的
老朋友们有联系



2

量表 01

从不	很少	有时	经常	总是
----	----	----	----	----

量表 03

好极了	很好	好	不太好	差
-----	----	---	-----	---

量表 02

您太满意了，根本没有什 么需要改善的
您很满意
您是满意的
您比较不满意
您很不满意
您太不满意了，它简直不 能更糟糕了

量表 05

没有疼痛
很轻
轻
中等
强
很强

量表 04

没有，不觉得累
是的，有点累
是的，非常累

量表 16

没有上过学
小学毕业
初中毕业（含中专和普通初中）
高中毕业（含职业高中和普通高中）
大学专科毕业（含在职、夜校、成人高考、自考和普通大学）
大学本科毕业（含在职、夜校、成人高考和自考和普通大学）
硕士毕业（含在职、夜校、成人高考和自考和普通大学）
博士毕业（含在职、夜校、成人高考和自考和普通大学）

量表 10

完全没有影响
有一点影响
中等影响
影响很大
影响非常大

量表 17

已婚，和伴侣一起生活
已婚，和伴侣分开生活
单身
离婚
丧偶

