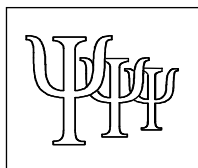


Britta Renner/ André Hahn/ Ralf Schwarzer

Risiko und Gesundheitsverhalten

Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts
„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)



IMPRESSUM

Herausgeber: Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft, Psychologie und
Sportwissenschaft
Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie
Habelschwerdter Allee 45
D-14195 Berlin
Tel.: (030) 838-5632

Redaktion: Britta Renner und Ralf Schwarzer

Satz und Layout: Britta Renner, André Hahn und Bärbel Günther

Druck: Zentrale Universitäts Druckerei der Freien Universität Berlin

Auflage: 300

Redaktionschluß: 3/1996

ISBN 3-00-000631-1

INHALTSVERZEICHNIS

1 ALLGEMEINE ANGABEN	1
1.1 Ziele und Fragestellungen	1
1.2 Versuchsplan	2
1.3 Stichprobe und Untersuchungsablauf	2
2 ALLGEMEINE MERKMALE DES TEILNEHMERKREISES	4
2.1 Sozio-ökonomischer Status	4
<i>Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer</i>	
2.1.1 Schulabschluß	4
2.1.2 Berufsausbildung	4
2.1.3 Erwerbsstatus	4
2.1.4 Berufliche Stellung	5
2.2 Medienresonanz/Mitgliedschaft Techniker Krankenkasse	6
<i>von Lengerke</i>	
2.3 Teilnahmegründe	7
<i>von Lengerke</i>	
3 GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	9
3.1 Krankheitsstatus	9
<i>Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer</i>	
3.2 Medikamentenkonsum	10
<i>Renner</i>	
3.3 Aktueller Diätstatus	11
<i>Renner & Hahn</i>	
3.4 Subjektive Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands	11
<i>Renner</i>	
3.4.1 Absolute Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands	11
3.4.2 Relative Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands	11
3.5 Bisheriges Screeningverhalten und Resultate	13
<i>von Lengerke & Renner</i>	
3.5.1 Regelmäßigkeit der Messung	13
3.5.2 Zeitpunkt der letzten Messung	13
3.5.3 Kategoriale Einschätzung der letzten physiologischen Werte	13
3.5.4 Exakter letzter Befund	14

4 GESUNDHEITSVERHALTEN	15
4.1 Ernährung	15
<i>Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer</i>	
4.1.1 Konsumhäufigkeit.....	15
4.1.2 Ernährungsstil	21
4.2 Sportliche Aktivität	24
<i>Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke</i>	
4.2.1 Dauer und Art der sportlichen Aktivität	24
4.2.2 Regelmäßigkeit der sportlichen Aktivität	26
4.2.3 Intensität der sportlichen Aktivität	26
4.3 Tabakkonsum.....	27
<i>Renner</i>	
4.3.1 Raucherstatus	27
4.3.2 Dauer der Rauchabstinenz	27
4.3.3 Stärke der konsumierten Tabakwaren.....	27
4.3.4 Rauchbeginn	27
4.3.5 Anzahl der konsumierten Tabakwaren pro Tag.....	28
4.3.6 Rauchunterbrechungen	28
4.4 Alkoholkonsum	28
<i>Renner</i>	
4.4.1 Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums	28
4.4.2 Einstiegsalter regelmäßigen Alkoholkonsums.....	29
4.4.3 Häufigkeit des Alkoholkonsums.....	29
4.4.4 Menge des konsumierten Alkohols.....	29
4.5 Vorsorgeverhalten	30
<i>Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer</i>	
4.6 Häufigkeit und Kürzlichkeit vergangener Veränderungsversuche	31
<i>Renner & Hahn</i>	
4.6.1 Ernährungsumstellung	31
4.6.2 Sportliche Aktivität.....	31
4.6.3 Rauchabstinenz	32
4.6.4 Einschränkung des Alkoholkonsums.....	32
4.7 Vigilanz und kognitive Vermeidung	33
<i>Hahn & Dreesen</i>	
5 KOGNITIONEN ZU GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	35
5.1 Vulnerabilität	35
<i>Renner</i>	
5.1.1 Absolute Vulnerabilität der eigenen Person	35
5.1.2 Absolute Vulnerabilität eines Peers	36
5.1.3 Relative Vulnerabilität	37

5.2 Wahrgenommener Schweregrad	39
<i>Renner & Hahn</i>	
5.2.1 Allgemeine Schweregradeinschätzung	39
5.2.2 Individuelle Schweregradeinschätzung	40
5.2.3 Schweregrad des eigenen aktuellen Risikostatus für die Gesundheit	41
5.3 Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung	42
<i>Renner & Hahn</i>	
5.3.1 Besorgtheit	42
5.3.2 Aufgeregtheit	42
5.4 Beeinflußbarkeit der Krankheitsgenese	43
<i>Renner & Hahn</i>	
5.4.1 Wahrgenommener eigener Verhaltenseinfluß auf die Krankheitsgenese	43
5.4.2 Wahrgenommene Beeinflußbarkeit der Krankheitsgenese	45
5.5 Heilbarkeit	46
<i>Fuchs, Schwarzer & von Lengerke</i>	
5.6 Heritabilität	47
<i>Renner</i>	
5.7 Krankheiten im Bekanntenkreis	48
<i>von Lengerke & Renner</i>	
5.8 Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Krankheit	49
<i>Renner</i>	
5.8.1 Risikofaktor Hypertonie	49
5.8.2 Risikofaktor Hypercholesterinämie	50
5.9 Ätiologiekonzept des Herzinfarkts	51
<i>Renner</i>	
5.10 Gesundheitsbezogener Änderungsdruck	52
<i>Fuchs, von Lengerke, Hahn & Renner</i>	
5.11 Intentionen	54
<i>Hahn, von Lengerke & Renner</i>	
5.12 Konsequenzerwartungen der Verhaltensumstellung	56
<i>Renner, Hahn, Fuchs, von Lengerke & Schwarzer</i>	
5.12.1 Konsequenzerwartungen der Ernährungsumstellung	56
5.12.2 Konsequenzerwartungen der körperlichen Aktivität	57
5.12.3 Konsequenzerwartungen der Rauchentwöhnung	59
5.12.4 Konsequenzerwartungen der Einschränkung des Alkoholkonsums	60
5.12.5 Konsequenzerwartungen der regelmäßigen Teilnahme an KHK- Vorsorgeuntersuchungen	61

5.13 Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Verhaltensumstellung	65
<i>Renner Hahn, Fuchs, Schwarzer & von Lengerke</i>	
5.13.1 Selbstwirksamkeit der Ernährungsumstellung.....	65
5.13.2 Selbstwirksamkeit der körperlichen Aktivität	66
5.13.3 Selbstwirksamkeit der Rauchentwöhnung.....	68
5.13.4 Selbstwirksamkeit der Einschränkung des Alkoholkonsums	69
5.13.5 Selbstwirksamkeit der regelmäßigen Teilnahme an KHK-Vorsorgeuntersuchungen	69
6 BEFINDLICHKEIT/ MOMENTANE STIMMUNG	75
<i>Renner</i>	
7 WISSEN	76
7.1 Berliner Wissenstest zu den Themen Cholesterin und Blutdruck (BWCB)	76
<i>Renner, Hahn, von Lengerke & Dreesen</i>	
7.2 Einschätzung des blutdruck- und cholesterinbezogenen Wissens	81
<i>Renner</i>	
7.2.1 Erwartete Anzahl richtig gelöster Aufgaben.....	81
7.2.2 Erwartete durchschnittliche Anzahl richtig gelöster Aufgaben	81
7.2.3 Zufriedenheit mit dem persönlichen Wissensstand	81
8 PROZESSMODELLE ZUM GESUNDHEITSV ERHALTEN	83
<i>Renner & Hahn</i>	
8.1 Prozeßmodell gesundheitlicher Überzeugungen (PGÜ)	83
8.2 Stufenmodell gesundheitlichen Bewußtseins und Handelns (SGBH)	87
9 MESSWERTE UND MESSUNG	92
9.1 Testintervall	92
<i>Renner</i>	
9.2 Nützlichkeit des Tests	93
<i>Renner & Hahn</i>	
9.3 Subjektiv wahrgenommene Genauigkeit und Repräsentativität der physiologischen Messung	94
<i>Renner</i>	
9.3.1 Zuverlässigkeit der aktuellen Messung.....	94
9.3.2 Generelle Zuverlässigkeit der Messung.....	94
9.3.3 Repräsentativität des aktuellen physiologischen Wertes	94
9.3.4 Spezifische Zuverlässigkeit der Messung.....	94
9.4 Erwarteter physiologischer Wert für den ersten und zweiten Meßzeitpunkt	96
<i>Renner</i>	
9.4.1 Erwarteter Wert für den ersten Meßzeitpunkt	96
9.4.2 Erwarteter Wert für den zweiten Meßzeitpunkt	96

9.5 Wahrgenommene Diskrepanz zwischen tatsächlichem und gemessenem physiologischen Wert	97
<i>Renner</i>	
9.5.1 Subjektiv wahrgenommene Diskrepanz zwischen gemessenem und tatsächlichem Wert.....	97
9.5.2 Valenz der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen gemessenem und tatsächlichem Wert.....	98
9.6 Attribution der Testergebnisse	99
<i>Renner & Hahn</i>	
9.7 Test-Benefits	100
<i>Renner</i>	
9.7.1 Absoluter Gewinn	100
9.7.2 Relativer Gewinn	100
9.8 Erinnerung der erwarteten Meßwerte	102
<i>Renner</i>	
9.9 Erinnernte Erwartungsdiskrepanz	103
<i>Renner</i>	
10 KOGNITIONEN ZUM RISIKOSTATUS UND SEINEN KÜNFTIGEN IMPLIKATIONEN	105
10.1 Zeitverlauf	105
<i>Renner, Hahn & von Lengerke</i>	
10.2 Basisrate	106
<i>Renner</i>	
10.2.1 Basisraten KHK-Risikofaktoren	106
10.2.2 Basisraten Herz-Kreislauf-Krankheiten	106
10.2.3 Basisrate der Unkenntnis des Risikostatus.....	107
10.2.4 Basisrate der Unkenntnis des positiven Risikostatus.....	107
10.3 Aktuelle Besorgtheit	108
<i>Renner</i>	
10.4 Wahrscheinlichkeit der Risikostatusminderung	109
<i>Renner</i>	
10.5 Wahrgenommene Barrieren einer protektiven Maßnahme	110
<i>von Lengerke & Renner</i>	
10.6 Subjektive Handlungsnotwendigkeit	111
<i>Renner & von Lengerke</i>	

1 Allgemeine Angaben

Das Forschungsprojekt „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS) ist ein Gemeinschaftsprojekt der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg. Es wird gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DfG-Geschäftszeichen: Schw 208/11) und die Kommission für Forschung und Wissenschaftlichen Nachwuchs der Freien Universität Berlin.

Für die Projektkonzeption und -durchführung sind Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Dipl.-Psych. André Hahn, Dipl.-Psych. Thomas von Lengerke und Dipl.-Psych. Britta Renner verantwortlich.

Das Projekt begann am 1. Oktober 1993 und hat dreijährige Gesamtdauer.

1.1 Ziele und Fragestellungen

Die vorliegende Längsschnittuntersuchung beschäftigt sich mit verschiedenen motivationalen und kognitiven Determinanten der Ausführung und Aufrechterhaltung von gesundheitsbezogenem Verhalten. Als Bestimmungsstücke von Gesundheitsverhaltensweisen wurden insbesondere gesundheitsbezogenes Wissen, Risikowahrnehmung, verhaltensspezifische Konsequenz- und Kompetenzerwartungen sowie Handlungsintentionen betrachtet. Vier Verhaltensbereiche wurden diesbezüglich untersucht: Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum. Das Ziel des Forschungsvorhabens liegt vor allem in der Bestimmung der wichtigsten Determinanten dieser gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, wobei das Zusammenwirken dieser verschiedenen Faktoren gemäß der Formulierung des sozial-kognitiven Prozeßmodells gesundheitlichen Handelns (Schwarzer, 1992a, 1992b; Wallston, 1994) geprüft werden soll.

Im Abstand eines halben Jahres (April und Oktober 1994) wurden im Rahmen eines öffentlichen Screenings rund 1.500 Personen untersucht. Diesen Personen wurde eine Blutdruck- und Cholesterinmessung (Gesamtcholesterin und HDL) angeboten. Diese Versuchsgruppe soll mit einer Kontrollgruppe verglichen werden, die keine Informationen in Bezug auf ihre Blutdruck- und Cholesterinwerte erhielt. Bei beiden Gruppen wurden anhand von Fragebogen verschiedene Kognitionen und Gesundheitsverhaltensweisen erfaßt.

Der Untersuchung liegen folgende allgemeine Fragestellungen zugrunde:

1. Zunächst soll die Reaktion auf die individualisierten Risikoinformationen (Blutdruck- und Cholesterinwerte) auf der kognitiven Ebene geprüft werden. Dafür soll eine umfassende Überprüfung defensiver Interpretationsstrategien erfolgen, wie sie beispielsweise im Rahmen des „model of illness threat appraisal“ von Ditto, Jemmott und Darley (1988) formuliert wurden. Außerdem sollen Erwartungsdiskrepanzen und Attributionen aufgrund der rückgemeldeten Gesundheitswerte untersucht, sowie deren Bedeutung für weitere Einschätzungsprozesse (z.B. Anfälligkeitseinschätzung) geprüft werden.
2. Exploriert werden soll, ob sich verschiedene qualitative Stufen des Gesundheitsbewußtseins im Sinne der qualitativen Stufentheorie von Weinstein (1988) und Weinstein und Sandman (1992) identifizieren lassen.
3. Die dritte Fragestellung analysiert die Bedeutung und den Zusammenhang der wichtigsten Kognitionsbereiche für die Initiierung präventiven Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung, Konsequenzerwartung und Kompetenzerwartung in Anlehnung an das sozial-kognitive Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer (1992a, 1992b; Wallston, 1994).

4. Die vierte Fragestellung zielt auf den Prozeß der Motivierung zum Gesundheitsverhalten, indem Determinanten zum ersten Meßzeitpunkt mit den berichteten Verhaltensweisen und den objektiven Risikoindikatoren zum zweiten Meßzeitpunkt in Beziehung gesetzt werden. Insbesondere sollen längerfristige Effekte individualisierter Risikoinformationen auf gesundheitsbezogenes Alltagsverhalten untersucht werden.

Spezifische Untersuchungshypothesen werden in den Abschnitten 2 bis 10 erläutert.

1.2 Versuchsplan

Der Studie liegt ein längsschnittliches Design mit zwei Meßzeitpunkten zugrunde. Um zu ermitteln, ob die individualisierten Risikorückmeldungen einerseits und die Gesundheitskognitionen andererseits eine Wirkung auf nachfolgendes Gesundheitsverhalten ausüben, ist eine wiederholte Erfassung des Verhaltens notwendig. Der Zeitraum eines halben Jahres wurde gewählt, um nicht nur kurzfristigen Engagements, sondern längerfristigen Verhaltensänderungen nachgehen zu können.

Rund 1.500 Personen erhielten im Rahmen einer öffentlichen „Gesundheitsaktion“ individualisierte Risikorückmeldungen (Treatment) bezüglich ihrer Cholesterin- und Blutdruckwerte. Die Hälfte der Personen aus dieser Versuchsgruppe erhielt zusätzlich eine Rückmeldung über ihr Ergebnis (stets positiv) in einem „Gesundheitsquiz“. Eine Kontrollgruppe von 639 Personen erhielt kein solches Angebot, sondern wurde völlig unabhängig von dieser Gesundheitsaktion befragt. Darüber hinaus erhielten alle Teilnehmer schriftliches Informationsmaterial (2 Broschüren), welches von unserer Forschungsgruppe für die Gesundheitsaktion erstellt wurde. Daraus ergibt sich ein Zweigruppen-Design folgenden Typs:

	Welle 1	Treatment	Welle 2
Treatmentgruppe	O	X	O
Kontrollgruppe	O	-	O

1.3 Stichprobe und Untersuchungsablauf

Die Durchführung erfolgte in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg. Insgesamt wurden vier Berliner Bezirke als Untersuchungsorte ausgewählt: Charlottenburg, Dahlem, Mitte und Marzahn.

Die Versuchsgruppe wurde durch Plakate, Handzettel und Zeitungshinweise angeworben. Zusätzlich wurden zu Meßzeitpunkt 1 durch die Techniker Krankenkasse 12.000 Mitglieder in den betreffenden Bezirken angeschrieben und zu dieser Gesundheitsaktion eingeladen.

Die Kontrollgruppe wurde an den jeweiligen Erhebungsorten der Versuchsgruppe entweder durch persönliche Ansprache an der Haustür oder in Seminaren angeworben. Ein Teil der Kontrollstichprobe (N=250) wurde ebenfalls durch Anschreiben der Techniker Krankenkasse an ihre Mitglieder geworben.

Die Daten der Versuchsgruppe wurden durch einen sequentiellen Untersuchungsablauf mit insgesamt 6 Stationen (siehe Abbildung 1) erhoben.

Zu Beginn, an Station 1, erfolgte die Begrüßung und eine kurze Erläuterung des Untersuchungsablaufs sowie die Ausgabe des ersten Fragebogens und weiterer Untersuchungsmaterialien (Einverständniserklärung zur Kapillarblutabnahme, Kennwortblatt, Gesundheitspaß). Die Teilnehmer wurden gebeten, diesen ersten Fragebogen auszufüllen, bevor sie sich zur Station 2 begeben, an der ihre Größe und Gewicht gemessen wurden. An Station 3 wurden der systolische und diastolische Blutdruck gemessen und an Station 4 die beiden

Blutfettwerte Gesamtcholesterin und HDL. Für die Tests wurde medizinisches Fachpersonal von der Techniker Krankenkasse bereitgestellt. An der Station 5 erfolgte eine weitere kurze Befragung. Im Anschluß fand eine individuelle Gesundheitsberatung statt, und es wurden den Teilnehmern Informationsbroschüren zu den Themen Cholesterin und Blutdruck überreicht. An dieser Station 6 erhielten die Untersuchungsteilnehmer außerdem einen weiteren Fragebogen

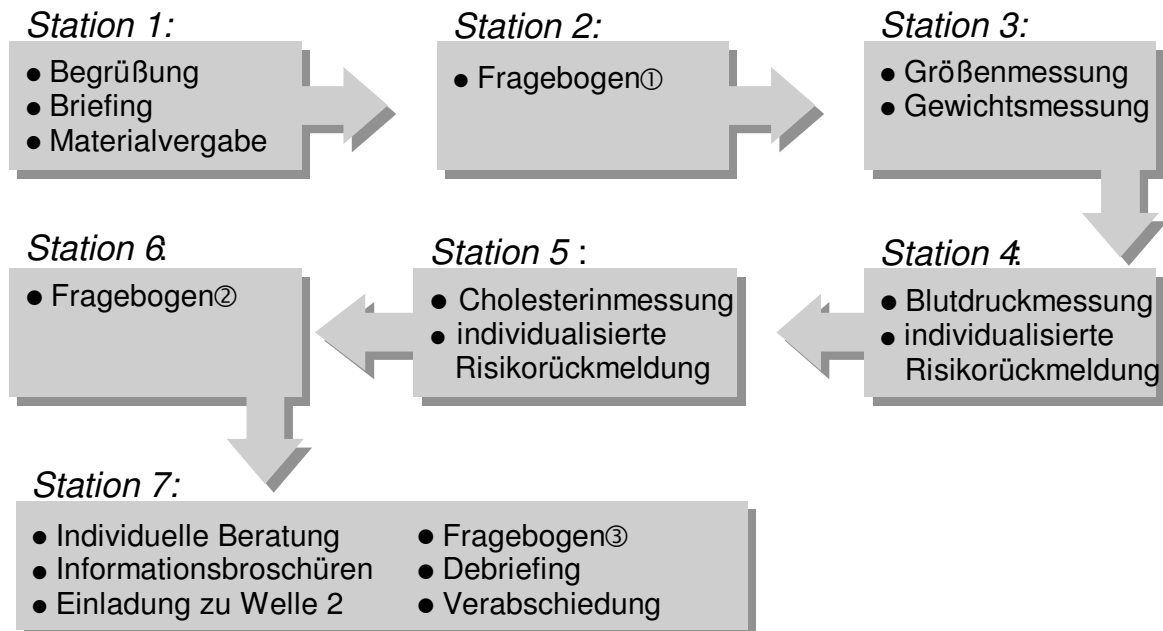


Abbildung 1: Sequentieller Untersuchungsablauf mit insgesamt 6 Stationen für die Versuchsgruppe.

(Fragebogen ③), der zu Hause ausgefüllt werden sollte. Dieser Fragebogen konnte mittels eines frankierten Rückumschlags zurückgesendet werden.

Diese Untersuchung dauerte für jeden Teilnehmer zu Meßzeitpunkt 1 etwa eine Stunde und zu Meßzeitpunkt 2 etwa 35 Minuten (ohne den Fragebogen, der zu Hause auszufüllen war).

Die folgenden Kapitel beschreiben die verschiedenen Erhebungsinstrumente der durchgeführten Studie. Dabei wird jeweils die konkrete Form der Erfassung, Quelle des Instruments, der Aufbau sowie die mit der Erfassung verfolgte Zielsetzung dargestellt.

Weiterführende Literatur

- Ditto, P. H., Jemmott, J. B., III & Darley, J. M. (1988). Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology*, 7, 183-201.
- Schwarzer, R. (1992a). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992b). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.
- Wallston, K. A. (1994). Theoretically based strategies for health behavior change. In M. P. O'Donnell & J. S. Harris (Eds.), *Health promotion in the workplace* (pp.185-203). Albany, NY: Delmar.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170-180.

2 Allgemeine Merkmale des Teilnehmerkreises

2.1 Sozio-ökonomischer Status (Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer)

2.1.1 Schulabschluß

• **Ihr höchster Schulabschluß:**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Habe (noch) keinen Schulabschluß | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Volksschul-, Hauptschulabschluß | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Mittlere Reife, Realschulabschluß | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Abschluß der Polytechnischen
Oberschule | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Abschluß einer (Berufs-) Fachschule | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Abitur | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Anderer Abschluß | <input type="checkbox"/> ₇ |

2.1.2 Berufsausbildung

• **Ihre Berufsausbildung:**

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Habe (noch) keine Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Abgeschlossenes (Fach-)
Hochschulstudium | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Anderer Ausbildungsabschluß | <input type="checkbox"/> ₄ |

2.1.3 Erwerbsstatus

• **Sind Sie zur Zeit...**

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| berufstätig | <input type="checkbox"/> ₁ |
| in Ausbildung/Umschulung | <input type="checkbox"/> ₂ |
| arbeitslos | <input type="checkbox"/> ₃ |
| in Rente oder pensioniert | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ausschließlich Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> ₆ |

2.1.4 Berufliche Stellung

• In welcher beruflichen Stellung sind Sie oder waren Sie zuletzt beschäftigt?	
<p>A. Arbeiter</p> <p>1. Ungelernte Arbeiter <input type="checkbox"/>₁</p> <p>2. Angelernte Arbeiter <input type="checkbox"/>₂</p> <p>3. Gelernte und Facharbeiter <input type="checkbox"/>₃</p> <p>4. Vorarbeiter, Kolonnenführer <input type="checkbox"/>₄</p> <p>5. Meister, Poliere <input type="checkbox"/>₅</p> <p>B. Angestellte</p> <p>6. Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis <input type="checkbox"/>₁</p> <p>7. Angestellte mit einfacher Tätigkeit (Verkäufer, Schreibkraft) <input type="checkbox"/>₂</p> <p>8. Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) <input type="checkbox"/>₃</p> <p>9. Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilungsleiter) <input type="checkbox"/>₄</p> <p>10. Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe & Verbände) <input type="checkbox"/>₅</p>	<p>C. Beamte (auch Richter, Berufssoldaten)</p> <p>11. Einfacher Dienst <input type="checkbox"/>₁</p> <p>12. Mittlerer Dienst <input type="checkbox"/>₂</p> <p>13. Gehobener Dienst <input type="checkbox"/>₃</p> <p>14. Höherer Dienst <input type="checkbox"/>₄</p> <p>D. Selbständige (einschl. mithelfende Familienangehörige)</p> <p>15. Selbständige Landwirte <input type="checkbox"/>₁</p> <p>16. freie Berufe, selbständige Akademiker <input type="checkbox"/>₂</p> <p>17. Sonstige Selbständige mit bis zu 9 Mitarbeitern <input type="checkbox"/>₃</p> <p>18. Sonstige Selbständige mit bis zu 10 und mehr Mitarbeitern <input type="checkbox"/>₄</p> <p>19. Mithelfende Familienangehörige <input type="checkbox"/>₅</p> <p>E. Sonstige</p> <p>Auszubildende, Schüler <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Studenten <input type="checkbox"/>₂</p> <p>Wehrpflichtige, Zivildienstleistende <input type="checkbox"/>₃</p>

Quelle. Die Items zur Erfassung des Schulabschlusses, Berufsausbildung sowie des Erwerbsstatus wurden bereits in verschiedenen Forschungsprojekten eingesetzt.

Diese Erfassung der beruflichen Stellung ist eine leicht gekürzte Fassung der Klassifikationsliste der beruflichen Stellung nach der Mikrozensus-Zusatzbefragung von 1971, die von der ZUMA empfohlen wird (Hoffmeyer-Zlotnik, 1993).

Aufbau/Zielsetzung. Der sozioökonomische Status wird in verschiedener Weise operationalisiert. Der höchste Schulabschluß, die Berufsausbildung oder die Stellung im Beruf sind mögliche Formen einer Operationalisierung. Hoffmeyer-Zlotnik (1993) weist jedoch zu recht darauf hin, daß zwischen diesen Variablen hohe Interdependenzen bestehen, da der Bildungsabschluß oft die Voraussetzung für eine bestimmte Berufsausbildung ist, die dann das Ergreifen eines bestimmten Berufes erst ermöglicht.

Aufbau des Items „Stellung im Beruf“:

Erfaßt werden die versicherungstechnischen Kategorien („Selbständiger“, „Beamter“, „Angestellter“, „Arbeiter“). Diese Kategorien sind für eine Statusbestimmung jedoch weniger relevant als die pro Gruppe vorgenommenen Differenzierungen nach Tätigkeitsmerkmalen. Die Gruppe der Beamten wird nach dem Dienstrecht in 4 verschiedene Subgruppen unterteilt und die Gruppe der Arbeiter nach ihrer Ausbildung, und damit nach ihrer Einsetzbarkeit, in 5

verschiedene Kategorien. Die Unterteilung der Angestellten nach ihrer Tätigkeit und der damit verbundenen Verantwortung umfaßt 5 Subkategorien und die der Selbstständigen 4 Kategorien.

Nach Hoffmeyer-Zlotnik (1993) können die drei Gruppen der abhängig Beschäftigten (Beamte, Arbeiter, Angestellte) sowie die unterschiedlichen Gruppen der Selbstständigen und die Zusatzgruppe der mithelfenden Familienangehörigen zu einer übergeordneten Skala „Autonomie des Handelns“ zusammengefaßt werden, die sich an der Stellung im Beruf orientiert (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Zuordnung der Items zur Skala „Autonomie des Handelns“ (nach Hoffmeyer-Zlotnik, 1993).

Autonomie:	Stellung im Beruf (Variablennummer)
(1) niedrig	1, 2
(2)	3, 7, 11, 15
(3)	4, 8, 12, 16, 19
(4)	5, 6, 9, 13, 17
(5) hoch	10, 14, 18

Hoffmeyer-Zlotnik schlägt darüber hinaus noch eine Transformation dieser Skala in den internationalen Prestige-Score von Treiman (1979) vor.

Weiterführende Literatur

Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. (1993). Operationalisierung von „Beruf“ als zentrale Variable zur Messung von sozio-ökonomischem Status. *ZUMA-Nachrichten*, (32).

Treiman, D. J. (1979). Probleme der Begriffsbildung und Operationalisierung in der international vergleichenden Mobilitätsforschung (S.124-167). In F. U. Pappi (Hrsg.), *Sozialstrukturen mit Umfragedaten*. Königstein/Ts.: Athenäum.

2.2 Medienresonanz/Mitgliedschaft Techniker Krankenkasse (von Lengerke)

• Wie haben Sie von dieser Gesundheitsaktion erfahren?

(Hier können Sie mehrere Antworten ankreuzen!)

- Ich bin bei der TK versichert und bin von der TK angeschrieben worden. (1)
- Ich bin bei der TK versichert, bin aber **nicht angeschrieben** worden. (2)
- Ich habe eine Anzeige in der Zeitung/im Wochenblatt gelesen. (3)
- Ich habe es durch Bekannte/meinen Partner erfahren. (4)
- Ich habe die Plakate gesehen. (5)
- Ich habe einen Informationszettel gelesen. (6)
- Ich bin zufällig vorbeigekommen und habe mich spontan dazu entschieden. (7)

Quelle. Dieses Item wurde im Rahmen des Forschungsprojektes konzipiert.

Aufbau. Es handelt sich hier um ein polytomes Item mit sieben Antwortkategorien. Es können bis zu vier verschiedene Antwortkategorien gleichzeitig gewählt werden. Die erste (1) und zweite (2) Antwortkategorie schließen sich gegenseitig aus. Wenn die zweite Antwortkategorie gewählt wurde, so muß eine weitere Antwortkategorie (außer der Antwortkategorie 1) gewählt werden.

Zielsetzung. Mittels dieses Items sollen Mitglieder der Techniker Krankenkasse identifiziert werden (bei der ersten Erhebungswelle wurden nur Mitglieder der Techniker Krankenkasse durch ein persönliches Anschreiben zur Untersuchung eingeladen).

Weiterhin soll hier zwischen personalisiertem (persönliches Anschreiben) und nicht-personalisiertem Medieneinsatz (Mitteilung eines Bekannten oder des Partners; Zeitung/Wochenblatt; Plakate; Informationszettel) differenziert werden, um den Zusammenhang von Werbemedien und „attendance rate“ zu explorieren.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

Norman, P., & Conner, M. (1993). The role of social cognition models in predicting attendance at health checks. *Psychology and Health*, 8, 447-462.

2.3 Teilnahmegründe (von Lengerke)

• Weshalb nehmen Sie an dieser Gesundheitsaktion teil?

(Hier können Sie mehrere Antworten ankreuzen!)

- Ich möchte mehr über das Thema Cholesterin erfahren. (1)
- Ich kenne meinen Cholesterinwert nicht und möchte ihn gerne wissen. (2)
- Ich kenne zwar meinen Cholesterinwert, aber ich möchte ihn noch einmal messen lassen, um zu sehen, ob sich mein Wert verändert hat. (3)
- Ich möchte mehr über das Thema Blutdruck erfahren. (4)
- Ich kenne meinen Blutdruckwert nicht und möchte ihn gerne wissen. (5)
- Ich kenne zwar meinen Blutdruckwert, aber ich möchte ihn noch einmal messen lassen, um zu sehen, ob sich mein Wert verändert hat. (6)
- Ich möchte mehr über das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfahren. (7)
- Ich interessiere mich ganz allgemein für diese Aktion. (8)

Quelle. Das Item wurde im Rahmen des Forschungsprojekts formuliert.

Aufbau. Dieses polytome Item umfaßt acht verschiedene Antwortkategorien, wobei maximal sechs verschiedene Antwortkategorien gleichzeitig gewählt werden können. Die Antwortkategorien (2) und (3) sowie die Antwortkategorien (5) und (6) schließen sich aus.

Aufgrund der Items können die Befragten zwei verschiedenen Gruppen zugeordnet werden: (a) der Personengruppe, die ein globales Interesse an der „Gesundheitsaktion“ zeigt und (b) der Personengruppe, die ein spezifisches Interesse an der Aktion zeigt (siehe dazu Tabelle 2).

Tabelle 2: Zuordnung der Items zu den Kategorien „Spezifisches Interesse“ und „Globales Interesse“.

	Beantwortete Items
Spezifisches Interesse	
(a) Cholesterin	1 oder 2 oder 3
(b) Blutdruck	4 oder 5 oder 6
Globales Interesse	7 oder 8 oder spezifisches Interesse (a) <u>und</u> (b)

Zielsetzung. Das Item wurde zur Exploration der motivationalen Grundlage konzipiert, die im Zusammenhang mit der Teilnahme an der Gesundheitsaktion steht. Insbesondere soll hier differenziert werden zwischen Personen, die sich aufgrund eines relativ unspezifischen Interesses für eine Teilnahme an der Gesundheitsaktion entscheiden („globales Interesse“) und Personen, die aufgrund eines spezifischen Interesses an der Gesundheitsaktion teilnehmen („spezifisches Interesse“).

Diese Unterscheidung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Akzeptanz angebotener Information (z. B. Informationsbroschüren, Beratungsgespräch und Teilnahme an der zweiten Erhebungswelle) von Bedeutung. Personen beispielsweise, die ihren Cholesterinwert bereits kennen, sind möglicherweise lediglich an einer weiteren Messung interessiert und im Gegensatz zu Person, die ihre Werte das erste Mal bestimmen lassen, weitergehenden Informationen gegenüber nicht aufgeschlossen. Weiterhin ist anzunehmen, daß Personen, die lediglich mehr Informationen über einen der beiden Risikofaktoren erhalten möchten, an weitergehenden Informationsangeboten nicht interessiert sind. Diese Unterschiede im Informationsinteresse könnten möglicherweise durch divergente Kenntnisse erklärt werden.

Unterschiede im persönlichen Kenntnisstand müßten sich in den Gesundheitsmodellen „Prozeßmodell gesundheitlicher Überzeugungen“ (PGÜ; Renner & Hahn, diese Dokumentation) und „Stufenmodell gesundheitlichen Bewußtseins und Handelns“ (SGBH; Renner & Hahn, diese Dokumentation) niederschlagen. Damit wäre eine Exploration des Zusammenhangs zwischen Informationsinteresse und individuellem „Kenntnisstand“ möglich. Wenn sich beispielsweise Personen, die sich im Sinne der Prozeßmodelle PGÜ bzw. SGBH auf verschiedenen Stufen befinden, tatsächlich durch einen unterschiedlich gezielten Informationsbedarf auszeichnen, würde dies die Hypothese von Weinstein und Sandman (1992, S. 170) stützen, daß Personen einer bestimmten „Stufe“ eine auf sie zugeschnittene Förderungsmaßnahme notwendig machen. Ein solcher Befund hätte für die Interpretation der Befunde Implikationen, da keine differentielle Intervention vorgenommen wurde. Die Intervention müßte demnach in Abhängigkeit von der betrachteten Personengruppe in ihrem Effekt variieren.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

Weinstein, N. D., & Sandman, P.M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology, 11*, 170-180.

3 Gesundheit und Krankheit

3.1 Krankheitsstatus (Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer)

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?

- Falls Sie eine Krankheit haben oder hatten, kreuzen Sie bitte zusätzlich an, ob Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 6 Monaten ärztlich behandelt wurden.

	hatte ich nie	habe ich jetzt nicht mehr	habe ich jetzt	ich war deswegen in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung
Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Durchblutungsstörungen in den Beinen (außer Krampfadern)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
erhöhtes Cholesterin (erhöhte Blutfette)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Leberentzündung, akute oder chronische Hepatitis, Fettleber	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Leberverhärtung, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Gallenerkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Starkes Übergewicht, Fettsucht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Gicht, Harnsäureerhöhung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁

Andere schwere Krankheiten, und zwar:

1. _____ ₁

2. _____ ₁

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an die gängige Verfahrensweise entwickelt.

Zielsetzung. Erfasst werden soll die in Bezug auf Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen relevante Krankengeschichte sowie andere schwerwiegende Erkrankungen, die eine ärztliche Behandlung nötig machten oder machen. Querschnittlich lassen sich hier differenzierte Prävalenzraten sowie längsschnittlich Inzidenzraten ermitteln.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

3.2 Medikamentenkonsument (Renner)

• **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ...**

	Ja	Nein
... zur Blutdrucksenkung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... zur Blutfett-/Cholesterinsenkung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... für das Herz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... gegen Diabetes?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... zur Beruhigung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... gegen Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... zur Empfängnisverhütung (Pille)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... für den Kreislauf/ zur Blutdrucksteigerung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
... gegen sonstige Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Quelle. Es handelt sich hier um eine eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts. Die Medikamente wurden aufgrund ihrer Relevanz für Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie für die beiden Risikofaktoren Hyperlipidämie und Bluthochdruck ausgewählt.

Zielsetzung. Diese Items sollen sowohl zur Prävalenzschätzung funktionsgruppierter Medikamente dienen, als auch zur Bildung von Gruppierungsfaktoren herangezogen werden. Letzteres ist beispielsweise bei der Bestimmung der durchschnittlich gemessenen Blutdruck- bzw. Cholesterinwerte vonnöten, aber auch in Bezug auf Gesundheitskognitionen wie die wahrgenommene Vulnerabilität.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

3.3 Aktueller Diätstatus (Renner & Hahn)

• Ernähren Sie sich nach einer Diät ?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
• Wenn ja, ist Ihre Diät ärztlich verordnet ?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
• Art Ihrer Diät:	_____	
• Grund Ihrer Diät:	_____	

Quelle. Dieser Itemkomplex wurde von unserer Forschungsgruppe im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelt.

Aufbau/Zielsetzung. Zur Erfassung des aktuellen Diätstatus wird zunächst erfragt, ob die Person sich momentan nach einer Diät ernährt und wenn ja, ob diese ärztlich verordnet ist. Weiterhin wird die Art sowie der Grund der Diät in einem freien Antwortformat erfragt.

Die Berücksichtigung des aktuellen Diätstatus ist insbesondere im Hinblick auf die Bewertung der beiden Aspekte des Ernährungsverhaltens „Konsumhäufigkeit“ und „Ernährungsstil“ (siehe dazu Abschnitt 4.1 „Ernährung“) relevant. Die Ernährung von Personen mit einer manifesten Hyperlipidämie, die aus diesem Grund eine cholesterinarme Diät einhalten müssen, muß in anderer Weise analysiert werden als die von gesunden Personen. Weiterhin können auf diese Weise die Grenzen einer möglichen Verhaltensänderung berücksichtigt oder ermittelt werden.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

3.4 Subjektive Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands (Renner)

3.4.1 Absolute Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands⁽¹⁾

• Wie würden Sie Ihren <u>gegenwärtigen Gesundheitszustand</u> beschreiben? Als ...				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
schlecht	weniger gut	zufriedenstellend	gut	sehr gut

3.4.2 Relative Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands⁽²⁾

• Wenn ich mich mit anderen Personen meines Alters und Geschlechts <u>vergleiche</u> , dann ist <u>mein gegenwärtiger Gesundheitszustand</u> ...						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich schlechter als beim Durchschnitt	schlechter als beim Durchschnitt	etwas schlechter als beim Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas besser als beim Durchschnitt	besser als beim Durchschnitt	wesentlich besser als beim Durchschnitt

Quelle. Das Item (1) findet sich in verschiedenen Fragebögen (DHP-Studie, Infratest). Leider ist uns die ursprüngliche Quelle nicht bekannt. Wir wissen aber aus einem anderen Forschungsprojekt, daß dieses Item zu $r=.84$ mit der Skala „Beschwerdedruck“ des Giessener Beschwerdefragebogens (Brähler & Scheer, 1983) korreliert (Schwarzer & Hahn, 1994).

Das Item (2) ist eine eigene Entwicklung und wurde in Anlehnung an die Operationalisierung des optimistischen Fehlschlusses nach Weinstein (1987) formuliert.

Aufbau. Das Item (1) ist ein single-item mit einer fünfstufigen Ratingskala. Zur Beantwortung des Items (2) ist ein siebenstufiges Rating vorgesehen. Im Unterschied zu Item (1) wird hier explizit ein sozialer Vergleich mit einer Bezugsgruppe gleichen Alters und Geschlechts verlangt.

Zielsetzung. Erfassung der subjektiven Einschätzung des eigenen momentanen Gesundheitszustandes.

Die beiden Items werden von uns zur Untersuchung der folgenden Fragestellungen eingesetzt:

1. *Wird der eigene Gesundheitszustand über die Gruppe hinweg zu optimistisch eingeschätzt?*

Zur Bestimmung, ob über die Gruppe hinweg der Gesundheitszustand zu optimistisch eingeschätzt wird, werden die einzelnen Stufen der Skala in numerische Werte von -3 bis +3 umkodiert. Aufgrund dieser Skalierung liegt ein optimistischer Fehlschluß vor, wenn der Mittelwert signifikant von Null abweicht.

2. *Beeinflußt die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands die Vulnerabilitätswahrnehmung und Motivation zum Gesundheitsverhalten?*

Der wahrgenommene momentane Gesundheitszustand kann die Einschätzung der Vulnerabilität für spezifische gesundheitliche Probleme beeinflussen („Morbiditätshypothese“, vgl. Fuchs, Heath & Weehler, 1992). Eine Person beispielsweise, die ihre Gesundheit als sehr gut einschätzt, könnte sich möglicherweise für invulnerabler halten, als eine Person, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnet. Aufgrund ihrer optimistischen Sichtweise könnte diese Person darüber hinaus weniger motiviert sein, sich auf Prävention einzulassen. Dies ist insbesondere dann problematisch, wenn die eigene Gesundheit fälschlicherweise als sehr gut eingeschätzt wurde.

3. *Besteht ein substantieller Zusammenhang zwischen der absoluten und relativen Einschätzung?*

Der eigene Gesundheitszustand kann immer nur relativ eingeschätzt werden, d.h. im Vergleich zu einem anderen Zustand. Somit handelt es sich bei der absoluten wie auch bei der relativen Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands um ein Vergleichsurteil. Der zentrale Unterschied zwischen den beiden Items müßte demnach in der Wahl des Vergleichsobjekts liegen. Item (2) erfordert einen interindividuellen Vergleich (Wie gut ist mein Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen?), d.h. das Vergleichsobjekt sind hier „andere Personen“. Im Gegensatz dazu wird in Item (1) kein explizites Vergleichsobjekt vorgegeben. Somit gibt es theoretisch zwei Möglichkeiten, um zu einer „absoluten“ Einschätzung zu gelangen. Die erste Möglichkeit wäre, daß ebenfalls ein interindividueller Vergleich vorgenommen wird. Die zweite Möglichkeit wäre, daß ein Vergleich zwischen dem eigenen momentanen und dem früheren Gesundheitszustand vorgenommen wird, d.h. ein intraindividueller Vergleich, wobei das Vergleichsobjekt die eigene Person ist.

Falls es sich hier um unterschiedliche Einschätzungen handelt, so wäre der Frage nachzugehen, ob sich die beiden Variablen in ihrer Vorhersageleistung von Vulnerabilitätswahrnehmungen und Intentionen zum Gesundheitsverhalten unterscheiden und damit auch ergänzen.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

Brähler, E. & Scheer, J. (1983). *Gießener Beschwerdebogen (GGB)*. Bern: Huber.

Fuchs, R., Heath, G. W. & Wheeler, F. C. (1992). Perceived morbidity as a determinant of health behavior. *Health Education Research*, 7, 327-334.

Schwarzer, R. & Hahn, A. (1994). Gesundheitsbeschwerden: Wie Streß und Ressourcen die Symtombelastung verändern. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Gesellschaftlicher Umbruch*

als kritisches Lebensereignis. *Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*, (S. 183-197). Weinheim: Juventa.

Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.

3.5 Bisheriges Screeningverhalten und Resultate (Lengerke & Renner)

3.5.1 Regelmäßigkeit der Messung ⁽¹⁾

<ul style="list-style-type: none"> • Lassen Sie Ihren Cholesterinspiegel regelmäßig messen ? 		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Nein.	Ja, ich lasse ihn regelmäßig messen.	Ja, ich messe ihn regelmäßig selbst.
<ul style="list-style-type: none"> • Lassen Sie Ihren Blutdruck regelmäßig messen ? 		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Nein.	Ja, ich lasse ihn regelmäßig messen.	Ja, ich messe ihn regelmäßig selbst.

3.5.2 Zeitpunkt der letzten Messung ⁽²⁾

<ul style="list-style-type: none"> • Wann wurde Ihr Cholesterinspiegel das letzte Mal gemessen? 	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₃
Innerhalb der letzten 4 Wochen	Vor mehr als einem Jahr.
<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
Vor mehr als 4 Wochen, aber innerhalb der letzten 12 Monate.	noch nie.

<ul style="list-style-type: none"> • Wann wurde Ihr Blutdruck das <u>letzte Mal</u> gemessen? 	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₃
Innerhalb der letzten 4 Wochen	Vor mehr als einem Jahr.
<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
Vor mehr als 4 Wochen, aber innerhalb der letzten 12 Monate.	noch nie.

3.5.3 Kategoriale Einschätzung der letzten physiologischen Werte (letzter Befund) ⁽³⁾

<ul style="list-style-type: none"> • Wie war Ihr letzter Befund? Ich hatte einen ... 						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
sehr niedrigen Cholesterin- spiegel	niedrigen Cholesterin- spiegel	etwas zu niedrigen Cholesterin- spiegel	optimalen Cholesterin- spiegel	etwas zu hohen Cholesterin- spiegel	hohen Cholesterin- spiegel	sehr hohen Cholesterin- spiegel

<ul style="list-style-type: none"> • Wie war Ihr <u>letzter Befund</u>? Ich hatte einen ... 						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
sehr niedrigen Blutdruck	niedrigen Blutdruck	etwas zu niedrigen Blutdruck	optimalen Blutdruck	etwas zu hohen Blutdruck	hohen Blutdruck	sehr hohen Blutdruck

3.5.4 Exakter letzter Befund ⁽⁴⁾

• Wie hoch war Ihr			
Cholesterinspiegel?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl	weiß nicht mehr <input type="checkbox"/> ₁
HDL-Wert?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl	weiß nicht mehr <input type="checkbox"/> ₁

• <u>Wie hoch</u> war Ihr			
<u>systolischer</u> Blutdruck?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg	weiß nicht mehr <input type="checkbox"/> ₁
<u>diastolischer</u> Blutdruck?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg	weiß nicht mehr <input type="checkbox"/> ₁

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelt.

Aufbau. Für das Item (4) soll der exakte physiologische Meßwert in Milligramm pro Deziliter (mg/dl) bzw. Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) angegeben werden.

Zielsetzung. Das Items (1) dient der Erfassung des bisherigen Screeningverhaltens. Insbesondere soll hier erfragt werden, ob die Teilnehmer Ihre Werte regelmäßig („experienced participants“) oder zum ersten Mal bestimmen lassen („inexperienced participants“).

Croyle, Sun und Louie (1993) konnten zeigen, daß Teilnehmer eines Cholesterinscreenings, die bereits „Screeningerfahrung“ besaßen, den Schweregrad einer Hypercholesterinämie höher einschätzten als Personen, die einen solchen Test zum ersten Mal durchführen ließen. Diesen moderierenden Effekt der „Screeningerfahrung“ erklären die Autoren mittels des Streßmodells von Lazarus und Folkman (1984). Nach diesem Modell kommt der „Neuheit“ des Stimulus eine entscheidende Rolle für den Bewältigungsprozeß zu. Die größere Vertrautheit mit Screeninguntersuchungen im Falle der „experienced participants“ könnte nach Meinung von Croyle et al. zu einer Reduzierung der durch die Risikoinformation hervorgerufenen Unsicherheit und Angst führen und dementsprechend die Wahrscheinlichkeit von defensiven Bewältigungsmechanismen (Reduzierung des Schweregrads; „minimization“) verringern.

Die Items (2), (3) und (4) dienen in erster Linie zur Ergänzung der bisherigen „Krankengeschichte“. Das Item (3) wurde insbesondere für Personen, die ihren exakten letzten Befund nicht mehr erinnern können oder nicht von ihrem Arzt mitgeteilt bekamen, konzipiert.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

- Croyle, R., Sun, Y.-C. & Louie, D. (1993). Psychological minimization of cholesterol test results: Moderators of appraisal in college students and community residents. *Health Psychology, 12*, 1-5.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping, and adaptation*. New York: Springer.

4 Gesundheitsverhalten

4.1 Ernährung (Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer)

4.1.1 Konsumhäufigkeit

Wie oft essen Sie normalerweise Rind-, Kalb- oder Schweinefleisch, das...

	mehrmals täglich	täglich	mehrmals in der Woche	1-2 mal in der Woche	1-3 mal im Monat	selten oder nie
1. fettreich ist (z.B. Rostbraten, Bauchfleisch, fettes Eisbein, gemischtes Hackfleisch)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2. mittelfett ist (z.B. Schulter, Lende, Kotelett)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2. mager ist (z.B. Filet, mageres Schnitzel)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Wie oft essen Sie normalerweise Wurst, die...

	mehrmals täglich	täglich	mehrmals in der Woche	1-2 mal in der Woche	1-3 mal im Monat	selten oder nie
4. fettreich ist (40-50% Fett wie z.B. Salami, Leberwurst, Mettwurst)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5. mittelfett ist (ca. 30% Fett wie z.B. roher Schinken, Lyoner, Fleischwurst, Mortadella)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
6. fettarm ist (bis ca. 10% Fett wie z.B. Corned Beef, Lachsschinken gekochter Schinken)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
7. salzreich ist (z.B. Plockwurst, geräucherter Schinken, Salami)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Wie oft essen Sie normalerweise Käsesorten ...

	mehrmals täglich	täglich	mehrmals in der Woche	1-2 mal in der Woche	1-3 mal im Monat	selten oder nie
8. mit 40-50% Fett (z.B. Camembert, Brie, Emmentaler, Gouda, Edelpilzkäse, Doppelrahmfrischkäse)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
9. mit 30-40% Fett (z.B. Edamer, Tilsiter, Limburger)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

- | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 10. mit maximal 30% Fett
(z.B. Harzer, Frischkäse, Romadur) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 11. die salzreich sind (z.B. Roquefort,
Schafskäse, Schmelzkäse, Kochkäse) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
-

Wie oft essen Sie normalerweise Fisch, der...

- | | mehrmals
täglich | täglich | mehrmals
in der
Woche | 1-2 mal
in der
Woche | 1-3 mal
im
Monat | selten
oder
nie |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 12. fettreich ist (z.B. Makrele,
Hering, Thunfisch, Sardine,
Aal, Lachs, Schillerlocke) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 13. fettarm ist (z.B. Rotbarsch,
Kabeljau, Seelachs, Seezunge) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 14. salzreich ist (z.B. Matjeshering,
Salzhering, Lachs-, Kaviarersatz) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 15. Schalentiere (z.B. Muscheln,
Krabben, Austern) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
-

Wie oft essen Sie normalerweise...

- | | mehrmals
täglich | täglich | mehrmals
in der
Woche | 1-2 mal
in der
Woche | 1-3 mal
im
Monat | selten
oder
nie |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 16. Innereien (z.B. Leber, Niere,
Hirn, Bries, Herz) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 17. Geflügel oder -fleisch <u>mit</u> Haut | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 18. Geflügel oder -fleisch <u>ohne</u> Haut | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 19. Vollmilch oder Vollmilchprodukte
mit <u>mindestens</u> 3,5 % Fett
(z.B. Joghurt, Dickmilch,
Kefir, Buttermilch) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 20. Fettarme Milch oder fettarme
Milchprodukte mit <u>höchstens</u> 1,5 % Fett
(z.B. Joghurt, Dickmilch, Kefir,
Buttermilch) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 21. Süße Sahne, Creme fraîche,
Schmand , mit <u>mind.</u> 30-40 % Fett | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 22. Butter | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 23. Margarine | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

24. Kokosfett, Plattenfett, Palmöl	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
25. Sonnenblumen-, Soja-, Maiskeim-, Oliven-, Distel-, Lein-, Diätöl	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
26. Eier (z.B. gekochte, Omelette, Rühreier, Spiegeleier)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
27. frisches Obst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
28. frischen Salat oder rohes Gemüse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
29. Rührkuchen, Biskuit, Mürbekuchen, Sahne- oder Cremetorte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
30. Eiernudeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
31. Nudeln ohne Ei	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
32. Salzige Snacks (z.B. Salzstangen, Kräcker)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Quelle. Die Items zur Erfassung der Konsumhäufigkeit verschiedener Nahrungsmittel wurden im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelt.

Aufbau/Zielsetzung. Diese 32 Items sollen die Häufigkeit erfragen, mit der „normalerweise“ verschiedene Nahrungsmittel bzw. -gruppen wie beispielsweise Rind-, Kalb- oder Schweinefleisch konsumiert werden. Die Antworten können auf einer sechsstufigen Skala mit der Abstufung von „mehrmals täglich“ [1] bis „selten oder nie“ [6] abgegeben werden.

Das zentrale Auswahlkriterium für die Nahrungsmittel war ihre Relevanz für die Risikofaktoren Hyperlipidämie und Hypertonie sowie ihre durchschnittliche Konsumhäufigkeit in der BRD. Fleisch, Wurstwaren und fette Milchprodukte sind die wichtigsten Fettquellen in unserer Ernährung. Da diese Nahrungsmittel zugleich sehr reich an gesättigten Fettsäuren sind, sind sie gleichzeitig die für den Cholesterinspiegel bedeutsamsten Lebensmittel (Tatò, 1991, S. 57). Das Cholesterin unserer Ernährung stammt vor allem aus Eiern (30%), Fleisch (25%), Fleischwaren (18%) und Butter (7%). Mit Ausnahme der Eier und Innereien sind somit die Hauptquellen für Cholesterin und gesättigte Fettsäuren weitgehend identisch. Für den Risikofaktor Hypertonie gilt, daß neben einem zu hohen Körpergewicht eine erhöhte Kochsalzzufuhr (wenn auch nur bei salzsensitiven Personen) einen negativen Einfluß auf diesen Faktor hat (vgl. Middeke, 1991). Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß im Bereich der Ernährung der Fett- Cholesterin- und Salzkonsum in erster Linie von Bedeutung für diese beiden Herz-Kreislauf-Risikofaktoren ist. Bei der Konstruktion der Items wurde deshalb darauf geachtet, daß eine möglichst große Bandbreite des Ernährungsverhaltens in Bezug auf diese drei Ernährungsbereiche erfaßt wird. Um trotzdem eine möglichst sparsame Erfassung zu erreichen, werden „Oberkategorien“ bzw. Nahrungsmittelgruppen wie z.B. „fettreiche Wurst“ vorgegeben und nicht spezifische Nahrungsmittel. Zur besseren Verständlichkeit und Eindeutigkeit werden für jede Kategorie Beispiele dargeboten. Auf eine Mengenangabe wurde verzichtet, da es keine allgemein gebräuchliche normierte Mengeneinteilung, wie beispielsweise bei Getränken, gibt (eine Angabe in Gramm wäre sicherlich für viele Menschen zu schwierig).

Eine solche Auflistung von Nahrungsmitteln ist zweifellos ein erheblich größerer Indikator für das tatsächliche Ernährungsverhalten als z.B. spezifische Ernährungstagebücher. In vielen psychologischen und auch medizinischen Untersuchungen hat sich jedoch aus Gründen der Erhebungsökonomie diese Verfahrensweise durchgesetzt. Weiterhin gilt es anzumerken, daß für eine Indexbildung davon ausgegangen werden muß, daß den einzelnen Komponenten des Ernährungsverhaltens (z.B. Fleisch- und Salzkonsum) das gemeinsame Konstrukt „gesundes vs. ungesundes Ernährungsverhalten“ zugrundeliegt. Diese Annahme ist jedoch nicht ganz unproblematisch, da zwischen den einzelnen Verhaltensweisen nur eine begrenzte Übereinstimmung besteht. Viele Personen haben z.B. Ernährungsdefizite in nur einem bestimmten Bereich, wie beim Konsum von Fleisch, nicht jedoch in anderen, wie z.B. beim salzreichen Essen.

Für eine Indexbildung findet sich in der Literatur keine allgemein anerkannte Empfehlung. Wir möchten deshalb hier nur einige Anregungen geben, wie eine Zusammenfassung der Items erfolgen könnte (eine empirische Überprüfung steht jedoch noch aus).

Um den Konsum pro Woche zu ermitteln, sollten die 32 Items folgendermaßen umgepolt werden:

mehrmals täglich	=	8
täglich	=	7
mehrmals in der Woche	=	3
1-2 mal in der Woche	=	1
1-3 mal im Monat	=	0.25
selten oder nie	=	0

Es handelt sich hierbei um eine „konservative“ Umkodierung der Items, da immer nur der unterste Wert des möglichen Range verwendet wird.

Diese Umpolung kann bei einer Zusammenfassung der Items als Gewichtungsfaktor für die Konsumhäufigkeit verwendet werden. Mittels dieser Umkodierung der Items ist es jedoch nicht möglich, einen Index beispielsweise für die konsumierte Cholesterinmenge pro Woche zu errechnen, da, wie bereits erwähnt, keine Mengenangabe pro „Eßgelegenheit“ erfaßt wird. Es kann lediglich die Konsumhäufigkeit bestimmter Lebensmittelgruppen errechnet werden.

Bei einer Zusammenfassung der Items sollte neben der Konsumfrequenz unbedingt die Qualität der erfaßten Nahrungsmittel berücksichtigt werden. Bevor ein Beispiel für die rechnerische Zusammenfassung erläutert wird, sollen deshalb erst die einzelnen Lebensmittelgruppen inhaltlich, in Anlehnung an Tatò (1991) sowie Middeke (1991) erläutert werden.

1) Nahrungsmittel, die für den Risikofaktor Hypercholesterinämie relevant sind.

Fleisch

Dieses Nahrungsmittel ist reich an Eiweiß und Eisen. Tatò empfiehlt deshalb nicht einen Verzicht, sondern lediglich eine Einschränkung des Konsums (auf 150 g pro Tag), wenn eine Hyperlipoproteinämie vorliegt. Es sollte darüber hinaus jegliches sichtbare Fett entfernt werden. Innereien wie z.B. Leber weisen einen sehr hohen Cholesteringehalt auf und sollten deshalb auch von gesunden Personen nur selten konsumiert werden.

Erfaßt wird der Fleischkonsum mit Hilfe der Items 1 bis 3 sowie dem Item 16.

Wurstwaren

Wurstwaren sind eine der wichtigsten Quellen an gesättigten Fettsäuren und Cholesterin. Problematisch an diesen Produkten ist, daß sie eine große Menge an „versteckten“ Fetten

enthalten. Personen mit vorliegender Hypercholesterinämie sollten diese Produkte gänzlich meiden, außer es handelt sich ausdrücklich um fettarme Wurstwaren.

Die Häufigkeit des Konsums von Wurstwaren wird mittels der Items 4 bis 6 erfaßt.

Geflügel

Diese Produkte sind ähnlich wie Fleisch eine günstige Eiweißquelle. Aus diesem Grund ist ein Verzehr zu empfehlen. Der Fettgehalt sollte jedoch durch das Entfernen der Haut reduziert werden.

Die Erfassung des Geflügelkonsums erfolgt anhand der Items 17 und 18.

Fisch

Fisch nimmt eine besondere Stellung unter den tierischen Nahrungsmitteln ein, da es sich hierbei um eine gute Eiweißquelle handelt, die im Gegensatz zu Fleisch auch reichlich mehrfach ungesättigte Fettsäuren (langkettige ω -3-Fettsäuren) enthält. Schalentiere sollten aufgrund ihres hohen Cholesteringehalts auch von gesunden Personen nur selten konsumiert werden. Ebenso sollte fettreicher Fisch aufgrund seines hohen Kaloriengehaltes nicht zu häufig konsumiert werden.

Die Items 12, 13 und 15 erfassen die Häufigkeit des Konsums von Fischprodukten.

Milchprodukte

Milchprodukte sind eine wertvolle Quelle für Eiweiß und Kalzium. Auf diese Nahrungsmittel sollte deshalb - auch bei vorliegender Hypercholesterinämie - nicht gänzlich verzichtet werden. Butter, Sahne, fettreiche Käsesorten sollten jedoch von Personen mit einem zu hohen Serumcholesterin nicht konsumiert werden, da sie einen hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren und Cholesterin aufweisen. Für gesunde Personen gilt, daß fettarme Milchprodukte bevorzugt werden sollten, aber in eingeschränktem Maße auch andere Produkte konsumiert werden können. Wie häufig eine Person Milchprodukte konsumiert, wird mit den Items 8 bis 10 sowie mit den Items 19 bis 22 erfragt.

Fette und Öle

Pflanzliche Fette sind zwar cholesterinfrei, unterscheiden sich jedoch in ihrem Anteil an gesättigten und ungesättigten Fettsäuren. Kokosfett, Plattenfett und Palmöl enthalten überwiegend gesättigte Fettsäuren und sollten deshalb nur selten konsumiert werden. Olivenöl ist reich an einfach ungesättigten Fettsäuren und hat somit einen neutralen Effekt auf das Serumcholesterin. Einen hohen Gehalt an mehrfach ungesättigten Fettsäuren weisen Öle wie z.B. das Maiskeim- oder Sonnenblumenöl auf. Diese sind somit als positiv zu bewerten und sollten deshalb bevorzugt konsumiert werden.

Die Items 23 bis 25 thematisieren die Häufigkeit des Konsums von diesen verschiedenen Ölen.

Eier

Tató (1991) empfiehlt, nicht mehr als 2-3 Eigelb pro Woche zu verzehren. Das Eiweiß kann beliebig gegessen werden, da es kein Cholesterin enthält.

Der individuelle Eierkonsum wird mit Hilfe des Items 26 erfaßt.

Obst und Gemüse

Da diese Produkte eine ideale Quelle an Vitaminen, Mineralien und Ballaststoffen sind, sollten diese unabdingbarer Teil der Ernährung sein. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, daß Ballaststoffe einen positiven Einfluß auf den Lipidstoffwechsel haben: Sie führen zur Senkung von VLDL und LDL bei unverändertem HDL (vgl. dazu Tató, 1991, S.60).

Dieser Bereich der Ernährung wird in den Items 27 und 28 thematisiert.

Nudeln

Nudeln, für deren Herstellung kein Eigelb verwendet wird, sind gegenüber Eiernudeln zu bevorzugen. Eiernudeln mit einfachem Eigehtalt weisen einen Cholesteringehalt auf, der dem von Käse mit 60% Fett i. Tr. vergleichbar ist. Eiernudeln mit einem erhöhten Eigehtalt enthalten sogar mehr Cholesterin als Käse mit 70% Fett i. Tr. (Item 30 und 31).

Süßspeisen

Rührkuchen, Biskuit usw. weisen einen hohen Fett- und Kaloriengehalt auf und sollten deshalb nur in geringen Mengen konsumiert werden (Item 29).

Ein rechnerische Zusammenfassung der Items gemäß den Ernährungsempfehlungen von Tatò könnte folgendermaßen erfolgen:

Fettreiche und/oder cholesterinreiche Nahrungsmittel sollten nur selten konsumiert werden. Deshalb sollten bei der Bildung eines Index für das Ausmaß an „cholesterin- und fettreicher Ernährung“ diese besonders gewichtet werden. Mittelfette Nahrungsmittel hingegen können etwas häufiger konsumiert werden, jedoch sollten sie nicht Bestandteil der täglichen Ernährung sein. Aus diesem Grund ist hier auch eine Gewichtung erforderlich, jedoch in einer schwächeren Form als bei fettreichen Nahrungsmitteln. Die fettarmen Produkte können als unbedenklich bezeichnet werden und sollten deshalb als Basis für den Index berücksichtigt werden. Aus diesen Überlegungen ergibt sich für die einzelnen Items folgende Gewichtung:

Item-Nummer	Valenz	Gewicht	Item-Nummer	Valenz	Gewicht
<i>Fleisch</i>			Item 10	neutral	1
Item 1	negativ	4	Item 19	negativ	2
Item 2	negativ	2	Item 21	negativ	4
Item 3	neutral	1	Item 22	negativ	4
Item 16	negativ	4	Item 20	neutral	1
<i>Wurstwaren</i>			<i>Fette und Öle</i>		
Item 4	negativ	4	Item 23	neutral	1
Item 5	negativ	2	Item 24	negativ	4
Item 6	neutral	1	Item 25	neutral	1
<i>Geflügel</i>			<i>Eier</i>		
Item 17	negativ	4	Item 26	negativ	4
Item 18	neutral	1	<i>Obst und Gemüse</i>		
<i>Fisch</i>			Item 27	positiv	-4
Item 15	negativ	4	Item 28	positiv	-4
Item 12	negativ	2	<i>Teigwaren</i>		
Item 13	neutral	1	Item 30	negativ	4
<i>Milchprodukte</i>			Item 31	neutral	1
Item 8	negativ	4	<i>Süßspeisen</i>		
Item 9	negativ	2	Item 29	negativ	4

2) Nahrungsmittel, die für den Risikofaktor Hypertonie relevant sind.

Die verbleibenden vier Items (Nr. 7, 11, 14 und 32) beziehen sich auf salzreiche Lebensmittel. Diese Items sind sicherlich nicht ausreichend, um ein repräsentatives Bild des durchschnittlichen Salzkonsums einer Person abzubilden. Es werden hier lediglich „Spitzenreiter“, was den Gehalt an Kochsalz bzw. Natrium angeht, erfasst. Diese Nahrungsmittel sollten beispielsweise von einem Hypertoniker gänzlich gemieden werden, da schon 100g dieser Nahrungsmittel in den meisten Fällen einen mittleren Salzgehalt aufweisen, der ausreichend ist, um die empfohlene Kochsalzzufuhr (3-5g/Tag) zu erreichen. Beispielsweise enthalten 100g Salami 3g Kochsalz bzw. 1260mg Natrium und 100g Salzstangen enthalten sogar 4,55g Kochsalz bzw. 1790mg Natrium (Middeke, 1991).

3) Zusammenfassung der Items zu einem Gesamtindex „Ungesunde Ernährung“

Bevor eine additive Zusammenfassung der Items zu einem Gesamtindex vorgenommen wird, sollten die Items entsprechend der bereits erläuterten Empfehlung umgepolt und gewichtet werden sowie die Items zur Erfassung des Konsums salzreicher Lebensmittel mit dem Gewichtungsfaktor „4“ multipliziert werden.

Weiterführende Literatur

- Middeke, M. (1991). Hypertonie - Diätetische Behandlung. In M. Middeke & G. Bönner (Hrsg.), *Nichtmedikamentöse Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren* (S. 47-74). Berlin: Springer Verlag.
- Tatò, F. (1991). Hyperlipoproteinämien. In M. Middeke & G. Bönner (Hrsg.), *Nichtmedikamentöse Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren* (S. 47-74). Berlin: Springer Verlag.

4.1.2 Ernährungsstil

Hier geht es allgemein um Ihre Ernährung				
Was trifft auf Sie zu?				
	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
1. Ich ernähre mich vegetarisch.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Wenn ich Süßigkeiten oder Kuchen esse, dann esse ich nur wenig davon.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Ich achte darauf, wenig Fett zu essen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Ich nehme regelmäßig Vitaminpräparate zu mir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Ich esse meist frische Nahrungsmittel.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Wenn ich Milch oder Milchprodukte zu mir nehme, wähle ich fettarme Produkte (z.B. fettarme Milch, Magerquark, Magerjoghurt).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Ich esse oft Eier (z.B. gekocht, Omelette, Rühreier, Spiegeleier).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Ich ernähre mich kalorienbewußt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Ich trinke Erfrischungsgetränke ohne Zucker.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. Ich esse kein Fast Food.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Für meine Verhältnisse esse ich große Portionen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
12. Wenn ich meine Speisen salze, verwende ich Diätsalz (Kochsalzersatz) oder Gewürzsalz.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Ich esse viel Obst und frisches Gemüse.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. Ich ernähre mich ausgewogen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. Ich esse nur salzarme Kost.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. Ich bevorzuge Nahrungsmittel, die kein Ei enthalten (z.B. Nudeln ohne Ei).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. Zum Süßen nehme ich Zucker.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. Ich knabbere viel Salzgebäck oder gesalzene Nüsse.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. Cholesterinreiche Lebensmittel meide ich.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. Ich esse viel Vollkornprodukte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21. Wenn ich Käse esse, dann Vollfettkäse (z.B. Brie, Camembert, Emmentaler, Edelpilzkäse, Gouda).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. Ich achte auf eine vitaminreiche Ernährung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23. Ich esse viel Salat.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24. Ich bevorzuge mageres Fleisch.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25. Ich salze meine Speisen fast immer nach.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
26. Ich esse viel Fleisch oder Wurst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
27. Zum Süßen nehme ich Süßstoff.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
28. Sichtbares Fett an Nahrungsmitteln entferne ich immer (z.B. den Fettrand an Wurst oder Fleisch).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Quelle. Es handelt sich hier um eine eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an frühere Arbeiten unserer Arbeitsgruppe. Die Items die mit einem [*] gekennzeichnet sind, wurden aus dem „Ernährungsindex-Quantitätsaspekt“ von Leppin (1994) übernommen.

Aufbau/Zielsetzung. Diese 28 Items beziehen sich auf den Ernährungsstil, d.h. auf globale Präferenzen oder Tendenzen in der täglichen Ernährung, wobei hier auf einem vierstufigen Antwortformat von „trifft nicht zu“ [1] bis „trifft genau zu“ [4] geantwortet wird.

Im Gegensatz zu den Frequenzitems wird hier direkt nach der subjektiven Einschätzung konsumierter Nahrungsmittel und Ernährungspräferenzen gefragt.

Zum Ernährungsstil gehören verschiedene Aspekte. Erfragt wird die subjektive Einschätzung *konsumierter Nahrungsmengen* (Quantität) und *Ernährungspräferenzen* für verschiedene Lebensmittelgruppen (Qualität), wobei hier zwischen allgemeinen vs. spezifischen Präferenzen differenziert wird. Zu den *allgemeinen Präferenzen* zählen wir die Bevorzugung von bestimmten Lebensmittelattributen, die nicht an eine spezifische Lebensmittelgruppe gebunden sind („Frische“ der Nahrungsmittel), sowie Attribute des allgemeinen Ernährungsstils (z.B. kalorienbewußte oder vegetarische Ernährung). Die *spezifischen Präferenzen* beziehen sich auf das Verzehrverhalten in Bezug auf Zucker, Salz sowie fettreicher- und cholesterinreicher Lebensmittel. Aus der Tabelle 3 kann die Zuordnung der einzelnen Items zu den zuvor erläuterten inhaltlichen Bereichen entnommen werden.

Anleitungen zur einer Indexbildung können zum heutigen Zeitpunkt nur aus theoretischer Perspektive gegeben werden, da eine empirische Prüfung noch aussteht.

Zur Bildung eines Ernährungsstilindexes müssen alle Items, die mit einem [#] gekennzeichnet sind, umgepolt werden.

Tabelle 3: Zuordnung der Items zu den verschiedenen Ernährungsstilbereichen

	Items
Nahrungsmengen	
Allgemein	11 [#]
Zucker	2
Fett	3
Fleisch/Wurst	26 [#]
Salz	18 [#]
Obst/Gemüse	13, 23
Vollkornprodukte	20
Präferenzen	
<i>Allgemein</i>	
Lebensmittelattribute	5
Ernährungsstilattribute	
Vitamine	4, 22
Kalorien	8
Ausgewogenheit	14
Fast Food	10
Fleischreduziert/-los	1
<i>Spezifisch</i>	
Zucker	9, 17 [#] , 27
Fett- und/oder cholesterinreich	6, 7 [#] , 16, 19, 21 [#] , 24, 28
Salz	12, 15, 25 [#]

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa Verlag.

4.2 Sportliche Aktivität

4.2.1 Dauer und Art der sportlichen Aktivität (Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke)

Wie oft üben Sie normalerweise die folgenden sportlichen Aktivitäten aus?

- **Radfahren** (auch Heimrad)

<input type="checkbox"/> ₁ (fast) jeden Tag	}	⇒⇒	Gesamtzeit pro <u>Woche</u> etwa:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden	<input type="text"/> <input type="text"/>	Minuten
<input type="checkbox"/> ₂ mehrmals pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₃ einmal pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₄ 1-3 mal pro Monat							
<input type="checkbox"/> ₅ seltener oder nie							

- **Gymnastik, Turnen, Aerobics, Tanzen**

<input type="checkbox"/> ₁ (fast) jeden Tag	}	⇒⇒	Gesamtzeit pro <u>Woche</u> etwa:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden	<input type="text"/> <input type="text"/>	Minuten
<input type="checkbox"/> ₂ mehrmals pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₃ einmal pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₄ 1-3 mal pro Monat							
<input type="checkbox"/> ₅ seltener oder nie							

- **Ausdauersport** (Schwimmen, Dauerlauf, Jogging, Rudern, Trimmen usw.)

<input type="checkbox"/> ₁ (fast) jeden Tag	}	⇒⇒	Gesamtzeit pro <u>Woche</u> etwa:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden	<input type="text"/> <input type="text"/>	Minuten
<input type="checkbox"/> ₂ mehrmals pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₃ einmal pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₄ 1-3 mal pro Monat							
<input type="checkbox"/> ₅ seltener oder nie							

- **Kraftsport** (Bodybuilding, Krafttraining, Gewichtheben usw.)

<input type="checkbox"/> ₁ (fast) jeden Tag	}	⇒⇒	Gesamtzeit pro <u>Woche</u> etwa:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden	<input type="text"/> <input type="text"/>	Minuten
<input type="checkbox"/> ₂ mehrmals pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₃ einmal pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₄ 1-3 mal pro Monat							
<input type="checkbox"/> ₅ seltener oder nie							

- **Kampfsport** (Karate, Judo, Tae Kwon Do, Aikido, Kendo, Kickboxen, Boxen usw.)

<input type="checkbox"/> ₁ (fast) jeden Tag	}	⇒⇒	Gesamtzeit pro <u>Woche</u> etwa:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden	<input type="text"/> <input type="text"/>	Minuten
<input type="checkbox"/> ₂ mehrmals pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₃ einmal pro Woche							
<input type="checkbox"/> ₄ 1-3 mal pro Monat							
<input type="checkbox"/> ₅ seltener oder nie							

- **Spisport** (Fußball, Volleyball, Tennis, Handball, Basketball, Squash, Federball usw.)

<input type="checkbox"/> ₁ (fast) jeden Tag	}	⇒⇒	Gesamtzeit	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden	<input type="text"/> <input type="text"/>	Minuten	
<input type="checkbox"/> ₂ mehrmals pro Woche								pro <u>Woche</u>
<input type="checkbox"/> ₃ einmal pro Woche								
<input type="checkbox"/> ₄ 1-3 mal pro Monat								
<input type="checkbox"/> ₅ seltener oder nie								

- **Wandern, Spaziergehen**

<input type="checkbox"/> ₁ (fast) jeden Tag	}	⇒⇒	Gesamtzeit	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden	<input type="text"/> <input type="text"/>	Minuten	
<input type="checkbox"/> ₂ mehrmals pro Woche								pro <u>Woche</u>
<input type="checkbox"/> ₃ einmal pro Woche								
<input type="checkbox"/> ₄ 1-3 mal pro Monat								
<input type="checkbox"/> ₅ seltener oder nie								

Quelle. Diese Items wurden in erster Linie im Forschungsprojekt „Determinanten und Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens“ unter Leitung von Dr. Reinhard Fuchs (siehe Fuchs, 1994 und auch Fuchs, 1990) entwickelt. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurden lediglich einige Aktivitätsgruppen ergänzend hinzugefügt.

Aufbau/Zielsetzung. Erfasst werden soll das Ausmaß, d.h. die Häufigkeit und die zeitliche Dauer, der regelmäßigen körperlichen Aktivität.

Nach der einleitenden Frage „Wie oft üben Sie normalerweise die folgenden sportlichen Aktivitäten aus?“ werden für insgesamt sieben verschiedene sportliche Aktivitätsarten die Häufigkeit und Dauer der Aktivität erfragt. Die Häufigkeit des Sporttreibens wird mittels eines 5-stufigen Antwortformats mit den Stufen von „(fast) jeden Tag“ [1] bis „seltener oder nie“ [5] erfaßt. Falls eine Person zumindest einmal in der Woche sportlich aktiv ist, wird nachfolgend die Dauer der sportlichen Aktivität pro Woche erfragt. Die Gesamtzeit pro Woche wird in Stunden und Minuten in einem freien Antwortformat angegeben.

Im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten sind als präventive Maßnahmen (beispielsweise zur Senkung des Blutdrucks) lediglich aerobe Sportarten bzw. Sportarten, die einen hohen Anteil von Volumenarbeit aufweisen, zu empfehlen. Diese sollten sich bei sachgemäßer Ausführung durch ein ausgeglichenes Verhältnis von Sauerstoffaufnahme und -verbrauch auszeichnen. Preßatmungen oder Druckarbeit hingegen, wie sie im Bereich der anaeroben sportlichen Aktivitäten zu finden sind, führen zu einer Unterversorgung an Sauerstoff, und es kommt nicht zu einer Reduktion von Fettdepots, sondern nur zu einer Verbrennung von Kohlehydraten. Die erwünschten Auswirkungen auf die vegetative Reaktionslage sind bei diesen Sportarten insgesamt als weniger positiv zu beurteilen als bei den aeroben Sportarten.

Eine exakte Unterteilung der erfragten körperlichen Aktivitäten in aerobe und anaerobe Sportarten ist sicherlich nicht möglich, da diese Unterteilung auch von der individuellen Gestaltung bzw. Belastungsintensität abhängt. Eine grobe Unterteilung kann jedoch wie folgt vorgenommen werden:

Aerobe Sportarten	Zwischenstellung	Anaerobe Sportarten
Radfahren	Gymnastik, Turnen, Aerobics, Tanzen	Kraftsport
Ausdauersport	Spielsport	Kampfsport
Wandern, Spaziergehen		

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Fuchs, R. (1990). *Sportliche Aktivität bei Jugendlichen: Entwicklungsverlauf und sozial-kognitive Determinanten*. Köln: bps-Verlag.

Fuchs, R. (1994). Konsequenzerwartungen als Determinante des Sport- und Bewegungsverhaltens. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 269-291.

4.2.2 Regelmäßigkeit der sportlichen Aktivität

• Waren Sie im letzten Jahr regelmäßig sportlich aktiv?

- ₁ Nein
₂ Ja, mit längeren Unterbrechungen
₃ Ja, mit kurzen Unterbrechungen
₄ Ja, ohne Unterbrechung

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau/Zielsetzung. Dieses Item soll erfassen, ob eine Person im letzten Jahr regelmäßig sportlich aktiv war. Die Beantwortung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala mit den Antwortankern [1] „Nein“ und [4] „Ja, ohne Unterbrechung“.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

4.2.3 Intensität der sportlichen Aktivität

• Wenn Sie sportlich aktiv sind, kommen Sie dabei...

	Nein	Ja, manchmal	Ja, meistens	Ja, immer
...außer Atem?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
...ins Schwitzen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau/Zielsetzung. Mit Hilfe dieses Items soll erfaßt werden, wie intensiv die körperliche Belastung pro Sportgelegenheit ist. Dazu wird von den Personen erfragt, wie oft sie ins Schwitzen bzw. außer Atem kommen, wenn sie Sport treiben, wobei ein 4-stufiges Rating vorgegeben wird von „Nein“ [1] bis „Ja, immer“ [4].

Als Indikator für die Belastungsintensität kann insbesondere im Bereich der Ausdauersportarten die Atemfrequenz herangezogen werden (vgl. Völker, 1993). Wenn die Person regelmäßig außer Atem kommt, liegt die Intensität der Belastung oberhalb des mittleren Bereichs und ist damit beispielsweise für einen Hypertoniker nicht mehr empfehlenswert.

Die Schwitzaktivität ist ein grober „minimal“-Indikator für die Belastungsintensität. Bei einer sportlichen Aktivität, die einen merklichen positiven Effekt auf die vegetative Reaktionslage erbringen soll, muß zumindest eine minimale Schwitzaktivität gegeben sein. Der Flüssigkeits- und Salzverlust ist insbesondere für Hypertoniker ein Mechanismus, der zur Blutdrucksenkung beiträgt, so daß dem Sport für diesen Personenkreis besondere Bedeutung zukommt (Völker, 1993).

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Völker, K. (1993). Hypertonie-Sport als Therapeutikum. In M. Middeke & G. Bönner (Hrsg.), *Nichtmedikamentöse Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren* (S.181-198). Berlin: Springer.

4.3 Tabakkonsum (Renner)

4.3.1 Raucherstatus

• **Sind Sie ein...**

- ₁ regelmäßiger Raucher
₂ Gelegenheitsraucher
₃ Ex-Raucher (rauche nicht mehr, habe aber früher geraucht)
₄ Nie-Raucher (rauche jetzt nicht und habe früher nicht geraucht)

4.3.2 Dauer der Rauchabstinenz

• **Wenn Sie heute nicht mehr rauchen: Seit wie vielen Jahren/Monaten rauchen Sie nicht mehr?**

Jahre Monate

4.3.3 Stärke der konsumierten Tabakwaren

• **Welche Zigaretten bzw. Tabaksorte rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht?**

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Sehr leicht Leicht Mittel Stark Sehr stark

4.3.4 Rauchbeginn

• **Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen begonnen haben (wenn auch nur in kleinen Mengen)?**

Jahre

4.3.5 Anzahl der konsumierten Tabakwaren pro Tag

- **Wieviel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag, oder wieviel haben Sie durchschnittlich pro Tag geraucht?**

Zigaretten pro Tag

Zigarillos pro Tag

Pfeifen pro Tag

Ich rauche nicht täglich/habe nicht täglich geraucht

4.3.6 Rauchunterbrechungen

- **Haben Sie schon einmal längere Zeit aufgehört zu rauchen?**

₁ Nein₂ Ja**Wie lange haben Sie aufgehört?**

Jahre

Monate

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts konzipiert.

Aufbau/Zielsetzung. Das erste Item erfasst den persönlichen *Raucherstatus* (regelmäßiger Raucher, Gelegenheitsraucher, Ex-Raucher oder Nie-Raucher). Bei der Erfassung des Rauchverhaltens werden drei Parameter unterschieden: Dauer, Häufigkeit und Intensität des Rauchens. Zur Erfassung der Dauer werden die Personen gefragt, *wann sie begonnen* haben, regelmäßig, wenn auch nur in kleinen Mengen, zu rauchen. Die tatsächliche Rauchdauer kann durch die Differenz zwischen dem Geburtsjahr und dem Rauchbeginn errechnet werden. Zur Korrektur des Verhaltensparameters Rauchdauer werden zusätzlich *Rauchunterbrechungen* bei den Ex-Rauchern und Rauchern erfasst. Hier soll zunächst angegeben werden, ob überhaupt schon einmal längere Zeit aufgehört wurde zu rauchen, und falls dies der Fall ist, wie lange das Rauchen unterbrochen wurde. Diese Angabe erfolgt in Wochen, wobei maximal eine Angabe von 99 Wochen möglich ist. Die Ex-Raucher werden zusätzlich gebeten anzugeben, wann sie mit dem *Rauchen aufgehört* haben. Diese Angabe soll in Jahren und Monaten erfolgen. Zur Erfassung der *Häufigkeit der konsumierten Tabakwaren pro Tag* werden insgesamt drei verschiedene Tabakwarenkategorien vorgegeben: (a) Zigaretten, (b) Pfeife und (c) Zigarillos. Das Antwortformat sieht Angaben von einer bis 99 Zigaretten pro Tag vor. Die Befragten haben zusätzlich noch die Möglichkeit anzugeben, ob sie überhaupt täglich rauchen. *Die Stärke der konsumierten Tabakwaren* wird auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt. Die Angaben können von sehr leicht [1] bis sehr stark [5] variieren.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

4.4 Alkoholkonsum (Renner)

4.4.1 Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums

- **Ich habe noch nie regelmäßig, auch nicht in kleinen Mengen, Alkohol getrunken.**

₁ Nein₂ Ja

4.4.2 Einstiegsalter regelmäßigen Alkoholkonsums

- **Wie alt** waren Sie, als Sie angefangen haben, **regelmäßig Alkohol zu trinken?**

Jahre

4.4.3 Häufigkeit des Alkoholkonsums

- **Wie häufig** trinken Sie die folgenden alkoholischen Getränke?

	täglich	mehrmals in der Woche	1 mal pro Woche	1-3 mal pro Monat	selten	nie
Bier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Wein, Sekt, Obstwein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Cocktails, Liköre, Wermut	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, klare Schnäpse)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

4.4.4 Menge des konsumierten Alkohols

- **Wenn Sie alkoholische Getränke trinken, wieviel trinken Sie?**

	1/2 Glas	1 Glas	2 Gläser	3 Gläser	4-5 Gläser	mehr als 5 Gläser
Bier (0,3 l)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Wein, Sekt, Obstwein (0,25 l)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Cocktails, Liköre, Wermut (4 cl)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, klare Schnäpse) (2 cl)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Quelle. Eigene Entwicklung.

Aufbau/Zielsetzung. Für die Häufigkeit des Alkoholkonsums sowie für die Menge des konsumierten Alkohols pro Trinkgelegenheit werden insgesamt vier Getränke-kategorien mit unterschiedlichem Alkoholanteil vorgegeben: (a) Bier, (b) Wein, Sekt, Obstwein, (c) Cocktails, Liköre, Wermut und (d) hochprozentige Getränke wie Rum, Weinbrand, klare Schnäpse (vgl. Feuerlein, 1989). Die Häufigkeit des Konsums kann auf einer 6-stufigen Skala mit den Antwortalternativen „täglich“ [1] bis „nie“ [6] angegeben werden. Getrennt davon wird die Menge des konsumierten Alkohols pro Trinkgelegenheit erfasst („ein halbes Glas“ [1] bis „mehr als fünf Gläser“ [6]). Das Volumen der Gläser wurde den üblichen Größen angepaßt. Ein Glas Bier entspricht beispielsweise 0,3l, ein Glas hochprozentige Alkoholika 2 cl. Diese Art der Erfassung ermöglicht eine Zusammenfassung der verschiedenen Parameter des Trinkverhaltens (konsumierte Menge, Häufigkeit und Art des Getränks) zu einem Quantitäts-Häufigkeits-Index

(vgl. Antons & Schulz, 1976; BZgA, 1990; Mittag & Onnen, 1991). Dieser Index berücksichtigt sowohl die Häufigkeit als auch die Menge des Alkoholkonsums und gibt wieder, wieviel Gramm reinen Alkohol eine Person pro Woche zu sich nimmt.

Die Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums wird durch eine Selbstangabe erfaßt. Hier wird eine dichotome Kategorie vorgegeben ([1] „Ja“ und [2] „Nein“). Dieses Item wird ergänzt durch das Item „Alter, seit dem regelmäßig Alkohol konsumiert wird“, wobei hier die Angabe in einem freien Antwortmodus erfolgt. Die tatsächliche Dauer des regelmäßigen Alkoholkonsums kann durch die Differenz zwischen dem Geburtsjahr und dem Beginn des regelmäßigen Konsums errechnet werden.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Literatur

- Antons, K. & Schulz, W. (1976). *Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus (Bd. 1)*. Göttingen: Hogrefe.
- BZgA, --- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (1990). *Aktionsgrundlagen 1990 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West)*. (Teilbände: *Rauchen, Alkoholkonsum und Gesundheit*). Köln: BZgA.
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit (4 Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.
- Mittag, W. & Onnen, A. (1991). Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum. Zur Prävalenz von gesundheitslichem Risikoverhalten. *psychomed*, 3, 118-123.

4.5 Vorsorgeverhalten (Renner, Hahn, von Lengerke & Schwarzer)

- Haben Sie schon einmal an einer der folgenden Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? Wenn ja, wann war das zuletzt?**

Vorsorgeuntersuchung...

	Nein	Ja	Jahr
...zur Früherkennung von Krebs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ ⇒	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
...zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ ⇒	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
...auf Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ ⇒	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
...ganz allgemein (Gesundheits-Check-up; regelmäßige ärztliche Kontrolle)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ ⇒	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
...Sonstige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ ⇒	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Zielsetzung. Es geht hierbei um die Erfassung, ob überhaupt schon einmal Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen wurden und wenn ja, welcher Art und wann

dies das letzte Mal der Fall gewesen sei. Diese Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist insbesondere eine Ergänzung der „Krankengeschichte“.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

4.6 Häufigkeit und Kürzlichkeit vergangener Veränderungsversuche (Renner & Hahn)

4.6.1 Ernährungsumstellung

-
- **Haben Sie schon einmal versucht, Ihre Ernährung umzustellen (fettarm oder salzarm zu essen)?**

₁ Nein

₂ Ja, 1 mal

₃ Ja, 2 mal

₄ Ja, 3 mal

₅ Ja, 4 mal

₆ Ja, 5 mal oder mehr

Wann war der letzte Versuch?

Vor ...

Jahren

Monaten

₁

Bin gerade dabei

4.6.2 Sportliche Aktivität

- **Haben Sie schon einmal versucht, wieder sportlich aktiv zu werden?**

₁ Nein

₂ Ja, 1 mal

₃ Ja, 2 mal

₄ Ja, 3 mal

₅ Ja, 4 mal

₆ Ja, 5 mal oder mehr

Wann war der letzte Versuch?

Vor ...

Jahren

Monaten

₁

Bin gerade dabei

4.6.3 Rauchabstinenz

- Haben Sie schon einmal versucht, sich das Rauchen abzugewöhnen?

₁ Nein

₂ Ja, 1 mal

₃ Ja, 2 mal

₄ Ja, 3 mal

₅ Ja, 4 mal

₆ Ja, 5 mal oder mehr

Wann war der letzte Versuch?

Vor ...

Jahren

Monaten

₁

Bin gerade dabei

4.6.4 Einschränkung des Alkoholkonsums

- Haben Sie schon einmal versucht, Ihren Konsum von alkoholischen Getränken einzuschränken?

₁ Nein

₂ Ja, 1 mal

₃ Ja, 2 mal

₄ Ja, 3 mal

₅ Ja, 4 mal

₆ Ja, 5 mal oder mehr

Wann war der letzte Versuch?

Vor ...

Jahren

Monaten

₁

Bin gerade dabei

Quelle. Diese Items wurden in Anlehnung an Bagozzi und Warshaw (1990) sowie Bagozzi (1992) formuliert. Die beiden Konstrukte „frequency“ und „recency of past trying“ wurden von Bagozzi und Warshaw im Rahmen ihrer Theorie des Versuchens (Theory of Trying) konzipiert.

Aufbau. Die Befragten werden zunächst gebeten anzugeben, ob sie schon einmal den Versuch unternommen haben, ihr Verhalten zu ändern (z.B. ihre Ernährung auf fettarme oder salzarme Kost umzustellen) und wie häufig sie es schon einmal in der Vergangenheit versucht haben („Häufigkeit vergangener Versuche“). Hier stehen den Befragten insgesamt 6 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung von „nein“ [1] bis „Ja, 5 mal oder mehr“ [6]. Wenn zumindest ein Versuch vorliegt, wird zusätzlich gefragt, wie lange der letzte Versuch zurückliegt („Kürzlichkeit des letzten Versuches“). Die Angabe erfolgt hier in einem freien Antwortmodus in Jahren und Monaten. Falls eine Person jedoch momentan eine Verhaltensänderung anstrebt, so kann sie in diesem Falle die Antwortalternative „Bin gerade dabei“ wählen, und die zeitliche Angabe entfällt.

Zielsetzung. Die Theorie des Versuchens von Bagozzi und Warshaw (1990) sieht im Gegensatz zur Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior) von Ajzen (1991), die die

Ausführung der Handlung als abhängige Variable betrachtet, Handlungen als einen Prozeß des Strebens an. Im Rahmen dieser Theorie wird die gewünschte Handlung als Versuch betrachtet, ein erwünschtes Ziel zu erreichen. Die abhängige Variable ist entsprechend der Prozeß des Versuchs (trying) und die Intention zu einem Versuch (intention to try). Aus diesem Grund spielt das vergangene Verhalten im Rahmen der Theorie des Versuchs explizit eine Rolle. Verschiedene empirische Arbeiten konnten bereits zeigen, daß die Berücksichtigung der „Handlungsgeschichte“ in Einstellungsmodellen die Varianzaufklärung sowohl der Intention als auch des Verhaltens selbst erhöht (vgl. Fuchs, 1990; Schwarzer, 1992). Bagozzi und Warshaw berücksichtigen die Handlungsgeschichte einer Person mittels zweier Aspekte: der Häufigkeit und der Kürzlichkeit vergangener Verhaltensversuche (z.B. unerwünschtes Verhalten unterlassen). Das Modell, daß noch weitere, hier nicht dargestellte theoretische Abweichungen von der Theorie des geplanten Verhaltens aufweist, wurde von Bagozzi und Warshaw in Bezug auf die Reduktion von Körpergewicht angewendet. Hier erwies sich die Berücksichtigung früheren Verhaltens als bedeutsam. Insbesondere der Aspekt „Kürzlichkeit“ und weniger der Aspekt „Häufigkeit“ zeigte hier einen verhaltenswirksamen Effekt. Untersuchungsteilnehmer, die kurz zuvor versucht hatten, ihr Gewicht zu reduzieren, zeigten eine stärkere Tendenz, einen erneuten Versuch zu unternehmen, als Personen, deren letzter Versuch zeitlich distaler lag.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bagozzi, R. P. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55, 178-204.
- Bagozzi, R. P. & Warshaw, P.R. (1990). Trying to consume. *Journal of Consumer Research*, 18, 127-140.
- Fuchs, R. (1990). *Sportliche Aktivität bei Jugendlichen: Entwicklungsverlauf und sozial-kognitive Determinanten*. Köln: bps-Verlag.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

4.7 Vigilanz und kognitive Vermeidung (Hahn & Dreesen)

• Welche Aussagen treffen auf Sie zu?	Stimmt	Stimmt	Stimmt	
	Stimmt genau	eher	kaum	nicht
1. Die Broschüre zum Thema Cholesterin, die ich hier bekommen werde, werde ich auf jeden Fall lesen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Ich werde mir weitere Informationen über Cholesterin beschaffen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Mich interessiert im Moment alles, was mit dem Thema Cholesterin zusammenhängt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Die Kurzberatung über Cholesterin, die gleich nach dem Fragebogen erfolgt, würde ich mir am liebsten ersparen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Ich habe vor, soweit es mir möglich ist, an dem Cholesterintest in einem halben Jahr wieder teilzunehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Ich werde mich mit Freunden/Bekanntem über das	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Thema Cholesterin unterhalten/austauschen.				
	Stimmt Stimmt genau	Stimmt eher	Stimmt kaum	Stimmt nicht
7. Weitere Informationen sind für mich <u>nicht</u> von Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
8. Ich werde mich von jemandem, der sich auskennt (z.B. meinem Hausarzt) ausführlich beraten lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Weitere Möglichkeiten, mich zu informieren, lasse ich lieber aus, weil ich mir dann nur dauernd Sorgen mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vom Thema Cholesterin möchte ich nichts mehr hören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle. Die 10 Items der Skala „Aufmerksamkeit und defensive Vermeidung“ wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an theoretische Konzeptionen des Bewältigungsverhaltens angesichts „bedrohlicher“ Situationen (z.B. Krohne, 1993) formuliert.

Aufbau. Die 10 Items sind mit Hilfe einer vierstufigen Likertskala zu beantworten. Mit den Antwortalternativen „stimmt genau“ [1], „stimmt eher“ [2], „stimmt kaum“ [3] und „stimmt nicht“ [4] wird das Ausmaß der Zustimmung zur jeweiligen Aussage erfaßt. Die 10 Items sind zwei Subskalen des Bewältigungsverhaltens zugeordnet. Die „Vigilanzskala“ setzt sich aus den Items 1, 2, 3, 5, 6 und 8 zusammen. Die Skala „kognitive Vermeidung“ setzt sich additiv aus den Items 4, 7, 9 und 10 zusammen. Keines der Items bedarf einer Rekodierung. Zur Bildung der Gesamtskala „Supervigilanz“ müssen die Items der Skala „kognitive Vermeidung“ invers rekodiert werden. Die Gesamtskala ergibt sich dann einfach als Summe der 10 Einzelitems.

Zielsetzung. Die beiden Skalen dienen der Beschreibung und der Erklärung personenspezifischer Unterschiede der Verhaltensregulation in Folge stressreicher Situationen. Im vorliegenden Falle werden Reaktionen der Verhaltensregulation aufgrund gerade diagnostizierter erhöhter Cholesterinwerte betrachtet (*Anm.* Reaktionen auf die ebenfalls rückgemeldeten Blutdruckwerte wurden nicht erhoben). Betrachtet wird hier lediglich ein Ausschnitt aus der Verhaltensregulation, nämlich Prozesse der *Aufmerksamkeitsorientierung* aufgrund bedrohlicher Informationen. Auf der Grundlage fundamentaler Konzeptionen der Bewältigungsforschung (z.B. Janis, 1967; Janis & Mann, 1977, Kapitel 3 und 4; Krohne, 1993; Leventhal, 1970) werden die Konstrukte „Vigilanz“ und „kognitive Vermeidung“ als Beschreibung der Prozesse der Aufmerksamkeitsorientierung verwendet. *Vigilanz* bezieht sich auf all diejenigen Strategien, die sich auf eine Intensivierung der Aufnahme und Verarbeitung bedrohungsbezogener Informationen beziehen. Nach der Streßtheorie von Lazarus (1991) entsprechen diese Strategien dem „problem-orientated coping“. Personen setzen sich aktiv mit ihrer Bedrohung auseinander und suchen nach neuen Informationen. *Kognitive Vermeidung* ist durch die Abkehr von allen bedrohungsbezogenen Informationen gekennzeichnet. Im vorliegenden Fall ist die kognitive Vermeidung durch die Abwehr von allen weiteren Informationen, die etwas mit dem Thema „Cholesterin“ zu tun haben, zu beschreiben. Lazarus würde diese Copingreaktionen den „emotion-orientated strategies“ zurechnen, da die Abwendung von weiteren Informationen emotionsregulierend wirkt. Wann welche Strategie eingesetzt wird, hängt nach Krohne (1993) von zwei Reaktionen auf die bedrohlichen Situationen ab: (a) dem Ausmaß an körperlicher Erregung (als Reaktion auf den aversiven Stimulus) und (b) dem Ausmaß an erlebter Unsicherheit (als Reaktion auf die Ambiguität des Stimulus). Der Ambiguitätsaspekt ist dabei

... eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) bekommen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
---	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an Perloff und Fetzter (1986) entwickelt.

Aufbau. Zur Beantwortung der Items wird ein siebenstufiges Rating vorgegeben mit den Polen „sehr unwahrscheinlich“ [1] und „sehr wahrscheinlich“ [7].

Zielsetzung. Mit diesen Items soll die wahrgenommene absolute Vulnerabilität für spezifische Krankheiten, die in ihrem Schweregrad und ihrer Prävalenz (Basisrate) variieren, erfaßt werden. Die absolute Vulnerabilität wird in verschiedenen Gesundheitsmodellen (z.B. Protection Motivation Theory; Rogers, 1985; Sozial-kognitives Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns; Schwarzer, 1992) als eine zentrale Determinante für die Vorhersage von Gesundheitsverhalten angesehen.

Plazierung. Die ersten 5 Items wurden sowohl im ersten Fragebogen als auch im dritten Fragebogen erfaßt, die 3 letzten Items wurden nur im dritten Fragebogen erfaßt. Der Verzicht auf eine vollständige zweimalige Erhebung aller acht Items hat erhebungsökonomische Gründe.

Weiterführende Literatur

Perloff, L. S. & Fetzter, B. K. (1986). Self-other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 502-510.

Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56, 179-182.

Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

5.1.2 Absolute Vulnerabilität eines Peers

• Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, daß eine <u>durchschnittliche Person Ihres Alters und Geschlechts</u> irgendwann einmal ...	sehr unwahrscheinlich		mittelmäßig wahrscheinlich			sehr wahrscheinlich	
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... einen zu hohen Cholesterinspiegel bekommt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... einen Herzinfarkt bekommt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... einen Schlaganfall bekommt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... einen zu hohen Blutdruck bekommt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... eine Herzkrankheit bekommt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an Perloff und Fetzter (1986) formuliert.

Aufbau. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer siebenstufigen Skala.

Durch eine Differenzbildung zwischen der wahrgenommenen „absoluten Vulnerabilität der eigenen Person“ (siehe Abschnitt 5.1.1) und für eine andere Person (Peer) kann die relative Vulnerabilität bestimmt werden.

- **Index:** (absolute Vulnerabilität der eigenen Person - absolute Vulnerabilität eines Peers)

Dieser Differenzwert kann von -6 bis +6 variieren, wobei negative Werte eine wahrgenommene Invulnerabilität bedeuten, Werte um Null die Wahrnehmung eines relativen Konsens anzeigen und positive Werte entsprechend eine wahrgenommene relative Vulnerabilität. Wenn der Differenzwert gruppenbezogen signifikant kleiner als Null ist, liegt ein optimistischer Fehlschluß vor. Diese Methode für den Nachweis eines optimistischen Fehlschlusses von Perloff und Fetzer (1986) wird in Abgrenzung zur Operationalisierung nach Weinstein (1987) als indirekte Methode bezeichnet.

Zielsetzung. Der wahrgenommenen absoluten Vulnerabilität für andere Personen kommt insbesondere im Zusammenhang mit der Erfassung des optimistischen Fehlschlusses Bedeutung zu. Weiterhin wird die Akzeptanz der Vulnerabilität abstrakter Personen als ein wichtiger Schritt in Richtung Anerkennung der eigenen Vulnerabilität angesehen (siehe dazu beispielsweise das Prozeßmodell gesundheitlicher Überzeugungen, Renner & Hahn, diese Dokumentation).

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 481-500.

Perloff, L. S. & Fetzer, B. K. (1986). Self-other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 502-510.

5.1.3 Relative Vulnerabilität

- **Wenn ich mich mit anderen Personen meines Alters und Geschlechts vergleiche, dann ist mein Risiko, irgendwann einmal...**

... einen zu hohen Cholesterinspiegel zu bekommen, ...

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt

... einen Herzinfarkt zu bekommen, ...

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt

... einen zu hohen Blutdruck zu bekommen, ...

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt

... einen Schlaganfall zu bekommen, ...

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt
... eine <u>Herzkrankheit</u> zu bekommen, ...						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt
... eine <u>Arterienverkalkung</u> zu bekommen, ...						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt
... <u>Durchblutungsstörungen</u> zu bekommen, ...						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt
... eine <u>Herzschwäche</u> (Herzinsuffizienz) zu bekommen						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
wesentlich unter dem Durchschnitt	unter dem Durchschnitt	etwas unter dem Durchschnitt	genauso wie beim Durchschnitt	etwas über dem Durchschnitt	über dem Durchschnitt	wesentlich über dem Durchschnitt

Quelle. Es handelt sich hierbei um eine eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts. Die Items wurden in Anlehnung an die Methode zur Erfassung des optimistischen Fehlschlusses nach Weinstein (1987) formuliert.

Aufbau. Es handelt sich hier um single Items, wobei jeweils ein siebenstufiges Rating vorgegeben wird. Für den Nachweis eines optimistischen Fehlschlusses werden die einzelnen Stufen der Skala in numerische Werte von -3 bis +3 umkodiert. Aufgrund dieser Skalierung liegt ein optimistischer Fehlschluß vor, wenn der Mittelwert signifikant von Null abweicht. Diese Erfassungsform des optimistischen Fehlschlusses wird in Abgrenzung zur Operationalisierung nach Perloff und Fetzer (1986) als direkte Methode bezeichnet.

Zielsetzung. Der wahrgenommenen relativen Vulnerabilität für spezifische Krankheiten kommt insbesondere im Zusammenhang mit der Erfassung des optimistischen Fehlschlusses und der Vorhersage von Gesundheitsverhalten Bedeutung zu.

Plazierung. Die ersten 5 Items wurden sowohl im ersten Fragebogen wie auch im dritten Fragebogen erfaßt. Die verbleibenden 3 Items wurden nur im dritten Fragebogen erfaßt.

Weiterführende Literatur

- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.
- Perloff, L. S. & Fetzer, B. K. (1986). Self-other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 502-510.

5.2 Wahrgenommener Schweregrad (Renner & Hahn)

5.2.1 Allgemeine Schweregradeinschätzung

• **Wie schwerwiegend für die Gesundheit sind die folgenden gesundheitlichen Probleme, wenn sie nicht behandelt oder entdeckt werden?**

	nicht schwerwiegend; (kann vernachlässigt werden)		relativ schwerwiegend; (vergleichbar dem Zustand während einer Grippe)			sehr schwerwiegend; (lebensbedrohlich)	
	↓		↓			↓	
Zu hoher Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Projekts in Anlehnung an Ditto, Jemmott und Darley (1988) konzipiert.

Aufbau. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer siebenstufigen Ratingskala, mit den Antwortankern „nicht schwerwiegend (kann vernachlässigt werden) [1] und „sehr schwerwiegend (lebensbedrohlich) [7].

Zielsetzung. Mit Hilfe dieser Items soll der wahrgenommene Schweregrad verschiedener Herz-Kreislauf-Krankheiten erfragt werden.

Der wahrgenommene Schweregrad einer Krankheit ist in den meisten Gesundheitsmodellen eine zentrale Determinante für gesundheitsbezogenes Verhalten (z.B. sozial-kognitives Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns; Schwarzer, 1992). Diese Modelle nehmen an, daß die beiden Kognitionen Vulnerabilität und Schweregrad in ein bestimmtes Ausmaß an wahrgenommener Bedrohung münden, die die notwendige motivationale Grundlage für die Initiierung von protektiven Verhaltensweisen schafft.

Die Arbeitsgruppe Croyle, Jemmott und Ditto konnte in verschiedenen experimentellen Arbeiten (als Überblick siehe dazu Croyle & Jemmott, 1991) zeigen, daß die Einschätzungen des Schweregrads in Abhängigkeit von der Involviertheit des Selbst erfolgt. Beispielsweise erhielten Studenten in einer Studie von Croyle (1990) ein falsches Feedback über ihren Blutdruck. Studenten, die das Feedback „hoher Blutdruck“ erhielten, hielten die Gefährlichkeit von Bluthochdruck für geringer als diejenigen, denen mitgeteilt worden war, ihr Blutdruck sei normal. Der Schweregrad des gesundheitlichen Ereignisses wurde in selbstwertdienlicher Weise verzerrt: Wenn Personen einen hohen Risikostatus aufweisen, schätzen sie den Schweregrad geringer ein als bei einer geringen Gefährdung ihrer eigenen Person. Diese defensive Strategie wird auch „Minimierung“ genannt. Leppin (1994), die auf ein „falsches“ Feedback verzichtet hat, konnte diesen Befund bei übergewichtigen Frauen replizieren.

Plazierung: Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

- Croyle, R. T. (1990). Biased appraisal of high blood pressure. *Preventive Medicine*, 19, 40-44.
- Croyle, R. T. & Jemmott, J. B. III (1991). Psychological reactions to risk factor testing. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 85-107). New York: Springer Verlag.
- Ditto, P. H., Jemmott, J. B. III, & Darley, J. M. (1988). Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology*, 7, 183-201.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

5.2.2 Individuelle Schweregradeinschätzung

• Wie **schwerwiegend** für Ihre Gesundheit schätzen Sie **Ihren Cholesterinspiegel** ein? Als...

nicht schwerwiegend; (kann vernach- lässigt werden)	relativ schwerwiegend; (vergleichbar dem Zustand während einer Grippe)			sehr schwerwiegend; (lebensbedrohlich)		
↓	↓			↓		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

• Wie **schwerwiegend** für Ihre Gesundheit schätzen Sie **Ihren Blutdruck** ein? Als...

nicht schwerwiegend; (kann vernach- lässigt werden)	relativ schwerwiegend; (vergleichbar dem Zustand während einer Grippe)			sehr schwerwiegend; (lebensbedrohlich)		
↓	↓			↓		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojektes.

Aufbau. Zur Beantwortung der beiden Items wird den Probanden jeweils ein siebenstufiges Ratings mit den Antwortpolen „nicht schwerwiegend (kann vernachlässigt werden)“ [1] und „sehr schwerwiegend (lebensbedrohlich)“ [7] vorgelegt.

Zielsetzung. Diese Items sollen den wahrgenommenen Schweregrad des eigenen Risikostatus für die Gesundheit erfassen. Im Unterschied zur allgemeinen Einschätzung des Schweregrads wird hier der Schweregrad personenspezifisch, also nicht als Krankheitsattribut, eingeschätzt. Hierzu muß das allgemeine Wissen, über das eine Person verfügt, auf die eigene Person übertragen werden. In diesem Falle handelt es sich also um eine selbstbezogene Schweregradeinschätzung (vgl. auch Abschnitt 5.2.1 „Allgemeine Schweregradschätzung“).

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

5.2.3 Schweregrad des eigenen aktuellen Risikostatus für die Gesundheit

Nun geht es um Einschätzungen Ihrer heute gemessenen Blutdruck- und Cholesterinwerte						
<ul style="list-style-type: none"> Wie hoch schätzen Sie Ihre gesundheitliche Gefährdung durch Ihren <u>Cholesterinspiegel</u> ein? Wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 7! 						
sehr gering ↓			mittel ↓			sehr hoch ↓
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

<ul style="list-style-type: none"> Wie hoch schätzen Sie Ihre gesundheitliche Gefährdung durch Ihren <u>Blutdruck</u> ein? Wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 7! 						
sehr gering ↓			mittel ↓			sehr hoch ↓
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Den Probanden wird zur Einschätzung eine siebenstufige Ratingskala mit den Antwortpolen von „sehr gering“ [1] bis „sehr hoch“ [7] vorgegeben.

Zielsetzung. Mit diesen Items soll erfaßt werden, in welchem Ausmaß der aktuelle Testwert als ein Problem für die künftige Gesundheit angesehen wird. Es handelt sich hier ebenfalls um eine selbstbezogene Schweregradeinschätzung, jedoch liegt hier die Betonung auf dem aktuellen Wert bzw. Risikostatus. Der Unterschied zur Einschätzung des eigenen allgemeinen Risikostatuses liegt in der temporären Begrenztheit der Validität des Risikostatus: Hier wird die subjektiv wahrgenommene Gefährdung aufgrund des aktuellen Risikostatus erfragt und nicht die subjektive Gefährdung aufgrund des generellen („tatsächlichen“) Risikostatus. Folgendes Beispiel soll diese Diskrepanz verdeutlichen: Eine Person, der die Valenz der Meßwerte bekannt ist, bekommt die Rückmeldung, sie habe einen zu hohen Blutdruckwert. Sie weiß, daß ein solcher Wert eine mittlere oder hohe Gefährdung darstellt. Sie ist nun aber der Meinung, daß der gemessene Wert nicht repräsentativ für ihren sonstigen Wert ist (siehe dazu Abschnitt 9.3.3 „Repräsentativität des aktuellen physiologischen Wertes“), und ihr „normaler“ bzw. „tatsächlicher“ Wert keine Bedrohung darstellt. Es entsteht also eine erklärungsbedürftige Inkonsistenz. Die Person kann infolgedessen z.B. nach besonderen Umständen oder Ereignissen in ihrer Lebensführung suchen, die einen solchen erwartungswidrigen Meßwert verursacht haben könnten (siehe dazu Abschnitt 9.6 „Attribution der Testergebnisse“). Ist die Person z.B. der Meinung, daß es sich hier nur um eine momentane körperliche Schwankung handelt, dann wird sie wenig Anlaß zur Besorgnis (siehe dazu Abschnitt 10.3 „aktuelle Besorgtheit“) empfinden, so daß möglicherweise keine substantielle Änderungsmotivation entsteht.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

5.3 Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung (Renner & Hahn)

5.3.1 Besorgtheit

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie an Ihre Gesundheit denken?				
	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich mache mir Sorgen, daß ich einmal einen Herzinfarkt bekomme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wenn ich an meine Gesundheit denke, komme ich ins Grübeln.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wenn ich an meine künftige Gesundheit denke, habe ich keinen Grund, mir Sorgen zu machen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich mache mir Sorgen, daß ich einmal einen zu hohen Blutdruck bekomme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich denke oft voller Sorge, daß ich eine schwere Krankheit bekomme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich mache mir Sorgen, daß ich einmal einen zu hohen Cholesterinspiegel bekomme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.3.2 Aufgeregtheit

• Wenn ich über meine künftige Gesundheit nachdenke, dann bin ich				
	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
... nervös	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... unruhig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... ängstlich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... angespannt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... unsicher	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Quelle. Die beiden Itemgruppen wurden von unserer Forschungsgruppe im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelt.

Aufbau/Zielsetzung. Personen zeigen deutliche Unterschiede in der Bereitschaft, in den Zustand der Angst zu geraten, wenn die eigene künftige Gesundheit antizipiert wird. Das subjektive Erleben von Bedrohung oder Angst wird in der Angstforschung seit Liebert & Morris (1967) nach zwei Aspekten differenziert: Besorgtheit (worry) und Aufgeregtheit (emotionality; vgl. dazu Schwarzer, 1987). Besorgtheit repräsentiert die gedankliche Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit, und Aufgeregtheit die Wahrnehmung eigener emotionaler Erregung. Die beiden Skalen sind als angsttheoretische Operationalisierung des Konzepts „health threat“ - wie es etwa im Health Belief-Modell (vgl. Rosenstock, 1990) als Verhaltensprädiktor vorgesehen ist - zu verstehen.

Die Besorgtheit wird mit Hilfe von 6 Items erfaßt, wobei die Antworten auf einer vierstufigen Skala mit den Polen „trifft nicht zu“ [1] und „trifft genau zu“ [4] abgegeben werden sollen. Die Aufgeregtheit wird hingegen anhand von fünf Eigenschaftswörtern erfaßt, deren Zutreffen auf die eigene Person ebenfalls durch eine vierstufige Skala mit den Polen „trifft nicht zu“ [1] und „trifft zu“ [4] eingeschätzt werden soll.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Liebert, R. M. & Morris, L. W. (1967). Cognitive and emotional component of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20, 975-978.

Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz et al. (Eds.), *Health behavior and health education* (Chap. 3, pp. 36-62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Schwarzer, R. (1987). *Streß, Angst und Hilflosigkeit* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

5.4 Beeinflußbarkeit der Krankheitsgenese (Renner & Hahn)

5.4.1 Wahrgenommener eigener Verhaltenseinfluß auf die Krankheitsgenese

<p>• In welchem Ausmaß ist die Entstehung der folgenden gesundheitlichen Probleme durch <u>Ihr Verhalten beeinflussbar?</u></p>					
<p>Der Einfluß meines Verhaltens auf die Entstehung...</p>					
	sehr gering	gering	mittel- mäßig	hoch	sehr hoch
... eines zu hohen Cholesterinspiegels ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eines Herzinfarkts ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eines zu hohen Blutdrucks ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eines Schlaganfalls ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... von Herzkrankheiten ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... von Durchblutungsstörungen ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<p>Der Einfluß meines Verhaltens auf die Entstehung...</p>					
	sehr gering	gering	mittel- mäßig	hoch	sehr hoch
... einer Arterienverkalkung ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz) ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojektes entwickelt.

Aufbau. Für die Items werden als Antwortalternativen fünfstufige Ratings vorgegeben mit den Antwortankern „sehr gering“ [1] und „sehr hoch“ [5].

Zielsetzung. Diese Items sollen die subjektiv wahrgenommene Kontrolle über die Genese von verschiedenen Herz-Kreislauf-Krankheiten erfassen, die sich in ihrem zeitlichen Verlauf, ihrem Schweregrad und ihrer Prävalenz unterscheiden.

Grundsätzlich lassen sich Ursachen der Krankheitsgenese danach unterscheiden, ob sie unter der willentlichen Kontrolle der Person stehen (z.B. durch entsprechendes Präventiv- oder Risikoverhalten) oder nicht (z.B. erbliche Disposition, Umweltbedingungen). Da die tatsächlichen Kontrollmöglichkeiten einer Person in der Regel nicht praktikabel erfaßbar sind, begnügt man sich mit der Einschätzung wahrgenommener Kontroll- bzw. Einflußmöglichkeiten (vgl. Ajzen & Madden, 1986). Die hier aufgeführten Items beziehen sich auf den speziellen Fall wahrgenommener Einflußmöglichkeiten mittels eigener Verhaltensweisen auf die Krankheitsgenese. Es handelt sich daher um unspezifische „Handlungs-Ergebnis-Erwartungen“ in Abgrenzung zu „Situations-Ergebnis-Erwartungen“ im Sinne von Schwarzer (1993). Die hier erhobenen Items haben damit große Ähnlichkeit mit dem Konstrukt „wahrgenommene Verhaltenskontrolle“ in der Theorie des geplanten Verhaltens (vgl. Ajzen, 1991). Es ist jedoch von Selbstwirksamkeitserwartungen im Sinne von Bandura (1977, 1986) klar abzugrenzen, da es bei diesen um die wahrgenommene Kompetenz geht, das ziel- (bzw. ergebnis-) führende Verhalten auch ausüben zu können. Die Einschätzungen der Handlungskompetenz ist nur dann erforderlich, wenn die Krankheitsgenese überhaupt als von eigenen Verhaltensweisen abhängig wahrgenommen wird.

Die hier erfaßte spezifische Form der Kontrollwahrnehmung ist insbesondere im Hinblick auf die Initiierung protektiver Verhaltensweisen relevant. Denn nur wenn eine Person der Überzeugung ist, daß eine Verhaltensänderung die Erkrankungswahrscheinlichkeit reduzieren kann, wird sie eine Änderung überhaupt in Betracht ziehen. Problematisch in diesem Zusammenhang ist jedoch, daß Menschen die Tendenz haben, ihre eigenen Kontrollmöglichkeiten zu überschätzen. Diese „illusionäre Kontrollüberzeugung“ steht nach Ansicht verschiedener Forscher (Perloff, 1987; Taylor, 1989; Weinstein, 1984, 1987) in einem engen Zusammenhang mit dem optimistischen Fehlschluß. So konnte beispielsweise Weinstein in seinen Untersuchungen zeigen, daß bei Krankheiten, die allgemein als kontrollierbar eingeschätzt wurden, das eigene Erkrankungsrisiko über die Gruppe hinweg zu optimistisch wahrgenommen wurde. Wenn nun aber Personen ihre Kontrollfähigkeit beispielsweise in Bezug auf die Genese eines Herzinfarktes unrealistisch hoch einschätzen und ihr Risiko dementsprechend in einem zu optimistischen Licht sehen, dann werden sie möglicherweise nicht über eine hinreichende Motivation verfügen, sich auf präventive Maßnahmen einzulassen.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Madden, J. T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Perloff, L. S. (1987). Social comparison and illusions of invulnerability to negative life events. In C. R. Snyder and C. E. Ford (Eds.), *Coping with Negative Life Events* (pp. 217-242). New York: Plenum Press.

- Schwarzer, R. (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and illness susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.

5.4.2 Wahrgenommene Beeinflußbarkeit der Krankheitsgenese

- **In welchem Ausmaß ist die Entstehung der folgenden gesundheitlichen Probleme beeinflußbar?**

Die Entstehung ...

	nicht beeinflußbar	teilweise beeinflußbar	zu 50% beeinflußbar	überwiegend beeinflußbar	völlig beeinflußbar
... eines zu hohen Cholesterinspiegels ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eines Herzinfarkts ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eines Schlaganfalls ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... von Herzkrankheiten ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eines zu hohen Blutdrucks ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... von Durchblutungsstörungen ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... einer Arterienverkalkung ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz) ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an Weinstein (1987) generiert.

Aufbau. Wie bei der Skala zum wahrgenommenen Verhaltenseinfluß auf die Krankheitsgenese werden hier 8 Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Risikofaktoren vorgegeben. Die Probanden werden aufgefordert, die Kontrollierbarkeit der Krankheitsgenese mittels einer 5-stufigen Skala mit den Antwortankern zwischen „nicht beeinflußbar“ [1] und „völlig beeinflußbar“ [5] einzuschätzen.

Zielsetzung. Im Gegensatz zur selbstbezogenen Kontrollerwartung soll hier die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Krankheitsgenese unabhängig von einer bestimmten Person erfaßt werden. Es handelt sich hierbei also um ein „Attribut“ der Krankheit, nicht aber um ein „Attribut der Person“, das eingeschätzt werden soll.

Dieses allgemeine Konstrukt ist eine notwendige Bedingung für die Entwicklung einer Kontrollerwartung, welche an die eigene Person gebunden ist. Nur wenn eine Krankheit prinzipiell als kontrollierbar eingestuft wird, können Kontrollmöglichkeiten für die eigene Person wahrgenommen werden. Beispielsweise kann eine Person zwar der Meinung sein, daß die Entstehung eines hohen Blutdrucks prinzipiell kontrollierbar ist (im Sinne der hier vorgestellten Erfassung), daß sie aber nicht über die nötigen Ressourcen verfügt (im Sinne der Erfassung

„wahrgenommener selbstbezogener Verhaltenseinfluß auf die Krankheitsgenese“). So wäre es denkbar, daß eine Person der Meinung ist, daß ihre spezielle körperliche Konstitution eine Einflußnahme auf die Krankheitsgenese durch das eigene Verhalten nicht zuläßt.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.

5.5 Heilbarkeit (Fuchs, Schwarzer & von Lengerke)

Meiner Meinung nach ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
	heilbar	heilbar	heilbar	heilbar	heilbar
... ist ein Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... ist ein zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... ist ein zu hoher Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... ist ein Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... sind Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... sind Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... ist eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... ist eine Arterienverkalkung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Quelle. Diese Items wurden in Anlehnung an Ditto, Jemmott und Darley (1988) und Fuchs, Schwarzer und Meyer (1992) formuliert.

Aufbau. Zur Erfassung der wahrgenommenen Heilbarkeit verschiedener Herz-Kreislauf-Krankheiten werden den Untersuchungsteilnehmern fünfstufige Ratingskalen vorgegeben, mit den Antwortankern „nie heilbar“ [1] und „immer heilbar“ [5].

Zielsetzung. Ditto, Jemmott und Darley (1988) konnten einen auf den ersten Blick überraschenden Zusammenhang zwischen der Heilbarkeit und dem antizipierten Schweregrad einer Krankheit zeigen. Patienten mit einem positiven Testresultat einer TAA-Defizienz (fiktive Krankheit; Testresultat randomisiert) schätzen den Schweregrad dieser Defizienz und deren Folgen (Pankreatitis) als schwerwiegender ein, wenn sie die Information erhielten, daß die Defizienz auf einfache und schmerzlose Weise mit Hilfe einer kurzfristigen medikamentösen Therapie geheilt werden kann. Weiterhin konnten sie zeigen, daß „positive“ Probanden, die keine Information über die Heilbarkeit dieser Defizienz bekamen, ihre Testresultate als weniger zuverlässig einstufen.

Croyle und Jemmott (1991) interpretieren diesen überraschenden Befund folgendermaßen: „... if threat has been significantly minimized by a patient as part of a motivational process, an awareness that the threat can be reduced in the future may allow the patient to acknowledge the seriousness of that threat.“ (S. 93). Ihrer Ansicht nach führen also motivational verzerrte Interpretationsstrategien zu diesem Ergebnis. Personen, die ihren Risikostatus (TAA-Defizienz) in Frage stellen oder herunterspielen, müssen nicht den Schweregrad einer Defizienz minimieren, da die Bedrohung zuvor schon ausreichend reduziert wurde. Gleichermäßen können Personen,

die der Meinung sind, die Krankheit sei leicht heilbar, auch der „Tatsache ins Auge blicken“, daß es sich um eine durchaus ernstzunehmende Krankheit handelt, von der sie selbst betroffen sind.

Unser Untersuchungsdesign unterscheidet sich von dem von Ditto et al. verwirklichtem Design. Es handelt sich zum einen hier nicht um ein experimentelles Design, und zum anderen ist das Konstrukt „Heilbarkeit“ in diesem Fall eine abhängige Variable. Wir möchten hier besonders auf den Unterschied zwischen Personen mit einem positiven und einem negativen Testresultat abheben und klären, ob die Heilbarkeit von Personen mit einem positiven Testresultat höher eingeschätzt wird als von Personen mit einem negativen Testresultat. Weiterhin soll ein möglicher moderierender Effekt der Ursachenzuschreibung des eigenen Meßwerts untersucht werden.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

- Croyle, R. T., & Jemmott, J. B., III (1991). Psychological reactions to risk factor testing. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 85-107). New York: Springer.
- Ditto, P. H., Jemmott, J. B., & Darley, J. M. (1988). Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology*, 7, 183-201.
- Fuchs, R., Schwarzer, R. & Meyer, O. (1992). Heilbarkeit. In R. Fuchs & R. Schwarzer, *Meßinstrumente des Forschungsvorhabens „Determinanten und Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens“*. Unveröff. Manuskript. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.

5.6 Heritabilität (Renner)

• In welchem Ausmaß sind die folgenden gesundheitlichen Probleme erblich?

	nicht erblich	teilweise erblich	zu 50% erblich	überwiegend erblich	erblich
Zu hoher Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Arterienverkalkung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an Weinstein (1982, 1987) erstellt.

Aufbau. Mit diesen acht Items soll der wahrgenommene Einfluß der Vererbung auf die Entstehung verschiedener Herz-Kreislauf-Krankheiten erfragt werden. Den Teilnehmern wird dafür zunächst die folgende Frage vorgelegt: „In welchem Ausmaß sind die folgenden gesundheitlichen Probleme erblich?“. Die Antworten sollen auf einer 5-stufigen Ratingskala mit den Antwortankern „nicht erblich“ [1] und „erblich“ [5] erfolgen.

Zielsetzung. Mit Hilfe dieser Items soll das Krankheitsattribut „Erblichkeit“ erfaßt werden. Dieses Konstrukt wurde von Weinstein (1982, 1987) entwickelt und in verschiedenen Untersuchungen zur Vorhersage des optimistischen Fehlschlusses eingesetzt. Weinstein konnte zeigen, daß ein negativer Zusammenhang zwischen dem optimistischen Fehlschluß und dem Krankheitsattribut „Erblichkeit“ besteht. Je höher der Anteil der Heritabilität eingeschätzt wird, desto pessimistischer wird das eigene Risiko im Vergleich zu anderen Personen eingeschätzt.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441-460.

Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.

5.7 Krankheiten im Bekanntenkreis (von Lengerke & Renner)

• Sind oder waren Personen, die Sie selbst kennen, von den folgenden gesundheitlichen Problemen betroffen?	keine	1	2	3-4	5-7	8 und mehr
	Person	Person	Personen	Personen	Personen	Personen
Erhöhter Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Arterienverkalkung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Herzschwäche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Die Items werden auf einer sechsstufigen Skala beantwortet. Da sich die Items alle auf Herz-Kreislauf-Krankheiten und -Risikofaktoren beziehen, können sie auch zu einem Gesamtindex addiert werden.

Zielsetzung. Mit Hilfe dieser Items soll die Anzahl der Krankheitsfälle im persönlichen sozialen Umfeld erfaßt werden.

Die Erfahrung mit Krankheiten im Bekanntenkreis ist in verschiedener Hinsicht von Bedeutung. Generell gilt, daß die Erfahrung mit einer Krankheit durch Erkrankungsfälle im eigenen sozialen Umfeld die Salienz sowie die „vividness“ erhöht. Die Krankheit oder das gesundheitliche Problem wird mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt und „erlebbarer“.

Die Wahrnehmung des eigenen sozialen Umfelds spielt in den verschiedenen Prozeßmodellen (z.B. Prozeßmodell gesundheitlicher Überzeugungen, Renner & Hahn, diese Dokumentation; precaution adoption process, Weinstein, 1988) eine zentrale Rolle. Diese Modelle gehen davon

aus, daß Personen, die ihre soziale Welt für verwundbar halten, auch sich selbst mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als vulnerabel einschätzen. Tatsächlich konnte in verschiedenen empirischen Arbeiten gezeigt werden, daß Personen, die erkrankte Personen kennen oder kannten, ihr Erkrankungsrisiko weniger optimistisch verzerrt einschätzen als Personen, die nicht über solche Erfahrungen verfügen (Renner, 1993; Weinstein, 1987).

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

Renner, B. (1993). *Gesundheitsbezogene Risikokognitionen: Eine Untersuchung zu den Determinanten des optimistischen Fehlschlusses*. Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie: Unveröff. Diplomarbeit.

Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.

Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

5.8 Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Krankheit (Renner)

5.8.1 Risikofaktor Hypertonie

Was glauben Sie ?

- Wird die Gefahr, eine der folgenden Krankheiten zu bekommen, durch einen zu hohen Blutdruck erhöht?

Meiner Ansicht nach erhöht ein hoher Blutdruck die Gefahr, daß man

	sehr gering	gering	mittel- mäßig	stark	sehr stark
... einen Herzinfarkt erleiden wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... einen Schlaganfall erleiden wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eine Herzkrankheit bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... Durchblutungsstörungen bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eine Arterienverkalkung bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5.8.2 Risikofaktor Hypercholesterinämie

Was glauben Sie ?

- Wird die Gefahr, eine der folgenden Krankheiten zu bekommen, durch einen zu hohen Cholesterinspiegel erhöht?

Meiner Ansicht nach erhöht ein hoher Cholesterinspiegel die Gefahr, daß man

	sehr gering	gering	mittel- mäßig	stark	sehr stark
... einen Herzinfarkt erleiden wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... einen Schlaganfall erleiden wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eine Herzkrankheit bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... Durchblutungsstörungen bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
... eine Arterienverkalkung bekommen wird	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts konzipiert.

Aufbau. Insgesamt werden den Befragten 6 verschiedene Krankheiten dargeboten. Die Aufgabe besteht nun darin, den Einfluß zwischen erhöhter Blutdruck- sowie Cholesterinwerte auf die Genese dieser Krankheiten mittels einer 5-stufigen Skala mit den Antwortanker „sehr gering“ [1] und „sehr stark“ [5] einzuschätzen.

Zielsetzung. Der Grundgedanke bei der Entwicklung dieser Items war, das Ausmaß des wahrgenommenen Zusammenhangs zwischen den Risikofaktoren „hoher Cholesterinspiegel“ sowie „Bluthochdruck“ und verschiedenen Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Schlaganfall) zu erfassen. Ein Risikofaktor erhöht per Definition lediglich die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken. Gemäß der Annahmen von Ditto, Jemmott und Darley (1988) hängt beispielsweise die wahrgenommene Bedrohung durch einen hohen Blutdruck unter anderem von der Höhe der subjektiven Wahrscheinlichkeit ab, mit der eine Hypertonie zu spezifischen Konsequenzen (z.B. Herzinfarkt) führt. Eine defensive Interpretationsstrategie zur Reduzierung der Bedrohung des Selbst kann nach Meinung der Autoren nun darin bestehen, diesen Zusammenhang zu nivellieren. Hier stellt sich die Frage, ob bevorzugt spezifische Zusammenhänge nivelliert werden, beispielsweise im Falle von Krankheiten, die als besonders schwerwiegend wahrgenommen werden oder für die bereits vor der Mitteilung der Testergebnisse eine subjektive Anfälligkeit bestand.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Ditto, P. H., Jemmott, J. B., & Darley, J. M. (1988). Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology, 7*, 183-201.

5.9 Ätiologiekonzept des Herzinfarkts (Renner)

In welcher Weise beeinflussen die folgenden Eigenschaften Ihrer Meinung nach das Risiko eines Herzinfarkts?

• **Meiner Ansicht nach wird das Risiko eines Herzinfarkts durch ...**

	stark erhöht nicht		weder erhöht/ noch verringert			stark verringert		weiß
	↓		↓			↓		
wenig Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
normale Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fettarme Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salzreiche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viel Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholabstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fetteiche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Herzinfarkt-Fälle in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salzarme Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt-Fälle in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
normalen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Die Befragten lesen zunächst die einleitende Instruktion „In welcher Weise beeinflussen die folgenden Eigenschaften Ihrer Meinung nach das Risiko eines Herzinfarkts? Meiner Ansicht nach wird das Risiko eines Herzinfarkts durch ...“. Die danach folgenden 18 Items thematisieren 9 verschiedene Faktoren, die die Entstehung eines Herzinfarktes beeinflussen können. Diese Faktoren (Bewegung, Alkoholkonsum, Rauchen, Blutdruck, Cholesterin, fettbezogene Ernährung, salzbezogene Ernährung, Gewicht und Herzinfarktfälle in der eigenen

Familie) werden jeweils in zwei Ausprägungen (hoch/niedrig) vorgegeben (z.B. wenig und viel Bewegung oder Alkoholkonsum und Alkoholabstinenz). Die Beantwortung erfolgt anhand 8 Antwortalternativen, wobei die ersten sieben von „stark erhöht“ [1] bis „stark verringert“ [7] variieren. Die letzte Antwortalternative „weiß nicht“ [8] soll insbesondere verhindern, daß ein Item nicht beantwortet wird bzw. „wahllos“ eine Antwortalternative gewählt wird.

Zielsetzung. Erfasst werden soll das subjektive Ätiologiekonzept eines Herzinfarkts.

Eine weitere Möglichkeit, die wahrgenommene Bedrohung des Selbst zu vermindern, kann darin bestehen, den Zusammenhang zwischen dem Phänomen (z.B. Hypertonie) und dessen möglichen negativen Folgen (Herzinfarkt) zu reduzieren, und somit indirekt eine geringere Gefährlichkeit des eigenen Zustandes zu postulieren (vgl. Ditto, Jemmott & Darley, 1988). Diese Reduktion kann auf verschiedene Art und Weise erfolgen. Zum einen wäre es denkbar, daß beispielsweise eine Person mit Bluthochdruck den bivariaten Zusammenhang zwischen dem Phänomen (Bluthochdruck) und Herzinfarkt, unabhängig von sonstigen Faktoren, nivelliert. Andererseits wäre es möglich, daß die Bedrohung aufgrund kompensatorischer Mechanismen reduziert wird. Aus diesem Grund wird nicht nur nach der Erhöhung des Herzinfarkttrisikos gefragt, sondern auch nach dem Ausmaß der potentiellen Reduktion des Risikos durch einen bestimmten Faktor. Beispielsweise könnte eine Person mit Hypertonie sich deshalb nicht als gefährdet einschätzen, weil sie der Überzeugung ist, daß ihr hohes Ausmaß an körperlicher Aktivität das Herzinfarktisiko so stark verringert, daß das Problem der Hypertonie kompensiert wird.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Ditto, P. H., Jemmott, J. B., & Darley, J. M. (1988). Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology*, 7, 183-201.

5.10 Gesundheitsbezogener Änderungsdruck (Fuchs, von Lengerke, Renner & Hahn)

Wie stark können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?				
	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
• Ich muß unbedingt etwas tun, um meine angeschlagene Gesundheit zu verbessern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Wenn ich etwas über Krankheiten höre, dann denke ich, ich sollte eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten. *	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Ich muß unbedingt etwas tun, um körperlich fitter zu werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• So wie ich jetzt mit meinem Körper umgehe, darf es nicht weitergehen. *	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Ich muß unbedingt etwas tun, damit ich später nicht einmal schwer krank werde. *	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Wenn ich mich mit einer Grippe angesteckt habe, dann denke ich, ich sollte eigentlich mehr tun,	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
um meine Abwehrkräfte zu stärken.				
• Wenn ich mich angestrengt habe und außer Atem bin, dann denke ich, ich sollte eigentlich mehr für meine Kondition tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Ich muß unbedingt etwas für meine Gesundheit tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Es ist höchste Zeit, daß ich etwas tue, damit ich auch künftig gesund bleibe. *	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Wenn ich mich im Spiegel betrachte, dann denke ich, ich sollte eigentlich mehr für meine Figur tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Ich muß unbedingt etwas tun, um seelisch wieder besser ins Gleichgewicht zu kommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Es muß unbedingt etwas geschehen, damit ich körperlich fit bleibe. *	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Wenn mich meine körperlichen Beschwerden plagen, dann denke ich, ich sollte gesundheitsbewußter leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Quelle. Diese Items wurden in erster Linie von Fuchs (1994) konzipiert. Items, die mit einem [*] gekennzeichnet sind, wurden zur Ergänzung im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelt.

Aufbau. Den Probanden werden 13 verschiedene „ich“-bezogene Aussagen mit negativem Bedeutungsgehalt vorgelegt. Die Befragten können auf einer vierstufigen Likertskala angeben, inwieweit sie diesen Aussagen zustimmen.

Die Skalierungsfähigkeit der Items wurde bis zum heutigen Zeitpunkt nur für die von Fuchs entwickelten Items an einer anderen Stichprobe der Berliner Bevölkerung überprüft (interne Konsistenz von Alpha = .74).

Zielsetzung. Das Konstrukt „Änderungsdruck“ wurde von Fuchs (1994) entwickelt. Der Autor selbst beschreibt dieses Konstrukt als das Ausmaß „mit der eine Person die Dringlichkeit verspürt, daß bestimmte persönliche Lebensumstände (Gesundheitszustand, soziale Kontakte, emotionale Verfassung, finanzielle Verhältnisse, familiäre Lage, berufliche Situation usw.) so nicht bleiben können, wie sie sind, und sich ändern müssen“ (1994, S. 95). Charakteristisch für den Änderungsdruck ist, daß die Person lediglich erkennt, daß sich ihre Lage nicht von selbst zum Positiven wenden wird, und es deshalb unumgänglich ist, daß sie selbst etwas unternimmt, um die Situation zu verbessern. Zu diesem Zeitpunkt weiß die Person jedoch noch nicht, wie dieses Ziel durch konkrete Maßnahmen erreicht werden kann. Theoretisch wird angenommen, daß der Änderungsdruck selbst aufgrund der Wahrnehmung bedrohlicher Lebensumstände oder aufgrund einer erlebten Unzufriedenheit mit der persönlichen Lebenslage (Ist-Soll-Diskrepanzen) entsteht.

Der Änderungsdruck wird von Fuchs den Handlungsattributen (behaviorale, normative und kontrollbezogene Überzeugungen), die in der Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior; Ajzen, 1988, 1991) postuliert werden, zur Seite gestellt, um eine bessere Erklärung der Intention zu einer bestimmten Handlung zu erreichen. Der Grundgedanke hierbei ist, daß für die Intentionsbildung nicht nur handlungsspezifische Aspekte relevant sind, sondern auch Merkmale der aktuellen Lebenssituation einer Person.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes, CA: Open University Press.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Fuchs, R. (1994). Änderungsdruck als motivationales Konstrukt: Überprüfung verschiedener Modelle zur Vorhersage gesundheitspräventiver Handlungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 95-107.

5.11 Intentionen (Hahn, von Lengerke & Renner)

Welche Vorsätze haben Sie für die nächsten Wochen und Monate?

• Ich habe mir vorgenommen,...

	Diesen Vorsatz habe ich überhaupt nicht ↓				Diesen Vorsatz habe ich ganz stark ↓			
1. ...gesünder zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...während der nächsten Monate möglichst gesund zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...in den nächsten 6 Monaten eine ärztliche Kontrolluntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- Krankheiten durchführen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...während der nächsten Monate möglichst wenig Fett (fettes Fleisch oder Käse; Butter usw.) zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...mehr für meine Gesundheit zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...innerhalb der nächsten Wochen mit dem Rauchen aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...während der nächsten Monate möglichst salzarm zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...während der nächsten Monate weniger Alkohol zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...innerhalb der nächsten Monate zum Arzt zu gehen, um meinen Blutdruck überprüfen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ..während der nächsten Monate regel- mäßig (wenigstens 1x pro Woche) sportlich aktiv zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Diesen Vorsatz habe ich überhaupt nicht ↓				Diesen Vorsatz habe ich ganz stark ↓		
11. ..innerhalb der nächsten Monate zum Arzt zu gehen, um meine Blutfettwerte (Cholesterin) überprüfen zu lassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
12. ..während der nächsten Monate abzunehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Quelle. Es handelt sich hier um einen Itempool zur Erfassung von Vorsätzen. Die Formulierung der Items wurde in Anlehnung an die Konstrukte „Zielintention“ und „Ausführungsintention“ von Schwarzer (1992, 1993, 1994) vorgenommen. Hier sei jedoch angemerkt, daß aus erhebungsökonomischen Gründen das Abstraktionsniveau der „Ausführungsintentionen“ relativ hoch ist, und somit nur eine eingeschränkte Umsetzung des Konstrukts erfolgte.

Aufbau. Die 12 verschiedenen Vorsätze werden auf einer 7-stufigen Skala mit den Antwortankern „diesen Vorsatz habe ich überhaupt nicht“ [1] und „diesen Vorsatz habe ich ganz stark“ [7] erfaßt. Insgesamt werden Intentionen für sieben verschiedene Verhaltensbereiche erhoben (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Zuordnung der erfaßten Intentionen zu sieben Verhaltensbereichen

Verhaltensbereich	Item-Nummer	Itemtyp
Gesundheit	Item (1) & Item (5)	<i>Zielintention</i>
Ernährung:		
Globaler-Indikator	Item (2)	<i>Zielintention</i>
Fettarme Ernährung	Item (4)	<i>Ausführungsintention</i>
Salzarme Ernährung	Item (7)	<i>Ausführungsintention</i>
Körperliche Aktivität	Item (10)	<i>Ausführungsintention</i>
Tabakkonsum	Item (6)	<i>Ausführungsintention</i>
Alkoholkonsum	Item (8)	<i>Ausführungsintention</i>
Ärztliche Untersuchungen:		
Früherkennung von Herz-Kreislauf-Krankheiten	Item (3)	<i>Ausführungsintention</i>
Blutdruck-Kontrolle	Item (9)	<i>Ausführungsintention</i>
Cholesterin-Untersuchung	Item (11)	<i>Ausführungsintention</i>
Gewichtsabnahme	Item (12)	<i>Ausführungsintention</i>

Zielsetzung. Modelle des Gesundheitsverhaltens wie beispielsweise die Theory of Reasoned Action (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) sowie deren Erweiterung, die Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991; Ajzen & Madden, 1986), oder das sozial-kognitive Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns (Schwarzer, 1992) gehen von der Annahme aus, daß gesundheitsbezogenes Verhalten zielgerichtet ist und daß Menschen Intentionen bilden, die für das nachfolgende Handeln bestimmend sind.

In der Theory of Reasoned Action wird die Annahme formuliert, daß Intentionen die einzige bestimmende Größe für Handlungen sind. Um jedoch dem Umstand gerecht zu werden, daß nicht jeder Vorsatz in einer entsprechenden Handlung mündet, schränken die Autoren den Geltungsbereich des Modells ein, und im erweiterten Modell wird das Konstrukt der „Verhaltenskontrolle“ als zusätzliche Einflußgröße berücksichtigt.

Schwarzer (1992, 1993, 1994) unterscheidet in Anlehnung an Heckhausen (1989) zwischen „Zielintentionen“ und „Ausführungsintentionen“. Zielintentionen bilden seiner Ansicht nach den Endpunkt eines motivationalen Prozesses und stellen relativ unspezifische Vorsätze dar, wie beispielsweise Intentionen folgender Art: „Ich habe mir vorgenommen, gesünder zu leben (Item 1). Erst in der nachfolgenden Volitionsphase werden Realisierungsmöglichkeiten dieses Vorsatzes gesucht. Dieser Suchprozeß sollte optimalerweise in konkreten Handlungsvorsätzen, sogenannten Ausführungsintentionen, münden. Ein Beispiel für eine solche Ausführungsintention wäre der Vorsatz „Ich habe mir vorgenommen, während der nächsten Monate weniger Alkohol zu trinken“ (Item 8).

Die Unterscheidung zwischen Ziel- und Ausführungsintentionen stellt unserer Ansicht nach einen Informationsgewinn dar, da zwischen Personen, die sich noch keine Vorsätze gebildet haben, und Personen, die sich noch in der „Entscheidungsphase“ befinden, sowie Personen, die bereits über eine Umsetzung des Vorsatzes nachdenken, differenziert werden kann. So wäre es unserer Ansicht nach schon ein Gewinn, Personen zur Bildung von Zielintentionen oder entsprechend zur Bildung von Ausführungsintentionen zu motivieren.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, J. T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Psychology*, 22, 453-474.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1994). Volitionstheorie der Gesundheitserziehung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 40, 907-922.

5.12 Konsequenzerwartungen der Verhaltensumstellung (Renner, Hahn, Fuchs, von Lengerke & Schwarzer)

5.12.1 Konsequenzerwartungen der Ernährungsumstellung

Was glauben Sie, welche Folgen hat es für Sie persönlich, wenn Sie Ihre Ernährung auf fettarmes oder salzarmes Essen umstellen?

- Wenn ich mich fettarm oder salzarm ernähren würde, ...

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
1. dann ist das gut für meine Gesundheit.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. dann muß meine Familie auf mich Rücksicht nehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. dann fühle ich mich körperlich attraktiver.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

4. dann habe ich keine Gewichtsprobleme (mehr).* ₁ ₂ ₃ ₄

• Wenn ich mich **fettarm** oder **salzarm** ernähren würde, ...

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
5. dann schmeckt mir das Essen nicht mehr so gut.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. dann beeinträchtigt das mein geselliges Leben (bei Feiern; im Verein; mit Freunden).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. dann beuge ich einem Herzinfarkt vor.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. dann ist das gut für meinen Blutdruck.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. dann fühle ich mich seelisch einfach wohler.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. dann muß ich mich anstrengen, um die richtigen Produkte zu kaufen.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. dann fühle ich mich beim Essen stark eingeschränkt.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. dann ist das gut für meine Blutfettwerte (Cholesterin).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. dann bin ich ein gutes Vorbild (z.B. für meinen Partner oder meine Kinder).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. dann muß ich mehr Zeit für die Essenszubereitung aufwenden.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. dann bin ich weniger anfällig für Krankheiten.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. dann bedeutet das für mich einen Verlust an Lebensqualität.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. dann belastet mich das finanziell.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. dann schätzen andere meine Willensstärke.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.12.2 Konsequenzerwartungen der körperlichen Aktivität

Was glauben Sie, welche Folgen hat regelmäßige sportliche Aktivität
für Sie persönlich?

• Wenn ich **regelmäßig sportlich aktiv** wäre, ...

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
1. ... dann fühle ich mich anschließend einfach wohler.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. ... dann habe ich weniger Gewichtsprobleme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. ... dann habe ich weniger Zeit für andere Menschen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

in meiner Umgebung.

• **Wenn ich regelmäßig sportlich aktiv wäre, ...**

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
4. ... dann bleibe ich beweglich und elastisch.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. ... dann muß ich dafür jedesmal einen großen (organisatorischen) Aufwand betreiben.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. ... dann schätzen andere meine Willensstärke.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. ... dann verbessern sich meine Blutfettwerte (Cholesterin).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. ... dann bekomme ich dadurch mehr Selbstvertrauen.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. ... dann sehe ich besser aus.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10.... dann bin ich auch sonst im Alltag ausgeglichener.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11.... dann bin ich weniger anfällig für Krankheiten.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12.... dann bedeutet das für mich ein Gewinn an Lebensqualität.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13.... dann kostet mich das jedesmal eine Menge Zeit.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14.... dann bekomme ich dafür von anderen Anerkennung.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15.... dann belastet mich das finanziell.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16.... dann ist das gut für meine Gesundheit.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17.... dann kann ich neue Freunde kennenlernen.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18.... dann beuge ich einem Herzinfarkt vor.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19.... dann gerate ich in Situationen, in denen ich Angst habe, mich zu blamieren.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20.... dann ist das gut für meinen Blutdruck.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21.... dann bin ich ein gutes Vorbild (z.B. für meinen Partner, meine Kinder).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.12.3 Konsequenzerwartungen der Rauchentwöhnung

BITTE NUR AUSFÜLLEN, WENN SIE RAUCHER SIND!!

Was glauben Sie, welche Folgen hat es für Sie persönlich, wenn Sie nicht rauchen?

• Wenn ich das Rauchen aufgeben würde, ...

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
1. ... dann bin ich nervös und unausgeglichen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. ... dann ist das gut für meinen Blutdruck.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. ... dann entlastet mich das finanziell.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. ... dann ist das gut für meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. ... dann werde ich von meiner Umgebung schief angeschaut.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. ... dann bin ich weniger anfällig für Krankheiten.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. ... dann finden das meine Freunde lächerlich.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. ... dann beuge ich einem Herzinfarkt vor.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. ... dann bin ich für andere attraktiver (weißere Zähne, <input type="checkbox"/> ₄ bessere Haut, angenehmerer Geruch der Kleidung).		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10.... dann fühle ich mich körperlich einfach wohler.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11.... dann beeinträchtigt das mein geselliges Leben (z.B. bei Feiern, im Verein, mit Freunden).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12.... dann verbessern sich meine Blutfettwerte (Cholesterin).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13.... dann kann ich mich schlechter entspannen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14.... dann bedeutet das für mich einen Verlust an Lebensqualität.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15.... dann fühle ich mich seelisch einfach wohler.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16.... dann nehme ich zu.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17.... dann bin ich ein gutes Vorbild (z.B. für meinen Partner oder meine Kinder).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18.... dann schätzen andere meine Willensstärke.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.12.4 Konsequenzerwartungen der Einschränkung des Alkoholkonsums

Was glauben Sie, welche Folgen hat es für Sie persönlich, wenn Sie weniger Alkohol trinken?

• Wenn ich weniger Alkohol trinken würde, ...

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
... dann bedeutet das für mich ein Verlust an Lebensqualität.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... dann beuge ich einem Herzinfarkt vor.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... dann beeinträchtigt das mein geselliges Leben (bei Feiern, im Verein, mit Freunden).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... dann ist das gut für mein Gewicht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... dann verbessern sich meine Blutfettwerte (Cholesterin).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... dann muß ich mich oft vor anderen rechtfertigen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... dann ist das gut für meinen Blutdruck.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... dann werde ich nicht abhängig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.12.5 Konsequenzerwartungen der regelmäßigen Teilnahme an KHK-Vorsorgeuntersuchungen

Was glauben Sie, welche Folgen hat es für Sie persönlich, wenn Sie regelmäßig (mindestens einmal pro Jahr) zu einer ärztlichen Kontrolluntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Krankheiten gehen?

- Wenn ich regelmäßig (wenigstens 1x pro Jahr) zu einer ärztlichen Kontrolluntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Krankheiten gehen würde, ...

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
1. ...dann werden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung so früh erkannt, daß man noch etwas dagegen tun kann.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. ...dann schätzen andere meine Umsicht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. ...dann fühle ich mich sicherer.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. ...dann kostet mich der Arztbesuch jedesmal viel Zeit und Vorausplanung.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. ...dann habe ich Befürchtungen, in die "Mühlen der Medizin" zu geraten.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. ...dann empfinde ich die medizinische Untersuchung jedesmal als sehr unangenehm.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. ...dann fürchte ich mich jedesmal vor den Ergebnissen der Untersuchung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. ...dann bin ich ein gutes Vorbild (z.B. für meinen Partner oder meine Kinder).*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. ...dann brauche ich Herz-Kreislauf-Krankheiten weniger zu fürchten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10....dann kann ich meine Gesundheit besser einschätzen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11....dann habe ich Angst, daß eine Behandlung notwendig ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Quelle. Diese Items zur Erfassung von „Konsequenzerwartungen der Verhaltensumstellung“ stellen eine eigene Entwicklung dar. Items die mit einem [*] gekennzeichnet sind, wurden von Fuchs und Schwarzer (1992) im Rahmen des Forschungsprojekts „Determinanten und Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens“ entwickelt (siehe dazu Fuchs, 1994). Diese Items

wurden von uns in teilweise abgeänderter Form übernommen oder in anderen Verhaltensbereichen, als von den beiden Autoren ursprünglich vorgesehen, eingesetzt. Bei den restlichen Items handelt es sich um Neuentwicklungen, die bisher nur im Rahmen dieses Forschungsprojekts eingesetzt wurden.

Aufbau/Zielsetzung.

I) Allgemein:

Bei der Konsequenzerwartung oder Handlungs-Ergebnis-Erwartung geht es um die Bestimmung des wahrgenommenen Zusammenhangs zwischen einer Handlung bzw. einer systematischen Anstrengung und einem bestimmten Ergebnis (vgl. Schwarzer, 1992). Beispielsweise die Kognition „Wenn man wenig Alkohol trinkt, beugt man einem Herzinfarkt vor“ drückt die Erwartung aus, daß ein geringer Alkoholkonsum (Handlung) zu einer Verringerung des Herzinfarkttrisikos (Ergebnis) führt. Im Gegensatz zu dieser allgemeinen Form einer Handlungs-Ergebnis-Erwartung haben wir diese Kognitionen „individualisiert“, d.h. die Handlungsausführung an die eigene Person gebunden. In diesem Fall würde die Kognition lauten: „Wenn **ich** weniger Alkohol trinken würde, dann beuge **ich** einem Herzinfarkt vor“. Das Konstrukt der Konsequenzerwartung findet sich in verschiedenen sozial- und gesundheitspsychologischen Theorien (beispielsweise in der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991) oder im sozial-kognitiven Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer (1992)) und kann als ein zentrales Konstrukt zur Vorhersage der Initiierung von protektiven Verhaltensweisen bezeichnet werden.

Die hier vorgestellten Items zur Erfassung der wahrgenommenen Konsequenzen zur Umstellung des Verhaltens in Bezug auf (a) eine Ernährungsumstellung auf fettarme oder salzarme Kost, (b) Aufnahme körperlicher Aktivität, (c) Rauchentwöhnung, (d) Einschränkung des Alkoholkonsums sowie (e) zur regelmäßigen Partizipation an KHK-Vorsorgeuntersuchungen thematisieren potentielle Folgen unterschiedlicher Valenz in Bezug auf vier verschiedene Lebensbereiche. Diese Bereiche sowie die Valenz der antizipierten Folgen sollen nachfolgend in Abschnitt II) zusammenfassend für alle Items erläutert werden. Im darauffolgenden Abschnitt III) werden spezifische Eigenschaften der Items für jeden Verhaltensbereich aufgezeigt.

II) Erläuterung der theoretischen Unterteilung der Konsequenzerwartungen nach Lebensbereich und Valenz

Eine Verhaltensumstellung, wie beispielsweise eine Ernährungsumstellung, wirkt sich sicherlich auf verschiedene Lebensbereiche aus. Die zentralen Lebensbereiche, in denen merkliche Veränderungen zu erwarten sind, sind unserer Ansicht nach die Bereiche Gesundheit, Befindlichkeit, soziale Interaktion und persönliche Ressourcen. Die potentiellen Folgen haben in einigen Fällen positive Valenz und stellen somit einen Gewinn für die Person dar. Beispielsweise kann eine fett- und salzmodifizierte Ernährung eine verbesserte Gesundheit oder Befindlichkeit zur Folge haben. Doch neben diesen erwünschten Folgen können sich auch Konsequenzen negativer Valenz (Verluste) einstellen, wie beispielsweise eine Beeinträchtigung im Bereich der sozialen Interaktion oder ein Verlust an persönlichen Ressourcen.

Unter den Bereich „*Gesundheit*“ subsumieren wir sämtliche Konsequenzen für den physiologischen Zustand insbesondere für das Herz-Kreislauf-System, die eine entsprechende Verhaltensumstellung begleiten können. Generell werden für diesen Bereich nur positive Konsequenzen („Gewinne/benefits“) erfaßt, da, zumindest bei einer sachgemäßen Verhaltensumstellung, in keinem der hier erfaßten Verhaltensbereiche pathologische bzw. negative Effekte zu erwarten sind.

Zum Bereich „*Befindlichkeit*“ zählen wir Ergebniserwartungen, die sich auf den intrinsischen Wert des unerwünschten Verhaltens (z.B. fettreiches Essen) und die emotionale Befindlichkeit beziehen.

Der Bereich der „sozialen Interaktion“ umfaßt Reaktionen des sozialen Umfeldes sowie Konsequenzen für das Sozialverhalten.

Der vierte und letzte Bereich „persönliche Ressourcen“ soll den antizipierten Verbrauch oder Gewinn von materiellen, zeitlichen und kognitiven Ressourcen erfassen.

III) Spezifische Eigenschaften

Die nachfolgend dargestellten Skalen basieren ausschließlich auf theoretischen Überlegungen und bedürfen noch einer empirischen Prüfung (vgl. jedoch Fuchs, 1994).

1) Konsequenzerwartungen zur Ernährungsumstellung

Die Skala umfaßt insgesamt 18 Items, die sich in vier verschiedene Subskalen unterteilen lassen und in durchmischter Folge vorgelegt werden. Etwa die Hälfte der Items soll antizipierte Verluste erfassen. Den Probanden stehen vier Antwortalternativen zur Verfügung zwischen „trifft nicht zu“ [1] und „trifft genau zu“ [4]. Die nachfolgende Tabelle 5 gibt die inhaltliche Zuordnung der Items wieder.

Tabelle 5: Erfasste antizipierte Verluste und Gewinne in vier Lebensbereichen

Subskala	Valenz		Σ
	Gewinn/benefit	Verlust/loss	
(I) Gesundheit	1, 4, 7, 8, 12, 15	--	6
(II) Befindlichkeit	3, 9	5, 11, 16	5
(III) Soziale Interaktion	13, 18	2, 6	4
(IV) Persönliche Ressourcen	--	10, 14, 17	3
Σ	10	8	18

2) Konsequenzerwartungen zur körperlichen Aktivität

Die insgesamt 21 Items lassen sich in vier verschiedene Subskalen parzellieren (siehe Tabelle 6). Fünf der Items sollen antizipierte Barrieren erfassen. Den Probanden stehen hier ebenfalls vier Antwortalternativen zur Verfügung mit den Antwortankern „trifft nicht zu“ [1] und „trifft genau zu“ [4].

Tabelle 6: Erfasste antizipierte Verluste und Gewinne in vier Lebensbereichen

Subskala	Valenz		Σ
	Gewinn/benefit	Verlust/loss	
(I) Gesundheit	2, 4, 7, 11, 16, 18, 20	--	7
(II) Befindlichkeit	1, 8, 9, 10, 12,	--	5
(III) Soziale Interaktion	6, 14, 17, 21	3, 19	6
(IV) Persönliche Ressourcen	--	5, 13, 15	3
Σ	16	5	21

3) Konsequenzerwartungen zur Rauchabstinenz

Die Skala besteht aus insgesamt 18 Items, die sich nach den vier verschiedenen Lebensbereichen in entsprechende Subskalen unterteilen lassen (siehe Tabelle 7). Sieben der Items sollen antizipierte Verluste erfassen. Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Rating-Skala mit den Antwortalternativen „trifft nicht zu“ [1] und „trifft genau zu“ [4].

Tabelle 7: *Erfasste antizipierte Verluste und Gewinne in vier Lebensbereichen*

Subskala	Valenz		Σ
	Gewinn/benefit	Verlust/loss	
(I) Gesundheit	2, 4, 6, 8, 12	16	6
(II) Befindlichkeit	10, 15	1, 13, 14	5
(III) Soziale Interaktion	9, 17, 18	5, 7, 11	6
(IV) Persönliche Ressourcen	3	--	1
Σ	11	7	18

4) Konsequenzerwartungen zur Einschränkung des Alkoholkonsums

Die Skala umfaßt insgesamt 8 Items, die sich drei verschiedenen Lebensbereichen zuordnen lassen: „Gesundheit“, „soziale Interaktion“ und „emotionale Befindlichkeit“ (siehe Tabelle 8). Die Items werden in durchmischter Folge dargeboten, wobei 3 Items antizipierte Verluste und 5 Items erwartete Gewinne erfassen sollen. Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Rating-Skala mit den Antwortankern „trifft nicht zu“ [1] und „trifft genau zu“ [4].

Tabelle 8: *Erfasste antizipierte Verluste und Gewinne in drei Lebensbereichen*

Subskala	Valenz		Σ
	Gewinn/benefit	Verlust/loss	
(I) Gesundheit	2, 4, 5, 7, 8	--	5
(II) Befindlichkeit	--	1	1
(III) Soziale Interaktion	--	3, 6	2
Σ	5	3	8

5) Konsequenzerwartungen zur regelmäßigen Partizipation an Vorsorgeuntersuchungen bzgl. Herz-Kreislauf-Krankheiten

Ziel ist es, mit diesen Items Konsequenzerwartungen einer regelmäßigen Teilnahme an Kontrolluntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erfassen. Die 11 Items umfassende Skala läßt sich aus theoretischer Perspektive in vier Subskalen aufteilen: „Gesundheit“, „Soziale Interaktion“, „Emotionale Befindlichkeit“ und „Persönliche Ressourcen“ (siehe Tabelle 9). Die Items werden in durchmischter Folge dargeboten, wobei 5 Items antizipierte Verluste und 6 Items antizipierte Gewinne erfassen sollen. Den Probanden stehen vier Antwortalternativen zur Verfügung zwischen „trifft nicht zu“ [1] und „trifft genau zu“ [4].

Tabelle 9: *Erfasste antizipierte Verluste und Gewinne in vier Lebensbereichen*

Subskala	Valenz		Σ
	Gewinn/benefit	Verlust/loss	
(I) Gesundheit	1, 9, 10	--	3
(II) Befindlichkeit	3	5, 6, 7, 11	5
(III) Soziale Interaktion	2, 8	--	2
(IV) Persönliche Ressourcen	--	4	1
Σ	6	5	11

Plazierung. Die hier dargestellten Items zur Erfassung von Konsequenzerwartungen zur Verhaltensumstellung wurden im dritten Fragebogen vorgegeben.

Weiterführende Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Fuchs, R. (1994). Konsequenzerwartungen als Determinante des Sport- und Bewegungsverhaltens. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 269-291.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

5.13 Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Verhaltensumstellung (Renner, Hahn, Fuchs, Schwarzer & von Lengerke)

5.13.1 Selbstwirksamkeit der Ernährungsumstellung

Es gibt manchmal Hindernisse, die es einem schwer machen, seine Ernährung umzustellen.

Wie sicher sind Sie sich, daß Sie die folgenden Hindernisse überwinden könnten?

- **Ich schaffe es, mich auch dann gesund (salzarm oder fettarm) zu ernähren, ...**

	sehr <u>unsicher</u>	eher <u>unsicher</u>	fast <u>sicher</u>	ganz <u>sicher</u>
1. ...wenn ich essen gehe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. ...wenn ich deshalb viel Neues über Ernährung lernen muß.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. ...wenn ich anfänglich in vielen Situationen aufpassen muß.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. ...wenn sich meine Blutdruckwerte dadurch nicht sofort verbessern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. ...wenn es etwas Leckeres, aber Ungesundes gibt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. ...wenn ich lange brauche, bis die neue Ernährung Teil meines Alltags geworden ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. ...wenn ich deshalb nicht einfach alles essen kann, worauf ich Lust habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. ...wenn ich viel um die Ohren habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. ...wenn ich mehrere Anläufe brauche, bis es mir gelingt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. ...wenn ich deshalb mehr Geld ausgeben muß.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. ...wenn ich deshalb ganz neu über meine Ernährung nachdenken muß.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. ...wenn ich das am Anfang erst mal planen muß.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. ...wenn ich mich niedergeschlagen fühle.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. ...wenn mir das Essen anfänglich nicht so gut schmeckt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

• Ich schaffe es, mich auch dann <u>gesund</u> (salzarm oder fettarm) zu <u>ernähren</u>, ...				
	<u>sehr</u> unsicher	<u>eher</u> unsicher	<u>fast</u> sicher	<u>ganz</u> sicher
15....wenn ich bei meinen ersten Versuchen wenig unterstützt werde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. ...wenn ich lange brauche, bis ich mich daran gewöhnt habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17....wenn ich bei Freunden/Bekanntem eingeladen bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. ...wenn die Umstellung meiner Ernährung überraschend aufwendig ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. ...wenn sich meine Blutfettwerte (Cholesterin) dadurch nicht sofort verbessern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. ...wenn ich wenig Zeit habe, mich um den Einkauf und die Zubereitung zu kümmern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21. ...wenn ich Sorgen und Probleme habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. ...wenn mein Partner/meine Familie die Ernährung nicht umstellt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23. ...wenn ich mich mal verführen ließ.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24. ...wenn sich meine Gesundheit dadurch nicht sofort verbessert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.13.2 Selbstwirksamkeit der körperlichen Aktivität

Es gibt manchmal Hindernisse, die es einem schwer machen, sportlich aktiv zu sein.				
Wie sicher sind Sie sich, daß Sie trotz der folgenden Hindernisse sportlich aktiv sein könnten?				
• Ich könnte eine geplante Sportaktivität auch dann noch ausüben, ...				
	<u>sehr</u> unsicher	<u>eher</u> unsicher	<u>fast</u> sicher	<u>ganz</u> sicher
1. ... wenn ich müde bin.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. ... wenn ich mich niedergeschlagen fühle.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. ... wenn ich niemanden finde, der mit mir Sport treibt.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. ... wenn schlechtes Wetter ist.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. ... wenn ich Sorgen und Probleme habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. ... wenn ich viel um die Ohren habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

• **Ich schaffe es auch dann, regelmäßig sportlich aktiv zu werden, ...**

	sehr unsicher	eher unsicher	fast sicher	ganz sicher
7. ... wenn ein interessantes Fernsehprogramm läuft.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. ... wenn meine Familie/mein Partner mich beansprucht.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. ... wenn ich mich angespannt fühle.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. .. wenn andere Personen mit mir etwas unternehmen möchten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11... wenn mich das finanziell belastet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. .. wenn ich das am Anfang erstmal planen muß.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. .. wenn sich meine Blutdruckwerte dadurch nicht sofort verbessern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. .. wenn ich bei meinen ersten Anläufen wenig unterstützt werde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. .. wenn ich mehrere Anläufe brauche, bis es mir gelingt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. .. wenn sich meine Gesundheit dadurch nicht sofort verbessert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. .. wenn ich lange brauche, bis das Teil meines Alltags ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. .. wenn mein Partner/meine Familie nicht sportlich aktiv ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. .. wenn sich meine Cholesterinwerte (Blutfettwerte) dadurch nicht sofort verbessern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. .. wenn ich mal ausgesetzt habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.13.3 Selbstwirksamkeit der Rauchentwöhnung

BITTE NUR AUSFÜLLEN, WENN SIE RAUCHER SIND!

Es gibt manchmal Situationen, die es einem schwer machen, mit dem Rauchen aufzuhören.

• **Ich könnte auch dann dem Rauchen widerstehen, ...**

	<u>sehr unsicher</u>	<u>eher unsicher</u>	<u>fast sicher</u>	<u>ganz sicher</u>
1. ... wenn ich in einer geselligen Runde bin, in der geraucht wird.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. ... wenn ich mich angespannt oder nervös fühle.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. ... wenn ich mich konzentrieren will.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. ... wenn ich ein starkes Verlangen danach habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. ... wenn ich Sorgen und Probleme habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. ... wenn ich viel um die Ohren habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. ... wenn ich mich in einer Situation unsicher fühle.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. ... wenn ich mich niedergeschlagen fühle.*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. ... wenn ich mit Freunden/Arbeitskollegen zusammen bin, die rauchen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. .. wenn ich alleine bin oder mich langweile.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

• **Ich schaffe es, auch dann Nicht-Raucher zu werden, ...**

	<u>sehr unsicher</u>	<u>eher unsicher</u>	<u>fast sicher</u>	<u>ganz sicher</u>
11. .. wenn ich bei meinen ersten Versuchen wenig unterstützt werde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. .. wenn die Entwöhnung lange dauert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. .. wenn ich mehrere Anläufe brauche, bis es mir gelingt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. .. wenn ich lange brauche, bis diese Umstellung Teil meines Alltags geworden ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. .. wenn ich mich mal verführen ließ.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. .. wenn mein Partner/meine Freunde nicht mit dem Rauchen aufhören.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.13.4 Selbstwirksamkeit der Einschränkung des Alkoholkonsum

• **Ich bin mir ganz sicher, daß ich mich dazu überwinden könnte...**

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
...meinen Alkoholkonsum einzuschränken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
...überhaupt keinen Alkohol mehr zu trinken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
...nur bei besonderen Anlässen zu trinken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5.13.5 Selbstwirksamkeit der regelmäßigen Teilnahme an KHK-Vorsorgeuntersuchungen

Es gibt Hindernisse, die es einem schwer machen, eine regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Krankheiten durchführen zu lassen.

• **Wie sicher sind Sie sich, daß Sie die folgenden Hindernisse überwinden könnten?**

	sehr unsicher	eher unsicher	fast sicher	ganz sicher
1. Ich schaffe es, auch zu unangenehmen medizinischen Vorsorge-Untersuchungen zu gehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Ich schaffe es, die Angst davor zu überwinden, daß der Arzt bei mir eine ernsthafte Gefährdung meiner Gesundheit feststellt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Ich schaffe es, zur Vorsorge-Untersuchung zu gehen, auch wenn sich daran eine unangenehme oder langwierige Behandlung anschließen würde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Ich schaffe es, die notwendige Zeit und Geduld für die Vorsorge-Untersuchung aufzubringen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Ich schaffe es, regelmäßig zur Vorsorge-Untersuchung zu gehen, auch wenn mein Partner/meine Familie nicht zur Vorsorge-Untersuchung geht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Ich schaffe es, regelmäßig zur Untersuchung zu gehen, auch wenn ich einmal einen Termin verpaßt habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Quelle. Diese Items zur Erfassung von „Selbstwirksamkeit in Bezug auf eine Verhaltensumstellung“ stellen eine eigene Entwicklung dar. Items die mit einem [*] gekennzeichnet sind, wurden von Fuchs und Schwarzer im Rahmen des Forschungsprojekts „Determinanten und Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens“ entwickelt (siehe dazu Fuchs &

Schwarzer, 1994). Diese Items wurden von uns in teilweise abgeänderter Form übernommen oder in anderen Verhaltensbereichen, als von den beiden Autoren ursprünglich vorgesehen, eingesetzt. Bei den restlichen Items handelt es sich um Neuentwicklungen, die bisher nur im Rahmen dieses Forschungsprojekts eingesetzt wurden.

Aufbau/Zielsetzung:

I) Allgemein

Das Konzept Selbstwirksamkeit geht auf Bandura (1977) zurück, der es auf der Grundlage seiner sozial-kognitiven Lerntheorie entwickelt hat. Es umfaßt Überzeugungen subjektiver Kontrollierbarkeit oder Kompetenzerwartungen in verschiedenen Anforderungssituationen. Die Wahrnehmung eigener Handlungswirksamkeit oder Selbstwirksamkeit ist entscheidend für das Ausmaß der aktiven Auseinandersetzung mit entsprechenden situativen Anforderungen.

Die Kompetenzerwartung erweist sich neben anderen Bereichen auch im Bereich gesundheitlichen Handelns als zentrale Motivationseinflußgröße, die darüber mitbestimmt, welche Handlung ausgewählt wird, wieviel Anstrengung investiert wird und wie lange auf einer Strategie beharrt wird, bevor aufgeben wird. Es konnte empirisch gezeigt werden, daß verhaltensspezifische Kompetenzerwartung bei der Bewältigung von Streß, beim Umgang mit chronischen Leiden, bei der Entwöhnung von psychotropen Substanzen und beim Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen eine zentrale Rolle spielt (Bandura, 1992; O'Leary, 1992).

Für die Bereiche Ernährung, körperliche Aktivität und Raucherentwöhnung liegen inzwischen eine Fülle von Befunden vor (siehe dazu auch Schwarzer, 1992). Die Kompetenzerwartung, die Nahrungsaufnahme und das Gewicht regulieren zu können, kann als eine wesentliche Voraussetzung für die Motivation von Diätprogrammen oder Ernährungsumstellungen angesehen werden (als Überblick siehe dazu Leppin, 1994). Ebenso ist die Förderung körperlicher Aktivität ohne Aufbau von Kompetenzerwartung kaum denkbar (vgl. Dzewaltowski, Noble & Shaw, 1990; Feltz & Riesinger, 1990). Im Bereich der Raucherentwöhnung konnten beispielsweise Colletti, Supnick und Payne (1985) zeigen, daß die Kompetenzerwartung hoch negativ mit der Rückfälligkeit korrelierte (siehe als Überblick dazu Schwarzer, 1992).

Die Items zur Erfassung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit einer Verhaltensänderung, (a) Ernährungsumstellung auf fettarme oder salzarme Kost, (b) Aufnahme körperlicher Aktivität und (c) Rauchabstinenz, thematisieren Anforderungen in verschiedenen zeitlichen Phasen und situationsspezifischen Kontexten. Diese sollen hier kurz für alle drei Selbstwirksamkeitsskalen zusammenfassend in Abschnitt II) dargestellt werden. Spezifische Eigenschaften der Skalen werden getrennt in Abschnitt III) erläutert. Die drei Selbstwirksamkeitsitems bzgl. der Einschränkung des Alkoholkonsums werden in Abschnitt IV) beschrieben, da es sich hier nur um eine Kurzsкала handelt, die lediglich „Einschränkung“ des Genusses von Alkohols thematisiert und verschiedene zeitliche Phasen unberücksichtigt läßt. Ähnliches gilt auch für die Items zur Erfassung der Selbstwirksamkeit des Herz-Kreislauf-Vorsorgeverhaltens, die in Abschnitt V) dargestellt werden.

II) Erläuterung der zeitlichen Phasen und situationspezifischen Kontexte

Die Items zur Erfassung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit in Bezug auf eine Umstellung auf fettarme oder salzarme Kost, sportliche Aktivität sowie Raucherentwöhnung thematisieren Anforderungen in verschiedenen zeitlichen Phasen und situationsspezifischen Kontexten.

Eine Ernährungsumstellung oder die Aufnahme von körperlicher Aktivität setzt zunächst ein gewisses Ausmaß an *Planung* voraus. Über das Ernährungsverhalten beispielsweise, das in der Regel einen hohen Routinegrad aufweist, muß neu nachgedacht werden. Teilweise ist sogar der Erwerb von neuem Wissen erforderlich. Die nachfolgende *Umstellungsphase* kann verschiedene Anforderungssituationen mit sich bringen. Wenn die Familie beispielsweise die Ernährung nicht umstellt oder die Umstellung erwartungswidrig aufwendig ist und eine Verbesserung der

Gesundheit nicht so schnell eintritt wie erwartet, dann ist es wesentlich, daß die Person der Meinung ist, über die nötige Perseveranz zu verfügen, um diese aversiven Umstände zu meistern. Weiterhin muß das neue Verhalten in den Alltag integriert werden, d.h. es folgt eine Zeit, in der eine „Gewöhnung“ stattfindet, was auch als Beginn eines Routineverhaltens bezeichnet werden kann. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die *Aufrechterhaltung* der Verhaltensänderung. In dieser Phase steht die Verfestigung des neuen Verhaltensmusters als Routine sowie die Verhütung eines Rückfalls im Vordergrund. Insbesondere wenn das Verhalten einer intensiven Selbststeuerung bedarf, können emotionale Beeinträchtigungen, Verführ- oder Risikosituationen sowie der Verbrauch von persönlichen Ressourcen problematisch werden und zu „Fehlritten“ führen. Beispiele für solche „Verführsituationen“ sind soziale Situationen mit starkem Aufforderungscharakter wie eine Einladung zum Essen bei Freunden. Der riskante Aspekt in Bezug auf negative Befindlichkeitszustände besteht darin, daß manche Menschen dazu neigen, diese „weg zu essen“ oder „weg zu rauchen“, d.h. die Nahrungsaufnahme oder den Konsum von Tabak als Bewältigungsstrategie anzuwenden. In solchen Situationen ist die Wahrscheinlichkeit, auf alte Verhaltensweisen zurückzugreifen, sehr hoch. Weiterhin ist es wichtig zu bedenken, daß gesundheitlich bedenkliche Verhaltensweisen, wie beispielsweise das Rauchen oder eine fettreiche Ernährung, Teil der subjektiven Lebensqualität sein können. Wenn beispielsweise eine Ernährungsumstellung eine Einschränkung in Bezug auf die Verwirklichung hedonistischer Impulse mit sich bringt, erfordert dies ein hohes Ausmaß an Selbstkontrolle. Als letzter zentraler Punkt im Rahmen der Aufrechterhaltung des neu erworbenen Verhaltensmusters soll der Verbrauch von persönlichen Ressourcen, wie Geld und Zeit, genannt werden. Der zeitliche oder finanzielle Aufwand beispielsweise für eine ausgewogene salzarme oder fettarme Ernährung kann für bestimmte Personen eine hohe Belastung darstellen, so daß es hier zu kritischen Situationen kommen kann, die eine Aufrechterhaltung des gewünschten Verhaltens gefährden können. Ein weiteres Problem auf dem Weg zu einer erfolgreichen Verhaltensumstellung ist die *Rückfälligkeit*. Wichtig für die Bewältigung solcher Situationen ist es, daß die Person einen Rückfall als zeitlich begrenzt und lediglich als „Fehltritt“ ansieht und zuversichtlich ist, trotzdem eine erfolgreiche Verhaltensänderung erreichen zu können.

III) Spezifische Eigenschaften

1) Selbstwirksamkeit der Ernährungsumstellung

Tabelle 10: Zeitliche Phasen und situationsspezifische Kontexte einer Ernährungsumstellung

	Items	Σ
Planungsphase 2, 11, 12	3	
Umstellungsphase	4, 14, 15, 18, 19, 22, 24	7
Gewöhnung	3, 6, 16	3
Aufrechterhaltung		9
(a) bei emotionalen Beeinträchtigungen Reduktion des intrinsischen Wertes des Essens Befindlichkeitsprobleme	7 8, 13, 21	
(b) in Verführ- bzw. Risikosituationen	1, 5, 17	
(c) Verbrauch persönlicher Ressourcen (Zeit, Geld, Energie)	10, 20	
Rückfälligkeit („recovery efficacy“)	9, 23	2
Σ		24

Es werden insgesamt 24 Items in durchmischter Reihenfolge vorgegeben. Die Befragten haben die Möglichkeit, Einschätzungen auf einer 4-stufigen Skala mit den Antwortankern „sehr unsicher“ [1] und „ganz sicher“ [4] abzugeben. Die Aufteilung der einzelnen Items zu den zuvor beschriebenen zeitlichen Phasen und spezifischen Situationen können der nachfolgenden Tabelle 10 entnommen werden.

2) Selbstwirksamkeit der sportlichen Aktivität

Mit insgesamt 20 Items, die in durchmischter Reihenfolge vorgegeben werden, wird die wahrgenommene Selbstwirksamkeit sportlicher Aktivität erfaßt. Die Einschätzungen sollen auf einem 4-stufigen Rating abgegeben werden, mit den Antwortankern „sehr unsicher“ [1] und „ganz sicher“ [4]. Die Aufteilung der einzelnen Items zu den zuvor beschriebenen zeitlichen Phasen und spezifischen Situationen können der Tabelle 11 entnommen werden.

Tabelle 11: *Zeitliche Phasen und situationsspezifische Kontexte sportlicher Aktivität*

	Items	Σ
Planungsphase	12	1
Umstellungsphase	13, 14, 16, 18, 19	5
Gewöhnung	17	1
Aufrechterhaltung		11
(a) bei emotionalen Beeinträchtigungen (Befindlichkeitsprobleme)	1, 2, 5, 6, 9	
(b) in Verführ- bzw. Risikosituationen	3, 4, 7, 8, 10	
(c) Verbrauch persönlicher Ressourcen (Zeit, Geld, Energie)	11	
Rückfälligkeit	15, 20	2
Σ		20

3) Selbstwirksamkeit der Rauchabstinenz

Es werden insgesamt 16 Items in gemischter Reihenfolge vorgegeben. Zur Beantwortung wird ein 4-stufiges Rating mit den Antwortankern „sehr unsicher“ [1] und „ganz sicher“ [4] vorgegeben. Im Rahmen dieser Skala wird die Planungsphase sowie der Verbrauch von persönlichen Ressourcen nicht berücksichtigt. Die Aufteilung der einzelnen Items zu den zuvor beschriebenen zeitlichen Phasen und spezifischen Situationen können der folgenden Tabelle 12 entnommen werden.

Tabelle 12: Zeitliche Phasen und situationsspezifische Kontexte der Rauchabstinenz

	Items	Σ
Planungsphase	--	0
Umstellungsphase	11, 16	2
Gewöhnung	12, 14	2
Aufrechterhaltung (a) bei emotionalen Beeinträchtigungen „craving“ Befindlichkeitsprobleme (b) in Verführ- bzw. Risikosituationen	4 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10 1, 9	10
Rückfälligkeit	13, 15	2
Σ		16

4) Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Einschränkung des Alkoholkonsums

Die 3 Items beginnen mit dem gleichen Einleitungssatz: „Ich bin mir ganz sicher, daß ich mich dazu überwinden könnte ...“. Nachfolgend wird erfragt, inwieweit sich die Probanden zutrauen, ihren Alkoholkonsum (a) einzuschränken, (b) abstinent zu leben oder (c) nur noch bei besonderen Anlässen zu trinken. Diese Einschätzungen können auf einer vierstufigen Ratingskala mit den Antwortankern „trifft nicht zu“ [1] und „trifft genau zu“ [4] vorgenommen werden. In einer früheren Untersuchung (Renner, 1993) korrelierten die ersten beiden Items zu $r=.57$ ($N=106$).

5) Selbstwirksamkeit der regelmäßigen Teilnahme an KHK-Vorsorgeuntersuchungen

Zur Beantwortung der insgesamt 6 Items wird ein 4-stufiges Rating mit Antwortalternativen von „sehr unsicher“ [1] bis „ganz sicher“ [4] vorgegeben. Es werden vier verschiedene Arten von Anforderungssituationen thematisiert. Die ersten drei Items beziehen sich auf antizipierte negative Zustände, die während oder in Folge der Untersuchung eintreten könnten. Das vierte Item bezieht sich auf den Verbrauch von Ressourcen (Zeit und Energie), das fünfte Item thematisiert eine typische „Risikosituation“ und das sechste Item das Problem eines „Fehltritts“.

Plazierung. Die hier dargestellten Selbstwirksamkeitsitems finden sich alle im dritten Fragebogen.

Weiterführende Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Colletti, G., Supnick, J. A., & Payne, T. J. (1985). The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment*, 7, 249-260.
- Dzewaltowski, D. A., Noble, J. M., & Shaw, J. M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory vs. the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 388-405.

- Feltz, D. L., & Riesinger, C. A. (1990). Effects of in vivo emotive imagery and performance feedback on self-efficacy and muscular endurance. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *12*, 132-143.
- Fuchs, R., & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *15*, 141-154.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 229-245.
- Renner, B. (1993). *Gesundheitsbezogene Risikokognitionen: Eine Untersuchung zu den Determinanten des optimistischen Fehlschlusses*. Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie: Unveröff. Diplomarbeit.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

6 Befindlichkeit/ Momentane Stimmung (Renner)

- Wie ist Ihre momentane Stimmung?

sehr ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ ₈ ₉ ₁₀ ₁₁ sehr
schlecht gut

Quelle. Das Item wurde in Anlehnung an Abele (1993) konzipiert.

Aufbau. 11-stufige Skala.

Zielsetzung. Dieses Item wurde zur Messung der momentanen Stimmung per Selbstbericht konzipiert.

Verschiedene Arbeiten zeigen, daß die aktuelle emotionale Befindlichkeit einen Einfluß auf gesundheitsbezogene Kognitionen hat (Abele, 1993). Beispielsweise konnten Abele (1993) und Renner (1993) zeigen, daß ein substantieller Zusammenhang zwischen der momentanen Stimmung und der wahrgenommenen Vulnerabilität besteht. Personen, die sich in einer guten Stimmung befinden, schätzen ihr Risiko zu erkranken geringer ein als Personen, die sich in einer vergleichsweise schlechteren Stimmung befinden.

Plazierung. Dieses Item wurde in allen 3 Fragebögen erfaßt.

Weiterführende Literatur

Abele, A. (1993). Zum Zusammenhang zwischen Stimmung, Gesundheitswahrnehmung und selbstberichtetem Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 105-122.

Renner, B. (1993). *Gesundheitsbezogene Risikokognitionen: Eine Untersuchung zu den Determinanten des optimistischen Fehlschlusses*. Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie: Unveröff. Diplomarbeit.

7 Wissen

7.1 Berliner Wissenstest zu den Themen Cholesterin und Blutdruck (BWCB) (Renner, Hahn, von Lengerke & Dreesen)

Ein kurzes Quiz zum Thema Gesundheit, Cholesterin und Blutdruck

Wählen Sie bitte die Ihrer Ansicht nach richtige Antwort. Wenn Sie die Antwort nicht kennen, raten Sie bitte nicht, sondern kreuzen Sie die Antwort "Weiß nicht" an. Es ist immer nur eine Antwort richtig!

- 1) **Cholesterin ist...**
 - ₁ ein fettähnlicher Stoff, den der Körper braucht.
 - ₂ eine Alterskrankheit.
 - ₃ ein lebenswichtiges Vitamin.
 - ₄ Keine der Antworten ist richtig.
 - ₅ Weiß nicht.
- 2) **Der Cholesterinspiegel ist für die Gesundheit um so günstiger ...**
 - ₁ je höher er ist.
 - ₂ je niedriger er ist.
 - ₃ Keine der Antworten ist richtig.
 - ₄ Weiß nicht.
- 3) **Das HDL-Cholesterin („high density lipoproteins“) ist ...**
 - ₁ das "gute" Cholesterin.
 - ₂ das "schlechte" Cholesterin.
 - ₃ der englische Fachausdruck für hohe Cholesterinwerte.
 - ₄ Keine der Antworten ist richtig.
 - ₅ Weiß nicht.
- 4) **Wenn man mit 50 Jahren noch keine ungünstigen Cholesterinwerte hat, dann wird man auch später keine ungünstigen Werte bekommen.**
 - ₁ Stimmt.
 - ₂ Stimmt nicht.
 - ₃ Weiß nicht.
- 5) **Damit der Körper genügend Cholesterin hat, muß durch die Nahrung...**
 - ₁ unbedingt zusätzlich Cholesterin aufgenommen werden.
 - ₂ muß kein Cholesterin zusätzlich aufgenommen werden.
 - ₃ Weiß nicht.
- 6) **Der ideale Cholesterinwert liegt bei:**

mg/dl

 - ₁ Weiß nicht.
- 7) **Mit einem ungünstigen Cholesterinspiegel ist man stärker anfällig für ...**
 - ₁ Erkältungen.
 - ₂ Allergien.
 - ₃ Herz-Kreislauf-Krankheiten.
 - ₄ Zuckerkrankheit (Diabetes).
 - ₅ Keine der Antworten ist richtig.
 - ₆ Weiß nicht.
- 8) **Das Cholesterin in unserem Körper stammt...**
 - ₁ aus allen Nahrungsmitteln, die wir essen.
 - ₂ hauptsächlich aus tierischen Lebensmitteln.
 - ₃ unserem eigenen Körper und allen Nahrungsmitteln, die wir essen.
 - ₄ unserem eigenen Körper und vor allem aus tierischen Nahrungsmitteln.
 - ₅ Weiß nicht.
- 9) **Welche Fettsorte beeinflusst den Cholesterinspiegel ungünstig?**
 - ₁ gesättigte Fette.
 - ₂ ungesättigte Fette.
 - ₃ alle Fettsorten.
 - ₄ Keine der Antworten ist richtig.
 - ₅ Weiß nicht.
- 10) **Beeinflussen pflanzliche Lebensmittel den Cholesterinspiegel?**
 - ₁ Nein.
 - ₂ Ja, aber nur bestimmte.
 - ₃ Ja, alle pflanzlichen.
 - ₄ Weiß nicht.

- 11) **Sollte man bei einem ungünstigen Cholesterinspiegel den Fettkonsum einschränken?**
₁ Ja, unbedingt.
₂ Nein, auf keinen Fall.
₃ Keine der Antworten ist richtig.
₄ Weiß nicht.
- 12) **Es ist nicht notwendig, sein Cholesterin untersuchen zu lassen, wenn man unter 30 Jahre alt ist.**
₁ Stimmt.
₂ Stimmt nicht.
₃ Weiß nicht.
- 13) **Ungünstige Cholesterinwerte machen sich bemerkbar durch ...**
₁ Herzklopfen.
₂ Müdigkeit.
₃ Kopfschmerzen.
₄ keine Beschwerden.
₅ Keine der Antworten ist richtig.
₆ Weiß nicht.
- 14) **Wenn man Normalgewicht hat, ist es nicht möglich, daß man Probleme mit Cholesterin hat.**
₁ Stimmt.
₂ Stimmt nicht.
₃ Weiß nicht.
- 15) **Der Blutdruck ist für die Gesundheit um so günstiger ...**
₁ je höher er ist.
₂ je niedriger er ist.
₃ Keine der Antworten ist richtig.
₄ Weiß nicht.
- 16) **Der systolische Blutdruck ist ...**
₁ der Blutdruck unter Belastung.
₂ der Blutdruck, "in Ruhe" oder wenn man entspannt ist.
₃ der medizinische Fachausdruck für den zuerst gemessen Blutdruckwert.
₄ der medizinische Fachausdruck für den zuletzt gemessen Blutdruckwert.
₅ Keine der Antworten ist richtig.
₆ Weiß nicht.
- 17) **Wenn man keine Beschwerden hat,**
- dann ist der Blutdruck ...**
₁ mittel.
₂ hoch.
₃ niedrig.
₄ Keine Antwort ist richtig.
₅ Weiß nicht.
- 18) **Der diastolische Blutdruck ist ...**
₁ der Blutdruck unter Belastung.
₂ der Blutdruck "in Ruhe" oder wenn man entspannt ist.
₃ der Blutdruck, wenn das Herz das Blut in die Gefäße pumpt.
₄ der Blutdruck, wenn das Herz erschläft und sich wieder mit Blut füllt.
₅ Keine der Antworten ist richtig.
₆ Weiß nicht.
- 19) **Mit einem ungünstigen Blutdruck ist man stärker anfällig für ...**
₁ Erkältungen.
₂ Allergien.
₃ Herz-Kreislauf-Krankheiten.
₄ Krebs.
₅ Keine der Antworten ist richtig.
₆ Weiß nicht.
- 20) **Wenn man mit 50 Jahren noch keine ungünstigen Blutdruckwerte hat, dann wird man auch später keine ungünstigen Werte bekommen.**
₁ Stimmt
₂ Stimmt nicht.
₃ Weiß nicht.
- 21) **Sollte man bei einem ungünstigen Blutdruck zusätzlich Salz zu sich nehmen?**
₁ Ja, unbedingt.
₂ Nein, auf keinen Fall.
₃ Keine der Antworten ist richtig.
₄ Weiß nicht.
- 22) **Es ist nicht notwendig, seinen Blutdruck untersuchen zu lassen, wenn man unter 30 Jahre alt ist.**
₁ Stimmt.
₂ Stimmt nicht.
₃ Weiß nicht.

23) Wenn man Normalgewicht hat, ist es nicht möglich, daß man Probleme mit dem Blutdruck hat.

- ₁ Stimmt.
₂ Stimmt nicht.
₃ Weiß nicht.

Quelle. Der Berliner Wissenstest zu den Themen Cholesterin und Blutdruck stellt eine eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts dar. Lediglich das Item 9 wurde von uns aus dem „cholesterol survey“ von Croyle (1992) entnommen.

Die hier vorgestellten Items wurden auf der Grundlage einer Vorversion ausgewählt, wobei neben der empirisch ermittelten Schwierigkeit der Items auch inhaltliche Auswahlkriterien eine Rolle spielten.

Zielsetzung:

I) Allgemein:

Erfassung des Wissenstandes von medizinischen Laien bzgl. den Themen Cholesterin und Blutdruck.

Wir setzen diesen Wissenstest in drei verschiedenen Bereichen ein:

- 1) *Exploration des Wissensstands in der Berliner Bevölkerung.*
- 2) *Prädiktion von Gesundheitsverhaltensweisen.*

Dem Wissensstand einer Person kommt bei der Verarbeitung von individualisierten Risikorückmeldungen sowie bei der Initiierung und Aufrechterhaltung von protektiven Verhaltensweisen eine zentrale Rolle zu (vgl. Taylor, 1989). Beispielsweise kann der Grund für unzureichende oder fehlende protektive Verhaltensweisen mangelndes Wissen sein und nicht mangelnde Bedrohung oder Kompetenz. So sind z.B. viele Menschen fälschlicherweise der Meinung, daß der Verzicht auf Butter eine hinreichend protektive Maßnahme gegen einen erhöhten Cholesterinspiegel ist.

- 3) *Erfassung des „Wissenszuwachses“ zwischen dem ersten und zweiten Meßzeitpunkt.*

Alle Teilnehmer (Versuchs- und Kontrollgruppe) erhielten zum Abschluß des ersten Meßzeitpunkts je eine Broschüre zu den Themen Cholesterin und Blutdruck (Hahn & von Lengerke, 1994a, 1994b¹). Diese Broschüren und der Wissenstest wurden aufeinander abgestimmt, so daß alle „richtigen“ Antworten den Broschüren entnommen werden konnten. Nach dieser Lektüre sollte jede Person in der Lage sein, sämtliche Fragen richtig beantworten zu können.

II) Ziel der Erfassung der verschiedenen Themenbereiche:

Die Items des BWCB lassen sich den folgenden drei Themenbereichen zuordnen:

(1) Allgemeines Wissen:

Hier soll in erster Linie in Erfahrung gebracht werden, ob die Personen über Grundkenntnisse verfügen im Hinblick auf die Bedeutung des Blutdrucks und der Lipoproteine für den menschlichen Organismus. Weiterhin soll geprüft werden, ob Personen mit der Meßskala für die Cholesterin- und Blutdruckwerte vertraut sind.

(2) Risikogruppen:

Diese Items wurden in den Wissenstest mit aufgenommen, da häufig falsche Annahmen über die Prävalenz der beiden Risikofaktoren in bestimmten Bevölkerungsgruppen

¹ Diese Broschüren können über die Autoren bezogen werden.

bestehen. Beispielsweise wird häufig angenommen, daß junge Menschen keine Probleme mit Cholesterin haben.

(3) Ernährung/Verhalten:

Der Konsum von zu vielen gesättigten Fettsäuren und cholesterinhaltigen Lebensmitteln ist die wichtigste verhaltensabhängige Ursache für eine Hyperlipidämie (Tatò, 1991). Ebenso kann ein zu hoher Salzkonsum, insbesondere bei salzsensitiven Personen, den Blutdruck negativ beeinflussen. Somit ist der erste Schritt in Richtung wirksamer Prävention das Wissen darüber, welche Nahrungsmittelgruppen potentiell „ungesund“ sind. Beispielsweise ist es wichtig, daß Menschen sich darüber bewußt sind, daß nicht nur der Konsum von tierischen Lebensmitteln den Cholesterinspiegel negativ beeinflussen kann, sondern auch der Konsum von bestimmten pflanzlichen Lebensmitteln. Dies ist ein Umstand, der oft verkannt wird.

Aufbau. Der Wissenstest enthält 23 Items, wobei immer nur eine Antwort richtig ist. 14 Items (Item 1 bis 14) beziehen sich auf das Thema Cholesterin und 9 Items auf das Thema Blutdruck (Item 15 bis 23).

Die Verteilung der Items auf die drei verschiedenen Themenbereiche kann der Tabelle 13 entnommen werden. Die spezifische inhaltliche Zuordnung der einzelnen Items wird in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 13: Zuordnung der Items des BWCB zu den drei Themenbereichen.

	Cholesterin	Blutdruck
(1) Allgemeines Wissen:	7 Items	5 Items
(2) Risikogruppen:	3 Items	3 Items
(3) Ernährung:	4 Items	1 Item
Σ	14 Items	9 Items

Tabelle 14: Inhaltliche Zuordnung der Items des BWCB.

	Cholesterin (Item-Nummer)	Vorversion ⁽¹⁾ (Schwierigkeit, %) ⁽²⁾
(a) Allgemeines Wissen:		
(1) Grundsätzliche Zuordnung	1	88.9
(2) Physiologische Werte:		
Valenz der Ausprägung des Gesamtwertes	2	22.2
Idealer Gesamtwert	6	33.4
Valenz von HDL	3	19.4
(3) Symptome	13	36.1
(4) Konsequenz	7	77.8
(5) Quelle	8	55.6
(b) Risikogruppen		
(1) Alter	4	77.8
	12	77.8
(2) Gewicht	14	75.0
(c) Ernährung		
(1) Relevanz der Ernährung	5	52.8
(2) Valenz pflanzlicher Nahrungsmittel	10	36.1
(3) Valenz der Fettarten	9	44.4
(4) Valenz von „Fett“ für Hyperlipidämie	11	94.4

	Blutdruck (Item-Nummer)	Vorversion (Schwierigkeit)
(a) Allgemeines Wissen:		
(1) Grundsätzliche Zuordnung		
Systolischer Blutdruck	16	0*
Diastolischer Blutdruck	18	19.4*
(2) Physiologische Werte		
Valenz der Ausprägung des Gesamtwertes	15	61.1
(3) Symptome	17	41.7
(4) Konsequenz	19	91.7
(b) Risikogruppen		
(1) Alter	20	94.4
	22	86.1
(2) Gewicht	23	75.0
(c) Ernährung		
(1) Valenz von Salz	21	72.2*

* = Item wurde gegenüber der Vorversion für die endgültige Fassung des Wissenstests (BWCB) revidiert.

(1) = Die Vorversion des Wissenstests enthielt 36 verschiedene Items und ist an einer kleinen Stichprobe (N=36; keine Studenten oder Personen mit medizinischen Fachkenntnissen) getestet worden. Die 36 Befragten waren im Alter von 29 bis 76 Jahren (M=54 Jahre; SD=13.0). Der Frauenanteil war mit 66.7 Prozent überdurchschnittlich.

(2) = Schwierigkeit: Quotient aus „Zahl der Richtiglöser“ (NR) und „Zahl der Probanden“ (N) $[(NR)/N] * 100$ (Fissini, S.30, 1990).

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

Croyle, R. T. (1992). *Cholesterol survey*. (unpublished paper). University of Utah.

Fissini, H.-J. (1990). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

Hahn, A. & Lengerke, T. von (1994a). *Cholesterin: Eine Informationsbroschüre*. Berlin: Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg.

Hahn, A. & Lengerke, T. von (1994b). *Blutdruck: Eine Informationsbroschüre*. Berlin: Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg.

Tatò, F. (1991). Hyperlipoproteinämien. In M. Middeke & G. Bönner (Hrsg.), *Nichtmedikamentöse Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren* (S. 47-74). Berlin: Springer-Verlag.

Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.

7.2 Einschätzung des blutdruck- und cholesterinbezogenen Wissens (Renner)

7.2.1 Erwartete Anzahl richtig gelöster Aufgaben⁽¹⁾

Was schätzen Sie, wieviele Fragen des Quiz haben Sie richtig beantwortet?

Ich schätze, daß ich von den 23 Fragen Fragen richtig beantwortet habe.

7.2.2 Erwartete durchschnittliche Anzahl richtig gelöster Aufgaben⁽²⁾

Was glauben Sie, wieviele Fragen im Durchschnitt von anderen Personen richtig beantwortet werden?

Ich schätze, daß im Durchschnitt von den 23 Fragen Fragen richtig beantwortet werden.

7.2.3 Zufriedenheit mit dem persönlichen Wissensstand⁽³⁾

Ist Ihr Wissen zum Thema Cholesterin für Sie persönlich ausreichend?

- ₁ Nein, überhaupt nicht.
- ₂ Nein, nicht ganz.
- ₃ Ja, völlig ausreichend.

Ist Ihr Wissen zum Thema Blutdruck für Sie persönlich ausreichend?

- ₁ Nein, überhaupt nicht.
- ₂ Nein, nicht ganz.
- ₃ Ja, völlig ausreichend.

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts konzipiert.

Aufbau. Zur Beantwortung der Items (1) und (2) kann im freien Antwortformat eine Zahl zwischen 0 und 23 gewählt werden. Für die folgenden beiden Items (3) wird ein dreistufiges Rating vorgegeben.

Zielsetzung.

I) Allgemein:

Anhand der subjektiven Einschätzung des Wissen wollen wir einerseits Diskrepanzen aufdecken, die zwischen dem subjektiv wahrgenommenen und objektiven Wissensstand bestehen, andererseits den Zusammenhang zwischen diesen Einschätzungen und der Zufriedenheit mit dem eigenen Wissen explorieren.

Die Suche nach Informationen hängt unter anderem auch davon ab, in welchem Ausmaß das eigene Wissen als unzureichend oder als validierungsbedürftig eingeschätzt wird. Mit anderen Worten: Die Einschätzung und Zufriedenheit mit dem eigenen Wissen bestimmt auch das Interesse an extern dargebotenen Informationen (z.B. Informationsbroschüren). Verschiedene Befunde aus der Literatur zeigen, daß Personen dazu neigen, ihr Wissen zu überschätzen sowie ihre Leistungen als überdurchschnittlich einzuschätzen (vgl. Taylor, 1989). Es ist also

anzunehmen, daß die Einschätzung des eigenen Wissens in Bezug auf die Themen Cholesterin und Blutdruck nicht immer adäquat ist. Eine Person kann somit fälschlicherweise der Überzeugung sein, über ein ausreichendes Wissen zu verfügen, und deshalb Desinteresse an Informationen zeigen.

II) Spezifische Fragestellungen:

I) Wird das Wissen adäquat eingeschätzt?

(a) Wird das eigene Wissen adäquat eingeschätzt?

- Mittels der Differenzbildung zwischen geschätzter und tatsächlicher Anzahl richtig gelöster Aufgaben soll erfaßt werden, inwieweit das eigene Wissen adäquat eingeschätzt wird.
- **Index:** (Item 1) - (Anzahl richtig gelöster Items im BWCB)

(b) Wird das durchschnittliche Wissen anderer Personen adäquat eingeschätzt?

- Hierfür wird die Differenz zwischen der geschätzten und tatsächlichen Anzahl der im Durchschnitt richtig gelösten Aufgaben gebildet.
- **Index:** (Item 2) - (durchschnittliche Anzahl richtig gelöster Items im BWCB)

(c) Wird die Diskrepanz zwischen der eigenen Person und dem Durchschnitt in Bezug auf die Anzahl richtig gelöster Items richtig eingeschätzt?

- Zur Erfassung dieses Problems wird ein Differenzwert zwischen der geschätzten und tatsächlichen Diskrepanz richtig gelöster Items gebildet.
- **Index:** [(Item 1) - (Item 2)] - *(erwartete Diskrepanz)*
 [(Anzahl korrekter Items) - (durchschnittliche Anzahl korrekter Items)]
(tatsächliche Diskrepanz)

(II) Wird die Anzahl gelöster Items für die eigene Person und für andere Personen unabhängig voneinander geschätzt, oder lassen sich hier „Ankereffekte“ nachweisen?

Da das Leistungskonzept ein zentraler Bestandteil des Selbstkonzeptes ist (Meyer, 1985), könnte es hier zu selbstwertdienlichen Einschätzungen oder auch „Ankereffekten“ kommen. Um eine selbstwertdienliche Sichtweise der eigenen Person aufrechtzuerhalten, könnten die Untersuchungsteilnehmer dazu neigen, die durchschnittliche Testperformanz als äquivalent oder geringer einzuschätzen als ihre eigene Testleistung.

Eine alternative Hypothese wäre, daß die Teilnehmer davon ausgehen, daß es sich hier um einen Test handelt, der für Laien konzipiert wurde, und somit im Durchschnitt eine relativ gute Testleistung zu erwarten ist. In diesem Fall müßte die geschätzte durchschnittliche Testleistung bei 50 Prozent oder höher liegen.

III) Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem geschätzten Wissensstand und der Zufriedenheit mit dem eigenen Wissen?

Inwieweit wird die Zufriedenheit mit dem eigenen Wissen durch die geschätzte eigene oder durchschnittliche Testperformanz bestimmt?

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

Meyer, W.-U. (1985). *Das Konzept von der eigenen Begabung*. Bern: Huber.

Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.

8 Prozeßmodelle zum Gesundheitsverhalten (Renner & Hahn)

8.1 Prozeßmodell gesundheitlicher Überzeugungen (PGÜ)

Stufe 0 & 1 (Dimension übergreifend)

- Haben Sie schon einmal etwas von Cholesterin gehört?

₁ Nein

₂ Ja, aber nichts Genaues

₂ Ja

1. Dimension: Vulnerabilität; Stufen 2-4

Welcher Aussage (A oder B) stimmen Sie eher zu?

Erhöhte Cholesterinwerte...

(A) haben **viele** Menschen.

₁ ₂ } → Stufe 2

(B) haben nur **sehr wenige** Menschen.

(A) hat **niemand**, den ich selbst kenne.

₁ ₂ } → Stufe 3

(B) **haben Menschen**, die ich selbst kenne.

(A) habe **ich** selbst sehr wahrscheinlich **nicht**.

₁ ₂ } → Stufe 4

(B) habe **ich** selbst **höchstwahrscheinlich**.

2. Dimension: Schweregrad; Stufen 2-4

Welcher Aussage (A oder B) stimmen Sie eher zu?

Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge erhöhter Cholesterinwerte...

(A) sind normalerweise **schwerwiegend**.

₁ ₂ } → Stufe 2

(B) sind normalerweise so **leicht**, daß man sie vernachlässigen kann.

Nur beantworten, wenn Sie betroffene Personen kennen!

(A) sind bei **niemandem**, den ich kenne, **schwerwiegend**.

₁ ₂ } → Stufe 3

(B) sind **bei Menschen**, die ich kenne, **schwerwiegend**.

(A) sind **bei mir** selbst wahrscheinlich so **leicht**, daß sie vernachlässigt werden können.

₂ } → Stufe 4

(B) sind **bei mir** selbst wahrscheinlich **schwerwiegend**.

₂

3. Dimension: Handlungswirksamkeit; Stufen 2-4

Welcher Aussage (A oder B) stimmen Sie eher zu?

Die Senkung erhöhter Cholesterinwerte durch eine Veränderung des Lebensstils (gesunde Ernährung, mehr Bewegung, usw.)...

- | | | | |
|--|------------------------------------|-----|---------|
| (A) ist nur bei sehr wenigen Menschen möglich. | <input type="radio"/> ₁ | } → | Stufe 2 |
| (B) ist bei vielen Menschen möglich. | <input type="radio"/> ₂ | | |
| (A) würde bestimmt nur bei wenigen , die ich selbst kenne, funktionieren. | <input type="radio"/> ₁ | } → | Stufe 3 |
| (B) würde bestimmt bei vielen , die ich selbst kenne, funktionieren. | <input type="radio"/> ₂ | | |
| (A) ist bei mir wahrscheinlich nicht möglich. | <input type="radio"/> ₁ | } → | Stufe 4 |
| (B) ist bei mir wahrscheinlich möglich . | <input type="radio"/> ₂ | | |

4. Dimension: Selbstwirksamkeit; Stufen 2-4

Eine Veränderung des Lebensstils (gesunde Ernährung, mehr Bewegung, usw.) zur Senkung erhöhter Cholesterinwerte...

- | | | | |
|--|------------------------------------|-----|---------|
| (A) schaffen sicher vielen Menschen. | <input type="radio"/> ₁ | } → | Stufe 2 |
| (B) schaffen bestimmt nur wenige Menschen. | <input type="radio"/> ₂ | | |
| (A) würden sicher vielen Menschen , die ich selbst kenne, schaffen. | <input type="radio"/> ₁ | } → | Stufe 3 |
| (B) würden bestimmt nur wenige Menschen , die ich selbst kenne, schaffen. | <input type="radio"/> ₂ | | |
| (A) schaffe ich sicher selbst. | <input type="radio"/> ₁ | } → | Stufe 4 |
| (B) schaffe ich selbst wahrscheinlich nicht . | <input type="radio"/> ₂ | | |

Quelle. Dieses Modell wurde von uns in Anlehnung an das Prozeßmodell „Precaution Adoption Process“ von Weinstein (1988) konzipiert. Weinstein postuliert in seinem Modell vier inhaltlich distinkte Dimensionen: „personal susceptibility“, „hazard severity“, „precaution effectiveness“ und „cost“.

Unser Modell enthält in gleicher Weise vier Dimensionen, jedoch wählen wir als vierte Dimension nicht das Konzept der erwarteten Kosten („cost“). Das Konzept „cost“ von Weinstein umfaßt einerseits Aspekte wie zeitlicher und materieller Aufwand für präventive Maßnahmen und andererseits das Konzept der Selbstwirksamkeit im Sinne von Bandura (1977). Unserer Ansicht nach ist es nicht sinnvoll, die Kompetenzerwartung als einen Teil der Kosten anzusehen, denn dies würde eine Vermischung von Konsequenz- und Instrumentalitätserwartungen mit Kompetenzerwartungen bedeuten. Da das Vorhandensein einer hohen Selbstwirksamkeit hinreichende Konsequenz- und Instrumentalitätserwartungen impliziert (Schwarzer, 1987), und um konzeptionelle Konfundierungen zu vermeiden, haben wir die vierte Dimension auf die Kompetenzerwartung reduziert.

Weinstein unterscheidet neben den verschiedenen Dimensionen zusätzlich vier verschiedene Stufen innerhalb jeder Dimension, die auch als zeitliche Phasen bezeichnet werden können. Für die Dimension „Vulnerabilität“ beispielsweise konzipierte Weinstein die Stufen folgendermaßen:

Stufe 0: Das Problem ist mir nicht bekannt.

Stufe 1: Ich habe schon einmal etwas von diesem Problem gehört.

Stufe 2: Es ist ein Problem, das viele Leute betrifft.

Stufe 3: Auch für mich besteht eine reelle Chance, einmal von diesem Problem betroffen zu sein.

Stufe 4: Intention*

Stufe 5: Handlung

*= Bevor die vierte Stufe erreicht werden kann, muß eine Person auf allen vier Dimensionen die dritte Stufe erreicht haben. Innerhalb der Stufen 4 und 5 differenziert Weinstein nicht zwischen verschiedenen Dimensionen.

Nach Weinstein folgt auf die Phase der Anerkennung der Vulnerabilität einer signifikanten Anzahl nicht näher bestimmter Personen (Stufe 2) die Stufe der Akzeptanz der eigenen Vulnerabilität (Stufe 3). Unserer Ansicht nach ist dieser Phasenübergang ein zu großer „Sprung“. Aus diesem Grund haben wir noch eine weitere Stufe zwischen der zweiten und dritten Stufe hinzugefügt: Die Akzeptanz der Vulnerabilität der eigenen Bezugsgruppe. Weinstein selbst hat in seinem Modell den wahrgenommenen Risikostatus der Bezugsgruppe berücksichtigt, jedoch lediglich als Determinante für den Übergang von der zweiten zur dritten Stufe. Wir sind der Meinung, daß die Akzeptanz der Bezugsgruppenvulnerabilität ein kritischer Schritt im Prozeßgeschehen ist und deshalb als eigenständige Stufe im Modell repräsentiert sein sollte. Der kritische Schritt besteht darin, daß nicht nur eine Gefährdung abstrakter Personen wahrgenommen wird, sondern auch eine Gefährdung konkreter Personen, die in Beziehung zur eigenen Person stehen. Mit anderen Worten: Es wird eine Transferleistung von abstrakten zu konkreten Sachverhalten geleistet. Dieser stärkere Bezug zur eigenen realen Welt enthält auch ein höheres Bedrohungspotential. Aus diesen Gründen ist die Wahrnehmung einer Bezugsgruppenvulnerabilität als ein qualitativer Schritt anzusehen.

Dieser wahrgenommene Bezug zur eigenen sozialen Umwelt bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, daß die eigene Person als gefährdet angesehen wird. Dies wird deutlich, wenn man die Befunde von Perloff und Fetzer (1986) zum optimistischen Fehlschluß betrachtet. Die beiden Forscherinnen konnten zeigen, daß das Risiko abstrakter Personen (z.B. ein durchschnittlicher Student oder eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts) von der Mehrzahl der Befragten als substantiell eingeschätzt wird. Das Risiko für Personen aus dem eigenen Bekanntenkreis, d.h. für konkrete Personen, wird im Vergleich dazu geringer eingeschätzt, jedoch immer noch höher als das eigene Risiko.

Aufbau. Prozeßmodell mit vier Dimensionen (Vulnerabilität, Schweregrad, Handlungswirksamkeit und Selbstwirksamkeit) und sieben Stufen, die als zeitliche Phasen verstanden werden (siehe Abbildung 2). Jede dieser vier Dimensionen enthält fünf aufeinanderfolgende, distinkte Stufen. Lediglich die Stufen 0 und 1 wurden nicht für jede der vier Dimensionen getrennt erfaßt, da für eine Person, die noch nichts oder nichts Genaueres von dem Problem gehört hat, zwangsläufig alle vier Dimensionen die Ausprägung „0“ bzw. „1“ haben.

Nach den ersten fünf Stufen folgt die Intentionsbildung als sechste Stufe, die nachfolgend in die siebte und abschließende Stufe übergeht, die Handlung.

Man erreicht Stufe 5 (Intentionsbildung) nur dann, wenn man die Stufe 4 auf allen vier zentralen Dimensionen hat.

(a) Dimensionen:

1. Dimension: Vulnerabilität
2. Dimension: Schweregrad
3. Dimension: Handlungswirksamkeit
4. Dimension: Selbstwirksamkeit

(b) Stufen innerhalb der ersten 4 Dimensionen:

0. Stufe = keine Kenntnisse/Überzeugungen (Thema bzw. Problem unbekannt) (0)*²
1. Stufe = ungenaue Kenntnisse/Überzeugungen (nur der Begriff ist bekannt) (1)*
2. Stufe = Überzeugungen bzgl. abstrakter Personen (personenunspezifisch) (2)*
3. Stufe = Überzeugungen bzgl. konkreter Personen des eigenen sozialen Umfeldes (personenspezifisch)
4. Stufe = Überzeugungen bzgl. der eigenen Person (3)*

(c) Stufen ohne Differenzierung in Dimensionen:³

5. Stufe = Intention (4)*
6. Stufe = Handlung (5)*

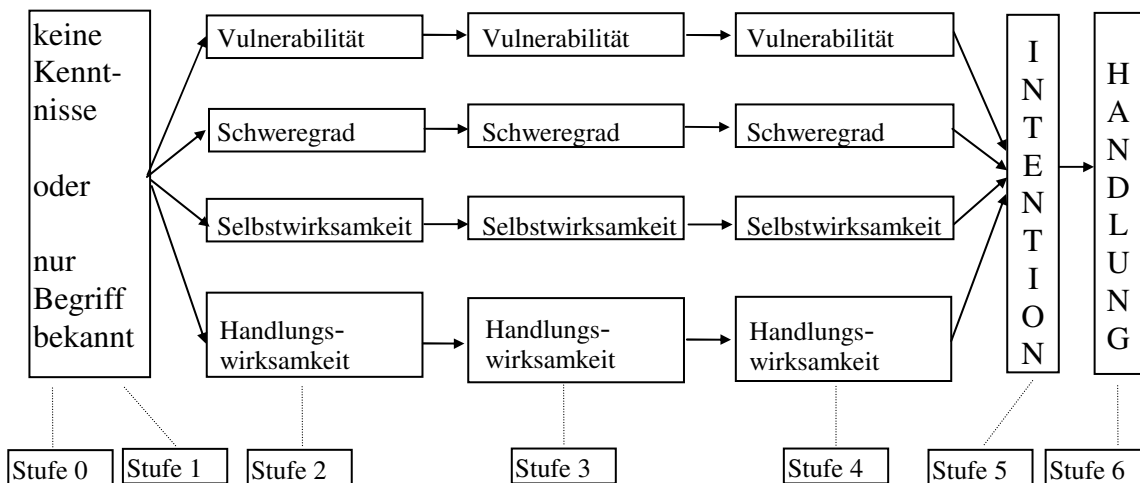


Abbildung 2: Prozeßmodell gesundheitlicher Überzeugungen (PGÜ) (Renner & Hahn)

Zielsetzung. Dieses Modell soll den prozeßhaften Charakter des Erwerbs oder Aufbaus protektiven Verhaltens betonen. Ausgangspunkt sind sieben qualitativ verschiedene Stufen bzw. Zeitphasen.

Die erste Stufe (0) überwindet eine Person, wenn sie Kenntnis von dem gesundheitlichen Problem genommen hat. Beispielsweise muß die Person schon einmal etwas von Cholesterin gehört haben, bevor weitere Schritte folgen. Für die nächsten drei Stufen sind die vier verschiedenen Konstrukte Vulnerabilität, Schweregrad, Handlungswirksamkeit und Selbstwirksamkeit von zentraler Bedeutung. Es werden drei verschiedene Entwicklungsphasen durchlaufen, die kurz folgendermaßen charakterisiert werden können:

Wenn eine Person auf allen Dimensionen die Stufe 2 erreicht hat, so ist sie der Überzeugung, daß Cholesterin ein Problem für viele Menschen ist (Vulnerabilität), das nicht vernachlässigt werden

² * = Stufen nach Weinstein

³ Zur Operationalisierung der Konstrukte Intention und Handlung siehe unter Abschnitt 5.11 „Intentionen“ und Abschnitt 3 „Gesundheitsverhalten“.

sollte (Schweregrad) und eine Senkung erhöhter Werte durch die Veränderung des Lebensstils bei den meisten Personen möglich wäre (Handlungswirksamkeit) sowie, daß die meisten Menschen die Fähigkeit zur Veränderung ihres Lebensstils haben (Selbstwirksamkeit).

Auf der Stufe 3 werden die Überzeugungen auf die eigene Bezugsgruppe übertragen, und auf Stufe 4 letztlich auch auf die eigene Person. Erst wenn eine Person der Meinung ist, daß Cholesterin für sie selbst ein schwerwiegendes Problem darstellt und sie gleichzeitig der Meinung ist, daß eine für sie zu bewältigende Verhaltensänderung auch in ihrem Fall wirksam wäre, sind die notwendigen Bedingungen für die Intention einer Verhaltensänderung (Stufe 5) gegeben. Die letzte qualitative Stufe (6) bildet die Ausführung der Verhaltensänderung, z.B. die Umstellung der Ernährung.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Dieses Modell wurde in gleicher Form auch für Hypertonie verwirklicht. Die konkreten Operationalisierungen werden hier jedoch aus Platzgründen nicht wiedergegeben.

Weiterführende Literatur

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Perloff, L. S. & Fetzer, B. K. (1986). Self-other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 502-510.

Schwarzer, R. (1987). *Streß, Angst und Hilflosigkeit* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

8.2 Stufenmodell gesundheitlichen Bewußtseins und Handelns (SGBH)

Item 1 (Stufe 0)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie schon einmal etwas von <u>Cholesterin</u> gehört?
 <input type="radio"/>₁ Nein <input type="radio"/>₂ Ja, aber nichts Genaues <input type="radio"/>₂ Ja
 • Haben Sie schon einmal etwas von <u>Bluthochdruck</u> gehört?
 <input type="radio"/>₁ Nein <input type="radio"/>₂ Ja, aber nichts Genaues <input type="radio"/>₂ Ja |
|--|

Item 2 (Stufe 1 bis 5)

Bitte lesen Sie die folgenden sieben Aussagen zunächst einmal durch. Wählen Sie dann eine Aussage aus, die auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie dann ein Kästchen in der Spalte „Für meinen Blutdruck“ und ein Kästchen in der Spalte „Für meinen Cholesterinspiegel“ an.

• **Haben Sie schon einmal daran gedacht etwas für Ihren Cholesterinspiegel oder Blutdruck zu tun?**

- ① Ich habe **nie** daran gedacht, etwas dafür zu tun. (1) ⇨
- ② Ich habe schon einmal **daran gedacht, etwas zu tun**, aber es ist **nicht nötig**, daß ich etwas tue. (3c) ⇨
- ③ Ich habe schon einmal **daran gedacht**, etwas zu tun, aber ich bin mir noch **nicht im klaren darüber**, ob ich etwas tun werde. (2) ⇨
- ④ Ich habe **bereits geplant**, etwas zu tun, habe aber **bis jetzt nichts getan**. (3a) ⇨
- ⑤ Ich habe **bereits geplant**, etwas zu tun, und habe es schon **einmal** in den letzten 12 Monaten **versucht**. (3b) ⇨
- ⑥ Ich habe schon einmal etwas getan, aber tue **jetzt nichts mehr**. (5) ⇨
- ⑦ Ich **tue jetzt** etwas dafür und habe vor, auch künftig etwas zu tun. (4) ⇨

Für meinen Cholesterinspiegel **Für meinen Blutdruck**

① ₁	① ₁
② ₂	② ₂
③ ₃	③ ₃
④ ₄	④ ₄
⑤ ₅	⑤ ₅
⑥ ₆	⑥ ₆
⑦ ₇	⑦ ₇

Wählen Sie nur ein Kästchen!

Quelle. Es handelt sich hier um einen ersten Entwurf eines fünfstufigen Modells unserer Forschungsgruppe. Die Stufen 0,1,2,3 (a & c) und 4 wurden in Anlehnung an das Modell von Weinstein und Sandman (1992) konzipiert. Die Stufe 3b wurde in Anlehnung an das Modell von DiClemente et al. (1991) formuliert, und die Stufe 5 wurde von uns hinzugefügt.

Aufbau/Zielsetzung. Dieses Klassifikationssystem beschreibt den dynamischen Aspekt des Erwerbs oder Aufbaus eines selbstschützenden Verhaltensrepertoires in Bezug auf die gesundheitlichen Probleme Hyperlipidämie und Hypertonie. Die verschiedenen Stufen stellen ähnlich wie im PGÜ qualitativ unterschiedliche Zustände dar, die durchlaufen werden, bevor es zu einer präventiven Handlung kommt.

Die Antwortkategorien der beiden hier dargestellten Items 1 und 2 lassen sich inhaltlich in die folgenden acht semi-sequentiellen Stufen parzellieren (siehe Abbildung 3).

Eine Person wird der *Stufe 0* „unaware of issue“ zugeordnet, wenn sie die erste Antwortkategorie („Nein“) des Items 1 wählt (diese Person muß dementsprechend in Item 2 die erste Antwortalternative „Ich habe noch nie daran gedacht, etwas dafür zu tun“ wählen). Diese Person hat demnach noch nichts über Cholesterin bzw. Bluthochdruck gehört. Dementsprechend können weitere Entscheidungsprozesse, wie etwa Pro oder Contra einer protektiven Maßnahme, noch nicht initialisiert worden sein. Wählt die Person hingegen die Antwortkategorie 2 („Ja, aber

nichts Genaues“) oder 3 („Ja“) des Items 1, so entscheidet die Wahl der Antwortkategorie von Item 2

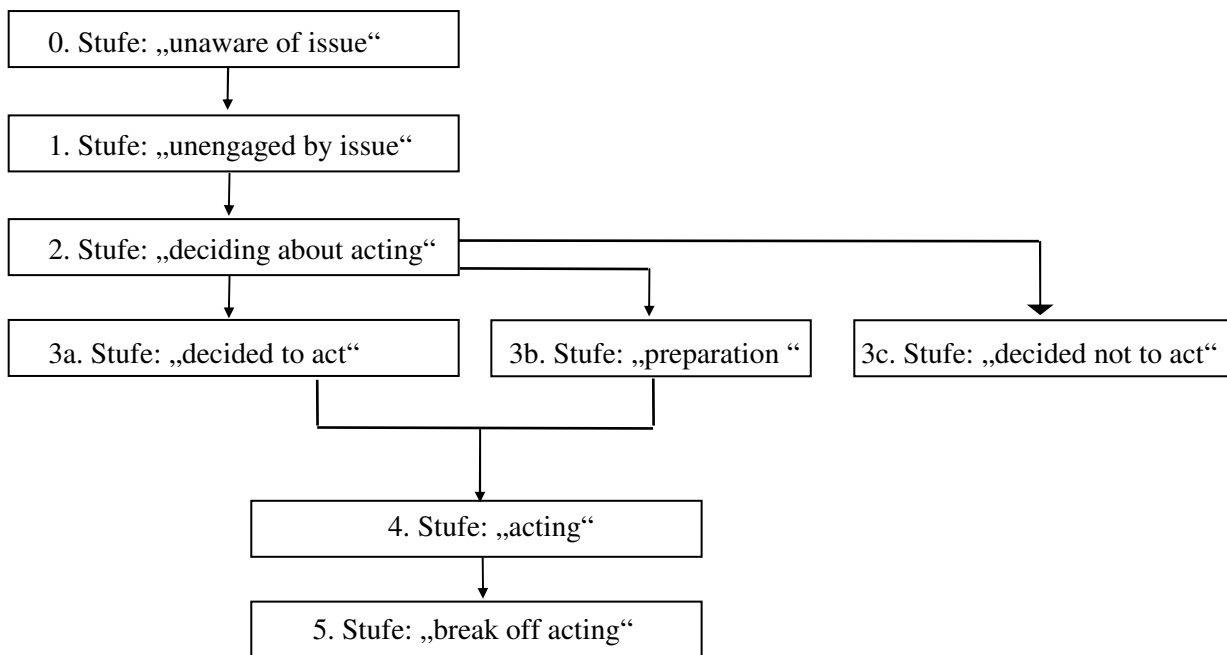


Abbildung 3: *Stufenmodell gesundheitlichen Bewußtseins und Handelns (SGBH) (Renner & Hahn)*

über die Kategorienzugehörigkeit der Person. Wird die erste Antwortkategorie des Items 2 „Ich habe nie daran gedacht, etwas dafür zu tun“ gewählt, so wird angenommen, daß diese Person sich bewußt ist, daß ein zu hoher Blutdruck oder Cholesterinwert ein gesundheitliches Problem darstellen kann, ohne jedoch dieses Problem als selbstrelevant einzuschätzen. Diese Person wird damit der *Stufe 1* „unengaged by issue“ unseres Modells zugeordnet. Eine Person wird der *Stufe 2* „deciding about acting“ des Modells zugeordnet, wenn sie die Antwortalternative „Ich habe schon einmal daran gedacht, etwas zu tun, aber ich bin mir noch nicht im klaren darüber, ob ich etwas tun werde“, wählt. In diesem Fall befindet sich die Person noch in der Entscheidungsphase, inwieweit es sich hier um ein selbstrelevantes Problem handelt, daß der Initiierung protektiver Maßnahmen bedarf. Dieser Entscheidungsprozeß kann zu zwei verschiedenen Resultaten führen. Die Person kann zu der Entscheidung gelangen, daß sie etwas unternehmen wird oder daß eine Handlung nicht notwendig ist. Wenn die Person zu dem Entschluß gelangt ist, etwas zu unternehmen, so stehen ihr zwei Antwortalternativen zur Verfügung. Die eine mögliche Antwortalternative „Ich habe bereits geplant, etwas zu tun, habe aber bis jetzt nichts getan“ sollte die Person wählen, wenn sie innerhalb des letzten Jahres keinen Versuch unternommen hat, etwas zum Schutz ihrer Person zu unternehmen. In diesem Falle wird die Person der *Stufe 3a* „decided to act“ zugeordnet. Die andere mögliche Antwortalternative „Ich habe bereits geplant, etwas zu tun, und habe es schon einmal in den letzten 12 Monaten versucht“ entspricht der im Modell formulierten *Stufe 3b* „preparation“. Eine Person hat diese Stufe erreicht, wenn sie die Intention hat zu handeln, und bereits innerhalb der letzten 12 Monate einen Handlungsversuch unternommen hat. Diese Personen verfügen im Gegensatz zu Personen, die sich nur durch eine Handlungsintention auszeichnen, über eine Handlungsgeschichte und damit über einen konkreten Erfahrungsschatz. Gelangt die Person jedoch zu dem Schluß, daß eine protektive Maßnahme nicht vonnöten ist, so sollte sie die Antwortalternative „Ich habe schon einmal daran gedacht, etwas zu tun, aber es ist nicht nötig, daß ich etwas tue“ wählen. In diesem Fall wird die Person der *Stufe 3c* „decided not to act“ zugeordnet. Es handelt sich um eine zusätzliche Stufe, die eine gewisse „Sonderstellung“ einnimmt, da sie nicht „a stage along the route to action“ (Weinstein & Sandman, 1992, S.170) darstellt. Die nächste, hierarchisch höher stehende Kategorie ist die *Stufe 4* „acting“. Diese Kategorie soll Personen umfassen, die bereits protektive Maßnahmen ergriffen

haben und den Vorsatz haben, diese auch künftig auszuführen. Eine weitere „Sonderstellung“ im Rahmen des Modells nimmt die *Stufe 5* „break off acting“ ein. Dieser Stufe entspricht die Antwortalternative „Ich habe schon einmal etwas getan, aber ich tue jetzt nichts mehr“. Konzipiert wurde diese für Personen, die den hier skizzierten Entscheidungsprozeß schon einmal durchlaufen haben und auch schon eine Handlungsphase absolviert haben, jedoch zum Befragungszeitpunkt nicht mehr explizit etwas für ihre Blutfette oder ihren Blutdruck tun. Diese Handlungsunterlassung kann bei gewissen Personen durchaus rational sein, beispielsweise wenn die Werte sich normalisiert haben oder der Lebensstil keine Optimierung mehr erlaubt.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ①

Weiterführende Literatur

- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295-304.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology, 11*, 170-180.

9 Meßwerte und Messung

9.1 Testintervall (Renner)

- **Wie häufig sollte man mindestens einen Cholesterintest durchführen lassen? Was halten Sie für sinnvoll?**

- ₁ jedes ¼ Jahr
- ₂ jedes ½ Jahr
- ₃ jedes Jahr
- ₄ alle 2 Jahre
- ₅ alle 5 Jahre oder seltener

- **Wie häufig sollte man mindestens seinen Blutdruck messen lassen? Was halten Sie für sinnvoll?**

- ₁ jedes ¼ Jahr
- ₂ jedes ½ Jahr
- ₃ jedes Jahr
- ₄ alle 2 Jahre
- ₅ alle 5 Jahre oder seltener

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelt.

Aufbau. Die Probanden werden mittels dieses Items aufgefordert anzugeben, wie häufig ihrer Meinung nach ein Cholesterintest bzw. eine Blutdruckmessung durchgeführt werden sollte. Die Beantwortung erfolgt auf einer 5-stufigen Skala mit den Antwortankern „jedes ¼ Jahr“ [1] und „alle 5 Jahre oder seltener“ [5].

Zielsetzung. Sowohl Bluthochdruck als auch Hyperlipidämie sind Phänomene, die potentiell jede Person betreffen können. Um eine effektive primäre oder sekundäre Prävention verwirklichen zu können, ist es deshalb wichtig, regelmäßig die Werte überprüfen zu lassen.

Die Teilnahme an solchen Screeninguntersuchungen hängt unter anderem auch davon ab, ob Personen der Meinung sind, daß wiederholte Untersuchungen notwendig sind (Peters, Moraye, Bear & Thomas, 1989). Es wird angenommen, daß dieses Konzept eine direkte Relevanz für die Entscheidung hat, erneut an der Gesundheitsaktion teilzunehmen. Personen, die annehmen, daß eine weitere Messung ihrer Blutfette oder ihres Blutdrucks erst in 5 Jahren notwendig sei, werden vermutlich mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zur zweiten Untersuchung kommen, als Personen, die bereits eine Wiederholung der Messung nach einem ¼ oder ½ Jahr für notwendig halten.

Die Einschätzung des Testintervalls könnte möglicherweise mit dem subjektiv wahrgenommenen „Zeitverlauf“ (vgl. Abschnitt 10.1 „Zeitverlauf“) des Phänomens zusammenhängen. Es wäre denkbar, daß Personen, die die „chronische Natur“ beispielsweise des Bluthochdrucks verstanden oder akzeptiert haben, eher der Meinung sind, daß Testwiederholungen notwendig sind, als Personen, die über ein akutes Zeitkonzept verfügen.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

Peters, R. K., Moraye, B., Bear, M. S., & Thomas, D. (1989). Barriers to screening for cancer of the cervix. *Preventive Medicine*, 18, 133-146.

9.2 Nützlichkeit des Tests (Renner & Hahn)**Wann sollte man Ihrer Meinung nach einen Cholesterintest durchführen lassen?**

- **Meiner Meinung nach ist es besonders wichtig, einen Cholesterintest durchführen zu lassen, ...**

(Bitte höchstens 2 Antworten ankreuzen!)

- ₁ ...wenn noch **keine** gesundheitlichen Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn bereits **leichte** gesundheitliche Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn bereits **mittelstarke** gesundheitliche Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn bereits **starke** gesundheitliche Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn man einen **Herzinfarkt** hatte.

Wann sollte man Ihrer Meinung nach seinen Blutdruck messen lassen?

- **Meiner Meinung nach ist es besonders wichtig, seinen Blutdruck messen zu lassen, ...**

(Bitte höchstens 2 Antworten ankreuzen!)

- ₁ ...wenn noch **keine** gesundheitlichen Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn bereits **leichte** gesundheitliche Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn bereits **mittelstarke** gesundheitliche Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn bereits **starke** gesundheitliche Probleme eingetreten sind.
- ₁ ...auch wenn man einen **Herzinfarkt** hatte.

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Es handelt sich hierbei um ein polytomes Item, wobei die Probanden maximal 2 von insgesamt 5 Antwortkategorien wählen können.

Zielsetzung. Dieses Item soll körperliche Zustände und gesundheitliche Probleme, die in ihrem Ausmaß variieren, thematisieren. Erfragt werden soll, ab welchem Ausmaß an gesundheitlichen Problemen ein Blutdruck- oder Cholesterintest als besonders notwendig erachtet wird.

Es wäre beispielsweise denkbar, daß die Nützlichkeit der Früherkennung eines Bluthochdrucks oder einer Hyperlipidämie für die Prävention eines Herzinfarkts geringer eingeschätzt wird als die Nützlichkeit des Tests bzw. das Wissen um die Werte für die Behandlung der bereits eingetretenen Krankheit. Mit anderen Worten: Der Informationsgehalt des Tests wächst mit dem Ausmaß der körperlichen Probleme. Dies könnte zur Folge haben, daß Menschen sich an der Früherkennung desinteressiert zeigen, obwohl sie die Relevanz des Tests an sich nicht in Frage stellen.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Messung**9.3 Subjektiv wahrgenommene Genauigkeit und Repräsentativität der physiologischen Messung (Renner)****9.3.1 Zuverlässigkeit der aktuellen Messung⁽¹⁾**

• Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Ihr heute gemessener ...	sehr unwahrscheinlich	mittelmäßig wahrscheinlich					sehr wahrscheinlich
	↓						↓
... Cholesterinwert falsch oder ungenau ist?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... Blutdruckwert falsch oder ungenau ist?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

9.3.2 Generelle Zuverlässigkeit der Messung⁽²⁾

• Für wie genau oder zuverlässig halten Sie eine ...	sehr unzuverlässig						sehr zuverlässig
	↓						↓
... Cholesterinmessung im allgemeinen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... Blutdruckmessung im allgemeinen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

9.3.3 Repräsentativität des aktuellen physiologischen Wertes⁽³⁾

• Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Ihr heute gemessener ...	sehr unwahrscheinlich	mittelmäßig wahrscheinlich					sehr wahrscheinlich
	↓						↓
... Cholesterinwert eine momentane Schwankung ist?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... Blutdruckwert eine momentane Schwankung ist?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

9.3.4 Spezifische Zuverlässigkeit der Messung⁽⁴⁾

• Für wie genau oder zuverlässig halten Sie eine ...	sehr unzuverlässig						sehr zuverlässig
	↓						↓
... Cholesterinmessung bei Personen in ihrer Lebenssituation?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
... Blutdruckmessung bei Personen in ihrer Lebenssituation?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Zur Beantwortung der Items wird den Probanden eine siebenstufige Ratingskala vorgelegt.

Zielsetzung. Menschen haben die Tendenz, defensiv auf negativ selbstwertrelevante Information zu reagieren (vgl. Taylor, 1989). Die angewandten „Strategien“ zur Reinterpretation von bedrohlichen Informationen können ganz unterschiedlicher Natur sein. Eine Strategie, die in der Literatur verschiedentlich beschrieben wird, besteht darin, die Glaubwürdigkeit der Information anzuzweifeln (Kunda, 1987; Croyle 1992). Hierbei gilt es jedoch anzumerken, daß es in Abhängigkeit vom situationalen Kontext „rational“ sein kann, die Quelle oder den Wahrheitsgehalt der Information mit kritischen Augen zu prüfen. Auffällig ist jedoch, daß Menschen insbesondere dann dazu neigen, Informationen kritisch zu prüfen und als unglaubwürdig einzuschätzen, wenn sie eine Bedrohung für das Selbstkonzept darstellen.

Beispielsweise konnte Leppin (1994) zeigen, daß Probandinnen mit einem erhöhten Blutdruckwert eine höhere Bereitschaft zeigten, durch Zweifel an der Verlässlichkeit der Blutdruckmessung die potentielle Bedrohung zu reduzieren, als Probandinnen mit einem niedrigen Wert. Auch die Arbeitsgruppe um Croyle, Jemmott und Ditto konnte in verschiedenen experimentellen Studien zeigen, daß Menschen die Verlässlichkeit einer Messung in Frage stellen, wenn die resultierenden Werte eine potentielle Bedrohung darstellten (siehe dazu als Übersicht Croyle & Jemmott, 1991). In diesen Fällen wurde also die Zuverlässigkeit des Tests von den Probanden angezweifelt. Eine andere mögliche defensive Strategie wäre, daß nicht die Zuverlässigkeit des Tests selbst in Frage gestellt wird, sondern die Repräsentativität des eigenen momentanen Wertes bzw. physiologischen Zustands. Beispielsweise kann eine Person der Meinung sein, daß der Test selbst zwar reliabel ist, aber ihre momentane körperliche Verfassung nicht für ihren körperlichen „Zustand“ repräsentativ ist, und somit der Wert nicht viel Aussagekraft besitzt und vernachlässigt werden kann. Diese Strategie wurde in empirischen Arbeiten bisher nicht berücksichtigt, so daß hierfür noch keine Befunde vorliegen.

Mit Hilfe der hier vorgestellten Items soll erfaßt werden, ob und inwieweit Personen diese defensiven Interpretationsstrategien nach der Rückmeldung ihres Status in Bezug auf die gesundheitlichen Risikofaktoren Hyperlipidämie und Hypertonie anwenden.

Gepprüft werden soll außerdem, inwieweit diese „Verzerrungen“ generalisiert werden. In Bezug auf die Zuverlässigkeit des Tests stellt sich die Frage, ob der Test im allgemeinen als unreliabel wahrgenommen wird (situationsunspezifische Unzuverlässigkeit; Item 2), oder ob lediglich die Reliabilität der aktuellen Messung angezweifelt wird (situationsspezifische Unzuverlässigkeit; Item 1). In Bezug auf die wahrgenommene Repräsentativität des eigenen physiologischen Wertes wird differenziert zwischen der personenspezifischen wahrgenommenen Nicht-Repräsentativität („mein momentaner Wert ist nur eine Schwankung“; Item 3) und der gruppenbezogenen Nicht-Repräsentativität („für Personen in meiner Lebenssituation sind die Werte nicht zuverlässig“; Item 4).

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

- Croyle, R. T. (1992). Appraisal of health threats: Cognition, motivation, and social comparison. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 165-182.
- Croyle, R. T., & Jemmott, J. B., III (1991). Psychological reactions to risk factor testing. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 85-107). New York: Springer.
- Kunda, Z. (1987). Motivated inference: Self-serving generation and evaluation of causal theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 636-647.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.

Messung**9.4 Erwarteter physiologischer Wert für den ersten und zweiten Meßzeitpunkt (Renner)****9.4.1 Erwarteter Wert für den ersten Meßzeitpunkt⁽¹⁾**

- Im Anschluß an diesen Fragebogen wird Ihr Cholesterinspiegel gemessen.

- Was erwarten Sie, wie Ihr Cholesterinspiegel sein wird?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇
 sehr etwas zu etwas zu sehr
 niedrig niedrig niedrig optimal hoch hoch hoch

- Geben Sie bitte in Prozenten an, wie sicher Sie sich dieser Einschätzung sind.

Ich bin mir dabei zu % sicher.

- Im Anschluß an diesen Fragebogen wird Ihr Blutdruck gemessen.

- Was erwarten Sie, wie Ihr Blutdruck sein wird?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇
 sehr etwas zu etwas zu sehr
 niedrig niedrig niedrig optimal hoch hoch hoch

- Geben Sie bitte in Prozenten an, wie sicher Sie sich dieser Einschätzung sind.

Ich bin mir dabei zu % sicher.

9.4.2 Erwarteter Wert für den zweiten Meßzeitpunkt⁽²⁾

- In einem halben Jahr können Sie Ihren Cholesterinspiegel von uns noch einmal messen lassen. Was erwarten Sie: Wie hoch wird Ihr Cholesterinspiegel dann sein?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇
 sehr etwas zu etwas zu sehr
 niedrig niedrig niedrig optimal hoch hoch hoch

- In einem halben Jahr können Sie Ihren Blutdruck von uns noch einmal messen lassen. Was erwarten Sie: Wie hoch wird Ihr Blutdruck dann sein?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇
 sehr etwas zu etwas zu sehr
 niedrig niedrig niedrig optimal hoch hoch hoch

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts konzipiert.

Aufbau. Die Einschätzung des erwarteten physiologischen Meßwertes erfolgt auf einem siebenstufigen Rating. Die Sicherheit („confidence“) des Urteils wird mittels offener prozentualer Antwortmöglichkeit erhoben.

Zielsetzung. Erfassung des erwarteten physiologischen Wertes für den ersten und zweiten Meßzeitpunkt. Mittels einer Differenzbildung zwischen erwartetem Wert und „tatsächlichem“-Wert sollen Erwartungsdiskrepanzen erfaßt werden.

- **Index:** Erwartungsdiskrepanz = erwarteter Wert - gemessener („tatsächlicher“) Wert
 Werte < 0: Erwartet wurde ein höherer Wert.
 Wert = 0: Die Erwartung stimmt mit dem tatsächlichen Wert überein.
 Werte > 0: Erwartet wurde ein geringerer Wert.

Mit Hilfe dieser Items soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Diskrepanz zwischen erwartetem und tatsächlichem Testergebnis die Reaktionen auf das Testresultat beeinflussen. Croyle und Jemmott (1991) sehen in den Testergebniserwartungen eine wichtige Determinante der emotionalen Reaktion auf die Testresultate. So berichten die beiden Autoren, daß Teilnehmer von Cholesterin- oder Blutdruckscreenings, die nach der Mitteilung der Testresultate aufgefordert wurden, in offenem Antwortformat ihre Gedanken und Gefühle zu beschreiben, häufig die erwarteten Testresultate und deren Wichtigkeit für ihre anschließende emotionale Reaktion betonten.

Plazierung. Items (1) Fragebogen-Nummer ①; Items (2) Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

Croyle, R. T., & Jemmott, J. B., III (1991). Psychological reactions to risk factor testing. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 85-107). New York: Springer.

9.5 Wahrgenommene Diskrepanz zwischen tatsächlichem und gemessenem physiologischen Wert (Renner)

9.5.1 Subjektiv wahrgenommene Diskrepanz zwischen gemessenem und tatsächlichem Wert⁽¹⁾

Nun geht es um Einschätzungen Ihrer heute gemessenen Blutdruck- und Cholesterinwerte

- **Wie schätzen Sie Ihren üblichen Blutdruckwert im Vergleich zu dem heute gemessenen Wert ein? Als...**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ sehr viel niedriger | <input type="checkbox"/> ₄ gleich hoch |
| <input type="checkbox"/> ₂ niedriger | <input type="checkbox"/> ₅ etwas höher |
| <input type="checkbox"/> ₃ etwas niedriger | <input type="checkbox"/> ₆ höher |
| | <input type="checkbox"/> ₇ sehr viel höher |

- **Wie schätzen Sie Ihren üblichen Cholesterinwert im Vergleich zu dem heute gemessenen Wert ein? Als...**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ sehr viel niedriger | <input type="checkbox"/> ₄ gleich hoch |
| <input type="checkbox"/> ₂ niedriger | <input type="checkbox"/> ₅ etwas höher |
| <input type="checkbox"/> ₃ etwas niedriger | <input type="checkbox"/> ₆ höher |
| | <input type="checkbox"/> ₇ sehr viel höher |

Messung**9.5.2 Valenz der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen gemessenem und tatsächlichem Wert ⁽²⁾**

<ul style="list-style-type: none"> • Mein heute gemessener <u>Blutdruckwert</u>... <input type="checkbox"/>₁ hat mich sehr positiv überrascht <input type="checkbox"/>₂ hat mich positiv überrascht <input type="checkbox"/>₃ war, wie ich erwartet hatte <input type="checkbox"/>₄ hat mich negativ überrascht <input type="checkbox"/>₅ hat mich sehr negativ überrascht 	<ul style="list-style-type: none"> • Mein heute gemessener <u>Cholesterinwert</u>... <input type="checkbox"/>₁ hat mich sehr positiv überrascht <input type="checkbox"/>₂ hat mich positiv überrascht <input type="checkbox"/>₃ war, wie ich erwartet hatte <input type="checkbox"/>₄ hat mich negativ überrascht <input type="checkbox"/>₅ hat mich sehr negativ überrascht
---	---

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Die Ratings für das Ausmaß der wahrgenommenen Diskrepanz bzw. Übereinstimmung zwischen dem gemessenen und tatsächlichen physiologischen Wert werden auf einer siebenstufigen Skala abgegeben. Für die subjektiv empfundene Valenz der Diskrepanz (Meyer, 1988) wird eine fünfstufige Skala zur Beantwortung vorgegeben.

Zielsetzung. Erfasst werden soll das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Diskrepanz zwischen dem gemessenen bzw. momentanen und „tatsächlichen“ physiologischen Wert sowie deren Valenz. Diese Items dienen als Ergänzung zur Erfassung der „Repräsentativität des aktuellen physiologischen Wertes“ (Abschnitt 9.3.3) und „Zuverlässigkeit der aktuellen Messung“ (Abschnitt 9.3.1). Wenn eine Person beispielsweise der Meinung ist, daß ihr Testwert meßfehlerbehaftet oder nicht repräsentativ für ihren physiologischen Zustand ist, dann ist für weitere Einschätzungsprozesse, wie z.B. die Vulnerabilität, das Ausmaß der wahrgenommenen Diskrepanz sowie deren Valenz wahrscheinlich von Bedeutung. Denn wenn die Person annimmt, ihr tatsächlicher Wert sei im Vergleich zu dem gemessenen Wert wesentlich geringer, dann wird sie möglicherweise nur eine geringe Gefährdung ihrer eigenen Person wahrnehmen. Wenn die Person jedoch ihren tatsächlichen Wert als wesentlich höher einschätzt, wird sie vielleicht trotz eines „normalen“ Meßwertes eine hohe Vulnerabilität wahrnehmen.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

Meyer, W.-U. (1988). Die Rolle von Überraschung im Attributionsprozeß. *Psychologische Rundschau*, 39, 136-147.

9.6 Attribution der Testergebnisse (Renner & Hahn)

Wie erklären Sie sich Ihre heute gemessenen Cholesterinwerte?

- Ein Grund ist ...**

	stimmt genau	stimmt eher	stimmt kaum	stimmt nicht
(1) ...ich hatte in letzter Zeit viel Streß/Aufregung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(2) ...Ungenauigkeit bei der Messung meines Wertes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(3) ...mein Alter.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(4) ...mein Gewicht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(5) ...meine Ernährungsgewohnheiten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(6) ...meine momentane körperliche Verfassung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(7) ...meine erbliche Veranlagung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(8) ...daß ich vor kurzem krank war.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(9) ...daß ich zu wenig körperliche Bewegung hatte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
(10) ...daß ich mich in letzter Zeit nicht optimal ernährt habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Quelle. Diese Items wurden von uns im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an Leppin (1994) und Ditto, Jemmott und Darley (1988) konzipiert.

Aufbau. Die Items sollen erfassen, welchen Ursachen der momentane physiologische Wert zugeschrieben wird. Erfasst werden hier internale und externale Ursachen, wobei lediglich external variable Ursachen erfragt werden, da in diesem Zusammenhang die einzige plausible external stabile Ursache bereits bei der „Einschätzung der Zuverlässigkeit der Messung“ erhoben wurde.

Inhaltliche Aufteilung der Items:

	Item
External variabel	1, 2
Internal stabil	3, 4, 5, 7
Internal variabel	6, 8, 9, 10

Zielsetzung. Mit diesen Items soll den Teilnehmern die Gelegenheit gegeben werden, ihr Ergebnis auf bestimmte Umstände zu attribuieren. Die Attribution auf external variable Ursachen ermöglicht es, den jeweiligen Befund als nicht generalisierbar einzuschätzen. Damit wird nicht nur die Stabilität des Befundes in Frage gestellt, sondern auch die wahrgenommene Eigenverantwortlichkeit reduziert. Auch hier können sich also wieder motivational verzerrte Interpretationsmuster zeigen, die zur Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes dienen. Beispielsweise konnte Leppin (1994) in ihrer Untersuchung zeigen, daß übergewichtige Frauen, die ein positives Blutdruckfeedback bekommen haben, verstärkt besondere Umstände (z.B.

Messung

starken Kaffeekonsum) als Ursache für ihren Wert angaben. Die Probandinnen haben also in diesem Fall nicht die Diagnose selbst angezweifelt, sondern schätzen die einmalige Messung als nicht repräsentativ ein, da spezifische Umstände diesen Wert verursachten (mangelnde Konsistenz).

Eine weitere denkbare Abwertungsstrategie wäre, daß die eigene Verantwortung für den Risikostatus herabgesetzt wird, indem betont wird, daß ein hoher Cholesterinspiegel in der Familie liege und man folglich selbst keine Verantwortung trage.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②. Diese Items wurden in gleicher Weise für Blutdruck erhoben. Aus Platzgründen wird hier auf eine Darstellung verzichtet.

Weiterführende Literatur

Ditto, P. H., Jemmott, J. B., & Darley, J. M. (1988). Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology*, 7, 183-201.

Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa Verlag.

9.7 Test-Benefits (Renner)**9.7.1 Absoluter Gewinn**

-
- **Es ist für mich gut/ein Gewinn zu wissen, wie hoch mein Blutdruck ist.**

- ₁ stimmt **genau**
- ₂ stimmt **eher**
- ₃ stimmt **kaum**
- ₄ stimmt **nicht**

- **Es ist für mich gut/ein Gewinn zu wissen, wie hoch mein Cholesterinwert ist.**

- ₁ stimmt **genau**
 - ₂ stimmt **eher**
 - ₃ stimmt **kaum**
 - ₄ stimmt **nicht**
-

9.7.2 Relativer Gewinn

-
- **Im Vergleich zu Personen, die ihren Blutdruckwert nicht kennen, bin ich jetzt auf jeden Fall besser dran.**

- ₁ stimmt **genau**
- ₂ stimmt **eher**
- ₃ stimmt **kaum**
- ₄ stimmt **nicht**

- **Im Vergleich zu Personen, die ihren Cholesterinwert nicht kennen, bin ich jetzt auf jeden Fall besser dran.**

- ₁ stimmt **genau**
 - ₂ stimmt **eher**
 - ₃ stimmt **kaum**
 - ₄ stimmt **nicht**
-

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Zur Beantwortung der beiden Items werden vierstufige Likertskalen vorgegeben. Das erste Itempaar verlangt eine „absolute“ Einschätzung des Gewinns durch das Wissen um den eigenen Risikostatus, das zweite Itempaar hebt hingegen auf den sozialen Vergleich ab.

Zielsetzung. Erfassung des subjektiven Gewinns durch das Wissen um den eigenen Risikostatus. Der Cholesterin- oder Blutdrucktest selbst bietet keinen Schutz, da durch den Test lediglich ein Zustand entdeckt werden kann, der das Risiko eines künftigen Schadens impliziert. Für die Person selbst ist somit z.B. die Mitteilung, daß sie einen erhöhten Cholesterinwert habe, auf den ersten Blick eine Information mit ausschließlich negativer Valenz. Dieser Gedanke schlägt sich auch in gesundheitspsychologischen Arbeiten nieder, in denen Angstappelle oder Bedrohung im Vordergrund der Intervention stehen, wenn Risikoinformationen vermittelt werden (vgl. Sutton, 1982).

Unserer Meinung nach wäre es jedoch denkbar, daß die Information selbst - auch wenn sie nur den Zustand der Gefährdung vermittelt, ohne ihn zu ändern - in einem gewissen Sinne auch einen Gewinn darstellt: Denn nur wer um seine Gefährdung weiß, kann sich schützen. Eine Person kann also diese Risikoinformation unter anderem auch als Gewinn ansehen nach dem Motto: „Jetzt, wo ich weiß, daß ich gefährdet bin, weiß ich wenigstens, wo ich stehe.“ Zusätzlich stellt das Wissen um den eigenen Risikostatus einen Vorteil gegenüber anderen Personen dar, die nichts von ihrer Gefährdung ahnen, nach dem Motto: „Ich weiß wenigstens, daß ich gefährdet bin - somit bin ich einen Schritt weiter.“

Weiter können die beiden Items auch als Operationalisierung einer Gesamteinschätzung des „wahrgenommenen Nutzens“ einer gesundheitsbezogenen Handlung (des Testen-Lassens) aufgefaßt werden.

Die „perceived benefits“ einer Handlung bilden eine der vier Komponenten des Health Belief-Modells (z.B. Rosenstock, 1990) zur Beschreibung und Erklärung gesundheitsbezogenen Verhaltens.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

- Rosenstock, I. M. (1990). The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz et al. (Eds.), *Health behavior and health education* (Chap. 3, pp. 36-62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sutton, S. R. (1982). Fear-arousing communications: A critical examination of theory and research. In J. R. Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine* (pp. 303-338). Chichester: Wiley.

9.8 Erinnerung der erwarteten Meßwerte (Renner)

Denken Sie bitte jetzt an die erste kurze Befragung zurück,
die vor der Cholesterin- und Blutdruckmessung stattfand.

- Sie wurden dort gefragt, welchen Cholesterin- und Blutdruckwert Sie bei der Messung erwarten.

• Haben Sie einen ...

- ₁ **sehr niedrigen** Blutdruck erwartet?
- ₂ **niedrigen** Blutdruck erwartet?
- ₃ **etwas zu niedrigen** Blutdruck erwartet?
- ₄ **optimalen** Blutdruck erwartet?
- ₅ **etwas zu hohen** Blutdruck erwartet?
- ₆ **hohen** Blutdruck erwartet?
- ₇ **sehr hohen** Blutdruck erwartet?

- Wie sicher waren Sie sich Ihrer Einschätzung?

Ich war mir zu %

sicher.

• Haben Sie einen ...

- ₁ **sehr niedrigen** Cholesterinwert erwartet?
- ₂ **niedrigen** Cholesterinwert erwartet?
- ₃ **etwas zu niedrigen** Cholesterinwert erwartet?
- ₄ **optimalen** Cholesterinwert erwartet?
- ₅ **etwas zu hohen** Cholesterinwert erwartet?
- ₆ **hohen** Cholesterinwert erwartet?
- ₇ **sehr hohen** Cholesterinwert erwartet?

- Wie sicher waren Sie sich Ihrer Einschätzung?

Ich war mir zu %

sicher.

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts formuliert.

Aufbau. Die Personen werden zunächst mittels einer kurzen Instruktion aufgefordert, an die Befragung vor der Blutdruck- und Cholesterinmessung zurückzudenken. Anschließend soll angegeben werden, welche Meßwerte zu diesem Zeitpunkt (erste Befragung) erwartet wurden. Den Probanden wird eine siebenstufige Skala zur Einstufung des ehemals erwarteten Meßwertes vorgegeben. Zusätzlich soll die damalige Urteilssicherheit mittels einer prozentualen Angabe geschätzt werden.

Zielsetzung. Mit Hilfe dieser Items soll exploriert werden, welchen Effekt die Validierung bzw. Invalidierung eigener Prognosen auf die Erinnerung dieser Prognose hat. Beispielsweise wäre es denkbar, daß bei einer Abweichung zwischen erwartetem und gemessenem Cholesterin- bzw. Blutdruckwert eine „Aktualisierung“ des ehemals geschätzten Wertes induziert wird. Von einer Aktualisierung spricht man, wenn die Erinnerung an die eigene Prognose an den tatsächlichen Ereignisausgang (Meßwert) angepaßt wird.

Mit Hilfe der Meßwiederholung sollen mögliche Zeiteffekte erfaßt werden. Beispielsweise wäre es denkbar, daß zum Zeitpunkt der zweiten Kurzbefragung (diese fand direkt nach der Messung der Werte statt) die Abweichung zwischen erwartetem und gemessenem Cholesterin- bzw. Blutdruckwert noch korrekt erinnert werden kann, und eine „Aktualisierung“ des geschätzten Wertes erst bei einer „Abschwächung“ der Erinnerungsspur zu finden ist.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②; Fragebogen-Nummer ③

9.9 Erinnerte Erwartungsdiskrepanz (Renner)

Entsprachen die von uns gemessenen Werte Ihren Erwartungen?

<p>• Mein gemessener Cholesterinwert</p> <p><input type="checkbox"/>₁ ... war sehr viel höher, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ... war höher, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₃ ... war etwas höher, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₄ ... entsprach genau meinen Erwartungen.</p> <p><input type="checkbox"/>₅ ... war etwas geringer, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₆ ... war geringer, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₇ ... war sehr viel geringer, als ich erwartet hatte.</p>	<p>• Mein gemessener Blutdruckwert ...</p> <p><input type="checkbox"/>₁ ... war sehr viel höher, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ... war höher, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₃ ... war etwas höher, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₄ ... entsprach genau meinen Erwartungen.</p> <p><input type="checkbox"/>₅ ... war etwas geringer, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₆ ... war geringer, als ich erwartet hatte.</p> <p><input type="checkbox"/>₇ ... war sehr viel geringer, als ich erwartet hatte.</p>
--	---

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts konzipiert.

Aufbau. Die Probanden sollen mittels einer siebenstufigen Ratingskala angeben, inwieweit die im Rahmen der Gesundheitsaktion gemessenen Blutdruck- und Blutfettwerte ihren Erwartungen entsprachen.

Zielsetzung. Mit Hilfe dieser Items soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit der erinnerte Ereignisausgang (Testresultat) der eigenen erinnerten Prognose bzw. Erwartung angepaßt wird. Diese Frage ist insbesondere im Zusammenhang mit dem Phänomen „deniers“ (Personen, die ihr pathologisches Testresultat fälschlicherweise als „normales“ Resultat erinnern) interessant.

Messung

Verschiedene Befunde in der Literatur zur Erinnerung von Testresultaten zeigen, daß Personen mit positiven Testresultaten dazu neigen, diese nach geraumer Zeit nicht mehr korrekt zu erinnern. Beispielsweise berichten Irvine und Logan (1994), daß die Hälfte der Männer, bei denen eine Hypercholesterinämie vorlag, diesen Befund nach einem halben Jahr nicht mehr erinnerten („deniers“). Von einem ähnlichen Befund berichten Croyle und Jemmott (1991): Personen mit einem „border-line“ Cholesterinwert neigen dazu, einen geringeren Testwert zu erinnern. Es stellt sich hier die Frage, ob Personen, die ein normales Testergebnis erwartet hatten, aber tatsächlich erhöhte Werte aufwiesen, ein inkorrektes Testergebnis erinnern. So wäre es denkbar, daß eine Person ihren erwarteten Wert zwar korrekt erinnert (d.h. keine Aktualisierung der eigenen Prognose vornimmt; siehe dazu Abschnitt 9.8 „Erinnerung der erwarteten Meßwerte“), aber fälschlicherweise annimmt, ihr erwarteter und gemessener Wert wären nicht diskrepant gewesen (Testergebnis wird an die Prognose angepaßt). Zur Verdeutlichung soll folgendes Beispiel dienen: Eine Person hat einen optimalen Cholesterinwert erwartet. Der Test erbrachte jedoch einen zu hohen Wert. Die Person erinnert nun korrekt, daß sie einen optimalen Wert erwartet hatte (keine Aktualisierung). Sie ist jedoch der Meinung, daß ihr gemessener Wert genau ihren Erwartungen entsprach. In diesem Fall wurde also der erinnerte „Ereignisausgang“ der erinnerten Prognose angepaßt.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ③

Weiterführende Literatur

- Croyle, R. T., & Jemmott, J. B., III (1991). Psychological reactions to risk factor testing. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 85-107). New York: Springer.
- Irvine, M. J. & Logan, A. G. (1994). Is knowing your cholesterol number harmful? *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 131-145.

10 Kognitionen zum Risikostatus und seinen künftigen Implikationen

10.1 Zeitverlauf (Renner, Hahn & von Lengerke)

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an!

• **Meiner Ansicht nach ist ein erhöhter Cholesterinspiegel ...**

- ₁ ... nur ein **momentanes** gesundheitliches Problem (ist heilbar; Dauer: ca. eine Woche bis maximal ein paar Monate)
- ₂ ... ein gesundheitliches Problem, das **kommt und geht** (Medikamente oder andere Behandlungen sind nur im Bedarfsfall notwendig)
- ₃ ... ein **dauerhaftes** gesundheitliches Problem (kann zwar behandelt, aber nicht geheilt werden; Medikamente oder andere Behandlungen sind immer notwendig)

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an!

• **Meiner Ansicht nach ist ein erhöhter Blutdruck ...**

- ₁ ... nur ein **momentanes** gesundheitliches Problem (ist heilbar; Dauer: ca. eine Woche bis maximal ein paar Monate)
- ₂ ... ein gesundheitliches Problem, das **kommt und geht** (Medikamente oder andere Behandlungen sind nur im Bedarfsfall notwendig)
- ₃ ... ein **dauerhaftes** gesundheitliches Problem (kann zwar behandelt, aber nicht geheilt werden; Medikamente oder andere Behandlungen sind immer notwendig)

Quelle. Die beiden Items wurden von unserer Arbeitsgruppe für das Forschungsprojekt in Anlehnung an Croyle (1990) konzipiert.

Aufbau. Zur Beantwortung der Items wird ein dreistufiges Rating vorgegeben: akuter, zyklischer und chronischer Zeitverlauf.

Zielsetzung. Mit diesen beiden Items soll der erwartete Zeitverlauf für die gesundheitlichen Probleme Cholesterin und Blutdruck erfaßt werden.

In ihren Interviews mit Bluthochdruck- und Krebspatienten konnten Leventhal und seine Kollegen (Leventhal, Nerenz & Straus, 1982; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) vier grundlegende Komponenten von Krankheitsrepräsentationen identifizieren: Identität („identity“), Ursache („cause“), Zeitverlauf („time line“) und Konsequenzen („consequences“). Diese Komponenten haben wichtige Implikationen für die Konzeptualisierung und Bewältigung von Krankheiten (Bishop, 1991).

Die Komponente Zeitverlauf, die die Erwartungen in Bezug auf die Dauer und den Verlauf der Krankheit umfaßt, ist beispielsweise von Bedeutung für die Behandlungskooperation. Leventhal und seine Arbeitsgruppe (1984) konnten bei Hypertoniepatienten drei verschiedene Zeitverlaufmodelle isolieren: akuter, zyklischer und chronischer Krankheitsverlauf. Weiterhin konnten die Forscher zeigen, daß Hypertoniepatienten, die neu in ärztlicher Behandlung sind, dazu neigen, ihre Erkrankung als akut einzuschätzen und weniger als chronisch.

Behandlungsanfänger, die ihre Erkrankung als akut einschätzen, brachen die Behandlung innerhalb von 6 Monaten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ab (58%) als Personen, die - angemessenerweise - von einer chronischen Erkrankung ausgingen (17%).

Croyle (1990) konnte weiterhin in einem experimentellen Design zeigen, daß ein Zusammenhang besteht zwischen dem Risikostatus, erwartetem Zeitverlauf und der Tendenz zur Minimierung des Schweregrads: Personen, die die Rückmeldung erhielten, daß ihr Blutdruck erhöht sei, schätzten den Schweregrad geringer ein, wenn sie der Ansicht waren, daß Bluthochdruck ein akutes oder zyklisches Problem sei.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 32-59). New York: Springer.

Croyle, R. T. (1990). Biased appraisal of high blood pressure. *Preventive Medicine*, 19, 40-44.

Leventhal, H., Nerenz, D., & Straus, A. (1982). Self-regulation and the mechanisms of symptom appraisal. In D. Mechanic (Ed.), *Symptoms, illness behavior, and help-seeking*. New York: Prodist.

Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health. Vol. IV: Social Psychological Aspects of Health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

10.2 Basisrate (Renner)

10.2.1 Basisraten KHK-Risikofaktoren⁽¹⁾

• Was schätzen Sie, wieviel Prozent der Bundesbürger haben ...

... einen erhöhten Cholesterinspiegel? %

... einen erhöhten Blutdruck? %

10.2.2 Basisraten Herz-Kreislauf-Krankheiten⁽²⁾

• Was schätzen Sie, wieviel Prozent der Bundesbürger bekommen im Laufe Ihres Lebens...

... einen Herzinfarkt? %

... einen Schlaganfall? %

... eine Herzkrankheit? %

10.2.3 Basisrate der Unkenntnis des Risikostatus⁽³⁾

• Was schätzen Sie, wieviel Prozent der Bundesbürger wissen nicht ...

... wie hoch ihr Blutdruck ist? %

... wie hoch ihr Cholesterinspiegel ist? %

10.2.4 Basisrate der Unkenntnis des positiven Risikostatus⁽⁴⁾

• Was schätzen Sie, wieviel Prozent der Bundesbürger wissen nicht ...

... daß sie einen erhöhten Blutdruck haben? %

... daß sie einen erhöhten Cholesterinspiegel haben? %

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts.

Aufbau. Die Prävalenzraten von Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Unkenntnis des Risikostatus sind in Form freier prozentualer Angaben von den Probanden zu schätzen. Der Zeitrahmen für die Basisrateneinschätzung wurde im zweiten Itemtyp (2) entsprechend dem der Vulnerabilitätseinschätzungen gewählt.

Zielsetzung. Mit den beiden ersten Items (1) soll die subjektive Prävalenzrate der beiden Risikofaktoren Hypertonie und Hypercholesterinämie erfaßt werden.

Als eine Möglichkeit, sich von einer Bedrohung zu distanzieren, bietet sich ein selbstwertdienlicher sozialer Vergleich an. Selbst wenn man die eigene Betroffenheit durch ein gefährliches Phänomen akzeptiert, besteht die Möglichkeit, diese Betroffenheit als weniger problematisch erscheinen zu lassen, wenn man sich nicht als Einzelfall, sondern als „Normalfall“ definiert, das heißt als einer unter vielen Betroffenen. Verschiedene Befunde aus der Literatur zeigen in der Tat, daß Personen mit einem positiven Feedback versuchen, die Bedrohung unpersönlicher zu gestalten, indem sie das bedrohliche Phänomen als möglichst häufig einschätzen (siehe z.B. Croyle & Hunt, 1991; Jemmott, Ditto & Croyle, 1986; Jemmott, Croyle & Ditto, 1988). Diese motivationale Interpretation, daß es sich hier um eine defensive Reinterpretationsstrategie handelt, wird außerdem durch empirische Befunde gestützt, die zeigen, daß Krankheiten, die als verbreitet eingeschätzt werden, auch als weniger schwerwiegend wahrgenommen werden (Jemmott, Croyle & Ditto, 1988). Hier deutet sich also eine wichtige Interdependenz zwischen der eigenen Betroffenheit, der wahrgenommenen Verbreitung sowie der Einschätzung des Schweregrads des Phänomens an: Personen mit einem hohen Risikostatus haben die Tendenz, dieses gefährliche Phänomen als verbreitet einzuschätzen und somit als weniger gefährlich wahrzunehmen.

Die wahrgenommene Häufigkeit eines gesundheitlichen Problems steht auch in einem substantiellen Zusammenhang mit der wahrgenommenen Vulnerabilität für die eigene Person. Von Weinstein (1987) beispielsweise wurde sie als Prädiktor für den optimistischen Fehlschluß verwendet und erbrachte signifikante Vorhersageleistungen: je verbreiteter ein gesundheitliches Problem eingeschätzt wurde, desto vulnerabler fühlten sich die Urteiler.

Hier deutet sich also ein mögliches Dilemma für die Kommunikation von Risiko an: Versucht man, die Vulnerabilität des einzelnen zu unterstreichen, indem man kommuniziert, daß ein

Phänomen, z.B. Bluthochdruck, ein potentiell Problem für viele Menschen darstellt, kommuniziert man damit implizit eine hohe Prävalenzrate, die wiederum zur Nivellierung der wahrgenommenen Gefährlichkeit des Problems führen kann.

Die Schätzung der Basisrate von Herz-Kreislauf-Krankheiten (Itemtyp 2) kann sich prinzipiell durch ähnliche Verzerrungen auszeichnen, wie die der Prävalenzschätzung der KHK-Risikofaktoren. Auch hier ist insbesondere der Zusammenhang mit der Vulnerabilitätseinschätzung interessant.

Die beiden verbleibenden Itemtypen (3) und (4) erfassen ebenfalls Basisrateninformation. Bei einer Diskrepanz zwischen geschätztem und objektivem Risikostatus könnte diese Basisratenschätzung optimistisch verzerrt sein. Insbesondere Personen, die erwartungswidrig erhöhte Blutfett- oder Blutdruckwerte haben, könnten die Anzahl der Personen, die ihren Risikostatus nicht kennen, höher einschätzen als Personen, die ihren Status korrekt eingeschätzt haben. Dadurch würde der relative Gewinn durch die Information (siehe dazu Abschnitt 9.7 „test-Benefits“) erhöht werden, da sie als „selten“ bezeichnet wird. In anderen Forschungsbereichen konnte gezeigt werden, daß das Ausmaß der positiven Valenz eines Ereignisses von seiner Basisrate abhängt (Ditto & Jemmott, 1989). Ein Ereignis wird stärker positiv beurteilt, wenn es als selten bewertet wird („scarcity heuristic“; Cialdini, 1987).

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

- Cialdini, R. B. (1987). Compliance principles of compliance professionals: Psychologists of necessity. In M. P. Zanna, J. M. Olsen, & C. P. Herman (Eds.), *Social influence: The Ontario Symposium* (Vol. 5, pp. 165-184). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Croyle, R. T. & Hunt, J. R. (1991). Coping with health threat: Social influence processes in reactions to medical test results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 382-389.
- Ditto, P. H. & Jemmott, J. B. (1989). From rarity to evaluative extremity: Effects of prevalence information on evaluations of positive and negative characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 16-26.
- Jemmott, J. B. III, Ditto, P. H., & Croyle, R. T. (1986). Judging health status: Effects of perceived prevalence and personal relevance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 899-905.
- Jemmott, J. B. III, Croyle, R. T., & Ditto, P. H. (1988). Common epidemiology: Self-based judgments from laypersons and physicians. *Health Psychology*, 7, 55-73.
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.

10.3 Aktuelle Besorgtheit (Renner)

- **Wie besorgt sind Sie wegen Ihres heute gemessenen Cholesterinwertes? Wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 7!**

gar nicht besorgt



besorgt



sehr besorgt



₁

₂

₃

₄

₅

₆

₇

- **Wie besorgt sind Sie wegen Ihres heute gemessenen Blutdruckwertes? Wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 7!**

gar nicht besorgt	besorgt	sehr besorgt
↓	↓	↓
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₇		

Quelle. Eigene Entwicklung im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an Croyle und Hunt (1991).

Aufbau. Die Besorgtheit wird auf einer siebenstufigen Skala mit den Antwortankern „gar nicht besorgt“ [1] und „sehr besorgt“ [7] eingeschätzt.

Zielsetzung. Diese Items sollen die emotionale Reaktion auf die Testresultate erfassen.

Die Erfassung von emotionalen Reaktionen auf eine individualisierte Risikorückmeldung ist sowohl im Rahmen älterer als auch neuerer theoretischer Überlegungen von Bedeutung, wenn auch das Verhältnis von kognitiven und emotionalen Reaktionen auf eine gesundheitliche Bedrohung unterschiedlich konzeptualisiert wird. Früheren Annahmen zufolge wird eine gesundheitliche Bedrohung, wenn sie ein gewisses Ausmaß überschreitet, defensiv verarbeitet oder verdrängt. Wenn die Bedrohung hingegen nur ein mittleres Ausmaß annimmt und eine protektive Verhaltensweise zur Verfügung steht, wird ein aktives Bewältigungsverhalten initiiert. In neueren Modellen, wie etwa im Selbst-Regulations-Modell von Leventhal, Nerenz und Steele (1984), werden emotionale und kognitive Reaktionen nicht als „Alternativen“ angesehen, sondern als zwei parallel ablaufende Bewältigungsprozesse. Der eine Verarbeitungsmodus, die Problemkontrolle („danger control“), steuert die Generierung einer objektiven Sichtweise oder Repräsentation der gesundheitlichen Bedrohung und die Entwicklung eines Plans zur Bewältigung der Bedrohung („action plan“). Der andere Verarbeitungsmodus, die Emotionskontrolle („fear control“), steuert die Generierung emotionaler Reaktionen auf die Bedrohung und die Entwicklung eines Bewältigungsplans zur Überwindung dieser emotionalen Reaktionen.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

Croyle, R. T. & Hunt, J. R. (1991). Coping with health threat: social influence processes in reactions to medical test results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 382-389.

Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health. Vol. IV: Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

10.4 Wahrscheinlichkeit der Risikostatusminderung (von Lengerke & Renner)

- **Wenn Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel haben, wie hoch schätzen Sie Ihre Chancen ein, daß Sie in einem halben Jahr einen normalen Cholesterinspiegel haben werden?**

sehr gering	mittel	sehr hoch
↓	↓	↓

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇

- **Wenn Sie einen erhöhten Blutdruck haben, wie hoch schätzen Sie Ihre Chancen ein, daß Sie in einem halben Jahr einen normalen Blutdruck haben werden?**

sehr gering	mittel	sehr hoch
↓	↓	↓
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₇		

Quelle. Diese Items wurden in Anlehnung an Weinstein, Sandman und Roberts (1990) im Rahmen des Forschungsprojekts erstellt.

Aufbau. Die Einschätzungen werden auf einer siebenstufigen Ratingskala mit den Antwortankern „sehr gering“ [1] und „sehr hoch“ [7] abgegeben.

Zielsetzung. Ziel dieser Items ist, zu erfragen, für wie wahrscheinlich Personen mit erhöhten Blutfett- oder Blutdruckwerten eine Reduzierung ihrer Werte innerhalb des nächsten halben Jahres (d.h. bis zum zweiten Meßzeitpunkt) halten. Die Grundlage für die erwartete Reduktion wird in der Frage nicht weiter spezifiziert. Eine Normalisierung der Werte kann somit durch eine Spontanremission oder durch das eigene Handeln bedingt sein. Als Determinanten der erwarteten Risikostatusminderung kommen somit neugefaßte Intentionen als auch Entitäten der Testergebnisinterpretation in Frage.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

Weinstein, N. D., Sandman, P. M., & Roberts, N. E. (1990). Determinants of self-protective behavior: Home radon testing. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 783-801.

10.5 Wahrgenommene Barrieren einer protektiven Maßnahme (Renner & von Lengerke)

- **Was glauben Sie: Wie schwer oder anstrengend wäre es für Sie, einen erhöhten Cholesterinspiegel auf ein sicheres Niveau zu senken?**

sehr leicht	mittel	sehr schwer
↓	↓	↓
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₇		

- **Was glauben Sie: Wie schwer oder anstrengend wäre es für Sie, einen erhöhten Blutdruck auf ein sicheres Niveau zu senken?**

sehr leicht	mittel	sehr schwer
↓	↓	↓
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₇		

Quelle. Diese Items wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in Anlehnung an Weinstein, Sandman und Roberts (1992) erstellt.

Aufbau. Zur Beantwortung wird eine siebenstufige Skala mit den Ankern „sehr leicht“ [1] und „sehr schwer“ [7] vorgegeben.

Zielsetzung. Mit diesen Items soll - aus der Sicht einer gefährdeten Person - das Schwierigkeitsausmaß einer Senkung erhöhter Cholesterin- oder Blutdruckwerte erfaßt werden. Weinstein, Sandman und Roberts (1990) sehen die wahrgenommene Schwierigkeit, durch diverse Maßnahmen ein bestehendes Risiko zu reduzieren, als einen zentralen „Kostenfaktor“ an, der die Kosten-Nutzen-Analyse protektiver Maßnahmen entscheidend beeinflusst. Beispielsweise konnten Weinstein und Sandman (1992) im Kontext von Luftverschmutzungen in Privathaushalten zeigen, daß Personen, die niemals darüber nachgedacht haben, einen Radontest durchzuführen, die Schwierigkeiten, das Problem in den Griff zu bekommen, pessimistischer beurteilten als Personen, die schon einmal darüber nachgedacht haben, einen Test zu machen. Es ist demnach anzunehmen, daß risikobewußte Personen keine schützenden Maßnahmen ergreifen, weil sie der Meinung sind, daß diese für sie persönlich zu schwierig seien. Mit anderen Worten: die Kosten derartiger protektiver Anstrengungen können durch den resultierenden Nutzen nicht kompensiert werden.

Diese Annahmen entsprechen auch den Vorhersagen des HealthBelief-Modells von Rosenstock (1990).

Plazierung: Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

- Rosenstock, I. M. (1990). The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz et al. (Eds.), *Health behavior and health education* (Chap. 3, pp. 36-62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Weinstein, N. D., Sandman, P. M., & Roberts, N. E. (1990). Determinants of self-protective behavior: Home radon testing. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 783-801.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170-180.

10.6 Subjektive Handlungsnotwendigkeit (Renner)

<ul style="list-style-type: none"> • Es ist notwendig, daß ich etwas unternehme, um meinen <u>Blutdruck</u> zu senken. <input type="checkbox"/>₁ stimmt genau <input type="checkbox"/>₂ stimmt eher <input type="checkbox"/>₃ stimmt kaum <input type="checkbox"/>₄ stimmt nicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist notwendig, daß ich etwas unternehme, um meinen <u>Cholesterinspiegel</u> zu senken. <input type="checkbox"/>₁ stimmt genau <input type="checkbox"/>₂ stimmt eher <input type="checkbox"/>₃ stimmt kaum <input type="checkbox"/>₄ stimmt nicht
--	---

Quelle. Die beiden Items zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Handlungsnotwendigkeit wurden im Rahmen des Forschungsprojekts formuliert.

Aufbau. Den Befragten wird ein vierstufiges Rating mit vier Antwortalternativen von „stimmt genau“ [1] bis „stimmt nicht“ [4] vorgegeben.

Zielsetzung. Mit diesen Items soll erfaßt werden, inwieweit die Probanden es für notwendig erachten, aktiv etwas zur Senkung ihres Cholesterinspiegels oder Blutdrucks beizutragen.

Die wahrgenommene Handlungsnotwendigkeit könnte auch als „Krankheitseinsicht“ umschrieben werden. Denn Personen, die erhöhte Werte aufweisen, sollten die Notwendigkeit von kurativen Maßnahmen in Betracht ziehen. Akzeptiert eine Person hingegen ihren Risikostatus nicht, beispielsweise weil sie der Meinung ist, daß die Messung ihrer Werte ungenau war oder eine momentane körperliche Schwankung zur Verzerrung der Testresultate führte, so wird wahrscheinlich diese Einsicht fehlen. Möglicherweise wird eine Person dann mit einer höheren Wahrscheinlichkeit keine Vorsätze für eine Verhaltensänderung bilden.

Konzeptionell weisen diese Items große Ähnlichkeit mit dem Konstrukt „Änderungsdruck“ von Fuchs (1994a&b) auf. Dieser ist, Fuchs folgend, situationsspezifisch und beschreibt das Verlangen einer Person, einen gegenwärtigen mißlichen Zustand ändern zu wollen, ohne daß klar ist, wie und ob dies bewerkstelligt werden kann.

Plazierung. Fragebogen-Nummer ②

Weiterführende Literatur

Fuchs, R. (1994a). Änderungsdruck als motivationales Konstrukt: Überprüfung verschiedener Modelle zur Vorhersage gesundheitspräventiver Handlungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 95-107.

Fuchs, R. (1994b). Causal models of physical exercise participation: Testing the predictive power of the construct „pressure to change“. (Manuscript eingereicht).