

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



010003

Ostmerheimer Straße 200,
D 5000 Köln-91 (Merheim)

FERNRUF - SA. NR. 89 10 31

TELEFON 88 73 658 b.z.g.a.-d

METHODEN ZUR ERFASSUNG GESUNDHEITSBEZOGENER
EINSTELLUNGEN VON JUGENDLICHEN

Abschlußbericht I

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 10003
(1.1.3)

vorgelegt

von

Albert Spitznagel

A. 1. 3.

7.7.3

<u>Inhaltsverzeichnis</u>		Seite
1.0	Einleitung	1
2.0	Gesundheitsbezogene Einstellungen	4
3.0	Methoden zur Messung gesundheitsbezogener Einstellungen	9
4.0	Voruntersuchungen	18
4.1	Gesundheitskonzepte Jugendlicher	18
4.2	Gesundheit als Wert	58
4.3	Gesundheit als Problem	64
5.0	Gesundheitsbezogene Auskunftsbereitschaft	77
5.1	Aussagebereitschaft als Variable bei Untersuchungen zur Gesundheit	77
5.2	Analyse von Bedingungen der Äußerungswilligkeit	79
6.0	Skaleneentwicklungen	85
6.1	Allgemeines	
6.2	Untersuchungsgruppen	90
7.0	Einstellung zu Genußmitteln	93
7.1	Beschreibung der Skalen	93
7.2	Beziehung zwischen der Einstellung zum Rauchen und der Häufigkeit des Rauchens	115
8.0	Einstellung zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen	119
8.1	Beschreibung der Skala	119
8.2	Gruppenunterschiede	132
8.3	Risikogehalt der Item der Risiko-Skalen	132
8.4	Zur Gültigkeit der Risiko-Skala	137
8.5	Zur Frage der Generalität oder Spezifität der Risikovvariable	145
8.6	Entscheidungsverhalten in potentiell gesundheitsriskanten Situationen	147

		Seite
9.0	Gesundheitsindifferenz (Ind)	150
10.0	Inventar zur Erfassung gesundheitsriskanten Verhaltens (GRV)	159
11.0	Einstellung zur Rationalität (Ra)	169
12.0	Einstellung zur Selbstverantwortung (V)	182
13.0	Angst-Inventar (CMAS)	185
14.0	Geschlechtsabhängigkeit gesundheitsbezogener Einstellungen	190
15.0	Intelligenz und gesundheitsbezogene Attitüden	194
16.0	Gesundheitsbezogene Interessen und Einstellungen	197
17.0	Gesundheitsbezogene Einstellungs-Cluster	204
18.0	Subjektive Ratings gesundheitsbezogener Sachverhalte	207
19.0	Zusammenfassung	220
	Literaturverzeichnis	
	Anhang	

1.0 Einleitung

Dieser Bericht stellt den 2. Teil⁺⁾ der Untersuchungen zur Schwerpunktaktion "Informationen zur gesunden Lebensführung" dar. Er befaßt sich vornehmlich mit der Konstruktion gesundheitsbezogener Einstellungsskalen. Ihm wird ein weiterer abschließender Bericht über die Ergebnisse folgen, die aus dem Experiment über die Änderbarkeit bzw. Verfestigung gesundheitsbezogener Einstellungen durch standardisierten Unterricht gewonnen worden sind.

Die Arbeit ist dem Zusammenwirken mehrerer Personen zu verdanken. Besonderer Dank gebührt Herrn Dipl. Psych. J. J. Koch, der einen großen Teil der Daten erhoben und ausgewertet hat. Ebenso haben wir Frau Döhn, Herrn Reuschling, Herrn Oberstudienrat Müller und Herrn Küda zu danken. Auch müssen die Schulleitungen, Lehrer und Schüler erwähnt werden, ohne deren Entgegenkommen und Mitarbeit die umfangreichen Untersuchungen nicht hätten durchgeführt werden können.

Die Voruntersuchungen wurden in Niedersachsen (Hann. Münden und Göttingen), die Hauptuntersuchungen in Hessen (Wiesbaden, Darmstadt, Offenbach, Rüsselsheim, Bensheim/Bergstr., Weilburg/Lahn und Friedberg) durchgeführt. Für zusätzliche interessierende Fragestellungen waren weitere Erhebungen notwendig, an denen Schulen in Gießen, Groß-Umstadt, Allendorf/Lda., Internate (Amöneburg, Steinatal und Sasbach/Baden-Württemberg) sowie die Schulen zweier Tbc-Sanatorien (Mammolshöhe/Ts. und Mittelberg/Franken) beteiligt waren.

Die Vor- und Hauptuntersuchungen erstreckten sich von Herbst 1967 bis Ende 1968. Die ergänzenden Befragungen fanden im Jahre 1969 statt.

Einige andere Untersuchungsvorhaben scheiterten entweder an der Ablehnung durch die Leitung der jeweiligen Institution oder an der zu geringen Anzahl befragbarer Personen.

In der Mehrzahl der Fälle fanden die Untersuchungen während der Unterrichtszeit statt. Die äußeren Bedingungen der Durchführung konnten angesichts der Dauer des Projekts, der Vielzahl der Einzeluntersuchungen, verschiedener Versuchsleiter, naturgemäß nicht völlig einheitlich sein. Von zwei Schulen abgesehen, in denen zum Zeitpunkt der Erhebung eine besondere, außergewöhnliche Situation gegeben war, darf man jedoch von hinlänglich vergleichbaren Untersuchungsbedingungen sprechen.

+) Teil 1 : TODT, E. und KIRCHLECHNER, B. (1970) : Experimentelle Untersuchung der Wirkung von Informationsmaterial der Schwerpunktaktion "Gesundheit und Gesellschaft" (Unterteil 1).

Das Hauptziel des Projekts bestand in der Analyse von Bedingungen, unter denen sich gesundheitsbezogene Einstellungen in Richtung auf gesundheitsgerechte Normen ändern lassen.

Wir sind uns im klaren darüber, daß das, was als gesundheitsgerecht gilt, nicht nur vom jeweiligen medizinischen Kenntnisstand abhängt, sondern auch durch zentrale, wissenschaftlich nicht begründbare Werthaltungen bestimmt wird (vgl. PFLANZ, 1969, S. 1127/28).

Die Fragestellung des Projekts ist nichts anderes als die in psychologische Terminologie übersetzte Absicht, die den Schwerpunktaktionen "Gesunde Lebensführung" zugrunde liegt. Der wesentliche Unterschied zwischen der Absicht der Schwerpunktaktionen und dem Gegenstand dieser Untersuchung wird darin bestehen, daß hier nur einige der Faktoren berücksichtigt werden können, die für die vermuteten Effekte der Aktionen verantwortlich sein werden.

Die Reaktionen auf Kommunikationen mit gesundheitsrelevantem Inhalt werden u. a. maßgeblich von Erwartungen und Einstellungen bestimmt sein, die der Adressat aufgebaut hat. Aus diesem Grunde ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit, als ersten Schritt des Projekts die Skalierung gesundheitsbezogener Attitüden zu versuchen.

Zwei grundsätzliche Möglichkeiten des Vorgehens bieten sich an. Einmal kann man versuchen, die Klasse gesundheitsbezogener Einstellungen systematisch zu erfassen. Der zweite Weg besteht in der bewußten Beschränkung auf einige wenige Attitüden-Gegenstände, deren Auswahl u. a. von den Planungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für künftige Inhalte von Schwerpunktaktionen, von der Relevanz aufgrund des Forschungsstandes abhängig sein würde.

Der tatsächlich eingeschlagene Weg verfolgt eine "mittlere" Linie. Aus ökonomischen Gründen verbot sich der optimale Ansatz einer systematischen Erhebung, der minimale Ansatz kann die besonderen Schwierigkeiten verharmlosen oder verdecken, die bei dem Versuch einer Einstellungsskalierung gerade bei der vorgesehenen Zielgruppe, nämlich Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren, zu erwarten sind. Die Gründe dafür werden später erörtert werden. Der gewählte "mittlere" Weg eröffnet für künftige Untersuchungen die Möglichkeit, auf ein bereits erprobtes

Inventar von Methoden zurückgreifen zu können. Die Instrumente können im übrigen nicht nur für den unmittelbaren Zweck der Effekt-Kontrolle von Schwerpunktaktionen verwendet werden, sondern können zusammen mit Untersuchungen über Einstellungskorrelate im Rahmen zu entwickelnder spezieller Curricula für die Gesundheitserziehung eingesetzt werden.

Schließlich verbindet sich mit dem vorgelegten Bericht die Hoffnung, daß sich die Psychologie in demselben Maße dem Gesundheitsverhalten zuwenden möge, wie es Medizin-Soziologie und Sozialpsychiatrie in den letzten Jahren getan haben.

2.0 Gesundheitsbezogene Einstellungen

Einstellungen¹⁾ spielen eine bedeutsame Rolle in der Beziehung zwischen Personen und ihrer Umwelt. Dieser Tatsache entspricht im allgemeinen die Dauer und die Intensität des wissenschaftlichen Interesses an diesem Gegenstand. Der vorliegende Bericht befaßt sich mit der besonderen Klasse von gesundheitsbezogenen Einstellungen, die, orientiert man sich am Sammelwerk von SHAW u. WRIGHT (1967), bislang aus welchen Gründen auch immer, kaum untersucht worden sind. Als gesundheitsbezogen kann eine Einstellung charakterisiert werden, wenn deren "Objekte" (fokalisierter Referent) gesundheitsrelevant sind oder als gesundheitsrelevant gelten. Als gesundheitsbezogen in einem weiteren Sinne müssen aber auch Einstellungen oder komplexer organisierte Werthaltungen bezeichnet werden, die aufgrund theoretischer Erwartung und empirischer Bestätigung mit bestimmten Aspekten des Gesundheitsverhaltens in Beziehung stehen, ohne daß der Gesundheitsbezug inhaltlich unmittelbar erkannt werden kann. Alle hier gemeinten Einstellungen sind Bestandteile des Gesundheitsverhaltens und somit Komponenten des sog. Laiensystems (vgl. PFLANZ, 1969). Der Analyse von Einstellungen mit Gesundheitsbezug sollte eine exakte begriffliche Klärung des Gesundheitskonzepts vorausgehen. Die einschlägige Literatur (z. B. B. BOCK, 1958 - zitiert nach GROSS, 1969; FRANKS, 1967; PARSONS, 1967; WELT-GESUNDHEITSORGANISATION, 1952) macht indessen deutlich, welche Schwierigkeiten bei Definitionsversuchen auftreten. Bezeichnend dafür sind nicht zuletzt die speziellen Gesundheitskonzepte wie "Mental Health", "Social Health", "Emotional Health", "Physical Health", "Dental Health" etc., wie sie in den Lehrbüchern für Gesundheitserziehung häufig verwendet werden.

Als Folge der definatorischen Schwierigkeiten ergibt sich die Notwendigkeit, für jeden konkreten Fall einer Einstellung nachzuweisen, ob die angenommene Gesundheitsbezogenheit wenigstens logisch valide ist, was zu zeigen mitunter nicht leicht sein dürfte. Vom Nachweis der inhaltlichen Relevanz unabhängig ist die Frage, ob eine bestimmte Gruppe von Zielpersonen diese Einstellung auch tatsächlich besitzt.

1) Im Gegensatz zu IRLE (1967) wird in diesem Bericht zwischen Einstellung und Attitüde nicht unterschieden.

Unter Attitüden oder Einstellungen versteht man gelernte, relativ konsistente spezifische Reaktionsbereitschaften oder Bewertungstendenzen gegenüber bestimmten Objekten der Umwelt (z.B. Personen, Situationen, Symbole, Institutionen). Wir müssen uns unter Einstellungen nicht beobachtbare Dispositionen vorstellen, die wiederkehrenden Verhaltensweisen als zugrundeliegend gedacht werden. Sie tragen somit ähnlich wie Persönlichkeitseigenschaften zur Gleichförmigkeit oder Stabilität des Verhaltens bei. Es besteht heute weitgehend Einigkeit darüber, daß Einstellungen zusammengesetzte Größen sind. Drei Komponenten lassen sich unterscheiden : die kognitive, die affektive und die handlungsbezogene. Die kognitive Komponente umfaßt das Wissen, die Kenntnisse, die der Einstellungsträger vom Objekt hat, oder auch - für Attitüden kennzeichnend - Werturteile über das Objekt. Die affektive Komponente bezieht sich auf die positiven oder negativen Emotionen, die das Objekt auslöst oder die man dem Objekt entgegenbringt. Die letzte Komponente, die handlungsbezogene, läßt sich charakterisieren als Handlungsbereitschaft gegenüber dem Einstellungs-Objekt. Wenn es sich beim Einstellungs-Objekt um Personen handelt, dann ist etwa die Bemühung, Kontakte herzustellen, ein Beispiel für eine Handlungsbereitschaft. Die Komponenten einer Attitüde stehen in der Regel untereinander in einer Wechselbeziehung. Wer einen bestimmten Attitüden-Gegenstand für nützlich hält, ihn positiv bewertet, wird ihn im allgemeinen auch angenehm, sympathisch finden und schließlich ihm gegenüber ein Verhalten zeigen, das im weitesten Sinne als "Förderung" gedeutet werden kann. Es besteht demnach häufig eine Kovariation zwischen den Vorzeichen der einzelnen Komponenten.

Es gibt bis heute keine Beweise dafür, daß sich gesundheitsbezogene Einstellungen in struktureller, genetischer und funktionaler Hinsicht von anderen Einstellungen systematisch unterscheiden. Wir sind daher berechtigt, gesundheitsbezogene Attitüden als mehrdimensionale Größen aufzufassen, sie nach der Art und Stärke ihrer Verankerung im Wertsystem des Einstellungsträgers, nach ihrer Differenziertheit, ^{Relevanz} ~~Integrität~~ und Zentralität zu charakterisieren.

Experten der Gesundheitserziehung und Medizin-Soziologie (GROUT, 1964⁴; KILANDER, 1962, LEE u. LEE, 1960³; MOSS, SOUTWORTH u. REICHERT, 1961⁵; PFLANZ, 1965, 1969; PIRRIE u. DALZELL-WARD, 1962; SCHNEIDER, 1964;

TURNER, SELLERY u. SMITH, 1966⁵; ZENTRALINSTITUT FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG, 1966) bekunden einheitlich die Wichtigkeit "adaequater" gesundheitsbezogener Einstellungen bei Jugendlichen. Unterschiedlich dagegen ist die Wertung dieser Attitüden für das Gesundheitsverhalten. Während einige die Meinung vertreten, diese Einstellungen beeinflussten unmittelbar das Verhalten, sind andere der Auffassung, der Einfluß sei nur indirekt. Gewiß ist, daß Attitüden als verhaltensmotivierende Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Die Einstellungen zu bestimmten gesundheitsrelevanten Aspekten - gleichgültig ob "adaequat" oder "inadaequat" - erfüllen, darin anderen Einstellungen vergleichbar, bestimmte Funktionen (z. B. defensive) oder sind Mittel zur Erreichung von Zielen. Freilich ist die Beziehung zwischen Attitüden und deren Manifestation im Verhalten äußerst komplex (vgl. dazu z. B. FISHBEIN, 1966). Man gewinnt den Eindruck, daß in der Gesundheitserziehung die Komplexität dieser Beziehung eher unterschätzt wird.

Kontrovers ist auch die Beurteilung der Meßbarkeit von gesundheitsbezogenen Einstellungen. KILANDER (1962), SCHNEIDER (1964) sind Vertreter der skeptischen Richtung, während z. B. EDWARDS (1956) meint, anstatt theoretisch über die Bedeutung dieser Attitüden für das Gesundheitsverhalten zu sprechen, solle man sie messen und sei es noch so unvollkommen. Weshalb man die Messung von Attitüden für wichtig hält, hat schließlich noch einen anderen Grund. Die Effizienz ("evaluation") von speziellen Programmen der Gesundheitserziehung kann nur dann geprüft werden, wenn zuverlässige und valide Instrumente vorliegen, mit deren Hilfe intendierte Einstellungsänderungen erfaßt werden können. Wie es um die Verfügbarkeit dieser Instrumente im Rahmen der Gesundheitserziehung steht, wird im folgenden besprochen werden. Es wird sich zeigen, daß in der Gesundheitserziehung die Situation im Hinblick auf die "Versorgung" mit brauchbaren Skalen weitgehend der allgemeinen Lage entspricht, die ZIMBARDO u. EBBESEN (1969, S. 62) folgendermaßen beschrieben haben: "Few of the hundreds of studies performed on attitude change make use of the scaling techniques developed by THURSTONE, LIKERT, GUTTMAN, OSGOOD, COOMBS, LAZARSELD and others".

Die psychologisch-orientierten Untersuchungen zur Gesundheitserziehung umfassen ein weites Spektrum von Fragestellungen, Methoden und Personengruppen. Soweit wir die Literatur übersehen, ist der Komplexitätsgrad der Untersuchungen durch das

Überwiegen univariater Analysen gekennzeichnet. In den letzten Jahren ist aber ein Anwachsen multivariater Ansätze unverkennbar.

Ebenso deutlich ist der Trend, die psychologisch relevanten empirischen Arbeiten zum Themenkomplex Gesundheit in die Psychologie, insbesondere in die Sozialpsychologie zu integrieren. Als ein Beispiel für diese Entwicklung kann der Beitrag von FREEMAN und GIOVANNONI über "Mental Health" in dem von LINDZEY u. ARONSON (1968 ff) herausgegebenen Handbuch der Sozialpsychologie gelten. Themen dieser Art blieben bislang unberücksichtigt (vgl. frühere Auflage dieses Handbuchs).

Wir befassen uns im folgenden nur mit solchen Arbeiten - und dies ohne Anspruch auf Vollständigkeit -, in denen Themen behandelt werden, bei denen Attitüden als Voraussetzungen, Bestandteile oder als Konsequenzen eine Rolle spielen.

Psychologische Variablen, die in den genannten Zusammenhang gehören und vielfach untersucht worden sind, waren gesundheitsbezogene Kognitionen (Wissen, Kenntnisse, präventives Wissen, Meinungen über und Beurteilungen von bestimmten Krankheiten oder von bestimmten Aspekten von Krankheiten), Meinungen und Einstellungen zur Hygiene, Sexualität; Motive für "akzeptable" oder "nicht akzeptable" Gesundheitsverhaltensweisen ("health habits"); Perzeptionen Jugendlicher von körperlichen Gegebenheiten, Vorgängen, Veränderungen und die Reaktionen auf diese Perzeptionen. Hierher gehören vor allem jene Untersuchungen, die sich mit der Wahrnehmung des körperlichen Erscheinungsbildes (Gewicht, Größe, Proportionen, Gesicht usw.) und seiner Veränderung in der Vorpubertät und Pubertät (z. B. körperliche Akzelerierung/Retardierung) befassen. Besondere Beachtung fanden die Meinungen und Einstellungen Jugendlicher, die sich auf eine Vielfalt von Handicaps (z. B. Seh- und Hördefekte, kongenitale Blindheit, Erblindungen, Taubheit, Körperbehinderungen funktioneller Art), auf chronische Erkrankungen (Tuberkulose, Diabetes, Allergien etc.), auf Hauterkrankungen (z. B. Akne), aber auch auf die Träger physischer bzw. gesundheitsrelevanter Alterationen (z. B. geistig behinderte Kinder und Jugendliche, Anfallkinder) bezogen.

Die Reaktionen wie z. B. auf Krankenhäuser (Aufenthalt und Besuch) und Ärzte (Konsultationen) wurden in einer Reihe von Untersuchungen ermittelt.

Besonders relevant sind jene Arbeiten, die sich mit der Perzeption von gesundheitsbezogenen Problemen Jugendlicher befassen (BELL, 1938; HARRIS, 1959; LEWIS, 1949;

MOONEY, 1942; SÜLLWOLD, 1959) oder untersuchen, mit Hilfe welcher Ressourcen (persönliche, elterliche oder schulische) als frustrierend erlebte Gesundheitsprobleme überwunden werden können.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen insgesamt einheitlich - trotz Unterschiede in Methoden, befragten Gruppen usw. - eine relativ geringe Zahl von gesundheitsbezogenen Problemen. Bei der Bewertung dieses Befundes muß man jedoch beachten, daß zumeist nach der aktuellen Befindlichkeit gefragt wurde, und daß es sich um verbalisierte Probleme handelte.

3.0 Methoden zur Messung gesundheitsbezogener Einstellungen

Im Rahmen der methodischen Erfassung gesundheitsrelevanter Sachverhalte spielt die Messung von gesundheitsbezogenen Attitüden bis heute eine untergeordnete Rolle.

Die Interessen konzentrieren sich vielmehr auf die Registrierung oder Erfassung folgender Bereiche :

- (1) Gesundheitsbezogene Symptome mit Hilfe von Symptomlisten.
- (2) Gesundheitsbezogenes Wissen oder Kenntnisse durch Kenntnis-Tests.
- (3) Gesundheitsbezogene Interessen durch Interessen-Tests.
- (4) Gesundheitsbezogene Praktiken durch spezifische Inventare.

Mit Ausnahme eines Teils der Symptomlisten handelt es sich bei allen anderen Verfahren um solche, die von den Jugendlichen selbst beantwortet werden müssen. Obwohl manche der zu (2), (3) und (4) gehörenden Techniken vorgeben, unter anderem auch Attitüden zu erfassen, handelt es sich um keine Attitüden, wenn die heute akzeptierte Definition zugrundegelegt wird (vgl. dazu MAYSHARK, 1958).

Während der Inhalt der konstruierten Verfahren zu den Bereichen (1) bis (4) einer Tendenz zur Systematisierung zu folgen scheint, die an verschiedenen Health-Curricula (z.B. für die Denver Public-Schools; vgl. dazu A. J. LEWIS, Health Interests of Children, Denver, Colo., Public-Schools, 1947, oder für den Staat Indiana; vgl. dazu: A Guide for Health Education in Indiana Schools, Ind. Department of Public Instruction, 1969; oder New York, vgl. dazu: New York City, Board of Education Health Teaching in the Elementary Grades, Curriculum Bulletin, 1955-56 Series No. 5) orientiert sind, gilt dies nicht für die Attitüden, was der folgende Überblick deutlich macht:

1. Einstellung zur Sicherheit (BERGMAN, 1959; YOST, 1962)
2. Einstellung zu Arzneimitteln (GORHAM, SHERMAN, 1961; SCHMIDT, 1967)
3. Einstellung zu Personen mit physischen Handicaps (COWEN, 1958; HARTMAN, 1951; YUKER et al., 1960)
4. Einstellungen zu Impfungen und Preventivmaßnahmen (CLAUSEN, 1958)
5. Einstellungen zu Gesundheitsinstitutionen:
 - a) Gesundheitsuntersuchungen : BORSKY und SAGEN, 1959
 - b) Studentischer Gesundheitsdienst : FRANKLIN und McLEMORE, 1967

6. Einstellung zu Hörhilfen (MILLER et al., 1959)
7. Einstellung zum Rauchen (BAER, 1966; FORREST, 1966)
8. Einstellung zu "mental illness" von
 - a) Pflegepersonal (COHEN und STRUENING, 1962)
 - b) Studenten (DIXON, 1967)
 - c) Staff-Personal (ELISWARTH, 1965)
 - d) Verwandten früherer Patienten (FREEMAN, 1961)
 - e) Jugendlichen (ROSE, 1957)
9. Einstellung zum "Mental Hospital" (JENKINS und ZYZINSKI, 1968; PRATTS et al., 1960 und SONELEM, 1955)
10. Einstellung zu psychiatrischen Patienten (GILBERT und LEVINSON, 1957)
11. Einstellung zu sozialisierter Medizin (MAHLER, 1953)
12. Einstellung zur Turnlehrerin als Frauenberuf (DRINKWATER, 1960).

Die aufgeführten Beispiele - eine vollständige Sammlung wurde nicht intendiert - vermitteln ein heterogenes Bild, das sich vermutlich auch nicht wesentlich ändert, wenn die gesamte einschlägige Literatur erfaßt worden wäre. Mit Ausnahme der sogenannten custodialen bzw. humanistischen Orientierung gegenüber psychiatrischen Patienten (vgl. GILBERT und LEVINSON, 1957) sind uns keine Versuche bekannt geworden, die die hier diskutierte Klasse von Attitüden mit bekannten psychologischen Konstrukten in Verbindung bringen. Im übrigen ist das technische Niveau der Skalierung in diesen Untersuchungen außerordentlich unterschiedlich, die Gruppen, an denen die Eichung (wenn überhaupt) vorgenommen wurde, meistens jüngere Erwachsene. Weil der Bericht sich mit Einstellungen von Jugendlichen befaßt, wird auf die erwähnten Skalen und Untersuchungen nicht näher eingegangen werden.

Die zwischen 1927 und 1957 veröffentlichten gesundheitsbezogenen Skalen zur Erfassung der Einstellungen Jugendlicher hat MAYSHARK (1958) kritisch besprochen. Ein neueres Sammelreferat, in dem u.a. auch Ergebnisse von Einstellungsuntersuchungen referiert werden, stammt von YOUNG (1967).

Die folgende Zusammenstellung von Skalen führt die Arbeit von MAYSHARK (1958) fort. Als Kriterien für die Aufnahme in die Zusammenstellung gelten der Zeitpunkt der Veröffentlichung (bis 1968), Definition von Einstellung in unserem Sinne, Geltung der Skalen für Jugendliche. Nicht einbezogen werden Einstellungsskalen zu Gruppen mit irgendwelchen physischen oder gesundheitlichen Auffälligkeiten oder anormalen Alterationen (z. B. Körperbehinderte, Blinde etc.). Die Übersicht (vgl. die folgenden Seiten) enthält Informationen über den Gegenstand der Skala, die Art ihrer Konstruktion, Angaben zur Reliabilität und Gültigkeit. Die kurze Diskussion der Verfahren beschränkt sich auf die technische Adäquatheit der Konstruktion.

AUTOR(EN)	GEGENSTAND	KONSTRUKTIONS- TECHNIK	RELIABILITÄT	GÜLTIGKEIT
1) BAER (1966)	Einstellung zum Rauchen	THURSTONE- Skalierung	Korrelationen zwischen Parallelförmigen $.75 < r_{AB} < .80$	Signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen (Raucher, ehemalige Raucher, Nicht-Raucher)
2) DRINKWATER (1960)	Einstellung zum Beruf Turnlehrerin	LIKERT	Halbierungszu- verlässigkeit $r_{12} = .93$ Korrelation zwischen Parallelförmigen $r_{AB} = .87$	keine Angaben (logische Gültigkeit)
3) FRANKLIN McLEMORE (1967)	Einstellung zu studentischen Ge- sundheitsdiensten	Modifikation der gleich-erscheinenden Intervallskalierung	keine Angaben	keine Angaben
4) COLENBANK JOHNS (1962)	Dreiteiliges Inventar: 1. Gesundheitspraktiken 2. gesundheitsbezogene Einstellungen 3. Wissenskenntnisse	keine Angaben	Halbierungszu- verlässigkeiten für Parallelförmigen $.74 < r_{AB} < .89$ KR-20 für Subtests $.65 < r_S < .87$	Experten-Urteile: Inhaltliche Relevanz der Items Sozioökonomischer Status $36 < r < .60$ Korrelation des Kenntnis-Subtests mit YATES-STRANG HEALTH KNOWLEDGE- Test: $r = .86$

AUTOR(EN)	GEGENSTAND	KONSTRUKTIONS- TECHNIK	RELIABILITÄT	GÜLTIGKEIT
5) RICHARDSON (1960)	Einstellung zur körper- lichen Ertüchtigung	gleich-erscheinende Intervallskalierung	Testwiederholung ($r = .83$) Korrelation zwischen Parallelförmern ($r = .87$)	Beurteilung der logischen Gültigkeit der Item durch Experten
6) RICHARDSON (1960)	Einstellung zu meh- reren gesundheitsbe- zogenen Topoi	Satzergänzungs- technik	Testwiederholung : ca. 90% Response- übereinstimmung	logische Gültigkeit
7) ROSE (1957)	Einstellungen zu Problemen der Geisteskrankheiten	keine Angaben	keine Angaben	logische Gültigkeit

Die Skala von BAER (1966) besteht aus 2 Formen, A und B mit je 22 Item. Der Verfasser gibt an, daß er zur Konstruktion "die" THURSTONE-Skalierung verwendet hat, ohne jedoch mitzuteilen, um welche es sich handelt. Da unabhängig von der Art der Skalierung auf jeden Fall "Experten" herangezogen werden müssen, sollten diese näher charakterisiert werden. Es finden sich in der Arbeit dazu jedoch keine Informationen. Vor allem interessieren Angaben darüber, ob diese Experten Raucher (incl. Kriterium für Raucher) oder Nichtraucher waren. Ganz ungewöhnlich ist die Berechnung der Zuverlässigkeit. Die Werte der Formen A und B wurden korreliert mit anschließender Spearman-Brown-Korrektur. Durch diesen "Trick" (Verlängerung der Testlänge von 22 auf 44 Item) ergeben sich Reliabilitätskoeffizienten, die, wie der Verfasser konstatiert, "konsistent mit denen anderer Skalen" sind. Macht man die ungerechtfertigte Testverlängerung wieder rückgängig, so resultieren weit weniger eindrucksvolle Koeffizienten. Für die Raucher ergibt sich ein Wert von $r = .67$, für die ehemaligen Raucher von $r = .60$ und für die Nichtraucher von $r = .67$. Eine Wiederholungszuverlässigkeit ist nicht ermittelt worden. Die Validität wurde inhaltlich überprüft mit Hilfe eines nicht itemanalysierten Inventars über Meinungen zum Rauchen.

DRINKWATER (1960) hat eine Skala entwickelt, offenbar veranlaßt durch das geringe Interesse von Frauen am Beruf der Turnlehrerin, die die Einstellung von Mädchen zu diesem Beruf diagnostizieren soll. Die Item wurden nach LIÇKERT ausgewählt (Extremgruppenselektion), zu jedem Statement lagen 5 Antwortalternativen vor. 2 Formen mit je 36 Item werden dargestellt. Aus dem Beitrag geht nicht hervor, auf welche Weise die Paralleltests gebildet worden sind. Ob Varianzhomogenität zwischen der ersten und zweiten Testhälfte vorlag, wird nicht berichtet.

Schließlich ist unklar, worauf sich die Halbierungszuverlässigkeit bezieht (Testform A oder B, gesamter Itempool).

Gültigkeitsuntersuchungen fehlen. Der Verfasser beruft sich auf die logische Gültigkeit der Item.

Zu dem Bereich "Sport und Gesundheit" liegen außer der noch zu besprechenden Skala von RICHARDSON (1960) zwei weitere vor: SCOTT (1953), die die Einstellung von Eltern, Lehrern und Personen der Schulverwaltung zum sportlichen Wettbewerb zu erfassen versuchte, und LAKIE (1964), der die Philosophie "des Gewinnens um jeden Preis" erfassen will.

Die Einstellung zum studentischen Gesundheitsdienst haben FRANKLIN und McLEMORE (1967) "skaliert". Aus einem großen Itempool wurden durch wiederholtes Expertenrating 20 Item selektiert. Die Auswahl richtete sich nach der Höhe des Skalenwertes (Mdn) und dem Interquartil-Range. Außer dieser Information liegen keine weiteren Angaben vor, so daß man schwerlich von einer Skala sprechen kann.

Ganz anders verhält es sich mit dem Instrument von COLEMAN und JOHNS (1962). Hier haben wir es mit einem mehrfach revidierten Test mit 100 Mehrfachwahlantworten zu tun. Der Test besteht aus drei Teilskalen, wovon nur die zweite interessiert, weil damit die Einstellung zu vorgegebenen Gesundheitspraktiken diagnostiziert werden soll. Dieses Verfahren zählt zu denjenigen, die nahezu optimal den klassischen Brauchbarkeitsforderungen genügen. Außer Normen (Perzentile, normalisierte Standardwerte) werden verschiedene Untersuchungen zu Reliabilität und Gültigkeit mitgeteilt.

Als Schönheitsfehler kann man die Tatsache betrachten, daß der Pool der 25 Attitüden Item sich sehr ungleichgewichtig auf 10 der 11 zugrundeliegenden Gesundheitsbereiche verteilen. Von CAUFFMAN (1963) stammt eine weiterführende Arbeit.

RICHARDSON's Skala "Attitudes toward Physical Fitness and Exercise" wurde nach der Methode der gleich^{er}scheinenden Intervalle konstruiert. Der ursprüngliche Itempool umfaßte 72 Statements. Als Experten dienten 20 Professoren für Gesundheits- und Leibeserziehung. Ihre Ratings erfolgten anhand einer 5-stufigen Skala. Die Statements wurden nach dem Median, dem Interquartilbereich und gleichen Abständen auf den Skalen ausgelesen. 2 äquivalente Formen von je 19 Item bilden die Skalen. Die Höhe der Korrelationen zwischen den beiden Parallelformen ist zufriedenstellend. Das gleiche gilt für die Testwiederholung.

Naiv erscheint die vom Verfasser vertretene Auffassung, daß die Attitüde der Experten keinen Einfluß auf ihre Einstufung habe (vgl. dazu den sog. "displacement-effect").

Vom gleichen Autor stammt ein weiteres zur Gruppe der projektiven Techniken gehörendes Verfahren, das die Einstellungen zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Bereichen (Orientierung gegenüber gesundheitlichen Belangen, Nahrung und

Ernährung, körperliche Fitness und Aktivität, Sexualität und Sexualerziehung usw.) erfassen soll. Die Einstellungen sollen evoziert werden durch schriftliche Ergänzungen von Satzanfängen. Es handelt sich um 51 Sätze vom Typus "Alle Gesundheitsregeln ... " oder "Die meisten Krankheiten kommen vom ... ". Die Objektivität der Übereinstimmung von Beurteilern in der Auswertung von Antworten wird mit ca. 90% angegeben. Es ist klar, daß die Methode "Übereinstimmung in Prozent" nur als vorläufiges, grobes Maß für die Objektivität gelten kann.

Der Verfasser betrachtet dieses Instrument als Anfang weiterer Entwicklungen, wenn er bemerkt, daß auf diese Weise ein "Universum" von Einstellungsstatements gesammelt werden könnte, um später LIKERT- und/oder THURSTONE-Skalierungen vornehmen zu können. Aus dieser Haltung erklärt sich vielleicht auch das völlige Fehlen von Angaben über die Zuverlässigkeit und Gültigkeit.

ROSE (1957) hat einen Fragebogen zusammengestellt - nach welchen Kriterien wird nicht mitgeteilt -, der sowohl Wissens- als auch Einstellungsfragen zu verschiedenen Aspekten der "Mental Health" beinhaltet. Den zitierten Beispielen von Fragen zufolge scheint es sich in erster Linie um solche zu handeln, die sich auf Geisteskrankheiten beziehen. ROSE's Fragebogen kann weder als Test noch als Skala bezeichnet werden. Das Sammelreferat von MAYSHARK (1958) schließlich ist zudem unvollständig : ROSE (1957) bleibt unerwähnt, ebenso ein Inventar, das SUTTON (1956) in einer Untersuchung über die Veränderung von gesundheitsbezogenen Attitüden und Praktiken durch Unterricht verwendet hat : das "Inventory of points of view related to health" von LEONARD und HARTON. Auf eine Besprechung dieses Inventars muß verzichtet werden, da es nicht beschafft werden konnte. Nebenbei sei noch vermerkt, daß die Arbeit SUTTON's einen völlig unbrauchbaren "Versuchsplan" (one group prae-post-test) verwendet.

Erwähnenswert ist schließlich noch, für welche Altersstufen die referierten Skalen entwickelt worden sind. In den meisten Fällen handelt es sich um Schüler oder "students", die 16 Jahre und älter waren. Der Altersschwerpunkt dürfte insgesamt um 20 Jahre liegen.

Vergleicht man die Entwicklung für den Bereich der Skalierung gesundheitsbezogener Attitüden mit den MAYSHARK'schen Ergebnissen, so lassen sich quantitative und qualitative Übereinstimmungen erkennen. Vorausgesetzt, daß unsere Übersicht vollständig ist, fällt der nach wie vor geringe Output von Skalen auf. Im Einzelfall sind zwar methodische Fortschritte zu erkennen, auf das Ganze gesehen hat sich jedoch nichts geändert, wenn man die geschilderten Mängel in Betracht zieht.

Ganz unbefriedigend ist die Situation, was den Nachweis von Gültigkeit anbelangt. Die Mehrzahl der Verfasser gibt sich mit der logischen oder inhaltlichen Validität zufrieden. Versuche, die Skalierung gesundheitsbezogener Einstellungen aufgrund einer Einteilung relevanter Objekte systematisch vorzunehmen, sind im Berichtszeitraum nicht zu erkennen. Bemerkenswert ist auch das Ausbleiben von Arbeiten, die den Ausbau der vorhandenen Instrumente oder ihre Anwendung im Zusammenhang mit Effizienzprüfungen von Gesundheitserziehungsprogrammen zum Ziele gehabt hätten. Eine Benutzung der Skalen im Zusammenhang mit theoretischen Ansätzen fehlt völlig. Die wichtige Frage nach altersabhängigen Veränderungen spezifischer Attitüden ist, soweit wir sehen, nicht aufgegriffen worden.

4.0 Voruntersuchungen

Dem Vorhaben, gesundheitsbezogene Attitüden von Jugendlichen zu skalieren, muß die Kenntnis vorausgehen, ob und ggf. welche Vorstellungen die Zielgruppe von Aspekten der Gesundheit hat. Von Attitüden kann nur dann gesprochen werden, wenn die Existenz entsprechender Kognitionen wahrscheinlich gemacht werden kann. Damit ist zwar eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung erfüllt.

Auf drei verschiedenen Wegen soll das Ziel einer Vorabklärung erreicht werden :

- 1) Analyse der Gesundheitskonzepte Jugendlicher
- 2) Analyse der Präferenzen von Wertvorstellungen
- 3) Analyse von Gesundheitsproblemen in der Selbstwahrnehmung.

4.1 Gesundheitskonzepte Jugendlicher

Eine der einfachsten Möglichkeiten zu erfassen, welche Vorstellungen sich mit dem Wort "Gesundheit" verbinden, ist der Assoziationsversuch (zur Technik vgl. HILTMANN, 1964), PALERMO und JENKINS (1964) haben die auf das Stimuluswort "Gesundheit" assoziierten Reaktionen von Schülern der Klassen 8, 10 und 12 jeweils getrennt für die Geschlechter zusammengestellt (vgl. Tab. 1).

Auffällig an diesen Daten ist die vom Alter abhängige unterschiedliche Stärke der Kommunalitätsreaktionen. Für die jüngeren Schüler wird deutlicher als bei den älteren mit dem Stimulus "Gesundheit" das logische Gegenteil verbunden. Auch geschlechtsspezifische Differenzen scheinen sich anzudeuten. JENKINS, RUSSELL und SUCI (1958) haben mit Hilfe des semantischen Differentials die Konnotationen der Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit" bestimmt. Befragte Personen waren je 15 männliche und weibliche College-Studenten. Das Ergebnis zeigt die Tab. 2. Die vier statistisch bedeutsamen Unterschiede beziehen sich auf die Polaritäten "grausam-freundlich", "gut-schlecht", "schwach-stark" und "schön-häßlich". Offenbar differenzieren die Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit" am besten nach diesen Ergebnissen auf der Potenz- und Wertungsdimension.

Tab. 1 : Absolute Frequenzen von Assoziationen zum Stimulus-Wort "Gesundheit"
(Daten nach PALERMO und JENKINS, 1964)

Assoziationen	8. Klasse		Assoziationen	10. Klasse		Assoziationen	12. Klasse	
	m	w		m	w		m	w
krank; unwohl (sick)	61	55	krank; unwohl (sick)	37	34	krank; unwohl (sick)	41	38
Krankheit	32	35	Krankheit	29	34	Krankheit	22	38
gut; freundlich (good)	10	21	gut; freundlich (good)	18	26	gut; (good)	23	40
gut; wohl (well)	10	12	gut; wohl	7	14	gut; (well)	13	15
Arzt	6	18	Arzt	9	12	Arzt	16	7
krank; schlimm (ill)	6	11	Klasse	10	7	Reichtum	8	10
glücklich	4	7	glücklich	3	12	glücklich	8	7
schwach	10	1	Körper	6	6	krank (ill)	6	8
Körper	9	1	krank; schlimm (ill)	6	6	Körper	5	8
Nahrung	4	6	Nahrung	9	1	Glück	5	5
stark	5	4	stark	7	3	stark	9	1
Reichtum	4	3	Glück	3	6	Erste Hilfe	4	2
Glück (happiness)	1	4	Reichtum	3	3	Krankheit	4	2
Zustand (condition)	4	1	Schule	2	4	Leben	1	5
schlecht	2	2	Buch	2	3	Schule	3	2
sauber	3	1	Spaß, Freude (fun)	3	2	Spaß, Freude (fun)	4	0
Wissenschaft	3	1	Lehrer	3	1			
arm	1	3	kalt	2	2			
			lebendig	2	2			

Tab. 2 : Mittlere Einstufungen von "Gesundheit" und "Krankheit"
(Daten nach JENKINS, RUSSELL und SUCI, 1958)

	Gesundheit (\bar{X})	Krankheit (\bar{X})
1 grausam - freundlich	<u>5,27</u>	<u>2,03</u>
2 gekrümmt - gerade	4,33	3,03
3 männlich - weiblich	3,87	4,13
4 unzeitgemäß - zeitgemäß	4,73	2,67
5 aktiv - passiv	2,93	4,87
6 schmackhaft - ohne Geschmack	3,57	5,37
7 erfolglos - erfolgreich	5,67	2,60
8 hart - weich	3,77	3,20
9 klug - dumm	2,70	5,10
10 neu - alt	4,07	5,27
11 gut - schlecht	<u>1,97</u>	<u>6,30</u>
12 schwach - stark	<u>6,03</u>	<u>1,87</u>
13 wichtig - unwichtig	1,40	2,37
14 eckig - rund	4,22	3,70
15 ruhig - erregbar	3,27	3,83
16 falsch - wahr	5,67	3,83
17 farblos - farbig	4,67	2,87
18 gewöhnlich - ungewöhnlich	2,63	4,23
19 schön - häßlich	<u>2,57</u>	<u>5,87</u>
20 langsam - schnell	4,57	2,57

7-stufige Skala : niedrige Stufen links angeordnet.
Unterstrichene Mittelwerte unterscheiden sich signifikant.

Neben diesen Befunden, die an jüngeren Personen gewonnen worden sind und deshalb hier besonders interessieren, haben sich zahlreiche andere Autoren mit den Kognitionen von Laien über Gesundheit bzw. Krankheit befaßt (z.B. APPLE, 1960; BAUMAN, 1961; DICICCO und APPLE, 1960; FRANKE, 1967; PARSONS, 1967).

Welche Bedeutung die Kenntnis der Vorstellungen Jugendlicher zum Begriff "Gesundheit und Krankheit" für unseren Bericht hat, wurde einleitend bereits herausgestellt. Da uns keine Untersuchungen im deutschsprachigen Raum bekannt geworden sind - von der Arbeit FRANKE (1967) haben wir erst nach Abschluß dieser Studie Kenntnis erhalten - ergab sich zwangsläufig die Notwendigkeit einer Befragung. Als Methode der Befragung wurde die Technik der Satzergänzung gewählt, weil sie im Gegensatz zum Assoziationsverfahren den Vorteil hat, einen differenzierteren Einblick in die Vorstellungsinhalte zu gewinnen. Mit diesem Vorteil mußte freilich ein erheblich größerer Auswertungsaufwand in Kauf genommen werden. Nach einer gründlichen Literaturdurchsicht wurden für den Komplex Gesundheit und Krankheit je 10 Satzanfänge der folgenden Art formuliert :

"Ein gesunder Mensch hat meistens auch"

oder

"Krank ist man, wenn "

Die vollständige Liste der Stimuli findet sich im Anhang. Versucht man, inhaltlich alle Satzanfänge zu klassifizieren, so kann man sie Oberbegriffen wie Definitionen, positive und/oder negative Korrelate, Kompetenz, Diagnostik, Prophylaxe, Prevention, Komparation mit anderen Werten und Restitution unterordnen.

Die Satzanfänge wurden 2 Gruppen von Jugendlichen zum (schriftlichen) Ergänzen vorgelegt.

Die erste Erhebung - künftig mit P bezeichnet - umfaßte 93 Schüler. Die Verteilung von Geschlecht und Schultyp geht aus der folgenden Zusammenstellung hervor :

Tab. 3 : Probanden der Erhebung P

Geschlecht	Schultyp			Total
	VS	MS	OS	
Männlich	13	9	12	34
Weiblich	14	18	27	59
Total	27	27	39	93

Die Schüler der Gruppen waren zwischen 15 und 18 Jahre alt. Sie beantworteten sämtliche 20 Fragen.

Die Schüler der Gruppe D (vgl. Tab. 4), 14 Jahre und älter, hatten nur die 10 Fragen zu beantworten, die sich auf Gesundheit bezogen.

Tab. 4 : Probanden der Erhebung D

Geschlecht	VS	MS	OS	Berufs- schule	Berufs- Fach-S	Kranken- pfleger-S	Total
Männlich	11	9	17	9	8	-	54
Weiblich	7	4	15	9	7	12	54
Total	18	13	32	18	15	12	108

Verglichen mit P ist die Gruppe D heterogener zusammengesetzt.

P und D dürfen daher nicht als Parallelgruppe angesprochen werden.

Das reichhaltige Material galt es getrennt nach den einzelnen Stimuli a posteriori zu klassifizieren. Bis zu maximal 7 Kategorien, die mitunter notwendigen Residualkategorien nicht einbezogen, mußten pro Satzanfang entwickelt werden, um der Fülle der in den Aussagen enthaltenen Gesichtspunkte gerecht zu werden. Wichtig erscheint hier der Hinweis, daß die inhaltliche Klassifikation aufgrund aller Aussagen zu einem Item (Frage) entwickelt wurde. Ein Item-übergreifendes System wurde zwar versucht, ließ sich schließlich aber nicht verwirklichen. Gleiche Kategorien finden sich bei mehreren Fragen : zu denen treten jeweils spezifische, d.h. nur in einer Frage auftauchende Kategorien. Zur Orientierung über die Art der Aussagen wird auf den folgenden Seiten das Klassifikationssystem vorgestellt.

Inhaltsanalytisches Auswertungssystem für die Satzergänzungen (Gesundheit, Krankheit)

A. Gesundheit

Legende : Die nachfolgenden Kategorienbezeichnungen betreffen das Material D und das Material P (Gesundheit). Falls einzelne Kategorien oder Unterkategorien nur bei einem der beiden Materialien vorkommen, ist dies vermerkt.

Item 1 : Ein gesunder Mensch hat meistens auch ...

Kategorie 1 : Günstige Stimmungslage
(gut gelaunt, glücklich, fröhlich)

Kategorie 2 : Positive Eigenschaften beim Umgang mit Mitmenschen, Beliebtheit
(nett, angenehmer Zeitgenosse, hilfsbereit, gut)

Kategorie 3 : VITALITÄT und LEISTUNGSKRAFT

A. Merkmale eines vitalen Menschen
(vital, kräftig, frisch und munter, aufgeweckt)

B. Sport und Bewegungsfreude
(sportlich, bewegungsfreudig)

C. Arbeits- und Leistungsfähigkeit
(arbeits-, leistungsfähig, fleißig)

Kategorie 4 : Intellektuelle Fähigkeiten
(geistig auf der Höhe, intelligent, normal geistig veranlagt)

Kategorie 5 : GESUNDHEIT - KRANKHEIT

- A. Gesundheit konzipiert als Fehlen von Krankheit und Schmerz und als Fehlen der Nachteile, die eine Krankheit hat (normal, widerstandsfähig, nicht so anfällig)
- B. Resultate der Gesundheit (u.a. Lebensdauer) (nicht so dick; länger am Leben; in der Lage, gut zu essen)
- C. Körperpflege und Hygiene (fehlt bei P) (gepflegt, hygienisch, sauber)

Kategorie 6 : Lebensweise, gesundheitsgerechtes Verhalten (fehlt bei P) (interessiert an Gesundheit, informiert über Krankheiten, vernünftig, vorsichtig)

Residualkategorie : (dumm, gesund, bei der Bundeswehr, krank etc.)

Item 2 : Wer gesund ist, kann ...

Kategorie 1 : Allgemeine Lebensfreude (an der Welt freuen, zufrieden sein, glücklich, gut lachen)

Kategorie 2 : VITALITÄT und LEISTUNGSKRAFT

- A. Arbeits- und Leistungsfähigkeit (arbeiten, viel leisten, viel erreichen, besser behaupten)
- B. Sportliche Betätigung (Sport treiben, körperlich betätigen)

Kategorie 3 : Uneingeschränkte und genußvolle Lebensgestaltung (frei leben, schöner leben, viel unternehmen, Leben genießen, verreisen etc.)

Kategorie 4 : GESUNDHEIT - KRANKHEIT

- A. Gesundheit konzipiert als Fehlen von Krankheit und Schmerz und als Fehlen der Nachteile, die eine Krankheit mit sich bringt (sorgenfrei leben, sich gesund erhalten, nicht krank sein)
- B. Lebensdauer, Lebenserwartungen (länger leben, alt werden)

Kategorie 5 : Soziales Verhalten (Hilfsbereitschaft) (fehlt bei P) (kranken Menschen helfen, anderen helfen)

Residualkategorie : Gott danken

em 3 : Einen gesunden Menschen erkennt man vor allem an ...

Kategorie 1 : Äußere Körpermerkmale
(rote Backen, frisches Aussehen, am Äußeren, an der Haltung)

Kategorie 2 : VITALITÄT und LEISTUNGSKRAFT

A. Vitalität und Leistungsfähigkeit
(Tatendrang, Lebenskraft, Elastizität, Eifer, Art)

B. Sportliche Betätigung
(Sportlichkeit)

Kategorie 3 : Ausdruck einer ausgeglichenen, positiven Stimmungslage
(Zufriedenheit, froher Gesichtsausdruck, Lebensfreude, gute Laune)

Kategorie 4 : Lebenseinstellung, Lebensweise (fehlt bei P)
(seiner Lebenseinstellung, Lebensart)

Kategorie 5 : Soziales Verhalten (Hilfsbereitschaft)
(Hilfsbereitschaft, Verhalten gegenüber Mitmenschen)

Residualkategorie : (an allem möglichen etc.)

em 4 : Gesunde Leute sind nur selten ...

Kategorie 1 : Ungünstige Stimmungslage
(mürrisch, gereizt, schlechter Laune, pessimistisch)

Kategorie 2 : GESUNDHEIT - KRANKHEIT

A. Gesundheit konzipiert als Fehlen von Krankheit und Schmerz
und als Fehlen der Nachteile, die eine Krankheit mit sich
bringt
(krank, anfällig, beim Arzt, schwächlich, labil)

B. Mangelnde Abhebung von Kranken (fehlt bei P)
(von anderer Wesensart als Kranke, weniger mürrisch als Kranke)

Kategorie 3 : Globale, weniger zutreffende Charakterisierung eines Gesunden
(dick, klein, reich, schlecht, Trinker)

Kategorie 4 : Mangelnde Aktivität (fehlt bei D)
(faul, Stubenhocker, bei Veranstaltungen teilnahmlos)

Kategorie 5 : Begründung für die Seltenheit der Gesundheit
(weil die meisten nicht verstehen, ihren Körper gesund zu erhalten;
denn wir leben heute im Wohlstand etc.)

Residualkategorie : (im Kino, allein, Ärzte etc.)

Item 5 : Um gesund zu bleiben, muß man vor allem ...

Kategorie 1 : LEBENSWEISE

- A. Gesundheitsgerechtes Verhalten
(viel an die frische Luft gehen, gesund leben, sich pflegen)
- B. Befolgung ärztlicher Anweisungen und Regeln (fehlt bei P)
(Gesundheitsregeln beachten, sich an Regeln halten,
Gesundheitserziehung betreiben)
- C. Gesunde Ernährung
(gesund essen, richtig ernähren, ordentlich essen)

Kategorie 2 : PROPHYLAXE und SCHUTZMASSNAHMEN

- A. Medizinische Prophylaxe
vorbeugen, regelmäßig zum Arzt gehen, impfen lassen)
- B. Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten
(auf Gesundheit achten, sich schützen, vorsichtig sein)

Kategorie 3 : Sportliche Betätigung
(Sport treiben, in Form halten, körperliche Ertüchtigung)

Kategorie 4 : KÖRPERPFLEGE und VERSTÄNDNIS FÜR KÖRPERFUNKTIONEN

- A. Hygienische Maßnahmen
(täglich waschen, Zähne putzen, Körperpflege betreiben;
etwas von Gesundheit verstehen)

Residualkategorie : (fehlt bei P)

Item 6 : Gesundheit ist ganz allgemein ...

Kategorie 1 : Gesundheit als unabdingbare Voraussetzung, Notwendigkeit,
Wichtigkeit und Vorzug
(lebensnotwendig, großer Vorteil, erforderlich, wichtig)

Kategorie 2 : Gesundheit als positiver Wert
(etwas Schönes, das Beste, hohes Gut)

Kategorie 3 : GESUNDHEIT - KRANKHEIT

- A. körperliches Wohlbefinden
(Wohlbefinden, ausgeglichener körperlicher Zustand)
- B. Gesundheit konzipiert als Fehlen von Krankheit und Schmerzen
und als Fehlen der Nachteile, die eine Krankheit mit sich bringt
(ohne Schmerzen, körperliches Intaktsein, besser als Krankheit)

Kategorie 4 : Gesundheit als Normalzustand
(natürlich, selbstverständlich, üblich)

Kategorie 5 : Körperpflege und Hygiene (fehlt bei D)

Residualkategorie : (bei beiden)

Item 7 : Als gesunder Mensch hat man den Vorteil ...

Kategorie 1 : VITALITÄT und LEISTUNGSKRAFT

- A. Arbeits- und Leistungsfähigkeit
(daß man arbeiten kann, mehr leisten kann, jeden Beruf ausüben kann)
- B. Merkmale eines vitalen Menschen (fehlt bei D)
(voller Energie, körperlich fit, sportlich voraus)

Kategorie 2 : Uneingeschränkte und genußvolle Lebensgestaltung
(alles mitmachen können; das tun können, wozu man Lust hat;
mehr unternehmen können)

Kategorie 3 : GESUNDHEIT - KRANKHEIT

- A. Gesundheit konzipiert als Fehlen von Krankheit und Schmerz
und als Fehlen der Nachteile, die eine Krankheit hat
(keine Schmerzen haben, nicht im Bett liegen müssen,
nicht körperlich behindert sein)
- B. Lebensdauer
(länger leben, alt werden)

Kategorie 4 : Soziales Verhalten (Hilfsbereitschaft)
(fehlt bei P)

Residualkategorie : (nur bei P)

Item 8 : Gesundheit ist stets wichtiger als ...

Kategorie 1 : Reichtum, Geld
(Reichtum, Geld, Wohlstand)

Kategorie 2 : Beschäftigung, Leistung
(Arbeit, Beruf, Intelligenz, gute Schulleistungen)

Kategorie 3 : Äußere Attribute
(Kleidung, Schönheit, Aussehen)

Kategorie 4 : Uneingeschränkte und genußvolle Lebensgestaltung, Lebensgenüsse
(Luxus, Alkoholgenuß, größtes Vergnügen, bequemes Leben)

Kategorie 5 : Krankheit
(Krankheit)

Kategorie 6 : Globale Aussage : "alles andere"
(alles andere, irgend etwas anderes, andere Dinge)

Residualkategorie : (bei P und D)

Item 9 : Gesundheit heißt vor allem ...

Kategorie 1 : Gesundheitsgerechtes Verhalten
(gesund leben, viel schlafen, sich pflegen)

Kategorie 2 : VITALITÄT und LEISTUNGSKRAFT

A. Merkmale eines vitalen Menschen
(bei Kräften, sein, fit sein, lange leben)

B. Leistungsfähigkeit
(arbeiten können, leistungsfähig sein, Erfolg haben)

Kategorie 3 : Gesundheit konzipiert als Fehlen von Krankheit und Schmerz
und als Fehlen der Nachteile, die eine Krankheit hat
(keine Krankheitskeime mit sich tragen, wohlauf sein,
sich nicht krank fühlen)

Kategorie 4 : Ausgeglichene Stimmungslage, Lebensfreude
(zufrieden sein, glücklich sein, lebensfroh sein)

Kategorie 5 : Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten
(auf sich aufpassen, sich vor Krankheiten schützen,
körperliche Schäden vermeiden)

Kategorie 6 : Unternehmungsfreiheit
(mehr vom Leben haben, frei sein, Unternehmungsfreiheit besitzen)

Residualkategorie : (bei P und D)

Item 10 : Kranke werden am schnellsten gesund, wenn ...

Kategorie 1 : Eigener Wille, eigene Hoffnung auf Genesung
(ans Gesundwerden denken, festen Willen haben, daran glauben,
selbst mithelfen)

Kategorie 2 : Expertenkonsultation, ärztliche Hilfe
(zum Arzt gehen, richtige ärztliche Behandlung haben,
man sie in die Klinik überweist)

Kategorie 3 : LEBENSWEISE

- A. Befolgung von ärztlichen Anordnungen und Regeln
(ärztliche Anordnungen befolgen, Medizin einnehmen,
Arzt gehorchen)
- B. Gesundheitsgerechtes Verhalten; gesunde Ernährung
(richtig leben, gesund leben, sich schonen)

Kategorie 4 : Pflege
(gepflegt werden, gut behandelt werden, sich pflegen)

Kategorie 5 : Allgemeine günstige äußere und innere Bedingungen für
die Gesundheit
(in frischer Luft sein, Medizin haben, sich auf etwas freuen
können, im Bett bleiben)

Residualkategorie : (nur bei D)

B. Krankheit

Legende : Betrifft Material P (Krankheit)

Item 1 : Krank ist man, wenn ...

Kategorie 1 : Verminderte Funktionsfähigkeit des Körpers; körperlicher Schaden
(Körper verletzt oder angegriffen; ein Organ nicht mehr
funktioniert; Körper nicht fähig ist, richtig zu arbeiten)

Kategorie 2 : Arbeitsunfähigkeit
(nicht fähig, zur Arbeit zu gehen, alle Pflichten tun zu können)

Kategorie 3 : Krankheit konzipiert als mangelndes Gesundsein
(Gesundheitsdefizit)
(nicht gesund; nicht wohlfühlen; nicht gutgehen)

Kategorie 4 : ANZEICHEN und BEGLEITERSCHEINUNGEN von KRANKHEITEN

- A. Allgemeine Symptome, Beeinträchtigung des Befindens
(elend fühlen, krank fühlen, zu nichts Lust haben,
Symptome zeigen sich)
- B. Spezielle Symptome
(kein Appetit, Grippe, Fieber, Schmerzen)

Residualkategorie : (Hunger hat, normal ist)

Item 2 : Das Schlimmste an einer Krankheit ist ...

Kategorie 1 : KRANKHEIT ALS GEFAHRENMENT

- A. Todesgefahr
- B. Unheilbarkeit
(wenn man nicht weiß, ob man wieder gesund wird; wenn man nicht wieder gesund wird; wenn man eine unheilbare Krankheit hat)
- C. Schädigung des Körpers, Gefahr der Ausbreitung der Krankheit (auftretende Schäden; daß sie sich verschlimmern kann; Auswirkung auf den Menschen; Gefahr des Übergreifens auf andere Organe)

Kategorie 2 : ANZEICHEN und BEGLEITERSCHEINUNGEN von KRANKHEITEN

- A. Allgemeine Symptome und unangenehme Begleiterscheinungen von Krankheiten
(ihre Wirkung ertragen zu müssen; Ansteckung; Schlaptheit; Rückfallmöglichkeit)
- B. Spezielle Symptome
(Fieber, Schmerzen, wenn man nicht schlucken kann)

Kategorie 3 : EINGESCHRÄNKTHEIT der AKTIVITÄT, ABHÄNGIGKEIT

- A. Eingeschränktheit durch Bettlägerigkeit und Abhängigkeit von Dritten
(Hilflosigkeit, Bettlägerigkeit)
- B. Eingeschränktheit durch Dauer der Krankheit und fehlende Abwechslung
(Dauer, Langeweile)
- C. Beeinträchtigung von Pflichten
(daß man nicht in die Schule gehen kann; daß man seine Pflichten nicht erfüllen kann)

Residualkategorie :

Item 3 : Daß man krank ist, merkt man zuerst ...

Kategorie 1 : ANZEICHEN und BEGLEITERSCHEINUNGEN von KRANKHEITEN

- A. Allgemeine Symptome, Beeinträchtigung des Befindens
(Müdigkeit, Schwachheit, Leistungsabfall, Übelkeit, Unlust)
- B. Spezielle Symptome
(Auftreten bestimmter, krankheitsbedingter Körperreaktionen, Krankheitssymptome)
(Schüttelfrost, Fieber, Schnupfen, Husten, am Kopf, an den Augen, am Abbau)

Kategorie 2 : Krankheit konzipiert als mangelnde Gesundheit
(Gesundheitsdefizit)
(nicht wohlfühlen; wenn ein Körper nicht mehr richtig arbeitet)

Residualkategorie : (unbewußt, meistens nicht, wenn die Krankheit ausbricht)

Item 4 : Wenn man krank ist, kann man nicht ...

Kategorie 1 : Krankheit konzipiert als mangelnde Gesundheit
(Gesundheitsdefizit)
(gesund ist; das vollbringen kann, was ein Gesunder tut;
so leben kann wie ein Gesunder)

Kategorie 2 : Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit
(die Schule besuchen, arbeiten, alle Organe beanspruchen)

Kategorie 3 : Beeinträchtigung von Sport und Spiel
(Fußball spielen, schwimmen, Sport treiben)

Kategorie 4 : Abgeschlossenheit vom öffentlichen Leben, Gebundenheit ans Haus
(an die frische Luft gehen, spaziergehen, hinaus gehen,
an die Öffentlichkeit treten)

Kategorie 5 : Beeinträchtigung der freien, uneingeschränkten Lebensweise
(an allen Vergnügungen teilnehmen, alles betreiben,
auf die Pauke hauen, sich frei bewegen)

keine Residualkategorie I

Item 5 : Kranke Menschen sind meistens auch ...

Kategorie 1 : BEEINTRÄCHTIGUNG der STIMMUNGS-
LAGE

A. Negativ bewertete Gestimmtheit (Vorwurfkomponente)
(mürrisch, launenhaft, schlechter Laune, unfreundlich,
unleidlich)

B. Deprimiertheit
(nicht glücklich, betrübt, bedrückt)

Kategorie 2 : SCHWÄCHE und HILFSBEDÜRFTIGKEIT

A. Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit
(bettlägerig, an den Arzt gebunden, behindert, hilfsbedürftig)

B. Müdigkeit, Geschächtheit, Gebrechlichkeit
(geschwächt, müde, gebrechlich)

Kategorie 3 : Bemitleidung
(zu bedauern, arm dran, arme Menschen)

Residualkategorie.

Item 6 : Krankheit ist nicht so schlimm wie ...

Kategorie 1 : Tod

Kategorie 2 : Schwere körperliche Behinderungen, unheilbare Krankheiten
(Lähmung, Blindheit, Gehirnstörungen, Unheilbarkeit)

Kategorie 3 : Bestimmte Zustände und Eigenschaften : schlechte Persönlichkeitseigenschaften, mangelnde geistige Leistungsfähigkeit, schlechte Stimmungslage
(Geldsucht, Dummheit, Verzweiflung, unglücklich sein)

Kategorie 4 : Schulprobleme
(in die Schule gehen zu müssen, zwei Arbeiten pro Tag, schlechte Noten)

Kategorie 5 : Drohungen und Gefahren
(Unglück, Verbrechen, Krieg, Hunger, Durst, Kälte, Armut)

Residualkategorie.

Item 7 : Kranksein bedeutet in erster Linie ...

Kategorie 1 : Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, Schulausfall
(aus der Schule weg sein, leistungsunfähig sein, nicht am Arbeitsplatz erscheinen können)

Kategorie 2 : Beeinträchtigung der normalen, uneingeschränkten Lebensweise
(nicht tun können, was man will; auf seine Vergnügungen verzichten müssen, Langeweile)

Kategorie 3 : VORSCHLÄGE zur WIEDERHERSTELLUNG der GESUNDHEIT

- A. Eigenaktivität des Kranken bei der Wiederherstellung der Gesundheit
(auf sich achten, daß man bald wieder gesund wird; Gesundheitsschaden beheben; Abwehrkampf des Körpers unterstützen)
- B. Bettruhe, Schlaf, Schonung
(schlafen, sich schonen, ruhen)

Kategorie 4 : Hilfs- und Pflegebedürftigkeit
(gepflegt werden, Hilfe beanspruchen muß; unbeholfen sein, zum Arzt gehen muß)

Kategorie 5 : SYMPTOME und BEGLEITERSCHEINUNGEN von KRANKHEITEN

- A. Körperliche Schwäche und Beeinträchtigung
(nicht im Vollbesitz der Kräfte, körperlich schwach, physische Schwierigkeiten)
- B. Spezielle Symptome und Ursachen
(Fieber, Krankheitserreger im Blut)

Kategorie 6 : Krankheit konzipiert als mangelnde Gesundheit
(Gesundheitsdefizit)
(nicht in der Reihe sein, nicht wohlfühlen, nicht gesund sein)

Kategorie 7 : Finanzielle Probleme
(Lohnausfall, Geldausgaben)

Residualkategorie : (gesund sein, nicht genügend Vitamine genommen zu haben)

Item 8 : Krankheit hat manchmal den Vorteil ...

Kategorie 1 : ENTLASTUNG von BESTIMMTEN AUFGABENBEREICHEN

A. Arbeits- und Schulausfall

(nicht arbeiten braucht, nicht zur Schule muß, keine Arbeit schreiben muß, von schwerer Arbeit entlastet wird, seine Pflichten nicht zu erfüllen braucht)

B. Entlastung von unangenehmen Verpflichtungen und Aufgaben

(manchen Verpflichtungen ausweichen kann; nicht tun muß, was man nicht will; Unerwünschtes versäumen kann; unangenehme Dinge erspart bleiben)

Kategorie 2 : Sozialer und emotionaler Krankheitsgewinn
(gute Pflege, mitfühlende Reaktion der Umwelt):
(verwöhnt werden, besonders freundlich behandelt wird, Besuch bekommt)

Kategorie 3 : Erholung, Schlaf, Ruhe
(man sich erholen kann; ausspannt; daheim bleiben kann; im Bett bleiben kann)

Kategorie 4 : Finanzieller Vorteil
(Geld bekommt, ohne zu arbeiten; Rente bekommt)

Residualkategorie

Item 9 : Kranke Menschen sind meistens nicht ...

Kategorie 1 : Beeinträchtigte Arbeits- und Leistungsfähigkeit
(arbeitsfähig, arbeitsfreudig, leistungsfähig, im Vollbesitz der Kräfte)

Kategorie 2 : Krankheit konzipiert als mangelnde Gesundheit
(Gesundheitsdefizit)

A. "nicht gesund"

B. Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes durch mangelnde Widerstandsfähigkeit
(abgehörtet, widerstandsfähig)

- C. Unfähigkeit, das Bett zu verlassen
(imstande aufzustehen; in der Lage, das Bett zu verlassen)

Kategorie 3 : BEEINTRÄCHTIGUNG der STIMMUNGS-LAGE

- A. Negativ bewertete Gestimmtheit, Ich-zentrierte Haltung
(sehr freundlich, höflich, ansprechbar; empfänglich für
Probleme anderer; gut aufgelegt für Probleme anderer)
- B. Depressivität; fehlende Persönlichkeit und Lebensfreude
(zufrieden, lebhaft, fröhlich, glücklich)

Residualkategorie.

Item 10 : Wenn man krank ist ...

- Kategorie 1 : Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; allgemeine Symptome
und Begleiterscheinungen von Krankheiten
(ist man reizbar, geht es einem schlecht, ist einem alles egal,
ist man müde)

Kategorie 2 : BEEINTRÄCHTIGUNG des NORMALEN KÖRPERZUSTANDES
und der NORMALEN AKTIVITÄTEN

- A. Beeinträchtigung durch Angegriffenheit des Körpers
(ist man im Abwehrstadium; kann man sich leicht erkälten;
hat man Fieber; kann man sich nichts zumuten, was die
Krankheit erhöht)
- B. Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen
Arbeits- und Leistungsfähigkeit
(kann man nicht arbeiten; kann man nicht in die Schule
gehen; wird die Leistungskraft vermindert)
- C. Beeinträchtigung durch Bettlägerigkeit
(liegt man im Bett; muß man im Bett bleiben; ist man
ans Bett gebunden)
- D. Beeinträchtigung der normalen Lebensweise
(hat man nicht viel Unterhaltung; muß man sich danach
richten; kann man nicht tun, was man will; kann man
nicht trinken)

- Kategorie 3 : Abhängigkeit vom Arzt, Pflegebedürftigkeit
(muß man gepflegt werden; ist man auf die Hilfe anderer
angewiesen; braucht man den Arzt)

- Kategorie 4 : Eigener Wille, eigene Aktivität zur Heilung
(versuchen, wieder gesund zu werden; möchte man bald wieder
gesund werden; muß man sich so verhalten, daß man wieder
gesund wird)

Kategorie 5 : Ruhebedürfnis
(braucht der Körper Ruhe; muß man sich schonen;
schläft man viel und gern)

Kategorie 6 : Krankheit kanzipiert als mangelndes Gesundsein
(Gesundheitsdefizit)
(nicht wohlfühlen, nicht gesund sein, schwächer als normal sein)

Kategorie 7 : Sozialer und emotionaler Krankheitsgewinn
(läßt man sich gern bedauern; bekommt man alles, was
man wünscht)

Residualkategorie.

Die Aussagen der Vpn wurden in die jeweils am besten zutreffenden Kategorie eingeordnet. Weil die Aussagen nicht mehrfach verschlüsselt wurden, ergänzen sich die relativen Häufigkeiten auf den Wert 1,00. Um die Objektivität der Einstufung in das Kategoriensystem zu prüfen, hatten zwei unabhängig arbeitende Beurteiler die Aufgabe, 10 aus dem Material D zufällig herausgezogene Protokolle zu kodieren. Als grobes Maß für die Bestimmung des Grades der Objektivität wurde die mittlere prozentuale Übereinstimmung zwischen den beiden Beurteilern berechnet. Es ergab sich eine durchschnittliche Übereinstimmung von 84%, was genügt, um die Objektivität der Kodierung begründet zu behaupten.

Für jede einzelne Kategorie pro Satzanfang wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten ermittelt. Die Ergebnisse sind aus den Abbildungen 1 bis 10 zu entnehmen. Auf der Ordinate sind die relativen Frequenzen für jedes Geschlecht gesondert aufgetragen, auf der Abszisse die itemspezifischen Kategorien. Aus den Abbildungen wird ersichtlich, welches die modalen Reaktionen sind.

Eine Zusammenfassung der signifikanten Häufigkeitsunterschiede zwischen den Geschlechtern innerhalb der Gruppen D und P für jede Kategorie pro Item enthält die Tabelle 5.

Vergleicht man die modalen Reaktionen zwischen den Gruppen D und P für den Bereich Gesundheit, so zeigen sich neben Übereinstimmungen auch beträchtliche Unterschiede. Gerade die Unterschiede deuten auf die Existenz verschieden

Tab.: Signifikante Häufigkeitsunterschiede (Z-Werte) zwischen den Geschlechtern, getrennt nach Stichproben (D und P), Aufgaben (Satzanfängen) und Auswertungskategorien

Kategorien	1		2		3		4		5		6	
	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P
Aufgaben												
1	1,79	3,83 ⁺⁺	-	-	2,07 ⁺	2,73 ⁺⁺	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	1,95	-	1,80	2,06 ⁺	-	-	-	-
3	-	1,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	1,66	-	-	-	-	-	2,00 ⁺	-	-	-	-
5	1,63	2,00 ⁺	-	-	-	1,70	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	1,90	-	2,33 ⁺⁺	2,08 ⁺	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	2,14 ⁺	-	-	2,20 ⁺	-	-	-	4,27 ⁺⁺	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	2,20 ⁺	-	-	-	-	-	-

+ $p \leq .05$
 ++ $p \leq .01$

Graphische Abbildungen

Satzergänzungsaufgaben :

- A. Gesundheit (Stichproben DIVO und PAHL)
- B. Krankheit (Stichprobe PAHL)

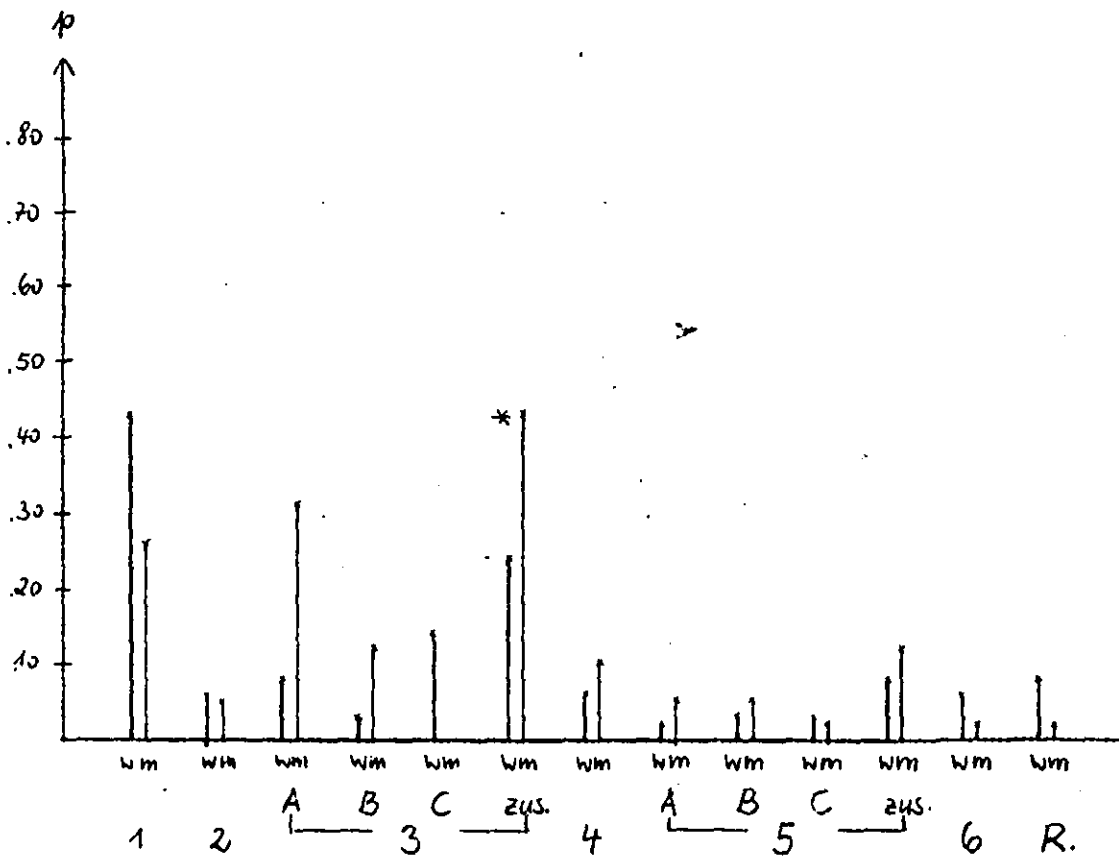
Legende :

Abszisse : Aufgabenspezifische Kategorien
(vgl. Auswertungssystem)

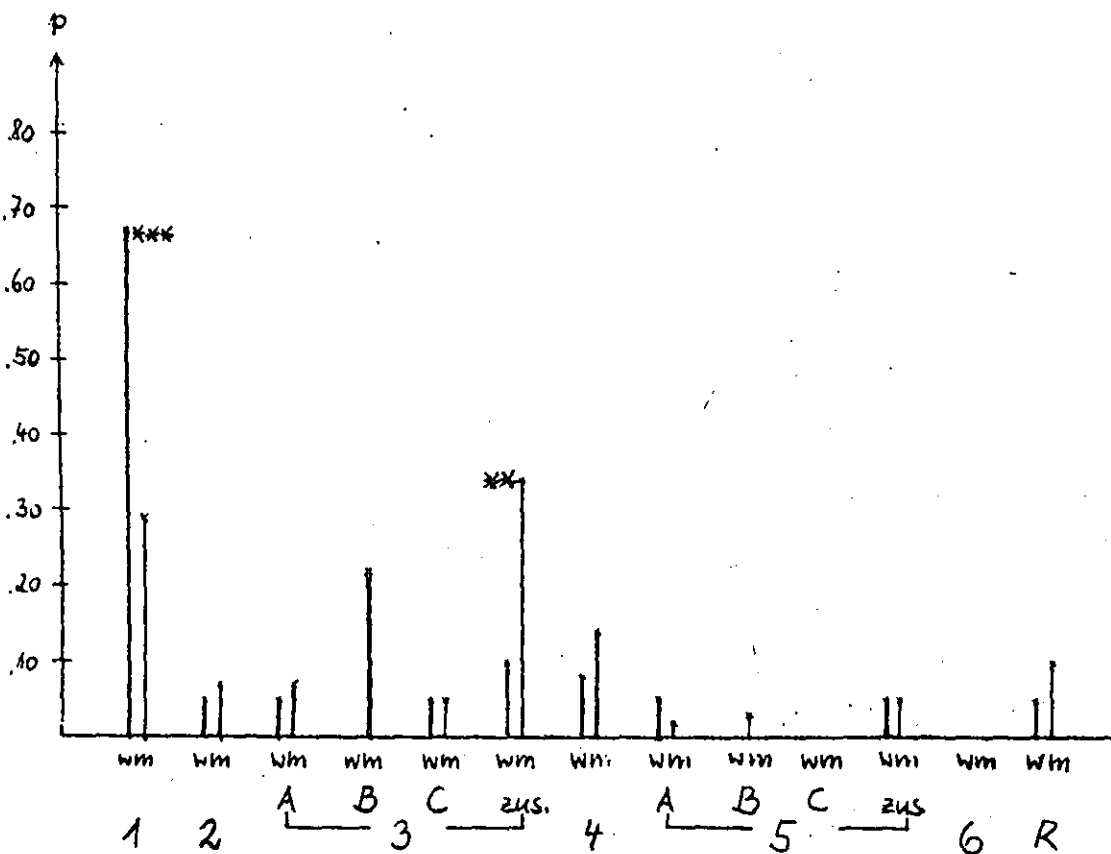
Ordinate : Relative Häufigkeit des Vorkommens
getrennt nach männlichen und weiblichen
Probanden

+ bzw ++ Geschlechtsspezifische Häufigkeits-
unterschiede

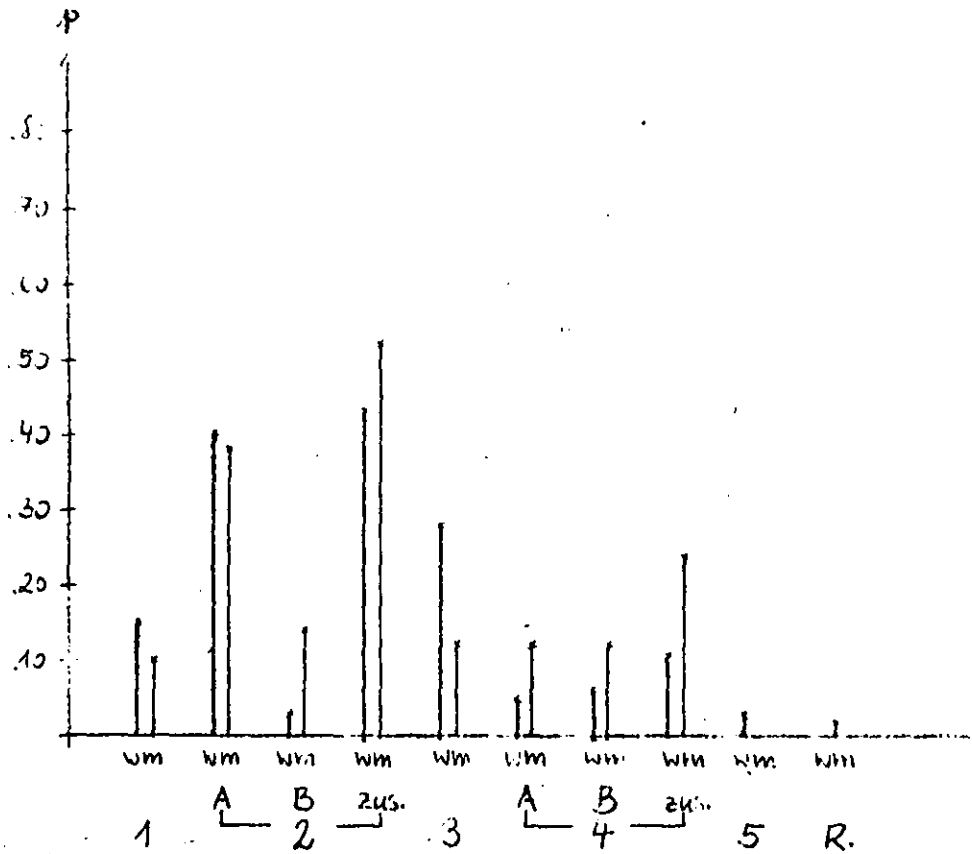
Item 1: "Gesundheit" (DIVO)



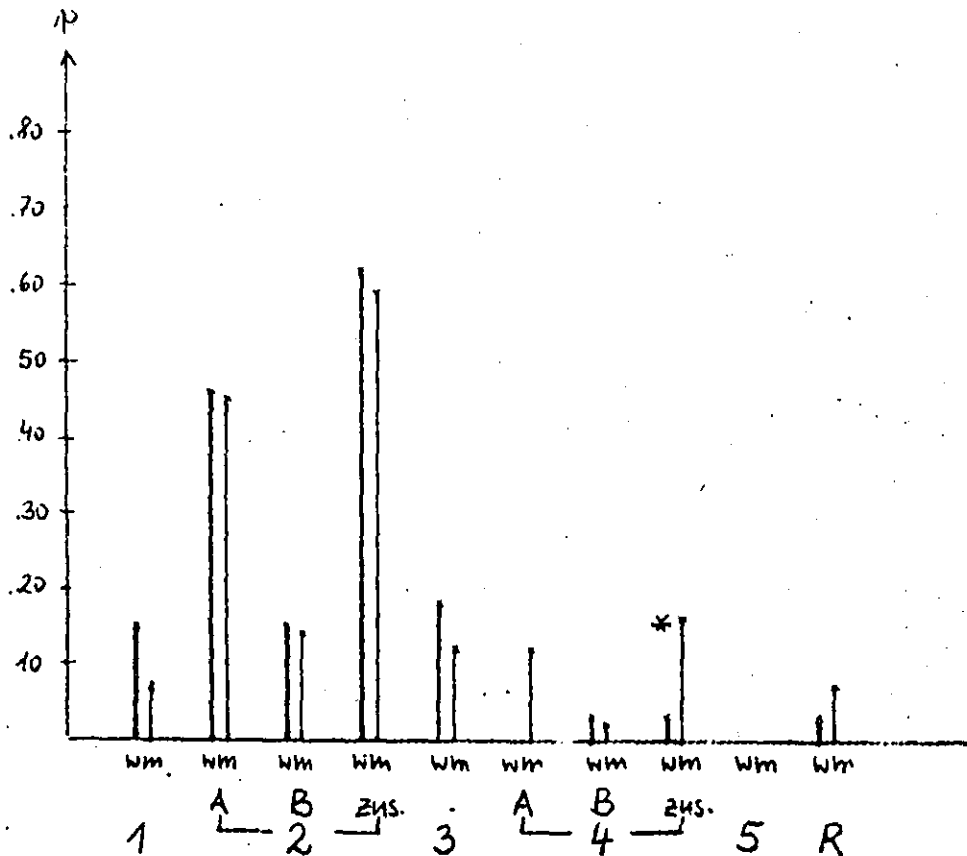
Item 1: "Gesundheit" (PAHL)



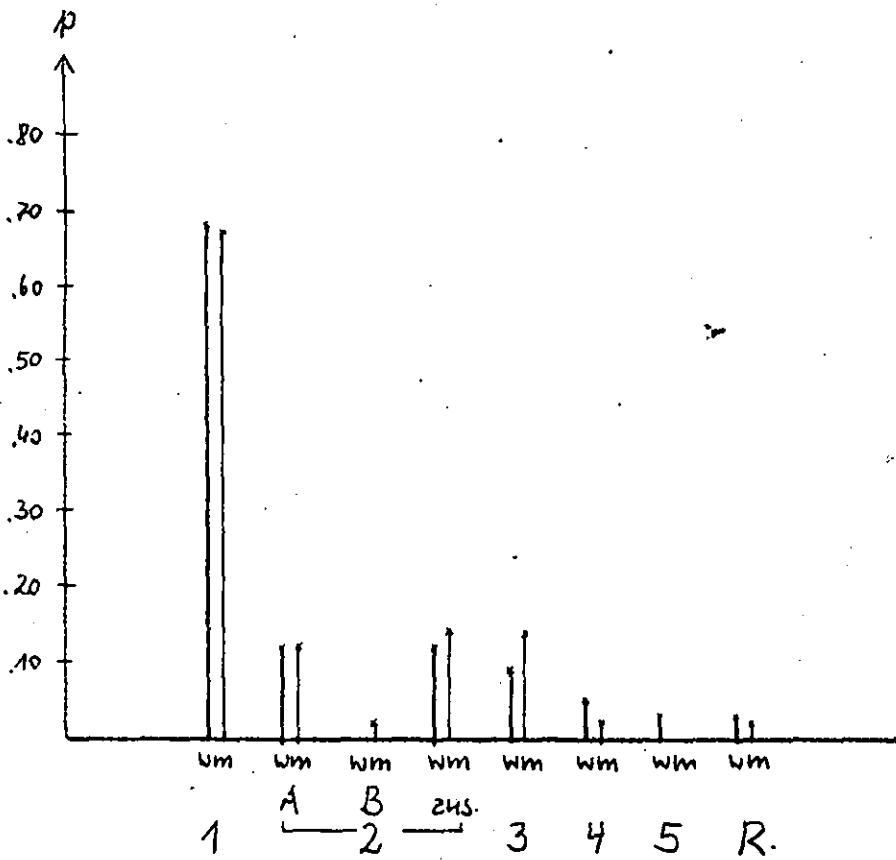
Item 2: "Gesundheit" (DIVO)



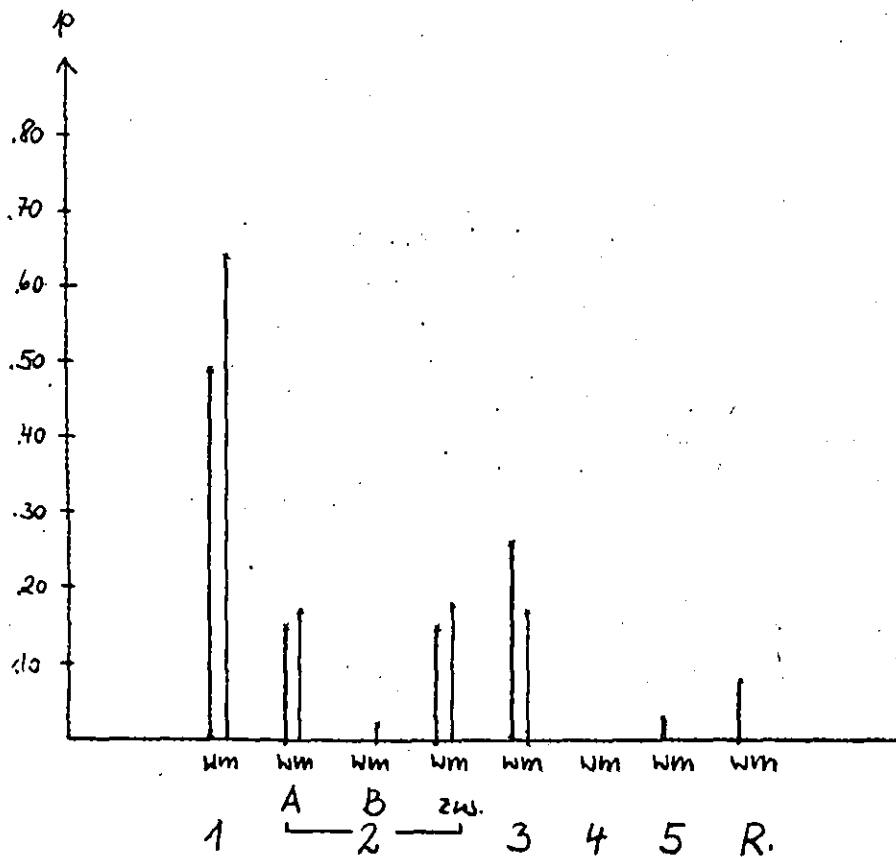
Item 2: "Gesundheit" (PAHL)



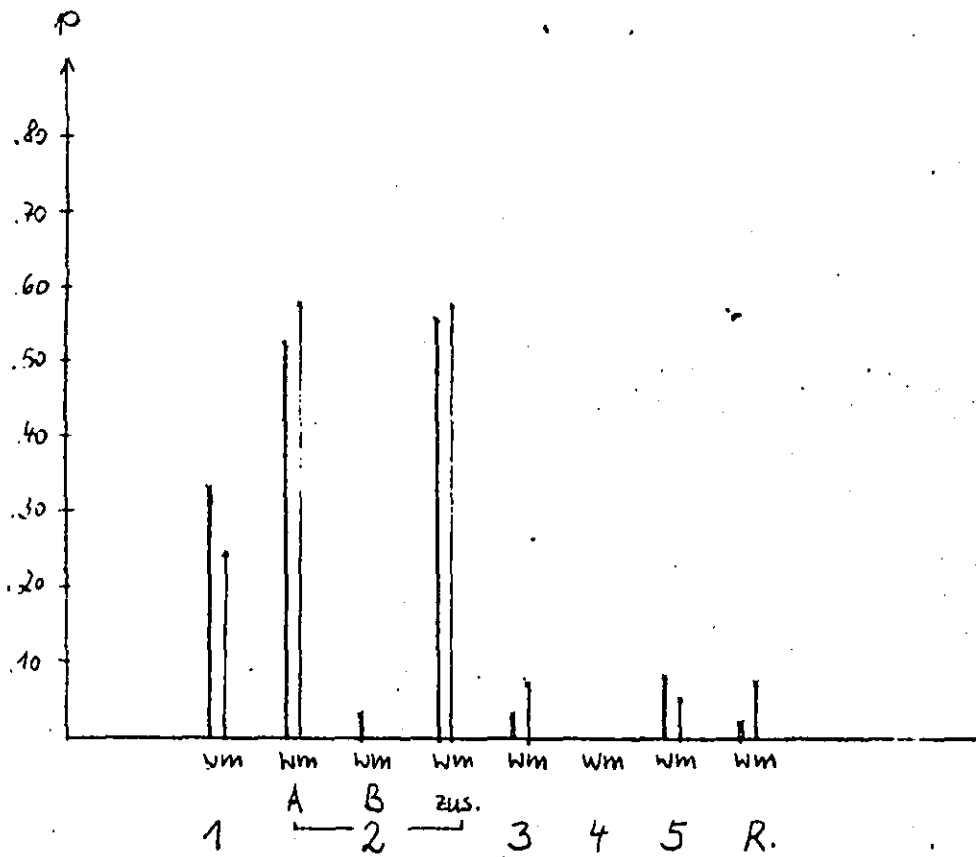
Item 3: "Gesundheit" (DIVO)



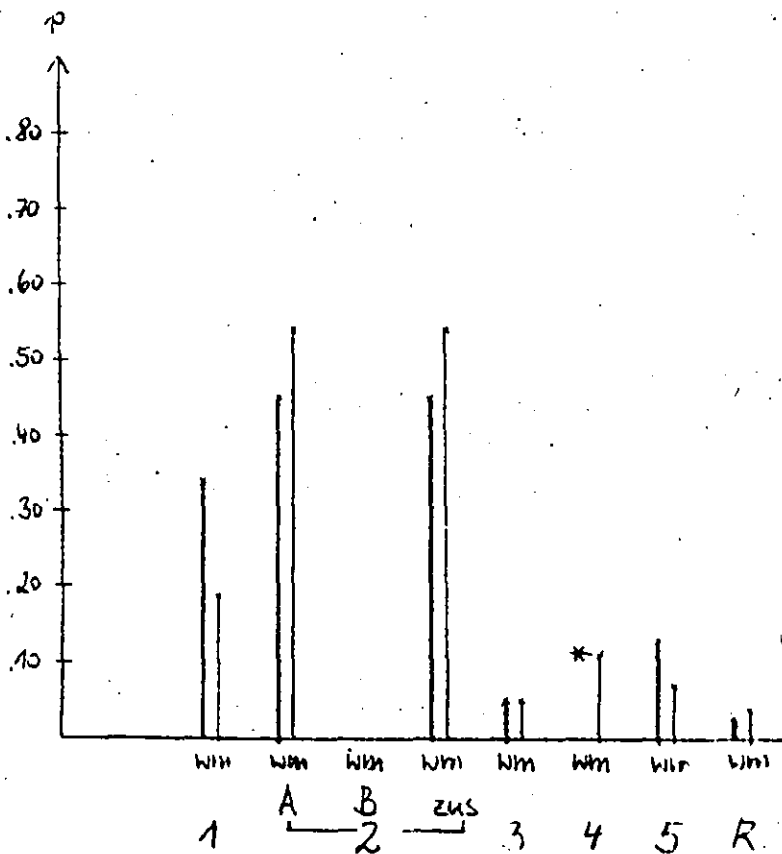
Item 3: "Gesundheit" (PAHL)



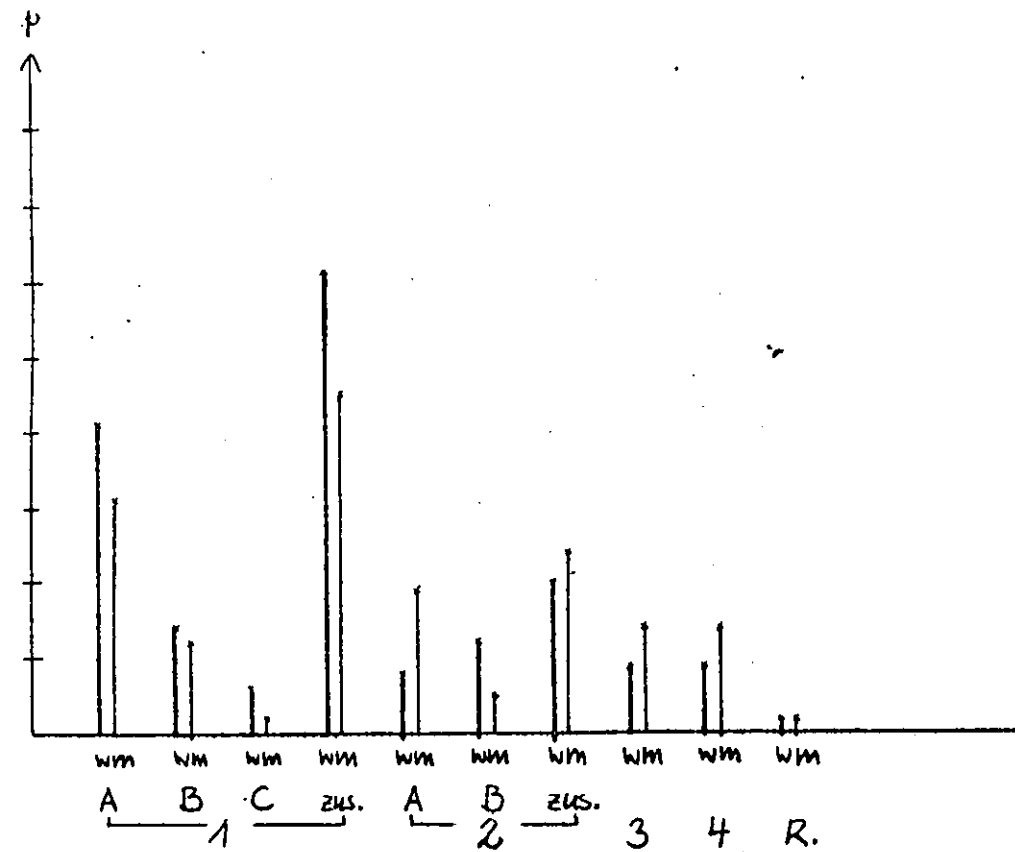
Item 4: "Gesundheit" (Divo)



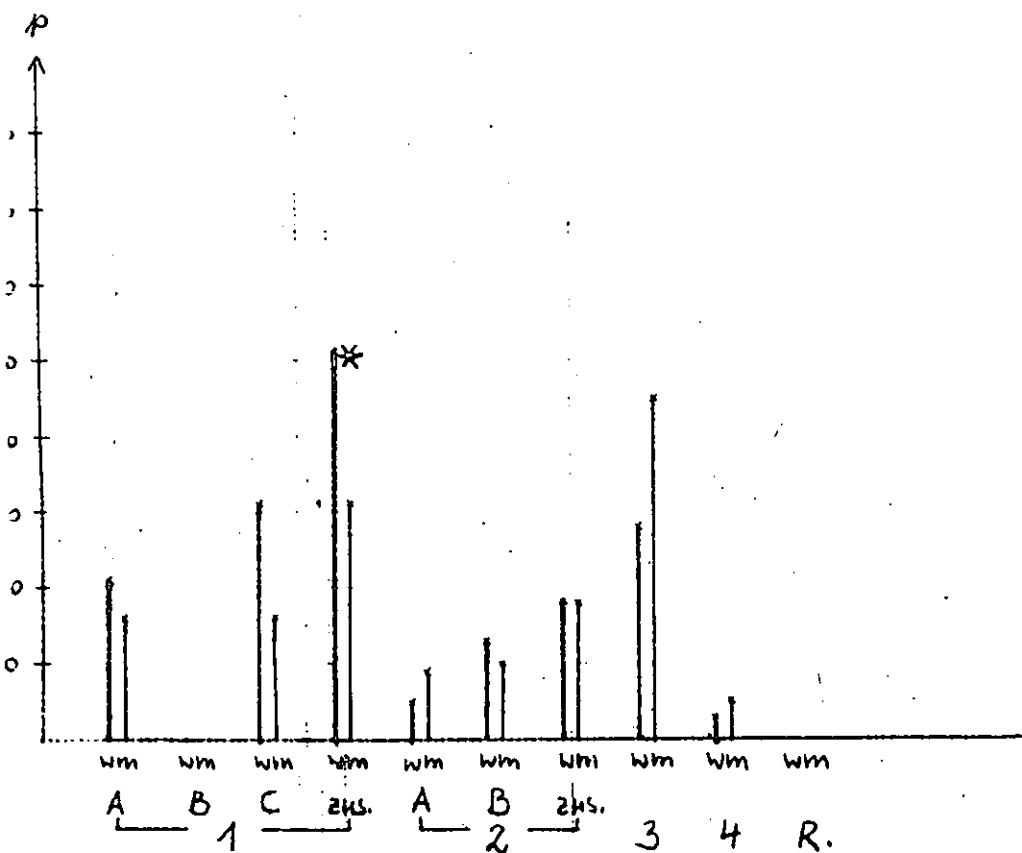
Item 4: "Gesundheit" (PAHL)



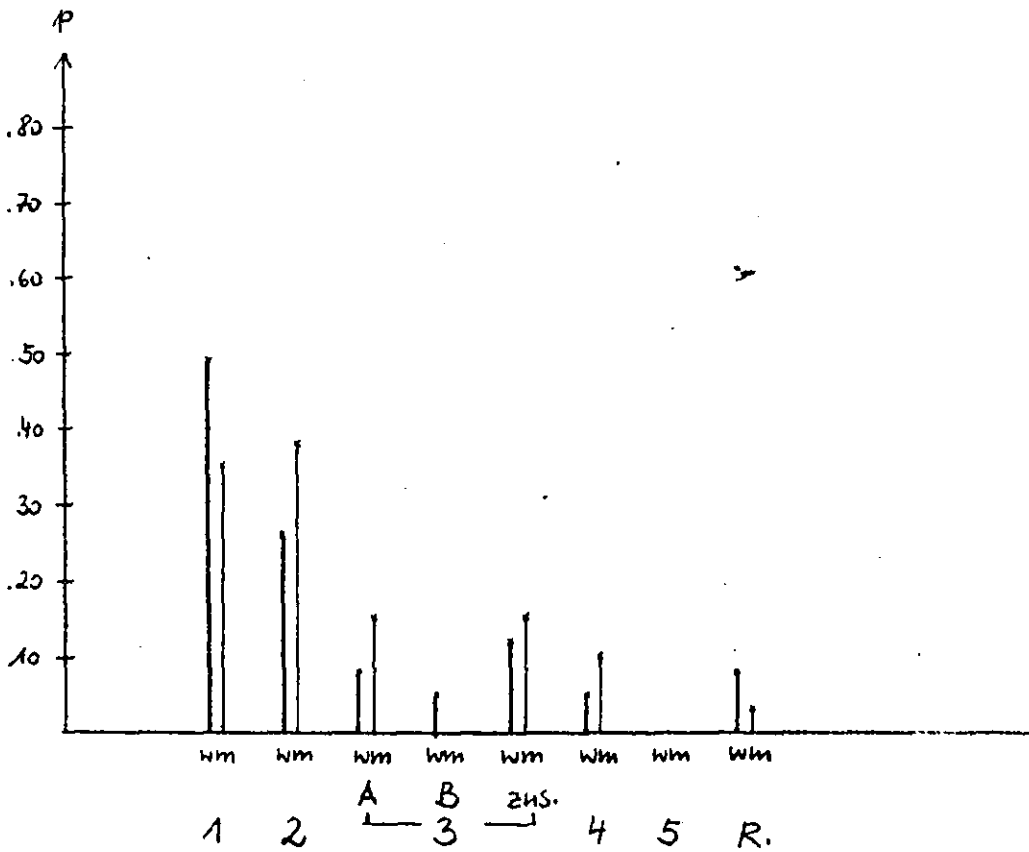
m 5. "Gesundheit" (DIVO)



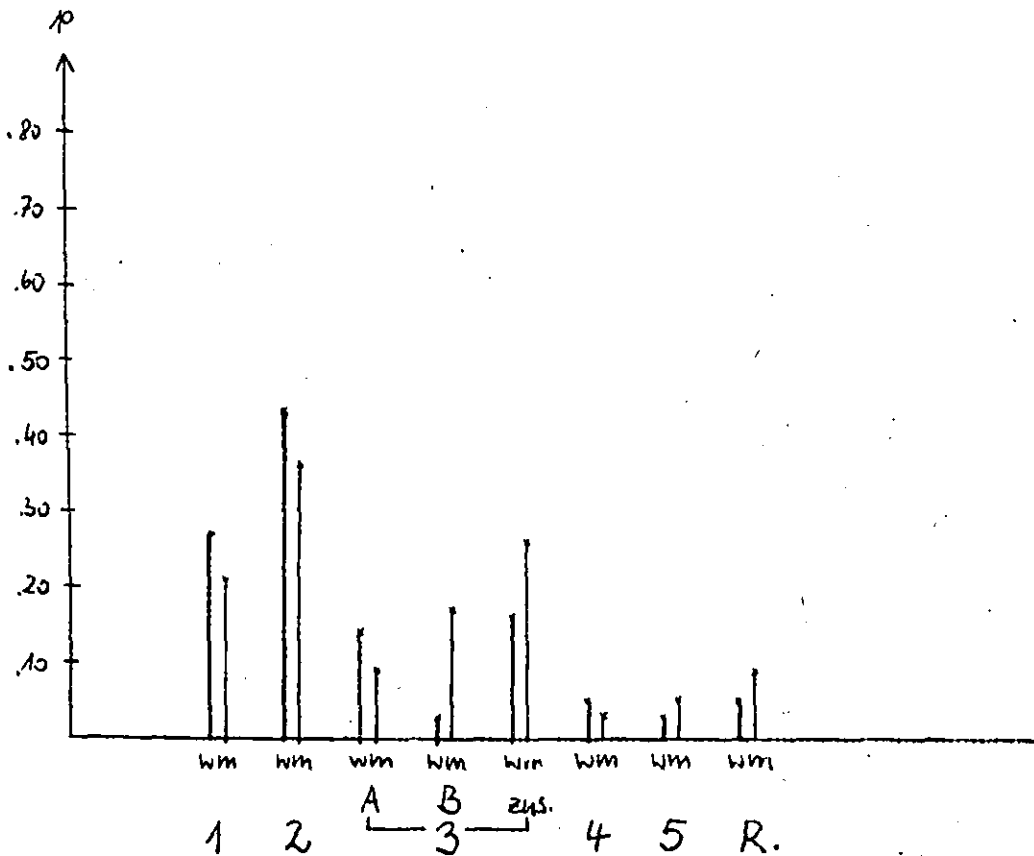
m 5: "Gesundheit" (PAHL)



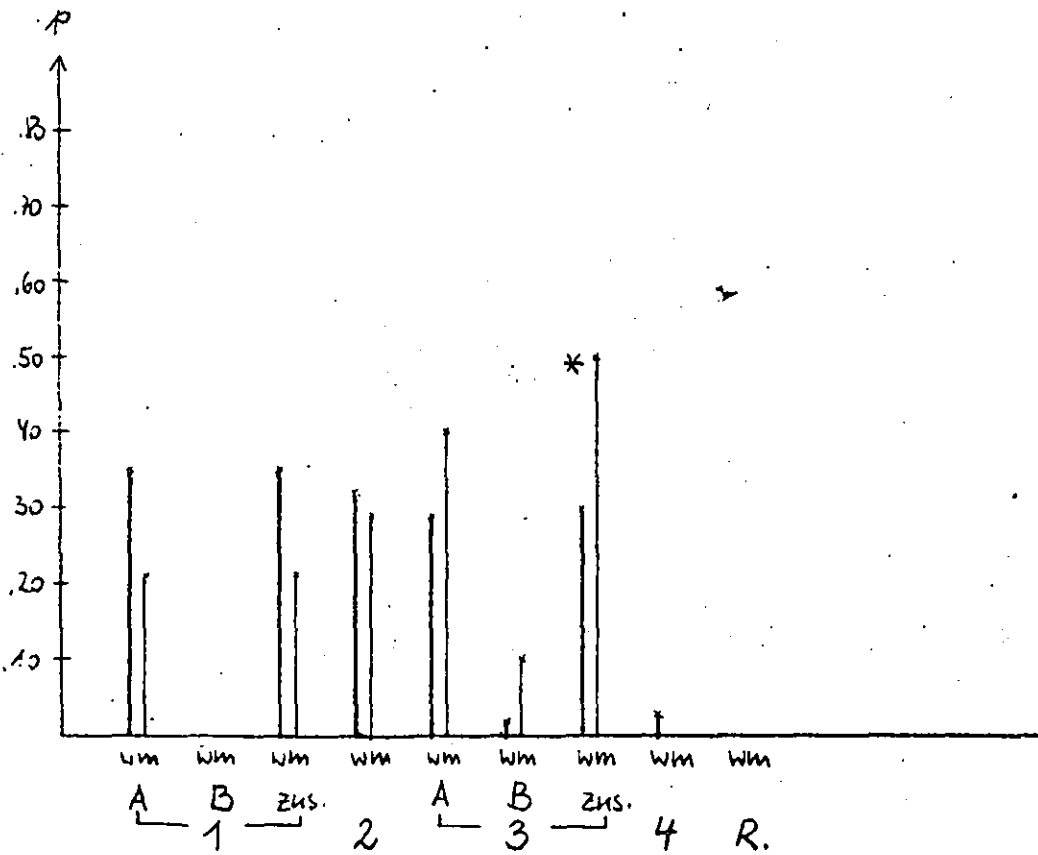
Item 6: "Gesundheit" (DIVO)



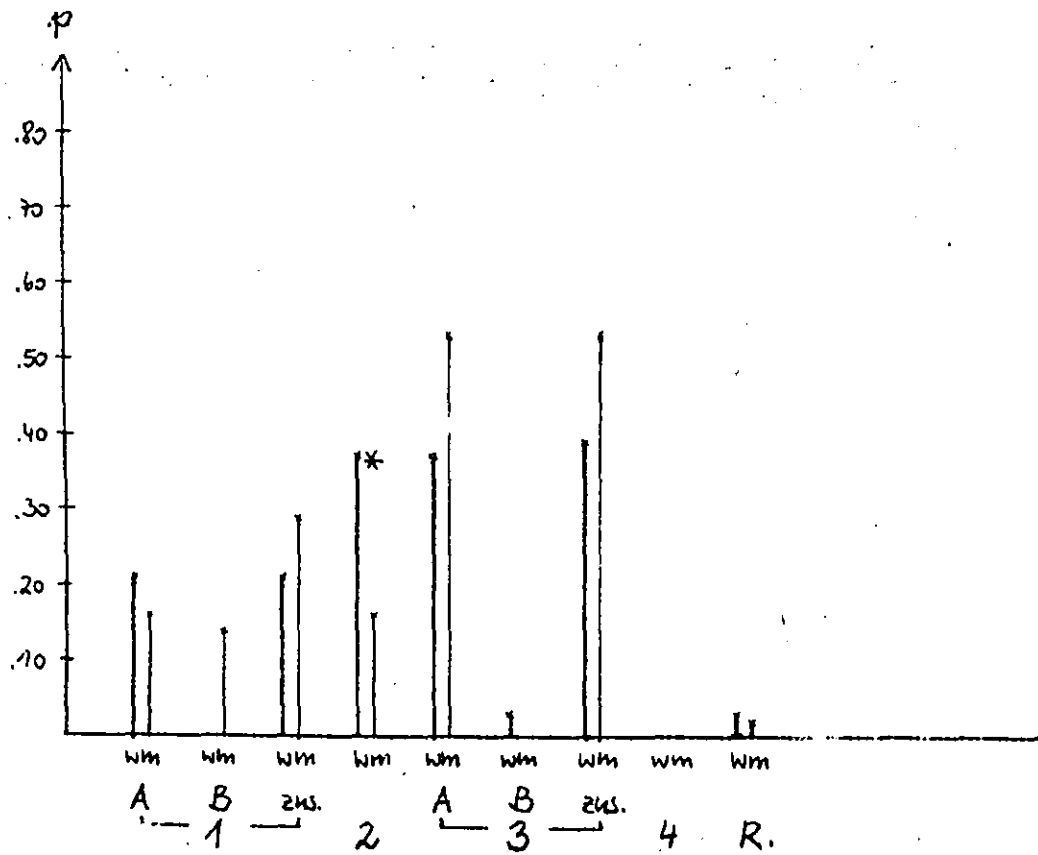
Item 6: "Gesundheit" (PAHL)



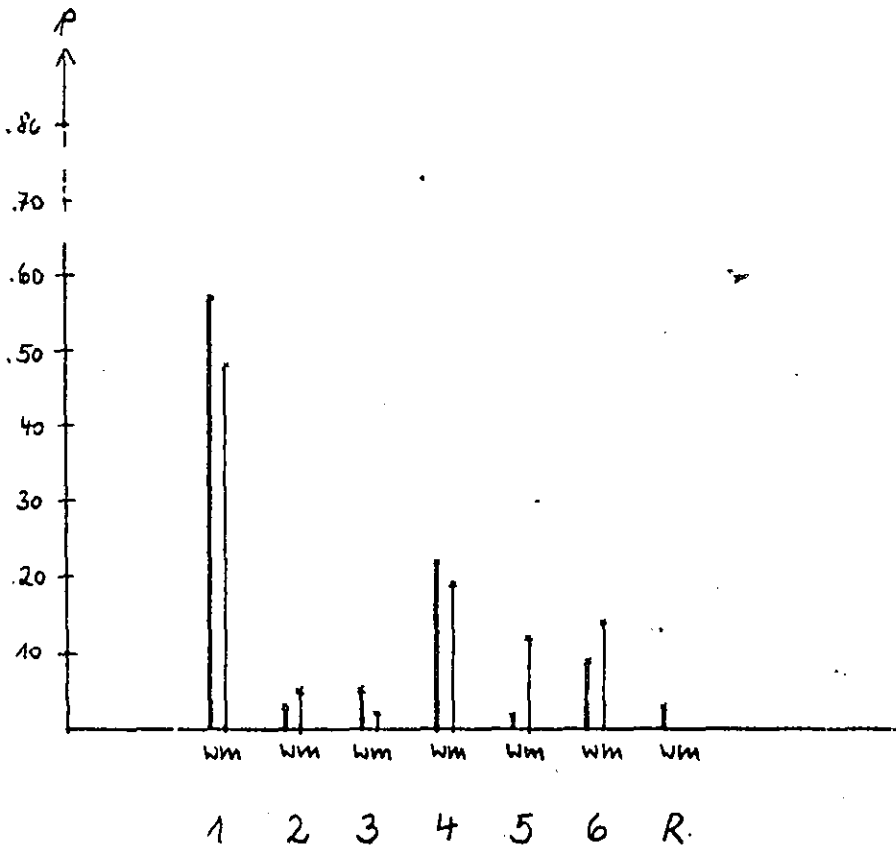
Item 7: "Gesundheit" (DIVO)



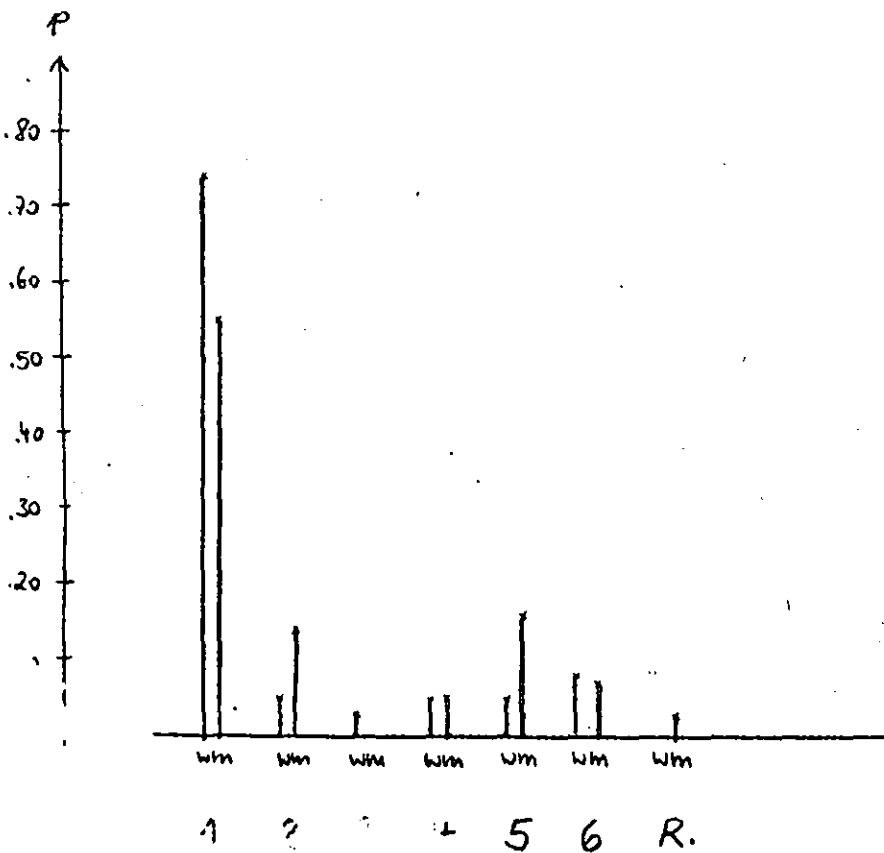
Item 7: "Gesundheit" (PAHL)



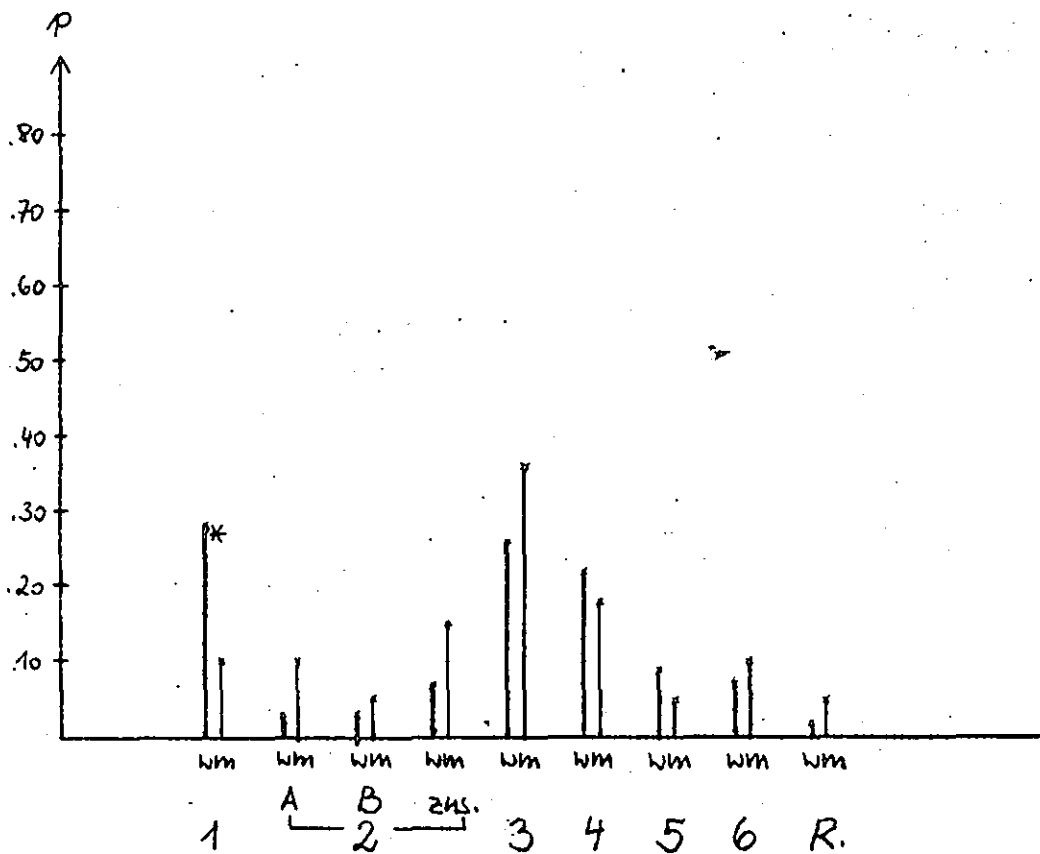
Item 8: "Gesundheit" (Divo)



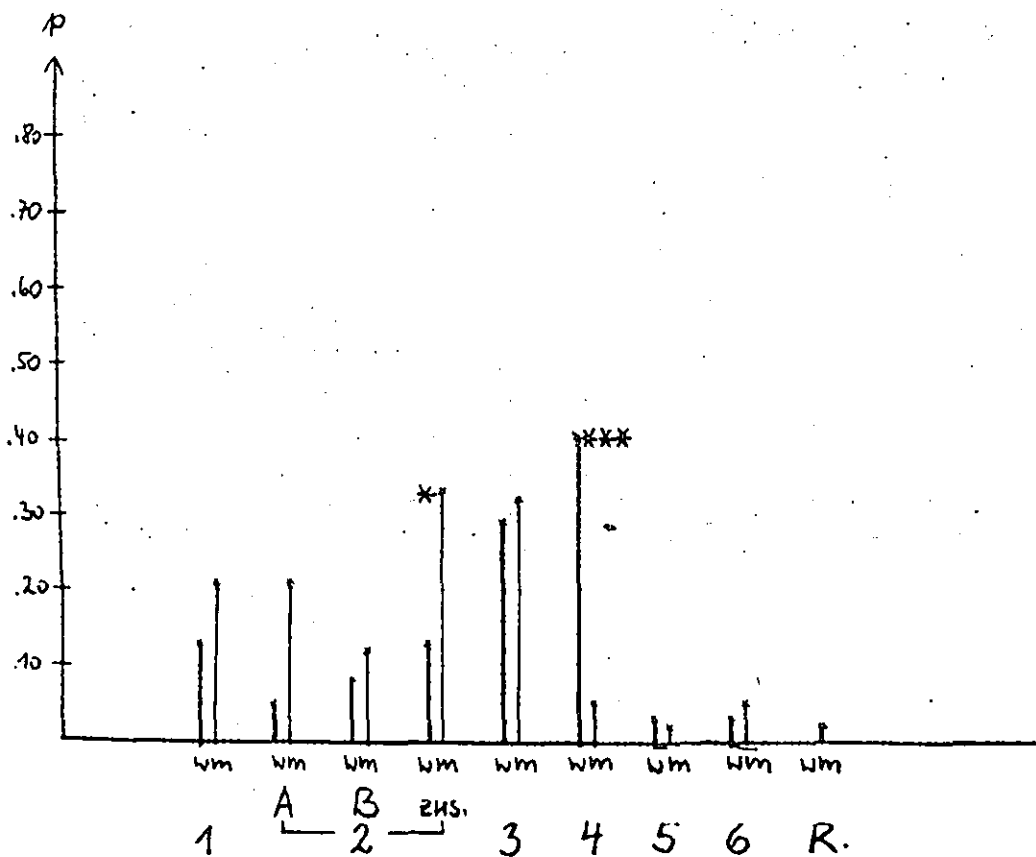
Item 8: "Gesundheit" (PAHL)



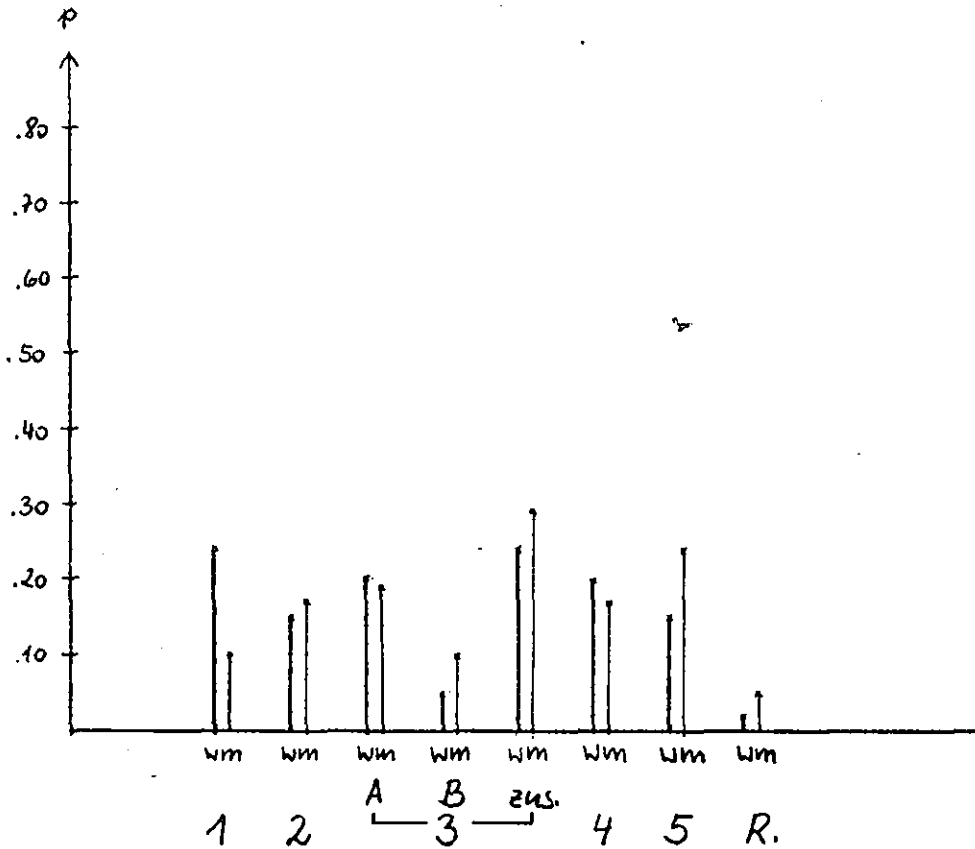
Item 9: "Gesundheit" (DIVO)



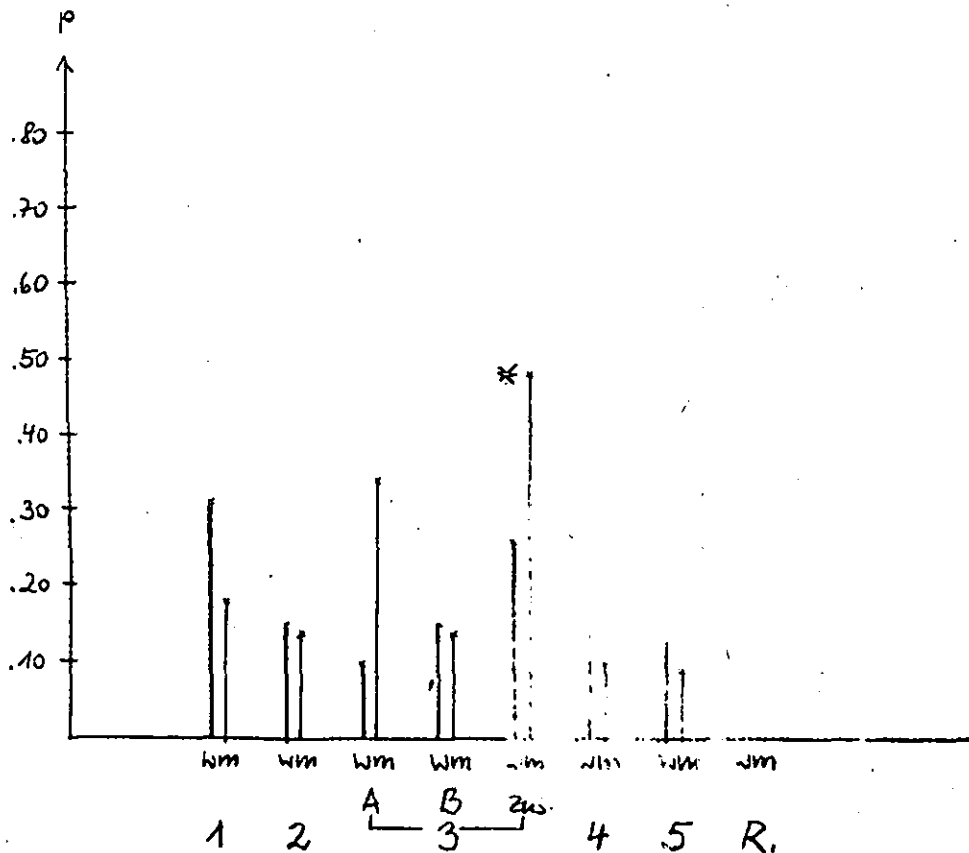
Item 9: "Gesundheit" (PAHL)



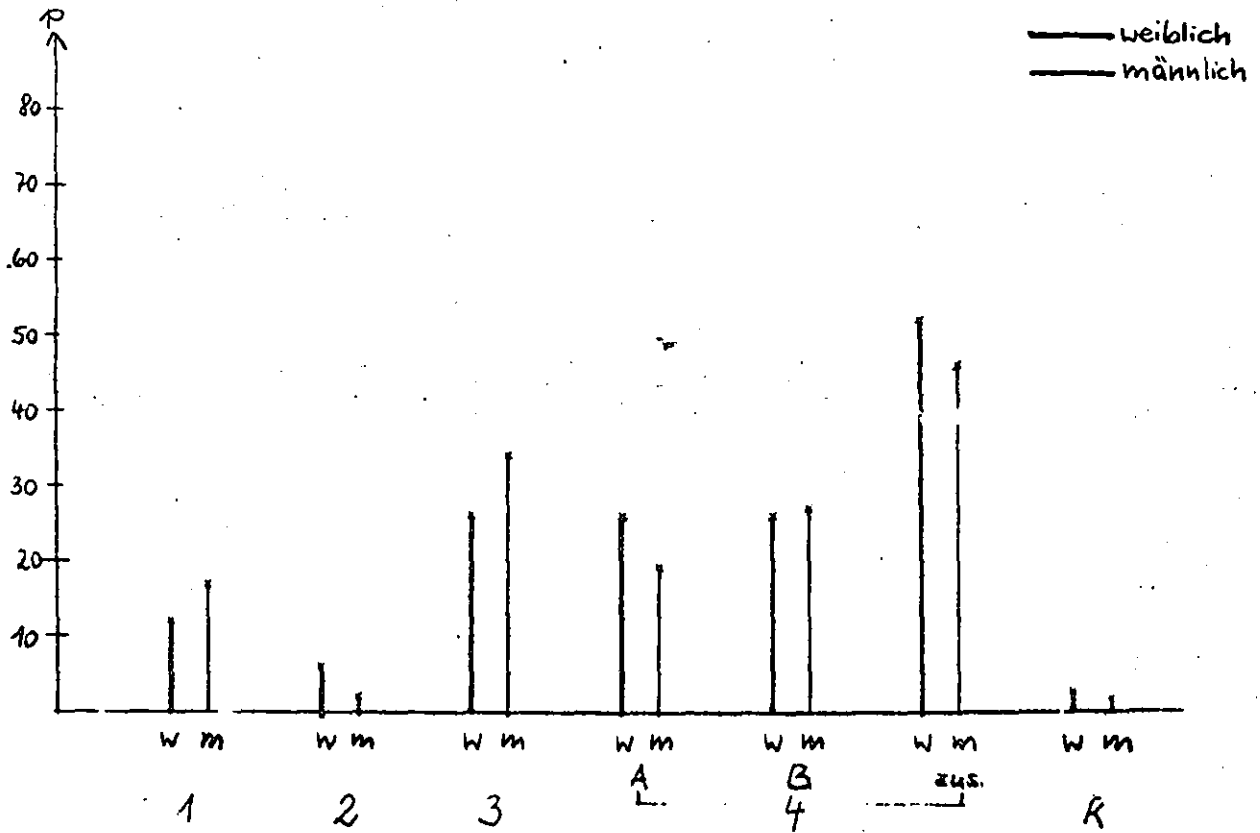
Item 10: "Gesundheit" (DIVO)



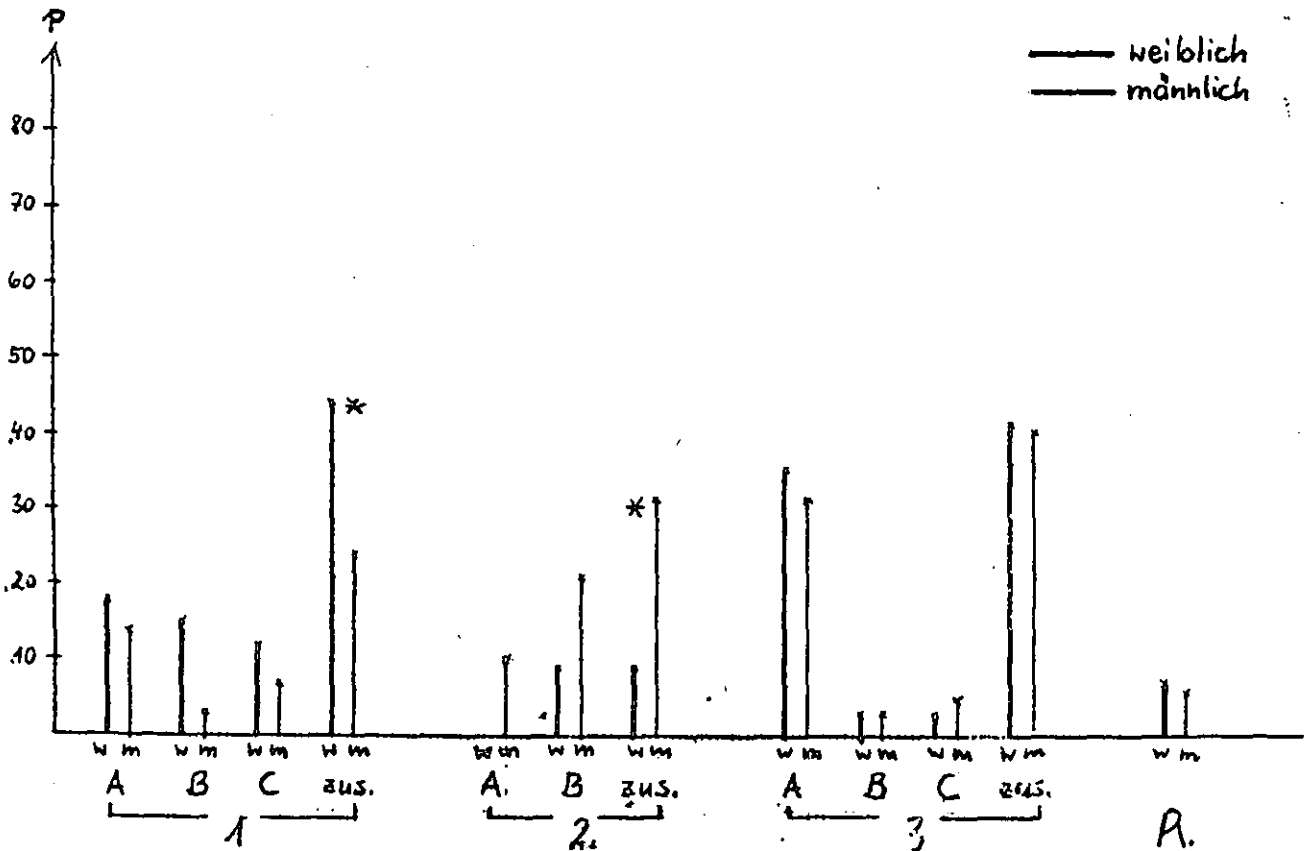
Item 10: "Gesundheit" (PAHL)



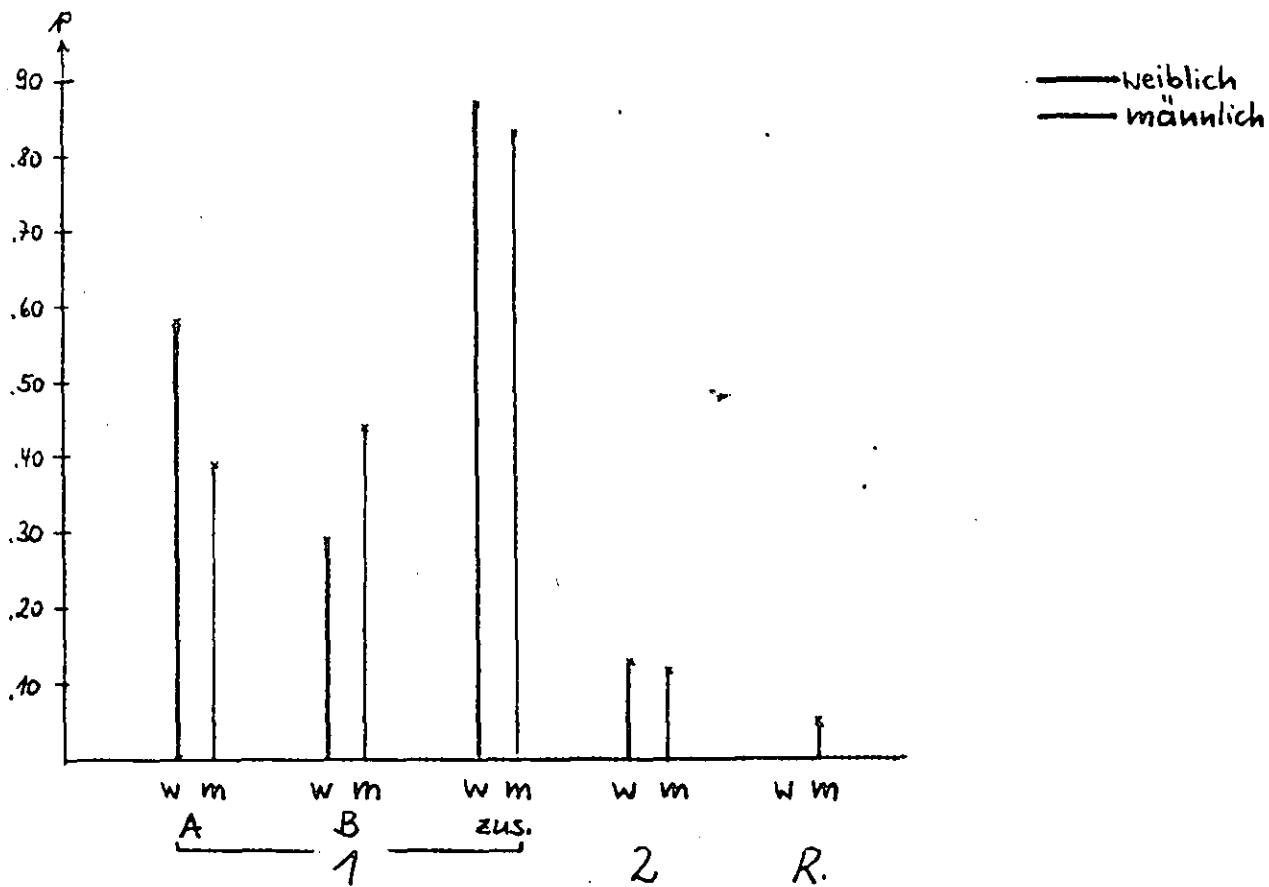
Item 1: "Krankheit"



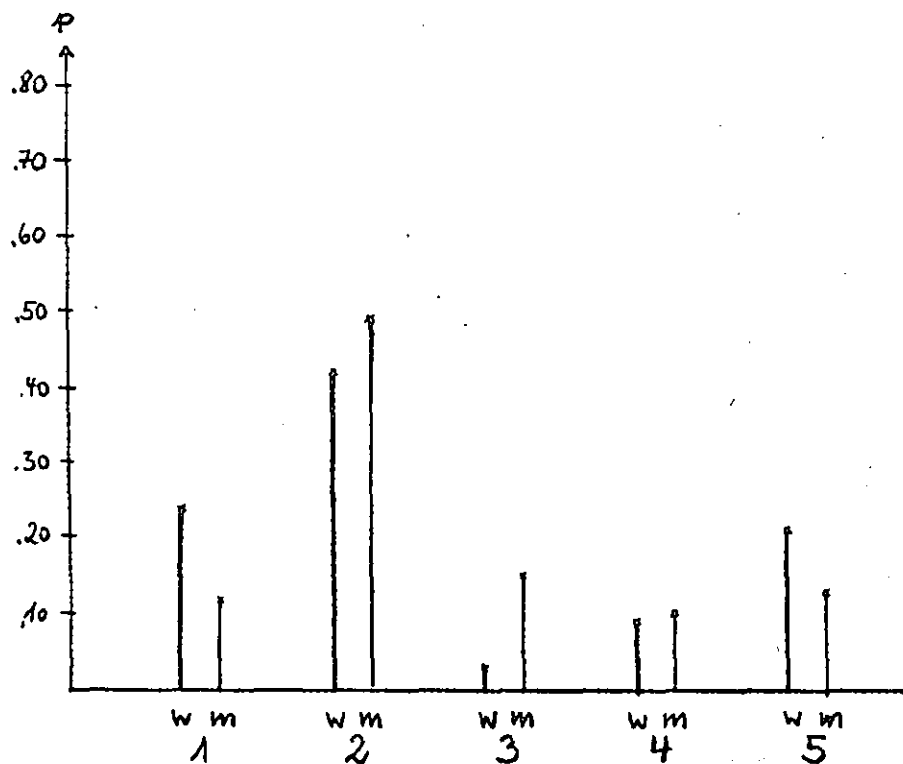
Item 2: "Krankheit"



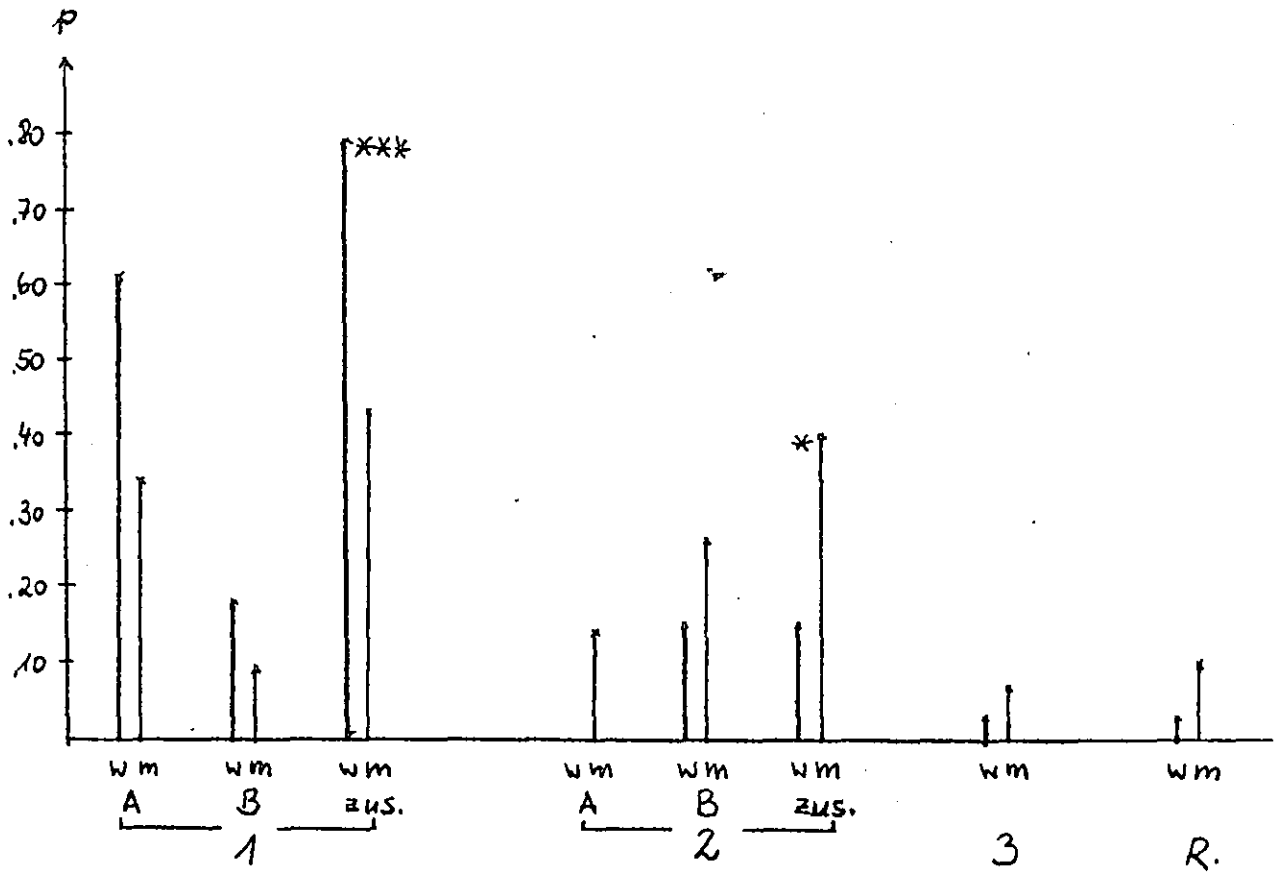
Item 3: "Krankheit"



Item 4: "Krankheit"



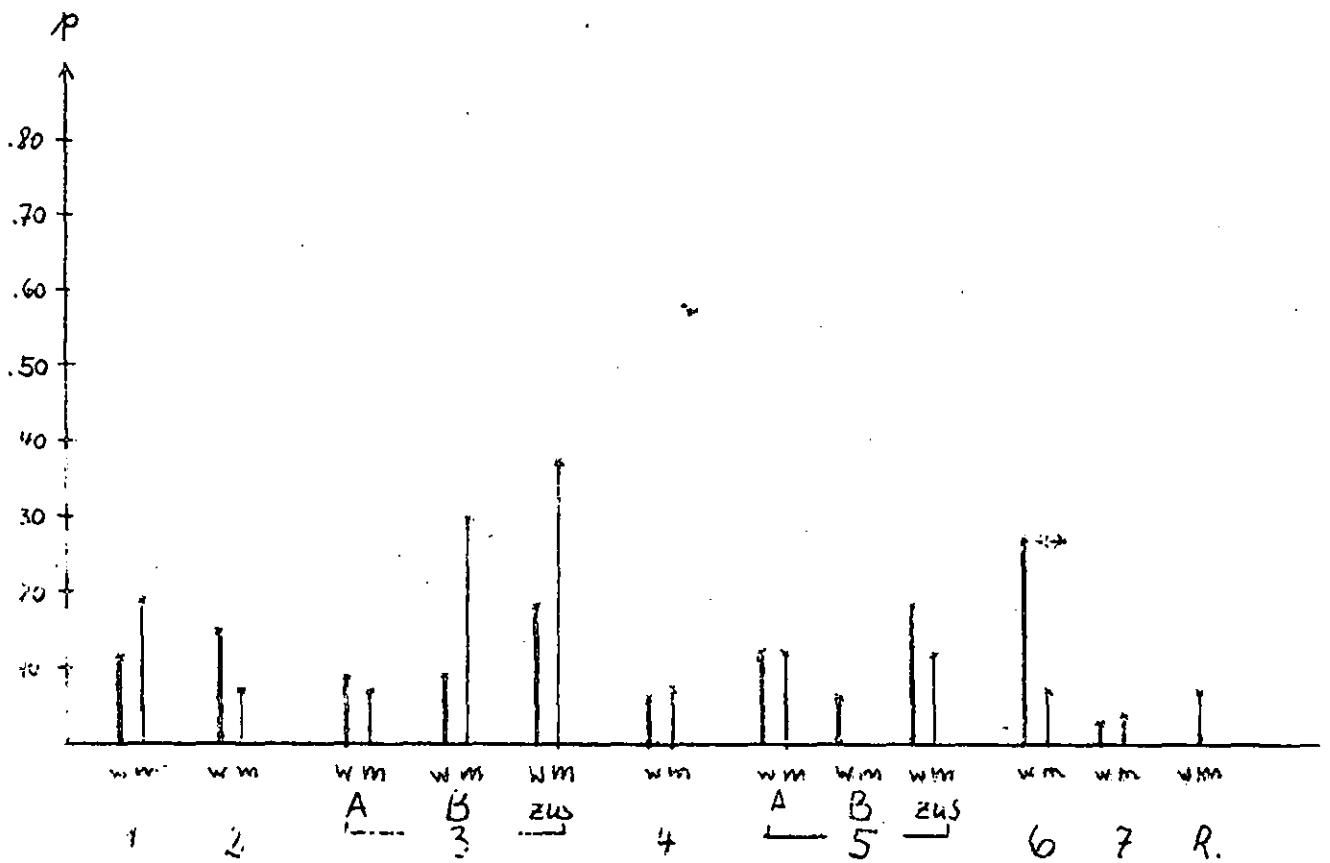
Item 5: "Krankheit"



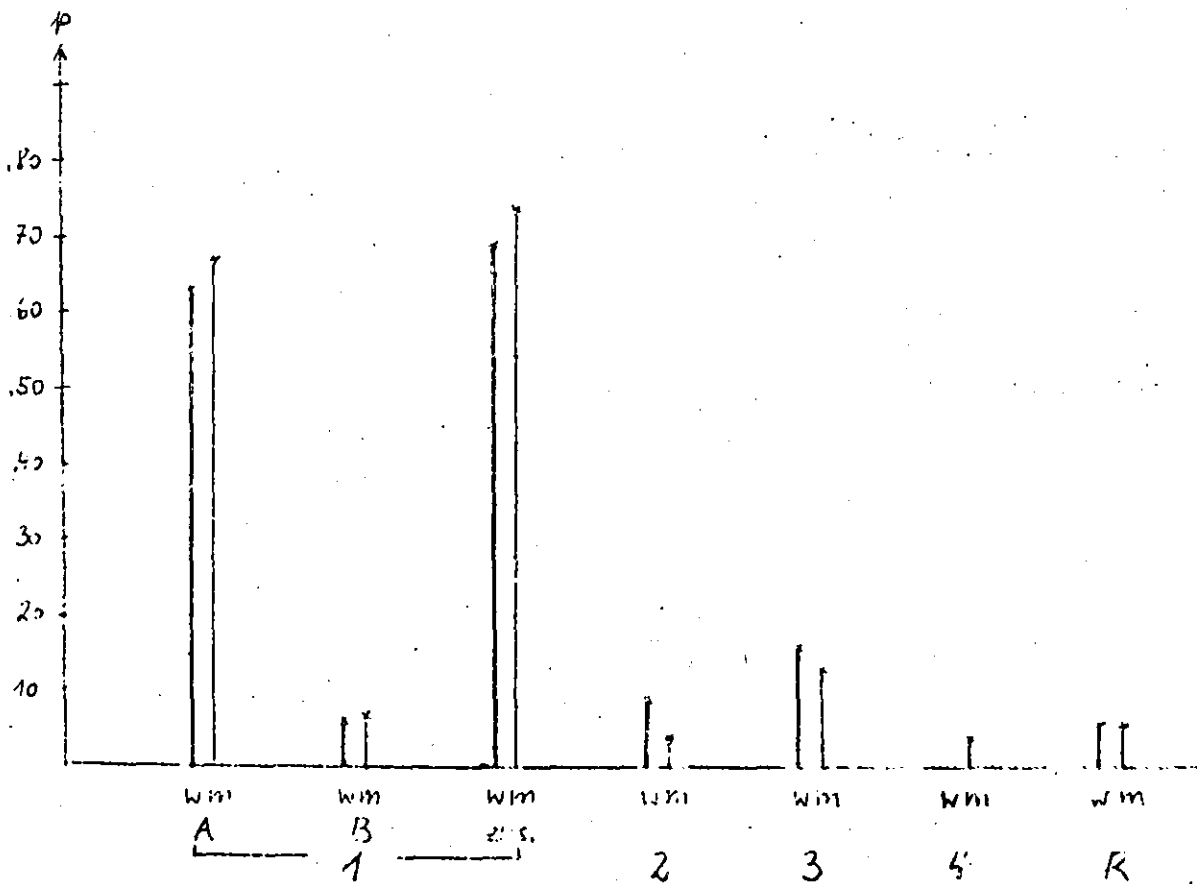
Item 6: "Krankheit"



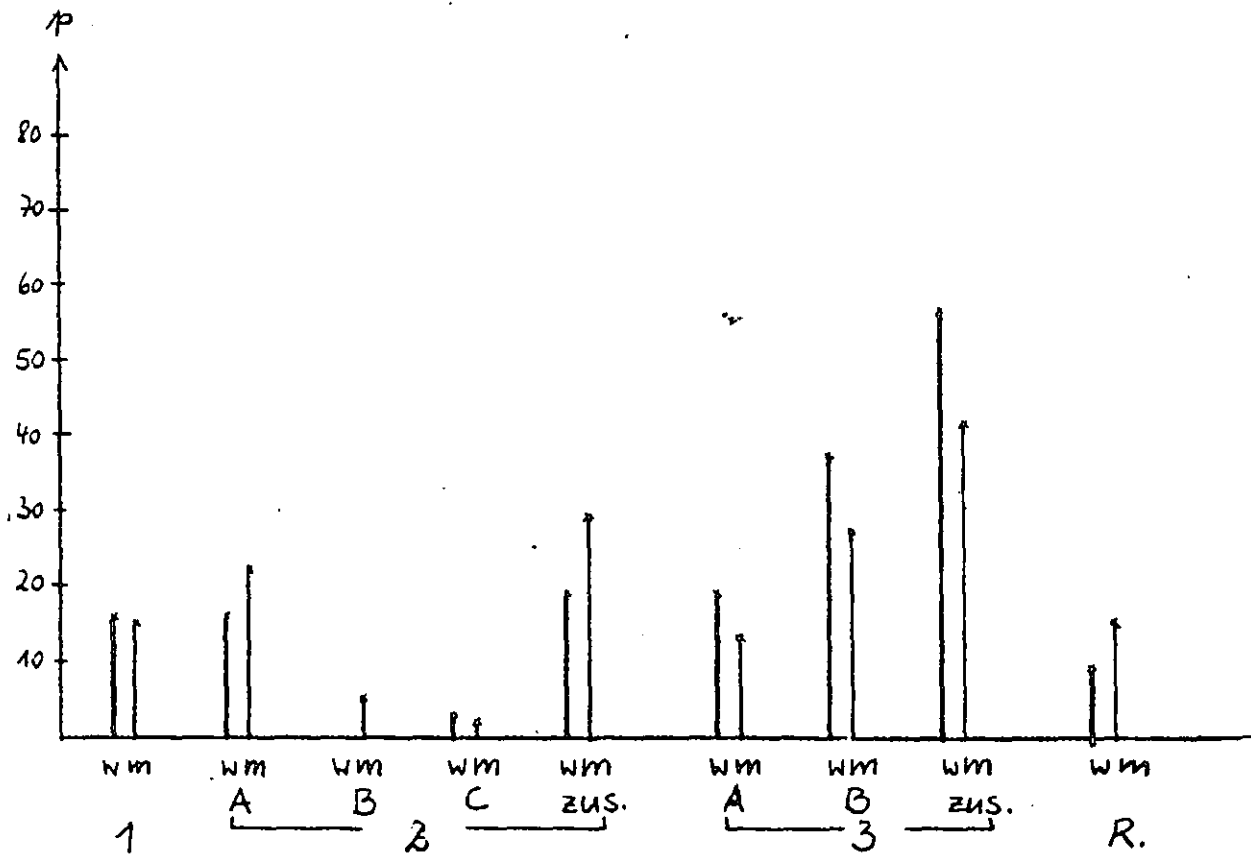
Item 7: "Krankheit"



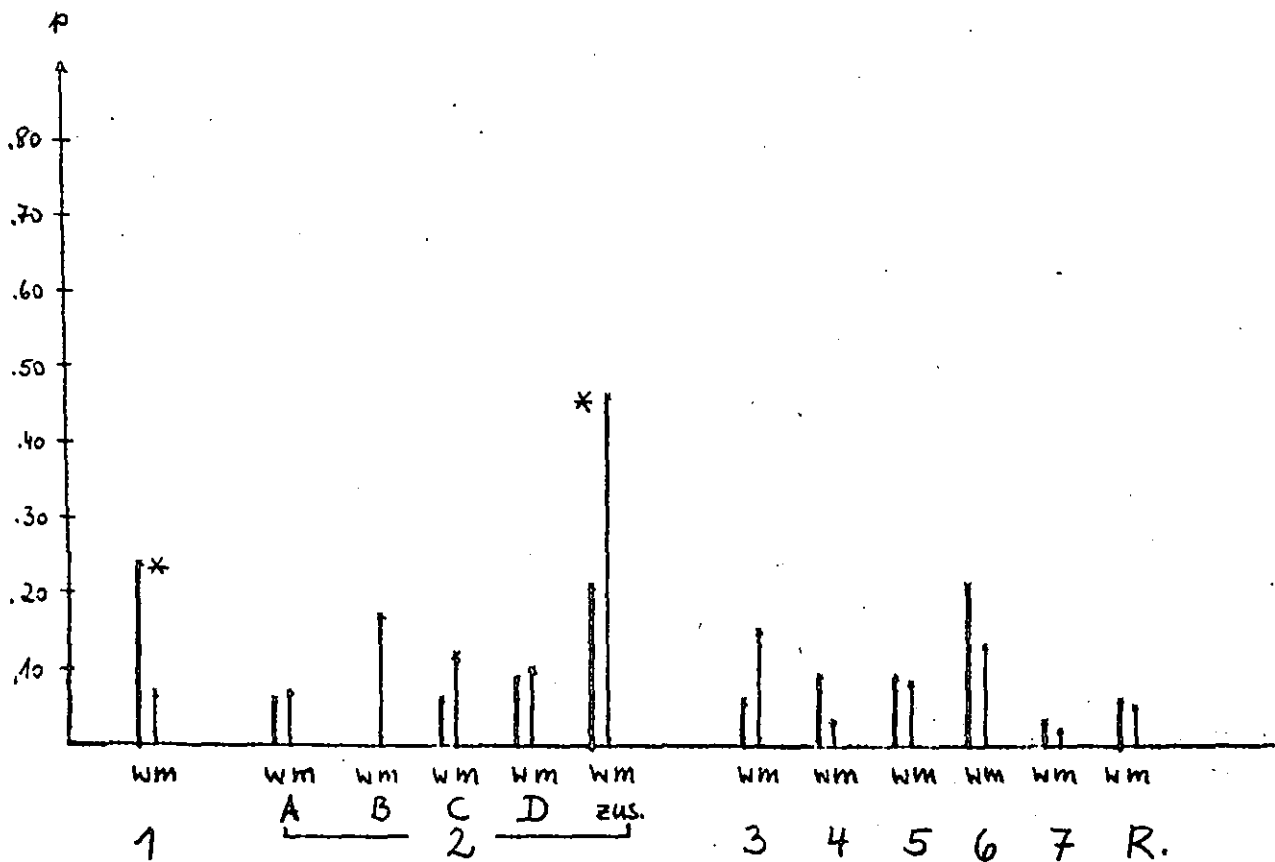
Item 8: "Krankheit"



Item 9: "Krankheit"



Item 10: "Krankheit"



akzentuierter Gesundheitsvorstellungen in Gruppen verschiedener Zusammensetzung hin. Dieser Eindruck wird durch den Befund bestätigt, daß die Differenzen zwischen Schülern und Schülerinnen zum größten Teil gruppenspezifisch sind, so daß Skepsis gegenüber der Annahme, Gesundheitskonzeptionen seien populationsunabhängig, angebracht erscheint. Da die Befragten der Gruppe P der in Aussicht genommenen Zielgruppe für die Einstellungsanalysen mehr entsprechen, beschränken wir uns auf die Darstellung der Resultate von P.

Wir beginnen mit den Reaktionen, die sich auf das Konzept Gesundheit beziehen.

1. Item: Mädchen verbinden in ihrer Majorität ($p=0.67$) auf die Frage "Ein gesunder Mensch ist meistens auch"

Vorstellungen, die Stimmungsqualitäten indizieren wie etwa "gut gelaunt", "glücklich", "zufrieden", "froh"

Männliche Jugendliche zeigen signifikant weniger entsprechende Reaktionen ($p=0.29$). Umgekehrt verhält es sich mit der dritten Kategorie "Vitalität und Leistungskraft". 34% der männlichen Befragten gegenüber nur 10% der Mädchen halten gesunde Menschen für "spöttlich", "bewegungsfreudig". Auch diese Differenz kann nicht mehr als zufallsbedingt betrachtet werden. Am meisten trägt die Subkategorie "Sport und Bewegungsfreude" zur Differenzierung bei, was auf die Wirksamkeit geschlechtsbezogener Rollenstereotype hinweist.

2. Item: Die Schüler sind mehrheitlich der Meinung, daß, wer gesund ist, Arbeit schnell verrichten oder harte Arbeit ausführen könne. Diese Auffassung teilen beide Geschlechter, was die relativen Besetzungshäufigkeiten ($p_m = 0,59$ und $p_w = 0,62$) belegen.

3. Item: Diese Frage, die auf eine Evozierung der Indikatoren abzielt, aufgrund derer der Laie Gesundheit diagnostiziert, zeigt für beide Geschlechter ein klares Überwiegen von äußeren Merkmalen (z.B. frisches Aussehen, Hautfarbe, Augen, Haltung) als Diagnostika. Wiederum wird eine Tendenz sichtbar, daß Mädchen mehr als Jungen "Gesundheit" glauben an der

- A Ausgeglichenheit der Stimmungslage erkennen zu können
($p_w = 0,26$; $p_m = 0,17$).
4. Item : Auf den Satzanfang "Gesunde Leute sind nur selten" ...
reagieren beide Geschlechter mehrheitlich mit Vorstellungen, die sich auf das Fehlen der Nachteile im Falle von Krankheit beziehen ($p_m = 0,54$; $p_w = 0,45$). Ein reliabler Häufigkeitsunterschied zwischen den Geschlechtern liegt bei der 4. Kategorie vor. Im Gegensatz zur Mehrheit der Vpn haben einige den Satzanfang als vollständigen Satz interpretiert, den es zu begründen galt. 11% der Schüler, aber keine Mädchen, zeigten diese Auslegung des Stimulus.
5. Item : Die Frage, die die Vorstellungen über Gesundheitsprevention sichtbar machen sollte, ergab, daß mehr Mädchen als Jungen als Prophylaxe die Lebensweise betrachten ($p_w = 0,51$; $p_m = 0,31$). Die signifikante Differenz kommt hauptsächlich dadurch zustande, daß die Mädchen die richtige Ernährungsweise als besonders relevant betrachten ($p_w = 0,31$; $p_m = 0,16$). Die Schüler betonen indessen stärker als die Schülerinnen den Wert der sportlichen Betätigung ($p_m = 0,46$; $p_w = 0,28$; vgl. auch Item 1).
6. Item : Die zweite Kategorie (Gesundheit als positiver Wert) enthält die modale Reaktion ($p_m = 0,30$; $p_w = 0,43$). Gesundheit wird verstanden als ein "Geschenk Gottes", als "das Beste", als "hohes Gut", um hier nur einige Äußerungen anzuführen.
7. Item : Die Analyse der Antworten zeigt einen bereits bekannten Befund : der Vorteil, gesund zu sein, wird in erster Linie verstanden als Fehlen von Krankheit, als Freisein von Schmerz oder von krankheitsbedingten Nachteilen (nicht zum Arzt gehen zu müssen, nicht im Bett liegen müssen, die Schule nicht versäumen, auf niemanden angewiesen sein). Die Frequenzen betragen für Mädchen $p = 0,39$, für Jungen $p = 0,53$. Die bei den Mädchen am stärksten besetzte Kategorie 2 ("uneingeschränkte und genußvolle Lebensgestaltung") macht deutlich, daß der Vorteil, gesund zu sein, mit persönlicher Unabhängigkeit, uneingeschränkter Lokomotion, oder allgemein mit unbehinderter, freier Lebensführung verknüpft wird. Signifikant weniger Schüler haben diese Auffassung geäußert ($p_w = 0,37$; $p_m = 0,16$).

8. Item : Dieses Item stellt die Frage nach der Relation von Gesundheit zu anderen "Werten". Als Kommunalitätsreaktion tritt hier - bei Mädchen noch deutlicher als bei Jungen ($p_w = 0,75$; $p_m = 0,55$) - die Meinung zutage, Gesundheit sei "oberstes Gut", sei mehr wert als "alle Schätze der Welt".
9. Item : In Übereinstimmung mit früher beschriebenen Befunden äußerten 40% der Schülerinnen den Gedanken, daß Gesundheit vor allem Zufriedenheit, Glück, Ausgeglichenheit bedeute. Verglichen mit den Mädchen tritt diese Reaktion nur bei 5% der Jungen auf, die mit Gesundheit eher Vorstellungen der körperlichen Fitness, sich auf den Körper verlassen können, verbinden ($p_m = 0,33$; $p_w = 0,13$).
10. Item : Während Mädchen für die Wiederherstellung der Gesundheit den Willen, das Selbstvertrauen für wichtig halten ($p_w = 0,31$; $p_m = 0,18$), haben die Schüler die Ansicht, daß dies durch Befolgung von ärztlichen Anweisungen und Einhalten von Regeln am besten geschehe ($p_m = 0,48$; $p_w = 0,20$).

Faßt man die Ergebnisse zusammen, so bietet sich ein relativ komplexes Bild; zunächst läßt sich festhalten, daß Jugendliche entgegen mancherlei Ansicht einigermaßen differenzierte Kognitionen zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit haben. Dabei ist nicht nur bemerkenswert, welche Auffassungen sich im Material manifestieren, sondern auch, welche sich nicht manifestieren. So wird z.B. verhältnismäßig selten auf konkrete Verhaltensweisen in der Relevanz für die Gesundheit eingegangen, was sich möglicherweise auch aus der Art der Fragenformulierung erklären läßt.

Beachtet werden sollen die Differenzen zwischen den Geschlechtern. Will man über die gegebenen empirischen Grundlagen hinaus generalisieren, so läßt sich sagen, daß ~~es~~ weibliche Versuchspersonen mehr dazu tendieren, emotionale Aspekte mit gesundheitlichen Vorstellungen in Verbindung zu bringen, während männliche Versuchspersonen gesundheitliche Aspekte mit Leistung und körperlicher Fitness zusammenbringen. Die bereits früher angedeutete Vermutung muß nun noch einmal wiederholt werden. Die Entwicklung von Konzeptionen gesundheitsbezogener Kognition über Gesundheit muß stärker als bisher mit primären Sozialisationsmaßnahmen zusammen

gesehen werden, die sich auf das Erleben der Geschlechterrolle beziehen.

Die Aussagen der Jugendlichen zum Themenkomplex "Krankheit" sind - wie zu erwarten - zum großen Teil eine Umkehrung dessen, was zum Thema "Gesundheit" geäußert wurde. Trotzdem zeigen sich einige Besonderheiten, die es rechtfertigen, auf die einzelnen Stimuli einzugehen. Die relativen Häufigkeiten der einzelnen Kategorien und Teilkategorien sind den Abb. 11 - 15 zu entnehmen. Bezüglich der inhaltlichen Beschreibung der Kategorien verweisen wir auf die Darstellung des Kategoriensystems.

1. Item : Die Frage nach der Diagnostik von Krankheit wird in der Majorität von Jungen und Mädchen ($p_w = 0,52$; $p_m = 0,46$) beantwortet mit Feststellungen, die sich einmal auf eine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens beziehen (z.B. "übel sein", "unwohl fühlen"), zum anderen auf mehr spezifische Symptome ("kein Appetit").
2. Item : Als das Schlimmste an einer potentiellen Krankheit halten die weiblichen Befragten die Gefährdung (Tod, Unheilbarkeit). Signifikant mehr Mädchen als Jungen verbinden diesen Glauben mit der Krankheit ($p_w = 0,44$; $p_m = 0,24$).
Kein Unterschied besteht in der Anzahl der Schüler und Schülerinnen im Hinblick auf die Meinung, durch Krankheit werde die alltägliche Aktivität eingeschränkt.
Bedeutsam mehr Schüler verbinden mit dem Schlimmsten einer Krankheit Symptome wie Fieber, Schläppheit usw.
3. Item : Nach Meinung der meisten Befragten erkennt man an der Befindensbeeinträchtigung ("Leistungsabfall", "zu nichts Lust haben"), aber auch an bestimmten Symptomen wie "Kopfdruck", "Husten" etc., daß man krank ist ($p_w = 0,87$; $p_m = 0,83$).
4. Item : Die Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ("man kann die Schule nicht besuchen", "man kann nicht (geistig) arbeiten", "man kann nicht alle seine Pflichten erfüllen") stellt die modale Reaktion auf die Frage dar : "Wenn man krank ist, kann man nicht" ($p_w = 0,42$; $p_m = 0,49$).

5. Item : Als korreliert mit dem Status "krank" betrachten die meisten Mädchen ($p_w = 0,79$) die Beeinträchtigung der Stimmungslage (Beispiele von Äußerungen sind: mürrisch, empfindlich, unzufrieden, ungenießbar) oder dysphorische Zustände ("traurig", "bedrückt"). Nur 43% der männlichen Versuchspersonen äußerten Inhalte, die zur Kategorie "Stimmungslage" gehören. Umgekehrt verhält es sich mit Korrelaten wie Schwäche, Hilfe und Pflegebedürftigkeit oder Gebrechlichkeit. Mehr Jungen als Mädchen betrachten diese Inhalte als Korrelate ($p_m = 0,40$; $p_w = 0,15$).
6. Item : Etwa gleichviel männliche und weibliche Jugendliche verknüpfen mit der Frage "Krankheit ist nicht so schlimm wie" den Tod ($p_w = 0,61$; $p_m = 0,54$).
7. Item : 37% der Schüler (im Vergleich dazu 18% der Mädchen) antworten auf diese Frage mit Vorschlägen zur Wiederherstellung der Gesundheit, die sich in zwei Gruppen zusammenfassen lassen :
- a) eigene Aktivität (Beispiele sind : "Ausdauer haben", "Schmerzen überwinden können") und
 - b) herabgesetzte Aktivität (Bettruhe, Schlaf, Schonung).
- Mehr Schülerinnen als Schüler ($p_w = 0,27$; $p_m = 0,07$) spezifizieren Kranksein als Abwesenheit von Gesundheit (z. B. "nicht in der Reihe sein").
8. Item : Mit dieser Frage sollte auf den perzipierten Krankheitsgewinn abgezielt werden. Die Antworten lassen erkennen, daß die Befragten dieses Item in der beabsichtigten Weise interpretiert haben. Circa 2/3 der Schüler und Schülerinnen ($p_w = 0,69$; $p_m = 0,74$) äußern die Entlastung von bestimmten Aufgaben; "man kann nicht zur Schule gehen", "man wird von schwerer Arbeit entlastet", "man wird von unangenehmen Verpflichtungen und Aufgaben befreit".
9. Item : Diese Frage kann als Umkehrung der 5. Frage betrachtet werden. Entsprechend sind die Äußerungen der Befragten. So wird etwa gesagt, Kranke seien nicht höflich, nicht auszustehen, nicht hilfsbereit, nicht empfänglich für Probleme anderer, nicht glücklich usw. ($p_w = 0,56$; $p_m = 0,41$).

10. Item : Daß das Allgemeinbefinden im Falle einer Erkrankung beeinträchtigt ist, meinen 24% der Mädchen, wesentlich mehr als Jungen ($p_m = 0,07$). Die Probanden umschreiben ihre Meinung mit Formulierungen wie "es geht einem schlecht", "man fühlt sich unglücklich" usw. Mehr Schüler als Schülerinnen verbinden mit dem Kranksein jedoch Meinungen, die sich auf Beeinträchtigung des Körperzustandes, der normalen Aktivitäten konzentrieren. Es ist die Rede davon, man könne sich körperlich nichts zumuten, man könne nicht tun, was man wolle usw.

Versucht man, allgemeinere Tendenzen im erhobenen Meinungsbild zum Themenkomplex "Krankheit" zu eruieren, dann sind es Befunde, die uns bereits bei den Fragen zur Gesundheit begegnet sind. Es scheint so, als ob die Schülerinnen mehr die sozialen Auswirkungen des Krankseins im Auge haben, mehr die Gefährdung oder Bedrohung sehen - vermutlich als Ausdruck intensiverer Angsteffekte - , die Schüler mehr an die leistungs- und aktivitätsbehindernden Auswirkungen denken.

Neben geschlechtsspezifischen Kognitionen ließen sich stichprobenabhängige Differenzen nachweisen. Die Untersuchung von PALERMO und JENKINS (1964) macht im übrigen auch die Existenz von altersabhängigen Unterschieden wahrscheinlich. Dem Einfluß des Schultyps oder der sozialen Schichtzugehörigkeit konnte an diesem Material nicht nachgegangen werden.

3.2 Gesundheit als "Wert"

Aus Untersuchungen ist bekannt, daß im allgemeinen der Gesundheit ein hoher Wert, wenn nicht der höchste Wert zuerkannt wird. Die im folgenden zu beschreibende Studie diente dem Zweck festzustellen, welchen Platz in der Werthierarchie jugendlicher "Gesundheit" einnimmt. Zehn verschiedene "Werte" wurden 119 Schülerinnen und Schülern im Alter von 14 - 17 Jahren aus Schulen mittelhessischer Städte vorgelegt mit der Aufforderung, diese zu vergleichen. Als Methode wurde der vollständige Paarvergleich gewählt. Die Schüler hatten somit zu $10 \times 9/2$ Wertepaaren Stellung zu nehmen und anzugeben, welchen Paarling sie jeweils vorziehen. Der Paarvergleich wurde unter Beachtung der üblichen methodischen Anforderungen (Rechts-Linksverteilung der Elemente, maximale mittlere Separation der Elemente usw.) vorgenommen.

Als "Werte" wurden ausgesucht :

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. gutes Aussehen (gA) | 6. Körperkraft (Kö) |
| 2. Erfolg (E) | 7. Liebe (L) |
| 3. Freiheit (F) | 8. Macht (M) |
| 4. Gesundheit (G) | 9. Reichtum (R) |
| 5. Klugheit (K) | 10. Zufriedenheit (Z) |

Aus den Rohdaten wurden zunächst Skalenwerte berechnet (vgl. dazu SIXTL, 1967), und zwar getrennt nach Geschlecht und Schultyp. Diese Skalenwerte sind dann mit gruppenspezifischen Faktoren multipliziert worden mit dem Ziel, gleiche Skalenlängen zu erhalten. Der besseren Übersichtlichkeit wegen wurden dann schließlich die neuen Skalenwerte mit dem konstanten Faktor 5 vervielfacht. Das Ergebnis dieser Berechnungen zeigt die Abb. 16.

Die Annahme über die dominante Valenz von "Gesundheit" als Konzept in der Konzept-Werthierarchie bestätigt sich in überzeugender Weise : "Gesundheit" nimmt bei jeder Versuchsgruppe mit Abstand den obersten Rang aller in die Skalierung einbezogenen Werte ein, sie ist mithin derjenige Wert, dem von den befragten Jugendlichen beiderlei Geschlechts und verschiedener Schularten die weitaus größte Bedeutung beigemessen wird - zumindest auf der hier untersuchten Ebene des Vergleichs "abstrakter" Begriffe.

Aus der bisherigen Analyse geht auch hervor, inwieweit die beurteilenden Schüler untereinander konkordieren. Um den Grad der Beurteilerübereinstimmung zu ermitteln, wurde für die 6 Versuchspersonengruppen der Konkordanzkoeffizient (W) von KENDALL berechnet. Die Ergebnisse sind in Tab. 6 aufgeführt.

Abb. 16



Tab. : 6 Konkordanz der Einstufer und mittlere Korrelation ihrer Wertepreferenzrangreihen

Gruppen	N	W	r_s	X^2	df	p
<u>Schüler</u>			r_s	X^2	df	p
1. Gymnasium	29	.551	.535	140	9	.001
2. Realschule	14	.674	.649	83	9	.001
3. Volksschule	18	.450	.418	71	9	.001
<u>Schülerinnen</u>						
1. Gymnasium	27	.715	.704	171	9	.001
2. Realschule	11	.608	.568	59	9	.001
3. Volksschule	17	.409	.373	61	9	.001

Sie zeigen, daß alle Konkordanzkoeffizienten sehr signifikant sind. Auffällig an den Befunden sind die vergleichsweise geringen Werte, die die beiden Gruppen der männlichen und weiblichen Volksschüler erzielt haben. Die durchschnittlichen Korrelationen der Wertpräferenzrangreihen variieren von eher niedrig ($\bar{r}_s = .373$) bis hoch ($\bar{r}_s = .704$).

W und \bar{r}_s lassen den Schluß zu, daß die Schüler nicht nur recht gut untereinander übereinstimmen in Bezug auf die Rangfolge der "Werte", sondern daß sich als Folge aus dem eben geschilderten Befund auch verhältnismäßig ähnliche Rangreihen ergeben haben.

Um die Konsistenz der Wertpräferenzen zu ermitteln, wurde getrennt nach Schultypen für jeden Jugendlichen die Anzahl der zirkulären Triaden bestimmt, die den Transitivitätsregeln nicht entsprechen. Die Mittelwerte der Triaden (\bar{c}) und die Streuung (s_c) können aus der Tab. 7 ersehen werden.

Diese Mittelwerte lassen sich nun vergleichen mit dem Erwartungswert μ_c , der Zahl der zirkulären Triaden unter der Annahme, daß im Paarvergleich nach Zufall gewählt wird. Aus der Tab. 8 geht ebenfalls hervor, daß die beobachteten Werte zumeist signifikant niedriger als die erwarteten sind. Die Volksschüler - dies gilt für beide Geschlechter - zeigen eine größere Neigung zu zirkulären Triaden als die Schüler aus den beiden anderen Schultypen. Auch die Streuungen der Volksschüler sind größer im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen und weichen zudem von der erwarteten Streuung ab. Diese Streuungsvergrößerung bei den Volksschülern deutet auf eine erhöhte Inhomogenität hinsichtlich konsistenter Wertpräferenz hin.

Berechnet man für die einzelnen Schüler der drei Schultypen die Anzahl der insignifikanten und signifikanten Wertbevorzungen, so ergeben sich die in Tab. 9 dargestellten Resultate. Vergleicht man auf dieser Ebene die 3 Gruppen untereinander, so erhärtet sich der aus den früheren Analysen sichtbar gewordene Befund. Volksschüler wählen häufiger inkonsistent; im Vergleich zu Realschülern (hier als Tendenz: $X_{\text{korr}}^2 = 3,46$; df 1; $.10 < p < .05$) und Gymnasialisten ($X_{\text{korr}}^2 = 5,80$; df 1; $p < .05$).

Die mittleren Konsistenzkoeffizienten (Zeta; vgl. Tab. 8, letzte Spalte) der Schülerinnen aus den Gymnasien und der Realschule sind etwas höher als die Schüler aus den gleichen Schulen. Volksschüler weichen in Bezug auf Zeta von den anderen Gruppen insbesondere bei den Schülerinnen ab.

b.: 7 Durchschnittliche Anzahl der zirkulären Triaden und mittlere Konsistenzkoeffizienten bei Schüler und Schülerinnen verschiedener Schularten

Schulart	Schüler				Schülerinnen			
	N	\bar{c}	s_c	ξ	N	\bar{c}	s_c	ξ
Gymnasium	29	5.97	5.03	.85	27	4.00	6.52	.90
Realschule	14	5.86	5.27	.85	11	2.00	1.95	.95
Volksschule	18	9.28	9.87	.77	17	12.47	9.51	.69

b.: 8 Vergleich beobachteter mit unter H_0 erwarteter Anzahl zirkulärer Triaden mit Streuungen

Gruppen	N	Beobachtet		Erwartet	
		\bar{c}_c	s_c	μ_c	σ_c
<u>Schüler</u>					
Gymnasium	29	5.97	5.03	30.00	4.74
Realschule	14	5.86	5.27	30.00	4.74
Volksschule	18	9.28	9.87	30.00	4.74
<u>Schülerinnen</u>					
Gymnasium	27	4.00	6.52	30.00	4.74
Realschule	11	2.00	1.95	30.00	4.74
Volksschule	17	12.47	9.51	30.00	4.74

Tab. : 5 Anzahl der Jugendlichen mit insignifikant und signifikant konsistenten Wertrepräsentenzen

Signifikanz- Geschl. niveau	Volksschule (VS)				Realschule (RS)				Gymnasium (G)			
	p>.05	p<.05	p<.01	p<.001	p>.05	p<.05	p<.01	p<.001	p>.05	p<.05	p<.01	p<.001
abs.	3	1	-	14	-	-	3	11	-	1	4	24
Schüler %	17	6	-	77	-	-	21	79	-	3	14	83
abs.	3	-	3	8	-	-	-	11	1	-	-	26
Schülerinnen %	21	-	21	58	-	-	-	100	4	-	-	96
Gruppen abs.	6		26		6		25		1		55	
kombiniert %	19		81		0		100		2		98	

63-

Die Ergebnisse der "Werte"-Analyse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Gesundheit erweist sich als "höchster Wert". Schulart und Geschlecht der Befragten haben darauf keinen Einfluß.
2. Die Konkordanz unter den Schülern hinsichtlich der Rangordnung der "Werte" darf als relativ hoch bezeichnet werden. Die Höhe der Konkordanz scheint vom Schultyp und dem Geschlecht unabhängig zu sein. Volksschüler zeigen allerdings eine Tendenz zu geringerer Konkordanz.
3. Die Konsistenz der Wahlen ist bei allen Gruppen niedriger als aufgrund des Zufalls erwartet wird. Bei Volksschülern ist sowohl eine größere Anzahl zirkulärer Triaden als auch eine stärkere Streuungs-Inkomogenität zu verzeichnen.
4. Im Vergleich zu Real- und Oberschülern haben Volksschüler mehr Wahl-inkonsistenzen.
5. Volksschüler haben geringere Konsistenzkoeffizienten.

Für Real- und Oberschüler darf man die referierten Befunde uneingeschränkt als Ausdruck rationalen Wahlverhaltens interpretieren. Demgegenüber folgen Volksschüler offenkundig weniger dem Rationalitätsprinzip. Dieser Befund bedarf einer Deutung. Es kann vermutet werden, daß zwei Faktoren als Erklärung in Frage kommen: (a) die Intelligenz, (b) Unfestgelegtheit des "Werte"-Systems. Eine Entscheidung zugunsten der einen oder anderen Auffassung können wir nicht treffen. Sicher ist nur eines, daß die Unterschiede nicht auf Altersdifferenzen zurückgeführt werden können - was nahe liegt, wenn man vor allem an die zweite Annahme der Unfestgelegtheit des "Werte"-Systems denkt - da kein systematischer Altersunterschied zwischen den Gruppen besteht. Denkbar ist natürlich auch, daß die beiden Erklärungsmöglichkeiten miteinander zusammenhängen.

3.3 Gesundheit als Problem

Zwischen den amerikanischen und den deutschen Autoren, die sich mit Gesundheits-erziehung befassen, herrscht Einmütigkeit darüber, daß "Gesundheit" im weitesten Sinne im Normalfall für den Jugendlichen kaum ein "Problem" darstellt. Sie tritt erst dann ins Zentrum der Aufmerksamkeit und der Jugendliche wird sich ihrer als

Problem bewußt, wenn sie entweder in Gefahr bzw. bereits beeinträchtigt ist, oder wenn der Jugendliche sie als ein Mittel zur Erreichung positiv bewerteter Verhaltensziele erlebt, die nur bei intakter Gesundheit realisiert werden können. Das besagt jedoch nicht, daß Gesundheit für alle Jugendliche bzw. Schüler in gleichem Maße unproblematisch ist.

Differentielle Gesichtspunkte dürften auch hier durchaus eine Rolle spielen. Weiterhin kann man vermuten, daß Art und Ausprägungsgrad gesundheitsbezogener Einstellungen teilweise mit dem individuellen Grad der erlebten Problematik von Aspekten der Gesundheit zusammenhängen. Aus diesem Grunde halten wir es für erforderlich zu ermitteln, welche gesundheitsbezogenen Sachverhalte für Jugendliche Probleme darstellen.

Es wäre wünschenswert gewesen, ein Instrument zu entwickeln, das möglichst exhaustiv den Bereich erlebter und verbalisierbarer "Gesundheitsproblematik" repräsentiert. Aufgrund des Aufwandes, der ein solches Verfahren mit sich bringt, haben wir darauf verzichtet und stattdessen eine bereits vorliegende Technik herangezogen. Es handelt sich dabei um die deutsche Bearbeitung des SRA YOUTH INVENTORY nach H. H. REMMERS und B. SHIMBERG, die von R. ROTH, F. SÜLLWOLD und M. BERG erstellt wurde, jetzt auch durch den Verlag HOGREFE, Göttingen, vertrieben. Dieses Inventar enthält u. a. auch einen Abschnitt über Gesundheit mit 26 heterogenen Items. Beispiele für die Item sind (das vollständige Inventar Form M und W findet sich im Anhang) :

"Ich möchte zunehmen"

"Mir wird leicht übel"

"Ist Rauchen schädlich?"

"Ich müßte zum Zahnarzt gehen"

"Ich habe keinen Appetit"

Die Heterogenität der Item besteht

- (1) in den Inhalten (z. B. Körpergewicht, Rauchen, Zahnpflege, Müdigkeit usw);
- (2) im Grad der Spezifizierung (z. B. hoher Allgemeinheitsgrad: "ich mache mir Sorgen über meine Gesundheit", niedriger Allgemeinheitsgrad: "oft stört mich, daß ich eine Brille tragen muß");

(3) darin, ob Konsequenzen angesprochen werden oder nur ein Sachverhalt konstatiert wird (z.B. Informationsbedürfnis: "was kann man gegen Körpergeruch tun?" oder "ist Rauchen schädlich?" Zustand z.B.: "mir wird leicht übel").

Aufgabe der Befragten ist es anzugeben, ob ein bestimmtes Problem sie gegenwärtig sehr stark, häufig, wenig oder gar nicht beschäftigt oder betrifft.

Wie erwähnt, gibt es zwei Formen des Inventars, Form M für männliche, Form W für weibliche Jugendliche. Die Formen unterscheiden sich allerdings nur unerheblich (Item Nr. 6 lautet in der Form W: "ich habe Schwierigkeiten mit meiner Regel", in der Form M: "mir ist oft unwohl").

Die Auswertung kann alle vier Antwortstufen pro Item berücksichtigen oder auf zwei Alternativen (keine Probleme = 0; 1 = restliche Stufen) reduziert werden.

Diese Reduktion empfiehlt sich vor allem wegen der häufig auftretenden asymmetrischen Item-Verteilungen.

Die Daten von drei von uns untersuchten Gruppen ermöglichen einen Vergleich mit den Befunden der Autoren der deutschen Fassung des SRA, die auf der Auswertung der Angaben von 1803 männlichen und 1892 weiblichen Berufsschülern im Alter von 14 - 19 Jahren beruhen.

Die Tab. 10 gibt die Stichprobengröße (N), Mittelwerte (\bar{X}), Streuungen (s) und den die Größe des t-Wertes an. Aus der Tabelle geht auch hervor, daß Oberschüler signifikant mehr gesundheitsbezogene Probleme verbalisieren als gleichaltrige Oberschülerinnen. Dieser Befund ließ sich an einer zweiten Gruppe von Schülern desselben Schultyps replizieren. Eine Tendenz in gleicher Richtung drücken die Werte bei den Gruppen der Volksschüler aus. Wegen der sehr heterogenen Stichprobengröße sehen wir von einem statistischen Mittelwertsvergleich zwischen den Gruppen verschiedener Schultypen ab.

Tab. 11 : SRA/G : Schätzung der inneren Konsistenz (Cronbach Alpha) für 4 Stichproben

Stichproben	N	α
1. Real- u. Oberschüler	86	.73
2. Volksschüler	36	.78
3. Oberschüler	97	.77
4. Oberschülerinnen	133	.82

Tab. 10 : SRA/G : Mittelwerte, Streuungen verschiedener Gruppen,
Mittelwertsvergleiche

Gruppen	N	\bar{X}	s	t	p
. Real- u. Oberschüler	45	25,13	10,52	} 2,293	< .05
. Real- u. Oberschülerinnen	41	20,15	9,35		
. Volksschüler	18	29,17	8,77	} 1,500	< .05
. Volksschülerinnen	18	24,50	12,01		
. Oberschüler	97	17,00	8,81	} 3,000	< .05
. Oberschülerinnen	133	20,60	10,17		
. Berufsschüler (SÜLLWOLD/BERG)	1803	18,10	12,40		
. Berufsschülerinnen (SÜLLWOLD/BERG)	1892	18,90	11,90		
. Gesamtgruppe 1.+2. ^{x)}	86	13,24	4,34		
. Gesamtgruppe 3.+4. ^{x)}	36	14,06	4,73		

^{x)} Vierstufige Skala auf 2 Skalenstufen 0/1 reduziert

Die Daten der Tabelle 11 zeigen, daß die interne Konsistenz des Verfahrens nicht völlig zufriedenstellend ist, was angesichts der früher beschriebenen Heterogenität auch nicht weiter verwundert. Die von uns berechneten Werte sind deutlich niedriger als die von SÜLLWOLD (1959 S. 57; Tab. 2) mitgeteilten. Es ist unklar, ob dies an der Zusammensetzung der Stichprobe, an ihrer Größe oder an den verwendeten Schätzformeln zur Bestimmung der inneren Konsistenz liegt, um nur einige Möglichkeiten zu nennen.

Zu einer detaillierteren Beurteilung des SRA/G als Testinstrument kann die Tab. 12 herangezogen werden. Sie enthält für die Gruppe der Real- und Oberschüler (N = 86) Angaben über folgende Itemkennwerte (Antwortverteilung (nachträglich auf 0/1 reduziert), Mittelwert, Streuung und korrigierte Trennschärfe. Die mittlere Trennschärfe der Item (\bar{r}_{11}) ist mit .263 nicht hoch^{x)}.

Für die zweite Gruppe von Oberschülern informieren die Tabellen 13 und 14 über die nicht reduzierten Itemverteilungen zusammen mit den bereits erwähnten Item-Kennwerten^{xx)}. Eine Inspektion der Verteilungen macht deutlich, welche Verteilungsformen auftreten. Am häufigsten tritt in mehr oder weniger profilierter Form die Item-Verteilung auf.

Daß der SRA/G-Fragebogen zwischen den Geschlechtern differenziert, wurde bereits konstatiert. Die Frage ist nun die, aufgrund welcher Items diese Unterschiede zustandekommen. Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Stichproben Oberschüler (N = 97) und Oberschülerinnen (N = 133) herangezogen. Die prozentualen Antwortverteilungen pro Geschlecht enthält die Tabelle 15. Zur Prüfung der Häufigkeitsunterschiede zwischen den Geschlechtern wurden die Antwortalternativen auf 2 reduziert, wobei die Alternative "Nein" kein Problem bedeutet, die Alternative "Ja" eine Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten 1 - 3 darstellt. Als Prüftest diente das kontinuitätskorrigierte χ^2 . Bei 6 der 26 Fragen des SRA/G treten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf (vgl. Tab. 16). Für Mädchen ist das "Problem" der Gewichtsabnahme dringlicher als für Jungen. Ein Befund, der leicht verständlich ist

x) Für Interessenten stehen die auf 13 Item verkürzte Form mit verbesserten Item-Kennwerten zur Verfügung.

xx) Die Trennschärfenkoeffizienten müssen wegen der Itemverteilungen vorsichtig beurteilt werden.

Steinkennwerte SRA/G. für 2er- und oberer Schüler (N=86)
 (Antwortalternativen auf 2 reduziert)

in %	Antwortverteilung		Mittelwert	Streuung	Trennschärfe Korrigiert
	0	1			
	67	29	0,22	0,42	.010
	50	36	0,42	0,50	-.118
	25	61	0,71	0,46	.304
	66	20	0,23	0,42	.405
	46	40	0,47	0,50	.286
	16	70	0,81	0,39	.248
	19	67	0,78	0,42	.198
	55	31	0,36	0,45	.424
	33	53	0,62	0,49	.413
	37	49	0,57	0,50	.150
	33	53	0,62	0,49	.310
	25	61	0,71	0,46	.466
	32	54	0,63	0,49	.354
	30	56	0,65	0,48	.120
	26	60	0,70	0,46	.157
	37	49	0,57	0,50	.444
	34	52	0,60	0,49	.250
	54	32	0,37	0,49	.184
	41	45	0,52	0,50	.215
	79	7	0,08	0,28	.270
	47	39	0,45	0,50	.312
	57	29	0,34	0,48	.246
	37	49	0,57	0,50	.162
	30	56	0,65	0,48	.498
	49	37	0,43	0,50	.329
	72	14	0,16	0,37	.208

angesichts der "herrschenden körperlichen Schönheitsnormen". Damit im Zusammenhang muß man wohl die Differenz sehen, die wir bei der 3. Frage beobachtet haben: "Ich möchte lernen, die Speisen auszuwählen, die mir am besten bekommen".

Zum gleichen Themenkreis gehört der Unterschied bei der Frage: "Ich möchte eine bessere Figur haben". Daß bei dem 5. Item schließlich die Geschlechter unterschiedlich reagieren, mußte man erwarten. Daß mehr Schülerinnen als Schüler auf das Item "Mir wird leicht übel" und "Ich habe nicht genügend körperliche Bewegung" problembetont reagieren, muß zwar konstatiert werden, entzieht sich aber ohne zusätzliche Informationen einer Interpretation.

Immerhin machen die Unterschiede insgesamt deutlich, daß der Komplex der äußeren Erscheinung mehr für Mädchen als für Jungen als Problem empfunden wird. Aber ebenso wichtig ist die Feststellung der sozialen Streuung dieses "Problem"-Bewußtseins, sei es aufgrund von "peer-group"-Normen oder von generellen "operating-norms".

Wir gingen ursprünglich von der Annahme aus, daß zwischen der Problemwahrnehmung und bestimmten gesundheitsbezogenen Attitüden Zusammenhänge bestehen. Die Analyse der hier mitgeteilten Korrelationen ergab keinerlei Hinweise für nennenswerte Zusammenhänge. Dies trifft sowohl für die einzelnen Item des SRA/G als auch für den Gesamtpunktwert zu. Was für die Attitüden festgestellt wurde, hat sich im übrigen auch bei den gesundheitsbezogenen Interessen gezeigt. Diese Situation ändert sich, wenn wir der Beziehung SRA/G und CMAS (Test zur Erfassung genereller Angstbereitschaft) nachgehen. Ein Blick auf die Tabelle 17 zeigt, daß bei den männlichen Oberschülern SRA/G-Gesamtpunktwert und CMAS mit $r = .433$, bei den weiblichen Oberschülern mit $r = .548$ korrelieren. Beide Korrelationen sind statistisch bedeutsam und zudem bedeutsam verschieden ($Z = 15,2$; $p < 0.01$). Inhaltlich besagt dieser Befund, daß zwischen der Problemintensität gegenüber gesundheitsbezogenen Sachverhalten und der allgemeinen Angst ein mittelhoher positiver Zusammenhang besteht. Es wird künftigen Untersuchungen vorbehalten bleiben müssen, diesen Zusammenhang weiter aufzuklären. Soviel kann man jedoch schon jetzt sagen, daß die Ähnlichkeit der Item-Inhalte ein Grund für die Korrelation der beiden Verfahren ist.

Tab. 13 : SRA/G : Item-Kennwerte Oberschüler (N = 97)

Nr.	Antwortverteilung (abs. Z.)				\bar{X}	s	$r_{(t-i)}$
	0	1	2	3			
63	22	8	4	0,52	0,81	.271	
74	10	8	5	0,42	0,85	-.008	
61	25	10	1	0,50	0,72	.122	
55	27	12	3	0,62	0,82	.328	
67	23	5	2	0,40	0,68	.445	
47	32	14	4	0,74	0,85	.284	
37	33	21	6	0,96	0,92	.356	
71	11	11	4	0,46	0,85	.403	
45	23	16	7	0,85	0,95	.405	
39	22	22	14	1,11	1,09	.235	
39	31	23	4	0,92	0,89	.172	
42	40	13	2	0,74	0,76	.355	
60	18	14	5	0,63	0,91	.194	
50	19	19	9	0,87	1,03	.403	
34	29	22	12	1,12	1,03	.281	
64	17	14	2	0,53	0,81	.483	
44	23	18	12	0,98	1,07	.261	
66	17	7	7	0,54	0,91	.233	
51	29	15	2	0,67	0,81	.348	
89	7	1	0	0,09	0,32	.372	
61	24	9	3	0,53	0,79	.361	
83	7	6	1	0,23	0,60	.360	
61	19	12	5	0,60	0,89	.518	
49	27	16	5	0,76	0,91	.227	
57	20	12	8	0,70	0,98	.343	
73	8	5	11	0,53	1,02	.247	

Tab. 14 : SRA/G : Item-Kennwerte Oberschülerinnen (N = 133)

Item Nr.	Antwortverteilung (abs. Z.)				\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	0	1	2	3			
1	110	7	5	11	0,38	0,90	-.009
2	44	23	25	41	1,47	1,24	.167
3	51	54	22	6	0,87	0,84	.365
4	88	23	20	2	0,52	0,80	.279
5	62	46	23	2	0,74	0,79	.356
6	32	46	20	35	1,44	1,12	.408
7	40	41	32	20	1,24	1,04	.362
8	74	47	12	0	0,53	0,66	.404
9	69	45	16	3	0,65	0,78	.475
10	56	38	30	9	0,94	0,96	.364
11	54	38	28	13	1,00	1,00	.485
12	56	51	20	6	0,82	0,85	.455
13	58	35	32	8	0,93	0,96	.463
14	61	34	24	14	0,93	1,03	.539
15	53	33	30	17	1,08	1,06	.475
16	69	36	21	7	0,74	0,91	.586
17	62	38	18	15	0,90	1,02	.362
18	70	37	16	10	0,74	0,94	.306
19	70	36	21	6	0,72	0,89	.464
20	116	9	8	2	0,20	0,59	.243
21	94	28	9	2	0,39	0,68	.293
22	97	23	9	4	0,40	0,75	.231
23	61	37	27	8	0,87	0,94	.402
24	55	49	21	8	0,87	0,89	.369
25	77	23	19	14	0,77	1,05	.264
26	103	10	8	12	0,47	0,95	.058

b. : Prozentuale Antwortverteilung für Schülerinnen (N= 133) und Schüler (N=97) in SRA/G.

em - Nr.	Geschlecht	Grad der Beschäftigung			
		überhaupt nicht. 0	1	2	sehr stark 3
1	M	65	23	8	4
	W	83	5	4	8
2	M	76	10	8	5
	W	33	17	19	31
3	M	63	26	10	1
	W	38	41	17	5
4	M	57	28	12	3
	W	66	17	15	2
5	M	69	24	5	2
	W	47	35	17	2
6	M	48	33	14	4
	W	24	35	15	26
7	M	38	34	22	6
	W	30	31	24	15
8	M	73	11	11	4
	W	56	35	9	0
9	M	46	30	16	7
	W	52	34	12	2
10	M	40	23	23	14
	W	42	29	23	7
11	M	40	32	24	4
	W	41	29	21	10
12	M	43	41	13	2
	W	42	38	15	5
13	M	62	19	14	5
	W	44	26	24	6
14	M	52	20	20	9
	W	46	26	18	11
15	M	35	30	23	12
	W	40	25	23	13
16	M	66	18	14	2
	W	52	27	16	5
17	M	45	24	19	12
	W	47	29	14	11
18	M	68	18	7	7
	W	53	28	12	8
19	M	53	30	15	2
	W	53	27	16	5
20	M	92	7	1	8
	W	87	7	5	2
21	M	63	25	9	3
	W	77	21	7	2
22	M	86	7	6	1
	W	73	17	7	3

rem. Nr.	Geschlecht	Grad der Besperrigung			
		überhaupt nicht	1	2	3
		0			sehr stark
23	m	63	20	12	5
	w	46	28	20	6
24	m	51	28	16	5
	w	41	37	16	6
25	m	59	21	12	8
	w	58	17	14	11
26	m	75	8	5	11
	w	77	8	6	9

Tab. 16 : Geschlechtsspezifische Häufigkeitsunterschiede (SRA/G)

Item Nr.	Geschlecht	Probleme		Chi ² _k	p
		Nein	Ja		
2	männlich	74	23	39,94	<.001
	weiblich	44	89		
3	männlich	74	23	30,98	<.001
	weiblich	51	82		
5	männlich	67	30	10,57	<.01
	weiblich	62	71		
6	männlich	47	50	13,73	<.01
	weiblich	32	101		
8	männlich	71	26	6,61	<.05
	weiblich	74	59		
13	männlich	60	37	6,69	<.01
	weiblich	58	75		

Tab. 17 : Korrelationen zwischen CMAS und SKA/G-Item
getrennt nach Geschlechtern

Item	Männlich (N = 97)		Weiblich (N = 133)	
	r	p	r	p
1	-	-	-	-
2	-	-	.198	<.05
3	-	-	.249	<.01
4	.242	<.05	.183	<.05
5	.265	<.01	.205	<.05
6	-	-	.329	<.001
7	.201	<.05	.180	<.05
8	.215	<.05	.217	<.05
9	-	-	.300	<.001
10	-	-	-	-
11	-	-	.273	<.01
12	-	-	.249	<.01
13	-	-	.298	<.001
14	.408	<.001	.389	<.001
15	-	-	.336	<.001
16	.308	<.001	.404	<.001
17	.217	<.05	.225	<.01
18	-	-	.335	<.001
19	.206	<.05	.235	<.01
20	-	-	-	-
21	-	-	-	-
22	.400	<.001	-	-
23	.379	<.001	.352	<.001
24	-	-	.244	<.01
25	.223	<.05	.198	<.05
26	-	-	-	-

5. Gesundheitsbezogene Auskunftsbereitschaft

Körper- und gesundheitsbezogene Themen, wie sie z. B. in dem oben beschriebenen Problemfragebogen vertreten sind, gehören nach allgemeiner Auffassung zum Intimbereich. Dies soll sich unter anderem darin zeigen, daß man nicht mit jedem beliebigen Menschen darüber spricht, daß Informationen über Gegenstände aus dem Körper- und Gesundheitsbereich einen gewissen Grad von Vertraulichkeit besitzen und deshalb, wenn überhaupt, nur bestimmten Personen zugänglich gemacht werden. Es ist in unserer Untersuchung von Interesse zu wissen, ob auch bei der für uns in Betracht kommenden Gruppe von Jugendlichen bzw. Schülern Themen aus diesem Bereich Intimitätscharakter besitzen.

5.1 Aussagebereitschaft als Variable bei Untersuchungen zur Gesundheit

Dieser Topos ist in der einschlägigen Literatur nicht völlig unbeachtet geblieben. Wir haben aber den Eindruck gewonnen, daß das nur höchst sporadisch geschehen ist, obschon Experten die bedeutsame Rolle dieser Variablen durchweg betonen (vgl. GROSS, 1969). Soweit wir die Literatur übersehen, war es SUTTON (1956), der die ersten empirischen Daten erhob und beschrieben hat. Er hat 304 Studenten nach ihrer Meinung befragt, ob sie gegenüber bestimmten Krankheiten oder gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ein "need of secrecy" verspüren. Weil solche Daten meines Wissens selten sind, seien die Ergebnisse SUTTON's verkürzt wiedergegeben (1956, S. 126 aus Tab. 2).

Relativer Anteil von Studenten, die folgende Krankheiten oder Verhaltensweisen vertraulich behandeln würden :

Tab. 17 : Prozentualer Anteil von Personen, die Krankheiten vertraulich behandeln würden (nach SUTTON)

Item	p
1. Tuberkulose	.204
2. Überweisung zur Behandlung beim Psychiater	<u>.618</u>
3. Krebs	.217
4. Chronischer Alkoholismus	<u>.822</u>
5. Asthma	.053
6. Notwendigkeit, Dienste einer Klinik in Anspruch zu nehmen	.178
7. Schwerhörigkeit	.036
8. Magengeschwür	.066
9. Herzbeschwerden	.066
10. Aufenthalt in Psychiatrischem Krankenhaus	<u>.671</u>
11. Diabetes	.063

Fragen, vom Alkoholismus abgesehen, die mit psychiatrischen Behandlungen zu tun hatten, unterlagen den Daten zufolge einer besonders starken Geheimhaltung. Hier drücken sich bestimmte Werthaltungen bzw. Vorurteile einer Gesellschaft aus, so daß man vermuten kann, daß zwischen dem Wunsch, gesundheitsbezogene Sachverhalte zu verschweigen und der Perzeption dieser Sachverhalte als sozial unerwünschte, Zusammenhänge bestehen können. Bei den geschilderten Daten muß man freilich sorgfältig zwischen der Äußerungsbereitschaft und dem tatsächlichen Verhalten unterscheiden.

Eine weitere Untersuchung, die sich auf die Aussagebereitschaft bezieht, stammt von COBB u. CANNELL (1966). Ihre Ergebnisse enthält die folgende Tabelle.

Tab. 19 : Hypothetical willingness to report medical conditions in relation to percentage of cases actually reported

conditions	percent willing to report (79 students)	percent reported (1388 households)
More serious conditions		
1. Asthma	84 %	71 %
2. Heart disease	58	60
3. Hernia	55	54
4. Malignant neoplasm	31	33
5. Mental disease	19	25
6. Genito-urinary disease	14	22
Less serious conditions		
1. Sinusitis	89	48
2. Indigestion	88	41
3. Hypertension	83	46
4. Varicose veins	65	42
5. Hemorrhoids	21	38

Trotz der Unterschiedlichkeit zwischen den beiden befragten Gruppen besteht eine beachtliche Ähnlichkeit in der Rangfolge zwischen der Bekundung der Äußerungswilligkeit und den entsprechenden Aussagen, die in einem Interview gemacht worden sind.

Im Zusammenhang mit der Äußerungswilligkeit ist auch die Arbeit von TRYON (1939, Inventory I, Social and Emotional Adjustment, Institute of Child Welfare, University of California) von Belang. Sie befaßte sich mit der Frage, mit wem Mädchen oder Jungen über ihre Sorgen (Inhalt nicht spezifiziert) sprechen (ob mit den Eltern, dem Freund oder der Freundin). Wenn auch heute mit anderen Ergebnissen gerechnet werden muß, verdienen derartige Ansätze Aufmerksamkeit, weil sie uns, wenn konkrete, gesundheitsbezogene Fragen gestellt werden, Kenntnisse über die Wichtigkeit bestimmter Informaten bringen können.

Unmittelbar für den Gesundheitsbereich relevant sind einige der Arbeiten von JOURARD (1958; mit LASAKOW), vor allem aber JOURARD (1966), worin er sich mit der "sozialen" Zugänglichkeit verschiedener Körperregionen bei Jugendlichen befaßt.

5.2 Analyse von Bedingungen der Äußerungswilligkeit

Als Untersuchungsmethode diente ein vorher nicht analysierter, mehrdimensionaler Erhebungsbogen (vgl. Anhang). Er setzt sich aus 33 Fragen zusammen, von denen 15 Gegenstände des Körper- und Gesundheitsbereiches, 18 andere Lebensbereiche betreffen. Die Reihenfolge der Fragen wurde nach Zufall bestimmt.

Beispiele für einige der Fragen sind :

"Was ich persönlich über das Rauchen denke"

"Wie oft ich zum Zahnarzt gehe"

Die Versuchspersonen wurden gebeten anzugeben, ob sie über den jeweiligen Gegenstand

- a) einem fremden Menschen
- b) einem Bekannten
- c) dem besten Freund
- d) der besten Freundin

wahrheitsgemäß Auskunft geben würden, wenn sie von der betreffenden Person danach gefragt würden. Dieses Vorgehen entspricht dem von COBB u. CANNELL (1966). Erfasst wird also die hypothetische Bereitschaft, Auskunft zu geben. Welche Beziehung zwischen dieser Bereitschaft und den Mitteilungen bestehen, die bei der Konsultation eines Arztes gegeben werden, muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

317 (männliche (N = 163) und weibliche (N = 154)) Real- und Oberschüler im Alter von 13 bis 18 Jahren beantworteten diesen Bogen.

Eine Übersicht über die Informationsbereitschaft von gesundheitsbezogenen Themen gegenüber verschiedenen Adressaten bei Angabe des Geschlechts der Informanten ist in der Tabelle 20 zu finden. Danach werden die Adressatentypen in folgender Reihenfolge in Kenntnis gesetzt :

- am wenigsten :
1. Fremder
 2. Bekannter
 3. Partner des anderen Geschlechts
- am meisten :
4. Partner des gleichen Geschlechts

Dies trifft für alle Fragen zu, d.h. das Thema spielt in dieser Beziehung keine Rolle.

Daß dem Geschlecht des Informanten Bedeutung zukommt, dokumentieren die Daten, die in der Tabelle 21 aufgeführt sind. Es fällt auf, daß sich, wenn man von den signifikanten Geschlechtsunterschieden ausgeht, mehr männliche Versuchspersonen gegenüber den Adressaten Fremder, Bekannter und gegenüber dem andersgeschlechtlichen Partner äußern als weibliche Versuchspersonen. Umgekehrt verhält es sich bei gleichgeschlechtlichen Partnern.

Von 60 möglichen geschlechtsspezifischen Unterschieden sind 28 statistisch bedeutsam (vgl. Tab. 21).

Auf die Fragen :

"Wie mir zumute ist, wenn ich zum Arzt gehe"

"Wann ich das letzte Mal ärztlich untersucht wurde"

"Wie oft ich im Krankenhaus war"

"Wie oft ich bade oder dusche"

reagieren die Informanten gegenüber drei oder allen Adressaten geschlechtsspezifisch unterschiedlich.

Der relative Anteil von Personen, die eine bestimmte Frage einem Adressaten beantworten, kann als Indikator für die Vertraulichkeit oder Intimität dieser Frage verstanden werden. Was als intim gegenüber einem Adressaten gilt, muß es einem anderen gegenüber nicht sein. Wir interessieren uns hier aus naheliegendem Grunde nur für den Fremden. Was "ich persönlich über das Rauchen denke" ist ein Beispiel für eine (relativ) wenig vertrauliche Frage. Stellen Fremde hypothetisch die Frage "was ich über mein Aussehen (äußere Erscheinung) denke", so ist nur eine Minorität (7 % bzw. 6%) der Befragten bereit, Auskunft zu geben. Hinsichtlich des Grades der Vertraulichkeit der 15 gesundheitsbezogenen Fragen stimmen die Geschlechter weitgehend überein ($\rho = +.78$; $p < .01$).

Tab.: 20 Relative Häufigkeit der Personen, die gesundheitsbezogene Informationen verschiedenen Gesprächspartnern mitteilen (Vpn ♂ = 163, ♀ = 154)

Gesprächspartner:		Fremder		Bekannter		Partner gleichgeschlechtl.		Partner verschieden-geschlechtlich	
lfd. Item Nr	alte Item Nr	Geschlecht d. Vpn		m	w	m	w	m	w
1.	1	0,22	0,14	0,74	0,62	0,86	0,89	0,65	0,64
2	3	0,18	0,14	0,52	0,42	0,83	0,82	0,58	0,49
2	5	0,07	0,06	0,15	0,08	0,63	0,79	0,36	0,27
4	7	0,14	0,13	0,25	0,31	0,61	0,94	0,43	0,39
5	9	0,02	0,01	0,06	0,03	0,55	0,75	0,18	0,10
6	11	0,17	0,06	0,34	0,21	0,70	0,70	0,40	0,31
7	13	0,18	0,06	0,40	0,27	0,79	0,88	0,54	0,44
8	15	0,64	0,71	0,75	0,82	0,95	0,94	0,85	0,91
9	17	0,14	0,05	0,47	0,21	0,70	0,77	0,50	0,25
10	19	0,22	0,20	0,46	0,43	0,72	0,84	0,55	0,58
11	21	0,25	0,12	0,64	0,45	0,79	0,82	0,69	0,57
12	25	0,09	0,01	0,16	0,10	0,45	0,86	0,31	0,12
13	27	0,08	0,02	0,29	0,20	0,76	0,87	0,46	0,27
14	29	0,12	0,04	0,29	0,13	0,57	0,68	0,39	0,17
15	31	0,05	0,01	0,15	0,03	0,52	0,62	0,29	0,13

Tab.: 24 Signifikante Häufigkeitsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Schülern (N=316) bei der Kommunikation gesundheitsbezogener Informationen gegenüber verschiedenen Gesprächspartnern^{+))}

Lfd. Nr.	Nr. des Fragebog.	Fremder		Bekannter		gleichgeschl. Partner		andersgeschl. Partner	
		z	p	z	p	z	p	z	p
1	1	-	-	2,29	0,02	-	-	-	-
2	3	-	-	-	-	-	-	-	-
3	5	-	-	1,95	0,05	-3,13	0,002	-	-
4	7	-	-	-	-	-6,98	0,001	-	-
5	9	-	-	-	-	-3,72	0,001	2,04	0,04
6	11	3,05	0,01	2,59	0,01	-	-	-	-
7	13	3,27	0,01	2,45	0,01	-2,15	0,03	-	-
8	15	-	-	-	-	-	-	-	-
9	17	2,72	0,01	4,87	0,001	-	-	4,59	0,001
10	19	-	-	-	-	-2,57	0,01	-	-
11	21	2,97	0,01	3,40	0,001	-	-	2,21	0,04
12	25	-	-	-	-	-7,65	0,001	4,10	0,001
13	27	-	-	-	-	-2,51	0,01	3,51	0,001
14	29	2,61	0,01	3,48	0,001	-2,02	0,04	4,35	0,001
15	31	-	-	3,70	0,001	-	-	3,48	0,001

+) Positiver z-Wert bedeutet: männliche Jugendliche kommunizieren häufiger

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, welche Fragen als intim oder als offen gelten, wenn wir statt nur eines Partners (Fremder) alle (inclusiv keinen) berücksichtigen, haben wir das Entropie-Maß (H) pro Frage berechnet (siehe dazu Tab. 22). Durch H läßt sich abschätzen, wie stark die Quote der Äußerungswilligen von einer Gleichverteilung auf alle 5 Möglichkeiten abweicht.

Stellt man in einer hypothetischen Situation die Frage nach der Häufigkeit des Zahnarztbesuches, so läßt sich mit der geringsten Sicherheit vorhersagen, wieviel Personen darüber Mitteilung gemacht wird. Man kann die Dispersion der Befragten über die Anzahl der Adressaten als Gradmesser für das Vorliegen sozialer Normen der Vertraulichkeit von Informationen betrachten. Eine Konzentration auf wenige Adressaten liegt bei den Schülern für die Frage vor "welcher Teil einer ärztlichen Untersuchung am verlegensten macht", bei den Schülerinnen für das Item: "wie oft Kosmetika verwendet werden".

Eine Eigentümlichkeit zeigt sich, wenn wir die Höhe der H-Werte der beiden Gruppen vergleichen. In 12 von 15 Fällen sind die Entropie-Maße der Schüler größer als die der Mädchen. Das bedeutet, daß die verbalisierte Mitteilungsbereitschaft der männlichen Jugendlichen generell schlechter "vorhersagbar" ist. Das kann bedeuten, daß die Schüler in ihrer Äußerungsbereitschaft entweder weniger stereotypisiert sind oder weniger eindeutige Vorlieben für bestimmte Personen als "vertrauenswürdige" Gesprächspartner haben als die Schülerinnen. Unabhängig von diesem Befund bleiben aber die Relationen zwischen den Fragen für beide Geschlechter erhalten ($\rho = +.79$; $p < .01$).

Abschließend sei darauf aufmerksam gemacht, daß es weiterer Untersuchungen bedarf, um z. B. die personalen und situativen Bedingungen aufzuhellen, von denen die Äußerungsbereitschaft abhängt.

Tab. 22: Die Sichtbarkeit gesundheitsbezogener Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Prozentualer Anteil der Jugendlichen, die jeweils keine, eine usw. Person über Iteminhalt informieren

		Geschlecht der Befragten													
		Schüler (N=162)							Schülerinnen (N=154)						
Item Nr.	Alter Nr.	0	1	2	3	4	H ⁺	0	1	2	3	4	H ⁺		
1	1	5	18	22	36	19	-2,1278	6	22	23	36	13	-2,1250		
2	3	10	23	27	29	12	-2,2149	13	34	21	21	12	-2,2245		
3	5	31	33	25	6	5	-2,0112	19	55	19	3	3	-1,7284		
4	7	33	25	18	12	12	-2,2073	5	54	15	14	12	-1,8708		
5	9	43	37	17	1	2	-1,6682	30	60	10	1	0	-1,3619		
6	11	26	29	20	10	14	-2,2169	29	34	22	11	4	-2,0638		
7	13	17	22	30	15	15	-2,2573	11	41	26	18	5	-2,0444		
8	15	1	9	17	14	59	-1,6599	2	8	11	10	69	-1,4563		
9	17	23	21	20	23	12	-2,2797	22	44	24	6	3	-1,8911		
10	19	23	15	24	19	19	-2,3027	15	23	25	18	19	-2,2987		
11	21	15	10	18	33	23	-2,2035	12	23	31	24	11	-2,2230		
12	25	51	22	14	6	9	-1,9293	14	71	8	5	1	-1,2219		
13	27	19	31	28	15	7	-2,1823	12	56	20	10	2	-1,7450		
14	29	40	18	17	14	12	-2,1729	32	50	8	7	3	-1,7379		
15	31	44	26	20	5	5	-1,9230	37	50	12	1	1	-1,5306		

Entropie-Maß

6. Skalenentwicklungen

6.1 Allgemeines

6.1.1 Über die Auswahlgesichtspunkte für die Skalengegenstände wurde in der Einleitung bereits einiges gesagt. Darüber hinaus muß deutlich gemacht werden, von welchen psychologischen Vorstellungen die Auswahl im einzelnen geleitet wurde. Zunächst ist festzustellen, daß die meisten Autoren der Gesundheitserziehung angeben, welche gesundheitsbezogenen Attitüden Jugendliche haben oder nicht haben sollten, es aber versäumen zu sagen, welche sie tatsächlich haben. Aus diesem Grunde kann auf Bekanntes nicht zurückgegriffen werden. Auch die bereits ermittelten Kognitionen über Gesundheit helfen hier nicht wesentlich weiter; sie machen die Existenz von Einstellungen nur wahrscheinlicher. Wir müssen uns vielmehr hauptsächlich auf (vorwissenschaftliche) Beobachtungen und auf Hinweise in der Literatur stützen. Ausgangspunkt für alle Überlegungen ist die vielfach wiederkehrende Meinung, im Erleben und Verhalten Jugendlicher spielten Belange der Gesundheit im allgemeinen eine untergeordnete Rolle. Untergeordnet soll hier verstanden werden im Sinne von geringer Aktualität, indifferenter Haltung oder der Abwehr der Relevanz. Wir stellen dabei folgende neue Konzepte in den Mittelpunkt :

- a) gesundheitsbezogene Indifferenz
- b) Einstellung zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen
- c) gesundheitsriskantes Verhalten.

Bei der begrifflichen Analyse des Konzepts "Gesundheitsbezogene Indifferenz" tauchte ein weiterer Gesichtspunkt auf : die Einstellung gegenüber gesundheitsriskanten Verhaltensweisen. Es konnte vermutet werden, daß Indifferenz-Attitüde und Risikoeinstellung in gewissem Grade zwar Gemeinsames erfassen, trotzdem aber hinreichend spezifisch sind, um eine getrennte Skalierung zu rechtfertigen. Im Hinblick auf die Problematik von Einstellungen als Verhaltensprediktoren sollte, außer der Einstellung, der Komplex "Risiko" nach zwei weiteren, mehr verhaltensnäheren bzw. lebensnäheren Seiten hin differenziert werden : in Richtung auf das unmittelbare Verhalten und das Wahl- bzw. Entscheidungsverhalten in ^{relevanten} definierten gesundheitsrelevanten Situationen.

Als ein weiterer Bereich, dessen Wichtigkeit von vielen Autoren der Gesundheits-
erziehung hervorgehoben und durch die Ausarbeitung spezieller, zahlreicher Er-
ziehungsprogramme noch unterstrichen wird, wurde die Orientierung gegenüber
Genußmitteln ausgewählt. Die Wahl dieses Einstellungsgegenstandes wurde mit-
bestimmt durch die Tatsache, daß die Altersspanne der vorgesehenen Zielgruppe
möglicherweise "kritisch" für den Aufbau konsistenter Bewertungen des Rauchens
bzw. des Alkoholkonsums ist. Außerdem scheint zumindest das Rauchen eine
wichtige Rolle zu spielen im Zusammenhang mit der wie auch immer verstandenen
"Emanzipation" von den Geboten der Erwachsenen bzw. im Zusammenhang mit
dem neuen Selbstverständnis Jugendlicher.

Für die Art der gesundheitslichen Unterweisung besonders relevant sind ggf.

Einstellungen, die man als rationale bzw. mehr irrationale Orientierungen gegen-
über der Medizin und den Ärzten bezeichnen könnte. Von ihnen wird es unter
anderem abhängen, ob rationale gesundheitsbezogene Kommunikationen akzeptiert
werden oder nicht. Von ähnlicher Relevanz für gesundheitsbezogene Unterrichtung,
was Rezeption, Akzeptierung und Verhaltenseffekt anbelangt, dürfte eine letzte,
von uns zunächst einmal hypostasierte Einstellung haben, die wir als Einstellung
zur Selbstverantwortung bzw. zur staatlichen Verantwortung in gesundheitlichen
Belangen bezeichnen wollen.

In Bezug auf die Kriterien bzw. Gesichtspunkte für die Auswahl der Einstellungs-
objekte läßt sich folgendes zusammenfassend sagen :

(a) Die empirische Basis für die Formulierung von Einstellungsobjekten ist schmal.

Im wesentlichen stützen wir uns auf die Ergebnisse jener Untersuchungen, die
die Inaktualität von Problemen festgestellt haben, die sich auf Gesundheit
im weitesten Sinne beziehen. Auf dieser Grundlage haben wir hypostasiert,
daß sich eine generalisierte Einstellung bei Jugendlichen nachweisen läßt,
die als Indifferenz-Attitüde beschrieben werden kann.

(b) Aufgrund theoretischer Überlegungen wurde vermutet, daß sich ein mit der
Indifferenz-Einstellung möglicherweise zusammenhängender zweiter Einstellungs-
komplex ausgliedern läßt, den wir als Risiko-Attitüde bezeichnen. Außer Betracht
bleibt die Frage, ob die Risiko-Attitüde Ursache oder Folge der Indifferenz-
Einstellung ist. Auf jeden Fall vermuten wir eine mittelhohe positive Korrelation
zwischen beiden.

- (c) Ebenfalls empirischen Ursprungs (vgl. die umfangreiche Literatur zum Thema Rauchen) ist die Annahme der Existenz spezieller Attitüden zu Genußmitteln. Zudem darf die von uns untersuchte Altersstufe als "kritisch" für den Beginn des Rauchens gelten.
- (d) Maßgebend für die Auswahl waren schließlich die Brauchbarkeit der "Objekte" für die Untersuchung der Effektivität von Gesundheitsprogrammen. Die Brauchbarkeit ist gegeben, wenn der Inhalt der Einstellung und des Programms übereinstimmen, aber auch dann, wenn die Einstellung als intervenierende, die Effektivität des Programms mittelbar beeinflussende Größe angenommen werden kann (z.B. Rationalität).

6.1.2 Für die methodische Erfassung gesundheitsbezogener Einstellungen eignen sich grundsätzlich ~~Alle~~ Verfahren, die im Rahmen der Einstellungsforschung verwendet werden können :

- (a) Einzelfragen
- (b) Ratings (Selbsteinstufungen oder Expertenratings)
- (c) Assoziationstests (z.B. JENKINS (1966))
- (d) Sematisches Differential (incl. "Behavioral Differential" von TRIANDIS, 1964) (z.B. KERRICK u. HEATH, 1966, zitiert nach YOUNG, 1967)
- (e) Satzergänzungstechniken (z.B. RICHARDSON, 1960)
- (f) Fragebogen (standardisierte Interviews)
- (g) Essays (Aufsätze) (z.B. POPE, 1943).
- (h) Check-Lists
- (i) Skalen (z.B. BAER, 1966)
- (k) Handlungsbezogene Indikatoren (z.B. Teilnahme an Vorbeugeuntersuchungen)

Die Entscheidung für die Wahl eines bestimmten Verfahrenstyps als Skalierungsmethode hängt von einer Reihe von Bedingungen ab, von denen einige aufgeführt seien :

- a) Gegenstand oder Objekt
- b) Zweck der Untersuchung
- c) Psychologische Voraussetzungen auf Seiten des potentiellen Respondanten
- d) ökonomische Bedingungen (Zeitaufwand für die Entwicklung, Zeitaufwand für die Durchführung der Endform, Kosten)

Vorab war klar, daß Verfahren projektiven Charakters, aber auch Einzelfragen u.ä., wegen der Auswertungsproblematik und Unzuverlässigkeit nicht in Frage kamen. Die THURSTONE-Skalierungstechniken setzen im Zusammenhang mit den hier erforderlichen Experten eine größere Bewußtheit bzw. ^{Informiertheit} Aufmerksamkeit über den Einstellungsgegenstand voraus. Weil es unklar war, welche Personen als Experten fungieren sollten, mußte die Wahl dieses Skalierungstyps verworfen werden. Außerdem beansprucht die Konstruktion nach THURSTONE erheblich mehr Zeit als etwa die nach LIKERT (dazu BARCLAY und WEAVER, 1962). Wir haben uns daher für die sog. LIKERT-Methode (LIKERT, 1932) entschieden. Sie erschien uns insofern als besonders geeignet, weil sie die vergleichsweise geringsten formalen und inhaltlichen Voraussetzungen macht, was angesichts der zu untersuchenden Zielgruppe von Jugendlichen der Altersstufe 14 bis etwa 18 Jahren von Vorteil war. Da die Technik der LIKERT-Skalierung oft dargestellt worden ist (z.B. DEBATZ, 1967; EDWARDS, 1957; LIKERT, 1932; SCOTT, 1968²; SHAW u. WRIGHT, 1967; SIXTL, 1967), können wir darauf verzichten. Darüber hinaus existiert eine mehr oder weniger umfangreiche Literatur zu speziellen Problemen :

1. Vergleich der LIKERT-Methode mit anderen Skalierungsverfahren (z.B. BARTLETT et al., 1960; POPPLETON u. PILKINTORY, 1963; RIKER, 1944; TAYLOR, 1964)
2. Attitüden-Inhalt, Intensität und Neutralpunkt (z.B. KOMORITA, 1963)
3. Formulierung von LIKERT-Typ-Item (z.B. NORTH u. SCHMID, 1961)
4. Soziale Erwünschtheit, Reaktionsstile (z.B. BANTA, 1961; TYLOR, 1961)
5. Komponenten von bipolaren Skalen (PEABODY, 1962)
6. Intra-Test-Variabilität (ROBERTS, 1962).

Zur Beantwortung eines jeden Attitüden-Statements standen den Versuchspersonen sechs Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, wobei jede verbal verankert war :

Ablehnung :	lehne vollkommen ab	- 3	Zustimmung :	stimme schwach zu	+ 1
	lehne ab	- 2		stimme zu	+ 2
	lehne schwach ab	- 1		stimme vollkommen zu	+ 3

Die Gewichte - 3, -2 etc. wurden für die Auswertung linear transformiert, wobei - 3 dem neuen Gewicht 1, - 2 dem Gewicht 2 usw. entsprach. Auf Fragen der Polung wird im Zusammenhang mit der Besprechung der einzelnen Skalen eingegangen werden.

Um sicherzustellen, daß die Einstellungs-Statements dem Verständnis der Befragten angepaßt sind und den Intentionen entsprechend verstanden wurden, ließen wir in einem Vorversuch eine Gruppe von Schülern - die hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schulart der Eichgruppe entsprachen - die meisten Skalen zunächst beantworten. Im Anschluß daran hatten die Versuchspersonen ihre Kritik (Verständnisschwierigkeiten etc.) schriftlich niederzulegen. Eine mündliche Befragung ergänzte die schriftlichen Informationen, Zahlreiche Statements konnten auf diese Weise - wie wir hoffen - verbessert werden. Die "einfache" sprachliche Form der Statements ist nicht zuletzt eine Konsequenz dieser Befragung.

Für die Zusammenstellung der Item-Inhalte der Skalen benützten wir - soweit vorhanden - das einschlägige Schrifttum; insbesondere die in Kap. 1 geschilderte Literatur. Es wurde darauf geachtet, daß sich die Zahl der positiv und negativ formulierten Item im ersten Itempool pro Einstellungsobjekt die Waage hielt, um Response-Sets entgegenzuwirken. Nach der ersten Itemanalyse ergab sich aber meist eine Situation, die eine beträchtliche Abweichung von der Idealnorm notwendig machte.

Für die Auswahl wurden folgende Gesichtspunkte berücksichtigt :

- a) Verteilungscharakteristika der Gesamtrohpunktwerte (Schiefe, Kurtosis, etc.)
- b) Lage des beobachteten Itemmittelwerts in einem vorher definierten Bereich um den theoretischen Itemmittelwert
- c) Größe des t-Wertes (Extremgruppe - Vergleich)
- d) Korrigierte Trennschärfe $(r_{i(t-i)})$
- e) Höhe und Richtung der Item-Interkorrelationen (r_{ij}) (Homogenität)
- f) Innere Konsistenz, ^{Reliabilität} (CRONBACH's Alpha, FLANAGAN, SPEARMAN-BROWN)
- g) Vergleichbare Größe von Mittelwerten und Streuung der Fragebogenhälften
- h) Länge der Skala
- i) Möglichst gleiche Anzahl positiv und negativ formulierter Statements.

Ein besonderes Problem stellt die Validierung der gesundheitsbezogenen Skalen dar. Die unter 2. behandelten Verfahren begnügen sich, von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen, mit der logischen bzw. inhaltlichen Gültigkeit. Dies beruht sicherlich nicht auf Zufall. Die Möglichkeit, ein Verfahren durch bereits entwickelte zu validieren entfällt, weil derartige Skalen nicht oder kaum existieren. Darüber hinaus ist es in dieser Domäne schwierig, geeignete Gültigkeitskriterien zu finden. In Bezug auf die in den folgenden Abschnitten vorgeführten Skalen ist zu sagen, daß wir uns darauf beschränken müssen, für zwei der Skalen erste Gültigkeitshinweise zu erbringen.

Die Skalen, über die wir im folgenden zu sprechen haben werden, sind unterschiedlich differenziert analysiert worden. Zu bestimmten Verfahren sind mehr Informationen erhoben worden als zu anderen. Dafür war in erster Linie maßgebend, wie wichtig sie für den Hauptversuch waren (vgl. Bericht II).

Auf die üblicherweise angestrebte Entwicklung von Parallelverfahren haben wir aus dem Grunde verzichtet, weil dadurch der in den Voruntersuchungen vorgelegte Itempool hätte beträchtlich erweitert werden müssen, was zu einer nicht mehr vertretbaren Belastung der Befragten bzw. zu einem noch stärkeren Unterrichtsausfall geführt hätte.

Die Daten zu den einzelnen Skalen werden relativ ausführlich - detaillierter als dies üblicherweise der Fall ist - mitgeteilt werden, damit der Leser sich ein genaueres Bild von der Beschaffenheit der Skalen machen kann.

6. 2 Untersuchungsgruppen

Zur Entwicklung der Skalen wurden Vorformen und später die Endformen männlichen und weiblichen Real- und Oberschülern im Alter zwischen 14 und ca. 18 Jahren zur Beantwortung vorgelegt. Alle Untersuchungen fanden während des Schulunterrichts statt und wurden klassenweise durchgeführt. Die Dauer der Untersuchung nahm 2 - 3 Schulstunden in Anspruch.

Die Tabelle 23 orientiert über Anzahl und Geschlecht der Versuchspersonen.

Tab. 23 : Anzahl und Geschlecht der untersuchten Jugendlichen

l	Gruppen	$N_{\text{♂}}$	$N_{\text{♀}}$	N_{Total}
(1)	Eichgruppe	213	177	390
(2)	Kontrolluntersuchung	306	198	504
(3)	Sondergruppen	200	39	239
	Insgesamt	719	414	1133

Die Versuchspersonen der Kontrolluntersuchung entsprechen ^{in der Zusammensetzung} denen der Eichgruppe. Es handelt sich ausschließlich um Real- und Oberschüler beiderlei Geschlechts zwischen 14 und 21 Jahren. Auch die Altersverteilungen der männlichen und weiblichen Probanden sind ähnlich. Heterogener sind die Sondergruppen zusammengesetzt,

weshalb wir in einer gesonderten Tabelle (vgl. Tab. 24) über sie informieren.

Unter ihnen befinden sich zwei Gruppen Tbc-kranker Jugendlicher ($N_{\text{Total}} = 68$; $N_{\text{♂}} = 35$; $N_{\text{♀}} = 33$), die zum überwiegenden Teil Schüler von Berufsschulen waren. Während das Material der Tbc-Gruppe I durch einen von uns eingewiesenen Versuchsleiter erhoben worden ist, wurden die Unterlagen der Tbc-Gruppe II durch einen schriftlich instruierten Lehrer des betreffenden Sanatoriums gewonnen. Ob und inwieweit bei dieser Art der Datengewinnung Fehler entstanden sind, kann nicht überprüft werden.

In der Zahl von 1133 Schülern sind nicht diejenigen Gruppen enthalten, die für die Voruntersuchungen herangezogen worden sind. Das gilt ebenso für mehrere weitere kleinere Stichproben von Schülern, die für spezielle Fragestellungen getestet werden mußten. Einzelheiten über ihre Zusammensetzung werden an entsprechender Stelle mitgeteilt.

Bei der Eichung der einzelnen Attitüdenskalen variiert die Zahl der Versuchspersonen, da aus verschiedenen Gründen (z. B. unvollständige Bearbeitung) Probanden ausgeschieden werden mußten.

Gruppe	Alter in Jahren							Geschl.		Konfessionszugehörigkeit				Schulart				Klasse				N
	14	15	16	17	18	19	21	♂	♀	ev.	rk	sonst.	kA	VS/BS	RS	Gym	kA	8	9	10	11	
Tbc 1	3	11	12	8	1	-	-	13	22	24	10	1	-	30	2	3	-	-	-	-	-	35
Tbc 2	-	4	15	8	4	1	1	22	11	4	28	-	1	29	-	-	4	-	-	-	-	33
Internat 1 (2001)	7	19	9	-	-	-	-	35	-	-	35	-	-	-	-	35	-	20	9	5	1	35
Internat 2 (2101)	9	11	16	3	-	-	-	33	6	33	-	1	5	-	-	39	-	2	10	18	9	33
Internat 3 (2201)	1	12	9	9	9	-	-	40	-	3	37	-	-	-	-	40	-	-	-	23	17	40
Internat 4 (2401)	2	1	15	14	5	-	-	37	-	-	37	-	-	-	-	37	-	3	3	31	-	37
Internat 5 (2501)	4	5	9	2	-	-	-	20	-	-	20	-	-	-	-	20	-	11	4	4	1	20

7. Einstellung zu Genußmitteln (G III)

7.1 Beschreibung der Skala

Mehrere Motive waren ausschlaggebend für den Versuch, die Einstellung zu Genußmitteln zu skalieren. Fast in jedem Curriculum für Gesundheitserziehung spielt dieser Bereich eine zentrale Rolle. Darüber hinaus sollte das Thema "Rauchen" im Rahmen der Schwerpunktaktion "Gesunde Lebensführung" behandelt werden. Als Grundlage für die Formulierung der Attitüden-Statements diente die umfangreiche wissenschaftliche und populärwissenschaftliche Literatur, aber auch die Statements aus einschlägigen Skalen wie diejenigen von BAER (1966).

79 Item bildeten den Ausgang-Itempool, davon entfielen 40 auf den Bereich "Alkohol" und 39 auf den Bereich "Rauchen". Beispiele für Statements (vollständige Skala siehe Anhang) :

"Alkohol weckt alle schlechten Eigenschaften in einem Menschen"

oder

"Nur wer raucht, kann wirklich als erwachsen gelten".

Die Antworten der Versuchspersonen wurden nun so verschlüsselt, daß ein hoher Punktwert eine negative Einstellung, ein niedriger Punktwert eine positive Einstellung zum Alkohol oder Rauchen indizierten.

Zwei Itemanalysen wurden durchgeführt, die letzte geringfügig modifiziert ergab die Endform G III.

Die Tabelle 25 enthält die Antwortverteilungen, Mittelwert und Streuung pro Item, E-Wert und korrigierte Trennschärfe.

Aus der Tabelle 25 ist ferner ersichtlich, welches Item zu welcher Teilskala (A oder R) gehört, ferner welche Item zu invertieren sind.

Die Endform der Skala Einstellung zu Genußmitteln hat also 29 Item; davon entfallen 17 auf den Bereich Alkohol, 12 auf den Bereich Rauchen. Von 17 A-Statements müssen 6, von den 12 R-Item müssen 4 invertiert werden.

Taf. 25: Einstellung zu Genußmitteln (G III)
(N=280)

fd. Nr.	Teil- skala	Antwortverteilung (abs.:Z)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$	t-Wert
		1	2	3	4	5	6				
1	A	38	72	58	57	41	14	3.12	1.43	.394	7,38
2	A ⁺	10	55	46	46	86	36	3.90	1.45	.405	8,58
3	R	47	98	67	33	22	13	2.73	1.34	.373	6,79
4	A ⁺	10	37	57	57	84	35	3.97	1.36	.339	6,37
5	A	11	58	53	43	69	46	3.85	1.50	.442	8,83
6	R ⁺	41	102	86	29	17	4	2.61	1.13	.398	6,82
7	A	35	90	72	50	27	6	2.86	1.25	.386	6,11
8	A ⁺	42	88	68	31	27	24	2.95	1,48	.327	5,71
9	R	16	41	64	65	61	32	3.75	1.40	.512	10,38
10	A ⁺	18	71	90	42	27	32	3.30	1.41	.439	6,79
11	A	51	88	60	44	33	4	2.76	1.32	.450	9,58
12	R	86	83	42	28	23	18	2.55	1.53	.612	13,22
13	A ⁺	21	63	61	58	48	29	3.49	1.46	.321	6,59
14	R	29	72	65	40	44	30	3.31	1.52	.586	12,25
15	A	41	98	63	38	29	10	2.81	1.34	.504	8,97
16	R ⁺	8	44	63	64	72	29	3.84	1.33	.475	9,61
17	A	46	80	58	55	21	20	2.95	1.44	.431	8,13
18	R	23	47	47	73	65	25	3.66	1.44	.337	6,85
19	A	8	14	34	62	104	57	4.47	1.25	.444	9,87
20	R ⁺	13	28	66	57	75	41	3.99	1.38	.311	6,48
21	A	16	74	76	46	43	25	3.36	1.40	.535	9,29
22	R	9	35	77	59	69	28	3.82	1.31	.610	12,44
23	A	18	32	54	45	69	62	4.07	1.54	.363	7,23
24	R ⁺	12	32	60	59	68	49	4.02	1.42	.336	6,70
25	A	38	96	63	49	24	10	2.84	1.31	.665	12,96
26	R	51	91	58	46	23	11	2.76	1.36	.347	6,24
27	A ⁺	4	29	61	65	66	55	4.16	1.33	.375	6,08
28	R	12	35	59	64	71	39	3.94	1.38	.418	8,34
29	A	29	82	71	63	28	7	3.00	1.25	.459	8,44

+ invertierte Item

Tab. 26 : Kennwerte der Genußmittel-Skala (Eichgruppe)

Verfahren	N	J	R	\bar{X}	s	\bar{r}_{it}	r_{tt}	\bar{r}_{ij}
Subskala-Alkohol	280	17	50-92	57,9	12,3	.434	.86	.229
Subskala-Rauchen	280	12	18-69	41,0	9,5	.463	.82	.266
Gesamt-skala	280	29	48-156	98,8	19,6	.434	.90	.214

Die in Tabelle 26 gebrauchten Symbole bedeuten :

- J = Anzahl der Item
- R = Beobachtete Variationsbreite der jeweiligen Gesamtpunktwerte
- \bar{r}_{it} = Mittlere korrigierte Trennschärfe der Item
- r_{tt} = Zuverlässigkeit im Sinne der inneren Konsistenz
- \bar{r}_{ij} = Mittlere Interkorrelation der Item.

Eine Inspektion der Tabellen 25 und 26 ergibt, daß G III (Abkürzung für die Skala "Einstellung zu Genußmittel") sowohl auf der Ebene der einzelnen Item als auch auf der der Teil- bzw. Gesamtskala unter Zugrundelegung der üblichen Kennwertstandards als zufriedenstellend zu betrachten ist.

^{Beleg}
Zum Beispiel für dieses Urteil verweisen wir auf folgende einzelne Befunde :

- (a) Höhe der t-Werte ($5,71 < t < 13,22$) (Tab. 25)
- (b) Variationsbreite der Trennschärfekoeffizienten (Eichgruppe : $.311 < r_{it} < .665$ Tab. 25) und Kontrolluntersuchung : $.284 < r_{it} < .584$; (siehe Tab. 27).
- (c) Höhe des durchschnittlichen Trennschärfekoeffizienten (Eichgruppe, Stichprobe Groß-Umstadt und Kontrolluntersuchung, siehe dazu Tab. 26 u. 28). Die Ergebnisse einer Trennschärfebestimmung, wenn die r_{it} auf die Subskalen bezogen werden, zeigt Tab. 29 (Kontrolluntersuchung)
- (d) Innere Konsistenz ^{zu} Zuverlässigkeit ^{Zuverlässigkeit} (Eichgruppe, Friedberg, Kontrolluntersuchung) Wenn sie mit der Methode der Testhalbierung bestimmt wurde, weichen Mittelwerte und Streuungen nur zufällig voneinander ab.

Tab.: 27 Kontrolluntersuchung : Einstellung zu Gepußmitteln (G III)
(N = 521)

Item Nr.	Teil- skala	Antwortverteilung (abs.Z.)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
		1	2	3	4	5	6			
1	A	112	170	95	103	37	4	2.607	1.258	.284
2 ⁺	A	11	90	132	139	110	39	3.699	1.247	.396
3	R	126	164	96	53	39	43	2.701	1.529	.438
4 ⁺	A	20	90	123	119	111	58	3.739	1.365	.432
5	A	57	104	131	113	78	38	3.317	1.417	.498
6 ⁺	R	140	200	118	21	21	21	2.321	1.250	.369
7	A	136	163	99	70	35	18	2.537	1.363	.301
8 ⁺	A	112	142	108	52	54	53	2.910	1.598	.375
9	R	62	76	77	123	104	79	3.706	1.588	.529
10 ⁺	A	65	146	188	55	37	30	2.891	1.294	.356
1	A	132	162	106	73	31	17	2.539	1.336	.429
2	R	248	125	65	39	18	26	2.102	1.414	.466
3 ⁺	A	69	90	116	97	82	67	3.449	1.573	.410
4	R	54	96	85	96	81	109	3.731	1.659	.584
5	A	84	219	104	58	35	21	2.624	1.291	.426
6 ⁺	R	19	90	100	106	133	73	3.889	1.419	.493
7	A	154	149	71	70	51	26	2.603	1.512	.358
8	R	85	112	92	102	82	48	3.246	1.569	.484
9	A	12	59	103	167	122	58	3.964	1.239	.504
10 ⁺	R	72	92	156	91	60	50	3.240	1.473	.467
1	A	50	174	150	72	47	28	2.954	1.303	.484
2	R	35	85	104	135	93	69	3.716	1.444	.548
3	A	36	72	95	95	100	123	3.998	1.579	.451
4 ⁺	R	51	78	119	101	108	64	3.631	1.507	.367
5	A	131	198	116	50	18	8	2.328	1.143	.425
6	R	160	156	79	67	41	18	2.476	1.417	.315
7 ⁺	A	34	110	131	84	98	64	3.564	1.474	.299
8	R	17	63	92	140	118	91	4.060	1.370	.434
9	A	112	169	131	63	26	20	2.582	1.294	.437

+ Invertierte Item

Tab. 28 : Kennwerte der Skala G III bei der Stichprobe GROSS-UMSTADT
(A = Erste Untersuchung ; B = Wiederholungsuntersuchung)

Verfahren	N	R	\bar{X}	s	\bar{r}_{it}	r_{tt}	\bar{r}_{ij}	r_{AB}
Subskala Alkohol	A 71	45-90	62,7	9,7	.288	.72	.121	-
	B 68	40-84	59,9	10,5	.386	.81	-	.69
Subskala Rauchen	A 71	-66	43,9	9,1	.432	.78	.233	-
	B 68	23-67	41,7	8,8	.478	.80	-	.87
Gesamtskala	A 71	71-154	106,0	16,8	.357	.85	.153	-
	B 68	73-141	101,6	17,0	.408	.83	-	.80

Tab. 29 : Konsistenzkoeffizienten für die Skala "Einstellung zu Genußmitteln"
für verschiedene Stichproben

Stichproben	N	G III/A			G III/R			G III/Ges		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Eichgruppe	280	-	.860	-	-	.820	-	.904	.902	-
Männliche VS	139	-	-	-	-	-	-	.908	.904	-
Weibliche Vpn (Eichgruppe)	141	-	-	-	-	-	-	.901	.899	-
GROSS-UMSTADT (1. Untersuchung)	71	.720	-	-	-	.780	-	.850	.848	-
GROSS-UMSTADT (2. Untersuchung)	68	-	.810	-	-	.800	-	.829	.826	-
Kontrollunter- suchung	521	-	-	.828	-	-	.842	-	-	.883

Es bedeuten :
 1 : SPEARMAN-BROWN (auf volle Testlänge aufgewertet)
 2 : FLANAGAN
 3 : CRONBACH's Alpha

Tab.: 30 Korrigierte Trennschärfen für die Subskalen Einstellung zum Alkohol (G III/A) und Einstellung zum Rauchen (G III/R) (N = 521)⁺

Einstellung zum Alkohol			Einstellung zum Rauchen		
Lfd. Item Nr.	Item Nr. in der Skala	$r_{i(t-i)}$	Lfd. Item Nr.	Item Nr. in der Skala	$r_{i(t-i)}$
1	1	.284	1	3	.438
2	2	.396	2	6	.369
3	4	.432	3	9	.529
4	5	.498	4	12	.466
5	7	.301	5	14	.584
6	8	.375	6	16	.493
7	10	.356	7	18	.484
8	11	.429	8	20	.467
9	13	.410	9	22	.548
10	15	.426	10	24	.367
11	17	.358	11	26	.315
12	19	.504	12	28	.434
13	21	.484			
14	23	.451			
15	25	.425			
16	27	.299			
17	29	.437			

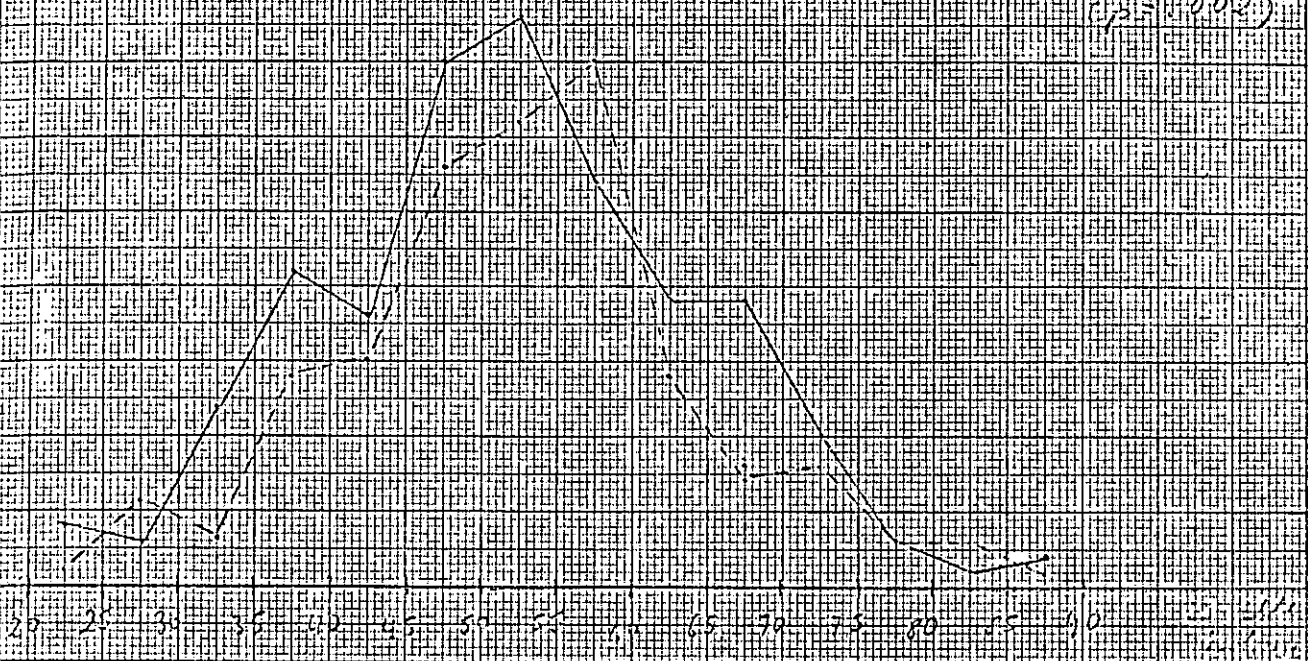
+ Trennschärfe bezieht sich auf Subskalen u. Gesamtpunktwert

Tab. 31 : Verteilungscharakteristika der Genußmittel-Skala (G III)
Stichprobe Kontrolluntersuchung (N = 521)

		Männliche Vpn	Weibliche Vpn	Gesamtgruppe
G III/A	S	1.020	0.992	1.713
	P	0.271	0.678	0.083
	E	-0.262	3.267	0.077
	P	0.790	0.002	0.937
G III/R	S	-0.173	0.560	1.213
	P	0.857	0.617	0.223
	E	-0.179	-0.846	-1.467
	P	0.237	0.598	0.139
G III/Ges	S	-	-	0.634
	P	-	-	0.533
	E	-	-	-0.032
	P	-	-	0.973

Abb. 17 (G II/A) m

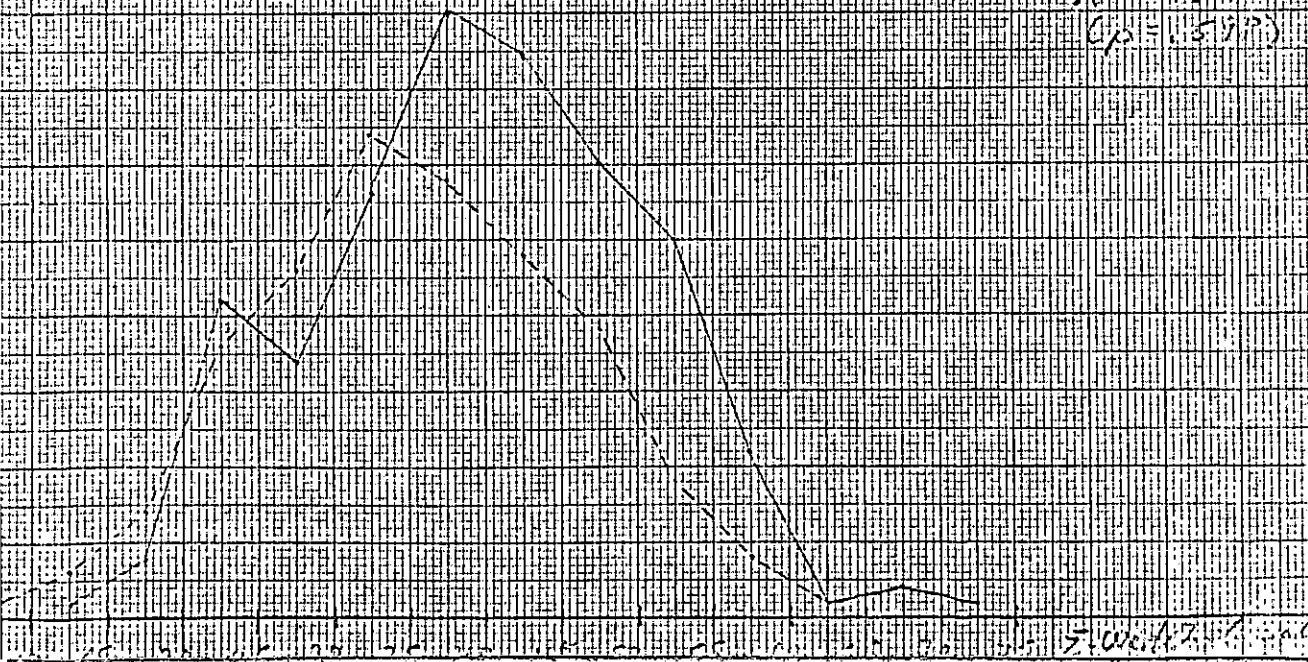
$\sigma_1 = 27.5$
 $\sigma_2 = 26.2$
 $(\rho_1 = 7.7\%)$
 $\sigma_3 = 24.5$
 $\sigma_4 = 23.7$
 $(\rho_2 = 10.2\%)$



Werte
in
%

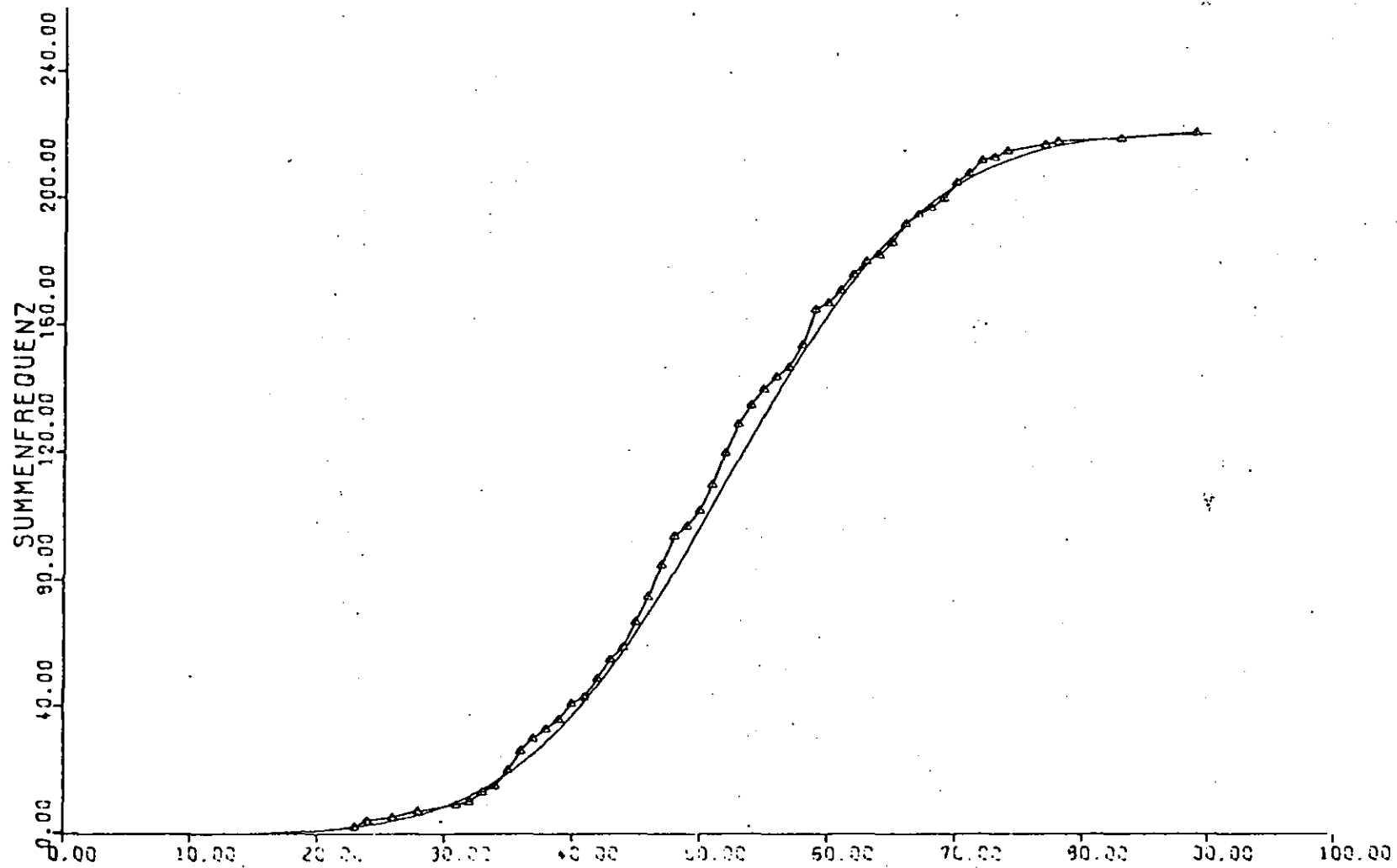
Abb. 18 (G III/R)

$\sigma_1 = 27.5$
 $(\rho_1 = 7.7\%)$
 $\sigma_2 = 26.2$
 $(\rho_2 = 7.7\%)$
 $\sigma_3 = 24.5$
 $(\rho_3 = 6.7\%)$
 $\sigma_4 = 23.7$
 $(\rho_4 = 5.9\%)$



Werte
in
%

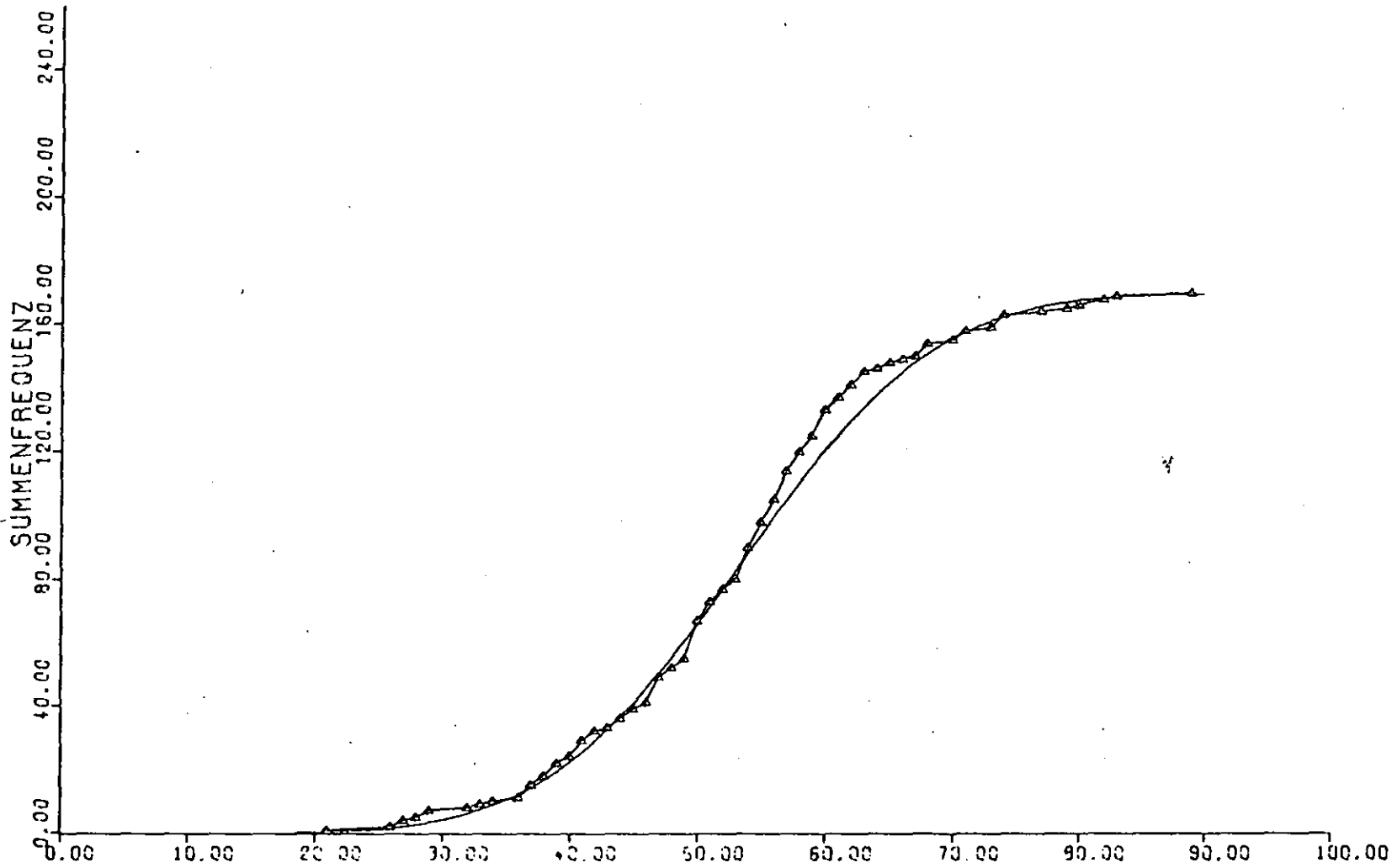
- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 101 -

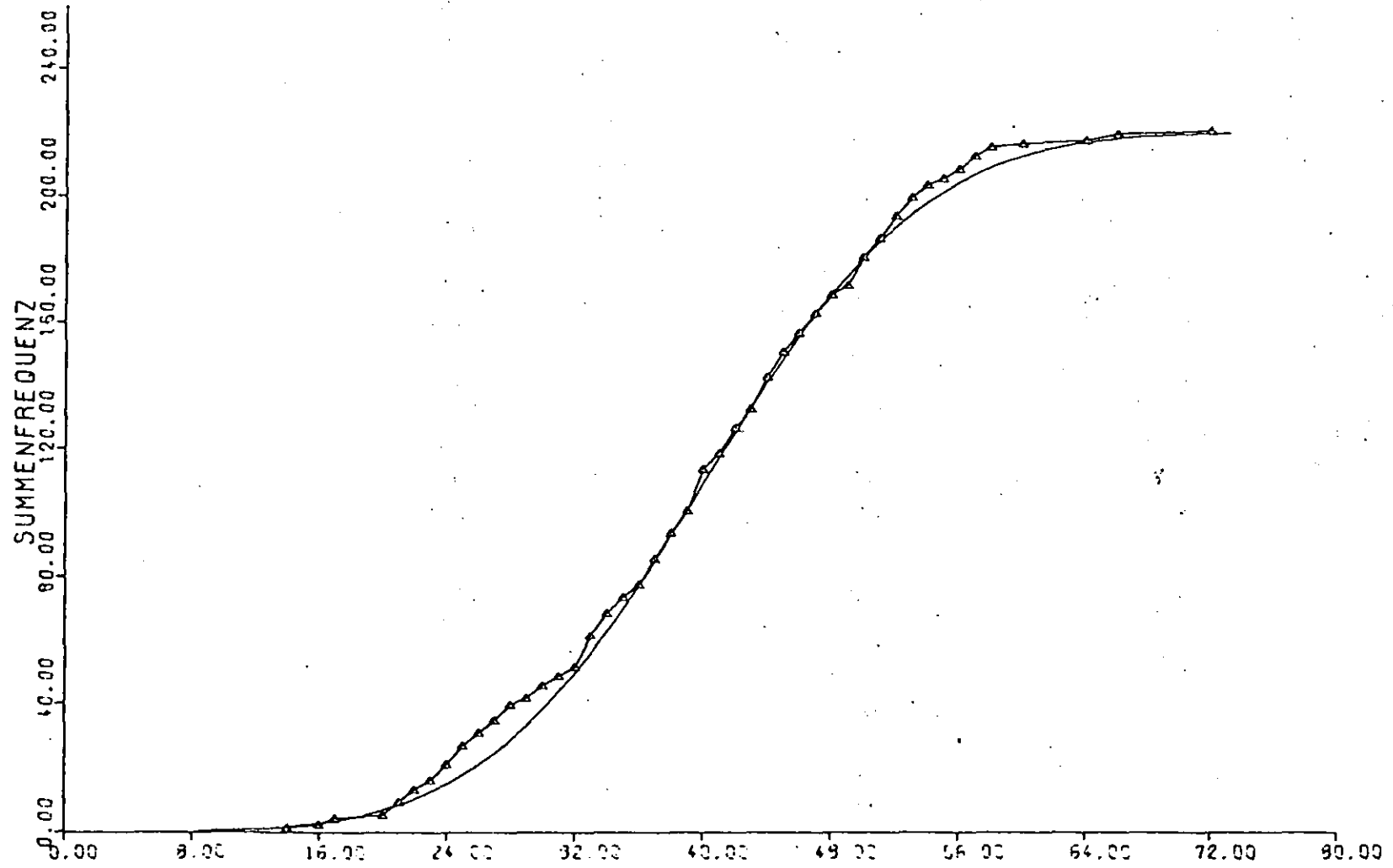
Tab. 20 (G III / A; W)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



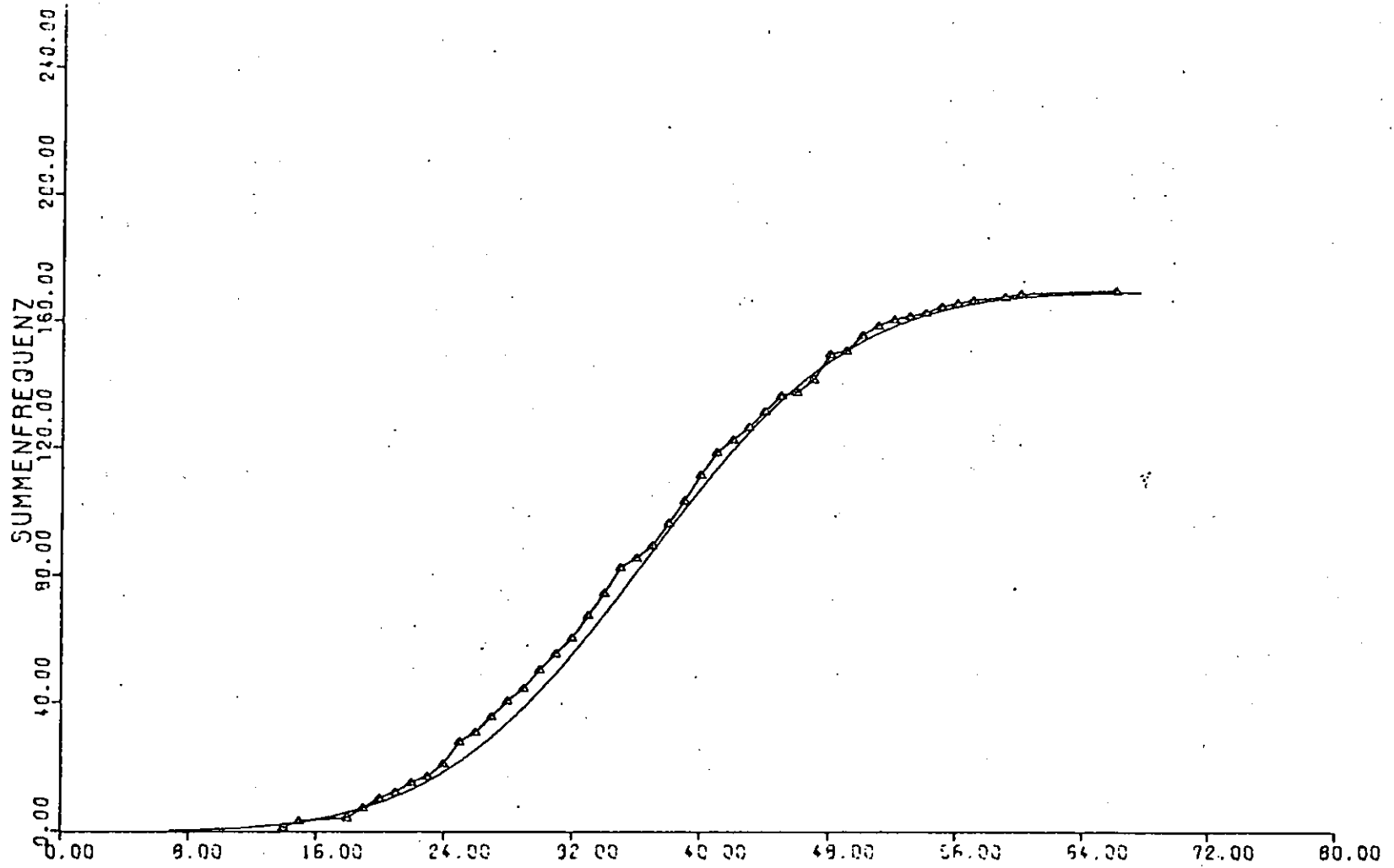
- 102 -

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



724.22 (6 III 114)

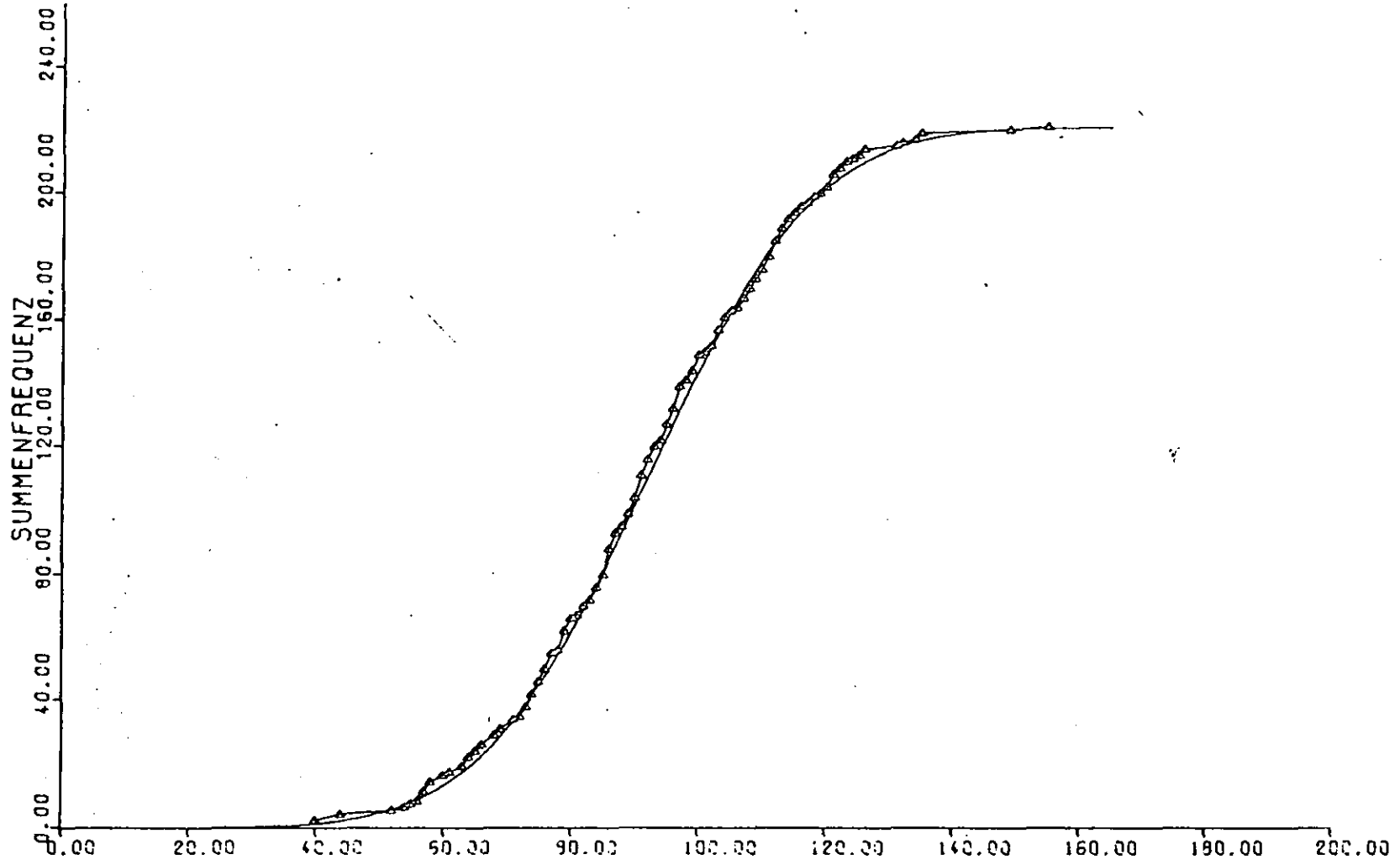
- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 202 -

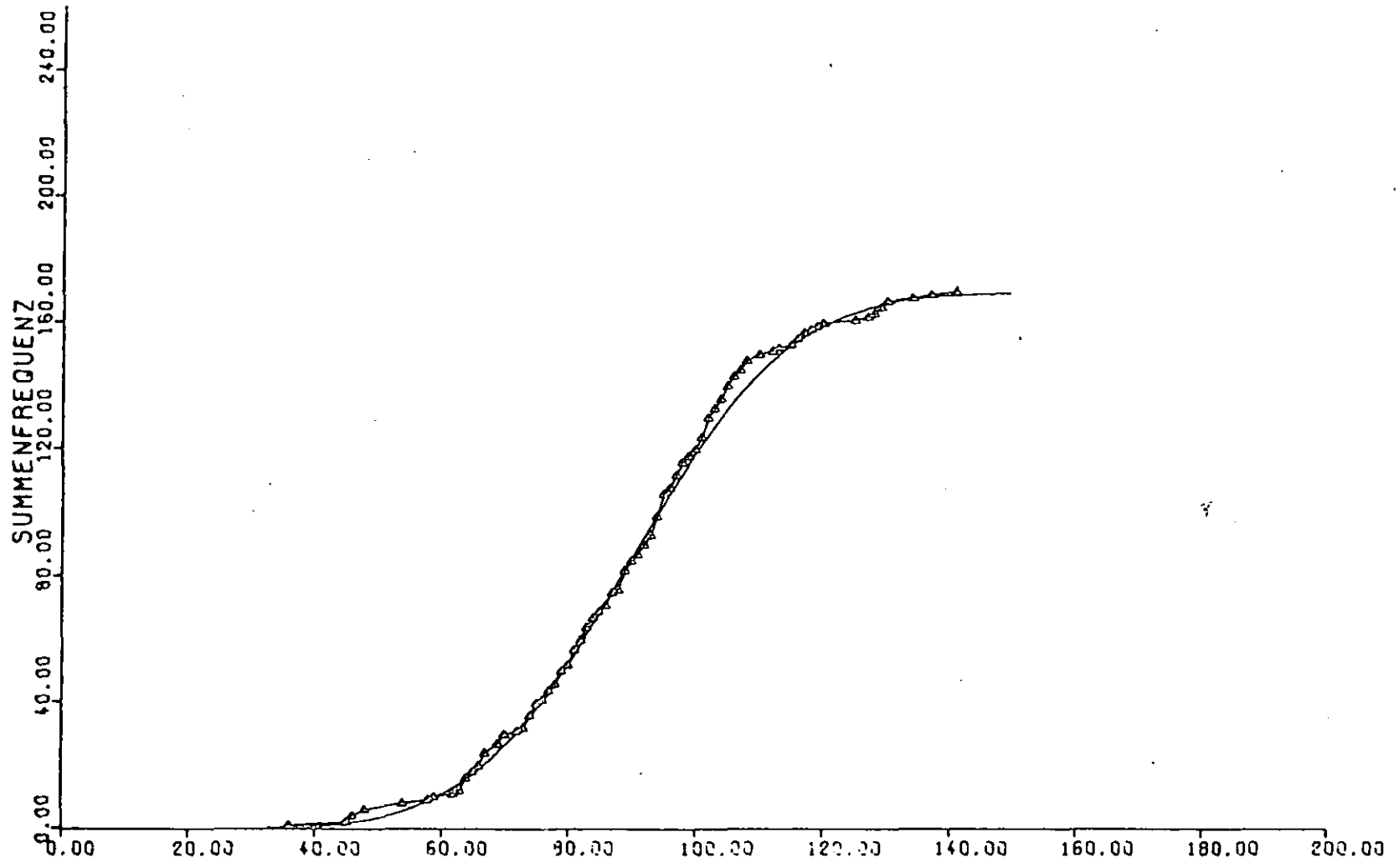
ASS. 23 (6 III | 6es. jw)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 50V -

- = NORMHLVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 106 -

- (e) Durchschnittliche Interkorrelation der Items (Eichgruppe). Es ist zu vermuten, daß die Skala nicht eindimensional ist (Tab. 26 und 28).
- (f) Verteilungscharakteristika (Tab. 31). Schiefe und Kurtosis für G III/A, G III/R und G III/Ges., sowohl für die Kontrollgruppe insgesamt als auch nach Geschlechtern getrennt.
- (g) Häufigkeitsverteilungen für die Subskalen G III/A und G III/R. (Kontrolluntersuchung) Siehe dazu Abb. 17/18.
- (h) Vergleiche der empirischen Verteilungen mit der stetigen theoretischen Verteilung (GAUß'sche Normalverteilung). Siehe dazu Abb. 19 - 24.
- (i) Die G III-Skala enthält wie dargelegt, 19 positiv und 10 negativ formulierte Item. Die Produkt-Moment Korrelation zwischen diesen beiden Itemtypen beträgt $r = .547$. Die mittlere Trennschärfe für die positiv formulierten Item beläuft sich auf $\bar{r}_{it} = .480$; für die negativen auf $\bar{r}_{it} = .384$.
- (k) Die Korrelation zwischen den beiden Teilskalen "Einstellung zum Alkohol" und "Einstellung zum Rauchen" ändert sich kaum nennenswert mit der untersuchten Stichprobe (vgl. Tab. 32).

Tab. 32 : G III : Subskalen-Interkorrelationen bei verschiedenen Stichproben

Stichprobe	N	$r_{A/R}$	p
Eichgruppe	280	.619	< .01
Groß-Umstadt (1. Untersuchung)	71	.582	< .01
Groß-Umstadt (2. Untersuchung)	68	.560	< .01
Kontrollunter- suchung	521	.522	< .01

- (l) Da in zahlreichen Untersuchungen anstelle von Skalen Einzelfragen verwendet werden, um die Einstellung zum Alkohol oder zum Rauchen zu erfassen, schien es angebracht, der Beziehung zwischen einem einzelnen Indikator und einem Indikatorenpool nachzugehen, wie er durch unsere Skalen repräsentiert wird.

In Verbindung mit einer nicht projektbezogenen Untersuchung ließen wir 80 Ober-
schüler ihre globale Einstellung zum Rauchen, Alkohol und zu Pharmaka einstufen.
Vorgegeben waren 5 Abstufungen. Von denselben Schülern standen auch die Er-
gebnisse von G III/A, G III/R und G III/Ges. zur Verfügung. Das Ergebnis
(siehe dazu Tab. 33) ist überraschend.

Tab. 33 : Korrelation zwischen Einzelindikator und Skala (G III)
(N = 80)

Skala	Alkohol	Rauchen	Tabletten
G III/A	.180	.157	-.149
G III/R	.318 ⁺⁺	.110	-.054
G III/Ges	.267 ⁺	.156	-.114
\bar{X}	2.75	2.65	2.36
s	1.11	1.24	1.01

+ p < .05

++ p < .01

Man hätte erwarten müssen, daß die Korrelationen höher ausfallen, als es tatsächlich der Fall ist. Der einzelne Indikator korreliert nicht mit der jeweiligen Skala. Hinzu kommt, daß die Werte in der entsprechenden Diagonale dazu tendieren, erwartungswidrig niedriger zu sein als die außerhalb der Diagonalen. So ist es merkwürdig, daß die Frage nach der Einstellung zum Alkohol höher mit der Einstellung zum Rauchen korreliert als mit der Alkoholskala. Wir wissen nicht, welche Gründe für diesen Sachverhalt verantwortlich sind. Festhalten sollte man jedoch den vom zuletzt genannten Gesichtspunkt unabhängigen Tatbestand der fehlenden Beziehung von Einzelfrage und Skala. Dies ist deswegen bedeutsam, weil beide Merkmale offenbar nichts Gemeinsames "messen".

Da man mit negativen Wertungen Erwachsener auf die Bekundung positiver Einstellungsäußerungen zum Alkohol und Rauchen durch Jugendliche rechnen mußte, und da die an der Untersuchung beteiligten Vpn die Untersucher vielleicht als Erwachsene diesen Typs perzipierten, erschien es wichtig zu prüfen, inwieweit die Skalen "faking"-anfällig sind.

Wir haben versucht, auf zweifachen Wegen dieser Frage nachzugehen. Der erste Ansatz bestand darin, die Reaktionen unter Standard-Anweisungsbedingungen mit einer Situation zu vergleichen, in der durch eine besondere Instruktion die

Möglichkeit des "Fakings" angeregt werden sollte. Wahrscheinlich deswegen, weil zu Beginn der Untersuchung unvorhersehbare Umstände eintraten, erbrachte die Analyse keine konsistenten Ergebnisse, so daß auf die Darstellung von Einzelheiten verzichtet werden kann.

Mit dem zweiten nicht eigentlich experimentellen Vorgehen sollte die Beziehung zwischen einer "Lügen-Skala" und G III ermittelt werden. Ausgewählt wurde das von MARLOWE und CROWNE (1964) entwickelte Inventar. Um die Brauchbarkeit dieses Inventars abschätzen zu können, haben wir eine Voruntersuchung (Itemanalyse) vorgenommen. 74 Personen beantworteten den aus 37 Item bestehenden Fragebogen. Das Ergebnis befriedigt kaum ($\bar{X} = 15,18$; $s = 4,07$; $\alpha = 0,604$). Die Trennschärfen liegen meist unter dem erforderlichen Niveau. So können die in Tab. 34 mitgeteilten Korrelationen zwischen den Skalen-Items von G III und dem Gesamtpunktwert des MARLOWE-CROWNE Inventars nur als vorläufige Antwort auf die oben gestellte Frage nach der Faking-Anfälligkeit betrachtet werden.

Ein Alterseinfluß auf die Beantwortung der Genußmittelskala besteht nicht, wie die Tab. 35 zeigt.

Tab. 35 : Mittelwertvergleich zwischen zwei Altersgruppen
(Eichgruppe)

Skalen	16 Jahre und älter			jünger als 16 Jahre			D	t	p
	N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s			
G III/A	115	56,70	10,53	165	58,66	13,32	1,96	1,37	n.s.
G III/R	115	40,00	9,78	165	41,67	9,24	1,67	1,44	n.s.
G III/Ges	115	96,70	18,51	165	100,32	20,27	3,62	1,54	n.s.

Dasselbe gilt, wenn wir Oberschüler ($N = 151$; $\bar{X} = 99,05$ und $s = 19,67$) mit Realschülern ($N = 129$; $\bar{X} = 98,58$ und $s = 19,61$) vergleichen. Auch der sozio-ökonomische Status - grob erfaßt durch den Vaterberuf - scheint keinen Einfluß auf die Einstellung zu Genußmitteln zu haben.

Tab. 34: Korrelationen zwischen dem Gesamtpunktwert S-D (MARLOWE-CROWNE) und den Item der Teilskalen Einstellung zu Genußmitteln (N=47)

	Einstellung zum Alkohol		Einstellung zum Rauchen
Item Nr.	r	Item Nr.	r
1	-.1203	3	.0425
2	.0292	6	.0667
4	.0124	9	-.0053
5	-.0327	12	.1997
7	.0537	14	.0141
8	-.2363	16	.0293
10	.0649	18	.1643
11	.0954	20	.0177
13	-.1743	22	.1288
15	-.2127	24	.1065
17	-.0897	26	.1741
19	-.1230	28	.1738
21	-.0551	G III/R	.1326
23	-.1388		
25	-.0259		
27	-.0689		
29	-.0054		
G III/A	-.1154		

Auch die oft geäußerte Behauptung, zwischen der Einstellung zu Genußmitteln und der sportlichen Aktivität bestünde eine gegenläufige Beziehung, konnte nicht bestätigt werden^{x)}. Allerdings fand sich eine Tendenz, wie die folgende Gegenüberstellung zeigt :

Tab. 36 : Grad der sportlichen Betätigung und Einstellung zu Genußmittel

Sportliche Aktivität	N	\bar{X}	s	D	t	p
selten Sport treibend	138	97,34	19,93	2,94	1,25	n.s.
regelmäßig Sport treibend	142	100,28	19,25			

Für Einstellungsänderungsuntersuchungen z. B. ist es von Interesse zu wissen, wie stabil die gemessenen Attitüden sind. Wegen der Relevanz dieses Gesichtspunktes (vgl. Abschlußbericht II) haben wir eine^{9e} voneinander unabhängige Untersuchungen mit dem Ziel durchgeführt zu prüfen,

- a) wie stabil G III/A, G III/R und G III/Ges. sind;
- b) wie sich die Stabilität verändert mit der Größe des Zeitintervalls zwischen erster Durchführung und Wiederholung;
- c) ob das Geschlecht der Befragten die Stabilität beeinflusst ;
- d) wie stabil die Subskalen-Interkorrelation und die Korrelation der Subskalen mit G III/Ges ist.

Alle Ergebnisse sind in den Tab. 37, 38 u. 39 zusammengefaßt.

Die Stabilität ist von wenigen Ausnahmen abgesehen sehr befriedigend. Das trifft sogar für das Intervall 11 Wochen zu : die Korrelationskoeffizienten liegen nicht unter dem Wert von .700. Ein Einfluß des Geschlechts ist nicht auszumachen (vgl. dazu die Tab. 37, 38, 39)

^{x)} Daß das Rauchen, bzw. die positive Einstellung zum Rauchen, bei einem Teil der Jugendlichen Ausdruck einer Protesthaltung sein kann, ist eine Meinung, die immer wieder vertreten wird. Die Korrelation der F-Skala (vgl. ROGHMAN, 1966) mit G III/R beträgt $r = .304$ ($.10 < p < .05$; einseitige Fragestellung; $N = 28$; Oberschüler; $\bar{X}_{F-s} = 79,00$; $s_{F-s} = 8,36$; $\bar{X}_{G III/R} = 40,64$; $s_{G III/R} = 13,73$).

Dieses Ergebnis ist zwar kein Beweis für die genannte Behauptung, macht sie jedoch etwas wahrscheinlicher.

Tab. 37 : Stabilitätsuntersuchung II : Einstellung zu Genußmitteln (G III)

1. Schüler (Zeitintervall 3-5 Wochen)

	1. Test			2. Test			Stabilität	
	N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s	r	p
G III/A	28	49.29	10.65	28	50.11	11.82	.779	< .001
G III/R	28	38.68	10.90	28	39.21	9.39	.594	< .001
G III/Ges	28	88.00	18.57	28	90.39	19.57	.810	< .001

2. Schülerinnen (Zeitintervall 3 Wochen)

	1. Test			2. Test			Stabilität	
	N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s	r	p
G III/A	22	52.50	12.63	22	53.41	13.29	.877	< .001
G III/R	22	38.96	9.57	22	38.41	9.34	.813	< .001
G III/Ges	22	91.46	21.07	22	91.82	19.83	.865	< .001

Tab. : 38 Stabilitätsuntersuchung III : Einstellung zu Genußmitteln (G III)

1. Schüler (Zeitintervall 4 Wochen)

	1. Test			2. Test			Stabilität	
	N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s	r	p
G III/A	30	53.00	11.90	30	53.20	9.84	.773	.001
G III/R	30	41.33	8.88	30	40.17	7.39	.833	.001
G III/Ges	30	94.33	17.77	30	93.77	14.10	.846	.001

2. Schülerinnen (Zeitintervall 11 Wochen)

	1. Test			2. Test			Stabilität	
	N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s	r	p
G III/A	19	57.63	10.78	19	57.16	13.28	.795	.001
G III/R	19	38.58	7.35	19	40.11	9.24	.700	.001
G III/Ges	19	96.26	17.19	19	97.26	21.38	.755	.001

Tab. : 3⁹ Stabilität der Subskaleninterkorrelationen und der Korrelationen der Subskalen mit der Gesamtskala Einstellung zu Genußmitteln (G III)

Gruppe	Test- aufnahme	Subskalen	Subskalen - Gesamtskalen	
		G III/A G III/R r	G III/A G III/Ges r	G III/R G III/Ges r
männl. (N=28)	1.T. 3-5 Wo	.487 ⁺⁺	.857 ⁺⁺	.867
	2.T.	.297	.905	.616
weibl. (N=22)	1.T. 3 Wo	.797	.962	.932
	2.T.	.521	.916	.821
männl. (N=30)	1.T. 4 Wo	.450	.895	.802
	2.T.	.318	.879	.710
weibl. (N=19)	1.T. 11 Wo	.362	.970	.934
	2.T.	.797	.965	.927

* p < .05

++ p < .01

2 Beziehung zwischen der Einstellung zum Rauchen und der Häufigkeit des Rauchens

Die Probanden der Kontrolluntersuchung füllten einen Raucherfragebogen aus (vgl. Abschlußbericht II). Darin wurde unter anderem nach der durchschnittlichen Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten gefragt. Es handelte sich um eine sog. offene Frage. Die Antworten wurden a posteriori klassifiziert. Man kann darüber streiten, ob diese Angaben der Jugendlichen als Kriterium gelten dürfen oder nicht. Man mag einwenden, es handele sich hier um eine Kontamination zwischen Kriterium und "Prediktor", da auch G III/R von den gleichen Personen beantwortet worden ist. Solche Einwände bestehen zu Recht. Man wird deshalb hier nur von einer ersten und vorläufigen Bestimmung der Gültigkeit sprechen dürfen. Einem zweiten, weiteren naheliegenden Einwand, die Auskünfte der Jugendlichen über den Umfang ihres Zigarettenkonsums seien unzuverlässig, haben wir dadurch Rechnung getragen, daß wir die Frage nach dem Konsum nach einem Abstand von - 3 Wochen bei N = 68 Jugendlichen erneut gestellt haben. Daß sich die Befragten an ihre ursprünglichen Angaben erinnern, dürfte wegen der Länge des Intervalls und der jeweiligen Dauer der inhaltlich relativ heterogenen Befragung zum wahrscheinlich sein. Zur Bestimmung der Stabilität der Angaben über die Stärke des Rauchens haben wir zwei Klassen gebildet: Personen, die gar nicht oder höchstens eine Zigarette durchschnittlich pro Tag rauchen und Personen, die zwei und mehr Zigaretten täglich konsumieren. Der berechnete Vierfelder-Koeffizient r_{tet} betrug .99, ein Wert, der maximal hoch ist. Mit anderen Worten, die Angaben erwiesen sich als höchst stabil.

Für zwei Stichproben haben wir den Zusammenhang zwischen der Stärke des (operationalisierten) Zigarettenkonsums und der Einstellung zum Rauchen berechnet. Die Ergebnisse zeigt die letzte Spalte der Tab. 40. Je größer der Konsum, desto positiver die Einstellung; ein Tatbestand, der für beide Geschlechter gilt.

Wenn man bereit ist, die Angaben der Versuchspersonen über den Zigarettenkonsum als brauchbare Substitution für einen Verhaltensindikator anzusehen, dann ergibt sich hier, daß zwischen Handeln und Einstellung eine konsonante Beziehung besteht.

Tab. 40 : Zusammenhang zwischen Einstellung zum Rauchen und Zigarettenkonsum

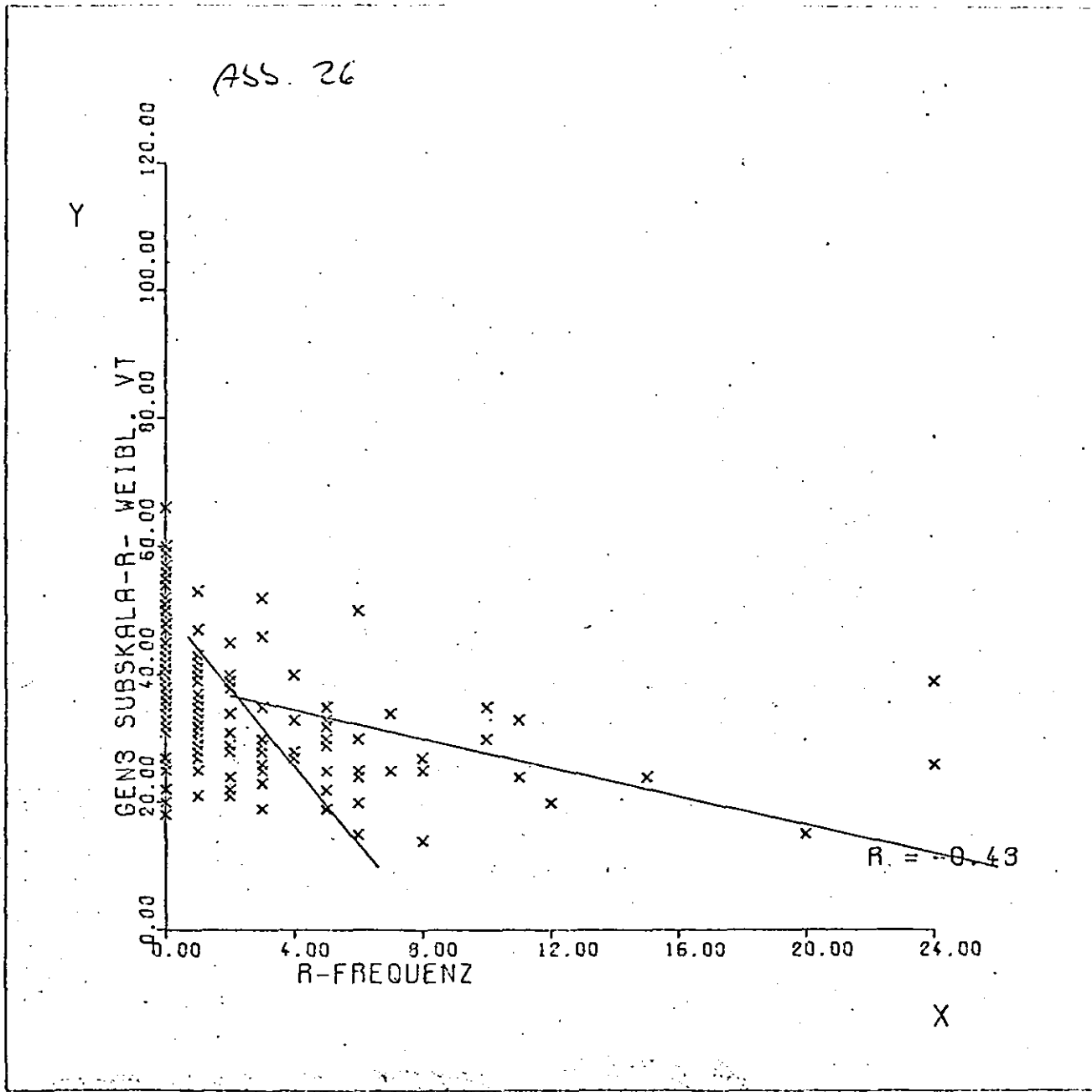
		(1) G III/R	(2) Zig. Kons.				
	N	\bar{X}	s^2	\bar{X}	s^2	r (1) (2)	p
Männlich	137	38,96	112,20	1,60	1,09	-.426	< .01
Weiblich	132	36,30	96,50	1,58	0,72	-.551	< .01

Tab. 41.: Regressionsgleichungen : R' Frequenz und Einstellung zum Rauchen

	männlich (N = 137)	weiblich (N = 132)
Regression von R-Frequenz (=x) auf G III/R (=y)	$y = -0,887 \cdot x + 42,86$	$y = -1,300 \cdot x + 38,99$
Regression von G III/R (=y) auf R-Frequenz (=x)	$x = -0,213 \cdot y + 11,62$	$x = -0,164 \cdot y + 8,23$

Für zwei weitere Stichproben (N = 211 Schüler, N = 170 Schülerinnen) geben die beiden Abbildungen 25 und 26 einen anschaulichen Eindruck des Zusammenhangs zwischen Einstellung zum Rauchen und der Stärke des Zigarettenkonsums.

ASS. 26



8.0 Einstellung zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (Ri)

8.1 Beschreibung der Skala

Ausgangspunkt für die Annahme, daß es so etwas wie eine gesundheitsriskante Einstellung geben könnte, bildeten die Ergebnisse der "Risk-taking"-Forschung im Bereich der Persönlichkeitspsychologie. Gegenstand der Skalierung sollte nicht sein, ob jemand verbal einräumt, gesundheitsriskant zu handeln, sondern, ob er positive oder negative Attitüden zu riskanten Verhaltensweisen äußert. Als gesundheitsriskant wird dann ein Verhalten bezeichnet, wenn die Folgen des Handelns für die Gesundheit bekanntermaßen vorhersehbar gefährlich oder schädlich sind. Für die Auswahl von riskanten Verhaltensweisen haben wir verschiedene Quellen herangezogen; meist handelt es sich um von Ärzten verfaßte und für Laien bestimmte Literatur über das Gesundheitsverhalten. Der ursprüngliche Itempool setzte sich, nach seiner Kontrolle durch Schüler, die sich auf die Verständlichkeit der Item u.a.m. richtete, aus 66 Items zusammen; davon entfielen auf die Bereiche :

(a) Gesundheit	17 Item
(b) Sport	14 Item
(c) Haushalt	15 Item
(d) Straßenverkehr	20 Item

Die folgenden Beispiele sollen den Inhalt der Statements verdeutlichen :

"Man sollte nur dann einen Arzt aufsuchen,
wenn kein Hausmittel geholfen hat".

"Ein sicherer Autofahrer kann auch einmal ein paar
Flaschen Bier trinken und bleibt trotzdem fahrtüchtig"

"Das Aufspringen auf einen abgefahrenen Bus oder Zug
ist für einen guten Sportler völlig ungefährlich"

"Geöffnete Konservendosen müssen unter allen Umständen
sofort verbraucht werden".

Genau wie bei der Genußmittelskala standen den Probanden 6 Stufen der Beantwortung zur Verfügung von starker Zustimmung bis starker Ablehnung reichend.

Die positiv oder negativ formulierten Statements wurden so gewichtet, daß im Falle der Zustimmung zu riskanten Verhaltensweisen ein hoher Punktwert vergeben wurde,

im Falle der Zustimmung zu riskanten Verhaltensweisen ein hoher Punktwert vergeben wurde, im Falle der Ablehnung ein niedriger. Das bedeutet : je höher die Gesamtpunktwerte, desto größer ist die positive Einstellung zu riskanten Handlungen und entsprechend umgekehrt.

Bis zur akzeptierten Skalenendform (abgekürzt: Ri IV; siehe Anhang) waren drei Aufgabenanalysen notwendig.

Bemerkenswertes Resultat dieser Analysen war, daß alle Statements, die sich auf den Straßenverkehr bezogen, wegen ungenügender Trennschärfe oder wegen zu niedriger Mittelwerte ausgeschieden werden mußten. Dieser Befund deutet auf eine ungleich stärkere sozial stereotypisierte Einstellung zu riskantem Benehmen im Straßenverkehr hin, als das für die Bereiche der Gesundheit, Sport und Haushalt gilt.

Nach Anwendung des früher beschriebenen Item-Auswahl-Kriteriums verbleiben folgende Item in den Bereichen :

- (a) Gesundheit : 11 Item (abgekürzt Ri IV/1)
- (b) Haushalt : 4 Item (abgekürzt Ri IV/2)
- (c) Sport : 5 Item (abgekürzt Ri IV/3)

5 von 20 Items müssen invertiert werden (vgl. Tab. 42). Die Kennwerte der Ri IV-Skala gehen aus der Tab. 43 hervor.

Tab. 43 : Kennwerte der Ri IV-Skala

Verfahren	N	\bar{X}	s	\bar{r}_{it}	r_{tt}	\bar{r}_{ij}
Ri IV/Ges.	71	68,4	12,7	.396	.86	.191

Das Ergebnis einer Testwiederholungsuntersuchung im Abstand von 14 Tagen ist der Tab. 44 zu entnehmen.

Tab.: 42 Gesundheitsriskante Einstellung (N=71)

Item Nr.	Teil- skala	Antwortverteilung (abs. Z.)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$	t-Werte
		1	2	3	4	5	6				
1	G	6	17	13	10	19	6	3.52	1.52	.418	3.67
2	H	12	14	17	14	10	4	3.11	1.47	.412	4.22
3	G	0	10	10	20	22	9	4.14	1.23	.443	3.55
4 ⁺	S	11	11	16	18	12	3	3.25	1.43	.155	2.85
5	G	5	16	19	16	9	6	3.37	1.38	.495	6.99
6	H	12	14	19	16	7	3	3.01	1.38	.544	5.61
7 ⁺	G	3	13	19	19	14	3	3.52	1.24	.446	4.02
8	S	3	12	11	15	18	12	3.97	1.47	.255	2.70
9	G	2	12	11	26	18	2	3.73	1.18	.435	4.34
10 ⁺	H	11	23	19	9	8	1	2.76	1.27	.443	4.53
11	G	3	10	20	19	15	4	3.63	1.24	.329	2.45
12	S	3	6	6	19	19	18	4.39	1.40	.234	2.82
13	G	29	33	7	1	1	0	1.76	0.80	.307	3.59
14	S	9	17	9	23	10	3	3.24	1.41	.434	4.41
15	G	2	6	14	20	22	7	4.06	1.23	.407	4.36
16	H	7	3	12	23	21	5	3.89	1.35	.553	6.99
17	G	8	23	17	14	5	4	2.96	1.34	.522	4.74
18	G	2	9	12	20	25	3	3.93	1.21	.472	3.85
19 ⁺	G	9	10	8	17	22	5	3.68	1.53	.337	4.27
20 ⁺	S	19	21	18	5	7	1	2.48	1.31	.286	2.93

+Item invertiert

Tab. 44 : Ri IV-Skala : Vergleich der Testhälften für Erst- und Wiederholungsuntersuchung

		N	\bar{X}	s
Erst- Test	1. T.H.	71	32,10	7,03
	2. T.H.	71	36,31	6,55
	Ges. Test	71	68,41	12,71
Wieder- holung	1. T.H.	68	32,34	6,97
	2. T.H.	68	36,25	7,43
	Ges. Test	68	68,59	13,53

Weder beim Ersttest noch bei der zweiten Untersuchung unterscheiden sich Mittelwerte und Streuungen der Testhälften. Die Stabilität von Ri IV/Ges. beträgt für einen Abstand von 14 Tagen $r = .865$ ($N = 68$), für ein Intervall von 8 Wochen $r = .592$ ($N = 20$).

Ein Bild von der ^{Zuverlässigkeit} inneren Konsistenz vermittelt die folgende Zusammenstellung:

Tab. 45 : Ri IV-Skala : ^{Zuverlässigkeitskoeffizienten} innere Konsistenzen

	Ersttest (N = 71)	Wiederholung (N = 68)
SPEARMAN-BROWN ^{x)}	0,858	0,856
FLANAGAN	0,866	0,865

x) auf volle Testlänge aufgewertet

Weitere Informationen über die Brauchbarkeit der Ri IV-Skalen beinhalten die folgenden Tabellen und Abbildungen :

a) Tabelle 42

Item-Kennwerte (Antwortverteilungen, Mittelwerte, Streuungen, korrigierte Trennschärfen, Φ -Tests)

1. Kontrolluntersuchung (N = 71)

b) Tabelle 46

Item-Kennwerte (Antwortverteilungen, Mittelwerte, Streuungen, korrigierte Trennschärfen).

2. Kontrolluntersuchung (N = 514)

c) Tabelle 47

Mittelwerte der Subskalen und Gesamtskala; innere Konsistenz (CRONBACH's Alpha); Verteilungscharakteristika.

2. Kontrolluntersuchung (N = 514)

d) Tabelle 48

Korrelation der sozialen Erwünschtheit mit den Items der Ri IV-Skala (N = 28)

e) Abbildungen 27, 28, 29 und 30

Vergleiche der empirischen Verteilungen (Ri IV/1; Ri IV/Ges.) mit der Gauß'schen Normalverteilung (KOLMOGOROFF-SMIRNOW-Test).

Vergleiche getrennt nach Geschlechtern durchgeführt.

2. Kontrolluntersuchung (N = 514)

f) Abbildungen 31, 32 und 33

Häufigkeitsverteilungen für die Subskalen Ri IV/1, Ri IV/2, Ri IV/3; getrennt nach Geschlechter.

2. Kontrolluntersuchung (N = 514).

Tab. 47 : Ri IV-Skala : Kennwerte der Kontrolluntersuchung (N = 514)

	Ri IV/1	Ri IV/2	Ri IV/3	Ri IV/Ges.
\bar{X}	36,07	12,18	16,33	64,58
s	7,50	4,61	4,14	12,43
α	.71	.80	.45	.79
Schiefe	-.673	2.300	.992	-.123
p	.509	.021	.678	.898
Exzeß	-.086	-3.016	-1.068	-1.783
p	.929	.003	.286	.071

Tab.: 46 Kreuzvalidierung: Gesundheitsriskante Einstellungen (Ri IV)
(N=514)

Item Nr.:	Teil- skala	Antwortverteilung (abs. Z.)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
		1	2	3	4	5	6			
1	G	80	105	88	131	89	21	3.208	1.449	.455
2	H	127	147	74	74	66	26	2.772	1.528	.553
3	G	24	66	87	153	130	54	3.897	1.329	.449
4 ⁺	S	77	131	129	78	71	28	3.037	1.431	.229
5	G	71	138	121	110	58	16	2.988	1.329	.381
6	H	96	134	84	114	59	27	2.975	1.470	.453
7 ⁺	G	45	73	100	127	106	62	3.712	1.474	.300
8	S	72	99	105	86	101	50	3.374	1.568	.317
9	G	38	118	114	147	78	18	3.311	1.286	.463
10 ⁺	H	124	152	96	66	56	19	2.687	1.446	.394
11	G	69	141	119	97	78	9	2.996	1.335	.348
12	S	34	68	61	107	149	94	4.066	1.514	.276
13	G	207	213	59	21	8	5	1.875	0.984	.266
14	S	57	135	96	92	104	30	3.274	1.464	.262
15	G	22	53	94	135	146	64	4.016	1.328	.366
16	H	34	78	78	160	120	44	3.751	1.367	.464
17	G	52	133	147	89	71	22	3.117	1.327	.307
18	G	34	93	124	133	108	22	3.494	1.298	.345
19 ⁺	G	71	102	84	91	112	54	3.453	1.594	.155
20 ⁻	S	143	141	99	64	55	12	2.578	1.404	.328

+ Item invertiert

Die Daten über die Ri IV-Skalen erlauben folgende Beurteilung :

- (1) Die Gesamtskala besitzt eine ausreichende innere Konsistenz. Dasselbe darf von der Subskala Ri IV/1 gesagt werden. Wegen der geringen Item-Anzahl müssen die entsprechenden Kennwerte für die Subskalen Ri IV/2 und Ri IV/3 mit Vorsicht beurteilt werden.
Die Kennwerte erweisen sich als annähernd invariant bei verschiedenen Stichproben (Vergleich der 1. mit der 2. Kontrolluntersuchung).
- (2) 75% der Respondenten behalten ihre relative Position in der Gruppe bei, wenn die Skala im Abstand von 14 Tagen erneut beantwortet wird.
- (3) Die Item der Skala besitzen ausreichende Trennschärfen, die sich auch bei Kontrolluntersuchungen nicht wesentlich ändern.

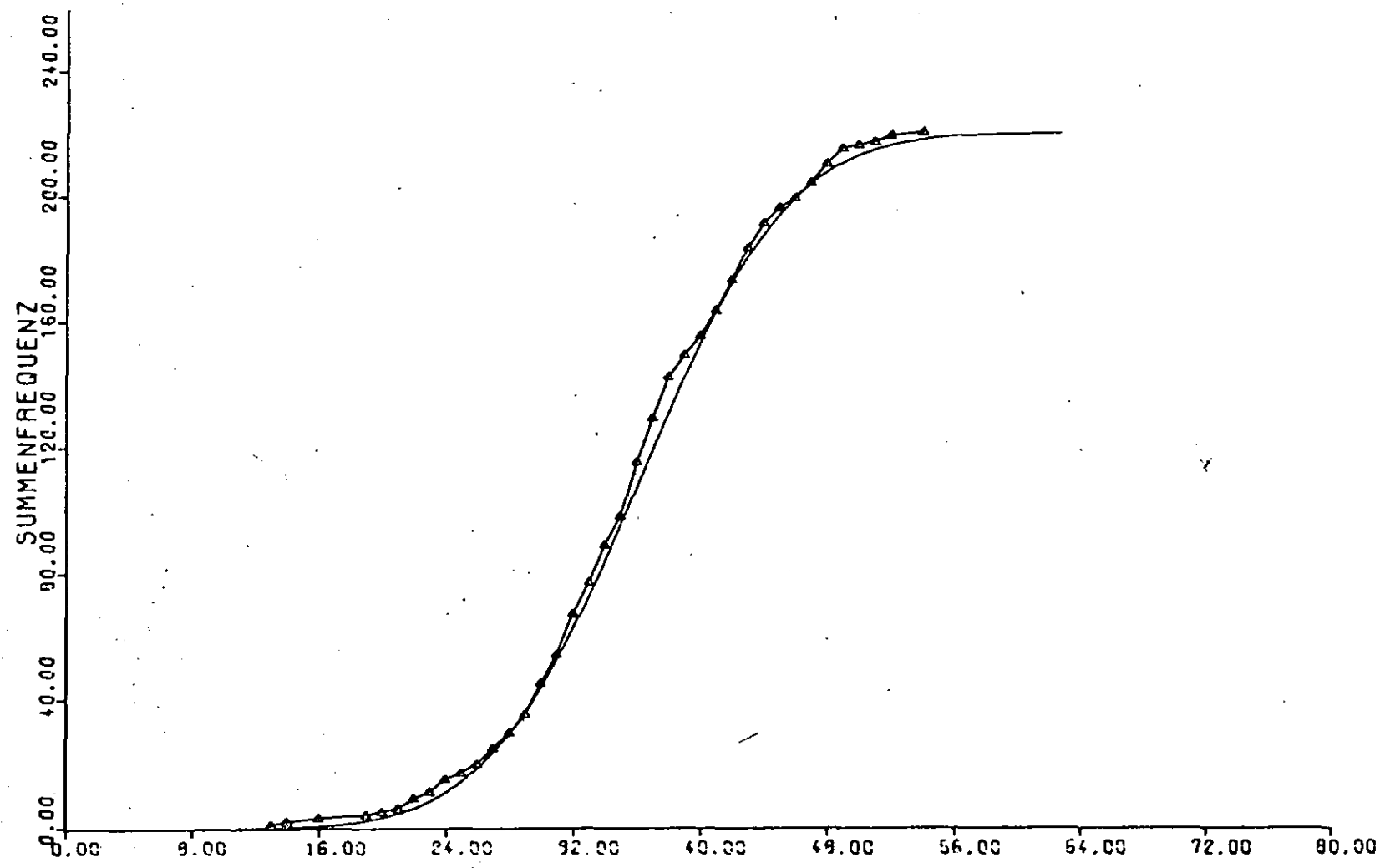
Tab. 48: Korrelationen zwischen dem Gesamtpunktwert SE (MARLOWE-CROWNE) und den Item der Risikoeinstellung (N = 28)

Subskala 1 Gesundheit		Subskala 2 Haushalt		Subskala 3 Sport		Gesamtskala	
Item Nr.	r	Item Nr.	r	Item Nr.	r	Gesamt- Skala	r
1	.057	2	.375 ⁺	4	-.085		.278
3	.132	6	.164	8	-.162		
5	.083	10	-.183	12	.036		
7	-.061	16	.261	14	-.005		
9	.137			20	-.278		
11	.345	GPW	.297				
15	.021			GPW	-.084		
17	.260						
18	.120						
19	-.121						
GPW	.245						

⁺ $r_{.05} = .374$

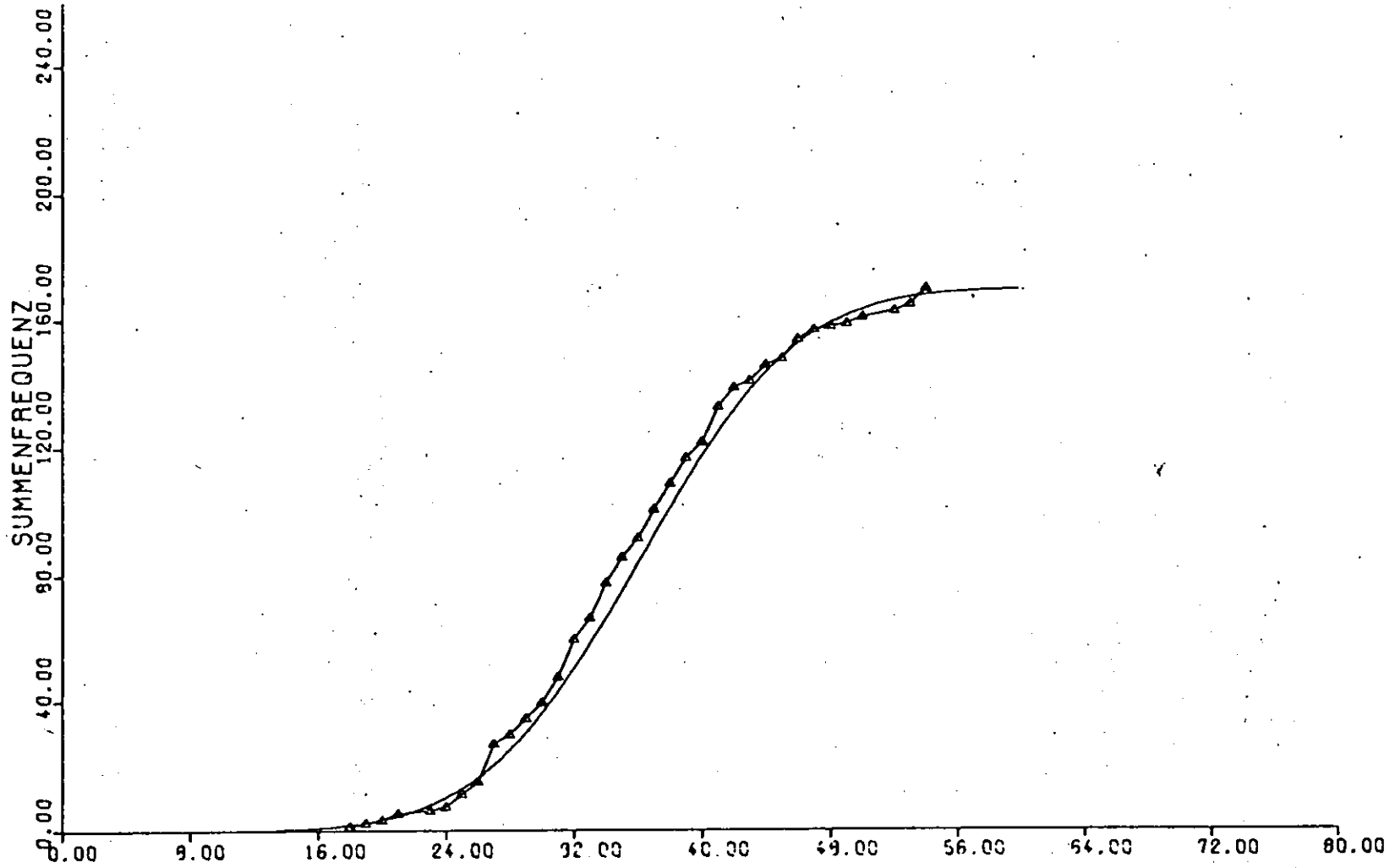
ASS. 27 (R_i / n)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



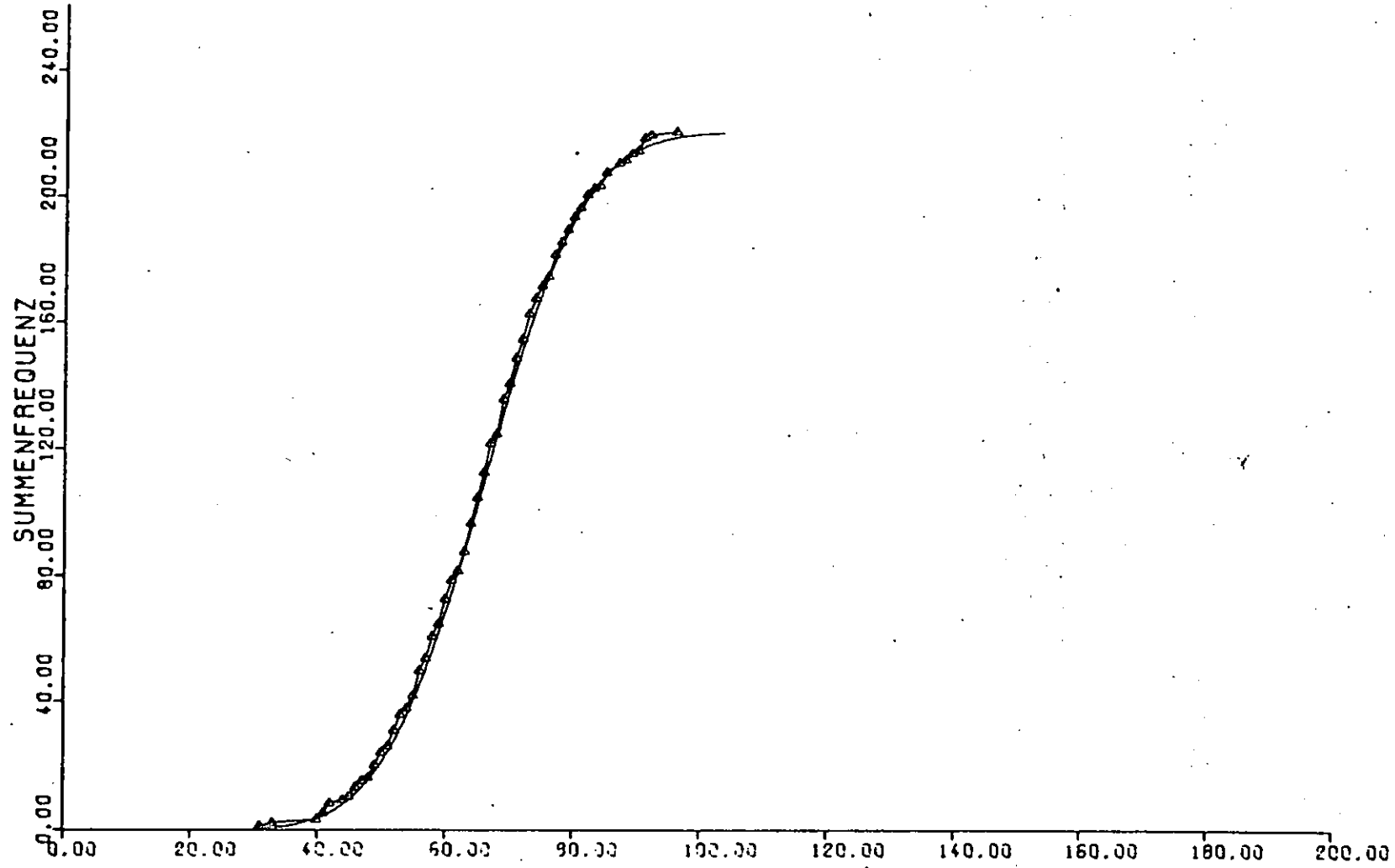
ASS. 28 (K₁ (1, 0))

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



ASS. 29 (R_i / $G_{s,i}$)

- = NORMALVERTEILUNG
 Δ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG

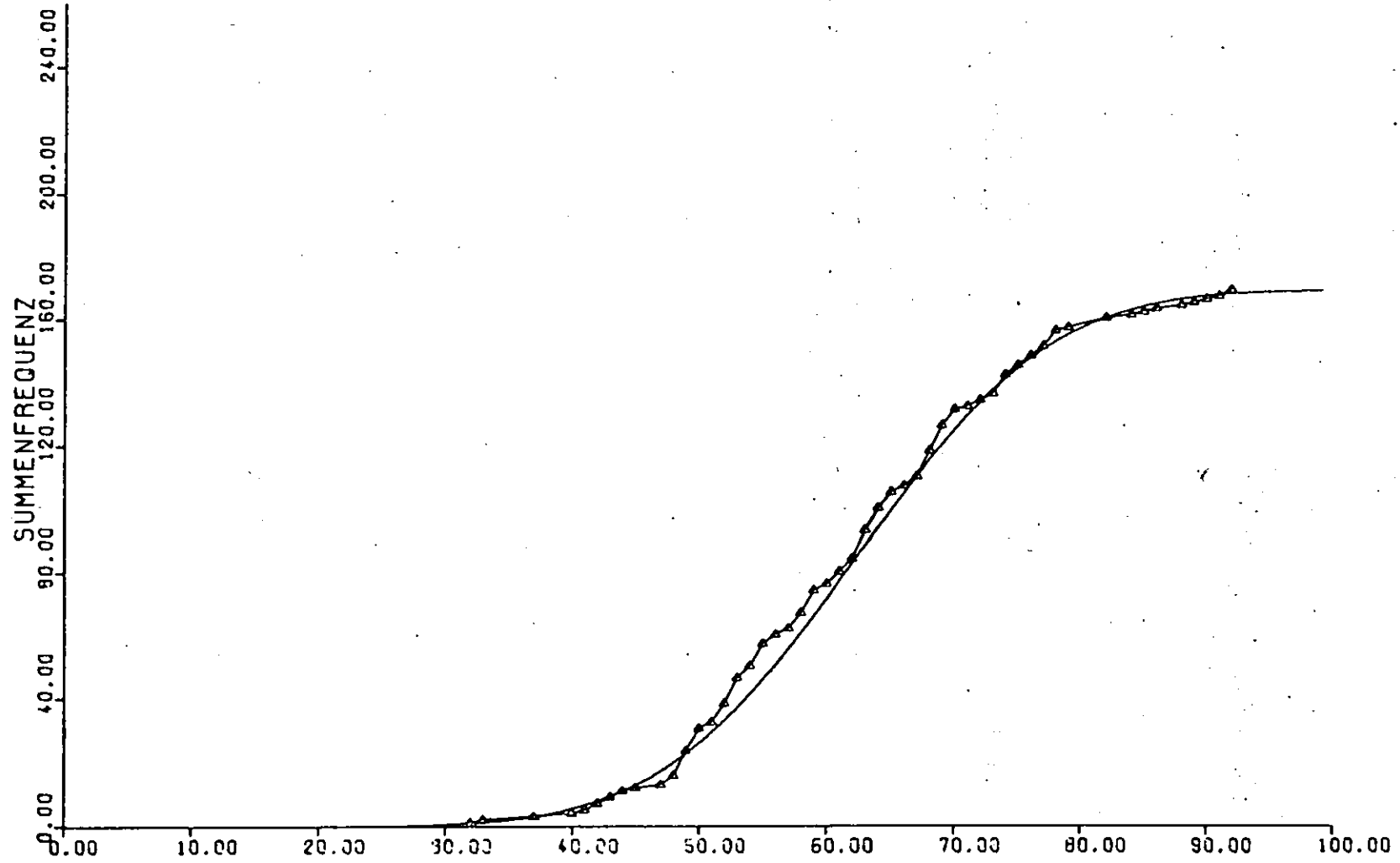
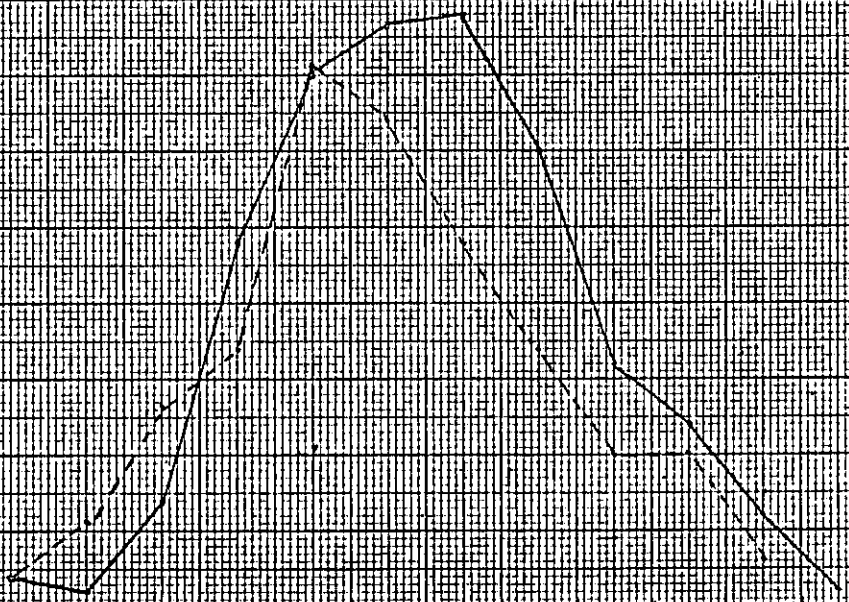


Abb. 33 Rf. 3

$S = 0.897$
 $(\mu = 627)$
 $K = -392$
 $(\mu = 675)$
 $S = 0.625$
 $(\mu = 539)$
 $K = -555$
 $(\mu = 600)$



Z. Winkel
in Grad

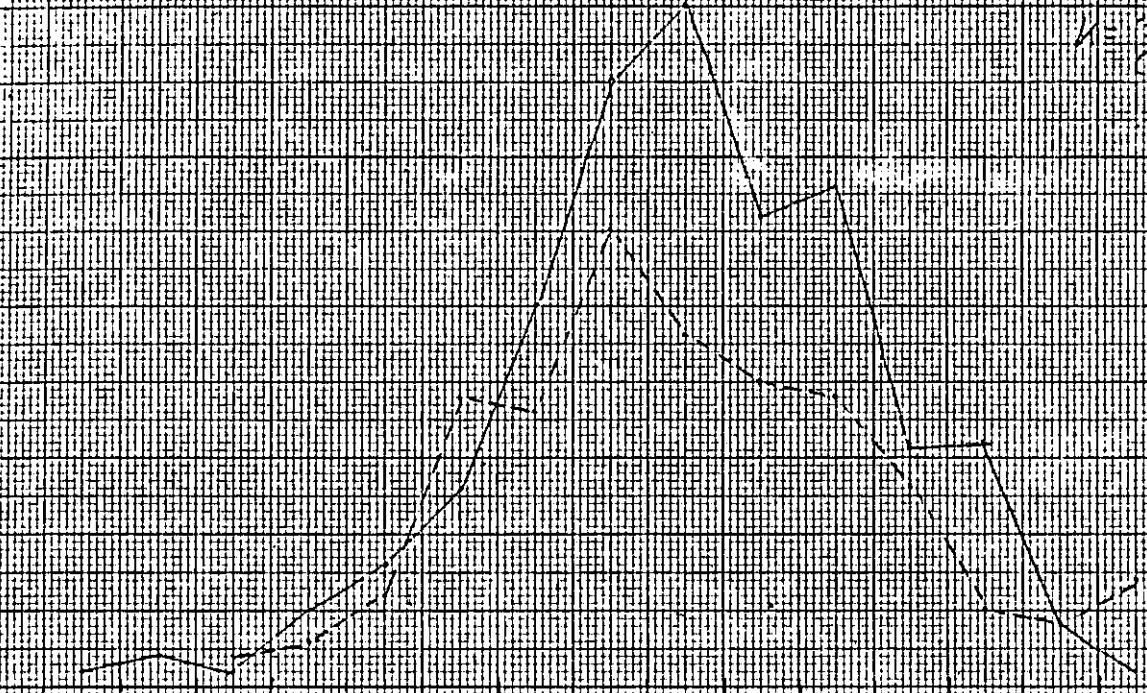
Abb. 31: R₁ 1

$S = 1.407$
($\rho = 0.150$)

$K = 2.706$
($\rho = 0.779$)

$S = 1.070$
($\rho = 0.083$)

$K = 3.157$
($\rho = 0.007$)



Variable f

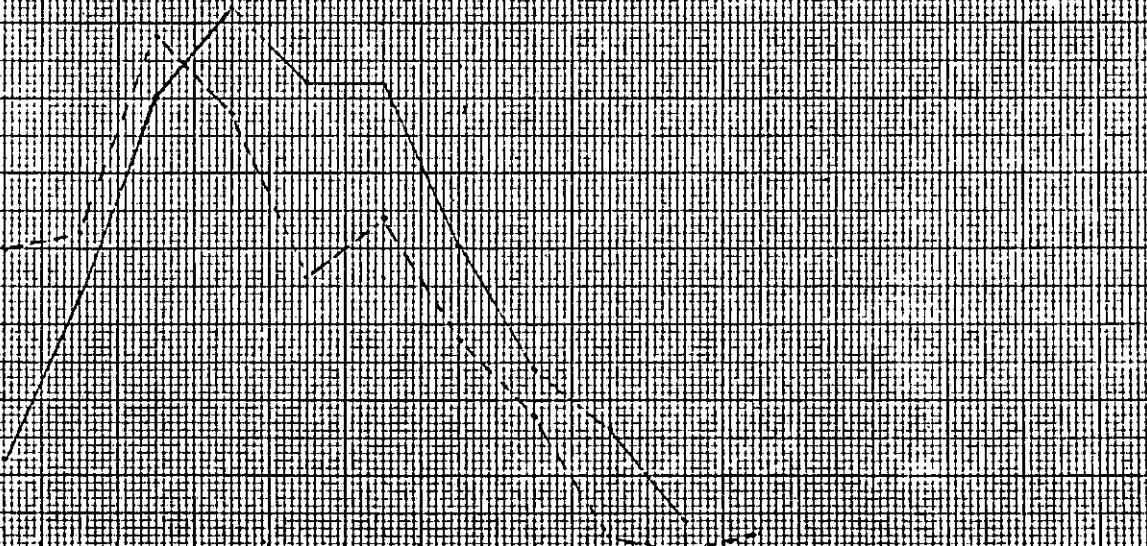
Variable f = R₂ 2

$S = 2.8093$
($\rho = 0.575$)

$K = 2.103$
($\rho = 0.341$)

$S = 2.000$
($\rho = 0.043$)

$K = 1.049$
($\rho = 0.003$)



Variable f

8.2 Gruppenunterschiede

Die Risiko-Skalen scheinen unabhängig von den jeweils untersuchten Gruppen zu sein. Das belegen die Ergebnisse der subskalenweise durchgeführten einfachen Varianzanalysen für 6 heterogene Gruppen (Tbc-erkrankte Schüler, Internatsgruppen) : keiner der F-Werte erreicht die Signifikanzgrenze (vgl. Tab. 49). Bemerkenswert - weil im Widerspruch zur Erwartung - ist die Tatsache, daß sich die beiden Tbc-Gruppen im Durchschnitt nicht von den anderen Gruppen unterscheiden. Spezifische Erkrankungen brauchen daher die Risiko-Einstellung nicht zu tangieren.

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen differenzieren Gesamtskala und 2 der Subskalen zwischen den Geschlechtern. Allgemein gilt : Schüler haben eine positivere Einstellung zu riskanten Verhaltensweisen als Schülerinnen. Diese Differenz ist bedingt durch die beiden Teilskalen : Sport und Haushalt. Bezüglich des Gesundheitsbereiches ließ sich keine verlässliche Differenz beobachten (Tab. 50, 51).

8.3 Risikogehalt der Item der Risiko-Skala

In einer der Aufgabenanalyse vorhergehenden Befragung ließen wir für einige aus den verschiedenen inhaltlichen Bereichen entnommenen Items den Risikogehalt taxieren. 25 Schüler nahmen die Beurteilung vor. Dabei zeigte sich bereits eine deutliche Tendenz zu variablen Stellungnahmen. Während einzelne Statements von der Mehrzahl der Befragten ziemlich einheitlich beurteilt worden waren, gab es bei anderen Items maximale Unentschiedenheit. Dieser Befund verlangte eine genauere Analyse.

Alle 20 Item der Ri IV-Skala wurden von N = 38 männlichen und weiblichen Schülern im Alter zwischen 14 u. 17 Jahren danach beurteilt, in welchem Grade die Zustimmung oder Ablehnung (falls Item negativ formuliert) eines Statements eine "gefährliche" Einstellung indiziert.

Das Vorgehen sollen zwei Beispiele verdeutlichen :

a) Wenn jemand der Meinung zustimmt:

"Zähneputzen ist im Grunde überflüssig"

dann halte ich diese Einstellung (die Bejahung der Überflüssigkeit der Zahnpflege)

für kaum gefährlich 1 2 3 4 5 6 7 extrem gefährlich

Tab.: 45 Gesundheitsriskante Einstellung: Gruppenunterschiede

Teilskala 1

Quelle der Variation	QS	df	MQ	F	p
zwischen den Gruppen	205,80	5	41,16	0,65	n.s.
Fehler	12 879,98	203	63,45		
Total	13 085,78	208			

Teilskala 2

Quelle der Variation	QS	df	MQ	F	p
zwischen den Gruppen	178,59	5	35,18	1,56	n.s.
Fehler	4 636,74	203	22,84		
Total	4 815,33	208			

Teilskala 3

Quelle der Variation	QS	df	MQ	F	p
zwischen den Gruppen	64,46	5	12,89	0,70	n.s.
Fehler	3 749,52	203	18,47		
Total	3 813,98	208			

Gesamtskala

Quelle der Variation	QS	df	MQ	F	p
zwischen den Gruppen	610,25	5	122,05	0,64	n.s.
Fehler	38 905,70	203	191,65		
Total	39 515,95	208			

Tab.: 50 Gesundheitsriskante Einstellung:
Geschlechtsunterschiede

	Schüler (N=221)		Schülerinnen (N=170)		t ⁺	p
	\bar{X}	s	\bar{X}	s		
IV/1	36,17	7,46	36,05	7,79	0,15	> .05
IV/2	13,23	4,52	10,66	4,20	5,73	< .01
IV/3	16,67	3,99	15,49	4,25	2,81	< .01
IV/Ges	66,06	12,27	62,21	12,13	3,09	< .01

+ zweiseitiger Test

Tab.: 51 Gesundheitsriskante Einstellung:
Geschlechtsunterschiede
(Nichtraucher bzw. Nichtraucherinnen)

	Schüler (N=148)		Schülerinnen (N=104)		t ⁺	p
	\bar{X}	s	\bar{X}	s		
IV/1	36,31	6,80	35,19	7,80	1,19	> .05
IV/2	13,14	4,52	10,34	3,50	5,26	< .01
IV/3	16,34	3,76	15,18	4,15	2,31	< .05
IV/Ges	65,80	11,55	60,71	11,77	3,42	< .01

+ zweiseitiger Test

b) Wenn jemand die Aussage ablehnt :

"Regelmäßige ärztliche Untersuchungen sind auch bei Jugendlichen notwendig "

dann halte ich diese Einstellung (die Ablehnung der Notwendigkeit von Vorbeugeuntersuchungen)

für kaum gefährlich 1 2 3 4 5 6 7 extrem gefährlich.

Die Ergebnisse der Einstufung enthält die Tab. 52. Ein Blick auf die Antwortverteilung pro Student bekräftigt das bereits früher Gesagte : in Bezug auf die Beurteilung der Gefährlichkeit eines Tatbestandes gibt es beträchtliche interindividuelle Unterschiede. Immerhin sind aber 14 der 20 Trennschärfen signifikant ($r_{.05} = .320$), was bedeutet, daß die Mehrzahl der Statements positiv und statistisch signifikant mit dem Gesamtscore korreliert (vgl. Tab. 52 a).

Tab. 52 b : Risikogehalt : Item der Risikoskala (Stichprobe LGG ; N = 38)

Gesundheit			Haushalt			Sport		
Nr.	\bar{X}	Rang	Nr.	\bar{X}	Rang	Nr.	\bar{X}	Rang
1	3,50	4	2	4,63	2	4	3,66	3
3	3,71	5	6	4,76	3	8	4,29	4
5	4,66	10	10	4,84	4	12	3,29	2
7	3,03	2	16	3,90	1	14	3,08	1
9	4,45	8				20	5,13	5
11	4,58	9						
13	5,24	11						
15	2,87	1						
17	4,03	6						
18	3,21	3						
19	4,37	7						

11 der 20 Item werden im Durchschnitt "mittelgefährlich" oder gefährlicher eingestuft.

Tab. : 52a Beurteilung des "Risikogehaltes" der Item der Risiko-Skala (Ri IV) durch Jugendliche (N = 38)

n	Antwortverteilung (abs.Z.)							\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	1	2	3	4	5	6	7			
4	8	9	5	7	4	1	3.50	1.62	.444	
3	2	6	6	6	8	7	4.63	1.83	.491	
5	5	8	7	5	7	1	3.71	1.72	.538	
7	5	7	5	6	5	3	3.66	1.91	.444	
0	7	1	9	9	5	7	4.66	1.66	.316	
4	3	2	3	11	7	8	4.76	1.91	.463	
6	11	9	5	3	3	1	3.03	1.58	.150	
2	5	8	8	3	4	8	4.29	1.88	.028	
3	2	3	8	14	5	3	4.45	1.55	.406	
5	0	3	5	9	7	9	4.84	1.91	.197	
2	0	11	6	5	8	6	4.58 4.58	1.68	.544	
9	7	7	5	3	3	4	3.29	1.97	.388	
0	0	4	7	12	6	9	5.24	1.29	.251	
8	7	5	11	6	1	0	3.08	1.48	.475	
8	10	9	4	4	3	0	2.87	1.53	.471	
8	3	4	8	5	5	5	3.90	2.04	.329	
5	2	6	8	11	3	3	4.03	1.69	.495	
6	7	9	9	4	2	1	3.21	1.52	.423	
3	8	4	5	4	3	11	4.37	2.13	.497	
3	2	3	6	3	7	14	5.13	1.96	.479	

Im Bereich "Gesundheit" z.B. werden die folgenden Items (relativ) am gegensätzlichsten beurteilt :

am wenigsten gefährlich : "Leute, die von einem Schnupfen viel Aufhebens machen, sind überempfindlich"

am gefährlichsten : "Es genügt vollkommen, zwischen Essen und Schwimmen eine halbe Stunde Pause zu machen".

In welchem Grade sich die Beurteiler einig sind bei der Einstufung, läßt sich der Tab. 53 entnehmen. Der dominante Befund sind die niedrigen, wenn auch für die Subskalen Ri IV/1 und Ri IV/3 signifikanten Konkordanzen (W), dementsprechend sind auch die mittleren Interkorrelationen (r_s) zwischen den Rangfolgen innerhalb der Teilskalen gering. Es bestätigt sich auch hier wieder, daß die zu Lasten der Item gehende Varianz wesentlich größer ist als die beurteilerabhängige.

Vergleicht man die mittlere Risikorangfolge der Item aufgrund von Ärzte-Einstufungen (N = 10; verschiedene Fachärzte) mit der von Erwachsenen (Laien), so ergibt sich ein Rangkorrelationskoeffizient von $r_s = + .55$ ($p < .01$). Daß Ärzte und Schüler den Risikogehalt der Statements ähnlich beurteilen, wird ebenfalls durch die Höhe der Rangkorrelation belegt ($r = + .45$; $p < .05$).

Eine letzte Frage soll hier noch kurz verfolgt werden. Wie hängen Risiko-Einstellungen und Beurteilung des Risikogehalts der Statements zusammen ? Tab. 54 bestätigt, was wir erwartet haben : je positiver jemand zu potentiell gefährlichen Verhaltensweisen eingestellt ist, desto geringer beurteilt er den Risikogehalt eben dieser Einstellung.

8.4 Zur Gültigkeit der Risiko-Skala

Wir haben mehrere Wege eingeschlagen, um die Gültigkeit der Risiko-Skala zu ermitteln, insbesondere ging es um

- 1) Persönlichkeitskorrelate
- 2) Einstellungskorrelate
- 3) die Beziehung zu "Erfahrungs"-Kategorien.

Tab.: 53 Konkordanz männlicher und weiblicher Beurteiler in ihren Präferenzrangreihen des Risikogehalts der Risikoteilskalenitem

Subskala	Geschl.	N _s	W	r _s	\bar{X}	df	p
Ri IV/1	m	11	.271	.239	60	10	.001
	w	11	.231	.172	29	10	.01
Ri IV/2	m	4	.134	.097	7	3	.05
	w	4	.048	-.026	2	3	.05
Ri IV/3	m	5	.144	.107	12	4	.02
	w	5	.343	.292	18	4	.01

Tab. : 54 Risiko-Skalen : Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen (N = 38)

	Ri IV/1	Ri IV/2	Ri IV/3	Ri IV/Ges	Ri/Sch	Ri/DIT	Ri-Jt	\bar{X}	s
/1								34,34	7,55
/2	.279 ⁺							10,66	4,62
/3	.509 ⁺⁺⁺	.056						15,68	4,17
/Ges	.897 ⁺⁺⁺	.569 ⁺⁺⁺	.677 ⁺⁺⁺					60,68	12,22
ch	.459 ⁺⁺⁺	.300 ⁺	.282 ⁺	.493 ⁺⁺⁺				56,21	10,19
DIT	.408 ⁺⁺	.547 ⁺⁺⁺	.176	.518 ⁺⁺⁺	.649 ⁺⁺⁺			45,42	12,27
t	-.710 ⁺⁺⁺	-.440 ⁺⁺⁺	-.629 ⁺⁺⁺	-.819 ⁺⁺⁺	-.377 ⁺⁺	-.419 ⁺⁺⁺		81,21	16,89

r .05 = .271 (einseitig)

r .01 = .320 "

r .001 = .413 "

Wie bereits früher schon betont, sind auch die jetzt zu besprechenden Versuche zur Validierung erst ein bescheidener Anfang. Zudem wäre es erforderlich, die Relevanz der Risiko-Einstellung für das Gesundheitsverhalten nachzuweisen. In dieser Richtung zielen zwar die oben unter 3) erwähnten Beziehungen zu Erfahrungskategorien, wie z.B. "Krankheits"- und "Unfall"-Erfahrung, die aber wegen der Problematik ihrer Operationalisierung und wegen der Fragwürdigkeit der Bedingungszusammenhänge allenfalls einige der Probleme der Validierung sichtbar machen, aber keine definitive Antwort auf die Brauchbarkeit geben können.

- 1) Persönlichkeitskorrelate. Wir haben erwartet, daß Impulsivität und Risiko-Einstellung kovariieren. Um diese Annahme zu prüfen, mußte ein Inventar zur Erfassung der Impulsivität konstruiert werden. Die Korrelation zwischen Impulsivität und dem Risiko-Komplex war jedoch zu niedrig, um ihr Bedeutung zuzumessen. Nach den vorliegenden Erfahrungen (vgl. dazu KLEBELSBERG, 1969, S.129 ff) sind im allgemeinen die Beziehungen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Risikovariablen (exklusive Thema "Gesundheit") eher geringfügig. Unser Ergebnis scheint diesen Trend auch für den Bereich "Gesundheit" zu bestätigen.
- 2) Einstellungskorrelate. Zwei der noch zu referierenden Instrumente lassen von ihrem Gegenstand her positive Korrelationen zu Risiko-Einstellungen erwarten. Es handelt sich um die Skala zur Erfassung des Ausmaßes gesundheitsindifferenten Einstellungen (Ind II) und dem Inventar GRV, das im Unterschied zu Ri IV nicht die Einstellung, sondern das (verbalisierte) Verhalten messen soll. Das Ergebnis dieser Konstruktvalidierung mit Hilfe von Korrelationsanalysen findet sich in der folgenden Tabelle :

Tab. 55/1 : Interkorrelationen von Ri IV und Ind II bzw. GRV IV (N = 34)

Skalen	1	2	3	4	\bar{X}	s
Ri IV/1	-				38,24	9,61
Ri IV/2	.665	-			12,41	5,50
Ri IV/3	.346	.628	-		18,06	4,75
Ri IV/Ges	.900	.881	.666	-	68,12	16,56
Ind II	.732	.493	.278	.644	-	-
GRV IV	.653	.518	.318	.661	-	-

$$r_{.05} = .339$$

$$r_{.01} = .436$$

Tab. 55/II : Interkorrelationen von Ri IV und Ind II bzw. GRV IV (N = 39)

Skalen	1	2	3	4	\bar{X}	s
Ri IV/1	-				36,28	6,81
Ri IV/2	.621	-			12,87	4,45
Ri IV/3	.321	.234	-		18,10	4,28
Ri IV/Ges	.894	.791	.613	-	-	-
Ind II	.485	.153	.213	.400	-	-
GRV IV	.311	.359	.152	.356	-	-

$$r_{.05} = .316$$

$$r_{.01} = .408$$

Tab. 55/III : Interkorrelationen von Ri IV und Ind II bzw. GRV IV (N = 39)

Skalen	1	2	3	4	\bar{X}	s
Ri IV/1	-				38,77	8,47
Ri IV/2	.550	-			14,92	4,61
Ri IV/3	.559	.284	-		17,82	4,59
Ri IV/Ges	.931	.725	.730	-	71,51	14,57
Ind II	.601	.374	.395	.592	-	-
GRV IV	.389	.317	.362	.439	-	-

$$r_{.05} = .316$$

$$r_{.01} = .408$$

Die Korrelationen wurden für drei verschiedene Stichproben (Oberschüler im Alter zwischen 14 u. 17 Jahren) berechnet, um gleichzeitig die ökonomische Generalisierbarkeit der Beziehungen zwischen den Skalen überprüfen zu können.

Die Ergebnisse sind weitgehend einheitlich und in der erwarteten Richtung. Das besagt, daß die Risiko-Einstellung mit der Indifferenzattitüde und dem verbal konzedierten Risiko-Verhalten zusammenhängt. Da dieser Zusammenhang bei mehreren

Gruppen beobachtet werden konnte, darf man die Frage nach der ökologischen Generalisierbarkeit dieser Zusammenhänge auch positiv beantworten.

Ein weiterer Ansatz zur Konstruktvalidierung der Ri-Skala bestand darin, gesundheitsrelevante Beurteilungsdimensionen mit gesundheitsriskanten Einstellungen in Beziehung zu bringen. Zu diesem Zweck ließen wir N = 46 Sanitäter im Alter zwischen 19 und 26 Jahren z. B. (die vollständige Liste der beurteilten Merkmale enthält die Tab. 56) den Gesundheitszustand, die Krankheitserwartung einstufen. Diese Beurteilungen wurden mit allen Subskalen von Ri IV und der Gesamtskala korreliert. Das Ergebnis ist der Tab. 56 zu entnehmen. Wir wollen uns auf die unterste Zeile der Matrix beschränken, in der die Höhe der Korrelation zwischen den subjektiven Merkmalen und Ri IV/Ges aufgeführt sind. Zwei Befunde sind bemerkenswert: die Korrelationen sind einheitlich niedrig (vgl. späteres Kapitel über subjektive Merkmale und gesundheitsbezogene Skalen), die statistisch bedeutsamen bestätigen unsere Erwartungen. Es bestehen folgende Tendenzen:

- (a) Je positiver der eigene Gesundheitszustand beurteilt wird, desto positiver sind die Probanden zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen eingestellt.
 - (b) Je länger man wegen Krankheit bettlägerig war, desto negativer ist die Risiko-Einstellung.
 - (c) Je positiver die Einstellung zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, desto negativer wird der Gefährlichkeitsgrad von Lungenkrebs eingestuft.
- 3) Beziehung zu "Erfahrungskategorien". Ausgehend von der Vermutung, daß Krankheits- oder Unfallerfahrung die positive Risikoeinstellung dämpft, haben wir bei allen Internatsgruppen danach gefragt, ob die Schüler Verkehrsspiel- bzw. Sport- oder andere Unfälle (z. B. Vergiftungen) erlitten haben. Aufgrund dieser Angaben wurden zwei Gruppen gebildet: Schüler mit keinem Unfall (N = 114) und mit einem oder mehreren Unfällen (N = 84). In der Ri IV/3-Skala fanden wir einen statistisch verlässlichen Unterschied.

Tab. 1. Korrelationen zwischen gesundheitsrelevanten Beurteilungsdimensionen und gesundheitsriskanten Einstellungen (N= 46)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	\bar{X}	s
1	-											3,87	0,75
2	-.355 ⁺⁺											2,78	1,11
3	-.202	.306 ⁺⁺										2,52	0,86
4	-.103	.074	.210									1,76	0,71
5	.148	.084	.051	.159								15,28	7,76
6	.258 ⁺	-.076	.114	.008	.357 ⁺⁺							3,11	0,77
7	.048	.142	-.074	.012	.197	-.278 ⁺						2,39	0,83
8	-.232	.294	.122	.128	.120	-.124	.023					38,54	17,73
9	.003	.221	.289 ⁺	.086	.046	.091	-.265 ⁺	.005				2,67	0,52
10	.108	.036	.329 ⁺⁺	-.029	.118	.185	-.342 ⁺⁺	-.079	.274 ⁺			3,50	0,55
11	.142	.042	.188	.289 ⁺	.085	.001	.028	.216	-.006	-.134	-	2,20	0,45
Ri IV/1	.161	-.138	-.110	-.081	.268 ⁺	.122	.267 ⁺	.032	-.010	-.275 ⁺	-.133	34,15	7,17
Ri IV/2	.040	-.229	-.172	-.246 ⁺	-.221	.097	.097	-.129	-.263 ⁺	-.059	-.331 ⁺	10,85	3,80
Ri IV/3	.383 ⁺⁺	.017	-.286 ⁺	-.163	.208	.228	-.019	.052	-.016	-.124	.114	18,44	3,92
Ri IV/Ges	.269 ⁺	-.171	-.246 ⁺	-.206	.181	.205	.211	-.006	-.107	-.256 ⁺	-.167	63,44	10,45

+ p < .05 (einseitig) ++ p < .01 (einseitig)

Es bedeuten: 1 = gegenwärtiger Gesundheitszustand
 2 = Dauer des Krankenhausaufenthaltes
 3 = Dauer der Bettlägerigkeit
 4 = Krankheitserwartung
 5 = durchschnittlicher Zigarettenkonsum pro Tag
 6 = Grad des Inhalierens

7 = Glaube an den Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs
 8 = Erwartung des Krankheitseintritts
 9 = Chancen der Lungenkrebsheilbarkeit
 10 = Gefährlichkeitsgrad des Lungenkrebs
 11 = Glaube, selbst an Lungenkrebs zu erkranken

Bei derselben Einteilung mit der Gruppe der Sanitäter (N = 26 keinen Unfall; N = 37 einen oder mehrere Unfälle) ergab sich eine verlässliche Differenz. für Ri IV/1 und Ri IV/Ges.

Den Einfluß einer Erkrankung auf die Risiko-Einstellung haben wir bei der Gruppe Tbc-kranker Schüler untersucht. Aufgrund der Schülerangaben über die Dauer ihres Sanatoriumsaufenthaltes wurden 3 Gruppen gebildet :

Tab. 57 : Mittelwerte, Streuungen der Ri IV-Skalen für drei Gruppen von Schülern mit unterschiedlich langem Sanatoriumsaufenthalt

Skalen	Dauer des Sanatoriumsaufenthaltes									Gruppenvergleiche		
	1 - 3 Monate			4 - 7 Monate			8 u. mehr Monate			(1)-(2)	(1)-(3)	(2)-(3)
	N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s			
Ri IV/1	20	40,0	7,4	27	39,9	6,7	20	36,4	5,5	-	<.09	<.06
Ri IV/2	20	12,9	4,6	27	13,4	4,3	20	14,5	4,3	-	-	-
Ri IV/3	20	16,8	4,7	27	18,6	2,8	20	17,1	3,9	-	-	-
Ri IV/Ges	20	69,3	12,7	27	72,3	11,7	20	67,9	11,9	-	-	-

Die mittlere Risiko-Beantwortung der 3 Gruppen zeigt die Tab. 57. Für die Subskala "Gesundheit" (Ri IV/1) ist eine Tendenz zu einer weniger positiven Risiko-Einstellung mit Zunahme des Sanatoriumsaufenthaltes erkennbar (siehe Gruppenvergleiche). Bedeutsam dabei erscheint uns auch die Tatsache, daß die hier gegebene Erkrankung nicht auf inhaltlich verschiedene Risikobereiche ausstrahlt, sondern eng auf den Gesundheitsbereich beschränkt bleibt.

Um die hier genannten Untersuchungen angemessen beurteilen zu können, muß man beachten, daß die Zuverlässigkeit der Angaben (z.B. Zahl der Unfälle oder Dauer der Hospitalisierung) nicht überprüft wurde. Zum anderen dürfen die Beziehungen zwischen Ri IV und der Unfallhäufigkeit nicht bloß einseitig sein. Es ist sehr wohl möglich, daß die Zahl der Unfälle nicht eine Abschwächung der Risiko-Einstellung bewirkt, sondern daß umgekehrt eine höhere Risiko-Attitüde die Wahrscheinlichkeit von Unfällen erhöht. Diese Möglichkeit^{en} wechselseitiger Beeinflussung sollten künftig untersucht werden.

8. 5 Zur Frage der Generalität oder Spezifität der Risikovariable

SLOVIC (1962) war der erste, der untersucht hat, ob die Risiko-Variable eine generelle Eigenschaft ist. Seine Ergebnisse sprechen dagegen.

Da wir durch die Skalierung der gesundheitsriskanten Einstellung einen neuen inhaltlichen Aspekt den bereits bekannten hinzugefügt haben, erschien es sinnvoll, die von SLOVIC aufgeworfene Frage erneut zu prüfen, was durch Interkorrelation folgender Risiko-Variablen geschah :

1. Riskante Einstellung zu Gesundheit (Ri IV/1)
2. Riskante Einstellung zum Haushalt (Ri IV/2)
3. Riskante Einstellung zum Sport (Ri IV/3)
4. Allgemeine Risikobereitschaft (SCHUBERT, 1968)
5. Risiko-Interessen (TODT, 1970)

Die Ergebnisse sind in der Tab. 54 aufgeführt. Alle Korrelationen sind positiv und nur 2 der 15 sind insignifikant. Führt man zur groben Orientierung einen "Elementary-Linkage Analysis" nach McQUITTY durch, so ergeben sich 2 Cluster :

- a) Risikobereitschaft-Risiko-Interessen-Riskante Einstellung zum Haushalt
- b) Riskante Einstellung zu Gesundheit und Sport.

Eine eindeutige Entscheidung der Frage, ob generell oder spezifisch, läßt sich aufgrund der hier referierten Befunde nicht treffen. Sie scheinen sich sogar zu widersprechen.

Weiteren Aufschluß über die Natur der Beziehungen der Risikovariablen untereinander erhofften wir uns durch eine zusätzliche Korrelationsstudie, die an einer größeren Stichprobe (N = 72 Oberschüler und Oberschülerinnen) von Probanden durchgeführt wurde. Gleichzeitig wurde die Zahl der Risikovariablen erweitert. Bei den neu einbezogenen handelt es sich um :

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Risiko für die Gesundheit | 4. Risiko für das Eigentum |
| 2. Risiko für das Leben | 5. Risiko bei Übertretungen |
| 3. Risiko für das eigene soziale Ansehen | 6. Risiko verschiedener Art |

Tab. 58 : Interkorrelationen von Risiko-Variablen (N = 72)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. RSK (Schubert)	-													
2. CDP	.322	-												
3. Ri/DIT	.565	.267	-											
4. Ri IV/1	-.078	.093	.032	-										
5. Ri IV/2	.127	.097	.125	.396	-									
6. Ri IV/3	.110	.135	-.027	.392	.204	-								
7. Ri IV/Ges	.036	.026	-.054	.882	.663	.662	-							
8. Ri (Merz)1	-.465	-.283	-.449	-.269	-.240	-.245	-.334	-						
9. Ri (Merz)2	-.241	-.253	-.216	-.100	-.090	-.324	-.206	.229	-					
10. Ri (Merz)3	-.298	-.214	-.291	.172	-.080	-.043	.147	.265	.156	-				
11. Ri (Merz)4	-.001	-.054	-.024	.241	-.051	-.502	-.341	.204	.407	.195	-			
12. Ri (Merz)5	-.444	-.258	-.338	-.178	-.159	-.248	-.251	.274	.281	.406	.274	-		
13. Ri (Merz)6	-.211	-.254	-.083	-.063	-.058	-.194	-.127	.251	.285	.222	.326	.339	-	
14. Ri (MERZ)/ Ges.	-.440	-.337	-.360	-.209	-.151	-.415	-.326	.596	-.607	.564	.669	.717	.596	-

Diese 6 Risiken sind Teilaspekte eines von MERZ (1961) entwickelten Inventars. Schließlich kam noch der von KOGAN und WALLACH (1964) konstruierte Wahl-Dilemma-Fragebogen (CDP) hinzu, der von uns ins Deutsche übersetzt und in einer nicht analysierten Form verwendet wurde. Die Ergebnisse sind wiederum in einer Matrix zusammengefaßt (vgl. Tab. 58). Das Bild, das sich hier bietet, ist wesentlich komplexer als das frühere (Tab. 54) und damit auch schwieriger zu interpretieren. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, kann man feststellen, daß sich diese Matrix in verfahrensspezifische Clusters zerlegen läßt, was auf das Fehlen der Generalität hindeutet.

8. 6 Entscheidungs-Verhalten in potentiell gesundheitsriskanten Situationen

Ein Schritt in Richtung auf die Erfassung dessen, was Personen in potentiell gesundheitsriskanten Situationen tatsächlich tun, sollte die Konstruktion eines Situationsinventars sein. Die größere "Lebensnähe" sollte dadurch gewährleistet werden, daß die Respondenten zwischen verschiedenen Alternativen entscheiden konnten. Zwei Versionen, eine männliche (M) und eine weibliche (W) Form, wurden entworfen (vgl. Anhang), jede aus 7 Aufgaben mit je 4 Alternativen bestehend. Zwei Beispiele sollen die Aufgabentypen illustrieren :

- A) Harald geht spät abends vom Besuch bei einem Freund nach Hause. Die Straßen sind schon menschenleer und er beeilt sich, um heimzukommen. Da hört er plötzlich laute Hilferufe aus einer Nebenstraße.

An Haralds Stelle würde ich jetzt

- a) hinlaufen, um zu sehen, ob ich helfen kann;
- b) schnell weglaufen, um nicht selbst in Gefahr zu geraten;
- c) ein Telefonhäuschen suchen und die Polizei anrufen;
- d) im nächsten Haus klingeln und Hilfe holen.

- B) Sibylle geht spät abends vom Besuch bei einer Freundin nach Hause. Die Straßen sind schon menschenleer und sie beeilt sich, um heimzukommen. Da hört sie plötzlich laute Hilferufe aus einer Nebenstraße.

An Sibylles Stelle würde ich jetzt

- a) hinlaufen, um zu sehen, ob ich helfen kann;
- b) schnell weglaufen, um nicht selbst in Gefahr zu geraten;
- c) ein Telefonhäuschen suchen und die Polizei anrufen;
- d) im nächsten Haus klingeln und Hilfe holen.

Die Beispiele verdeutlichen die parallele Konstruktion (Art der Alternativen und Situationsbeschreibung) der Versionen M und W. Sie konnte aber nicht völlig durchgehalten werden, was die inhaltliche Beschreibung der Situation angeht (z.B. Aufgabe 6).

Um diejenigen Alternativen zu bestimmen, die als gesundheitsgerecht gelten sollen, wurden 20 Schüler aufgefordert, die 4 Alternativen pro Aufgabe nach dem Grad der Gesundheitsgemäßheit in eine Rangfolge zu bringen. Die Ergebnisse dieser Einstufung zeigt die Tab. 59.

Tab. 59 : Rangmittel der Einstufung der Gesundheitsgemäßheit der 4 "Handlungs"-Alternativen (N = 20)

Alternativen	Situationen						
	1	2	3	4	5	6	7
a	1,05	4,00	2,75	2,40	1,30		2,35
b	2,85	2,05	2,30	3,95	3,80		2,80
c	3,70	2,75	1,00	2,15	2,45		1,00
d	2,40	1,20	3,95	1,50	2,45		3,85

Es zeigt sich, daß mit Ausnahme der 4. Situation die Beurteiler weitgehend übereinstimmen, welche der Alternativen die gesundheitsgerechte ist. Die 6. Situation konnte wegen eines technischen Fehlers nicht berücksichtigt werden.

Die Handlungsalternativen des Situationsinventars wurden nach einheitlichen Gesichtspunkten konzipiert :

1. Abwartendes passives Verhalten,
2. Entscheidungen an andere delegieren,
3. Gesundheitsgerechtes Verhalten,
4. Aktives, aber gesundheitsinadaequates Verhalten.

292 Schülern und Schüllerinnen lagen die 7 Situationen zur Stellungnahme vor. Die Verteilung der Häufigkeit auf 4 Alternativen pro Situation ist der Tab. 60 zu entnehmen. Überprüft man die Häufigkeiten, so ergibt sich folgendes Bild : Es gibt Situationen, bei denen die Mehrzahl der Befragten die gesundheitsgerechte Alternative wählt (Situation 3, 6 und 7), es gibt andere Situationen, bei denen sich wiederum die Mehrheit für eine nicht gesundheitsadaequante Alternative entscheidet

(Situation 4). Von einer befriedigenden Dispersion der Bevorzugungen kann daher nur noch bei 4 Situationen die Rede sein. Diese Aufgabenanzahl ist aber zu klein, um weitere Untersuchungen zu rechtfertigen.

Wir glauben jedoch, daß sich der gewählte Ansatz lohnt, wenn es gelingt, eine ausreichende Zahl von Aufgaben nach einer Itemanalyse zurückzubehalten.

Tab. 60 : Verteilung der Häufigkeiten auf die Alternativen pro Situation (N = 292)

Situationen	Geschlecht	Alternativen			
		a	b	c	d
1	m	<u>78</u>	11	2	72
	w	<u>68</u>	18	1	42
2	m	11	43	81	<u>28</u>
	w	11	59	52	<u>7</u>
3	m	11	12	<u>114</u>	26
	w	6	5	<u>104</u>	14
4	m	127	15	9	<u>12</u>
	w	110	9	5	<u>5</u>
5	m	<u>42</u>	19	19	83
	w	<u>36</u>	13	25	55
6	m	13	13	22	115
	w	4	10	21	94
7	m	3	27	<u>121</u>	12
	w	1	49	<u>77</u>	2

Die jeweils unterstrichenen Alternativen bedeuten die gesundheitsgerechte Lösung.

9.0

Gesundheitsindifferenz (Ind)

Jugendliche des von uns untersuchten Alters haben im allgemeinen wenig "Krankheitserfahrung", was zahlreiche epidemiologische Untersuchungen belegen. Von vielen Autoren der Gesundheitserziehung wird zudem auf die geringe Bereitschaft hingewiesen, sich in diesem Alter um die Belange der Gesundheit zu kümmern. Wir haben zwar gesehen, daß Jugendliche den Wert der Gesundheit allen anderen voranstellen, daß sie ferner relativ differenzierte gesundheitsbezogene Kognitionen haben, trotzdem aber bleibt die Relevanz für das Verhalten gering.

Da anzunehmen war, daß eine Skalierung der Einstellung zur Gesundheit im allgemeinen keine genügende Variation erbringen würde, haben wir - gewissermaßen aus der Not eine Tugend machend - den Versuch unternommen, den Grad der gesundheitsbezogenen Indifferenz zu erfassen.

40 Behauptungen wurden formuliert, von denen wir glaubten, sie bringen die intendierte "Domäne" zum Ausdruck. Einige Beispiele - der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang - sollen den Inhalt der Statements verdeutlichen :

"Für Jugendliche gibt es interessantere Dinge, als dauernd auf gesundheitlich richtiges Verhalten zu achten"

"Nur wer schon als junger Mensch ein Spießer ist, achtet andauernd auf seine Gesundheit"

"Man soll die Jugendlichen mit den Appellen zu gesundheitsgemäßem Verhalten in Ruhe lassen".

Anweisung, Antwortform, Auswertungsprozedur und Skalierungsart entsprechen genau den bereits diskutierten Verfahren. Ein hoher Punktwert indiziert eine eher indifferente Einstellung.

Die Skalenendform hat 22 Item. Der Mittelwert der Eichgruppe ist 73,44; die Streuung 16,67; für die Kontrollgruppe wurden folgende Werte berechnet :

$\bar{X} = 70,59$; $s = 15,21$.

Wichtige Informationen zur Beurteilung der Brauchbarkeit enthalten die folgenden Tabellen 61 - 65 und die Abbildungen 34 - 36.

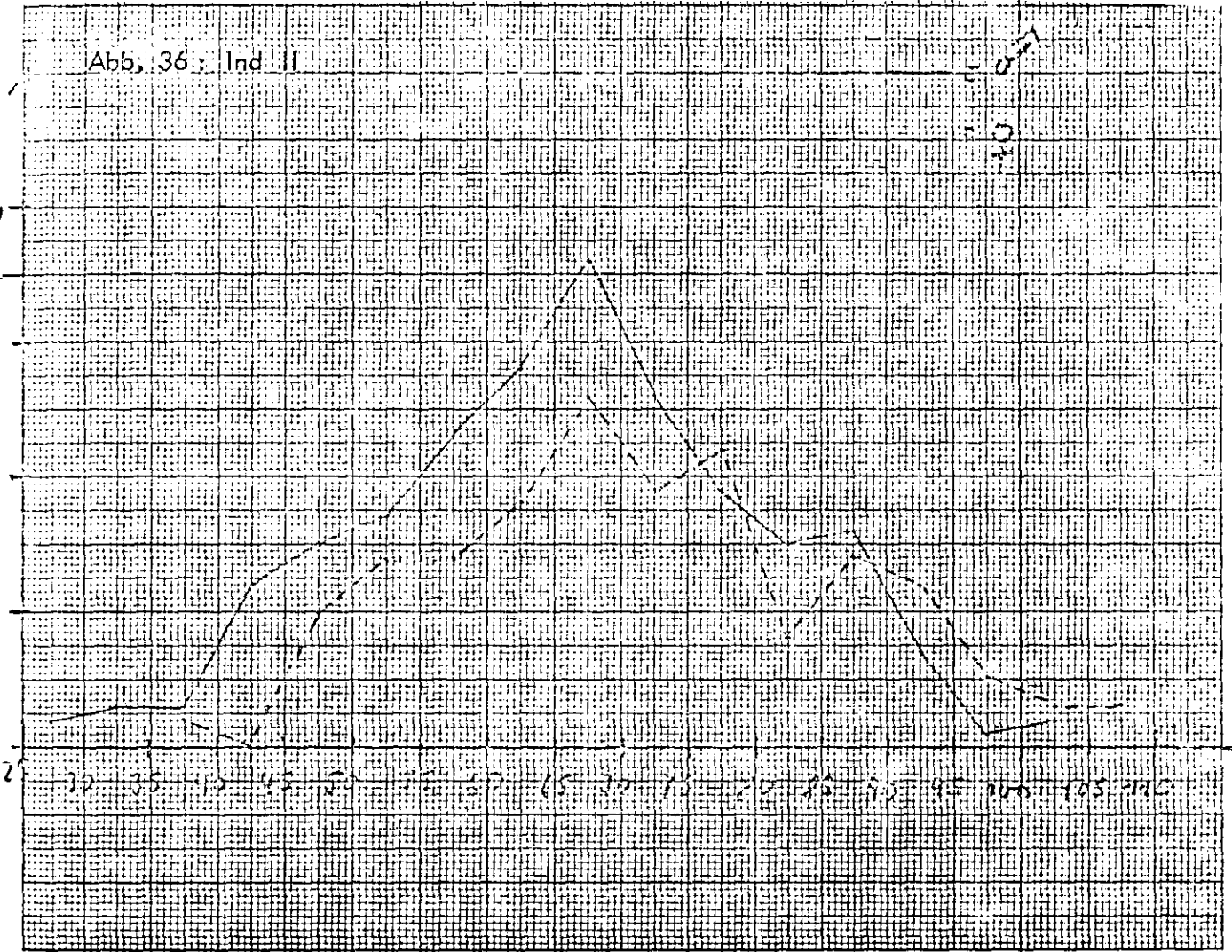
Tabelle 6.1: Gesundheitsindifferente Einstellung (Ind II)
(N=73)

Lfd Item Nr	Antwortverteilung (abs. Z)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$	t-Wert
	1	2	3	4	5	6				
1	3	8	13	15	29	5	4.01	1.30	.507	4,81
2 ⁺	12	15	22	10	9	5	3.05	1.46	.405	3,96
3	2	12	13	9	14	23	4.23	1.59	.412	3,28
4	4	11	20	15	17	6	3.66	1.36	.539	5,48
5	10	26	13	15	5	4	2.88	1.37	.514	7,30
6	4	11	18	15	16	9	3.75	1.42	.476	4,81
7 ⁺	5	37	19	6	5	1	2.62	1.06	.335	3,96
8	5	13	15	13	20	7	3.70	1.46	.357	3,44
9	16	14	12	20	10	1	2.96	1.43	.361	3,60
10 ⁺	13	20	19	11	10	0	2.79	1.29	.385	5,26
11	12	24	11	12	8	6	2.97	1.54	.526	6,53
12	2	26	18	10	9	8	3.30	1.42	.592	9,60
13	1	8	19	22	15	8	3.90	1.22	.431	2,75
14 ⁺	16	27	17	4	8	1	2.51	1.28	.405	4,40
15	8	15	16	16	13	5	3.36	1.45	.618	6,38
16	9	20	15	9	15	5	3.22	1.52	.623	7,51
17	13	18	9	20	12	1	3.04	1.43	.386	2,74
18	3	18	15	16	12	9	3.59	1.44	.726	11,09
19	1	7	11	18	22	14	4.30	1.29	.558	8,23
20	9	22	16	15	7	4	3.01	1.38	.476	4,00
21	13	21	21	9	5	4	2.78	1.37	.646	7,29
22	4	5	19	25	14	6	3.79	1.24	.429	4,70

+ invertierte Item

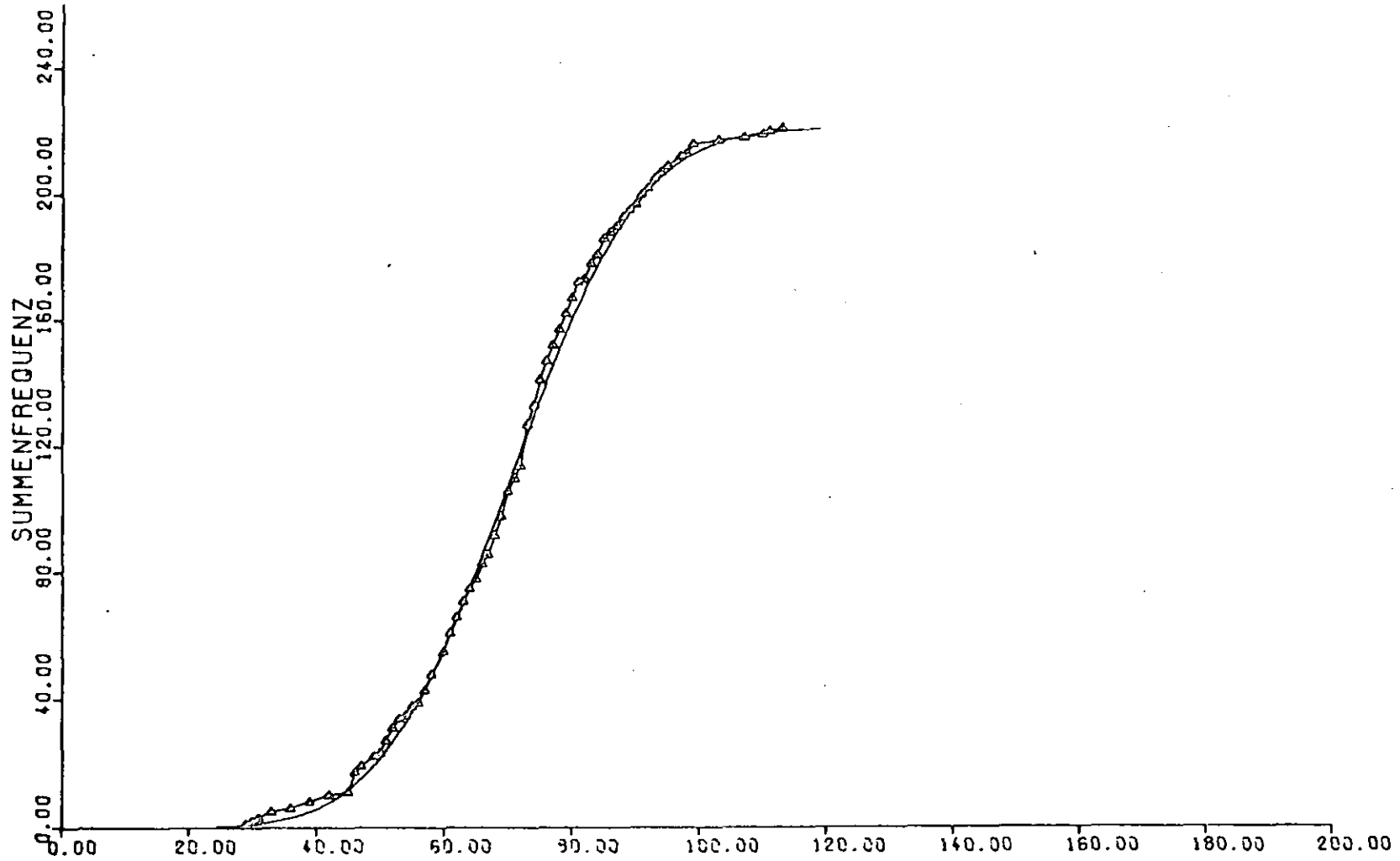
Abb. 36: Ind II

0.1
0.2



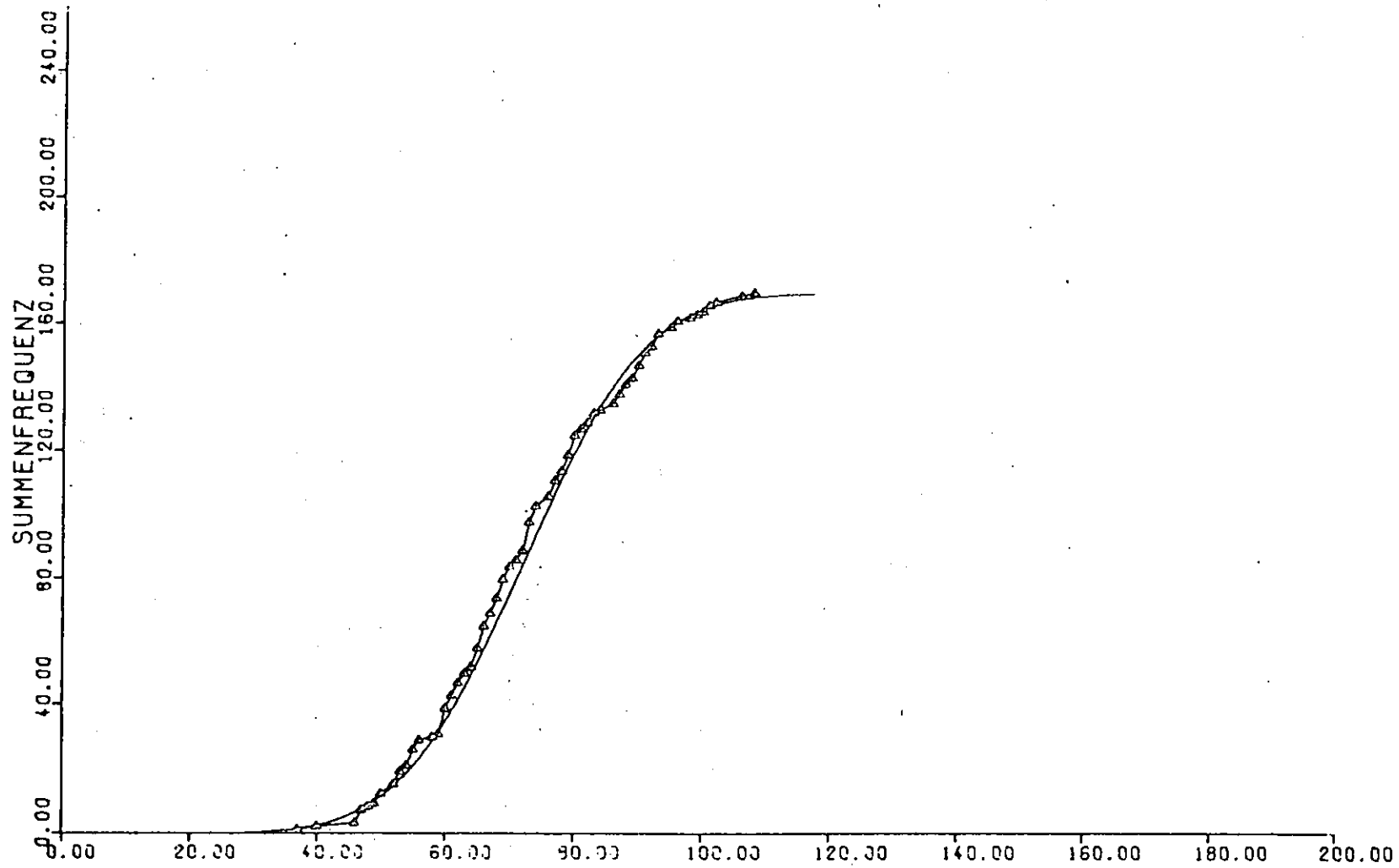
ASS. 34 (Zur. II; m)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



Ass. 35 (7. uel. \bar{x} ; ω)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 154 -

Tab. : Gesundheitsindifferenz : Item-Interkorrelationen

lfd. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	-																						
2	.278	-																					
3	.357	.252	-																				
4	.627	.178	.193	-																			
5	.134	.425	.109	.312	-																		
6	.326	.254	.118	.345	.247	-																	
7	.195	.300	.070	.168	.253	.074	-																
8	.266	.027	.283	.214	.251	.104	.130	-															
9	.323	.194	.237	.337	.302	-.005	.310	.121	-														
10	.151	.308	.404	.110	.393	.086	.246	.298	.252	-													
11	.300	.285	.248	.369	.387	.595	.053	.114	-.051	.088	-												
12	.216	.213	.277	.314	.425	.147	.124	.279	.307	.322	.360	-											
13	.274	.261	.127	.308	.176	.396	.079	.164	.038	.058	.348	.073	-										
14	.104	.259	.160	.117	.328	.207	.288	.046	.209	.257	.099	.235	.165	-									
15	.234	.293	.302	.346	.302	.289	.171	.150	.303	.122	.511	.346	.438	.366	-								
16	.259	.245	.284	.219	.329	.282	.122	.224	.273	.221	.454	.599	.252	.256	.463	-							
17	.075	.006	.235	.115	.080	.108	.157	.153	.191	.118	.133	.233	.378	.338	.268	.405	-						
18	.308	.439	.346	.247	.444	.492	.276	.270	.181	.454	.509	.516	.421	.265	.550	.561	.386	-					
19	.405	.109	.074	.609	.390	.428	.268	.293	.090	.121	.404	.405	.329	.100	.222	.313	.250	.472	-				
20	.373	.034	.316	.416	.096	.129	.155	.333	.106	.243	.197	.373	.208	.232	.283	.349	.268	.352	.396	-			
21	.276	.166	.178	.386	.289	.358	.228	.349	.223	.100	.407	.585	.271	.366	.454	.565	.382	.454	.496	.473	-		
22	.366	.222	.167	.306	.116	.311	.299	.104	.334	.086	.173	.360	.190	.356	.298	.239	.233	.225	.144	.165	.327	-	

- 55 -

Tab.: Gesundheitsindifferente Einstellungen (Ind II);
Kontrolluntersuchung (N = 513)

Item Nr.	Antwortverteilung (abs.Z.)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	1	2	3	4	5	6			
1	20	60	73	127	173	60	4.078	1.327	.521
2 ⁺	83	159	169	60	30	12	2.871	1.187	.222
3	31	124	125	97	92	44	3.442	1.402	.356
4	42	144	118	122	64	23	3.177	1.310	.579
5	81	191	151	69	16	5	2.538	1.067	.601
6	14	67	74	155	136	67	4.039	1.303	.532
7 ⁺	55	186	186	53	27	6	2.667	1.049	.347
8	33	137	121	85	92	45	3.392	1.429	.404
9	84	128	86	115	81	19	3.074	1.445	.301
10 ⁺	62	162	174	63	37	15	2.797	1.197	.383
11	58	145	126	102	58	24	3.057	1.343	.558
12	41	158	169	71	54	20	2.998	1.240	.569
13	24	80	117	148	130	22	3.659	1.258	.498
14 ⁺	96	179	159	53	22	4	2.489	1.087	.459
15	16	90	115	146	115	31	3.676	1.252	.606
16	72	187	127	68	50	9	2.735	1.239	.492
17	65	162	114	97	66	9	2.930	1.296	.454
18	30	125	106	151	72	29	3.384	1.302	.665
19	12	51	73	166	148	63	4.123	1.231	.566
20	71	130	121	94	68	29	3.088	1.422	.594
21	78	179	143	66	36	11	2.680	1.207	.585
22	32	58	74	162	142	45	3.895	1.332	.328

+ Invertierte Item

Tab. 64 : Stabilitätsuntersuchung II : Gesundheitsbezogene Indifferenz (Ind II)

Geschl.	Intervall Wochen	1. Test			2. Test			Stabilität	
		N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s	r	p
m	3-5	28	70,00	17,02	28	71,07	14,82	.629	<.001
w	3	22	71,36	13,56	22	70,18	12,42	.777	<.001
m	4	30	64,40	15,75	30	68,80	14,77	.737	<.001
w	11	19	67,26	11,70	19	67,47	14,53	.658	<.001

Tab. 65 : Korrelationen zwischen dem Gesamtpunkt SE (MARLOWE-CROWNE) und den Item der Indifferenzeinstellung (N = 28)

Item Nr.	r	Item Nr.	r	Item Nr.	r	Item Nr.	r
1	.242	7	-.445 ^{x)}	13	.006	19	.168
2	-.244	8	.227	14	-.281	20	.178
3	.287	9	.078	15	.078	21	.053
4	.076	10	-.215	16	.059	22	.037
5	.224	11	.068	17	-.021	23	
6	.103	12	.190	18	.148	GPW	.237

x) $r_{.05} = .374$

Zusammenfassend läßt sich sagen :

- (1) Die Skala besitzt - für Attitutenskala bemerkenswert - relativ hohe Trennschärfen ($.355 < r_{it} < .726$; Tab. 61) und relativ hohe Inter-Itemkorrelationen (Tab. 62).
- (2) Alle t-Tests (Extremgruppenvergleiche) sind - von einer Ausnahme abgesehen - auf dem 1%-Niveau signifikant (Tab. 61).
- (3) Die hohen Trennschärfen bleiben bei einer Kreuzvalidierung erhalten (Tab. 63).
- (4) Die Verteilungscharakteristika sind optimal (vgl. Abb. 34, 35, 36). Für die Kontrollgruppe (N = 513) beträgt der Kennwert für die Schiefe der Verteilung 1.012 ($p = .313$), für den Exzeß $-0,655$ ($p = 0.518$) (vgl. auch Abb. 36).
- (5) Die Halbierungszuverlässigkeit ^{bei innerer Konsistenz} bei der Eichstichprobe (N = 73) beträgt 0,92 (FLANAGAN) ; für die Kontrollgruppe 0,89 (CRONBACH-ALPHA).
- (6) Die Wiederholungszuverlässigkeit liegt zwischen $r = .629$ und $r = .777$ bei 4 Gruppen. Der zeitliche Abstand zwischen Test und Retest beträgt 3 - 11 Wochen (Tab. 64).
- (7) Ind II scheint nicht Set-anfällig zu sein, wenn man die Korrelation der MARLOWE-CROWNE-Skala mit den einzelnen Item in Betracht zieht (Tab. 65).
- (8) Hervorgehoben werden muß, daß mit der Dauer einer Erkrankung die Indifferenz-Einstellung zu wachsen scheint. Tbc-krankte Schüler, die sich 1 - 3 Monate im Sanatorium aufhalten, neigen dazu, weniger indifferent eingestellt zu sein, als Schüler mit einer Aufenthaltsdauer von 4-7 Monaten ($\bar{X}_1 = 71,95$; $s = 11,06$; $\bar{X}_2 = 80,04$; $s = 14,78$; $t = 1,66$; $p < .10$). Offenbar bewirkt die Hospitalisierung zuerst eine Sensibilisierung für gesundheitliche Belange, die aber mit der Gewöhnung wieder rasch abnimmt.
- (9) Tbc-krankte Schülergruppen variieren im Grad der Indifferenz (Tbc 1 : $\bar{X} = 80,40$; $s = 13,97$; Tbc w : $\bar{X} = 71,41$; $s = 11,48$; $t = 2,86$; $p < .01$). Welche Ursachen diese Unterschiede haben, kann vorläufig nicht hinreichend sicher beantwortet werden.

10.0 Inventar zur Erfassung gesundheitsriskanten Verhaltens (GRV)

Die Ri IV-Skala soll die Einstellung zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen erfassen. Darüber hinaus waren wir an einem Instrument interessiert, mit dessen Hilfe riskantes Verhalten unmittelbar gemessen werden kann. Aufbauend auf einem von SCHMIDT (1967) konstruierten Verfahren haben wir 22 Item des folgenden Typs entworfen :

"Ich lasse mich nur dann zum Arzt schicken, wenn es gar nicht anders geht"

oder

"In den Ferien oder auf einem Ausflug trinke ich schon einmal Wasser, das nicht vorher abgekocht wurde".

Abweichend von den bisher dargestellten Instrumenten hatten die Probanden diesmal anzugeben, ob eine bestimmte Behauptung zutrifft oder nicht. Die Antworten wurden so verschlüsselt, daß ein hoher Punktwert riskantes Handeln, ein niedriger Punktwert weniger riskantes Handeln zum Ausdruck bringt. Genauer gesprochen :für die Zustimmung zu einem riskanten Tun wurde ein, für die Ablehnung kein Punktwert vergeben. Drei Itemanalysen waren notwendig für die Endform, die aus 15 Statements besteht (vgl. vollständiger Text des Inventars im Anhang).

Die Kennwerte der Skala nach der 3. Itemanalyse sind in der Tab. 66 aufgeführt.

Tab. 66 : Kennwerte des GRV-Inventars

Skala	N	\bar{X}	s	\bar{r}_{it}	r_{tt}	r_{ij}
GRV	71	8,3	4,0	.465	.760	.260

Die Item-Schwierigkeiten bewegen sich zwischen 0,20 und 0,80 ; die Trennschärfen zwischen .249 und .605. Daß GRV stabile Verhaltensformen mißt, geht aus der Höhe der Test-Retest-Korrelation hervor ($r_{12} = 0,90$; Zeitabstand 2 Wochen).

Antwortverteilungen, Mittelwerte und Streuungen pro Item sowie die Trennschärfen verändern sich nicht wesentlich, wenn wir die entsprechenden Ergebnisse verschiedener Kontrolluntersuchungen ($N_1 = 122$; $N_2 = 509$) miteinander vergleichen (vgl. Tab. 70 u. 71).

Die innere Konsistenz ^{Sow. die Zuverlässigkeit} von GRV ist gerade noch zufriedenstellend, wie die Übersicht (Tab. 67) zeigt.

Tab. 67 : ^{Zuverlässigkeit und} Innere Konsistenz des GRV-Inventars bei mehreren Stichproben

Schätzformeln nach	I (N=71)	II (N=68)	III (N=509)
SPEARMAN	.766	.738	-
FLANAGAN	.763	.732	-
CRONBACH α	-	-	.734

Die Verteilung der Rohpunktwerte, getrennt nach Geschlechtern, zeigt die Abbildung 37.

Taf. 68

Inventar Gesundheitsriskantes Verhalten (GRV IV)
(N=71)

Item Nr.	Antwortverteilung (abs. Z)		\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	0	1			
1 ⁺	42	29	.409	.495	.541
2	43	28	.394	.492	.391
3	38	33	.437	.500	.397
4 ⁺	35	36	.507	.503	.591
5	33	38	.535	.502	.587
6	43	28	.394	.492	.481
7 ⁺	15	56	.781	.453	.475
8	42	29	.409	.495	.249
9 ⁺	17	54	.761	.430	.302
10 ⁺	43	28	.394	.492	.440
11	20	51	.718	.453	.520
12	16	55	.775	.421	.605
13 ⁺	37	34	.479	.503	.393
14	21	50	.704	.460	.442
15	21	50	.704	.460	.565

+ invertierte Item

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
2	150														
3	366	-013													
4	361	507	130												
5	430	290	308	380											
6	268	587	161	623	348										
7	457	121	299	322	358	121									
8	-049	268	-038	418	085	209	138								
9	198	183	161	173	536	115	089	-004							
10	619	-003	336	219	232	174	377	150	049						
11	202	249	299	322	358	185	165	266	236	249					
12	380	228	339	345	376	297	487	174	171	297	337				
13	236	092	293	212	328	150	224	121	073	265	350	247			
14	225	-144	259	164	262	207	212	100	215	207	280	463	312		
15	350	270	259	349	262	270	349	162	215	270	555	537	189	459	

Tab. 70: GRV IV (Kreuzvalidierung N=122)

Item Nr.	Antwortverteilung (abs. Z)		\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	0	1			
1 ⁺	80	42	.340	.480	.465
2	70	52	.430	.500	.537
3	80	42	.340	.480	.394
4 ⁺	54	68	.560	.500	.515
5	45	77	.630	.480	.536
6	64	58	.480	.500	.469
7 ⁺	43	79	.650	.480	.403
8	87	35	.290	.450	.453
9 ⁺	34	88	.720	.450	.518
10 ⁺	72	50	.410	.490	.465
11	49	73	.600	.490	.295
12	51	71	.580	.500	.478
13 ⁺	73	49	.400	.490	.084
14	37	85	.700	.460	.428
15	33	89	.730	.450	.537

+ invertierte Item

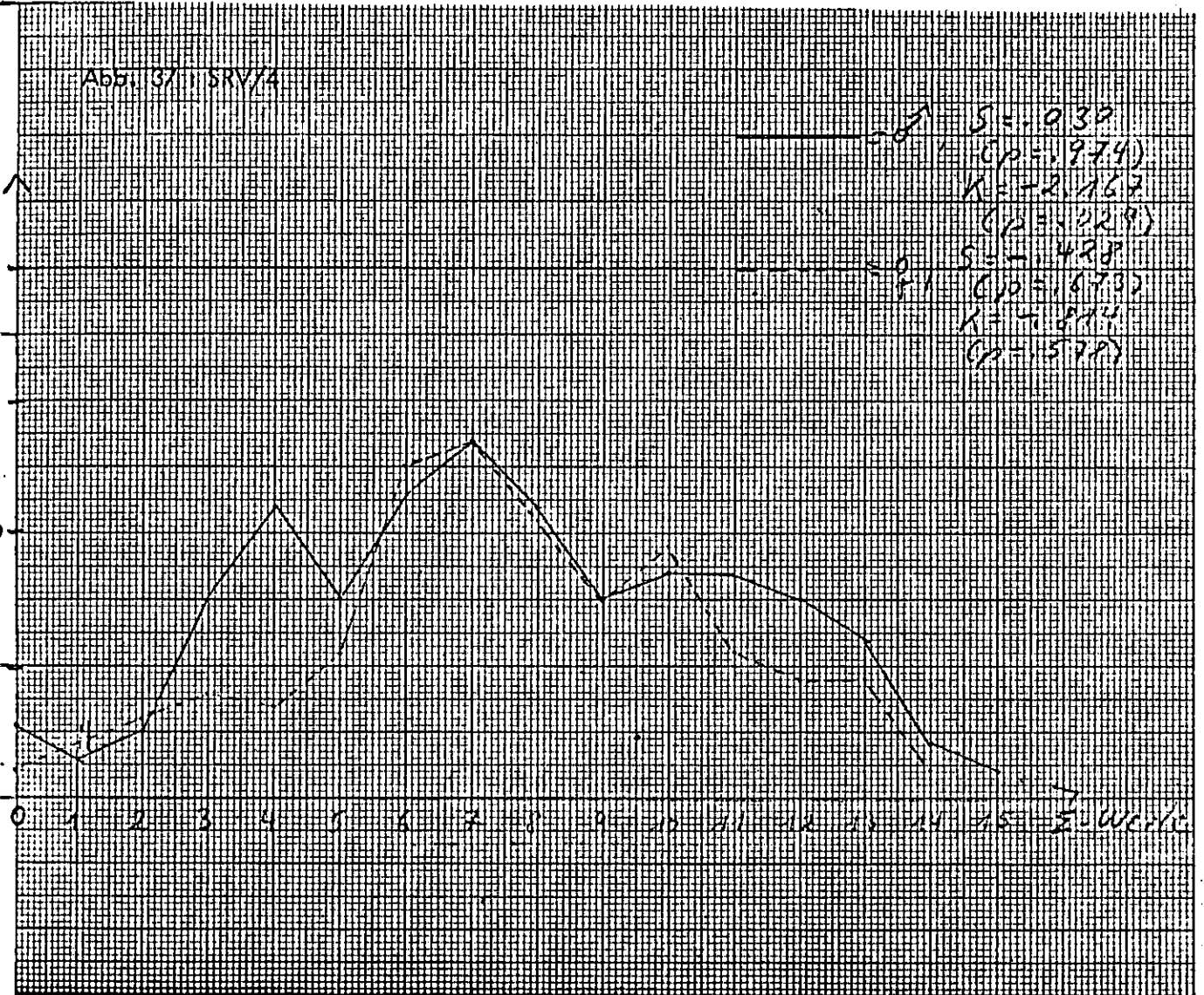
Tab.: 71 Kontrolluntersuchung II : Inventar gesundheitsriskantes Verhalten (GRV IV);
(N = 509)

Item Nr.	Antwortverteilung (abs. Z.)		\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	0	1			
1 ⁺	382	127	.250	.433	.264
2	342	167	.328	.470	.403
3	320	189	.371	.483	.341
4 ⁺	221	288	.566	.496	.346
5	241	268	.527	.499	.379
6	317	192	.377	.485	.401
7 ⁺	161	348	.684	.465	.300
8	346	163	.320	.467	.430
9 ⁺	122	387	.760	.427	.373
10 ⁺	327	182	.358	.479	.299
11	214	295	.580	.494	.356
12	161	348	.684	.465	.374
13 ⁺	351	158	.310	.463	.067
14	136	373	.733	.442	.283
15	157	352	.692	.462	.417

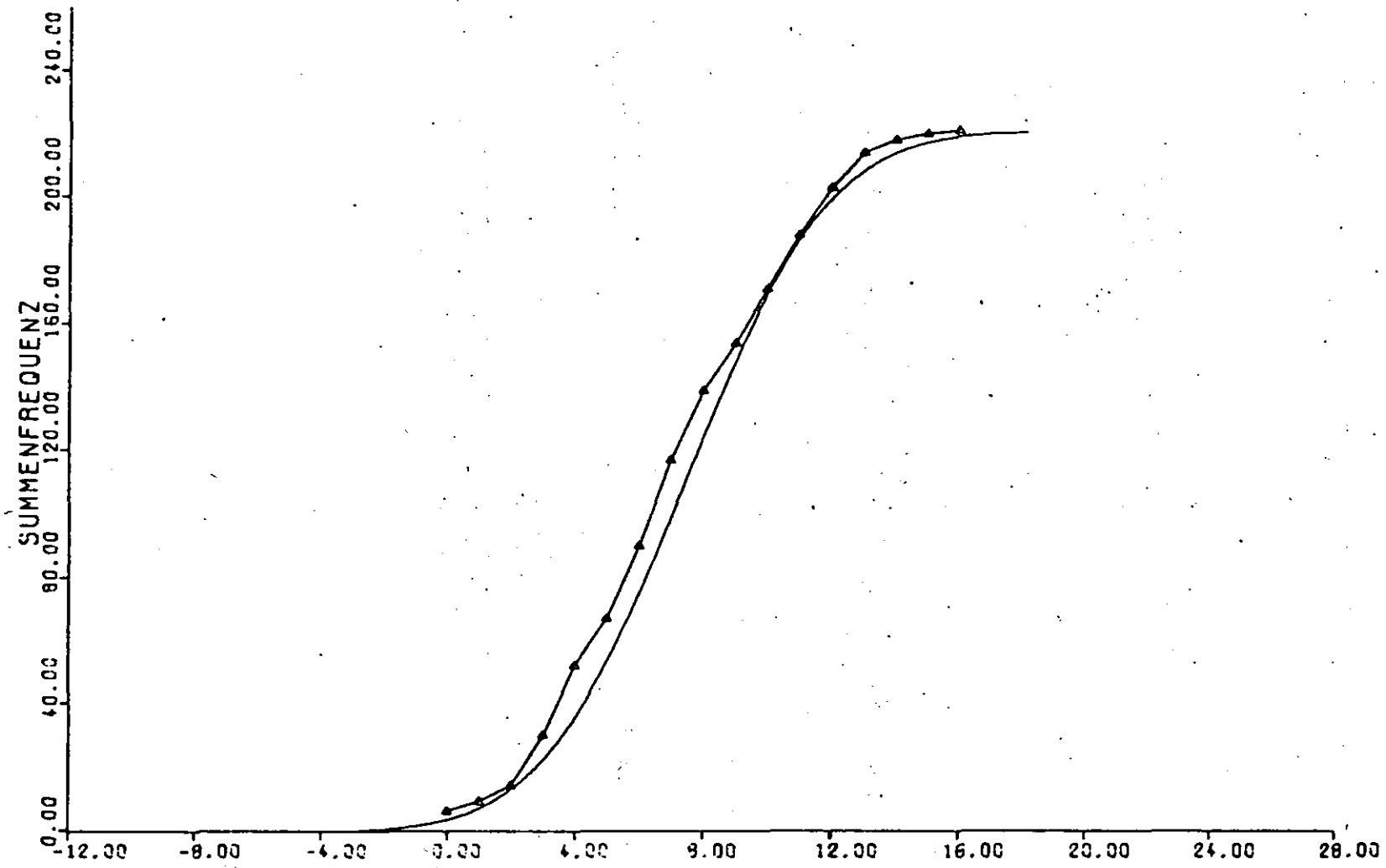
+ invertierte Item

Abb. 37 SRV/4

$\sigma = 0.30$
 $(\sigma_p = 1.974)$
 $K = -2.167$
 $(\sigma_p = 2.219)$
 $\sigma = 1.428$
 $(\sigma_p = 1.673)$
 $K = 4.874$
 $(\sigma_p = 1.572)$

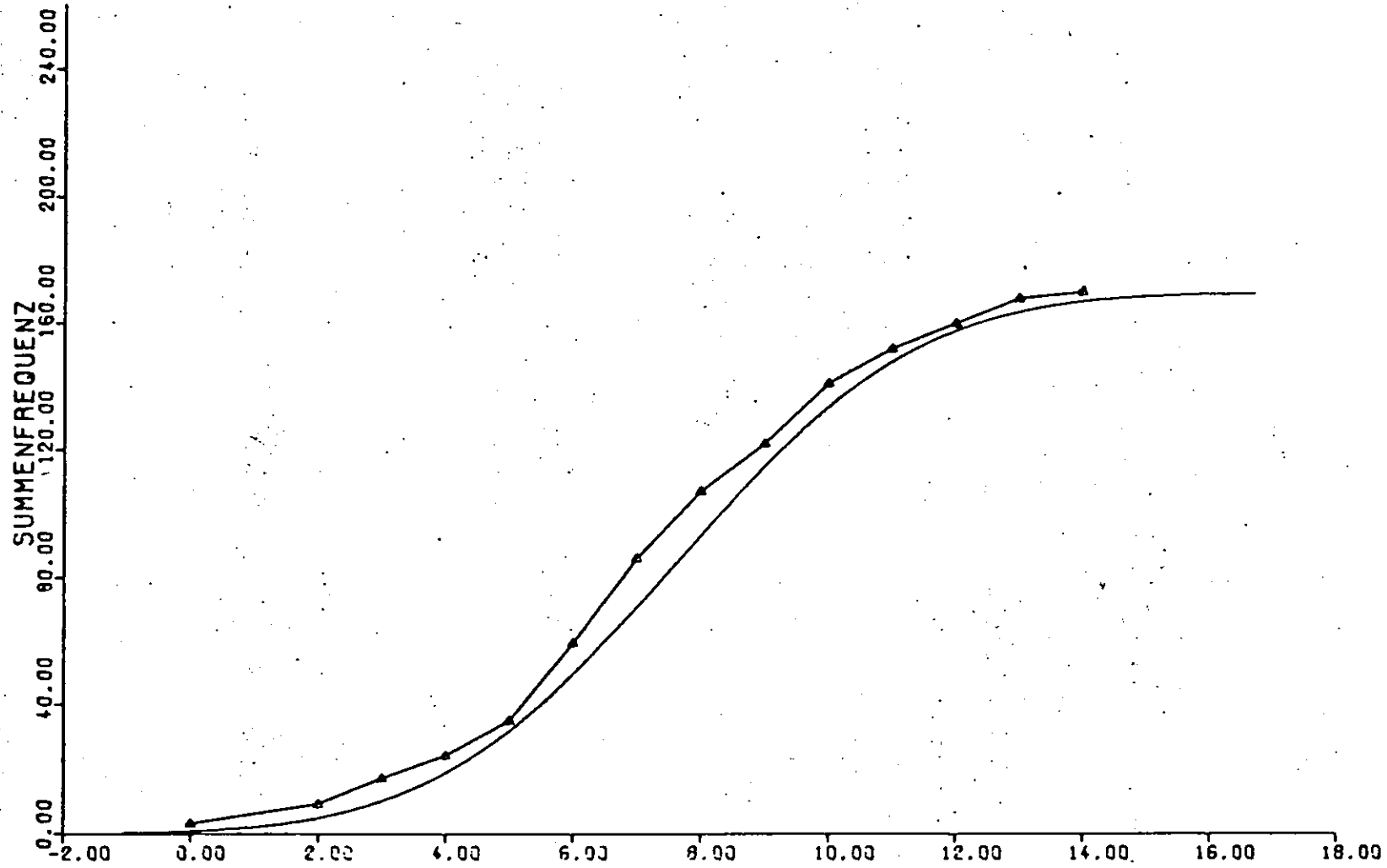


- = NORMALVERTEILUNG
Δ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



ASS 39 (6RV $\frac{1}{\sqrt{2}}$; ω)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 167 -

Tab. 72 : Verteilungscharakteristika und Verteilungsprüfungen

	Schüler (N = 221)	Schülerinnen (N = 170)
Schiefe	.030	-.428
P	.974	.673
Kurtosis	-2.167	-.814
P	.029	.578
D	.079	.087
P	.124	.150
Chi ²	12.154	10.552
P	.033	.308
df	5	9

Vergleicht man die beiden Häufigkeitsverteilungen (siehe Abb. 37), so erweist sich die der Schüler als die unregelmäßigere : sie ist breitgipflig (Tab. 72; Kurtosis = -2.167; P = .029) und zeigt Unregelmäßigkeiten (Tab. 72; Chi²-Test für die Güte der Anpassung : Chi² = 12,154; P = .033; df = 5). Der Kolmogoroff-Smirnow-Test ist dagegen insignifikant. Das bedeutet, daß die GRV-Verteilung in ihrer Form nicht von der Gauß'schen Normalverteilung abweicht (vgl. dazu LIENERT, 1962).

Während wir - von einer Ausnahme abgesehen (Genußmittel) - auf keine Vorarbeiten bzw. empirisch relevante Konstrukte für unsere zentrale Aufgabe der Erfassung gesundheitsbezogener Attitüden zurückgreifen konnten, können wir im vorliegenden Falle auf Vorüberlegungen anderer Bezug nehmen.

Zahlreiche Autoren postulieren als globales Erziehungsziel im Rahmen der Gesundheitserziehung, was als "Rationalität" bezeichnet werden kann. Als ein Beispiel möge die Äußerung von PIRRIE und DALZELL-WARD (1962, S. 18 ff) dienen:

"People should have an understanding of the way in which a doctor works - by this is meant the intellectual processes, not the superficial image of medicine, which emphasizes personality and technique. ... The school child should be gradually introduced to the reality that medicine is practised on rational principles, employing the process of deduction from observation".

Daß diese Forderung berechtigt ist, läßt sich aufgrund der Ergebnisse einer vom Institut für Demoskopie/Allensbach (1958) in Hessen durchgeführten Umfrage erhärten: 26% der Befragten (erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren) sind von der Wirksamkeit irgendwelcher Praktiken der Aberglauben-Medizin überzeugt. Es zeigt sich ferner, daß das Verhältnis zur wissenschaftlichen Medizin und zu den Ärzten nur bei 52% uneingeschränkt vertrauensvoll ist ; immerhin sind 27% abmi- valent und 21% zurückhaltend und skeptisch.

Man sollte nun jedoch wissen, welche Motive den Einstellungen der Befragten zugrunde liegen. Wir wollen damit zum Ausdruck bringen, daß eine rationale Orientierung gegenüber der Medizin oder bestimmter Bereiche der Medizin nicht zwingend aus der Bekundung einer vertrauensvollen Einstellung hergeleitet werden kann. Zwar scheint der Glaube an die Leistungsfähigkeit der modernen Medizin, die Überzeugung von den Fähigkeiten der Ärzte, das Zutrauen zu Ärzten im allgemeinen und zum Hausarzt im besonderen eine "günstige" Wirkung auf das präventive Verhalten zu haben, weil Personen mit diesen Einstellungen sich eher freiwillig bereit finden, eine kostenlose Untersuchung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes mitzumachen (vgl. dazu : BORSKY und SAGEN, 1959). Doch muß auch hier der günstige Effekt im Sinne eines gesundheitsgerechten präventiven Handelns nicht unbedingt einer

rationalen Haltung entspringen. Dem Arzt können z.B. durchaus "Fähigkeiten" zuerkannt werden, die ihn in die Nähe eines Medizinmannes rücken.

Die Skala, über deren Entwicklung wir jetzt berichten, soll also rationale vs. abergläubische Einstellungen zur Medizin bzw. zum Arzt etc. erfassen.

Entsprechend dem Vorgehen bei den anderen Skalen haben wir Jugendlichen 47 Behauptungen der folgenden Art vorgelegt, denen sie zustimmen oder die sie ablehnen sollten :

- "Einen Arzt kann man am ehesten mit einem Künstler vergleichen";
- "Bei einer schweren Krankheit sollte man seine Hoffnung eher auf ein Wunder als auf die medizinische Wissenschaft setzen" ;
- "Die alten Hausmittel sind der wissenschaftlichen Medizin immer noch überlegen";
- "Der Arzt erzielt seine Heilerfolge vor allem durch seine Qualitäten als Mensch" .

Die Antworten auf die Statements sind so verschlüsselt worden, daß ein hoher Punktwert eine "rationalere", ein niedriger Punktwert eine weniger "rationale" Einstellung darstellt.

Die Endform der Skala hat 19 Item (die vollständige Skala ist im Anhang aufgeführt). Die Ergebnisse mehrfacher Aufgabenanalysen anhand verschiedener Gruppen können der Tab. 73 entnommen werden.

Tab. 73 : Kennwerte der Rat-Skala

Gruppen	N	\bar{X}	s	\bar{r}_{it}	r_{tt}	\bar{r}_{ij}
1. Eichgruppe	280	74,8	11,80	.444	.860	.233
2. Kontrollgruppe , I (Test)	71	71,8	9,90	.317	.730	.141
3. Kontrollgr. I (Re-Test)	68	69,8	11,20	.390	.880	-
4. Kontroll- gruppe II	514	71,61	15,82	.467	.883	-

Die Mittelwerte der Gesamtpunktwerte variieren zwischen 69,8 und 74,8 (vgl. Tab. 73). Gegenüber der Eichgruppe ist eine Abnahme zu verzeichnen. Durchschnittliche Trennschärfen und Konsistenzen verändern sich nicht bei verschiedenen Kontrolluntersuchungen (vgl. Tab. 73, 76 u. 77). Die Trennschärfekoeffizienten hängen auch nicht von der Richtung der Statement-Formulierung ab (\bar{r}_{it} für positiv formulierte Item beträgt .373, für negativ formulierte .455). Die Korrelation von positiv und negativ formulierten Item beläuft sich bei einer Stichprobe von $N = 280$ auf $r = .502$, ein Wert, der eine statistisch bedeutsame Beziehung zwischen den beiden Itemtypen anzeigt.

Über die Eigenschaften der einzelnen Items orientieren die Tab. 74 und 75. Von den Statements 17, 15 und 16 abgesehen, bleibt die Größenordnung der Kennwerte auch der Item bei einer Kontrolluntersuchung erhalten (Tab. 75).

Geschlecht, Schultyp, Vaterberuf (vgl. Tab. 78) und Alter haben keinen Einfluß auf die Beantwortung der Rat-Skala.

Daß die Skala eine stabile Einstellung mißt, belegt die Höhe der Korrelation zwischen einer ersten und einer im Abstand von 14 Tagen erfolgten zweiten Befragung (vgl. Tab. 77).

Nach Geschlechtern getrennte Häufigkeitsverteilungen der Rat-Gesamtpunktwerte sind in der Abb. 40 aufgeführt ($N = 514$). Die Ergebnisse der mit Hilfe des χ^2 - und des Kolmogoroff-Smirnow-Tests durchgeführten Prüfung der Güte der Anpassung enthält die Tabelle 81.

Keiner der Werte der beiden Prüfgrößen weist auf eine Abweichung der beobachteten Verteilung von der theoretischen Verteilung hin. Das läßt sich auch anschaulich anhand der beiden "Plots" (Abb. 41 : Verteilung der Gesamtpunktwerte der Schüler ($N = 221$) ; Abb. 42 : Verteilung der Gesamtpunktwerte der Schülerinnen ($N = 170$)) belegen.

Tab. 74 Rationalität (Ra III) N=280
Form s=19

em Nr.	Antwortverteilung(abs. Z)						\bar{X}	s	$r_i(t-i)$	t-Wert
	1	2	3	4	5	6				
+	9	39	65	44	74	49	4.01	1.43	.468	9,95
+	2	22	46	65	95	50	4.35	1.22	.479	10,31
+	1	26	61	59	102	31	4.17	1.18	.444	9,80
+	8	33	80	100	49	10	3.64	1.10	.563	11,12
+	8	66	102	42	44	18	3.36	1.26	.358	7,11
+	14	50	79	43	81	13	3.59	1.33	.416	8,33
+	2	10	43	88	112	24	4.33	1.00	.447	8,56
+	2	28	67	57	75	50	4.16	1.29	.452	9,38
+	0	15	42	67	121	34	4.42	1.06	.463	9,24
+	6	22	48	79	80	45	4.21	1.25	.574	13,24
+	2	24	92	68	75	19	3.88	1.13	.465	9,42
+	14	31	47	82	74	32	3.95	1.34	.316	6,51
+	2	25	63	89	80	21	4.01	1.11	.473	8,71
+	3	35	49	60	105	28	4.12	1.24	.373	7,58
+	8	69	111	46	41	5	3.21	1.11	.470	7,90
+	8	49	102	58	55	8	3.45	1.16	.341	6,83
+	14	84	81	50	41	10	3.18	1.25	.434	8,10
+	1	13	53	75	100	38	4.34	1.09	.488	10,00
+	2	14	55	61	106	42	4.36	1.15	.412	8,69

invertierte Item

Tab.: 75 Kontrolluntersuchung: Einstellung zur Rationalität (Ra III);
(N = 514)

Item Nr.	Antwortverteilung (abs.Z.)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	1	2	3	4	5	6			
1 ⁺	60	81	63	59	107	144	3.981	1.770	.602
2 ⁺	49	63	94	73	116	119	3.975	1.638	.644
3 ⁺	48	59	92	72	144	99	3.977	1.590	.618
4 ⁺	24	95	131	136	89	39	3.560	1.303	.480
5 ⁺	30	71	139	121	82	71	3.714	1.407	.505
6 ⁺	36	87	106	104	117	64	3.722	1.470	.483
7	28	81	74	101	152	78	3.977	1.472	.508
8 ⁺	42	62	135	102	98	75	3.733	1.478	.566
9 ⁺	28	63	92	109	149	73	3.986	1.420	.642
10 ⁺	41	70	75	92	125	111	4.018	1.586	.000
11 ⁺	32	67	151	107	112	45	3.652	1.350	.512
12	60	76	61	64	125	128	3.977	1.732	.482
13 ⁺	16	65	149	127	123	34	3.735	1.229	.541
14	40	92	107	100	112	63	3.663	1.490	.499
15 ⁺	24	119	144	98	112	17	3.401	1.272	.248
16 ⁺	28	118	155	99	93	21	3.339	1.272	.224
17	62	108	144	97	70	33	3.202	1.401	.042
18 ⁺	30	61	90	134	134	65	3.926	1.391	.651
19 ⁺	36	53	88	95	146	96	4.070	1.497	.571

+ invertierte Item

Tab. 76 : Rat III : Mittelwerte und Streuungen der Skalenhälften und der Gesamtskala

	Test (N = 71)			Retest (N = 68)		
	1. TH.	2. TH.	Ges. T.	1. TH.	2. TH.	Ges. T.
\bar{X}	37,06	34,76	71,84	35,93	33,87	69,79
s	6,14	4,99	9,94	6,02	5,80	11,18

Tab. 77 : Rat III : ^{Zuverlässigkeit} Innere Konsistenz und Stabilität

Gruppen :	Test (N = 71)	Re-Test (N=68)	Kontroll- untersuchung (N=514)
^{Zuverlässigkeit} <u>Innere Konsistenz</u>			
1. SPEARMAN-BROWN	.743	.881	-
2. FLANAGAN	.733	.881	-
3. CRONBACH	-	-	.884
<u>Stabilität</u>			
1. Stabilitätskoeffizient	.759		

Tab. 78 : Rat I | I : Gruppenvergleiche

(1) Geschlecht

Gruppen	N	\bar{X}	s	t	p
Männlich	46	72,11	10,10	0,36	n.s.
Weiblich	22	71,27	8,25		

(2) Schultyp

Gruppen	N	\bar{X}	s	t	p
Realschüler	129	74,98	11,72	-	-
Oberschüler	149	74,55	11,40	-	-

(3) Vaterberuf

Gruppen	N	\bar{X}	s	t	p
1. Gruppe ^{x)}	71	74,65	11,18	-	-
2. Gruppe	136	75,13	12,46	-	-
3. Gruppe	71	74,06	11,51	-	-

- x)
1. Gruppe : Beamte des höheren Dienstes, leitende Angestellte, freie Berufe
 2. Gruppe : Beamte des mittleren Dienstes, sonstige Angestellte, Selbständige Landwirte
 3. Gruppe : Arbeiter, Beamte des unteren Dienstes

Tab. 79 : Rat III : Mittelwerte und Streuungen der Sondergruppen

Gruppen	N	X	s
Tbc 1	35	70,11	12,38
Tbc 2	32	67,38	7,02
Int. 1	34	69,56	12,70
Int. 2	39	75,67	11,27
Int. 3	39	76,49	11,90

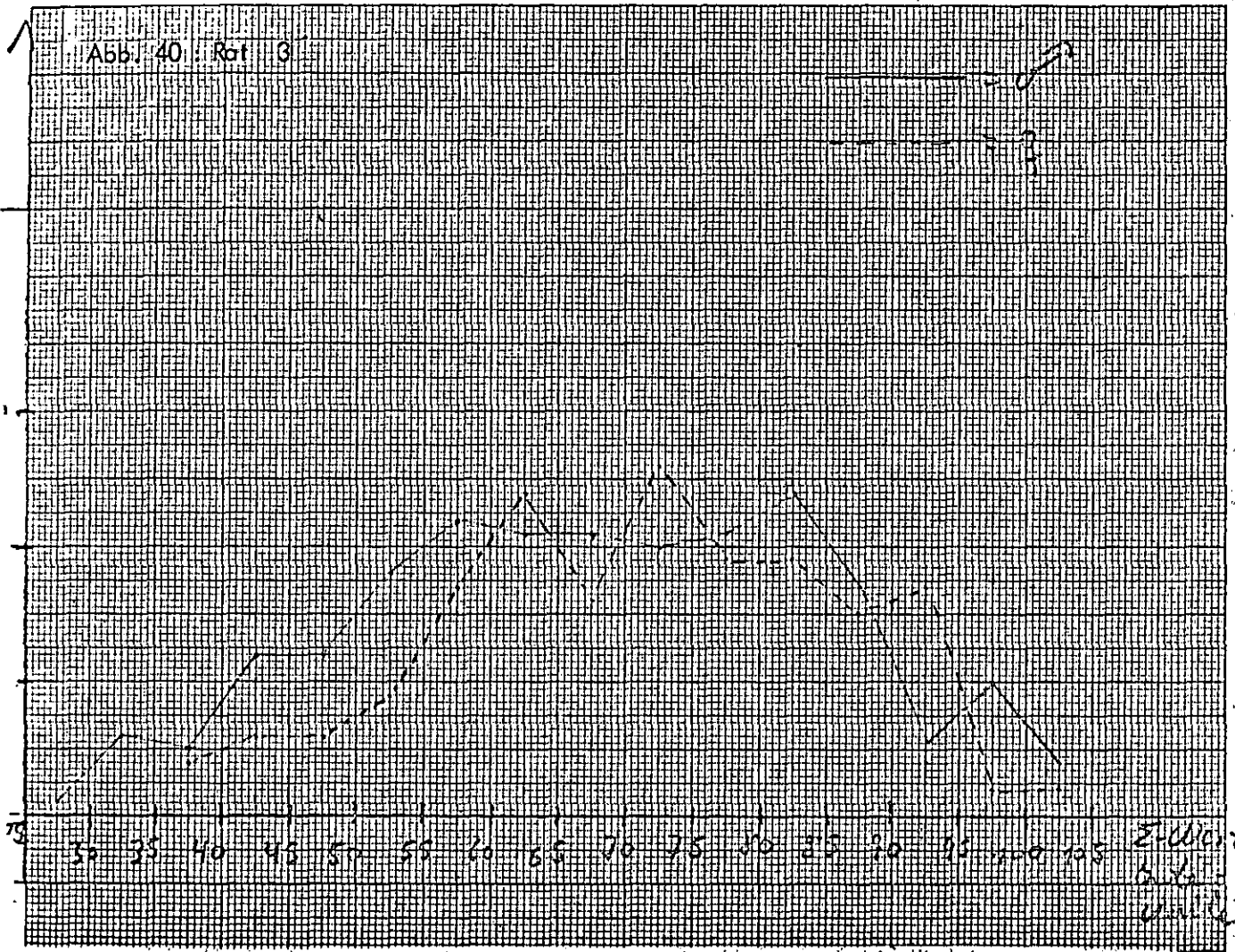
Tab. 80 : Rat III : Paarweiser Mittelwertsvergleich zwischen den Sondergruppen

Gruppen	Gruppen				
	1	2	3	4	5
1 Tbc 1	-				
2 Tbc 2	n.s.	-			
3 Int. 1	n.s.	n.s.	-		
4 Int. 2	<.05	<.01	<.03	-	
5 Int. 3	<.03	<.01	<.02	n.s.	-

Tab. 81 : Rat III : Prüfung der Güte der Anpassung

Prüfungsgrößen	Schüler (N = 221)	Schülerinnen (N = 170)
D	0,045	0,036
P	0,771	0,979
Chi ²	8,155	3,276
P	0,773	0,660
df	12	5

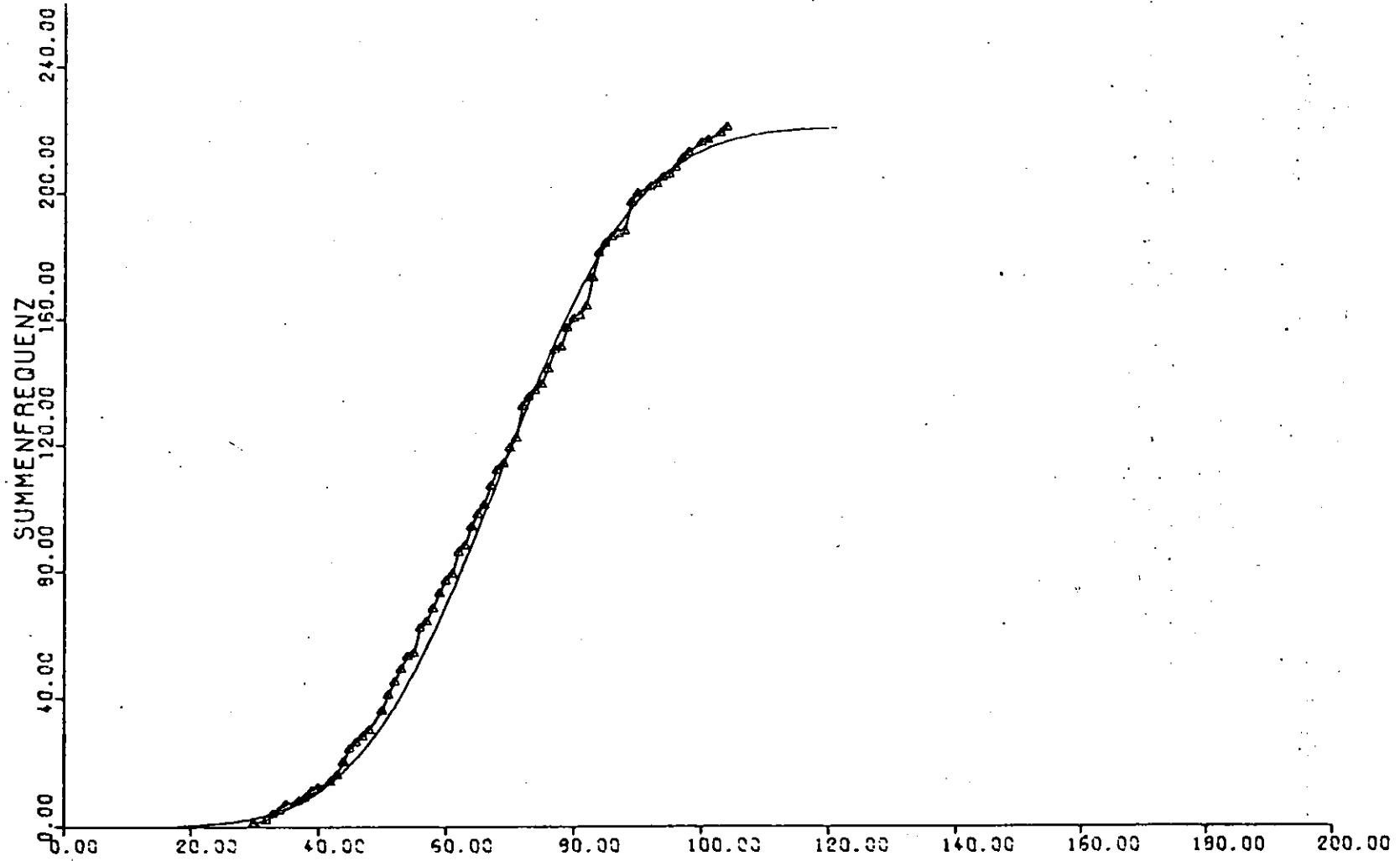
Abb. 40. Rot 3



Erwartung
b/w
w/w

Abb 4 x (Ref III, u)

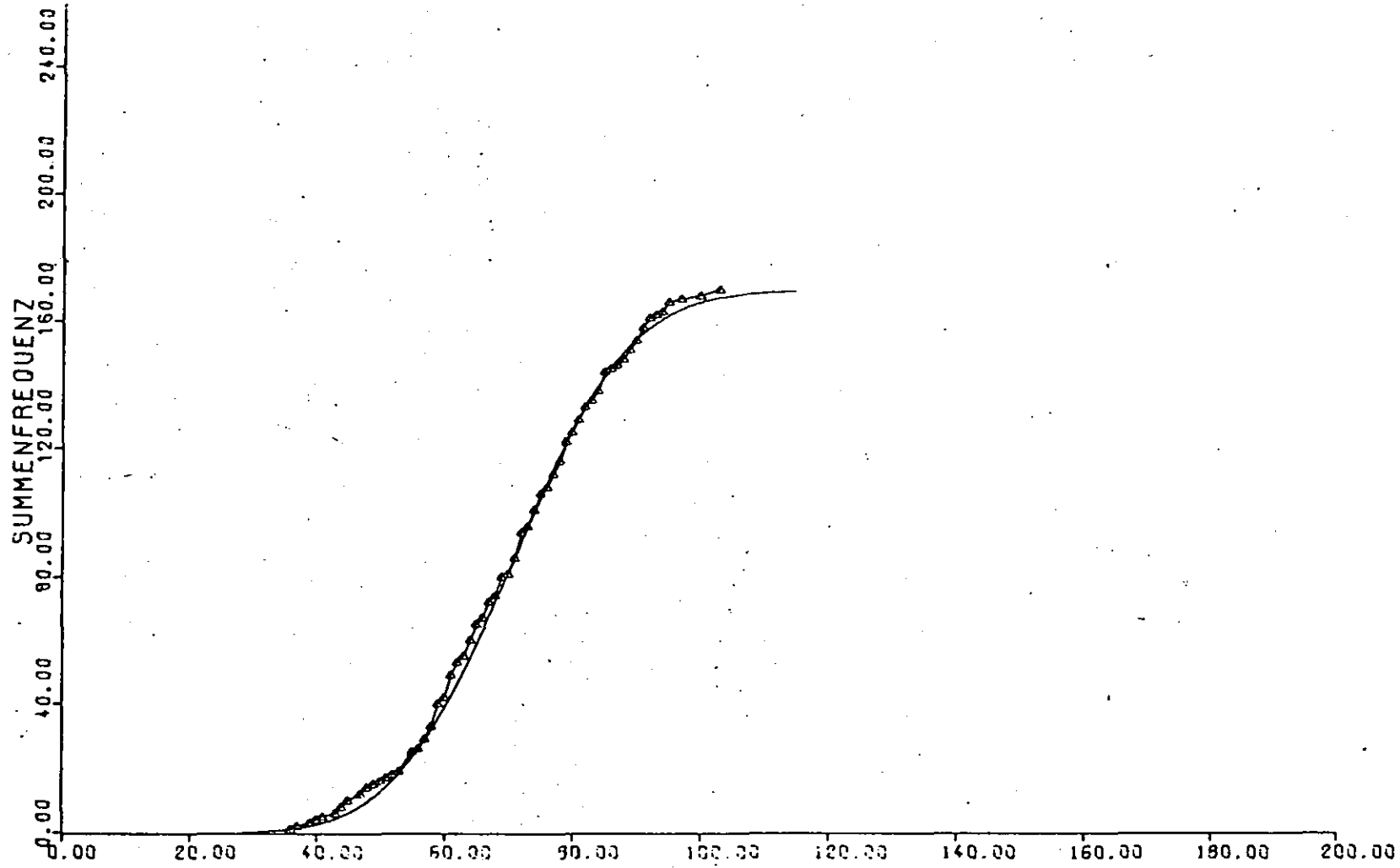
- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 178 -

ISS 42 (Rat. $\frac{10}{100}$)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



Aus der Tab. 80 ist ersichtlich, welche Gruppen reliabel differieren. Grosso modo darf man sagen, daß die Tbc-kranken Schüler weniger rational in dem hier definierten Sinne eingestellt sind als die Vergleichsgruppe der Internatsschüler. Dies mag auf den ersten Blick überraschen, weil man das Gegenteil erwarten sollte. Es ist jedoch unwahrscheinlich, daß Krankheit und Sanatoriumsaufenthalt diesen Effekt bewirkt haben könnten. Da die Sondergruppen nicht als parallelisierte Stichproben gelten können, muß man die Wirkung anderer Faktoren auch in Rechnung stellen. Wir vermuten, daß die Intelligenzunterschiede das Ergebnis dieses Gruppenvergleichs hervorgebracht haben können. Diese Annahme widerspricht nicht der früheren Feststellung, die Rat-Skala differenziere nicht zwischen den Schultypen, weil man davon ausgehen darf, daß die Intelligenzverteilung über Real- und Oberschüler homogener ist als zwischen den Sondergruppen, die neben Real- und Oberschüler auch Volks- und Berufsschüler einschließen.

Als Fazit ergibt sich die Notwendigkeit weiterführender Untersuchungen, deren Ziel es sein muß, die einzelnen ursächlichen Faktoren exakter zu isolieren als dies bisher geschehen konnte.

Als Nebenbefund sei abschließend noch ein weiterer Gesichtspunkt genannt, der eine Richtung angibt, in der die Konstruktvalidierung dieser Skala vorangetrieben werden kann.

Wir nahmen an, daß Personen, die eine positive Einstellung zur Wissenschaft haben, sich auch positiv gegenüber dem Wissenschaftscharakter der Medizin aussprechen werden. Zur Überprüfung dieser Annahme wurde eine nach GUTTMAN (vgl. EDWARDS, 1957) skalierte Fragebogen, mit dessen Hilfe die Einstellung zur Wissenschaft erfaßt werden soll, vom Englischen ins Deutsche übersetzt und in nicht analysierter Form zusammen mit der Rat-Skala Sanitätern (N = 62) zur Beantwortung vorgelegt. Die Korrelation von $r = .286$ ($p < .05$; einseitig) zwischen diesen beiden Variablen zeigt an, daß hypothesengemäß eine schwache, aber signifikante positive Beziehung besteht.

Ein weiterer Weg wurde beschritten, um in Erfahrung zu bringen, mit welchen Einstellungen die Rationalität verknüpft ist. So darf man z. B. annehmen, daß die autoritäre Orientierung negativ mit der Rationalität korreliert. Um diese Hypothese zu überprüfen, ließen wir die von ADORNO et al. entwickelte und von

ROGHMAN (1966) für den deutschsprachigen Bereich untersuchte F-Skala zusammen mit Rat III von einer Gruppe von Oberschülern (N = 28) beantworten.

Tab. 81 : Beziehung zwischen Rat III und F-Skala

	\bar{x}	s	r
Rat III	74,46	13,03	-.322 (p < .05 ; einseitig)
F-Skala	79,00	8,36	

Die Korrelation von $r = -.322$ ist zwar niedrig, doch signifikant :

Es gibt dennoch eine Tendenz, die besagt, daß Personen mit autoritärer Einstellung eine irrationale Haltung der Medizin gegenüber einnehmen und umgekehrt.

Diese einzelnen Gültigkeitsbelege deuten an, daß es sich lohnt, systematischer den Korrelaten der Rat-Einstellung nachzugehen.

12.0 Einstellung zur Selbstverantwortung (V)

Die letzte im engeren Sinne gesundheitsbezogene Skala, mit der wir uns zu beschäftigen haben, soll die Einstellung zur Selbstverantwortung bzw. der staatlichen Verantwortung in gesundheitlichen Belangen erfassen. Dieses Instrument haben wir in erster Linie deswegen zu konstruieren begonnen, weil wir glauben, daß die Ergebnisse von gesundheitspolitischen Aufklärungsaktionen u. a. davon abhängig sein können, ob der Angesprochene Schutz und Wiederherstellung der Gesundheit eher für eine Privatsache oder eher für eine Angelegenheit des Staates hält. In Übereinstimmung mit dem bereits mehrfach beschriebenen Vorgehen haben wir 43 Behauptungen und Meinungen gesammelt, die uns den oben skizzierten inhaltlichen Bereich der Selbst- bzw. staatlichen Verantwortung abzudecken schienen.

Als Beispiele für Statements seien genannt :

"Staatliche Gesundheitsmaßnahmen machen den Bürger nur noch unselbständiger"

oder

"Wenn jemand seine Gesundheit vernachlässigt, so ist das seine Privatsache und die Regierung hat sich nicht darum zu kümmern"

oder

"Es muß ausschließlich jedem einzelnen überlassen bleiben, wie er für seine Gesundheit sorgt".

Von den 43 ursprünglichen Items haben wir aufgrund der Aufgabenanalyse 22 beibehalten (siehe Anhang).

Das Verfahren V ist nun zweifellos das am wenigsten analysierte. Zudem ist die Eichgruppe zu klein, einige Trennschärfen unbefriedigend etc. (vgl. Tab. 82). Die Korrelationsmatrix (vgl. Tab. 83) zeigt, daß der Gegenstand Selbstverantwortung vs. staatliche Verantwortung nichts mit anderen Topoi zu tun hat. Zukünftige Arbeiten können erst darüber Auskunft geben, ob eine befriedigende Skalierung möglich ist.

Tab.: 82 Selbstverantwortung (V II);
 Kontrolluntersuchung (N = 55)

Item Nr.	Antwortverteilung (abs. Z.)						\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	1	2	3	4	5	6			
1	1	3	6	7	20	18	4.75	1.27	.385
2 ⁺	4	5	7	13	16	10	4.13	1.47	.393
3	2	7	7	17	14	8	4.06	1.34	.355
4 ⁺	0	5	7	19	15	9	4.29	1.16	.516
5	2	3	6	15	18	11	4.40	1.27	.456
6 ⁺	2	3	5	18	14	13	4.42	1.29	.385
7 ⁺	4	13	15	7	12	4	3.40	1.42	.441
8	1	3	10	13	17	11	4.36	1.24	.507
9 ⁺	3	8	10	17	13	4	3.75	1.31	.495
10	6	10	10	17	7	5	3.44	1.44	.246
11	0	3	6	18	16	12	4.51	1.11	.471
12 ⁺	5	8	11	17	10	4	3.56	1.37	.160
13	1	5	5	11	24	9	4.44	1.23	.479
14 ⁺	4	9	4	19	13	6	3.84	1.42	.507
15	2	6	16	18	10	3	3.67	1.16	.019
16 ⁺	1	4	6	20	22	2	4.16	1.04	.418
17 ⁺	2	6	9	19	15	4	3.93	1.22	.250
18	4	14	6	12	16	3	3.56	1.45	.527
19 ⁺	6	11	9	11	13	5	3.53	1.52	.153
20 ⁺	2	2	8	18	17	8	4.27	1.20	.308
21	1	4	6	17	20	7	4.31	1.16	.143
22	3	1	12	12	20	7	4.20	1.27	.246

+ invertierte Item

Tab. : 83 Zusammenhang zwischen Einstellung zur Selbstverantwortung und Risiko- bzw. Genußmitteleinstellungen
(N = 52)

	VII	Ri IV/1	Ri IV/2	Ri IV/3	Ri IV/Ges	G III/A	G III/R	G III/Ges	\bar{X}	s
I	-								79,73	9,76
/1	-.012	-							34,96	6,62
/2	.024	.409	-						11,71	3,88
/3	-.005	.211	.197	-					17,67	3,20
/Ges	.000	.871	.708	.526	-				64,35	10,20
/A	.108	-.133	-.254	-.046	-.198	-			56,33	12,81
/R	-.007	-.047	-.241	.078	-.098	.752	-		40,29	11,40
/Ges	-.050	-.101	-.269	.008	-.165	.940	.928	-	96,77	22,71

13.0 Angst-Inventar (CMAS)

Die Notwendigkeit, über ein Instrument zu verfügen, das die Angstbereitschaft zu erfassen erlaubt, ist im wesentlichen durch die Hauptuntersuchung (vgl. Abschlußbericht II) begründet. Unabhängig davon aber interessieren die Beziehungen der generellen Angstbereitschaft zu spezifisch gesundheitsbezogenen Attitüden. Über die Natur besonderer krankheitsbezogener Ängste ist mehrfach gearbeitet worden (z. B. GURIN, VEROFF, FELD, 1960; ROBBINS, 1962; JENKINS, 1966). Darüber hinaus beinhalten bekannte Angst-Skalen (z. B. CASTANEDA, McCANDLESS, PALERMO, 1956) Fragen nach körperlichen Symptomen, die z. T. als Angstkorrelate zu betrachten sind.

Der ursprüngliche Itempool bestand aus 47 Angst-Indikatoren, die z. T. der Kinderform der TAYLER'schen "Manifest-Anxiety-Scale" entnommen, z. T. selbst entwickelt worden sind. 25 Fragen verblieben nach der ersten Aufgaben-analyse. Schwierigkeiten, Trennschärfe, innere Konsistenz und Verteilungscharakteristika sind zufriedenstellen (vgl. Tab. 84 und Abb. 43, 44, 45).

N	\bar{X}	s	\bar{r}_{it}	r_{tt}
122	12,16	5,49	.383	.840

7.5. 84 Angstinventar (A I III)

(N=22)

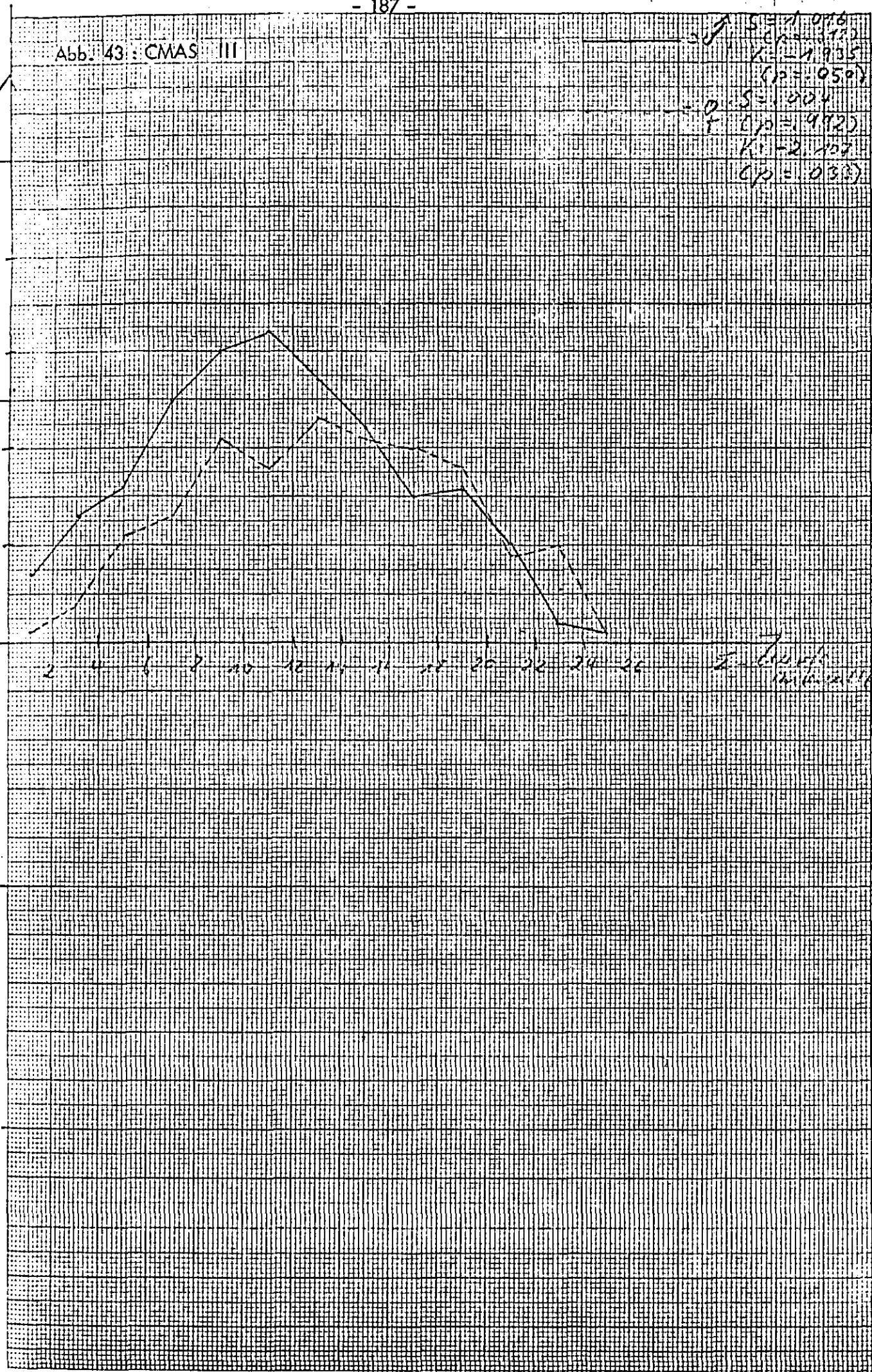
Item Nr.	Antwortverteilung (abs.Z)		\bar{X}	s	$r_{i(t-i)}$
	0	1			
1	53	69	.57	.50	.311
2	56	66	.54	.50	.342
3	34	88	.72	.45	.275
4	34	88	.72	.45	.324
5	90	32	.26	.44	.385
6	80	42	.34	.48	.318
7	80	42	.34	.48	.354
8	52	70	.57	.50	.387
9	78	44	.36	.48	.381
10	58	64	.52	.50	.423
11	45	77	.63	.48	.380
12	54	68	.56	.50	.330
13	43	79	.65	.48	.429
14 ⁺	92	30	.25	.43	.424
15 ⁺	77	45	.37	.48	.395
16	38	84	.69	.47	.386
17	63	59	.48	.50	.300
18	88	34	.28	.45	.320
19	75	47	.39	.49	.469
20	58	64	.52	.50	.508
21	65	57	.47	.50	.398
22	66	56	.46	.50	.534
23	80	42	.34	.48	.331
24	43	79	.65	.48	.422
25	64	58	.48	.50	.449

+ invertierte Item

Abb. 43: CMAS III

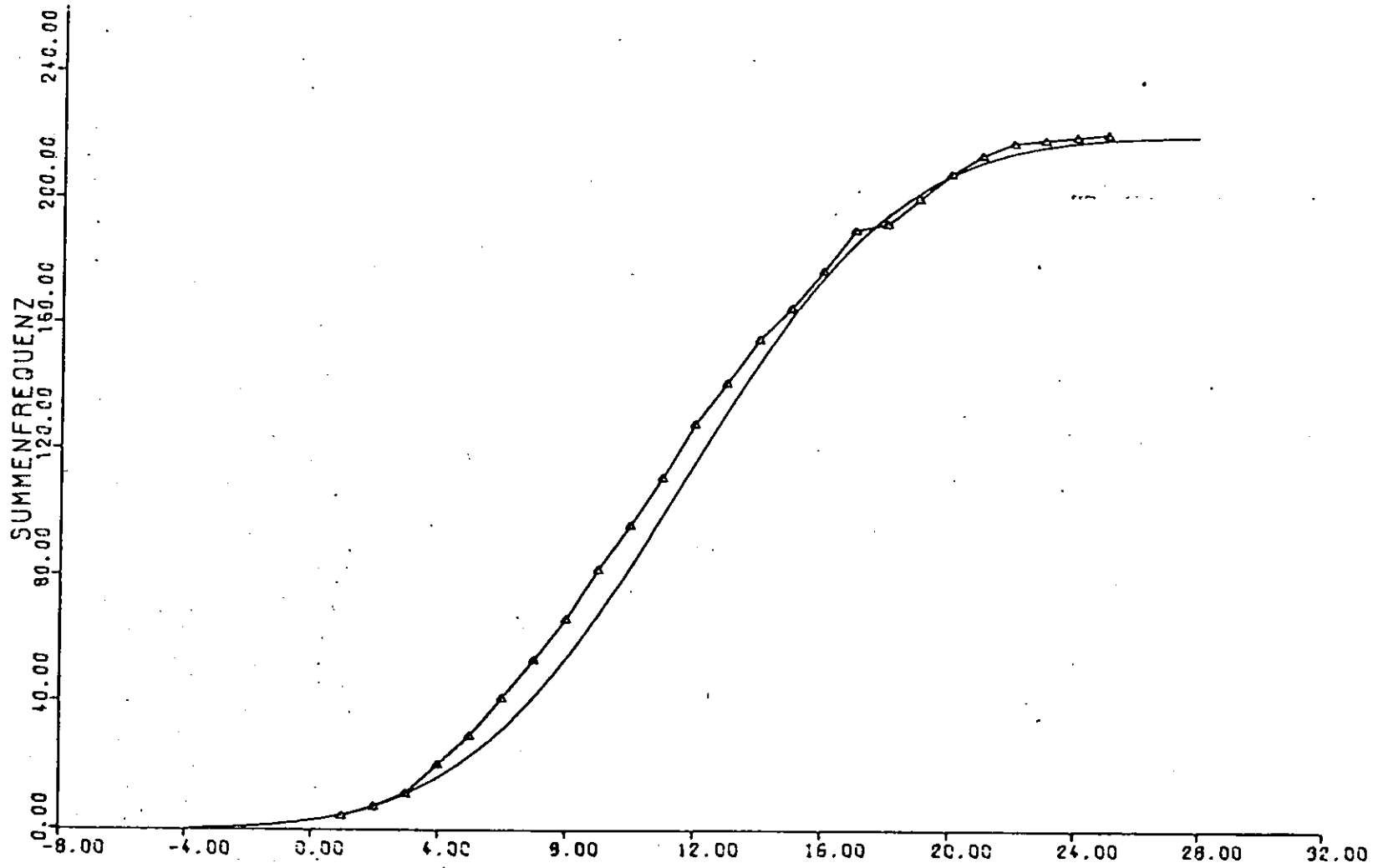
$S = 1.016$
 $K_1 = 1.77$
 $K_2 = 1.935$
 $(\rho = 0.50)$
 $S = 0.04$
 $K_1 = 1.972$
 $K_2 = 2.107$
 $(\rho = 0.30)$

2 4 6 8 10 11 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90 92 94 96 98 100



ISS 44 (CM AS $\frac{1}{2}$ m)

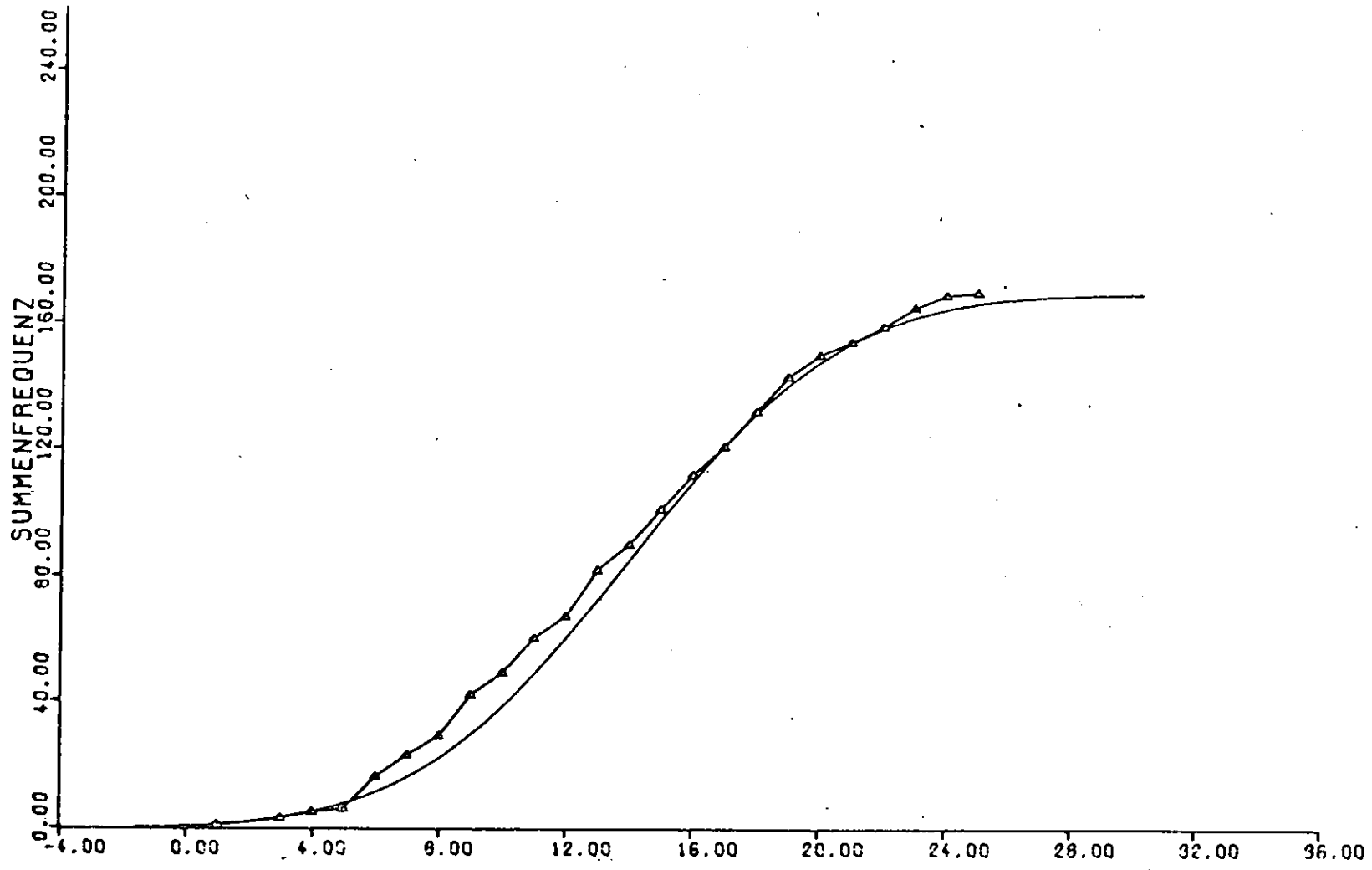
- = NORMALVERTEILUNG
 Δ - = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 122 -

28.45 (CIPAS \bar{x} ; σ)

- = NORMALVERTEILUNG
△ = EMPIRISCHE VERTEILUNG



- 587 -

14.0 Geschlechtsabhängigkeit gesundheitsbezogener Einstellungen

Ob sich Schüler und Schülerinnen im Ausprägungsgrad der Einstellungen bzw. der Persönlichkeitsmerkmale wie Angstbereitschaft unterscheiden, soll jetzt untersucht werden. Der Frage nach geschlechtsabhängigen Differenzen wird bei zwei Gruppen nachgegangen werden : Die erste Gruppe setzt sich aus "gesunden", die zweite Gruppe aus kranken Jugendlichen zusammen. Da uns die Ergebnisse schulärztlicher Untersuchungen nicht zur Verfügung standen, haben wir uns darauf beschränkt, Jugendliche dann als "gesund" zu bezeichnen, wenn sie die Schule besuchen. Die Gruppe der kranken Schüler waren sämtliche zum Zeitpunkt der Untersuchung in Sanatorien für Tbc-Kranke.

In der Gruppe der "gesunden" Jugendlichen unterscheiden sich männliche und weibliche Schüler in folgenden Bereichen (vgl. Tab. 85).

(1) Risiko-Einstellung :

- 1.1. Schüler sind im allgemeinen risikofreudiger eingestellt als Schülerinnen.
- 1.2. Gegenüber sportlichen Aktivitäten zeigen Schüler mehr Risikofreude als Schülerinnen.
- 1.3. Dieselbe Tendenz gilt für potentiell gefährliche Tätigkeiten im Haushalt.

(2) Genußmittel-Einstellung :

- 2.1. Im Gegensatz zur Erwartung haben hier die Schülerinnen eine positivere Einstellung dem Rauchen gegenüber als die Schüler.

(3) Angstbereitschaft :

- 3.1. Weibliche Probanden zeigen eine höhere Angstbereitschaft als männliche Probanden.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Gruppe der Tbc-kranken Jugendlichen (vgl. Tab. 86). In der Einstellung zum Rauchen unterscheiden sich hier jedoch Schüler und Schülerinnen nicht. Immerhin läßt sich auch die Tendenz beobachten,

Tab. 85 : Gesundheitsbezogene Einstellungen : Geschlechtsunterschiede

Skalen	Männlich (N = 304)		Weiblich (N = 198)		Vergleich männlich vs. weiblich	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	t	p
Ri IV/1	36,17	7,55	35,90	7,60	0,382	n.s.
Ri IV/2	13,42	4,55	10,38	4,09	7,601	< .001
Ri IV/3	16,90	4,12	15,53	4,11	3,660	< .001
Ri IV/Ges	66,46	12,47	61,82	11,86	4,160	< .001
G III/A	52,06	12,23	52,96	12,01	-0,814	n.s.
G III/R	40,04	10,89	36,87	10,28	3,250	< .001
G III/Ges	92,11	20,31	89,89	19,70	1,209	n.s.
Rat III	71,50	16,95	71,85	14,11	-0,256	n.s.
Ind II	70,02	15,37	71,53	15,08	-1,081	n.s.
GRV IV	7,39	3,41	7,67	2,97	-0,985	n.s.
CMAS II	11,63	6,60	13,83	5,47	-4,054	< .001

Tab. 86 : Geschlechtsunterschiede bei an Tuberkulose erkrankten Jugendlichen (gesundheitsbezogene Attitüden, GRV IV und CMAS II)

Skalen	Schüler (N = 35)		Schülerinnen (N = 32)		t	p
	\bar{X}	s	\bar{X}	s		
Ri IV/1	40,97	5,71	36,66	7,07	2,76	< .01
Ri IV/2	14,66	4,22	12,44	4,30	2,13	< .04
Ri IV/3	18,49	2,96	16,66	4,22	2,03	< .05
Ri IV/Ges	74,40	9,81	65,34	12,60	3,30	< .01
G III/A	55,23	8,93	56,59	7,78	-	-
G III/R	42,57	10,74	39,22	8,73	-	-
G III/Ges	97,74	16,25	96,13	15,18	-	-
Rat III	70,57	11,32	66,88	8,57	-	-
Ind II	73,09	14,78	79,41	11,34	-	-
GRV IV	8,71	3,66	8,16	2,84	-	-
CMAS II	12,34	4,19	15,19	4,54	-2,67	.01

daß die weiblichen Jugendlichen im Durchschnitt positiver eingestellt sind als die männlichen.

Wie können die beobachteten Differenzen im Ausprägungsgrad der Einstellungen erklärt werden ? Über geeignete Bezugs- oder Vergleichsvariablen verfügen wir nicht, weshalb auf eine Erörterung der zahlreichen, denkbaren Erklärungsmöglichkeiten verzichtet wird.

Unsere Beobachtung, daß Mädchen höhere Angstpunktwerte haben als Jungen stimmt im übrigen mit den Befunden amerikanischer Untersuchungen überein (vgl. z. B. CASTANEDA, McCANDLESS und PALERMO, 1956).

15.0 Intelligenz und gesundheitsbezogene Attitüden

Für die meisten Tests bzw. Skalen ist es wünschenswert zu prüfen, welche Beziehung zwischen dem jeweils gemessenen Gegenstand und "der" Intelligenz besteht. Wir gingen dabei von der Erwartung aus, daß die gesundheitsbezogenen Einstellungen mit Intelligenzleistungen nicht kovariieren.

Als Instrument zur Erfassung der Intelligenz wurde der von AMMONS u. AMMONS (1962) entwickelte und von MEDNICK (1967) weiterbearbeitete "Full-Range-Picture-Vocabulary-Test", in der von WÜLFING (1965/66) für deutsche Verhältnisse adaptierten Form herangezogen. Da die Analyse von WÜLFING an einer Personengruppe vorgenommen wurde, die unserer Zielgruppe nicht hinreichend entsprach, wurde eine neue Itemanalyse erforderlich (vgl. dazu KIRCHLECHNER, 1969).

Der Wort-Bild-Test (Testmaterial im Anhang) bot den Vorteil objektiver Auswertung und kurzer Durchführungszeit. Zur Orientierung über die Brauchbarkeit des W-B-T sei auf die Tabellen 87 und 88 verwiesen. Abgesehen von der positiven Schiefe und der Breitgipfligkeit der Verteilungen (vgl. Tab. 88) unterscheiden sich die Geschlechter statistisch bedeutsam in der Höhe der Intelligenzleistungen. Schüler erreichen entgegen der Erwartung höhere Punktwerte als Schülerinnen. Dies trifft für Form A und für Form B zu. Es ist unklar, was diese Leistungsdifferenz bedingt.

Die Korrelationen zwischen W-B.T und den gesundheitsbezogenen Einstellungen sind getrennt nach den Geschlechtern berechnet worden (vgl. Tab. 89). Von den 20 Korrelationskoeffizienten weisen 19 auf keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Intelligenz und Attitüden-Skalen hin. Die einzige statistisch signifikante Korrelation findet sich zwischen W-B.T und GRV IV. Der Koeffizient ist jedoch so niedrig, daß sich eine Interpretation verbietet. In diesem Zusammenhang ist auch der Hinweis wichtig, daß sich Real- und Oberschüler in den Gruppenmittelwerten bei den Skalen G III, Ri IV und Ra III nicht unterscheiden. Auch erwies sich die soziale Herkunft der Schüler - in den Fällen wo wir sie berücksichtigt haben - als einflußlos bei der Beantwortung der Skalen. Das Ergebnis der Korrelationsanalyse bestätigt also insgesamt unsere Annahme eines fehlenden Zusammenhangs zwischen sprachlichen Intelligenzleistungen und den von uns skalierten gesundheitsbezogenen Attitüden.

Tab. 87: Statistische Kennwerte des W - B - T.

	Form A		Form B	
	männl. Pbn.	weibl. Pbn.	männl. Pbn.	weibl. Pbn.
N	59	61	40	81
\bar{X}	32,61	28,87	33,68	29,37
s	9,05	8,19	9,04	9,36
α	.90	.88	.90	.91

Tab. 88: Verteilungscharakteristika des W - B - T.

	Form A		Form B	
	männl. Pbn.	weibl. Pbn.	männl. Pbn.	weibl. Pbn.
S*	-2.6560	-.2011	-2.1140	-1.8360
p	.0080	.0419	.0326	.0631
E**	1.6540	.7935	.2697	-.8744
p	.0944	.5664	.7839	.6139

* S = Schiefe

** E = Exzeß

Tab. 2: Sprachliche Intelligenz und gesundheitsbezogene Attitüden

W-B-T

		♂ (N=137)	♀ (N=132)
		r	r
1.	Ri IV/1	-.040	-.064
2.	Ri IV/2	.082	-.069
3.	Ri IV/3	.009	-.033
4.	Ri IV/Ges	.009	-.077
5.	GIIV/A	-.022	-.075
6.	GIII/R	.150	-.037
7.	GIII/Ges	.066	-.063
8.	Ra III	-.005	-.026
9.	Ind II	-.077	.137
10.	GRV IV	-.028	.188 ⁺

+ $p < .05$

16.0 Gesundheitsbezogene Interessen und Einstellungen

Nachdem wir wissen, daß gesundheitsbezogene Einstellungen unabhängig von der Intelligenz sind, müssen wir fragen, welche Beziehungen zwischen den Einstellungen und gesundheitsbezogenen Interessen bestehen. Als Vergleichsinstrument dienen die von TODT (1970) entwickelten speziellen Interessentests. Folgende vier Teiltests haben wir ausgewählt :

- (1) Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen
- (2) Interesse an riskanten Tätigkeiten
- (3) Interesse an sozialpflegerischen Tätigkeiten
- (4) Interesse an genußvollen Tätigkeiten

Für jeden Probanden wurden die Punktwerte der Teiltests zu einem Gesamtpunkt看t zusammengefaßt, ein Vorgehen, das z.T. problematisch ist (vgl. Tab. 91). Über die Verteilungen der Rohpunktwerte geben die Abbildungen 46 und 47 Auskunft. Da an zwei Stichproben replizierte Geschlechtsdifferenzen nachgewiesen werden konnten (vgl. Tab. 90), erschien es geboten, die Beziehungen zwischen Interessen und Attitüden für jedes Geschlecht getrennt zu analysieren.

Betrachten wir nun die Tab. 92, so zeigen sich hier eine Reihe sinnvoll interpretierbarer Beziehungen zwischen gesundheitsbezogenen Interessen und einigen Einstellungskomplexen. Am relativ stärksten scheint der Komplex Einstellung zu Genußmitteln mit den in dieser Untersuchung berücksichtigten Interessen verknüpft zu sein.

Das Interesse an gesundheitsbezogener Information (DIT/G/1) korreliert negativ mit der :

- (1) Einstellung zum Alkohol (G III/A)
- (2) Einstellung zum Rauchen (G III/R)
- (3) Einstellung zu Genußmitteln (G III/Ges)

Dies bedeutet, daß Personen, die z.B. eine eher positive Attitüde zum Rauchen haben, an gesundheitsbezogenen Informationen weniger interessiert sind und umgekehrt. Auch eine inverse Beziehung zwischen Attitüden und Interesse liegt vor, wenn wir jetzt das Interesse an sozialpflegerischen Tätigkeiten (DIT/G/3) ins Auge fassen :

Tab. 90 : Mittelwertsdifferenzen gesundheitsbezogener Interessen (DIT/G) zwischen Geschlechtern und Stichproben

A : Vergleich zwischen den Stichproben

	Skalen	Stichprobe S			Stichprobe T			t	p
		N	\bar{X}	s	N	\bar{X}	s		
männlich	DIT/G 1	137	62,64	14,71	96	65,90	11,52	1,81	> .05
	DIT/G 2	137	50,78	10,49	96	53,97	9,67	2,36	< .05
	DIT/G 3	137	39,13	10,34	96	46,30	8,11	5,69	< .01
	DIT/G 4	137	21,77	4,16	96	18,47	3,67	6,23	< .01
weiblich	DIT/G 1	132	67,21	12,65	84	65,99	12,04	0,70	> .05
	DIT/G 2	132	48,78	11,79	84	49,29	11,33	0,31	> .05
	DIT/G 3	132	46,56	9,84	84	52,92	8,85	4,38	< .01
	DIT/G 4	132	23,65	4,48	84	18,00	3,40	9,84	< .01

B : Vergleich zwischen den Geschlechtern

Skalen	Stichprobe S		Stichprobe T	
	t	p	t	p
DIT/G 1	-2,73	< .01	-0,03	> .05
DIT/G 2	1,47	> .05	3,00	< .01
DIT/G 3	-6,03	< .01	-5,21	< .01
DIT/G 4	-3,56	< .01	0,89	> .05

Tab. 91 : Interkorrelationen der DIT/G-Subskalen.
 Getrennte Analysen nach Geschlechtern und Stichproben
 ($N_{\delta} = 137$; $N_{\text{♀}} = 132$)

Subskalen	1	2	3	4	5
DIT/G/1	-	.18 ⁺⁺ .42 ⁺⁺	.59 ⁺⁺ .34 ⁺⁺	-.10 -.04	-
DIT/G/2	.224 ⁺⁺ .175 ⁺	-	.20 ⁺⁺ .20 ⁺	.15 ⁺ .18 ⁺⁺	-
DIT/G/3	.523 ⁺⁺ .520 ⁺⁺	.326 ⁺⁺ .242 ⁺⁺	-	-.03 -.10	-
DIT/G/4	-.084 -.210 ⁺	-.082 ⁺ -.038	-.130 -.257 ⁺⁺	-	-
DIT/G/Ges	.829 ⁺⁺ .769	.614 ⁺⁺ .660 ⁺⁺	.784 ⁺⁺ .734 ⁺⁺	-.012 -.047	-

oberes r : männliche Vpn

unteres r : weibliche Vpn

+ : p < .05

++ : p < .01

rechts oben : Daten aus TODT (1970)

links unten : unsere Befunde

Tab. 92 : Interkorrelationen (Produkt-Moment) zwischen gesundheitsbezogenen Einstellungen und Interessen ($N_{\bar{\sigma}} = 137$; $N_{\bar{\sigma}} = 132$)

	DIT/G/1	DIT/G/2	DIT/G/3	DIT/G/4	DIT/G/Ges
Ri IV/1	-.172 ⁺ -.168	.102 .176 ⁺	-.193 ⁺ -.005	-.058 .100	-.138 .014
Ri IV/2	-.245 ⁺⁺ .013	.092 .212 ⁺	-.175 ⁺ .030	-.018 -.022	-.170 ⁺ .117
Ri IV/3	.017 -.019	.249 ⁺⁺ .233 ⁺⁺	.039 -.100	-.007 .057	.121 .073
Ri IV/4	-.190 ⁺ -.108	.181 ⁺ .270 ⁺⁺	-.170 ⁺ -.029	-.044 .075	-.107 .077
G III/A	.221 ⁺⁺ .300 ⁺⁺	.042 .005	.211 ⁺ .328 ⁺⁺	-.413 ⁺⁺ -.429 ⁺⁺	.156 .210 ⁺
G III/R	.195 ⁺ .393 ⁺⁺	.034 -.058	.234 ⁺⁺ .253 ⁺⁺	-.415 ⁺⁺ -.531 ⁺⁺	.147 .179 ⁺
G III/Ges	.238 ⁺⁺ .395 ⁺⁺	.043 -.028	.251 ⁺⁺ .336 ⁺⁺	-.470 ⁺⁺ -.548 ⁺⁺	.172 ⁺ .224 ⁺⁺
Rat \bar{II}	-.014 -.175 ⁺	.062 .029	-.017 -.248 ⁺⁺	.036 .179 ⁺	.016 -.143
Ind \bar{II}	-.332 ⁺⁺ -.398 ⁺⁺	-.046 .040	-.278 ⁺⁺ -.291 ⁺⁺	.186 ⁺ .289 ⁺	-.281 ⁺⁺ -.250 ⁺⁺
GRV \bar{IV}	-.155 -.170 ⁺	-.012 .231	-.148 -.174 ⁺	.307 ⁺⁺ .028	-.091 -.044

obere r : männliche Vpn + : p < .05

untere r : weibliche Vpn ++ : p < .01

DIT/G/1 : Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen

DIT/G/2 : Interesse an riskanten Tätigkeiten

DIT/G/3 : Interesse an sozialpflegerischen Tätigkeiten

DIT/G/4 : Interesse an genußvollen Tätigkeiten

DIT/G/Ges : Interesse an gesundheitsbezogenen Tätigkeiten

Das Interesse an sozialpflegerischen Tätigkeiten korreliert negativ mit der :

- (1) Einstellung zum Alkohol
- (2) Einstellung zum Rauchen
- (3) Einstellung zu Genußmitteln

Auch dieser Zusammenhang erscheint plausibel, kommt doch in ihm der Antagonismus zwischen Ego- und Alter-Orientierung zum Ausdruck. Schließlich korreliert das Interesse an genußvollen Tätigkeiten und die Einstellung zu Genußmitteln positiv.

Zwei weitere Befunde müssen noch erwähnt werden : zwischen männlichen und weiblichen Probanden besteht eine völlige Konsonanz in Bezug darauf, welche Interessensvariablen mit welchen Genußmittel-Attitüden zusammenhängen. Auch die Richtung der Korrelation stimmt überein. Merkwürdig ist nur, daß die Beziehungen zwischen den beiden Bereichen bei den Schülerinnen enger zu sein scheinen als bei den Schülern : Für Mädchen lassen sich die Interessen "leichter" aus der Kenntnis ihrer Attitüden und umgekehrt vorhersagen als dies bei den Schülern der Fall ist. Wie zu erwarten war, besteht ein Zusammenhang zwischen den Interessen an riskanten Tätigkeiten und dem Komplex Risiko-Einstellung. Im Unterschied zur Risiko-Attitüde wiederum korrelieren mehrere Interessensgebiete in der vermuteten Richtung mit der Indifferenz-Attitüde.

Die Indifferenz-Einstellung korreliert

- (1) negativ mit dem Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen
- (2) negativ mit dem Interesse an sozialpflegerischen Tätigkeiten
- (3) positiv mit Interesse an genußvollen Tätigkeiten.

Auch gilt, was wir früher schon hervorgehoben haben : bei männlichen und weiblichen Probanden verhalten sich die Korrelationen gleichsinnig. Eine Tendenz zu höheren Korrelationen bei den Mädchen kann auch hier wieder konstatiert werden. Alles in allem von einer Ausnahme abgesehen, sind die Beziehungen zwischen gesundheitsbezogenen Interessen und Einstellungen nicht sehr eng.

Abb. 46. DIT 1

σ $S = -1.510$
 $(P = 556)$
 $K = 2.725$
 $(P = 008)$
 ρ $S = -4.629$
 $(P = 000)$
 $K = 6.262$
 $(P = 000)$

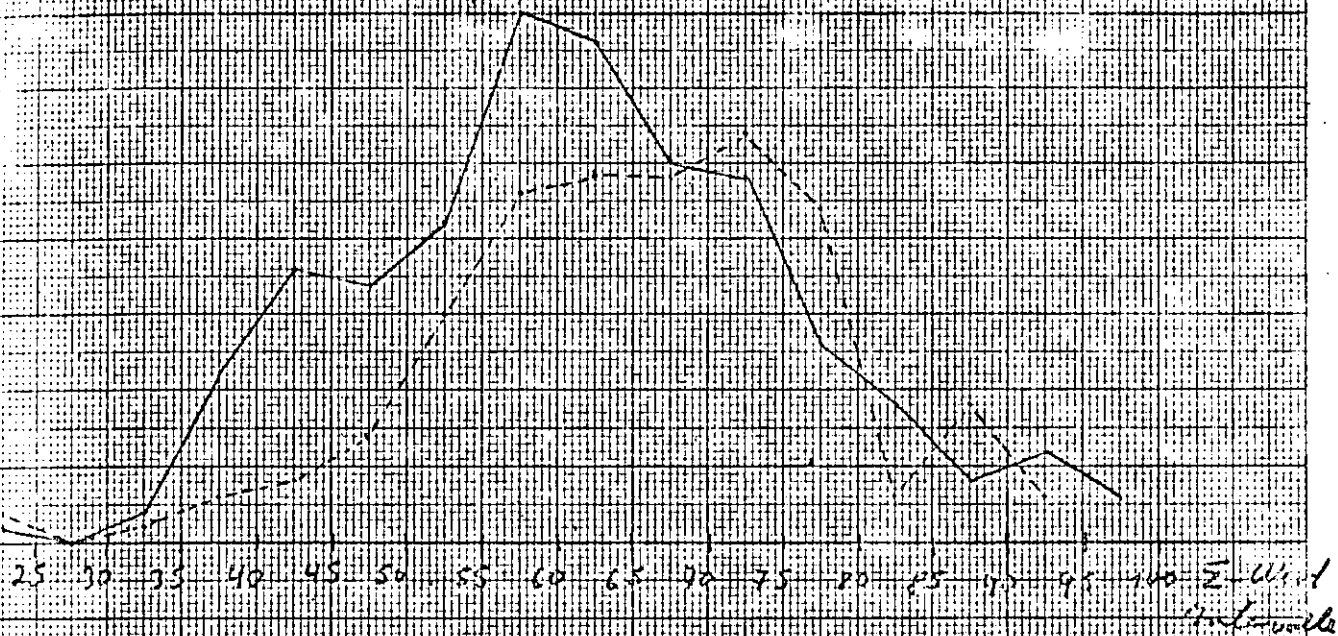


Diagramm 2 = DIT 2

σ $S = -2.258$
 $(P = 023)$
 $K = -0.611$
 $(P = 003)$
 ρ $S = -2.261$
 $(P = 025)$
 $K = 8.92$
 $(P = 024)$

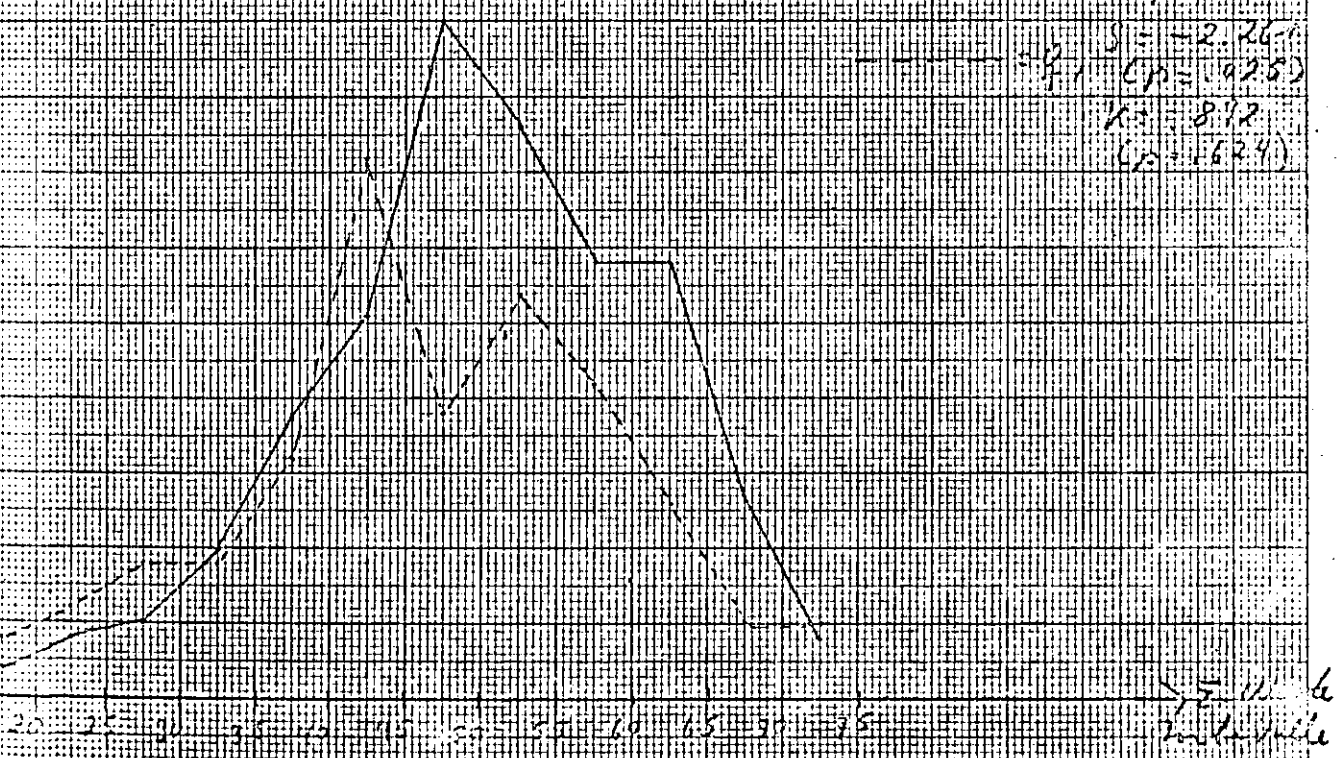
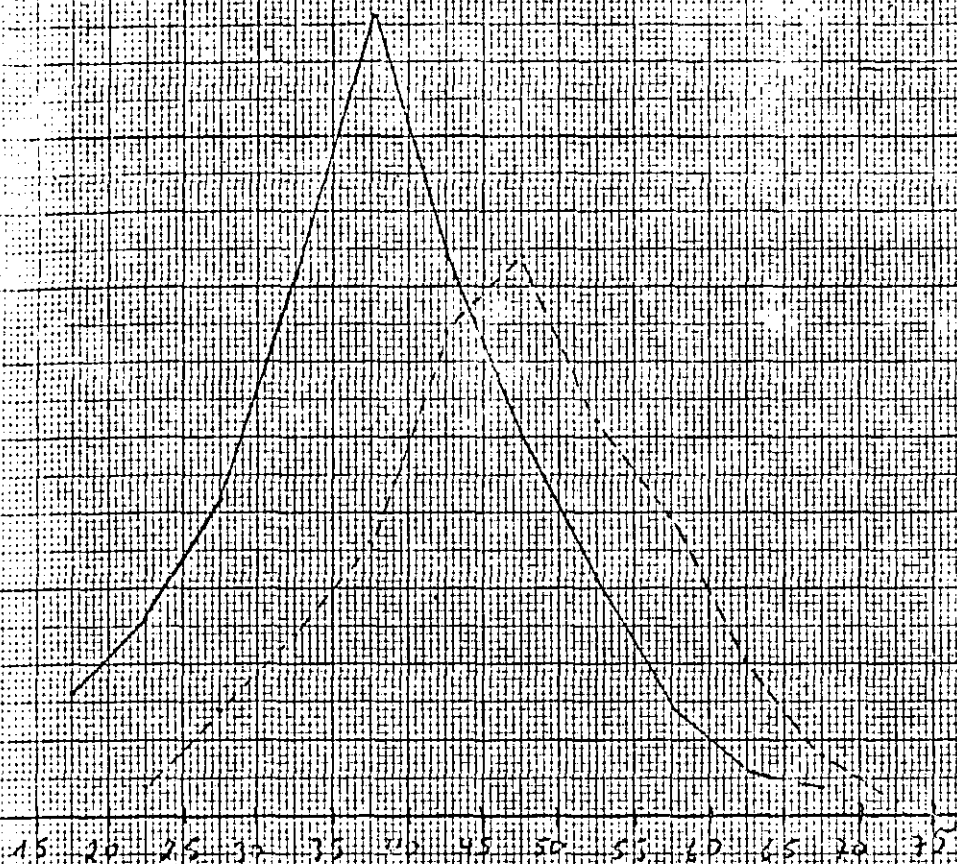


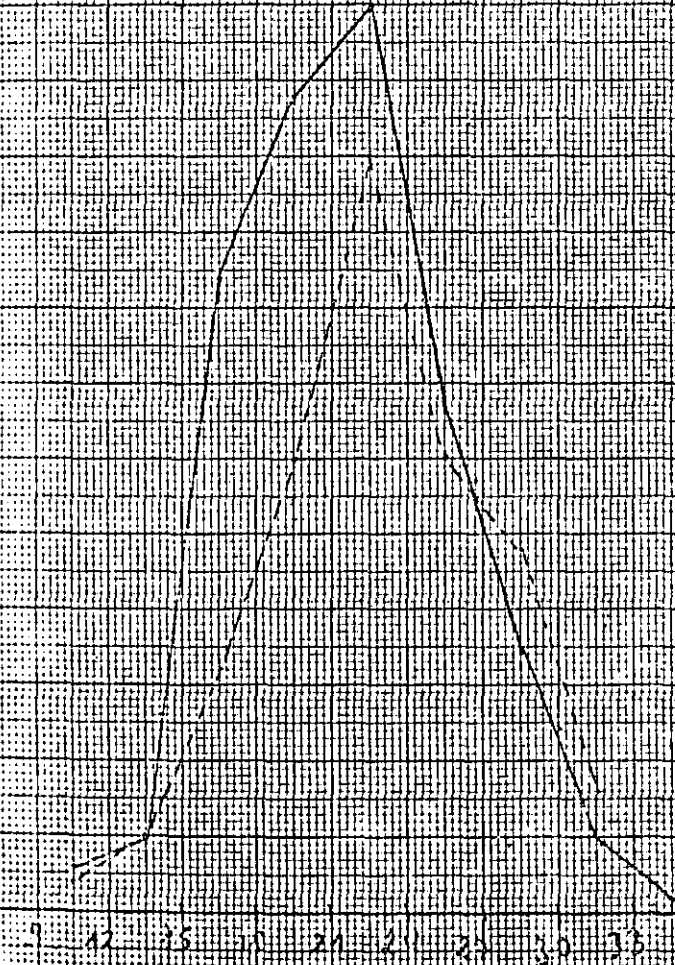
Abb. 47 : DIT 3

σ $S = 1.037$
 $(\sigma^2 = 1.075)$
 $K = 1.247$
 $(\sigma^2 = 2.950)$
 σ $S = 1.724$
 $(\sigma^2 = 2.975)$
 $K = 3.756$
 $(\sigma^2 = 0.004)$



Variable q = 17.7%

σ $S = 1.873$
 $(\sigma^2 = 6.130)$
 $K = 1.155$
 $(\sigma^2 = 2.672)$
 σ $S = 1.425$
 $(\sigma^2 = 1.500)$
 $K = 6.67$
 $(\sigma^2 = 1.572)$



Variable q = 17.7%

17.0 Gesundheitsbezogene Einstellungs-Cluster

Wie lassen sich die Einstellungen ordnen ? Besteht ein starker Zusammenhang der Skalen untereinander oder "zerfallen" die Einstellungen in instrumentspezifische Clusters ? Antwort auf diese Fragen soll die Analyse der Interkorrelation aller Skalen geben, die getrennt für eine Gruppe von männlichen und weiblichen Probanden berechnet worden sind (vgl. Tab. 93, 94).

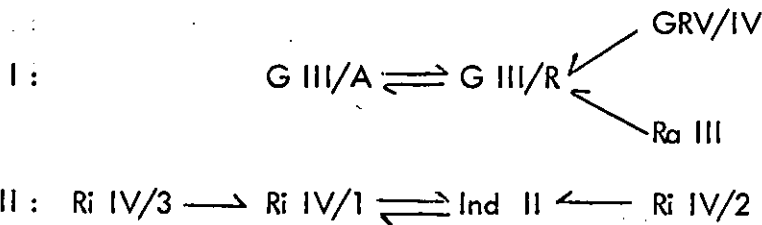
Wendet man die "Elementary Linkage Analysis" von McQUITTY auf die beiden Korrelationsmatrizen an, so ergeben sich für die Gruppe der Schüler folgende drei Clusters :

- I : $G\ III/A \rightleftharpoons G\ III/R$
- II : $Ri\ IV/2 \rightleftharpoons Ri\ IV/1 \rightleftharpoons Ri\ IV/3$
- III : $Ra\ III \rightleftharpoons Ind\ II \rightleftharpoons GRV$

Das erste Cluster, bestehend aus einem einzigen reziproken Paar, ist rein instrumentbezogen, weil es nur die Einstellung zum Alkohol bzw. Rauchen einschließt. Dasselbe gilt für das zweite Cluster. Auch es beinhaltet ausschließlich nur Subskalen der Risiko-Einstellung.

Gesundheitsriskantes Verhalten, Indifferenzeinstellung und Rationalität bilden das letzte Cluster.

Eine andere Ordnung der 8 Variablen findet sich in der Korrelationsmatrix der Schülerinnen :



Die beiden Cluster lassen sich am besten kennzeichnen durch ihre reziproken Paare : Einstellung zu Genußmitteln und positive Einstellung zu riskantem gesundheitlichen Verhalten und Indifferenz. Hier zeichnet sich die Tendenz ab, daß Mädchen "integriertere" Einstellungen haben als Jungen; eine Tendenz freilich, die weiterer Untersuchungen bedarf.

Tab. 93 : Interkorrelationen der Attitüden-Skalen (männliche Pbn, N = 137)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ri IV/1	-									
2. Ri IV/2	319 ⁺⁺⁺	-								
3. Ri IV/3	385 ⁺⁺⁺	270 ⁺⁺	-							
4. Ri IV/Ges	862 ⁺⁺⁺	656 ⁺⁺⁺	675 ⁺⁺⁺	-						
5. G III/A	-064	-151	057	-076	-					
6. G III/R	-082	002	-003	-051	550 ⁺⁺⁺	-				
7. G III/Ges	-082	-091	033	-073	898 ⁺⁺⁺	862 ⁺⁺⁺	-			
8. Ra III	-050	-038	-038	-058	-200 ⁺	-135	-193 ⁺	-		
9. Ind II	365 ⁺⁺⁺	296 ⁺⁺⁺	228 ⁺⁺	410 ⁺⁺⁺	-297 ⁺⁺⁺	-257 ⁺⁺	-317	-053	-	
10. GRV IV	-040	125	251 ⁺⁺	222 ⁺⁺⁺	-211 ⁺	-290 ⁺⁺⁺	-218 ⁺⁺	-037	359 ⁺⁺⁺	-

+ : p < .05

++ : p < .01

+++ : p < .001

Tab. 94 : Interkorrelationen der Attitüden-Skalen (weibliche Pbn, N = 132)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Ri IV/1	-									
2 Ri IV/2	282 ⁺⁺	-								
3 Ri IV/3	366 ⁺⁺⁺	227 ⁺⁺	-							
4 Ri IV/Ges	861 ⁺⁺⁺	618 ⁺⁺⁺	665 ⁺⁺⁺	-						
5 G III/A	-119	-083	-149	-157	-					
6 G III/R	-215 ⁺	-197 ⁺	-137	-255 ⁺⁺	515 ⁺⁺⁺	-				
7 G III/Ges	-189 ⁺	-157	-164	-234 ⁺⁺	886 ⁺⁺⁺	854 ⁺⁺⁺	-			
8 Ra III	-018	010	063	015	-137	-234 ⁺⁺	-210 ⁺	-		
9 Ind II	453 ⁺⁺⁺	300 ⁺⁺⁺	267 ⁺⁺	487 ⁺⁺⁺	-374 ⁺⁺⁺	-434 ⁺⁺⁺	-462 ⁺⁺⁺	043	-	
10 GRV IV	346 ⁺⁺⁺	275 ⁺⁺	297 ⁺⁺⁺	422 ⁺⁺⁺	-171 ⁺	-305 ⁺⁺⁺	-269 ⁺⁺	-136	364 ⁺⁺⁺	-

+ : p < .05

++ : p < .01

+++ : p < .001

18.0 Subjektive Ratings gesundheitsbezogener Sachverhalte

Zahlreiche standardisierte Erhebungsbogen sind entwickelt worden zur Beurteilung gesundheitsrelevanter Erlebnis-, Erfahrungs- und Verhaltensaspekte. Es handelt sich um Verfahren der Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung, wobei als Informanten Ärzte, Lehrer (z. T. besonders geschulte), Eltern und Jugendliche dienen

Beispiele solcher Erhebungsbogen sind :

1. School Health Records (Teacher's Checklist of Pupils Health Habits Observable at School; NEA, AMH, 1961⁵, S.346)
2. Health History (aus TURNER, SELLERY, SMITH, 1961)
3. Health-Habit Questionnaire (CLARKE, 1954)
4. Cornell Medical Index-Health-Questionnaire (BRODMAN et al. 1949-56)
5. Observation of School Children (WHEATLEY, HELLOCK, 1956).

Die Fragebogen sollen sowohl ein mehr oder weniger weites Spektrum des gegenwärtigen gesundheitsbezogenen Befindens (körperliche Symptome), als auch zeitlich zurückliegende Erfahrungen (Krankheiten, Krankenhausaufenthalte usw.) erfassen. Je nach dem Zweck der Questionnaires müssen die Zuverlässigkeit und die Gültigkeit der Angaben überprüft sein. Dies gilt insbesondere für den Fall, daß eine standardisierte Befragung "Screening"-Aufgaben erfüllen soll. Die Ergebnisse von Validitätsuntersuchungen sind widersprüchlich : GILDEWELL et al. (1957) konnte zeigen, daß die Berichte von Müttern über Umfang und Art psychiatrischer Symptome ihrer Kinder mit den Ergebnissen ärztlicher Untersuchungen in hohem Maße übereinstimmen. Zu gegenteiligen Feststellungen gelangten SUCHMAN et al. (1958). Selbstbeurteilungen (wie z. B. "Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand einschätzen?") besitzen eine extrem niedrige Gültigkeit, wenn als Kriterium das Urteil von Ärzten dient. Der Mangel derartiger "Maße" zur Erfassung der wahrgenommenen Gesundheit wird aber den Ergebnissen SUCHMAN's et al. zufolge durch signifikante Beziehungen zu attitudinalen bzw. Verhaltenskorrelaten der Gesundheit kompensiert. Außer dem Sammelreferat von YOUNG (1967) haben sich in neuerer Zeit CANNELL et al. (1961) mit einem speziellen Problem der Validität befaßt. Sie verglichen die Angaben von Interviewten über einen Krankenhausaufenthalt mit den Kliniksunterlagen und stellten fest, daß Faktoren wie "Frische"

der Erinnerung, Wichtigkeit (Dauer des Aufenthaltes) und diagnostische Beurteilung (Grad der mit der Krankheit und Behandlung verbundenen Bedrohung) einzeln und kombiniert einen Einfluß auf die Genauigkeit der Angaben haben.

Im Hinblick auf die Bewertung der referierten und anderer einschlägiger Untersuchungsergebnisse wird man davon auszugehen haben, daß u.a. der Informant selbst, die Beziehung des Informanten zum Beurteilten, die Art der erfragten Information, der Symptombereich, Sichtbarkeit und Komplexität des beurteilten Gegenstandes die Größenordnung der Korrelation zum Kriterium beeinflussen.

Aufgrund der Beobachtungen von SUCHMAN et al. (1958) und weiterer Autoren über die Beziehungen zwischen Indizes der "wahrgenommenen" Gesundheit und gesundheitsbezogenen Attitüden haben wir folgende Fragen der Mehrzahl der von uns untersuchten Jugendlichen vorgelegt (vgl. Personalbogen im Anhang) :

1. Wie würden Sie Ihren augenblicklichen Gesundheitszustand beurteilen ?
(vgl. dazu SUCHMAN et al., 1958).
2. Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal im Krankenhaus gelegen und wenn ja, wie lange ?
Daß Krankenhausaufenthalte eine Belastungssituation darstellen können, ist mehrfach betont worden (vgl. z.B. SIMON, 1964). In der Regel gilt dies besonders für jüngere Kinder. Mit dem Alter nimmt zwar die Krankenhausfurcht ab, die Angst z.B. vor Operationen oder Narkosen verstärkt sich (vgl. LEVY, 1945).
3. Welches war die längste Zeit, die Sie einmal wegen Krankheit zu Hause im Bett gelegen haben ?
4. Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung ?
5. Ist in Ihrem Familienkreis (Eltern, Geschwister) gegenwärtig jemand ernsthaft erkrankt (d.h. stark behindert, bettlägerig oder im Krankenhaus) ?
6. Glauben Sie, daß Sie gegenüber manchen Krankheiten anfälliger sind als die meisten anderen Menschen ?
Die sog. "susceptibility" (z.B. KEGELES, 1963) oder der Glaube, gegenüber Krankheiten besonders anfällig zu sein, spielte und spielt im Rahmen von Einstellungsänderungsuntersuchungen mit gesundheitsbezogener Thematik eine bedeutsame Rolle.
7. Halten Sie es für möglich, daß Sie innerhalb des kommenden Jahres längere Zeit bettlägerig sein könnten ?

Tab. : 55 Häufigkeitsverteilungen der Beantwortung gesundheitsbezogener Fragen für männliche und weibliche Vpn und für die Gesamtgruppe (Kontrolluntersuchung)

1. Wie würden Sie Ihren augenblicklichen Gesundheitszustand beurteilen ?

Gesundheitszustand	männl. Vpn	weibl. Vpn	insgesamt
sehr schlecht	1 (-)	- (-)	1 (-)
schlecht	9 (3)	4 (1)	13 (2)
einigermaßen	71 (23)	63 (32)	134 (27)
gut	176 (58)	100 (51)	276 (55)
ausgezeichn.	49 (16)	31 (16)	80 (16)
insgesamt	306 (100)	198 (100)	504 (100)

2. Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal im Krankenhaus gelegen und wenn ja, wie lange ?

Dauer des Krankenhausaufenthalts	männl. Vpn	weibl. Vpn	insgesamt
nein, noch nie	112 (37)	85 (43)	197 (39)
ja, insgesamt weniger als eine Woche	36 (12)	21 (11)	57 (11)
ja, insgesamt zwischen 1 und 4 Wochen	105 (34)	58 (29)	163 (33)
ja, insgesamt mehr als 4 Wochen	52 (17)	34 (17)	86 (17)
keine Angabe	1 (--)	- (--)	1 (--)
insgesamt	306 (100)	198 (100)	504 (100)

3. Welches war die längste Zeit, die Sie einmal wegen Krankheit zuhause im Bett gelegen haben ?

Dauer der Bettlägerigkeit	männl. Vpn	weibl. Vpn	insgesamt
weniger als eine Woche	29 (9)	13 (-7)	42 8
zwischen 1 u. 2 Wochen	92 (31)	46 (23)	138 27
zwischen 2 u. 4 Wochen	129 (42)	83 (42)	212 42
länger als 4 Wochen	55 (18)	55 (28)	110 22
war noch nie wegen Krankheit bettlägerig	1 (-)	1 (-)	2 -
insgesamt	306 (100)	198 (100)	504 99

4. Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung ?

	männl. Vpn	weibl. Vpn	insgesamt
ja	48 (16)	44 (22)	92 (18)
nein	258 (84)	154 (78)	412 (82)
insgesamt	306 (100)	198 (100)	504 (100)

5. Ist in Ihrem engeren Familienkreis (eltern, Geschwister) gegenwärtig jemand ernsthaft erkrankt ?

	männl. Vpn	weibl. Vpn	insgesamt
ja	46 (15)	25 (13)	71 (14)
nein	260 (85)	173 (87)	433 (86)
insgesamt	306 (100)	198 (100)	504 (100)

6. Glauben Sie, daß Sie gegenüber manchen Krankheiten anfälliger sind als die meisten anderen Menschen ?

	männl. Vpn	weibl. Vpn	insgesamt
ja	87 (28)	58 (29)	145 (29)
nein	219 (72)	140 (71)	359 (71)
insgesamt	306 (100)	198 (100)	504 (100)

7. Halten Sie es für möglich, daß Sie innerhalb des kommenden Jahres wegen Erkrankung längere Zeit bettlägerig sein könnten ?

	männl. Vpn	weibl. Vpn	insgesamt
ja, durchaus möglich	66 (22)	42 (21)	108 (21)
wohl möglich, aber nicht sehr wahrscheinlich	165 (54)	120 (61)	285 (57)
kaum möglich	74 (24)	36 (18)	110 (22)
keine Angabe	1 (--)	- (--)	1 (--)
insgesamt	306 (100)	198 (100)	504 (100)

Für $N = 504$ ($N_{\text{Schüler}} = 306$; $N_{\text{Schülerinnen}} = 198$) Jugendliche sind die absoluten und prozentualen Häufigkeitsverteilungen pro Frage der Tab. 95 zu entnehmen.

Auffällige geschlechtsspezifische Diskrepanzen treten nicht auf (subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes : $\bar{X} = 1,70$; $df = 2$; $p \geq .05$. Krankenhausaufenthalt : $\bar{X} = 2,58$; $df = 3$; $p \geq .05$).

Für die Fragen :

Beurteilung des Gesundheitszustandes (Tab. 96, 97),

Krankheitserfahrung (Krankenhausaufenthalt) (Tab. 98, 99),

Krankheitserwartung (Tab. 100, 101)

wurden für jede Interessen-, Einstellungs- und Persönlichkeitsvariable Mittelwerte und Streuungen pro Antwortalternative ermittelt. Wegen der geschlechtsspezifischen Beantwortung einzelner Variablen im Bereich der Interessen, Einstellungen sowie der generellen Angst wurden die Mittelwerte und Streuungen getrennt für männliche und weibliche Probanden berechnet. Alle Angaben beziehen sich auf eine Teilgruppe der oben erwähnten $N = 504$ Jugendlichen.

Auf eine eingehendere Analyse dieser Daten mußten wir verzichten, weil uns ein Rechenprogramm nicht zur Verfügung stand, das beliebige logische Verknüpfungen zwischen den hier betrachteten Angaben der Schüler herzustellen gestattete. Immerhin kann man aus den Tabellen Tendenzen der Kovariation zwischen den gesundheitsbezogenen Fragen und Interessen, Einstellungs- oder Persönlichkeitsvariablen erkennen. Auf einige wenige Beispiele sei hingewiesen.

So scheint Krankheitserwartung und Angstbereitschaft am deutlichsten bei Mädchen - zu korrelieren (vgl. Tab. 100, 101). Dasselbe läßt sich für die Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes und der Angstbereitschaft sagen. Weiterer, genauerer Untersuchungen wert sind Tendenzen, die auf einen negativen Zusammenhang zwischen gesundheitsriskantem Verhalten (GRV/IV) und dem Gesundheitszustand hindeuten (vgl. Tab. 96, 97). In die gleiche Richtung weist das Verhalten eines anderen Variablenpaares : die Einstellung zu Genußmitteln scheint bei Schülern negativer zu werden, je positiver sie ihr augenblickliches Befinden wahrnehmen (vgl. Tab. 96). Bei Schülerinnen deutet sich der erwartete Zusammenhang an : je besser man sich fühlt,

Tab.: 36 Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes,
gesundheitsbezogene Einstellungen und Interessen
(Schüler)

Gesundheitszustand

Beurteilungs- klassen	einigermaßen (N=59)		gut (N=121)		ausgezeichnet (N=40)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
IV/G1	58,88	15,27	62,72	13,89	64,88	13,04
IV/G2	49,09	11,56	50,70	11,19	53,13	10,63
IV/G3	36,49	10,45	39,77	9,23	39,80	11,22
IV/G4	22,86	4,71	21,60	4,14	21,45	3,16
IV/Ges	167,31	31,56	174,80	24,76	179,25	25,27
IV/1	36,09	7,07	36,02	7,81	36,93	7,07
IV/2	12,44	4,28	13,06	4,50	14,93	4,66
IV/3	16,86	3,46	16,87	4,33	15,93	3,53
IV/Ges	65,39	10,65	65,94	13,21	67,78	11,58
III/A	48,59	11,66	53,79	13,15	51,03	10,97
III/R	36,15	9,80	41,14	11,30	42,13	9,77
III/Ges	84,75	19,07	94,93	21,36	93,15	17,83
IIIA	68,17	16,65	68,08	17,86	70,20	16,75
IIIB	73,27	16,09	69,88	15,56	69,38	15,66
RV IV	88,56	3,61	7,21	3,28	6,60	3,40
MAS IV	13,10	5,07	11,78	5,25	9,28	5,23

Tab.: 97 Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes,
gesundheitsbezogene Einstellungen und Interessen
(Schülerinnen)

Gesundheitszustand

Beurteilungs- klassen	einigermaßen (N=55)		gut (N=83)		ausgezeichnet (N=31)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Di II/G1	66,56	10,84	66,72	13,29	65,13	13,84
Di II/G2	48,42	12,19	45,99	12,22	49,26	12,08
Di II/G3	47,69	10,70	46,24	9,06	48,32	8,70
Di II/G4	23,66	4,33	23,54	4,46	23,55	4,89
Di II/G/Ges	186,33	24,84	182,49	24,69	186,26	20,04
Ri IV/1	35,84	8,20	35,57	7,10	37,87	8,83
Ri IV/2	10,73	4,29	10,78	4,17	10,23	4,31
Ri IV/3	15,44	4,22	15,82	4,28	14,90	4,23
Ri IV/Ges	62,00	13,60	62,17	10,50	63,00	13,78
G III/A	54,95	11,80	52,82	12,13	51,68	12,20
G III/R	37,29	10,33	35,68	9,59	36,16	10,96
G III/Ges	92,24	18,13	88,49	19,63	87,84	21,78
Ro III	70,33	15,42	71,54	13,90	69,48	13,99
Ind II	71,36	14,37	71,80	14,96	75,16	14,96
GRV IV	8,13	2,77	7,53	2,97	7,07	3,32
CMAS III	15,89	5,13	13,27	5,68	12,00	3,92

Tab.: 33 Gesundheitsbezogene Interessen, Einstellungen und Krankheitserfahrung (weibliche Jugendliche)

Ankenn- nis-Auf- halt	keine (N=78)		weniger als 1 Woche (N=27)		1-4 Wochen (N=))		mehr als 4 Wochen (N=38)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
I/G1	59,90	14,20	61,89	12,52	65,30	14,99	60,18	13,03
/G2	49,01	10,32	50,37	8,32	50,39	13,07	55,08	9,93
/G3	36,75	9,69	39,37	9,99	40,16	10,71	40,34	8,77
/G4	22,17	4,09	20,78	3,12	21,84	4,28	22,34	4,75
/Ges	167,87	26,54	172,37	19,58	177,69	30,33	177,95	24,00
V/1	36,87	7,74	36,04	6,00	35,96	7,43	35,42	8,04
V/2	13,36	4,50	14,15	4,55	12,84	4,54	13,11	4,66
V/3	16,77	3,83	15,44	3,20	16,73	3,72	17,37	5,07
V/Ges	67,00	12,67	65,63	10,55	65,53	12,02	65,90	13,32
I/A	52,21	12,77	52,48	12,62	52,81	12,83	48,97	11,40
I/R	39,41	10,92	40,82	9,12	41,40	11,66	37,68	10,07
I/Ges	91,62	21,41	93,33	17,36	94,21	21,70	86,66	18,02
II	68,80	16,08	67,78	15,07	67,33	17,90	70,77	20,10
II	72,13	14,50	69,04	17,23	70,26	16,37	69,84	16,15
IV	7,67	3,31	6,11	2,87	7,42	3,62	8,08	3,63
IS III	11,63	4,75	10,26	5,39	12,84	5,91	10,42	4,81

Tab. : Krankheitserwartung (Schüler)

Skalen	möglich (N=47)		nicht sehr wahr- scheinlich (N=117)		kaum möglich (N=57)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
DIT/G 1	60.11	16.90	63.50	16.42	64.75	18.73
DIT/G 2	51.60	12.04	50.65	11.31	50.00	10.38
DIT/G 3	39.36	10.88	39.09	9.37	38.18	10.58
DIT/G 4	22.40	3.85	21.74	4.15	21.79	4.51
DIT/Ges	173.40	33.13	174.10	24.70	173.00	26.39
Ri IV/ 1	37.49	7.18	36.06	7.26	35.30	8.05
Ri IV/ 2	13.17	4.82	12.97	4.46	13.79	4.44
Ri IV/ 3	16.26	3.99	17.03	3.94	16.26	4.10
Ri IV/Ges	66.91	12.61	66.06	12.06	65.35	12.58
G III/ A	50.30	13.14	52.15	12.31	52.79	12.52
G III/ R	37.70	11.03	40.08	10.78	41.88	10.73
G III/Ges	88.00	21.14	92.24	20.12	94.67	20.76
ca III	67.15	16.68	69.60	17.07	67.02	18.32
nd II	73.81	20.50	69.01	14.63	70.95	13.79
GRV IV	7.30	2.93	7.50	3.75	7.39	3.36
MAS III	12.21	5.26	12.49	7.96	10.75	5.52

Tab. : α Krankheitserwartung (Schülerinnen)

Skalen	möglich (N=34)		nicht sehr wahr- scheinlich (N=101)		kaum möglich (N=34)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
DIT/ G 1	65.44	12.94	65.66	12.29	69.91	13.58
DIT/ G 2	47.21	12.81	46.54	12.12	50.21	11.86
DIT/ G 3	46.74	11.17	46.87	9.04	48.35	9.78
DIT/ G 4	23.12	4.39	23.55	4.54	23.91	4.35
DIT/Ges	182.50	27.31	182.60	23.02	192.40	26.10
Ri IV/ 1	36.38	7.81	35.56	8.07	37.12	7.11
Ri IV/ 2	11.32	4.04	10.62	4.32	10.21	4.08
Ri IV/ 3	16.03	4.46	15.18	4.16	15.85	4.39
Ri IV/Ges	63.74	12.75	61.37	12.41	63.18	10.87
G III/ A	51.88	11.56	54.01	12.67	52.76	10.65
G III/ R	36.41	9.98	36.50	10.11	36.03	11.00
G III/Ges	88.29	17.83	90.50	20.61	88.79	18.93
Ra III	70.32	13.87	70.49	15.78	71.35	11.22
Ind II	74.32	14.15	71.61	15.56	71.50	13.67
GRV IV	8.18	2.59	7.60	2.84	7.03	3.71
CMAS III	16.47	4.53	13.92	5.03	11.76	5.88

Tab. 102 : Korrelationen von gesundheitsbezogenen subjektiven Ratings mit gesundheitsrelevanten Interessen- und Einstellungsvariablen

<u>Schüler</u> (N = 221)			<u>Schülerinnen</u> (N = 170)		
<u>LA</u> mit	r	p	<u>LA</u> mit	r	p
--	--	--	DIT/G/4	.181	< .05
G III/R	-.158	< .05	G III/R	-.125	--
G III/Ges	-.104	--	G III/Ges	-.151	< .05
Ra III	-.139	< .05	Ra III	.228	< .01
 <u>SBG</u> mit			 <u>SBG</u> mit		
---	---	--	BKA	.166	< .05
KE	.242	< .001	KE	.290	< .001
Ri IV/2	.169	< .05	--	--	--
G III/R	.162	< .05	--	--	--
 <u>BKA</u> mit			 <u>BKA</u> mit		
KE	.294	< .001	KE	.345	< .001
 <u>KE</u> mit			 <u>KE</u> mit		
G III/R	.134	< .05	--	--	--
G III/Ges	.131	< .05	--	--	--

LA : Lebensalter

SBG : Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

BKA : Beurteilung der Krankheitsanfälligkeit

KE : Krankheitserwartung

desto günstiger ist die Einstellung zu Genußmitteln (vgl. Tab. 97).

Zusätzliche Informationen über die Zusammenhänge zwischen subjektiven Ratings und Interessen bzw. Einstellungen sind in der Tab. 102 aufgeführt.

Abschließend müssen wir noch einmal betonen, daß die hier getroffenen Aussagen bestenfalls als erste Hinweise und als Anregung für künftige Untersuchungen verstanden werden wollen. Eine nennenswerte Verknüpfung zwischen den Ratings und Einstellungen besteht offenkundig nicht (vgl. Tab. 102). Wenn statistisch signifikante Korrelationen auftreten, so sind sie insgesamt niedrig. Am deutlichsten scheint noch der Komplex Einstellung zu Genußmitteln mit den Ratings zusammenzuhängen.

Inhalt und Ergebnisse des Abschlußberichts I lassen sich nach folgenden Gesichtspunkten gruppieren und zusammenfassen :

1. Instrumenteller Aspekt
2. Differentieller Aspekt
3. Struktureller Aspekt
4. Genetischer Aspekt

Mehrere Voruntersuchungen dienten dem Zweck, Art und Differenzierungsgrad gesundheitsbezogener Kognitionen bei Jugendlichen zu ermitteln. Das Hauptziel dieses Projekts, die Konstruktion gesundheitsbezogener Einstellungen, setzte den allgemeinen Nachweis der Existenz entsprechender Kognitionen voraus. Dabei kam es nicht darauf an, die Voruntersuchungen mit den potentiellen Einstellungsgegenständen möglichst eng zu verzahnen. Da wir nicht auf umfangreiche Vorinformationen aufbauen konnten, mußte uns zunächst an der Erfassung der Breite und Mannigfaltigkeit der Kognitionen gelegen sein. Danach richteten sich Ansätze und Methoden aus.

Die Auswahl der Einstellungsgegenstände wurde durch mehrere Faktoren bestimmt, die im einzelnen an entsprechender Stelle aufgeführt sind. Skaliert wurde die Einstellung

- (a) zu Genußmitteln (Rauchen und Alkoholgenuß)
- (b) zu gesundheitsriskantem Verhalten (Gesundheit, Haushalt und Sport)
- (c) zu gesundheitlicher Indifferenz
- (d) zur Rationalität gegenüber medizinischen Belangen
- (e) zur Selbstverantwortung für gesundheitliche Belange

Weiterhin wurden zwei Inventare entwickelt. Das eine diente der Erfassung gesundheitsriskanten Tuns, das andere der Erfassung der (generellen) Angstbereitschaft. Gemessen an den idealen Standards, denen psychologische Verfahren als Skalen genügen sollen, kann man manche berechtigte Kritik üben. Orientiert man sich jedoch an pragmatischen Normen, so darf man die Instrumente - von der Skala der Selbstverantwortung einmal abgesehen - als durchaus befriedigend bezeichnen. Alle

Verfahren können den Anspruch erheben, für die Untersuchung von Gruppen brauchbar zu sein.

Was den differentiellen Aspekt angeht, so spielen das Alter der Probanden kaum (Ausnahme : die Einstellung zum Rauchen korreliert schwach, aber signifikant mit dem Lebensalter, ebenso die Einstellung zur Rationalität) , der Vaterberuf, die Intelligenz gar keine Rolle. Anders verhält es sich mit dem Geschlecht der Jugendlichen:

Schüler haben eine positivere Einstellung zu riskanten Verhaltensweisen als Schülerinnen.

Gegenüber sportlich gefährlichen Aktivitäten zeigen Schüler mehr Risikofreude als Schülerinnen.

Auch gegenüber gefährlichen Tätigkeiten im Haushalt sind Schüler positiver eingestellt als Schülerinnen.

Schülerinnen haben eine positivere Einstellung zum Rauchen als Schüler.

Auch im Bereich der gesundheitsbezogenen Interessen fanden sich geschlechtsabhängige Differenzen :

Schüler äußern mehr Interesse an riskanten Tätigkeiten als Schülerinnen.

Männliche Probanden sind weniger an sozialpflegerischen Tätigkeiten interessiert als weibliche Probanden.

Mädchen zeigen ein stärkeres Interesse an genußvollen Tätigkeiten als Jungen.

Mädchen neigen dazu, mehr Angst zu äußern als Jungen.

Dort, wo sich die Gegenstände zwischen Einstellungen und Interessen mehr oder weniger decken, können wir eine Konsistenz geschlechtsspezifischer Beantwortungsrichtung beobachten. Der strukturelle Aspekt kann man in einen intra- und einen interinstrumentellen Teil aufgliedern. Der intrainstrumentelle bezieht sich auf jene Einstellungsskalen, die aus mehreren Teilskalen bestehen. Dies ist der Fall für die *Sei der* Einstellung zu Genußmitteln und die Einstellung zu riskanten Verhaltensweisen.

Es gilt :

Wer eine positive Einstellung zum Rauchen hat, hat meistens auch eine günstige Einstellung zum Alkohol und vice versa.

Es deutet sich damit eine hohe Generalität dieser Einstellung an. Wie generell, d.h. ob sie auch über weitere nicht berücksichtigte Gegenstände hinaus (z. B. Kaffee, Tabletten) verallgemeinert werden darf, muß künftigen Untersuchungen überlassen bleiben.

Die Einstellung zu potentiell gefährlichen Verhaltensweisen scheint ebenso generell zu sein, insofern die Komponenten "Gesundheit", "Haushalt" und "Sport" bei mehreren Stichproben reproduzierbar positiv kovariieren.

Unter dem interinstrumentellen Gesichtspunkt geht es

- a) um den Zusammenhang zwischen den Einstellungen und
- b) um die Beziehungen zwischen Einstellungen, Interessen und Persönlichkeitsvariablen. Für männliche Probanden finden wir drei Einstellungscluster, die weitgehend verfahrensspezifisch zusammengesetzt sind. Ein anderes Bild zeigt sich bei der Gruppe der weiblichen Probanden. Es hat den Anschein, der durch neue Analysen bestätigt werden müßte, daß die Struktur der gesundheitsbezogenen Einstellungen der Mädchen weniger differenziert ist als diejenigen der Jungen. Man kann den Befund von nur 2 Einstellungsclustern bei den Mädchen auch als einen Ausdruck stärkerer Integration deuten. Interessen und Einstellungen sind auf sehr spezifische Weise miteinander korreliert. Die stärksten Beziehungen traten zwischen der Genußmitteleinstellung, der Indifferenzeinstellung einerseits und der Mehrzahl der Interessensbereiche auf.

Subjektive Ratings weisen dagegen keine nennenswerten Korrelationen zu den Einstellungsvariablen auf.

Die genetischen Aspekte, also die Entstehung gesundheitsbezogener Attitüden, konnten wir nicht eigens untersuchen. Immerhin verweisen die zahlreichen Ergebnisse von geschlechtsspezifischen Differenzen auf die Notwendigkeit weiterführender Untersuchungen. Wir glauben, daß die Differenzen auf unterschiedliches Geschlechterrollentraining zurückgeführt werden können. Dabei mögen auch unterschiedliche

"peer-group-norms" eine zentrale Rolle spielen. Die vorliegenden Untersuchungen haben eine Fülle von weiteren Fragen aufgeworfen. Einige wichtige seien abschließend kurz skizziert. Zunächst erscheint es notwendig, die Kenntnisse über die Skalen zu erweitern. Das kann in mehreren Richtungen geschehen : Zu den in Ansätzen realisierten und weiter forzuführenden Konstruktvalidierungen sollten kriterienbezogene Untersuchungen treten. Dabei kommt der Beziehung von Einstellung und Handeln eine besondere Bedeutung zu. Weiterhin sollte die Skalierung potentiell gesundheitsrelevanter Gegenstände systematischer erfolgen als wir dies tun konnten.

Literaturverzeichnis:

- ANDERSON, C.L. The development of health attitudes. Elem.School J., 1951, 51, 327-333.
- ANDERSON, D.W. & SEACAT, M.S. Behavioral science research in the health field: a statement of problems and priorities. Social Problems, 1959, 3, 268-271.
- AMMONS, R.B. & AMMONS, H.C. Quick test (Q4). The Full-Range Picture Vocabulary Test. Missoula, Psychological Test Specialities, 1968.
- APPLE, D. How Laymen define illness. J.Health and Hum.Behav., 1960, 1 Nr.3
- BAER, D.J. Smoking attitude, behavior, and beliefs of college males. J.Soc.Psychol., 1966,68, 65-78.
- BARCLEY, J.E. & WEAVER, H.B. Comparative reliabilities and case of construction of THURSTONE and LIKERT attitude scale. J.Soc.Psychol., 1962,58, 109-120.
- BARTLETT, C.J. et al. A comparison of two methods of attitude measurement: LIKERT type and forced choice Educ.Psychol.Measmt., 1960,20, 699-704.
- BAUMANN, BARBARA Diversities in conceptions of health and physical fitness. J.Health und Hum.Behav., 1961,2, 39-46.
- BANTA, T.S. Social attitudes and response styles. Educ.Psychol., Measmt., 1961,21, 543-557.
- BELL, H. Youth tell their story. American Council of Education, 1938.
- BENNETT, E.M. & JOHANNSEN, D.E. Psychodynamics of the diabetic child. Psychol.Monogr., 1955, Nr.382, 68, 23-25.
- BERGIUS, R. Formen des Zukunftserlebens. München, Ambrosius Barth, 1957.
- BERGMAN, RITA, E. An investigation of adolescent attitudes toward safety. Unveröff.Diss., Bloomington: Indiana Univ., 1959, Zit. nach YOST, 1962.
- BORSKY, P.N. & SAGEN, D.K. Motivations toward health examinations. Amer.J.Publ.Health, 1959, 49, 514-527.
- BRODMAN, K. et al. Cornell medical index-health questionnaire. Age 14 and over. Cornell Univ., Medical College, 1949-56.
- BYRD, O.E. Health attitude scale (Grades 10-14). Stanford, Ca.: Stanford Univ.Press, 1940.

CANNELL, C.F. & MACDONALD, J.C. The impact of health news on attitudes and behavior. J.Quart., 1956,33,315-323.

CANNELL, C.F. et al. Reporting of hospitalization in the Health interview survey. Vital and Health Statistics, 1965, Series 2, Nr. 6.

CAUFFMAN, J.G. Appraisal of the health behavior of Junior High School students. Res.Quart., 1963,34,425-30.

CLAUSEN, J. et al. Parents attitudes toward participation of their children in Polio Vaccine trials In: JACO, E.G.(Ed.), Patients, Physicians and Illness. Free Press, Glencoe, 1958, 119-129.

OBBS, S. & ANNELL, C.F. Some thoughts about interview data. Int.Epidemiol.Bull.,1966,13,43-54.

OHEN, J. & TRUENING, E.L. Opinions about mental illness in the personal of two large mental hospitals. J.Abnorm.Soc. Psychol.,1962,64,349-360.

OLEBANK, A.D. Health behavior inventory (Junior High level). Monterey, Ca.:California Test Bureau, 1964.

OSTALAT, P. Survey on health attitudes. Internat.J.Health Educ.,1958,1,Nr.4.

OWEN, E.L. et al. The development and testing of an attitude to blindness scale. J.Soc.Psychol.,1958,48,297-304.

ROWNE, D.P. & ARLOWE, D. The approval motive: studies in evaluative dependence. New York: Wiley, 1964 No.4, 1964.

ZERMAK, H. & ANSLUWKA, H. Gesundheitsprobleme der Jugend. WdshinHollinek, 1963.

EBATZ, P. La mesure des attitudes. Paris; Presses universitaires de France, 1967.

WOLFE, A. & JVERNALE, CATHERINE Fear and attitude change. J.Abnorm.Soc.Psychol.,1964,69,119-123.

CICCO, LENA & PLE, D. HEALTH needs and opinions of older adults. In: APPLE,D. (Ed.): Sociological studies of health and sickness. New York: MacGraw-Hill, 1960

VO Schule und Gesundheitserziehung. Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Frankfurt, 1969, Bd. I und II.

- DIXON, C.R. Courses in psychology and student's attitudes toward mental illness. Psychol.Rep., 1967, 20, 50 -
- DRINKWATER, B.L. Development of an attitude inventory to measure the attitude of High School girls toward physical education as a career for woman. Res.Quart.Amer.Ass.Hlth.Phys.Educ.Recr., 1960, 31, 575-580.
- DUBO, S. Psychiatric study of children with pulmonary tuberculosis. Amer.J.Orthopsychiatry, 1950, 20, 520-528.
- EDWARDS, R. An approach to health attitude measurement. J.School HLTH., 1956, 26, 215-219.
- EDWARDS, A.L. Techniques of attitude scale construction New York:Appleton-Century-Crofts, 1957.
- EHLERS, Th. Über persönlichkeitsbedingte Unfallgefährdung. Arch.f.d.Ges.Psychol., 1965, 117, 252-279.
- ELLSWARTH, R.B. A behavioral study of staff attitudes toward mental illness. J.Abnorm.Soc.Psychol., 1965, 70, 194-200.
- FELDMAN, J.J. The household interview survey as a technique for the collection of morbidity data. J.Chron.Diseases, 1960, 2, 535-557.
- FISHBEIN, M. The relationships between beliefs, attitudes, and behavior. In: FELDMAN, S. (ED.), Cognitive consistency. New York und London: Academic Press, 1966, 200-223.
- FORREST, D.W. Attitudes of undergraduate women to smoking. Psychol.Rep., 1966, 19, 83-87.
- FRANKE, M. Die gesundheitliche Situation der Jugend. Deutsches Jugendinstitut, Juventa Verlag München, 1965.
- FRANKE, M. Das Gesundheitsbild in der Gegenwart und seine Bedeutung für die soziale Hygiene. Arbeitsmed., Sozialmed., Arbeitshygiene, 1967, 2, 169-175.
- FRANKLIN, B.J. & MELEMORE, S.D. A scale for measuring attitudes toward student health services. J.Psychol., 1967, 66, 143-147.
- FREEMAN, H.E. Attitudes toward mental illness among relatives of former patients. Amer.Soc.Rev., 1961, 26, 59-66.
- V.FREYTAG-LÖRINGHOFEN, W.D. Feldstudien in der Gesundheitserziehung, Z.Präventivmediz., 1964, 9, 369-395.

- GALDSTON, I. Motivation in health education.
Amer.J.Publ.Health, 1949, 39, 1276-1283.
- GLIDEWELL, J. et al. Behavior symptoms in children and degree of sickness.
Amer.J.Psychiatry, 1957, 114, 47-53.
- GRIFFITHS, W. Achieving change in health practises.
Hlth.Educ.Monogr., 1965, Nr.20.
- GROSSMAN, B. & WRIGHTER, J. The relationship between selection-rejection and intelligence, social status and personality among 6th grade children.
Sociometry, 1948, 11
- GROUT, RUTH, E. Health teaching in schools.
London: Saunders, 1964⁴.
- GURIN, G. et al. American view ~~xxxx~~ their mental health.
New York, Basic Books, 1960.
- HAEFNER, D.P. et al. Preventive actions in dental disease, tuberculosis and cancer.
Publ.Hlth.Rep., 1967, 82, 451-459.
- HARRIS, D.B. Sex differences in the life problems and interests of adolescents, 1935 and 1957.
Child Development, 1959, 30, 453-459.
- HARTMANN, L.A. Responses of parents to patients with seizures.
Smith College Studies in Social Work, 1951, 25, 81-84.
- HELLBRÜGE, Th. et al. Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter.
Stuttgart:
- HILTMANN, HILDEGARD Wortassoziation und verbale Ergänzungsverfahren. In: HEISS, R. (Hrsg.), Psychologische Diagnostik, Handbuch der Psychologie, Bd.6, Göttingen: Hogrefe, 1964, 533-555.
- HOCHBAUM, G.M. Behavior in response to health threats. Paper presented at the Annual Meeting of the American Ass., Chicago, 1960.
- HOFFER, C.R. & SCHULER, E.A. Measurement of health needs and health care.
Amer.Soc.Rev., 1948, 13.
- HOVLAND, C.I. et al. Communication and persuasion.
New Haven and London: Yale Univ.Press, 1953.
- HOYMAN, H.S. Over modern concept of health.
J.Scholl.Health, 1962, 32, 253-264.
- INSTITUT für DEMOSKOPIE Soziologische Daten zur Gesundheitspolitik.
Allensbach, 1958.

- 228
- IRLE, M. Entstehung und Änderung von sozialen Einstellungen (Attitüden). In: MERZ, F. (Hrsg.), Bericht über den 25. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Münster 1966 Göttingen: Hogrefe, 1967, 194-221.
- JENKINS, J. J. et al. An atlas of semantic profiles for 360 words. Amer. J. Psychol., 1958, 71, 688-699.
- JENKINS, C. D. The semantic differential for health in a technique for measuring beliefs about diseases. Publ. Health Rep., 1966, 81, 549-558.
- JENKINS, C. D. & ZYZANSKI, S. J. Dimensions of belief and feeling concerning three diseases, Poliomyelitis, cancer and mental illness: a factor analytic study. Behav. Sci., 1968, 13, 372-381.
- JENSEN, A. M. An experimental evaluation of two different programs of teaching health in the sixth grade. J. Experiment. Educ., 1959, 27, 203-210.
- JOHNS, E. B. The school health education evaluative study, Los Angeles Area. J. School Hlth., 1962(a), 32, 5-11.
- JOHNSON, L. C. Body cathexis as a factor on somatic complaints. J. Consult. Psychol., 1956, 20, 145-149.
- JOURARD, S. M. & CASAKOW, P. Some factors in self-disclosure. J. Abnorm. Soc. Psychol., 1958, 56, 91-98.
- JOURARD, S. M. An exploratory study of body-accessibility. Brit. J. Soc. Clin. Psychol., 1966, 5, 221-231.
- KATZ, D. The functional approach to the study of attitudes. Publ. Opin. Quart., 1960, 24, 163-204.
- KEGELES, S. S. Why people seek dental care: a test of a conceptual formulation. J. Hlth. Hum. Behav., 1963, 4, 166-173.
- KEGELES, S. S. Survey of beliefs about cancer detection and taking Papanicolaou Tests. Publ. Hlth. Rep., 1967, 80, 815-823.
- KILANDER, H. F. School health education. New York: Macmillan, 1962.
- KIRCHLECHNER, B. Wort-Bild-Test (W-B-T). Unveröffentl. Manuskript, Frankfurt, 1969.
- KIRSCHT, J. P. et al. A national study of health beliefs. J. Hlth. Hum. Behav., 1966, 7, 248-254.
- V. KLEBELSBERG, D. Risikoverhalten als Persönlichkeitsmerkmal. Bern: Huber, 1969.

- KNUTSON, A.L. & SHIMBERG, B. Evaluation of a health education program. Amer.J.Publ.Hlth., 1955, 45, 21-27.
- KOGAN, N. & WALLACH, M.A. Risk taking. New York; Holt, Rinehart and Winston, 1964.
- KOMORITA, S.S. Attitude content, intensity and the neutral point on a Likert Scale. J.Soc.Psychol., 1963, 61, 327-334.
- V.KOOLWIJK, J. Fragebogenprofile. Köln.Z.Soziol. und Sozialpsychol., 1968, 20, 780-791.
- KUHLEN, R.B. & BRETSCH, H. Sociometric status and personal problems of adolescents. Sociometry, 1947, 10,
- LAWTON, M.P. The psychology of adolescent anti-smoking education. J.School Hlth., 1963, 33, 337-345.
- LEE, J.M. & LEE, DORRIS, M. The child and his curriculum. New York; Appleton-Century-Crofts, 1960³.
- LEWIS, O.Y. Problems of adolescent. Calif.J.Second.Educ., 1949, 24, 215-221.
- LIENERT, G.A. Testaufbau und Testanalyse.² Weinheim, Berlin: Beltz, 1967².
- LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. Arch.Psychol., 1932, Nr. 140.
- MACMILLAN, A.M. The health opinion survey (=HOS): technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related types of disorder in communities. Psychol.Rep., 1957, 3, 325-339.
- MAHLER, I. Attitudes toward socialized medicine. J.Soc.Psychol., 1953, 38, 273-282.
- MAYSHARK, C. Critical analysis of attitude measurement in health education. Res.Quart., 1958, 29, 309-319.
- MEDNICK, MARTHA, T. Relationship of the AMMONS Quick Test of intelligence to other ability measures. Psychol.Rep., 1967, 20, 523-526.
- MELLINGER?G.D. Interpersonal trust and communication. J.Abnorm.Soc.Psychol., 1956, 52, 304-309.
- MERZ, F. Individuelle Risikobereitschaft. Unveröff.Forschungsbericht, Würzburg, 1961
- MILLER, A. et al. Psychological factors in adaption to hearing aids. Amer.J.Orthopsychiat., 1959, 29, 121-129.

- MÖNKS, F. J. Zeitperspektive als psychologische Variable. Arch. ges. Psychol., 1967, 119, 131-161.
- NATIONAL EDUCATION ASSOCIATION / AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION Health education. A guide for teachers and a text for teacher education. Washington: Nat. Educ. Ass., 1961.
- NEWMAN, J. Psychological problems of children and youth with chronic medical disorders. In: CRUICKSHANK, W. M. (ED.), Psychology of exceptional children and youth. Englewood Cliffs, N. Y.: Prentice-Hall, Inc. 1956, 391-440.
- NORTH, W. E. & SCHMID, A. A comparison of three ways of phrasing LIKERT-type attitude items. J. Exp. Educ., 1960-61, 29, 95-100.
- OERTER, R. Die Entwicklung von Werthaltungen während der Reifezeit. München: Reinhardt, 1966.
- PARSONS, T. Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: MITSCHERLICH, A. et al., Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1967.
- PAWLIK, K. Dimensionen des Verhaltens. Bern und Stuttgart: Huber, 1968.
- PEABODY, D. Two components in bipolar scales: direction and extremeness. Psychol. Rev., 1962, 69, 65-73.
- PFLANZ, M. Gesundheitsverhalten. Mensch und Medizin, 1965, 6, 173-175.
- PFLANZ, M. Medizinsoziologie. In: KÖNIG, R. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung. Stuttgart: Enke, 1969, 1123-1156.
- PIRRIE, D. & DALZELL-WARD, A. J. A textbook for health education. London: Tavistock Publ., 1962.
- POPE, CH. Personal problems of High School pupils. School and Society, 1943, 57, 443-448.
- POPPLINGTON, PAMELA, K. & PILKINTORY, G. W. A comparison of four methods of scoring an attitude scale in relation to its reliability and validity. Brit. J. Soc. Clin. Psychol., 1963, 2, 36-39.
- PRATT, S. et al. Attitudes toward the mental hospital and selected population characteristics. J. Clin. Psychol., 1960, 16, 214-218.
- RADELFINGER, S. Some effects of fear-arousing communications on preventive health behavior. Hlth. Educ. Monogr., 1965, No. 19.

- REMMERS, H.H. &
SHIMBERG, B. SRA Youth Inventory, Form S.
Science Res.Ass., Chicago, 1956.
- RICHARDSON, C.E. A sentence completion health attitude test for college students.
J.School Hlth., 1960, 30, 32-35.
- RICHARDSON, C.E. THURSTONE scale for measuring attitudes of college students toward physical fitness and exercise.
Res.Quart., 1960, 31, 638-643.
- RIKER, B.L. A comparison of methods used in attitude research.
J.Abnorm.Soc.Psychol., 1944, 39, 24-42.
- ROBERTS, A.H. Intra-test variability as a measure of generalized response set.
Psychol.Rep., 1962, 11, 793-799.
- ROGHMAN, K. Dogmatismus und Autoritarismus.
Meisenheim am Glan: Hain, 1966.
- ROSENSTOCK, I.M. et al. Determinants of health behavior.
In: White House Conference on Children and Youth, 1960.
- ROSENSTOCK, I.M. Public knowledge, opinion, and action concerning three public health issues: radioactive fallout, insect and plant sprays, and fatty foods.
J.Hlth.Hum.Behav., 1966, 7, 91-98.
- SCOTT, W.A. Attitude measurement. In: LINDZEY, G. & ARONSON, E. (Eds.), The handbook of social psychology.
London: Addison-Wesley, 1968², 2, 204-273.
- SECORD, P.F. &
JOURARD, S.M. The appraisal of body-cathexis.
J.Consult.Psychol., 1963, 17, 343-347.
- SHAW, M.E. &
WRIGHT, J.M. Scales for the measurement of attitudes.
New York: MacGraw-Hill, 1967.
- SIMON, MARIA Probleme des Krankenhausaufenthaltes bei Kindern.
Das Krankenhaus, Zentralblatt für das Deutsche Krankenhauswesen, 1964, 56/1.
- SIMON, MARIA Das Kind im Krankenhaus.
Soziale Berufe, 1964, 16/10.
- SIXTL, F. Meßmethoden der Psychologie.
Weinheim: Beltz, 1967.
- SLOVIK, P. Convergent validation of risk taking measures.
J.Abnorm.Soc.Psychol., 1962, 65, 68-71.
- SOCIETY OF PUBLIC HEALTH EDUCATORS (SOPHE) Research related to health education practice.
Hlth.Educ.Monogr., 1963, Supplement 1.

- SONELEM, O. Mental patient's attitudes toward mental hospitals.
J.Clin.Psychol., 1955, 11, 181-185.
- SPITZNAGEL, A. & TODT, E. Zwischenbericht über Untersuchungen zur Schwerpunktaktion "Informationen zur gesunden Lebensführung".
Unveröff.Manuskript, Giessen, 1968.
- SUCHMAN, E.A. et al. An analysis of the validity of health questionnaires.
Social Forces, 1958, 36, 223-232.
- SÜLLWOLD, F. Empirische Untersuchungen über die Sorgen und Probleme von Jugendlichen in Deutschland und den USA.
Psychol.Rundschau, 1959, 10, 49-66.
- SUTTON, W.C. An appraisel of health attitudes and practices of college students.
J.School Hlth., 1956, 26, 125-130.
- SCHMIDT, RENATE Konstruktion eines Fragebogens zur Feststellung der Gesundheits- und Arzneimittel-einstellung.
Unveröff.Semesterarbeit, Giessen, 1967.
- SCHNEIDER, R.E. Methods and materials of health education.
London: Saunders, 1964.
- SCHUBERT, G. RSK-Fragebogen.
Köln, Unveröff.Manuskript, 1968.
- STOLZ, H.R. & STOLZ, L.M. Adolescent problems related to somatic variations. Chapt.V, P.80-89, in: National Society for the study of education. Adolescence, 43 rd. Yearbook, Pt.I, 1944.
- TALIANA, L.E. Youth's problems as they see them.
Unveröff.Diss., Lafayette, Ia: Purdue Univ., 1958. Zit.nach SÜLLWOLD, 1959.
- TAYLOR, J. What do attitudes scales measure. The problem of social desirability.
J.Abnorm.Soc.Psychol., 1961, 62, 386-396.
- TAYLOR, P. Graphic ratings and attitude measurement.
J.Appl.Psychol., 1964, 48, 37-42.
- THOMPSON, G.G. & WITRYOL, S.L. Adult recall of unpleasant experiences during three periods of childhood.
J.Genet.Psychol., 1948, 72, 111-123.
- TURNER, C.E. et al. School health and health education.
St.Louis: Mosby, 1961.
- VEERLA, K. Faktorenanalyse.
Berlin: Springer, 1968.

- WALLACH, M.H. &
KOGAN, N. Sex differences and judgment processes.
J.Pers., 1959, 27, 555-564.
- WÜLFING, G. Der Wort-Bild-Test (W-B-T). Entwicklung
und Analyse eines Kurzverfahrens zur
Messung der Intelligenz.
Unveröff. Manuskript, Köln, 1965/66.
- YOST, P.C. Safety education.
Rev.Educ.Res., 1962, 32, 506-514.
- YOUNG, MARJORIE The Brookline School health study.
J.School Hlth., 1961, 31, 47-55.
- YOUNG, M.A.C. Review of Research and studies related
to health education practice (1961-1966):
what people know, believe und do about
health.
Hlth.Educ.Mongr., 1967, 23.
- YUKER, H.E. et al. A scale to measure attitudes toward dis-
abled persons.
Albertson, N.Y.: Human Resources Founda-
tion, 1960, Study No.5.
- ZENTRALINSTITUT FÜR
GESUNDHEITSERZIEHUNG Gesundheitserziehung in der Schule.
Manuskript, 1966.
- ZIMBARDO, Ph. &
EBBESEN, E.E. Influencing attitudes and changing behav-
vior.
London: Addison-Wesley, 1969.

Anhang

VERWENDETE VERFAHREN

(Die Reihenfolge der Verfahren entspricht der im Text)

Verfahren

Verfahren

1. Satzergänzungen
 - A Gesundheit
 - B Krankheit
2. SRA YOUTH INVENTORY (SRA/G)
 - Form M
 - Form W
 - Auskunftsbereitschaft
 - Einstellung zu Genußmitteln (G III)
 - S - E (Crowne - Marlowe)
 - Einstellung zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen
 - Risiko - Item - Beurteilungen
 - Risiko - Fragebogen SCHUBERT
 - Risiko - Situationsfragebogen (S I)
 - Form M
 - Form W
 - Einstellung zur Gesundheitsindifferenz (Ind II)
 - Inventar gesundheitsriskantes Verhalten. (GRV IV)
 - Einstellung zur Rationalität
 - Persönliches vs. staatliches Gesundheitsverantwortung
 - Inventar Manifeste Angst
 - Wort - Bild - Test (WBT)
 - Form A
 - Form B
 - Differentieller Interessentest (DIT/G)
 - Personalbogen

Satzergänzungen (SE)

A Gesundheit

1. Ein gesunder Mensch hat meistens auch ..
.....
2. Wer gesund ist, kann ..
.....
3. Einen gesunden Menschen erkennt man vor allem an ..
.....
4. Gesunde Leute sind nur selten ..
.....
5. Um gesund zu bleiben, muß man vor allem ..
.....
6. Gesundheit ist ganz allgemein ..
.....
7. Als gesunder Mensch hat man den Vorteil ..
.....
8. Gesundheit ist stets wichtiger als ..
.....
9. Gesund sein heißt vor allem ..
.....
10. Kranke werden schnellstens gesund, wenn ..
.....

Satzergänzungen (SE)

B Krankheit

1. Krank ist man, wenn
.....
2. Das Schlimmste an einer Krankheit ist
.....
3. Daß man krank ist, merkt man zuerst
.....
4. Wenn man krank ist, kann man nicht
.....
5. Kranke Menschen sind meistens auch
.....
6. Krankheit ist nicht so schlimm wie
.....
7. Krank sein bedeutet in erster Linie
.....
8. Krankheit hat manchmal den Vorteil, daß
.....
9. Kranke Menschen sind meistens nicht
.....
10. Wenn man krank ist,
.....

SRA YOUTH INVENTORY (Bereich Gesundheit) (SRA/G)

Anweisung:

Sie finden auf der nächsten Seite eine Liste von Sorgen und Nöten, die Jugendliche Ihres Alters als ihre Probleme bezeichnet haben. Sicher sind darunter einige, die auch Sie bewegen. Lesen Sie bitte den Bogen genau durch und streichen Sie die Fragen, Wünsche und Probleme an, die für Sie zutreffen, und zwar nach folgendem Verfahren:

1. Wenn eine Frage Sie sehr stark bewegt, also ein ernsthaftes Problem für Sie bedeutet, dann machen Sie ein Kreuz in das erste Kästchen mit der "3":

<input checked="" type="checkbox"/>	2	1	0
-------------------------------------	---	---	---

2. Wenn ein Problem Sie nicht so stark, aber doch häufig beschäftigt, mit anderen Worten: wenn es sich um ein mittleres Problem handelt, dann machen Sie ein Kreuz in das zweite Kästchen, das die "2" enthält:

3	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0
---	-------------------------------------	---	---

3. Wenn eine Feststellung Sie wenig und nur gelegentlich beschäftigt, dann machen Sie ein Kreuz in das Kästchen mit der "1":

3	2	<input checked="" type="checkbox"/>	0
---	---	-------------------------------------	---

4. Wenn eine Feststellung Sie überhaupt nicht beschäftigt oder aus irgendeinem Grunde nicht betrifft, dann machen Sie ein Kreuz in das Kästchen ganz rechts mit der Null:

3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	-------------------------------------

Bei diesem Fragebogen gibt es keine guten oder schlechten Leistungen im Sinne der Schulnoten. Er ist dann gut beantwortet, wenn Ihre Angaben der Wahrheit entsprechen. Denken Sie darán, daß Ihr Name uns auch bei diesem Fragebogen gar nicht interessiert. Es ist aber sehr wichtig für uns, daß Sie wirklich wahrheitsgemäße Angaben machen.

Arbeiten Sie rasch und gewissenhaft!

Form M

1. Ich möchte zunehmen

3	2	1	0
---	---	---	---
2. Ich möchte abnehmen

3	2	1	0
---	---	---	---
3. Ich möchte lernen, die Speisen auszuwählen, die mir am besten bekommen

3	2	1	0
---	---	---	---
4. Ich habe einen körperlichen Fehler (oder bin sonst irgendwie behindert)

3	2	1	0
---	---	---	---
5. Mir ist oft unwohl

3	2	1	0
---	---	---	---
6. Ich möchte gern eine bessere Figur haben

3	2	1	0
---	---	---	---
7. Ich möchte gern eine bessere Haltung haben

3	2	1	0
---	---	---	---
8. Mir wird leicht übel

3	2	1	0
---	---	---	---
9. Was kann ich gegen Mundgeruch tun?

3	2	1	0
---	---	---	---
10. Ist Rauchen schädlich?

3	2	1	0
---	---	---	---
11. Was kann ich gegen Körpergeruch tun?

3	2	1	0
---	---	---	---
12. Ich mache mir Sorgen über meine Gesundheit

3	2	1	0
---	---	---	---
13. Ich habe nicht genügend körperliche Bewegung

3	2	1	0
---	---	---	---
14. Ich werde leicht müde

3	2	1	0
---	---	---	---
15. Ich schlafe nicht gut

3	2	1	0
---	---	---	---
16. Ich habe keinen "Schwung"

3	2	1	0
---	---	---	---
17. Ich müßte zum Zahnarzt gehen

3	2	1	0
---	---	---	---
18. Ich habe häufig Kopfschmerzen

3	2	1	0
---	---	---	---
19. Ich bin häufig erkältet

3	2	1	0
---	---	---	---
20. Ich höre nicht besonders gut

3	2	1	0
---	---	---	---
21. Meine Muskeln sind nur schwach entwickelt

3	2	1	0
---	---	---	---
22. Ich habe keinen Appetit

3	2	1	0
---	---	---	---
23. Manchmal ist mir schwindlig

3	2	1	0
---	---	---	---
24. Ich möchte wissen, ob ich ebensoviel Energie und Ausdauer wie andere habe

3	2	1	0
---	---	---	---
25. Meine Augen machen mir Sorgen

3	2	1	0
---	---	---	---
26. Oft stört mich, daß ich eine Brille tragen muß

3	2	1	0
---	---	---	---

Form W

- 1. Ich möchte zunehmen.

3	2	1	0
---	---	---	---
- 2. Ich möchte abnehmen

3	2	1	0
---	---	---	---
- 3. Ich möchte lernen, die Speisen auszuwählen, die mir am besten bekommen

3	2	1	0
---	---	---	---
- 4. Ich habe einen körperlichen Fehler (oder bin sonst irgendwie behindert)

3	2	1	0
---	---	---	---
- 5. Ich habe Schwierigkeiten mit meiner Regel

3	2	1	0
---	---	---	---
- 6. Ich möchte gern eine bessere Figur haben

3	2	1	0
---	---	---	---
- 7. Ich möchte gern eine bessere Haltung haben

3	2	1	0
---	---	---	---
- 8. Mir wird leicht übel

3	2	1	0
---	---	---	---
- 9. Was kann ich gegen Mundgeruch tun?

3	2	1	0
---	---	---	---
- 10. Ist Rauchen schädlich?

3	2	1	0
---	---	---	---
- 11. Was kann ich gegen Körpergeruch tun?

3	2	1	0
---	---	---	---
- 12. Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit

3	2	1	0
---	---	---	---
- 13. Ich habe nicht genügend körperliche Bewegung

3	2	1	0
---	---	---	---
- 14. Ich werde leicht müde

3	2	1	0
---	---	---	---
- 15. Ich schlafe nicht genug

3	2	1	0
---	---	---	---
- 16. Ich habe keinen "Schwung"

3	2	1	0
---	---	---	---
- 17. Ich müßte zum Zahnarzt

3	2	1	0
---	---	---	---
- 18. Ich habe häufig Kopfschmerzen

3	2	1	0
---	---	---	---
- 19. Ich bin häufig erkältet

3	2	1	0
---	---	---	---
- 20. Ich höre nicht besonders gut

3	2	1	0
---	---	---	---
- 21. Meine Muskeln sind schwach entwickelt

3	2	1	0
---	---	---	---
- 22. Ich habe keinen Appetit

3	2	1	0
---	---	---	---
- 23. Manchmal ist mir schwindlig

3	2	1	0
---	---	---	---
- 24. Ich möchte wissen, ob ich ebensoviel Energie und Ausdauer habe wie andere

3	2	1	0
---	---	---	---
- 25. Meine Augen machen mir Sorgen

3	2	1	0
---	---	---	---
- 26. Oft stört mich, daß ich eine Brille tragen muß

3	2	1	0
---	---	---	---

AUSKUNFTSBEREITSCHAFT

Anweisung:

Die folgende Aufgabe hat damit zu tun, worüber Menschen sprechen, was sie sich gegenseitig anvertrauen, wenn sie zusammenkommen und sich unterhalten:

Finden im folgenden eine Reihe von Dingen, Themen, über die man sprechen kann.

Die Aufgabe ist es nun anzugeben, ob Sie bereit sind

- a) einem fremden Menschen, den Sie wahrscheinlich nie mehr wiedersehen werden (z. B. jemand, dem Sie zufällig im Eisenbahnabteil gegenüber sitzen),
- b) einem Bekannten,
- c) dem besten Freund,
- d) der besten Freundin

über den jeweiligen Gegenstand Auskunft zu geben, wenn Sie danach gefragt werden.

Spiel:

1. Ob ich gern Abenteuergeschichten lese

Fremder	Bekannter	besten Freund	beste Freundin
<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

Wenn Sie hierüber einem Fremden, der dies wissen will, und Sie daher fragt, Auskunft geben würden, dann müssten Sie das Kästchen "a" ankreuzen. Wenn Sie einem Bekannten erzählen würden, machen Sie Ihr Kreuz ins Kästchen "b" usw. Wenn Sie den der aufgeführten Personen Auskunft geben würden, dann müssten Sie alle zugehörigen Kästchen ankreuzen.

Fragen

	<i>Fremder</i>	<i>Bekannter</i>	<i>bester Freund</i>	<i>beste Freundin</i>
. Die Krankheiten, die ich gehabt habe	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Was ich in meiner freien Zeit am liebsten tue	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Mein derzeitiger allgemeiner Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Parties oder andere gesellige Veranstaltungen, die ich gern besuche	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Was ich über mein Aussehen (meine äußere Erscheinung) denke	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Die Musik, die ich am liebsten höre	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Wie oft ich meine Haare wasche	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Sportarten, die ich regelmäßig betreibe	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Der Teil einer ärztlichen Untersuchung, der mich am verlegensten macht	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Ob ich gern alkoholische Getränke trinke, und wenn ja, wieviel	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Wie stark ich bin (körperlich)	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Was ich am liebsten esse	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Wie mir zumute ist, wenn ich zum Arzt gehe	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Welcher Konfession ich angehöre und wie oft ich zur Kirche gehe	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Was ich persönlich über das Rauchen denke	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. In welchen Clubs oder Organisationen ich Mitglied bin	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Wann ich das letzte Mal ärztlich untersucht wurde	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Besondere Kenntnisse und Fertigkeiten, die ich besitze, z.B. malen und zeichnen, basteln, handarbeiten usw.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Wie oft ich zum Zahnarzt gehe	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
. Andere Länder und Städte, in denen ich gewohnt habe oder die ich bereiste	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

Fremder

Bekannte

bester
Freund

beste
Freundin

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 21. Wie oft ich im Krankenhaus war | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 22. Ob ich mich schon einmal richtig verliebt habe und in wen | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 23. Welches meine geheimsten Wünsche sind | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 24. Persönliche Schwächen und Fehler, die ich gern beseitigen würde | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 25. Wie oft ich kosmetische Mittel verwende und welche | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 26. Meine persönlichen und beruflichen Zukunftspläne | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 27. Was ich selbst tue, um gesund und gut auszusehen | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 28. Was ich an mir selbst am wenigsten leiden kann | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 29. Wie oft ich bade oder dusche | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 30. Wieviel Taschengeld ich bekomme | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 31. Ob ich mit dem Aussehen meines Körpers zufrieden bin | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 32. Wovon ich öfters träume | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |
| 33. Welche Schulnoten ich habe | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> d |

EINSTELLUNG ZU GENUSSMITTELN (G)

Anweisung

Wir haben hier eine Reihe von Äußerungen gesammelt, die wohl jeder schon einmal gehört hat. Wir möchten nun gerne herausfinden, was die Jugendlichen wirklich darüber denken.

Um die Stellungnahme zu erleichtern, haben wir für jeden Satz drei Stufen der Zustimmung und drei Stufen der Ablehnung vorgesehen. Bitte machen Sie jeweils ein Kreuz in das Kästchen, das Ihre Meinung richtig wiedergibt.

Nehmen wir einmal diesen Satz:

Im Radio sollte viel mehr Beatmusik gespielt werden als bisher

<u>Ablehnung</u>			<u>Zustimmung</u>		
<i>lehne vollk ab</i>	<i>lehne ab</i>	<i>lehne schwach ab</i>	<i>stimme schwach zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme vollk zu</i>
-3	-2	-1	+1	+2	+3

Angenommen, Sie stimmen dieser Äußerung sehr stark zu, dann würden Sie Ihr Kreuz in das Kästchen ganz rechts "stimme vollkommen zu, +3" setzen.

Noch ein zweites Beispiel:

Auch am Nachmittag sollte Schulunterricht gehalten werden

<u>Ablehnung</u>			<u>Zustimmung</u>		
<i>lehne vollk ab</i>	<i>lehne ab</i>	<i>lehne schwach ab</i>	<i>stimme schwach zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme vollk zu</i>
-3	-2	-1	+1	+2	+3

Angenommen, Sie sind eher anderer Meinung, dann würden Sie das Kreuz in den Kästchen "lehne schwach ab, -1" setzen. Wenn Sie diesen Satz noch mehr ablehnen, dann kreuzen Sie "-2" an, und wenn Sie ihn ganz stark ablehnen, gehört das Kreuz in das Kästchen "lehne vollkommen ab, -3". Sie sehen, daß man immer mehrere Möglichkeiten hat, um zum Ausdruck zu bringen, wie weit man einem Satz zustimmen kann oder wie stark man ihn ablehnt; man kann einer Äußerung schwach, mittel und stark zustimmen, oder sie in drei Abstufungen ablehnen.

Lesen Sie bitte jetzt die folgenden Äußerungen der Reihe nach sorgfältig durch und vermerken Sie gleich, ob Sie zustimmen oder anderer Ansicht sind. Halten Sie sich nicht zu lange bei einem Satz auf und lassen Sie vor allen Dingen keinen aus. Es hat auch keinen Sinn, beim Nachbarn abzuschreiben, weil es hier ja keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt. Es geht nur darum, Ihre ganz persönliche Meinung zu erfahren.

Ablehnung

Zustimmung

lehne vollk. ab *lehne ab* *lehne schwach ab*

stimme schwach zu *stimme zu* *stimme vollk. zu*

1. Alkoholgenuß ist oft die erste Stufe zum Verbrechen
2. Die Gefahren des Alkohols werden heutzutage doch sehr übertrieben
3. Die Reklame für Zigaretten müßte verboten werden.
4. Ein gesunder Mensch kann ohne Bedenken auch größere Mengen Alkohol trinken
5. Der Alkohol ist ein Laster, das den Menschen zugrunde richtet
6. Viele Menschen können sich bei einer Zigarette wunderbar entspannen
7. Auch wer nur wenig Alkohol trinkt, verliert rasch die Selbstbeherrschung
8. Ohne Alkohol wären viele Feiern und Festlichkeiten ungemütlich und langweilig
9. Die Zigarette ist eine ernste Gefahr unseres Jahrhunderts
10. Auch Frauen sollten ruhig Alkohol trinken, wenn er ihnen schmeckt
11. Alkohol macht den Menschen zu einem wilden Tier
12. Man sollte die Zigaräten mit so hohen Steuern belegen, daß sie kaum noch jemand kaufen kann
13. Alkoholische Getränke sind bei einer Party unentbehrlich
14. Jugendliche unter 18 Jahren sollten möglichst überhaupt nicht rauchen
15. Alkoholische Getränke sollte man allerhöchstens einmal zum Essen zu sich nehmen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

Ablehnung

Zustimmung

6. Die Gefahren des Rauchens werden im allgemeinen ziemlich übertrieben

stimme vollk. zu	lehne ab	lehne schwach ab
-3	-2	-1

stimme schwach zu	stimme zu	stimme vollk. zu
+1	+2	+3

7. Der Alkohol kann ganze Völker zugrunde richten

-3	-2	-1
----	----	----

-1	+2	+3
----	----	----

8. Starkes Rauchen ist ein Zeichen von innerer Unsicherheit und Haltlosigkeit

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

9. Die Gefahren des Alkohols können gar nicht ernst genug genommen werden

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

10. Eine Zigarette zur rechten Zeit macht das Leben leichter und schöner

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

11. Alkoholische Getränke sollte man nur bei sehr seltenen, besonderen Gelegenheiten zu sich nehmen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

12. Das Rauchen ist ein Laster, das den Menschen körperlich zugrunde richtet

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

13. Eine Party kann man gut ohne alkoholische Getränke feiern

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

14. Rauchen ist ein reiner Genuß

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

15. Wenn man den Verkauf von Spirituosen (z.B. Weinbrand, Wodka usw.) ganz verbieten würde, täte man der Menschheit einen großen Dienst

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

16. Die meisten Leute rauchen, weil sie auf die Reklame hereingefallen sind

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

17. Alkoholische Getränke gehören ebenso zum modernen Leben wie Autos und Fernsehen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

18. Man sollte immer darauf hinweisen, daß die Raucher sich mutwillig ihre Gesundheit ruinieren

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

19. Alkohol weckt alle schlechten Eigenschaften in einem Menschen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

S-E (Crowne-Marlowe)

Anweisung:

Nachfolgend finden Sie eine Anzahl von Feststellungen über persönliche Einstellungen und Eigenschaften. Lesen Sie jede Feststellung genau durch und geben Sie an, ob diese für Sie zutrifft oder nicht. Machen Sie einen Kreis um "Ja" oder "Nein". Lassen Sie keine Frage aus.

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Wenn ich zur Wahl gehe, prüfe ich auf's Genaueste die Qualifikation aller Kandidaten | Ja | Nein |
| 2. Wenn ein anderer in Schwierigkeiten ist, bin ich sofort bereit, ihm zu helfen | Ja | Nein |
| 3. Es fällt mir manchmal schwer, meine Arbeit weiterzuführen, wenn ich nicht angespornt werde | Ja | Nein |
| 4. Ich habe nie eine starke Abneigung gegen jemanden gehabt | Ja | Nein |
| 5. Gelegentlich zweifle ich, ob ich im Leben Erfolg haben werde | Ja | Nein |
| 6. Manchmal bin ich verärgert, wenn ich meinen Willen nicht durchsetzen kann | Ja | Nein |
| 7. Ich achte sehr sorgfältig darauf, wie ich gekleidet bin | Ja | Nein |
| 8. Meine Tischmanieren sind zu Hause genausogut wie im Restaurant | Ja | Nein |
| 9. Wenn es mir gelänge, ohne zu bezahlen ins Kino hineinzukommen, und wenn man es nicht merkte, würde ich es wahrscheinlich tun | Ja | Nein |
| 10. Gelegentlich habe ich eine angefangene Arbeit aufgegeben, da ich mich der Sache nicht gewachsen fühlte | Ja | Nein |
| 11. Ich klatsche manchmal gern | Ja | Nein |
| 12. Manchmal möchte ich mich am liebsten gegen Autoritätspersonen auflehnen, selbst wenn ich genau weiß, daß sie im Recht sind | Ja | Nein |
| 13. Ganz gleichgültig mit wem ich mich unterhalte, kann ich gut zuhören | Ja | Nein |

14.	Ich erinnere mich, daß ich mich schon einmal verstellt habe, um mich einer Sache zu entziehen	Ja	Nein
15.	Gelegentlich habe ich andere ausgenützt	Ja	Nein
16.	Ich bin immer bereit, meine Fehler zuzugeben	Ja	Nein
17.	Ich gebe mir stets Mühe, nach den Prinzipien, die ich vertrete, auch zu handeln	Ja	Nein
18.	Es fällt mir nicht schwer, mit großmütigen und "unmöglichen" Leuten auszukommen	Ja	Nein
19.	Manchmal bin ich mehr auf meinen Vorteil bedacht als nachsichtig zu sein und zu verzeihen	Ja	Nein
20.	Wenn ich etwas nicht weiß, macht es mir überhaupt nichts aus, es zuzugeben	Ja	Nein
21.	Ich bin immer höflich, selbst zu Leuten, die mir unangenehm sind	Ja	Nein
22.	Manchmal bestand ich fest darauf, meinen eigenen Willen durchzusetzen	Ja	Nein
23.	Es gibt Tage, an denen ich am liebsten alles zusammenschlagen möchte	Ja	Nein
24.	Ich würde es nie zulassen, daß jemand für meine Fehler büßen muß	Ja	Nein
25.	Ich ärgere mich nie darüber, wenn von mir für eine Gefälligkeit eine Gegenleistung erwartet wird	Ja	Nein
26.	Ich bin nie verdrossen, wenn andere Meinungen vertreten, die stark von den meinen abweichen	Ja	Nein
27.	Ich unternehme nie eine lange Fahrt, ohne zu prüfen, ob alles an meinem Wagen in Ordnung ist	Ja	Nein
28.	Ich habe manchmal andere um ihr Glück beneidet	Ja	Nein
29.	Ich habe praktisch nie das Bedürfnis gehabt, jemanden auszuschimpfen	Ja	Nein
30.	Ich ärgere mich manchmal, wenn man mich um eine Gefälligkeit bittet	Ja	Nein
31.	Ich war nie der Ansicht, daß man mich grundlos für eine Sache bestraft hat	Ja	Nein
32.	Wenn ich Leute sehe, denen ein Unglück zugestoßen ist, glaube ich manchmal, sie haben es verdient	Ja	Nein
33.	Ich habe nie absichtlich etwas geäußert, das die Gefühle eines anderen verletzt hat	Ja	Nein

EINSTELLUNG ZU GESUNDHEITSRISKANTEN VERHALTENSWEISEN (Ri)

Anweisung

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Behauptungen und Äußerungen, zu denen Sie Stellung nehmen sollen. Auch hier stehen je drei Stufen der Zustimmung und der Ablehnung zur Verfügung.

Lesen Sie bitte wieder jeden Satz aufmerksam und sorgfältig durch und kreuzen Sie dasjenige Kästchen an, das Ihrer eigenen Meinung zu der betreffenden Äußerung genau entspricht.

Denken Sie auch daran, keinen Satz auszulassen und halten Sie sich nicht zu lange bei einem einzelnen Satz auf.

Ablehnung

Zustimmung

- | | <i>lehne
vollst.
ab</i> | <i>lehne
ab</i> | <i>lehne
schwach
ab</i> | <i>stimme
schwach
zu</i> | <i>stimme
zu</i> | <i>stimme
vollst.
zu</i> |
|---|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 1. Auch wenn man starke Leibschmerzen hat, sollte man nicht gleich zum Arzt laufen, sondern erst einmal abwarten; meistens ist es gar nicht so schlimm | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 2. Nur ungeschickte und dumme Menschen geben jedes elektrische Gerät, das nicht mehr funktioniert, gleich zum Elektriker | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 3. Die meisten Menschen sind zu empfindlich und laufen bei dem kleinsten Wehweh zum Arzt; der Körper ist meistens durchaus in der Lage, sich selbst zu kurieren | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 4. Anstrengende Sportarten (z.B. Langstreckenlauf) sollten nur unter der dauernden Aufsicht des Sportarztes betrieben werden | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 5. Die dauernde Angst um die Gesundheit ist weit übertrieben; unsere Großväter waren auch ohne Arzt kerngesund | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 6. Man sollte Reparaturen an Lampen und elektrischen Haushaltsgeräten soweit wie irgend möglich selbst durchführen | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 7. Wenn man Fieber gehabt hat, muß man unbedingt noch drei Tage im Bett bleiben | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 8. Ein Wadenkrampf beim Schwimmen ist kein Grund zur Beunruhigung | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 9. Mit den meisten Krankheiten wird der Körper auch ohne Medikamente fertig | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 10. Ein kaputtes Bügeleisen sollte ausschließlich vom Elektriker repariert werden | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 11. Einen Arzt braucht man nur bei sehr schwerer Krankheit, im "Normalfall" genügt eine gute Hausapotheke und einige Kenntnisse in Erster Hilfe | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |

Ablehnung

Zustimmung

12. Jeder sollte ruhig einmal testen, ob er einen Langstreckenlauf (z.B. 5000 Meter) aushalten kann

<i>lehne stark ab</i>	<i>lehne ab</i>	<i>lehne schwach ab</i>
-3	-2	-1

<i>stimme stark zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme vollst. zu</i>
+1	+2	+3

13. Solange man keine Zahnschmerzen hat, braucht man auch nicht zum Zahnarzt zu gehen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

14. Es genügt vollkommen, wenn man zwischen Essen und Schwimmen eine halbe Stunde Pause macht

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

15. Leute, die von einem Schnupfen viel Aufhebens machen, sind überempfindlich

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

16. Wer einigermaßen geschickt ist, kann elektrische Geräte sehr gut selbst reparieren

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

17. Solange man sich kerngesund fühlt, ist ein Besuch beim Arzt vollkommen überflüssig

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

18. Man braucht nicht gleich zum Fieberthermometer zu greifen, wenn man sich nicht wohl fühlt

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

19. Man sollte nur solche Pilze essen, die es in den Geschäften zu kaufen gibt

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

20. Auch scheinbar leichte Bergtouren sollten Laien nie ohne einen erfahrenen Bergführer unternehmen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

Ri-Item

Nr.: Datum :

Geschlecht : Alter :

Beruf :

Anweisung :

In einer umfangreichen Befragung wurde Jugendlichen eine Reihe von Behauptungen mit gesundheitsbezogenem Inhalt vorgelegt. Ziel der Befragung war es zu erfassen, wie Jugendliche über diese Behauptungen denken. Um das Vorgehen zu verdeutlichen, hier ein Beispiel :

"Zähneputzen ist im Grunde überflüssig"

Die Befragten hatten die Möglichkeit, dieser Behauptung entweder zuzustimmen oder sie abzulehnen.

Sie sollen nun beurteilen, für wie gefährlich (risikohaft, folgenschwer) Sie es im allgemeinen halten, wenn jemand diesen Fragen zustimmt bzw. sie ablehnt. Ihr Urteil soll sich auf die angesprochene Einstellung beziehen. Für die Beurteilung steht Ihnen eine Skala mit 7 Stufen zur Verfügung. Dabei bedeutet die Ziffer 1 = kaum gefährlich; die Ziffer 7 = extrem gefährlich. Zur Erläuterung wieder Beispiele:

1. Beispiel :

Wenn jemand der Meinung zustimmt :

"Zähneputzen ist im Grunde überflüssig"

dann halte ich diese Einstellung (die Bejahung der Überflüssigkeit der Zahnpflege) für :

kaum gefährlich = 1 2 **3** 4 5 6 7 = extrem gefährlich

Der Kreis um die Ziffer 3 würde besagen, daß ein Beurteiler die Ablehnung einer Zahnpflege etwa für "eher gefährlich" hält.

2. Beispiel :

Wenn jemand die Aussage ablehnt :

"Regelmäßige ärztliche Untersuchungen sind auch bei Jugendlichen notwendig"

dann halte ich diese Einstellung (die Ablehnung der Notwendigkeit von Vorbeugeuntersuchungen) für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 **5** 6 7 = extrem gefährlich

In diesem Falle bedeutet der Kreis um die Ziffer 5, daß diese Einstellung für "gefährlich" gehalten wird.

Machen Sie bitte bei jeder Aussage um die Ziffer einen Kreis, die Ihrer Meinung am besten entspricht. Bevor Sie die Beurteilung beginnen, lesen Sie zuerst alle Aussagen einmal durch, um einen möglichst einheitlichen Bezugsrahmen zu gewinnen. Machen Sie soweit wie möglich Gebrauch von allen Stufen der Skala.

Wenn Sie mit der Einstufung fertig sind, prüfen Sie bitte noch einmal nach, ob Sie zu allen Aussagen Stellung genommen haben.

1. Auch wenn man starke Leibschmerzen hat, sollte man nicht gleich zum Arzt laufen, sondern erst einmal abwarten, meistens ist es gar nicht so schlimm

Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

2. Nur ungeschickte und dumme Menschen geben jedes elektrische Gerät, das nicht mehr funktioniert, gleich zum Elektriker

Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

3. Die meisten Menschen sind zu empfindlich und laufen bei dem kleinsten Wehweh zum Arzt; der Körper ist meistens durchaus in der Lage, sich selbst zu kurieren

Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

4. Anstrengende Sportarten (z.B. Langstreckenlauf) sollten nur unter der dauernden Aufsicht des Sportarztes betrieben werden

Ablehnung dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

5. Die dauernde Angst um die Gesundheit ist weit übertrieben. Unsere Großväter waren auch ohne Arzt kerngesund

Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

6. Man sollte Reparaturen an Lampen und elektrischen Haushaltsgeräten soweit wie irgend möglich selbst durchführen

Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

7. Wenn man Fieber gehabt hat, muß man unbedingt noch drei Tage im Bett bleiben

Ablehnung dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

8. Ein Wadenkrampf beim Schwimmen ist kein Grund zur Beunruhigung

Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

9. Mit den meisten Krankheiten wird der Körper auch ohne Medikamente fertig

Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

10. Ein kaputtes Bügeleisen sollte ausschließlich vom Elektriker repariert werden
Ablehnung dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
11. Einen Arzt braucht man nur bei sehr schwerer Krankheit. Im "Normalfall" genügt eine gute Hausapotheke und einige Kenntnisse in Erster Hilfe
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
12. Jeder sollte ruhig einmal testen, ob er einen Langstreckenlauf (z.B. 5000 Meter) aushalten kann
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
13. Solange man keine Zahnschmerzen hat, braucht man auch nicht zum Zahnarzt zu gehen
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
14. Es genügt vollkommen, wenn man zwischen Essen und Schwimmen eine halbe Stunde Pause macht
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
15. Leute, die von einem Schnupfen viel Aufhebens machen, sind überempfindlich
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
16. Wer einigermaßen geschickt ist, kann elektrische Geräte sehr gut selbst reparieren
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
17. Solange man sich kerngesund fühlt, ist ein Besuch beim Arzt vollkommen überflüssig
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich
18. Man braucht nicht gleich zum Fieberthermometer zu greifen, wenn man sich nicht wohl fühlt
Zustimmung zu dieser Behauptung halte ich für :
kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

19. Man sollte nur solche Pilze essen, die es in den Geschäften zu kaufen gibt

Ablehnung dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

20. Auch scheinbar leichte Bergtouren sollten Laien nie ohne einen erfahrenen Bergführer unternehmen

Ablehnung dieser Behauptung halte ich für :

kaum gefährlich = 1 2 3 4 5 6 7 = extrem gefährlich

Name / Nr. : Geschlecht :

Alter (in Jahren) :

Anweisung :

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Situationen aufgeführt. Geben Sie für jede Frage an, wie weit Sie ihr zustimmen bzw. wie weit Sie sie ablehnen. Um den Grad Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung besser ausdrücken zu können, stehen Ihnen jeweils 5 Stufen zur Verfügung.

Es bedeuten :

- 1 = Ja
- 2 = eher Ja als Nein
- 3 = unentschieden
- 4 = eher Nein als Ja
- 5 = Nein

Machen Sie bitte um die Ziffer einen Kreis, die Ihrer Meinung am besten entspricht. Vergessen Sie keine Frage, beantworten Sie die Fragen der Reihe nach und möglichst spontan.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Würden Sie die Geschwindigkeitsbegrenzung überschreiten, um schnell eine wichtige Medizin für einen Schwerkranken zu holen ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Würden Sie bei gutem Verdienst an einer gefährlichen, längeren Forschungsexpedition teilnehmen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Würden Sie sich einem bewaffneten Einbrecher auf der Flucht in den Weg stellen ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Würden Sie auf dem Trittbrett eines Güterwagens mitfahren, auch wenn der Zug streckenweise über 100 Stundenkilometer fährt ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Würden Sie als erster über einen fest zugefrorenen Fluß gehen ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Würden Sie einem Freund eine größere Geldsumme leihen, auch wenn es nicht ganz sicher ist, daß er das Geld zurückgeben kann ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Würden Sie mit einem Tierbändiger, der Ihnen versichert, daß es nicht gefährlich sei, in einen Löwenkäfig hineingehen ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Würden Sie sich zutrauen, die Außenleiter eines hohen Fabrikschornsteins hochzuklettern ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Könnten Sie auch ohne Übung ein Segelboot bedienen ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Würden Sie einen Fallschirmabsprung wagen, ohne daß Sie in Gefahr sind ? 1 2 3 4 5
11. Würden Sie es riskieren, einem durchgehenden Pferd in die Zügel zu fallen ? 1 2 3 4 5
13. Würden Sie mit einem Bekannten eine Autotour unternehmen, wenn dieser vor kurzer Zeit einen schweren Unfall verursacht hätte ? 1 2 3 4 5
14. Würden Sie aus 10 Meter Höhe in ein Sprungtuch der Feuerwehr springen ? 1 2 3 4 5
15. Würden Sie, um von einer langwierigen Krankheit zu genesen, sich einer lebensgefährlichen Operation unterziehen ? 1 2 3 4 5
16. Würden Sie von einem Lastwagen abspringen, der 50 Stundenkilometer fährt ? 1 2 3 4 5
17. Würden Sie ausnahmsweise mit 7 Personen einen Aufzug benutzen, der nur für 5 Personen zugelassen ist ? 1 2 3 4 5
18. Würden Sie, um eine größere Geldsumme zu gewinnen, mit geschlossenen Augen über eine belebte Kreuzung gehen ? 1 2 3 4 5
19. Würden Sie eine lebensgefährliche Arbeit durchführen, wenn Sie dafür eine hohe Geldprämie erhielten ? 1 2 3 4 5
20. Würden Sie auf Anweisung eines Vorgesetzten einen lebensgefährlichen Starkstromdraht anfassen, wenn der Vorgesetzte sagte, daß der Strom ausgeschaltet sei ? 1 2 3 4 5
21. Würden Sie sich nach genauer vorheriger Erklärung zutrauen, allein einen Hubschrauber zu fliegen ? 1 2 3 4 5
22. Würden Sie sich zutrauen, ohne Geld und Paß von Frankfurt am Main nach Paris zu kommen ? 1 2 3 4 5

Auf den folgenden Seiten haben wir einige alltägliche Situationen zusammengestellt, die sicherlich jeder von uns schon einmal erlebt hat, oder in die man jedenfalls leicht geraten kann. Bei jeder Situation sind 4 Möglichkeiten angegeben, wie man sich verhalten könnte. Versetzen Sie sich nun bitte in die Lage des Betreffenden und kreuzen Sie an, was Sie selbst in der Situation tun würden. Selbstverständlich kann man sich jedesmal nur für eine einzige Möglichkeit entscheiden, also auch jeweils nur eine ankreuzen.

Ein Beispiel :

Sibylle geht spät abends vom Besuch bei einer Freundin nach Hause. Die Straßen sind schon menschenleer, und sie beeilt sich, um heimzukommen. Da hört sie plötzlich laute Hilferufe aus einer Nebenstraße.

An Sibylles Stelle würde ich jetzt

- a) hinlaufen, um zu sehen, ob ich helfen kann
- b) schnell weglaufen, um nicht selbst in Gefahr zu geraten
- c) ein Telefonhäuschen suchen und die Polizei anrufen
- d) im nächsten Haus klingeln und Hilfe holen.

Es stehen also 4 Möglichkeiten zur Auswahl, und man kreuzt diejenige an, die angibt, was man selbst an Sibylles Stelle tun würde.

Bitte seien Sie ehrlich ! Suchen Sie nicht nach dem "besten" oder dem "richtigen" Verhalten, sondern geben Sie wahrheitsgemäß an, was Sie selbst in der betreffenden Situation wahrscheinlich tun würden. Denken Sie daran, daß Ihr Name überhaupt nicht genannt wird, wir wollen also gar nicht wissen, von wem eine bestimmte Antwort stammt. Dies ist eine wissenschaftliche Untersuchung und hat mit der Schule nichts zu tun.

Sind hierzu noch irgendwelche Fragen ?

Dann fangen Sie bitte an und bearbeiten Sie sorgfältig eine Situation nach der anderen, ohne eine auszulassen. Machen Sie Ihr Kreuz immer in das Kästchen, das anzeigt, wie Sie selbst sich verhalten würden. Machen Sie bitte kein Kreuz an anderen Stellen und schreiben Sie auch nichts aufs Blatt.

Si. 1.

1. Nachdem Monika eine schwere Grippe überstanden hat und eine Woche lang im Bett gelegen hat, kann sie nun endlich wieder aufstehen und mit ihren Freundinnen zusammenkommen. Ihre Mutter hat sie davor gewarnt, sich allzu sehr körperlich anzustrengen, da sonst ein Rückfall eintreten könnte. Nachdem sie zweimal im Schwimmbad war, spürt sie abends ein Kratzen im Hals, und auch das Schlucken macht ihr Schwierigkeiten.

An Monikas Stelle würde ich jetzt

- a) meiner Mutter Bescheid sagen, damit rechtzeitig etwas dagegen getan wird
- b) in der Hausapotheke nach Tabletten suchen, um die Schmerzen zu beseitigen
- c) der Mutter nichts sagen, um nicht wieder ins Bett zu müssen
- d) erst einmal abwarten, ob es nicht von selbst wieder besser wird

2. Hildegard hat sich zu einem Beatkonzert verabredet. Es ist eine sehr gute Kapelle, die nur diesen einen Abend in der Stadt ist und sie freut sich schon lange darauf. Am Nachmittag jedoch bekommt sie heftige Leibscherzen. Sie hat schon einmal etwas von Blinddarmentzündung gehört und weiß, daß diese Krankheit gefährlich sein kann.

An Hildegards Stelle würde ich

- a) eine schmerzstillende Tablette nehmen und das Konzert besuchen
- b) meine Mutter um Rat fragen und mich danach richten
- c) abwarten, ob die Schmerzen bis zum Abend nicht besser werden
- d) das Konzert nicht besuchen, sondern den Arzt anrufen

Si 1

3. Der Schulzahnarzt untersucht wieder einmal alle Schülerinnen. Als er Erikas Zähne genau nachgesehen hat, macht er sie darauf aufmerksam, daß einige Stellen ausgebessert werden müßten. Sie solle also möglichst bald zur Behandlung zum Zahnarzt gehen, weil die Schäden sonst größer werden könnten. Erika weiß, daß die Behandlung beim Zahnarzt ziemlich schmerzhaft sein kann.

An Erikas Stelle würde ich jetzt

- a) mich danach richten, was meine Eltern dazu sagen
- b) regelmäßiger und gründlicher die Zähne putzen
- c) in den nächsten Tagen zu einem Zahnarzt in die Sprechstunde gehen
- d) erst einmal abwarten, ob Zahnschmerzen auftreten

4. Karin muß seit einer Woche mit einer schweren Erkältung im Bett liegen. Übermorgen soll die Klasse für 14 Tage ins Schullandheim fahren. Sie würde diesmal ganz besonders gerne dabei sein, weil es die letzte Fahrt vor der Schulentlassung ist. Ihre Schulfreundinnen möchten auch, daß sie mitkommt und rufen oft an, um zu erfahren, ob es ihr schon besser geht. Karins Mutter sagt, sie dürfe mitfahren, wenn sie zwei Tage lang kein Fieber hätte.

Wenn ich Karin wäre, würde ich

- a) die zwei Tage abwarten
- b) das Fieber nicht richtig messen, so daß das Thermometer nicht richtig anzeigt
- c) nicht mitfahren, um die anderen Schülerinnen nicht anzustecken
- d) nicht mitfahren, um keinen Rückfall zu riskieren

Si 1

5. Ingrid will sich in den Sommerferien Geld verdienen, um ihre Garderobe etwas aufzubessern. Sie könnte in einem großen Kaufhaus als Packerin arbeiten, dabei sind Kartons und Kisten zu packen und man muß ziemlich schwer heben. Allerdings wird diese Arbeit auch mit DM 4,-- pro Stunde bezahlt, und der Lohn würde sicher für einen neuen Mantel, Pullover und Schuhe reichen. Wahrscheinlich würde sogar noch etwas für Schallplatten übrigbleiben. - Andererseits könnte sie auch bei der Post Briefe sortieren, dabei kann man sitzen, und es ist bei weitem nicht so anstrengend. Dafür beträgt der Lohn auch nur DM 2,50 pro Stunde, und Ingrid müßte einige Wünsche zurückstellen.

Wenn ich an Ingrids Stelle wäre, würde ich

- a) die leichtere Arbeit bei der Post übernehmen, um mich nicht körperlich zu überanstrengen
- b) die schwerere Arbeit im Kaufhaus übernehmen, um mir die Kleidungsstücke und die Schallplatten kaufen zu können
- c) meine Mutter fragen und mich danach richten, was sie sagt
- d) versuchsweise die schwere Arbeit übernehmen und sehen, ob ich sie aushalten kann

6. Wenn Ulrike mit ihren Freundinnen und Freunden zum Tanzen ausgeht oder sich mit ihnen trifft, um Schallplatten zu hören, raucht sie des öfteren auch Zigaretten, die ihr angeboten werden. Das gehört einfach zur gemütlichen Stimmung dazu, und außerdem rauchen fast alle. Neuerdings kauft sie sich auch schon mal eine Packung, und eines Tages findet ihre Mutter beim Putzen in Ulrikes Zimmer die angebrochene Zigaretenschachtel. Abends spricht sie mit ihrer Tochter darüber und erklärt ihr auch, daß das Rauchen gerade für Mädchen und Frauen nicht gut ist und zu Schädigungen der Gesundheit führen kann.

Wenn ich Ulrike wäre, würde ich jetzt

- a) erst einmal weiterräumen, um zu sehen, ob solche schädigenden Folgen wirklich eintreten
- b) weiterhin rauchen, um kein Spielverderber zu sein und vielleicht die Stimmung zu stören
- c) weiterhin rauchen, aber gut aufpassen, daß die Zigaretten nicht mehr herumliegen
- d) nicht mehr rauchen, weil es für die Gesundheit ungünstig sein kann

Si I

7. Als Sigrid aus den Ferien nach Hause kommt, stellt sie erschreckt fest, daß sie 9 Pfund zugenommen hat. Die Röcke und Kleider passen nicht mehr richtig, sondern sind viel zu eng geworden und drücken.

An Sigrids Stelle würde ich jetzt

- a) mich in einem Schlankheitsinstitut behandeln lassen
- b) eine "Hungerkur" machen
- c) mir von einem Arzt einen Ernährungsplan aufstellen lassen
- d) eine Schlankheitskur mit Tabletten machen

Auf den folgenden Seiten haben wir einige alltägliche Situationen zusammengestellt, die sicherlich jeder von uns schon einmal erlebt hat, oder in die man jedenfalls leicht geraten kann. Bei jeder Situation sind 4 Möglichkeiten angegeben, wie man sich verhalten könnte. Versetzen Sie sich nun bitte in die Lage des Betreffenden und kreuzen Sie an, was Sie selbst in der Situation tun würden.

Selbstverständlich kann man sich jedesmal nur für eine einzige Möglichkeit entscheiden, also auch jeweils nur eine ankreuzen.

Ein Beispiel :

Harald geht spät abends vom Besuch bei einem Freund nach Hause. Die Straßen sind schon menschenleer und er beeilt sich, um heimzukommen. Da hört er plötzlich laute Hilferufe aus einer Nebenstraße

An Haralds Stelle würde ich jetzt

- a) hinlaufen, um zu sehen, ob ich helfen kann
- b) schnell weglaufen, um nicht selbst in Gefahr zu geraten
- c) ein Telefonhäuschen suchen und die Polizei anrufen
- d) im nächsten Haus klingeln und Hilfe holen.

Es stehen also 4 Möglichkeiten zur Auswahl und man kreuzt diejenige an, die angibt, was man selbst an Haralds Stelle tun würde.

Bitte seien Sie ehrlich ! Suchen Sie nicht nach dem "besten " oder dem "richtigen" Verhalten, sondern geben Sie wahrheitsgemäß an, was Sie selbst in der betreffenden Situation wahrscheinlich tun würden. Denken Sie daran, daß Ihr Name überhaupt nicht genannt wird, wir wollen also gar nicht wissen, von wem eine bestimmte Antwort stammt. Dies ist eine wissenschaftliche Untersuchung und hat mit der Schule nichts zu tun.

Sind hierzu noch irgendwelche Fragen ?

Dann fangen Sie bitte an und bearbeiten Sie sorgfältig eine Situation nach der anderen, ohne eine auszulassen. Machen Sie Ihr Kreuz immer in das Kästchen, das anzeigt, wie Sie selbst sich verhalten würden. Machen Sie bitte kein Kreuz an anderen Stellen und schreiben Sie auch nichts aufs Blatt.

Si I

1. Nachdem Rolf eine schwere Grippe überstanden hat und eine Woche lang im Bett lag, kann er nun endlich wieder aufstehen und mit seinen Freunden zusammenkommen. Seine Mutter hat ihn davor gewarnt, sich allzu sehr körperlich anzustrengen, da sonst ein Rückfall eintreten könnte. Nachdem er zweimal im Schwimmbad war, spürt er abends ein Kratzen im Hals, und auch das Schlucken macht ihm Schwierigkeiten.

An Rolfs Stelle würde ich jetzt

- a) meiner Mutter Bescheid sagen, damit rechtzeitig etwas getan wird
- b) in der Hausapotheke nach Tabletten suchen, um die Schmerzen zu beseitigen
- c) der Mutter nichts sagen, um nicht wieder ins Bett zu müssen
- d) erst einmal abwarten, ob es nicht von selbst wieder besser wird

2. Ulrich hat sich zu einem Beatkonzert verabredet. Es ist eine sehr gute Kapelle, die nur an diesem einen Abend in der Stadt ist, und er freut sich schon lange darauf. Am Nachmittag jedoch bekommt er heftige Leibschmerzen, Er hat schon einmal etwas von Bilddarmentzündung gehört und weiß, daß diese Krankheit gefährlich sein kann.

An Ulrichs Stelle würde ich

- a) eine schmerzstillende Tablette nehmen und das Konzert besuchen
- b) meine Mutter um Rat fragen und mich , danach richten
- c) abwarten, ob die Schmerzen bis zum Abend nicht besser werden
- d) das Konzert nicht besuchen, sondern den Arzt anrufen

Si 1

3. Der Schulzahnarzt untersucht wieder einmal alle Schüler. Als er Bernds Zähne genau nachgesehen hat, macht er ihn darauf aufmerksam, daß einige Stellen ausgebessert werden müßten. Er solle also möglichst bald zur Behandlung zum Zahnarzt gehen, weil die Schäden sonst größer werden könnten. Bernd weiß, daß die Behandlung beim Zahnarzt schmerzhaft sein kann.

An Bernds Stelle würde ich jetzt

- a) mich danach richten, was meine Eltern dazu sagen
- b) regelmäßiger und gründlicher die Zähne putzen
- c) in den nächsten Tagen zu einem Zahnarzt in die Sprechstunde gehen
- d) erst einmal abwarten, ob Zahnschmerzen auftreten

4. Rainer muß seit einer Woche mit einer schweren Erkältung im Bett liegen. Übermorgen soll die Klasse für 14 Tage ins Schullandheim fahren. Er würde diesmal ganz besonders gerne dabei sein, weil es die letzte Fahrt vor der Schulentlassung ist. Seine Schulfreunde möchten auch, daß er mitkommt und rufen oft an, um zu hören, ob es ihm schon besser geht. Rainers Mutter sagt, er dürfe mitfahren, wenn er zwei Tage lang kein Fieber hätte.

Wenn ich Rainer wäre, würde ich

- a) zwei Tage abwarten
- b) das Fieber nicht richtig messen, so daß das Thermometer nicht richtig anzeigt
- c) nicht mitfahren, um die anderen Schüler nicht anzustecken
- d) nicht mitfahren, um keinen Rückfall zu riskieren

Si I

5. Herbert will sich in den Sommerferien etwas Geld verdienen, um sich ein Moped kaufen zu können. Er kann Arbeit in einer Getränkefabrik bekommen, wo er täglich schwere Limonaden- und Bierkästen verladen muß. Allerdings bezahlen sie dort DM 4,-- pro Stunde, und der Lohn würde für das Moped reichen. Andererseits könnte er auch bei der Post Telegramme austragen, was körperlich wesentlich leichter wäre, aber natürlich auch bloß DM 2,50 pro Stunde einbrächte. Das Moped würde dann wohl noch einige Zeit warten müssen. - Herbert ist mittelgroß, kein besonders guter Sportler und nicht sehr kräftig.

Wenn ich an Herberts Stelle wäre, würde ich

- a) die leichtere Arbeit bei der Post übernehmen, um mich nicht körperlich zu überanstrengen
- b) die schwere Arbeit bei der Getränkefirma übernehmen, um mir bald das Moped kaufen zu können
- c) meinen Vater fragen und mich danach richten, was er sagt
- d) versuchsweise die schwere Arbeit übernehmen und sehen, ob ich sie aushalten kann

6. Zusammen mit einigen Freunden hat Siegfried das Rauchen angefangen.

Wenn sie sich nachmittags treffen, bieten sie sich gegenseitig Zigaretten an. Eines Tages beobachtet Siegfrieds Vater diese Sache und unterhält sich abends mit seinem Sohn. Er verbietet ihm das Rauchen nicht, erzählt ihm aber von den Gefahren für die Gesundheit, die damit verbunden sein können.

Wenn ich Siegfried wäre, würde ich jetzt

- a) erst einmal weiterräumen, um zu sehen, ob solche schädlichen Folgen wirklich eintreten
- b) weiterhin rauchen, um von den Freunden nicht als Feigling betrachtet zu werden
- c) weiterhin rauchen, aber gut aufpassen, daß der Vater es nicht noch einmal merkt
- d) das Rauchen aufgeben, weil es für die Gesundheit ungünstig sein kann

Si 1

7. Jürgen war in den Ferien bei Verwandten auf dem Lande. Als er zurückkommt, macht ihn seine Mutter darauf aufmerksam, daß sein Gesicht voller Pickel ist. Auch nach einer Woche sind es nicht weniger geworden, und in der Schule fällt er deswegen sehr auf ; die anderen machen sich über ihn lustig.

An Jürgens Stelle würde ich jetzt

- a) mich in einem Kosmetiksalon behandeln lassen
- b) erst einmal abwarten, ob die Pickel nicht von selbst verschwinden
- c) mich von einem Arzt beraten lassen
- d) die Pickel mit einer Nadel öffnen und ausdrücken

EINSTELLUNG ZUR GESUNDHEITSINDIFFERENZ (IND)

Anweisung:

Wir haben hier eine Reihe von Äußerungen gesammelt, die wohl jeder schon einmal gehört hat. Wir möchten nun gern herausfinden, was die Jugendlichen wirklich darüber denken.

Um die Stellungnahme zu erleichtern, haben wir für jeden Satz zwei Skalen der Zustimmung und drei Stufen der Ablehnung vorgesehen. Bitte machen Sie jeweils ein Kreuz in das Kästchen, das Ihre Meinung richtig wiedergibt.

Nehmen wir einmal diesen Satz

Im Radio sollte viel mehr Beatmusik gespielt werden als bisher

Ablehnung

lehne vollk. ab	lehne ab	lehne schwach ab

Zustimmung

stimme schwach zu	stimme zu	stimme vollk. zu
+1		

Angenommen, Sie stimmen dieser Äußerung sehr stark zu, dann würden Sie Ihr Kreuz in das Kästchen ganz rechts "stimme vollkommen zu, +3" setzen.

Noch ein zweites Beispiel:

Ablehnung

lehne vollk. ab	lehne ab	lehne schwach ab
-3	-2	-1

Zustimmung

stimme schwach zu	stimme zu	stimme vollk. zu
+1	+2	+3

Auch am Nachmittag sollte Schulunterricht gehalten werden

Angenommen, Sie sind eher anderer Meinung, dann würden Sie das Kreuz in den Kästchen "lehne schwach ab, -1" setzen. Wenn Sie diesen Satz noch mehr ablehnen, dann kreuzen Sie "-2" an, und wenn Sie ihn ganz stark ablehnen, gehört das Kreuz in das Kästchen "lehne vollkommen ab, -3". Sie sehen, daß man immer mehrere Möglichkeiten hat, um zum Ausdruck zu bringen, wie weit man einem Satz zustimmt oder wie stark man ihn ablehnt; man kann einer Äußerung schwach, mittel und stark zustimmen, oder sie in drei Abstufungen ablehnen.

Lesen Sie bitte jetzt die folgenden Äußerungen der Reihe nach sorgfältig durch und vermerken Sie gleich, ob Sie zustimmen oder anderer Ansicht sind. Halten Sie sich nicht zu lange bei einem Satz auf und lassen Sie vor allen Dingen keinen aus. Es hat auch keinen Sinn, beim Nachbarn abzuschreiben, weil es hier ja keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt, Es geht nur darum, Ihre ganz persönliche Meinung zu erfahren.

Ablehnung

Zustimmung

1. Für Jugendliche gibt es interessantere Dinge, als dauernd auf gesundheitlich richtiges Verhalten zu achten
2. Das Fach "Gesundheitserziehung" sollte als Pflichtunterricht in den Schulen eingeführt werden
3. Ob man als Jugendlicher für seine Gesundheit etwas tun muß oder nicht, weiß man selbst am besten
4. Jugendliche haben wahrhaftig andere Probleme als darüber nachzudenken, ob sie sich auch gesundheitlich richtig verhalten
5. Man soll die Jugendlichen mit den Appellen zu gesundheitsgemäßem Verhalten in Ruhe lassen
6. Wenn man alles beachten wollte, was als gesundheitsschädlich bezeichnet wird, hätte man kaum noch eine Freude im Leben
7. Es ist schon etwas dran, wenn man sagt, daß man in späteren Jahren für seine gesundheitlichen "Jugendsünden" büßen muß
8. Ob man für seine Gesundheit etwas tut oder nicht, geht nur einen selbst etwas an
9. Früher sind die Menschen auch steinalt geworden, ohne daß es eine Gesundheitserziehung gegeben hat
10. Auch in der Jugend sollte man auf einen Genuß verzichten, der vielleicht der eigenen Gesundheit schaden kann
11. Wer von Jugendlichen erwartet, sie sollten in allen Dingen auf ihre Gesundheit achten, zeigt damit nur, daß er wenig Verständnis für die Jugend hat
12. Ich finde es lächerlich, wenn andere mir vorschreiben wollen, was ich für meine Gesundheit tun soll

Ablehnung <i>lehne vollkommen ab</i>	Ablehnung <i>lehne ab</i>	Ablehnung <i>lehne schwach ab</i>
-3	-2	-1

Zustimmung <i>stimme schwach zu</i>	Zustimmung <i>stimme zu</i>	Zustimmung <i>stimme vollkommen zu</i>
+1	+2	+3

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

Ablehnung

Zustimmung

13. Die Erfahrung zeigt, daß der Mensch in der Jugend viel aushalten kann, ohne gleich seine Gesundheit in Gefahr zu bringen

<i>lehne vollkommen ab</i>	<i>lehne ab</i>	<i>lehne schwach ab</i>
-3	-2	-1

<i>stimme schwach zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme vollkommen zu</i>
+1	+2	+3

14. Man sollte Jugendliche noch viel besser darüber informieren, was sie im Interesse ihrer Gesundheit beachten müssen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

15. Wer immer zuerst überlegt, ob eine Sache vielleicht schädlich für die Gesundheit sein könnte, macht sich das Leben unnötig schwer

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

16. Warum sollten sich Jugendliche für gesundheitliche Fragen besonders interessieren, wenn selbst Erwachsene daran wenig Interesse zeigen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

17. Bei den großen Fortschritten der Medizin ist das Risiko eines gesundheitsschädigenden Verhaltens heutzutage nicht mehr so groß

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

18. Wer zuviel an seine Gesundheit denkt, bringt sich um die besten Genüsse

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

19. Man kann es keinem Jugendlichen übelnehmen, wenn er zuerst an sein Vergnügen denkt und erst in zweiter Linie an seine Gesundheit

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

20. Es gibt im Leben eines jungen Menschen vieles, was wichtiger ist als ausgerechnet die Gesundheit

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

21. Wer die Jugend immer an die Gesundheit erinnert, gönnt ihr das freie Leben nicht

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

22. Man muß doch zugeben, daß viele Menschen uralt geworden sind, die auf ihre Gesundheit ihr ganzes Leben lang nie besonders geachtet haben

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

GESUNDHEITSRISKANTES VERHALTEN (GRV)

Anweisung:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Feststellungen, indem Sie das für Sie Zutreffende unterstreichen.

Bitte arbeiten Sie möglichst rasch und ohne lange zu überlegen.

1. Ich befolge die Vorschriften des Arztes auch dann,
wenn meine Mutter einmal vergißt, darauf zu
achten stimmt | stimmt nicht
2. Erst wenn ich mich richtig schwer krank fühle,
mache ich meine Eltern darauf aufmerksam stimmt | stimmt nicht
3. Wenn ich Sport treibe oder in den Ferien Geld
verdiene, nehme ich auf meine Gesundheit
wenig Rücksicht stimmt | stimmt nicht
4. Wenn ich irgendwelche Beschwerden verspüre,
so sage ich dies immer gleich meiner Mutter,
damit etwas dagegen getan wird stimmt | stimmt nicht
5. Ich lasse mich nur dann zum Arzt schicken,
wenn es gar nicht anders geht stimmt | stimmt nicht
6. Wenn ich mich krank fühle, so sage
ich meinen Eltern nichts davon, sondern
warte erst einmal, ob es vorbei geht stimmt | stimmt nicht
7. Ich verhalte mich immer so, wie es für
meine Gesundheit am besten ist stimmt | stimmt nicht
8. Auch wenn ich merke, daß ich Fieber
habe, sage ich manchmal meiner
Mutter nichts davon stimmt | stimmt nicht
9. Auch bei leichteren Krankheiten lasse
ich mich von meinen Eltern ohne
Widerspruch zum Arzt schicken stimmt | stimmt nicht
10. Medikamente, die mir der Arzt ver-
schrieben hat, nehme ich stets pünktlich
und regelmäßig, selbst wenn meine
Mutter einmal nicht darauf achtet stimmt | stimmt nicht

11. Nach einer Krankheit stehe ich manchmal schon wieder aus dem Bett auf, bevor ich richtig auskuriert bin stimmt | stimmt nicht
12. Ich gehe manchmal mit meiner Gesundheit ziemlich leichtsinnig um stimmt | stimmt nicht
13. Ich putze mir regelmäßig morgens und abends die Zähne stimmt | stimmt nicht
14. Bei nassem und kaltem Wetter ziehe ich mich manchmal nicht warm genug an stimmt | stimmt nicht
15. Auch wenn ich stark erkältet bin, lasse ich mich normalerweise nicht davon abhalten, meinen Vergnügungen nachzugehen stimmt | stimmt nicht

EINSTELLUNG ZUR RATIONALITÄT (Ra)

Anweisung:

Auf den folgenden Seiten finden Sie wieder einige Äußerungen und Behauptungen, zu denen Sie Ihre Meinung äußern sollen. Sie haben auch wieder drei Stufen der Ablehnung und drei Stufen der Zustimmung zur Verfügung. Lesen Sie bitte wieder jeden Satz aufmerksam durch und kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Meinung zu der betreffenden Äußerung richtig wiedergibt. Denken Sie auch daran, keinen Satz auszulassen.

Wenn Ihnen einmal eine Entscheidung schwerfällt, dann lesen Sie den Satz nochmals sorgfältig und erinnern Sie sich daran, daß es uns darum geht, Ihre persönliche Meinung zu erfahren.

Ablehnung

Zustimmung

1. In der Medizin muß man ebenso wie in der Religion an die Wirksamkeit von Wundern glauben

<i>lehne völlig ab</i>	<i>lehne ab</i>	<i>lehne schwach ab</i>
-3	-2	-1

<i>stimme schwach zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme völlig zu</i>
+1	+2	+3

2. Die Persönlichkeit des Arztes ist für den Heilerfolg wichtiger als sein medizinisches Wissen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

3. Die Medizin ist eigentlich keine Wissenschaft, die man erlernen kann, sondern eine Kunst, für die man begabt sein muß

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

4. Menschliches Verständnis ist für einen Arzt viel wichtiger als ein langwieriges medizinisches Studium

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

5. Schon mancher, dem sie wissenschaftliche Medizin nicht helfen konnte, ist durch eine Wunderheilung gesund geworden

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

6. Zum Arzt muß man geboren sein, die wissenschaftliche Ausbildung an der Universität genügt nicht

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

7. Nur die Behandlung durch einen wissenschaftlich geschulten Arzt kann eine Gesundung herbeiführen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

8. Auch die medizinische Wissenschaft könnte von Kräuterfrauen und Schäfern noch manches lernen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

9. Ein guter Arzt verläßt sich mehr auf seinen gesunden Menschenverstand als auf sein Wissen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

10. Die Fähigkeit, Kranke zu heilen, ist eigentlich mehr eine Gabe Gottes als ein Beruf wie jeder andere auch

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

Ablehnung

Zustimmung

11. Die Medizin täte gut daran, die heilenden Kräfte der Natur wieder stärker zu berücksichtigen statt der chemischen Medikamente

<i>lehne völlig ab</i>	<i>lehne ab</i>	<i>lehne etwas ab</i>
-3	-2	-1

<i>stimme völlig zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme etwas zu</i>
+1	+2	+3

12. Eines Tages wird die medizinische Wissenschaft alle Vorgänge im Körper erklären können

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

13. Der Arzt erzielt seine Heilerfolge vor allem durch seine Qualitäten als Mensch

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

14. In der Medizin gibt es keine Wunder, alles kann vernünftig erklärt werden

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

15. Die gründliche Ausbildung allein kann die Heilerfolge eines Arztes auch nicht herbeiführen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

16. Wenn die Medizin auch eine Wissenschaft ist, kann man sich doch nicht vollkommen auf sie verlassen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

17. Jeder Mensch hat das Zeug zu einem guten Arzt, wenn er nur ein Medizin-studium erfolgreich abschließt

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

18. Viele der alten Hausmittel sind der wissenschaftlichen Medizin in ihrer Heilwirkung immer noch weit überlegen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

19. Ein guter Arzt könnte auch dann viele Menschen heilen, wenn er nicht studiert hätte

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

PERSÖNLICHE vs STAATLICHE GESUNDHEITSVERANTWORTUNG

Anweisung:

Wir haben hier eine Reihe von Äußerungen gesammelt, die wohl jeder schon einmal gehört hat. Wir möchten nun gern herausfinden, was die Jugendlichen wirklich darüber denken.

Um die Stellungnahme zu erleichtern, haben wir für jeden Satz drei Stufen der Zustimmung und drei Stufen der Ablehnung vorgesehen. Bitte machen Sie jeweils ein Kreuz in das Kästchen, das Ihre Meinung richtig wiedergibt.

Nehmen wir einmal diesen Satz:

Im Radio sollte viel mehr Beatmusik gespielt werden als bisher

Ablehnung			Zustimmung		
lehne vollk. ab	lehne ab	lehne schwach ab	stimme schwach zu	stimme zu	stimme vollk. zu
-3	-2	-1	+1	+2	+3

Angenommen, Sie stimmen dieser Äußerung sehr stark zu, dann würden Sie Ihr Kreuz in das Kästchen ganz rechts "stimme vollkommen zu, +3" setzen.

Noch ein zweites Beispiel:

Auch am Nachmittag sollte Schulunterricht gehalten werden

Ablehnung			Zustimmung		
lehne vollk. ab	lehne ab	lehne schwach ab	stimme schwach zu	stimme zu	stimme vollk. zu
-3	-2	-1	+1	+2	+3

Angenommen, Sie sind eher anderer Meinung, dann würden Sie das Kreuz in den Kasten "lehne schwach ab, -1" setzen. Wenn Sie diesen Satz noch mehr ablehnen, dann kreuzen Sie "-2", und wenn Sie ihn ganz stark ablehnen, gehört das Kreuz in das Kästchen "lehne vollkommen ab, -3".

Sie sehen, daß man immer mehrere Möglichkeiten hat, um zum Ausdruck zu bringen, wie weit man einem Satz zustimmt oder wie stark man ihn ablehnt; man kann einer Äußerung schwach, mittel und stark zustimmen, oder sie in drei Abstufungen ablehnen.

Lesen Sie bitte jetzt die folgenden Äußerungen der Reihe nach sorgfältig durch und vermerken Sie gleich, ob Sie zustimmen oder anderer Ansicht sind. Halten Sie sich nicht zu lange bei einem Satz auf und lassen Sie vor allen Dingen keinen aus. Es hat auch keinen Sinn, beim Nachbarn abzuschreiben, weil es hier keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt. Es geht nur darum, Ihre ganz persönliche Meinung zu erfahren.

Ablehnung

Zustimmung

1. Der Staat sollte gesetzlich vorschreiben, daß sich jeder Bürger einmal im Jahr einer ärztlichen Untersuchung unterziehen muß

<i>lehne völlig ab</i>	<i>lehne ab</i>	<i>lehne schwach ab</i>
-3	-2	-1

<i>stimme schwach zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme völlig zu</i>
+1	+2	+3

2. Jeder einzelne ist für seine Gesundheit allein selbst verantwortlich, der Staat sollte da nicht hineingereden

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

3. Da die meisten Menschen träge und nachlässig sind, können nur staatliche Vorschriften den Gesundheitszustand der Bevölkerung heben

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

4. Staatliche Vorschriften und Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsüberwachung bedeuten einen Eingriff in das Privatleben und sind deshalb abzulehnen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

5. Staatliche Gesundheitsfürsorge ist ein wesentlicher Bestandteil der Demokratie

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

6. Staatliche Gesundheitsmaßnahmen zerstören das Vertrauen zwischen Arzt und Patient

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

7. Der Staat sollte auf dem Gebiet der Gesundheit nur beraten und Empfehlungen geben, aber keine Vorschriften machen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

8. Der Staat muß schon deswegen eingreifen, weil die meisten Menschen mit ihrer eigenen Gesundheit viel zu leichtsinnig umgehen

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

9. Es muß ausschließlich jedem einzelnen überlassen bleiben, wie er für seine Gesundheit sorgt

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

10. Wenn der Gesundheitszustand der Bevölkerung schlecht ist, so ist vor allem der Staat schuld, weil er zu wenig Vorbeugung und Heilung unternimmt

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

11. Der Staat hat die Pflicht, Vorschriften auf dem Gebiet der Gesundheit zu erlassen, weil durch die Nachlässigkeit eines einzelnen viele andere gefährdet werden

-3	-2	-1
----	----	----

+1	+2	+3
----	----	----

Ablehnung

Zustimmung

	Ablehnung			Zustimmung		
	lehne vollk. ab	lehne ab	lehne schwach ab	stimme schwach zu	stimme zu	stimme vollk. zu
2. Staatliche Pflichtuntersuchungen sind im allgemeinen oberflächlich und wenig nützlich	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3. Alle Gesetze und Vorschriften auf dem Gebiet der Gesundheit dienen dem Wohl jedes einzelnen und sind deshalb vorbehaltlos zu begrüßen	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4. Wenn jemand seine Gesundheit vernachlässigt, so ist das seine Privatsache und die Regierung hat sich nicht darum zu kümmern	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5. Gesetze und Vorschriften sind im Bereich der Gesundheitsvorsorge noch wichtiger als auf dem Gebiet des Straßenverkehrs	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6. Durch jede staatliche Gesundheitsmaßnahme wird unnötig Zwang auf den einzelnen ausgeübt	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7. Staatliche Gesundheitsmaßnahmen machen den Bürger nur noch unselbständiger	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8. Man muß die Menschen zu ihrer Gesundheit zwingen, wenn sie zu unvernünftig sind, freiwillig etwas dafür zu tun	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9. Auch wenn der Schularzt öfter käme, wäre das für den einzelnen Schüler kaum von Vorteil	-3	-2	-1	+1	+2	+3
10. Wenn der Staat Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheit ergreift, bleibt für die eigene Initiative des Bürgers kein Raum mehr	-3	-2	-1	+1	+2	+3
1. Viele Gesundheitsprobleme wären längst beseitigt, wenn der Staat energischer durchgreifen würde	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2. Da dem Staat durch Krankheit und Arbeitsausfall große Kosten entstehen, hat er auch das Recht, die Gesundheit der Bürger zu beaufsichtigen	-3	-2	-1	+1	+2	+3

MANIFESTE ANGST (CMAS)

Anweisung:

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen, die sich von denen unterscheiden, die normalerweise in der Schule gestellt werden. Die Fragen sind deshalb verschieden, weil es keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Wenn Sie eine Frage genau gelesen haben, machen Sie bitte einen Kreis um das "Ja" oder um das "Nein".

Wie Sie gleich sehen werden, geht es bei den Fragen darum, wie Sie empfinden, was Sie fühlen oder denken, was für Gewohnheiten Sie haben. Bekanntlich denken und empfinden die Menschen verschieden. So kann Ihr Nachbar eine Frage mit "ja" beantworten, die Sie mit "nein" beantworten, oder vielleicht auch umgekehrt. Ihre Antwort hängt davon ab, wie Sie persönlich empfinden oder denken.

Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, fragen Sie bitte. Achten Sie auch darauf, keine Frage auszulassen und bearbeiten Sie eine Frage nach der anderen.

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Sind Sie manchmal betrübt darüber, daß andere besser oder attraktiver aussehen als Sie selbst? | ja | nein |
| 2. Erschrecken Sie vor solchen Tieren wie Schlangen ? | ja | nein |
| 3. Finden Sie es schwierig, vor einem größeren Publikum zu sprechen ? | ja | nein |
| 4. Wenn Sie einen Posten hätten (Klassensprecher oder ähnliches), müßten Sie häufig darüber grübeln, ob Sie auch alles richtig machen ? | ja | nein |
| 5. Glauben Sie, daß Sie nervöser sind als andere ? | ja | nein |
| 6. Denken Sie manchmal, daß das Leben eine Last für Sie ist ? | ja | nein |
| 7. Halten Sie sich für empfindsamer als die meisten anderen Menschen ? | ja | nein |
| 8. Haben Sie häufig Angst um irgendetwas oder irgendjemanden ? | ja | nein |
| 9. Rechnen Sie sich zu denen, die die Dinge schwer nehmen ? | ja | nein |
| 10. Überkommt Sie manchmal das Gefühl, als häuften sich so viele Schwierigkeiten, daß Sie sie nicht überwinden könnten ? | ja | nein |
| 11. Bekommen Sie manchmal Schuldgefühle oder Gewissensbisse über ganz kleine Dinge ? | ja | nein |
| 12. Machen Sie sich häufig Sorgen über Ihre Zukunft ? | ja | nein |
| 13. Macht Ihnen öfters der Gedanke zu schaffen, daß eine Sache nicht gut ausgehen könnte ? | ja | nein |
| 14. Sind Sie meistens glücklich ? | ja | nein |
| 15. Fühlen Sie sich innerlich frei und unbeschwert ? | ja | nein |
| 16. Sind Sie oft mit sich selbst unzufrieden ? | ja | nein |
| 17. Hätten Sie Angst herunterzufallen, wenn Sie auf einer schmalen Mauer gingen ? | ja | nein |
| 18. Brauchen Sie Ihre Freunde mehr als umgekehrt ? | ja | nein |

- | | | |
|---|----|------|
| 19. Wüschtent Sie, Sie könnten so glücklich sein wie andere Leute glücklich zu sein scheinen ? | ja | nein |
| 20. Fühlen Sie sich öfters niedergeschlagen ? | ja | nein |
| 21. Haben Sie zu wenig Selbstvertrauen ? | ja | nein |
| 22. Kommen Sie sich manchmal nutzlos vor ? | ja | nein |
| 23. Weinen Sie leicht ? | ja | nein |
| 24. Passiert es Ihnen oft, daß Sie sich um etwas Sorgen machen ? | ja | nein |
| 25. Wenn Sie der Lehrer auffordert, eine Aufgabe an der Tafel zu lösen, bekommen Sie dann leicht Herzklopfen vor lauter Angst, Sie könnten sich blamieren ? | ja | nein |

WORT - BILD - TEST (WBT)

Anweisung:

Vor Euch liegt ein Blatt mit vier Bildern. Auf der Rückseite dieser Anweisung, dem Antwortbogen, findet Ihr eine Liste mit Wörtern. Jedes der Bilder ist mit einer Nummer von 1 bis 4 versehen. Auf dem Antwortbogen findet Ihr die gleichen Zahlen hinter jedem Wort.

Eure Aufgabe ist es, für jedes Wort das Bild herauszusuchen, welches zu diesem Wort am besten paßt.

Beispiel:

01. Baum 1 ~~2~~ 3 4

Hier ist die 2 durchgestrichen, weil zweifellos das Wort Baum am besten zu Bild 2 paßt, schaut Euch die vier Bilder daraufhin an.

Ein weiteres Beispiel:

02. Bier 1 2 ~~3~~ 4

Hier ist die 3 durchgestrichen, denn Bier paßt am besten zu Bild 3.

Noch einmal: für jedes auf dem Antwortbogen aufgeführte Wort sollt Ihr ein Bild heraussuchen, und zwar das Bild, das am besten paßt.

Achtet darauf, immer nur eine Zahl durchzustreichen. Wenn mehr als eine Zahl durchgestrichen ist, gilt die Antwort als falsch. Wenn Ihr ein Wort nicht kennt, oder wenn Ihr es keinem der vier Bilder zuordnen könnt, so laßt bitte die betreffende Zahlenreihe frei.

Antwortet bitte auf dem Antwortbogen immer von oben nach unten, wenn Ihr springt, vergeßt Ihr sehr leicht ein Wort.

Wer hat noch eine Frage ?

Antwortbogen - WBT 1 - Form A

- | | | | |
|--------------------|---------|-----------------|---------|
| 1. Veloziped | 1 2 3 4 | 29. Hain | 1 2 3 4 |
| 2. Manifest | 1 2 3 4 | 30. Kontor | 1 2 3 4 |
| 3. Chlorophyll | 1 2 3 4 | 31. attestieren | 1 2 3 4 |
| 4. Arnica | 1 2 3 4 | 32. Panorama | 1 2 3 4 |
| 5. idyllisch | 1 2 3 4 | 33. rustikal | 1 2 3 4 |
| 6. Delirium | 1 2 3 4 | 34. kompetent | 1 2 3 4 |
| 7. Areal | 1 2 3 4 | 35. Pegasus | 1 2 3 4 |
| 8. keimen | 1 2 3 4 | 36. Dezernat | 1 2 3 4 |
| 9. Magistrat | 1 2 3 4 | 37. gegoren | 1 2 3 4 |
| 10. Met | 1 2 3 4 | 38. Oxydation | 1 2 3 4 |
| 11. Krebs | 1 2 3 4 | 39. publik | 1 2 3 4 |
| 12. Felge | 1 2 3 4 | 40. Prinzipal | 1 2 3 4 |
| 13. Boulevard | 1 2 3 4 | 41. Attraktion | 1 2 3 4 |
| 14. Nabe | 1 2 3 4 | 42. Baret | 1 2 3 4 |
| 15. Kampagne | 1 2 3 4 | 43. Absenz | 1 2 3 4 |
| 16. Medium | 1 2 3 4 | 44. Parapluie | 1 2 3 4 |
| 17. Anger | 1 2 3 4 | 45. Graphik | 1 2 3 4 |
| 18. Kanzlist | 1 2 3 4 | 46. Reisig | 1 2 3 4 |
| 19. Prohibition | 1 2 3 4 | 47. Querulant | 1 2 3 4 |
| 20. Rezeption | 1 2 3 4 | 48. Vegetation | 1 2 3 4 |
| 21. Rain | 1 2 3 4 | 49. Ressort | 1 2 3 4 |
| 22. Aufbruch | 1 2 3 4 | 50. Tumor | 1 2 3 4 |
| 23. Bibliophilie | 1 2 3 4 | 51. Keramik | 1 2 3 4 |
| 24. Novität | 1 2 3 4 | | |
| 25. Vehikel | 1 2 3 4 | | |
| 26. Administration | 1 2 3 4 | | |
| 27. Trottoir | 1 2 3 4 | | |
| 28. Reklamation | 1 2 3 4 | | |

Anweisung WBT 1

Vor Euch liegt ein Blatt mit vier Bildern. Auf der Rückseite dieser Anweisung, dem Antwortbogen, findet Ihr eine Liste mit Wörtern. Jedes der Bilder ist mit einer Nummer von 1 bis 4 versehen. Auf dem Antwortbogen findet Ihr die gleichen Zahlen hinter jedem Wort.

Eure Aufgabe ist es, für jedes Wort das Bild herauszusuchen, welches zu diesem Wort am besten paßt.

Beispiel:

o1. Baum 1 ~~2~~ 3 4

Hier ist die 2 durchgestrichen, weil zweifellos das Wort Baum am besten zu Bild 2 paßt, schaut Euch die vier Bilder daraufhin an.

Ein weiteres Beispiel:

o2. Bier 1 2 ~~3~~ 4

Hier ist die 3 durchgestrichen, denn Bier paßt am besten zu Bild 3.

Noch einmal: für jedes auf dem Antwortbogen aufgeführte Wort sollt Ihr ein Bild heraussuchen, und zwar das Bild, das am besten paßt.

Achtet darauf, immer nur eine Zahl durchzustreichen. Wenn mehr als eine Zahl durchgestrichen ist, gilt die Antwort als falsch. Wenn Ihr ein Wort nicht kennt, oder wenn Ihr es keinem der vier Bilder zuordnen könnt, so laßt bitte die betreffende Zahlenreihe frei.

Antwortet bitte auf dem Antwortbogen immer von oben nach unten, wenn Ihr springt, vergeßt Ihr sehr leicht ein Wort.

Wer hat noch eine Frage?

BITTE nicht umwenden, bevor
Ihr das Zeichen dazu erhaltet!

DIFFERENTIELLER INTERESSENTEST (GESUNDHEIT) (DIT/G)

Anweisung:

folgenden sollen Sie angeben, wie sehr Sie sich für bestimmte Tätigkeiten interessieren.

geben Sie bitte an, wie gern Sie die aufgeführten Tätigkeiten ausführen. Es kommt nicht darauf an, daß Sie sie auch ausführen können. Es kommt nur darauf, wie gern Sie sie ausführen möchten.

Markieren Sie in das Kästchen hinter jeder Tätigkeit

die Ziffer 5 ein, wenn Sie die Tätigkeit sehr gern tun;

die Ziffer 4 ein, wenn Sie sie gern tun;

die Ziffer 3 ein, wenn Sie sie weder gern noch ungern tun;

die Ziffer 2 ein, wenn Sie sie ungern tun;

die Ziffer 1 ein, wenn Sie sie sehr ungern tun

Beispiel:

Aktuelle Nachrichten lesen ...

Das heißt: Derjenige, der diese Frage beantwortet hat, liest aktuelle Nachrichten sehr gern (da er 5 eingetragen hat).

Arbeiten Sie flott, ohne lange nachzudenken. Es gibt keine richtigen und falschen Lösungen. Am besten ist es, Sie geben immer Ihre erste gefühlsmäßige Antwort an.

Für die Verwertbarkeit der Ergebnisse ist es unbedingt erforderlich, daß Sie alle Fragen beantworten.

sehr gern = 5 ; gern = 4 ; weder gern noch ungern = 3 ;
ungern = 2 ; sehr ungern = 1 .

-
1. Regelmäßige Spaziergänge machen
 2. An Touchversuchen in großen Tiefen teilnehmen
 3. Bei der Beseitigung von Elendsvierteln mithelfen
 4. Alkoholische Getränke trinken
 5. Über die Ursachen von Krankheiten nachdenken
 6. In einem Einer-Boot reißende Gebirgsflüsse hinunterfahren
 7. In Flüchtlingslagern arbeiten
 8. Lernen, wie man bestimmte Krankheiten an ihren Anzeichen erkennt
 9. Düsenflugzeuge einfliegen
 10. Lebensmittel und Kleider für Notstandsgebiete sammeln
 11. Rauchen
 12. Erfahren, wie man sich am besten vor Ansteckungen schützt
 13. Fallschirmspringen lernen
 14. Geisteskranke betreuen
 15. Alles über Schutzimpfungen erfahren
 16. An riskanten Rettungsaktionen teilnehmen
 17. Alten Menschen regelmäßig bei schweren Arbeiten helfen
 18. Berauschede Drogen ausprobieren
 19. Vorträge über die Vererbung von Krankheiten anhören
 20. Als Astronaut zum Mond fliegen
 21. Einen Blinden täglich zu seiner Arbeitsstätte führen
 22. Über die Wirkung von Medikamenten (Heilmitteln) nachlesen ...
 23. Unbekannte Höhlen erforschen
 24. Nachts bei Schwerkranken wachen
 25. Hautpflegemittel benutzen
 26. Sich über die Tätigkeit der inneren Organe des Menschen (z.B. Lunge, Leber, Magen, Herz) informieren

sehr gern = 5 ; gern = 4 ; weder gern noch unger. = 3 ;
unger. = 2 ; sehr unger. = 1 .

- 27. Die Wüste Sahara durchqueren
- 28. In einem Altersheim Sonntagsdienst tun
- 29. Die Wirksamkeit bestimmter Medikamente untersuchen
- 30. An risikoreichen Unternehmungen teilnehmen
- 31. Geistig behinderte Kinder betreuen
- 32. Lange schlafen
- 33. Sich mit der Tätigkeit und den Aufgaben des menschlichen
Gehirns befassen
- 34. Eine Gruppe bei einem gefährlichen Unternehmen anführen ..
- 35. Krankenbesuche machen
- 36. Sich über die Umwandlung von Nahrungsstoffen in körpereigene
Stoffe informieren
- 37. Auf einer einsamen Insel leben
- 38. Mit körperbehinderten Kindern Heilgymnastik treiben
- 39. Bohnenkaffee trinken
- 40. Über die Tätigkeit der Weltgesundheitsorganisation in Ent-
wicklungsändern lesen
- 41. Der Gefahr "ins Gesicht sehen"
- 42. Sich um unbeliebte Kameraden (Kameradinnen) kümmern
- 43. Sich über die Aufgaben eines Gesundheitsamtes informieren ...
- 44. Bei einem Geheimdienst arbeiten
- 45. Bei der Pflege von Kranken helfen
- 46. Die Haare waschen
- 47. Die Einhaltung von Gesundheitsbestimmungen überwachen
- 48. Einen Berg ersteigen
- 49. Lebensberichte großer Ärzte lesen
- 50. Säuglinge pflegen

sehr gern = 5 ; gern = 4 ; weder gern noch unger = 3 ;
unger = 2 ; sehr unger = 1 .

- 51. Sich mit den Entdeckungen der Medizin beschäftigen
- 52. In Länder reisen, in denen gerade Unruhen herrschen
- 53. Nahrungsmittel auf gesundheitsschädigende Bestandteile hin kontrollieren
- 54. In Katastrophengebieten helfen
- 55. Den Verlauf einer gefährlichen Krankheit beobachten
- 56. Die Verträglichkeit bestimmter Medikamente untersuchen
- 57. Die Bedeutung von Viren für die Verursachung bestimmter Krankheiten erforschen

Personaltbogen

1. Datum
2. Geschlecht
3. Geburtsdatum
4. Alter in Jahren
5. Wohnort
6. Schulort
7. Name der Schule (Volks- oder Gymnasium usw.)
8. Klasse
9. Religion

10. Wie würden Sie Ihren augenblicklichen Gesundheitszustand beurteilen ?

sehr schlecht

schlecht

einigermaßen

gut

ausgezeichnet

11. Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal im Krankenhaus gelegen und wenn ja, wie lange ?

nein, noch nie

ja, insgesamt weniger als
eine Woche

ja, insgesamt zwischen 1 u.
4 Wochen

ja, insgesamt mehr als 4
Wochen

12. Welches war die längste Zeit, die Sie einmal wegen Krankheit zuhause im Bett gelegen haben ? (Falls nicht genau bekannt, bitte schätzen.)

weniger als eine Woche

zwischen 1 und 2 Wochen

zwischen 2 und 4 Wochen

länger als 4 Wochen

war noch nie wegen Krank-
heit bettlägerig

13. Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung ?

ja

nein

14. Ist in Ihrem engeren Familienkreis (Eltern, Geschwister) gegenwärtig jemand ernsthaft erkrankt (d.h. stark behindert, bettlägerig oder im Krankenhaus) ?

ja

nein

15. Glauben Sie, daß Sie gegenüber manchen Krankheiten anfälliger sind als die meisten anderen Menschen ?

ja

nein

16. Halten Sie es für möglich, daß Sie innerhalb des kommenden Jahres wegen Erkrankung längere Zeit bettlägerig sein könnten ?

ja, durchaus möglich

wohl möglich, aber nicht
sehr wahrscheinlich

kaum möglich