

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**„Compliance – Einflussfaktoren und die Rolle von sozialer
Unterstützung“**

verfasst von / submitted by

Susanne Braun BSc

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

Wien, 2016 / Vienna 2016

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ. Prof. Dr. Rainer Maderthaner

INHALTSVERZEICHNIS

1 Theoretischer Teil	1
1.1 Einleitung	1
1.2 Compliance.....	3
1.2.1 Definition von Compliance	3
1.2.2 Non-Compliance und ihre Auswirkungen.....	3
1.3 Einflussfaktoren auf Compliance	5
1.3.1 Patienten- und krankheitsbezogene Faktoren.....	5
1.3.1.1 Common Sense Model	6
1.3.1.2 Health Belief Model.....	7
1.3.2 Soziale und soziodemographische Faktoren	9
1.3.2.1 Soziale Unterstützung.....	10
1.3.2.2 Alter.....	11
1.3.2.3 Geschlecht	11
1.3.2.4 Kinder.....	12
1.3.2.5 Wohnsituation.....	12
1.3.2.6 Beziehungsstatus.....	12
1.3.2.7 Beschäftigung	13
1.3.2.8 Ausbildung.....	13
2 Empirischer Teil.....	14
2.1 Fragestellungen und Hypothesen	14
2.2 Methode.....	17
2.2.1 Design der Untersuchung.....	17
2.2.2 Zusammensetzung der Stichprobe	17
2.2.3 Messinstrumente.....	21

2.2.3.1	Compliance	21
2.2.3.2	Soziale Unterstützung	22
2.2.3.3	Krankheitswahrnehmung.....	24
2.2.3.4	Selbstwirksamkeit.....	26
2.3	Ergebnisse	27
2.3.1	Fragestellung 1	27
2.3.1.1	Hypothese 1: Soziale Unterstützung	27
2.3.2	Fragestellung 2.....	29
2.3.2.1	Hypothese 2: Krankheitsdauer.....	29
2.3.2.2	Hypothese 3: Kontrollierbarkeit	31
2.3.2.3	Hypothese 4: Konsequenzen.....	32
2.3.2.4	Hypothese 5: Kohärenz	34
2.3.2.5	Hypothese 6: Symptomausprägung.....	36
2.3.2.6	Hypothese 7: Selbstwirksamkeitserwartung	38
2.3.2.7	Hypothese 8: Alter	40
2.3.2.8	Hypothese 9: Geschlecht.....	42
2.3.2.9	Hypothese 10: Wohnsituation.....	44
2.3.2.10	Hypothese 11: Beziehungsstatus	45
2.3.2.11	Hypothese 12: Familienstand.....	47
2.3.2.12	Hypothese 13: Beschäftigungsstatus	48
2.3.2.13	Einflussfaktoren auf Compliance	51
2.4	Diskussion.....	53
2.5	Abstract.....	57
3	LITERATURVERZEICHNIS	59
4	TABELLENVERZEICHNIS	67
5	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	68

6 ANHANG (FRAGEBOGEN) 69

1 THEORETISCHER TEIL

1.1 EINLEITUNG

In Österreich leidet mehr als ein Drittel der Bevölkerung im Alter von über 14 Jahren an einer dauerhaften Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem (Statistik Austria, 2014b). Während im Jahr 2001 chronische Erkrankungen einen Anteil von 54 % an der Gesamtheit der weltweiten Erkrankungen einnahmen, wird laut World Health Organisation (Sabaté, 2003) ein Zuwachs dieses Anteils auf 64 % bis zum Jahr 2020 erwartet. Diesem Trend folgend ist auch eine Steigerung der Gesundheitsausgaben in Österreich zu verzeichnen. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben betrugen 1990 8,4 % des Bruttoinlandsproduktes und wuchsen bis zum Jahr 2014 auf 11 % an (Statistik Austria, 2014a).

Ein Faktor, welcher sowohl mit den Ausgaben im Gesundheitssektor, als auch mit positiven Therapieerfolgen bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen in Zusammenhang steht, ist Compliance. Gemeint ist damit die Bereitschaft eines Patienten oder einer Patientin, den Anweisungen eines Arztes oder Therapeuten Folge zu leisten (Gorenai, Schönermark & Hagen, 2007). Gute Compliance wird mit besserer Wirksamkeit von medizinischen Behandlungen in Zusammenhang gebracht, niedrige Compliance hingegen mit schlechteren Therapieerfolgen sowie höherer Mortalität. Laut WHO wird Compliance bei Patienten und Patientinnen in entwickelten Ländern auf 50 % eingeschätzt (Sabaté, 2003).

Ist Compliance nicht gegeben, kann dies weitreichende Folgen haben, welche nicht ausschließlich die Gesundheit der Personen betreffen. So werden in Deutschland die entstehenden Kosten durch mangelnde Compliance auf bis zu 10 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (Gorenai et al., 2007).

In Anbetracht der weitreichenden Konsequenzen von geringer oder fehlender Compliance, erscheint es von großer Wichtigkeit, Ursachen für das

Zustandekommen oder das Fehlen von Compliance zu identifizieren. Die WHO schlägt fünf Dimensionen vor, welche Compliance maßgeblich beeinflussen: soziale und ökonomische Faktoren; therapiebezogene Faktoren; patientenbezogene Faktoren; krankheitsbezogene Faktoren sowie das Gesundheitssystem des Landes (Sabaté, 2003). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vorrangig mit sozialen und patientenbezogenen Einflussfaktoren. Es soll ein möglicher Zusammenhang von Compliance mit sozialer Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld, als auch der Einfluss von Krankheitsannahmen, aufbauend auf dem Common Sense Modell (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985) sowie von Selbstwirksamkeitserwartungen (Rosenstock, 1966) untersucht werden. Zur Datenerhebung wurde ein Fragebogen erstellt, welcher online zur Verfügung gestellt wurde.

1.2 COMPLIANCE

1.2.1 Definition von Compliance

„Compliance“ kann definiert werden als „the extent to which the patient's behavior (in terms of taking medications, following diets, or executing other lifestyle changes) coincides with medical or health advice“ (Haynes, Taylor & Sackett, 1979, S. 2). Das Augenmerk wird darauf gerichtet, in welchem Ausmaß ein Patient oder eine Patientin der Anweisung oder dem Rat eines Arztes Folge leistet. In der aktuellen Literatur wird häufig auch der Begriff „Adherence“ verwendet. Unter Adherence versteht man „the extent to which a person's behaviour - taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider“ (Sabaté, 2003, S. 2). Anders als bei der Definition von Compliance wird hier zusätzlich die Zustimmung einer Person zum ärztlichen Vorschlag betont, um das interaktive Verhältnis zwischen Arzt und Patient oder Patientin hervorzuheben. Der Einfachheit halber wird im Folgenden der Begriff Compliance synonym verwendet werden.

1.2.2 Non-Compliance und ihre Auswirkungen

Fehlende oder mangelnde Compliance kann sich auf unterschiedliche Weisen bemerkbar machen. Petermann und Mühlig (1998) schlagen diesbezüglich vier Grundformen von Non-Compliance vor. 1) Absolute Non-Compliance: generelle Verweigerung von Seiten des Patienten. 2) Primäre Non-Compliance: verdeckte Verweigerung wie beispielsweise nicht-einlösen von Rezepten in der Apotheke. 3) sekundäre Non-Compliance: unsachgemäße Anwendung (Verwechslung; Über- oder Unterdosierung; Unregelmäßigkeiten in der Einnahme oder eigenmächtiges Absetzen verordneter Medikamente). 4) Hyper-Compliance: Einnahme von Medikamenten ohne Indikation.

Bei Non-Compliance ist die Wahrscheinlichkeit auf die gewünschte Besserung des Gesundheitszustandes um bis zu dreimal geringer, als wenn Compliance

gegeben ist (DiMatteo, Giordani, Lepper & Croghan, 2002). Nach Mühlig (2004) kann Non-Compliance besonders im Bereich der Medikamenteneinnahme für den Patienten oder die Patientin weitreichende Folgen haben, wie verlängerte oder erschwerte Krankheitsverläufe und schlechtere Krankheitsprognosen.

1.3 EINFLUSSFAKTOREN AUF COMPLIANCE

Nach Sabaté (2003) lassen sich Faktoren, welche Compliance beeinflussen, den folgenden fünf Dimensionen zuordnen: 1) Soziale und ökonomische Faktoren: Hierzu zählen unter anderem soziale Unterstützung (z.B. durch Verwandte oder Freunde); Medikamentenkosten; Zugang zu medizinischer Versorgung; oder Gesundheitsbildung. 2) Therapiebezogene Faktoren: zu dieser Dimension gehören die Komplexität der Therapie (z.B. viele verschiedene Medikamente oder häufige Einnahmezeitpunkte), die Behandlungsdauer oder mögliche Nebenwirkungen der Behandlung. 3) Patientenbezogene Faktoren: das Wissen über die eigene Krankheit und die eigenen Ressourcen sowie Einstellungen, Wahrnehmungen und Erwartungen bezüglich der Krankheit. 4) Krankheitsbezogene Faktoren: Hierzu zählen beispielsweise die Schwere der Symptome, das Ausmaß der Einschränkung durch die Krankheit (physisch, psychisch, sozial sowie beruflich), die Geschwindigkeit der Krankheitsentwicklung und -schwere sowie die Verfügbarkeit von wirksamen Behandlungsmethoden. 5) Gesundheitssystem: diese Dimension umfasst beispielsweise die Verfügbarkeit von Krankheits- oder Sozialversicherungen, Verfügbarkeit von Medikamenten, Ausbildung und Anzahl der Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Pflegekräfte), Dauer der Konsultationsgespräche sowie die Möglichkeit von Patientenschulungen.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass diese Dimensionen nicht komplett abgegrenzt voneinander betrachtet werden sollten, da sie möglicherweise miteinander in Interaktion stehen.

Im Folgenden werden die für die vorliegende Untersuchung relevanten Determinanten (patientenbezogene Faktoren, soziale Faktoren sowie soziodemographische Faktoren) näher erläutert.

1.3.1 Patienten- und krankheitsbezogene Faktoren

Wie Personen individuell auf physische Symptome reagieren, kann auf eine mögliche weitere Krankheitsentwicklung großen Einfluss haben. Während

beispielsweise manche Personen beim Auftreten von Brustschmerzen unverzüglich ärztlichen Rat einholen, lassen sich andere damit mehr Zeit. Dieser Unterschied kann im Falle von lebensbedrohlichen Erkrankungen, welche eine Früherkennung erfordern, maßgeblich die Behandlung und den Verlauf der Erkrankung beeinflussen (Sirri, Fava & Sonino, 2013).

Zum besseren Verständnis von Gesundheitsverhalten wurden unterschiedliche theoretische Modelle entwickelt, welche sich mit der Vorhersage und Erklärung von Gesundheitsverhalten und den zugrundeliegenden Einflussfaktoren beschäftigen (Sutton, 2001). Die vorliegende Studie stützt sich auf das Common Sense Model (CSM), sowie das Health Belief Model (HBM).

1.3.1.1 COMMON SENSE MODEL

Beim CSM (Meyer et al., 1985) handelt es sich um ein Modell zur Aufnahme und Verarbeitung von Körpersignalen (Balck & Preuss, 2008). Das CSM geht davon aus, dass Personen auf Gesundheitsbedrohungen mit der Bildung von mentalen und emotionalen Krankheitsrepräsentationen, bzw. Krankheitsschemata reagieren. Diese Repräsentationen bestimmen, wie die Personen auf die Krankheitsbedrohung reagieren und beeinflussen so die Auswahl, Ausführung und Aufrechterhaltung des Bewältigungsverhaltens über die Kognitionen und Emotionen des Patienten oder der Patientin (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003). Nach Leventhal, Meyer und Nerenz (1980) formieren sich Krankheitsrepräsentationen aus drei Informationsquellen: zugrundeliegende, generelle Annahmen (z.B. aus TV oder Werbung); Informationen von Autoritätspersonen (z.B. Ärzte oder Eltern); und Informationen aus eigenen Körperwahrnehmungen (z.B. Brustschmerzen). Krankheitsrepräsentationen setzen sich nach Balck und Preuss (2008) inhaltlich aus fünf Kernkomponenten zusammen. 1) Identität: hierzu zählen die laienhafte Diagnose, also das Krankheitslabel (z.B. „Ich glaube ich habe Grippe“) sowie das Wissen über Symptome der Krankheit (z.B. „Bei Grippe schmerzen Muskeln und Gelenke“). 2) Zeitlicher Verlauf: die erwartete Dauer der Krankheit (z.B. „Meine Krankheit ist chronisch“). 3) Ursachen: diese Komponente beinhaltet die vermuteten

Gründe für die Verursachung der Krankheit. 4) Konsequenzen: die erwarteten physischen, sozialen, emotionalen und ökonomischen Auswirkungen, die eine Krankheit auf das Leben der Person haben könnte (z.B. „Meine Krankheit hindert mich daran, bestimmte Dinge zu tun“). 5) Behandelbarkeit/Kontrollierbarkeit: die Einschätzung, ob die Krankheit als heilbar oder kontrollierbar eingeschätzt wird und ob die Erkrankung durch das eigene Verhalten beeinflussbar ist (z.B. „Das Einnehmen dieser Medikamente wird dabei helfen, meine Krankheitssymptome zu mildern“).

Ein moderierender Einfluss auf Krankheitsrepräsentationen wird Persönlichkeitsfaktoren, Sozialkontakte sowie den persönlichen Erfahrungen mit der eigenen Krankheit zugesprochen. Unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren wie Persönlichkeitsmerkmalen und sozialem Umfeld, kann das Modell Unterschiede in der Symptomwahrnehmung und daraus resultierende Unterschiede im Patientenverhalten erklären (Balck & Preuss, 2008).

Bei kardiologischer Rehabilitation werden Krankheitsrepräsentationen als wichtiger Faktor im Zusammenhang mit Compliance vorgeschlagen (French, Cooper & Weinman, 2006). Im Rahmen einer Metastudie wurde die vom Patienten wahrgenommene Schwere der Krankheit mit Compliance in Zusammenhang gebracht. Patienten, welche ihre Krankheit als schwerer wahrnahmen, waren auch eher bereit zu Compliance (DiMatteo, Haskard & Williams, 2007). Osterberg und Blaschke (2005) haben festgestellt, dass Compliance generell bei akuten Infekten höher ist und bei chronischen Krankheiten eher niedriger. Patienten mit Diabetes zeigten im Vergleich zu anderen chronischen Leiden (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen) die niedrigsten Compliance-Raten (DiMatteo, 2004b).

1.3.1.2 HEALTH BELIEF MODEL

Das HBM wurde bereits in den 1950er Jahren entwickelt. Die Anwendung des Modells fand überwiegend in diesen drei großen Bereichen statt: Präventives Gesundheitsverhalten; Krankheitsverhalten, im Besonderen Compliance in Bezug auf ärztliche Anweisungen; und Klinischer Nutzen (Abraham & Sheeran,

2007). Nach Glanz, Rimer und Viswanath (2008) können individuelle Einstellungen und Wahrnehmungen gegenüber einer Krankheit Einfluss darauf nehmen, welche Handlungen eine Person bezüglich Vorsorge, Screening und Behandlung einer Krankheit setzt. Das HBM geht davon aus, dass die wahrgenommene Bedrohung durch eine Krankheit handlungsauslösend ist. Die wahrgenommene Bedrohung setzt sich zusammen aus der individuellen Wahrnehmung der eigenen Krankheitsanfälligkeit und dem Glauben, dass diese Krankheit möglicherweise schwerwiegende Konsequenzen mit sich bringt. Je nachdem, ob eine Person glaubt, dass sich eine gewisse Handlungsweise (z.B. ein Arztbesuch) vorteilhaft auswirken könnte und diese Vorteile auch wahrgenommene Hindernisse überwiegen, wird es mehr oder weniger wahrscheinlich sein, dass diese Person ihr Gesundheitsverhalten ändert (Glanz et al., 2008).

Donadiki et al. (2014) beschreiben sechs zugrundeliegende Konstrukte des HBM. Die ersten zwei Konstrukte beziehen sich auf eine Krankheit, bzw. eine Gesundheitsbedrohung. Die weiteren vier Konstrukte nehmen Bezug auf das mögliche Gesundheitsverhalten in Reaktion auf jene Gesundheitsbedrohung. 1) Perceived Susceptibility: wahrgenommene Anfälligkeit; wie sehr eine Person sich als anfällig für eine bestimmte Krankheit einschätzt. 2) Perceived Severity: wahrgenommene Schwere; wie schwerwiegend die Folgen der Krankheit, bzw. die Gesundheitsbedrohung eingeschätzt werden. 3) Perceived Benefits: wahrgenommene Vorteile; welche Vorteile eine Person sich von einem Gesundheitsverhalten verspricht. 4) Perceived Barriers: wahrgenommene Hindernisse; Umstände, welche eine Person davon abhalten, ein bestimmtes Verhalten zum Schutz oder zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit auszuführen. 5) Cues to action: Handlungsauslöser; verschiedene Einflussfaktoren (z.B. Familie; Freunde; Medien; Ärzte; Lebensereignisse), welche ein Gesundheitsverhalten oder eine Änderung des Verhaltens auslösen können. (6) Self-Efficacy: Selbstwirksamkeitserwartung (SWE); der Glaube daran, dass das eigene Verhalten zu einem positiven Ergebnis führen kann.

SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG (SWE)

Zum Zwecke dieser Studie wurde das Konstrukt SWE erfasst. SWE wurde erstmals 1977 von Bandura formuliert und ist Teil seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1997). Brus, van de Laar, Taal, Rasker und Wiegman (1999) beschreiben SWE als den Glauben an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, sich so verhalten zu können, dass ein gewünschtes Ergebnis erzielt wird. Woodgate und Brawley (2008) identifizierten SWE als Prädiktor für Compliance bei Herzrehabilitationsübungen, Personen mit stärkerer Selbstwirksamkeitserwartung zeigten mehr Compliance. Bei Personen mit Diabetes und Depressionen konnte ein moderierender Effekt von SWE sowie von sozialer Unterstützung auf die Beziehung von depressiven Symptomen und Compliance gefunden werden (Tovar, Rayens, Gokun & Clark, 2015). Des Weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen wahrgenommener Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Compliance bei Diabetes Patienten gefunden werden. Patienten, welche ein höheres Ausmaß an Kontrolle und Selbstwirksamkeit erlebten, berichteten von besserer Compliance in Bezug auf Diät, Medikation und Bewegung (Griva, Myers & Newman, 2000)

1.3.2 Soziale und soziodemographische Faktoren

Wie soziale Faktoren mit Gesundheit und/oder Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen, wurde in vielen Studien untersucht. So fanden beispielsweise Berkman und Syme (1979), dass gesunde Erwachsene, welche sozial gut integriert waren (verheiratet, nahe Familie und Freunde, Zugehörigkeit zu sozialen und religiösen Gruppen) eine bessere Lebenserwartung hatten, als diejenigen Erwachsenen, welche sozial eher isoliert waren. Andere Studien zeigten einen Zusammenhang von guter sozialer Integration mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Herzinfarkt zu überleben, niedrigerem Risiko des Wiederauftretens von Krebserkrankungen, weniger Depression und Angststörungen und weniger kognitiven Einschränkung im Alter (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000).

1.3.2.1 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Soziale Unterstützung wird im Rahmen von sozialen Beziehungen zur Verfügung gestellt und kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Cohen (2004) nennt drei Typen von Quellen sozialer Unterstützung. 1) Instrumentelle Unterstützung: hierzu zählen materielle wie finanzielle Unterstützung, sowie Unterstützung bei täglichen Aufgaben. 2) Informationale Unterstützung: die Bereitstellung von relevanten Informationen für den Umgang mit aktuellen Schwierigkeiten, welche zumeist in Form von Beratung oder Anleitung erfolgt. 3) Emotionale Unterstützung: beinhaltet Handlungen von Empathie, Anteilnahme, Beruhigung und Vertrauen.

Soziale Unterstützung kann außerdem unterschieden werden in „wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „erhaltene soziale Unterstützung“ (Tardy, 1985). Während sich die wahrgenommene Unterstützung auf den potentiellen Zugang zu sozialer Unterstützung bezieht, meint die erhaltene Unterstützung den berichteten Erhalt von unterstützenden Ressourcen während eines gewissen Zeitrahmens (Barrera, Manuel, Jr., 1986). Wahrgenommene soziale Unterstützung ist diejenige Dimension von sozialer Unterstützung, welche am konsistentesten mit Gesundheit in Zusammenhang gebracht wird (Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007).

Nach Cohen (2004) beeinflusst soziale Unterstützung Verhalten durch das Wissen, dass benötigte Ressourcen von anderen Personen zur Verfügung gestellt werden. Dies führt zur Untermauerung der Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten, Anforderungen gerecht werden zu können, wodurch die Situation neu bewertet und so das Stresslevel reduziert werden kann. So könnten emotionale und physiologische Reaktionen auf eine Problemsituation abgeschwächt werden, was wiederum zur Änderung von Gesundheitsverhalten beitragen könnte (Wills & Cleary, 1996).

Studien konnten einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und niedrigeren Sterblichkeitsraten zeigen (Berkman, Leo-Summers & Horwitz, 1992; Brummett et al., 2001), während in Untersuchungen

zu erhaltener sozialer Unterstützung inkonsistente Ergebnisse in Bezug auf Sterblichkeitsraten gefunden wurden (Oxman, Freeman & Manheimer, 1995). In einer weiteren Studie minderte hohe emotionale soziale Unterstützung bei Männern über 50 Jahren das erhöhte Sterblichkeitsrisiko, hervorgerufen durch belastende und stressreiche Lebensereignisse (Rosengren, Orth-Gomer, Wedel & Wilhelmsen, 1993). Bei chronischer Erkrankung steht höhere wahrgenommene soziale Unterstützung, im Speziellen das Ausmaß an instrumenteller und emotionaler Unterstützung, nicht nur im Zusammenhang mit niedrigerer Sterblichkeitsrate (Friedmann et al., 2006; Holder, 1997; Rutledge et al., 2004; Zhang, Norris, Gregg & Beckles, 2007), sondern auch mit verbessertem Selbstmanagement-Verhalten (DiMatteo, 2004a; Gallant, 2003) und verbesserter Krankheitsbekämpfung (Griffith, Field & Lustman, 1990).

1.3.2.2 ALTER

Die Untersuchung des Einflusses von Alter auf die Bereitschaft zu Compliance führt zu inkonsistenten Ergebnissen. In einer Studie mit Patienten, welche einen Herzinfarkt erlitten hatten, zeigten jüngere Personen weniger Compliance als ältere (Crowley et al., 2015). Dass höheres Alter mit höherer Compliance in Zusammenhang steht, konnte auch Yalcin (2015) in einer Studie feststellen. In einer anderen Studie, welche sich mit Herzinfarkt-Patienten befasste, wurden wiederum Hinweise darauf gefunden, dass Compliance mit steigendem Alter abnimmt (Akincigil et al., 2008).

1.3.2.3 GESCHLECHT

Auch hier finden sich in der Literatur inkonsistente Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Geschlecht und Compliance. In einer Längsschnittstudie wurden geschlechtsabhängige Unterschiede im Compliance Verhalten bei Patienten mit Bluthochdruck untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass männliche Patienten bessere Medikations-Compliance zeigten, als weibliche (Chen, Lee, Liang & Liao, 2014). Auch Yalcin (2015) konnte einen Zusammenhang von Geschlecht und Compliance feststellen, Frauen zeigten

höhere Compliance als Männer. Eine Meta-Analyse über Studien zum Thema Compliance konnte wiederum keinen allgemeinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Compliance bestätigen, wobei jedoch weibliche pediatriche Patientinnen höhere Compliance zeigten, als männliche (DiMatteo, 2004b). Bezuglich sozialer Unterstützung scheinen Männer mehr davon zu profitieren, als Frauen (House, Landis & Umberson, 1988).

1.3.2.4 KINDER

Familienbezogene Faktoren können Compliance beeinflussen. Patienten mit Typ-2 Diabetes zeigten höhere Bereitschaft zu Compliance, wenn sie von einer guten Ehebeziehung, gutem Konfliktverhalten in der Familie, Unterstützung durch den Partner und niedrigem Stress in der Familie berichteten (Pereira, Pedras & Machado, 2014). Ob Kinderlosigkeit sich auf das Compliance-Verhalten auswirkt muss noch untersucht werden.

1.3.2.5 WOHN SITUATION

In einer Metastudie konnte von DiMatteo (2004a) ein Zusammenhang zwischen der Wohnsituation und Compliance gefunden werden. In einem gemeinsamen Haushalt zu leben wirkt sich dabei positiver auf Compliance bezüglich Verhaltensmaßnahmen aus als auf Medikations-Compliance. Bei chronischer Erkrankung hat das Leben im gemeinsamen Haushalt weniger Effekt auf Compliance als bei akuter Erkrankung (DiMatteo, 2004a).

1.3.2.6 BEZIEHUNGSSTATUS

Auch hier zeigen sich inkonsistente Ergebnisse in der Literatur. Nach DiMatteo (2004a) haben verheiratete Personen eine gering höhere Wahrscheinlichkeit für bessere Compliance-Bereitschaft als unverheiratete. Yalcin (2015) konnte hingegen keinen Zusammenhang zwischen dem Beziehungsstatus und Compliance finden.

1.3.2.7 BESCHÄFTIGUNG

Der Zusammenhang von Beschäftigung und Medikations-Compliance bei HIV-kranken Patienten wurde in einer Metastudie untersucht. Für beschäftigte Personen ergab sich eine 27% höhere Wahrscheinlichkeit für Compliance bezüglich der Antiretroviralen Therapie als für arbeitslose Personen (Nachega et al., 2015).

1.3.2.8 AUSBILDUNG

In einer Untersuchung von Diabetes Patienten konnte herausgefunden werden, dass Personen aus der Ober- und Mittelschicht mehr Bereitschaft zu Compliance zeigten als Personen aus der Unterschicht (Pereira, Berg-Cross, Almeida & Machado, 2008). Bei Herzinfarkt-Patienten mit weniger als 12 Jahren Schulbildung war das Compliance-Verhalten geringer als bei Personen mit mehr als 12 Jahren Schulbildung (Crowley et al., 2015). Yalcin (2015) konnte höhere Bildung ebenfalls mit höherer Compliance in Zusammenhang bringen.

2 EMPIRISCHER TEIL

2.1 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Vorangegangene Studien weisen auf einen Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Compliance hin. In einer Metastudie konnte ein Zusammenhang von wahrgenommener sozialer Unterstützung und Compliance bei chronischer Erkrankung gefunden werden (DiMatteo, 2004a). Soziale Unterstützung durch die Familie steht bei Diabetes Patienten ebenfalls mit Compliance in Verbindung (Pereira et al., 2008). Bei negativen Einstellung gegenüber der Medizin kommt es bei Personen, welche ihre Ehe und die Problembewältigungsstrategien innerhalb der Familie als gut bewerten eher zu Compliance-Verhalten, als wenn von wenig Unterstützung durch den Partner berichtet wird (Pereira et al., 2014). Wenig soziale Unterstützung wird mit schlechterer Compliance in Zusammenhang gebracht (Osborn & Egede, 2012), dabei scheint die soziale Unterstützung durch die Familie am wichtigsten zu sein um Compliance zu verbessern (Glasgow & Toobert, 1988). In der vorliegenden Studie soll untersucht werden, ob sich diese zahlreichen Hinweise auf einen positiven Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Compliance belegen lassen. Es wird demnach folgende Forschungsfrage formuliert.

Forschungsfrage 1: Hat wahrgenommene soziale Unterstützung einen Einfluss auf Compliance?

H1. Höhere wahrgenommene soziale Unterstützung steht mit höherer Compliance in Zusammenhang.

In Kapitel 1.3.1 sowie 1.3.2 wurden zahlreiche Studienergebnisse angeführt, welche patienten- und krankheitsbezogene sowie soziale und soziodemographische Faktoren mit Compliance in Zusammenhang bringen.

Des Weiteren wurde erläutert, dass die Faktoren des CSM und des HBM möglicherweise das Gesundheitsverhalten von Patienten und Patientinnen beeinflussen. Die vorliegende Studie möchte folglich den möglichen Einfluss von individuellen Krankheitsrepräsentationen, Selbstwirksamkeit und weiteren Faktoren auf Compliance untersuchen um mögliche Zusammenhänge aufzudecken und bestehende Forschungsergebnisse zu überprüfen. Als Erweiterung der Forschungsfrage 1 soll außerdem untersucht werden, ob bei bestehendem Zusammenhang eines Faktors mit Compliance, soziale Unterstützung einen Anteil an diesem Zusammenhang hat. Es lassen sich daraus die Forschungsfrage 2 und die daraus abgeleiteten Hypothesen formulieren.

Forschungsfrage 2: Welche Faktoren stehen in Zusammenhang mit Compliance und hat soziale Unterstützung einen Anteil an diesem Zusammenhang?

PATIENTEN- UND KRANKHEITSBEZOGENE FAKTOREN

H2. Wahrgenommene soziale Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der Krankheitsdauer mit Compliance.

H3. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von empfundener Kontrollierbarkeit der Erkrankung und Compliance.

H4. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der eingeschätzten Konsequenzen der Erkrankung und Compliance.

H5. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der empfundenen Kohärenz der Erkrankung und Compliance.

H6. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der empfundenen Symptomausprägung der Erkrankung und Compliance.

H7. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartung und Compliance.

SOZIALE UND SOZIODEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

H₈. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Alter und Compliance.

H₉. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Geschlecht und Compliance.

H₁₀. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Wohnsituation und Compliance.

H₁₁. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Beziehungsstatus und Compliance.

H₁₂. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang zwischen dem Familienstand (Kinder/keine Kinder) und der Bereitschaft zu Compliance.

H₁₃. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Beschäftigungsstatus und der Bereitschaft zu Compliance.

2.2 METHODE

2.2.1 Design der Untersuchung

Mittels Sosci Survey (Leiner, 2014) wurde ein Onlinefragebogen erstellt. Dieser konnte von den teilnehmenden Personen auf www.soscisurvey.de unter dem Link <https://www.soscisurvey.de/compl2016/> ausgefüllt werden. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 18.04.2016 bis zum 10.06.2016. Während dieser Zeit wurde der Link zum Fragebogen auf verschiedenen Online-Plattformen und Foren verbreitet, sowie per Email weitergeleitet. Die teilnehmenden Personen wurden vorab über das Ziel der Studie und die Teilnahmevoraussetzungen informiert und auf die Anonymisierung der Daten sowie deren streng vertrauliche Behandlung hingewiesen. Nach dieser Information konnten die Personen eine Einverständniserklärung zur Verwendung der Daten abgeben. Wenn diese nicht erfolgte, wurde die Person automatisch zum Ende des Fragebogens geleitet. Zum Ende des Fragebogens gelangten die Personen ebenso, wenn sie die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie nicht erfüllten.

2.2.2 Zusammensetzung der Stichprobe

Von 1123 teilnehmenden Personen erfüllten 369 die Teilnahmevoraussetzungen und bearbeiteten den Fragebogen vollständig bis zur letzten Seite. Als Teilnahmekriterium wurde erfragt, ob die Person innerhalb der letzten 6 Monate an einer belastenden körperlichen Erkrankung gelitten habe oder derzeit an einer Erkrankung leide. Wurde diese Frage verneint, gelangte die Person an das Ende des Fragebogens. Als Ausschlusskriterium wurde das Vorliegen einer psychischen Erkrankung festgelegt. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung gelangte die Person ebenfalls zum Ende der Befragung. Von den 369 vollständig ausgefüllten Fragebögen wurden 20 aufgrund von auffälligem Antwortverhalten von der Studie ausgeschlossen um einer

Verzerrung der Daten entgegenzuwirken. Für die statistischen Analysen standen somit 349 Fragebögen zur Verfügung.

Von 349 Personen waren 274 (78,5 %) weiblich und 74 (21,2 %) männlich. Eine Person machte keine Angabe zum Geschlecht. Durchschnittlich waren die teilnehmenden Personen 33,7 Jahre alt ($SD = 12,3$). Es zeigten sich ähnliche Durchschnittswerte aufgeteilt nach Frauen ($M = 33,7$, $SD = 12,2$) und Männern ($M = 33,4$, $SD = 13,0$).

76,2 % der Frauen befanden sich zum Befragungszeitpunkt in einer partnerschaftlichen Beziehung. Bei Männern war dies bei 56,8 % der Fall. Während 35 % der befragten Personen angaben, Kinder zu haben, verneinten dies 63,3 %. 6 Personen (1,7 %) machten keine Angabe dazu. 83,1 % der Befragten lebten zum Erhebungszeitpunkt in einem gemeinsamen Haushalt, 16,9 % lebten alleine. Die Zahlen zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung sind in Tabelle 1 dargestellt. Etwa ein Fünftel der Befragten gab eine Lehre oder berufsbildende (mittlere) Schule als höchsten Schulabschluss an. Nahezu drei Viertel der Befragten berichteten von zumindest einem Maturaabschluss oder der Hochschulreife.

Tabelle 1 *Häufigkeiten der höchsten abgeschlossenen Schulbildung (N = 249)*

Schulbildung	Häufigkeit	
	Absolut	Prozent
Pflichtschule / Hauptschule	9	2,6
Lehre / Berufsbildende (mittlere) Schule	73	20,9
Abitur / Matura / Studienberechtigungsprüfung	133	38,1
Fachhochschule / Universität	122	35,0
Sonstige	12	3,4

Nahezu die Hälfte der Befragten gab an, in einem Wohnort mit unter 100.000 Einwohnern zu leben (48,7 %), die andere Hälfte lebte in größeren Orten mit über 100.000 Einwohnern (51,3 %). In Tabelle 2 ist die aktuelle Beschäftigungssituation der befragten Personen zusammengefasst. Etwa ein Viertel der Personen befand sich zum Befragungszeitpunkt in Ausbildung, fast zwei Drittel hatten eine Teil- oder Vollzeitbeschäftigung. Die übrigen Personen waren zu ähnlichen Teilen entweder in Karenz, in Pension oder arbeitssuchend.

Tabelle 2 *Häufigkeiten der aktuellen Tätigkeit (N = 249)*

	Häufigkeit	
	Absolut	Prozent
Vollzeit	130	37,2
Teilzeit	75	21,5
In Ausbildung	91	26,1
In Karenz	17	4,9
In Pension	15	4,3
arbeitssuchend	21	6,0

Sämtliche befragten Personen litten entweder innerhalb der letzten sechs Monate oder zur Zeit der Befragung an einer körperlichen Erkrankung. Die Angaben über die Art der Erkrankung sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Die größte Krankheitsgruppe stellte mit fast einem Fünftel der Befragten die Kategorie der Rückenbeschwerden dar. Nachfolgend, mit jeweils fast einem Zehntel, zeigten sich Magen- oder Darmerkrankungen sowie Hüft-, Bein- und Fußbeschwerden. Etwas über ein Zehntel der Personen gaben keine konkrete Benennung ihrer Erkrankung an.

Tabelle 3 Häufigkeiten der Krankheitsformen (N = 349)

Krankheitsform	Häufigkeit	
	Absolut	Prozent
Adipositas	4	1,1
Allergie/Nahrungsmittelunverträglichkeit	6	1,7
Asthma	7	2,0
Bluthochdruck	7	2,0
Bronchitis	4	1,1
Diabetes	6	1,7
Embolie oder Thrombose	21	6,0
Entzündung	6	1,7
Epilepsie	3	,9
Geburt und Schwangerschaft	2	,6
Gehör und Gehörgang	4	1,1
Hauterkrankung	13	3,7
Herzerkrankung	3	,9
Hüft-, Bein- und Fußbeschwerden	29	8,3
Immunerkrankung	5	1,4
Infektionskrankheit	27	7,7
Knochenbruch	9	2,6
Kopfschmerzen	3	,9
Lungenerkrankung	7	2,0
Magen oder Darmerkrankung	29	8,3
Operation	8	2,3
Rheuma	5	1,4
Rückenbeschwerden	66	18,9
Schilddrüsenerkrankung	7	2,0
Sehnen- oder Bänderverletzungen	6	1,7
Sonstiges	41	11,7
Tumor/Krebs	15	4,3
Verbrennung	2	,6
Zyste	4	1,1

2.2.3 Messinstrumente

2.2.3.1 COMPLIANCE

Das Instrument zur Erfassung von Compliance wurde im Rahmen einer Studie entwickelt, welche sich mit Einflussfaktoren auf Compliance auseinandersetzte (Yalcin, 2015). Die 12 Items waren auf einer vierstufigen Antwortskala von (1) *stimmt nicht* bis (4) *stimmt genau* einzustufen und lauteten beispielsweise „Ich bin in regelmäßigen Abständen zu allen notwendigen ärztlichen Untersuchungen gegangen.“ und „Ärztliche Termine habe ich nie abgesagt oder verschoben.“

Ursprünglich wurde der Fragebogen mit 13 Items konzipiert, wobei das Item C1 aufgrund zu geringer Trennschärfe nicht in die Datenanalyse mitbeinbezogen wurde. In der vorliegenden Studie wurden demnach die Items C2 bis C13 zur Datenerhebung herangezogen. Hier ergab die Reliabilitätsanalyse eine zu geringe Trennschärfe für das Item C12, weshalb dieses von den weiteren statistischen Analysen ausgeschlossen wurde. Der Gesamtwert für die Compliance Skala wurde durch die Berechnung des Mittelwertes der Antworten auf die 11 verbleibenden Items ermittelt. Die Reliabilitätsanalyse über jene Items ergab eine etwas geringere innere Konsistenz als es bei der Testentwicklung der Fall war. Während die innere Konsistenz bei Yalcin (2015) einen Wert von $\alpha = .84$ zeigte, konnte in der vorliegenden Studie nur noch eine innere Konsistenz von $\alpha = .76$ erreicht werden. Die Details der Itemanalyse sind in Tabelle 4 dargestellt. Die korrigierten Trennschärfen aller 11 Items können als zufriedenstellend angesehen werden ($\geq .30$).

Tabelle 4 Itemkennwerte der Skala Compliance ($N = 349$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Item-Skala-Korrelation korr.</i>	<i>Cronbach Alpha ohne Item</i>
C ₂	2.54	1.04	0.40	0.75
C ₃	3.20	0.99	0.47	0.74
C ₄	2.52	1.09	0.33	0.76
C ₅	3.33	0.93	0.61	0.72
C ₆	3.24	1.01	0.50	0.74
C ₇	3.51	0.78	0.39	0.75
C ₈	3.24	0.80	0.44	0.75
C ₉	2.77	0.94	0.40	0.75
C ₁₀	2.67	1.11	0.40	0.75
C ₁₁	3.01	1.11	0.36	0.76
C ₁₃	2.96	0.86	0.30	0.76

2.2.3.2 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Zur Erfassung der sozialen Unterstützung wurde die Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) verwendet (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Die MSPSS misst wahrgenommene soziale Unterstützung und besteht aus 12 Fragen in 3 Faktor Gruppen: Familie, Freunde und Partner. Aus den drei Faktorgruppen kann ein Gesamtwert für soziale Unterstützung berechnet werden. Als Antwortformat wurde ursprünglich von Zimet et al. (1988) für jedes Item eine Antwortskala mit 7 Abstufungen vorgegeben, wobei „1“ für sehr starke Ablehnung und „7“ für sehr starke Zustimmung stand. Für die vorliegende Studie wurde das Antwortformat auf eine vierstufige Antwortskala von (1) *stimmt nicht* bis (4) *stimmt genau* geändert, um eine Einheitlichkeit des Fragebogens zu gewährleisten. Beispielitems sind „Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen.“ (Faktor Freunde), „Meine Familie ist mir gern bei meinen Entscheidungen behilflich.“ (Faktor Familie) und „Es gibt jemanden, mit dem ich Freud und Leid teilen kann.“ (Faktor Partner). Der Wert für die Faktorgruppen wurde durch die Berechnung des Mittelwertes der Antworten

auf die 4 jeweils zugehörigen Items ermittelt, der Gesamtwert für soziale Unterstützung durch die Berechnung des Mittelwerts über alle Items. Die interne Reliabilität wurde mit Cronbach Alpha getestet und erzielte Werte von $\alpha = .91$ (soziale Unterstützung Gesamt), $\alpha = .90$ (Faktor Familie), $\alpha = .93$ (Faktor Freunde) und $\alpha = .92$ (Faktor Partner). Die korrigierten Itemtrennschärfen sind äußerst zufriedenstellend, die detaillierten Itemkennwerte der Reliabilitätsanalyse sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5 *Itemkennwerte der Skalen soziale Unterstützung (N = 349)*

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Item-Skala-Korrelation korr.	Cronbach Alpha ohne Item
Partner				
P ₁	3.77	0.58	0.68	0.87
P ₂	3.67	0.66	0.77	0.83
P ₃	3.61	0.73	0.82	0.81
P ₄	3.72	0.61	0.71	0.86
Familie				
F ₁	3.57	0.70	0.80	0.87
F ₂	3.47	0.78	0.83	0.85
F ₃	3.36	0.84	0.72	0.89
F ₄	3.34	0.85	0.78	0.87
Freunde				
FR ₁	3.42	0.77	0.82	0.90
FR ₂	3.49	0.72	0.85	0.89
FR ₃	3.49	0.75	0.83	0.90
FR ₄	3.49	0.74	0.80	0.91

2.2.3.3 KRANKHEITSWAHRNEHMUNG

Die individuellen Krankheitswahrnehmungen der befragten Personen wurden mittels der deutschen revidierten Kurzversion des Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) erfasst (Gaab, o.J.; Gaab & Ehlert, 2005). Der IPQ-R misst Krankheitsrepräsentationen nach der Vorlage des CSM, welches in Kapitel 1.3.1.1 bereits näher erläutert wurde. Folgende 7 Skalen wurden mit dem IPQ-R erfasst: 1) *Identität*: Für 10 verschiedene Krankheitssymptome wurde erfragt ob dieses Symptom im Verlauf der Krankheit erlebt wurde und ob die Person annahm, dass dieses Symptom durch die Krankheit verursacht werde. 2) *Timeline* (akuter oder chronischer Verlauf): z.B. „Meine Erkrankung ist eher chronisch als nur kurzzeitig.“ 3) *Konsequenzen*: z.B. „Meine Krankheit hat große Auswirkungen auf mein Leben.“ 4) *Persönliche Kontrolle*: z.B. „Nichts was ich tue, wird meine Krankheit beeinflussen.“ 5) *Kohärenz*: z.B. „Ich verstehe meine Krankheit nicht.“ 6) *Zyklisches Auftreten*: z.B. „Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster.“ 7) *Emotionale Repräsentation*: z.B. „Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke.“. Die Skala *Identität* wurde mittels ja/nein Antworten erfasst. Die Items der weiteren Skalen waren auf einer vierstufigen Antwortskala von (1) *stimmt nicht* bis (4) *stimmt genau* einzustufen. Der Wert der Skala *Identität* wurde mittels Summierung der Ja-Antworten gebildet. Für die Skalen *Timeline*, *Konsequenzen*, *persönliche Kontrolle* sowie *Kohärenz* wurde ein Mittelwert der Antworten auf die Items der jeweiligen Skala errechnet. Die Skalen *Zyklisches Auftreten* sowie *Emotionale Repräsentation* waren für die Hypothesentestung nicht relevant, weswegen sie nicht in die weiteren statistischen Analysen integriert wurden. Die interne Reliabilität wurde abermals mit Cronbach Alpha getestet und erzielte Werte von $\alpha = .86$ (*Timeline*), $\alpha = .76$ (*Konsequenzen*) und $\alpha = .73$ (*Kohärenz*). Die Skala *Kontrolle* erreichte mit $\alpha = .60$ die schwächste innere Konsistenz der Skalen. Die korrigierte Itemtrennschärfe ist als durchwegs zufriedenstellend zu betrachten ($> .30$). Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

Tabelle 6 *Itemkennwerte der Skalen Timeline, Konsequenzen, Kohärenz und persönliche Kontrolle (N = 349)*

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Item-Skala-Korrelation korr.	Cronbach Alpha ohne Item
Timeline				
T ₁	2.74	1.23	0.68	0.85
T ₂	2.86	1.13	0.77	0.77
T ₃	2.52	1.27	0.75	0.78
Konsequenzen				
Kons ₁	2.56	1.02	0.56	0.73
Kons ₂	1.57	0.87	0.56	0.72
Kons ₃	1.79	0.96	0.67	0.58
Kohärenz				
Koh ₁	3.54	0.81	0.55	0.65
Koh ₂	3.02	1.08	0.46	0.78
Koh ₃	3.35	0.92	0.67	0.49
persönliche Kontrolle				
PK ₁	3.37	0.79	0.45	0.45
PK ₂	2.77	1.00	0.41	0.48
PK ₃	3.12	0.93	0.36	0.56

2.2.3.4 SELBSTWIRKSAMKEIT

Zur Erfassung der Selbstwirksamkeit wurde die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) herangezogen. Die Skala besteht aus 10 Items, ein Beispielitem lautet „Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen“. Der SWE-Wert errechnet sich aus dem Mittelwert der Antworten auf die Items. Die interne Konsistenz, ermittelt mit Cronbach Alpha, erweist sich mit $\alpha = .88$ als gut, die korrigierte Itemtrennschärfe liegt ebenso durchwegs in einem zufriedenstellenden Bereich ($> .30$). Tabelle 7 stellt die Ergebnisse der Itemanalysen im Detail dar.

Tabelle 7 *Itemkennwerte der Skala SWE (N = 349)*

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Item-Skala-Korrelation korr.	Cronbach Alpha ohne Item
SWE1	3.35	0.54	0.54	0.87
SWE2	3.30	0.57	0.55	0.87
SWE3	3.04	0.61	0.57	0.87
SWE4	2.77	0.66	0.58	0.87
SWE5	3.08	0.62	0.66	0.86
SWE6	2.89	0.76	0.67	0.86
SWE7	3.23	0.67	0.63	0.87
SWE8	3.09	0.65	0.65	0.87
SWE9	2.91	0.63	0.68	0.86
SWE10	3.11	0.58	0.57	0.87

2.3 ERGEBNISSE

Zur statistischen Analyse der Daten wurde die Programmsoftware IBM SPSS® 23.0 für Windows verwendet. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 5\%$ festgelegt, womit Ergebnisse mit $p \leq .05$ als signifikant gelten. Der mögliche Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Compliance wurde mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft. Die Analyse des Einflusses von sozialer Unterstützung auf Zusammenhänge von Compliance und den verschiedenen Einflussfaktoren wurde mittels zweifaktorieller Varianzanalyse durchgeführt. Zur allgemeinen Identifikation von Einflussfaktoren auf Compliance wurde abschließend eine hierarchische Regressionsanalyse in zwei Blöcken angewendet. Die standardisierten Residuen wurden auf Normalverteilung getestet. Des Weiteren wurden die Toleranzwerte für Multikollinearität, sowie die Autokorrelation der Residuen mittels Durbin-Watson-Verfahren überprüft.

2.3.1 Fragestellung 1

Hat wahrgenommene soziale Unterstützung einen Einfluss auf Compliance?

2.3.1.1 HYPOTHESE 1: SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Zur Beantwortung der Frage, ob wahrgenommene soziale Unterstützung einen Einfluss auf Compliance hat, wurde mittels der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ein möglicher Zusammenhang geprüft. Es zeigte sich ein Zusammenhang von Compliance und sozialer Unterstützung in allen Skalen. Von den drei Skalen korrelierte die Skala Familie mit $r = .18$ ($p < .01$) am Höchsten mit Compliance. Die Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8 Korrelation von Compliance und sozialer Unterstützung ($N = 349$)

Skala	Compliance	η^2
Soz.Unterst.Freunde	.14*	0.02
Soz.Unterst.Partner	.14**	0.02
Soz.Unterst.Familie	.18**	0.03
Soz.Unterst.Gesamt	.19**	0.04

* $p < .05$, ** $p < .01$

In Abbildung 1 wird grafisch die Richtung des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und Compliance dargestellt. Die Richtung der Zusammenhänge weist darauf hin, dass höhere soziale Unterstützung mit höherer Compliance in Verbindung steht. Die H_1 konnte somit als bestätigt angesehen werden.

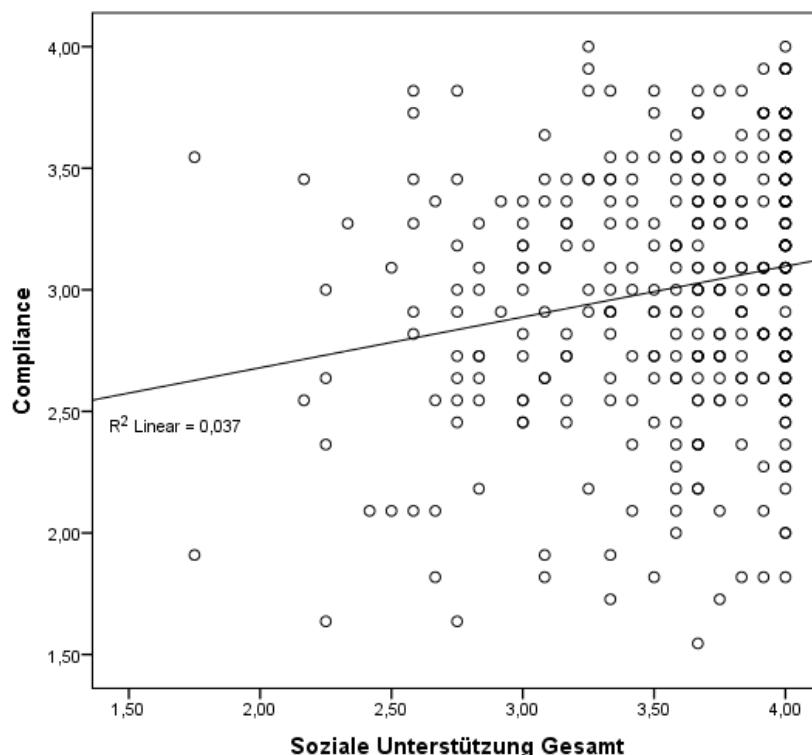


Abbildung 1. Streudiagramm für den Zusammenhang von Compliance und sozialer Unterstützung Gesamt (mit Regressionengerade)

2.3.2 Fragestellung 2

Welche Faktoren stehen in Zusammenhang mit Compliance und hat soziale Unterstützung einen Anteil an diesem Zusammenhang?

Zur Berechnung der zweifaktoriellen Varianzanalysen wurden die Faktoren anhand ihres Medians dichotomisiert.

2.3.2.1 HYPOTHESE 2: KRANKHEITSDAUER

H2. Wahrgenommene soziale Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der Krankheitsdauer mit Compliance.

Mittels zweifaktorieller Varianzanalyse wurde die abhängige Variable Compliance mit sozialer Unterstützung (weniger soziale Unterstützung vs. mehr soziale Unterstützung) und Krankheitsdauer (kürzere Dauer vs. längere Dauer) als Zwischensubjektfaktoren analysiert. Die Häufigkeiten nach der Dichotomisierung über den Median für die Variablen soziale Unterstützung und Krankheitsdauer sind in Tabelle 9 dargestellt. Es konnte ein signifikanter Unterschied in der Compliance nach sozialer Unterstützung gefunden werden, jedoch nicht nach der Krankheitsdauer oder der Interaktion zwischen den beiden Merkmalen (siehe Tabelle 10). Die Mittelwerte der Compliance in der Kombination von sozialer Unterstützung und Krankheitsdauer sind in Abbildung 2 grafisch dargestellt.

Tabelle 9 Häufigkeiten von sozialer Unterstützung sowie Krankheitsdauer nach Aufteilung mittels Median (N = 349)

	Absolut	Prozent
Soziale Unterstützung		
< Median	181	51.9
> Median	168	48.1
Krankheitsdauer		
< Median	212	60.7
> Median	137	39.3

Tabelle 10 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Krankheitsdauer ($N = 349$)

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>r</i>
Soziale Unterstützung	1	2.05	2.05	7.88	.005	.022	.148
Krankheitsdauer	1	0.79	0.79	3.04	.082	.009	.094
Soz.Unterstützung x Krankheitdauer	1	0.29	0.29	1.12	.290	.003	.055
Fehler	345	89.52	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

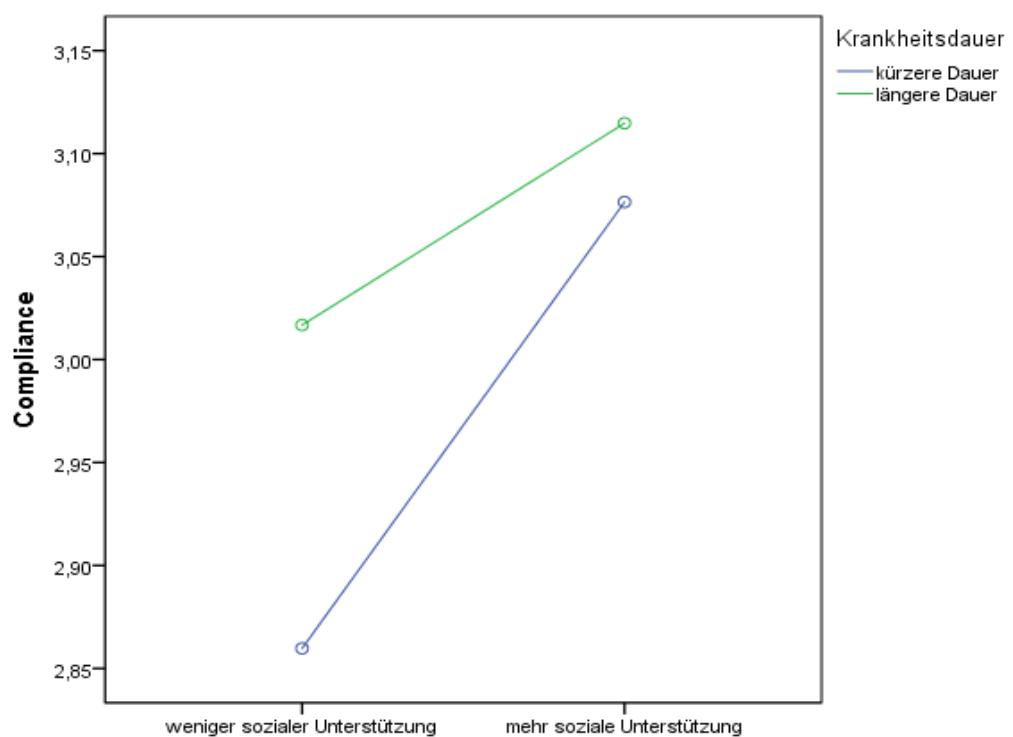


Abbildung 2 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Krankheitsdauer

Die Hypothese 2 konnte nicht bestätigt werden.

2.3.2.2 HYPOTHESE 3: KONTROLLIERBARKEIT

H3. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von empfundener Kontrollierbarkeit der Erkrankung und Compliance.

Zunächst wurde die Variable empfundene Kontrollierbarkeit nach ihrem Median dichotomisiert (siehe Tabelle 11). Anschließend wurde die abhängige Variable Compliance mit sozialer Unterstützung (*weniger soziale Unterstützung* vs. *mehr soziale Unterstützung*) und empfundener Kontrollierbarkeit (*niedriger* vs. *höher*) als Zwischensubjektfaktoren analysiert. Analog zur Hypothese 2 konnte abermals ein signifikanter Unterschied in der Compliance bezüglich sozialer Unterstützung festgestellt werden, nicht jedoch hinsichtlich der empfundenen Kontrollierbarkeit oder der Interaktion der zwei unabhängigen Variablen (siehe Tabelle 12). Die Mittelwerte der Compliance in der Kombination von sozialer Unterstützung und empfundener Kontrollierbarkeit sind in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

Tabelle 11 Häufigkeiten der empfundenen Kontrollierbarkeit nach Aufteilung mittels Median ($N = 349$)

	Absolut	Prozent
empfundene Kontrollierbarkeit		
< Median	183	52.4
> Median	166	47.6

Tabelle 12 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und empfundener Kontrollierbarkeit ($N = 349$)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	2.34	2.34	8.90	.003	.025	.158
Kontrollierbarkeit	1	0.01	0.01	0.03	.871	.000	.000
Soz.Unterstützung x Kontrollierbarkeit	1	0.02	0.02	0.08	.771	.000	.000
Fehler	345	90.63	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

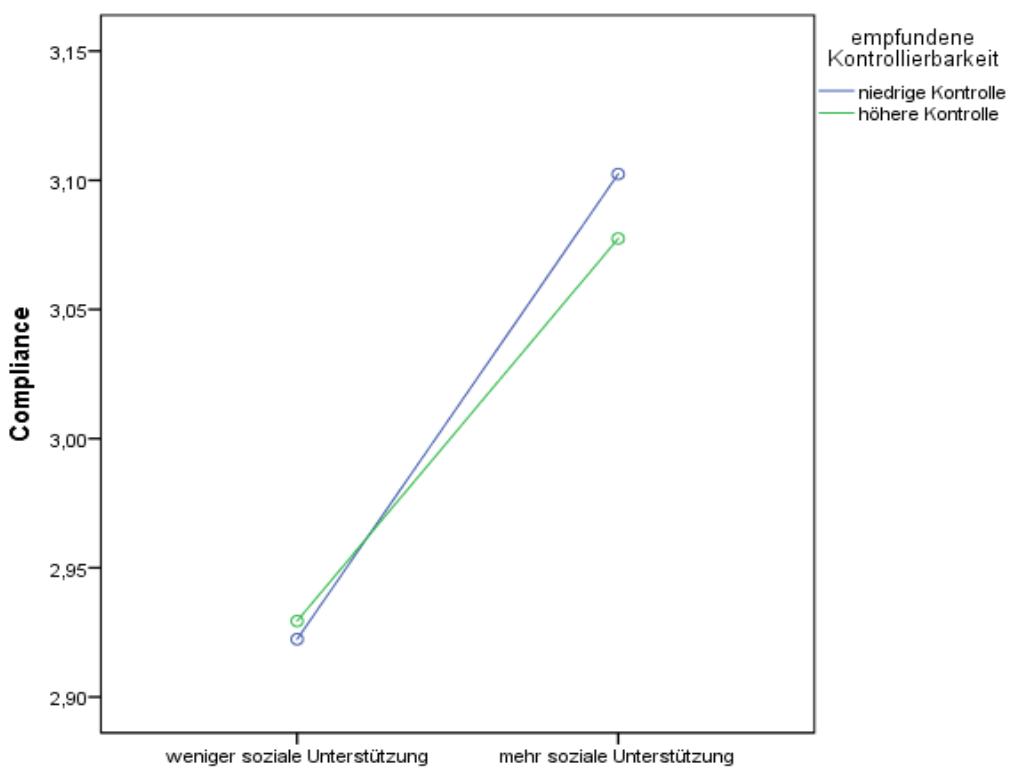


Abbildung 3 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und empfundener Kontrollierbarkeit

Die Hypothese 3 konnte nicht bestätigt werden.

2.3.2.3 HYPOTHESE 4: KONSEQUENZEN

H₄. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der eingeschätzten Konsequenzen der Erkrankung und Compliance.

Zur Prüfung der Hypothese 4 wurde im ersten Schritt die Variable eingeschätzte Konsequenzen nach ihrem Median in zwei Gruppen aufgeteilt (Häufigkeiten siehe Tabelle 13). Anschließend wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Compliance als abhängiger Variable und den Faktoren soziale Unterstützung (*weniger soziale Unterstützung* vs. *mehr soziale Unterstützung*) und eingeschätzte Konsequenzen (*niedriger* vs. *höher*) sowie deren Wechselwirkung als unabhängige Variablen durchgeführt. Sowohl für soziale Unterstützung, als

auch für die eingeschätzten Konsequenzen der Erkrankung, konnte ein signifikanter Unterschied in der Bereitschaft zu Compliance festgestellt werden. Höhere soziale Unterstützung sowie höhere eingeschätzte Konsequenzen einer Erkrankung stehen mit größerer Bereitschaft zu Compliance in Verbindung. Die Wechselwirkung der beiden unabhängigen Variablen zeigte jedoch keine Signifikanz (siehe Tabelle 14). Die grafische Darstellung der Ergebnisse findet sich in Abbildung 4.

Tabelle 13 Häufigkeiten der eingeschätzten Konsequenzen nach Aufteilung mittels Median (N = 349)

	Absolut	Prozent
Konsequenzen		
< Median	220	63.0
> Median	129	37.0

Tabelle 14 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und eingeschätzten Konsequenzen der Erkrankung (N = 349)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	2.44	2.44	9.41	.002	.027	.164
Konsequenzen	1	1.20	1.20	4.64	.032	.013	.114
Soz.Unterstützung x Konsequenzen	1	0.01	0.01	0.03	.870	.000	.000
Fehler	345	89.42	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

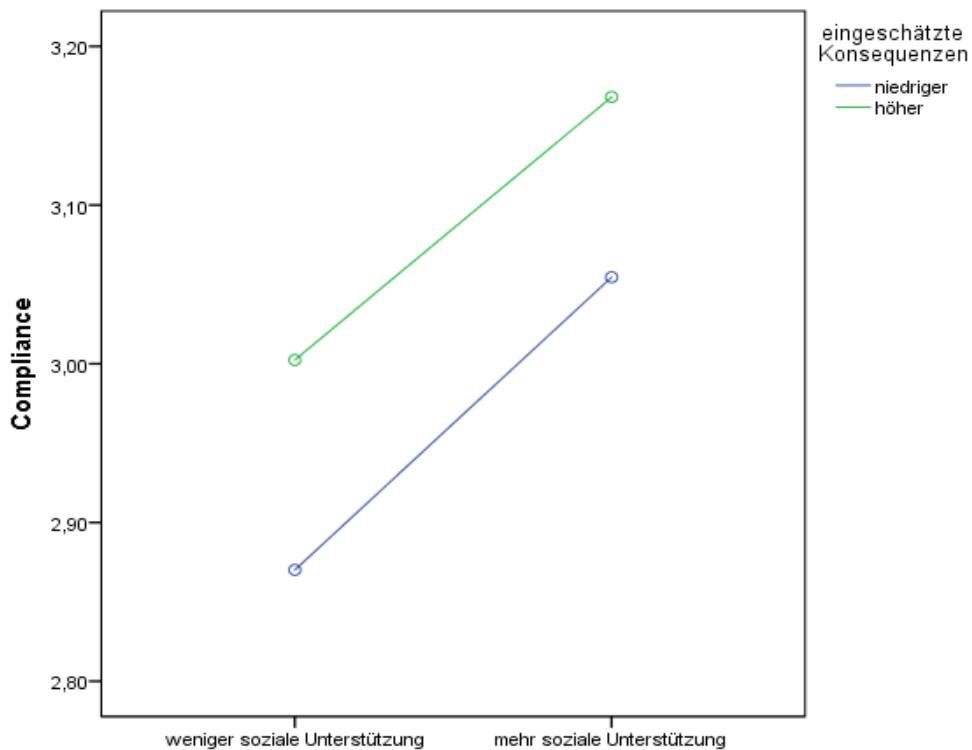


Abbildung 4 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und eingeschätzten Konsequenzen der Erkrankung

Aufgrund der fehlenden Interaktion der beiden unabhängigen Variablen wurde die Hypothese 4 verworfen.

2.3.2.4 HYPOTHESE 5: KOHÄRENZ

H5. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der empfundenen Kohärenz der Erkrankung und Compliance.

Nachdem die Variable empfundene Kohärenz nach ihrem Median dichotomisiert wurde (Häufigkeiten siehe Tabelle 15), konnte zur Hypothesentestung eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt werden. Es konnte ein signifikanter Unterschied in der Compliancebereitschaft bei sozialer Unterstützung (weniger vs. mehr soziale Unterstützung), jedoch nicht beim Ausmaß der empfundenen Kohärenz (niedriger vs. höher) gefunden werden. Auch der Interaktionsterm der beiden unabhängigen Faktoren wurde

nicht signifikant. Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 dargestellt (grafische Darstellung siehe Abbildung 5).

Tabelle 15 Häufigkeiten der Kohärenz der Erkrankung nach Aufteilung mittels Median (N = 349)

	<i>Absolut</i>	<i>Prozent</i>
Kohärenz		
< Median	221	63.3
> Median	128	36.7

Tabelle 16 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Kohärenz der Erkrankung (N = 349)

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>r</i>
Soziale Unterstützung	1	2.40	2.40	9.13	.003	.026	.161
Kohärenz	1	0.00	0.00	0.00	.979	.000	.000
Soz.Unterstützung x Kohärenz	1	0.09	0.09	0.33	.569	.001	.031
Fehler	345	90.58	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

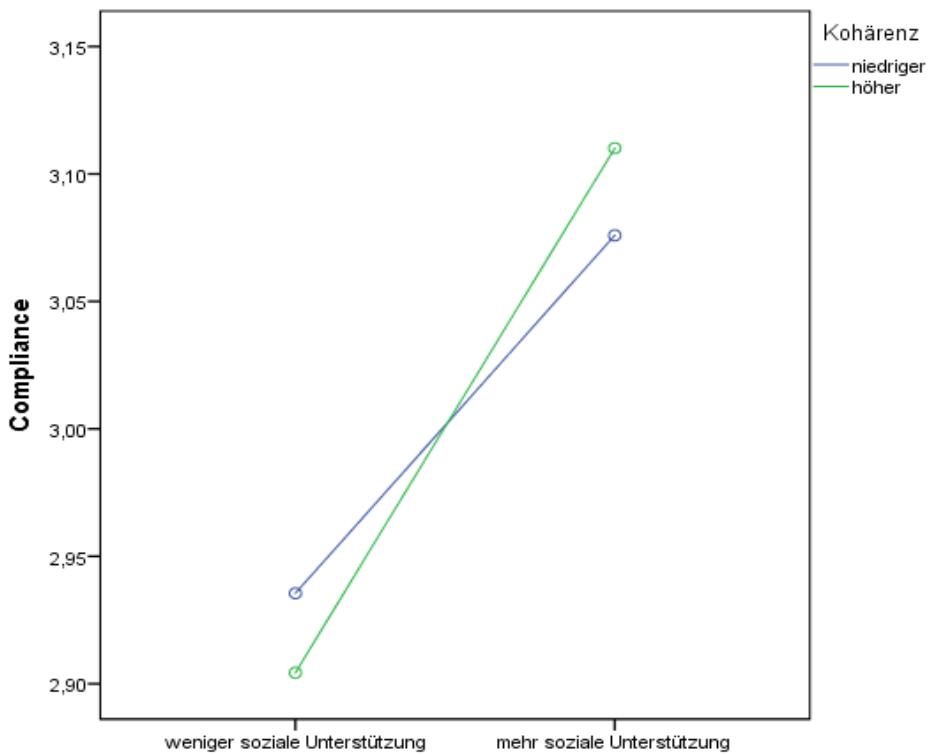


Abbildung 5 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Kohärenz der Erkrankung

Die Hypothese 5 konnte nicht bestätigt werden.

2.3.2.5 HYPOTHESE 6: SYMPTOMAUSPRÄGUNG

H6. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang der empfundenen Symptomausprägung der Erkrankung und Compliance.

Die Hypothese wurde mittels zweifaktorieller Varianzanalyse geprüft. Hierfür wurde die Variable Symptomausprägung anhand ihres Medians dichotomisiert (*niedrigere* vs. *höhere Symptomausprägung*), die Häufigkeiten sind in Tabelle 17 dargestellt. Danach wurde die abhängige Variable Compliance mit den Variablen soziale Unterstützung und Symptomausprägung als Zwischensubjektfaktoren analysiert. Abermals zeigte sich soziale Unterstützung als signifikanter Faktor im Zusammenhang mit Compliance, während die Symptomausprägung sowie der Interaktionsterm keine

signifikanten Ergebnisse brachten (siehe Tabelle 18). In Abbildung 6 sind die Ergebnisse grafisch veranschaulicht.

Tabelle 17 Häufigkeiten der Symptomausprägung nach Aufteilung mittels Median ($N = 349$)

	Absolut	Prozent
Symptomausprägung		
< Median	191	54.7
> Median	158	45.3

Tabelle 18 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Symptomausprägung ($N = 349$)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	2.40	2.40	9.12	.003	.026	.161
Symptomausprägung	1	0.01	0.01	0.03	.857	.000	.000
Soz.Unterstützung x Symptome	1	0.03	0.03	0.10	.752	.000	.000
Fehler	345	90.63	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

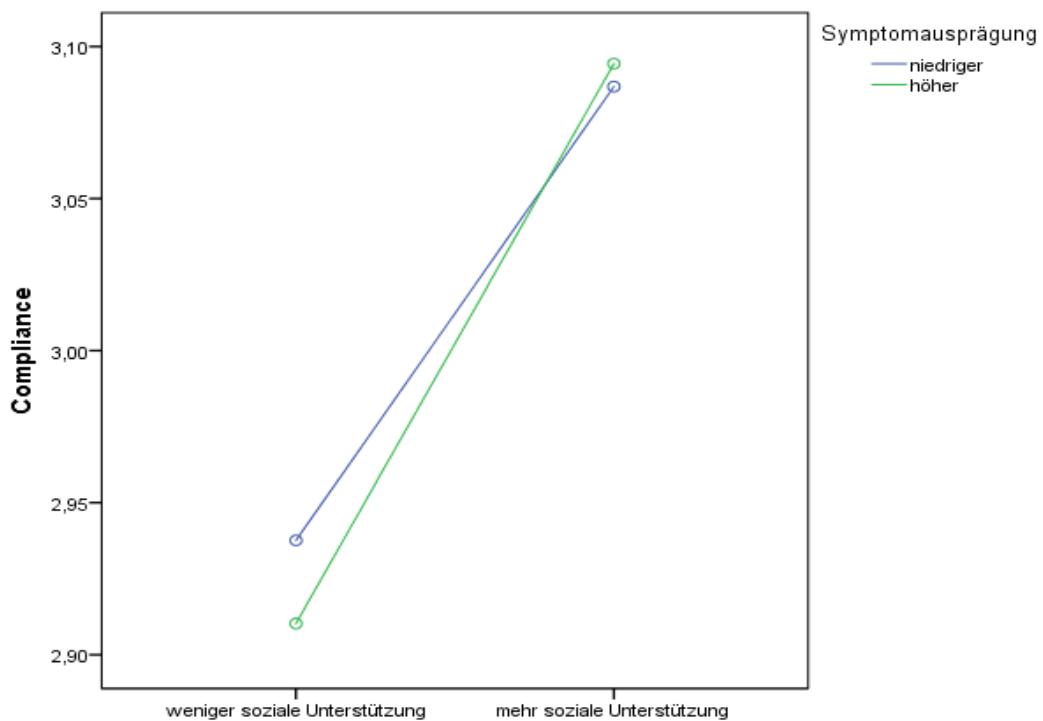


Abbildung 6 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Symptomausprägung der Erkrankung

Die Hypothese 6 wurde analog zu den vorhergehenden Hypothesen verworfen.

2.3.2.6 HYPOTHESE 7: SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

H7. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartung und Compliance.

Die Variable Selbstwirksamkeitserwartung wurde ebenso wie die Variablen zuvor anhand ihres Medians dichotomisiert (Häufigkeiten siehe Tabelle 19). Danach wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Compliance als abhängiger Variable und sozialer Unterstützung (*weniger soziale Unterstützung* vs. *mehr soziale Unterstützung*) sowie Selbstwirksamkeitserwartung (*niedriger* vs. *höher*) als Zwischensubjektfaktoren berechnet. Sowohl für soziale Unterstützung als auch für Selbstwirksamkeitserwartung zeigten sich signifikante Unterschiede in der Bereitschaft für Compliance. Höhere Ausprägungen der Variablen sind jeweils mit höherer Bereitschaft zu

Compliance verbunden (siehe Abbildung 7). Die Wechselwirkung der unabhängigen Variablen zeigte jedoch kein signifikantes Ergebnis (siehe Tabelle 20).

Tabelle 19 Häufigkeiten der Selbstwirksamkeitserwartung nach Aufteilung mittels Median ($N = 349$)

	Absolut	Prozent
Selbstwirksamkeit		
< Median	199	57,0
> Median	150	43,0

Tabelle 20 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung ($N = 349$)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	1.91	1.91	7.37	.007	.021	.145
Selbstwirksamkeit	1	1.40	1.40	5.40	.021	.015	.123
Soz.Unterstützung x Selbstwirksamkeit	1	0.01	0.01	0.05	.815	.000	.000
Fehler	345	89.25	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

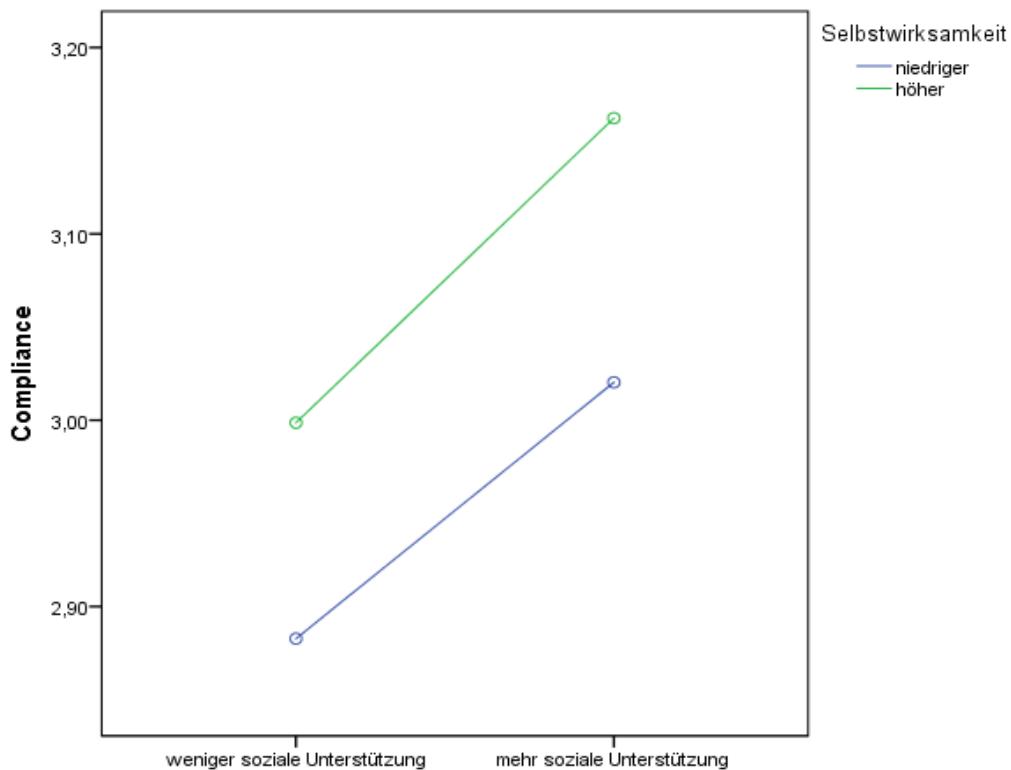


Abbildung 7 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung

Aufgrund des fehlenden Zusammenhangs der Variablen soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung wurde auch die Hypothese 7 verworfen.

2.3.2.7 HYPOTHESE 8: ALTER

H.8 Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Bereitschaft zu Compliance.

Zur Untersuchung der Hypothese 8 wurden die Personen zunächst in drei Altersgruppen eingeteilt (< 30 Jahre, 30-50 Jahre, >50 Jahre). Nahezu die Hälfte der teilnehmenden Personen war jünger als 30 Jahre, die Gruppe der über 50-Jährigen machte hingegen nur etwa 11 % der Befragten aus. Die detaillierten Häufigkeiten sind der Tabelle 21 zu entnehmen. Im Anschluss wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, wobei Compliance anhand von sozialer Unterstützung sowie der Altersgruppen als Zwischensubjektvariablen

untersucht wurde. Erneut zeigte sich, dass höhere soziale Unterstützung signifikant mit höherer Compliance in Zusammenhang steht. Des Weiteren konnte ein signifikanter Unterschied in den Altersgruppen bezüglich ihrer Bereitschaft zu Compliance gefunden werden. Die Gruppe der über 50-Jährigen zeigte höhere Compliancebereitschaft als die Gruppen der jüngeren Personen (siehe Abbildung 8). Es gab keine signifikante Wechselwirkung zwischen den unabhängigen Variablen. Die detaillierten Ergebnisse der Varianzanalyse sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 21 Häufigkeiten Personen nach Aufteilung nach Altersgruppen (N = 349)

Alter	Absolut	Prozent
< 30 Jahre	184	52.7
30-50 Jahre	126	36.1
> 50 Jahre	39	11.2

Tabelle 22 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Altersgruppen (N = 349)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	2.05	2.05	7.94	.005	.023	.152
Alter	2	1.83	0.91	3.55	.030	.020	.141
Soz.Unterstützung x Alter	2	0.53	0.26	1.02	.360	.006	.078
Fehler	343	88.41	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

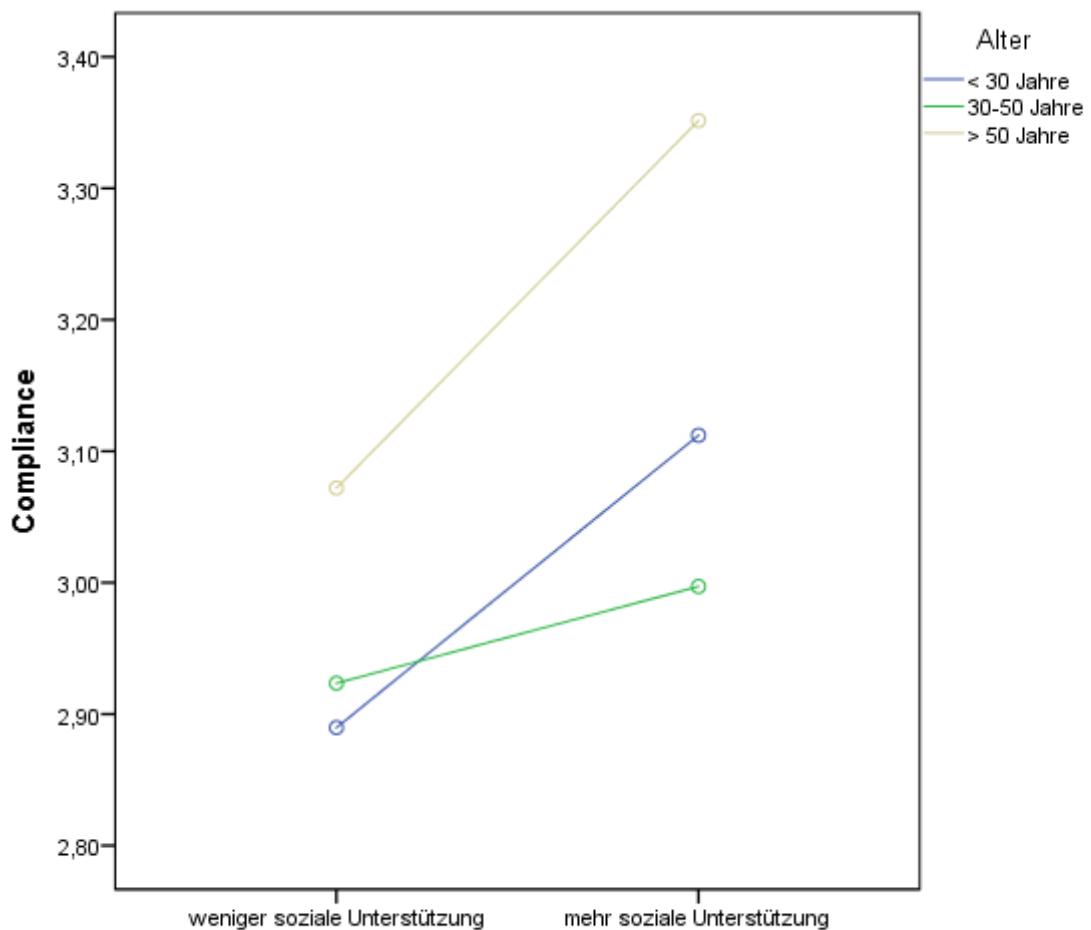


Abbildung 8 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Altersgruppen

Da soziale Unterstützung keine Wechselwirkung mit dem Alter zeigte, wurde die Hypothese 8 verworfen.

2.3.2.8 HYPOTHESE 9: GESCHLECHT

H9. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Geschlecht und Compliance.

Analog zu den vorherigen Hypothesen wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Dabei konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Bereitschaft zu Compliance gefunden werden. Ebenso zeigte sich keine signifikante Wechselwirkung von Geschlecht und sozialer Unterstützung. Signifikante Unterschiede zeigten sich

abermals beim Ausmaß von sozialer Unterstützung und der Bereitschaft zu Compliance. Die detaillierten Ergebnisse sind in Tabelle 23 zusammengefasst, die grafische Darstellung der Ergebnisse ist in Abbildung 9 zu sehen.

Tabelle 23 Varianzanalyse von *Compliance* nach sozialer Unterstützung und Geschlecht ($N = 348$)

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>r</i>
Soziale Unterstützung	1	3.13	3.13	12.02	.001	.034	.184
Geschlecht	1	0.04	0.04	0.15	.699	.000	.000
Soz. Unterstützung x Geschlecht	1	0.86	0.86	3.29	.070	.009	.094
Fehler	344	89.70	0.26				
Gesamt	348	3234.27					

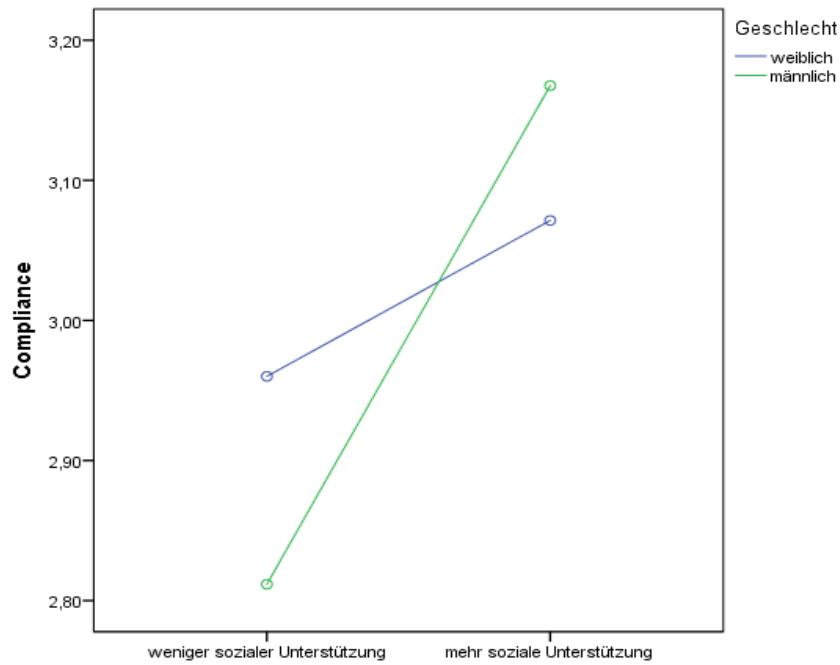


Abbildung 9 Mittelwerte von *Compliance* nach sozialer Unterstützung und Geschlecht

Aufgrund des fehlenden Zusammenhangs von Geschlecht und Compliance, als auch wegen der fehlenden signifikanten Wechselwirkung von sozialer Unterstützung und Geschlecht, wurde die Hypothese 9 verworfen.

2.3.2.9 HYPOTHESE 10: WOHN SITUATION

H10. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Wohnsituation und Compliance.

Die Überprüfung der Hypothese mittels zweifaktorieller Varianzanalyse zeigte keine Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft zu Compliance und der Wohnsituation. Signifikante Unterschiede bezüglich Compliance zeigten sich abermals nach Ausmaß an sozialer Unterstützung, es konnte jedoch keine signifikante Wechselwirkung mit der Wohnsituation (*in gemeinsamem Haushalt vs. alleine lebend*) gefunden werden (siehe Tabelle 24 und Abbildung 10).

Tabelle 24 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Wohnsituation ($N = 349$)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	1.61	1.61	6.14	.014	.017	.130
Wohnsituation	1	0.00	0.00	0.01	.925	.000	.000
Soz.Unterstützung x Wohnsituation	1	0.04	0.04	0.16	.690	.000	.000
Fehler	345	90.61	0.26				
Gesamt	349	3244.40					

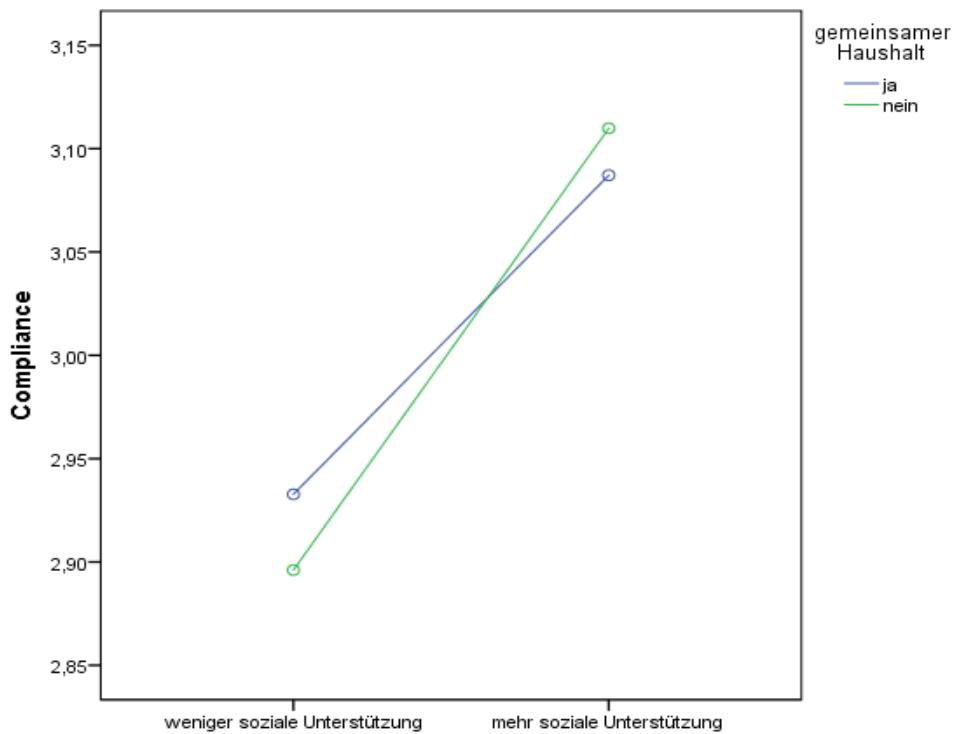


Abbildung 10 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Wohnsituation

Die Hypothese 10 wurde gemäß den Ergebnissen verworfen.

2.3.2.10 HYPOTHESE 11: BEZIEHUNGSSTATUS

H11. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Beziehungsstatus und Compliance.

Die abhängige Variable Compliance wurde mittels zweifaktorieller Varianzanalyse anhand der Zwischensubjektfaktoren soziale Unterstützung und Beziehungsstatus (*Beziehung* vs. *keine Beziehung*) analysiert. Es konnte weder eine signifikante Wechselwirkung bei den zwei unabhängigen Variablen, noch ein signifikanter Zusammenhang von Beziehungsstatus und Compliance gefunden werden. Der signifikante Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Compliance konnte abermals bestätigt werden. Die detaillierten Ergebnisse sind in Tabelle 25 dargestellt, in Abbildung 11 sind die Ergebnisse grafisch veranschaulicht.

Tabelle 25 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beziehungsstatus (N = 349)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	1.890	1.890	7.192	.008	.020	.141
Beziehungsstatus	1	.000	.000	.001	.971	.000	.000
Soz.Unterstützung x Beziehungsstatus	1	.018	.018	.070	.791	.000	.000
Fehler	345	90.640	.263				
Gesamt	349	3244.397					

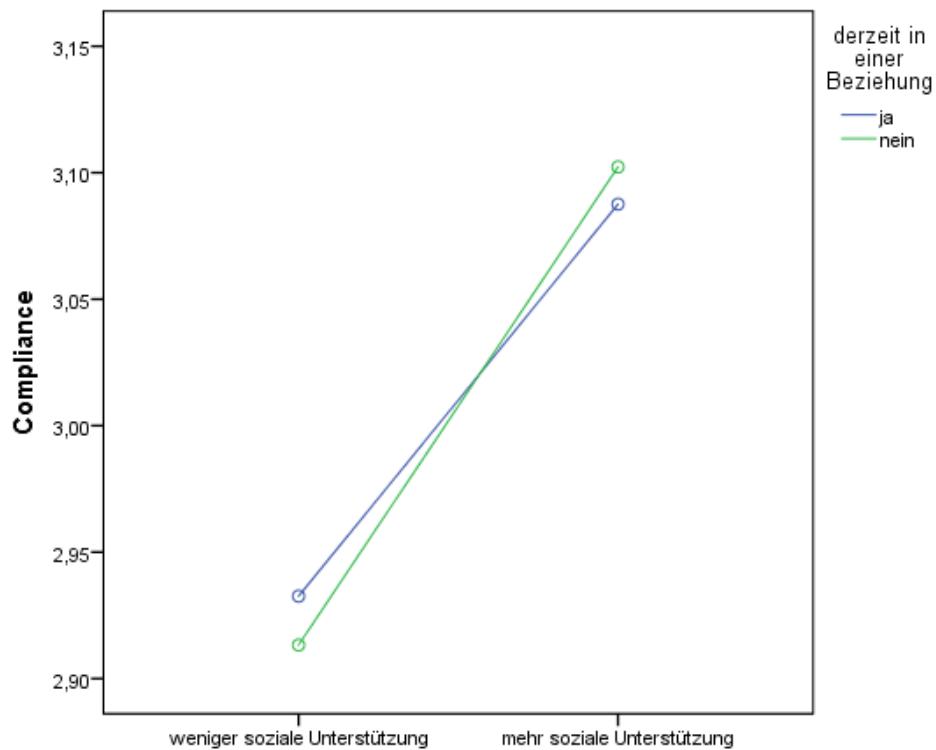


Abbildung 11 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beziehungsstatus

Die Hypothese 11 wurde aufgrund der vorliegenden Ergebnisse verworfen.

2.3.2.11 HYPOTHESE 12: FAMILIENSTAND

H12. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang zwischen dem Familienstand (Kinder/keine Kinder) und der Bereitschaft zu Compliance.

Zur Überprüfung der Hypothese 12 wurde Compliance mittels zweifaktorieller Varianzanalyse anhand der Zwischensubjektfaktoren soziale Unterstützung sowie dem Familienstand (Kinder vs. keine Kinder) analysiert. Bis auf einen Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Compliance konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Die Ergebnisse der Varianzanalyse sind in Tabelle 26 zusammengefasst. In Abbildung 12 findet sich die grafische Darstellung.

Tabelle 26 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Familienstand ($N = 343$)

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>r</i>
Soziale Unterstützung	1	1.74	1.74	6.63	.010	.019	.138
Familienstand	1	0.18	0.18	0.69	.406	.002	.045
Soz.Unterstützung x Familienstand	1	0.49	0.49	1.86	.174	.005	.071
Fehler	339	88.97	0.26				
Gesamt	343	3189.59					

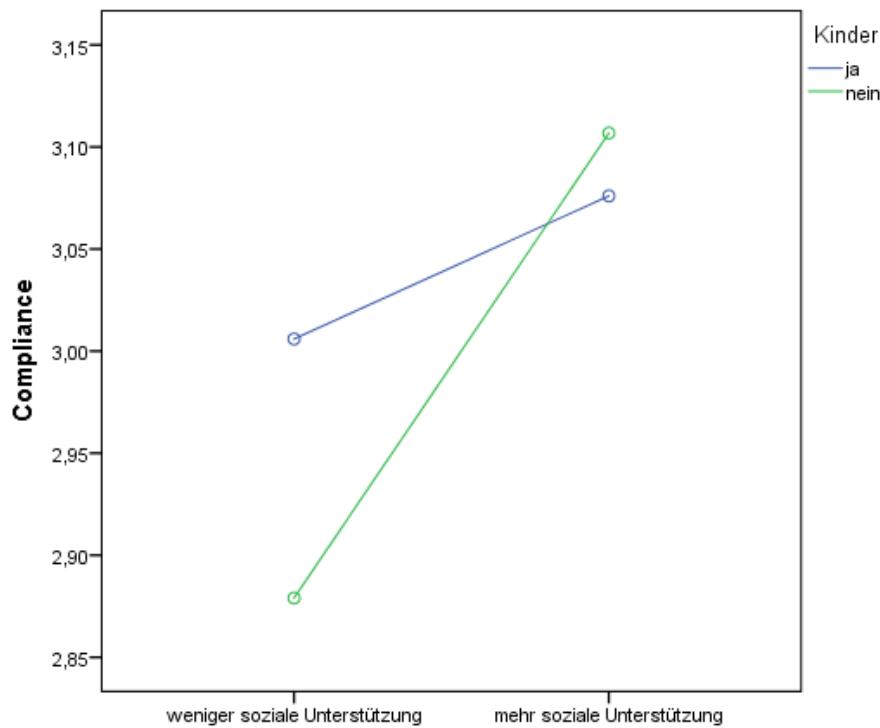


Abbildung 12 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Familienstand

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse wurde die Hypothese 12 verworfen.

2.3.2.12 HYPOTHESE 13: BESCHÄFTIGUNGSSTATUS

H13. Das Ausmaß an sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang von Beschäftigungsstatus und der Bereitschaft zu Compliance.

Es wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt wobei Compliance anhand der Zwischensubjektfaktoren soziale Unterstützung sowie Beschäftigungsstatus analysiert wurde. Dabei wurden sämtliche erhobene Beschäftigungsmöglichkeiten berücksichtigt (Vollzeit, Teilzeit, in Ausbildung, in Karenz, in Pension, arbeitssuchend). Aufgrund der teilweise sehr geringen Gruppengrößen, besonders bei den Gruppen Karenz, Pension und arbeitssuchend, sollten die gefundenen Ergebnisse mit unter Vorbehalt betrachtet werden. Die genauen Gruppengrößen und detaillierte Angaben sind der Tabelle 27 zu entnehmen.

Tabelle 27 Häufigkeiten: Analyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus ($N = 349$)

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
weniger soziale Unterstützung	Vollzeit	2.92	0.49	65
	Teilzeit	3.05	0.52	29
	In Ausbildung	2.78	0.54	53
	In Karenz	3.16	0.57	10
	In Pension	3.28	0.35	12
	arbeitssuchend	2.76	0.61	12
	Gesamt	2.93	0.53	181
mehr soziale Unterstützung	Vollzeit	3.05	0.47	65
	Teilzeit	3.03	0.54	46
	In Ausbildung	3.19	0.42	38
	In Karenz	2.92	0.55	7
	In Pension	3.24	0.64	3
	arbeitssuchend	3.37	0.58	9
	Gesamt	3.09	0.49	168

Es konnte weder ein signifikanter Unterschied bei sozialer Unterstützung noch bezüglich des Beschäftigungsstatus in Bezug auf die Bereitschaft zu Compliance gefunden werden. Jedoch zeigte sich bei der Wechselwirkung von sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus ein signifikantes Ergebnis (siehe Tabelle 28). Während arbeitssuchende Personen sowie Personen in Ausbildung tendenziell mehr Bereitschaft zu Compliance bei höherer sozialer Unterstützung zeigten, war bei Personen in Karenz eine Tendenz ersichtlich, dass bei mehr sozialer Unterstützung weniger Bereitschaft zu Compliance gegeben war. Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigte zeigten, unabhängig von sozialer Unterstützung, eine annähernd gleichbleibende Bereitschaft zu Compliance, ebenso Pensionierte, wobei diese generell von einer etwas höheren Compliancebereitschaft berichteten. In Abbildung 13 sind die Ergebnisse grafisch dargestellt.

Tabelle 28 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus (N = 349)

	df	SS	MS	F	p	η^2	r
Soziale Unterstützung	1	.74	.74	2.94	.088	.009	.095
Beschäftigungsstatus	5	.93	.19	.73	.598	.011	.105
Soz.Unterstützung x Beschäftigungsstatus	5	3.83	.77	3.04	.011	.043	.207
Fehler	337	84.95	.25				
Gesamt	349	3244.40					

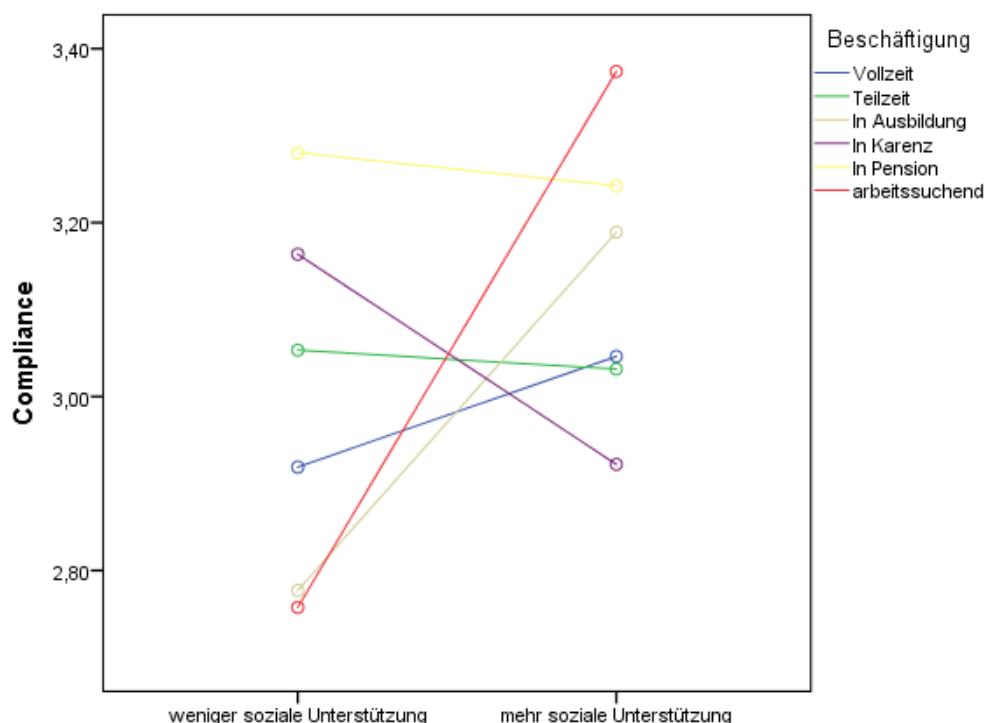


Abbildung 13 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus

2.3.2.13 EINFLUSSFAKTOREN AUF COMPLIANCE

Um die ursprüngliche Frage nach den Einflussfaktoren auf Compliance vertiefend zu beantworten, wurde eine hierarchische Regressionsanalyse mit Rückwärtsmethode in zwei Blöcken durchgeführt. Im ersten Block wurden soziodemographische Faktoren (Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus, Wohnsituation, Kinder, Ausbildung, Beschäftigung und Einwohnerzahl) als Prädiktorvariablen für Compliance getestet. Im zweiten Block wurden persönliche und krankheitsbezogene Faktoren (Selbstwirksamkeit, Symptomausprägung, Krankheitsdauer, Konsequenzen, Kontrolle, Kohärenz, soziale Unterstützung von Partner, Familie und Freunden) in das Modell aufgenommen. Der Anteil an erklärter Varianz von Compliance betrug bei dem Modell 11% ($R^2 = .11$, $R^2_{korr.} = .09$). Aus dem ersten Block verblieb von den 8 Prädiktoren lediglich die Variable Ausbildung als signifikanter Prädiktor für Compliance im Modell. Von den 9 Prädiktoren des zweiten Blocks blieben 4 erhalten, wovon nur 3 als Prädiktoren signifikant wurden. Neben der Variable Ausbildung aus dem ersten Block erwiesen sich aus dem zweiten Block die Variablen soziale Unterstützung durch die Familie, Selbstwirksamkeit sowie eingeschätzte Konsequenzen der Erkrankung als signifikante Prädiktoren für die Bereitschaft zu Compliance. Die detaillierten Ergebnisse sind in Tabelle 29 zusammengefasst.

Tabelle 29 Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage von Compliance ($N = 342$)

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	Kollinearität	
						Toleranz	<i>VIF</i>
(Konstante)	1.38	.27		5.20	.000		
Ausbildung	.06	.03	.11	2.04	.042	.97	1.03
Soz.Familie	.15	.04	.19	3.65	.000	.97	1.03
Selbstwirksamkeit	.20	.06	.16	3.17	.002	.98	1.02
Krankheitsdauer	.05	.03	.10	1.69	.093	.83	1.21
Konsequenzen	.09	.04	.14	2.43	.016	.80	1.26

Anmerkung. $R^2 = .11$ ($R^2_{\text{korr.}} = .09$), $F(5, 336) = 8.09$, $p < .001$, Block 1: 8 Prädiktoren, Block

2: 9 Prädiktoren

2.4 DISKUSSION

Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf Compliance, wobei besonderes Augenmerk auf den Einfluss von sozialer Unterstützung gelegt wurde. Mehrere personenbezogene, krankheitsbezogene sowie soziodemographische Faktoren wurden hinsichtlich ihrer Verbindung mit Compliance, als auch hinsichtlich einer möglichen Interaktion mit sozialer Unterstützung analysiert. Des Weiteren wurde überprüft, welche der Faktoren zur Vorhersage von Compliance geeignet sind. Die Ergebnisse der Untersuchung deckten sich nur zum Teil mit den bisherigen Ergebnissen aus der Literatur.

Wie erwartet (Pereira et al., 2008, 2008; Pereira et al., 2014) konnte bestätigt werden, dass höhere soziale Unterstützung mit höherer Bereitschaft zu Compliance in Zusammenhang steht (Hypothese 1). Auch, dass soziale Unterstützung durch die Familie den stärksten Einfluss auf Compliance hat (Glasgow & Toobert, 1988), konnte in der simultanen regressionsanalytischen Untersuchung der Einflussfaktoren bestätigt werden.

Die Stärke der eingeschätzten Konsequenzen einer Erkrankung konnte, gemäß den Erwartungen (French et al., 2006), in Zusammenhang mit Compliance gebracht werden. Die Erwartung stärkerer Konsequenzen einer Erkrankung steht mit höherer Bereitschaft zu Compliance in Verbindung (Hypothese 4).

Für die Krankheitsdauer konnte entgegen den Erwartungen, dass Compliance bei akuten Erkrankungen höher und bei chronischen niedriger ist (Osterberg & Blaschke, 2005), kein Zusammenhang mit Compliance gefunden werden (Hypothese 2). Auch die empfundene Kontrollierbarkeit der Erkrankung konnte nicht, wie erwartet (Griva et al., 2000), mit Compliance in Zusammenhang gebracht werden (Hypothese 3). Das Verständnis für die eigene Erkrankung, die Kohärenz (Hypothese 5), stand ebenso wenig wie das Ausmaß der erlebten Krankheitssymptome (Symptomausprägung, Hypothese 6) in Verbindung mit Compliance.

Dass Krankheitsrepräsentationen, im Sinne des CSM, zur Vorhersage oder zur Beeinflussung von Compliance geeignet sind (DiMatteo et al., 2007; French et al., 2006) konnte demnach nur für die Komponente erwartete Krankheitskonsequenzen bestätigt werden. Während die Komponente empfundene Kontrollierbarkeit (CSM) keine Verbindung zu Compliance aufwies, konnte Selbstwirksamkeitserwartung (HBM) in der vorliegenden Studie erfolgreich mit Compliance in Zusammenhang gebracht werden (Hypothese 7). Vorangegangene Studienergebnisse hatten eine Parallele zwischen empfundener Kontrollierbarkeit und Selbstwirksamkeitserwartung vorgeschlagen (Griva et al., 2000), was nicht bestätigt werden konnte.

Von den soziodemographischen Faktoren konnte Alter als einzige Einflussvariable auf Compliance identifiziert werden (Hypothese 8). Personen über 50 Jahre zeigten höhere Compliancebereitschaft als jüngere Altersgruppen, was bisherige Untersuchungsergebnisse bestätigt (Crowley et al., 2015; Yalcin, 2015). Jedoch lieferte die Variable Alter in der Vergangenheit widersprüchliche Ergebnisse, wobei die Bereitschaft zu Compliance mit dem Alter abnahm (Akincigil et al., 2008).

Bisherige Untersuchungen zu Geschlecht und Compliance lieferten ebenso unterschiedliche Ergebnisse (DiMatteo, 2004b; Yalcin, 2015), die vorliegende Untersuchung konnte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Bereitschaft zu Compliance herstellen (Hypothese 9). Entgegen den Erwartungen konnte auch zwischen der Wohnsituation und Compliance keine Verbindung gefunden werden (Hypothese 10), ein gemeinsamer Haushalt führte nicht zu höherer Compliancebereitschaft (DiMatteo, 2004a). Auch der Beziehungsstatus einer Person (Hypothese 11) stellte sich, analog zur Studie von Yalcin (2015), jedoch widersprüchlich zu DiMatteo (2004a), nicht als Einflussvariable für Compliance heraus. Ob eine Person Kinder hat oder nicht wirkt sich ebenso wenig auf die Bereitschaft zu Compliance aus (Hypothese 12).

Eine signifikante Wechselwirkung einer möglichen Einflussvariable auf Compliance und sozialer Unterstützung konnte lediglich bei der Variable

Beschäftigungsstatus gefunden werden (Hypothese 13). Die Ergebnisse weisen auf eine Tendenz hin, dass arbeitssuchende Personen sowie Personen in Ausbildung bei höherer sozialer Unterstützung höhere Bereitschaft zu Compliance zeigen als bei niedriger sozialer Unterstützung, während Personen welche sich in Karenz befinden bei höherer sozialer Unterstützung von weniger Bereitschaft zu Compliance berichten, als bei niedriger sozialer Unterstützung. Dieses Ergebnis sollte jedoch lediglich als Grundlage für weitere Untersuchungen dienen, da die teilweise sehr geringe Gruppengröße der Faktorstufen keine eindeutige Interpretation zulässt.

In einer abschließenden regressionsanalytischen Untersuchung der erhobenen Einflussfaktoren konnten die Faktoren Ausbildung, soziale Unterstützung durch die Familie, Selbstwirksamkeit sowie eingeschätzte Konsequenzen der Erkrankung als signifikante Prädiktoren für Compliance bestätigt werden. Soziale Unterstützung scheint generell zuverlässig mit Compliance in Verbindung zu stehen, jedoch wenig Einfluss auf die Beziehung von anderen Einflussvariablen auf Compliance zu haben.

Nach Osterberg und Blaschke (2005) sind Ergebnisse in Untersuchungen zu Compliance stichprobenabhängig, was eine Erklärung für inkonsistente Ergebnisse bei einigen Variablen, sowohl in bereits bestehenden Studien, als auch in der vorliegenden Studie, sein könnte.

Als Limitation der Studie ist anzuführen, dass zwar die Krankheiten erfasst wurden, an welchen die befragten Personen litten, jedoch diese aufgrund der freien Antwortmöglichkeit nicht richtig klassifiziert und demnach nicht in die Auswertung miteinbezogen werden konnten. Personen mit psychischen Erkrankungen wurden von der Untersuchung ausgeschlossen, um mögliche Datenverzerrungen zu vermeiden. Rückblickend wäre der Vergleich von psychischen und physischen Erkrankungen in Bezug auf soziale Unterstützung und Compliance jedoch möglicherweise sehr interessant gewesen. In einer Studie konnte beispielsweise ein moderierender Effekt von Selbstwirksamkeit und von sozialer Unterstützung auf die Beziehung von depressiven Symptomen und Compliance gefunden werden (Tovar et al., 2015).

Wenn auch nicht alle der erhobenen Faktoren in Bezug zu Compliance gebracht werden konnten, wurde durch die Studie dennoch deutlich ersichtlich, wie zahlreich die Faktoren sind, welche einen Einfluss auf die Bereitschaft zu Compliance haben. Ebenso, dass die Einflussfaktoren aus verschiedensten Bereichen, wie dem sozialen sowie wirtschaftlichen Umfeld und persönlichen Einstellungen und Erwartungen auf die Compliancebereitschaft einwirken. Hinsichtlich der aktuellen Wirtschaftslage wäre es besonders interessant, die Beziehung von Beschäftigungsstatus, sozialer Unterstützung und Compliance in weiteren Studien näher zu untersuchen.

2.5 ABSTRACT

Die vorliegende Studie befasste sich mit der Analyse von möglichen Einflussfaktoren auf Compliance, der Bereitschaft ärztliche oder therapeutische Ratschläge zu befolgen. Dabei wurden patienten- und krankheitsbezogene sowie soziale und soziodemographische Faktoren erfasst und hinsichtlich ihrer Beziehung zu Compliance und einer möglichen Wechselwirkung mit sozialer Unterstützung untersucht. Die Stichprobe setzte sich aus 349 Personen zusammen, welche innerhalb der letzten 6 Monate von einer belastenden körperlichen Erkrankung betroffen waren. Die Ergebnisse der Studie belegten, dass Compliance von Faktoren aus unterschiedlichen Bereichen beeinflusst werden kann.

Dass höhere soziale Unterstützung mit höherer Bereitschaft zu Compliance einhergeht konnte sowohl mit einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson, als auch mit den anschließenden zweifaktoriellen Varianzanalysen bestätigt werden, mit welchen die möglichen Einflussfaktoren hinsichtlich ihrer Beziehung mit Compliance und sozialer Unterstützung geprüft wurden. Stärkere erwartete Konsequenzen einer Erkrankung führten zu höherer Compliance, ebenso wie höhere Selbstwirksamkeitserwartung und höheres Alter. Hinweise auf Wechselwirkungen zeigten sich zwischen sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus. Während arbeitssuchende und Personen in Ausbildung bei höherer sozialer Unterstützung mehr Compliancebereitschaft zeigten, berichteten Personen in Karenz in diesem Fall von weniger Bereitschaft zu Compliance. In einer abschließenden hierarchischen Regressionsanalyse wurden die Variablen in zwei Blöcken auf ihre Eignung als Prädiktoren für Compliance getestet. Hier erwiesen sich abermals die Variablen Selbstwirksamkeitserwartung, Krankheitskonsequenzen und soziale Unterstützung durch die Familie als signifikante Prädiktoren für Compliance. Zusätzlich wurde im regressionsanalytischen Design auch die Variable Ausbildung signifikant.

ABSTRACT

The present study analyzes the possible influences on compliance, which is the willingness of a person to follow medical or therapeutic advises. Patient and illness related factors, as well as social and sociodemographic factors, were collected and analyzed in terms of their correlation with compliance and social support. The sample consisted of 349 people who had experienced burdensome physical illnesses within the last 6 months. The results confirmed compliance to be influenced by various factors of different areas.

Higher social support proved to be correlated with higher compliance. Two-factor ANOVAs showed significant results: stronger illness consequences, higher self-efficacy, and higher age led to higher compliance. Part time employed persons as well as students showed more compliance when they reported higher social support, whereas persons in parental leave showed less compliance. Hierachic regression analyses confirmed illness consequences, self-efficacy and social support to be predictors of compliance. In addition, education was found as a significant predictor of compliance.

3 LITERATURVERZEICHNIS

Abraham, C. & Sheeran, P. (2007). The health belief model. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman et al. (Hrsg.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (S. 97-102). Cambridge: Cambridge University Press.

Akincigil, A., Bowblis, J. R., Levin, C., Jan, S., Patel, M. & Crystal, S. (2008). Long-term adherence to evidence based secondary prevention therapies after acute myocardial infarction. *Journal of general internal medicine*, 23 (2), 115-121.

Balck, F. & Preuss, M. (2008). Die unterschiedliche Wahrnehmung und kognitive Repräsentation von Erkrankungen. *Wissenschaftliche Zeitschrift der Technischen Universität Dresden*, 57 (3-4), 81.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Barrera, Manuel, Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.

Berkman, L. F., Leo-Summers, L. & Horwitz, R. I. (1992). Emotional Support and Survival after Myocardial Infarction: A Prospective, Population-based Study of the Elderly. *Annals of Internal Medicine*, 117 (12), 1003-1009.

Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109 (2), 186-204.

Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B. et al. (2001). Characteristics of socially isolated patients

with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63 (2), 267-272.

Brus, H., van de Laar, M., Taal, E., Rasker, J. & Wiegman, O. (1999). Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient education and counseling*, 36 (1), 57-64.

Chen, S.-L., Lee, W.-L., Liang, T. & Liao, I.-C. (2014). Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal of advanced nursing*, 70 (9), 2031-2040.

Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 67-684. Verfügbar unter <http://repository.cmu.edu/psychology/687>

Cohen, S., Underwood, L. G. & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. Oxford: Oxford University Press.

Crowley, M. J., Zullig, L. L., Shah, B. R., Shaw, R. J., Lindquist, J. H., Peterson, E. D. et al. (2015). Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. *Journal of general internal medicine*, 30 (1), 83-90.

DiMatteo, M. R. (2004a). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23 (2), 207-218.

DiMatteo, M. R. (2004b). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical care*, 42 (3), 200-209.

DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2002). Patient Adherence and Medical Treatment Outcomes. *Medical care*, 40 (9), 794-811.

DiMatteo, M. R., Haskard, K. B. & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical care*, 45 (6), 521-528.

Donadiki, E. M., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Sourtzi, P., Carrasco-Garrido, P., López de Andrés, A. et al. (2014). Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public health*, 128 (3), 268-273.

French, D. P., Cooper, A. & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 61 (6), 757-767.

Friedmann, E., Thomas, S. A., Liu, F., Morton, P. G., Chapa, D. & Gottlieb, S. S. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal*, 152 (5), 940.

Gaab, J. (o.J.). *Illness perception Questionnaire (IPQ-R) Kurzform*, Universität Zürich. Zugriff am 22.07.2016. Verfügbar unter <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R-German Short.pdf>

Gaab, J. & Ehlert, U. (2005). *Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom*: Hogrefe Verlag.

Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management. A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30 (2), 170-195.

Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Glasgow, R. E. & Toobert, D. J. (1988). Social Environment and Regimen Adherence Among Type II Diabetic Patients. *Diabetes care*, 11 (5), 377-386.

Gorenai, V., Schönermark, M. P. & Hagen, A. (2007). Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*.

Griffith, L. S., Field, B. J. & Lustman, P. J. (1990). Life Stress and Social Support in Diabetes: Association with Glycemic Control. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20 (4), 365-372.

Griva, K., Myers, L. B. & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*, 15 (6), 733-750.

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39 (1-2), 133-144.

Haynes, R. B., Taylor, D. W. & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Holder, B. (1997). Family support and survival among African-American end-stage renal disease patients. *Advances in renal replacement therapy*, 4 (1), 13-21.

House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241 (4865), 540-545.

Leiner, D. J. (2014) SoSci Survey [Computer software]. Verfügbar unter <https://www.soscisurvey.de>

Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. A. (2003). *The common-sense model of self-regulation of health and illness*: Routledge.

Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.

Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4 (2), 115.

Mühlig, S. (2004). Compliance: Formen und messmethodische Fragen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 17 (65), 45-52.

Nachega, J. B., Uthman, O. A., Peltzer, K., Richardson, L. A., Mills, E. J., Amekudzi, K. et al. (2015). Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93 (1), 29-41.

Osborn, C. Y. & Egede, L. E. (2012). The relationship between depressive symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes. The role of social support. *General Hospital Psychiatry*, 34 (3), 249-253.

Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. Drugs don't work in patients who don't take them. *The New England Journal of Medicine*, 353 (5), 488-497.

Oxman, T. E., Freeman, D. H. & Manheimer, E. D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*.

Pereira, M. G., Berg-Cross, L., Almeida, P. & Machado, J. C. (2008). Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *International journal of behavioral medicine*, 15 (3), 187-193.

Pereira, M. G., Pedras, S. & Machado, J. C. (2014). Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes. *Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare*, 32 (2), 198-206.

Petermann, F. & Mühlig, S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. *Compliance und Selbstmanagement*, 1, 73-102.

Rosengren, A., Orth-Gomer, K., Wedel, H. & Wilhelmsen, L. (1993). Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *BMJ: British Medical Journal*, 307 (6912), 1102.

Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 94.

Rutledge, T., Reis, S. E., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S. F., Pepine, C. J. et al. (2004). Social Networks Are Associated With Lower Mortality Rates Among Women With Suspected Coronary Disease: The National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation Study. *Psychosomatic Medicine*, 66 (6), 882-888. Verfügbar unter http://www.researchgate.net/profile/Thomas_Rutledge/publication/8163707_Social_Networks_Are_Associated_With_Lower_Mortality_Rates_Among_Women_With_Suspected_Coronary_Disease_The_National_Heart_Lung_and_Blood_Institute-Sponsored_Womens_Ischemia_Syndrome_Evaluation_Study/links/0912f508ac58e43ff7000000.pdf

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im*

Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Sirri, L., Fava, G. A. & Sonino, N. (2013). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and psychosomatics, 82* (2), 74-81.

Statistik Austria. (2014a). *Gesundheitsausgaben in Österreich*, Statistik Austria. Zugriff am 19.08.2016. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html

Statistik Austria (Hrsg.). (2014b). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014*. Zugriff am 29.08.2016. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html

Sutton, S. (2001). Health behavior: Psychosocial theories. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences, 6*499-6506.

Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology, 13* (2), 187-202.

Tovar, E., Rayens, M. K., Gokun, Y. & Clark, M. (2015). Mediators of adherence among adults with comorbid diabetes and depression: The role of self-efficacy and social support. *Journal of health psychology, 20* (11), 1405-1415.

Wills, T. A. & Cleary, S. D. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of personality and social psychology, 71* (5), 937.

Woodgate, J. & Brawley, L. R. (2008). Use of an efficacy-enhancing message to influence the self-regulatory efficacy of cardiac rehabilitation participants. A field experiment. *Rehabilitation psychology, 53* (2), 153-161.

Yalcin, E. (2015). *Einflussfaktoren auf die Bereitschaft zu Compliance*. Dissertation, Universität Wien. Wien. Verfügbar unter <http://othes.univie.ac.at/40840/>

Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W. & Beckles, G. (2007). Social support and mortality among older persons with diabetes. *The Diabetes educator*, 33 (2), 273-281.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52 (1), 30-41.

4 TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1 Häufigkeiten der höchsten abgeschlossenen Schulbildung (N = 249)</i>	18
<i>Tabelle 2 Häufigkeiten der aktuellen Tätigkeit (N = 249)</i>	19
<i>Tabelle 3 Häufigkeiten der Krankheitsformen (N = 349)</i>	20
<i>Tabelle 4 Itemkennwerte der Skala Compliance (N = 349)</i>	22
<i>Tabelle 5 Itemkennwerte der Skalen soziale Unterstützung (N = 349)</i>	23
<i>Tabelle 6 Itemkennwerte der Skalen Timeline, Konsequenzen, Kohärenz und persönliche Kontrolle (N = 349)</i>	25
<i>Tabelle 7 Itemkennwerte der Skala SWE (N = 349)</i>	26
<i>Tabelle 8 Korrelation von Compliance und sozialer Unterstützung (N = 349)</i>	28
<i>Tabelle 9 Häufigkeiten von sozialer Unterstützung sowie Krankheitsdauer nach Aufteilung mittels Median (N = 349)</i>	29
<i>Tabelle 10 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Krankheitsdauer (N = 349)</i>	30
<i>Tabelle 11 Häufigkeiten der empfundenen Kontrollierbarkeit nach Aufteilung mittels Median (N = 349)</i>	31
<i>Tabelle 12 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und empfundener Kontrollierbarkeit (N = 349)</i>	31
<i>Tabelle 13 Häufigkeiten der eingeschätzten Konsequenzen nach Aufteilung mittels Median (N = 349)</i>	33
<i>Tabelle 14 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und eingeschätzten Konsequenzen der Erkrankung (N = 349)</i>	33
<i>Tabelle 15 Häufigkeiten der Kohärenz der Erkrankung nach Aufteilung mittels Median (N = 349)</i>	35
<i>Tabelle 16 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Kohärenz der Erkrankung (N = 349)</i>	35
<i>Tabelle 17 Häufigkeiten der Symptomausprägung nach Aufteilung mittels Median (N = 349)</i>	37
<i>Tabelle 18 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Symptomausprägung (N = 349)</i>	37
<i>Tabelle 19 Häufigkeiten der Selbstwirksamkeitserwartung nach Aufteilung mittels Median (N = 349)</i>	39
<i>Tabelle 20 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung (N = 349)</i>	39
<i>Tabelle 21 Häufigkeiten Personen nach Aufteilung nach Altersgruppen (N = 349)</i>	41
<i>Tabelle 22 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Altersgruppen (N = 349)</i>	41
<i>Tabelle 23 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Geschlecht (N = 348) ..</i>	43

<i>Tabelle 24 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Wohnsituation (N = 349)</i>	44
<i>Tabelle 25 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beziehungsstatus (N = 349)</i>	46
<i>Tabelle 26 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Familienstand (N = 343)</i>	47
<i>Tabelle 27 Häufigkeiten: Analyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus (N = 349)</i>	49
<i>Tabelle 28 Varianzanalyse von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus (N = 349)</i>	50
<i>Tabelle 29 Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage von Compliance (N = 342)</i>	52

5 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1. Streudiagramm für den Zusammenhang von Compliance und sozialer Unterstützung Gesamt (mit Regressiongerade)</i>	28
<i>Abbildung 2 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Krankheitsdauer</i>	30
<i>Abbildung 3 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und empfundener Kontrollierbarkeit</i>	32
<i>Abbildung 4 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und eingeschätzten Konsequenzen der Erkrankung</i>	34
<i>Abbildung 5 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Kohärenz der Erkrankung</i>	36
<i>Abbildung 6 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Symptomausprägung der Erkrankung</i>	38
<i>Abbildung 7 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung</i>	40
<i>Abbildung 8 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Altersgruppen</i>	42
<i>Abbildung 9 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Geschlecht</i>	43
<i>Abbildung 10 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Wohnsituation</i>	45
<i>Abbildung 11 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beziehungsstatus</i>	46
<i>Abbildung 12 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Familienstand</i>	48
<i>Abbildung 13 Mittelwerte von Compliance nach sozialer Unterstützung und Beschäftigungsstatus</i>	50

6 ANHANG (FRAGEBOGEN)

Sehr geehrte Teilnehmende!

Die folgende Befragung findet im Rahmen meiner Masterarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien statt. In der Studie geht es darum, Ihre Einstellung zur Befolgung ärztlicher Ratschläge und ärztlicher Therapievorschläge zu erfassen.

Die Teilnahme an der Studie ist für jede Person ab 18 Jahren möglich.

Die Teilnahme an der Studie geschieht freiwillig, Sie können die Befragung jederzeit ohne Anführung von Gründen abbrechen. Alle Daten werden gemäß Datenschutzgesetz anonym ausgewertet und streng vertraulich behandelt, sie dienen rein dem Zwecke der Forschung und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte lesen Sie die Anleitungen genau durch und beantworten Sie die Fragen vollständig und möglichst ehrlich. Lassen Sie bitte keine Fragen aus, es gibt weder richtige noch falsche Antworten.

Der Fragebogen wird etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit um die Fragen zu beantworten.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und Ihre Mithilfe.

Susanne Braun

Ich habe die angeführten Informationen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass die angegebenen Daten gespeichert und ohne direkten Personenbezug für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen.

ja

nein

Susanne Braun, BSc., Universität Wien – 2016

Leiden Sie jetzt oder litten Sie in den letzten sechs Monaten an einer schwereren körperlichen Verletzung oder an einer belastenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (Erkrankung), bei der Sie ärztlichen Rat oder ärztliche Therapievorschläge erhielten?

-
- ja
-
- nein

Um welche schwerere Verletzung oder gesundheitliche Belastung bzw. Erkrankung handelte es sich dabei?

Bitte benennen oder beschreiben Sie frei:

Litten Sie in der letzten Zeit oder leiden sie jetzt an seelischen Problemen oder Störungen?

-
- ja
-
- nein

In diesen Aussagen geht es darum, wie Sie das Ausmaß an Unterstützung einschätzen, das Sie im Allgemeinen durch ihr näheres soziales Umfeld (Freunde, Familie, Partner) erhalten. Bitte klicken Sie zu jeder Aussage eine Antwortmöglichkeit an.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Es gibt jemanden (Verlobte/r, Lebenspartner/in, Nachbar/in, Verwandte/r, Arzt etc.), der für mich da ist, wenn ich Hilfe brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Es gibt jemanden, mit dem ich Freud und Leid teilen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meine Familie versucht mir wirklich zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bekomme von meiner Familie die nötige emotionale Hilfe und Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe jemanden, der mich tröstet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann auf meine Freunde zählen, wenn Dinge schief laufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann mit meiner Familie über meine Probleme sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe Freunde, mit denen ich Freud und Leid teilen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Es gibt jemanden, dem meine Gefühle wichtig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meine Familie ist mir gern bei meinen Entscheidungen behilflich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann mit meinen Freunden über meine Probleme sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Die folgenden Aussagen sollen erfassen, wie Sie mit Schwierigkeiten und Hindernissen im alltäglichen Leben umgehen. Bitte klicken Sie an, wie sehr oder wie wenig Sie den Aussagen zustimmen.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Folgenden sind verschiedene Beschwerden aufgelistet, die Sie möglicherweise im Verlauf Ihrer letzten schwereren Verletzung oder gesundheitlichen Belastung bzw. Erkrankung erlebt haben. Klicken Sie bitte an, ob Sie dabei die betreffenden Symptome erlebt haben (oder noch erleben) und ob Sie glauben, dass diese durch Ihre Verletzung oder Erkrankung verursacht werden/wurden.

Wenn Sie ein Symptom nicht erlebt haben, klicken Sie bitte in beiden Zeilen "nein".

Schmerzen

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Halsschmerzen

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Übelkeit

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Atemlosigkeit

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Gewichtsverlust

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Gelenkschmerzen

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Brennende Augen

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Kopfschmerzen

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Verdauungsprobleme

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Kraftlosigkeit

Ich habe dieses Symptom im Laufe meiner Erkrankung erlebt

ja

nein

Dieses Symptom wird/wurde durch meine Erkrankung verursacht

ja

nein

Im Folgenden soll erfasst werden, wie Sie Ihre letzte (eventuell noch andauernde) körperliche Verletzung, gesundheitliche Belastung bzw. Erkrankung einschätzen.

□

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Meine Erkrankung war bzw. ist eher chronisch als nur kurzzeitig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nichts was ich tue wird meine Erkrankung beeinflussen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verstehe meine Erkrankung nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich über meine Erkrankung nachdenke, fühle ich mich deprimiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung wird lange Zeit andauern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung ist für mich ein Rätsel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Macht, meine Erkrankung zu beeinflussen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme an, dass ich diese Erkrankung für den Rest meines Lebens haben werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mich ängstlich, dass ich diese Erkrankung habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung hat grossen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung ist unberechenbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung hat grosse Auswirkungen auf mein Leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Erkrankung nachdenke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Verhalten wird den Verlauf meiner Erkrankung nicht beeinflussen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung macht für mich keinen Sinn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Einstellung gegenüber ärztlichen Ratschlägen und gegenüber Therapievorschlägen, die Sie anlässlich Ihrer letzten Erkrankung erhalten hatten. Klicken Sie zu jeder Aussage bitte eine Antwortmöglichkeit an.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Ich habe stets die Regeln einer Ernährungsumstellung/Diät, welche ich vom Arzt angeordnet bekommen habe, strikt befolgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verschriebene Medikamente habe ich immer nach Vorschrift eingenommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gymnastische / Physiotherapeutische Übungen habe ich auch außerhalb der Termine zu Hause alleine durchgeführt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin in regelmäßigen Abständen zu allen notwendigen ärztlichen Untersuchungen gegangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ärztliche Termine habe ich nie abgesagt oder verschoben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn es erforderlich war, habe ich das notwendige Geld für meine Gesundheit investiert. Auch als ich nicht krank war, war ich stets bemüht, gesund zu bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich hatte immer großes Vertrauen zu den Ärzten, bei denen ich behandelt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich lasse regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen durchführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe alle empfohlenen Impfungen durchführen lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vor einem Arztbesuch habe ich mich immer zuerst selbst über die vorliegende Erkrankung informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich lege großen Wert auf gesunde Ernährung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Abschließend bitte ich Sie, einige Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Diese Daten dienen ausschließlich statistischen Zwecken und werden natürlich anonym behandelt.

Geschlecht

- weiblich
- männlich

Alter

Jahre

Sind Sie derzeit in einer festen partnerschaftlichen Beziehung (z.B. Ehe, Lebensgemeinschaft,...)?

- ja
- nein

Wohnen Sie zusammen mit einer anderen Person / mit anderen Personen im gleichen Haushalt (z.B. Partner, Wohngemeinschaft, Familienmitglieder, ...)?

- ja
- nein

Haben Sie Kinder?

- ja
- nein

Bitte geben Sie Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung an.

- Pflichtschule / Hauptschule
- Lehre / Berufsbildende (mittlere) Schule
- Abitur / Matura / Studienberechtigungsprüfung

Fachhochschule / Universität

Sonstige (bitte angeben):

Bitte geben Sie Ihren derzeitigen Beschäftigungsstatus an.

Vollzeit

Teilzeit

In Ausbildung

In Karenz

In Pension

arbeitssuchend

Wohnort / Einwohnerzahl

bis ca. 100.000 Einwohner

mehr als 100.000 Einwohner

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, bei dieser Untersuchung mitzuwirken!

Susanne Braun, BSc., Universität Wien – 2016