

Fragebogen zur Einhaltung einer gesunden Lebensführung

Anleitung

- In den folgenden Fragen und Aussagen geht es um Ihre Erfahrungen mit Diäten und Sport.
- Kreuzen Sie bitte (✓ oder X) **eine** Antwort an, um die jeweilige Aussage zu ergänzen oder um die jeweilige Frage zu beantworten (wenn nicht anders angegeben).
- Einige Fragen sind in Tabellenform dargestellt.
 - ↳ Kreuzen Sie bitte in jeder Reihe ein Kästchen an.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen so offen wie möglich und ohne fremde Hilfe.
- Alle Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION

Über Sie selbst

Ihre Antworten auf die folgenden Fragen geben uns sehr wichtige Informationen über Sie selbst und Ihre Lebensführung. Kreuzen Sie bitte (✓ oder X) zu jeder Frage die Antwort an, die am besten Ihrer Situation entspricht.

1. Wann sind Sie zum ersten Mal übergewichtig geworden?

- ₁ Nach einer Schwangerschaft
- ₂ Nachdem ich aufgehört habe, regelmäßig Sport zu treiben.
- ₃ Nachdem ich aufgehört habe zu rauchen.
- ₄ Ich war schon mein ganzes Leben lang übergewichtig.
- ₅ Andere: _____

2. Haben Sie Ihrer Meinung nach

- ₁ Starkes Untergewicht
- ₂ Untergewicht
- ₃ Ein gesundes Gewicht
- ₄ Übergewicht
- ₅ Starkes Übergewicht

3. Mit welche Methoden haben Sie versucht abzunehmen?

(Bitte alles Zutreffende ankreuzen.)

- ₁ Keine
- ₂ Fettreduzierte Diät
- ₃ Kohlenhydratreduzierte Diät
- ₄ Diätshakes nach Rezeptur (z.B. SlimFast)
- ₅ Frei erhältliche Diätmedikamente
- ₆ Diätmedikamente, die Ihnen vom Arzt verschrieben wurden
- ₇ Organisierte Programme (z.B. Weight Watchers)
- ₈ Ausgewogene, kalorienarme Diät
- ₉ Chirurgischer Eingriff (z.B. Magenbypass oder Gastroplastik)
- ₁₀ Andere: _____

AHLQ © 2006 Sanofi-Aventis. All Rights Reserved

4. Was waren im Großen und Ganzen die Ergebnisse Ihrer früheren Versuche abzunehmen?

- ₁ Ich habe nicht nennenswert abgenommen.
- ₂ Ich habe abgenommen und das Gewicht gehalten.
- ₃ Ich habe abgenommen und das, was ich abgenommen habe wieder zugenommen.
- ₄ Ich habe abgenommen und sogar mehr zugenommen.

5. Wie oft treiben Sie Sport?

- ₁ Nie
- ₂ Selten (wenn ich Zeit habe)
- ₃ Manchmal (zwei- bis viermal im Monat für länger als 30 Minuten)
- ₄ Oft (zweimal in der Woche für länger als 30 Minuten)
- ₅ Sehr oft (drei- bis fünfmal in der Woche für länger als 30 Minuten)

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION

Über Ihre Motivation

Ihre Antworten auf die folgenden Fragen helfen uns, zu verstehen, warum Sie sich dafür entschieden haben, Ihre Lebensgewohnheiten zu verändern (gute Ernährung und Sport).

Wie wichtig waren die folgenden Gründe bei Ihrer Entscheidung, sich eine gesunde Lebensführung anzueignen? Kreuzen Sie bitte (✓ oder X) pro Frage eine Antwort an.

| | Überhaupt nicht wichtig | Weniger wichtig | Mäßig wichtig | Ziemlich wichtig | Sehr wichtig |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. In Ihrer Kleidung gut aussehen zu können | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Das Risiko oder das Ausmaß von hohem Blutdruck, hohem Cholesterin, Diabetes oder Herzerkrankungen zu verringern | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Mehr Energie zu haben | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Ein aktives Leben zu leben | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Sich attraktiv zu fühlen | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION

Über Ihre Hindernisse bei der Veränderungen der Lebensgewohnheiten

Ihre Antworten auf die folgenden Fragen helfen uns, die Faktoren zu verstehen, die Ihnen bei der Aneignung einer gesunden Lebensführung (z.B. Diät und Sport) vielleicht Probleme bereiten können.

Wie schwierig machten es Ihnen die folgenden Faktoren, sich eine gesunde Lebensführung anzueignen (z.B. Diät und Sport)? Kreuzen Sie bitte (✓ oder X) pro Frage eine Antwort an.

| | Überhaupt nicht schwierig | Etwas schwierig | Mäßig schwierig | Ziemlich schwierig | Sehr schwierig |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Verlangen nach Essen, das nicht gesund ist | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input checked="" type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Geschmack von ungesundem Essen im Vergleich zu gesundem Essen | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Schwierigkeiten, gesunde Mahlzeiten zuzubereiten | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Schwierigkeiten, meine Essgewohnheiten zu verändern wegen meiner Familie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Schwierigkeiten, gesundes Essen zu finden, wenn ich auswärts esse | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Stress, der mit der Einhaltung eines Diät- und Sportprogramms verbunden ist | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. Bedürfnis zu essen, wenn ich frustriert, gestresst, besorgt oder traurig bin | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 8. Schwierigkeiten, Diät und Sport in meinen Zeitplan einzubauen | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. Schwierigkeiten aufgrund anderer Erkrankungen, Diät und Sport in mein Leben einzubauen | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Über Ihre Ergebnisse

Ihre Antworten auf die folgenden Fragen helfen uns zu verstehen, woran Sie tatsächlich merken dass die Veränderungen Ihrer Lebensgewohnheiten erfolgreich waren.

Wie sehr treffen seit Ihrem letzten Besuch beim Arzt oder Ernährungsberater die folgenden Aussagen auf Ihre Situation zu? Kreuzen Sie bitte (✓ oder X) pro Frage eine Antwort an.

| | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Ich kann Kleidung tragen, die ich seit langer Zeit nicht mehr anhatte. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Ich fühle mich gesunder. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Mein Blutdruck hat sich gebessert. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Ich kann körperlich so aktiv sein, wie ich möchte oder muss. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Ich habe mehr Energie. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Ich fühle mich attraktiver. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. Ich bin zuversichtlicher. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION

Über Ihre Zufriedenheit

Ihre Antworten auf die folgenden Fragen helfen uns zu verstehen, mit welchen Aspekte Ihrer Veränderungen der Lebensgewohnheiten (wie Diäten und Sport) Sie weniger oder mehr zufrieden sind.

Kreuzen Sie bitte (✓ oder X) für jede der folgenden Fragen das Kästchen zu der Antwort an, die am besten Ihrer Situation entspricht.

| | Überhaupt nicht | Wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht, wenn Sie auf die Waage sehen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input checked="" type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Aussehen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Wie zufrieden sind Sie damit, wie viel Sie essen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Wie zufrieden sind Sie mit dem Geschmack Ihres Essens? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Programm (Beratung durch eine Pflegekraft, einen Ernährungsberater oder Arzt)? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Grad an körperlicher Aktivität (Laufen, Sport)? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION

7. Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie Ihre Ziele erreichen?

| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

8. Wie viel Selbstvertrauen haben Sie?

| Überhaupt keines | Wenig | Mäßig | Ziemlich viel | Sehr viel |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION
REVIEW COPY

Über Ihre Einhaltung der Veränderungen der Lebensgewohnheiten

Ihre Antworten auf die folgenden Fragen helfen uns, die Faktoren zu verstehen, die Ihnen dabei helfen, sich die Veränderungen der Lebensgewohnheiten (wie Diäten und Sport) längerfristig anzueignen.

Kreuzen Sie bitte (✓ oder X) zu jeder der folgenden Fragen das Kästchen zu der Antwort an, die am besten auf Ihre Situation seit Ihrem letzten Besuch beim Arzt oder Ernährungsberater zutrifft.

| | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Wie leicht war es für Sie, Ihr Diät- und Sportprogramm einzuhalten? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Wie zuversichtlich haben Sie sich durch Ihr Diät- und Sportprogramm gefühlt? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| | Überhaupt keine | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich viel | Sehr viel |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 3. Wie viel Kontrolle hatten Sie selbst über Ihr Diät- und Sportprogramm? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Wie sehr haben Ihnen positive Rückmeldungen und die Unterstützung von Anderen dabei geholfen, Ihr Diät- und Sport-Programm einzuhalten? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Wie sehr haben Ihnen Ihre Ergebnisse des Bluttests dabei geholfen, Ihr Diät- und Sportprogramm fortzusetzen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Wie realistisch sind die Ziele, die Sie sich in Hinblick auf Diät und Sport gesetzt haben? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Veränderungen in Ihren Lebensgewohnheiten in Bezug auf Diät und Sport zu dauerhaften Veränderungen werden? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION
REVIEW COPY