

DIPLOMARBEIT

PSYCHOLOGISCHES EMPOWERMENT IM ZUSAMMENHANG MIT GESUNDHEITSBEZOGENEN INHALTEN IM INTERNET

Eine Offline-Studie über das Potential des Internet in der
Empowermententwicklung

VERFASSERIN
Elisabeth Hinterberger

ANGESTREBTER AKADEMISCHER GRAD
Magistra der Naturwissenschaften (Mag.^a rer.nat)

Wien im Juni 2008

Studienkennzahl lt. Studienbuchblatt: **A298**

Studienrichtung lt. Studienbuchblatt: **Psychologie**

Betreuerin: **Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr. Ilse Kryspin-Exner, Dr.ⁱⁿ Birgit U. Stetina**

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich an all jene Menschen wenden, die mich während meiner Studienzeit und darüber hinaus begleitet haben.

Besonderer Dank gilt meiner Familie, vor allem meinen Eltern und meiner Schwester Christina, die mir immer tatkräftig beiseite gestanden haben. Ohne deren finanzielle und emotionale Unterstützung wäre es mir nicht gelungen dieses Studium weitgehend problemlos zu absolvieren. Auch möchte ich meinen Freunden danken, mit denen gemeinsam ich viele heitere Stunden verbracht habe, die aber auch gleichermaßen in schwierigen Zeiten für mich da waren und immer ein offenes Ohr hatten.

Weiters möchte ich Frau Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner und Dr. Birgit Stetina für die kompetente Betreuung und gute Zusammenarbeit meinen Dank aussprechen.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	EMPOWERMENT – EIN INTEGRATIVES HANDLUNGSKONZEPT	4
2.1	Begriffsbestimmungen und Definitionen	4
2.2	Entwicklung von Empowerment	7
2.3	Die Rolle der Psychologin im Empowerment-Prozess	9
2.4	Salutogenese und Empowerment	10
2.5	Grenzen von Empowerment	11
3	ANALYSEEBENEN VON EMPOWERMENT	13
3.1	Community Empowerment	14
3.2	Organizational Empowerment	15
3.3	Psychological Empowerment – Ein nomologisches Netzwerk	17
3.3.1	Intrapersonale Komponente	18
3.3.2	Interaktionale Komponente	19
3.3.3	Verhaltenskomponente	20
4	ABGRENZUNG ZU VERWANDTEN PSYCHOLOGISCHEN KONSTRUKTEN	22
4.1	Der optimistische Interpretationsstil	22
4.2	Dispositionaler Optimismus	23
4.3	Theorie der gelernten Hilflosigkeit	23
4.4	Selbstwirksamkeitserwartung	24
4.4.1	Selbstwirksamkeit und Selbstregulation	25
4.4.2	Generelle und spezifische Selbstwirksamkeitserwartung	27
4.4.3	Beeinflussung von Selbstwirksamkeitserwartung	27
4.5	Das Kohärenzgefühl von Antonovsky	28

5	DAS INTERNET – DIE GRÖSSTE MEDIZINISCHE BIBLIOTHEK DER WELT?	
	EINFLUSS UND WIRKUNGSKRAFT AUF GESUNDHEITSBEZOGENES VERHALTEN	30
5.1	Kommunikationsformen im Internet	31
5.1.1	E-Mail und Mailinglisten	31
5.1.2	Newgroups	33
5.1.3	Chat	33
5.2	Internet und Gesellschaft	34
5.2.1	Gesundheitsbezogene Inhalte im Internet – Verbesserung der individuellen und allgemeinen Gesundheitsvorsorge	35
5.2.2	Gesundheitssysteme in der Krise – Technologie als Lösung	38
5.2.3	E-Health	39
5.2.4	Grenzen von E-Health, mögliche Gefahrenquellen und Risikoprävention	41
5.2.5	Verbraucherverhalten bei Recherchen nach Gesundheitsinformationen im Internet	42
5.2.6	Wie groß ist die Gruppe der „Health Seekers“ und wodurch zeichnet sich diese Gruppe aus?	44
5.2.7	„Expert Patient“ und die Auswirkung auf die Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung	46
5.2.8	E-Health und Empowerment	48
6	METHODE – PLANUNG DER UNTERSUCHUNG	51
6.1	Zielsetzung	51
6.2	Untersuchungsinstrumente – Verwendete Verfahren	52
6.2.1	Operationalisierung	52
6.2.1.1	Attitudes Towards Online Health-Care (ATOHC)	53
6.2.1.2	Making Decision Scale	56
6.2.1.3	Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ)	58
6.3	Fragestellungen und Hypothesen	60
6.3.1	Exploration der Population	60
6.3.2	Empowert durch gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten?	61
6.3.3	Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet	66

7	DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	70
7.1	Stichprobe	70
7.1.1	Akquisition der Untersuchungsteilnehmerinnen	71
7.2	Statistische Auswertung	71
7.2.1	Verwendete statistische Verfahren.....	72
8	ERGEBNISSE	74
8.1	Beschreibung der Stichprobe	74
8.1.1	Soziodemographische Daten.....	74
8.1.1.1	Alter	74
8.1.1.2	Herkunftsland.....	75
8.1.1.3	Familienstand.....	76
8.1.1.4	Wohnortgröße.....	76
8.1.1.5	Wohnsituation.....	76
8.1.1.6	Höchste abgeschlossene Ausbildung.....	77
8.1.1.7	Berufsgruppe – Berufsbezeichnung	78
8.1.2	Subjektiver Gesundheitszustand.....	78
8.2	Gewinnung gesundheitsbezogener Information	79
8.2.1	Informationsquellen.....	80
8.2.2	Nutzungsfrequenz der Informationsquellen.....	81
8.2.3	Vertrauen in die Informationsquellen.....	84
8.3	Aspekte der gesundheitsbezogenen Online-Aktivität	85
8.3.1	Frequenz und Ort der Internetnutzung	85
8.3.2	Letzte Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet	86
8.3.3	Adressatinnen der gesundheitsbezogenen Online-Aktivität.....	87
8.3.4	Besuchte Webseiten.....	88
8.3.5	Bevorzugte Inhalte	89
8.3.6	Motive für die Online-Suche	91
8.3.7	Erfolg bei der Online-Suche	92
8.3.8	Nützlichkeit der Online-Suche	93
8.3.9	Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Inhalte im Internet.....	94
8.4	Einfluss auf die persönliche Gesundheitsversorgung	96

8.4.1	Einfluss auf persönliche Gesundheitsentscheidungen	96
8.4.2	Verbesserung der persönlichen Gesundheitsvorsorge	97
8.4.3	Vermehrte/Verringerte Besorgnis bezüglich des persönlichen Gesundheitszustandes	97
8.5	Einfluss auf die Gesundheitsexpertinnen-Patientinnen-Beziehung	98
8.5.1	Zeitpunkt der Suche nach Gesundheitsinformationen	98
8.5.2	Gespräch mit Gesundheitsexpertinnen	99
8.5.3	Interesse der Gesundheitsexpertinnen	99
8.5.4	Zustimmung der Gesundheitsexpertinnen	100
8.5.5	Veränderung der Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung	101
8.6	Partizipation an Online-Kommunikationsformen	101
8.6.1	Internet-Foren	101
8.6.2	Gesundheits-Foren	102
8.6.3	Online-Chats	103
8.6.4	Online-Chats zu gesundheitsbezogenen Themen	104
8.6.5	Nutzung von Newsgroups	104
8.6.6	Bereitstellen von gesundheitsbezogener Information	105
8.6.7	Partizipation an Online-Selbsthilfegruppen	105
8.6.8	Nutzung von Mailinglisten	106
8.7	Partizipation an Organisationen	106
8.8	Empowert durch gesundheitsbezogene Inhalte im Internet	107
8.8.1	Demographie und psychologisches Empowerment	108
8.8.2	Gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten	112
8.8.3	Einfluss auf die Gesundheitsversorgung	116
8.8.4	Einfluss auf die Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen	116
8.8.5	Partizipatives Verhalten	117
8.9	Einstellung zu gesundheitsbezogenen Online-Aktivitäten	120
8.9.1	Demographie und Einstellung	121
8.9.2	Gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten im Internet	121
8.9.3	Einfluss auf die Gesundheitsversorgung	124
8.9.4	Einfluss auf die Gesundheitsexpertinnen-Patientinnen-Beziehung	125
8.9.5	Partizipatives Verhalten	126

8.9.6	Zusammenhang zwischen Empowerment und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet.....	129
9	INTERPRETATION UND DISKUSSION	130
9.1	Aspekte der gesundheitsbezogenen Internetnutzung.....	132
9.2	Psychologisches Empowerment.....	137
9.3	Einstellung zu gesundheitsbezogener Internetnutzung	140
10	KRITIK UND AUSBLICK.....	142
11	ZUSAMMENFASSUNG	144
12	ABSTRACT	148
12.1	Abstract Deutsch	148
12.2	Abstract English.....	149
	 Literaturverzeichnis.....	 150
	Abbilungsverzeichnis.....	160
	Tabellenverzeichnis.....	161
	Anhang.....	162

Der Verfasserin ist es ein Anliegen, die kontinuierlich verwendete weiblichen Form anstelle von der/die PsychologIn, der/die VerfasserIn sowie im Plural die Psychologen/innen und ähnliches zu argumentieren. Aufgrund der höheren Komfortabilität während des Lesens dieser Diplomarbeit, aber auch aufgrund emanzipatorischer Überlegungen im Sinne einer rechtlichen und politischen Gleichstellung der Frau in der Gesellschaft wurde die kontinuierliche Verwendung der weiblichen Diktion gewählt.

1. EINLEITUNG

„The world wide web is the universe of network-accessible information, the embodiment of human knowledge“ (World Wide Web Consortium, 2007).

Die expandierende Entwicklung des Informationszeitalters in der Medizin und anderen psychosozialen Bereichen spiegelt sich in dem exponentiellen Wachstum von medizinischen Webseiten, Publikationen, die im Internet erhältlich sind, der zunehmenden Anzahl von Online-Datenbanken und Serviceleistungen wie Online-Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen wider (Eysenbach, Ryoung & Diepgen, 1999b). Das Internet wurde in den vergangenen Jahren für Konsumentinnen dieses schier grenzenlosen und von Zeit und Raum unabhängigen Informationsnetzwerkes ein äußerst relevantes Medium, um gesundheitsbezogene Informationen einzuholen und Online-Gesundheitsdienste wie Online-Beratungen, Online-Selbsthilfegruppen, Interessensgemeinschaften, News-Groups und ähnliches in Anspruch, zu nehmen. In Österreich werden laut Statistik Austria sehr häufig medizinische Informationen aus dem Internet eingeholt. 2007 haben 41% der Internet-Userinnen nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet gesucht (Lackner, 2008). Vor dem Aufkommen des Internets hatten hauptsächlich große Verlage das Monopol zu entscheiden, welche Informationen der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden und welche nicht. Diese traditionelle Weise zu publizieren ist relativ rigide und bedarf häufiger Nachbearbeitungen und Revisionen, allerdings ist dadurch gesichert, dass üblicherweise nur qualitativ hochwertige Informationen in Druck gehen. Diese Situation veränderte sich durch das Internet zum einen, weil dadurch Informationen relativ kostengünstig und mit weniger Einschränkungen einer globalen Population zugänglich gemacht werden konnten, und zum anderen, weil der Zugriff zu diesen Informationen relativ einfach und barrierefrei ist (Akerkar, 2004). Auch politisch gab es in den letzten Jahren einige Veränderungen. Vor allem auf europäischer Ebene wurde die Entwicklung von E-Health, eine Form des Gesundheitswesens, das auf neue Informations- und Kommunikationstechnologien wie zum Beispiel die elektronische Krankenakte oder das Monitoring von Patientinnen über das Handy setzt, forciert. Expertinnen erwarten, dass Patientinnen durch ein Mehr an Informationen bessere Coping-Strategien im Krankheitsfall entwickeln oder sogar durch präventives Verhalten das Auftreten von Erkrankungen

verhindern können (Lackner, 2008). Die uneingeschränkte Möglichkeit Inhalte zu publizieren ist natürlich und berechtigerweise Nährboden für viele Diskussionen, weil das Internet dadurch auch Gefahrenpotential, vor allem bei zu geringer Aufklärung der Verbraucherinnen und sorglosem Umgang, birgt. Um die Qualitätssicherung von gesundheitsbezogenen Informationen aus dem Internet zu gewährleisten haben sich verschiedene Verfahren etabliert, darunter das HON-Gütesiegel, DISCERN und das afgis-Qualitätslogo. Der HON-Code (<http://www.hon.ch>) wurde von der Health On The Net Foundation initiiert und ist weltweit verbreitet. Er basiert auf einer Selbstverpflichtung der Informationsanbieter, dass diese ethischen Mindeststandards entsprechen müssen (Krüger-Brand, 2007). Der DISCERN-Ansatz beinhaltet die Bewertung der Informationen nach einem umfangreichen Kriterienkatalog, durchgeführt vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und publiziert unter <http://www.patienten-information.de>. Das afgis-Logo (<http://www.afgis.de>) basiert auf der Idee, dass Anbieter von Online-Gesundheitsinformationen, Zusatzinformationen über sich und ihre Inhalte zur Verfügung stellen, um diese transparent für Informationssuchende zu machen (Krüger-Brand, 2007). Ein kritischer und reflektierter Umgang mit dem Internet ist also unabdingbar, beugt Risiken und es können so die positiven Aspekte dieses offenen Mediums unterstrichen werden. Mittlerweile ist es möglich, dass Internet-Nutzerinnen aller gesellschaftlichen Schichten relativ rasch und autonom im Netz Informationen aller Art einholen können. Der große Vorteil des Internets liegt in seiner Niedrigschwelligkeit bezogen auf Anonymität und die relative Unabhängigkeit von Wohnort, Mobilität, finanziellen Ressourcen und Zeit. Vor allem Personen, die fürchten, aufgrund einer Erkrankung von der Gesellschaft stigmatisiert und somit in eine Randgruppe gedrängt zu werden, deshalb ihre Anonymität wahren und keine öffentliche Institution aufsuchen wollen, können im Internet fundierte Informationen erwerben, professionelle Hilfestellungen beanspruchen oder in Online-Selbsthilfegruppen Erfahrungen und wertvolles Wissen mit anderen Betroffenen austauschen. Das Internet hat durch diese Entwicklung vermutlich eine bemerkenswerte Auswirkung auf die Effizienz und Qualität der individuellen Gesundheitsversorgung, die Selbstbefähigung der Verbraucherinnen, die öffentliche Gesundheitspflege, die Aufklärung in gesundheitsbezogenen Themen und etliche andere Belange. Es hat bei einem reflektierten Umgang erheblich an Potential gewonnen, um Krankheitsprävention durch gesundheitsbezogene Informationen zu fördern und die öffentliche Gesundheit positiv zu beeinflussen. Ein in

den letzten Jahren vor allem im Bereich der Gesundheitspsychologie und speziell im Forschungsbereich der Gesundheitsförderung oftmals sowohl diskutierter als auch häufig zitiert. Der Begriff ist jener des „Empowerments“. Empowerment lässt sich kurz und prägnant als „Bevollmächtigung“ (Leo, 2008) oder „Selbstbefähigung“ übersetzen und wird gesehen als eine Fähigkeit, die es Personen ermöglicht und erleichtert, selbstbestimmt, autonom und aktiv zu agieren und jene Handlungen zu setzen, die einer positiven persönlichen Weiterentwicklung dienlich sind. Das Subjekt soll fähig sein, sein Leben durch möglichst selbstregulative Handlungen innerhalb der jeweils vorherrschenden Lebenswelt entsprechend den persönlichen Zielen und Motiven zu gestalten. Der Fokus und das Erkenntnisinteresse dieser Diplomarbeit liegt auf der Auseinandersetzung mit der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Empowerment und gesundheitsbezogenen Informationen im Internet zu finden ist und zwar ausgehend von der Annahme, dass möglicherweise Personen durch gesundheitsrelevante Aktivitäten im Internet mehr „empowert“, also selbstbefähigt sind als jene, die das Netz nicht in dieser Weise nützen und dadurch nicht im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung und Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres persönlichen Wohlbefindens beitragen.

Diese Fragestellung wurde bereits in ähnlicher Form mittels einer online durchgeführten Studie von Pintzinger (2008) untersucht, deren Ergebnisse im Zuge dieser Diplomarbeit zum Vergleich herangezogen werden. Vor allem interessiert in diesem Zusammenhang, ob die vorliegende offline, also mittels Fragebogen, durchgeführte Studie die Ergebnisse von Pintzingers' Online-Erhebung (2008) bestätigen kann.

2. EMPOWERMENT – EIN INTEGRATIVES HANDLUNGSKONZEPT

„Empowerment beschreibt als Prozess im Alltag eine Entwicklung für Individuen, Gruppen, Organisationen oder Strukturen, durch die eigene Stärken entdeckt und die soziale Lebenswelt nach den eigenen Zielen (mit-) gestaltet werden kann. Empowerment wird damit als Prozess der Bemächtigung von einzelnen Gruppen verstanden, denen es gelingt, die Kontrolle über die Gestaltung der eigenen Lebenswelt (wieder) zu erobern“ (Stark, 1993, S.41).

Historisch betrachtet geht der Empowerment-Ansatz auf die Bürgerrechtsbewegung der 60er-Jahre in den USA, auf die Emanzipationsbewegung der Frauen, die „independent-living“ Bewegung von Menschen mit Behinderung und auf soziale Bewegungen zurück (Lenz, 2002). Die Empowerment-Perspektive wurde in den 80er-Jahren als Leit- und Rahmenkonzept von Julian Rappaport in die Gemeindepsychologie eingeführt, hat jedoch nicht nur in die psychologische Forschung und im psychosozialen Bereich Eingang gefunden, sondern findet auch in der Politik, der Wirtschaft, der Soziologie, im Bildungsbereich etc. Verwendung (dazu ausführlicher Rappaport, 1985a). Der Begriff „Empowerment“ ist komplex und multidimensional und lässt sich sinngemäß als Selbstbemächtigung oder als Gewinnung beziehungsweise Zunahme von Stärke und Energie zur Gestaltung eigener Lebensverhältnisse bezeichnen (Lenz, 2002).

2.1 Begriffsbestimmungen und Definitionen

Rappaport (1984) definiert Empowerment als einen Prozess, am Ende dessen eine Person, eine Organisation, eine Gemeinschaft oder Gesellschaft befähigt sein soll, möglichst Steuerherrin ihres eigenen Lebens und ihrer weiteren Entwicklung zu sein. Außerdem meint er, dass Empowerment leichter durch sein Gegenteil zu definieren sei, weil es ein sehr wandelbares und inkonsistentes Konstrukt ist, das innerhalb unterschiedlicher Personen und Settings verschiedene Formen annehmen kann.

„Empowerment is easy to define in its absence: powerlessness, real or imagined; learned helplessness; alienation; loss of sense of control over one’s own life“ (Rapport, 1984, S. 3).

Die WHO (1998) sieht Empowerment als einen sozialen, kulturellen, psychologischen und politischen Prozess, innerhalb dessen Individuen oder soziale Gruppen die Fähigkeit erlangen sollen, ihre Bedürfnisse in politischen, sozialen und kulturellen Belangen zum Ausdruck zu bringen und Strategien zu entwickeln, um bei Entscheidungsfindungen mitwirken zu können. Innerhalb eines solchen Prozesses sehen Personen einen engeren Zusammenhang zwischen ihren Lebenszielen und den Möglichkeiten diese zu erreichen. Perkins und Zimmerman (1995) führen folgende Definitionen von Empowerment an.

“Empowerment is both a value orientation for working in the community and a theoretical model for understanding the process and consequences of efforts to exert control and influence over decisions that affects one’s life, organizational functioning and the quality of community life“ (Perkins & Zimmerman, 1995).

Zimmerman(1995)gehtdavonaus,dasseinefundierteEmpowerment-TheoriedieBasisdarstellt, um dieses Konstrukt innerhalb verschiedener Kontexte und Prozesse zu untersuchen beziehungsweise von anderen teilweise sehr ähnlichen psychologischen Phänomenen, wie “Selbstwertgefühl”, “Selbstwirksamkeit”, “Locus of Control”, unterscheiden zu können.

Eine andere Definition von Empowerment berücksichtigt explizit die Person-Umwelt-Interaktion.

“Empowerment is an intentional, ongoing process centered in the local community, involving mutual respect, critical reflection, caring, and group participation, through which people lacking an equal share of valued resources gain access to and control over those resources“ (Cornell Empowerment Group, 1989, S. 3).

Obwohl die verschiedenen Definitionen von Empowerment unterschiedliche Schwerpunkte fokussieren und Variabilitäten zu erkennen sind, das heißt manche Autorinnen die Grenzen enger stecken, andere wiederum mehr Spielraum zulassen, verbindet sie doch alle eine gemeinsame zentrale Aussage und zwar das Streben nach Kontrolle als Grundbaustein von Empowerment. In der amerikanischen Selbsthilfebewegung wurden unter anderen folgende Bausteine von Empowerment formuliert:

- I. die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung,
- II. über Information und Ressourcen zu verfügen,
- III. über Handlungsalternativen zu verfügen,
- IV. die Fähigkeit zu haben kritisch zu denken und Konditionierungen zu durchschauen,
- V. Veränderungen im eigenen Leben und sozialen Umfeld zu bewirken,
- VI. das innere Wachstum als einen niemals endenden, selbst bestimmenden und steuerbaren Prozess aufzufassen (Lenz, 2002).

Interne Kontrollüberzeugung und das Gefühl von Selbstwirksamkeit stellen demnach die Basis des Empowerment-Prozesses dar. Sie stehen am Beginn eines solchen und sollen als Vehikel benützt werden, um möglichst autonom und frei zu leben. Schicksalsgläubigkeit, das Gefühl der Steuerung einer äußeren Macht ausgesetzt zu sein und prinzipiell die Perzeption, dass viele Dinge fremdbestimmt passieren, sind demnach als Antagonisten von Selbstbefähigung zu sehen. Antonovsky (1997) formulierte dazu sehr treffend:

„Wenn andere alles für uns entscheiden – wenn sie Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen – und wir in der Angelegenheit nichts zu sagen haben, werden wir zum Objekt reduziert. Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne Bedeutung“ (Antonovsky, 1997, S. 93).

Wie relevant die Gewinnung von persönlicher Stärke und Möglichkeiten sich an der Gestaltung sozialer Begebenheiten beteiligen zu können für die psychische und seelische Gesundheit sind, zeigen Studien zum Kohärenzgefühl von Antonovsky (1997).

2.2 Entwicklung von Empowerment

Kieffer (1984) geht davon aus, dass die Entwicklung von Empowerment ein dynamischer Prozess ist, der sich in vier Stadien vollzieht, die voneinander abhängen, deren Abfolge jedoch nicht unbedingt chronologisch sein muss. Kieffer (1984), der mit einer Studiengruppe um Julian Rappaport (Rappaport, Swift & Hess, 1984) die Empowerment-Entwicklung untersuchte, postuliert vier Stadien. Die "Phase der Mobilisierung" beginnt meistens in einer Lebenssituation, in der die gewohnte Alltagsroutine bedroht wird und eine Person gefordert ist, neue Verhaltensweisen in ihr gewöhnliches Handlungsrepertoire aufzunehmen, um diesen Widerständen entgegenzutreten zu können. Die Lebenswelt der Person, die vorher durch Strukturiertheit und Sicherheit gekennzeichnet war, wird nach einer objektiven Veränderung häufig als Schock und als emotional belastend beschrieben. In diesem Stadium überwiegt zu Beginn häufig ein Gefühl der Unsicherheit und ein Infragestellen der eigenen Kräfte, wird aber meistens zu einem späteren Zeitpunkt von der Akzeptanz der Situation und von einem ersten Wahrnehmen und Mobilisieren von Ressourcen abgelöst. Kieffer und Kollegen (1984) meinen, dass sich diese Phase oft über mehrere Monate erstrecken kann und abgeschlossen sein sollte, bevor sie von der zweiten Phase substituiert werden kann. In der Phase "Engagement und Förderung" ist ein zentraler Aspekt, dass das neu gefundene Engagement nicht nur temporär funktioniert, sondern die Person intrinsisch motiviert ist, neue Verhaltensweisen zu lernen und dauerhaft zu integrieren. Die Autoren gehen davon aus, dass, um diese Barriere überwinden zu können, eine unterstützende Instanz, sei es in Form einer nahe stehenden Person, einer Gruppe mit ähnlichen Interessen, einer Professionellen, aber auch ein förderliches sozio-politisches Klima und ähnliches notwendig ist, um den Grundstein für einen Empowerment-Prozess zu legen. Das Internet mit seinen vielfältigen Möglichkeiten, mit anderen Personen, Gleichgesinnten und Expertinnen in Kontakt zu treten, kann in diesem Stadium natürlich auch diese Mentorenrolle übernehmen. Vor allem weil Userinnen unabhängig von örtlichen Gegebenheiten und zeitlichen Einschränkungen mit anderen Personen, sei es simultan in Chatrooms oder zeitversetzt per E-Mail und ähnlichem, kommunizieren können, Informationsaustausch stattfinden kann oder andere Personen vor allem in Online-Selbsthilfegruppen eine unterstützende Rolle einnehmen können. Vor allem für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Mobilität eingeschränkt

sind und deshalb nicht in der Lage sind, soziale Kontakte in Form von Face-to-Face Interaktionen zu pflegen, oder für Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder generell einer psychischen Instabilität Schwierigkeiten haben im Aufrechterhalten von Freundschaften und generell Sozialkontakten, stellt das Internet eine niedrigschwellige Möglichkeit dar, um mit anderen in Kontakt zu treten und eine gänzliche Isolation zu vermeiden. In der "Phase der Integration und Routine" stabilisieren sich die neuen Verhaltensweisen und werden zunehmend routinierter, die Person sieht sich selbst als aktiv agierendes Subjekt, weiß Bescheid über soziale und politische Zusammenhänge, nimmt sich selbst als einen wichtigen Faktor in der Gesellschaft wahr, integriert die neu erworbenen Rollen in ihr Selbstbild und lernt auch mit Rollenkonflikten umzugehen. Rollenkonflikte können zwischen Anforderungen verschiedener Rollen einer Person (Interrollenkonflikte) oder innerhalb einer sozialen Rolle (Intrarollenkonflikte) entstehen und zur Nichterfüllung beziehungsweise Verletzung der Rollenerwartung führen, die in der Regel Sanktionen unterliegt (Häck & Stapf, 1998). Die letzte und vierte Phase der Empowerment Entwicklung nannten Kieffer und Kollegen (1984) "Überzeugung und brennende Geduld". Die Autoren gehen davon aus, dass eine Person in diesem Entwicklungsstadium internalisiert hat, dass durch Kompetenz- oder Konsequenzerwartung (Definition siehe 4.4), Partizipation und Engagement die persönliche Lebenssituation den eigenen Vorstellungen nach verändert werden kann und nicht alle auftretenden Ereignisse als nicht abänderbar hingenommen werden müssen. Rückschläge oder ein temporärer Stillstand im Erreichen der gesteckten Ziele können ohne an der eigenen Kompetenz zu zweifeln angenommen werden, das heißt, die Person verfügt trotzdem über eine interne Kontrollüberzeugung (Definition siehe 4.3) und ist sich dessen bewusst, dass ein Entwicklungsprozess Geduld und Zeit verlangt. Abschließend muss noch einmal betont werden, dass der gesamte Empowerment-Prozess in der Realität nie linear und gleichmäßig verläuft, sondern als dynamischer Lernprozess verstanden werden kann, der wie eine Rückkopplungsschleife im Sinne von "trial and error" funktioniert.

2.3 Die Rolle der Psychologin im Empowerment-Prozess

Die Rolle der Psychologin im Empowerment-Prozess ist insofern verändert, als eine Abkehr von einem rein defizitorientierten Blick stattfindet und die traditionellen Verhältnisse zwischen Professionistinnen und Klientinnen überwunden werden. Zu fürsorgliches und dominierendes Verhalten seitens der Expertinnen und Kontrollmacht, die in der Hilfebeziehung bis dato häufig eingesetzt wurde, werden abgelehnt (Lenz, 2002). Lenz (2002) fasst nach Ansicht der Autorin diesen Grundgedanken sehr treffend zusammen:

„Für die professionellen HelferInnen bedeutet dies eine Abkehr von der Fiktion der wertneutralen ExpertIn, die im Besitz der alleinigen Lösungskompetenz ist, hin zu einem professionellen Verständnis, das von Kooperation und Partnerschaftlichkeit geprägt ist“ (Lenz, 2002, S. 16 f).

Rappaport (1985b) postuliert, dass eine Umbenennung verschiedener eingebürgerter und vielfach angewendeter Termini notwendig sei, um eine Redefinition der Rolle der Psychologin als professionelle Helferin zu erreichen. Er meint, dass die traditionelle Sprache konnotativ eine Barriere zwischen „der Helfenden“ und der Klientin aufbaue und zwar insofern, als durch Begriffe wie „Expertin“ oder „Klientin“ deutlich die Idee aufrecht erhalten werde, dass ein Abhängigkeitsverhältnis der Klientin zur Professionistin bestehe und ausschließlich jene über die Ressourcen verfüge einen Veränderungsprozess einzuleiten. Durch die Verwendung von Begriffen wie „participant“ oder „collaborator“ rückt der Fokus merklich in Richtung Selbsthilfe, außerdem wird bereits die aktive Rolle der Person betont, die Hilfe benötigt, und die Psychologin nimmt vielmehr die Rolle der Anleiterin ein. Die Psychologin fungiert als Unterstützerin und lernt über ihre Klientinnen oder „participants“ durch deren Sozialisation, Kultur, Weltanschauung und „significant life events“. Sie arbeitet mit den Klientinnen in Form einer symmetrischen Beziehung bzw. wird wenigstens eine Verminderung des Gefälles in der Beziehung angestrebt (Rappaport, 1985b). Die Arbeit der Psychologin hängt demnach stärker von der Situation und von der Person, mit der sie interagiert, ab als von deterministischen Methoden und Techniken. Kelly (1971) führt verschiedene Handlungsweisen an, über die eine Psychologin, die ihre Klientinnen in Richtung Selbstbefähigung fördern möchte, verfügen sollte.

Das Tolerieren von Diversitäten, ein effektiver Umgang mit verschiedenen Ressourcen, die Auseinandersetzung mit der unmittelbaren Umgebung und Gesellschaft sowie die Integration von Theorie und Praxis zählen zu diesen Fähigkeiten. Die Psychologin sollte außerdem bestrebt sein, ihre Klientinnen in den psychologischen Prozess zu integrieren und ihnen eine zentrale Rolle zuzugestehen. Lenz (2000) meint, dass eine Atmosphäre geschaffen werden sollte, in der die Klientinnen ermutigt werden ihre Ideen, Vorstellungen und Wünsche zu artikulieren. So würde eine gute Zusammenarbeit zwischen Klientinnen und Expertinnen möglich. Dieser Prozess ist zwar häufig mühsamer und zeitaufwändiger als die konventionelle, expertendominierte Arbeitsweise, es werden aber dadurch auch vielfältigere und kreativere Lösungswege eingeschlagen und die soziale Kontrolle seitens der Psychologinnen ist geringer als bei konventionellen Methoden. Die gemeinsame Evaluation des Endergebnisses und ein Verändern der Vorgehensweise, wenn der a priori fest gelegte Zielzustand nicht erreicht wurde, schließen den Arbeitsprozess ab.

2.4 Salutogenese und Empowerment

Im Laufe eines Lebens wird der Mensch mit unzähligen Stressoren, die es zu bewältigen gilt, konfrontiert, man könnte sogar sagen, Stressoren sind omnipräsent. Antonovsky (1997) meint, Stressoren sollten deshalb im Sinne einer salutogenetischen Sichtweise nicht zwangsläufig als etwas „Böses“ betrachtet werden, das es zu bekämpfen gilt, sondern sollten als etwas Allgegenwärtiges ins Leben integriert werden. Der Begriff Salutogenese bedeutet Entstehung von Gesundheit und wurde von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren als Gegenbegriff zur Pathogenese (Entstehung und Entwicklung einer Krankheit) entwickelt (Wikipedia, 2008a). Die traditionelle pathologische Sichtweise versucht zu erklären, warum Menschen krank werden oder unter eine bestimmte Krankheitskategorie fallen. Die salutogenetische Orientierung, die sich Hand in Hand mit einer holistischen Gesundheitsbewegung etabliert hat und den Ursprung der Gesundheit in den Mittelpunkt des Interesses stellt, beschäftigt sich mit die Frage, warum sich Menschen mehr oder weniger auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheitskontinuums befinden oder sie sich unabhängig von ihrer aktuellen Position auf den positiven Pol zu bewegen (Antonovsky, 1997). Außerdem geht die Salutogenese

davon aus, dass ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt mehr oder weniger gesund beziehungsweise mehr oder weniger krank ist, und überwindet somit die Sichtweise des „gesund-krank“-Antagonismus. Die Konsequenz dieser Sichtweise ist, dass nicht nur die kranken Anteile einer Person betrachtet werden und der Fokus nicht ausschließlich auf den Ursprung und die Entstehung einer Erkrankung gerichtet wird, sondern dass vielmehr die Frage „Welche Faktoren tragen dazu bei, dass eine Person zumindest nicht noch weiter in Richtung Krankheitspol rückt, oder vielmehr welche gesunden Anteile können identifiziert und gestärkt werden?“ betrachtet werden sollte. Um auf die Rolle der Stressoren zurückzukommen, seien sie physischer, psychischer oder sozialer Natur, denen der Mensch ausgesetzt ist und die bewältigt werden müssen, sind effektive Coping-Mechanismen, die ihrerseits wiederum zum selbstbefähigten Handeln beitragen, ein fundamentaler Aspekt. Ein Leben gänzlich ohne Stressoren ist ohnehin reine Utopie, und selbst wenn es diesen Zustand gäbe, stellt sich die Frage, ob sich dadurch das Glück einstellen würde oder ob nicht etwa unerträgliche Langeweile die Konsequenz wäre. Aufgrund der Omnipräsenz stressreicher Faktoren gilt es nach Ansicht der Autorin der Frage nachzugehen, welche Faktoren resilienter gegen Widerstände machen und im speziellen bezogen auf das Thema dieser Diplomarbeit, den Stellenwert des Internets als neue Kommunikationsform und Plattform, von der unabhängig von Zeit und Raum unbegrenzt Informationen bezogen werden können, zu betrachten. Die fundamentale Forschungsfrage in diesem Zusammenhang ist nun, ob die Nutzung des Internets hinsichtlich gesundheitsbezogener Inhalte zur Entwicklung von Empowerment beiträgt, somit das Repertoire an Coping-Strategien erweitert wird und Personen befähigt werden, Stressoren besser abzusichern. In Punkt 3 dieser Arbeit werden die drei verschiedenen Ebenen von Empowerment erläutert bzw. die Variablen des Konzepts von Zimmerman (1995) bezüglich des psychologischen Empowerments dargestellt.

2.5 Grenzen von Empowerment

Es gibt natürlich auch Situationen, in denen die professionelle Förderung von Empowerment an ihre Grenzen stößt und zwar dann, wenn Menschen aufgrund problematischer Lebenssituationen, Krisensituationen oder aufgrund großen Leidensdrucks nicht über

die Stärke und das Maß an innerer Freiheit und Bereitschaft verfügen, um einen partizipativen Arbeitsprozess zu beginnen. Menschen, die sich in sehr schwierigen Lebensphasen befinden, durchlaufen häufig eine Regression in eher passive, zurückgezogene Rollen und wünschen sich vordergründig Sicherheit und Schutz von außen. Würde eine Expertin in einer solchen Situation einen Prozess im Sinne der Empowerment-Perspektive starten, so wäre mit Ablehnung und Widerstand seitens der Klientinnen zu rechnen (Lenz, 2002). Kritikerinnen des Empowerment-Ansatzes sprechen häufig von einer Überschätzung der Möglichkeiten einer Person sich selbst zu helfen und warnen vor Überforderung und illusorischen Erwartungen. Diese Überlegungen haben natürlich ihre Berechtigung und sollten ernst genommen werden. Vor allem in Situationen, in denen es zu Fremd- oder Selbstgefährdung kommen könnte, sind Empowerment-Strategien nicht adäquat und es sollte auf expertendominierte Methoden zurückgegriffen werden. Der Verfasserin ist es aber trotz der Grenzen dieses Konzepts ein Anliegen, den Denkansatz der Empowerment-Idee zu würdigen und darauf hin zu weisen, dass in einer Zeit, in der das Medium Internet als Kommunikationsform einen enorm hohen Stellenwert hat und sich tagtäglich unzählige Menschen durch das Netz bewegen, der mögliche positive Output im Sinne einer Förderung des Empowerments auf individueller Ebene, der dadurch entsteht, beachtet werden sollte. Ob und inwiefern sich Internet-Userinnen, die im Netz nach gesundheitsbezogenen Inhalten suchen, von jenen Personen unterscheiden, die das Internet nicht in dieser Form nutzen, zeigen die Ergebnisse dieser empirischen Erhebung.

3 ANALYSEEBENEN VON EMPOWERMENT

Empowerment-Prozesse finden auf drei Ebenen statt, die in der Literatur als „community Empowerment“ oder „Empowerment auf struktureller Ebene“, „organizational Empowerment“ oder „Empowerment auf Gruppenebene“ und „psychological Empowerment“ oder „Empowerment auf individueller Ebene“ bezeichnet werden. Stark (2002) meint, dass die Stärke dieser Prozesse in der Veränderung auf individueller, gruppenbezogener und struktureller Ebene liege. Er spricht auch in diesem Zusammenhang von individuellen und gemeinschaftlichen Prozessen, die hin bis zu gesellschaftlichen Belangen reichen. Zimmerman (2000) spricht gleichermaßen davon, dass Empowerment-Prozesse über die verschiedenen Analyseebenen variieren, und führt folgende Erklärung an.

“Empowering processes for individuals might include organizational or community involvement; empowering processes at the organizational level might include shared leadership and decision-making; and empowering processes at the community level might include accessible government, media and other community resources”
(Zimmerman, 2000, S. 46).

Der Fokus dieser Diplomarbeit liegt auf der Auseinandersetzung mit psychologischem Empowerment. Psychologisches Empowerment bezieht sich auf eine Analyse auf individuellem Niveau, die intrapsychische Phänomene, wie interne Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitsgefühl, wahrgenommene Autonomie et cetera, an dem einen Ende eines Kontinuums bis hin zur praktischen Umsetzung dieser Skills an dem anderen Ende beinhaltet. „Empowerter Menschen“ verfügen demnach über die notwendigen intrapsychischen Strukturen und können diese auch aktiv im Alltag einsetzen. Empowerment-Prozesse beziehen sich auf das Bestreben einer Person, Kontrolle über ihr Leben in Bereichen, die man zu steuern vermag, zu erlangen und selbstgesteckte Ziele zu erreichen, sich die notwendigen Rahmenbedingungen und Ressourcen für eine geglückte Umsetzung zu schaffen und ein kritisches Verständnis bezüglich der eigenen sozialen Umwelt zu entwickeln (Zimmerman, 2000). In Folge dessen sollen Ohnmachtsgefühle im Bezug auf das eigene Leben, das Gefühl einer äußeren steuernden Kraft und dem eigenen Schicksal unterworfen zu sein am Ende eines geglückten Empowerment-Prozesses

von der Überzeugung, selbst die treibende Kraft zu sein, abgelöst werden. Menschen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Alters, ihres sozioökonomischen Status, ihres Geschlechts, ihrer Sozialisation, ihres ideologischen Hintergrunds und ihrer gewählten Lebensform. Aufgrund dessen sind Empowerment-Prozesse kontext- und gesellschaftsabhängig, können individuell unterschiedliche Formen annehmen, sich auf verschiedenste Art und Weise im Verhalten und Handeln der Personen äußern und über die Zeit hinweg variieren.

3.1 Community Empowerment

Zimmerman (2000) definiert „Community Empowerment“ oder Empowerment auf struktureller Ebene (Empowerment auf struktureller Ebene bezieht sich nicht ausschließlich auf Empowerment in politischen Gemeinden im Sinne eines räumlichen und zentral verwalteten Gefüges, sondern generell auf soziale Gruppen, die inhaltlich, aber auch hinsichtlich der Mitgliederanzahl über die Größe einer privaten Gruppe hinausgehen.) folgendermaßen:

„An empowered community is one that initiates efforts to improve the community, responds to threats to quality of life, and provides opportunities for citizen participation“ (Zimmerman, 2000, S. 54).

Iscoe (1974) bezeichnet eine Gesellschaft, die Bürger hervorbringt, die über die Fähigkeiten, den Wunsch und die Ressourcen verfügen sich aktiv am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen und somit wieder die Gesellschaft und Gemeinde ihrerseits stärken, als „empowert“. Empowerment-Prozesse auf der strukturellen Ebene beinhalten ein Zusammenspiel von Individuen, Organisationen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Stark, 2002). Eine selbstbefähigte Gesellschaft oder Gemeinde schafft Rahmenbedingungen, die ein aktives Teilhaben der Bürger an sozial relevanten Entscheidungen und Aktivitäten ermöglicht und die Durchführung gemeinsamer Projekte bezüglich Gesundheitsvorsorge, Kriminalitätsprävention und ähnliches fördert (Zimmerman, 2000). Außerdem schafft sie für alle Gemeindemitglieder die Möglichkeit, Ressourcen zur

Freizeitgestaltung wie Parks, Spielplätze, Jugendzentren et cetera zu nützen, gewährleistet Einrichtungen zur Wahrung der allgemeinen Sicherheit, wie Polizei oder Feuerwehr, und sorgt dafür, dass die medizinische Versorgung der Bürgerinnen gesichert ist. Generell ist Ziel, die Kommunikation innerhalb der Bürgerinnen und auch zwischen Bürgerinnen und offiziellen Stellen zu fördern, die Zusammenarbeit zu stärken und die Bürgerinnen zu ermutigen, eigene Ideen oder Verbesserungsvorschläge einzubringen und so die Lebensqualität aller zu erhöhen.

3.2 Organizational Empowerment

Zimmerman (1990, 1992) unterscheidet zwischen „empowering organizations“ und „empowered organizations“. Das bedeutet, er unterscheidet auf der einen Seite zwischen Organisationen oder Gruppen, die darauf abzielen, ihre Mitglieder in der Entwicklung von Empowerment-Prozessen zu unterstützen, und auf der anderen Seite zwischen Gruppierungen, welchen der eigene Empowerment-Prozess als Organisation (zum Beispiel die erfolgreiche Partizipation an sozialen oder politischen Belangen) gelungen ist und wesentlich erscheint. Diese Differenzierung impliziert, dass Organisationen, die ihre Mitglieder stärken und fördern, nicht automatisch am politischen oder sozialen Geschehen teilhaben (zum Beispiel der örtliche Kirchenchor oder ein kleines Familienunternehmen), und reziprok potente Gruppierungen nicht zwangsläufig eine positive Auswirkung auf die Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Mitglieder ausüben (zum Beispiel ein stark hierarchisch und zentralistisch geführtes Unternehmen, das den Mitgliedern keine Partizipationsmöglichkeit bietet).

Maton und Salem (1995) führen vier Aspekte an, die für empowernde Organisationen charakteristisch sind:

„1) a culture of growth and community building; 2) opportunities for members to take a meaningful and multiple roles; 3) a peer bases support system that helps members develop a social identity; and 4) shared leadership with commitment to both members and the organization“ (Maton & Salem, zitiert nach Zimmerman, 2000. S. 52).

Empowernde Organisationen (zum Beispiel Vereine oder Jugendchor.) bieten ihren Mitgliedern die Möglichkeit, sich in der Organisation zu engagieren und eine bestimmte Rolle oder ein Amt auszuführen, Verantwortung zu übernehmen, ihre „fachlichen“ (zum Beispiel bessere Leistungen im Fußball durch das wöchentliche Training) und sozialen Kompetenzen zu erweitern, innerhalb der Gruppe auf Menschen mit ähnlichen Interessen zu treffen und sich gegenseitig zu unterstützen. Nehmen Personen die Angebote von Organisationen an, die Menschen in der Weiterentwicklung ihrer Selbst-Bemächtigung unterstützen wollen, wird deren Motivation zur Übernahme von Verantwortung und Gestaltung der persönlichen Lebenssituation gefördert. Ein zentrales Kennzeichen von „empowernden Organisationen“, welches sich in den Ergebnissen verschiedener Studien widerspiegelt, ist die Möglichkeit ihrer Mitglieder zur Partizipation an Entscheidungsfindungen (Zimmerman, 2000). Wie Ergebnisse einiger Studien zeigen, wird die Identifikation mit der Organisation erhöht und in Folge auch häufig Zufriedenheit und Produktivität. Stark zentralistisch geführte Organisationen mit nur wenigen Entscheidungsträgern an der Spitze hemmen das Zusammenspiel zwischen den Motiven der Mitarbeiterinnen und den Zielen der Organisation (Stark, 2002). Jackson (1983) evaluierte in einem Krankenhaus eine Intervention, deren Ziel war, die Partizipation von Mitarbeiterinnen in Entscheidungssituationen zu steigern. Es konnte ein positiver Effekt dieses Interventionsprogramms verzeichnet werden, nämlich einerseits weniger Rollenkonflikte und Rollenambiguitäten seitens der Mitarbeiterinnen und andererseits eine erhöhte wahrgenommene Kontrolle und Zufriedenheit mit der Tätigkeit. Dieser Aspekt ist äußerst relevant, weil nach Ansicht der Autorin eine Umgebung, die Handlungsspielräume zulässt, das Fundament für die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit und Entwicklung und Nutzung von Fähigkeiten und Ressourcen ist. Zu rigide und einengende Strukturen stehen einer persönlichen Weiterentwicklung eher entgegen und Humanpotential wird nicht in dem Ausmaß genutzt, welches möglich wäre.

3.3 Psychological Empowerment – Ein nomologisches Netzwerk

Psychologisches Empowerment kann als Empowerment auf individueller Ebene bezeichnet werden (Zimmerman & Rappaport, 1988) und enthält den Glauben an die eigene Kompetenz ebenso wie das Bestreben Kontrolle auszuüben und das Verständnis bezüglich des persönlichen sozio-politischen Umfeldes. Mit Verständnis bezüglich des persönlichen sozio-politischen Umfeldes meint Zimmerman (2000) das Wissen über die vorherrschende politische Situation, das Kennen jener Personen, die über Macht verfügen, deren Betätigungsfelder und die Faktoren, die deren Entscheidungen beeinflussen. Zimmerman (2000) geht davon aus, dass nicht ausschließlich die persönlichen Ziele, die eine Person tatsächlich erreicht, eine Rolle spielen, sondern bereits der davor ablaufende Prozess ein Zeichen von „selbstbefähigtem Handeln“ ist. Er meint also, dass bereits das Aufnehmen von Aktivitäten und der Versuch kontrollierbare Aspekte des Lebens zu lenken relevant sind und nicht ausschließlich das am Ende stehende Produkt. Nicht immer ist es möglich alle Ziele, die man persönlich anstrebt, zu erreichen, weil natürlich sehr viele externe Faktoren gleichermaßen miteinfließen und teilweise Barrieren darstellen. Entscheidend ist letztendlich für Empowerment, ob eine Person von ihrer persönlichen Kompetenz und ihren Möglichkeiten Situationen oder Zustände zu verändern überzeugt ist, ob sie über die nötigen Informationen verfügt, und wenn nicht, über das Wissen, wo Informationen eingeholt werden können, und letztendlich, ob sie Handlungen setzt um die gewünschten Veränderungen herbeizuführen. Relevant ist nun nach Ansicht der Autorin die Frage, wie eine Person, die nicht über die eben angeführten Fähigkeiten verfügt, gefördert werden kann um Empowerment zu entwickeln und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Zimmerman (2000) nimmt an, dass diese analytischen Skills durch die Partizipation an gemeinschaftlichen Aktivitäten, sei es im Freundeskreis, im Sportverein, im Jugendclub und ähnlichen Vereinen, entwickelt und gefördert werden. Durch die Übernahme von verschiedenen Verantwortlichkeiten, Rollen und Ämtern oder aber auch im Privatleben durch das aktive Fördern seiner sozialen Beziehungen gewinnt man einen Zuwachs an Erfahrungen, lernt benötigte Ressourcen zu aktivieren und entwickelt Strategien um Veränderungen einzuleiten. Psychologisches Empowerment ist ein multidimensionales Konstrukt, dessen Variablen voneinander abhängig sind und unter anderem

die Wahrnehmung von interner Kontrollüberzeugung, ein Gefühl von Selbstwirksamkeit, einen Zugang zum Leben, der von Eigeninitiative geprägt ist, und eine kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftspolitischen Themen beinhalten. Zimmerman (1995) postuliert ein Modell, welches die drei Komponenten von psychologischem Empowerment, die intrapersonale, die interaktionale und die Verhaltenskomponente, und deren Subvariablen darstellt.

PSYCHOLOGISCHES EMPOWERMENT

INTRAPERSONALE KOMPONENTE

- Bereich- spezifische Kontrolle
- Bereich- spezifische Selbstwirksamkeit
- Motivationskontrolle
- Wahrgenommene Kompetenz

INTERAKTIONALE KOMPONENTE

- Kritisches Bewusstsein
- Verständnis der kausalen Ursachen
- Entwicklung von Fertigkeiten
- Transfer dieser Fertigkeiten über verschiedene Lebensbereiche
- Mobilisierung von Ressourcen

VERHALTENSKOMPONENTE

- Einbindung in die Gemeinschaft
- Partizipation in Organisationen
- Coping- Strategien

[Zimmerman, 1995, S. 58]

Abbildung 1: Psychologisches Empowerment – Ein nomologisches Netzwerk

3.3.1 Intrapersonale Komponente

Die intrapersonale Komponente beinhaltet die subjektiv wahrgenommene bereich-spezifische Kontrolle und Selbstwirksamkeit, die Motivationskontrolle und die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten. Mit wahrgenommener Kontrolle ist gemeint, inwiefern eine Person das Gefühl hat auf verschiedene Bereiche des Lebens, sei es in der Arbeit, in der Familie oder im soziopolitischen Kontext, Einfluss ausüben zu können (Paulhus, 1983).

Bei der intrapersonalen Komponente geht es sehr stark um das Erkennen und Wahrnehmen der eigenen Fähigkeiten. Um selbstgesteckte Ziele zu erreichen und sein Leben, zumindest in jenen Bereichen, die beeinflusst werden können, erfolgreich zu gestalten, ist ein Prozess notwendig, an dessen Beginn das Erkennen der eigenen Kompetenzen steht.

3.3.2 Interaktionale Komponente

Um in weiterer Folge Handlungen tatsächlich zu initiieren beziehungsweise bis zur Zielerreichung aufrecht zu erhalten, kommen Aspekte zum Tragen, die nach Zimmerman (1995) der interaktionalen und der Verhaltenskomponente zuzuordnen sind. Die interaktionale Komponente von psychologischem Empowerment bezieht sich auf das Verständnis des Menschen bezüglich seiner unmittelbaren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und seines soziopolitischen Umfeldes (Zimmerman, 1995). Kritisches Bewusstsein, das Verstehen von kausalen Zusammenhängen, das Entwickeln von notwendigen Skills, der Transfer dieser Skills auf verschiedene Lebensbereiche und die Mobilisierung von Ressourcen stellen die Variablen der interaktionalen Komponente dar. Eine Person muss zunächst erkennen, welche Optionen ihr näherer Lebensraum bietet, um dann ihrer Persönlichkeit und ihren Interessen entsprechend passende Aktivitäten herausfiltern zu können. Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit und die Fähigkeit, eine Gruppe von Menschen hinsichtlich der Erreichung gemeinsam gesteckter Ziele zu lenken, sind weitere Fähigkeiten, die zur interaktionalen Komponente zu zählen sind (Zimmerman, 1995). Die Partizipation von Personen an Settings, in denen Mitentscheidungen gefördert werden, sei es im beruflichen Bereich, im schulischen Kontext oder in Vereinen, fördert die Entwicklung dieser Fähigkeiten, welche ihrerseits wiederum den Empowerment-Prozess stärken. Zimmerman (1995) geht davon aus, dass eine Person für diesen Prozess die Normen und Werte ihrer gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verstehen muss, wobei er eine kritische Auseinandersetzung mit den lokalen Gegebenheiten und das Verständnis von kausalen Zusammenhängen als wichtig erachtet.

3.3.3 Verhaltenskomponente

Die Verhaltenskomponente beinhaltet jene tatsächlich gesetzten Handlungen und Verhaltensaspekte, die es einer Person ermöglichen frei im Sinne von „empowert“ zu leben (Zimmerman, 1995). Sogenannte „Empowerment behaviors“ können individuell unterschiedliche Formen annehmen (zum Beispiel das Basketball-Team für Jugendliche, die Blaskapelle für eine Person aus einem örtlichen Verband oder eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung). Außerdem umfasst die Verhaltenskomponente Copingstrategien für den Umgang mit stressreichen Situationen sowie Verhaltensweisen, die in Situationen des Lebens, welche eine Veränderung gewohnter Lebensweisen verlangen, unterstützend wirken. Im besten Fall integriert eine Person alle drei Komponenten des psychologischen Empowerment in ihrem Erleben und Verhalten, ist demnach überzeugt davon, Situationen beeinflussen und verändern zu können, versteht es, das gesellschaftliche System und dessen Wirkungsmechanismen zu durchschauen, und ist fähig, den Konnex zwischen diesen intrapsychischen Prozessen zum praktischen Handeln zu schaffen. Wichtig ist jedoch zu erwähnen, dass es nahezu verklärt romantisch wäre zu glauben, dass ein Mensch zu jedem Zeitpunkt in jeder Situation über alle eben angeführten Fähigkeiten verfügen kann. „Empowerment-Skills“ fluktuieren in Bezug auf Zeit und Situation und sind demnach nicht immer gleich stark wirksam. Vor allem aber muss miteinbezogen werden, wie viele Reize täglich auf eine Person einfließen und dass es nahezu unmöglich ist, diese Flut an Information gänzlich zu verarbeiten, zu bündeln und auf Basis dessen die effektivsten und effizientesten Handlungen zu setzen. Wahrnehmungsfehler, Fehler in der psychischen Verarbeitung, Mangel an Motivation sich mit seiner Lebenssituationen auseinander zu setzen, Entscheidungsfehler, Stereotype und Vorurteile, schwierige soziale und ökonomische Umstände oder eine restriktive Gesellschaftsform sind Faktoren, die „perfektes“ Handeln im Sinne von „empowert“ stark erschweren. Trotz der „Fehlbarkeit“ des Menschen und des Wissens, dass dieser vorhin diskutierte erstrebenswerte „Prototyp“ kaum zu erreichen und durchgehend aufrecht zu erhalten ist, sind Entwicklungen und ein Streben in Richtung Autonomie und Selbstbestimmtheit absolut notwendig und wichtig und tragen dazu bei, dass der Mensch möglichst frei nach seinen persönlichen Idealen und Wertvorstellungen zu leben vermag. Aaron Antonovsky verwendet im Rahmen seines Konzepts der Salutogenese die Metapher des Flusses, die sich nach Meinung der Autorin auf den Grundgedanken der Empowerment-Theorie übertragen lässt.

.....meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flußes sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich im Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky, 1997, S. 92; zitiert nach BzgA, 2001, S.25).

In der Empowerment-Forschung und dem gesamten großen Forschungsbereich der Salutogenese, die beide danach trachten, die vielfältigen theoretischen Überlegungen in der Praxis anzuwenden und zu vermitteln, könnten mögliche Forschungsfragen im Rahmen der Flussmetapher sein: „Kann die Verschmutzung des Flusses reduziert werden?“, „Ist es möglich den Lauf des Flusses zu lenken?“, „Welche Menschen gehen am schnellsten unter und wie zeichnen sich jene aus, die es nicht tun?“, „Welche Faktoren helfen dabei schwimmen zu lernen?“, „Welche Faktoren machen einen guten Schwimmer aus?“ und die sehr wichtige kritische Überlegung „Wie viel Eingriff in den Flusslauf ist zulässig?“. Im folgenden Punkt werden psychologische Konstrukte, die jenem des Empowerments sehr ähnlich sind, diskutiert.

4 ABGRENZUNG ZU VERWANDTEN PSYCHOLOGISCHEN KONSTRUKTEN

Es gibt einige psychologische Begriffe und Konstrukte, die inhaltlich dem Empowerment-Begriff sehr ähnlich sind, und sogenannte „personality states/trates“, über die eine Person wenigstens teilweise verfügen sollte, um „empowert“ handeln zu können. Durch die folgende Darstellung und Diskussion dieser verschiedenen Termini sollen Disparitäten, aber auch Ähnlichkeiten aufgezeigt werden.

4.1 Der optimistische Interpretationsstil

Bei der Bewältigung kritischer Ereignisse müssen diese zunächst interpretiert und eingeordnet werden. Schätzt man solche Ereignisse kontinuierlich zu negativ ein, resultieren daraus emotionale Beeinträchtigungen und wenig konstruktives Verhalten (Schwarzer, 2004). Das menschliche Verhalten wird von Gedanken und Emotionen gesteuert; gelingt es einer Person, schwierige Situationen günstig zu interpretieren, wird wirksames Handeln wahrscheinlicher. Seligman (1991) untersuchte die Denkmuster depressiver Patientinnen und kam zu dem Schluss, dass depressive Menschen dazu neigen, sich die Verantwortung für negative Ereignisse selbst zuzuschreiben, während sie positive Erfahrungen eher auf äußere Umstände zurückführen. Darüber hinaus schreiben sie negative Ereignisse häufig internalen, stabilen und globalen Ursachen zu. Mit „stabil“ ist die zeitliche Dauer des Faktors gemeint, „internal“ meint die Verursachung seitens der Person und „global“ bezeichnet den Allgemeingrad des vermuteten Ursachenfaktors. Würde man zum Beispiel einen Misserfolg bei einer Prüfung mit allgemeiner Unfähigkeit erklären, so wäre die zugeschriebene Ursache dafür internal, stabil und global. Nichtdepressive oder optimistische Menschen zeigen bei kritischen Ereignissen genau das gegengesetzte Muster der Ursachenzuschreibung. Optimistinnen schreiben positive Ereignisse eher den eigenen Fähigkeiten zu und negative Situationen dagegen eher variablen und spezifischen Ursachen, wie zum Beispiel Zufall, schlechte Tagesverfassung, Verschulden anderer Personen etcetera (Schwarzer, 2004).

4.2 Dispositionaler Optimismus

Scheier und Carver (2003) postulierten das Persönlichkeitsmerkmal des „dispositionalen Optimismus“, womit positive generalisierte Ergebniserwartungen gemeint sind, wie etwa der sehr geläufige Gedanke „Es wird schon alles gut gehen“. Gemessen wird dieses Persönlichkeitsmerkmal mit Hilfe einer psychometrischen Skala (Life Orientation Test) bestehend aus acht Items, jeweils vier positiv und vier negativ gepolte (Scheier & Carver, 1985). Itembeispiele für die deutsche Version von Wieland, Eckelmann und Carver (1990) sind „Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft“ oder „Ich sehe stets die guten Seiten der Dinge“. Die empirischen Befunde, die mit der Skala gefunden wurden, waren teilweise sehr beeindruckend, wie sie in der Studie von Scheier und Kolleginnen (1989) die sich mit der Genesung von herzkranken Männern nach einer Bypass-Operation beschäftigt gezeigt wurden. Die Studie zeigte, dass die Optimisten einen deutlich positiveren Genesungsverlauf aufwiesen als die Pessimisten. Trotzdem stieß die Optimismus-Skala auch auf heftige Kritik. Smith, Pope, Rhodewalt und Poulton (1989) untersuchten in zwei Studien die konvergente und diskriminante Validität. Es zeigte sich, dass sich zwei Skalen zur dispositionellen Ängstlichkeit besser zur Vorhersage von Gesundheitsbeschwerden und der Bewältigung von Anforderungen eignen als der gleichzeitig gemessene Optimismus, der wiederum hoch negativ mit Ängstlichkeit korrelierte (Schwarzer, 2004). Es ist also eher die mit hohem Optimismus verbundene geringe Ängstlichkeit, die für das Ausmaß der gesundheitlichen Beschwerden und die Qualität der Problembehandlung verantwortlich zu machen ist. Diesen Ergebnissen zufolge scheint eine eigenständige Vorhersagekraft der Optimismus-Skala eher gering zu sein.

4.3 Theorie der gelernten Hilflosigkeit

Eine sehr interessante und gleichermaßen relevante sozialpsychologische Theorie, die inhaltlich zum Konstrukt der „internen Kontrollüberzeugung“ (Rotter, 1966, zitiert nach Barth & Härter, 1996) passt, ist die „Theorie der gelernten Hilflosigkeit“ von Seligman (1975). Seligman zeigte in seinen vielen Untersuchungen über Unkontrollierbarkeit und Hilflosigkeit, dass sich ein Organismus, wenn er einem unkontrollierbaren Ereignis

ausgesetzt ist, hilflos fühlt (Herkner, 2000). Die Wahrnehmung, dass man die Situation oder ein Ereignis nicht verändern kann, und zusätzlich die Generalisation der Unbeeinflussbarkeit nennt Seligman (1975) gelernte Hilflosigkeit. Hat eine Person bereits durch verschiedene Erfahrungen, die im Laufe des Lebens gemacht wurden, gelernt, dass Situationen nicht kontrollierbar sind, überträgt sich diese Wahrnehmung auch auf spätere, vielleicht durchaus beeinflussbare Ereignisse. Herkner (2000) führt zwei Folgen von gelernter Hilflosigkeit an, die im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten einer Person und auf deren Engagement hinsichtlich gesundheitsfördernden Verhaltens relevant sind. Zum ersten wirkt sich gelernte Hilflosigkeit insofern aus, als Motivation und Aktivierung sinken und passives Verhalten vermehrt auftritt. Hat eine Person das Gefühl, Situationen und Zustände ohnehin nicht beeinflussen zu können, wird sie keinen Anreiz haben aktiv zu werden (Herkner, 2000). Zweitens beeinflusst gelernte Hilflosigkeit die emotionale Stabilität einer Person und führt zu Traurigkeit und depressiven Verstimmungen. Die Person fühlt sich niedergeschlagen und ängstlich, weil sie der Welt hilflos ausgeliefert ist. Im Sinne der Gesundheitspsychologie, präventiven Verhaltens und gleichermaßen „empowerten“ Verhalten wäre eine Identifizierung solcher problematischer, internalisierter Einstellungen wichtig, um sie zu korrigieren und Personen in Richtung Selbstbefähigung zu fördern.

4.4 Selbstwirksamkeitserwartung

Selbstwirksamkeitserwartung oder subjektive Kompetenzerwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, unbekannte oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Mit Anforderungssituationen sind keine Aufgaben gemeint, die durch routinierte Handlungen lösbar, sondern solche, die nur durch Anstrengung und Ausdauer bewältigbar sind (Schwarzer, 2004). Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung beruht auf der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (2001). Nach Bandura werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Prozesse gesteuert, vor allem durch Handlungs-Ergebnis-Erwartungen oder Konsequenzenerwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen oder Kompetenzüberzeugungen. Handlungs-Ergebnis-Erwartungen beziehen sich auf die subjektive Wahrscheinlichkeit,

mit der eigene Handlungen zu einem bestimmten Ergebnis führen (Kirchler & Rodler, 2001), Kompetenzüberzeugungen beziehen sich eben auf den Glauben an die eigenen Fähigkeiten. Bei der Handlungs-Ergebnis-Erwartung sind demnach auch universelle Zusammenhänge zwischen Handlung und Ergebnis denkbar („Lerne ich genügend für die Klausur, werde ich diese auch bestehen“), während die Kompetenzerwartung einen Selbstbezug enthält („Ich denke, ich verfüge über die Fähigkeiten mir diesen Stoff anzueignen“). Die Konsequenzerwartung thematisiert also die Handlungsabhängigkeit des Ergebnisses und die Kompetenzerwartung die Personabhängigkeit der Handlung. Diese persönliche Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten ist die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit (Schwarzer, 2004). Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Selbstwirksamkeitserwartungen eine Grundbedingung dafür darstellen, dass Anforderungen mittels innovativer und kreativer Methoden bewältigt werden können. Ein kompetenter Umgang mit Anforderungen stellt eine Prämisse für hohe Motivation und hohes Leistungsniveau, für psychisches und körperliches Wohlbefinden und für hohe Berufs- und Lebenszufriedenheit dar. Die Selbstwirksamkeitserwartung steht auch im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten. Körperliche Aktivität, das Achten auf gesunde Ernährungsgewohnheiten, das Vermeiden von Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder zu extreme Sonnenexposition, das Erfüllen von Sicherheitsnormen et cetera sind leichter ins alltägliche Handlungsrepertoire zu integrieren, wenn man über psychische Ressourcen verfügt. Interessant ist außerdem der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Krankheitsbewältigung. Zahlreiche Studien haben sich mit der Frage beschäftigt, wie selbstwirksame Personen mit Stress umgehen und welches Copingverhalten sie im Krankheitsfall zeigen. Litt (1988) zeigte, dass selbstwirksame Personen besser in der Lage sind, mit Schmerzen umzugehen und dass sich die Kompetenzerwartung auf Blutdruck, Herzrate und Adrenalin Spiegel auswirkt (Bandura, Cioffi, Taylor & Brouillard, 1998).

4.4.1 Selbstwirksamkeit und Selbstregulation

Sobald ein selbstregulativer Zielerreichungsprozess beginnt, spielen Selbstwirksamkeitserwartungen eine Rolle. Beginnend mit der Motivationsphase und der einhergehenden Bildung von Handlungsintentionen setzen sich selbstwirksame Personen höhere

Ziele, sei es im Beruf, in der Schule oder in nicht leistungsbezogenen Lebensbereichen, wie zum Beispiel in Sozialbeziehungen, als nicht selbstwirksame Menschen (Schwarzer, 2004). Personen, die ein hohes Anspruchsniveau haben, greifen auch in der späteren Volitionsphase im Handlungsverlauf, wo es darum geht, gebildete Intentionen in konkretes aufgabenbezogenes Handeln umzusetzen und auch bei Widerständen standzuhalten, auf ihre Selbstwirksamkeit zurück.

„Selbstwirksamkeit bzw. optimistische Selbstüberzeugung stellt somit einen Schlüssel zur kompetenten Selbstregulation dar, indem sie ganz allgemein das Denken, Fühlen und Handeln sowie – in motivationaler wie volitionaler Hinsicht – Zielsetzung, Anstrengung und Ausdauer beeinflusst“ (Schwarzer, 2004, S. 16).

Bereich-spezifische Selbstwirksamkeit ist beim psychologischen Empowerment der intrapersonalen Komponente zuzuordnen und ist somit laut Zimmerman (2000) eine notwendige Fähigkeit um „empowert“ handeln zu können. Diese Auffassung ist nach Ansicht der Autorin insofern gültig, als Kompetenz- sowie Konsequenzerwartungen die Basis für das Setzen aktiver Handlungen darstellen. Ist eine Person nicht von ihren eigenen Fähigkeiten überzeugt oder hat sie in der Vergangenheit keine Erfahrungen gemacht, durch Handeln Situationen im Sinne der eigenen Vorstellungen zu verändern, wird sie keine Motivation aufbringen einen Veränderungsprozess einzuleiten.

Eine Studie von Schwarzer und Jerusalem (1994) zeigt, dass eine kompetente Selbstregulation für eine erfolgreiche Lebensbewältigung von hoher Bedeutung ist. 1989, nach der Auflösung des „eisernen Vorhangs“ und der dadurch ausgelösten Flucht vieler Ostdeutscher in den Westen untersuchten Schwarzer und Jerusalem (1994) eine Stichprobe dieser Personengruppe. Es zeigte sich, dass selbstwirksame Übersiedlerinnen aller Altersgruppen insgesamt aktiver waren, schneller eine neue Anstellung fanden, sich rascher sozial integrieren konnten und insgesamt zufriedener waren als nicht-selbstwirksame Personen. Es wird vermutet, dass Unterschiede zwischen hoch und niedrig selbstwirksamen Personen durch Informationsverarbeitungsprozesse moderiert werden. Eine Annahme ist, dass hohe Selbstwirksamkeit einen situationsunabhängigen Informationsverarbeitungsstil begünstigt, wodurch bei Aufgaben von hohem Niveau eher die positiven Gesichtspunkte und mögliche

Erfolgschancen fokussiert und somit Neugier und die Suche nach möglichen Lösungsalternativen gefördert werden (Schwarzer, 2004).

4.4.2 Generelle und spezifische Selbstwirksamkeitserwartung

Wie bereits in Punkt 3.3 und 3.3.1 ausführlich besprochen verfügt eine Person über eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, wenn sie von ihrer eigenen Kompetenz überzeugt ist, Aufgaben und Anforderungen auch in schwierigen Situationen, in denen Barrieren zu überwinden sind, zu meistern. Die Person hat Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und sie kann ihre Aufmerksamkeit, ihre Emotionen und Motivation im Sinne der Zielerreichung kontrollieren. Laut Schwarzer (2004) kann zwischen einer allgemeinen und spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung unterschieden werden. Situationsspezifische Selbstwirksamkeitsgedanken sind dadurch charakterisiert, dass sie aufgrund ihrer Formulierung eine subjektive Gewissheit enthalten, eine bestimmte Handlung, trotz auftretender Widerstände, die zu bewältigen sind, zu meistern. Im Gegensatz dazu umfasst die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung alle Bereiche des Lebens und drückt eine positive Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz aus (Schwarzer, 2004).

4.4.3 Beeinflussung von Selbstwirksamkeitserwartung

Die Beeinflussung von Selbstwirksamkeitserwartungen ist ein relevanter Aspekt im Hinblick auf psychologisches Empowerment bezogen auf gesundheitsbezogenes Verhalten, aber auch bezogen auf das Verhalten in allen anderen Lebensbereichen. Die Variable „Selbstwirksamkeit“ zählt neben der „Motivationskontrolle“ und der „Einschätzung der eigenen Fähigkeiten“ zur intrapersonalen Komponente des Modells von Zimmerman (2000). Verfügt eine Person über eine zu wenig ausgeprägte Kompetenz- und Konsequenzerwartung, wird sie Schwierigkeiten haben, im Sinne der interaktionalen Komponente Ziele zu formulieren, Ressourcen zu aktivieren, die Handlung zu initiieren und dann auch zu einem Abschluss zu bringen. In der psychologischen Arbeit ist deswegen eine Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung, wenn diese bei einer Person zu gering ausgeprägt ist, äußerst relevant für eine kompetente Selbst- und Handlungsregulation. Nach Bandura (1997) gibt es vier Aspekte, die bei der Bildung der Selbstwirksamkeits-

erwartung eine Rolle spielen, und zwar Handlungsergebnisse in Form von Erfolgen oder Misserfolgen, stellvertretende Erfahrungen durch das Beobachten von Verhaltensmodellen, Überredung (zum Beispiel soziale Einflussnahme, aber auch Selbstinstruktion) und die Perzeption eigener Emotionen. Positive Erfahrungen, die eine Person selbst gemacht hat, sind laut Bandura (1997) der effektivste Weg, um eine gesunde Kompetenzerwartung aufzubauen. In der psychologischen Arbeit sollte die Psychologin versuchen durch das Setzen von Nahzielen ihren Klientinnen Erfolge zu vermitteln, die auf ihre eigenen Fähigkeiten zurückzuführen sind (Schwarzer, 2000). Zunächst kann die Psychologin beim Formulieren der Nahziele unterstützend wirken, zu einem späteren Zeitpunkt im Trainingsprozess sollten die Klientinnen in der Lage sein, anspruchsvolle, jedoch erreichbare Ziele selbstgesteuert zu setzen. Eine andere, wenn auch nicht ganz so effektive Methode, um die Kompetenzerwartung zu erhöhen, ist das Bereitstellen von Verhaltensmodellen, die von den Klientinnen nachgeahmt werden können. Wichtig ist zu beachten, dass Modelle nur dann eine gute Wirkung erzielen, wenn sie der Lernenden in Geschlecht, Alter und anderen relevanten Attributen ähnlich sind. Am besten sind Modelle, die selbst mit problematischen Situationen umgehen müssen und deshalb vermitteln können, wie sie die jeweils auftretenden Barrieren durch Selbstregulation bewältigt haben.

4.5 Das Kohärenzgefühl von Antonovsky

Aaron Antonovsky entwickelte 1987 erstmals das Konzept des Kohärenzgefühls auch bezeichnet als SOC (SOC bedeutet „sense of coherence“), indem er 51 Tiefeninterviews mit Personen führte, die, obwohl sie alle ein schweres Trauma erlebt hatten, relativ gut im Leben zurecht kamen. Die Leitfrage des Interviews war, wie die Betroffenen ihr Leben sehen und wahrnehmen (Antonovsky, 1997). Er analysierte die daraus entstandenen Protokolle und identifizierte die drei Themen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, die konsistent bei jenen Personen enthalten waren, die angegeben hatten, das Leben gut zu meistern. Verstehbarkeit bezieht sich auf das Ausmaß, in dem man externe und interne Reize, die auf einen einwirken, als kognitiv sinnvoll, konsistent und geordnet wahrnimmt und nicht als chaotisch und willkürlich. Eine Person, die über ein hohes Maß an Verstehbarkeit verfügt, geht davon aus, dass zukünftige Stimuli oder Ereignisse, auch jene, die man nicht

selbst steuern kann oder die negativ sind, wie Versagen, Krankheit oder Konflikte, erklärbar sind und eingeordnet werden können (Antonovsky, 1997). Es geht hier also um eine solide Fähigkeit, die Realität zu beurteilen und Struktur im Chaos zu schaffen und sich nicht als ewigen Pechvogel zu sehen, dem konsistent Unglück im Leben (An dieser Stelle ist laut Ansicht der Autorin eine deutliche Parallele zur Definition des psychologischen Empowerment von Zimmerman (1995) zu erkennen.) zuteil wird. Die zweite Komponente Handhabbarkeit definiert Antonovsky (1997) als das Ausmaß, in dem ein Mensch seine Ressourcen, die er zur Verfügung hat, wahrnimmt um mit den Anforderungen, die von den Stimuli ausgehen, umgehen zu können. Eine Person, die über diese Komponente verfügt, wird sich nicht als Opfer des Schicksals oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen, sondern wird mit negativen Erfahrungen, die einfach auch ein Segment des Lebens sind, umgehen können und nicht ewig trauern. Die letzte Komponente Bedeutsamkeit erachtet Antonovsky (1997) als das motivationale Element und meint damit, in welchem Ausmaß eine Person ihr Leben als sinnvoll erachtet und wofür es sich lohnt Anstrengungen in Kauf zu nehmen. Wichtig im Hinblick auf Antonovskys' Kohärenzgefühl ist aber auch seine Überlegung, dass eine Person nicht das Gefühl haben muss, das ganze Leben sei verstehbar, handhabbar und bedeutsam, um über ein hohes SOC zu verfügen. Antonovsky (1997) meint, entscheidend sei, ob man Bereiche seines Lebens als subjektiv bedeutsam erlebe und nicht ob man über alle Vorgänge in Politik, Gesellschaft, Kunst, Religion und anderen gesellschaftlichen Bereichen und Themen informiert sei. Das heißt, auch eine Person, die nicht über die kognitiven Fähigkeiten verfügt oder auch zu wenig Interesse aufbringt, um gesellschaftliche Belange zu durchschauen, kann über ein starkes SOC verfügen. Vergleicht man das SOC-Konzept und Zimmermans' psychologisches Empowerment, zeigt sich nach Meinung der Autorin, dass sich die SOC-Komponenten auf das Zimmerman'sche Modell übertragen lassen, jedoch umgekehrt Variablen der interaktionalen Komponente, wie zum Beispiel Verständnis der kausalen Ursachen, aber hauptsächlich die Variablen der Verhaltenskomponente – Einbindung in die Gemeinschaft, Partizipation an Organisationen und Coping-Strategien – über jene des SOC hinausgehen. Folglich sind die Grenzen des SOC enger gesteckt als das Modell des psychologischen Empowerments, das die Verstehbarkeit von gesellschaftlichen Vorgängen (interaktionale Komponente) auch als relevante Kompetenz erachtet und in der Verhaltenskomponente relativ konkrete Verhaltensweisen anführt, die notwendig sind, um ein starkes psychologisches Empowerment zu entwickeln.

5 DAS INTERNET – DIE GRÖSSTE MEDIZINISCHE BIBLIOTHEK DER WELT? Einfluss und Wirkungskraft auf gesundheitsbezogenes Verhalten

Das Kommunikations- und Informationspräsentationsmedium Internet hat seit 1993 sowohl enorm an gesellschaftlicher als auch an kultureller Präsenz und Bedeutung gewonnen. Es nimmt mittlerweile in allen gesellschaftlichen Bereichen, sei es in Politik, Wirtschaft, Wissenschaft oder auch im Gesundheitsbereich, einen sehr hohen Stellenwert ein und geht mit einem einschneidenden strukturellen Wandel der postmodernen Gesellschaft einher (Döring, 1999). „E-Health“, darunter sind Elektronische Gesundheitsinformationen oder Gesundheitsservices zu verstehen, die über Netzwerke wie Internet und verwandte Technologien wie digitales Fernsehen, WebTV, Web-kompatible Mobiltelefone et cetera übertragen werden (Eysenbach & Diepgen, 2001), ist ein zu beobachtender Trend, der in den letzten Jahren immer mehr an Präsenz und Popularität unter den Verbraucherinnen gewonnen hat und das Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert redefiniert (Eysenbach & Diepgen, 2001). Das wachsende Bedürfnis vieler Menschen, mehr Verantwortung für ihre Gesundheitsvorsorge zu übernehmen, oder der Wunsch der Professionistinnen, das gesamte Genesungspotential ihrer Patientinnen und deren Familien auszuschöpfen, deckt sich mit dem Aufkommen und der wachsenden Verfügbarkeit von Online-Gesundheitsinformationen. Diese Entwicklung wird auch von der Öffentlichkeit vor dem Hintergrund, dass dringende Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen notwendig sind, forciert, weil davon auszugehen ist, dass gut informierte Patientinnen ihr Selbstheilpotential besser ausschöpfen können und ihre Compliance höher ist und somit unnötige teure Interventionen vermieden werden können (Eysenbach & Diepgen, 2001).

Eysenbach und Diepgen (2001) formulieren dazu sehr treffend:

“Information technology and consumerism are synergetic forces that together promote an „information age health care system“, where (idealy) consumers can use information technology to access information at home and control their own health care and thereby utilize health care resources more efficiently” (Eysenbach & Diepgen, 2001, S. 11).

Akerkar führte in einer 2004 publizierten Studie an, dass sich die Zahl jener Personen, die im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten suchen, alleine in den USA im Zeitraum von 1998 bis 2002 von 54 Millionen auf 110 Millionen erhöht hat und diese natürlich immer weiter steigt. Das Recherchieren von gesundheitsrelevanten Informationen zählt zu den drittbekanntesten Online-Aktivitäten und Suchmaschinen werden bereits von 81% der Verbraucherinnen verwendet um nach der gewünschten Information zu suchen. Das Internet hat die Möglichkeiten für Privatpersonen Informationen zu recherchieren enorm erweitert und nimmt daher im Gesundheitssektor immer mehr an Wirkungskraft zu. Bereits 70% der Patientinnen geben an, das Internet habe ihre Entscheidungen bezüglich verschiedener Behandlungsmethoden beeinflusst, und ein Großteil der Erwachsenen aus den USA, Japan, Frankreich und Deutschland sind der Meinung, dass gesundheitsbezogene Inhalte aus dem Internet vertrauenswürdig, qualitativ hochwertig, leicht zu finden und leicht zu verstehen seien (Akerkar, 2004). Laut einer Studie von Austrian Internet Monitoring (2007) verfügen 5,2 Millionen der österreichischen Bevölkerung ab 14 Jahren über eine Zugangsmöglichkeit zum Internet. Aufgeschlüsselt nach einzelnen Zugangs-orten dominieren die Home-Accounts (4,4 Millionen), dicht gefolgt vom Arbeitsplatz (2,1 Millionen).

5.1 Kommunikationsformen im Internet

Im Zuge der raschen Weiterentwicklung der Internetdienste der letzten Jahre wurden zahlreiche Online-Anwendungen entwickelt, die der zwischenmenschlichen Kommunikation und Informationspräsentation dienen. Durch den technischen Prozess werden digitale Daten transportiert, die erst dann zu bedeutungsvollen Informationen beziehungsweise zu sozialer Kommunikation werden, wenn Personen wechselseitig und aktiv in einen Austausch ihrer Gedanken, Gefühle und Handlungen involviert sind (Döring, 2003).

5.1.1 E-Mail und Mailinglisten

Eine Form der asynchronen Kommunikation stellen E-Mails (Electronic Mails) dar. Mittels E-Mails können zeitversetzt elektronische Dokumente ausgetauscht und schnell als

auch kostengünstig private oder berufliche Sozialkontakte aufrechterhalten werden. Außerdem dienen sie häufig zur Informationsverwaltung, zum Beispiel können Bestellungen oder das Abfragen von Datenbanken per Electronic Mail abgewickelt werden (Döring, 1999). Der Vorteil von zeitversetzter Kommunikation besteht darin, dass sie durch mehr Freiheitsgrade gekennzeichnet ist und sowohl Sender als auch Empfänger den Zeitpunkt des Informationsaustausches selbst nach Belieben bestimmen können. Fox und Fallows (2003) fanden heraus, dass 30% (ungefähr 32 Millionen US-Amerikanerinnen) der amerikanischen Internet-Userinnen per E-Mail gesundheitsbezogene Informationen mit Freundinnen, der Familie oder Professionistinnen aus dem Gesundheitsbereich austauschen. Mailinglisten sind eine spezielle Form der E-Mail Nutzung. Laut Schade (1997) sind Mailinglisten ein schriftliches Forum zu einem bestimmten Thema. Ist man in einer Mailingliste registriert, hat man die Möglichkeit, E-Mails an die Liste zu senden, die dann automatisch an alle Mitglieder weitergeleitet werden. Außerdem erhält man alle Nachrichten, die andere Personen an die Liste schicken (Döring, 1999). Eine Mailingliste funktioniert also nach dem Prinzip eines Postverteilers, bietet also einer geschlossenen Gruppe von Menschen die Möglichkeit zum Nachrichtenaustausch. Sie stellen in gewisser Weise die Urform von Newsgroups und Internetforen dar, werden aber für bestimmte Zwecke nach wie vor verwendet (Wikipedia, 2008b). Unter der WWW-Adresse http://groups.google.at/?utm_campaign=de&utm_source=de-ha-emea-at-google&utm_medium=ha&utm_term=mailingliste findet man Gruppen zu verschiedensten Themenbereichen wie Computer, Kunst und Unterhaltung, Freizeit, aber auch Gesundheit. Es wird hier die Möglichkeit geboten einer Gruppe beizutreten oder selbst eine neue Gruppe zu gründen und sich mit interessierten Personen per E-Mail oder mittels anderer Kommunikationsformen auszutauschen. In der Gruppe „Gesundheit“ findet man Subkategorien zu den vielfältigsten Themen wie zum Beispiel Fitness, Medikamente, Psychische Verfassung, Reproduktionsmöglichkeiten und viele andere. Insgesamt gibt es alleine in der Gruppe „Gesundheit“ etwa 10.002 Subgruppen. Diese beachtliche Zahl lässt schon vermuten, dass diese Form von Informationsaustausch sehr intensiv von Internet-Userinnen genutzt wird. Es gibt auch einige Suchmaschinen, um Mailinglisten zu finden. Unter der WWW-Adresse <http://home.snafu.de/pewtah/suchmaschinen/maillinglisten.shtml> oder <http://list.genealogy.net/mailman/listinfo/> findet man Links um zu deutschsprachigen Mailinglistenverzeichnissen zu gelangen.

5.1.2 Newsgroups

„Eine Newsgroup ist ein schriftliches Austauschforum zu einem definiertem Thema, bei dem Beiträge nicht wie bei Mailinglisten automatisch per eMail an einen oder mehr oder minder überschaubaren Kreis von eingetragenen Mitgliedern geschickt werden (Push-Prinzip: passives Versorgtwerden mit Information), sondern auf Newsservern öffentlich zugänglich bereitstehen und von Interessierten dort abgeholt werden können (Pull-Prinzip: aktives Besorgen von Informationen)“ (Döring, 1999, S.58).

Eine Newsgroup ist ein Online-Forum, in dem Informationen aller Art öffentlich bereitgestellt werden und von interessierten Userinnen eingeholt und verwendet werden können. Im Gegensatz zu Mailinglisten erhält man die Informationen nicht automatisch, sondern muss sich diese aktiv erwerben. Es können also in diesen virtuellen Diskussionsforen zu einem umgrenzten Themenbereich Informationen ausgetauscht werden (Wikipedia, 2008c). Wie bereits unter 5.1.1 erläutert findet man unter

<http://www.google.com/search?q=newsgroups&sourceid=navclient-ff&ie=UTF-8&rls=GGGL,GGGL:2006-35,GGGL:de>, aber auch unter *<http://www.usenet.net/>* viele verschiedene Newsgroups. Ein Forum, das sich speziell mit einem gesundheitsbezogenen Thema beschäftigt, ist das Bipolar-Forum Salzburg (zu finden unter: *<http://www.bipolar.at/wbblite/thread.php?threadid=597&sid=edc74799c93404f14a470a0f4c1b0501>*) Hier finden Interessierte oder Betroffene die Möglichkeit die von Ärzten geposteten aktuellen Forschungsergebnisse einzusehen, neue Informationen bezüglich Therapie zu erhalten oder eben mit anderen Mitgliedern Erfahrungen auszutauschen.

5.1.3 Chat

Der Chat ist eine computervermittelte Kommunikationsform, bei der Informationen nicht asynchron, sondern in Dialogform nahezu zeitgleich ausgetauscht werden und dadurch nicht nur kommuniziert, sondern virtuell interagiert wird. Ein Unterschied zur Face-to-Face-Kommunikation besteht darin, dass sich jede Akteurin in einem eigenen Wahrnehmungs- und Handlungsfeld befindet.

„Beim Chat erscheinen die Tastatureingaben der einen Person unmittelbar auf dem Monitor der anderen Person, so dass ein synchroner textbasierter Dialog zustande kommt“ (Döring, 1999, S.95, zitiert nach Schade, 1997, S. 73 ff).

Laut einer Studie von Pew Internet (2001) nützen dreiviertel aller „middle-school“ und „high-school“ Schülerinnen das Internet. Außerdem gibt eine Vielzahl der Jugendlichen (13 Millionen beziehungsweise 74% all jener, die online sind) an, dass durch „instant messages“ Freundschaftsbeziehungen intensiviert werden können und generell ihre „soziale Welt“ erweitert worden sei. Unter <http://www.webchat.de/nter> kann das Verzeichnis aller deutschen Chatrooms eingesehen werden. Auch hier sind die „Chat-Themen“ sehr vielfältig, die Bandbreite der Kategorien reicht von Freizeit und Hobby über Business und Finanzen bis hin zu Gesundheit. Ansonsten findet man in Suchmaschinen wie Google.com oder Yahoo.com unter „Chatrooms“ unzählige Einträge, wenn man daran interessiert ist an Online-Angeboten dieser Art zu partizipieren.

5.2 Internet und Gesellschaft

„Medien spielen in der Wissensgesellschaft eine besondere Rolle. Sie sind Koautoren der Erzählung über die Wissensgesellschaft, über ihre Grenzen, aber vor allem über ihre Möglichkeiten; sie sind Kritiker und Kommentatoren von wissenschaftlich-technischem Wandel; aber sie sind auch und vor allem die Bühne auf der eine Gesellschaft Innovationen und ihre gesellschaftlichen Implikationen verhandelt, auf der Veränderungen inszeniert werden und auf der sich die unterschiedlichen Akteure zu positionieren versuchen“ (Felt, 2008, S. 11).

Die Sozialwissenschaften gehen davon aus, dass es unter anderem durch die wachsende Informationsgesellschaft zu einer Pluralisierung und Individualisierung der Lebensmodelle kommt und vormals nicht gänzlich akzeptierte Lebensformen gesellschaftsfähig geworden sind. Nicht alle wissenschaftlichen Strömungen begrüßen diese Entwicklung, universale Modelle, die einen bestimmten „one best way“ als die geglückte Lebensweise postulieren, sprechen im Hinblick auf diese Entwicklung von Orientierungslosigkeit,

Wertezerfall und gesellschaftlicher Zersplitterung. Eine völlig gegensätzliche Position nehmen in diesem Zusammenhang die postmodernen Theorien ein (Döring, 2003), die davon ausgehen, dass es die einzig richtige Form zu leben oder universelle Glaubenssätze nicht gibt und verschiedene Lebensweisen und Sichtweisen der Wirklichkeit nebeneinander bestehen müssen. Bei der Einschätzung der gesellschaftlichen Bedeutung des Internet wird häufig auf diese zwei wissenschaftlichen Paradigmen zurückgegriffen. Für die einen ist das Netz eine unüberblickbare Scheinwelt, in die sich der isolierte und orientierungslose Mensch zurückzieht, um noch mehr im Individualismus zu verschwinden, für die anderen bietet das Internet vielfältige Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten und Informationen aller Art können niedrighschwellig und häufig kostenlos bezogen werden; generell wird die Entfaltungs- und Darstellungsmöglichkeit der Menschen hervorgehoben (Döring, 2003). Potentielle Gefahren und Risiken der Computer- und Vernetzungstechnologie sollten Internet-Userinnen trotz der vielen Vorteile im Bewusstsein bleiben und ist das Achten auf Qualitätssiegel, vor allem bei Inanspruchnahme von speziellen Online-Diensten wie etwa im Gesundheitsbereich - Online-Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und ähnliche Angebote - ratsam um einen sicheren und qualitativ hochwertigen Umgang mit dem Internet zu gewährleisten.

5.2.1 Gesundheitsbezogene Inhalte im World Wide Web – Verbesserung der individuellen und allgemeinen Gesundheitsvorsorge?

In den vergangenen Jahren wurde immer mehr erkannt, dass das Internet für die allgemeine öffentliche Gesundheitsversorgung eine wichtige Schlüsselfunktion einnimmt. Trotz der immer wieder auftretenden Kritik, dass selbst dieses weltumspannende Medium Grenzen habe, Missinformation publik gemacht werden würde und es Probleme bezüglich des persönlichen Datenschutzes gäbe, zeigt sich, dass das Internet die Kommunikation zwischen Personen und Professionistinnen oder zwischen Privatpersonen mit ähnlichen Interessen fördert und die Einbindung der Bevölkerung in das öffentliche Gesundheitssystem unterstützt wird. Wie zeichnet sich nun gesundheitsbezogenes Verhalten im Internet aus? Die Forschergruppe um Hjortdahl (1999) zitiert nach Kalichman, Benotsch und Weinhardt (2003), beschäftigte sich mit dieser Frage und postulierten Verhaltensweisen, die gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten auszeichnen. Zum einen

führen die Autorinnen das Recherchieren bezüglich körperlicher oder psychischer Erkrankungen, Ernährung, Fitness oder Therapiemöglichkeiten, zum anderen das Einholen von Informationen bezüglich Spitäler, Rehabilitationszentren oder anderen psycho-sozialer Einrichtungen sowie das Aufsuchen von Online-Selbsthilfegruppen oder anderen Interessensvertretungen an. Eysenbach beschäftigte sich mit einer bereits 1999 publizierten Studie, warum Patientinnen das Internet konsultieren, und kam zu dem Schluss, dass 81% der Patientinnen, die sich online informieren, an einer chronischen Erkrankung leiden und sich im Internet eine „zweite Meinung“ einholen möchten. Weiters meint Eysenbach (1999a), dass durch auftretende Frustration aufgrund ausbleibender Behandlungserfolge, mangelnde Aufklärung durch den Arzt sowie den besseren Zugang zu neuen Medien die Motivation im Internet zu recherchieren steigt. Der Frage, inwieweit das Internet von Userinnen für gesundheitsbezogene Zwecke genützt wird und wie sich ein aktives Suchen von gesundheitsbezogener Information auf das persönliche Gesundheitsverhalten (zum Beispiel Wissen bezüglich gesundheitsbezogener Themen oder der Umgang mit dem Gesundheitssystem) auswirkt, gingen auch Baker, Wagner, Singer und Bundorf (2003) in einer in den USA durchgeführten Studie nach. Zwischen Dezember 2001 und Jänner 2002 wurden 60.000 amerikanische Haushalte untersucht. Die Antworten von 4.764 Personen ab 21 Jahren aufwärts wurden ausgewertet und es zeigte sich, dass nahezu 40% der befragten Personen das Internet nützen, um nach gesundheitsbezogener Information zu suchen, 6% gaben an via E-Mail mit Professionistinnen zu kommunizieren. Ein Drittel jener Personengruppe, die das Internet bezüglich gesundheitsbezogener Information nützt, berichtete außerdem, dass die Partizipation im Internet Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit beeinflusst habe. Trotz dieser Ergebnisse gaben 94% der Befragten an, dass die Aktivität im Internet nicht mit der Anzahl von Arztbesuchen oder mit der Anzahl von mit Professionistinnen aus dem Gesundheitssektor geführten Telefonaten korreliert. Die Ergebnisse von Baker, Wagner, Singer und Bundorf (2003) zeigen also, dass das Internet zwar tatsächlich eine Auswirkung auf das gesundheitsbezogene Verhalten von Personen hat und teilweise auch positive Effekte zu verzeichnen sind, trotzdem sollen die Möglichkeiten des World Wide Web nicht überschätzt, sondern in einem realistischen Rahmen diskutiert werden. Auch Fox und Fellows (2003) postulieren in einer Studie, dass 80% der Internet-Userinnen nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, davon 63% Informationen bezüglich

spezieller Erkrankungen einholen und 47% nach Behandlungsmöglichkeiten suchen. Kalichman und Kolleginnen (2005) berichten, dass Personen, die mit dem HIV-Virus leben und das Internet nutzen, um möglichst viel an aktueller Information zu beziehen, über mehr unterstützende Ressourcen verfügen, bessere Copingstrategien entwickeln, mehr von den lebensnotwendigen CD4-Lymphozytenzellen und eine geringere Virenbelastung aufweisen als jene Betroffenen, die das Internet nicht nutzen um relevante Informationen einzuholen. In einer anderen Studie von Kalichman, Benotsch und Weinhardt (2003) wurden 147 HIV-positive Personen befragt um zu untersuchen, inwiefern Online-Aktivitäten mit deren Gesundheitszustand zusammenhängen. Bereits in dieser 2003 durchgeführten Studie zeigte sich, dass durch das Beziehen von gesundheitsbezogener Information aus dem Internet krankheitsbezogenes Wissen, ein aktives Bewältigen dieser schwierigen Situation, die Fähigkeit relevante gesundheitsfördernde Informationen einzuholen und die soziale und emotionale Unterstützung der Patientinnen untereinander gefördert werden. Durch gesundheitsbezogene Inhalte im Internet werden Patientinnen bezüglich ihres Gesundheitszustandes fundiert informiert und können dadurch neue Behandlungsmöglichkeiten kritisch hinterfragen. Die Motivation, bei der Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit eine aktive Rolle einzunehmen, wird gefördert, effektive Coping-Strategien werden entwickelt und die Patientinnen können sich gegenseitig durch Online-Kommunikation unterstützend zur Seite stehen (Eysenbach, Ryoung & Diepgen, 1999b; Krumholz, Rathore, Chen, Wang & Radford, 2002). Es zeigt sich also, dass eine „Internet-Recherche“ für chronisch kranke Menschen und auch für jene Personengruppe, die sich im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention informieren möchte, lohnend ist. Borzekowsky, Fobil und Asante (2006) untersuchten die Online-Aktivitäten von Jugendlichen in Ghana speziell im Hinblick auf gesundheitsbezogene Inhalte. 778 Jugendliche wurden bezüglich ihrer Aktivitäten im Internet detailliert befragt beziehungsweise wurde erhoben, ob die Jugendlichen gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet beziehen. Nahezu zwei Drittel jener Jugendlichen, die noch zur Schule gingen, und die Hälfte derer, die nicht mehr die Schule besuchten, gaben an bereits online gewesen zu sein. Wiederum die Hälfte dieser Gruppe berichtete auch gesundheitsbezogene Informationen bezogen zu haben. Die Jugendlichen gaben an, sehr interessiert an gesundheitsbezogener Information zu sein. Außerdem berichteten sie, dass sie Informationen dieser Art als positiv und wirksam wahrnehmen. In Anbetracht dieser Ergebnisse

sind die positiven Auswirkungen des Internet auf jeden Fall zu würdigen, obwohl trotzdem nicht vergessen werden darf, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen die gleichen Möglichkeiten haben regelmäßig online gehen zu können. Eysenbach und Kolleginnen publizierten 2004 die Ergebnisse einer Reviewstudie, die sich mit der Frage beschäftigte, ob online-„peer-to-peer-Interaktionen“ via gesundheitsbezogener virtueller Gemeinschaften (zum Beispiel Selbsthilfegruppen) positive Effekte im Hinblick auf gesundheitsbezogene und soziale Aspekte hervorrufen. Die Forscherinnen analysierten die Ergebnisse verschiedener Studien, die zu diesem Thema durchgeführt wurden, wobei Pre-Post-Designs, Zeitreihenanalysen, Kohortenstudien und Studien mit Versuchs- und Kontrollgruppe in diesem Pool enthalten waren. Während der Evaluation dieser vielen Studien zeigte sich, dass die Forscherinnen Probleme hatten, die Effekte von reinen „Peer-to-Peer Communities“ herauszufiltern, weil sich die herangezogenen Studien meistens mit Online-Gemeinschaften, die psychoedukative Programme beinhalten, oder Communities, in denen Professionistinnen aus dem Gesundheitssektor mit den Nutzerinnen direkt kommunizieren, beschäftigten. Aufgrund dessen konnten positive Effekte, die bei den Nutzerinnen festgestellt wurden, nicht auf die Interaktionen der Personen untereinander zurückgeführt werden, sondern eher auf die von den Professionistinnen angeleiteten Interventionen. Trotz dieser Ergebnisse sollte angesichts der Fülle der nicht moderierten Online-„Peer-to-Peer Gruppen“ näher untersucht werden, unter welchen Gegebenheiten und für welche Verbrauchergruppen Online-Gemeinschaften positive Effekte, auch im Sinne von gestärktem psychologischen Empowerment, hervorrufen und wie die Effekte maximiert werden können.

5.2.2 Gesundheitssysteme in der Krise – Technologie als Lösung

In politischen Diskussionen wird das Gesundheitssystem häufig als ein sich kurz vor dem Zusammenbruch befindliches Konstrukt beschrieben, das an einer Grenze angelangt ist und in der derzeit bestehenden Form kaum aufrecht zu erhalten sei (Felt, 2008). Häufig werden Technologien, vor allem Informations- und Kommunikationstechnologien als mögliche Lösung für Teile dieses Problems erachtet.

Felt (2008) analysierte die zentralen politische Dokumente und es zeigte sich, dass neben hauptsächlich technologisch ausgerichteten Lösungsansätzen, auch klare, aber teilweise widersprüchliche Erwartungen an die Bürgerinnen herangetragen werden:

- I. Prävention, also der Gedanke, dass Bürgerinnen mehr Verantwortung über die eigene Gesundheit übernehmen sollen, stellt einen zentralen Aspekt der Diskussionen dar. Schlagworte wie „mündige Patientinnen“ oder „die eigene Gesundheit managen“ werden in diesem Kontext sehr häufig in den Medien transportiert.
- II. Gesundheit und Medizin werden immer stärker auch als Fragment des europäischen Marktes verstanden, weshalb ein aufgeklärtes Konsumentenverhalten von Bürgerinnen erwartet wird.
- III. Um zu verhindern, dass Bürgerinnen durch Fehlinformationen im Internet gefährdet werden oder in der Datenflut verloren gehen, wird eine „Evidenzbasierte Medizin“ – eine fakten- und datenbasierte Standardisierung medizinischer Praktiken – als ein zentraler Aspekt forciert.

In diesem Zusammenhang ist wichtig zu bedenken, dass die immer stärker werdende Technisierung des Gesundheitssystems, neben vielen positiven Aspekten, auch Negative zu verzeichnen hat. Die Patientinnen als Individuen werden häufig in politischen Diskussionen ausgeblendet und vielmehr als Datenpool gesehen, der dann betreut, überwacht, transferiert oder geschützt werden muss (Felt, 2008).

5.2.3 E-Health

Der Begriff eHealth ist momentan ein in den Medien relativ häufig verwendeter und diskutierter Begriff. Was ist nun aber genau unter diesem Begriff zu verstehen? Wie der Begriff eHealth zu definieren ist, wird in Fachkreisen immer wieder diskutiert. Eine einheitliche Definition gibt es bislang noch nicht. Eysenbach (2001) sieht eHealth als Schnittpunkt zwischen medizinischer Informationswissenschaft, Public Health und der Wirtschaft, bezogen auf Gesundheitsleistungen- oder Informationen, die via Internet, aber auch anderen Technologien vermittelt werden. Der Begriff E-Health soll aber nicht nur als eine

technische Entwicklung gesehen werden, sondern auch als ein ganz bestimmter gedanklicher Zugang und eine Haltung im Sinne einer Wertschätzung des vernetzten, globalen Denkens, um die Gesundheitsversorgung lokal, regional und weltweit zu verbessern (Eysenbach, 2001). Trill (2008) definiert eHealth als die Anwendung von Telekommunikation und Informatik (Telematik) im Gesundheitswesen. Vier Anwendungsbereiche von eHealth können angeführt werden:

- I. Versorgungskooperation, indem telemedizinische Leistungen zwischen Einrichtungen erbracht werden.
- II. Eine schnelle Versorgung mit Daten in Notfallsituationen
- III. Einholung von Zweitmeinungen, wobei insbesondere im ländlichen Raum die Hinzuziehung von Expertenwissen gefördert wird.
- IV. Home Care, die die längere Versorgung von vor allem älteren Menschen in ihrer häuslichen Umgebung mit Gesundheitsleistungen ermöglicht (Trill, 2008).

In diesem Kontext spielen die Veränderungen im Gesundheitswesen eine bedeutsame Rolle und auch die veränderte Rolle der Bürgerinnen ist deutlich erkennbar. In Europa ist die Nutzung des Internets von 19% (1999) auf 67% (2006) gestiegen. Es gibt im Internet sehr viele Portale, die sich mit gesundheitsbezogenen Themen beschäftigen. Jede dritte deutsche Bürgerin sucht nach medizinischen Themen im Internet (Trill, 2008). Trill (2008) geht davon aus, dass eHealth einen Erfolgsfaktor im wachsenden Gesundheitsmarkt darstellt, wobei, um die bestmöglichen Ergebnisse zu erreichen, eine Erhöhung des Investitionsbudgets aller Beteiligten notwendig wäre. Die WHO (2007) geht davon aus, dass eHealth-Programme darauf abzielen das Gesundheitswesen von Ländern durch die Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien zu verbessern. eHealth sollte im 21. Jahrhundert bei Gesundheitsreformen oder neu entwickelten Strategien im Gesundheitswesen eine essentielle Rolle spielen (WHO, 2007).

5.2.4 Grenzen von E-Health, mögliche Gefahrenquellen und Risikoprävention

Trotz der vielen Möglichkeiten des Internets birgt es gewisse Risiken. Die Qualität von Online-Gesundheitsangeboten wird oft als mangelhaft beschrieben. Außerdem achten Patientinnen selten auf die Qualität der angebotenen Informationen. Daher ist ein aktives Qualitätsmanagement für Informationen und Dienstleistungen unumgänglich (Köhler & Eysenbach, 2002). Das Internet stellt nicht nur eine passive Informationsressource dar, sondern vor allem ein Interaktionsmedium. Diese Tatsache kann auch für effektives Qualitätsmanagement genutzt werden. Neue Technologien werden in Zukunft, wenn das World Wide Web mehr und mehr die Form eines "semantischen Webs" annimmt, eine zunehmende Bedeutung erlangen. Insbesondere, wenn Verbraucherinnen intelligente Computerprogramme, sogenannte "Agenten", verwenden, um online Informationen einzuholen oder die Vertrauenswürdigkeit eines Gesundheitsinformationsanbieters zu überprüfen (Köhler & Eysenbach, 2002). Die Chancen des Internets, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Aufklärung bei gesundheitsbezogenen Themen zu leisten, ist unumstritten, trotzdem gilt es zu beachten, dass trotz der Niedrigschwelligkeit des Internets nicht alle Menschen die Möglichkeit haben regelmäßig online zu gehen und die Qualität der Informationen, die online gestellt werden, variabel ist, das heißt, die Bandbreite erstreckt sich von fundierten Informationen bis hin zu extrem fehlerhaften Inhalten. Wie Kalichman und Kolleginnen in einer 2002 durchgeführten Studie zeigten, haben bestimmte Personengruppen und zwar jene mit geringerem Bildungsniveau, ökonomisch benachteiligte Personen und soziale Randgruppen schlechtere Voraussetzungen, Zugang zu Online-Informationen zu erhalten. Außerdem darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Internet ein nicht reguliertes Medium darstellt und deshalb die Möglichkeit besteht, dass Userinnen, vor allem jenen, die über mögliche Risiken nicht informiert sind oder über wenig Erfahrung im Umgang mit dem Internet verfügen, Schaden zugefügt wird. Neben seriösen Webseiten, die tatsächlich fundierte und gut recherchierte Informationen bereitstellen, sind immer wieder Seiten zu finden, auf denen Fehlinformationen publik gemacht werden. Walji und Kolleginnen (2004) zeigten in einer Studie, dass 25% aller Webseiten, die Inhalte über Komplementärmedizin oder Informationen über alternative Heilungsmethoden bereitstellen, Fehlinformationen, die zu Schädigungen führen können, enthalten. Ein bewusster und reflektierter Umgang mit dem Internet ist aufgrund

der oben angeführten Gründe unerlässlich und beugt möglichen Schädigungen vor. Auch die Ergebnisse vieler anderer Studien haben gezeigt, dass Gesundheitsinformationen aus dem Internet oft zahlreiche Mängel aufweisen. Aufgrund dieser Tatsache ist die Frage einer Qualitätsbeurteilung von Gesundheitsinformationen im World Wide Web beziehungsweise die Qualitätssicherung eine neue Herausforderungen und Aufgabe für Public Health (Eysenbach, 2003). Eysenbach (2003) meint, dass aus Sicht der Public Health die Konsumentinnen in ihrer Suche nach qualitativ hochwertigen Websites unterstützt werden sollen, und schlägt dazu zwei komplementäre Methoden vor: zum ersten die „Verbraucheraufklärung“ und zum zweiten das „Third-party Rating“. Third-party Rating bedeutet, dass externe Drittpersonen oder Expertinnen die Inhalte von Webseiten beurteilen und deren Evaluationen Verbraucherinnen mittels Upstream- oder Downstreamfiltering zugänglich gemacht werden. Beim Upstream-Filtering erhält die Verbraucherin über Portale Zugang zu geprüften Inhalten, die in der Regel von einer Redakteurin beurteilt werden. Beispiele für Portale dieser Art sind Healthfinder.gov oder patienteninformation.de. Beim Downstream-Filtering ermöglichen maschinenlesbare Marker die Selektion der Informationen auf dem Rechner der Nutzerin oder in der Suchmaschine (Eysenbach, 2003). Genauere Informationen bezüglich der Qualitätsmerkmale von gesundheitsbezogenen Informationen im Internet sind in dem Artikel „Online-Gesundheitsinformationen, ihre Qualität und Nebenwirkungen“ von Eysenbach (2004) nachzulesen.

5.2.5 Verbraucherverhalten bei Recherchen nach Gesundheitsinformationen im Internet

Die enorme Nutzung des Internets zum Thema Gesundheit wirft die Frage auf, wie Konsumentinnen des World Wide Web bei ihrer Suche vorgehen und anhand welcher Informationen die Qualität und Seriosität von Gesundheitsinformationen eingeschätzt werden. Eysenbach und Köhler (2002) evaluierten in einer qualitativen Studie das Verbraucherverhalten von Personen bei der Recherche nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet. Die Forscher luden zunächst jeweils 6–8 Teilnehmerinnen zu Fokusgruppeninterviews ein, wobei das Ziel war, die Bedürfnisse, Erwartungen und Probleme der Verbraucherinnen bei der Suche nach Gesundheitsthemen im Internet zu erheben. In diesen Gruppen zeigte sich, dass Nutzerinnen Seiten von Behörden, Universitäten, Seiten

mit professionellem Layout sowie Seiten, die in einer eloquenten Sprache geschrieben sind und über Quellenangaben verfügen, am vertrauenswürdigsten einschätzten. Interessant ist auch, dass ein Foto der Autorin vertrauensfördernd wirkt, wenn die Person als seriös und vertrauenserweckend eingeschätzt wird. Weiters gaben die Teilnehmerinnen an, dass die Möglichkeit, per E-Mail mit den Seitenbetreiberinnen in Kontakt zu treten, oder ein gut sichtbares Qualitätssiegel die Glaubwürdigkeit der Seite erhöht. Das zweite große Ziel der Studie von Eysenbach und Köhler (2002) war herauszufinden, wie Internetnutzerinnen bei der Recherche nach gesundheitsbezogenen Themen vorgehen und ob sie ohne Anweisung der Versuchsleiter versuchen, Informationen über die Autorinnen einzuholen um über Qualität und Aktualität Bescheid zu wissen. Den Versuchsteilnehmerinnen wurden zunächst unterschiedliche Fragen zu Gesundheitsthemen gestellt, die sie mittels Internetrecherche möglichst gut beantworten sollten. Außerdem wurden sie gebeten zu notieren, woher die Informationen stammen. Es zeigte sich, dass einige Teilnehmerinnen Probleme hatten anzugeben, auf welchen Seiten sie die Informationen gefunden hatten, und dass sie relativ rasch Informationen einholen, ohne auf das Gütesiegel zu achten. Die Ergebnisse dieser Studie erhärten die Annahme, dass viele Internetkonsumentinnen nicht ausreichend darüber informiert sind, welche Kriterien eine Webseite erfüllen muss, um sicher gehen zu können, dass es sich um Informationen hoher Qualität handelt. In diesem Sinne sind Verbraucheraufklärungskampagnen zu forcieren, um diese Wissenslücken zu verringern und so möglichen Schäden vorzubeugen. Auch Felt (2008) führt einige Suchmuster- und Routinen von Internet-Nutzerinnen an. Diese stimmen allerdings nur zum Teil mit den Vorstellungen der Qualitätslabels überein. Zunächst steigen sehr viele Nutzerinnen über Suchmaschinen in das virtuelle Informationsnetz ein, erreichen dann häufig „Unterseiten“ von Webseiten, von denen aus sie zurück zur Suchmaschine gehen, um andere Webseiten zu suchen. Durch die Beurteilung von graphischer Aufbereitung und Farbwahl, Übersichtlichkeit, verwendeter Sprache und Umfang der Textelemente, sowie einer groben kategorialen Zuordnung des Anbieters (zum Beispiel Portal, Universität, Selbsthilfegruppe) werden die verschiedenen Webseiten verglichen und die Nutzerinnen filtern so die als relevant erachteten Informationselemente heraus. (Felt, 2008). Ein zentraler Aspekt neben diesen Kriterien stellt für Nutzerinnen auch die Passform der angebotenen Informationen dar, einerseits hinsichtlich der Vorstellungen über den eigenen Körper, sowie über Gesundheit und Krankheit,

andererseits in Bezug auf persönliche Interessen und Bedürfnisse. Auch der soziale Hintergrund der Nutzerinnen spielt im gesamten Such- und Bewertungsprozess eine große Rolle (Felt, 2008).

5.2.6 Wie groß ist die Gruppe der „Health Seekers“ und wodurch zeichnet sich diese Gruppe aus?

Eaton (2002) berichtet Ergebnisse einer Studie, die von der Gesellschaft „business analysts Datamonitor“ durchgeführt wurde, und untersuchte, wie groß die Gruppe der „E-Patients“ beziehungsweise der sogenannten „Online-Health Seekers“ in Europa und den USA ist. 4.531 Personen wurden in Europa und den USA befragt und es zeigte sich, dass relativ viele Personen, die im Internet partizipieren, nach gesundheitsrelevanten Inhalten suchen, nämlich 32% der Europäerinnen und 43% der US-Amerikanerinnen. Die Konsumentinnen berichteten, eher in Suchmaschinen wie Yahoo.com zu recherchieren als direkt in Webseiten von pharmazeutischen Unternehmen, Regierungsseiten oder medizinischen Einrichtungen nach Informationen zu suchen. Bundorf und Kolleginnen (2006) untersuchten in einer breit angelegten Onlineerhebung, durch welche Charakteristika sich Personen auszeichnen, die gezielt im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten suchen. Die Forscherinnen vermuteten, dass eine schlechte physische oder psychische Verfassung, ein generelles Interesse für die eigene Gesundheit und für gesundheitsbezogene Themen und der Gedanke an Kosteneinsparungen Kennzeichen jener Personengruppen sein könnten, die online Gesundheitsinformationen beziehen. Es wurden Daten von 60.000 Haushalten in einem Zeitraum von einem Jahr erhoben. Es zeigte sich, dass tatsächlich Personen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, eher das Internet als Ressource nutzen, um gezielt nach Informationen zu suchen, und aus dieser Gruppe wiederum häufiger jene, die nicht ausreichend versichert waren und für Arztkosten etc. selbst aufkommen mussten. Außerdem fand die Forschergruppe um Bundorf (2006) heraus, dass Barrieren (zum Beispiel längere Reisen) bezüglich der Inanspruchnahme herkömmlicher Gesundheitsvorsorge die aktive Suche nach gesundheitsbezogener Information im Internet begünstigen. Im Allgemeinen zeigte sich, dass die Wahrnehmung, durch gezielte Informationssuche Benefits zu erhalten und gleichzeitig Kosten zu sparen, Online-Aktivitäten erhöht. Chronisch kranke Personen zeigen eher erhöhte Aktivität

im Internet aufgrund der Möglichkeit, Informationen bezüglich der eigenen Erkrankung einzuholen und der Möglichkeit mit anderen Patientinnen Erfahrungen zum Beispiel bezüglich Therapiemöglichkeiten, neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder der eigenen Copingstrategien auszutauschen. Eine von Fox (2007) publizierte Zusammenfassung der die Ergebnisse der von Pew Internet & American Life Project 2006 durchgeführte Studie, beschäftigte sich mit der Frage, ob Personen, die an einer chronischen Erkrankung oder an einer Behinderung leiden, eher nach gesundheitsrelevanten Inhalten im Internet suchen als jene die der Gruppe der „Gesunden“ angehören und über welche konkreten Themen recherchiert wird. Insgesamt wurden in dieser in den USA durchgeführten Studie 2.928 Erwachsene ab 18 Jahren befragt. Es zeigte sich, dass Erwachsene, die in irgendeiner Form eingeschränkt sind weniger online gehen (51% der Personen, die mit einer chronischen Erkrankung – Chronische Erkrankung und Behinderung wurde in dieser Studie definiert mit Einschränkungen im Hinblick auf Arbeit, Schule, Haushalt und anderen Aktivitäten – leben), als die Vergleichsgruppe (86% jener Befragten, die angaben gesund zu sein), jedoch diejenigen, die einmal im Internet aktiv waren, berichteten begeisterte Konsumentinnen von gesundheitsbezogenen Inhalten zu sein. Ein Auszug der Themen, nach denen im Internet insgesamt am meisten gesucht wird, sind in chronologischer Reihenfolge folgende:

Spezielle Erkrankungen und medizinische Probleme (64%), bestimmte Behandlungsmöglichkeiten (51%), ernährungsbezogene Inhalte und Nahrungsergänzungsmittel (49%), Bewegung und Fitness (44%), nicht rezeptpflichtige Arzneimittel (37%), Informationen über Ärzte und Spitäler (29%), Informationen bezüglich Krankenkasse (28%), alternative Heilmethoden (27%), psychische Probleme und Erkrankungen (22%), umweltbedingte Risiken (22%) et cetera. Ein anderes sehr interessantes Ergebnis der Studie von Fox (2007) ist, dass chronisch erkrankte Patientinnen weniger mit Suchmaschinen arbeiten (56%), sondern eher geneigt sind direkt gesundheitsbezogene Webseiten zu suchen. Außerdem berichten 53% dieser Verbrauchergruppe sich häufig Themen bezüglich des persönlichen Gesundheitszustandes zu widmen. Im Gegensatz dazu berichtet die Gruppe der „Gesunden“, dass sie zunächst allgemeine Informationen einholen, bevor sie nach konkreten Inhalten suchen beziehungsweise informieren sich nur 33% bezüglich des eigenen Gesundheitszustandes.

5.2.7 „Expert Patient“ und die Auswirkung auf die Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung

Mit dem traditionell verwendeten Patientenbegriff wird häufig die Assoziation von passivem Leiden, Abhängigkeit von der Ärztin oder generell eine ungleiche Beziehung zwischen jenen, die das öffentliche Gesundheitswesen in Anspruch nehmen, und jenen, die Hilfestellungen anbieten, ins Gedächtnis gerufen. Die Patientin übernimmt eine deutlich passive Rolle, akzeptiert die vorgeschlagenen Interventionen der Professionistinnen und wartet geduldig, bis sich Besserung einstellt (Neuberger, 1999). Diese Auffassung der Patientinnenrolle entspricht nicht mehr dem aktuellen Bild, weil Patientinnen häufig bestrebt sind aktiv im Behandlungs- oder Beratungsprozess mitzuwirken und nicht mehr widerspruchslos die Vorschläge der Ärztin, der Psychologin, der Physiotherapeutin oder anderen Vertreterinnen des Gesundheitsbereiches annehmen. Eine generelle bessere Informiertheit der Patientinnen, die häufig durch aktive Partizipation im Internet gefördert wird, trägt unter anderem zu dieser Entwicklung bei. Häufig wird in diesem Zusammenhang der Begriff des „Expert-Patient“ zitiert (Shaw & Baker, 2004), der eine selbstsichere, fähige, informierte Person darstellt, die eine zentrale Rolle in der Gestaltung des Lebens auch mit einer chronischen Erkrankung darstellt. Viele Ärztinnen sehen diese Entwicklung kritisch, weil sie den Verdacht hegen, dass sich Patientinnen zu sehr an Informationen aus dem Internet klammern, Behandlungen fordern, die möglicherweise noch nicht in einer klinischen Studie geprüft wurden, oder gleich selbst die Behandlungsmethoden vorschlagen (Shaw & Baker, 2004). Natürlich gibt es in diesem Zusammenhang auch Professionistinnen im Gesundheitswesen, die den „E-Patients“ wohlwollender entgegentreten. Wie Kreps (2003) berichtet, haben viele Professionistinnen in Anbetracht der Tatsache, dass elektronische Medien im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung zunehmen, ihre Hoffnung ausgedrückt, dass das Internet ein innovatives Instrument zur Förderung der allgemeinen Gesundheit wird, indem sich Patientinnen stärker mit Gesundheitsthemen auseinandersetzen und so ihr Potential zur Selbsthilfe effizienter nützen. Mit der Frage, inwiefern sich die bessere Informiertheit der Patientinnen auf die Ärztin-Patientinnen-Beziehung auswirkt, beschäftigten sich bereits einige Forscherinnen (Kivits, 2003). In der Studie von Kivits (2006) wurden qualitative Interviews mit 31 „Health Seekern“ durchgeführt, wobei diese unter anderem gefragt wurden, ob sie das Gefühl haben, dass durch die aktive Suche nach gesundheitsbezogenen Themen die Beziehung

zu ihrer Ärztin verändert wurde und die Wichtigkeit der Ärztin in der Rolle der Informationsvermittlerin. Die Befragten betonten, dass die Expertise der Ärztin in der Wissensvermittlung nach wie vor an erster Stelle stehe und dass das Internet eher als zusätzliche Informationsquelle betrachtet werde. Auch Felt (2008) führt an, dass Bürgerinnen und Patientinnen Online-Gesundheitsinformationen selten als Ersatz für den Arzt einsetzen, sondern dass häufig eine kontextbezogene und differenzierte Nutzung stattfindet. Es werden zwar Veränderungen in der Arzt-Patientin-Beziehung explizit oder implizit wahrgenommen, diese sind jedoch häufig von konkreten Situationen abhängig (Felt, 2008). Insgesamt konnten in den von Felt und Kolleginnen in ihrer von 2005 bis 2008 durchgeführten Studie vier Modelle der „Arzt-Patientinnen-Internet“ identifiziert werden:

- I. Das verbesserte Hierarchiemodell: Die Patientin fühlt sich verpflichtet sich zu informieren, um der Ärztin die Arbeit zu erleichtern und ihr nicht ihre Zeit zu stehlen. Die klassische Ärztin-Patientin-Hierarchie wird also nicht gebrochen, sondern eher noch unterstützt.
- II. Das Kompensations- beziehungsweise Erweiterungsmodell: Die Ärztin ist zu sehr beschäftigt und kann außerdem selbst nicht alles wissen. Daher informiert sich die Patientin vor dem Arzttermin selbst. Einerseits hat die Patientin dadurch das Gefühl über mehr Eigenständigkeit zu verfügen, andererseits können Zweifel in Bezug auf die ärztliche Meinung kompensiert werden.
- III. Das Verhandlungsmodell: Die Patientin übernimmt einen Teil der Informationsarbeit, um mit der Ärztin gemeinsam über (neue) Behandlungsmethoden diskutieren zu können. Sie bringt eigene Vorschläge ein und möchte an der Entscheidung partizipieren.
- IV. Das Aufgabenteilungsmodell: Patientinnen verstehen ihre Krankheit als aus einem wissenschaftlich-medizinischen und aus einem sozialen Teil bestehend. Während sie den ersten Teil häufig der Ärztin überantworten, unterstützt sie das Internet sich einen Teil ihrer Erkrankung wieder „anzueignen“ und selbst Verantwortung zu übernehmen. So entziehen sie sich teilweise der Ärztin, wobei hier auch der Austausch mit anderen Patientinnen eine wesentliche Rolle spielt.

Zusammenfassend kann aber gesagt werden, dass es nicht zu einer konkreten, uniformierten Veränderung in der Ärztin-Patientin-Beziehung gekommen ist, sondern dass durch das Internet das Verhältnis wesentlich wandelbarer und verhandelbarer wurde, so mit vermehrt geteilte Entscheidungen und Handlungen beobachtet werden können und Engpässe, des sich an der Grenze befindlichen Gesundheitssystems kompensiert werden können (Felt, 2008).

5.2.8 E-Health und Empowerment

Patient-Empowerment ist die verbesserte Fähigkeit von Patientinnen ihren Gesundheitszustand zu verstehen und diesen aktiv zu beeinflussen. Der Schlüssel zu diesen Skills liegt in gesundheitsbezogenen Informationen, weil Personen ohne ausreichendes Wissen nicht in der Lage sind, in Diskussionen und Gesprächen (zum Beispiel mit Ärzten etcetera) ihre Meinung fundiert zu vertreten beziehungsweise in gesundheitlichen Belangen sinnvolle Entscheidungen zu treffen (D'Alessandro & Dosa, 2001). Ob es nun zwischen gesundheitsrelevanten Online-Aktivitäten und Empowerment einen Zusammenhang gibt und ob „E-Patients“ beziehungsweise „Online-Health Seekers“ mehr empowert sind als jene Personen, die auf den „E-Health-Zug“ nicht aufgesprungen sind, haben bereits einige Studien in der Vergangenheit untersucht, wie zum Beispiel jene der Forschergruppe um Masi und Kolleginnen (2007) oder McMellon und Schiffman (2002). Ziel der Untersuchung von Masi, Suarez-Balcazar, Cassey, Kinney und Piotrovsky (2007) war zu erheben, ob ein Zugang zu Gesundheitsinformationen via „in-home-Internet“ das Empowerment von einkommensschwachen Personen eines Stadtgebiets von Chicago (57 Blocks im Westen der Metropole) stärkt. Zur Datenerfassung erhielt eine freiwillige Versuchsgruppe einen Internetzugang zu Hause und eine zusätzliche unterstützende Einschulung. Die Stärke des Empowerments wurde von Versuchs- und Vergleichsgruppe (hatten keinen Internetanschluss) vor Beginn der Intervention und ein Jahr nach Beginn des Programms erhoben. Die Intervention bestand aus „community-based participatory research methods“ wie zum Beispiel einem speziellen Training, Unterstützung in technischen Belangen und einem Zugang zu gesundheitsrelevanten Webseiten, die für diese Personen von Bedeutung waren. Die Versuchs- und Vergleichsgruppe waren bezüglich der Ausprägung des Empowerments bei der Ausgangserhebung ähnlich. Es zeigte

sich nach Abschluss der Intervention, dass das gesundheitsbezogene Empowerment der Versuchsgruppe signifikant verbessert wurde. In der Vergleichsgruppe konnten keine Veränderungen beobachtet werden. Eine Affinität zu neuen Informationstechnologien und auch die Würdigung solcher zeigte sich auch wiederum nur in der Versuchsgruppe. McMellon und Schiffman (2002) beschäftigten sich in ihrer Studie mit „Cybersenioren“ und Empowerment. Werden Personen zunehmend älter, bemerken sie häufig große Veränderungen in ihrem persönlichen und sozialen Umfeld, die sich in einem Verlust von Kontrolle und häufig dem Gefühl von Einsamkeit ausdrücken. Um diesem Kontrollverlust und der Isolation entgegenzutreten, erwerben immer mehr Seniorinnen PCs und partizipieren aktiv im Internet (McMellon & Schiffman, 2002). Die Autoren gehen davon aus, dass Personen durch Online-Aktivitäten „empowert“ werden, weil sie mit anderen Personen in Kontakt treten können und so wieder zunehmend ein Gefühl von Kontrolle entwickeln. Um diese Hypothese zu prüfen, untersuchten die Forscher eine Stichprobe von Personen (ab 50 Jahren und älter) indem sie die Seniorinnen befragten ob das Internet ihr persönliches Umfeld und ihre Sozialkontakte beeinflusst. McMellon und Schiffman (2002) interessierten sich im Speziellen für folgende „Empowerment-Themen“:

- Das Ausmaß an Kraft um Veränderungen einzuleiten
- Der Grad an Informiertheit
- Die Frage, ob beziehungsweise inwiefern das Internet das Leben der Personen bereichert.

Die Forscher hatten nach Abschluss der Untersuchung Daten von 286 Seniorinnen. Sechs Personen gaben an, dass das Internet keinen oder nur wenig Einfluss auf ihr Leben hat, vierzehn beantworteten die Fragen nur unvollständig und sechs Personen beurteilten das Internet negativ (Zum Beispiel: „Es entstand eine künstliche Barriere zwischen mir und meiner Frau“). Die restliche Gruppe gab jedoch an, dass das Internet einen positiven Einfluss hat. Es wurden von den befragten Seniorinnen im Zusammenhang mit Internet sehr emotionale Begriffe wie „verblüfft“, „Freude“, „anregend“, „wunderschön“ und „spannend“ angeführt. Eine Person berichtete sogar, dass das Internet „Magie“ in ihr Leben brachte, und sprach von einer „unglaublichen Technologie“. Außerdem zeigte sich, dass viele der älteren Menschen, die das Internet nutzen nicht aus dem Informationszeitalter

ausgeschlossen werden wollen (Zum Beispiel: „Im Allgemeinen gibt das Internet uns älteren Personen das Gefühl dabei zu sein“.). Ein 90jähriger im Rollstuhl sitzender Mann, der regelmäßig online ist, gab an, „dass für ihn das Internet ein Grund zu leben sei“ und „dass sein Leben dadurch wieder bedeutsam geworden ist“. Die Autorinnen (2002) postulierten hinsichtlich dieser Ergebnisse, dass Empowerment Elemente von „persönlicher Kontrolle“ und „Beteiligung an der Gemeinschaft“ beinhaltet. Außerdem sprachen sie von „persönlichem- oder sozialem Empowerment“. Zusammengefasst zeigte die Studie von McMellon und Schiffman (2002), dass das Internet auch die Population der älteren Menschen „empowert“, indem sich die Personen verschiedene Kompetenzen (vor allem das Verwenden von E-Mail, Chat-Rooms oder Informationssuche) aneignen und somit ein stärkeres Gefühl von Selbstkontrolle entwickeln. Es zeigte sich, dass Personen, deren persönliches oder soziales Leben eingeschränkt und von einem Gefühl der Einsamkeit geprägt war, durch Online-Aktivitäten ein Gefühl der Bereicherung erlebten, weil sie wieder die Möglichkeit hatten mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Eine frühere Studie von Masi, Suarez-Balcazar, Cassey, Kinney und Piotrovsky (2003) berichtet, dass Personen, die im Internet aktiv sind, „empowert“ werden, indem sie an gemeinschaftlichen Aktivitäten partizipieren, gezielt Informationen einholen und letztendlich das Gefühl von „Selbstkontrolle“ erhöht wird. In Gesundheitsportalen im Web sind die häufigsten E-Health-Anfragen zu verzeichnen. Gemäß einer Studie des EU-weiten E-Health-Projektes ERA wirkt die aktive Nutzung von Gesundheitsportalen tatsächlich empowernd (Gupta, 2007).

6 METHODE – PLANUNG DER UNTERSUCHUNG

Die vorliegende quantitative Offline-Erhebung wurde in Form einer Querschnittstudie durchgeführt, wobei 1) demographische Daten, 2) Aspekte der gesundheitsbezogenen Internetnutzung, 3) allgemeines Empowerment, 4) gesundheitsbezogenes Empowerment und 5) die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Informationen aus dem Internet, mittels Papier-Bleistift-Fragebogen erhoben wurden. Gesundheitsbezogenes Empowerment wurde mittels des „Health Care Empowerment Questionnaire“ von Gagnon und Kolleginnen (2006) und allgemeines Empowerment mittels der „Making Decision Scale“ von Rogers, Chamberlin, Langer Ellison und Crean (1997) erhoben. Außerdem kam ein Fragebogen, der „Attitudes Towards Online Health Care“ von LaCoursiere (2001), zum Einsatz, der die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet abbildet.

6.1 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist, wie bereits besprochen, allgemeines Empowerment, gesundheitsbezogenes Empowerment, die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und Aspekte der Internetnutzung abzubilden. Ausgehend von der Annahme, dass „Online-Health Seekers“ stärker „empowert“ sind als jene Personen die im Netz nicht nach Gesundheitsthemen suchen, soll mittels inferenzstatistischer Methoden untersucht werden, ob sich die aktive Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet tatsächlich auf die Stärke von allgemeinem und gesundheitsbezogenem Empowerment auswirkt. Außerdem soll mittels der „Attitudes Towards Online Health Care“ von LaCoursiere (2001) die Einstellung von Internet-Userinnen bezüglich gesundheitsbezogener Inhalte im Internet erhoben werden. Zusätzlich werden die Ergebnisse dieser Studie mit jenen der Diplomarbeit von Pintzinger (2008) verglichen. Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde derselbe Fragebogen verwendet wie bei Pintzingers' (2008) Online-Untersuchung, um unter anderem zu untersuchen, inwiefern sich die Ergebnisse dieser Offline-Studie von jenen der Online-Erhebung von Pintzinger (2008) unterscheiden oder auch ähneln.

6.2 Untersuchungsinstrumente – Verwendete Verfahren

Zimmerman (1995) geht davon aus, dass Empowerment nicht mittels eines universalen Instruments abgebildet werden kann, weil dieses Konstrukt intraindividuell und interindividuell über verschiedene Situationen und Zeitpunkte hinweg differiert. Das bedeutet, jede Situation verlangt zu einem bestimmten Zeitpunkt von jeder Person unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten um sie konstruktiv, im Sinne von „empowert“, zu meistern. Dieser Tatsache wurde bei dieser Untersuchung insofern Rechnung getragen, als drei speziell auf die Fragestellungen zutreffende Fragebögen zum Einsatz kamen.

6. 2.1 Operationalisierung

Zu Beginn des Fragebogens wurden, um eine exakte Analyse der Stichprobe zu gewährleisten, die soziodemographischen Daten (Geschlecht, Alter, Herkunft, Familienstand, Größe des Wohnortes, Wohnsituation, höchste abgeschlossene Schulbildung, Berufsgruppe und Berufsbezeichnung) erhoben. Der nächste Block des verwendeten Fragebogens diente dazu, Aspekte der Internetpartizipation und der Nutzung gesundheitsbezogener Inhalte im Internet abzubilden. (Formuliert wurden diese Fragen in Anlehnung an bereits durchgeführten Studien von Taylor und Leitmann (2002); Krane (2005); Fox und Rainie (2000); Fox (2005, 2006))

Beispielitems:

- I. Wo holen Sie sich Rat und Information zu Gesundheit und anderen gesundheitsbezogenen Themen?
- II. Wie benützen Sie das Internet?
- III. Wie oft benützen Sie das Internet?
- IV. Wann haben Sie zuletzt nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet gesucht?

Allgemeines Empowerment, gesundheitsbezogenes Empowerment und die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet wurden mittels dreier Fragebögen erhoben. Diese im englischsprachigen Raum entwickelten und verwendeten Fragebögen mussten

in einem ersten Schritt ins Deutsche übersetzt werden. Maneeriwongul und Dixon (2004) beschreiben in ihrem Paper „Instrument translation process: a methods review“ verschiedene Möglichkeiten um englischsprachige Verfahren korrekt ins Deutsche zu übersetzen, um Redundanzen zwischen Original und Übersetzung zu vermeiden. Folgende Übersetzungsmöglichkeit wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit gewählt:

- I. Zunächst wurden von zwei unabhängigen Personen zwei deutsche Versionen erstellt, die in einem nächsten Schritt einander angeglichen wurden.
- II. Die revidierte Übersetzung wurde danach von einem „native speaker“ zurückübersetzt.
- III. Etwaige Unterschiede wurden diskutiert und Veränderungen in die deutsche Version integriert.
- IV. Die neue deutsche Version des Fragebogens wurde ein zweites Mal ins englische übersetzt, um zu sehen, ob sich noch Abweichungen zeigen.
- V. Der eben geschilderte Vorgang wurde so oft wiederholt, bis kein Bias mehr zwischen deutscher und Originalversion festzustellen war.

6.2.1.1 Attitudes Towards Online Health-Care (ATOHC)

Das Konstrukt „online health care“ ist hypothetisch und multidimensional und beinhaltet Aspekte von „Gesundheit“ und „Gesundheitsvorsorge“, aber auch „Online sein“ oder „Medium Internet als Informationsquelle nützen“ (LaCoursiere, 2001). Mit den Konzepten „Gesundheit“ und „Gesundheitsvorsorge“ assoziiert man viele inhaltlich verwandte Begriffe, wie zum Beispiel Fürsorge, Unterstützung, Langlebigkeit oder Lebensqualität. Der Begriff „Gesundheitsvorsorge“ beinhaltet nicht nur den Aspekt „Gesundheit“ oder „gesund sein“ an sich, sondern auch, auf welche Weise dieser Zustand herbeigeführt wird, sei es als „passiver Empfänger“ oder als aktiv handelnder Mensch. Durch die Menge an Information, die mittels Internet auf sehr effektive und effiziente Weise eingeholt werden kann, steigt die Anzahl an Personen, die danach streben bei ihrer persönlichen Gesundheitsvorsorge interaktiv mitzuwirken (LaCoursiere, 2001). Ziel bei der Entwicklung dieses Fragebogens war ein Instrument zu erhalten, mit dem einerseits abgebildet werden kann, ob Personen das Internet bezüglich gesundheitsbezogener Informationen

nützen, und andererseits, ob die Personen aktiv oder passiv mit dem Internet interagieren beziehungsweise welche Auswirkungen eine Interaktion auf die Einstellung bezüglich des eigenen Gesundheitszustandes hat. Die ATOHC wurde 2001 von Sheryl LaCourriere entwickelt und beinhaltet die folgenden fünf Faktoren mit dem Antwortformat „Never – Seldom – About half the time – Usually and Always. In der hier verwendeten deutschen Übersetzung wurde das Antwortformat „trifft nie zu – trifft selten zu – trifft manchmal zu – trifft häufig zu – trifft immer zu“ verwendet.

- I. **„Community and News“**: Diese Dimension erfasst, ob sich Personen, die via Internet im Austausch mit anderen stehen, unterstützt fühlen und ob sie relevante Informationen, sei es von Laien oder Professionistinnen aus dem Gesundheitssektor, erhalten.
- II. **„Outcomes“**: Dieser Faktor beschreibt Veränderungen auf psychischer und physischer Ebene aufgrund der Partizipation an „Online Health Care“.
- III. **„Trusted Information and Advice“**: Drückt das Ausmaß an Vertrauen aus, das in Informationen, die von Professionistinnen aus dem Gesundheitsbereich oder von Organisationen verschiedenster Art bereitgestellt werden, gesetzt wird.
- IV. **„Self -Efficacy in Evaluating Information and Intention“**: Diese Dimension erfasst, wie Personen ihre Fähigkeit einschätzen, die Qualität der Informationen, die sie aus dem Internet beziehen, und die Qualifikation jener Personen, die die Informationen zu Verfügung stellen, zu beurteilen.
- V. **„Disclosure“**: Drückt die Bereitschaft der Personen aus persönliche Daten anzugeben.

Beispielitems der deutschen Fassung:

1. Ich nehme gerne an E-Mail-Diskussionen über meinen Gesundheitszustand teil.
2. Ich habe das Gefühl, dass ich die Qualität eines medizinischen Forschungsartikels im Internet beurteilen kann.
3. Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten bin ich über meinen Gesundheitszustand weniger besorgt.

Gütekriterien und Faktorenstruktur der deutschen Fassungen

Die ATOHC wurde im Rahmen dieser und im Rahmen von Pintzingers' (2008) Untersuchung zum ersten Mal in einer deutschsprachigen Version eingesetzt, aufgrund dessen wurden Güte und Faktorenstruktur erneut analysiert. Die Angemessenheit der Stichprobe kann hinsichtlich eines Kaiser-Meyer-Olkin-Maß von 0,961 als bestätigt angenommen werden. Als Extraktionsmethode wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation gewählt. In die Analyse wurden 42 Items inkludiert, wobei vier Items aufgrund zu geringer Faktorladungen, das bedeutete Ladungen $< 0,5$) ausgeschlossen wurden. Es konnte die in der Originalversion fünffaktorielle Struktur bestätigt werden, wobei die Items auf teilweise anderen Faktoren hoch laden und deshalb drei der fünf Faktoren neu benannt wurden.

Die Summe der Gesamtvarianz beträgt 70,644%, wobei die einzelnen Faktoren zwischen 21,795% und 11,05% dazu beitrage. Die Reliabilität der Skala beträgt $\alpha = 0,97$. Folgende Faktoren konnten extrahiert werden: Faktor 1: Vertrauen in die Online Information – Selbstwirksamkeit bezüglich Evaluierung der Information – Bekanntmachung persönlicher Information, Faktor 2: Ergebnisse der gesundheitsbezogener Internetnutzung, Faktor 3: Gemeinschaft und Neuigkeiten, Faktor 4: Vertrauen in die Ratschläge von Gesundheitsexpertinnen, Faktor 5: Austausch und Unterstützung.

Table 1: ATOHC-Faktoren und Faktorladungen

FAKTOR	BEZEICHNUNG	% DER VARIANZ (Cronbach - α)	RELIABILITÄT	FAKTORLADUNGEN
1	Vertrauen- Selbstwirksamkeit- Bekanntmachung	21,795%	0,945	0,511-0,84
2	Ergebnisse	16,577%	0,968	0,51-0,803
3	Gemeinschaft& Neuigkeiten	12,353%	0,911	0,552-0,855
4	Vertrauen	11,05%	0,912	0,548-0,803
5	Austausch und Unterstützung	8,87%	0,783	0,676-0,749

Zur Abbildung der Einstellung hinsichtlich gesundheitsbezogener Inhalte im Internet wird der Durchschnittswert der letztendlich 38 Items herangezogen.

6.2.1.2 Making Decision Scale

Die „Making Decision Scale“ von Rogers, Chamberlin, Langer Ellison und Crean (1997) wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes entwickelt, welches untersucht hat, ob und inwiefern sich die Partizipation psychiatrischer Patientinnen an Selbsthilfegruppen auswirkt. Auf Grundlage der gewonnenen Daten wurde dieser Fragebogen erstellt, wobei die Intention war, Empowerment individuell operationalisierbar zu machen. Die „Making Decision Scale“ wurde von Corrigan, Faber, Rashid und Leary (1999) und von Wowra und McCarter (1999) validiert. Nowotny, Dachenhausen, Statsny, Zidek und Brainin (2004) erstellten für ihre Studie eine deutsche Version, die in dieser Diplomarbeit zum Einsatz kam. Die Originalversion besteht aus 28 Items zu folgenden Faktoren:

- I. „Self-Esteem–Self-Efficacy“ / “Selbstbewusstsein-Selbstwirksamkeit”
- II. „Power – Powerlessness“ / “Macht-Machtlosigkeit”
- III. „Community Activism and Autonomy“ / “Gemeinschaftliches Engagement und Autonomie”
- IV. „Optimism and Control over the Future“ / “Optimismus und Kontrolle über die Zukunft”
- V. „Righteous Anger“ / “Berechtigter Ärger”

Das Antwortformat ist 4stufig (strongly disagree - strongly agree). In der deutschen Version wurde das Antwortformat “stimme überhaupt nicht zu – stimme eher nicht zu – stimme eher zu – stimme völlig zu” verwendet.

Beispielitems der deutschen Fassung:

1. Ich vertraue meist auf meine Entscheidungen.
2. Im Allgemeinen blicke ich optimistisch in die Zukunft.
3. Ich kann Dinge genauso gut erledigen wie die meisten anderen Menschen.

Gütekriterien und Faktorenstruktur der deutschen Fassung

Auch die Making Decision Scale wurde mittels Hauptkomponentenanalyse und Varimax-Rotation hinsichtlich Faktorenstruktur und Güte analysiert. Die Angemessenheit der Stichprobe kann aufgrund eines Kaiser – Meyer – Olkin – Maß von 0,811 angenommen werden. Die in der Originalversion 28 Items konnten aufgrund zu geringer Faktorladungen (Ladungen < 0,5) nicht beibehalten werden. Weiters lieferte eine anfängliche Analyse eine Achtfaktoren-Lösung, die zudem nur einen geringen inhaltlichen Zusammenhang lieferte. Nach Eliminierung von 13 Items konnte wie in der Originalversion eine Fünffaktoren-Lösung gefunden werden. Auch anhand des Scree-Plots ist ersichtlich, dass fünf Faktoren ein entsprechendes Eigenwertkriterium aufweisen.

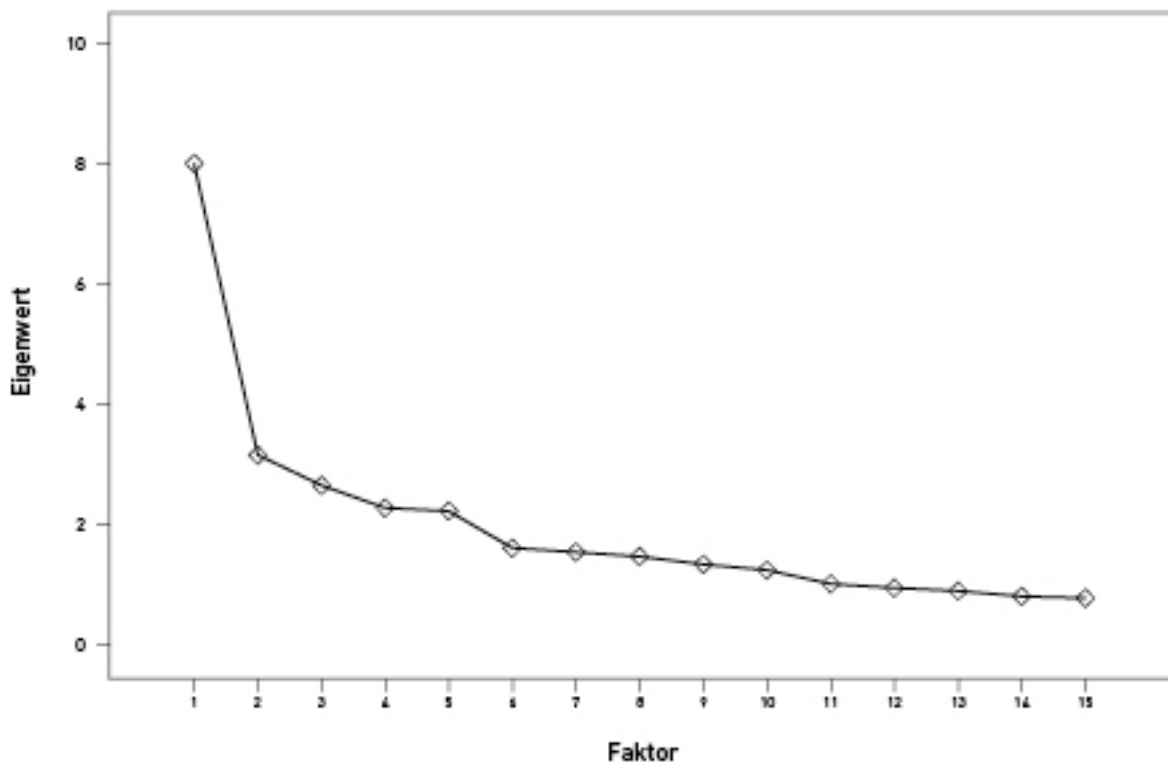


Abbildung 2: *Making Decisions-Scale: Scree-Plot*

Die Summe der Gesamtvarianz beträgt 59,446%, wobei die einzelnen Faktoren zwischen 8,6% und 18,9% dazu beitragen. Die Reliabilität der gesamten Skala verfügt über ein Cronbach- α von 0,705. Folgende Faktoren konnten extrahiert werden: Faktor 1: Selbstwirksamkeit und Autonomie, Faktor 2: Selbstbewusstsein und Optimismus, Faktor 3: Macht – Machtlosigkeit, Faktor 4: Berechtigter Ärger, Faktor 5: Gemeinschaftlichen Engagement und Kontrolle über die Zukunft.

Tabelle 2: MD-Scale-Faktoren und Faktorladungen

FAKTOR	% DER VARIANZ	RELIABILITÄT (Cronbach- α)	LADUNG
1	19,218	0,782	0,563–0,754
2	14,028	0,734	0,745–0,79
3	9,813	0,575	0,707–0,853
4	9,109	0,488	0,758–0,836
5	8,995	0,437	0,746–0,79

6.2.1.3 Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ)

Dieser Fragebogen wurde 2006 von Gagnon, Hébert, Dúbe und Dubois im Rahmen des PRISMA-Projekte (Canadian Institutes of Health Research, 2006) mit dem Ziel entwickelt, Empowerment bezüglich der individuellen Gesundheitsversorgung zu erfassen. Unter individueller Gesundheitsversorgung können Aspekte wie „interne Kontrollwahrnehmung bezüglich der eigenen Gesundheitsversorgung“, „die Form der Interaktion mit Gesundheitsexpertinnen“ und „die Wahrnehmung in Entscheidungsprozessen beteiligt gewesen zu sein“ subsumiert werden (Menon, 1999). Zehn Items zu den folgenden drei Faktoren erfassen das Ausmaß an gesundheitsbezogenem Empowerment:

- I. „Involvement in decision“ / „Beteiligung an Entscheidungsprozessen“
- II. „Degree of control“ / „Grad an Kontrolle“
- III. „Involvement in interactions“ / „Involvierung in Interaktionen“

Jedes Item beinhaltet zwei Antwortskalen, die Kontrollwahrnehmung und Kontrollmotivation erfassen. Das Antwortformat beider Skalen ist 4-stufig (not at all – extremely und not important – extremely important). In der deutschen Version werden die Antwortformate „gar nicht – etwas – sehr – äußerst“ sowie „gar nicht wichtig – etwas wichtig – sehr wichtig – äußerst wichtig“ verwendet.

Beispielitems der deutschen Fassung:

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Fragen gestellt haben?
2. Wie wichtig ist es Ihnen Fragen zu stellen?
3. Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit einer Gesundheitsexpertin/einem Gesundheitsexperten Ihre Fragen besprechen konnten?
4. Wie wichtig ist es Ihnen mit einer Gesundheitsexpertin/einem Gesundheitsexperten Ihre Fragen zu besprechen?
5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Entscheidungen respektiert wurden?
6. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihre Entscheidungen respektiert werden?

Gütekriterien und Faktorenstruktur der deutschen Fassung

Das HCEQ (Gagnon et al., 2006) kommt in dieser und in Pintzingers' (2008) Untersuchung in deutscher Fassung zu Anwendung, aufgrund dessen Güte und Faktorenstruktur analysiert wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Angemessenheit der Stichprobe nach einem Kaiser-Meyer-Olkin-Wert von 0,879 gegeben ist. Die in der Originalversion postulierte Dreifaktorenlösung kann hier nicht bestätigt werden. Es zeigte sich, dass vier Faktoren einen Eigenwert größer als eins aufweisen. Ein Item musste wegen zu geringer Faktorladung (Ladung $< 0,5$) eliminiert werden.

Die Summe der Gesamtvarianz beträgt 74,827%, wobei die einzelnen Faktoren zwischen 14,777% und 21,7% zur Gesamtvarianz beitragen. Folgende vier Faktoren wurden extrahiert: Faktor 1a: Kontrollwahrnehmung in Bezug auf die Beteiligung an Entscheidungsprozessen, Faktor 1b: Kontrollwahrnehmung in Bezug auf in Anspruch genommene Leistungen, Faktor 2: Kontrollmotivation in Bezug auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen und in Anspruch genommenen Leistungen, Faktor 3: Kontrollwahrnehmung und Kontrollmotivation in Bezug auf Involvierung in Interaktionen

Tabelle 3: HCEQ-Faktoren und Faktorladungen

FAKTOR	% DER VARIANZ	RELIABILITÄT (Cronbach- α)	FAKTORLADUNG
1a	21,723	0,831	0,841–0,906
1b	21,124	0,812	0,675–0,88
2	17,227	0,782	0,698–0,847
3	14,777	0,721	0,739–0,889

Aufgrund der neu gefundenen Faktorenstruktur kann die ursprünglich vorgesehene Auswertungsmethode, gesundheitsbezogenes Empowerment durch die Summierung der Kreuzprodukte zu erhalten, nicht beibehalten werden. Deshalb wurde im Rahmen dieser Untersuchung für die weitere Verrechnung für jede Person ein Skalenmittelwert gebildet.

6.3 Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt dieser Diplomarbeit werden Fragestellungen und Hypothesen erläutert. Diese wurden großteils (6.3.1 bis inklusive 6.3.3) aufgrund der Erleichterung der Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen von Pintzinger (2008) Ergebnissen in Anlehnung an deren Fragestellungen und Hypothesen formuliert.

6.3.1 Exploration der Population

Um zu klären, wie sich die erhobene Stichprobe auszeichnet und um diese exakt beschreiben zu können, wurden die soziodemographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Herkunftsland, Größe des Wohnortes, Wohnsituation, höchste abgeschlossene Ausbildung, Berufsgruppe, Berufsbezeichnung und der subjektive Gesundheitszustand erhoben.

6.3.2 Empowert durch gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten?

Wie bereits unter 5.2.7 erläutert gehen einige Autoren davon aus, dass Personen, die im Internet aktiv sind und dieses Forum nutzen um gesundheitsbezogene Informationen einzuholen, stärker „empowert“, also selbstbestimmt und selbstbefähigt sind als jene Menschen, die nicht in dieser Weise im Internet partizipieren. Masi und Kolleginnen (2007) zeigten in ihrer Studie, dass ein aktives Suchen nach gesundheitsbezogenen Online-Informationen empowernd wirkt, genauso wie McMellon und Schiffman (2002), die zeigten, dass der Großteil der „Cybersenioren“ angab aufgrund des Internets über ein stärkeres Gefühl der Kontrolle zu verfügen, besser informiert zu sein und generell das Gefühl der Einsamkeit und Isolation zurückging. In dieser Diplomarbeit werden zwei Empowerment-Fragebogen verwendet und zwar die Making Decision Scale von Rogers und Kolleginnen (1997) und das Health Care Empowerment Questionnaire von Gagnon und Kolleginnen (2006). Mittels der Making Decision Scale wird ein allgemeiner Empowerment-Wert gebildet, dieser wird im Anschluss mit den soziodemographischen Daten und den Aspekten der Internetnutzung und Gesundheitsversorgung kombiniert. Mit Hilfe des Health Care Empowerment Questionnaire wird ein gesundheitsbezogener Empowerment-Wert erhoben, der dann auch mit den soziodemographischen beziehungsweise den Aspekten der Internetnutzung und Gesundheitsversorgung kombiniert wird.

FRAGESTELLUNG 1.1

Gibt es signifikante Mittelwertunterschiede bezüglich der soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Herkunft, Wohnortgröße, Wohnsituation, höchste abgeschlossene Ausbildung, Berufsgruppe) im allgemeinen und gesundheitsbezogenem Empowerment-Wert? Besteht ein Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand?

Beispielhypothese: Geschlecht

H_0^{1a} : Es gibt keinen signifikanten Mittelwertunterschied im allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenem Empowerment-Wert zwischen Männern und Frauen.

H_1^{1a} : $\mu_1 = \mu_2$

H_1^{1a} : Es gibt einen signifikanten Mittelwertunterschied.

H_1^{1a} : $\mu_1 \neq \mu_2$

Beispielhypothese: Gesundheitszustand

H_0^{2a} : Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenem Empowerment-Wert.

H_0^{2a} : $\rho_0 = 0$

H_1^{2a} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

H_1^{2a} : $\rho_1 \neq 0$

FRAGESTELLUNG 1.2

Zeigen sich Zusammenhänge zwischen der gesundheitsbezogenen Internetnutzung (Häufigkeit der allgemeinen Internetnutzung, Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung, Vertrauen in die online gefundenen Informationen, Wichtigkeit bestimmter Gesundheitsthemen, Erfolg bei der Suche) und den beiden Empowerment-Werten? Zeigen sich signifikante Unterschiede bezüglich der Suche für sich selbst oder andere und hinsichtlich bestimmter Gründe für die Nutzung gesundheitsbezogener Inhalte?

Beispielhypothese: Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung

H_0^{3a} : Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung und dem allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenem Empowerment-Wert.

H_0^{3a} : $\rho_0 = 0$

H_1^{3a} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

H_1^{3a} : $\rho_1 \neq 0$

Beispielhypothese: angegebener Grund „Ich leide an einer chronischen Erkrankung“

H_0^{4a} : Es zeigt sich kein signifikanter Mittelwertunterschied im allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert zwischen Personen, die angeben, aufgrund einer chronischen Erkrankung im Internet zu suchen, und jenen,

die diese Antwortkategorie nicht wählen.

$$H_0^{4a}: \mu_1 = \mu_2$$

H_1^{4a} : Es zeigt sich ein signifikanter Mittelwertunterschied.

$$H_1^{4a}: \mu_1 \neq \mu_2$$

FRAGESTELLUNG 1.3

Zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Parametern (Verbesserung der Gesundheitsvorsorge durch gesundheitsbezogene Inhalte im Internet, Einschätzung der Nützlichkeit und Glaubwürdigkeit von gesundheitsbezogenen Information im Internet, vermehrte Sorgen um die eigene Gesundheit durch gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten) und den beiden Empowerment-Werten?

Beispielhypothese: Einschätzung der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge

H_0^{5a} : Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge durch gesundheitsbezogene Inhalte im Internet und dem allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert.

$$H_0^{5a}: \rho_0 = 0$$

H_1^{5a} : Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang.

$$H_1^{5a}: \rho_1 \neq 0$$

FRAGESTELLUNG 1.4

Zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Interaktion mit Gesundheitsexpertinnen (Gespräch über gefundene Informationen, Interesse der Ärztinnen an diesen Informationen, Zustimmung der Gesundheitsexpertinnen zu gefundenen Informationen, Einschätzung der Auswirkung der Internetnutzung auf die Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen) und den beiden Empowerment-Werten? Unterscheiden sich Personen in Bezug auf den Zeitpunkt der Online-Suche (in den letzten Tagen, in der letzten Woche, im letzten Monat, in den letzten sechs Monaten, vor mehr als sechs Monaten)?

Beispielhypothese: Interesse der Ärztinnen an diesen Informationen

H_0^{6a} : Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert und dem Interesse der Ärztinnen an diesen Informationen.

$$H_0^{6a}: \rho_0 = 0$$

H_1^{6a} : Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang.

$$H_1^{6a}: \rho_1 \neq 0$$

Beispielhypothese: Zeitpunkt der Online-Suche

H_0^{7a} : Es gibt keine signifikanten Mittelwertunterschiede im allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert bezüglich des Zeitpunktes der Online-Suche.

$$H_0^{7a}: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$$

H_1^{7a} : Es gibt signifikante Mittelwertunterschiede.

$$H_1^{7a}: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4 \neq \mu_5$$

FRAGESTELLUNG 1.5

Zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen partizipativem Internetverhalten (Nutzungshäufigkeit von Internetforen, Gesundheitsforen, Chats, Gesundheitschats, Teilnahme an Online-Selbsthilfegruppen, Nutzungshäufigkeit von Newsgroups und Mailinglisten und Bereitstellung von Informationen für andere Nutzerinnen) und den beiden Empowerment-Werten? Unterscheiden sich Personen, die bestimmte Funktionen in diesen Online-Gemeinschaften übernehmen, von Personen, die nur passiv rezipieren (Internetforen, Gesundheitsforen, Online-Chats) Themen?

Beispielhypothese: Nutzungshäufigkeit von Internetforen

H_0^{8a} : Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nutzungshäufigkeit von Internetforen und dem allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment.

$$H_0^{8a}: \rho_0 = 0$$

H_1^{8a} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

H_1^{8a} : $\rho_1 \neq 0$

Beispielhypothese: Funktion in Internetforen

H_0^{9a} : Es gibt keine signifikanten Mittelwertunterschiede im allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert bezüglich der Übernahme einer speziellen Funktion in Internetforen.

H_0^{9a} : $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$

H_1^{9a} : Es gibt signifikante Mittelwertunterschiede.

H_1^{9a} : $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$

FRAGESTELLUNG 1.6

Zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen partizipativem Verhalten im realen Leben (Anzahl der Mitgliedschaft in gemeinschaftlichen Organisationen) und den beiden Empowerment-Werten? Gibt es signifikante Mittelwertunterschiede hinsichtlich der Dauer der Mitgliedschaft und der übernommenen Funktion?

Beispielhypothese: Anzahl der Mitgliedschaften in gemeinschaftlichen Organisationen

H_0^{10a} : Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Mitgliedschaften in gemeinschaftlichen Organisationen und dem allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert.

H_0^{10a} : $\rho_0 = 0$

H_1^{10a} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

H_1^{10a} : $\rho_1 \neq 0$

Beispielhypothese: Funktion in gemeinschaftlichen Organisationen

H_0^{11a} : Es gibt keine signifikanten Mittelwertunterschiede im allgemeinen beziehungsweise gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert bezüglich der Übernahme einer speziellen Funktion in gemeinschaftlichen Organisationen.

H_0^{11a} : $\mu_1 = \mu_2$

H_1^{11a} : Es gibt signifikante Mittelwertunterschiede.

H_1^{11a} : $\mu_1 \neq \mu_2$

6.3.3 Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im World Wide Web

Ein weitere Frage die im Zuge dieser Diplomarbeit geklärt wird, ist wie Internet-Userinnen, aber auch jene Personen die im Internet nicht partizipieren zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet stehen. Das heißt konkret, es werden die Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Themen mittels der Attitudes Towards Online Health Care (LaCoursiere, 2001) abgebildet. Weiters wird untersucht, ob sich Unterschiede hinsichtlich der demographischen Daten, der allgemeinen und gesundheitsbezogenen Internetnutzung, gesundheitsbezogener Parameter, partizipativem Verhaltens und der Interaktion mit Gesundheitsexpertinnen zeigen. Zum Schluss wird noch herausgearbeitet, ob ein Zusammenhang zwischen den beiden Empowerment-Werten und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet besteht.

FRAGESTELLUNG 2.1

Zeigen sich signifikante Mittelwertunterschiede bezüglich der erhobenen soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Wohnortgröße, Wohnsituation, Ausbildung und Berufsgruppe) in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet? Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem subjektivem Gesundheitszustand und der Einstellung zu gesundheitsbezogener Internetnutzung?

Beispielhypothese: Alter

H_0^{12a} : Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den verschiedenen Altergruppen in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet.

H_0^{12a} : $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$

H_1^{12a} : Es zeigen sich signifikante Mittelwertunterschiede.

H_1^{12a} : $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4 \neq \mu_5$

Beispielhypothese: subjektiver Gesundheitszustand

H_0^{12b} : Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Einstellung zu gesundheitsbezogener Internetnutzung.

$$H_0^{12b}: \rho_0 = 0$$

H_1^{12b} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

$$H_1^{12b}: \rho_1 \neq 0$$

FRAGESTELLUNG 2.2

Zeigen sich Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Online-Aktivitäten (Häufigkeit der allgemeinen und gesundheitsbezogenen Internetnutzung, Vertrauen in die online gefundenen Informationen, Art der besuchten Webseiten, Themen die gesucht wurden, Erfolg beider Suche, Einschätzung von Nützlichkeit und Glaubwürdigkeit, Häufigkeit der Nutzung von Internetforen, Gesundheitsforen, Newsgroups und Mailinglisten zu gesundheitsbezogenen Themen, Bereitstellung von Inhalten für andere Internet-Nutzerinnen, Teilnahme an Online-Selbsthilfegruppen) und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet? Gibt es signifikante Unterschiede bezüglich der Suche für sich selbst oder andere Personen, hinsichtlich bestimmter Gründe für die Nutzung gesundheitsbezogener Inhalte und in Bezug auf die Übernahme bestimmter Funktionen in Foren und Chats.

Beispielhypothese: Vertrauen in die online gefundenen Informationen

H_0^{13a} : Es zeigen sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in die online gefundenen Informationen und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet.

$$H_0^{13a}: \rho_0 = 0$$

H_1^{13a} : Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang.

$$H_1^{13a}: \rho_1 \neq 0$$

Beispielhypothese: Grund „Bei jemandem den ich kenne wurde eine Krankheit diagnostiziert“

H_0^{13b} : Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Personen, die angeben aufgrund einer Krankheit die bei einer bekannten Person diagnostiziert wurde zu suchen und jenen, die diese Kategorie nicht auswählen.

H_0^{13b} : $\mu_1 = \mu_2$

H_1^{13b} : Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied.

H_1^{13b} : $\mu_1 \neq \mu_2$

FRAGESTELLUNG 2.3

Zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und Aspekten der persönlichen Gesundheitsversorgung (Einfluss gesundheitsbezogener Internetnutzung auf Gesundheitsentscheidungen, Verbesserung der Gesundheitsvorsorge, Vermehrte Sorgen um die eigene Gesundheit)?

Beispielhypothese: Einfluss gesundheitsbezogener Internetnutzung auf Gesundheitsentscheidungen

H_0^{14a} : Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung gesundheitsbezogener Inhalte im Internet und dem Einfluss, den diese Inhalte auf Gesundheitsentscheidungen haben.

H_0^{14a} : $\rho_0 = 0$

H_1^{14a} : Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang.

H_1^{14a} : $\rho_1 \neq 0$

FRAGESTELLUNG 2.4

Zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und der Interaktion mit Gesundheitsexpertinnen (Gespräche über gefundene Informationen, Interesse der Ärztinnen an diesen Informationen, Einschätzung der Auswirkung der Internetnutzung auf die Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen)? Gibt es signifikante Mittelwertunterschiede bezüglich des Zeitpunktes der

Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet?

Beispielhypothese: Gespräch über gefundene Informationen

H_0^{15a} : Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und der Häufigkeit eines Gesprächs mit Gesundheitsexpertinnen über die gefundenen Informationen.

$$H_0^{15a}: \rho_0 = 0$$

H_1^{15a} : Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang.

$$H_1^{15a}: \rho_1 \neq 0$$

Beispielhypothese: Zeitpunkt der Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet

H_0^{15b} : Es gibt keine signifikanten Mittelwertunterschiede in der Einstellung zu gesundheitsbezogener Internetnutzung hinsichtlich des Zeitpunktes der Online-Suche.

$$H_0^{15b}: \mu_1 = \mu_2$$

H_1^{15b} : Es gibt signifikante Mittelwertunterschiede.

$$H_1^{15b}: \mu_1 \neq \mu_2$$

FRAGESTELLUNG 2.5

Zeigen sich Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und allgemeinem und gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert?

H_0^{16a} : Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und dem allgemeinen beziehungsweise dem gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert.

$$H_0^{16a}: \rho_0 = 0$$

H_1^{16a} : Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang.

$$H_1^{16a}: \rho_1 \neq 0$$

7 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

In diesem Abschnitt dieser Diplomarbeit werden die genauen Aspekte der Stichprobe, die Akquisition der Untersuchungsteilnehmerinnen, sowie die Auswertungsmethoden erläutert.

7.1 Stichprobe

Um im Rahmen dieser Diplomarbeit eine möglichst hohe Repräsentativität der Untersuchungsergebnisse zu gewährleisten und aufgrund organisatorischer und finanzieller Vorteile, wurde die Methode der Quotenstichprobe gewählt. Die Idee dieser Art der Stichprobenziehung besteht darin, ein möglichst gutes Abbild der Population in der Stichprobe zu erhalten (Bortz und Döring, 2002). Das bedeutet einzelne, für die Untersuchung als relevant erachtete Merkmale der Zielgruppe werden annähernd im gleichen Verhältnis auf die Stichprobe übertragen, wie sie in der Grundgesamtheit vorkommen (Ebermann, 2007). Dafür müssen zunächst relevante Quotenmerkmale festgelegt werden, deren Verteilungen in der Bevölkerung bekannt sind (Bortz und Döring, 2002). Als Quotenmerkmale wurden in dieser Untersuchung das Geschlecht, sowie fünf Altersklassen zwischen 15 und 65 Jahren definiert. Die Stichprobe umfasst 300 Personen, die Quoten wurden anhand der Bevölkerungszahlen des Demographischen Jahrbuches 2006 (Statistik Austria, 2007) errechnet. Miteinbezogen wurden wie bereits erläutert das Geschlecht und fünf Altersklassen und zwar 15 bis unter 25jährige Männer und Frauen, 25 bis unter 35jährige Männer und Frauen, 35 bis unter 45jährige Männer und Frauen, 45 bis unter 55jährige Männer und Frauen und 55 bis einschließlich 65jährige Männer und Frauen. Aus Tabellen 4 können die Quoten abgelesen werden.

Table 4: *Quoten der erhobenen Stichproben*

STICHPROBE = 300	MÄNNER = 52% = 332.618	FRAUEN = 48% = 307.521
	Σ : 52% = 156 Männer	Σ : 48% = 144 Frauen
15 – < 25	18% = 28 Personen	19% = 27 Personen
25 – < 35	27% = 42 Personen	30% = 43 Personen
35 – < 45	25% = 39 Personen	24% = 35 Personen
45 – < 55	18% = 28 Personen	17% = 25 Personen
55 – 65	12% = 19 Personen	10% = 14 Personen

Ein Vorteil der Quotenstichprobe besteht darin, dass relevante Störgrößen kontrolliert werden können. Allerdings muss auch angemerkt werden, dass die Auswahl der Quoten völlig der Einschätzung der Untersuchungsleiterin überlassen ist und eine Stichprobe, die mittels eines nicht-zufälligen Auswahlverfahrens gezogen wurde, über eine geringere Repräsentativität verfügt als die Zufallsstichprobe (Bortz & Döring, 2002).

7.1.1 Akquisition der Untersuchungsteilnehmerinnen

Ziel der Akquisition der Untersuchungsteilnehmerinnen war, zum ersten die Quoten zu erfüllen und zum zweiten auch innerhalb der Quoten eine möglichst große Streuung hinsichtlich des Alters zu erreichen. Erhoben wurde im Zeitraum von Oktober 2007 bis April 2008 in Wien, sowie in Stadt und Land Salzburg. In Wien sowie in Salzburg wurde ein Großteil der Untersuchungsteilnehmerinnen aller Altersklassen mittels Schneeballsystem erreicht.

7.2 Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels des Auswertungsprogramms SPSS 15. Im Vorfeld dieser Untersuchung wurde eine an den verwendeten Fragebogen angepasste Datenmaske erstellt, jene in weiterer Folge die gesammelten Daten eingetragen wurden.

7.2.1 Verwendete statische Verfahren

In Abhängigkeit zur Fragestellung kamen im Laufe der Datenanalyse explorative, deskriptive und inferenzstatistische Verfahren zur Anwendung. Zur Beschreibung der soziodemographischen Daten kamen prozentuale und absolute Häufigkeiten zum Einsatz, sowie statistische Kennwerte wie Mittelwert und Standardabweichung. Die Beschreibung der Gewinnung von gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und der gesundheitsbezogenen Internetnutzung, die Beurteilung der Stichprobenteilnehmerinnen hinsichtlich des Einflusses, den gesundheitsbezogene Internetnutzung auf die eigene Gesundheitsversorgung und die Ärztin-Patientin-Beziehung hat, weiters die Partizipation an diversen Online-Foren oder Online-Chats und die Mitgliedschaft in Vereinen oder Organisationen wurden ebenso deskriptiv und explorativ beschrieben. Zur Analyse der deutschsprachigen Übersetzung der Fragebögen wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt und Cronbach- α zur Bewertung herangezogen. Die Faktorenstruktur wurde mittels Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation untersucht. Liegt bei den interessierenden Variablen Intervallskalenniveau vor, können Zusammenhangshypothesen mittels der bivariaten Korrelation nach Pearson berechnet werden, bei niedrigerem Skalenniveau kommt die Rangkorrelation nach Spearman zum Einsatz. Korrelationskoeffizienten bis 0,4 können als schwache, jene zwischen 0,4 und 0,6 als mittlere und jene über 0,8 als starke Zusammenhänge interpretiert werden. Mittels partieller Korrelationen können weitere interessierende Einflüsse untersucht werden. Um zu überprüfen, ob für die Berechnung von Mittelwertunterschieden parametrische Verfahren verwendet werden können, wird mittels Levene-Test überprüft, ob Varianzhomogenität vorliegt. Zeigt sich, dass Varianzhomogenität vorliegt wird zur Datenanalyse entweder der t-Test für unabhängige Stichproben beziehungsweise die einfaktorielle Varianzanalyse herangezogen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006). Zur genaueren Analyse von signifikanten Mittelwertunterschieden kommt der Bonferroni-Test, um die Alphafehler-Kummulierung zu neutralisieren zum Einsatz. Weiters werden, um die Größe und Relevanz von gefundenen Unterschieden zu beurteilen, Effektgrößen nach Cohen und das partielle Eta-Quadrat berechnet. Beträgt der Wert eines Cohen $d = 0,2$ liegt ein kleiner Effekt vor, ab einem Wert von 0,5 kann spricht man von einem mittleren und ab 0,8 von einem starken Effekt (Bortz, 2005). Das Partielle-Eta-Quadrat kann nach Bortz und Döring (2003) wie folgt interpretiert werden: kleiner Effekt $\geq 0,01$, mittelmäßiger Effekt $\geq 0,06$ und großer Effekt $\geq 0,14$.

Bei Heterogenität der Varianzen kommen nicht parametrische Tests wie der U-Test von Mann und Whitney oder der Kruskal-Wallis-Test zum Einsatz.

8 ERGEBNISSE

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse dieser Untersuchung erläutert. Zunächst wird die erhobene Stichprobe mittels deskriptiv-statistischer Methoden beschrieben. Danach werden die Ergebnisse der in 6.3.3 bis 6.3.5 dargestellten Fragestellungen präsentiert.

8.1 Beschreibung der Stichprobe

Die erhobene Stichprobe wurde mittels festgelegter Quoten gezogen. Es wurden insgesamt 300 Personen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren befragt. Davon waren 52% Männer ($n = 157$) und 48% Frauen ($n = 143$).

8.1.1 Soziodemographische Daten

Die erhobenen soziodemographischen Merkmale umfassen das Geschlecht, das Alter, den Familienstand, das Herkunftsland, die Größe des Wohnortes, die Wohnsituation, die höchste abgeschlossene Ausbildung und die berufliche Situation.

8.1.1.1 Alter

Das Alter der Teilnehmerinnen rangiert bei den Männern von 16 bis 65 und bei den Frauen von 15 bis 65 Jahren. Die jüngsten Teilnehmerinnen dieser Untersuchung sind 15 Jahre, die ältesten 65 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der Untersuchungsteilnehmerinnen liegt bei 37 Jahren ($MD = 36,56$, $SD = 12,898$). In Tabelle 5 sind die Altersgruppen und die Geschlechterverteilung dargestellt.

Tabelle 5: Altersgruppen und Geschlecht

	ALTERSGRUPPEN					GESAMT
	15 bis	25 bis	35 bis	45 bis		
	unter 25	unter 35	unter 45	unter 55	55 bis 65	
MÄNNER	27	44	39	28	19	157
FRAUEN	28	41	35	25	14	143
GESAMT	55	85	74	53	33	300

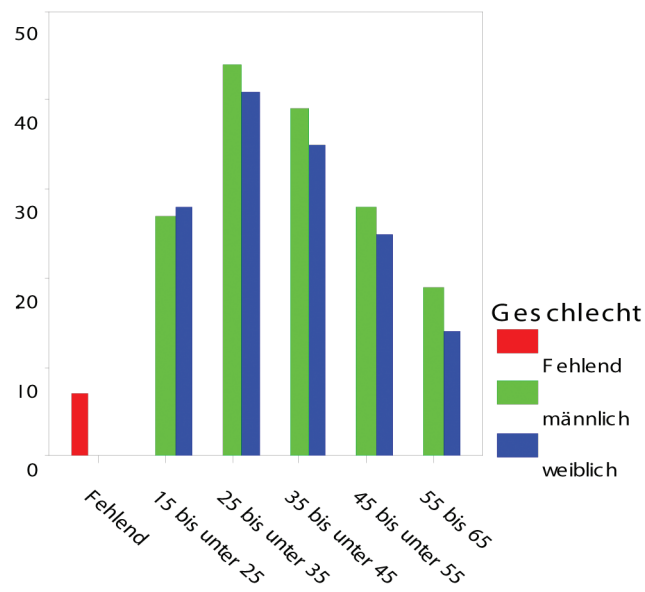


Abbildung 3: Alter und Geschlecht

8.1.1.2 Herkunftsland

Der Großteil der Teilnehmerinnen gab als Herkunftsland Österreich an (95,4%, $n = 293$), nur 6 Personen (2%) gaben an aus Deutschland zu sein und lediglich eine Person (0,3%) stammt aus einem anderen Land in Europa. Zwischen Männern und Frauen zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Herkunftslandes ($\chi^2(2, N= 300) = 4,008$, $p = 0,135$).

8.1.1.3 Familienstand

Insgesamt machten 295 Personen Angaben hinsichtlich ihres Familienstandes. Bezüglich Familienstand gaben 47,9% ($n = 147$) an ledig zu sein, 43,6% ($n = 134$) sind verheiratet oder leben in einer Lebensgemeinschaft, 3,6% ($n = 11$) sind geschieden, 1% ($n = 3$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) sind verwitwet. Betrachtet man das Geschlecht zeigt sich, dass es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Familienstandes gibt ($\chi^2(1, N = 295) = 0,369, p = 0,544$)

8.1.1.4 Wohnortgröße

Von den 300 Untersuchungsteilnehmerinnen machten 299 Angaben bezüglich der Größe ihres Wohnortes. 45% ($n = 138$) meinten in einer Stadt mit 1 Million bis unter 2 Millionen Einwohnerinnen zu leben, 16% ($n = 49$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) leben in Gemeinden mit 2.000 bis unter 5.000 Einwohnerinnen, 15% ($n = 46$) wohnen in Städten bis zu 500.000 Einwohnerinnen, 10,4% ($n = 32$) der befragten Personen leben in Kleinstädten bis zu 20.000 Einwohnerinnen, 8,1% ($n = 25$) gaben an in Mittelstädten bis zu 100.000 Einwohnerinnen zu leben, 2,6% ($n = 8$) wohnen in Gemeinden mit weniger als 2.000 Einwohnerinnen, nur eine Person (0,3%) gab an in einer Großstadt bis zu einer Million Einwohnerinnen zu leben. Zwischen Männern und Frauen konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich der Wohnortgröße festgestellt werden ($\chi^2(1, N = 299) = 2,307, p = 0,129$).

8.1.1.5 Wohnsituation

Von den 300 Untersuchungsteilnehmerinnen gaben alle Personen ihre aktuelle Wohnsituation an. 32,2% ($n = 99$) Personen gaben an momentan mit Partnerin zu leben, 22,8% ($n = 70$) der befragten Personen leben mit Partnerin und Kind/Kindern, 14,7% ($n = 45$) wohnen zusammen mit ihren Eltern, 10,4% ($n = 32$) der Untersuchungsteilnehmerinnen gaben an in einer WG zu leben, 2,9% ($n = 9$) Personen leben alleine mit Kind/Kindern, 1,3% ($n = 4$) wählten die Antwortkategorie „andere Wohnform, wobei als andere Wohnform „bei den Großeltern“, „mit Mutter“ sowie „mit Mutter und Geschwister“ angegeben wurde. Auch hier zeigte sich zwischen Männern und Frauen kein signifikanter Unterschied ($\chi^2(6, N = 299) = 8,288, p = 0,218$)

8.1.1.6 Höchste abgeschlossene Ausbildung

Von den 300 befragten Personen gaben 293 ihre höchste abgeschlossene Ausbildung an. 25,7% ($n = 79$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) verfügen über eine abgeschlossene Matura, 23,8% ($n = 73$) Personen gaben an eine Universität oder Fachhochschule absolviert zu haben, 19,5% ($n = 60$) der befragten Personen haben eine Lehre absolviert, 12,7% ($n = 39$) nannten als höchste abgeschlossene Ausbildung die Hauptschule, 3,9% ($n = 12$) verfügen über eine abgeschlossene Fachschule, 4,6% ($n = 14$) kreuzten die Antwortkategorie „sonstiger Abschluss“ an, 2,6% ($n = 8$) absolvierten ein College, 2% ($n = 6$) gaben als höchste abgeschlossene Ausbildung die Volksschule an, 0,3% ($n = 1$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) besuchten eine Sonderschule, eine Person (0,3%) verfügt über keinen Abschluss.

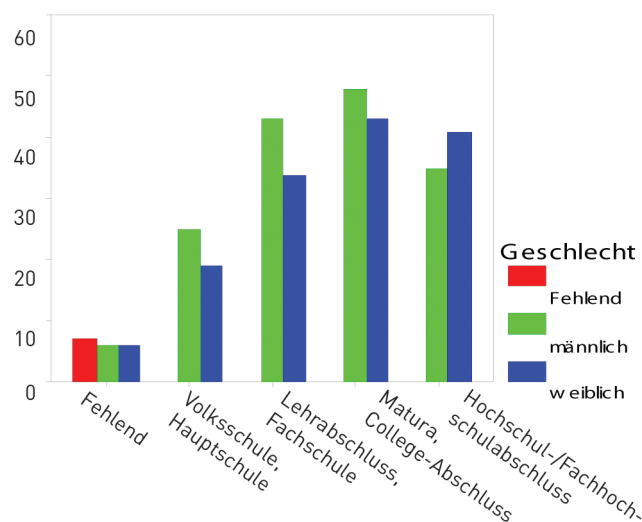


Abbildung 4: **Ausbildungskategorien und Geschlecht**

Die Untersuchungsteilnehmerinnen hatten die Möglichkeit die Antwortkategorie „sonstiger Abschluss“ genauer zu definieren. Folgende Angaben – vier Jahre Gymnasium, Akademie für Physiotherapie, Fachoberschule, Gymnasium Unterstufe, Hauswirtschaftsschule, Industriekaumann, Meisterprüfung, staatlich geprüfter Versicherungskaufmann – wurden gemacht. Um die Daten weiter analysieren zu können, wurden die Kategorien der Variablen „höchste abgeschlossene Ausbildung“ zusammengefasst. Die Kategorien „Volksschule und Hauptschule“ wurden zusammengefasst, die Kategorien „Lehrabschluss“ und „Fachschule“ bildeten eine Gruppe, sowie die Kategorien „Matura“ und „College-Abschluss“ wurden einer Gruppe zugeordnet. Die letzte Gruppe beinhaltet all

jene Personen, die über einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss verfügen. Die Daten jener Personen die angaben über keinen Abschluss und über einen Sonderschulabschluss zu verfügen würden wurden aufgrund geringer Nennungen nicht in die Datenanalyse integriert. Die Daten aus der Kategorie „Sonstige Ausbildung“ wurden aufgrund ihrer inhaltlichen Zugehörigkeit zu den oben genannten vier Gruppen zugeteilt. Mittels χ^2 -Test konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Ausbildungskategorien festgestellt werden ($\chi^2(3, N = 288) = 1,943, p = 0,584$).

8.1.1. Berufsgruppe - Berufsbezeichnung

Die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) konnten bei der Variablen „Berufliche Situation“ aus neun Antwortkategorien wählen, 269 Personen machten eine Angabe bei diesem Item. 20,5% ($n = 63$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) wählten die Antwortkategorie „andere Berufsgruppe“, wobei davon 43 Personen angaben in einem Angestelltenverhältnis zu stehen, 13 Personen sind Beamte, eine Person gab an auf Werkvertragsbasis zu arbeiten und eine Person ist als Hausfrau tätig. 18,6% ($n = 57$) der befragten Personen sind als Arbeiterinnen/Facharbeiterinnen tätig, 14,7% ($n = 45$) gaben an zu studieren, 13% ($n = 40$) sind Schülerinnen, 10,4% ($n = 32$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 269$) sind freiberuflich tätig, 1,6% ($n = 5$) sind arbeitslos, 1,3% ($n = 4$) befinden sich momentan in Karenz/Mutterschutz und zwei Personen (0,7%) sind als Lehrlinge tätig. Insgesamt haben 117 Personen (40,4%) ihre Berufsbezeichnung spezifiziert. Betrachtet man das Geschlecht hinsichtlich der Berufsgruppe zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(9, N = 276) = 19,468, p = 0,021$)

8.1.2 Subjektiver Gesundheitszustand

Die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) konnten ihren subjektiven Gesundheitszustand und ihren subjektiven Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen desselben Alters und Geschlechts auf einer visuellen Analogskala angeben. Die Skala die den subjektiven Gesundheitszustand abbildet, inkludierte die Werte 1 (sehr schlecht bis etwas schlechter), 2 (mittel) und 3 (etwas besser bis sehr gut) Die zweite Analogskala mittels jener der subjektive Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen

erhoben wurde, inkludierte die Werte 1 (viel schlechter bis etwas schlechter), 2 (gleich) und 3 (etwas besser bis viel besser). Der durchschnittliche Gesundheitszustand der befragten Personen beträgt 2,83 ($SD = 0,55$) und der durchschnittliche subjektive Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen desselben Alters und Geschlechts 2,51 ($SD = 0,86$). ($n = 273$). 88,9% ($n = 273$) der Untersuchungsteilnehmerinnen die eine Angabe machten, meinten über einen etwas besseren bis sehr guten Gesundheitszustand zu verfügen, weiters gaben 71,3% ($n = 219$) ihr Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen desselben Alters und Geschlechts sei etwas besser bis viel besser. Weiters wurde untersucht, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu anderen Personen desselben Alters und Geschlechts besteht. Mittels Rangkorrelation nach Spearman konnte ein starker positiver Zusammenhang ($\rho = 0,511$, $p < 0,001$) festgestellt werden. 7,8% ($n = 24$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) gaben an ihr Gesundheitszustand sei sehr schlecht bis etwas schlechter, 23,5 % ($n = 72$) schätzen ihren Gesundheitszustand viel schlechter bis etwas schlechter im Vergleich zu anderen Personen ein. Drei Personen (1%) meinten ihr Gesundheitszustand sei „mittel“ und 1,6% ($n = 5$) der befragten Personen schätzen ihren Gesundheitszustand gleich gut wie jenen von anderen Personen ein. Zwischen der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes zwischen Männern und Frauen konnte mittels U-Test von Mann und Whitney keine signifikanten Mittelwertunterschiede festgestellt werden ($z = -1,967$, $p = 0,049$). Auch unterscheiden sich Männer und Frauen nicht in der Einschätzung ihres subjektiven Gesundheitszustandes im Vergleich zu anderen Personen desselben Geschlechts und Alters signifikant voneinander ($t(300) = -0,408$, $p = 0,684$).

8.2 Gewinnung gesundheitsbezogener Information

Im folgenden Punkt wird die Gewinnung gesundheitsbezogener Informationen genauer dargestellt. Konkret wird erläutert, welche Quellen herangezogen werden, um nach gesundheitsbezogener Information zu suchen, wie häufig die verschiedenen Informationsquellen verwendet werden gesundheitsbezogenen Informationen einzuholen und wie viel Vertrauen Untersuchungsteilnehmerinnen in die Informationsquellen haben.

8.2.1 Informationsquellen

Die im Fragebogen angeführte Variable „Informationsquelle“ beinhaltet zehn Antwortmöglichkeiten, wobei eine Mehrfachantwort möglich war. Am häufigsten wurde das Internet als Informationsquelle genannt (77,9%, $n = 239$), an zweiter Stelle liegen die Antwortkategorien Fernsehen (59,9%, $n = 184$) und Zeitung/Zeitschrift (59,9%, $n = 184$). 59,3% ($n = 182$) der befragten Personen geben an gesundheitsbezogenen Informationen von Verwandten und Freundinnen zu beziehen, 57,7% ($n = 177$) nannte Gesundheitsexpertinnen als Informationsquelle, 45,3% ($n = 139$) ziehen Informationsbroschüren zu Rate, 39,7 ($n = 122$) nannten medizinische Fachzeitschriften als Informationsquelle, 39,4% ($n = 121$) informieren sich über Bücher, 30,3% ($n = 93$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) gaben an Informationen aus dem Radio zu beziehen. Mittels einer offenen Antwortkategorie gab es für die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) die Möglichkeit weiter nicht in der Liste angeführte Informationsquellen anzugeben. 34 Personen (10,4%) machten von dieser Möglichkeit Gebrauch, wobei Ärzte, Alternative Medizin/Ärzte, Eltern, Hausarzt, Lehrer, Mutter und Naturheil-Mediziner angeführt wurden.

Tabelle 6: Informationsquellen

INFORMATIONSQUELLEN	HÄUFIGKEIT	PROZENT
INTERNET	239	77,9%
FERNSEHEN	184	59,9%
ZEITUNG/ZEITSCHRIFT	184	59,9%
VERWANDTE/FREUNDINNEN	182	59,3%
GESUNDHEITSEXPERTINNEN	177	57,7%
INFORMATIONSBROSCHÜREN	139	45,3%
MEDIZINISCHE FACHZEITSCHRIFT	122	39,7%
BÜCHER	121	39,4%
RADIO	93	30,3%
SONSTIGES	33	10,7%

Mittel χ^2 -Test konnten ein signifikanter Unterschied zwischen den fünf Altersgruppen und der Nutzung des Internets als Informationsquelle gezeigt werden ($\chi^2 (4, N = 299) = 26,612, p < 0,001$).

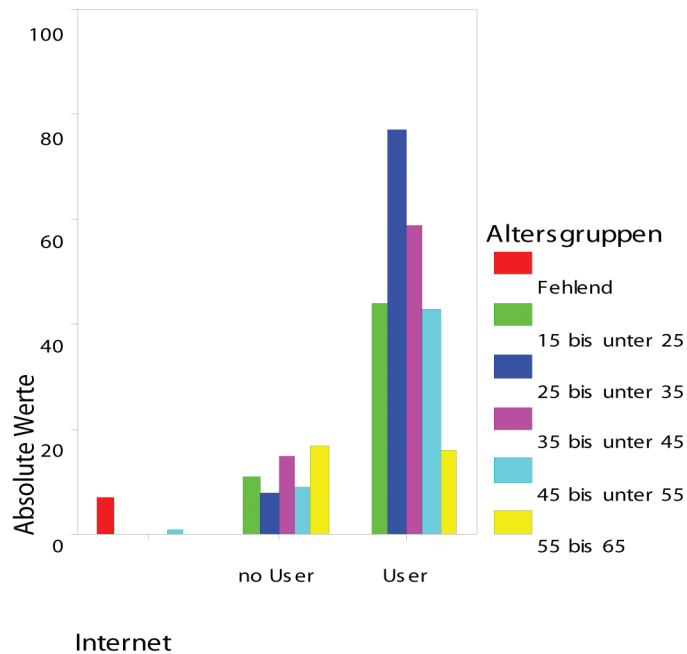


Abbildung 5: *Nutzung des Internet und Altersgruppen*

8.2.2 Nutzungsfrequenz der Informationsquellen

Hinsichtlich der Nutzungsfrequenz der Informationsquellen ist deutlich sichtbar, dass die Untersuchungsteilnehmerinnen die im Fragebogen angeführten Informationsquellen hauptsächlich monatlich oder seltener nutzen. Folgende Informationsquellen werden von den Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) täglich zur gesundheitsbezogenen Informationssuche herangezogen. Zeitungen/Zeitschriften (4,2%, $n = 13$), Fernsehen (2,6, $n = 8$), Radio (2,3%, $n = 7$) und das Internet (1,3%, $n = 4$). Am seltensten werden Gesundheitsexpertinnen und sonstige Informationsquellen zur gesundheitsbezogenen Informationsgewinnung herangezogen. Eine genaue Auflistung der Nutzungshäufigkeit der verschiedenen Informationsquellen findet sich in Tabelle 9.

Tabelle 7: *Nutzungshäufigkeit der verschiedenen Informationsquellen*

NUTZUNGS- LICH	MONATE	MEHRMALS HÄUFIGKEIT SELTENER	TÄGLICH NIE	MEHRMALS PRO WOCHE	WÖCHENTLICH	ALLE PAAR PRO MONAT	MONAT- LICH
FZ (N = 300)	0,7%	0,3%	0,7%	2%	4,6%	28,7%	26,4%
Zeitung (n = 298)	4,2%	3,3%	7,2%	7,2%	20,8%	22,8%	20,8%
Bücher (N = 300)	0,7%	2,3%	1,3%	2,6%	6,8%	24,4%	26,1%
Broschüren (N = 300)	0,3%	0,3%	1%	3,3%	6,5%	35,8%	26,1%
TV (N = 300)	2,6%	3,3%	4,6%	12,4%	26,1%	16,6%	17,3%
Radio (N = 300)	2,3%	2,9%	2,9%	3,9%	12,4%	12,1%	21,8%
Internet (n = 299)	1,3%	1%	3,9%	10,4%	24,8%	27%	13%
Expertinnen (n = 299)	0%	0,7%	1,3%	2,3%	8,5%	45,9%	18,6%
Verwandte/ Freundinnen (n = 296)	1%	1%	3,3%	9,4%	13,7%	32,9%	17,6%
Sonstige (n = 34)	0%	0%	0,3%	0%	0%	4,9%	0,3%

Für eine weitere Datenanalyse wurden die Kategorien in Anlehnung an Pintzinger (2008) zu inhaltlich zusammenpassenden Gruppen subsumiert. Die erste Kategorie umfasst die wöchentliche Nutzung („täglich“, „mehrmals pro Woche“ und „wöchentlich“), die zweite Kategorie – monatlich – setzt sich aus „mehrmals pro Monat“ und „monatlich“ zusammen. Die Kategorien „alle paar Monate“ und „seltener“ bleiben erhalten. In Tabelle 8 sind die Nutzungshäufigkeiten der zusammengefassten Kategorien dargestellt.

Tabelle 8: *Nutzungshäufigkeit nach Subsumierung der Gruppen*

NUTZUNGSHÄUFIGKEIT	WÖCHENTLICH	MONATLICH	SELTENER	NIE
FACHZEITSCHRIFT ($n = 299$)	7,8%	18,9%	49,5%	21,2%
ZEITUNG ($n = 298$)	15%	27,7%	43,6%	10,7%
BÜCHER ($N = 300$)	4,2%	9,4%	50,5%	33,6%
INFORMATIONSBROSCHÜRE ($N = 300$)	1,6%	9,8%	61,9%	24,4%
TV ($n = 299$)	10,4%	38,4%	33,9%	14,7%
RADIO ($N = 300$)	8,1%	16,3%	33,9%	39,4%
INTERNET ($n = 296$)	4,6%	24,8%	43,3%	23,8%
GESUNDHEITSEXPERTINNEN ($n = 299$)	2%	10,7%	64,5%	20,2%
VERWANDTE/FREUNDINNEN ($n = 296$)	5,2%	23,1%	51,7%	18%
SONSTIGES ($n = 23$)	0,3%	0%	4,9%	2,3%

Hinsichtlich der fünf Altersgruppen zeigen sich in der Nutzungshäufigkeit der Informationsquelle „Internet“ signifikante Unterschiede, die wieder mittels χ^2 – Test gezeigt werde. ($\chi^2(12, N= 296) = 48,887, p < 0,001$). Von den Frauen und Männern zwischen 55 und 65 Jahren gaben 17 Personen an nie im Internet nach gesundheitsbezogene, Informationen zu suchen. Obwohl auch in der Altersgruppe der 35 bis unter 45jährigen Personen auch ($n = 20$) und in der Gruppe der 45 bis unter 55jährigen ($n = 19$) meinten das Internet nie als Informationsquelle zu verwenden, informiert sich doch der Großteil dieser Kategorien mehrmals pro Monat oder zumindest alle paar Monate online. Männer und Frauen zwischen 25 und 35 Jahren suchen am häufigsten im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen, nämlich ($n = 31$) mehrmals pro Monat oder monatlich und ($n = 47$) alle paar Monate beziehungsweise seltener.

Hinsichtlich des Geschlechts und der Häufigkeit der Internetnutzung konnte kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden ($p = 0,097, p = 0,097$). Weiters zeigte sich zwischen der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,059, p = 0,311$)

8.2.3 Vertrauen in die Informationsquellen

Wie vermutet bringen mehr als die Hälfte, nämlich 58% der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) Gesundheitsexpertinnen sehr viel Vertrauen entgegen, aber auch medizinischen Fachzeitschriften und Informationsbroschüren werden von 34,5% beziehungsweise 20,5% als sehr vertrauenswürdig eingeschätzt. Ungefähr die Hälfte (47,9%) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) bringen dem Internet als Informationsquelle mittelmäßiges Vertrauen entgegen, sogar 29,3% gaben die Antwortkategorie „viel Vertrauen“ an. 4,2% der befragten Personen meinten dem Internet sehr wenig zu vertrauen. Ansonsten werden Fernsehen (3,9%) und Radio (4,6%) sehr wenig Vertrauen entgegengebracht. Folgende Tabelle bietet einen genauen Überblick.

Table 9: Vertrauen hinsichtlich Informationsquellen

VERTRAUEN	SEHR VIEL	VIEL	MITTELMÄSSIGES	WENIG	SEHR WENIG
FACHZEITSCHRIFTEN					
($n = 300$)	34,5%	47,9%	11,7%	2,6%	1%
ZEITUNG					
($n = 300$)	2,6%	33,9%	42,3%	17,3%	1,6%
BÜCHER					
($n = 300$)	10,7%	51,5%	32,2%	1,6%	1,6%
BROSCHÜREN					
($n = 299$)	20,5%	47,9%	22,5%	4,9%	1,3%
FERNSEHEN					
($n = 300$)	1,6%	19,5%	55,4%	17,3%	3,9%
RADIO					
($n = 299$)	2,6%	18,2%	54,7%	17,3%	4,6%
INTERNET					
($n = 300$)	2,6%	29,3%	47,9%	13,7%	4,2%
GESUNDHEITS- EXPERTINNEN					
($n = 299$)	58%	31,6%	6,2%	1,3%	0,3%
SONSTIGE					
($n = 11$)	2%	2,3%	0%	0,3%	0,7%

Elf Personen machten von der Möglichkeit Gebrauch zu spezifizieren welche anderen Informationsquellen als vertrauenswürdig eingeschätzt werden, wobei alternative Mediziner, Ärzte, Freunde und Lehrer genannt wurden. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in dem Ausmaß an Vertrauen das dem Internet entgegengebracht wird ($\chi^2 (4, N = 300) = 5,587, p = 0,232$). Auch zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der fünf Altersgruppen und Vertrauen ($\chi^2 (16, N = 300) = 33,229, p = 0,007$).

8.3 Aspekte der gesundheitsbezogenen Online-Aktivitäten

Aspekte der gesundheitsbezogenen Internetnutzung umfassen wie bei Pintzinger (2008) den Ort und die Häufigkeit der Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet. Außerdem wird erläutert, wann zuletzt nach gesundheitsbezogener Online-Information gesucht wurde, für wann gesucht wird, welche Webseiten bevorzugt aufgerufen werden, welche Inhalte interessieren und was die zugrunde liegenden Motive sind.

8.3.1 Ort und Frequenz der Internetnutzung

Von 300 Untersuchungsteilnehmerinnen sind 55% ($n = 169$) täglich online, 24,1% ($n = 74$) nutzen das Internet mehrmals pro Woche, 7,2% ($n = 22$) der befragten Personen gaben an das Internet wöchentlich zu nutzen, 1,6% ($n = 5$) sind mehrmals pro Monat online, drei Personen (1%) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) partizipieren nur einmal im Monat im Internet, 1,6% ($n = 5$) seltener und 7,2 ($n = 22$) gaben an das Internet nie zu nutzen. Den Ort der Internetnutzung konnten die befragten Personen mit Mehrfachantworten angeben. Wie erwartet nutzen die meisten Internet-Userinnen (81,8%, $n = 251$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) das Internet zu Hause, 60,3% ($n = 185$) sind am Arbeitsplatz online, 13,7% ($n = 42$) der befragten Personen in öffentlichen Einrichtungen, 4,9% ($n = 15$) besuchen Internetcafes und 3,3% ($n = 10$) der Untersuchungsteilnehmerinnen gaben einen andere Ort der Internetnutzung an. Zwischen den fünf Altersgruppen und der Frequenz der Internetnutzung zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($\chi^2 (24, N = 300) = 123,677, p < ,001$), wobei die Gruppe der 25 bis unter 35jährigen am häufigsten online ist. Hinsichtlich des Geschlechts und der Frequenz der Internetnut-

zung konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($\chi^2(6, N = 300) = 11,782$, $p = 0,067$)

8.3.2 Letzte Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet

251 Untersuchungsteilnehmerinnen gaben an, wann sie zuletzt im Internet nach Gesundheitsinformationen gesucht haben. 16% ($n = 49$) der befragten Personen machten keine Angabe oder nutzen das Internet nicht für diese Zwecke. 8,1% ($n = 25$) der befragten Personen gaben an in den letzten Tagen nach gesundheitsbezogenen Informationen gesucht zu haben, 11,1% ($n = 34$) haben innerhalb der letzten Woche gesucht, 26,4% ($n = 81$) im letzten Monat, 26,7% ($n = 82$) in den letzten sechs Monaten und 9,4% ($n = 29$) jener Personen, die im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten suchen, vor mehr als sechs Monaten. 16,3% ($n = 50$) gaben an nicht im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten zu suchen. Mittels t-Test für unabhängige Stichproben konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt werden ($t(251) = -2,624$, $p = 0,009$). Hinsichtlich der fünf Alterskategorien zeigen sich keine signifikante Unterschiede in der letzten Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet ($F(4, 250) = 1,682$, $p = 0,155$). Auch zwischen der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der letzten Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($\rho = -0,063$, $p = 0,318$). In Tabelle 10 sind die Altersgruppen und der Zeitpunkt der letzten Suche genau aufgelistet.

Tabelle 10: Altersgruppen und letzte Online-Suche

HÄUFIGKEIT	VOR MEHR ALS SECHS MONATEN	IN DEN LETZTEN SECHS MONATEN	IM LETZTEN MONAT	IN DER LETZTEN WOCHE	IN DEN LETZTEN TAGEN
15 bis unter 25 (n = 49)	8	16	16	6	3
25 bis unter 35 (n = 81)	7	26	23	11	14
35 bis unter 45 (n = 62)	6	21	23	9	3
45 bis unter 55 (n = 43)	8	14	12	6	3
55 bis unter 65 (n = 16)	0	5	7	2	2

8.3.3 Adressatinnen der gesundheitsbezogenen Online-Suche

Bei der Frage für welche Personen nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet gesucht wird, konnten die Untersuchungsteilnehmerinnen mehrere Antworten angeben. Hauptsächlich suchen die befragten Personen für sich selbst (78,2%, $n = 240$), 41,7% ($n = 128$) meinten für ihre Partnerin zu suchen, 20,8% ($n = 64$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) gaben an für ihre Kinder und Enkelkinder zu suchen, 16,9% ($n = 52$) such für Eltern/Schwiegereltern nach gesundheitsbezogenen Informationen, 10,1% ($n = 31$) der befragten Personen suchen für Geschwister, 8,5% ($n = 26$) suchen für andere Familienmitglieder und 15,3% ($n = 47$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) gaben an nicht nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet zu suchen. Hinsichtlich der fünf Altersgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede in den Adressatinnen der gesundheitsbezogenen Online-Suche und zwar in der Suche für mich ($\chi^2(4, N = 300) = 26,499, p < 0,001$) in der Suche für Kinder/Enkelkinder ($\chi^2(4, N = 300) = 50,943, p < 0,001$) und in der Suche für Geschwister ($\chi^2(4, N = 300) = 21,774, p < 0,001$). 15 bis unter 25jährige suchen häufiger für ihre Geschwister nach gesundheitsbezogenen Online-Informationen als die anderen Altersgruppen. Die 35 bis unter 45jährigen

recherchieren häufiger für Kinder/Enkelkinder und die 25 bis unter 35jährigen öfter für sich selbst. Mittels U-Test von Mann und Whitney konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Suche für andere Familienmitglieder festgestellt werden ($z = -3,12, p = 0,002$).

8.3.4 Besuchte Webseiten

Hinsichtlich der Webseiten die am häufigsten besucht werden zeigte sich, dass die befragten Personen regelmäßig Webseiten von Online-Lexika aufrufen. 5,5% ($n = 17$) gaben an Online-Lexika oft zu nutzen und 12,4% ($n = 38$) häufig. Webseiten bestimmter Ärzte werden von 16,6% ($n = 51$) häufig besucht, 8,5% ($n = 26$) der befragten Personen gaben an häufig Webseiten von Krankenhäusern aufzurufen und 7,5% ($n = 23$) besuchen häufig Seiten von Interessensvertretungen bestimmter Krankheiten und Selbsthilfegruppen. Überhaupt nie werden zu einem großen Prozentsatz Webseiten pharmazeutischer Unternehmen (68,4%, $n = 210$), Webseiten medizinischer Gesellschaften (57%, $n = 175$) und Webseiten von Forschungseinrichtungen (50,5%, $n = 155$) besucht. Einen Überblick über die Nutzungshäufigkeit der im Fragebogen angeführten Webseiten bietet Tabelle 11.

Tabelle 11: Besuchte Webseiten

	OFT	HÄUFIG	MANCHMAL	SELTEN	NIE
ONLINE-LEXIKA ($N = 300$)	5,5%	12,4%	26,7%	24,1%	29%
WEBSEITEN VON FORSCHUNGS-					
EINRICHTUNGEN ($N = 300$)	1,6%	3,3%	16,3%	26,1%	50,5%
WEBSEITEN VON INTERESSEN-					
VERTRETUNGEN ($N = 300$)	1%	7,5%	26,7%	27,4%	35,2%
SONSTIGE WEBSEITEN ($n = 37$)	1%	3,3%	2%	1,6%	4,2%
WEBSEITEN					
MEDIZINISCHER FZ ($n = 298$)	0,7%	5,5%	22,5%	30%	38,4%
WEBSEITEN MEDIZINISCHER					
GESELLSCHAFTEN ($N = 300$)	0,7%	2,3%	14,3%	23,5%	57%
REGIERUNGSSEITEN ($n = 297$)	0,7%	3,9%	25,7%	23,1%	43,3%

	OFT	HÄUFIG	MANCHMAL	SELTEN	NIE
WEBSEITEN VON					
KRANKENHÄUSERN (<i>N</i> = 300)	0,7%	8,5%	35,5%	16,3%	36,8%
WEBSEITEN BESTIMMTER					
ÄRZTE (<i>N</i> = 300)	0,3%	16,6%	33,9%	16,6%	30,3%
WEBSEITEN PHARMAZEUTISCHER					
UNTERNEHMEN (<i>n</i> = 299)	0,3%	0,3%	7,2%	21,2%	68,4%
WEBSEITEN VON					
MEDIENANBIETERN (<i>N</i> = 300)	0%	2,6%	18,6%	29,3%	47,2%
WEBSEITEN KOMMERZIELLER					
GESUNDHEITSSeiten (<i>N</i> = 300)	0%	4,2%	19,5%	28,3%	45,6%

In den Fünf Altersgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede in der Nutzungshäufigkeit der oben angeführten Webseiten. Webseiten von Medienanbietern ($\chi^2(12, N = 300) = 37,120, p < 0,001$), Regierungsseiten ($\chi^2(16, N = 297) = 54,387, p < 0,001$) und Webseiten bestimmter Ärzte ($\chi^2(16, N = 300) = 48,283, p < 0,001$) werden am häufigsten von Personen zwischen 35 und unter 45 Jahren aufgerufen.

8.3.5 Bevorzugte Inhalte

Im folgenden Punkt wird geklärt, nach welchen gesundheitsbezogenen Inhalten bevorzugt gesucht wird. Von großer Bedeutung scheint die Suche nach Symptomen und Krankheiten zu sein, 36,5% (*n* = 94) gaben an, dass dieses Thema sehr wichtig sei, sogar 46,9% (*n* = 144) finden dies eher wichtig. Auch das Thema psychische Gesundheit wird von 27% (*n* = 83) als sehr wichtig und von 28% (*n* = 86) als eher wichtig eingeschätzt. Ernährung, Bewegung und Gewichtskontrolle wird von 42% (*n* = 129) eher wichtig eingestuft und 37,5% (*n* = 115) meinen die Suche nach Informationen über bestimmte Gesundheitsexpertinnen und Spitäler sei eher wichtig. Als nicht so wichtig werden von den befragten Personen Informationen zu bestimmten Symptomen, um keine Gesundheitsexpertinnen aufsuchen zu müssen eingeschätzt. 13,7% (*n* = 42) schätzen dieses Thema als sehr unwichtig und 18,6% (*n* = 57) als eher unwichtig ein. Sechs Personen gaben an, welche sonstige Themen für sie bei der gesundheitsbezogenen Informationssuche eine

wichtige Rolle spielen, wobei allgemeines Interesse, Diagnose des Kindes googeln, Diagnose prüfen und Meinungen einholen, mögliche Behandlungsmethoden, unterrichtsbezogene Themen und Verständnisfragen zu der Diagnose genannt wurden. Tabelle 12 enthält eine genaue Auflistung der bevorzugten Themen.

Tabelle 12: Themen der gesundheitsbezogenen Online-Suche

	SEHR WICHTIG	EHER WICHTIG	WEDER WICHTIG NOCH UNWICHTIG	EHER UNWICHTIG	SEHR UNWICHTIG
SYMPTOME/KRANKHEITEN					
(n = 266)	30,6%	46,9%	5,5%	2%	1,6%
PSYCHISCHE GESUNDHEIT					
(n = 266)	27%	28%	16,3%	9,1%	6,2%
ALTERNATIVE HEILMETHODEN					
(n = 265)	24,8%	30,3%	16,6%	9,4%	5,2%
ERNÄHRUNG, BEWEGUNG, GEWICHTSKONTROLLE					
(n = 266)	17,6	42%	13,7%	6,8%	6,5%
GESUNDHEITSEXPERTINNEN, SPITÄLER					
(n = 265)	14%	37,5%	13,7%	13%	8,1%
MEDIKAMENTE					
(n = 266)	9,1%	28,7%	28,7%	11,7%	8,5%
INFORMATIONEN ÜBER SENSIBLES THEMA					
(n = 265)	9,1%	19,9%	40,7%	10,1%	6,5%
MÖGLICHE DIAGNOSEN					
(n = 266)	7,5%	26,1%	20,8%	18,6%	13,7%
INTERESSENSVERTRETUNGEN, SELBSTHILFEGRUPPEN					
(n = 265)	7,2%	23,1%	36,8%	13%	6,2%
SONSTIGES					
(n = 11)	1%	1,3%	1%	0%	0,3%

Hinsichtlich des Geschlechts und der gesundheitsbezogenen Themen die gesucht werden, konnte ein signifikanter Unterschied zwischen dem Geschlecht und der Suche nach Informationen über ein sensibles Thema gezeigt werden ($\chi^2(4, N = 265) = 23,985$,

$p < 0,001$). Eine größere Anzahl an Frauen als Männer schätzt die Suche nach sensiblen Themen als eher oder sehr wichtig ein.

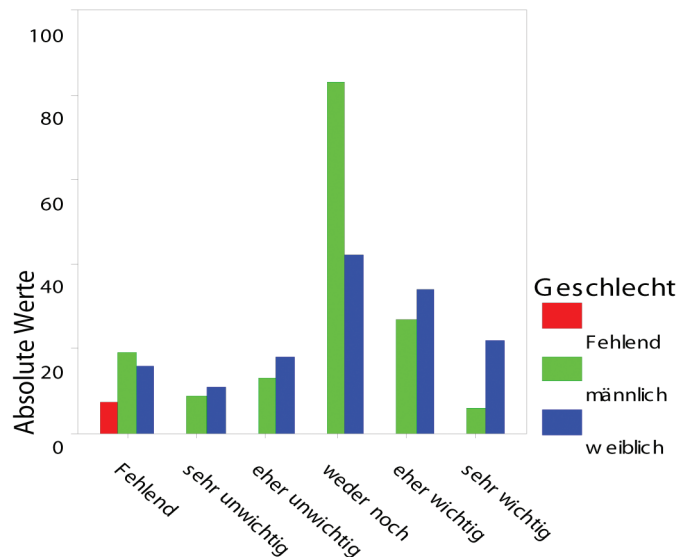


Abbildung 6: Informationen über sensible Themen und Geschlecht

8.3.6 Motive für die Online-Suche

Interessant sind auch mögliche Motive, warum Personen im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten recherchieren. Die Untersuchungsteilnehmerinnen hatten die Möglichkeit Mehrfachantworten zu geben. Der am meisten genannte Grund, warum online nach gesundheitsbezogenen Inhalten gesucht wird ist, sind Fragen die nach einem Besuch einer Gesundheitsexpertin auftreten. 38,1% ($n = 117$) der befragten Personen nannten diesen Grund. 33,9% ($n = 104$) gaben die Erkrankung einer bekannten Person als Motiv an, 25,1% ($n = 77$) nannten als Grund den Wunsch die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten umstellen zu wollen, 22,1% ($n = 68$) meinten eine neue Behandlung oder ein neues Medikament seien die Gründe für die Online-Suche, 21,1% ($n = 65$) haben keine Zeit, um Gesundheitsexpertinnen aufzusuchen, 14% ($n = 43$) suchen aus anderen Gründen nach Online-Gesundheitsinformationen, 12,1% ($n = 37$) leiden an einer chronischen Erkrankung und suchen deshalb nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet und nur 4,9% ($n = 15$) sehen die Pflege einer anderen Person als Motiv. 31 Personen spezifizierten sonstige Gründe für die Suche nach Online-Gesundheitsinformationen. Am häufigsten wurde ein allgemeines Interesse für Beruf und Schule angeführt, weiters wurden

die Krankheit eines Familienmitgliedes, Unterrichtsinhalte, Recherche und allgemeines Informationsbedürfnis, Symptomdiagnosen, Informationen bezüglich Gebärmutterhalskrebs, Interesse an unbekanntem Behandlungen und Kontrolle erwähnt.

Tabelle 13: Motive für die Online-Suche

MOTIVE	HÄUFIGKEIT
Krankheit diagnostiziert	16%
Erkrankung bei einer bekannten Person	33,9%
Neue Behandlung/Neues Medikament	22,1%
Chronische Erkrankung	12,1%
Fragen nach Besuch einer Gesundheitsexpertin	38,1%
Ernährungsumstellung/Bewegung	25,1%
Pflege einer anderen Person	4,9%
Keine Zeit um Gesundheitsexpertinnen aufzusuchen	21,1%
Andere Gründe	14%

Hinsichtlich des Geschlechts und des Motivs „Ich habe keine Zeit um Gesundheitsexpertinnen aufzusuchen“ konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($z = -4,477$, $p < 0,001$). Auch mittels Rangkorrelation nach Spearman konnte ein mittlerer, signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und diesem Motiv gezeigt werden ($\rho = -0,25$, $p < 0,001$) und zwar insofern, als Männer häufiger die fehlende Zeit, um Gesundheitsexpertinnen aufzusuchen als Motiv angaben.

8.3.7 Erfolg bei der Online-Suche

Insgesamt machten 250 Personen eine Angabe zu der Frage wie häufig es ihnen gelungen ist die gewünschte Information im Internet zu finden. 10,7% ($n = 33$) meinten es sei ihnen immer gelungen die richtigen Informationen zu finden, 53,4% ($n = 164$) gaben an meistens, 15,3% ($n = 47$) wählten die Antwortkategorie „hin und wieder“, 1,3% ($n = 4$) finden selten die gewünschten Informationen und zwei Personen (0,7%) gaben an nie die gewünschten Inhalte zu finden. 48 Personen (15,6%) gaben an im Internet nicht nach gesundheitsbezogenen Inhalten zu suchen.

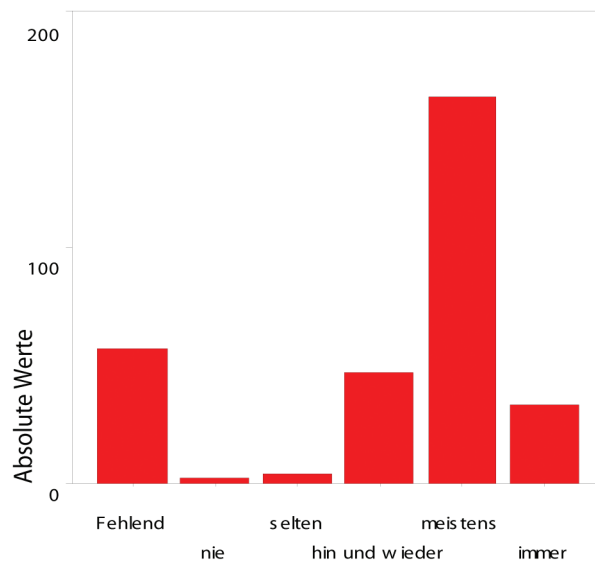


Abbildung 7: *Erfolg bei der Online-Suche*

Hinsichtlich des Geschlechts konnte kein Unterschied signifikanter Unterschied gezeigt werden ($t(25) = 0,843, p = 0,4$). Auch hinsichtlich der Altersgruppen ($F(4, 250) = 1,06, p = 0,377$) und der Bildungsgruppen ($F(3,293) = 3,168, p = 0,025$) zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Mittels der Rangkorrelation nach Spearman konnte ein schwacher, positiver Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der letzten Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten und der Häufigkeit einer erfolgreichen Suchen gezeigt werden ($\rho = 0,225, p < 0,001$). Je kürzer der Zeitraum zur letzten Online-Suche, desto größer ist der Erfolg bei der Informationssuche im Internet

8.3.8 Nützlichkeit der Online-Suche

299 der befragten Personen machten eine Angabe hinsichtlich der Nützlich gesundheitsbezogener Inhalte im Internet. 14,7% ($n = 45$) schätzen diese als sehr nützlich sein, 60,6% ($n = 186$) als eher nützlich, 18,2% ($n = 56$) meinten gesundheitsbezogenen Online-Information sei weder nützlich noch unnützlich, 2,9% ($n = 9$) schätzen diese Informationsmöglichkeit als eher unnützlich und drei Personen (1%) als sehr unnützlich ein.

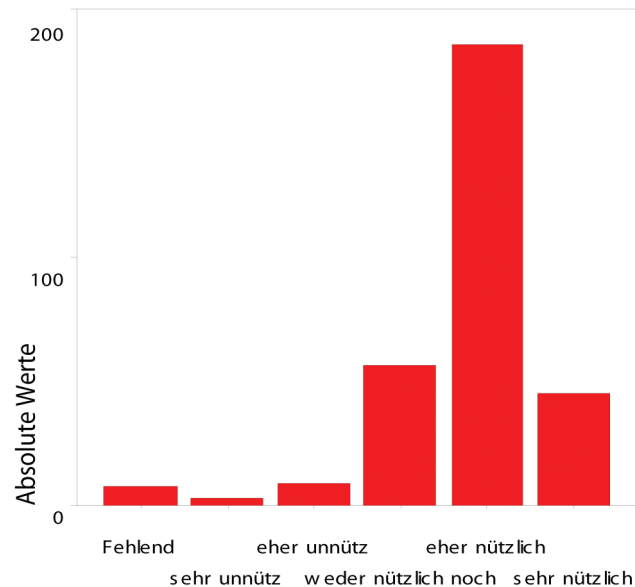


Abbildung 8: **Nützlichkeit gesundheitsbezogener Inhalte**

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Einschätzung der Nützlichkeit ($t(299) = -0,028, p = 0,978$). Hinsichtlich der vier Alterskategorien können große signifikante Unterschiede festgestellt werden ($F(4, 299) = 8,832, p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,107$) und zwar insofern, als das sich die 25 bis unter 35jährigen und die 45 bis unter 55jährigen in der Einschätzung der Nützlichkeit von der Gruppe der 55 bis 65 jährigen unterscheiden. In den Bildungskategorien konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden ($\chi^2(12, N = 287) = 28,232, p = 0,005$). Hinsichtlich des Zeitpunktes der letzten Suche nach Online-Informationen konnte auch bei der Einschätzung der Nützlichkeit signifikanter Zusammenhang gezeigt werden ($\rho = 0,308, p < 0,001$), das bedeutet je näher der Zeitpunkt der letzten Suche, desto höher ist die Einschätzung der Nützlichkeit. Weiters zeigte sich zwischen der Häufigkeit der Internetnutzung und der Einschätzung der Nützlichkeit gesundheitsbezogener Online-Informationen ein mittlerer signifikanter Zusammenhang ($\rho = 0,402, p < 0,001$), das bedeutet je häufiger Personen im Internet nach gesundheitsbezogenen Themen suche, desto nützlicher schätzen sie diese ein.

8.3.9 Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Inhalte im Internet

Die Frage nach der Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Inhalte im Internet beantworteten 297 Personen. Nur 3,3% ($n = 10$) halten diese für sehr glaubwürdig, 53,4% ($n = 164$) für eher glaubwürdig, 32,9% ($n = 101$) meinen gesundheitsbezogene Online-

Informationen seien weder glaubwürdig noch unglaubwürdig, 4,2% ($n = 13$) schätzen diese als eher unglaubwürdig und 2,9% ($n = 9$) als sehr unglaubwürdig ein.

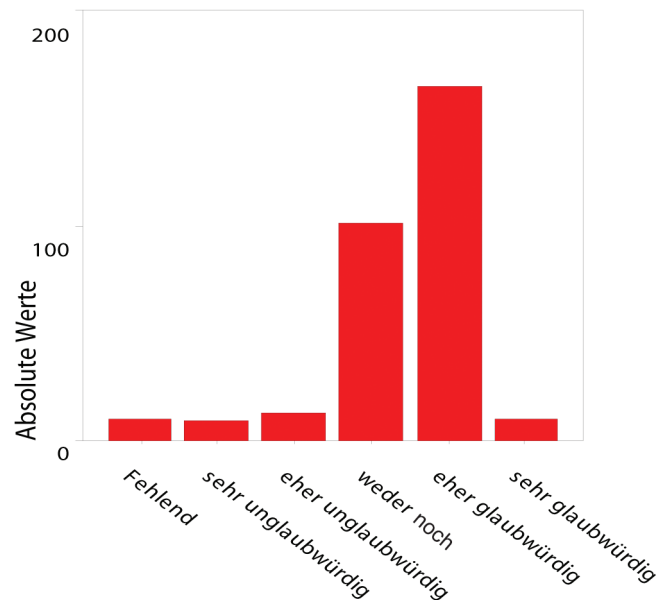


Abbildung 9: **Glaubhaftigkeit gesundheitsbezogener Inhalte**

Zwischen Männern und Frauen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($t(297) = 0,403, p = 0,687$). Auch hinsichtlich der Ausbildungskategorien ($F(3, 285) = 1,295, p = 0,277$) und der Altersgruppen ($F(4, 297) = 3,319, p = 0,011$) konnten keine Signifikanzen festgestellt werden. Mittels der Rangkorrelation nach Spearman konnte ein schwacher, positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der allgemeinen Internetnutzung und der Einschätzung der Glaubwürdigkeit gezeigt werden ($\rho = 0,204, p < 0,001$). Je häufiger Personen online sind, desto glaubwürdiger schätzen sie gesundheitsbezogene Inhalte im Internet ein. Es zeigte sich aber auch ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung und der Einschätzung der Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Online-Informationen ($\rho = 0,337, p < 0,001$). Je häufiger Personen nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet suchen, desto glaubwürdiger schätzen sie diese ein

8.4 Einfluss auf die persönliche Gesundheitsversorgung

In diesem Punkt wird darauf eingegangen, ob gesundheitsbezogene Online-Informationen einen Einfluss auf persönliche Gesundheitsentscheidungen ausüben, ob diese zu einer Verbesserung der eigenen Gesundheitsvorsorge beitragen und ob es in Folge zu einer stärkeren oder geringeren Besorgnis hinsichtlich der persönlichen Gesundheit kommt.

8.4.1 Einfluss auf persönliche Gesundheitsentscheidungen

In welchem Ausmaß gesundheitsbezogene Inhalte einen Einfluss auf Entscheidungen die hinsichtlich der eigenen Gesundheit getroffen werden ausüben, wurde mittels einer visuellen Analogskala abgebildet. Diese inkludiert die Pole „gar keinen Einfluss“ und „sehr viel Einfluss“. 253 Personen machten bei diesem Item eine gültige Angabe, der Mittelwert beträgt 1,73 und die Standardabweichung 0,964. 52,4% ($n = 161$) der befragten Personen meinten diese Informationen hätten gar keinen bis einen mittleren Einfluss auf ihre Gesundheitsentscheidungen. 30% ($n = 92$) gaben an, dass gesundheitsbezogene Online-Information etwas bis sehr viel Einfluss habe. Hinsichtlich des Geschlechts konnte mittels t-Test für unabhängige Stichproben kein signifikanter Unterschied gezeigt werden ($t(253) = -0,687$, $p = 0,492$). Auch in den fünf Altersgruppen ($\chi^2(4, N = 253) = 7,238$, $p = 0,124$) und in den Bildungskategorien ($F(3, 241) = 0,172$, $p = 0,915$) konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Einflusses der gesundheitsbezogenen Inhalte im Internet auf die persönliche Gesundheitsversorgung ausüben gezeigt werden. Weiters konnte zwischen der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der Stärke des Einflusses kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($\rho = 0,026$, $p = 0,679$). Ein schwacher, positiver Zusammenhang ($\rho = 0,234$, $p < 0,001$) konnte zwischen dem Zeitpunkt der letzten Online-Suche und dem Einfluss, den gesundheitsbezogene Inhalte aus dem Internet auf die eigene Gesundheitsversorgung ausüben, gezeigt werden. Je näher der Zeitpunkt der letzten Online-Suche, desto größer wird der Einfluss auf die Gesundheit wahrgenommen. Weiters zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Online-Suche und dem Einfluss den diese Informationen auf die Gesundheitsversorgung ausüben ($\rho = 0,228$, $p < 0,001$). Je häufiger Personen nach Online-Gesundheitsinformationen suchen, desto

stärker ist der Einfluss den diese Informationen auf die eigene Gesundheitsversorgung ausüben.

8.4.2 Verbesserung der persönlichen Gesundheitsvorsorge

Ob die persönliche Gesundheitsvorsorge durch gesundheitsbezogene Online-Informationen gar nicht, mittel oder stark verbessert wird, wird auch hier wieder mittels visueller Analogskala abgebildet. Inkludiert sind die Werte 1 („gar nicht verbessert bis mittel“), 2 („weder noch“) und 3 („etwas bis stark verbessert“). 251 Personen gaben bei diesem Item eine gültige Antwort. Der Mittelwert beträgt 1,64 ($SD = 0,933$). 55,4% ($n = 170$) der Untersuchungsteilnehmerinnen ($n = 251$) meinten ihre persönliche Gesundheitsvorsorge sei gar nicht bis mittel verbessert worden, 26,1% ($n = 80$) gaben an, dass ihre Gesundheitsvorsorge hätte sich etwas bis stark verbessert und eine Person (0,3%) ist der Meinung weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung wahrzunehmen. Mittels T-Test für unabhängige Stichproben konnte kein signifikanter Unterschied ($t(251) = 0,488, p = 0,626$) zwischen Männern und Frauen gezeigt werden. Auch zwischen den fünf Altersgruppen konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Verbesserung der persönlichen Gesundheitsvorsorge festgestellt werden ($\chi^2(4, N = 251) = 5,096, p = 0,278$). Weiters konnten mittels Kruskal-Wallis-Test hinsichtlich der vier Bildungskategorien keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden ($\chi^2(3, N = 239) = 3,32, p = 0,345$). Zwischen der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ($D = 0,034, p = 0,594$) und der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge durch gesundheitsbezogene Online-Information zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang.

8.4.3 Vermehrte/Verringerte Besorgnis bezüglich des persönlichen Gesundheitszustandes

Weiters interessiert, ob es durch gesundheitsbezogene Inhalte im Internet zu einer verringerten oder vermehrten Besorgnis hinsichtlich des persönlichen Gesundheitszustandes kommt. Auch hier wurde eine visuelle Analogskala mit den beiden Polen „etwas besorgter bis mehr besorgt“ und „etwas weniger besorgt bis weniger besorgt“. 248 Personen machten beantworteten diese Frage. 67,4% ($n = 207$) gaben, an etwas

weniger bis weniger besorgt zu sein, 13% ($n = 40$) meinten sie wären etwas bis mehr besorgt bezüglich der eigenen Gesundheit und eine Person (0,3%) gab an sie wäre weder besorgter noch unbesorgter durch gesundheitsbezogene Online-Informationen. Zwischen Männern und Frauen kann hinsichtlich der Besorgnis bezüglich ihres Gesundheitszustandes kein signifikanter Unterschied gezeigt werden ($t(248) = 1,403, p = 0,162$). Auch zwischen den fünf Altersgruppen konnten mittels einfaktorieller Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede ($F(4, 248) = 0,895, p = 0,468$) gezeigt werden, genauso verhält es sich bezüglich der vier Alterskategorien ($\chi^2(3, N = 237) = 6,07, p = 0,108$). Hinsichtlich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der Besorgnis bezüglich persönlicher Gesundheit zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($\rho = -0,045, p = 0,478$). Weiters interessiert, ob der Zeitpunkt der letzten Online-Suche mit der Besorgnis hinsichtlich persönlicher Gesundheit zusammenhängt. Es konnten keine Signifikanz festgestellt werden ($\rho = -0,066, p = 0,306$).

8.5 Einfluss auf die Gesundheitsexpertinnen-Patientinnen-Beziehung

Im folgenden Punkt wird untersucht, ob die Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet einen Einfluss auf die Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen hat. Weiters soll erörtert werden, ob ein Zusammenhang mit dem Aufsuchen von Ärztinnen besteht und wenn ja, ob die Online-Suche vor oder nach dem Arztbesuch erfolgt. Außerdem ist von Interesse, ob mit den Ärztinnen über gefundene Gesundheitsinformationen gesprochen wird und in welchem Ausmaß sich die Gesundheitsexpertinnen dafür interessieren. Als Letztes ist von Bedeutung, ob die Untersuchungsteilnehmerinnen eine positive oder eher negative Patientinnen-Ärztinnen-Beziehung wahrnehmen.

8.5.1 Zeitpunkt der Suche nach Gesundheitsinformationen

249 Untersuchungsteilnehmerinnen machten eine Angabe zu der Frage nach dem Zeitpunkt der gesundheitsbezogenen Online-Suche. Ein Großteil der befragten Personen, 18,2% ($n = 56$), gab an vor der Kontaktaufnahme mit einer Gesundheitsexpertin

nach Informationen zu suchen, 6,5% ($n = 20$) suchen nach der Kontaktaufnahme, 5,5% ($n = 17$) meinten sie würden statt einer Kontaktaufnahme suchen. 156 Personen (50,8%) gaben an ihre Suche stünde in keinem Zusammenhang mit Gesundheitsexpertinnen. Zwischen Männern und Frauen konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich des Zeitpunktes der Online-Suche gezeigt werden ($t(249) = 2,288, p = 0,023$). Die fünf Alterskategorien weisen keine signifikanten Unterschiede auf ($\chi^2(4, N = 249) = 3,352, p = 0,501$), genauso die vier Bildungskategorien ($F(3, 238) = 0,163, p = 0,921$). Hinsichtlich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und dem Zeitpunkt der Online-Suche zeigte sich auch kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,015, p = 0,841$).

8.5.2 Gespräch mit Gesundheitsexpertinnen

295 der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) beantwortete die Frage, ob und wie oft sie innerhalb des letzten Jahres mit ihrer Ärztin über die gefundenen Online-Informationen gesprochen haben. 66,4% ($n = 204$) gaben an, nie mit ihren ÄrztInnen über gesundheitsbezogene Information zu sprechen, 16,3% ($n = 50$) manchmal, 11,1% ($n = 34$) selten, 2% ($n = 6$) häufig und eine Person (0,3%) gab an immer mit ihrer Gesundheitsexpertin über recherchierte Informationen zu sprechen. Zwischen Männern und Frauen konnte diesbezüglich kein signifikanter Unterschied gezeigt werden ($t(295) = -0,264, p = 0,792$). Auch zwischen den vier Altersgruppen ($\chi^2(4, N = 295) = 9,527, p = 0,049$) und den fünf Bildungskategorien ($\chi^2(3, N = 283) = 6,113, p = 0,106$) bestehen keine signifikanten Unterschiede. Interessant ist auch, ob die Häufigkeit mit der nach gesundheitsbezogenen Informationen gesucht wird mit der Häufigkeit, mit der mit Gesundheitsexpertinnen gesprochen wird zusammenhängt. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($p = 0,304, p < 0,001$). Je häufiger Personen nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet suchen, desto häufiger sprechen sie auch mit ihrer Ärztin darüber.

8.5.3 Interesse der Gesundheitsexpertinnen

Das wahrgenommene Interesse der Gesundheitsexpertinnen bezüglich der gesundheitsbezogenen Information aus dem Internet wurde mittels visueller Analogskala mit den beiden Polen „nicht interessiert“ und „sehr interessiert“ abgebildet. Die Skala inkludierte

die Werte 1 („nicht interessiert bis etwas interessiert“), 2 („mittel“) und 3 („etwas interessiert bis sehr interessiert“). 96 Personen (31,3%) der 300 Untersuchungsteilnehmerinnen beantworteten die Frage, wie interessiert ihre Ärztin an denen im Internet recherchierten Informationen war. Der Mittelwert beträgt 2,051 und die Standardabweichung 0,999. 64,5% ($n = 198$) gaben an nicht mit ihrer Ärztin über gesundheitsbezogene Inhalte aus dem Internet gesprochen zu haben. 16,3% ($n = 50$) antworteten, dass ihre Ärztin sehr interessiert an den Online-Informationen sei, 14,7% ($n = 45$) meinten etwas bis kein Interesse wahrgenommen zu haben und nur eine Person (0,3%) machte die Angabe „mittel“. Zwischen Frauen und Männern konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden ($t(96) = 0,683, p = 0,496$). Auch hinsichtlich der Altersgruppen ($\chi^2(4, N = 96) = 8,19, p = 0,085$) und den vier Ausbildungskategorien ($F(3, 91) = 1,19, p = 0,138$) zeigten sich keine Signifikanzen. Interessant ist auch ob zwischen der Häufigkeit, mit der die im Internet gefundenen Informationen mit einer Gesundheitsexpertin besprochen werden mit deren Interesse zusammenhängen. Es konnte hinsichtlich dieses Aspektes kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden ($\rho = 0,084, p = 0,421$).

8.5.4 Zustimmung der Gesundheitsexpertinnen

Die Zustimmung der Gesundheitsexpertinnen zu den im Internet recherchierten Informationen wurde ebenfalls mit einer visuellen Analogskala mit den Polen „stimmte nicht zu“ und „stimmte zu“ erhoben. Die Skala enthielt die Werte 1 („stimmte nicht zu bis stimmte etwas weniger zu“), 2 („mittel“) und 3 („stimmte etwas zu bis stimmte zu“). Die durchschnittliche Wahrnehmung der Untersuchungsteilnehmerinnen ($n = 96$) hinsichtlich Zustimmung beträgt 2,5 ($SD = 0,871$). 23,5% ($n = 72$) der befragten Personen waren der Meinung ihre Gesundheitsexpertin stimmte etwas zu bis stimmte zu und 7,8% ($n = 24$) gaben an auf keine bis etwas weniger Zustimmung gestoßen zu sein. Bezüglich des Geschlechts zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($t(96) = -0,585, p = 0,56$). Ebenso konnten in den Altersgruppen ($F(4, 96) = 0,689, p = 0,601$) und in den Bildungskategorien ($\chi^2(3, N = 92) = 6,663, p = 0,038$) keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Hinsichtlich der Häufigkeit, mit der mit einer Ärztin über gesundheitsbezogene Online-Information gesprochen wird und deren Zustimmung zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($\rho = -0,098, p = 0,354$).

8.5.5 Veränderungen der Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung

Inwiefern die Ärztin-Patientin-Beziehung durch gesundheitsbezogene Internetnutzung beeinflusst wird, das bedeutet ob es zu einer Verschlechterung oder Verbesserung kommt wurde wieder mittels visueller Analogskala erfasst. Diese inkludierte die Werte 1 („stark verschlechtern bis etwas verschlechtern“), 2 („weder noch“) und 3 („etwas verbessern bis stark verbessern“). 237 der 300 Untersuchungsteilnehmerinnen beantworteten diese Frage, wobei der durchschnittliche Wert bei 1,99 ($SD = 0,991$) liegt. 38,1% ($n = 117$) meinten die Beziehung zu ihrer Ärztin würde sich stark bis etwas verschlechtern, 1,6% ($n = 5$) gaben an es sei weder zu einer Verbesserung noch zu einer Verschlechterung gekommen und 37,5% ($n = 115$) waren der Meinung die Beziehung würde sich durch gesundheitsbezogene Online-Informationen etwas bis stark verbessern. Hinsichtlich Männern und Frauen zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($t(237) 0,663, p = 0,508$). Auch zwischen den Altersgruppen ($\chi^2(4, N = 237) = 9,35, p = 0,053$) und den vier Bildungskategorien ($F(3, 226) = 3,42, p = 0,018$) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich der Bewertung des Interesses der Gesundheitsexpertin bezüglich der online recherchierten Informationen und der Einschätzung, ob gesundheitsbezogene Information die Ärztin-Patientin-Beziehung verbessern oder verschlechtern, zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($\rho = 0,151, p = 0,176$).

8.6 Partizipation an Online-Kommunikationsformen

In Bezug auf partizipatives Verhalten im Internet, interessiert, welche Partizipationsmöglichkeiten im Internet genutzt werden und welche Funktionen die Teilnehmerinnen dieser Untersuchung in den virtuellen Foren übernehmen.

8.6.1 Internetforen

299 der 300 befragten Personen machten eine Angabe zu der Frage, ob sie Internetforen nutzen, 147 spezifizierten die dort ausgeübte Funktion. Ungefähr die Hälfte der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$), 49,2% ($n = 151$), gaben an Internetforen nie zu nutzen, 22,8% ($n = 70$) tun dies selten, 15,3% ($n = 47$) manchmal, 7,8% ($n = 24$) häufig und

7 Personen ($n = 2,3$) nutzen Internetforen oft. Hinsichtlich der Funktion die die befragten Personen in Internetforen übernehmen, meinten 30,3% ($n = 93$) sie seien Besucherinnen, 15,6% ($n = 48$) sind als Mitglied registriert und 2% ($n = 6$) übernehmen eine aktive Rolle als Moderatorin oder Administratorin. Zwischen Männern und Frauen konnte hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung von Internetforen ($t(299) = 1,426, p = 0,155$) und der dort übernommenen Funktion ($t(147) = 2,281, p = 0,024$) konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Zwischen den fünf Altersgruppen und der Frequenz der Nutzung von Internetforen zeigen sich signifikante Unterschiede ($\chi^2(4, N = 299) = 46,129, p < 0,001$). Personen zwischen 15 und unter 35 Jahren nutzen Internetforen am häufigsten, bei der Gruppe der 55 bis 65jährigen gab ein Großteil ($n = 29$) an Internetforen nie zu nutzen, eine Person aus dieser Gruppe tut dies selten und nur drei manchmal. Hinsichtlich der ausgeübten Funktion zeigten sich zwischen den Alterskategorien keine signifikanten Unterschiede ($F(4, 147) = 0,303, p = 0,876$). Auch zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Bildungskategorien und der Häufigkeit der Nutzung von Internetforen kein signifikanter Unterschied ($F(3, 287) = 0,345, p = 0,793$) beziehungsweise der dort ausgeübten Funktion ($F(3, 137) = 0,423, p = 0,737$). Hinsichtlich der Häufigkeit der Internetnutzung und der Häufigkeit der Nutzung von Internetforen konnte ein schwacher, positiver Zusammenhang ($\rho = 0,253, p < 0,001$) festgestellt werden. Das bedeutet Personen die häufiger online sind partizipieren auch häufiger in Internetforen.

8.6.2 Gesundheitsforen

Ein Großteil jener Personen, die die Frage nach der Nutzung von Gesundheitsforen beantworteten gaben an Gesundheitsforen nie zu nutzen 67,4% ($n = 207$). 20,5% ($n = 63$) nutzen diese selten, 8,1% ($n = 25$) manchmal, 3 Personen (1%) häufig und nur eine Person (0,3%) gab an Gesundheitsforen oft zu nutzen. 93 Personen spezifizierten die dort ausgeübte Funktion, wobei 24,8% ($n = 76$) angaben Besucherin zu sein, 4,6% ($n = 14$) sind als registriertes Mitglied online und 3 Personen (1%) administrieren oder moderieren in Gesundheitsforen. Hinsichtlich Männern und Frauen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der Nutzung von Gesundheitsforen ($t(299) = -1,484, p = 0,139$). Genauso verhält es sich bezüglich der dort übernommenen Funktion ($t(93) = 1,621, p = 0,108$). In den fünf Alterskategorien konnte ein signifikanter Unterschied in der Nut-

zungshäufigkeit von Internetforen gezeigt werden ($\chi^2 (16, N = 299) = 34,092, p < 0,005$). Zwischen den einzelnen Bildungsgruppen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($\chi^2 (12, N = 287) = 22,561, p = 0,032$). Interessant ist auch, ob zwischen der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der Häufigkeit der Nutzung von Gesundheitsforen ein Zusammenhang besteht. Diesbezüglich konnte kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden ($\rho = 0,038, p = 0,508$). Hinsichtlich der Häufigkeit der Internetnutzung und der Nutzung von Gesundheitsforen zeigte sich ein schwacher, positiver Zusammenhang gezeigt werden ($\rho = 0,201, p < 0,001$). Je häufiger Personen online sind, desto häufiger nutzen sie auch Gesundheitsforen.

8.6.3 Online-Chats

206 Personen machten eine Angabe hinsichtlich der Frage wie häufig sie Online-Chats nutzen. 67,1% ($n = 206$) tun dies nie, 13,7% ($n = 42$) meinten selten Gesundheitschats zu nutzen, 10,7% ($n = 33$) chatten manchmal, 3,3% ($n = 10$) häufig und 7 Personen (2,3%) wählten die Antwortmöglichkeit „oft“. 92 Personen spezifizierten die dort ausgeübte Funktion, wobei 13,7% ($n = 42$) Besucherinnen sind, 14,7% ($n = 45$) gaben an registrierte Mitglieder zu sein und 5 Personen (1,6%) administrieren oder moderieren Chats. Mittels U-Test von Mann und Whitney konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Nutzung von Online-Chats gezeigt werden ($z (298) = -3,097, p < 0,005$), wobei Männer häufiger chatten als Frauen. Hinsichtlich der dort übernommenen Funktion unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant voneinander ($t (92) = 0,63, p = 0,53$). Hinsichtlich der fünf Altersgruppen zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($\chi^2 (16, N = 298) = 46,621, p < 0,001$), wobei die 15 bis unter 35jährigen häufiger chatten als die anderen Untersuchungsteilnehmerinnen ($n = 298$) und die 55 bis 65jährigen bis auf eine Person angaben „nie“ zu chatten. Hinsichtlich der Bildungsgruppen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($F (3, 286) = 2,748, p = 0,043$). Auch unterscheiden sich die vier Bildungsgruppen hinsichtlich der im Chat übernommenen Funktion nicht signifikant voneinander ($F (3, 84) = 0,342, p = 0,795$).

8.6.4 Online-Chats zu gesundheitsbezogenen Themen

297 Personen machten eine Angabe zu der Frage wie häufig sie an Online-Chats zu gesundheitsbezogenen Themen teilnehmen, 29 Personen spezifizierten die dort übernommene Funktion. 88,3% ($n = 271$) nehmen nie teil an Online-Chats zu gesundheitsbezogenen Themen, 4,2% ($n = 13$) selten, 1,6% ($n = 5$) manchmal, 2% ($n = 6$) häufig und zwei Personen (0,7%) gaben an oft über gesundheitsbezogene Themen zu chatten. Hinsichtlich der ausgeübten Funktion sind 5,2% ($n = 16$) Besucherinnen, 2,6% ($n = 8$) sind als registriertes Mitglied im Chat und 1,6% ($n = 5$) gaben an eine aktive Rolle als Administratorin oder Moderatorin inne zu haben. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit dieser Form von Chats ($t(297) = 0,05$, $p = 0,96$) auch in der ausgeübten Funktion konnten keine Unterschiede gezeigt werden ($t(29) = -1,112$, $p = 0,276$). In den fünf Altersgruppen konnten auch keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden ($\chi^2(16, N = 297) = 20,032$, $p = 0,219$). Genauso verhält es sich hinsichtlich der übernommenen Funktion ($F(4, 29) = 0,350$, $p = 0,835$). Auch bezüglich der vier Ausbildungskategorien konnte kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung von Chats zu gesundheitsbezogenen Themen gezeigt ($\chi^2(12, N = 285) = 14,168$, $p = 0,29$) und in der übernommenen Funktion ($F(2, 26) = 3,169$, $p = 0,061$) gezeigt werden. Hinsichtlich der Einschätzung der persönlichen Gesundheit und der Nutzungshäufigkeit dieser Form von Chats zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($r = 0,053$, $p = 0,366$).

8.6.5 Nutzung von Newsgroups

Von Interesse ist in dieser Untersuchung, ob sich die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) an Diskussionen in Newsgroups zu bestimmten Gesundheitsthemen beteiligen. 298 der befragten Person machten eine Angabe bei diesem Item, wobei 84% ($n = 258$) angaben nie an Newsgroups teilzunehmen, 10,1% ($n = 31$) tun dies selten, 2,6% ($n = 8$) manchmal und nur eine Person gab an oft Newsgroups zu gesundheitsbezogenen Themen zu nutzen. Zwischen Männern und Frauen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Nutzung von Newsgroups ($t(298) = -0,445$, $p = 0,656$), genauso konnten in den fünf Altersklassen ($\chi^2(4, N = 298) = 12,504$, $p = 0,014$) und in den Bildungsgruppen ($F(3, 286) = 0,863$, $p = 0,46$) keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Hinsichtlich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der

Häufigkeit der Nutzung von Newsgroups zeigte sich auch kein signifikanter Zusammenhang ($\rho = 0,057$, $p = 0,327$).

8.6.6 Uploaden gesundheitsbezogener Information

Zur Frage, ob die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) gesundheitsbezogene Informationen für andere Personen im Internet zu Verfügung stellen, machten 297 der befragten Personen eine gültige Angabe. 90,6% ($n = 278$) meinten nie gesundheitsbezogene Inhalte für andere Internet-Nutzerinnen ins Netz zu stellen, 2% ($n = 6$) tun dies selten, 2,9% ($n = 9$) manchmal, 1% ($n = 3$) häufig und eine Person (0,3%) gab an oft gesundheitsbezogene Information für andere Personen zu Verfügung zu stellen. Zwischen Männern und Frauen konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden ($t(297) = 0,627$, $p = 0,531$). Auch hinsichtlich der Altersgruppen ($F(4, 297) = 0,87$, $p = 0,482$) und Bildungskategorien ($F(3, 285) = 0,191$, $p = 0,903$) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Von Interesse ist auch, ob die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes mit der Häufigkeit des zu Verfügung stellen von Gesundheitsinformationen zusammenhängt. Diesbezüglich zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($\rho = -0,018$, $p = 0,757$).

8.6.7 Partizipation an Online-Selbsthilfegruppen

Nur sehr wenige jener Personen, die die Frage bezüglich der Partizipation an Online-Selbsthilfegruppen beantworteten ($n = 299$), gaben an oft an dieser Art Internetforum (0,7%, $n = 2$) oder häufig (2%, $n = 6$) teilzunehmen. Der Großteil der befragten Personen (92,5%, $n = 284$) tun dies nie, selten (1,3%, $n = 4$) oder manchmal (1%, $n = 3$). Hinsichtlich Männern und Frauen ($t(299) = -0,587$, $p = 0,558$), den fünf Altersgruppen ($\chi^2(4, N = 297) = 1,741$, $p = 0,783$) und den Bildungsgruppen ($F(3, 287) = 0,756$, $p = 0,52$) konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden. Auch besteht zwischen der Häufigkeit der Internetnutzung ($\rho = 0,087$, $p = 0,135$) beziehungsweise der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ($\rho = 0,019$, $p = 0,724$) und der Teilnahme an Online-Selbsthilfegruppen kein signifikanter Zusammenhang.

8.6.8 Nutzung von Mailinglisten

Zur Frage, ob die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) gesundheitsbezogenen Informationen aus Mailinglisten beziehen, machten 297 Personen eine Angabe. Aus den Ergebnissen wird deutlich sichtbar, dass in dieser Stichprobe diese Form von elektronischer Informations-übermittlung nicht sehr häufig verwendet wird. Keine der befragten Personen gab an oft oder häufig Informationen aus Mailinglisten zu beziehen, 7 Personen (2,3%) tun dies manchmal, 5,2% ($n = 16$) selten und die restlichen 89,3% ($n = 274$) nie. Zwischen Männern und Frauen ($t(297) = 0,731, p = 0,465$), den fünf Altersklassen ($\chi^2(4, N = 297) = 7,516, p = 0,111$) und den Bildungsgruppen ($F(3, 285) = 0,506, p = 0,678$) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Weiters zeigten sich zwischen der Häufigkeit der Internetnutzung ($p = 0,093, p = 0,11$) beziehungsweise der Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes ($p = 0,046, p = 0,432$) und der Nutzung von Mailinglisten keine signifikanten Zusammenhänge.

8.7 Partizipation an Organisationen

In diesem Punkt wird erörtert, ob die Untersuchungsteilnehmerinnen Mitglied von Vereinen oder Organisationen sind, wie lange bereits diese Mitgliedschaft besteht und welche Funktionen in diesem Zusammenhang ausgeübt werden. 115 der 300 Untersuchungsteilnehmerinnen gaben an in einem Verein aktiv zu sein. Nicht alle Personen die angaben Mitglied eines Vereins zu sein, nannten auch die Anzahl der Vereine, 39 Personen spezifizierten in wie vielen Vereinen sie tätig sind. Durchschnittlich partizipieren die befragten Personen in 2,03 Organisationen ($SD = 1,619$, Minimum = 1, Maximum = 8). Folgende Tabelle bietet einen Überblick

ANZAHL DER VEREINE	HÄUFIGKEIT	PROZENT
1	17	5,5%
2	14	4,6%
3	4	1,3%
4	1	0,3%
8	2	0,7%

Tabelle 14: Anzahl der Mitgliedschaften

Hinsichtlich der Geschlechter zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Vereinsmitgliedschaften ($t(38) = -0,279, p = 0,768$). Auch in den Altersgruppen ($F(4, 38) = 0,301, p = 0,875$) und in den Bildungskategorien ($F(3, 38) = 0,401, p = 0,753$) konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden. 79 Personen gaben eine oder mehrere genaue Bezeichnungen der Organisation oder Vereine an, in denen sie Mitglied sind. Angaben wurden aufgrund des besseren Überblicks in Subgruppen eingeteilt.

Tabelle 15: Vereine & Organisationen

VEREINE & ORGANISATIONEN	HÄUFIGKEIT
Sportvereine	28
Non-Profit-Organisationen	2
Politische Organisationen	7
Karitative Organisationen	2
Gemeinnützige Vereine	6
Kunst & Kultur	12
Freizeitvereine bezüglich spezieller Interessen (z.B. Modellflug)	3
Traditionsvereine (z.B. Musikkapelle, Kammeradschaft)	4
Sonstiges	4

8.8 Empowert durch gesundheitsbezogene Inhalte im Internet

Im folgenden Abschnitt soll geklärt werden, ob die Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet zur Entwicklung von gesundheitsbezogenen und allgemeinen Empowerment beiträgt, welches mittels des Health Care Empowerment Questionnaire (Gagnon et al., 2006) und mittels der Making Decisions Scale von Rogers und Kolleginnen (1997) als eigenständige Outcome-Variable erfasst wurde. Der durchschnittliche Mittelwert der Making Decisions Scale beträgt 2,848 ($SD = 0,324$ Minimum = 1,73, Maximum = 3,67). Die Untersuchungsteilnehmerinnen dieser Untersuchung weisen im Faktor 1 „Selbstwirksamkeit und Autonomie“ ($MD = 3,463, SD = 0,384$), im Faktor 2 „Selbstbewusstsein und Optimismus“ ($MD = 3,232, SD = 0,461$) und im Faktor 5 „Gemeinschaftliches Enga-

gement und Kontrolle über die Zukunft“ ($MD = 3,062$, $SD = 0,583$) die höchsten Werte auf. Zwischen den einzelnen Faktoren konnte mittels Friedmann-Test signifikante Unterschiede gezeigt werden ($\chi^2(4, N = 299) = 560,765$, $p < 0,001$). Hinsichtlich des Health Care Empowerment Questionnaire konnte ein Durchschnittswert von 2,916 gezeigt werden ($SD = 0,533$, Minimum = 1,21, Maximum = 4). Die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) weisen den höchsten Durchschnittswert ($MD = 3,402$, $SD = 0,541$) im Faktor 2 „Kontrollmotivation in“ Bezug auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen und in Anspruch genommenen Leistungen“ auf. Auch die Kontrollwahrnehmung und Kontrollmotivation in Bezug auf Involvierung in Interaktionen liegt noch eher im höheren Bereich ($MD = 2,916$, $SD = 0,819$). Hinsichtlich der Kontrollwahrnehmung in Bezug auf die Beteiligung an Entscheidungsprozessen ($MD = 2,578$, $SD = 0,737$) und der Kontrollwahrnehmung in Bezug auf in Anspruch genommene Leistungen ($MD = 2,768$, $SD = 0,693$) weisen die befragten Personen einen mittleren Wert auf. Mittels Friedmann-Test konnten auch hier signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden ($\chi^2(3, N = 300) = 304,314$, $p < 0,001$). Hinsichtlich der beiden Empowerment-Werte kann mittels der Korrelation nach Pearson ein mittlerer, positiver Zusammenhang gezeigt werden ($r(299) = 0,423$, $p < 0,001$). Das bedeutet, dass eine hohe Ausprägung im allgemeinen Empowerment mit einer hohen Ausprägung im gesundheitsbezogenen Empowerment einhergeht.

8.8.1 Demographische Variablen und Empowerment

Im folgenden Punkt soll geklärt werden, ob signifikante Mittelwertunterschiede hinsichtlich der soziodemographischer Variablen in den beiden Empowerment-Werten bestehen. Weiters wurden, um eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse zu gewährleisten, auch Mittelwertunterschiede in den einzelnen Faktoren der beiden Empowerment-Instrumente hinsichtlich soziodemographischer Variablen berechnet.

Hinsichtlich des Geschlechts konnten weder im allgemeinen ($t(299) = 0,482$, $p = 0,63$) noch im gesundheitsbezogenen ($t(300) = 0,329$, $p = 0,743$) Empowerment signifikante Unterschiede gezeigt werden. Die Auswertung der einzelnen Faktoren der Making Decision Scale und des Health Care Empowerment Questionnaire zeigte keine signifi-

kanten Mittelwertunterschiede hinsichtlich Männern und Frauen.

Hinsichtlich der fünf Altersgruppen konnten im allgemeinen ($F(4, 299) = 4,046, p < 0,005$ und $\eta^2 = 0,052$) und im gesundheitsbezogenen Empowerment ($F(4, 300) = 4,488, p < 0,005$ und $\eta^2 = 0,057$) mittlere signifikante Unterschiede gezeigt werden. 25 bis unter 35jährige Personen verfügen über den höchsten Wert im allgemeinen Empowerment. Der gesundheitsbezogene Empowerment-Wert ist bei Personen zwischen 15 und unter 25 Jahren signifikant niedriger als bei Personen zwischen 25 und unter 45 Jahren. Abbildung 10 und 11 bieten einen genauen Überblick.

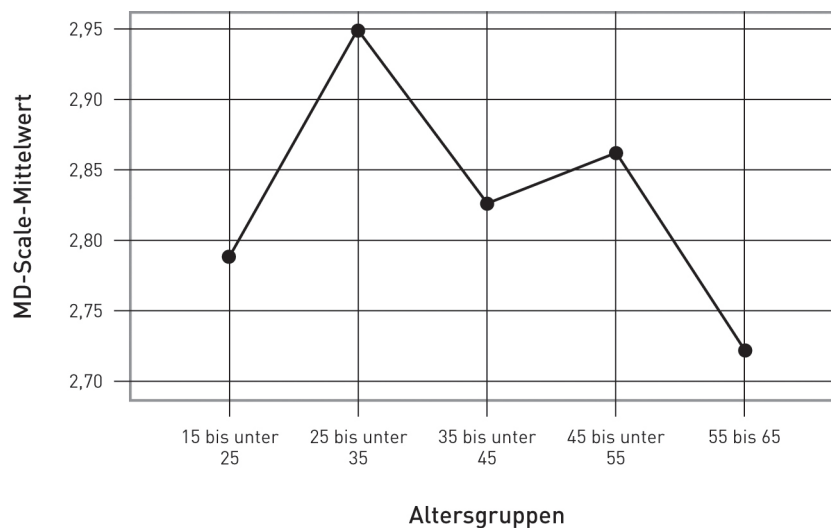


Abbildung 10: **Alter und allgemeines Empowerment**

Mittlere signifikante Unterschiede zeigten sich auch in den einzelnen Faktoren des HCEQ hinsichtlich der Altersgruppen. Die 15 bis unter 25jährigen und die 25 bis unter 35jährigen unterscheiden sich im Faktor 2 „Kontrollmotivation in Bezug auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen und in Anspruch genommenen Leistungen“ signifikant voneinander ($F(4, 300) = 5,388, p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,068$) und zwar weist die Gruppe der 25 bis unter 35jährigen einen höheren Wert auf.

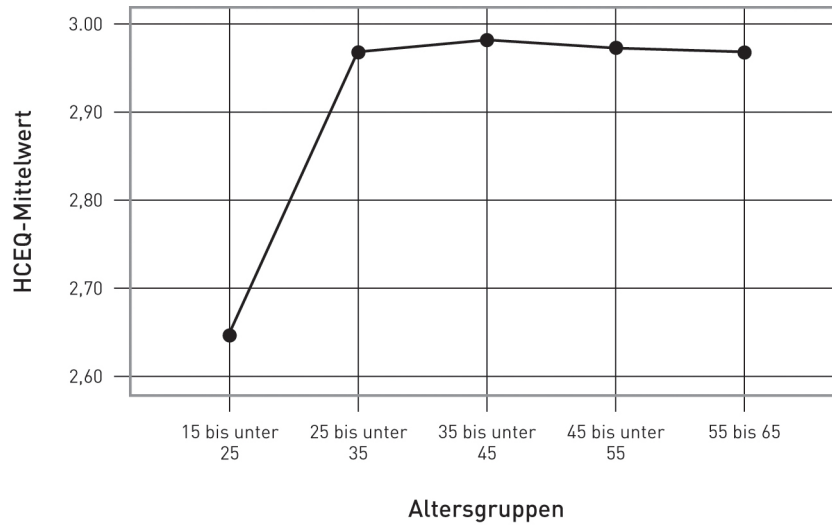


Abbildung 11: **Alter und gesundheitsbezogenes Empowerment**

In folgenden zwei Abbildungen (12 & 13) sind einmal Geschlecht, Alter und allgemeines Empowerment beziehungsweise Geschlecht, Alter und gesundheitsbezogenes Empowerment kombiniert.

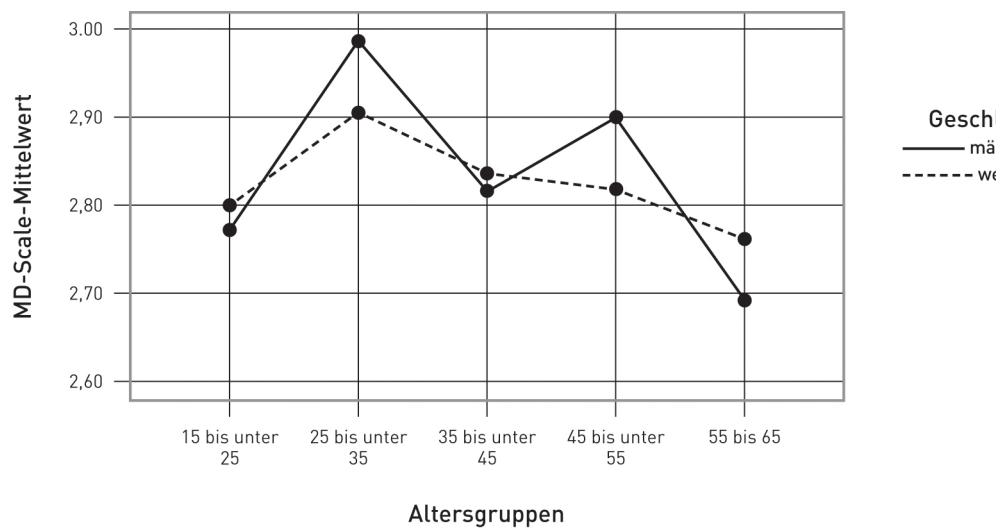


Abbildung 12: **Geschlecht, Alter und allgemeines Empowerment**

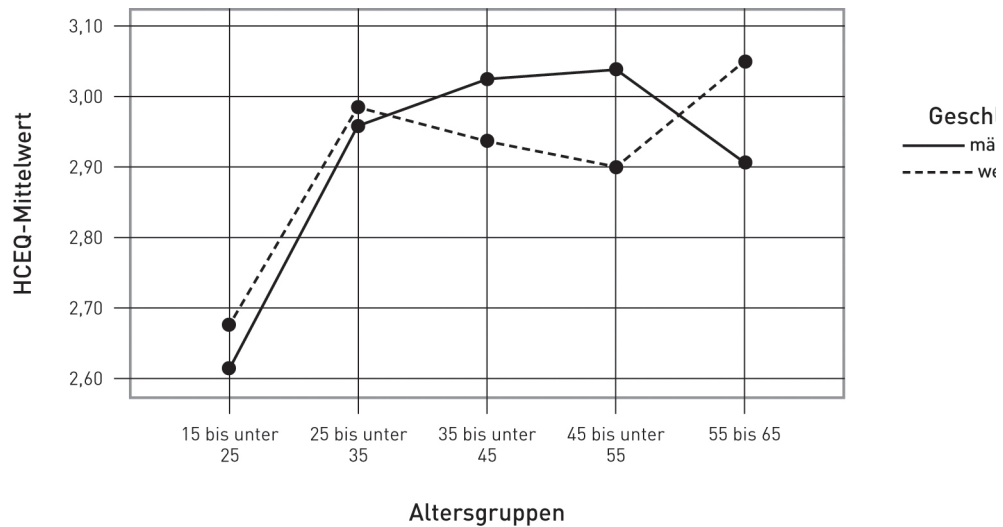


Abbildung 13: **Geschlecht, Alter und gesundheitsbezogenes Empowerment**

Betrachtet man mögliche Unterschiede in den beiden Empowerment-Werten hinsichtlich der vier Bildungskategorien, zeigt sich ein mittlerer signifikanter Unterschied im allgemeinen Empowerment-Wert ($F(3, 287) = 5,367, p < 0,005$ und $\eta^2 = 0,054$). Die Mittelwerte jener Personen mit höherer Schulbildung sind höher als jene mit niedrigerer Schulbildung. Zwischen gesundheitsbezogenem Empowerment und den Altersgruppen zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($F(3, 288) = 0,048, p = 0,021$). Bezüglich des Familienstandes konnten weder im allgemeinen ($F(1, 295) = 0,002; p = 0,936$) noch im gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert ($F(1, 295) = 2,649; p = 0,105$) Unterschiede gezeigt werden. Interessant ist auch, ob sich die Personen aus Stadt/Land Salzburg von Personen aus Wien in den beiden Empowerment-Werten unterscheiden. Im allgemeinen Empowerment-Wert konnte ein signifikanter Mittelwertunterschied gezeigt werden ($F(1, 298) = 22,512, p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,071$), wobei Untersuchungsteilnehmerinnen aus Wien einen höheren Mittelwert ($MD = 2,941$) aufweisen als jene aus Stadt/Land Salzburg ($MD = 2,768$). Bezüglich möglicher Mittelwertunterschiede in den fünf Faktoren der Making Decision Scale konnte man signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen Stadt/Land Salzburg und Wien hinsichtlich „Macht-Machtlosigkeit“ feststellen ($\chi^2(6, N = 299) = 38,55, p < 0,001$). Untersuchungsteilnehmerinnen aus Wien zeigten einen höheren Mittelwert ($MD = 2,101$) als Personen aus Salzburg ($MD = 1,497$), das heißt sie verfügen über einen höheren Wert im allgemeinen Empowerment als Untersuchungsteilnehmerinnen aus Salzburg.

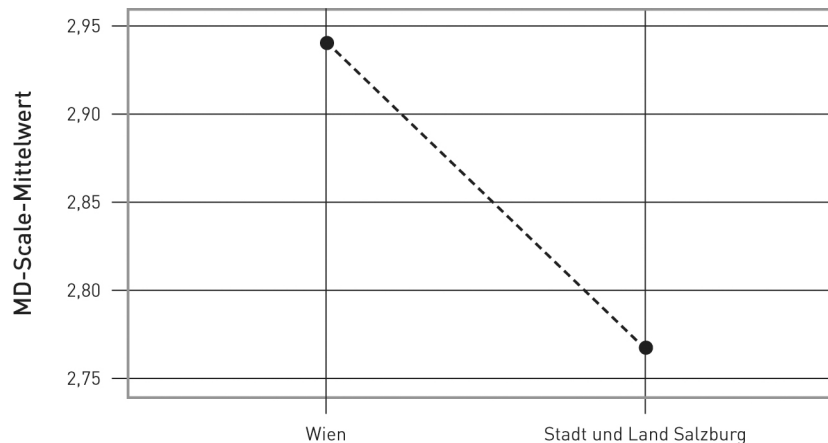


Abbildung 14: **Wohnortgröße und MD-Scale**

Hinsichtlich der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes und dem gesundheitsbezogenem Empowerment-Wert konnte kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden ($\rho = -0,07$, $p = 0,228$). Auch zwischen dem allgemeinen Empowerment-Wert und dem subjektiven Gesundheitszustand zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($\rho = -0,07$, $p = 0,228$).

8.8.2 Gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten

In 8.8.2 werden verschiedene Aspekte der gesundheitsbezogenen Internetnutzung untersucht, um die Frage zu klären, ob gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten auf allgemeines und gesundheitsbezogenes Empowerment einen Einfluss ausüben.

Betrachtet man die Häufigkeit der Internetnutzung und dem allgemeinen Empowerment-Wert zeigte sich ein schwacher, positiver Zusammenhang, das bedeutet Personen die häufiger online sind, weisen einen höheren allgemeinen Empowerment-Wert auf als Personen die nicht so häufig im Internet partizipieren ($\rho = 0,283$, $p < 0,001$). Auch zwischen dem Zeitpunkt der letzten Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten und allgemeinem Empowerment konnte ein schwacher, positiver Zusammenhang ($\rho = 0,223$, $p < 0,001$) gezeigt werden. Je kürzer der Zeitpunkt der letzten Online-Suche desto höher ist der Wert im allgemeinen Empowerment. Zwischen gesundheitsbezogenem Empowerment und der Häufigkeit der Internetnutzung ($\rho = 0,083$, $p = 0,151$) und dem Zeitpunkt der letzten Suche ($\rho = 0,163$, $p = 0,01$) zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang.

Interessant ist auch, ob die Häufigkeit mit der man verschiedene Quellen, um sich gesundheitsbezogene Information einzuholen, nützt mit dem allgemeinen oder gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert zusammenhängt. Es zeigte sich, dass zwischen der Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung und allgemeinem Empowerment ein signifikanter Zusammenhang besteht ($\rho = 0,331, p < 0,001$). Auch zwischen der Häufigkeit mit der man Gesundheitsexpertinnen konsultiert und Informationen einzuholen und gesundheitsbezogenem Empowerment besteht ein schwacher, positiver Zusammenhang ($\rho = 0,229, p < 0,001$). Das bedeutet je öfter man Expertinnen zu Rate zieht, desto höher ist auch der Wert im gesundheitsbezogenem Empowerment. Hinsichtlich des Vertrauens in die online gefundene Information konnte ein signifikanter Zusammenhang mit allgemeinem ($\rho = 0,33, p < 0,001$) und gesundheitsbezogenem Empowerment ($\rho = 0,294, p < 0,001$) gezeigt werden. Das bedeutet je größer das Vertrauen in die online gefundene Information, umso höher ist der Wert des allgemeinen und gesundheitsbezogenen Empowerment. Auch zwischen dem Vertrauen in einige andere Informationsquellen und den beiden Empowerment-Werten konnten signifikante Zusammenhänge gezeigt werden. Tabelle 16 bietet einen detaillierten Überblick.

Tabelle 16: Vertrauen in die Informationsquellen und Empowerment

INFORMATIONSQUELLEN	ALLGEMEINES	GESUNDHEITSBEZOGENES
	EMPOWERMENT	EMPOWERMENT
Medizinische FZ	$\rho = 0,218, p < 0,001$	$\rho = 0,276, p < 0,001$
Vertrauen Zeitung/Zeitschrift	$\rho = 0,218, p < 0,001$	$\rho = 0,334, p < 0,001$
Vertrauen Broschüre		$\rho = 0,298, p < 0,001$
Vertrauen Experten		$\rho = 0,287, p < 0,001$

Betrachtet man speziell die Kontrollwahrnehmung in Bezug auf in Anspruch genommene Leistungen, zeigt sich, dass zwischen diesem Aspekt und dem Ausmaß an Vertrauen in Online gefundene Informationen ein schwacher, positiver Zusammenhang besteht ($\rho = 0,24, p < 0,001$). Das bedeutet je stärker die Kontrollwahrnehmung in Bezug auf in Anspruch genommene Leistungen, desto höher das gesundheitsbezogene Empowerment. Interessant ist auch, ob die Einschätzung der Wichtigkeit bestimmter Themen einen Einfluss auf allgemeines oder gesundheitsbezogenes Empowerment hat. Es zeigten

sich sowohl im allgemeinen als auch im gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert signifikante Zusammenhänge. Tabelle 17 bietet einen genauen Überblick der Ergebnisse:

Tabelle 17: Wichtigkeit der Themen & Online-Suche

THEMEN DER ONLINE-SUCHE	MAKING DECISION SCALE	HCEQ
Ernährung, Bewegung	$\rho = 0,293; p < 0,001$	$\rho = 0,222; p < 0,001$
Medikamente	$\rho = 0,22; p < 0,001$	$\rho = 0,267; p < 0,001$
Alternative Heilmethoden	$\rho = 0,317; p < 0,001$	$\rho = 0,267; p < 0,001$
Psychische Gesundheit	$\rho = 0,323; p < 0,001$	$\rho = 0,395; p < 0,001$
Interessensvertretungen bestimmter Krankheiten	$\rho = 0,246; p < 0,001$	$\rho = 0,230; p < 0,001$
Gesundheitsexpertinnen, Spitäler	$\rho = 0,253; p < 0,001$	$\rho = 0,393; p < 0,001$

In Bezug auf die Bewertung des Erfolges bei der Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet zeigt sich ein schwacher, positiver Zusammenhang mit dem allgemeinem Empowerment-Wert ($\rho = 0,237, p < 0,001$). Hinsichtlich der Adressatinnen der Online-Suche konnte ein signifikanter Unterschied gefunden werden zwischen den Personen die angaben für sich selbst zu suchen und dem allgemeinem Empowerment-Wert ($\chi^2 (61, N = 299) = 112,497, p < 0,001$). Bei genauerer Analyse der Fünf Faktoren der MD-Skala konnten mittlere, positive signifikante Zusammenhänge zwischen allen Faktoren und der „Suche für sich selbst“ gezeigt werden. Tabelle 18 biete eine genaue Auflistung der Ergebnisse:

Tabelle 18: Suche für sich selbst und Faktoren der MD-Skala

FAKTOREN DER MD-SKALA	ALLGEMEINES EMPOWERMENT
Selbstwirksamkeit und Autonomie	$\rho = 0,48; p < 0,001$
Selbstbewusstsein und Optimismus	$\rho = 0,408; p < 0,001$
Macht - Machtlosigkeit	$\rho = 0,69; p < 0,001$
Berechtigter Ärger	$\rho = 0,398; p < 0,001$
Gemeinschaftliches Engagement und Kontrolle über die Zukunft	$\rho = 0,574; p < 0,001$

Weiters ist in dieser Studie von Interesse, ob sich Personen hinsichtlich ihrer Motive für die Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im allgemeinen und gesundheitsbezogenen Empowerment unterscheiden. Die Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) konnten Mehrfachantworten angeben, verglichen wurden jeweils die Untersuchungsteilnehmerinnen die eine Antwortkategorie auswählten mit jenen Personen die diese nicht wählten. In Tabelle 19 findet sich eine genaue Darstellung der Ergebnisse.

Tabelle 19: Motive für die Online-Suche und Empowerment

MOTIVE	MD-SKALA	HCEQ
Persönliche		
Diagnose	$t = -2,707; p = 0,007$	$t = 0,192; p = 0,848$
Diagnose einer anderen Person	$t = -3,062; p < 0,002$ und $d = 0,381$	$t = -0,75; p = 0,454$
neue Behandlung, neues Medikament	$t = -3,57; p < 0,001$ und $d = 0,868$	$t = -3,748; p < 0,001$ und $d = 0,769$
chronische Erkrankung	$t = -2,277; p = 0,024$	$t = -2,99; p < 0,005$ und $d = 0,501$
Fragen nach Expertenbesuch	$t = -5,887; p < 0,001$ 3 und $d = 0,70$	$t = -4,579; p < 0,001$ und $d = 0,554$
Umstellen der Ernährung	$t = -2,319; p = 0,021$	$t = -2,252; p = 0,025$
Pflege einer Person	$t = -1,617; p = 0,107$	$t = -0,815; p = 0,416$
keine Zeit um Experten aufzusuchen	$t = -1,629; p = 0,104$	$t = -0,828, p = 0,408$

8.8.3 Einfluss auf die Gesundheitsversorgung

Ein nächster Aspekt der in der vorliegenden Untersuchung von Interesse ist, ist die Frage, ob zwischen der eigenen Gesundheitsversorgung und psychologischem Empowerment ein signifikanter Zusammenhang besteht? Zur Beantwortung dieser Frage, werden mittels Rangkorrelation nach Spearman etwaige Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Nützlichkeit und Glaubwürdigkeit von gesundheitsbezogenen Online-Informationen berechnet. Weiters wird analysiert, ob es zwischen dem Einfluss, den gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet auf persönliche Gesundheitsentscheidungen ausüben und psychologischem Empowerment einen Zusammenhang gibt. Ob Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der persönlichen Gesundheitsvorsorge und vermehrter/verringertes Besorgnis hinsichtlich der eigenen Gesundheit und Empowerment besteht ist als letzter Punkt von Interesse.

Betrachtet man die Einschätzung der Nützlichkeit gesundheitsbezogener Parameter zeigen sowohl mit allgemeinem Empowerment ($\rho = 0,312, p < 0,001$) als auch mit gesundheitsbezogenem Empowerment ($\rho = 0,226, p < 0,001$) schwache, positive Zusammenhänge gezeigt werden. Das bedeutet, je höher Personen die Nützlichkeit von gesundheitsbezogenen Online-Informationen einschätzen, desto höher ist ihr psychologisches Empowerment.

Auch zwischen der Einschätzung der Glaubwürdigkeit von gesundheitsbezogenen Online-Informationen ($\rho = 0,26, p < 0,001$) beziehungsweise der Einschätzung, dass durch diese Informationen die persönliche Gesundheitsversorgung verbessert wird ($\rho = 0,244, p < 0,001$) und allgemeinem Empowerment konnten signifikante Zusammenhänge gezeigt werden. Je höher Personen die Glaubwürdigkeit dieser Art von Gesundheitsinformationen einschätzen und je mehr sie denken, dass ihre persönliche Gesundheitsversorgung dadurch verbessert wird, desto höher ist der Wert im allgemeinem Empowerment.

8.8.4 Einfluss auf die Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen

In diesem Punkt wird die Frage beantwortet, ob ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung einer möglichen Veränderung der Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen durch

gesundheitsbezogene Online-Information und den zwei Empowerment-Werten besteht.

Mittels einfaktorieller Varianzanalyse zeigte sich, dass Personen die häufig mit ihrer Ärztin über gesundheitsbezogene Online-Informationen sprechen ein höheres gesundheitsbezogenes Empowerment aufweisen als jene die nicht oder selten mit ihrer Ärztin sprechen ($F(4, 295) = 5,884; p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,075$). Die folgende Abbildung bietet eine genaue Darstellung.

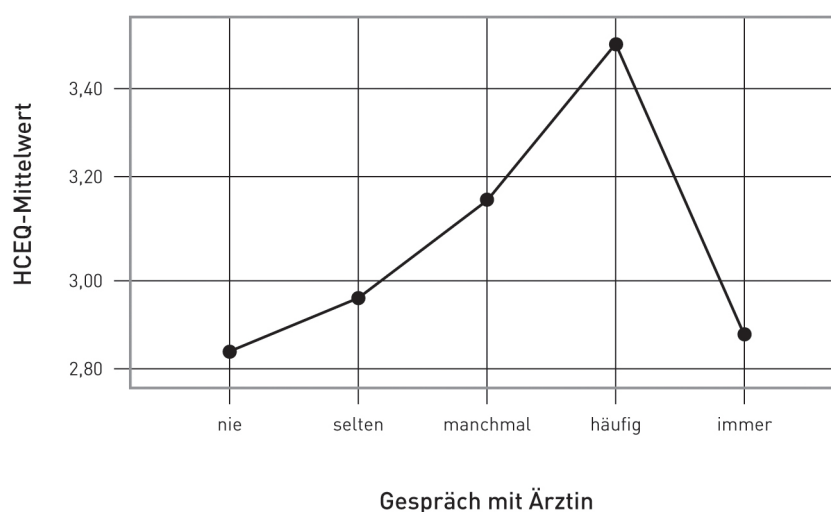


Abbildung 15: **Gespräch und gesundheitsbezogenes Empowerment**

Betrachtet man die Einschätzung der Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen und dem allgemeinem Empowerment-Werte konnte ein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden ($p = 0,257, p < 0,001$). Je besser die befragten Personen die Beziehung zu ihrer Ärztin einschätzen, desto höher ist der Wert im allgemeinen Empowerment.

8.8.5 Partizipatives Verhalten

In diesem Punkt wird geklärt, ob partizipatives Verhalten, sei es online in Chatforen, Online-Selbsthilfegruppe, Mailinglisten et cetera oder eine aktive Mitgliedschaft in Vereinen und Organisationen, zur Entwicklung psychologischen Empowerments beitragen.

Hinsichtlich der Nutzung von Gesundheitsforen zeigte sich ein schwacher, positiver Zusammenhang zwischen der Nutzungshäufigkeit und allgemeinem Empowerment

($\rho = 0,309$, $p < 0,001$). Das bedeutet, je häufiger Personen Online-Gesundheitsforen nutzen, desto höher ist ihr Wert im allgemeinen Empowerment.

Auch zwischen der Nutzungshäufigkeit von Online-Chats zu gesundheitsbezogenen Themen und allgemeinem Empowerment zeigte sich ein schwacher, positiver Zusammenhang ($\rho = 0,274$, $p < 0,001$). Weiters konnte mittels einfaktorieller Varianzanalyse ein signifikanter Unterschied zwischen der Nutzungshäufigkeit von Gesundheitsforen und allgemeinem Empowerment gezeigt werden ($F(4, 298) = 7,619$, $p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,094$).

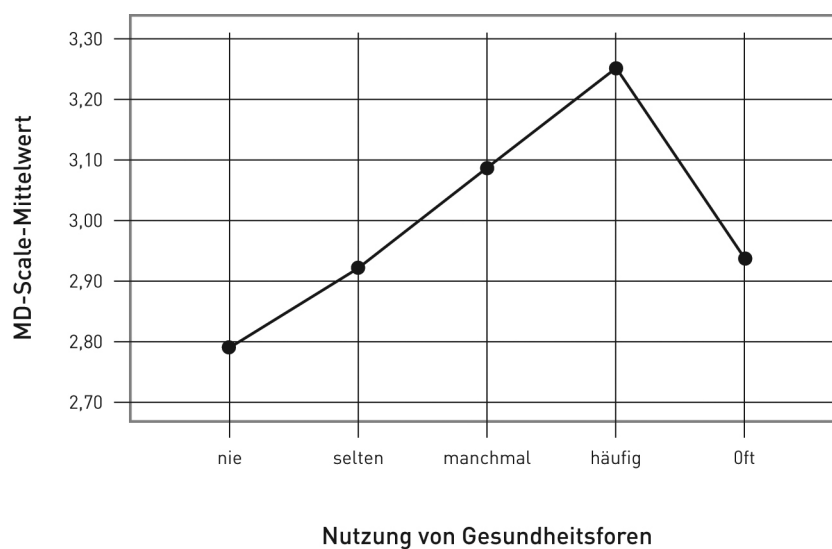


Abbildung 16: *Gesundheitsforen und allgemeines Empowerment*

Auch zwischen der Häufigkeit der Nutzung von Gesundheitschats und dem allgemeinem Empowerment zeigten sich signifikante Unterschiede ($F(4, 296) = 6,024, p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,076$). Personen die Häufiger an gesundheitsbezogenen Online-Chats teilnehmen weisen einen signifikant höheren Wert im allgemeinen Empowerment auf. Abbildung 17 veranschaulicht dieses Ergebnis.

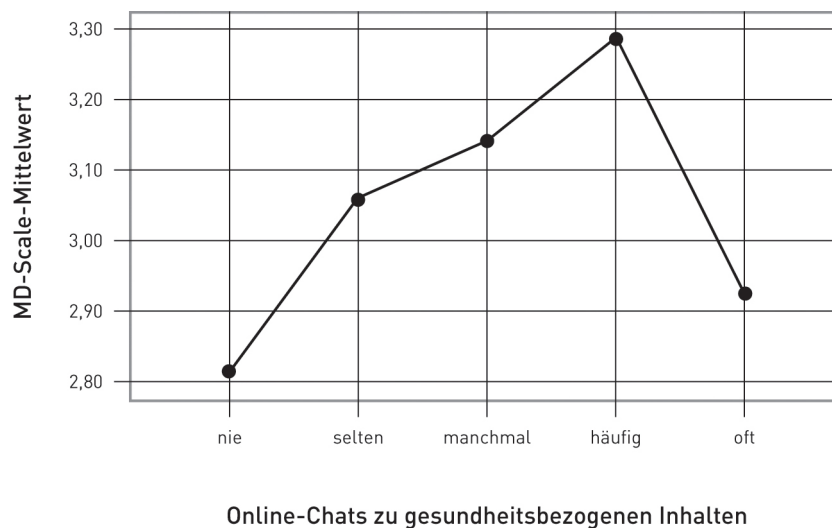


Abbildung 17: **Online-Chats und gesundheitsbezogene Inhalte im Internet**

In Bezug auf die Nutzung von Newsgroups ($\rho = 0,285, p < 0,001$) und Mailinglisten ($\rho = 0,232, p < 0,001$) zeigten sich zwischen der Nutzungshäufigkeit und allgemeinem Empowerment schwache, positive Zusammenhänge. Um zu analysieren, ob es hinsichtlich der drei verschiedenen Funktionen (Besucherin, registriertes Mitglied und Administratorin/Moderatorin) signifikante Unterschiede im psychologischen Empowerment gibt, wurden Varianzanalysen gerechnet. Tabelle 20 bietet einen detaillierten Überblick der Ergebnisse

Tabelle 20: *Übernommene Funktion in Internetdiensten und Empowerment*

FUNKTIONEN	HCEQ	MD
Gesundheitsforen	$F(2, 93) = 4,302, p = 0,016$	$F(2, 93) = 0,027, p = 0,077$
Gesundheitschats	$F(2, 29) = 7,149, p < 0,005; \eta^2 = 0,355$	$F(2, 29) = 5,016, p = 0,014$
Internetforen	$F(2, 147) = 0,096, p = 0,908$	$F(2, 147) = 0,795, p = 0,454$
Online-Chats	$F(2, 92) = 1,35, p = 0,256$	$F(2, 92) = 1,647, p = 0,193$

8.9 Einstellung zu gesundheitsbezogenen Online-Aktivitäten

In diesem Abschnitt der Ergebnisdarstellung wird die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet hinsichtlich verschiedener Aspekte detailliert dargestellt. Die Einstellung zu gesundheitsbezogener Online-Information wurde mittels der Attitudes Towards Online-Health Care (LaCoursiere, 2001) abgebildet. Die Ausprägung der Einstellung wurde anhand des Mittelwertes der fünf Faktoren gemessen. Der Mittelwert der Gesamtskala beträgt 1,717 ($SD = 0,635$; Minimum = 1, Maximum = 3,7). Der Durchschnittswert des ersten Faktors „Vertrauen in die Online Information – Selbstwirksamkeit bezüglich Evaluierung der Information – Bekanntmachung persönlicher Information“ beträgt 2,215 ($SD = 0,911$); Minimum = 1, Maximum = 4,07), der des zweiten Faktors „Ergebnisse der gesundheitsbezogener Internetnutzung“ $MD = 1,859$ $SD = 0,824$; Minimum 1, Maximum = 4,11), der dritte Faktor „Gemeinschaft und Neuigkeiten“ verfügt über einen Durchschnittswert von 1,296 ($SD = 0,59$; Minimum = 1, Maximum = 4,17), der durchschnittlich angegebene Wert von Faktor vier „Vertrauen in die Ratschläge von Gesundheitsexpertinnen“ beträgt 1,636 ($SD = 0,73$; Minimum = 1, Maximum = 3,8) und der Durchschnittswert von Faktor 5 „Austausch und Unterstützung“ beträgt 1,6 ($SD = 0,747$; Minimum = 1; Maximum = 4,67). Ein niedriger Wert weist darauf hin, dass gesundheitsbezogene Inhalte im Internet eher wenig Auswirkung auf die Einstellung und das Verhalten der befragten Personen ausüben.

8.9.1 Demographie und Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet

In diesem Punkt dieser Untersuchung soll geklärt werden, ob es in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten und soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Wohnortgröße, Wohnsituation und Bildungsgruppen) einen signifikanten Unterschied gibt.

Betrachtet man das Geschlecht zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Online-Informationen ($t(294) = 1,89, p = 0,06$).

Bezüglich den fünf Altersgruppen und der Einstellung konnte mittels einfaktorieller Varianzanalyse ein mittlerer signifikanter Unterschied festgestellt werden ($F(4, 294) = 6,128, p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,078$) Hinsichtlich des Familienstandes ($F(1, 290) = 0,05, p = 0,823$) und der Wohnortgröße (Salzburg Stadt/Land versus Wien) ($\chi^2(220, N = 293) = 232,168, p = 0,274$) und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Informationen im Internet konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Weiters zeigten sich zwischen den Bildungsgruppen und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Online-Informationen kein signifikanter Unterschied ($F(3, 283) = 3,799, p = 0,011$).

8.9.2 Gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten im Internet

In 8.9.2 werden verschiedene Aspekte der gesundheitsbezogenen Internetnutzung betrachtet, um die Frage zu klären, ob gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten einen Einfluss auf die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet ausüben

Die Häufigkeit der allgemeinen Internetnutzung ($\rho = 0,249, p < 0,001$) beziehungsweise die Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung ($\rho = 0,476, p < 0,001$) und die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet hängen signifikant zusammen. Je häufiger Personen das Internet für die Recherche nach allgemeinen oder gesundheitsbezogenen Informationen nutzen, desto mehr üben diese Informationen einen Einfluss auf die Einstellung und das Verhalten hinsichtlich gesundheitsbezogener Online-Informationen aus. Bezüglich dem Zeitpunkt der letzten Online-Suche zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit der Einstellung ($\rho = 0,158, p = 0,013$).

Weiters ist von Interesse, ob die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet mit der Einstellung zu Informationen dieser Art zusammenhängt. Hinsichtlich dieses Aspekts konnte ein schwacher, positiver Zusammenhang festgestellt werden ($\rho = 0,839$ $p < 0,001$). Bezüglich der Nutzungshäufigkeit bestimmter Webseiten, zeigten sich hauptsächlich positive, signifikante Zusammenhänge. Tabelle 21 bietet eine genaue Übersicht der Ergebnisse.

Tabelle 21: Nutzungshäufigkeit und Einstellung

NUTZUNGSHÄUFIGKEIT	ATOHC
Webseiten medizinischer Fachzeitschriften	$\rho = 0,13, p < 0,001$
Online-Lexika	$\rho = 0,187, p = 0,001$
Gesundheitsseiten	$\rho = 0,358, p < 0,001$
Webseiten von Forschungseinrichtungen	$\rho = 0,301, p < 0,001$
Webseiten pharmazeutischer Unternehmen	$\rho = 0,17, p = 0,003$
Webseiten medizinischer Gesellschaften	$\rho = 0,327, p < 0,001$
Webseiten von Interessensvertretungen bestimmter Krankheiten	$\rho = 0,407, p < 0,001$
Webseiten von Medienanbietern	$\rho = 0,406, p < 0,001$
Webseiten von Krankenhäusern	$\rho = 0,461, p < 0,001$
Webseiten bestimmter Ärzte	$\rho = 0,529, p < 0,001$
Sonstige Seiten	$\rho = 0,573, p < 0,001$
Regierungsseiten	$\rho = 0,453, p < 0,001$

Auch zwischen der Einschätzung der Wichtigkeit bestimmter Themen, die die Online-Suche bestimmen und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet, konnten einige signifikante Zusammenhänge gezeigt werden. Der größte Zusammenhang besteht zwischen Einstellung und der Suche nach Informationen über bestimmte Gesundheitsexpertinnen und Informationen über Spitäler ($\rho = 0,394, p < 0,001$). Tabelle 22 liefert eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse.

Tabelle 22: Themen und Einstellung

THEMEN DER ONLINE-SUCHE	ATOHC
Symptome und Krankheiten	$\rho = 0,069, p = 0,265$
Ernährung, Bewegung, Gewichtskontrolle	$\rho = 0,283, p < 0,001$
Medikamente	$\rho = 0,268, p < 0,001$
Alternative Heilmethoden	$\rho = 0,317, p < 0,001$
Psychische Gesundheit	$\rho = 0,368, p < 0,001$
Informationen über sensible Themen	$\rho = 0,092, p = 0,142$
Informationen über Interessensvertretungen bestimmter Krankheiten	$\rho = 0,292, p < 0,001$
Informationen über bestimmte Gesundheitsexpertinnen und Spitäler	$\rho = 0,394, p < 0,001$
Mögliche Diagnosen, um keinen Arzt aufsuchen zu müssen	$\rho = 0,011, p < 0,001$
Sonstiges	$\rho = 0,402, p < 0,001$

Weiters ist in dieser Studie von Interesse, ob sich Personen hinsichtlich ihrer Motive für die Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Online-Informationen unterscheiden. Die Untersuchungsteilnehmerinnen (N = 300) konnten Mehrfachantworten angeben. Verglichen wurden jeweils die Untersuchungsteilnehmerinnen die eine Antwortkategorie auswählten mit jenen Personen, die diese nicht wählten. In Tabelle 23 findet sich eine genaue Darstellung der Ergebnisse.

Tabelle 23: Motive für die Online Suche und Einstellung

MOTIVE DER ONLINE-SUCHE	ATOHC	EFFEKTSTÄRKE
Krankheit wurde diagnostiziert	$t(299) = -0,286, p = 0,775$	
Krankheitsdiagnose bei anderen Person	$t(294) = -2,318, p = 0,021$	
Neue Behandlung oder neues Medikament	$t(294) = -5,093, p < 0,001$	$d = 0,703$
Chronische Erkrankung	$z = -3,258, p = 0,001$	
Fragen nach Besuch bei		
einer Gesundheitsexpertin	$t(294) = -7,76, p < 0,001$	$d = 0,928$
Ernährungsgewohnheiten umstellen	$t(294) = -4,108, p < 0,001$	$d = 0,54$
Pflege einer anderen Person	$t(294) = -0,677, p = 0,499$	
Keine Zeit um Gesundheitsexpertinnen		
aufzusuchen	$t(294) = -2,028, p = 0,043$	
Suche aus anderen Gründen	$t(294) = 1,184, p = 0,237$	

8.9.3 Einfluss auf die Gesundheitsversorgung

Ein nächster Aspekt der von Interesse ist, ist die Frage, ob zwischen der eigenen Gesundheitsversorgung und der Einstellung zu gesundheitsbezogener Online-Information ein signifikanter Zusammenhang besteht? Zur Beantwortung dieser Frage, werden mittels Rangkorrelation nach Spearman etwaige Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Nützlichkeit und Glaubwürdigkeit von gesundheitsbezogenen Online-Informationen berechnet. Weiters wird analysiert, ob es zwischen dem Einfluss, den gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet auf persönliche Gesundheitsentscheidungen ausüben und der Einstellung diesen Informationen einen Zusammenhang gibt. Ob Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der persönlichen Gesundheitsvorsorge und

vermehrter/verringertes Besorgnis hinsichtlich der eigenen Gesundheit und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Informationen im Internet besteht ist als letzter Punkt von Interesse.

Zwischen der Einschätzung der Nützlichkeit gesundheitsbezogener Online Information und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet konnte ein mittlerer, positiver Zusammenhang gezeigt werden ($\rho = 0,414$, $p < 0,001$). Je Nützlicher Personen gesundheitsbezogene Online-Informationen einschätzen, desto positiver ist ihre Einstellung. Auch zwischen der Einschätzung der Glaubwürdigkeit dieser Informationen und der Einstellung zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ($\rho = 0,346$, $p < 0,001$). Hinsichtlich des Einflusses, den gesundheitsbezogene Inhalte auf die eigene Gesundheitsversorgung ausüben und der Einstellung konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($\rho = 0,199$, $p = 0,002$). Zwischen der Verbesserung der persönlichen Gesundheitsversorgung durch gesundheitsbezogene Online-Aktivitäten und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang ($\rho = 0,341$, $p < 0,001$). Je eher Personen der Meinung sind, dass die Nutzung gesundheitsbezogener Informationen im Internet ihre persönliche Gesundheit fördert, desto positiver ist ihre Einstellung.

8.9.4 Einfluss auf die Gesundheitsexpertinnen-Patientinnen-Beziehung

In diesem Punkt die Frage beantwortet, ob ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung einer möglichen Veränderung der Beziehung zu Gesundheitsexpertinnen durch gesundheitsbezogene Online-Information und der Einstellung zu gesundheitsbezogener Online-Information besteht.

Bezüglich des Zeitpunktes der Online-Suche nach Gesundheitsinformationen konnte kein signifikanter Unterschied in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten festgestellt werden ($F(3, 242) = 2,798$, $p = 0,041$).

Mittels einfaktorieller Varianzanalyse konnte ein großer signifikanter Unterschied zwischen der Häufigkeit eines Gespräches mit Gesundheitsexpertinnen über gesund-

heitsbezogene Informationen aus dem Internet und der Einstellung gezeigt werden ($F(4, 289) = 12,251, p < 0,001$ und $\eta^2 = 0,147$). Personen die häufiger mit Gesundheitsexpertinnen über gesundheitsbezogene Informationen sprechen weisen eine positivere Einstellung auf, als jene die das Gespräch suchen. Folgende Abbildung veranschaulicht dieses Ergebnis.

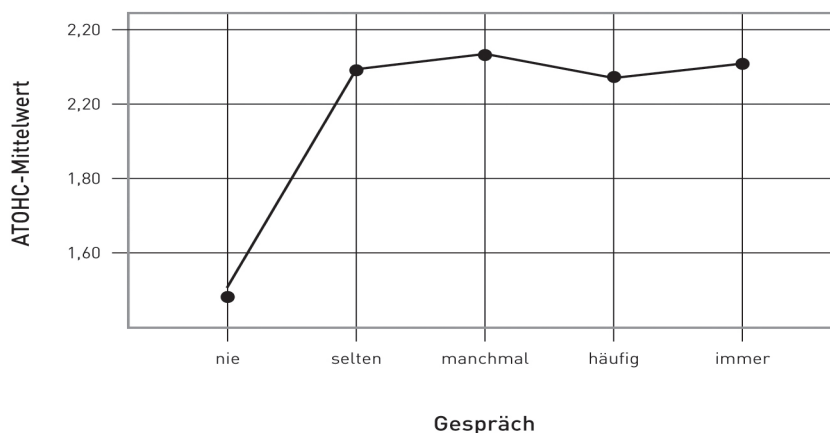


Abbildung 18: **Gespräch und Einstellung**

Bezüglich der Einschätzung des Interesses der Ärztin hinsichtlich gesundheitsbezogener Online-Informationen ($\rho = 0,214, p = 0,039$), beziehungsweise der Zustimmung der Ärztin zu den gefundenen Informationen ($\rho = 0,078, p = 0,454$) und der Einstellung konnte kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden. Zwischen der Einschätzung der Beziehung zu Ärztinnen und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang ($\rho = 0,29, p < 0,001$).

8.9.5 Partizipatives Verhalten

In diesem Punkt wird geklärt, ob partizipatives Verhalten, sei es in Online-Chatforen, Online-Selbsthilfegruppe, Mailinglisten et cetera oder eine aktive Mitgliedschaft in Vereinen und Organisationen mit der Einstellung zu gesundheitsbezogener Online-Information zusammenhängt. Bezüglich der Teilnahme an allgemeinen oder gesundheitsbezogenen Partizipationsmöglichkeiten im Internet konnten einige signifikante Zusammenhänge gezeigt werden. In Tabelle 24 sind alle Ergebnisse dargestellt:

Tabelle 24: Online-Partizipationsmöglichkeiten und Einstellung

PARTIZIPATIONSMÖGLICHKEITEN	ATOHC
Internetforen	$r = 0,178, p = 0,002$
Gesundheitsforen	$r = 0,382, p < 0,001$
Online-Chats	$r = 0,173, p = 0,003$
Gesundheitschats	$r = 0,469, p < 0,001$
Newsgroups	$r = 0,394, p < 0,001$
Bereitstellen von Information	$r = 0,349, p < 0,001$
Online-Selbsthilfegruppen	$r = 0,333, p < 0,001$
Mailinglisten	$r = 0,441, p < 0,001$

Um zu analysieren, ob es hinsichtlich der drei verschiedenen Funktionen (Besucherin, registriertes Mitglied und Administratorin/Moderatorin) signifikante Unterschiede in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten gibt wurden Varianzanalysen gerechnet. Tabelle 25 bietet einen detaillierten Überblick der Ergebnisse.

Tabelle 25: Funktion und Einstellung

PARTIZIPATIONSMÖGLICHKEITEN	ATOHC	EFFEKTSTÄRKE
Internetforen	$F(2, 143) = 0,049, p = 0,952$	
Gesundheitsforen	$F(2,89) = 7,205, p < 0,005$	$\eta^2 = 0,144$
Online-Chats	$F(2,88) = 2,478, p = 0,09$	
Gesundheitschats	$F(2, 27) = 20,094, p < 0,001$	$\eta^2 = 0,626$

Wie in den folgenden Abbildungen ersichtlich, haben Personen die Gesundheitschats und Gesundheitsforen als registriertes Mitglied nützen eine positivere Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten.

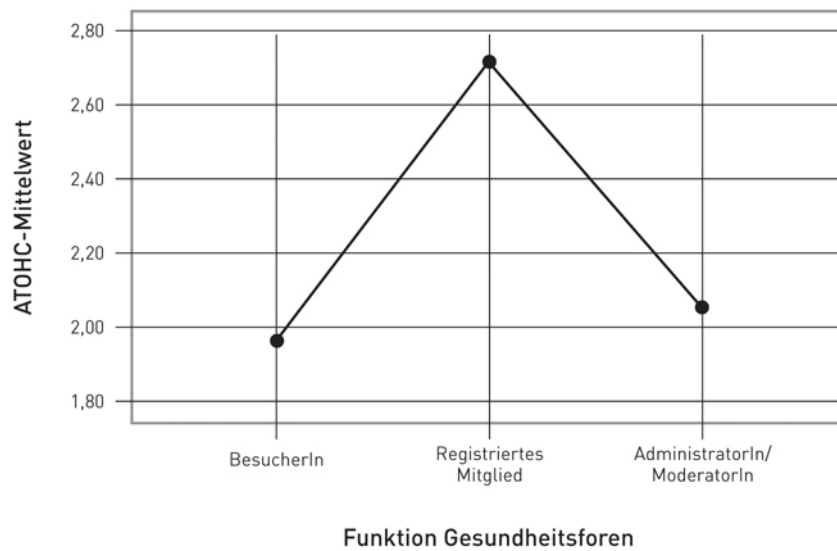


Abbildung 19: *Einstellung und Funktion in Gesundheitsforen*

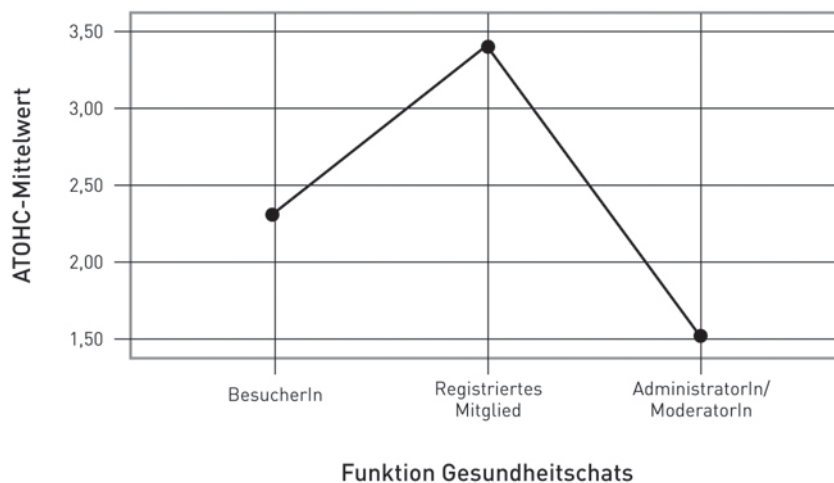


Abbildung 20: *Einstellung und Funktion in Gesundheitschats*

8.9.6 Zusammenhang zwischen Empowerment und der Einstellung zu gesundheitsbezogener Internetnutzung

In diesem Abschnitt der vorliegenden Untersuchung wird geklärt, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychologischem Empowerment und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet vorliegt.

Zwischen der Einstellung zu Gesundheitsinformationen im Internet und allgemeinem Empowerment zeigte sich ein mittlerer positiver Zusammenhang ($r = 0,619$, $p < 0,001$). Je höher der Wert im allgemeinen Empowerment, desto positiver ist die Einstellung hinsichtlich gesundheitsbezogener Online-Informationen. Betrachtete man die Faktoren der Making Decision Scale (Rogers, Chamberlin, Ellison und Crean, 1997) bezüglich des Zusammenhanges mit der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Online-Informationen zeigt sich, dass zwischen Faktor drei der MD-Scale „Macht – Machtlosigkeit“ und der Einstellung ein starker positiver Zusammenhang besteht ($r = 0,85$, $p < 0,001$). Auch zwischen dem gesundheitsbezogenen Empowerment-Wert und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Informationen im Internet konnte ein mittlerer positiver Zusammenhang gezeigt werden ($r = 0,481$, $p < 0,001$).

Hinsichtlich Faktoren des Health Care Empowerment Questionnaire (Gagnon, Hébert, Dubé & Dubois, 2006) zeigte sich, dass Faktor zwei „Kontrollmotivation in Bezug auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen und in Anspruch genommenen Leistungen“ von den insgesamt vier Faktoren am stärksten mit der Einstellung zu Gesundheitsinformationen im Internet zusammenhängt ($r = 0,453$, $p < 0,001$).

9 INTERPRETATION UND DISKUSSION

Im folgenden Kapitel wird die Interpretation der Ergebnisse dargestellt. Das bedeutet, es wird ein Konnex zu bisherigen Forschungsergebnissen anderer Studien hergestellt und analysiert, inwiefern Analogien oder auch Unterschiede zu finden sind. Ziel dieser Studie war, Aspekte der gesundheitsbezogenen Internutzungs (Ort und Frequenz der Internetnutzung, Zeitpunkt der letzten Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten, Häufigkeit der Online-Suche, Vertrauenswürdigkeit von Informationsquellen Adressatinnen, besuchte Webseiten, bevorzugte Inhalte, Motive, Erfolg bei der Suche, wahrgenommene Nützlichkeit und Glaubwürdigkeit) zu erfassen. Weiters war die Einstellung der Untersuchungsteilnehmerinnen von großem Interesse und ob gesundheitsbezogene Inhalte im Internet mit psychologischem Empowerment in Verbindung stehen. Zunächst werden die soziodemographischen Daten betrachtet und mit jenen, aus anderen aktuellen Studien in Beziehung gesetzt. Die vorliegende Stichprobe wurde anhand von festgelegten Quotenmerkmalen (Geschlecht und Alter) gezogen. Die Quoten wurden mittels der Bevölkerungszahlen von Statistik Austria errechnet, um die österreichische Bevölkerung hinsichtlich des Alters und Geschlechts möglichst repräsentativ darzustellen. Es wurden 52% Männer und 48% Frauen befragt. Hinsichtlich der Altersgruppen ist zu erkennen, dass in der vorliegenden Stichprobe und folglich in der österreichischen Bevölkerung Personen zwischen 25 und 45 Jahren etwas überrepräsentiert sind, trotzdem aber eine recht ausgewogene Verteilung hinsichtlich des Geschlechts und Alters vorliegt. Im Vergleich dazu sind in Pintzingers' Studie (2008) die Gruppe der 20 bis 29-jährigen Untersuchungsteilnehmerinnen (56, 89%) und auch in der Untersuchung von Thell (2007) sehr stark überrepräsentiert. Da es sich bei diesen zwei Untersuchungen um Online-Erhebungen handelt und die ausgewählten Kooperationspartner hauptsächlich eine jüngere Zielgruppe ansprechen, könnte eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis sein. Hinsichtlich der Bildungsgruppen, die aufgrund einer Erleichterung der Datenanalyse auf vier Kategorien reduziert wurden ist zu erkennen, dass ein Viertel der Untersuchungsteilnehmerinnen über eine abgeschlossene Matura verfügen (25,7%) und 23,8% über einen Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität. Dieses Ergebnis ist auf die selektive Stichprobe zurückzuführen. Da die größte Gruppe der befragten Personen die 25 bis unter 35-jährigen darstellen und diese hauptsächlich Studentinnen oder

Akademikerinnen sind, kam dieses Ergebnis zustande. Außerdem wurden sehr viele Personen aus dem Lehrkörper der BAKIP Salzburg befragt, die folglich über ein Universitätsstudium verfügen. Hinsichtlich der Bildungsgruppen zeigen sich wiederum Ähnlichkeiten mit der Untersuchung von Thell (2007) und Pintzinger (2008) deren Anteil an Personen mit Matura oder Hochschulabschluss mit über 80% auch die größte Gruppe darstellt. Bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes zeigte sich in dieser Untersuchung, dass 88,9% der befragten Personenangaben über einen etwas besseren bis sehr guten Gesundheitszustand zu verfügen, weiters meinten 71,3% ihr Gesundheitszustand sei im Vergleich zu anderen Personen desselben Alters etwas besser bis viel besser. Auch bei Pintzinger (2008) gaben 32,4% der Untersuchungsteilnehmerinnen an über einen guten gesundheitlichen Zustand zu verfügen, 45,7% schätzen ihren Gesundheitszustand sogar als sehr gut ein. Ein möglicher Erklärungsgrund für diese doch sehr hohen Prozentsätze könnte das Phänomen der sozialen Erwünschtheit sein, welches eine Tendenz bezeichnet Items in Fragebögen nach sozialen und gesellschaftlichen Normen oder Anforderungen zu beantworten. Soziale Erwünschtheit wird auch als Persönlichkeitsmerkmal bezeichnet, das sich im Bedürfnis nach sozialer Anerkennung oder als situationsspezifische Reaktion auf die Datenerhebung zeigt. (Schnell, Hill & Esser, 2005). Gesund und aktiv zu sein sind in unserer Gesellschaft zwei Aspekte die sehr positiv attribuiert werden. Diese Überlegung könnte ein möglicher Erklärungsansatz für die vorliegenden Ergebnisse sein. Weiters differiert häufig die Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustandes mit den objektiven Gegebenheiten. Auch dieser Aspekt könnte in den Untersuchungsergebnissen Niederschlag gefunden haben. Betrachtet man die Adressatinnen der gesundheitsbezogenen Online-Suche zeigte sich ähnlich wie bei Pintzinger (2008), dass die meisten Personen für sich selbst suchen, gefolgt von Partnerinnen und Kindern. Die 25 bis unter 35jährigen suchen hauptsächlich für sich selbst, wobei die 35 bis unter 45jährigen angeben meistens für Kinder zu suchen. Dieses Ergebnis beruht vermutlich auf der Tatsache, dass viele der jüngeren Untersuchungsteilnehmerinnen Studentinnen sind und noch keine Kinder haben. Das Ergebnis von Fox und Rainie (2002) und Pintzinger (2008), dass Frauen häufiger für Kinder nach Informationen recherchieren als Männer konnte in dieser Untersuchung nicht gezeigt werden. Zur Frage wie häufig bestimmte vorgeschlagene Webseiten besucht werden, zeigte sich, dass relativ häufig Seiten von Online-Lexika besucht werden. Dieses Ergebnis ist vermutlich auf den hohen Bekanntheitsgrad der

Online-Lexika Wikipedia oder der Encyclopedia Britannica und auch auf die hohe Qualität beider zurückzuführen. Eine Studie von Giles (2005), in der verschiedene Artikel dieser beider Online-Lexika von Expertinnen hinsichtlich ihrer Qualität beurteilt wurden, zeigte, dass die Qualität von Wikipedia, deren Inhalte von keiner Instanz kontrolliert werden, sondern jede Privatperson Artikel online stellen kann, „fast so gut“ sei wie jene der Encyclopedia Britannica. Weiters gaben die Untersuchungsteilnehmerinnen an hin und wieder Webseiten von Krankenhäusern und Webseiten bestimmter Ärztinnen zu besuchen. Webseiten von Forschungseinrichtungen und pharmazeutischer Unternehmen werden von einem Großteil der befragten Personen nie oder selten aufgerufen. Bevorzugte Inhalte der Online-Suche sind vorwiegend Symptome oder Krankheiten, psychische Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Gewichtskontrolle, sowie Informationen über Spitäler und Gesundheitsexpertinnen. Auch bei Pintzinger (2008) sucht ein Großteil der Untersuchungsteilnehmerinnen nach Symptomen oder Erkrankungen und Informationen über Ernährung und Gewichtskontrolle. Eine Studie von Fox (2007) zeigte ähnliche Ergebnisse. Bevorzugte Themen waren unter anderem spezielle Erkrankungen und medizinische Probleme, ernährungsbezogene Inhalte und Nahrungsergänzungsmittel, Bewegung und Fitness, nicht rezeptpflichtige Medikamente und Informationen über Ärzte Spitäler.

9.1 Aspekte der gesundheitsbezogenen Internetnutzung

Aufgrund eines Mangels an deutschsprachigen Studien die sich mit Gesundheit und Internet beschäftigen, werden, um die vorliegenden Ergebnisse mit dem aktuellen Forschungsstand vergleichen zu können, hauptsächlich englischsprachige Studien verwendet. Hinsichtlich der Frequenz der Internetnutzung gaben 55% der Untersuchungsteilnehmerinnen ($N = 300$) an das Internet täglich zu nutzen, 24,1% sind mehrmals in der Woche und 7,2% wöchentlich online. Dieses Ergebnis bestätigt jenes einer Studie von Austrian Internet Monitor (2007). Hier zeigte sich, dass 55% der Österreicherinnen das Internet täglich nutzen, sei es zu Hause oder am Arbeitsplatz. In der Untersuchung von Pintzinger gaben 90,34% der befragten Personen an täglich online zu sein. Da diese Erhebung Online durchgeführt wurde, ist der hohe Prozentsatz nicht weiter verwunderlich. Zur Frage welche Quellen herangezogen werden, um nach gesundheitsbezogenen

Informationen zu suchen, wurde am häufigsten das Internet genannt (77,9%, $n = 239$). In Pintzingers' Untersuchung (2008) gaben 68% an das Internet zur gesundheitsbezogenen Informationsgewinnung zu verwenden. Eine Studie von Baker, Wagner, Singer und Bundorf (2003) zeigte, dass 40% der 4.764 befragten Personen das Internet nutzen, um nach gesundheitsbezogenen Inhalten zu suchen. Bei Krane (2005) liegt der Prozentsatz etwas höher bei 53. In einer Studie von Fox und Fallows (2006) fällt der Prozentsatz jener Personen die Online nach Gesundheitsinformationen suchen beachtlich aus und zwar liegt dieser bei 80%. Hinsichtlich der Häufigkeit mit der im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten gesucht wird, zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung, dass das Internet regelmäßig zur gesundheitsbezogenen Informationsgewinnung herangezogen wird. 10,4% gaben an mehrmals pro Monat nach Gesundheitsinformationen zu suchen, 24,8% tun dies monatlich und 27% alle paar Monate. Pintzinger (2008) konnte in ihrer Untersuchung höhere Prozentzahlen (28% wöchentlich, 32,51% monatlich und 32,61% seltener) feststellen, wobei dieses Ergebnis vermutlich wieder auf die Online-Erhebung und den höheren Anteil an Frauen, die tendenziell häufiger nach gesundheitsbezogenen Inhalten suchen (Fox & Rainie, 2002), zurückzuführen ist. Hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit und dem Alter zeigte sich, dass Männer und Frauen zwischen 25 und 35 Jahren am häufigsten nach Gesundheitsinformationen im Internet suchen. Bei Pintzinger (2008) konnte zwischen dem Alter und der Häufigkeit der Online-Informationssuche kein Zusammenhang gezeigt werden. Weiters war in dieser Untersuchung von Interesse, ob die Annahme, dass Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand häufiger im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten Suchen, in dieser Stichprobe bestätigt werden kann. Hier zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. Dieses Ergebnis widerspricht zwar jenen von Baker und Kolleginnen (2003) Bundorf und Kolleginnen (2006), Eysenbach (1999a) und Pintzinger (2008), ist aber trotzdem plausibel, weil in dieser Untersuchung nur 7,8% ihren Gesundheitszustand als etwas bis sehr schlecht einschätzen und aufgrund dieses geringen Prozentsatzes keine aussagekräftigen Schlussfolgerungen gezogen werden konnten.

Das größte Vertrauen bringen die Untersuchungsteilnehmerinnen wie erwartet Gesundheitsexpertinnen entgegen (34,5%), gefolgt von medizinischen Fachzeitschriften, Informationsbroschüren und Büchern. Auch Pintzinger (2008) zeigte sehr ähnliche Ergebnisse. Dem Internet wird von einem Großteil der befragten Person vor Fernsehen und Radio viel

Vertrauen (29,3%) bis mittelmäßiges Vertrauen (47,9%) entgegengebracht. In der Online-Studie von Stetina (2005) gaben sogar 41,93% an dem Internet als Informationsquelle viel Vertrauen und 32% mittelmäßiges Vertrauen entgegenzubringen. Hinsichtlich der Frage nach den Motiven für die Online-Suche war der am häufigsten genannte Grund Fragen die nach einem Besuch einer Gesundheitsexpertin auftreten, gefolgt von der Erkrankung einer bekannten Person und eine neue Behandlung oder neues Medikament. Auch in diesem Aspekt können Ähnlichkeiten mit den Ergebnissen von Pintzinger (2008) festgestellt werden, in deren Studie zwei von diesen drei Motiven am häufigsten genannt wurden.

Bezüglich des Erfolges bei der Online-Suche gaben die meisten Untersuchungsteilnehmerinnen an, dass es ihnen immer oder meistens gelingt die gewünschten Informationen zu finden. Nur zwei Personen meinten nie zu den gewünschten Suchergebnissen zu gelangen. Auch in diesem Punkt sind die Ergebnisse jenen von Pintzinger (2008) und Krane (2005) sehr ähnlich. Interessant ist, dass zwischen dem Zeitpunkt der letzten Online-Suche und dem Sucherfolg ein Zusammenhang festgestellt wurde und zwar insofern, als Personen deren letzte Online-Suche weniger lange zurückliegt einen größeren Erfolg bei der Suche nach den gewünschten Ergebnissen aufweisen. Ein möglicher Erklärungsgrund könnte sein, dass diese Personen generell häufiger im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten suchen und deswegen über mehr Routine bei der Online-Suche verfügen. Hinsichtlich der Einschätzung der Nützlichkeit von gesundheitsbezogenen Inhalten durch die befragten Personen zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Untersuchungsteilnehmerinnen (60,6%) gesundheitsbezogenen Inhalte im Internet als eher nützlich einschätzen. 14,7% meinten diese Inhalte seien sehr nützlich und 18,2% schätzen gesundheitsbezogene Online-Informationen als weder nützlich noch unnützlich ein. In der Untersuchung von Pintzinger (2008) zeigten sich hinsichtlich der Einschätzung der Nützlichkeit sehr ähnliche Ergebnisse. 60,11% schätzten gesundheitsbezogene Online-Informationen als eher nützlich ein und 21,43% als sehr nützlich. Auch bei Fox und Rainie (2000) zeigten sich ähnliche Ergebnisse. Betrachtet man die fünf Alterskategorien, zeigt sich ein starker Unterschied in der Einschätzung der Nützlichkeit. Personen von 25 bis unter 55 schätzen gesundheitsbezogenen Online-Informationen nützlicher ein als jene zwischen 55 und 65 Jahren. Jüngere Personen suchen häufiger als Ältere im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten. Diese Tatsache schlägt sich vermutlich auch in der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten nieder und zwar ist davon auszugehen,

dass Personen die das Internet für gesundheitsbezogenen Informationssuche nutzen, auch von deren Nützlichkeit überzeugt sein werden. Weiters zeigte sich, dass je weniger weit der Zeitpunkt der letzten Suche zurückliegt, desto nützlicher die Einschätzung der Online-Gesundheitsinformationen ausfällt. Auch zwischen dem Zeitpunkt der letzten Online-Suche und der Häufigkeit der gesundheitsbezogenen Internetnutzung besteht ein Zusammenhang und beeinflusst wahrscheinlich auch die Beurteilung der Nützlichkeit dieser Informationen. Hinsichtlich der Einschätzung der Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Online-Informationen zeigte sich, dass Personen die dies Inhalte als nützlich einschätzen auch von deren Glaubwürdigkeit überzeugt sind.

Der Nächste Aspekt der von Interesse ist, ist die Einschätzung des Einflusses den gesundheitsbezogene Informationen auf persönliche Gesundheitsentscheidungen ausüben. 52,4% meinten diese Informationen hätten gar keinen bis einen mittleren Einfluss, 30% gehen von etwas bis sehr starken Einfluss aus. Die Studie von Baker, Wagner, Singer und Bundorf (2003) zeigten ähnliche Ergebnisse. Auch in dieser Untersuchung meinte ein Drittel jener Personen die das Internet für gesundheitsbezogene Zwecke nützen, dass diese ihre persönlichen Gesundheitsentscheidungen beeinflusse. Auch Fox (2006) kam in diesem Zusammenhang zu ähnlichen Ergebnissen.

Hinsichtlich der Einschätzung der Verbesserung der persönlichen Gesundheitsversorgung waren die Ergebnisse sehr ähnlich Auch hier schätzte ein Großteil der befragten Personen die Verbesserung als wenig bis mittel ein. Ein Viertel allerdings ist der Meinung ihre Gesundheitsversorgung hätte sich etwas bis stark verbessert. Je häufiger Personen im Gesundheitsinformationen im Internet suchen, desto eher sind sie der Meinung ihre persönliche Gesundheitsversorgung hätte sich verbessert. Pintzinger (2008) zeigte hinsichtlich dieses Aspektes sehr ähnliche Ergebnisse. Die Motivation die eigene Gesundheit zu fördern und durch aktive Handlungen zu erhalten wird durch gesundheitsbezogene Online-Suche gefördert und es werden effektive Coping-Strategien entwickelt (Eysenbach, Ryoung & Diepgen, 1999b; Krumholz, Rathore, Chen, Wang & Radford, 2002).

Bei den meisten Untersuchungsteilnehmerinnen steht die Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen in keinem Zusammenhang mit Gesundheitsexpertinnen (50,8%). 18,2% suchen vor der Kontaktaufnahme mit einer Gesundheitsexpertin. 6,5% suchen nach der Kontaktaufnahme und 5,5% meinten sie würden statt einer Kontaktaufnahme mit einer Ärztin suchen. Fox und Rainie (2000) kamen zu einem anderen Ergebnis.

Sie stellten fest, dass die meisten Personen nach der Kontaktaufnahme das Internet für gesundheitsbezogene Zwecke nutzen.

Ein Großteil der befragten Personen gab nie mit Ärztinnen über die online recherchierten Inhalte zu sprechen, 16,3% tun dies manchmal und nur 2,3 % sprechen häufig oder immer mit Gesundheitsexpertinnen. Pintzinger (2008) kam zu ähnlichen Ergebnissen.

Hinsichtlich des wahrgenommenen Interesses das Gesundheitsexpertinnen bezüglich der recherchierten Informationen aufbringen, ist das Ergebnis relativ ausgewogen. 16,3% meinten ihre Ärztin sei sehr interessiert an Online-Informationen, 14,7% berichten kein bis wenig Interesse wahrgenommen zu haben. 64,5% sprechen nie mit ihrer Ärztin über die gefundenen Inhalte. Von jenen Personen die die Frage, ob ihre Ärztin den Online-Gesundheitsinformationen zustimmte beantworteten, berichten 23,5% von einer leichten bis starken Zustimmung. Deutlich weniger, nämlich 7,8% meinten auf wenig bis keine Zustimmung gestoßen zu sein. Dieses Ergebnis spiegelt die zwei unterschiedlichen Denkansätze und Auffassungen der Medizinerinnen hinsichtlich einer selbständigen Recherche nach Gesundheitsinformationen im Internet wieder. Viele Ärztinnen sehen diese Entwicklung kritisch und hegen den Verdacht Patientinnen könnten sich zu sehr an Informationen aus dem Internet klammern, voreilig Diagnosen stellen und gewisse Behandlungen einfordern (Shaw & Baker, 2004). Auf der anderen Seite gibt es Professionistinnen im Gesundheitswesen, die den „E-Patients“ wohlwollend entgegentreten in der Hoffnung, dass das Internet ein innovatives Instrument zur Förderung des Public Health darstellt (Kreps, 2003).

Weiters ist die Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung ein Aspekt von großem Interesse Auch hier ist das Ergebnis relativ ausgewogen. Die eine Hälfte der befragten Personen meinte die Beziehung zu ihrer Ärztin würde sich durch die Online-Inhalte etwas bis stark verschlechtern. Die andere Hälfte berichtet von einer leichten bis starken Verbesserung. Dieses Ergebnis unterstreicht die oben dargestellten Erkenntnisse. Haben Patientinnen das Gefühl, dass sich die Ärztinnen für ihre Belange interessieren werden sie sich gut aufgehoben fühlen und die Beziehung als positiv wahrnehmen. Umgekehrt verhält es sich vermutlich, bringen die Professionistinnen ihren Patientinnen weniger oder kein Interesse entgegen. Felt (2008) meint, es sei durch das Internet nicht zu einer uniformierten Veränderung in der Ärztin-Patientin-Beziehung gekommen, sondern das Verhältnis sei wesentlich wandelbarer und verhandelbarer geworden und es seien vermehrt geteilte

Entscheidungen und Handlungen zu beobachten.

Bezüglich des partizipativen Internetverhaltens wurde deutlich, dass Personen zwischen 15 und 35 Jahren häufiger Internetforen nützen als ältere Untersuchungsteilnehmerinnen. Auch Pintzinger (2008) zeigte, dass jüngere Internet-Userinnen die höchste Nutzungshäufigkeit aufweisen. Gesundheitsforen werden von 29,9% der befragten selten bis oft genützt. Personen die generell häufig online sind nützen auch häufiger Gesundheitschats. Hinsichtlich Online-Chats zeigte sich, dass Männer häufiger als Frauen und jüngeren häufiger als ältere Personen chatten. Döring (2006) kam zu einem etwas anderen Ergebnis. In dieser Studie wurde deutlich, dass Frauen bis 29 Jahre etwas mehr chatten als Männer.

9.2 Psychologisches Empowerment

Um allgemeines Empowerment als eigenständige Outcome-Variable zu erfassen wurde analog zu Pintzingers Untersuchung (2008) die Making Decision Scale (Rogers, Chamberlin, Ellison und Cean, 1997) eingesetzt. Zur Erfassung des gesundheitsbezogenen Empowerments kam das Health Care Empowerment Questionnaire zum Einsatz (Gagnon, Hébert, Dubé & Dubois, 2006). Beide Instrumente wurden mittels Faktorenanalyse und Varimax-Rotation hinsichtlich ihrer Faktorenstruktur untersucht. Aufgrund geringer Faktorladungen ($< 0,5$) wurden bei der MD-Scale 13 und beim HCEQ ein Item entfernt. In der von Pintzinger (2008) durchgeführten Online-Untersuchung wurden zur Erfassung psychologischen Empowerments dieselben Instrumente verwendet wie in der vorliegenden Untersuchung. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist jedoch nur bedingt möglich, weil die verwendeten Verfahren bei Pintzinger (2008) eine etwas andere Faktorenstruktur aufweisen.

Die Untersuchungsteilnehmerinnen weisen im allgemeinen Empowerment einen Durchschnittswert von 2,848 auf. Sie verfügen über eine relativ hohe Ausprägung in den Faktoren „Selbstwirksamkeit und Autonomie“, „Selbstbewusstsein und Optimismus“ und „Gemeinschaftlichen Engagement und Kontrolle über die Zukunft“. Im gesundheitsbezogenem Empowerment liegt der Durchschnitt bei 2,916. Hier weisen die befragten Personen im Faktor „Kontrollmotivation in Bezug auf in Anspruch genommene Leistungen“

und im Faktor „Kontrollwahrnehmung und Kontrollmotivation in Bezug auf Involvierung in Interaktionen“ die höchsten Ausprägung auf. Außerdem geht eine hohe Ausprägung im allgemeinen Empowerment mit einer hohen Ausprägung im gesundheitsbezogenen Empowerment einher. Zwischen Männern und Frauen gibt es keinen signifikanten Unterschied im allgemeinen und im gesundheitsbezogenen Empowerment, Auch in Pintzingers' Untersuchung (2008) wurden keine Zusammenhänge deutlich. Hinsichtlich der Altersgruppen zeigten sich mittlere signifikante Unterschiede in beiden Empowerment-Werten. Personen zwischen 25 und 35 Jahren weisen die höchste Ausprägung im allgemeinen Empowerment auf. Betrachtet man gesundheitsbezogenes Empowerments ist in der Gruppe der 15 bis unter 25jährigen der niedrigste Wert zu finden. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass sich diese Gruppe aufgrund des jungen Alters noch nicht so stark mit gesundheitsbezogenen Themen beschäftigt als ältere Personen. Im Faktor drei „Macht-Machtlosigkeit“ weisen die 25 bis unter 35jährigen einen signifikant höheren Wert auf als die 55 bis 65jährigen Untersuchungsteilnehmerinnen.

Interessant ist, dass Personen mit höherer Schulbildung einen signifikant höheren Wert im allgemeinen Empowerment aufweisen, als jene mit Volksschul- oder Hauptschulabschluss. Vermutlich spielt hier auch das Alter eine Rolle, weil anzunehmen ist, dass bei jüngere Personen aufgrund ihrer geringeren Reife gewisse Komponenten des psychologischen Empowerments wie „kritisches Bewusstsein“, „Verständnis der kausalen Ursachen“ oder „Entwicklung von Fertigkeiten“ noch nicht so stark ausgeprägt sind als bei älteren Personen. Weiters kann man davon ausgehen, dass eine gute Schulbildung die Entwicklung der vorher genannten Aspekte positiv unterstützt. Betrachtet man die Wohnortgröße wird deutlich, dass Untersuchungsteilnehmerinnen aus Wien signifikant höhere Werte im allgemeinen Empowerment aufweisen. Es ist anzunehmen, dass dieses Ergebnis unter anderem aufgrund der selektiven Stichprobe zustande gekommen ist, weil in Wien sehr viele Studentinnen und ältere Personen befragt wurden, hingegen in Salzburg viele Schülerinnen. Dieser Aspekt ist auch hier wieder zu beachten, weil wie bereits erwähnt Empowerment nicht unabhängig vom Alter betrachtet werden kann und vermehrte Autonomie im persönlichen Lebensumfeld, die bei jüngeren Menschen noch nicht so stark gegeben ist, die Empowermententwicklung fördert (Schwarzer, 2004).

Weiters zeigte sich, dass Personen die häufiger online und allgemeine oder gesundheitsbezogene Informationen einholen, auch über eine höhere Ausprägung im allgemeinen

Empowerment aufweisen. Möglicherweise wird durch regelmäßige Internetnutzung und vermutlich auch durch eine Recherche nach vielfältiger Information die Entwicklung der interaktionalen Komponente des psychologischen Empowerments von Zimmerman (1995) gefördert. Ein weiterer spannender Aspekt ist jener, dass Personen die häufiger Gesundheitsexpertinnen konsultieren um Gesundheitsinformationen einzuholen einen höheren Wert im gesundheitsbezogenen Empowerment aufweisen. Dieses Ergebnis ist schlüssig, weil die Motivation sich in gesundheitsbezogene Interaktionen zu involvieren, wie es Personen tun die aktiv mit Gesundheitsexpertinnen in Kontakt treten, gesundheitsbezogenes Empowerment bedingt. Zwischen der Einschätzung der Bedeutsamkeit bestimmter Themen der Online-Suche (Ernährung, Medikamente, alternative Heilmethoden, psychische Gesundheits et cetera) und psychologischem Empowerment zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang. Weiters verfügen Personen die für sich selbst nach Informationen suchen über ein signifikant höheres allgemeines Empowerment. Auch hier spielt vermutlich eine Rolle, dass dadurch Skills zur Entwicklung psychologischen Empowerments (Zimmerman, 1995), wie unter anderem bereichsspezifische Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Motivationskontrolle, kritisches Bewusstsein, Verständnis der kausalen Ursachen, gefördert werden. Masi und Kolleginnen (2007) zeigten in ihrer Untersuchung, dass ein Zugang zu Gesundheitsinformationen via „in-home-Internet“ das gesundheitsbezogene Empowerment der Versuchsgruppe signifikant besser wurde.

Personen die gesundheitsbezogenen Inhalte als nützlich einschätzen verfügen über einen höheren Wert im psychologischen Empowerment. Auch die Einschätzung, dass diese Informationen glaubwürdig sind und zu einer Verbesserung der persönlichen Gesundheitsversorgung beitragen erhöht das psychologische Empowerment. D'Alessandro und Dosa (2001) gehen auch davon aus, dass die Fähigkeit von Patientinnen ihren Gesundheitszustand zu verstehen und auch zu beeinflussen („Patient-Empowerment“) durch Selbstedukation hinsichtlich gesundheitsbezogener Themen bedingt ist. Personen ohne hinreichendes Wissen sind nicht in der Lage in Diskussionen und Gesprächen ihre Meinung fundiert zu vertreten oder sinnvolle Entscheidungen zu treffen (D'Alessandro & Dosa, 2001). Außerdem verfügen Untersuchungsteilnehmerinnen die angaben häufig mit ihrer Ärztin über gesundheitsbezogenen Inhalte zu sprechen über ein höhere Ausprägung im gesundheitsbezogenen Empowerment. Pintzinger (2008) kam in ihrer Untersuchung zu dem gleichen Ergebnis. Personen die die Beziehung zu ihrer Ärztin als positiv einschät-

zen, verfügen über einen höheren Wert im allgemeinen Empowerment. Hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit von Gesundheitsforen und Online-Chats zu gesundheitsbezogenen Themen und allgemeinem Empowerment zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang. Personen die häufig in Gesundheitsforen oder Gesundheitschats patizipieren verfügen über einen höheren Wert im allgemeinen Empowerment. McMellon und Schiffman (2002) kamen in ihrer Untersuchung, in der das Internetverhalten im Zusammenhang mit Empowerment von Seniorinnen untersucht wurde, zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Autorinnen postulieren, dass Personen durch „Online-Aktivitäten“ empowert werden, weil sie mit anderen Personen in Kontakt treten können und so ein Gefühl von Kontrolle entwickeln. Weiters zeigte sich, dass Personen die in Gesundheitschats eine aktive Rolle als Administratorin oder Moderatorin übernehmen, höhere Werte im gesundheitsbezogenen Empowerment aufweisen. Auch gemäß einer Studie des EU-weiten eHealth-Projektes ERA wirkt die aktive Nutzung von Gesundheitsportalen empowernd (Gupta, 2007).

9.3 Einstellung zu gesundheitsbezogenen Internetnutzung

Die Einstellung hinsichtlich gesundheitsbezogener Inhalte wurde mittels der Attitudes Towards Online Health Care (LaCoursiere, 2001) abgebildet. Auch diese Skala wurde einer Faktorenanalyse unterzogen, wobei drei Items aufgrund geringer Faktorladungen entfernt wurden. Der Mittelwert der Gesamtskala ist mit 1,717 eher im unteren Bereich angesiedelt, die relativ niedrigen Mittelwerte der einzelnen Faktoren weisen darauf hin, dass die gesundheitsbezogene Internetnutzung nur wenig Auswirkung auf das Vertrauen in die Online-Informationen hat, das Gefühl der Selbstwirksamkeit bezüglich der Evaluierung dieser Informationen nicht stark ausgeprägt ist, die wahrgenommenen Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Online-Suche eher gering sind und die befragten Personen eher wenig Partizipationsmöglichkeiten im Internet nutzen. Diese Ergebnisse bestätigen Pintzingers' (2008), die zum Teil sehr Ähnliches feststellte. Zwischen den Geschlechtern zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Online-Informationen. Interessant ist, dass Personen zwischen 25 und unter 35 Jahren eine positivere Einstellung aufweisen als die anderen Altersgruppen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die 25 bis unter 35jährigen am häufigsten in Internet nach ge-

sundheitsbezogenen und allgemeinen Inhalten suchen und vermutlich deswegen diesen Inhalten gegenüber eine positivere Haltung vertreten. Weiters zeigte sich, dass die Einschätzung gesundheitsbezogene Inhalte seien vertrauenswürdig und Nutzungshäufigkeit bestimmter gesundheitsbezogener Webseiten mit der Einstellung positiv zusammenhängt. Dieses Ergebnis ist insofern schlüssig, als das man gegenüber einer Sache, der man Vertrauenswürdigkeit attestiert und die man häufig nutzt, vermutlich auch positiv eingestellt ist. Auch die Einschätzung der Wichtigkeit der vorgegebenen Themen hat eine Auswirkung auf die Einstellung. Schätzen Personen bestimmte Inhalte als wichtig ein, ist auch die Einstellung positiver. Dieses Ergebnis bestätigt jenes von Pintzinger (2008). Hinsichtlich der Motive der Online-Suche zeigte sich, dass Personen die aufgrund einer neuen Behandlung, einer chronischen Erkrankung oder einer Ernährungsumstellung im Internet recherchieren eine positivere Einstellung aufweisen, als jene die diese Gründe nicht nannten. Schätzen Personen gesundheitsbezogene Inhalte als nützlich und glaubwürdig ein, ist auch ihre Haltung gegenüber diesen Inhalten positiv. Auch dieses Ergebnis ist in sich schlüssig, weil attribuiert man eine Sache positiv, wird eine positive Einstellung gegenüber der Sache Voraussetzung dafür sein. Findet zwischen der Patientin und der Ärztin regelmäßig ein Gespräch bezüglich der recherchierten Gesundheitsinformationen statt, bedingt dies eine positive Einstellung. Weiters geht eine positive Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet mit einer zustimmenden und optimistischen Einschätzung der Ärztin-Patientin-Beziehung einher. Auch in diesen Punkten konnten einige Ergebnisse von Pintzinger (2008) repliziert werden. Personen die regelmäßig an allgemeinen oder gesundheitsbezogenen Partizipationsmöglichkeiten im Internet aktiv oder passiv teilnehmen, verfügen über eine positivere Einstellung als jene, die diese Angebote nicht nutzen. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass eine positive Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet die Voraussetzung ist, um überhaupt an gesundheitsbezogenen Internetforen teilzunehmen.

10 KRITIK UND AUSBLICK

Die vorliegende Untersuchung wurde in Form einer Offline-Studie mittels Papier-Bleistift-Fragebogen durchgeführt, wobei die interessierenden Daten in Form einer Quotenstichprobe erhoben wurden. Diese bietet einige Vorteile, es sind aber auch Nachteile zu verzeichnen. Der Vorteil dieser Art der Stichprobenziehung besteht darin, dass es möglich ist ein gutes Abbild der Population in der Stichprobe zu erhalten (Bortz und Döring, 2002). Das bedeutet einzelne, für die Untersuchung als relevant erachtete Merkmale der Zielgruppe werden annähernd im gleichen Verhältnis auf die Stichprobe übertragen, wie sie in der Grundgesamtheit vorkommen (Ebermann, 2007). Der Nachteil ist jedoch, dass trotz festgelegter Quoten die Auswahl der Untersuchungsteilnehmerinnen willkürlich ist und deshalb Einbußen in der Repräsentativität zu verzeichnen sind. Obwohl versucht wurde den Fragebogen optisch möglichst klar und ansprechend zu gestalten, um das Ausfüllen für die Untersuchungsteilnehmerinnen zu erleichtern, rief der relativ große Umfang bei einigen der befragten Personen Unmut hervor. Vor allem berichteten Untersuchungsteilnehmerinnen häufig, dass sie den Abschnitt in dem die Items der ATOHC erfragt wurden, aufgrund der vielen Kontrollfragen als mühsam erlebt hatten. Bei der Frage für wen nach gesundheitsbezogenen Inhalten gesucht wird, kritisierten einige Untersuchungsteilnehmerinnen, dass die möglichen Antworten ausschließlich Mitglieder der Familie oder erweiterten Familie umfassten. Besser wäre es gewesen Freunde/Bekannte und eine freie Antwortmöglichkeit hinzuzufügen. Etwas problematisch erwies sich auch die Frage nach der Mitgliedschaft in einer Organisation beziehungsweise nach der Dauer der Mitgliedschaft. Die Untersuchungsteilnehmerinnen konnten mittels freier Textangaben antworten, wobei es teilweise zu Schwierigkeiten bei der Auswertung kam, weil manchmal nicht genau gekennzeichnet wurde, ob es sich hinsichtlich der Mitgliedschaft um Jahre oder Monate handelt.

Um psychologisches Empowerment zu erfassen kamen zwei Fragebögen zum Einsatz und zwar die Making Decision Scale von Rogers, Chamberlin, Ellison und Cream (1997) und das Health Care Empowerment Questionnaire von Gagnon, Hébert, Dubé & Dubois (2006). Diese beiden Instrumente, die zum einen allgemeines und zum anderen gesundheitsbezogenes Empowerment abbilden, wurden ursprünglich für den Einsatz in der Psychiatrie und Geriatrie entwickelt. Aufgrund dessen wurden in der vorliegenden Unter-

suchung Faktorenanalysen durchgeführt und auf Basis derer neue Faktorenstrukturen gebildet. Die Items der HCEQ beziehen sich auf den Zeitraum der letzten sechs Monate und den in diesem Zeitraum stattfindenden Kontakten mit Gesundheitsexpertinnen oder Beschäftigten mit Gesundheitsfragen. Einige Untersuchungsteilnehmerinnen merkten an, dass sie in diesem Zeitraum keine gesundheitsbezogenen Entscheidungen zu treffen hatten und deshalb die Beantwortung dieser Fragen schwierig gewesen sei. Angesichts der Tatsache, dass die meisten Untersuchungsteilnehmerinnen angaben über einen guten Gesundheitszustand zu verfügen, ist es möglich, dass auch andere Personen keine gravierenden Gesundheitsentscheidungen treffen mussten und so Schwierigkeiten hatten die Fragen der HCEQ beantworten. Hinsichtlich der Attitudes Towards Online Health Care (LaCoursiere, 2001) war festzustellen, dass manchen Items der deutschen Übersetzung aufgrund der Tatsache, dass freiere Übersetzungen nicht möglich waren, um eine Bias zwischen der Originalfassung der deutschen Fassung zu vermeiden, teilweise etwas holprig formuliert waren. Einige Untersuchungsteilnehmerinnen waren der Meinung, dass manche Formulierungen der ATOHC zu Verständnisschwierigkeiten geführt haben. Außerdem ist kritisch anzumerken, dass die ATOHC (LaCoursiere, 2001) von einem aktiven Interesse an Online-Gesundheitsinformationen ausgehen und eigentlich mit dem gegebenen Antwortformat nur mehr Häufigkeitsabstufungen gemessen wurde. Besser wäre gewesen, hätte man die Einstellung mittels Intensitätsangaben (trifft gar nicht zu – trifft etwas zu – weder noch – trifft mehr zu –trifft sehr zu) gemessen, weil dann auch Personen, die für gesundheitsbezogene Inhalte im Internet nicht so viel Interesse aufbringen leichter eine passende Antwortmöglichkeit gefunden hätten.

11 ZUSAMMENFASSUNG

Neue Medien wie Webseiten, Chats, E-Mail oder SMS spielen eine zunehmend wichtigere Rolle hinsichtlich Gesundheitsförderung - und auch als unterstützender Faktor in vielen anderen psychosozialen Bereichen (Bauer & Kordy, 2008). Die rasche Entwicklung des Informationszeitalters im Gesundheitsbereich spiegelt sich in dem exponentiellen Wachstum von medizinischen Webseiten, Online-Publikationen, der zunehmenden Anzahl von Online-Datenbanken und Serviceleistungen wie Online-Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen wider (Eysenbach, Ryoung & Diepgen, 1999b). Laut Statistik Austria werden in Österreich sehr häufig und regelmäßig medizinische Informationen aus dem Internet eingeholt. 2007 haben 41% der Internet-Userinnen nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet gesucht (Lackner, 2008).

Ein in den letzten Jahren vor allem im Bereich der Gesundheitspsychologie und speziell im Forschungsbereich der Gesundheitsförderung oftmals sowohl diskutierter als auch häufig zitiertes Konzept ist jenes des „Empowerments“. Rappaport meint, dass Empowerment exakter durch sein Gegenteil zu definieren sei, weil es ein sehr inkonsistentes Konstrukt ist, das innerhalb unterschiedlicher Personen und Settings verschiedene Formen annehmen kann.

„Empowerment is easy to define in its absence: powerlessness, real or imagined; learned helplessness; alienation, loss of sense of control over one's life“ (Rappaport, 1948:53).

Empowerment wird als sozialer, kultureller oder psychologischer Prozess betrachtet, der es Einzelpersonen oder sozialen Gruppen ermöglicht, ihre Bedürfnisse zu formulieren, an der Entscheidungsfindung zu partizipieren und somit in sozialen, politischen oder kulturellen Bereichen aktiv zu sein (Nutbeam, 1998). Das Ziel der vorliegenden Diplomarbeit war zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen Empowerment und der Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet besteht und zwar ausgehend von der Annahme, dass Personen durch gesundheitsrelevante Aktivitäten im Internet mehr „empowert“ sind als jene, die das Netz nicht in dieser Weise nützen. Im speziellen wird psychologisches Empowerment nach einem Konzept von Zimmerman (1995) betrachtet.

Psychologisches Empowerment bezieht sich auf eine Analyse auf individuellem Niveau, die intrapsychische Phänomene, wie interne Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitsgefühl, wahrgenommene Autonomie et cetera, aber auch die praktische Umsetzung dieser Skills beinhaltet. „Empowerte“ Menschen“ verfügen demnach über die notwendigen intrapsychischen Strukturen und können diese auch aktiv im Alltag einsetzen.

Im Rahmen dieser quantitativen Erhebung wurden 1) demographische Daten, 2) Aspekte der gesundheitsbezogenen Internetnutzung, 3) allgemeines Empowerment, 4) gesundheitsbezogenes Empowerment und 5) die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Informationen aus dem Internet, mittels Papier-Bleistift-Fragebogen erhoben. Gesundheitsbezogenes Empowerment wurde mittels des „Health Care Empowerment Questionnaire“ von Gagnon und Kolleginnen (2006) und allgemeines Empowerment mittels der „Making Decision Scale“ von Rogers, Chamberlin, Langer Ellison und Crean (1997) abgebildet. Weiters kam ein Fragebogen, der „Attitudes Towards Online Health Care“ von LaCourse (2001), zum Einsatz, der die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet abbildet. Die verwendeten Verfahren wurden einer Prüfung der Gütekriterien unterzogen, die als zufrieden stellend angenommen werden konnten.

Um eine möglichst hohe Repräsentativität der Untersuchungsergebnisse zu gewährleisten und aufgrund organisatorischer und ökonomischer Vorteile erfolgte die Stichprobenziehung mittels Quotenstichprobe. Die Stichprobe umfasst 300 Personen, die Quoten (Geschlecht und Alter) wurden anhand der Bevölkerungszahlen des Demographischen Jahrbuches 2006 (Statistik Austria, 2007) errechnet. Aufgrund der Fülle an Ergebnissen die die vorliegende Studie hervorbrachte, werden im Folgenden nur die Aussagekräftigsten angeführt. Hinsichtlich der Frequenz der Internetnutzung gaben 55% der Untersuchungsteilnehmerinnen (N = 300) an das Internet täglich zu nutzen, 24,1% sind mehrmals in der Woche und 7,2% wöchentlich online. Dieses Ergebnis bestätigt das einer Studie von Austrian Internet Monitor (2007). Hier zeigte sich, dass 55% der Österreicherinnen das Internet täglich nutzen, sei es zu Hause oder am Arbeitsplatz. Bezüglich der Häufigkeit mit der im Internet nach gesundheitsbezogenen Inhalten gesucht wird, konnte in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden, dass das Internet regelmäßig zur gesundheitsbezogenen Informationsgewinnung herangezogen wird. 10,4% der befragten Personen gaben an mehrmals pro Monat nach Gesundheitsinformationen zu suchen, 24,8% tun dies monatlich und 27% alle paar Monate. Hinsichtlich der Einschätzung der Nützlichkeit

von gesundheitsbezogenen Inhalten durch die befragten Personen zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Untersuchungsteilnehmerinnen (60,6%) gesundheitsbezogenen Inhalte im Internet als eher nützlich einschätzen. Betrachtet man die Höhe der Ausprägung im gesundheitsbezogenen Empowerment der befragten Personen zeigt sich, dass 15 bis unter 25jährige die niedrigsten Werte aufweisen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass sich diese Gruppe aufgrund des jungen Alters noch nicht so stark mit gesundheitsbezogenen Themen beschäftigen als die älteren Untersuchungsteilnehmerinnen. Interessant ist, dass Personen mit höherer Schulbildung einen signifikant höheren Wert im allgemeinen Empowerment aufweisen als jene mit Volksschul- oder Hauptschulabschluss. Vermutlich spielt auch hier das Alter eine Rolle, weil anzunehmen ist, dass bei jüngere Personen aufgrund ihrer geringeren Reife gewisse Komponenten des psychologischen Empowerments wie „kritisches Bewusstsein“, „Verständnis der kausalen Ursachen“ oder „Entwicklung von Fertigkeiten“ noch nicht so stark ausgeprägt sind als bei älteren Personen. Weiters kann man davon ausgehen, dass eine gute Schulbildung die Entwicklung der vorher genannten Aspekte positiv unterstützt. Außerdem zeigte sich, dass Personen die häufiger online sind und allgemeine oder gesundheitsbezogene Informationen einholen, auch über eine höhere Ausprägung im allgemeinen Empowerment aufweisen. Möglicherweise wird durch regelmäßige Internetnutzung und vermutlich auch durch eine Recherche nach vielfältiger Information die Entwicklung der interaktionalen Komponente des psychologischen Empowerments von Zimmerman (1995) gefördert. Ein weiterer spannender Aspekt ist jener, dass Personen die häufiger Gesundheitsexpertinnen konsultieren, um Gesundheitsinformationen einzuholen einen höheren Wert im gesundheitsbezogenen Empowerment aufweisen. Dieses Ergebnis ist schlüssig, weil die Motivation sich in gesundheitsbezogene Interaktionen zu involvieren, wie es Personen tun die aktiv mit Gesundheitsexpertinnen in Kontakt treten, gesundheitsbezogenes Empowerment bedingt. Weiters verfügen Personen die für sich selbst nach Informationen suchen über ein signifikant höheres allgemeines Empowerment. Auch hier spielt vermutlich eine Rolle, dass dadurch Skills zur Entwicklung psychologischen Empowerments (Zimmerman, 1995), wie unter anderem bereichsspezifische Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Motivationskontrolle, kritisches Bewusstsein, Verständnis der kausalen Ursachen, gefördert werden. Masi und Kolleginnen (2007) zeigten in ihrer Untersuchung, dass ein Zugang zu Gesundheitsinformationen wie „in-home-Internet“ das gesundheitsbezogene

Empowerment der Versuchsgruppe signifikant besser wurde. Personen die gesundheitsbezogenen Inhalte als nützlich einschätzen verfügen über einen höheren Wert im psychologischen Empowerment. Auch die Einschätzung, dass diese Informationen glaubwürdig sind und zu einer Verbesserung der persönlichen Gesundheitsversorgung beitragen erhöht das psychologische Empowerment. D'Alessandro und Dosa (2001) gehen auch davon aus, dass die Fähigkeit von Patientinnen ihren Gesundheitszustand zu verstehen und auch zu beeinflussen („Patient-Empowerment“) durch Selbstedukation hinsichtlich gesundheitsbezogener Themen bedingt ist. Interessant ist auch, dass Personen die häufig in Gesundheitsforen oder Gesundheitschats partizipieren über einen höheren Wert im allgemeinen Empowerment verfügen. Auch dieses Ergebnis fügt sich in das Konzept des psychologischen Empowerments von Zimmerman (1995). McMellon und Schiffman (2002) kamen in ihrer Untersuchung, in der das Internetverhalten im Zusammenhang mit Empowerment von Seniorinnen untersucht wurde, zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Autorinnen postulieren, dass Personen durch „Online-Aktivitäten“ empowert werden, weil sie mit anderen Personen in Kontakt treten können und so ein Gefühl von Kontrolle entwickeln. Weiters zeigte sich, dass Personen die in Gesundheitschats eine aktive Rolle als Administratorin oder Moderatorin übernehmen, höhere Werte im gesundheitsbezogenen Empowerment aufweisen. Auch gemäß einer Studie des EU-weiten eHealth-Projektes ERA wirkt die aktive Nutzung von Gesundheitsportalen empowernd (Gupta, 2007). Der letzte Aspekt der in dieser Untersuchung interessiert, ist ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychologischem Empowerment und der Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten besteht. Es zeigte sich, dass Personen die gesundheitsbezogenen Inhalten gegenüber positiv eingestellt sind, auch über einen höheren Wert im allgemeinen und im gesundheitsbezogenen Empowerment verfügen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung die anfangs formulierten Annahmen größtenteils bestätigen.

12 ABSTRACT

12.1 Abstract Deutsch

Neue Medien und Kommunikationsformen, wie Webseiten, Chats oder E-Mails spielen eine zunehmend wichtige Rolle in der individuellen Gesundheitsversorgung hinsichtlich Gesundheitsprävention, aber auch anderen gesundheitsbezogenen Bereichen (Bauer & Kordy, 2008). In Österreich werden laut Statistik Austria sehr häufig medizinische Informationen aus dem Internet eingeholt. 2007 haben 41% der Internet-Userinnen nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet gesucht (Lackner, 2008).

Die vorliegende Studie versucht zu klären, inwiefern die Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet beziehungsweise die Nutzung des Internet hinsichtlich gesundheitsbezogener Themen die Entwicklung von psychologischem Empowerment bedingt und fördert. Empowerment kann definiert werden als ein Prozess, mittels welchem Individuen lernen einen engeren Zusammenhang zwischen deren Handlungen und Ergebnissen zu sehen; Handlungsorientierung wird demnach forciert (Mechanic, 1991).

Die theoretische Basis dieser Untersuchung stellt Zimmermans' Konzept des psychologischen Empowerments (1995) dar. Um die interessierenden Variablen, nämlich allgemeines und gesundheitsbezogenes Empowerment, zu erheben, wurden Fragebögen von Rogers, Chamberlin, Langer, Ellison und Crean (1997) und Gagnon et al. (2006) eingesetzt. Weiters wurde mittels eines Fragebogens von LaCoursiere (2001) die Einstellung zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet abgebildet. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass gesundheitsbezogenen Online-Informationen von einem Großteil der befragten Personen erfolgreich eingeholt und als zuverlässig eingeschätzt werden. Weiters konnte festgestellt werden, dass die Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet eine positive Einstellung hinsichtlich solcher Informationen bedingt und auch die Entwicklung psychologischen Empowerments gefördert wird. Eine Veränderung in der Patientin-Gesundheitsexpertinnen-Beziehung aufgrund von gesundheitsbezogener Online-Partizipation wurde nicht sichtbar. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die anfänglich formulierte Annahme, dass sich die Suche nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet positiv auf die Empowermententwicklung auswirkt.

12.2 Abstract English

New media such as websites, chats, or e-mail play a more and more important role in people's lives regarding health prevention and other health-related areas (Bauer & Kordy, 2008). According to Statistik Austria health information is frequently and regularly sought on the Internet. In 2007 41% of Internet users used the World Wide Web for health purposes (Lackner, 2007).

The presented study aims to answer the question whether gaining health information on the web enhances psychological empowerment or not. Empowerment can be defined as a process where individuals learn to see a closer correspondence between their goals and a relationship between their efforts and life outcomes (Mechanic, 1991). The study is based on Zimmerman's concept of psychological empowerment (1995). Questionnaires by Rogers, Chamberlin, Langer, Ellison and Crean (1997) as well as by Gagnon et al. (2006) were used for assessment. Further issues are specific aspects of online information retrieval, individual health prevention and the question if "expert patients" notice a change in their relationship to health experts. Participants reported their attitudes towards online health care by completing a third questionnaire (LaCoursiere, 2001).

Results of the presented study suggest that online health care information is commonly used, and the Internet is considered a successful and reliable source of information by the majority of the participants. The results further prove that searching for health related information advice and support on the Internet as well as a positive attitude towards online health issues enhance psychological empowerment. Regarding any possible changes in the relationship between patients and health experts no clear evidence has been found. In summary the studies results confirm the assumptions expressed in the beginning in most cases.

LITERATURVERZEICHNIS

- American Medical Association (2000). Guidelines for medical and health information sites on the Internet. Retrieved January 31, 2008, from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1905.html>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. Franke Hrsg.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Akerkar, S. M. & Bichile, L. S. (2004). Health Information on the Internet: Patient Empowerment or Patient Deceit? *Indian Journal of Medical Sciences* 58 (8), 321-326. Retrieved November 19, 2007, from <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2004/58/8/321/12444>
- Austrian Internet Monitor (AIM) – 4. Quartal 2007. Retrieved May 30, from http://mediasearch.orf.at/c_internet/c_internet_aim.htm
- Baker, L., Wagner, T. H., Singer S. & Bundorf, K. M. (2003). Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information: Results from a National Survey. *Journal of the American Medical Association*, 289 (18), 2400-2406.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: *An agentic perspective*. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A., Cioffi, D. Taylor, C. B. & Brouillard, M. E. (1988). Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 479-488.
- Barth, J. & Härter, M. (1996). Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen und gesundheitliches Risikoverhalten – eine Analyse von Kontrollüberzeugungsmustern. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (PPmP)*, 46, 247-253.
- Bauer, S. & Kordy, H. (2008). *E-Mental-Health – Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer.
- Berger, P. J. & Neuhauser, R. J. (1977). *To empower people: The role of mediating structures in public policy*. Washington, D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Borzekowsky, D. L. G., Fobil, J. N. & Asante, K. O. 2006. Online Access by Adolescents in Accra: Ghanaian Teens' Use of the Internet Information for Health Information.

- Development Psychology*, 42 (3), 450-458.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bundorf, K., M. Wagner, T. H., Singer, S. J. & Baker, L. C. (2006). Who Searches the Internet for Health Information? *Health Service and educational Trust*, 41 (3), 819-836.
- Canadian Institutes of Health Research (2006). Evidence in Action, Acting on Evidence: PRISMA: Developing Integrated Services Delivery for Functional Autonomy. Retrieved September 13, 2007, from <http://www.irsc.gc.ca/e/30670.html>
- Cornell Empowerment Group. (1989). Empowerment and family support. *Networking Bulletin*, 1, 1-23.
- Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F. & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38, 77-84.
- D'Alessandro D. M. & Dosa N. P. Empowering children and families with information technology. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155, 1131-1136.
- Döring, N. (1999). *Sozialpsychologie des Internet*. Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. (2000). *Identitäten, soziale Beziehungen und Gemeinschaften im Internet*. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (S. 379-415). (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*. Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. (2006). *Frauen – Männer - Internet*. Göttingen: Hogrefe
- Eaton, L. (2002). A third of Europeans and almost a half of Americans use the Internet for health information, 989. Retrieved March 20, 2007, from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7371/989/b?etoc>
- Ebermann, E. (2007). Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren. Retrieved March 13, 2008, from <http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-14.html>
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 20. Retrieved February 4, 2008, from <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>

- Eysenbach, G. (2003). Qualität von Gesundheitsinformationen im World Wide Web. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 46, 292-299.
- Eysenbach, G. (2004). *Online-Gesundheitsinformationen, ihre Qualität und Nebenwirkungen*. In P. Grätzel von Grätz (Hrsg.), *Vernetzte Medizin. Patient Empowerment und Netzinfrastrukturen in der Medizin des 21. Jahrhunderts* (S.47-61). Hannover: Heise.
- Eysenbach, G. & Diepgen, T. (1999a). Patients Looking for Information on the Internet and Seeking Teleadvice: Motivation, Expectations, and Misconceptions as Expressed in E-mails Sent to Physicians. *Archives of Dermatology*, 135, 151-156.
- Eysenbach, G., Ryoung, S. & Diepgen, T. (1999b). Shopping around the internet today and tomorrow: Towards the millenium of cybermedicine. *British Medical Journal*, 319, 1-5.
- Eysenbach, G. & Diepgen, T. (2001). The Role of e-Health and Consumer Health Informatics for Evidence-Based Choice in the 21st Century. *Clinics in Dermatology*, 19, 11-17.
- Eysenbach, G. & Köhler, C. (2002). How do consumers search and appraise health information on the World-Wide-Web? Qualitative study using focus groups , usability tests and indepth interviews. *British Medical Journal*, 324, 573-577.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C. & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electric support groups: systematic review of the effets of online peer to peer interactions. *British Medical Journal*, 328, 1-6.
- Felt, U. (2008). *Virtuell Informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter*. Retrieved March 5, 2008, from <http://www.univie.ac.at/virusss/documents/777573393.pdf>
- Ferree, M. M. & Miller, F. D. (1985). Mobilization and meaning: Toward an integration of social psychological and resource perspectives on social movements. *Sociological Inquiry*, 55, 38-61.
- Fox, S. (2005). Health Information Online. Eight in ten internet users have looked for health information online, with increased interest in diet, fitness, drugs, health insurance, experimental treatments, and particular doctors and hospitals. *Pew Internet & American Life Project*. Retrieved December 12, 2007, from

- http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Healthtopics_May05.pdf
- Fox, S. (2006). Online Health Search 2006. Most internet users start at a search engine when looking for health information online. Very few check the source and date of the information they find. *Pew Internet & American Life Project*. Retrieved August 15 2007, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf
- Fox, S. (2007). E-patients With a Disability or Chronic Disease. Retrieved November 19, 2007, from http://www.pewinternet.org/pdfs/EPatients_Chronic_Conditions_2007.pdf
- Fox, S. & Fallows, D. (2003). Internet health resources. Retrieved January 31, 2008, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report_July_2003.pdf
- Fox, S. & Rainie, L. (2002). The online health care revolution: How the Web helps Americans to take better care of themselves. *Pew Internet & American Life Project*. Retrieved Mai 30, 2008, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report.pdf
- Fox, S. & Rainie, L. (2002). Vital Decisions. How Internet users decide what information to trust when they or their loves ones are sick. *Pew Internet & American Life Project*. Retrieved August 18, 2007, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Vital_Decisions_May2002.pdf
- Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. & Dubois M.-F. (2006). Development and Validation of an Instrument Measuring Individual Empowerment in Relation to Personal Health Care: *The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ)*. *American Journal of Health Promotion*, 20 (6), 429-435.
- Giles, J. (2005). Special Report Internet encyclopaedias go head to head. *Nature –international weekly journal of science*, 438, 900-901.
- Gupta, M. (2007). Patient Empowerment through e-Health. Retrieved February 2, 2008 from <http://www.ehealthonline.org/articles/article-details.asp?articleid=1449&typ=Development>
- Häcker, H. & Stapf K.H. (1998). *Dorsch – Psychologisches Wörterbuch* (13., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Herriger, N. (1997). *Empowerment in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer
- Herkner, W. (2000). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. [2. Auflage]. Bern: Hans Huber.
- Iscoe, I. (1974). Community psychology and the competent community.

- American Psychologist*, 29, 607-613.
- Jackson, S.E. (1983). Participation in decision-making as a strategy for reducing job-related strain. *Journal of Applied Psychology*, 68, 3-19.
- Kalichman, S. C., Weinhardt, L., Benotsch, E., Rompa, D., DiFonzo, K. & Luke, W. et al. (2002). Internet access and Internet use for health information among people living with HIV/AIDS. *Patient Education and Counseling*, 46, 647-649.
- Kalichman, S. C., Benotsch, E. G. & Weinhardt, L. et al. (2003). Health-Related Internet Use, Coping, Social Support, and Health Indicators in People Living With HIV/AIDS: Preliminary Results From A Community Survey. *Health Psychology*, 22 (1), 111-116.
- Kalichman, S. C., Cain, D., Cherry, C., Pope, H., Eaton, L., & Kalichman, L. (2005). Internet use among people living with HIV/AIDS: Coping and health related correlates. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 21-30.
- Kelly, J. G. (1971). Qualities for the community psychologist. *American Psychologist*, 26, 897-903.
- Kieffer, C. H. (1984). *Citizen empowerment: A development perspective*. In J. Rappaport, C. Swift & R. Hess (Eds.), *Studies in Empowerment: Steps toward understanding and action* (pp. 9-36). New York: Haworth.
- Köhler, C. & Eysenbach, G. (2002). Das Internet Chancen, Risiken und Perspektiven für den chirurgischen Patienten. *Der Chirurg*, 73, 5.
- Krane, D. (2005). Number of "Cyberchondriacs" – U.S. Adults Who Go Online for Health Information – increases to Estimated 117 Million. *Health Care News*, 5 (8). Retrieved September 9, 2007) from http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2005Vol5_Iss08.pdf
- Kreps, G. L. (2003). Guest editor's foreword. E-health: Technology-mediated health communication. *Journal of health Psychology*, 8 (1), 5-6.
- Krueger-Brand, H.E. (2007). Gesundheitsinformationen im Internet: Google Co-op. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (13), 20. Retrieved March 5, 2008, from <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=55072>
- Krumholz, H., Rathore, S., Chen, J., Wang, Y. & Radford, M. (2002). Evaluation of consumer-oriented Internet health care report card: The risk of quality ratings based on mortality data. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1277-1287.

- Kirchler, R. & Rodler, C. (2001). *Motivation in Organisationen: Arbeits -und Organisationspsychologie 1*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- LaCoursiere, S. (2001). Development and Evaluation of an Instrument to Measure Attitudes toward Online Health Care (ATOHC). *Proceedings of the Annual Health Care Information and Management Systems Society Conference & Exhibition, USA, 4*, 1-16.
- Lackner, K. (2008). Ärztlicher Rat per Mail. *MedStandard – Journal für Gesundheit, Medizin und Heilmittel*. Retrieved March 4, 2008, from <http://derstandard.at/>
- Lenz, A. (2002). *Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die Psychosoziale Praxis*. In Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.), *Empowerment – Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation* (S. 13-53). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Legewie, H. & Trojan, A. (2001). Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung. Retrieved November 19, 2007 from <http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Skript-Ges-foerd.pdf>
- Leo. (2008). Empowerment. Leo. Retrieved January 29, 2008, from <http://dict.leo.org/ende?lp=ende&lang=de&searchLoc=0&cmpType=relaxed§Hdr=on&spellToler=on&search=empowerment&relink=on>
- Masi, C. M., Suarez-Balcazar, Y., Cassey, M. Z., Kinney, L. & Piotrowski, H. (2003). Internet Access and Empowerment. A Community-based Health Initiative. *Journal of General Internal Medicine* 18, 525-530.
- Maneeriwongul, W. & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (2), 175-186.
- Mechanic, D. (1991). Adolescents at risk. *Paper presented at the annual Conference on Health Policy, Cornell University Media College*.
- Menon, St. (1999). Psychological Empowerment: Definition, Measurement and Validation. *Canadian Journal of Behaviour Science*, 31, 161-164.
- Neuberger, J. (1999). Do we need a new word for patient? *British Medicine Journal*, 318, 1756-1758.
- Nowotny, M., Dachenhausen, A., Stastny, P., Zidek, T. & Brainin, M. (2004). Empowerment, Lebensqualität und Partizipation in der neurologischen Rehabilitation: Eine empirische Studie an Schlaganfallpatienten und Angehörigen.

- Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154 (23-24), 577-583.
- Paulhus, D. (1983). Sphere-specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1253-1265.
- Perkins, D. & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 569-579.
- Pew Internet. (2001). The Rise of the Instant-Message Generation. Retrieved January 31, 2008, from http://www.pewinternet.org/PPF/r/24/press_release.asp
- Rappaport, J. (1984). *Studies in Empowerment: Introduction to the Issue*. In J. Rappaport, R. Hess & C. Swift (Eds.), *Studies in Empowerment* (pp. 1-9). New York: The Haworth Press.
- Rappaport, J. (1985a). The power of empowerment language. *Social Policy*, 16, 15-21
- Rappaport, J. (1985b). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerments“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, 257-278.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 9, 121-144.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Langer Ellison, M. & Crean, T. (1997). A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 48 (8), 1042-1047.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-274.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, G. J., Magovern, G. J., Levebre R. C., Abbott, R. A. & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects of physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2003). *Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior*. New York: Routledge.
- Schnell, R., Hill, P.B. & Esser, E. (2007). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Oldenburg: Hogrefe
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. & Hahn, A. (1994). Unemployment, social support and health complaints: A longitudinal study of stress in East Germany refugees. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 4, 31-45.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. Freeman: San Francisco.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York. Knop.
- Shaw, J. & Baker, M. (2004). „Expert-patient“-dream or nightmare? *British Medicine Journal*, 328, 723-724. Retrieved November 18, 2007 from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7442/723>
- Smith, T. W., Pope, K., Rhodewalt, F. & Poulton, J. L. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptoms reports: An alternative interpretation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 640-648.
- Stark, W. (1993) Die Menschen stärken. Empowerment als eine Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und soziale Arbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 2, 41-44.
- Stark, W. (2002). *Gemeinsam Kräfte entdecken – Empowerment als kompetenz-orientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit*. In A. Lenz & W. Stark (Hrsg.), *Empowerment – Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation* (S. 55-76). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Stetina, B (1995). *Exploration von „Hidden Populations“ am Beispiel Freizeitdrogenkonsum – Eine psychologische Online-Studie über das Potential des Internet in der Drogenforschung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Swift, C. & Levine, G. (1987). Empowerment an emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention*, 8, 71-94.
- Taylor, H. & Leitman, R. (2002). 4-Nation Survey Shows Widespread but Different Levels of Internet Use for Health Purposes. *Health Care News 2 (11)*. Retrieved August 20, 2007, from http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2002Vol2_Iss11.pdf
- Thell, S. (2007) *Internetgebrauch, Coping und Selbstwirksamkeit. Eine Online-Studie zu Risikofaktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Trill, R. (2008). eHealth ist die Zukunft – ein Blick bis ins Jahr 2015. *Telemedizinführer Deutschland*. Retrieved April 4, 2008, http://www.telemedizinfuehrer.de/index.php?option=com_content&task=view&id

=114&Itemid=28

- Walji, M., Sagaram, A., Sagaram, D., Meric-Bernstam, F., Johnson, C., Mirza, N. & Bernstam, E. (2004). Efficacy of quality criteria to identify potentially harmful information: A cross-sectional survey of complementary and alternative medicine Web sites. *Journal of Medical Internet Resources*, 29, e.21.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 3, 167-184.
- Wikipedia, Die freie Enzyklopädie (2008a). Internetforum. Retrieved January 29, 2008, <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese>
- Wikipedia, Die freie Enzyklopädie (2008b). Internetforum. Retrieved January 31, 2008, from <http://de.wikipedia.org/wiki/Mailingliste>
- Wikipedia, Die freie Enzyklopädie (2008c). Internetforum. Retrieved 31, 2008, from <http://de.wikipedia.org/wiki/Newsgroup>
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-364.
- World Health Organization (2007). eHealth. Retrieved February 4, 2008, from <http://www.euro.who.int/telemed>
- World Wide Web Consortium (2007). The world wide web is the universe of network-accessible information, the embodiment of human knowledge. Retrieved April 8, 2008, from http://searchcrm.techtarget.com/sDefinition/0,,sid11_gci213391,00.html
- Wowra, S. & McCarter, R. (1999). Validation of the Empowerment Scale with an Outpatient Mental Health Population. *Psychiatric Services*, 50 (7), 595-961.
- Zimmerman, M. A. (1990). Toward a Theory of Learned Helpfulness: A Structure Model Analysis of Participation and Empowerment. *Journal of Research in Personality*, 24, 71-86
- Zimmerman, M. A. (1992). *Empowerment: forging new perspectives for mental health*. In J. Rappaport & E. Seidman (eds.), *Handbook of community psychology*. New York: Plenum.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.

- Zimmerman, M. A. (2000). *Empowerment Theory*. In J. Rappaport & H. Seidman (Eds.) *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). New York: Kluwer.
- Zimmerman, M. A. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology, 16*, 725-750.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: PSYCHOLOGISCHES EMPOWERMENT – EIN NOMOLOGISCHES NETZWERK

ABBILDUNG 2: MAKING DECISION SCALE – SCREE-PLOT

ABBILDUNG 3: ALTER UND GESCHLECHT

ABBILDUNG 4: AUSBILDUNGSKATEGORIEN UND GESCHLECHT

ABBILDUNG 5: INTERNETNUTZUNG UND ALTERSGRUPPEN

ABBILDUNG 6: SENSIBLE GESUNDHEITSTHEMEN UND GESCHLECHT

ABBILDUNG 7: ERFOLG BEI DER ONLINE-SUCHE

ABBILDUNG 8: NÜTZLICHKEIT GESUNDHEITSBEZOGENER INHALTE

ABBILDUNG 9: GLAUBHAFTIGKEIT GESUNDHEITSBEZOGENER INHALTE

ABBILDUNG 10: ALTER UND ALLGEMEINES EMPOWERMENT

ABBILDUNG 11: ALTER UND GESUNDHEITSBEZOGENES EMPOWERMENT

ABBILDUNG 12: GESCHLECHT, ALTER & ALLGEMEINES EMPOWERMENT

ABBILDUNG 13: GESCHLECHT, ALTER & GESUNDHEITSBEZOGENES EMPOWERMENT

ABBILDUNG 14: WOHNORTGRÖÖBE & MD-SCALE

ABBILDUNG 15: GESPRÄCH UND GESUNDHEITSBEZOGENES EMPOWERMENT

ABBILDUNG 16: GESUNDHEITSFOREN UND ALLGEMEINES EMPOWERMENT

ABBILDUNG 17: ONLINE-CHATS UND GESUNDHEITSBEZOGENE INHALTE IM INTERNET

ABBILDUNG 18: GESPRÄCH UND EINSTELLUNG

ABBILDUNG 19: EINSTELLUNG UND FUNKTION IN GESUNDHEITSFOREN

ABBILDUNG 20: EINSTELLUNG UND FUNKTION IN GESUNDHEITSCHATS

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: ATOHC-FAKTOREN UND FAKTORLADUNGEN

TABELLE 2: MD – SCALE –FAKTOREN UND FAKTORLADUNGEN

TABELLE 3: HCEQ-FAKTOREN UND FAKTORLADUNGEN

TABELLE 4: QUOTEN DER ERHOBENEN STICHPROBE

TABELLE 5: ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT

TABELLE 6: INFORMATIONSQUELLEN

TABELLE 7: NUTZUNGSHÄUFIGKEIT DER VERSCHIEDENEN INFORMATIONSQUELLEN

TABELLE 8: NUTZUNGSHÄUFIGKEIT NACH SUBSUMIERUNG DER GRUPPEN

TABELLE 9: VERTRAUEN HINSICHTLICH INFORMATIONSQUELLEN

TABELLE 10: ALTERSGRUPPEN UND LETZTE ONLINE-SUCHE

TABELLE 11: BESUCHTE WEBSEITEN

TABELLE 12: THEMEN DER GESUNDHEITSBEZOGENEN ONLINE-SUCHE

TABELLE 13: MOTIVE FÜR DIE ONLINE-SUCHE

TABELLE 14: ANZAHL DER MITGLIEDSCHAFTEN

TABELLE 15: VEREINE & ORGANISATIONEN

TABELLE 16: VERTRAUEN IN DIE INFORMATIONSQUELLEN UND EMPOWERMENT

TABELLE 17: WICHTIGKEIT DER THEMEN & ONLINE-SUCHE

TABELLE 18: SUCHE FÜR SICH SELBST UND FAKTOREN DER MD-SKALA

TABELLE 19: MOTIVE FÜR DIE ONLINE-SUCHE UND EMPOWERMENT

TABELLE 20: ÜBERNOMMENE FUNKTION IN INTERNETDIENSTEN UND
EMPOWERMENT

TABELLE 21: NUTZUNGSHÄUFIGKEIT UND EINSTELLUNG

TABELLE 22: THEMEN UND EINSTELLUNG

TABELLE 23: MOTIVE FÜR DIE ONLINE-SUCHE UND EINSTELLUNG

TABELLE 24: ONLINE-PARTIZIPATIONSMÖGLICHKEITEN UND EINSTELLUNG

TABELLE 25: FUNKTION UND EINSTELLUNG

ERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Arbeit alleine und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Alle Ausführungen dieser Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im September 2008

LEBENS LAUF



Name: Elisabeth Hinterberger

Geburtsdatum: 17.08.1981

Geburtsort: Oberndorf

Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung

- 1988 – 1992 Volksschule Oberalm
- 1992 – 1996 Privatgymnasium der Ursulinen
- 1996 – 2000 Bundesgymnasium Hallein (neusprachlicher Zweig)
- 2000 – 2001 Diplomstudium der internationalen Wirtschaftswissenschaften an der Universität Innsbruck
- 2002 – 2008 Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien

Praxiserfahrung

- 2001 Praktikum an der Universitätsklinik Innsbruck – Neugeborenenstation
- 2002 Praktikum bei der Lebenshilfe Innsbruck
- 2005 Betreuung von Kindern mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen im Rahmen eines 2-wöchigen Ferienturnus (Wiener Jugenderholung)
- 2006 Tätigkeit als Sozialbegleiterin bei pro mente Wien – Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit
- 2007 6-Wochen-Praktikum in der Lehr- und Forschungspraxis – Arbeitsgruppe für Klinische Psychologie
- seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Zukunftsstudien an der Fachhochschule Salzburg