universität wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Unterschiede im physischen Selbstkonzept und der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität bei Personen mit unterschiedlichen BMI-Gewichtskategorien und Zusammenhang mit dem Erfolg bei einer Gewichtsabnahme

Verfasserin

Dragana Djuric, BEd

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, November 2013

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Mag. Dr. Karin Waldherr

DANKSAGUNG

Ein großer Dank gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin Mag. Dr. Karin Waldherr. Sie gab mir zahlreiche Hilfestellungen und nahm sich immer Zeit für mich, wenn dies von Nöten war. Weiters bedanke ich mich bei den MitarbeiterInnen von KiloCoach™, die mir die Möglichkeit gaben, ihre Mitglieder zu befragen. Besonders zu betonen sind hierbei Dr. Rosa Aspalter und Mag. Rita Longin, die mich bei der Planung und Umsetzung der Testpersonenbefragung unterstützten.
Ein herzlicher Dank gilt ebenfalls allen Personen, die sich bereit erklärten, an der Befragung teilzunehmen, sowohl jenen, die über KiloCoach™ rekrutiert, als auch jenen, die über E-Mails befragt wurden, und somit die Datenerhebung überhaupt ermöglichten.

Ebenso möchte ich mich bei Ass.-Prof. Dr. Pia Deimann und Ass.-Prof. Dr. Ursula Kastner-Koller bedanken, bei denen ich, begleitend zur Diplomarbeit, das Forschungsseminar für Fortgeschrittene besuchte. Sie gingen auf meine Fragen und Unklarheiten ein und nahmen sich Zeit, diese zu klären.

Auf Seiten meiner Familie bedanke ich mich zunächst bei meiner Mutter und meinem Mann, die meinen Bildungsweg immer unterstützten und motivierten, wenn dies notwendig war. Weiters bedanke ich mich bei meinem Bruder, der mir ebenfalls unterstützend zur Seite stand.

Schlussendlich sind noch meine FreundInnen und StudienkollegInnen zu erwähnen, die durch zahlreiche Gespräche motivierend auf mich einwirkten und auf deren Beistand ich zählen konnte.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 1

THEORIETEIL 5

1. Body-Mass Index (BMI) 7

1.1 Berechnung des BMI 7

1.2 BMI-Klassifikationen 8

1.2.1 Untergewicht 9

1.2.2 Normalgewicht 9

1.2.3 Präadipositas und Adipositas 9

2. Präadipositas und Adipositas im Erwachsenenalter 11

2.1 Definition von Präadipositas und Adipositas 11

2.2 Klassifikation von Präadipositas und Adipositas 11

2.3 Prävalenz von Präadipositas und Adipositas 11

2.4 Ursachen von Präadipositas und Adipositas 12

2.4.1 Genetische Veranlagung 13

2.4.2 Biologische Faktoren 14

2.4.3 Essverhalten 15

2.4.4 Körperliche Inaktivität 15

2.4.5 Emotionales Befinden 16

2.4.6 Soziale Faktoren 16

2.5 Folgen von Präadipositas und Adipositas 17

2.5.1 Mögliche physische Folgen 17

2.5.2 Mögliche psychische Folgen 18

2.6 Therapiemöglichkeiten und Therapierfolge von Präadipositas und Adipositas 19

2.6.1 Therapiemöglichkeiten 19

2.6.2 Therapieerfolge 20

3. Selbstkonzept 23

3.1 Definition des Selbst 23

3.2 Definition des Selbstkonzepts 23

3.3 Entwicklung des Selbstkonzepts über die Lebensspanne 24

3.4 Selbstkonzepttheorien 25

3.4.1 Ältere Selbstkonzepttheorien 25

3.4.2 Neuere Selbstkonzepttheorien 26

4. Selbstwirksamkeit 31

4.1 Definition Selbstwirksamkeit 31

4.2 Selbstwirksamkeitserwartung 31

4.3 Selbstwirksamkeit und Gesundheit 33

4.4 Selbstwirksamkeit im sportbezogenen Kontext 33

5. Adipositas im Zusammenhang mit globalem Selbstwert und physischem Selbstkonzept 37

5.1 Zusammenhang zwischen Adipositas und globalem Selbstwert 37

5.2 Zusammenhang zwischen Adipositas und physischem Selbstkonzept 38

6. Adipositas im Zusammenhang mit Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität 41

EMPIRIETEIL 43

7. Fragestellungen 45

7.1 Hypothesen 45

7.1.1 Unterschiede im Physischen Selbstkonzept zwischen Gewichtsgruppen 45

7.1.2 Unterschiede in der Selbstwirksamkeit zwischen Gewichtsgruppen 46

7.1.3 Unterschiede in der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zwischen Gewichtsgruppen 46

7.1.4 Auswirkung von Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit zu Beginn der Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm auf Gewichtsabnahme 46

7.1.5 Non-Responder Analyse 47

7.1.6 Einfluss einer erfolgreichen Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm auf physisches Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität .. 48

8. Methode 49

8.1 Untersuchungsdesign und Untersuchungsablauf 49

8.1.1 Exkurs: KiloCoach™ 51

8.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente 51

8.2.1 Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ) 52

8.2.2 Selbstwirksamkeitsskala zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala) 54

8.2.3 Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU) 55

8.3 Beschreibung der Stichprobe 55

8.3.1 Stichprobenbeschreibung zu Testzeitpunkt 1 55

8.3.2 Stichprobenbeschreibung zu Testzeitpunkt 2 59

9. Ergebnisse 63

9.1 Physisches Selbstkonzept 63

9.1.1 Unterschiede zwischen Personen mit Adipositas und Personen mit Übergewicht 64

9.1.2 Unterschiede zwischen Personen mit Übergewicht und Personen mit Normalgewichtig mit geplanter Gewichtsreduktion 66

9.1.3 Unterschiede zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion 67

9.2. Selbstwirksamkeit 69

9.3 Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität 70

9.4 Auswirkung von Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit auf Gewichtsreduktion 71

9.4.1 Physisches Selbstkonzept 71

9.4.2 KiloCoach™-Programm: Selbstwirksamkeit 72

9.4.3 KiloCoach™-Programm: Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität 73

9.4.4 Non-Responder Analyse 74

10. Diskussion 77

11. Kritik 85

Zusammenfassung 87

Summary 89

Literaturverzeichnis 91

Abbildungsverzeichnis 105

Tabellenverzeichnis 107

ANHANG 111

Weiterführende Ergebnisdarstellungen 113

Anleitungen für StudienteilnehmerInnen 129

Fragebögen 135

Curriculum Vitae 149

Eidesstattliche Erklärung 151

Einleitung

Zahlreiche Studien setzten sich mit dem Zusammenhang zwischen Körpergewicht und psychischen Faktoren auseinander, jedoch hauptsächlich bei Kindern und Jugendlichen (s. z.B. Warschburger & Kröller, 2005; Tuschen-Caffier, 2005; Tanofsky-Kraff, Yanovski, Wilfley, Marmarosh, Morgan & Yanovski, 2004; Warschburger, Fromme & Petermann, 2004 etc.). Studien, die sich spezifisch auf das Erwachsenenalter beziehen, sind hingegen schwierig zu finden. Dennoch ist die Untersuchung der Erwachsenenpopulation bezüglich dieser Fragen durchaus angebracht und notwendig.

Ogden, Carroll, Kit & Flegal (2012) zeigen auf, dass im Jahre 2009 35.7% der erwachsenen Personen, die in den USA lebten, unter Adipositas litten. Der Österreichische Gesundheitsbericht von 2006/07, der vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend in Auftrag gegeben und von MitarbeiterInnen der Statistik Austria durchgeführt wurde, belegt, dass die Anzahl der Personen mit Übergewicht in den letzten Jahren stark angestiegen ist. Im Jahr 2006/07 waren 44% der Männer und 55% der Frauen als normalgewichtig einzustufen. 55% der Männer leiden an Übergewicht oder Adipositas und 42% der Frauen (Klimont, Kytir & Leitner, 2007).
Leidet ein Mensch an dieser chronischen Krankheit, wirkt sich dies, wie im Kindes- und Jugendalter, auch im Erwachsenenalter auf die psychische Situation der/des Betroffenen negativ aus (s. z.B. Lengerke & Stehr, 2011). Darüber hinaus ist die Lebenserwartung der Betroffenen geringer als bei normalgewichtigen Personen. Zusammenfassend können die Ergebnisse folgendermaßen dargestellt werden: Je mehr Gewicht eine Person hat, umso höher ist die Gefahr, zusätzlich an bestimmten Krankheiten zu leiden und umso geringer sind Lebensqualität und Lebenserwartung. Das Gewicht darf jedoch nicht als einziger Faktor herangezogen werden. Andere Einflussfaktoren sind ebenfalls zu bedenken (Calle, Thun, Petrelli, Rodriguez & Heath, 1999).

Psychische Probleme können jedoch nicht nur die Folge, sondern auch Ursache von Übergewicht und Adipositas sein. Adipositas ist multifaktoriell

bedingt, und es gibt daher zahlreiche psychische und physische Komponenten, die in diesem Zusammenhang untersucht werden können. Im Rahmen dieser Arbeit kann aufgrund dieser Vielfältigkeit eine Konzentration auf einige wenige Komponenten erfolgen. Das physische Selbstkonzept, die Selbstwirksamkeit und die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität könnten sowohl mit der Entstehung von Übergewicht, als auch mit dem Erfolg bei einer gewünschten Gewichtsreduktion in Zusammenhang stehen. Hierzu gibt es jedoch erst wenige Studien bei erwachsenen Personen.

Daher sollen folgende Aspekte näher betrachtet werden: Zunächst wird auf das *physische Selbstkonzept* eingegangen. Dabei handelt es sich um Informationen, die selbstbezogen sind und sich ausschließlich auf den eigenen Körper beziehen (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). Es soll erfasst werden, ob sich das physische Selbstkonzept von erwachsenen Personen mit Adipositas oder Übergewicht von jenem normalgewichtiger Personen unterscheidet. Ebenso wird untersucht, inwiefern sich Normalgewichtige, die keine Gewichtsabnahme anstreben, von Normalgewichtigen, die eine Gewichtsabnahme anstreben, hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts unterscheiden. Eine Studie von Jüntgen, Freund, Tietjens und Holling (2009) konnte diesbezüglich erste Ergebnisse aufzeigen.

Weitere Forschungsfragen beziehen sich auf die *Selbstwirksamkeit* sowie die *Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität*. Auch hierbei gilt es zu erfassen, inwieweit sich Personen aus verschiedenen Gewichtsklassen bezüglich dieser Faktoren unterscheiden. Es soll der Frage nachgegangen werden, ob ein Zusammenhang zwischen Gewichtsgruppe und Selbstwirksamkeit im Allgemeinen sowie Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität besteht. Besitzt eine Person einen hohen Grad an Selbstwirksamkeit, so hat sie die Fähigkeit, ein Verhalten auch dann noch ausüben zu können, wenn schwierige und unerwartete Situationen auftreten (Bandura, 1977). In Bezug auf die sportliche Aktivität würde das bedeuten, dass eine Person ihre geplante sportliche Aktivität auch dann betreibt, wenn unerwartete Ereignisse auftreten. Diese können beispielsweise schlechtes Wetter, Müdigkeit etc. sein (Fuchs & Schwarzer, 1994).

Die Arbeit ist folgendermaßen gegliedert: Im Theorieteil werden Definitionen dargelegt, die für das weitere Verständnis notwendig sind (z.B. BMI, physisches Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit etc.), um anschließend auf die bisherigen Forschungsergebnisse in Bezug auf das Thema eingehen zu können. Im empirischen Teil folgt eine Verdeutlichung der Hypothesen sowie der Darstellung des Untersuchungsverlaufs, der Stichprobe und der eingesetzten Verfahren. Nach der Ergebnisdarstellung erfolgen Diskussion und Kritik. Im Anhang sind sämtliche Fragebögen und Informationsblätter, die den Versuchspersonen vorgegeben wurden, sowie weiterführende Ergebnis- und Abbildungstabellen ersichtlich.

THEORIETEIL

1. Body-Mass Index (BMI)

Zur Einteilung in Gewichtsklassen existieren einige Berechnungsvarianten. Das am häufigsten zum Einsatz kommende ist der *Body-Mass Index (BMI)*, welcher im deutschsprachigem Raum auch als Körpermasseindex bezeichnet wird (Bischoff & Betz, 2010). Die World Health Organisation (WHO, 2000) betont, dass der BMI nicht zwischen Muskelanteil und Fettanteil unterscheiden kann, da zur Berechnung lediglich Körpergröße und Gewicht herangezogen werden, jedoch geben Bischoff und Betz (2010) an, dass zahlreiche klinische Studien nachweisen konnten, dass der BMI eine durchaus sinnvolle Methode darstellt, wenn es um die Klassifikation der Gewichtsklasse geht. Der BMI lässt sich als ein indirektes Maß zur Bestimmung der Körperfettmasse verstehen (Statistik Austria, 2010).

Darüber hinaus existieren weitere Methoden zur Erfassung des Gewichtsbereichs (z.B. Bioelektrische Impedanz-Analyse, BIA), jedoch werden anderweitige Verfahren hauptsächlich bei bestimmten gesundheitlichen Erkrankungen oder Bodybuildern herangezogen. Somit ist der BMI als ein geeignetes Maß zur Bestimmung der Gewichtsklassifizierung bei allen anderen Personengruppen anzusehen (Hauner & Hauner, 2001).

1.1 Berechnung des BMI

Der BMI-Wert, und damit die Klassifikation in eine der bestehenden Gewichtsgruppen, erfolgt indem das Gewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat berechnet wird (WHO, 2000). Ist eine Person zum Beispiel 1.75 m groß und 78 kg schwer, so werden die 78 kg durch 1.75 m² gerechnet. Es resultiert ein Ergebnis von 25.46 (s. Tabelle 1).

Tabelle 1

Formel und Beispiel für die Berechnung des BMI (in Anlehnung an WHO, 2000)

Formel:
Body Mass Index (BMI) = Gewicht in Kilogramm (kg) / Körpergröße in Metern² (m²)
BMI = kg / (m)²
Beispiel:
BMI = 78 / (1.75²)
BMI = 25.46

Je nach berechnetem Ergebnis kann anhand einer Tabelle der WHO (2000) festgestellt werden, welcher Kategorie des BMI die Person zugeordnet werden kann. Die BMI-Klassifikationen und die dazugehörigen Klassifikationsbereiche sind in Tabelle 2 ersichtlich.

Die dargestellte Berechnung des BMI bezieht sich lediglich auf Erwachsene und ist unabhängig vom Geschlecht. Bei der Berechnung des BMI bei Kindern und Jugendlichen ist anders vorzugehen (s. z.B. Lobstein, Baur & Uauy, 2004). Hierbei werden sowohl Alter als auch Geschlecht des Kindes berücksichtigt. Anhand bestehender Perzentilkurven lässt sich ableiten, in welchem Gewichtsbereich sich ein Kind in Bezug auf sein Alter, sein Geschlecht, seine Größe und sein Gewicht befindet (WHO, 2012). Da im Rahmen dieser Arbeit lediglich die Erwachsenenpopulation berücksichtig wird, sei für weitere Informationen, die den BMI bei Kindern betreffen auf Lobstein et al. (2004); WHO (2012); Malina, Bouchard und Bar-Or (2004) etc. verwiesen.

1.2 BMI-Klassifikationen

Wird bei der Berechnung des BMI ein bestimmter Wert erreicht, so kann dieses Ergebnis mit der BMI-Tabelle verglichen werden. Es existieren insgesamt vier BMI-Kategorien: Untergewicht, Normalgewicht, Präadipositas und Adipositas (s. Tabelle 2). Adipositas wird weiters in drei Adipositasgrade unterteilt, auf die in Kapitel 2.1 näher eingegangen wird (WHO, 2000).

Tabelle 2

BMI-Klassifikationen und dazugehörige Klassifikationsbereiche (in Anlehnung an WHO, 2000)

BMI	Kategorie
<18.5	Untergewicht
18.5-24.9	Normalgewicht
25-29.9	Präadipositas (Übergewicht)
30≥40	Adipositas (Fettleibigkeit)

1.2.1 Untergewicht

Ist der BMI kleiner als 18.5 (BMI = <18.5) so wird von Untergewicht gesprochen (Müller, Westenhöfer, Bosy-Westphal, Löser & Selberg, 2007). Untergewicht ist in den westlichen Industrieländern weitaus seltener als Übergewicht. In den USA leiden beispielsweise nur 3.5% an Untergewicht (Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz [DEBInet]). Untergewicht entsteht, indem weniger Nahrung zugeführt wird als der Körper benötigt. Dies kann weitreichende Folgen für den Betroffenen, dessen Körper, Organismus und Psyche haben (Krawinkel, 2010).

1.2.2 Normalgewicht

Von Normalgewicht ist dann zu sprechen, wenn sich der BMI zwischen 18.5 und 24.9 (BMI=18.5-24.9) befindet. Das Krankheitsrisiko ist im durchschnittlichen Bereich. Es besteht weder ein vermindertes noch ein erhöhtes Risiko, an etwaigen Krankheiten zu erkranken (WHO, 2000).

1.2.3 Präadipositas und Adipositas

Präadipositas oder Übergewicht liegt dann vor, wenn der BMI gleich oder größer als 25 (BMI ≥ 25) ist. Ab einem BMI-Wert von gleich oder größer als 30 (BMI ≥ 30) liegt Adipositas vor, die je nach Ausprägungsgrad in drei Bereiche unterteilt werden kann (WHO, 2000). Die WHO (2012) weist darauf hin, dass der Anteil an Menschen, die unter Präadipositas oder Adipositas leiden, im Steigen ist. Je nach Grad der Adipositas ist das Risiko für Folge- beziehungsweise Begleiterkrankungen stark bis sehr stark erhöht.

Im nachfolgenden Kapitel wird auf Prävalenz, Ursachen, Krankheitsrisiken und Therapien von Adipositas näher eingegangen.

2. Präadipositas und Adipositas im Erwachsenenalter

2.1 Definition von Präadipositas und Adipositas

Es werden vier Abstufungen in Bezug auf Präadipositas und Adipositas unterschieden: Präadipositas und somit Übergewicht liegt bei einem BMI von 25 bis 29.9 vor, Adipositas Grad 1 bei einem BMI von 30-34.9 und Adipositas Grad 2 bei einem BMI von 35 bis 39.9. Ergibt der berechnete BMI den Wert 40 oder einen höheren, so liegt Adipositas Grad 3 vor (s. Tabelle 3). Das Risiko für Folge- beziehungsweise Begleiterkrankungen steigt mit jedem Adipositasgrad an (WHO, 2000).

Tabelle 3

4 Abstufungen der Adipositas

BMI	Grad der Adipositas
25-29.9	Präadipositas
30-34.9	Adipositas Grad 1
35-39.9	Adipositas Grad 2
≥ 40	Adipositas Grad 3

2.2 Klassifikation von Präadipositas und Adipositas

Laut WHO (2012) handelt es sich bei Übergewicht und Adipositas um Fettansammlungen, die den durchschnittlichen Bereich überschreiten und mit welchen ein erhöhtes Krankheitsrisiko einhergeht. Nach ICD-10 befindet sich Adipositas unter E 66 und ist somit zu den Ernährungskrankheiten zu zählen und mit weitreichenden krankheitsbedingten Folgen verbunden (Eckhardt-Henn, Heuft, Hochapfel & Hoffmann, 2009).

2.3 Prävalenz von Präadipositas und Adipositas

Die Anzahl der Menschen mit Adipositas oder Übergewicht ist in den letzten Jahren beziehungsweise Jahrzehnten stark im Steigen begriffen: Nach Angaben der WHO (2012) hat sich die Anzahl der Personen mit Übergewicht seit dem Jahr 1980 verdoppelt. Wie bereits erläutert, litten nach Ogden et al. (2012) im Jahre 2009 35.7% der erwachsenen AmerikanerInnen an Adipositas. Dieses Bild bietet sich jedoch nicht nur in den USA. Für Europa lässt sich

feststellen, dass in Ost- und Südeuropa im Vergleich zu Nord- und Westeuropa mehr Menschen mit Adipositas leben. Eine hohe Anzahl an Menschen mit BMI > 25 (= Präadipositas) ist bei den männlichen Europäern in Spanien, Italien, Tschechien und Polen vorzufinden. Für Frauen sind dieselben Länder zu nennen, wobei Rumänien noch hinzukommt (Berghöfer, Pischon, Reinhold, Apovian, Sharma & Willich, 2008).

Statistiken für Deutschland zeigen auf, dass 60% der deutschen Erwachsenen entweder unter Übergewicht oder Adipositas leiden, wobei die Zahl der Personen mit Übergewicht in den letzten zwei Jahrzehnten in etwa gleich geblieben, die Zahl der Personen mit Adipositas hingegen gestiegen ist (Mensink, Lampert & Bergmann, 2005).

Klimont et al. (2007) geben konkrete Zahlen für die österreichische Bevölkerung an. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass 55% der Männer übergewichtig sind (davon haben 12% Adipositas). Bei den Frauen sind 42% übergewichtig (davon haben 13% Adipositas). Im Verhältnis dazu weisen lediglich 3% der Frauen und 1% der Männer Untergewicht auf (s. Tabelle 4).

Tabelle 4

Verteilung des BMI in der österreichischen Bevölkerung (in Anlehnung an Klimont et al., 2007)

	Untergewichtig	Normalgewichtig	Übergewichtig	Adipös
Männer	1%	44%	43%	12%
Frauen	3%	55%	29%	13%

Nach Ansicht der WHO (2000) ist Adipositas als eine „globale Epidemie“ und eine „weltweite Problematik“ zu betrachten.

2.4 Ursachen von Präadipositas und Adipositas

Zu betonen ist, dass nicht eine einzige Ursache für Adipositas ausfindig gemacht werden kann, sondern dass mehrere Faktoren an der Entstehung beteiligt sind. Somit ist Adipositas mulltifaktoriell bedingt (Dingens & Worm, 2003). Warschburger und Petermann (2008) nennen folgende Ursachen, die die Entstehung dieser Krankheit bedingen können: genetische Veranlagung,

biologische Faktoren, Essverhalten, körperliche Inaktivität, emotionale Befindlichkeit und soziale Faktoren.
Nachfolgend wird auf diese sechs Bereiche näher eingegangen.

2.4.1 Genetische Veranlagung

Adipositas kann von den Eltern an die Kinder vererbt werden. Wichtige Erkenntnisse lieferten hierbei Zwillingsstudien. Hebebrand und Remschmidt (1995, zitiert nach Hebebrand & Hinney, 2000) betonen, dass Zwillinge ein ähnliches Körpergewicht aufweisen. Die Ähnlichkeit in Bezug auf das Körpergewicht war bei eineiigen Zwillingen stärker als bei zweieiigen. Somit konnte festgehalten werden, dass etwa 60% bis 80% des Körpergewichts von der Vererbung abhängig ist. Ein Nachteil dieser Untersuchungen war, dass lediglich eineiige und zweieiige Zwillinge untersucht wurden, die auch gemeinsam aufgewachsen waren. Somit könnte die Ähnlichkeit des Körpergewichts auch von anderen Faktoren abhängig sein als lediglich von der genetischen Veranlagung (Hebebrand & Hinney, 2000). Um diesbezüglich aussagekräftigere Ergebnisse zu erreichen, wäre es notwendig, getrennt voneinander aufgewachsene Zwillingspaare zu untersuchen. Eine solche Studie führten Stunkard, Harris, Pedersen und McClearn (1990) durch und bestätigten somit die Ergebnisse von Hebebrand und Remschmidt (1995, zitiert nach Hebebrand & Hinney, 2000). Es besteht also eine starke Ähnlichkeit in Bezug auf den BMI bei voneinander getrennt aufgewachsenen eineiigen Zwillingen. Es konnte ebenso gezeigt werden, dass zweieiige Zwillinge, die voneinander getrennt aufwuchsen, Ähnlichkeiten hinsichtlich des BMI aufwiesen, jedoch waren die Korrelationen bei den eineiigen Zwillingen deutlich höher. Schon zuvor, im Jahre 1986, wiesen Stunkard, Sorensen, Hanis, Teasdale, Chakraborty, Schull et al. nach, dass sich Kinder, die adoptiert wurden, in Bezug auf ihre Gewichtskategorie ihren leiblichen Eltern ähnelten, das heißt, dass das Kind auch eher zu Übergewicht neigte, wenn die leiblichen Eltern übergewichtig waren. Die AutorInnen lieferten somit einen deutlichen Beweis für den Einfluss der Vererbung auf den BMI. Hauner und Hauner (2001) nehmen an, dass die Veranlagung etwa zu 30% bis 50% für die Entstehung von Übergewicht verantwortlich ist.

2.4.2 Biologische Faktoren

Bei Personen mit Übergewichtig ist die Energieaufnahme höher als der Energieverbrauch, was letztendlich dazu führt, dass die restliche Energie, die nicht verbraucht wurde, im Körper als Fett gespeichert wird. Energie wird hingegen durch Nahrungsmittel in Form von Essen, beim Verdauen und Absorbieren aufgenommen. Die Abgabe erfolgt mittels Wärme an die Umwelt (Silverthorn, 2009). Der Grundumsatz spielt bei der Energieaufnahme eine große Rolle. Darunter wird die Energie verstanden, die im Ruhezustand notwendig ist, um Körpervorgänge aufrechtzuerhalten (Pinel & Pauli, 2007). Dieser Grundumsatz ist von zahlreichen Faktoren wie beispielsweise Alter oder hormonellen Einflüssen abhängig. Auch die Körpermasse ist ein relevanter Faktor. Je höher die Körpermasse, umso höher ist der Grundumsatz (Haack, 2009).

Der Energieverbrauch setzt sich aus drei Faktoren zusammen: Der Grundumsatz macht etwa 50% bis 70% des Energieverbrauchs aus. Der nahrungsabhängige Verbrauch macht etwa 10% aus. Dieser ist für die Aufnahme, Verdauung und Verwertung der Nahrung verantwortlich. Der bewegungsabhängige Energieverbrauch liegt zwischen 20% und 40%. Dieser Verbrauch kommt durch Bewegung und körperliche Aktivität zustande. Durch Regulierung des Grundumsatzes, des nahrungsabhängigen Verbrauchs und des bewegungsabhängigen Verbrauchs kann auch das Gewicht reguliert werden und somit Unter-, Normal- oder Übergewicht erzielt werden (Hauner & Hauner, 2001). Bei der Regulierung des Körpergewichts wirken ebenso zahlreiche physiologische und psychologische Aspekte mit. Zum einen sind Hunger- und Sättigungsmechanismen von Bedeutung und zum anderen zahlreiche Gehirn- und Organabläufe (Haack, 2009).

2.4.3 Essverhalten

Das Essverhalten von normal- und übergewichtigen Personen scheint sich nicht sonderlich zu unterscheiden. Es handelt sich eher um eine Verschiebung bei der Auswahl der Nährstoffe, dass nämlich von Personen mit Übergewicht mehr Fett und weniger Kohlenhydrate eingenommen werden (Reich & Cierpka, 2010). Nahrung, die viel Fett beinhaltet, hat eine sehr hohe Energiedichte und Fett lagert sich in Fettzellen ab (Koopmans, 2004). Weiters ist festzuhalten, dass Menschen mit Adipositas ein auffälliges oder gestörtes Essverhalten aufweisen, was durch unzureichende Information, Kompensation von Problemen jeglicher Art, unangemessene Bewältigung psychischer Probleme etc. begründet werden kann (Meermann & Borgart, 2006). Ebenso betonen Pinel und Pauli (2007), dass in den westlichen Industrieländern Nahrung im Überfluss vorhanden ist und der Mensch somit dazu neigt, auch dann zu essen, wenn er gar kein Hungergefühl verspürt, da er sich durch den vorhandenen Überfluss aufgrund des erinnerten Geschmacks und vorhandenen Geruchs verleiten lässt.

2.4.4 Körperliche Inaktivität

Menschen mit Übergewicht oder Adipositas sind kaum körperlich und sportlich aktiv, wobei diese Aktivität in einer Beziehung zum BMI steht. Diejenigen Personen, die körperlich und sportlich aktiv sind, sind zumeist im BMI-Normalbereich vorzufinden (National Source of Health and Social Care Information [NHS Information Centre], 2009). Körperliche Inaktivität kann bei Personen mit Adipositas zu gesundheitlichen Risiken wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen etc. führen. Ebenso ist das Mortalitätsrisiko höher und die Lebenserwartung geringer (s. z.B. Platen, 2008; Haack, 2009 etc.).

Platen (2008) empfiehlt Menschen mit Adipositas, neben ihren regulären Alltagsaktivitäten, an fünf Tagen der Woche körperlich beziehungsweise sportlich aktiv zu sein. Die Zeit ist von der Intensität abhängig (moderate Intensität = 30min/Tag, hohe Intensität = 10min/Tag). Haack (2009) betont,

dass es einen Zusammenhang zwischen geringer Inaktivität und hoher Prävalenzrate von Adipositas gibt.
Körperliche und auch sportliche Aktivitäten müssen in vielfältiger Weise ausgeübt werden, um einen Effekt hin zu einer Gewichtsreduktion vollziehen zu können (Fox & Hillsdon, 2007).

2.4.5 Emotionales Befinden

Reich und Cierpka (2010) merken an, dass das emotionale Befinden bei Menschen mit Adipositas eine Auswirkung auf das Essverhalten haben kann. Diese Personengruppe kompensiert eine schlechte emotionale Befindlichkeit mit Essen, was eine Gewichtszunahme zur Folge hat. Das Übergewicht und die damit verbundenen Vorurteile der Gesellschaft, lassen diese Menschen in eine soziale Isolation gleiten und negative Gefühle werden durch Essen kompensiert. Die Betroffenen geraten somit in einen Teufelskreis (Cuntz & Hillert, 2003).
Neben der emotionalen Befindlichkeit ist auch Stress als ein Risikofaktor in Bezug auf Übergewicht oder Adipositas zu betrachten. Canetti, Bachar und Berry (2002) konnten nachweisen, dass Menschen in Stress- und emotional belastenden Situationen eher zu kalorienreichen Nahrungsmitteln greifen, da dadurch vorherrschende negative Emotionen und das Stressempfinden verringert werden können.

2.4.6 Soziale Faktoren

Soziale und familiäre Faktoren spielen bei der Entstehung von Adipositas ebenfalls eine tragende Rolle. Pinel und Pauli (2007) weisen darauf hin, dass in den Industriestaaten ein Nahrungsüberfluss herrscht und Rothe (2009) betont, dass Essen in Stadtgebieten an jeder Ecke zu finden ist, was dazu führt, dass Menschen auch dann essen, wenn sie keinen Hunger haben. Dies hat wiederum Auswirkungen auf gemeinsame Essgewohnheiten. Anstatt zuhause gesund zu kochen und gemeinsam zu essen, wird zumeist etwas unterwegs verspeist oder alleine zuhause. Weiters betont die Autorin, dass es auch noch andere soziale Faktoren als Ursachen gibt, wie beispielsweise das geltende Schönheitsideal, Medien, Freizeitgestaltung etc. Gerade die Freizeitgestaltung

orientiert sich hin zu weniger körperlich aktiven Hobbys. Dafür spricht beispielhaft folgendes Ergebnis: Jugendliche spielen pro Tag durchschnittlich zwei Stunden Video- beziehungsweise Computerspiele (Koglin, Witthöft & Petermann, 2009).

Im familiären Kontext ist zu betrachten, dass Familien aus niedrigeren Schichten häufiger mit dem Thema Übergewicht und Adipositas konfrontiert sind. In dieser sozialen Schicht sind mehr Personen mit Übergewicht zu finden als in anderen sozialen Schichten. Dies mag einerseits an der finanziellen Situation liegen (weniger finanzielle Mittel für den Kauf gesunder und frischer Lebensmittel) und andererseits am Freizeitverhalten (Rothe, 2009).
Die Haltung zum Essen und dessen Gestaltung innerhalb der Familie spielen eine wichtige Rolle. Das Thema Essen sollte weder überbetont, noch vernachlässigt werden (Butcher, Mineka & Hooley, 2009).

2.5 Folgen von Präadipositas und Adipositas

Bereits im Unterkapitel 2.4.4 wurde auf einige Folgeerscheinungen der Adipositas eingegangen. Diese sollen nachfolgend ausführlicher betrachtet werden.

2.5.1 Mögliche physische Folgen

Bezüglich der physischen Folgen sind die hohe Mortalitätsrate und die niedrige Lebenserwartung im Vergleich zu Normalgewichtigen anzumerken. Ebenso haben Menschen mit Adipositas ein höheres Risiko, an Herz-Kreislauferkrankungen, bestimmten Krebsarten, Bluthochdruck etc. zu erkranken (Platen, 2008). Auch Cuntz und Hillert (2003) betonen, dass Menschen mit Übergewicht oder Adipositas eine kürzere Lebenserwartung mit weitaus mehr Belastungen und Krankheiten haben. Als mögliche Folgeerkrankungen nennen sie: kardiovaskuläre Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Verkalkung der Blutgefäße, Nierenfunktionsstörungen, Krebserkrankungen etc. Hauner und Hauner (2001) weisen auf weitere gesundheitsgefährdende Faktoren hin. Personen mit Adipositas haben ein erhöhtes Unfallrisiko aufgrund der zumeist

eingeschränkten Beweglichkeit und ein erhöhtes Operationsrisiko. Jedoch merken Cuntz und Hillert (2003) weiters an, dass dies nur mögliche Risiken sind, die nicht bei jedem Betroffenen auftreten und die bei Menschen mit derselben Erkrankung nicht dieselbe Intensität aufweisen müssen. Hierbei spielen mehrere Gründe als lediglich das Vorliegen eines hohen Wertes auf der BMI-Skala mit. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge haben diejenigen Personen, die unter Adipositas leiden ein höheres Krankheitsrisiko, bei denen sich das Körperfett hauptsächlich im Bauchbereich ablagert (Lapidus, Bengtsson & Lissner, 1990), sowie zum Beispiel rauchende übergewichtige Menschen, welche die einen hohen Cholesterinspiegel haben oder diejenigen, bei denen eine genetische Veranlagung zu Zucker- oder Herzgefäßerkrankungen vorliegt (Hauner und Hauner, 2001).
Festzuhalten ist, dass Adipositas etliche Begleit- und Folgeerscheinungen (Wirth, 2003) und eine negative Auswirkung auf die gesundheitsbezogene und körperliche Lebensqualität haben kann (s. z.B. Fontaine & Barofsky, 2001; Lengerke & Stehr, 2011 etc.).

2.5.2 Mögliche psychische Folgen

Insbesondere von Adipositas betroffene Personen leiden an der Diskriminierung durch die Gesellschaft, da Übergewicht mit negativen Eigenschaften assoziiert wird (z.B. faul, dumm, hässlich etc.). Auch im Berufsleben sind ihre Karrierechancen weitaus geringer. Diese Faktoren tragen zur Isolation und in manchen Fällen sogar zu Depressionen bei (s. z.B. Cuntz & Hillert, 2003; Klesges, Klem, Hanson, Eck, Ernst, Laughlin et al., 1990 etc.).

Warschburger et al. (2004) konnten bei Schulkindern nachweisen, dass sich Übergewicht und Adipositas negativ auf die Lebensqualität auswirken. Je höher das Gewicht der betreffenden Person, umso geringer ist die Lebensqualität. Eine Studie von Lehrke, Koch, Hubel und Laessle (2005) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Übergewichtige Kinder besitzen ein geringeres körperliches Wohlbefinden und sind in ihrer gesamten Lebensqualität eingeschränkt. Bezüglich der Erwachsenenpopulation ist anzunehmen, dass es einen Zusammenhang zwischen Gewicht und psychischer Lebensqualität gibt. So

wird davon ausgegangen, dass aus dem Anstieg des Körpergewichts eine Senkung der psychischen Lebensqualität resultiert (s. z.B. Lang, Hauser, Schlumpf, Klaghofer & Buddeberg, 2000; Rathmanner, Meidlinger, Baritsch, Lawrence, Dorner & Kunze, 2006, etc.).

2.6 Therapiemöglichkeiten und Therapierfolge von Präadipositas und Adipositas

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, welche Therapiemöglichkeiten zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas existieren. Ebenso wird diskutiert, ob Therapierfolge langfristig betrachtet überhaupt möglich sind.

2.6.1 Therapiemöglichkeiten

Adipositas zählt zu den chronischen Krankheiten und somit sind langfristige Therapieerfolge nur sehr schwer zu erzielen. Nichtsdestotrotz existieren Therapieprogramme, die von einem multifaktoriellen Ansatz ausgehen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ExpertInnen (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen etc.) aus verschiedenen Bereichen erfordern (Wirth, 2003).

Die Notwendigkeit des multifaktoriellen Ansatzes und der interdisziplinären Zusammenarbeit soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden: Immer wieder wird in Werbebotschaften signalisiert, dass bestimmte Mittel, Diäten oder Sportgeräte zu einer Gewichtsreduktion und somit zu einem besseren Lebensgefühl verhelfen. Es sei beispielsweise notwendig, nur ein bestimmtes Mittel einzunehmen und das Gewicht reduziere sich bereits (Lehrke, Hubel & Laessle, 2005). Pinel und Pauli (2007) verdeutlichen, dass beispielsweise Diäten als alleinige Methode nicht geeignet seien, da nach Beendigung dieser eine Gewichtszunahme die Folge sei. Dies resultiert aus hoher Nahrungsakzeptanz und niedrigem Energieverbrauch. Auch eine alleinige körperliche Betätigung stellt keine zufriedenstellende Lösung dar. Vielmehr geht es darum, den gesamten Lebensstil dauerhaft zu ändern. Dennoch konnte durch Studien belegt werden, dass Menschen zu Diäten neigen, um Gewicht zu reduzieren. Dies trifft häufiger auf Frauen zu als auf Männer (Lehrke et al. 2005).

Das Ziel verschiedener Therapien ist die Gewichtsabnahme, da dadurch das psychische Empfinden positiv beeinflusst und Risiken für bestimmte Krankheiten reduziert werden können. Je nach Patient und dessen Anamnese sollte die richtige Therapie (z.B.: chirurgischer Eingriff, spezielle Gewichtsreduktionsprogramme, medikamentöse Behandlung, Verhaltenstherapie etc.) beziehungsweise eine Kombination verschiedener Therapien ausgewählt werden (s. z.B. Cuntz & Hillert, 2003; Warschburger & Petermann, 2008; Petermann & Pudel, 2003 etc.).

2.6.2 Therapieerfolge

Häufig besteht Adipositas, die sich im Kindes- und Jugendalter entwickelt hat, im Erwachsenenalter weiter. Dies ist vor allem von Faktoren wie Alter der Kinder und Jugendlichen (Je älter ein Kind mit Adipositas ist, umso schwieriger wird es die Adipositas bis zum Erwachsenenalter zu behandeln.), dem Ausprägungsgrad der Adipositas und von der familiären Belastung abhängig (Whitaker, Pepe, Wright, Seidel & Dietz, 1998). Vorschulkinder mit Adipositas haben im Vergleich zu normalgewichtigen Vorschulkindern ein zwei- bis dreifach so hohes Risiko, auch im Erwachsenenalter an Adipositas zu leiden. Bleibt das Übergewicht im weiteren Kindes- und Jugendalter bestehen oder entwickelt es sich erst in diesen Lebensphasen, so steigt das Risiko noch deutlicher an (Zwiauer, 2003). Für Kinder und Jugendliche existieren zahlreiche Gewichtsreduktionsprogramme (s. z.B. Munsch, Biedert, Roth, Speck & Roth, 2005; Tiedjen, Petermann, Sievers & Stachow, 2000; Saelens & Liu, 2007 etc.). Dennoch ist die Zahl der Erwachsenen mit Adipositas, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, am steigen. Dies resultiert aus der hohen Rückfallquote dieser chronischen Erkrankung, weshalb eine Rückfallprävention erstrebenswert wäre (s. z.B. Haack, 2009; Birbaumer & Schmidt, 2006 etc.).

Die bisher geschilderten Fakten verdeutlichen, dass Adipositas nicht nur im Kindes- und Jugendalter vorherrschend ist, sondern auch im Erwachsenenalter immer mehr Menschen davon betroffen sind (s. z.B. Zwiauer, 2003). Ebenfalls kann diese chronische Krankheit zahlreiche physische und psychische Begleit- und Folgeerscheinungen für die Betroffenen zur Folge haben (s. z.B. Cuntz &

Hillert, 2003). Somit ist zu betonen, dass sich Präventions- und Gewichtsreduktionsprogramme nicht nur auf das Kindes- und Jugendalter konzentrieren dürfen, sondern, dass auch das Erwachsenenalter in Bezug auf diese Thematik besser untersucht werden muss. Maringgle (2008) führt an, dass verschiedene Therapiemöglichkeiten für Erwachsene mit Adipositas existieren. So gibt es ambulante oder stationäre Therapien , solche die in Reha-Zentren stattfinden, sowie öffentliche und private Institutionen die verschiedene Abnehmprogramme anbieten. Das in Österreich existierende Problem diesbezüglich ist, dass kaum Informationen vorhanden sind wie diese Therapiemöglichkeiten konkret aussehen.

3. Selbstkonzept

3.1 Definition des Selbst

Schachinger (2005) weist darauf hin, dass der Begriff *Selbst* mit wissenschaftlichen Methoden nicht erfasst werden könne, da es sich um keine naturwissenschaftlich fundierte Bezeichnung handle. Der Begriff *Selbstkonzept* hingegen ist wissenschaftlich messbar. Das Selbst wird folgendermaßen definiert: „Unter dem Selbst wird also eine grundsätzliche Sichtweise, ein sowohl umfassendes als auch tiefgründiges Bild des Menschen auf theologisch-philosophisch-psychologischer Ebene verstanden." (2005, S. 24) Auch Mummendey (1995) hebt die wissenschaftliche Fundierung des Selbstkonzepts hervor und betont, dass innerhalb der Forschung der Begriff Selbstkonzept verwendet werden sollte.

3.2 Definition des Selbstkonzepts

Mummendey (2006) betont, dass innerhalb der Psychologie unter dem Begriff Selbstkonzept die Summe sämtlicher psychologischer Prozesse verstanden werde, die ein Individuum auf sich beziehe. Er schlägt hierzu folgende Definition vor: „Unter dem Selbstkonzept (der Gesamtheit der Selbstkonzepte) eines Individuums verstehen wir die Gesamtheit aller Selbstbeurteilungen" (S. 38). Schachinger (2005) weist darauf hin, dass Laien der Unterschied zwischen Selbstkonzept und Selbstwert nicht bewusst sei und diese Begriffe synonym verwendet würden. Eine synonyme Verwendung ist jedoch nicht korrekt, da das Selbstkonzept die kognitive Komponente und der Selbstwert die affektive Komponente des Selbst bezeichnet und somit lässt sich das Selbstkonzept nach Lohaus, Vierhaus & Maass (2010) folgendermaßen definieren: „Das Selbstkonzept besteht als kognitive Komponente des Selbst aus der Selbstwahrnehmung und dem Wissen um das, was die eigene Person ausmacht. Neben persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, die man besitzt, gehören zu diesem Wissen auch Neigungen, Interessen und typische Verhaltensweisen." (S. 165)

Shavelson et al. (1976) verstehen unter diesem Begriff eine naive Theorie, die eine Person über sich selbst hat, wobei Umwelt und Rückmeldung einen Einfluss auf die Bildung dieser Theorien haben. Somit ist das Selbstkonzept kein statisches Konstrukt, sondern ein dynamisches, welches von zeitlichen und situativen Veränderungen abhängig ist (Hakemulder, 2000). Schachinger (2005) geht darauf ein, dass sich die Selbstkonzeptforschung mit so genannten individuellen Selbstbildern befasst und versteht darunter, wie sich ein Individuum sieht und beschreibt und welche Auswirkungen dies auf sein Denken, Fühlen und Handeln hat.

3.3 Entwicklung des Selbstkonzepts über die Lebensspanne

Nachfolgend wird, in Anlehnung an Lohaus et al. (2010), ein kurzer Überblick über die Entwicklung des Selbstkonzepts vom Kleinkind- bis ins Jugendalter gegeben. Da es sich hierbei lediglich um eine prägnante Zusammenfassung wesentlicher Entwicklungsschritte in Bezug auf die Entwicklung des Selbstkonzepts handelt, sei für detaillierte Information auf Lohaus et al. (2010) verwiesen.

Etwa ab dem 2. Lebensjahr sind Kinder in der Lage, ihr eigenes Spiegelbild zu erkennen, den eigenen Namen zu nennen und Personalpronomina zu gebrauchen. Ab dem Vorschulalter beginnen Kinder zu erkennen, dass andere bestimmte Erwartungen an sie haben. Ebenso bilden sie Einschätzungen über die eigene Person. Das Selbstkonzept hingegen ist inkohärent. Im Schulalter entstehen soziale und leistungsbezogene Vergleiche. Gleichaltrige sowie LehrerInnen sind an der Entwicklung des Selbstkonzepts beteiligt. Das Selbstkonzept ist nicht mehr inkohärent, sondern beginnt, eine hierarchische Struktur zu entwickeln. Im Jugendalter erfolgt eine Zentrierung auf die Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflexion. Die Identitätsfindung und Loslösung von den Eltern steht im Vordergrund. Das Körperselbstkonzept (= Einstellung zum eigenen Körper) beginnt sich zu entwickeln (Lohaus et al., 2010).

Das Selbstkonzept entwickelt und verändert sich bis ins Erwachsenenalter hinein. Ab diesem Lebensabschnitt könnte fälschlicherweise angenommen werden, dass dieses psychologische Konstrukt, wie zahlreiche andere psychologische Faktoren, einer Stabilität unterliege, dem ist jedoch nicht so. Veränderungen sind durchaus möglich und zu erwarten (Mummendey, 2006). Das Selbstkonzept ist also nicht statisch (Hakemulder, 2000), sondern kontext- und situationsabhängig (Marsh & Ayotte, 2003).

3.4 Selbstkonzepttheorien

3.4.1 Ältere Selbstkonzepttheorien

Angelsächsische Autoren, wie beispielsweise. James, Mead, Cooley etc., haben die Selbstkonzeptforschung deutlich geprägt. Gerade William James (1842-1910) kann als Vorläufer der Selbstkonzeptforschung erachtet werden (Mummendey, 2006). James unterscheidet grundlegend zwischen dem *me* (= empirisches Selbst) und dem *I* (= reines Selbst). Die Fähigkeit eines Menschen, über sich selbst nachdenken zu können, ermöglicht das empirische Selbst. Das reine Selbst hingegen bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, sich selbst zum Gegenstand der Reflexion zu machen (Sader & Weber, 1996). Das empirische Selbst inkludiert materielle, soziale und mentale Aspekte (Rammsayer & Weber, 2010). Das materielle Selbst umfasst das Wissen in Bezug auf den eigenen Körper. Das soziale Selbst bezieht sich darauf, dass der Mensch ein Wissen darüber hat, dass andere Personen eine bestimmte Sichtweise über ihn selbst haben. Die mentalen Aspekte inkludieren Persönlichkeitseigenschaften und persönliche Einstellungen und Meinungen (Lohaus et al., 2010).

Cooley (1864-1929) griff die Sichtweisen von James auf und konzentrierte sich vor allem auf das soziale Selbst. Seinen Arbeiten nach entsteht das Selbstkonzept durch soziale Interaktion. Je positiver die Rückmeldungen der Umgebung an das Individuum sind, desto positiver entwickelt sich sein Selbstkonzept (Trautwein, 2003). Dabei geht es in erster Linie nicht darum, welches Urteil sich eine Person über ein Individuum bildet, sondern darum, wie

dieses Individuum diese Rückmeldungen auffasst. Cooley nannte dies das Spiegel-Selbst (Lohaus et al., 2010).
Mead (1863-1931) hingegen betont die Wichtigkeit der Perspektivenübernahme und die Beobachtung der sozialen Verhaltensweisen in Bezug auf die Entwicklung des Selbst (Mummendey, 2006).

Diese und zahlreiche weitere Personen widmeten sich der Erforschung der Entwicklung des Selbstkonzepts, wie beispielsweise Baldwin, Allport u. a., und prägten damit die neueren Selbstkonzepttheorien. Zur genauen Darstellung ihrer Arbeiten sei beispielsweise auf Mummendey (2006) verwiesen.

3.4.2 Neuere Selbstkonzepttheorien

Innerhalb der neueren Selbstkonzepttheorien existiert eine Vielzahl von Modellen und Vorstellungen bezüglich des Selbstkonzepts. Im folgenden Abschnitt wird ein kurzer Überblick über gängige Selbstkonzeptmodelle gegeben, wobei das Modell von Shavelson et al. (1976) aufgrund seiner Betonung des physischen Selbstkonzepts besondere Beachtung finden wird. Dieses Modell ist innerhalb der Selbstkonzeptforschung aufgrund seiner Ausführlichkeit sehr bedeutsam geworden und dient in empirischen Studien, die dieses Thema behandeln, häufig als Grundlage (s. z.B. Jüntgen et al., 2009; Stiller & Alfermann, 2005 etc.).

Markus und Wurf (1987) verstehen das Selbstkonzept als ein dynamisches Konstrukt. Es handle sich nämlich nach Schwanzer (2002) um einen Teil eines affektiv-kognitiven Konstrukts, welches Selbstschemata, Standards und mögliche Selbstrepräsentationen beinhaltet. Das aktive Selbstkonzept, welches ebenfalls als ein wichtiger Bestandteil des Modells verstanden werden kann, inkludiert mentale (hoher Stabilitätsgrad) und periphere (niedriger Stabilitätsgrad) Schemata (s. Abbildung 1).
Nach Hannover (1997) spielen Cluster in Bezug auf das Selbstkonzept eine entscheidende Rolle. Schwanzer (2002) fasst die Vorstellungen Hannovers (1997) zusammen. Demnach werden bezüglich des Selbstkonzepts jene Informationen zu Clustern zusammengefasst, die selbstbezogen sind.

Diejenigen, die nicht selbstbezogen sind, sind in anderen kognitiven Strukturen verankert. Weiters betont Schwanzer: „Ein wesentlicher Aspekt, der die Selbstkonzepte verschiedener Personen unterscheidet, liegt in der chronologischen Zugänglichkeit (also der Zugänglichkeit zum jeweiligen Aktivierungszeitpunkt) der einzelnen Selbstkonstrukte, die umso zugänglicher sind, je öfter sie aktiviert werden.“ (2002, S. 25)

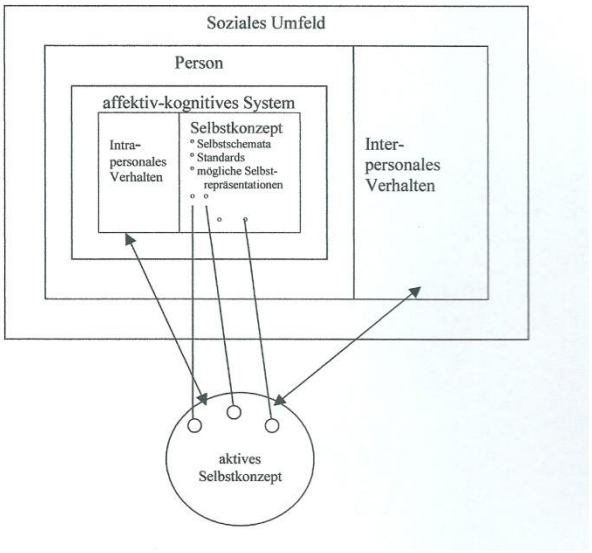


Abbildung 1: Deutschsprachige Übersetzung des Selbstkonzeptmodells (nach Markus und Wurf, 1987; übersetzt von Schwanzer, 2002, S. 24. Mit freundlicher Genehmigung von Dr. Schwanzer)

Bereits in Kapitel 3.2 wurde darauf eingegangen, dass Shavelson et al. (1976) unter dem Selbstkonzept eine naive Theorie verstehen, die eine Person über sich selbst bildet. Ebenso wurde die Bedeutung der Rückmeldung im Zusammenhang mit der Bildung der naiven Theorie angeführt. Beim Selbstkonzeptmodell von Shavelson et al. (1976) handelt es sich um ein hierarchisches und mehrdimensionales Modell (s. z.B. Shavelson et al., 1976; Marsh, 1997 etc.). An der Spitze dieser hierarchischen Struktur befindet sich das allgemeine Selbstkonzept (oder auch als globaler Selbstwert bezeichnet), welcher sich weiters in das akademische und nicht-akademische Selbstkonzept unterteilt. Das akademische Selbstkonzept hat einen Einfluss auf Lernprozesse und Wissenserwerb. Dabei handelt es sich um Kognitionen, die selbstbezogen sind. Weiters untergliedert sich das akademische Selbstkonzept in bestimmte

kognitive Bereiche (Englisch, Geschichte, Mathematik. Biologie etc.). Das nicht-akademische Selbstkonzept untergliedert sich in die Bereiche soziales, emotionales und physisches Selbstkonzept (Shavelson et al., 1976). Das soziale Selbstkonzept beinhaltet einerseits Freunde und andererseits Familie, Bekannte und Verwandte. Das emotionale Selbstkonzept besteht aus emotionalen Befindlichkeiten und das physische Selbstkonzept beinhaltet sportliche Kompetenzen und die körperliche Erscheinung (s. z.B. Shavelson et al., 1976; Stiller & Alfermann, 2005). Das physische Selbstkonzept ist im Modell von Shavelson et al. (1976) als ein Teil des nicht-akademischen Selbstkonzepts verstanden und setzt sich aus den physischen Fähigkeiten und dem physischen Aussehen zusammen (s. Abbildung 2). Somit enthält das physische Selbstkonzept körperbezogene Informationen einer Person (s. z.B. Shavelson et al., 1976; Stiller, Würth & Alfermann, 2004).

Die Erhebung des physischen Selbstkonzepts nimmt innerhalb der empirischen Forschung in den letzten Jahren immer mehr zu (Jüntgen et al., 2009). Durch die Entwicklung und Verbesserung verschiedener diagnostischer Fragebögen wurde die Erfassung des physischen Selbstkonzepts möglich (s. z.B. Marsh, 1997; Fox, 1998 etc.).

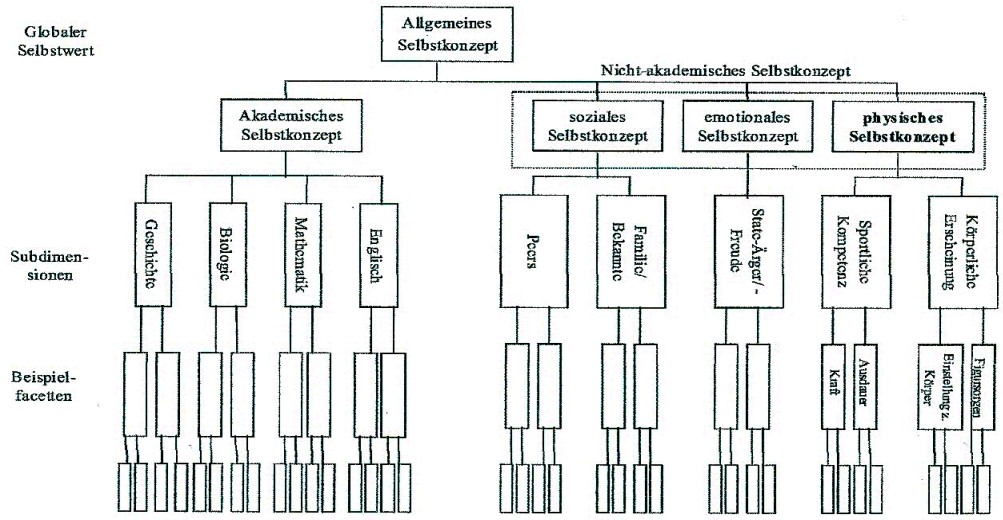


Abbildung 2: Deutschsprachige Übersetzung des Selbstkonzeptmodells (nach Shavelson et al., 1976; übersetzt von Stiller & Alfermann, 2005, S. 120. Mit freundlicher Genehmigung von Dr. Alfermann)

Das Selbstkonzept nach Shavelson et al. (1976) wird als stabil angesehen, wobei auf unteren Ebenen Veränderungen möglich sind, jedoch darüber liegende Ebenen eher schwer verändert werden können. Außerdem unterliegt, wie bereits im Kapitel 3.3 erwähnt, das Selbstkonzept der persönlichen Entwicklung. Auch dieses Modell unterstützt diese These und die Annahme, dass im Laufe der Entwicklung immer mehr Dimensionen hinzukommen (s. z.B. Shavelson et al., 1976; Stiller & Alfermann, 2005).

4. Selbstwirksamkeit

4.1 Definition Selbstwirksamkeit

Bandura (1997) versteht unter dem Begriff *Selbstwirksamkeit* den Glauben eines Menschen an die eigenen Fähigkeiten zur Erlangung eines Ziels. Dieser Glaube ermöglicht es der Person ihre Handlungen so zu steuern, damit sie das erwünschte Ziel beziehungsweise Ergebnis tatsächlich erreicht. Dabei bezieht sie sich lediglich auf ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen, ohne sich mit anderen zu vergleichen. Somit kann Selbstwirksamkeit weder mit dem Selbstkonzept noch mit dem Selbstwert gleichgesetzt werden. Vielmehr ist die Selbstwirksamkeit als ein Teil des Selbstkonzepts zu verstehen. Valentine, DuBois und Cooper (2004) erklären die definitionsgemäße Trennung zwischen Selbstwirksamkeit und Selbstwert. Der Selbstwert bezieht die gesamte Wertigkeit eines Menschen mit ein, während die Selbstwirksamkeit lediglich die Einstellung der Person zu den eigenen Fähigkeiten umfasst. Schwarzer und Jerusalem (2002) betonen, dass Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit sich höhere Ziele setzen, als jene, die eine niedrige Selbstwirksamkeit aufweisen. Somit steht die Selbstwirksamkeit in Bezug zu Motivation und Volition.

4.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeitserwartung findet ihren Ursprung in der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura (1997/2000). Dieser Theorie nach werden motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch eigene Einstellungen gesteuert. Diese Steuerung geschieht in erster Linie durch Handlungs-Ergebnis-Erwartung (Konsequenzerwartung) und Selbstwirksamkeitserwartung (Kompetenzüberzeugung; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Die Autoren definieren diese beiden Aspekte folgendermaßen: „Während bei der Konsequenzerwartung auch universelle Zusammenhänge zwischen Handlung und Ergebnis denkbar sind (`Wenn man das geforderte Fächerwissen beherrschen lernt, besteht man die Prüfung`), enthält die Kompetenzerwartung zwangsläufig einen Selbstbezug, nämlich die Frage nach der persönlichen

Verfügbarkeit von Handlungen (`Ich selbst fühle mich in der Lage, mir diese Kenntnisse anzueignen bzw. diese Fertigkeiten zu erlernen´, S. 36)."

Die Selbstwirksamkeitserwartung wird unter anderem durch folgende Faktoren beeinflusst: eigene Erfahrungen, Beobachtung und Nachahmung, Überredung etc. Die Selbstwirksamkeit in Bezug auf die eigene Erfahrung wird durch Erfolge erhöht beziehungsweise verstärkt und durch erlebte Misserfolge verringert oder geschwächt. Wenn eigene Erfahrungen nicht ausreichen oder nicht in einem bestimmten Ausmaß gemacht werden können, erfolgen Beobachtungen und Nachahmungen. Eine Person beobachtet eine andere und nimmt sich daraufhin ein Beispiel an ihr oder nicht. Als Modelle eignen sich vor allem jene Personen, die der beobachtenden Person in zahlreichen Attributen ähneln (z.B. Alter, Geschlecht etc.). Unter der Überredung ist ein positives Zusprechen zu verstehen. Einer Person wird durch eine andere verdeutlicht, an sich und seine Fähigkeiten zu glauben und Vertrauen in diese zu haben (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Weiters ist zwischen individuellen und kollektiven Selbstwirksamkeitserwartungen zu unterscheiden, wobei sich ersteres auf Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf das Individuum bezieht und zweiteres als Gruppen-Selbstwirksamkeitserwartung verstanden wird, also welche Ziele eine Gruppe verfolgt und wie hoch die Selbstwirksamkeit und damit das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist (Bandura, 1997; Bandura, 2000; Schwarzer und Jerusalem, 2002).

Vereinfacht fasst Faller (2010) das Selbstwirksamkeitsmodell von Bandura folgendermaßen zusammen: Er betont, dass sich die Person einerseits dessen bewusst werden muss mit welchem Verhalten sie ihr angestrebtes Ziel erreichen kann (=Handlungsergebniserwartung) und andererseits muss die Person die Überzeugung besitzen zu diesem Ziel tatsächlich gelangen zu können (=Selbstwirksamkeit).

4.3 Selbstwirksamkeit und Gesundheit

Der Grad der Selbstwirksamkeit kann nach Bandura (1997) eine Auswirkung auf die Gesundheit haben. So wurden bereits einige Untersuchungen in Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeit durchgeführt beziehungsweise diagnostische Verfahren entwickelt, um diese zu erheben: beispielsweise der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Gewichtsabnahme (Clark, Abrams, Niaura, Eaton & Rossi, 1991), zwischen Selbstwirksamkeit und Raucherentwöhnung (Haaga & Stewart, 1992), zwischen Selbstwirksamkeit und sportlicher Aktivität (Fuchs & Schwarzer, 1994) etc.

Schwarzer (1992) verdeutlicht, dass die Selbstwirksamkeit einen Einfluss auf die Gesundheit hat. Hat eine Person eine positive Einstellung zu ihrer Selbstwirksamkeit, so ist ihre Gesundheit besser als bei einer Person, deren Einstellung zu ihrer Selbstwirksamkeit negativer ist. Faller (2010) betont: „Die Selbstwirksamkeit hat sich als wichtigste Einflussgröße auf das Gesundheitsverhalten erwiesen." (S. 315). Weiters führt Faller (2010) an, dass Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeit sich schneller das erwünschte Gesundheitsverhalten aneignen und bei diesem bleiben. Beispielsweise wird eine rauchende Person mit höherer Selbstwirksamkeit eher bestrebt sein, den Zigarettenkonsum zu unterlassen und Schritte setzen, die ihr dazu verhelfen. Ebenso wird sie sich nicht so leicht von ihrem Ziel ablenken lassen und an diesem festhalten, selbst wenn Rückfälle oder anderweitige Probleme die Zielerreichung zu behindern scheinen (Faller, 2010).

4.4 Selbstwirksamkeit im sportbezogenen Kontext

Bereits im Unterkapitel 2.6 wurde betont, dass Übergewicht nur dann reduziert werden kann, wenn mehrere Maßnahmen kombiniert gesetzt werden. Es konnte festgehalten werden, dass nur eine oder einige wenige Maßnahmen (z.B. ausschließlich Diät) keinen langfristigen Erfolg zeigen werden. Vielmehr ist eine Intervention in verschiedenen Bereichen notwendig (s. z.B. Pinel und Pauli, 2007; Cuntz & Hillert, 2003 etc.). Gerade im Zusammenhang mit der körperlichen beziehungsweise sportlichen Aktivität und der Gewichtsabnahme

spielt die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität eine entscheidende Rolle. Fuchs und Schwarzer (1994) verstehen darunter, dass eine Person auch dann noch bestrebt ist, ihre vorgenommene sportliche Aktivität auszuführen und dies auch tatsächlich tut, selbst wenn unvorhergesehene Ereignisse und Situationen eintreten. Beispielsweise wird eine Person mit hoher Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität selbst dann noch ihre geplanten Sportübungen machen, wenn bestimmte Situationen auftreten, wie zum Beispiel schlechtes Wetter, interessantes TV-Programm etc. Eine Person mit niedriger Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität wird sich von diesen Ereignissen und Situationen eher ablenken lassen und nicht an ihrem Sportprogramm festhalten.
Diese Ausführung verdeutlicht die Wichtigkeit der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität bei übergewichtigen Personen. Es lässt sich schlussfolgern: Wenn mehrere Interventionen bei der Reduzierung des Körpergewichts angestrebt werden sollen, dann zählt die körperliche beziehungsweise sportliche Aktivität ebenfalls dazu (Pinel & Pauli, 2007) und wird nur dann konsequent ausgeführt werden, wenn die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität hoch ist und sich eine Person von deren Ausübung nicht ablenken lässt (Fuchs & Schwarzer, 1994). Das Ausüben sportlicher Aktivitäten ist nämlich ein geeignetes Mittel, um die eigene Selbstwirksamkeit zu erfahren und zu verbessern (Huber, 2012). Bürklein (2006) fasst bezüglich der Selbstwirksamkeit zusammen: „Gesundheitsbewusstes Handeln entsteht erst dann, wenn die Erwartung, dass durch die eigene sportliche Aktivität positive Veränderungen zu erzielen sind, erfüllt ist.“ (S. 21). Bei Bewegungsprogrammen, betont der Autor weiter, müsse demzufolge zu Beginn zunächst großer Wert auf die Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit bei den TeilnehmerInnen gelegt werden.

Doch ist die Selbstwirksamkeit nicht der einzige Faktor, der in Zusammenhang mit der Ausübung von Aktivitäten zu beachten ist. Weitere zwei Aspekte sind bedeutsam – und zwar die Kontrollwahrnehmung und die Lebensstilfaktoren (Bürklein, 2006). In Bezug auf die Kontrollwahrnehmung ist zwischen internaler und externaler Kontrollüberzeugung zu unterscheiden. Personen mit einer

höheren internalen Kontrollüberzeugung gehen davon aus, dass sie durch ihr Verhalten und ihre Einstellung für bestimmte Ergebnisse und Ziele verantwortlich sind. Diejenigen, die eine höhere externale Kontrollüberzeugung aufweisen, machen andere Faktoren (z.B. äußere Umstände, andere Personen) dafür verantwortlich (Rotter, 1990). Somit nimmt jemand mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung an, dass seine Gesundheit in erster Linie von ihm selbst abhängig ist (z.B. Lebensstil, Verhalten, Gewohnheiten etc.; Lefcourt, 1982). Zu den Lebensstilfaktoren ist die Unterstützung durch Familie, Freunde etc. zu zählen, wobei es nicht darum geht, ob eine Person objektiv Unterstützung erhält oder nicht, sondern darum, wie ihre subjektive Wahrnehmung diesbezüglich ist (Bürklein, 2006).

5. Adipositas im Zusammenhang mit globalem Selbstwert und physischem Selbstkonzept

In diesem Kapitel wird auf bisherige Forschungsergebnisse eingegangen. Zunächst steht der Zusammenhang zwischen Adipositas und globalem Selbstwert im Mittelpunkt der Betrachtung und anschließend wird auf jene Forschungsergebnisse eingegangen, die sich auf den Zusammenhang zwischen Adipositas und physischem Selbstkonzept beziehen.

Jüntgen et al. (2009) merken an, dass kaum Untersuchungen bei Erwachsenen vorzufinden sind, sondern vor allem bei Kindern und Jugendlichen.

5.1 Zusammenhang zwischen Adipositas und globalem Selbstwert

In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Personen mit Übergewicht oder Adipositas (hauptsächlich Kinder und Jugendliche) eine negative Einstellung zu ihrem globalen Selbstwert haben (s. z.B. Friedmann & Brownell, 1995; Miller & Downey, 1999; Annesi, 2007 etc.).

Miller und Downey (1999) führten eine Metaanalyse durch und untersuchten den Zusammenhang zwischen globalem Selbstwert und Übergewicht. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine negative Korrelation zwischen Übergewicht und Selbstwert existiert. Demzufolge besitzen Menschen mit Übergewicht einen negativeren Selbstwert. Diese Effekte zeigen sich bei Frauen deutlicher als bei Männern, was damit zusammenhängen könnte, dass Übergewicht für Frauen eine größere Belastung darstellt als für Männer. Darüber hinaus korreliert das wahrgenommene Übergewicht weitaus höher mit dem globalen Selbstwert als das tatsächlich gemessene Übergewicht. Diejenigen Personen mit Übergewicht, die Selbsteinschätzungen hinsichtlich ihres Gewichts angaben, hatten einen niedrigeren globalen Selbstwert als diejenigen, bei denen das Gewicht tatsächlich erfasst wurde.

Kling, Hyde, Showers & Buswell (1999) führten eine Metaanalyse durch, welche verdeutlichte, dass Frauen prinzipiell einen niedrigeren globalen Selbstwert haben. Dieser unterscheidet sich jedoch nicht sehr von dem der Männer. Friedmann und Brownell (1995) stellten fest, dass Personen mit Adipositas

einen niedrigeren Selbstwert haben, jedoch verweisen sie darauf, dass derartige Effekte nicht bei jeder Person mit Übergewicht auftreten müssen. Griffiths, Parsons und Hill (2010) verdeutlichen, dass es einen Zusammenhang zwischen Gewicht und globalem Selbstwert gibt, aber, dass keine Geschlechtsunterschiede im Kindes- und Jugendalter feststellbar sind. Israel und Ivanova (2002) bestätigen dies nicht. Sie untersuchten 121 übergewichtige Kinder und stellten, wie bereits Miller und Downey (1999), fest, dass Mädchen einen negativeren Selbstwert aufweisen als Buben. In Bezug auf das Alter konnten hingegen keine Unterschiede festgestellt werden. Mendelsons und Whites (1985) Untersuchungsergebnisse belegen, dass sich sehr junge Kinder mit Über- oder Normalgewicht hinsichtlich ihres Selbstwerts nicht unterscheiden. Im mittleren Kindesalter haben übergewichtige Buben einen geringeren Selbstwert als normalgewichtige. Bei übergewichtigen Mädchen zeigt sich die negative Ausprägung des Selbstwerts erst im höheren Kindesalter. Bei Buben hingegen verschwinden diese Unterschiede wieder.

Zahlreiche Faktoren sind für einen niedrigen Selbstwert bei übergewichtigen Menschen verantwortlich (s. z.B. Johnson, 2002), aber die Konsequenzen sind ebenfalls nicht zu unterschätzen. Diese Personen schieben ihr Leben auf. Sie meiden beispielsweise Aktivitäten und soziale Zusammenkünfte und möchten diese erst dann wahrnehmen, wenn sie Gewicht reduziert haben. Ebenso neigt diese Personengruppe zu schlechten beziehungsweise nicht ausreichend überlegten Entscheidungen. Die sinnvollste Methode, den Selbstwert zu erhöhen, wäre, Gewicht zu reduzieren (Johnson, 2002). Auch Sarwer, Thompson und Cash (2005) stellten fest, dass eine Reduzierung des Gewichts zu einer Erhöhung des globalen Selbstwerts führt.

5.2 Zusammenhang zwischen Adipositas und physischem Selbstkonzept

Das Vorliegen von Adipositas kann sich nicht nur auf den globalen Selbstwert negativ auswirken, sondern beeinflusst auch das physische Selbstkonzept. Der Untersuchung dieses Zusammenhangs widmen sich die Sportwissenschaften

beziehungsweise die Sportpsychologie erst seit einigen Jahren. Dementsprechend ist dieser Zweig wenig (hauptsächlich im Kindes- und Jugendalter) erforscht (Jüntgen et al., 2009).

French, Storry und Perry (1995) führten 35 Studien durch, die sich dem Zusammenhang zwischen Selbstwertgefühl und Adipositas im Kindes- und Jugendalter widmeten. Einige dieser Studien untersuchten auch den Körperselbstwert, also die Wertschätzung des eigenen Körpers. In der Auseinandersetzung mit diesen Studien zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas einen niedrigeren Körperselbstwert aufweisen, als Normalgewichtige. Israel und Ivanova (2002) betonen, dass übergewichtige Kinder- und Jugendliche einen niedrigeren physischen Selbstwert haben und dieser bei älteren Kindern noch niedriger ist als bei jüngeren. Insgesamt ist der Körperselbstwert in allen Altersabschnitten bei Kindern und Jugenlichen mit Übergewicht niedriger als bei Normalgewicht, wobei bei älteren Kindern ein Zusammenhang zwischen globalem Selbstwert und Körperselbstwert besteht. Mendelson und White (1985) kommen zu der Erkenntnis, dass diejenigen Personen, die einen niedrigen Selbstwert haben, auch einen niedrigen Körperselbstwert aufweisen. Bezüglich des Geschlechts zeigt sich für den Körperselbstwert, ähnlich wie für den Selbstwert an sich, dass dieser bei Mädchen mit Übergewicht negativer ausgeprägt ist

Für das Erwachsenenalter kann festgehalten werden, dass Menschen, die unter Übergewicht oder Adipositas leiden, eine negativere Einstellung zu ihrem Körper besitzen. Eine Gewichtsabnahme führt zumeist zu einer Verbesserung (Sarwer et al., 2005). Dies bestätigt ebenfalls Annesi (2007). 52 Frauen mit Adipositas nahmen in einem Zeitraum von 20 Wochen an einem Interventionsprogramm mit dem Ziel der Gewichtsreduzierung teil. Der Gewichtsverlust führte zu einer Verbesserung der Einstellung zum eigenen Körper. Fox (2000) befasste sich mit 36 Studien, die die Auswirkung des Sporttreibens auf das physische Selbstkonzept untersuchten und bestätigte,

dass durch sportliche Aktivitäten das physische Selbstkonzept verbessert werden kann.

Bei Frauen mit Adipositas ist der Körperselbstwert schlechter ausgeprägt als bei Männern (Sarwer et al., 2005). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen bereits Mendelson und White (1985) in Bezug auf Mädchen im Kindes- und Jugendalter.

Jüntgen et al. (2009) erkannten, dass zu dieser Thematik nur wenige Studien vorhanden sind, die das Erwachsenenalter umfassen, und widmeten sich in ihrer Untersuchung den Unterschieden im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Normalgewicht und Adipositas. Sie untersuchten 365 Normalgewichtige und 55 Personen mit Übergewicht. Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse, dass Personen mit Übergewicht ein niedrigeres physisches Selbstkonzept aufweisen als Normalgewichtige. Dieses ist jedoch nicht in sämtlichen Bereichen des physischen Selbstkonzepts niedriger. Weiters schätzen sich Frauen schlechter ein als Männer. Zu kritisieren gilt hier jedoch vor allem die Zusammensetzung der Stichprobe. Während in der Gruppe der Normalgewichtigen 365 ProbandInnen waren, waren in der Gruppe der Personen mit Adipositas lediglich 55. Auch das Alter der TeilnehmerInnen könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Das Durchschnittsalter der Normalgewichtigen lag bei 24.85 Jahren, während die Testpersonen mit Adipositas im Durchschnitt 43.79 Jahre alt waren.

6. Adipositas im Zusammenhang mit Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität

Studien, die den Zusammenhang von Adipositas und Selbstwirksamkeit beziehungsweise Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität untersuchen, sind, wie auch Untersuchungen bezüglich des physischen Selbstkonzepts, kaum vorhanden, da dieser Forschungszweig erst in den letzten Jahren das Interesse der Wissenschaftler geweckt hat (Fuchs & Schwarzer, 1994). Umso notwendiger erscheint es, diese Faktoren näher zu erforschen. Die wenigen Forschungsergebnisse, die gefunden werden konnten, sollen nachfolgend geschildert werden.

Die Selbstwirksamkeit zur Gewichtsabnahme ist weitaus besser erforscht, als die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität. So untersuchten beispielsweise Bas und Donmez (2009) 96 Personen mit Übergewicht und stellten einen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Gewichtsreduktion fest. Diejenigen Personen, deren Selbstwirksamkeit höher ausgeprägt war, nahmen mehr ab und verfolgten dieses Ziel zielstrebiger im Gegensatz zu denen, deren Selbstwirksamkeit geringer ausgeprägt war. Eine andere Studie führte zu ähnlichen Ergebnissen und betont die Verbesserung der Selbstwirksamkeit durch die Gewichtsabnahme. Es wird die Notwendigkeit von Selbstwirksamkeitsübungen in Bezug auf Gewichtsreduktion geschildert (Byrne, Barry & Petry, 2012). Diese Verbesserung der Selbstwirksamkeit durch Gewichtsreduktion lässt sich ebenfalls auf das Ausüben sportlicher Aktivität übertragen. Haack (2009) untersuchte 850 Personen und stellte fest, dass Personen mit Übergewicht oder Adipositas eine geringere Motivation und Selbstwirksamkeit hinsichtlich sportlicher Aktivität aufweisen. Weiters zeigen die Ergebnisse auf, dass regelmäßiges Sporttreiben zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeit führt. Ebenso betont die Autorin, dass die generelle Selbstwirksamkeit von adipösen Personen geringer ist als jene von Normalgewichtigen.

Sportliche und körperliche Aktivität sind unabdingbar, wenn es darum geht, Gewicht zu reduzieren und diese Reduktion zu bewahren (Schlicht & Brand, 2007). Die Selbstwirksamkeit trägt nach Haack (2009) dazu bei, ob an dieser Zielverfolgung festgehalten wird. Ebenso spielt die Motivation eine Rolle. Bei Betroffenen mit Adipositas ist die Motivation zu Bewegung, Sport und Aktivität geringer als bei Normalgewichtigen (Haack, 2009). Dies zeigen auch Studien auf, dessen TeilnehmerInnen Kinder und Jugendliche waren. Somit sind Interventionen dahin zu planen, Motivation und Selbstwirksamkeit zu stärken und diese somit zu erhöhen (s. z.B. Lawrenz & Lawrenz, 2005; Hauner & Berg, 2000; Graf, Dordel & Koch, 2010 etc.).

EMPIRIETEIL

7. Fragestellungen

In zahlreichen Studien (v. a. im Kindes- und Jugendalter) konnte nachgewiesen werden, dass Personen mit Übergewicht oder Adipositas eine negativere Einstellung zu ihrem Körper und ihren körperlichen Fähigkeiten aufweisen – ihr physisches Selbstkonzept ist niedriger ausgeprägt. Auch legen Untersuchungen nahe, dass Kinder- und Jugendliche mit Übergewicht eine niedrigere Selbstwirksamkeit und Motivation zur sportlichen Aktivität haben. Wie bereits betont, sind diese Faktoren an der Erwachsenenpopulation kaum untersucht worden. Im Lichte der steigenden Prävalenzraten von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen wird dies jedoch in Anlehnung an Jüntgen et al. (2009) als eine Notwendigkeit angesehen, da die Ergebnisse wichtige Beiträge zur (Weiter-)Entwicklung von – auf lange Sicht - effizienten Präventionsmaßnahmen und Gewichtsreduktionsprogrammen liefern können.

Ausgehend von Literatur und Studien, welche sich mit dieser Thematik befassten, wurden Hypothesen formuliert, welche im Folgenden näher dargestellt werden sollen.

7.1 Hypothesen

7.1.1 Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Gewichtsgruppen

Folgende Hypothesen wurden hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts formuliert:

- Personen mit Adipositas, die abnehmen wollen, schätzen sich in Bezug auf ihr physisches Selbstkonzept schlechter ein als Personen mit Übergewicht, die abnehmen wollen.
- Personen mit Übergewicht, die abnehmen wollen, schätzen sich in Bezug auf ihr physisches Selbstkonzept schlechter ein als normalgewichtige Personen, die abnehmen wollen.

- Normalgewichtige Personen, die abnehmen wollen, schätzen sich in Bezug auf ihr physisches Selbstkonzept schlechter ein als normalgewichtige Personen, die keine Gewichtsreduktion anstreben.

7.1.2 Unterschiede in der Selbstwirksamkeit zwischen Gewichtsgruppen

Hinsichtlich der Betrachtung der Selbstwirksamkeit innerhalb dieses Kontexts resultiert folgende Hypothese:

- Es existiert ein Unterschied hinsichtlich der Selbstwirksamkeit in folgenden 4 Gruppen: Personen mit Adipositas, Übergewicht und Normalgewicht, die eine Gewichtsreduktion anstreben, sowie Personen mit Normalgewicht, die keine Gewichtsreduktion anstreben.

Die Hypothese ist ungerichtet formuliert, da bisherige wissenschaftliche Studien kaum auf diese Thematik (v. a. in der Erwachsenenpopulation) eingegangen sind.

7.1.3 Unterschiede in der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zwischen Gewichtsgruppen

Wie bereits bei der Hypothese, welche sich der Selbstwirksamkeit widmet, wurde auch bei der Hypothese, die die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität überprüfen soll, eine ungerichtete Hypothese formuliert.

- Es existiert ein Unterschied hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität in den 4 Gruppen: Personen mit Adipositas, Übergewicht und Normalgewicht, die eine Gewichtsreduktion anstreben, sowie Personen mit Normalgewicht, die keine Gewichtsreduktion anstreben.

7.1.4 Auswirkung von Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit zu Beginn der Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm auf Gewichtsabnahme

Zur Frage, ob der physische Selbstwert, die Selbstwirksamkeit und die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zu Beginn der Teilnahme an einem

Gewichtsreduktionsprogramm einen Einfluss auf die erzielte Gewichtsreduktion hat, wurden folgende Hypothesen formuliert:

- Das physische Selbstkonzept zu Beginn des Programms ist ein Prädiktor für die Höhe der Gewichtsreduktion: Je höher das physische Selbstkonzept zu Beginn des Programms, umso stärker ist die Gewichtsreduktion im Laufe des Programms.
- Die Selbstwirksamkeit zu Beginn des Programms ist ein Prädiktor für die Höhe der Gewichtsreduktion: Je höher die Selbstwirksamkeit zu Beginn des Programms, umso stärker ist die Gewichtsreduktion im Laufe des Programms.
- Die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zu Beginn des Programms ist ein Prädiktor für die Höhe der Gewichtsreduktion: Je höher die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zu Beginn des Programms, umso stärker ist die Gewichtsreduktion im Laufe des Programms.

7.1.5 Non-Responder Analyse

- Es gibt einen Unterschied hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts zwischen Completern (Personen, die den Fragebogen zu beiden Zeitpunkten ausfüllten) und Non-Completern (Personen, die den Fragebogen nur zum ersten Zeitpunkt ausfüllten)
- Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zwischen Completern und Non-Completern.
- Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zwischen Completern und Non-Completern.

7.1.6 Einfluss einer erfolgreichen Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm auf physisches Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität

Ursprünglich sollte die Hypothese geprüft werden, ob eine erfolgreiche Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm zu einer Verbesserung von Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit führt.

Die Teilnahme sollte dann als erfolgreich gelten, wenn die Testperson über einen Zeitraum von drei Monaten aktiv am Gewichtsreduktionsprogramm teilgenommen hatte. Die Teilnahme sollte dann als nicht erfolgreich gelten, wenn die Testperson vor Ablauf der drei Monate das Programm abbricht und an diesem nicht mehr aktiv teilnimmt.

Leider gab es keine TeilnehmerInnen, die zwar das Programm abbrachen, aber sich dennoch bereit erklärten, an der Studie weiterhin mitzumachen und somit den Fragebogen zum zweiten Testzeitpunkt auszufüllen. Daher waren diese Hypothesen nicht überprüfbar.

8. Methode

8.1 Untersuchungsdesign und Untersuchungsablauf

Die Personen mit Adipositas, Übergewicht und Normalgewicht, die abnehmen wollten, wurden über das Online-Gewichtsreduktionsprogramm *KiloCoach*™ (Beschreibung des Programms s. 8.1.1) rekrutiert. Diese Personen wurden zu zwei Zeitpunkten befragt, nämlich im September 2012 und im Dezember 2012. Die Gruppe der normalgewichtigen Personen, die keine Gewichtsreduktion anstrebten, wurden über E-Mail-Kontakte rekrutiert und nur ein Mal befragt. Dabei wurden zunächst zehn zufällig gewählte Personen angeschrieben und gebeten, die Einladung zur Teilnahme an der Studie an zufällig gewählte Personen weiterzuleiten. Anhand der ausgewählten Erhebungsinstrumente wurde mit Hilfe von „Limesurvey“,[1] einem Online-Umfragen-Applikator, ein Online-Fragebogen erstellt. Die vereinfachte Darstellung des Untersuchungsdesigns ist in Tabelle 5 ersichtlich.
Für die Studie wurden Personen berücksichtigt, die zwischen 25 und 55 Jahre alt waren.

Ende August 2012 erschien auf der Internetseite von KiloCoach™[2] ein Informationsblatt sowie der Link zum Fragebogen. Dieser war den gesamten September 2012 freigeschaltet. Teilnahmeberechtigt waren Personen, die während dieses Zeitraumes am KiloCoach™-Programm teilnahmen. Aus ethischen Gründen war es nicht möglich, nur Personen teilnehmen zu lassen, die erst im September 2012 mit dem Gewichtsreduktionsprogramm begannen. All jene Personen, die im September 2012 an der Befragung beteiligt waren, hatten die Möglichkeit, im Dezember 2012 abermals an der Online-Umfrage teilzunehmen. Hierfür sollten sie am Ende der ersten Umfrage einen Code wählen, diesen am Ende der ersten Befragung eintragen und sich diesen merken. So konnte gewährleistet werden, dass die Fragebögen der zwei Zeitpunkte eindeutig zuordenbar waren und für die zweite Befragung nur jene

[1] http://www.unet.univie.ac.at/~a0603721/limesurvey/admin/admin.php
[2] http://kilocoach.com/at-de/

Personen berücksichtigt wurden, die auch bei der ersten Befragung mitgemacht hatten, da am Ende der zweiten Befragungsrunde der memorierte Code eingetragen werden musste. Ebenso bestand die Möglichkeit am Ende der ersten Befragung die E-Mail-Adresse anzugeben. All jene TeilnehmerInnen, die dies gemacht haben, wurden per E-Mail an die abermalige Teilnahme und ihren persönlichen Teilnahmecode erinnert. Zusätzlich erschien auf der Internetseite von KiloCoach™ eine Erinnerung zur Teilnahme.
All jene TeilnehmerInnen, die zu beiden Testzeitpunkten, sowohl im September 2012, als auch im Dezember 2012, an der Umfrage teilnahmen, erhielten ein kostenloses KiloCoach™-Abo für einen Monat als Dankeschön.

Normalgewichtige Personen, die keine Gewichtsreduktion anstrebten, nahmen über E-Mails an der Umfrage teil. Hierzu wurden E-Mails an zehn zufällig ausgewählte Personen verschickt. Diese wiederum sollten an der Untersuchung teilnehmen und die E-Mail an weitere Personen verschicken. Aus ethischen Gründen wurde der Entschluss getroffen, sämtliche TeilnehmerInnen, die dazu bereit waren, den Fragebogen ausfüllen zu lassen. Im Anschluss an die Befragung wurden jene Personen ausgeschlossen, die den Einschlusskriterien nicht entsprachen. Diese waren: Personen, die normalgewichtig waren und ihr Gewicht nicht reduzieren wollten. Für diese TeilnehmerInnengruppe gab es lediglich einen Testzeitpunkt und zwar im Oktober 2012.

Tabelle 5

Untersuchungsdesign

* KC = KiloCoach

1. Testzeitpunkt (KiloCoach + E-Mail)	***2. Testzeitpunkt (KiloCoach)***
• *Normalgewichtige Personen ohne geplanter Gewichtsreduktion (E-Mail)* • *Normalgewichtige Personen (KC)* • *Personen mit Übergewicht (KC)* • *Personen mit Adipositas (KC)*	• *Normalgewichtige Personen (KC)* • *Personen mit Übergewicht (KC)* • *Personen mit Adipositas (KC)*

8.1.1 Exkurs: KiloCoach™

Bei KiloCoach™ handelt es sich um ein Abnehmprogramm mit Sitz in 1060 Wien (Österreich) unter der Leitung von Dr. Aspalter (KiloCoach™, 2013). Besteht der Wunsch bei KiloCoach™ Mitglied zu werden, so erfolgt im ersten Schritt eine Registrierung und der Kauf eines Abos, wobei die Dauer dieses Abos frei wählbar ist und anschließend auch verlängert werden kann. Für StudentInnen gibt es ermäßigte Abo-Preise. Im nächsten Schritt werden einige grundlegende Daten abgefragt, wie beispielsweise Gewicht, Körpergröße sowie das persönliche Abnehmziel. KiloCoach™ empfiehlt eine Teilnahme von mindestens zwei Monaten, eine Gewichtsabnahme von 0.5 bis 1 kg pro Woche, und akzeptiert nur realistische Abnehmziele. In den ersten Tagen als KiloCoach™-Mitglied soll die/der Betreffende seine Ernährungsgewohnheiten beibehalten und diese im eigenen KiloCoach™-Bereich (Tagesprotokoll) notieren. Nach dem Eintrag einer Mahlzeit ins Tagesprotokoll zeigt eine Kalorienuhr den Anstieg der Kalorien an, durch den Eintrag einer physischen Aktivität sinkt die Uhr wieder entsprechend ab. Wird die Kalorienuhr rot, bedeutet dies, dass zu viele Kalorien gegessen und zu wenig Bewegung gemacht wurde. Durch die regelmäßige Eintragung können von KiloCoach™ Analysen erstellt werden. Diese zeigen beispielsweise auf, ob eine ausgewogene Ernährung vorliegt, oder ob zu wenig Bewegung gemacht wird. Ein Mal pro Woche wird das Gewicht eingegeben und der Abnehmerfolg, sofern er vorliegt, beobachtet (KiloCoach™, 2013). Außer dem Tagesprotokoll steht ein Diskussionsforum zur Verfügung. Ebenso werden Menüs, Rezepte und Bewegungstipps gegeben, die das Abnehmen erleichtern sollen (KiloCoach™, 2013). ExpertInnen (ÄrztInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen etc.) können bei Problemen oder Fragen jederzeit angeschrieben werden.

8.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Nach einer ausgiebigen Recherche und kritischer Durchsicht der Fragebögen, welche die interessierenden Konstrukte untersuchen, fiel die Entscheidung auf folgende drei Erhebungsinstrumente:

- *Physical Self-Description Questionnaire* (PSDQ; Stiller & Alfermann, 2007)
- *Selbstwirksamkeitsskala zur sportlichen Aktivität* (SSA-Skala; Fuchs & Schwarzer, 1994)
- *Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala* (ASKU; Beierlein, Kovaleva, Kemper und Rammstedt, 2012)

Vor der Bearbeitung dieser Fragebögen mussten die TeilnehmerInnen zunächst einige soziodemografische Fragen beantworten. Diese umfassten: Geschlecht, Alter, Körpergröße, Gewicht, höchste abgeschlossene Schulbildung und momentane berufliche Tätigkeit. Je nachdem, ob die TeilnehmerInnen über KiloCoach™ rekrutiert wurden oder nicht, wurden einige weitere Fragen vorgegeben. Die KiloCoach™-TeilnehmerInnen beantworteten zusätzlich zu Testzeitpunkt 1 eine Frage hinsichtlich der Länge der Teilnahme am KiloCoach™-Programm. Beim Testzeitpunkt 2 sollten sie des weiteren angeben, ob sie noch immer am KiloCoach™-Programm aktiv beteiligt sind und welche Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme seit dem ersten Testzeitpunkt vorliegt.
Die Normalgewichtigen, die keine Gewichtsreduktion anstrebten und über E-Mails befragt wurden, mussten zusätzlich angeben, ob sie einen Gewichtsverlust vorhaben und in welcher Form sie diesen umzusetzen versuchen. Diese Fragen waren insofern wichtig, um bestimmte Personengruppen bei der Berechnung der Daten ausschließen zu können (z.B. Normalgewichtige, die abnehmen wollen).

Im Folgenden werden die drei verwendeten Erhebungsinstrumente genauer beschrieben:

8.2.1 Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ)

Das Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ) geht in der englischsprachigen Originalversion auf Marsh, Richards, Johnson, Roche & Tremayne (1994) zurück. Vor allem Marsh beschäftigte sich in seinen

Forschungsarbeiten ausgiebig mit dem physischen Selbstkonzept und der Erstellung eines Fragebogens zur Messung dieses Konstrukts (s. z.B. Marsh, 1990; Marsh & Redmayne, 1994; Marsh, 1996 etc.). Die deutschsprachige Übersetzung des PSDQ stammt von Stiller & Alfermann (2007).
Die theoretische Begründung beruht auf der Selbstkonzepttheorie von Shavelson et al. (1976). Die Langversion des PSDQ besteht aus 70 Items und 11 Skalen (Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit, Gesundheit, Körperfett, allgemeine Sportlichkeit, körperliche Aktivität, körperliche Erscheinung, physischer Selbstwert und globaler Selbstwert). Die Antwortmöglichkeiten bestehen aus einer Ratingskala mit 6 Abstufungen (von *trifft gar nicht zu* bis *trifft sehr zu*; Stiller & Alfermann, 2007). Die ersten 9 Skalen beziehen sich auf spezifische Bereiche des Selbstkonzepts, während die Skalen physischer Selbstwert und globaler Selbstwert auf darüber liegenden Hierarchieebenen liegen (Marsh, Richards, Johnson, Roche & Tremayne, 1994). In Tabelle 6 sind die Skalen und je ein dazugehöriges Beispielitem zu finden. Die Skalen des PSDQ weisen eine hohe bis sehr hohe Reliabilität (Cronbach α) auf. Bei Jüntgen et al. (2009) liegen diese zwischen .82 und .95. Die Subskalen weisen signifikante Interkorrelationen auf. Diese liegen zwischen *r=.12* (Gesundheit und Körperfett) und *r=.74* (Sportlichkeit und Ausdauer). Stiller und Alfermann (2007) beschreiben ein Reliabilität von .78 (Koordination) und .96 (Körperfett). Das mittlere Cronbach alpha liegt bei .88. Stiller & Alfermann (2007) betonen, dass sich ihre Berechnungen mit jenen von Marsh et al.(1994) decken.

Für jede Skala werden Mittelwerte gebildet. Ein niedriger Mittelwert innerhalb einer Skala deutet darauf hin, dass eine Person ihre Fähigkeiten/Selbsteinschätzungen hinsichtlich dieses Bereichs gering einschätzt. Lediglich bei der Skala „Körperfett“ ist anders vorzugehen. Hier bedeuten schlechte Einschätzungen eine starke Ausprägung des Körperfetts (Jüntgen et al., 2009).

Tabelle 6

Skalen und Beispielitems des PSDQ (in Anlehnung an Stiller & Alfermann, 2007)

Skala	Beispielitem
Ausdauer	Ich kann eine weite Strecke rennen ohne anzuhalten.
Kraft	Ich bin körperlich stark.
Koordination	Ich finde, mein Körper kann gleichmäßige Bewegungen leicht ausführen.
Beweglichkeit	Ich kann meinen Körper ganz gut drehen, wenden und verbiegen.
Gesundheit	Ich bin fast nie krank.
Körperfett	Ich wiege zu viel.
Sportkompetenz	Die meisten Sportarten fallen mir leicht.
Körperliche Aktivität	Ich bin fast täglich sportlich oder körperlich aktiv.
Körperliche Erscheinung	Ich sehe gut aus für mein Alter.
Physischer Selbstwert	Ich bin mit meinem Körper zufrieden.
Globaler Selbstwert	Im Allgemeinen gelingen mir die meisten Sachen gut, die ich tue.

8.2.2 Selbstwirksamkeitsskala zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala)

Zur Erhebung der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität wurde die Selbstwirksamkeitsskala zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala) nach Fuchs und Schwarzer (1994) herangezogen. Es ist eines von wenigen deutschsprachigen Erhebungsinstrumenten zur Erfassung dieses Faktors. Dieses Verfahren weist ein mittleres Spezifitätsniveau auf, somit ist es weder zu spezifisch noch zu unspezifisch. Die Fragebogenbatterie besteht aus 12 Items und einer Skala. Das Antwortformat ist siebenstufig mit drei Angaben – *gar nicht sicher, vielleicht und ganz sicher*. Die zu befragenden TeilnehmerInnen sollen anhand der 12 Items angeben, wie bestrebt sie sind, eine sportliche Aktivität auszuführen, wenn bestimmte Hindernisse auftreten. Diese können beispielsweise. schlechtes Wetter, Besuch, gutes Fernsehprogramm etc. sein. Zu Beginn der Befragung steht: „Ich bin mir sicher, eine geplante Sportaktivität auch dann noch ausüben zu können, wenn …“ und ein Beispiel für die 12 den Anfangssatz weiterführende Items ist: „… ich müde bin“. Die TeilnehmerInnen müssen also angeben, wie sicher sie sind, eine geplante sportliche Aktivität auch dann noch auszuüben, wenn sie beispielsweise müde sind. Die Reliabilitätsanalysen verweisen auf eine gute interne Konsistenz von .89 (Fuchs & Schwarzer, 1994).

8.2.3 Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)

Die Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU) von Beierlein et al. (2012) ist ein relativ neues Verfahren zur Erfassung selbstbezogener Kompetenzerwartungen. Die AutorInnen weisen auf den Mangel derartiger Untersuchungsverfahren hin und betonen deren Wichtigkeit. Theoretisch stützt sich ASKU auf die Ideen und Vorstellungen Banduras (1977/1997) hinsichtlich der Selbsterwartung, welche bereits in Kapitel 5 näher diskutiert wurden. Bei diesem Verfahren handelt es sich um eine eindimensionale Skala, welche aus 3 Items besteht. Zu jeder der 3 Items existiert ein fünfstufiges Antwortformat (*trifft gar nicht zu* bis *trifft voll und ganz zu*). Die Auswertung erfolgt durch Mittelung. Ein Item ist beispielsweise.: „Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern“. Die Reliabilität des ASKU ist mit Werten zwischen .81 bis .86 als akzeptabel einzustufen (Beierlein et al., 2012).

8.3 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasste Personen mit Adipositas, Übergewicht und Normalgewicht. Personen mit Adipositas, Übergewicht und Normalgewicht, die abnehmen wollten, waren TeilnehmerInnen am KiloCoach™-Programm und nahmen zu zwei Testzeitpunkten an der Studie teil. Normalgewichtige, die keine Gewichtsreduktion anstrebten, wurden ein Mal per E-Mail befragt. Hierzu erhielten zunächst zehn per Zufall ausgewählte Personen eine E-Mail und diese wiederum wurden gebeten, die E-Mail weiterzusenden. Sämtliche Personen, die bei den E-Mail-Befragungen nicht normalgewichtig waren oder angaben, zwar normalgewichtig zu sein, aber eine Gewichtsreduktion anzustreben, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

Zum einfacheren Verständnis wird die weitere Stichprobenbeschreibung auf Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 untergliedert.

8.3.1 Stichprobenbeschreibung zu Testzeitpunkt 1

Die Teilnahme an der Studie galt dann als abgeschlossen, wenn sämtliche Fragen des Online-Fragebogens beantwortet worden waren. Zu Testzeitpunkt 1

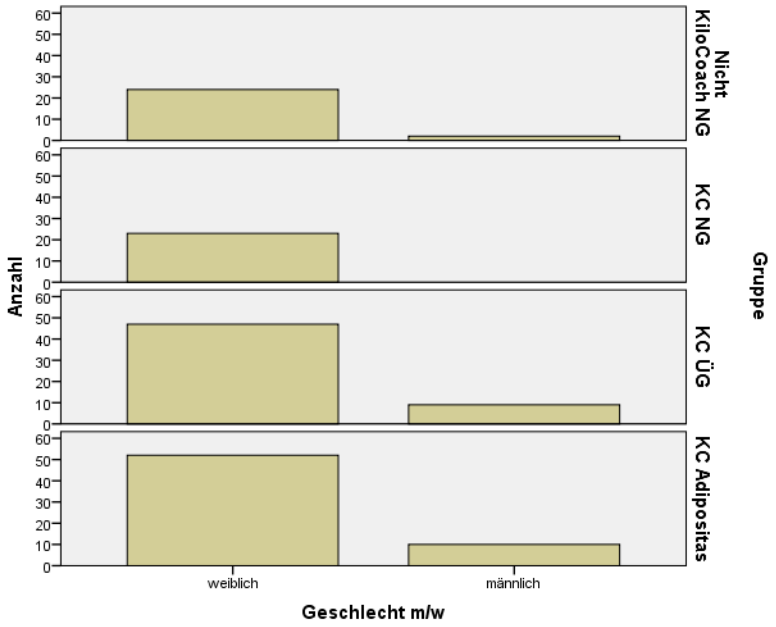
(=TZ1) erfüllten dieses Kriterium insgesamt 194 Personen. 27 Personen konnten jedoch, da sie weiteren Einschlusskriterien nicht entsprachen, nicht für die weitere Berechnung und Ergebnisdarstellung berücksichtigt werden. Diese Kriterien bezogen sich unter anderem auf das Alter. Es nahmen 11 Personen teil, die nicht der für die Studie gewünschten Altersgruppe entsprachen. Das Alter war mit 25 bis 55 Jahre begrenzt. Weiters machten bei der Befragung durch E-Mails 13 Personen mit, die entweder nicht normalgewichtig waren oder aber auch solche, die zwar dieser BMI-Gruppe angehörten, aber dennoch angaben, ihr Gewicht reduzieren zu wollen. Weiters gaben 3 Personen nicht korrekt Angaben an (z.B. 4-stellige Gewichts- oder Größenangaben ohne Komma-Zeichen).

Somit ergibt sich eine Stichprobe von *N*=167 Personen, davon 146 weibliche und 21 männliche. Die Stichprobe umfasst sowohl KiloCoach™-TeilnehmerInnen, als auch Personen, die über E-Mail befragt wurden. Über KiloCoach™ wurden Personen mit Adipositas und Übergewicht rekrutiert, sowie Normalgewichtige, die abnehmen wollten. Per E-Mail wurden jene TeilnehmerInnen rekrutiert, die normalgewichtig waren und keine Gewichtsreduktion anstrebten. Zum ersten Testzeitpunkt nahmen 62 TeilnehmerInnen mit Adipositas an der Studie teil, wobei 52 weiblich und 10 männlich waren. Die Zahl der teilnehmenden Personen mit Übergewicht lag bei 56 Personen (47 weiblich und 9 männlich). 49 Normalgewichtige nahmen an der Studie teil, wobei 23 (alle weiblich) davon an KiloCoach™ teilnahmen und 26 (24 weiblich und 2 männlich) keine Gewichtsreduktion anstrebten. Tabelle 7 verdeutlicht die Zahl der teilnehmenden Personen zu Testzeitpunkt 1 und zeigt neben der Geschlechterverteilung ebenfalls auf, ob die Personen über KiloCoach™ oder per E-Mail rekrutiert wurden. Abbildung 3 verdeutlicht dies zum einfacheren Verständnis anhand von Balkendiagrammen.

Tabelle 7

Anzahl der teilnehmenden Personen, Geschlechterverteilung und Gruppierungen zu Testzeitpunkt 1

		Geschlecht m/w		Gesamt
		weiblich	**männlich**	
Gruppe	Nicht KiloCoach: Normalgewicht	24	2	**26**
	KiloCoach: Normalgewicht	23	0	**23**
	KiloCoach: Übergewicht	47	9	**56**
	KiloCoach: Adipositas	52	10	**62**
Gesamt		**146**	**21**	**167**



* KC = KiloCoach, NG = Normalgewicht, ÜG = Übergewicht

Abbildung 3: Balkendiagramm der Geschlechterverteilung in den 4 Gruppen zu Testzeitpunkt 1

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Personen betrug *MW*=41.92 (*SD* = 8.473). Die weiblichen TeilnehmerInnen wiesen bezüglich des Alters einen Mittelwert von 42 (*SD*=8.543) auf und die männlichen einen *MW*=41.33 (*SD*=8.145). Normalgewichtige Personen, die keine Gewichtsreduktion anstrebten, wiesen hinsichtlich des Alters einen *MW*=39 (*SD*=9.304) auf und Normalgewichtige, die über KiloCoach™ rekrutiert wurden, kamen auf ein Durchschnittsalter von *MW*=41.65 (*SD*=8.574). Die Gruppe der Personen mit Übergewicht hatte bezüglich des Alters einen *MW*=42.86 (*SD*=8.326) und

Personen mit Adipositas einen *MW*=42.39 (*SD*=8.135). Die Gruppen sind bezüglich des Alters vergleichbar (*p*=.249).

49.7% der StudienteilnehmerInnen (52.1% der Frauen und 33.3% der Männer) gaben an, einen Hochschul- oder Universitätsabschluss zu haben, gefolgt von 27.5% mit Maturaabschluss. 14.4% der TeilnehmerInnen führten an, einen Lehrabschluss und 1.8% einen Pflichtschulabschluss zu besitzen. Keiner der Befragten hatte keine abgeschlossene Schulbildung. 6.6% führten sonstige Bildungsabschlüsse an. Das entspricht 11 StudienteilnehmerInnen. Diese gaben folgende Abschlüsse an: Berufsbildende Schule ohne Matura, Meisterprüfung, Universitätslehrgang, HBLA, kaufmännische Ausbildung, Diplom, Fachschule, Diplom RTA, Diplomprüfung, Akademie für Sozialarbeit und Fachschule für wirtschaftliche Frauenberufe. Ein Großteil der Befragten kann also einen hohen Bildungsstand mit Matura beziehungsweise Hochschul-/Universitätsabschluss nachweisen.

Die Betrachtung der momentanen beruflichen Tätigkeit verdeutlicht, dass mehr als die Hälfte der Befragten (55.1%) angaben, in Vollzeit und 18% in Teilzeit berufstätig zu sein. 10.8% führten an, selbstständig zu sein, 4.8%, einem Studium nachzugehen, 1.8%, sich in einer Aus- oder Fortbildung zu befinden und 2.4% gaben an, arbeitssuchend oder arbeitslos zu sein. 7.2% der Befragten gaben folgende momentane Tätigkeiten an: Karenz, Karenz und Selbstständigkeit, Hausfrau, Beamtin und Pensionist. Falls die Personen mehreren Tätigkeiten nachgehen, wurden sie gebeten, lediglich diejenige Tätigkeit anzuführen, die ihrer Meinung nach die meiste Zeit in Anspruch nähme.

Wie bereits erwähnt, konnten alle Personen, die im September Mitglied bei KiloCoach™ waren, an der Studie teilnehmen. 36 Personen hatten zum ersten Testzeitpunkt das Programm vor Kurzem gestartet, 20 Personen waren seit 1-2 Monaten Mitglied, 36 Personen seit 3-6 Monaten, 30 Personen seit 6-12 Monaten und 19 Personen waren bereits seit mehr als einem Jahr Mitglied bei KiloCoach™.

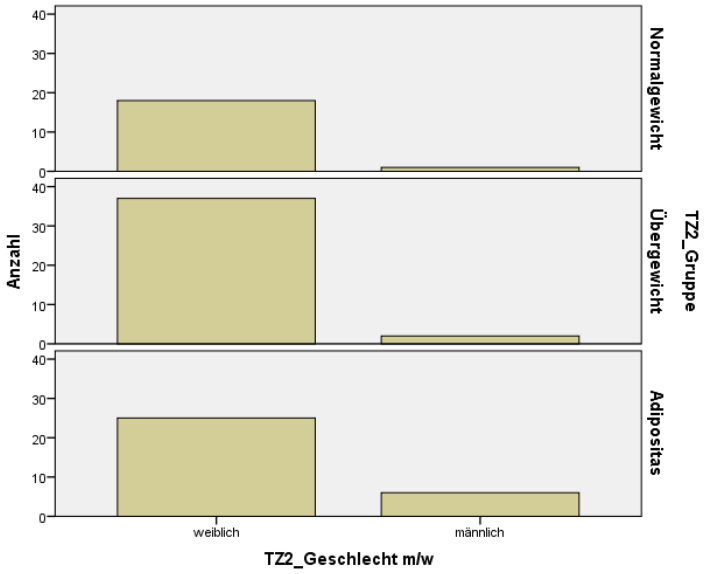
8.3.2 Stichprobenbeschreibung zu Testzeitpunkt 2

Drei Monate nach dem ersten Testzeitpunkt erfolgte die zweite Erhebung. An dieser nahmen jedoch nur TeilnehmerInnen teil, die über KiloCoach™ rekrutiert wurden und bereits schon bei der ersten Erhebung mitgewirkt hatten. Diese Personen wurden, sofern sie zum ersten Testzeitpunkt eine E-Mail-Adresse hinterlassen hatten, per E-Mail kontaktiert und an das abermalige Ausfüllen des Fragebogens erinnert. Ebenso wurde auf der Internetseite von KiloCoach™ eine Teilnahmeerinnerung veröffentlicht. Zu Testzeitpunkt 1 wirkten insgesamt 141 (122 weiblich und 19 männlich) über KiloCoach™ rekrutierte Personen an der Befragung mit. Von diesen 141 nahmen zum zweiten Testzeitpunkt *N*=89 Personen abermals an der Befragung teil. Dies entspricht einem Prozentsatz von 63.12. Davon waren 80 Personen weiblich und 9 männlich. Die Verteilung innerhalb der BMI-Gruppen stellt sich wie folgt dar: 19 Normalgewichtige (18 weiblich, 1 männlich), 39 Personen mit Übergewicht (37 weiblich, 2 männlich) und 31 Personen mit Adipositas (25 weiblich, 6 männlich). Tabelle 8 und Abbildung 4 zeigen die Angaben in tabellarischer und grafischer Form.

Tabelle 8

Anzahl der teilnehmenden Personen, Geschlechterverteilung und Gruppierungen zu Testzeitpunkt 2

		Geschlecht m/w		Gesamt
		weiblich	**männlich**	
Gruppe	Normalgewicht	18	1	**19**
	Übergewicht	37	2	**39**
	Adipositas	25	6	**31**
Gesamt		**80**	**9**	**89**



* TZ2 = 2. Testzeitpunkt

Abbildung 4: Balkendiagramm der Geschlechterverteilung in den 3 Gruppen zu Testzeitpunkt 2

Das Durchschnittsalter zum zweiten Erhebungszeitpunkt beträgt *MW*=43.07 (*SD*=8.269) Jahre, wobei die weiblichen Studienteilnehmerinnen einen *MW*=42.96 (*SD*=8.375) aufweisen und die männlichen Studienteilnehmer einen *MW*=44 (*SD*=7.649). Die Gruppe der Normalgewichtigen hat bezüglich des Alters einen *MW*=42.89 (*SD*=7.145), die Gruppe der Personen mit Übergewicht einen *MW*=43.44 (*SD*=8.357) und die Gruppe der Adipösen einen *MW*=42.71 (*SD*=8.878). Es gibt keine signifikanten Gruppenunterschiede (*p*=.932).

Wie bereits zum ersten Testzeitpunkt weist die Mehrheit der StudienteilnehmerInnen auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt einen Hochschul- oder Universitätsabschluss auf. 42.7% gaben an, einen Hochschul- oder Universitätsabschluss zu haben. Insgesamt gaben 43.8% der befragten Frauen an, einen solchen Abschluss zu besitzen und 33.3% der Männer. 29.2% aller Befragten haben die Matura, 16.9% einen Lehrabschluss und 2.2% einen Pflichtschulabschluss. 9% entschieden sich für sonstige schulische Ausbildungen und führten folgende Bildungsabschlüsse an: Fachschule, Meister, BHS mit Matura, Diplom und Akademie für Psychotherapie. Keiner der Befragten führte an, keinerlei Schulabschluss zu besitzen.

56.2% der Befragten gaben an, in Vollzeit und 21.3% in Teilzeit berufstätig zu sein. 7.9% sind selbstständig, 3.4% gehen einem Studium nach und 3.4% sind

arbeitslos oder arbeitsuchend. 7.9% führten sonstige Tätigkeiten – Karenz, Karenz und freiberuflich tätig, BeamtIn und Hausfrau – an.

9. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Auswertungsverfahren und Ergebnisse präsentiert. Sämtliche Hypothesen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 20 überprüft.

9.1 Physisches Selbstkonzept

Als abhängige Variablen wurden die 11 Subskalen des PSDQ verwendet. Die unabhängige Variable stellen die BMI-Gruppen dar, die für die jeweilige Hypothese relevant sind. Je nach Hypothese wurden bestimmte BMI-Gruppen ausgeschlossen.

Die ersten drei Hypothesen wurden mittels Linearer Kontraste im SPSS-Menü Allgemeines Lineares Modell - multivariat (MANOVA) - geprüft. Da zu jeder Hypothese 11 Lineare Kontraste durchgeführt werden mussten, wurde eine Alpha-Fehler-Korrektur nach Sidak durchgeführt. Das korrigierte Signifikanzniveau beträgt p=0.0045 für die einzelnen Linearen Kontraste. Ergänzend zu den drei dargestellten Hypothesen wurden explorativ auch die univariaten Tests der MANOVA betrachtet, bei der alle vier Gruppen hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts verglichen wurden. Zwar sind die Voraussetzungen zur Berechnung einer MANOVA nicht gegeben (Box M-Test: p<.001), dennoch wurde sie wegen der teilweise sehr starken Interkorrelationen zwischen den Subskalen und aufgrund ihrer hohen Robustheit und Aussagekraft herangezogen.

Anders als ursprünglich geplant wurden auch Personen zur Studienteilnahme zugelassen, die im September 2012 schon längere Zeit Mitglied bei KiloCoach™ waren. Eine erfolgreiche Gewichtsreduktion könnte jedoch einen Einfluss auf das Selbstkonzept haben. Eine unterschiedlich starke Veränderung für die drei BMI-Gruppen könnte daher die Ergebnisse der Linearen Kontraste verfälschen. Daher wurde mittels MANOVA überprüft, ob sich Personen mit unterschiedlicher Länge der Mitgliedschaft bei KiloCoach™ bezüglich Selbstkonzept unterscheiden und ob es diesbezüglich Unterschiede zwischen den BMI-Gruppen gibt. Weder der multivariate Test für die Wechselwirkung Dauer der KC-Teilnahme * BMI-Gruppe war signifikant (Pillai Spur = .70,

p=.312), noch jener für den Haupteffekt Dauer der KC-Teilnahme (Pillai Spur = .357, *p*=.37). Die univariaten Tests und Post-Hoc Tests weisen tendenziell auf einen höheren Wert bei den Subskalen Ausdauer und physischer Selbstwert bei Personen, die seit mindestens 6 Monaten Mitglied bei KiloCoach^{TM} waren – unabhängig von der BMI-Gruppe – hin. Bei der Subskala Körperfett zeigte sich ein tendenziell höherer Wert nach mindestens 1-jähriger Mitgliedschaft. Bei der Subskala körperliche Erscheinung zeigte sich nach 1-2 Monaten Mitgliedschaft tendenziell ein Tiefpunkt. Da diese tendenziellen Veränderungen mit zunehmender Dauer der Mitgliedschaft bei KiloCoach^{TM} für alle BMI-Gruppen vergleichbar sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Linearen Kontraste kaum dadurch beeinflusst werden.

9.1.1 Unterschiede zwischen Personen mit Adipositas und Personen mit Übergewicht

Die erste Hypothese bezieht sich darauf, dass Personen mit Adipositas, die abnehmen möchten, ein schlechteres physisches Selbstkonzept aufweisen als Personen mit Übergewicht, die ebenfalls Gewicht reduzieren wollen.

Die Berechnung der Linearen Kontraste brachte bei 4 Subskalen des PSDQ signifikante Ergebnisse (s. Tabelle 9): Ausdauer, Beweglichkeit, allgemeine Sportlichkeit und Körperfett. In den anderen Teilbereichen des physischen Selbstkonzepts (Kraft, Koordination, körperliche Erscheinung, körperliche Aktivität, Gesundheit, physischer Selbstwert und globaler Selbstwert) wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt. Die signifikanten Ergebnisse sind in Tabelle 9 dargestellt. Die gesamte tabellarische Auflistung der Linearen Kontraste befindet sich im Anhang (Tabelle A21).

Tabelle 9

Signifikante Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Adipositas und Übergewicht

* KC = KiloCoach-TeilnehmerIn

KC Adipositas vs. KC Übergewicht		Ausdauer (PSDQ)	Beweglichkeit (PSDQ)	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	Körperfett (PSDQ)
Kontrastschätzer		,789	,549	,605	,643
Hypothesenwert		0	0	0	0
Differenz (Schätzung - Hypothesen)		,789	,549	,605	,643
Standardfehler		,225	,159	,185	,135
Sig.		,001	,001	,001	,000
95% Konfidenzintervall	Untergrenze	,345	,236	,239	,377
für die Differenz	Obergrenze	1,233	,862	,971	,909

Die Betrachtung der Deskriptivstatistiken zeigt Folgendes: Im Bereich Ausdauer liegt der Mittelwert der Personen mit Adipositas bei 2.8925 (*SD*=1.18510) und jener der Betroffenen mit Übergewicht bei *MW*=3.6815 (*SD*=1.23798). Bei der Beweglichkeit weisen Personen mit Adipositas einen *MW*=3.8495 (*SD*=.87555) und Betroffene mit Übergewicht einen *MW*=4.3988 (*SD*=.91766) auf. Das Ergebnis der allgemeinen Sportlichkeit verdeutlicht einen *MW*=3.0081 (*SD*=.94350) bei den TeilnehmerInnen mit Adipositas und einen *MW*=3.6131 (*SD*=.93911) bei der Gruppe der Personen mit Übergewicht. Bezüglich des Körperfetts zeigen die Berechnungen bei den adipösen Personen einen *MW*=1.6425 (*SD*=0.50213) und bei den TeilnehmerInnen mit Übergewicht einen *MW*=2.2857 (*SD*=.69610).

Somit weist die Betrachtung der Mittelwerte auf, dass sich Personen mit Adipositas in den angegebenen Bereichen schlechter einschätzen als Personen mit Übergewicht. In Tabelle 10 sind die deskriptiven Statistiken derjenigen Skalen angegeben, welche bei der Berechnung der Linearen Kontraste signifikante Ergebnisse aufwiesen. Die gesamte Tabelle ist im Anhang unter A22 ersichtlich.

Tabelle 10

Deskriptivstatistik der signifikanten Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Adipositas und Übergewicht

	BMI-Gruppe	*MW*	*SD*	*N*
Ausdauer	Übergewicht	3.6815	1.23798	56
(PSDQ)	Adipositas	2.8925	1.18510	62
	Gesamt	3.2669	1.26857	118
Beweglichkeit	Übergewicht	4.3988	.91766	56
(PSDQ)	Adipositas	3.8495	.87555	62
	Gesamt	4.1102	.93350	118
Allgemeine	Übergewicht	3.6131	.93911	56
Sportlichkeit (PSDQ)	Adipositas	3.0081	.94350	62
	Gesamt	3.2952	.98527	118
Körperfett	Übergewicht	2.2857	.69610	56
(PSDQ)	Adipositas	1.6425	.50213	62
	Gesamt	1.9477	.68066	118

9.1.2 Unterschiede zwischen Personen mit Übergewicht und Personen mit Normalgewichtig mit geplanter Gewichtsreduktion

Die zweite Hypothese widmete sich der Betrachtung der Personen mit Übergewichtig und Personen mit Normalgewicht, die eine Gewichtsreduktion anstreben.

Folgende Ergebnisse hinsichtlich der Berechnung der Linearen Kontraste können verzeichnet werden: Personen mit Übergewicht, die abnehmen wollen, unterscheiden sich von Normalgewichtigen, die eine Gewichtsreduktion anstreben, hinsichtlich der Subskala Körperfett. Tabelle 11 zeigt dieses Einzelergebnis. Sämtliche weitere Ergebnisse zu dieser Hypothese sind in Tabelle A21 aufgeführt.

Tabelle 11

Signifikante Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede in der Subskala Körperfett zwischen Personen mit Übergewicht und Normalgewicht mit geplanter Gewichtsreduktion

* KC = KiloCoach-TeilnehmerIn

KC Übergewicht vs. KC Normalgewicht		Körperfett (PSDQ)
Kontrastschätzer		1,533
Hypothesenwert		0
Differenz (Schätzung - Hypothesen)		1,533
Standardfehler		,181
Sig.		,000
95% Konfidenzintervall für die	Untergrenze	1,176
Differenz	Obergrenze	1,890

Die Betrachtung der Deskriptivstatistiken lassen den Schluss zu, dass sich Personen mit Übergewicht im Bereich Körperfett schlechter einschätzen als Normalgewichtige, die abnehmen wollen. Personen mit Übergewicht erreichen einen *MW*=2.2857 (*SD*=.69610) und Normalgewichtige, die eine Gewichtsreduktion anstreben, einen *MW*=3.8188 (*SD*=0.97560). In Tabelle 12 sind die deskriptiven Statistiken für Köperfett dargestellt. Die vollständige Tabelle befindet sich im Anhang unter A23.

Tabelle 12

Deskriptivstatistik der signifikanten Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede in der Subskala Körperfett zwischen Personen mit Übergewicht und Normalgewicht mit geplanter Gewichtsreduktion

	Hypothesen-Gruppe	*MW*	*SD*	*N*
Körperfett (PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	3.8188	.97560	23
	KiloCoach Übergewicht	2.2857	.69610	56
	Gesamt	2.7321	1.04949	79

9.1.3 Unterschiede zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion

In der nachfolgenden Hypothese wird die Gruppe der Normalgewichtigen genauer betrachtet. Es gilt zu überprüfen, ob sich Normalgewichtige, die abnehmen wollen, hinsichtlich ihres physischen Selbstkonzepts schlechter einschätzen als Normalgewichtige, die ihr Gewicht nicht reduzieren wollen.

Wie bereits bei den beiden vorhergehenden Hypothesen wurde auch zur Berechnung dieser Hypothese das gleiche Verfahren angewandt. Die Ergebnisse (s. Tabelle 13) deuten auf zwei signifikante Bereiche hin: Beweglichkeit und Körperfett. Die anderen Bereiche des physischen Selbstkonzepts weisen keine signifikanten Ergebnisse auf. Die tabellarische Auflistung der gesamten Berechnung befindet sich im Anhang in Tabelle A21.

Tabelle 13

Signifikante Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion

* KC = KiloCoach-TeilnehmerIn

KC Normalgewicht vs. Normalgewicht		Beweglichkeit (PSDQ)	Körperfett (PSDQ)
Kontrastschätzer		,932	,829
Hypothesenwert		0	0
Differenz (Schätzung - Hypothesen)		,932	,829
Standardfehler		,246	,209
Sig.		,000	,000
95% Konfidenzintervall für die	**Untergrenze**	,446	,416
Differenz	**Obergrenze**	1,418	1,242

Die deskriptiven Statistiken (s. Tabelle 14) zeigen folgende Mittelwerte und Standardabweichungen auf: Der Faktor Beweglichkeit hat in der Gruppe der Normalgewichtigen, die abnehmen wollen, einen *MW*=4.0362 (*SD*=.86887) und in der Gruppe, die nicht abnehmen wollen, einen *MW*=4.9679 (*SD*=.66000). Der Bereich Körperfett erreicht bei den Normalgewichtigen, die eine Gewichtsreduktion anstreben, einen *MW*=3.8188 (*SD*=.97560) und bei den Normalgewichtigen, die keine Gewichtsreduktion anstreben, einen *MW*=4.6474 (*SD*=.98017). Sämtliche weitere Ergebnisse zu dieser Hypothese befinden sich im Anhang in Tabelle A24. Die Betrachtung der Mittelwerte und Standardabweichungen lässt darauf schließen, dass sich Normalgewichtige, die abnehmen möchten, hinsichtlich der Komponenten Beweglichkeit und Körperfett schlechter einschätzen als Normalgewichtige, die nicht abnehmen wollen.

Tabelle 14

Deskriptivstatistik der signifikanten Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion

	Hypothesen-Gruppe	*MW*	*SD*	*N*
Beweglichkeit (PSDQ)	Nicht KiloCoach Normalgewicht	4.9679	.66000	26
	KiloCoach Normalgewicht	4.0362	.86887	23
	Gesamt	4.5306	.89084	49
Körperfett (PSDQ)	Nicht KiloCoach Normalgewicht	4.6474	.98017	26
	KiloCoach Normalgewicht	3.8188	.97560	23
	Gesamt	4.2585	1.05413	49

Wie bereits erwähnt wurden ergänzend die Ergebnisse der univariaten Tests der MANOVA betrachtet, bei der alle vier Gruppen hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts, verglichen wurden. Der multivariate Test war signifikant (Pillai-Spur = .955, p<.001). Bei den univariaten Tests resultierten 6 signifikante Ergebnisse (Ausdauer, Beweglichkeit, allgemeine Sportlichkeit, körperliche Erscheinung, Körperfett und physischer Selbstwert), wobei Körperfett (η^2=0,703), physischer Selbstwert (η^2=0,245) und Beweglichkeit (η^2=0,175), eine hohe Effektstärke aufwiesen. Die deskriptiven Statistiken zeigen in Bezug auf das Körperfett und den physischen Selbstwert folgendes auf: Je höher die BMI-Gruppe umso niedriger ist der physische Selbstwert ausgeprägt und umso höher wird das eigene Körperfett eingeschätzt, wobei Normalgewichtige, die abnehmen möchten einen geringeren physischen Selbstwert aufweisen und ihr Körperfett als höher einschätzen als Normalgewichtige, die keine Gewichtsreduktion anstreben. Die gesamte Berechnung der MANOVA und der deskriptiven Statistiken befindet sich im Anhang (Tabelle A25 und Tabelle A26). In den Skalen Kraft, Koordination, körperliche Aktivität und globaler Selbstwert scheinen sich Personen mit Adipositas nicht von Personen mit Normalgewicht zu unterscheiden.

9.2. Selbstwirksamkeit

Die nachfolgende Hypothese betrachtet den Unterschied der allgemeinen Selbstwirksamkeit in den vier Gruppen. Diese Gruppen beziehen sich auf Personen mit Adipositas, Übergewicht und Normalgewicht und inkludiert

darüber hinaus die Gruppe der Normalgewichtigen, die keine Gewichtsreduktion anstreben.

Aufgrund der nicht gegebenen Voraussetzungen zur Berechnung einer ANOVA wurde das nicht parametrische Ersatzverfahren – der Kruskall-Wallis-Test – verwendet. Als abhängige Variable (Testvariable) diente die allgemeine Selbstwirksamkeit. Die unabhängige Variable (Gruppenvariable) stellt die Hypothesengruppe dar, die sich aus den vier beschriebenen Gruppen zusammensetzt. Das Ergebnis ist in Tabelle 15 ersichtlich und ist mit einem Wert von *p*=.658 als nicht signifikant einzuordnen. Es ist kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Selbstwirksamkeit in den vier Gruppen zu verzeichnen.

Tabelle 15

Kruskall-Wallis-Test – allgemeine Selbstwirksamkeit in den 4 Gruppen

	Allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU)
Chi-Quadrat	1.605
df	3
Asymptotische Signifikanz	.658

9.3 Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität

Im Folgenden wird überprüft ob ein Unterschied hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität in den vier Gruppen existiert. Die Gruppen setzten sich aus denselben BMI-Gruppen wie in Kapitel 8.2 zusammen.

Die Berechnungen wurden mittels einer einfaktoriellen ANOVA durchgeführt, wobei die allgemeine Selbstwirksamkeit die abhängige Variable darstellt und die Hypothesengruppe die unabhängige. Das Ergebnis ist mit einem Wert von *p*=.396 nicht signifikant (s. Tabelle 16).

Tabelle 16

ANOVA – Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität in den 4 Gruppen

	Quadratsumme	*df*	Mittel der Quadrate	*F*	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	.762	1	.762	.725	.396
Innerhalb der Gruppen	146.181	139	1.052		
Gesamt	146.943	140			

9.4 Auswirkung von Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit auf Gewichtsreduktion

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Hypothesen dargestellt, ob das physische Selbstkonzept, die Selbstwirksamkeit und die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität einen Einfluss auf die Gewichtsreduktion hatten.

Bei diesen Hypothesen wurden nur diejenigen TeilnehmerInnen berücksichtigt, die zum ersten Testzeitpunkt angaben, dass sie maximal ein Monat am KiloCoach™-Programm teilnahmen, also am Beginn ihrer Gewichtsreduktion waren. Des Weiteren mussten Daten von beiden Testzeitpunkten vorliegen. Dieses Kriterium erfüllten 17 Personen. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Betrachtung dieser Ergebnisse als explorativ zu verstehen und sollten an größeren Stichproben überprüft werden.

9.4.1 Physisches Selbstkonzept

Die nachfolgende Hypothese überprüft, ob das physische Selbstkonzept zu Beginn des Programms ein Prädiktor für die Höhe der Gewichtsreduktion ist; Je höher das physische Selbstkonzept zu Beginn des Programms, umso stärker ist die Gewichtsreduktion im Laufe des Programms.

Das physische Selbstkonzept setzt sich aus 11 Faktoren zusammen. Das machte wiederum eine Alpha-Fehler-Anpassung notwendig. Das korrigierte Signifikanzniveau nach Sidak beträgt p=0.0045. Für einige dieser Faktoren waren Voraussetzungen zur Berechnung einer einseitigen Pearson-Korrelation gegeben. Bei denjenigen Faktoren, die die Voraussetzungen nicht erfüllten, kamen einseitige Rangkorrelationen nach Spearman zum Einsatz. Die Prüfung

des Zusammenhangs mit einseitigen Korrelationsberechnungen resultiert aus der einseitigen Hypothesenformulierung.

Folgende Bereiche des physischen Selbstkonzepts erfüllten die Bedingungen zur Berechnung einer einseitigen Pearson-Korrelation: Kraft, Ausdauer, Koordination, allgemeine Sportlichkeit, körperliche Erscheinung, körperliche Aktivität und physischer Selbstwert. Bei den restlichen vier Faktoren (Beweglichkeit, Gesundheit, Körperfett und globaler Selbstwert) waren die Bedingungen nicht erfüllt.

Die Berechnungen der einseitigen Pearson Korrelationen führte zu keinem signifikanten Ergebnis. Sämtliche Pearson-Korrelationen sind im Anhang in Tabelle A28 angeführt.
Die Berechnung der Spearman-Korrelation führte ebenfalls zu keinem signifikanten Ergebnis (s. Anhang Tabelle A27).

9.4.2 KiloCoach™-Programm: Selbstwirksamkeit

Die Hypothese überprüft den Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit zu Beginn des Programms und der Gewichtsreduktion.

Die Hypothese wurde mittels einer einseitigen Rangkorrelation nach Spearman überprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 ersichtlich und verweisen auf ein signifikantes Ergebnis von p=.027. Der Korrelationskoeffizienten von -.474 hat aufgrund von Umpolung ein negatives Vorzeichen.

Tabelle 17

Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Gewichtsabnahme

		Gewichtsabnahme	Allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU)
Gewichtsabnahme	Korrelationskoeffizient	1.000	-.474
	Signifikanz (1-seitig)		.027
	N	17	17
Allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU)	Korrelationskoeffizient	-.474	1.000
	Signifikanz (1-seitig)	.027	
	N	17	17

9.4.3 KiloCoach™-Programm: Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität

Diese Hypothese untersucht ebenfalls den Einfluss eines Faktors auf die Gewichtsreduktion. Hierbei handelt es sich um die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität. Die Formulierung der Hypothese ist folgendermaßen: Die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zu Beginn des Programms ist ein Prädiktor für die Höhe der Gewichtsreduktion.

Zur Berechnung dieser Hypothese wurde, da die Voraussetzungen gegeben sind, eine einseitige Korrelation nach Pearson verwendet. Es resultiert ein signifikantes Ergebnis von p=.026. Die Korrelation beträgt -.479 und fällt lediglich aufgrund der Umpolung negativ aus. Die Ergebnisse sind in Tabelle 18 ersichtlich.

Tabelle 18

Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität und Gewichtsabnahme

		Gewichtsabnahme	Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala)
Gewichtsabnahme	Korrelation nach Pearson	1	-.479
	Signifikanz (1-seitig)		.026
	N	17	17
Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala)	Korrelation nach Pearson	-.479	1
	Signifikanz (1-seitig)	.026	
	N	17	17

9.4.4 Non-Responder Analyse

In den nachfolgenden drei Hypothesen sollte überprüft werden, ob es einen Unterschied zwischen Completern und Non-Completern hinsichtlich der drei Faktoren (physisches Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität) gibt. Als Completer werden diejenigen Personen bezeichnet, die zu beiden Testzeitpunkten den Fragebogen vollständig bearbeitet haben. Non-Completer sind jene Personen, die nur zu Testzeitpunkt 1 an der Studie teilnahmen. Zur Berechnung dieser Hypothesen werden Non-Responder Analysen herangezogen, Es werden die Unterschiede zwischen Completern und Non-Completern hinsichtlich der zu untersuchenden Faktoren zu Testzeitpunkt 1 überprüft.

9.4.4.1 Non-Responder Analyse – Physisches Selbstkonzept.

Die aufgestellte Hypothese nimmt einen Unterschied zwischen Completern und Non-Completern in Bezug auf das physische Selbstkonzept an.

Obwohl die Voraussetzungen zur Berechnung der MANOVA nicht gegeben sind, wurde sie dennoch aufgrund ihrer starken Aussagekraft gewählt. Die abhängige Variable bildeten abermals die 11 Skalen des physischen Selbstkonzepts. Die unabhängige Variable wurde TZ2-Vorhanden genannt und beinhaltet Completer und Non-Completer. Die Berechnung führte zu keinem signifikanten Ergebnis. Die Tabelle zur MANOVA befindet sich im Anhang unter A29. Die Deskriptivstatistiken sind in Tabelle A30.

9.4.4.2 Non-Responder Analyse – Selbstwirksamkeit

Die Hypothese lautet folgendermaßen: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zwischen Completern und Non-Completern.

Die Überprüfung der Hypothese wurde anhand des U-Tests von Mann und Whitney durchgeführt, da die Voraussetzungen zur Berechnung eines T-Tests nicht gegeben sind. Es resultiert ein nicht signifikantes Ergebnis von p=.542, welches in Tabelle 19 ersichtlich ist.

Tabelle 19

Unterschied zwischen Completern und Non-Completern bzgl. der Selbstwirksamkeit

	Allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU)
Mann-Whitney-U	2179.500
Wilcoxon-W	6184.500
Z	-.610
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.542

9.4.4.3 Non-Responder Analyse – Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität.

Die Hypothese nimmt an, dass ein Unterschied zwischen Completern und Non-Completern hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität besteht.

Um diese Annahme zu überprüfen, wurde ein zweiseitiger T-Test durchgeführt, welcher mit einem Ergebnis von *p*=.396 nicht signifikant ist (s. Tabelle 20).

Tabelle 20

Unterschied zwischen Completern und Non-Completern bezüglich der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität

		Levene-Test der Varianzgleichheit		**T-Test für die Mittelwertgleichheit**						
		F	Sign.	*T*	*df*	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Selbstwirksamkeit zur sportl. Aktivität (SSA-Skala)	Varianzen sind gleich	1,450	,231	,851	139	,396	,15237	,17900	-,20154	,50628
	Varianzen sind nicht gleich			,894	122,894	,373	,15237	,17052	-,18516	,48990

10. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde der Frage nachgegangen, ob sich Personen unterschiedlicher Gewichtsgruppen bezüglich der drei psychologischen Konstrukte - physisches Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität - unterscheiden. Ebenso interessierte, ob es einen Zusammenhang zwischen erzielter Gewichtsreduktion bei der Teilnahme an einem Online-Gewichtsreduktionsprogramm und diesen psychologischen Faktoren gibt.
Wie im Theorieteil dieser Arbeit behandelt wurde, gibt es kaum Studien, die diese Fragen – vor allem im Erwachsenenalter – untersucht haben. Es kann somit als ein relativ neuer Forschungszweig betrachtet werden (s. z.B. Jüntgen et al., 2009)

Nachfolgend werden die Ergebnisse und deren Interpretation zusammenfassend dargestellt und diskutiert.

Zunächst wurde angenommen, dass die Einschätzung des physischen Selbstkonzepts umso schlechter ausfällt, je höher die BMI-Gruppe ist. Zur Beantwortung dieser Frage wurden Personen mit Adipositas mit Personen mit Übergewicht, Personen mit Übergewicht mit Normalgewichtigen, sowie Normalgewichtige, die abnehmen wollen mit Normalgewichtigen, die nicht abnehmen wollen, hinsichtlich dieses Faktors untersucht. Erschwert wird die Interpretation dadurch, dass es keinen Gesamtscore für das physische Selbstkonzept gibt. Das physische Selbstkonzept setzt sich nach Marsh et al. (1994) aus 11 Skalen zusammen.
Personen mit Adipositas unterschieden sich hinsichtlich folgender Komponenten des physischen Selbstkonzepts von Personen mit Übergewicht signifikant: Ausdauer, Beweglichkeit, allgemeine Sportlichkeit und Körperfett. Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen interpretieren: Betroffene mit Adipositas schätzen sich in Bezug auf alle genannten Komponenten schlechter ein als Übergewichtige. Durch das hohe Gewicht fühlen sich Personen mit Adipositas anscheinend in ihrer Beweglichkeit und Ausdauer eingeschränkt. Sie

schätzen auch ihre Sportlichkeit als geringer ein. Bereits einige AutorInnen gaben an, dass Personen mit Adipositas an Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten leiden und in Folge zur Isolation neigen (s. z.B. Cuntz & Hillert, 2003; Klesges et al., 1990). MacLean, Edwards, Garrard, Sims-Jones, Clinton & Ashley (2009) gehen ebenfalls auf das Rückzugsverhalten von Personen mit Adipositas ein und Schwartz & Brownell (2007) weisen darauf hin, dass bei der betreffenden Personengruppe eine Angst vor den Reaktionen der Mitmenschen besteht, wenn diese hinausgehen oder Sportübungen machen. Platen (2008) hingegen weist auf die Wichtigkeit von Sport und körperlicher Aktivität in Zusammenhang mit gesunder Ernährung hin. Fox (2000) betont außerdem, dass sportliche Aktivität zu einer Verbesserung des physischen Selbstkonzepts führen kann. Die Personen befinden sich also in einem Teufelskreis. Körperliche Aktivität und Sport wären wichtig zur Gewichtsreduktion und zur Verbesserung des Selbstkonzeptes, die Betroffenen haben jedoch Angst davor, angestarrt und ausgelacht zu werden, wenn sie Sport betreiben. Cuntz & Hillert (2003) führen an, dass Menschen mit Übergewicht und Adipositas oftmals Vorurteilen ausgesetzt sind. Übergewicht und insbesondere Adipositas werden mit negativen Eigenschaften assoziiert wie beispielsweise dass sie faul seien, keine Eigenverantwortung zeigen würden und Mangel an Selbstdisziplin aufweisen würden. Die Tatsache, dass sich Personen mit Adipositas bezüglich Ausdauer schlechter einschätzen als Personen mit Übergewicht, könnte damit zusammenhängen, dass diese negativen Vorurteile von den Betroffenen zum Teil internalisiert werden, was wiederum zu einer Verringerung des Selbstwertes führen könnte.

Personen mit Übergewicht schätzen sich hinsichtlich der Komponente Körperfett signifikant schlechter ein als Normalgewichtige, die abnehmen wollen. Aus dem Vergleich zwischen Normalgewichtigen mit geplanter Gewichtsreduktion und Normalgewichtigen ohne geplanter Gewichtsreduktion resultierten zwei signifikante Ergebnisse für die Komponenten: Beweglichkeit und Körperfett. Die Personen ohne Wunsch einer Gewichtsreduktion erzielten in beiden Bereichen des physischen Selbstkonzepts bessere Werte. Wie bereits

bei der Betrachtung der Übergewichtigen im Vergleich zu Normalgewichtigen, die abnehmen wollen, unterscheiden sich ebenfalls Normalgewichtige mit geplanter Gewichtsreduktion von Normalgewichtigen ohne geplanter Gewichtsreduktion hinsichtlich bestimmter Komponenten des physischen Selbstkonzepts signifikant voneinander. Es sollte jedoch genauer betrachtet werden, warum diese Personengruppe überhaupt eine Gewichtsreduktion anstrebt, wenn sie ohnehin normalgewichtig ist und woher diese Unzufriedenheit hinsichtlich des eigenen Körpers kommt. Es ist zu vermuten, dass sie aus einem medial propagierten Schönheitsideal, welches einen geringen BMI-Wert voraussetzt, resultieren könnte.

Weiters fühlen sich Normalgewichtige mit geplanter Gewichtsreduktion in ihren Bewegungen eingeschränkter als Normalgewichtige ohne geplanter Gewichtsreduktion. Untersuchenswert wäre, ob diese subjektiv wahrgenommene Einschränkung der Beweglichkeit tatsächlich schlechter ausgeprägt ist.

Die Betrachtung aller drei Vergleiche zeigt auf, dass sich Personen mit höherer BMI-Gruppe schlechter hinsichtlich des Faktors Körperfett einschätzten und, dass TeilnehmerInnen, die normalgewichtig waren, aber trotzdem abnehmen wollten, angaben, mehr Körperfett zu besitzen als Normalgewichtige, die nicht abnehmen wollen. Somit wird deutlich, dass Personen mit höherem BMI-Wert das Vorhandensein ihres Körperfetts wahrnehmen. Wird hingegen die Einschätzung hinsichtlich der Gesundheit betrachtet, so gaben Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen mit Übergewicht und Personen mit Übergewicht im Vergleich zu Normalgewichtigen, die nicht abnehmen wollen, nicht an sich weniger gesund zu fühlen. Die Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant. Dies könnte daran liegen, dass sich die Fragen hinsichtlich der Gesundheit eher darauf beziehen, ob Personen oft krank werden, anstatt Bereiche zu erfragen, die üblicherweise mit dem Vorliegen von Adipositas oder Übergewicht einhergehen. Die gesundheitlichen Folgen sind im Abschnitt 2.5.1 erläutert worden. Einen Überblick hierzu geben beispielsweise Platen (2008), Cuntz und Hillert (2003) etc.

Eine Studie von Jüntgen et al. aus dem Jahr 2009 kommt zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der Gesundheit. Personen mit Adipositas schätzten ihre Gesundheit als relativ gut ein, gaben aber an, ein höheres Körperfett zu haben als Normalgewichtige. In dieser Studie kam ebenfalls der PSDQ zum Einsatz.

Weitere Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich Personen mit Adipositas, Personen mit Übergewicht und Normalgewichtige mit geplanter Gewichtsreduktion und Normalgewichtige ohne angestrebter Gewichtsreduktion hinsichtlich der Faktoren allgemeine Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität nicht signifikant voneinander unterscheiden. Diese Ergebnisse könnten daraus resultieren, dass ein Großteil der StudienteilnehmerInnen über das Abnehmprogramm KiloCoach™ rekrutiert wurden und somit eventuell bestrebter sind, mehr sportlich aktiv zu sein beziehungsweise sich von ihrem Vorhaben Sport zu treiben, weniger von anderen unerwarteten Situationen ablenken lassen. Ratsam wäre ein Vergleich zwischen Personen, die an einem Abnehmprogramm teilnehmen und solchen, die keinen Gewichtsverlust anstreben. Byrne et al. (2012) betonen, dass die Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Gewichtsabnahme eine wichtige Rolle spielt.
Zu beachten ist, dass die KiloCoach™-TeilnehmerInnen unterschiedlich lange Mitgliedschaften bei KiloCoach™ aufwiesen, teilweise bereits mehr als ein Jahr. Der Vergleich bezüglich Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur körperlichen Aktivität zwischen Personen mit unterschiedlich langer Mitgliedschaft ergab keine signifikanten Unterschiede. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die oben dargestellten Ergebnisse kaum dadurch beeinflusst werden. Tendenziell zeigten sich höhere Werte bei den Subskalen Ausdauer und physischer Selbstwert bei Personen, die seit mindestens 6 Monaten Mitglied bei KiloCoach™ waren – unabhängig von der BMI-Gruppe. Bei der Subskala Körperfett zeigte sich ein tendenziell höherer Wert für Person mit mindestens 1-jähriger Mitgliedschaft. Bei der Subskala körperliche Erscheinung zeigte sich nach 1-2 Monaten Mitgliedschaft

ein Tiefpunkt. Zur Frage der Veränderung von Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur körperlichen Aktivität im Laufe der Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm wäre eine Längsschnittstudie interessant.

Im zweiten Ergebnisteil wurde näher auf die Auswirkungen des Selbstkonzepts und der Selbstwirksamkeit auf die erzielte Gewichtsreduktion eingegangen. Bezüglich des physischen Selbstkonzepts konnte festgestellt werden, dass keiner der Faktoren einen Prädiktor für die Gewichtsreduktion darstellt. Es ist zu betonen, dass lediglich 17 Personen zur Prüfung dieser Hypothese berücksichtigt werden konnten und dieses Ergebnis an größeren Stichproben überprüft werden sollte.

Die Selbstwirksamkeit ist ein Prädiktor für Gewichtsreduktion. Dieser Zusammenhang ist von mittlerer Stärke. Zahlreiche Studien haben dieses Phänomen untersucht und kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Höhe der Selbstwirksamkeit eine Auswirkung auf die Gewichtsreduktion hat. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit nehmen mehr ab (s. z.B. Bas & Donmenz, 2009; Haack, 2009 etc.). Byrne et al. (2012) betonen, dass Selbstwirksamkeitsübungen im Rahmen der Gewichtsreduktion eine wesentliche Rolle spielen. Somit wäre es ratsam, derartige Übungen in Abnehmprogrammen mit einzubauen.

Auch die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität hat einen Einfluss auf die Gewichtsreduktion, ebenfalls von mittlerer Stärke (r=0.479). Dieser Bereich ist in der wissenschaftlichen Forschung kaum untersucht, doch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass anscheinend nicht nur die Selbstwirksamkeit von Personen mit Gewichtsproblemen gesteigert werden sollte, sondern auch die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität. Schlicht & Brand (2007) merken an, dass sportliche und körperliche Aktivität zur Gewichtsabnahme beitragen und Haack (2009) betont die Wichtigkeit der Selbstwirksamkeit in diesem Zusammenhang. Weist eine Person eine hohe Selbstwirksamkeit auf, so wird sie das Ziel der Gewichtsabnahme intensiver verfolgen und gewillt sein, dieses zu erreichen als Personen mit niedriger

Selbstwirksamkeit. Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität und Gewichtsabnahme zeigen auf, dass Personen mit höherer Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität mehr Gewicht verlieren. Diese Personen halten an ihren sportbezogenen Plänen fest und lassen sich nicht von unerwarteten Gegebenheiten ablenken. Zu beachten ist dennoch, dass lediglich 17 Personen zur Überprüfung dieser Hypothesen herangezogen werden konnten. Nachfolgende Studien sollten hierbei mehr Personen berücksichtigen um aussagekräftigere Ergebnisse erzielen zu können.

Die Berechnung der Non-Responder Analysen zeigen, dass es keine wesentlichen Unterschiede bezüglich Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität zwischen Personen, die zu beiden Testzeitpunkten an der Studie teilnahmen und Personen, die nur zu Testzeitpunkt 1 aktiv mitwirkten, gab. Somit erscheinen die Ergebnisse nicht durch die Tatsache verzerrt, dass zum zweiten Zeitpunkt nur mehr Personen mit besserem Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit teilgenommen haben. Die Drop-out Rate von 36.88% ist durchaus vergleichbar mit jener anderer Studien. Sie zeigt jedoch die Schwierigkeit derartiger Studien auf.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Personen mit unterschiedlichen BMI-Gruppen in einigen Bereichen des physischen Selbstkonzepts voneinander unterscheiden. Zumeist schätzen sich Personen, die sich in einer höheren BMI-Gruppe befinden, hinsichtlich dieser Bereiche schlechter ein, als jene, die in einer niedrigeren BMI-Gruppe sind. Auch zwischen Normalgewichtigen, die keine Gewichtsabnahme planen, und jenen, die abnehmen möchten, existieren Unterschiede hinsichtlich einiger Bereiche des physischen Selbstkonzepts.
In diesem Zusammenhang wäre es von Bedeutung der Diskriminierung von Personen mit Übergewicht und Adipositas in vielen gesellschaftlichen Bereichen entgegenzuwirken. Ebenso sollte dieser Personengruppe die Möglichkeit geboten werden, diesen Teufelskreis bezüglich des Vermeidens

sportlicher Aktivitäten aus Scham und Furcht vor Verspottung, durchbrechen zu können. Die positive Folge wäre die Vermeidung einer Verringerung des physischen Selbstkonzepts.

Ebenfalls können die allgemeine Selbstwirksamkeit und die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität hervorgehoben werden, da diese einen Einfluss auf die Gewichtsreduktion haben können. Daher sind Übungen, die die Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität steigern, bedeutsam und sollten in Gewichtsreduktionsprogrammen Einsatz finden.

11. Kritik

Bei der Betrachtung der vorliegenden Arbeit fallen der Autorin vier wesentliche Kritikpunkte auf, die näher diskutiert werden sollten.

Zunächst ist auf die hohe Drop-out-Rate zu verweisen. Während zum ersten Testzeitpunkt 141 Personen über KiloCoach™ rekrutiert werden konnten, waren es zum zweiten Testzeitpunkt lediglich 89, was einer Drop-out-Quote von 36,88% entspricht. Es wurde versucht, die StudienteilnehmerInnen zur zweimaligen Teilnahme durch ein einmonatiges kostenloses KiloCoach™-Abonnement zu animieren. Insbesondere gab es keine Personen, die das Gewichtsreduktionsprogamm abbrachen, und dennoch bereit waren, den Fragebogen zum zweiten Zeitpunkt zu beantworten. Dadurch waren nicht alle Hypothesen prüfbar. Bortz und Döring (2006) merken ebenfalls an, dass bei Langzeitstudien viele ProbandInnen am letzten Testzeitpunkt nicht teilnehmen. Somit ist dies zwar ein erwähnenswerter Kritikpunkt, der aber schwierig zu kontrollieren ist

Eine weitere Schwierigkeit stellt der Geschlechtervergleich dar. Dieser konnte in der folgenden Studie nicht berücksichtigt werden, da weitaus mehr Studienteilnehmerinnen zu verzeichnen waren als Studienteilnehmer. Es wäre interessant gewesen, auch den Geschlechtsunterschied innerhalb der verschiedenen BMI-Gruppen zu erfassen, dies war aber aufgrund der niedrigen Männerquote nicht möglich. In zukünftigen Studien könnte von Beginn an, sofern der Geschlechtervergleich berücksichtigt werden soll, auf eine ungefähre Gleichverteilung der Geschlechter geachtet werden.

Weiters ist auf den relativ kurzen Abstand zwischen dem ersten und dem zweiten Testzeitpunkt zu verweisen. Dieser betrug lediglich drei Monate. Es besteht die Möglichkeit, dass eine längere Zeitspanne zu konkreteren Ergebnissen führen könnte.

Letztlich ist in diesem Kapitel abermals auf die Problematik zu verweisen, dass auch Personen teilnahmen, die zum ersten Testzeitpunkt bereits über längere Zeit am Gewichtsreduktionsprogramm teilgenommen hatten. Die Stichprobe von Personen, die zum ersten Testzeitpunkt mit dem Gewichtsreduktionsprogramm erst begann, war hingegen nur sehr klein, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden drei psychologische Komponenten – physisches Selbstkonzept, allgemeine Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität – und deren Zusammenhang mit Gewicht und Gewichtsreduktion untersucht. In bisherigen wissenschaftlichen Studien wurden diese und ähnliche Faktoren hauptsächlich im Kindes- und Jugendalter erforscht. Bezüglich der Erwachsenenpopulation existieren nur wenige Studien, die jedoch darauf hinweisen, dass Personen mit höheren BMI-Werten eine niedrigere Selbstwirksamkeit und ein schlechteres Selbstkonzept aufweisen als jene mit niedrigeren BMI-Werten.

StudienteilnehmerInnen waren 62 Personen mit Adipositas, 56 ProbandInnen mit Übergewicht und 23 TeilnehmerInnen mit Normalgewicht, die eine Gewichtsreduktion anstrebten. Sie wurden über das Online-Programm KiloCoach™ rekrutiert. Normalgewichtige, die keine Gewichtsreduktion planten, wurden über E-Mail rekrutiert. Dies waren 26 Personen. Die KiloCoach™-TeilnehmerInnen füllten die Fragebögen zwei Mal im Abstand von drei Monaten aus. Die Drop-out Quote betrug 33,88 Prozent. Normalgewichtige, die nicht abnehmen wollten, bearbeiteten den Fragebogen nur einmal. Neben demografischen Daten kamen drei Fragebögen zum Einsatz. Der Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ) erhebt anhand von 11 Skalen das physische Selbstkonzept. Die Selbstwirksamkeitsskala zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala) erfasst die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität und die Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU) untersucht die allgemeine Selbstwirksamkeit anhand von drei Items.

Die Ergebnisse hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts verdeutlichen, dass sich die einzelnen BMI-Gruppen hinsichtlich einiger Skalen des PSDQ (Ausdauer, Beweglichkeit, allgemeine Sportlichkeit und Körperfett) signifikant voneinander unterscheiden und zwar in der Hinsicht, dass sich Personen in der höheren BMI-Gruppe hinsichtlich der untersuchten Skala schlechter einschätzen als diejenigen der niedrigeren BMI-Gruppe. Allgemeine Selbstwirksamkeit und die Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität spielen eine Rolle im Abnehmprozess und diese Komponenten gilt es zu stärken.

Ebenso sollte der Diskriminierung von Personen mit Übergewicht entgegengewirkt werden, um ihr Selbstkonzept zu erhöhen.

Summary

In the present work three psychological components were studied – physical self-concept, general self-efficacy and self-efficacy for physical activity – as well as their impact on weight loss. The existing scientific studies recognized such and similar factors mainly in childhood and adolescence. There are only a few studies about the adult population, that deal with this topic.

The study participants, who were persons with obesity (n=62), persons with overweight (n=56) and persons with normal weight who strived for a weight reduction (n=23), were recruited through KiloCoach™. Furthermore, normal weighted persons (n=26) who planned no weight loss were interviewed by e-mail. The KiloCoach™-participants completed the questionnaires twice with an interval of three months. The dropout rate was 36,88%. The persons recruited via e-mail took part in the study only once. In addition to demographic data, three questionnaires were used. The Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ) the physical self-concept charges based on 11 scales. The self-efficacy scale for physical activity (SSA-scale) measures the self-efficacy for physical activity and the General Self-Efficacy Short Scale (ASKU) examines the general self-efficacy on the basis of three items.

The results in terms of the physical self-concept indicate, that the individual BMI groups significantly differ from each other in some scales of the PSDQ (endurance, mobility, sportiness and body fat), in the sense that people with higher BMI group assess themselves worse than those with lower BMI group. The General Self-efficacy and self-efficacy for physical activity also play a role in the weight loss process and these components need to be strengthened. Furthermore, it should be worked against the discrimination of overweight and obesity.

Literaturverzeichnis

Annesi, J. J. (2007). Relations of changes in physical self appraisal and perceived energy with weight changes in obese women beginning a supported exercise and nutrition information program. *Social Behavior & Personality*, *35*, 1295-1300.

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

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

Bandura, A. (2000). Self-efficacy. In A. E. Kazdin (Hrsg.), *Encyclopedia of psychology* (S. 212-213). New York: Oxford University Press.

Bas, M. & Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, *52*, 209-216.

Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2012). Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen: Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala: Zugriff am 27.08.2012 http://www.gesis.org/uploads/media/ASKU_Workingpaper.pdf

Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C. M., Sharma, A. M. & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health.* Zugriff am 20.08.2012 http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-200.pdf

Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2006). *Biologische Psychologie* (6., neu bearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bischoff, S. C. & Betz, C. (2010). Übergewicht im Erwachsenenalter. In H. K. Biesalski, S. C. Bischoff & C. Puchstein (Hrsg.), *Ernährungsmedizin: Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer* (4., neu bearbeitete Aufl.). (S. 405-430). Stuttgart: Thieme.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., neu bearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bürklein, M. (2006). Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmodelle. In L. Vogt & A. Neumann (Hrsg.), *Sport in der Prävention: Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer, Physiotherapeuten und Trainer*. (S. 5-32). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Butcher, J. N., Mineka, S. & Hooley, J. M. (Hrsg.). (2009). *Klinische Psychologie* (13., neu bearbeitete Aufl.). München: Pearson.

Byrne, S., Barry, D. & Petry, N. M. (2012). Predictors of weight loss success: Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appetite, 58*, 695-698.

Calle, E. E., Thun, M. J., Petrelli, J. M., Rodriguez, C. & Heath, C. W. (1999). Body-Mass Index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, *341*, 1097-1105.

Canetti, L., Bachar, E. & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, *60*, 157-164.

Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A. & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 739 - 744.

Cuntz, U. & Hillert, A. (2003). *Essstörungen. Ursachen, Symptome, Therapien* (3., neu bearbeitete Aufl.). München: Beck.

Deutsches Ernährungsberatungs- und –informationsnetz. Untergewicht - Allgemeine Information. Zugruff am 16.08.2012 http://www.ernaehrung.de/tipps/untergewicht/unter10.php

Dingens, E. & Worm, H. L. (Hrsg.). (2003). *Übergewichtige Kinder: Ursachen und Folgen – Prävention und Behandlung.* Horneburg: Persen.

Eckhardt-Henn, A., Heuft, G., Hochapfel, G. & Hoffmann, S. O. (Hrsg.). (2009). *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin: Mit einer Einführung in die*

Psychodiagnostik und Psychotherapie (8., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Faller, H. (2010). Förderung und Erhaltung von Gesundheit: Prävention. In H. Faller & L. Lang (Hrsg.). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (3., neu bearbeitete Aufl.). (S. 310-337). Berlin: Springer.

Fontaine, K. R. & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews, 2*, 173-182.

Fox, K. R. (1998). Advances in the measurement of the physical self. In J. L. Duda (Hrsg.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (S. 295-310). West Virginia: Fitness Information Technology.

Fox, K. R. (2000). The effects of exercise on self-perception and self-esteem. In S. J. H. Biddle, K. R. Fox & S. H. Boutcher (Hrsg.), *Physical activity and psychological well-being* (S. 88-117). London: Routledge.

Fox, K. R. & Hillsdon, M. (2007). Physical activity and obesity. *Obesity Reviews,* 8, 115-121.

French, S. A., Story, M. & Perry, C. L. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescents: A literature review. *Obesity Research, 3,* 479-490.

Friedmann, M. A. & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin, 117*, 3-20.

Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Messinstruments. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 15,* 141-154.

Graf, C., Dordel, S. & Koch, B. (2010). Sport und Bewegung in der Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In K. M. Braumann & N. Stiller (Hrsg.), *Bewegungstherapie bei internistischen Erkrankungen* (S. 77-88). Berlin: Springer.

Griffiths, L. J., Parsons, T. J. & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity, 5*, 282-304.

Haack, F. (2009). *Sportangst und Sportmotivation bei Übergewicht und Adipositas.* Berlin: Logos.

Haaga, D. A. & Stewart, B. L. (1992). Self-efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 24-28.

Hakemulder, J. (2000). *The moral laboratory. Experiments examining the effects of reading literature on social perception and moral self-concept.* Amsterdam: John Benjamin.

Hannover, B. (1997). *Das dynamische Selbst: Die Kontextabhängigkeit selbstbezogenen Wissens.* Bern: Huber.

Hauner, H. & Berg, A. (2000). Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt, 97*, 768-774.

Hauner, D. & Hauner, H. (2001). *Wirksame Hilfe bei Adipositas.* Stuttgart: Trias.

Hebebrand, J. & Hinney, A. (2000). Zur Erblichkeit der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung, 9*, 78-83.

Huber, G. (2012). Gesundheitspsychologische Ansätze. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie: Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (3., neu bearbeitete Aufl.). (S. 110-121). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Israel, A. C. & Ivanova, M. Y. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, *31*, 424-429.

Johnson, C. (2002). Obesity, weight management, and self-esteem. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Hrsg.), *Handbook of obesity treatment* (S. 480-493). New York: Guilford Press.

Jüntgen, L., Freund, A. P., Tietjens, M. & Holling, H. (2009). Unterschiede im physischen Selbstkonzept bei normalgewichtigen und adipösen Personen: Eine Analyse mit dem Physical Self Description Questionnaire von Marsh. *Zeitschrift für Sportpsychologie, 16,* 140-150.

KiloCoach™ (2013): Ihre Abo-Vorteile: Zugriff am 26.03.2013 https://kilocoach.com/at-de/CMS/ContentLanding.aspx?id=9830455078666226

KiloCoach™ (2013): Impressum: Zugriff am 26.03.2013 http://kilocoach.com/at-de/CMS/ContentLanding.aspx?id=200450199771661283095809

KiloCoach™ (2013): So funktioniert KiloCoach™. Mit wenigen Schritten zum Ernährungsprotokoll: Zugriff am 26.03.2013 http://kilocoach.com/at-de/CMS/ContentLanding.aspx?id=3559672526791850743990

Klesges, R. C., Klem, M. L., Hanson, C. L., Eck, L. H., Ernst, J., O'Laughlin, D. et al. (1990). The effects of applicant's health status and qualifications on simulated hiring decisions. *International Journal of Obesity, 14*, 527–535.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation: Zugriff am 14.08.2012 http://www.statistik.at/web_en/static/oesterreichische_gesundheitsbefragung_2006_2007_bericht_029865.pdf

Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J. & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125*, 470-500.

Koglin, U., Witthöft, J. & Petermann, F. (2009). Gewalthaltige Computerspiele und aggressives Verhalten im Jugendalter. *Psychologische Rundschau, 60*, 163-172.

Koopmans, H. S. (2004). Experimental studies on the control of food intake. In G. A. Bray & C. Bouchard (Hrsg.), *Handbook of obesity: Etiology and pathophysiology* (2., neu bearbeitete Aufl.). (S. 373–426). New York: Dekker.

Krawinkel, M. (2010). Untergewicht und Hungerstoffwechsel. In H. K. Biesalski, S. C. Bischoff & C. Puchstein (Hrsg.), *Ernährungsmedizin: Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer* (4., neu bearbeitete Aufl.). (S. 438-449). Stuttgart: Thieme.

Lang, T., Hauser, R., Schlumpf, R., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2000). Psychische Komorbidität und Lebensqualität von Patienten mit morbider Adipositas und Wunsch nach Gastric banding. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 130,* 739-748.

Lapidus, L., Bengtsson, C. & Lissner, L. (1990). Distribution of adipose tissue in relation to cardiovascular and total mortality as observed during 20 years in a prospective population study of women in Gothenburg, Sweden. *Diabetes Research and Clinical Practice, 10*, 185–189.

Lawrenz, A. & Lawrenz, W. (2005). Bedeutung von Bewegung und Sport beim adipösen Kind. In M. Wabitsch, J. Hebebrand, W. Kiess & K. Zwiauer (Hrsg.), *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Klinik* (S. 315-320). Berlin: Springer.

Lefcourt, H. M. (1982). *Locus of control: Current Trends in Theory and Research* (2., neu bearbeitete Aufl.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Lehrke, S., Hubel, R. & Laessle, R. G. (2005). Essverhalten und psychosoziale Belastung von Personen mit hoher und niedriger wahrgenommener Diäthäufigkeit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13,* 21-28.

Lehrke, S., Koch, N., Hubel, R. & Laessle, R. G. (2005). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei übergewichtigen Kindern: Eine Vergleichsstudie mit Gruppen normalgewichtiger, gesunder und chronisch kranker Kinder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13,* 111-117.

Lengerke, T. & Stehr, M. D. (2011). Sind adipöse Erwachsene in ihrer psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschränkt?. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie, 5,* 30-36.

Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews, 5,* 4-85.

Lohaus, A., Vierhaus, M. & Maass, A. (Hrsg.). (2010). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters.* Berlin: Springer.

MacLean, L., Edwards, N., Garrard, M., Sims-Jones, N., Clinton, K. & Ashley, L. (2009). Obesity, stigma and public health planning. *Health Promot Int., 24,* 88-93.

Malina, R. M., Bouchard, C. & Bar-Or, O. (Hrsg.). (2004). *Growth, maturation, and physical activity* (2., neu bearbeitete Aufl.). Illinois: Human Kinetics.

Maringgele, M. (2008). Therapieprogramme und Betreuungsstrukturen für übergewichtige / adipose Erwachsene in Österreich mit besonderer Berücksichtigung der Bewegungstherapie, *Österreichische Adipositasgesellschaft:* Zugriff am 09.10.2013 http://www.adipositas-austria.org/therapieangebote.html

Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, *38*, 299-337.

Marsh, H. W. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychological Review*, *2*, 77-172.

Marsh, H. W. (1996). Construct validity of Physical Self-Description Questionnaire responses: Relations to external criteria. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *18*, 111-131.

Marsh, H. W. (1997). The measurement of physical self-concept: A construct validation approach. In K. R. Fox (Hrsg.), *The physical self: From motivation to well-being* (S. 27-58). Illinois: Human Kinetics.

Marsh, H. W. & Ayotte, V. 2003. Do multiple dimensions of self-concept become more differentiated with age?. *Journal of Educational Psychology, 95*, 687-706.

Marsh, H. W. & Redmayne, R. S. (1994). A multidimensional physical self-concept and its relations to multiple components of physical fitness. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *16*, 43-55.

Marsh, H. W. Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *16*, 270-305.

Meermann, R. & Borgart, E. J. (2006). *Essstörungen: Anorexie und Bulimie: Ein kognitiver verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer.

Mendelson, B. K. & White, D. R. (1985). Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology, 21*, 90-96.

Mensink, G. B. M., Lampert, T. & Bergmann, E. (2005). Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003: Zugriff am 20.08.2012 http://edoc.rki.de/oa/articles/reqD4ehREXg/PDF/23ombEXwUdW36.pdf

Miller, C. T. & Downey, K. T. (1999). A meta-analysis of heavyweight and self-esteem. *Personality and Social Psychology Review*, *3*, 68-84.

Müller, M. J., Westenhöfer, J., Bosy-Westphal, A., Löser, C. & Selberg, O. (2007). Ernährungsmedizinische Untersuchungen. In M. J. Müller (Hrsg.), *Ernährungsmedizinische Praxis: Diagnostik, Prävention, Behandlung* (S. 1-195). Heidelberg: Springer.

Mummendey, H. D. (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung* (2., neu bearbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des „Selbst": Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung.* Göttingen: Hogrefe.

Munsch, S., Biedert, E., Roth, B., Speck, V. & Roth, S. (2005). Ambulante Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *33*, 89-103.

National Source of Health and Social Care Information (2009). Statistics on obesity, physical activity, and diet: England, February 2009: Zugriff am 20.08.2012 http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/opan09/OPAD%20Feb%202009%20final.pdf

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K. & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity in the United States, 2009-2010: Zugriff am 14.08.2012 http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf

Petermann, F. & Pudel, V. (Hrsg.). (2003). *Übergewicht und Adipositas.* Göttingen: Hogrefe.

Pinel, P. J. & Pauli, P. (Hrsg.). (2007). *Biopsychologie* (6., neu bearbeitete Aufl.). München: Pearson.

Platen, P. (2008). Die Behandlung der Adipositas – Sport und körperliche Aktivität. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 334-339). Heidelberg: Springer.

Rammsayer, T. & Weber, H. (2010). *Differnetielle Psychologie – Persönlichkeitsttheorien*. Göttingen: Hogrefe.

Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Dorner, T. & Kunze, M. (2006). *Erster österreichischer Adipositasbericht 2006: Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene.* Wien: Altern mit Zukunft.

Reich, G. & Cierpka, M. (2010). Essstörungen und Adipositas: Epiedmiologie – Diagnostik – Verläufe – Grundzüge der Therapie. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (3., neu bearbeitete Aufl.). (S. 27-62). Stuttgart: Thieme.

Rothe, I. (2009). *Adipositas von Kindern und Jugendlichen: Einfluss des sozioökonomischen Wandels in der Gesellschaft auf das Gesundheitsverhalten*. Hamburg: Diplomica.

Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist, 45*, 489-493.

Sader, M. & Weber, H. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit.* Weinheim: Juventa.

Saelens, B. E. & Liu, L. (2007). Clinician's comment on treatment of childhood overweight meta-analysis. *Health Psychology*, *26*, 533-536.

Sarwer, D. B., Thompson, J. K. & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics of North America, 28*, 69-87.

Schachinger, H. E. (2005). *Das Selbst, die Selbsterkenntnis und das Gefühl für den eigenen Wert – Einführung und Überblick* (2., neu bearbeitete Aufl.). Basel: Hans Huber.

Schlicht, W. & Brand, R. (2007). *Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit: Eine interdisziplinäre Einführung.* Weinheim: Juventa.

Schwanzer, A. (2002). Entwicklung und Validierung eines deutschsprachigen Instruments zur Erfassung des Selbstkonzepts junger Erwachsener: Zugriff am 27.08.2012 http://library.mpib-berlin.mpg.de/dl/Materialien/Materialien_074/pdf/Materialien_Bildungsforschung_MPIB_074.pdf

Schwartz, M.B., & Brownell, K.D. (2007). Actions necessary to prevent childhood obesity: creating the climate for change. *Journal of Law, Medicine & Ethics, 35,* 78-89.

Schwarzer, R. (Hrsg.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action.* Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (S. 28-53). Weinheim: Beltz.

Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research, 46,* 407- 441.

Silverthorn, D. U. (2009). *Physiologie* (4., neu bearbeitete Aufl.). München: Pearson.

Statistik Austria (2010). Body Mass Index (BMI): Zugriff am 16.08.2012 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html

Stiller, J. & Alfermann, D. (2005). Selbstkonzept im Sport. *Zeitschrift für Sportpsychologie, 12*, 119-126.

Stiller, J. & Alfermann, D. (2007). Die deutsche Übersetzung des Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ): Psychometrische Kennwerte und Befunde zur Reliabilität und Validität für die Altersgruppe Jugendliche und junge Erwachsene. *Zeitschrift für Sportpsychologie, 14,* 149-161.

Stiller, J., Würth, S. & Alfermann, D. (2004). Die Messung des physischen Selbstkonzepts (PSK) - Zur Entwicklung der PSK-Skalen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 25,* 238-259.

Stunkard, A. J., Harris, J. R., Pedersen, N. L. & McClearn, G. E. (1990). The body-mass index of twins who have been reared apart. *New England Journal of Medicine, 322,* 1483-1487.

Stunkard, A. J., Sorensen, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J. et al. (1986). An adoption study of human obesity. *New England Journal of Medicine, 314*, 193-198.

Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., Marmarosh, C., Morgan, C. M. & Yanovski, J. A. (2004). Eating-Disordered behaviors, body fat, and

psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 53-61.

Tiedjen, U., Petermann, F., Sievers, K. & Stachow, R. (2000). Langfristige Effekte der Adipositastherapie in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung, 9*, 94-101.

Trautwein, U. (2003). *Schule und Selbstwert*. Münster: Waxmann.

Tuschen-Caffier, B. (2005). Essstörungen und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, *14*, 201-208.

Valentine, J. C., DuBois, D. L. & Cooper, H. (2004). The relation between self-beliefs and academic achievement: A meta-analytic review. *Educational Psychology, 39*, 111-133.

Warschburger, P., Fromme, C. & Petermann, F. (2004). Gewichtsbezogene Lebensqualität bei Schulkindern: Validität des GW-LQ-KJ. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 12*, 159-166.

Warschburger, P. & Kröller, K. (2005). Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Was sind Risikofaktoren für die Entstehung einer Binge Eating Disorder?. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13*, 69-78.

Warschburger, P. & Petermann, F. (2008). Adipositas. Göttingen: Hogrefe.

Whitaker, R. C., Pepe, M. S., Wright, J. A., Seidel, K. D. & Dietz, W. H. (1998). Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. *Pediatrics*, *101*, 1-6.

Wirth, A. (2003). *Adipositas-Fibel* (2., neu bearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Genf: Author.

World Health Organization (2012). Child growth standards: BMI for age: Zugriff am 16.08.2012 http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/index.html

Zwiauer, K. (2003). Adipositas im Kindes- und Jugendalter – Prävention und Therapie. In Wechsler, G.J. (Hrsg.), *Adipositas: Ursachen und Therapie* (2., neu bearbeitete Aufl.). (S. 213-228). Berlin: Blackwell.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Deutschsprachige Übersetzung des Selbstkonzeptmodells (nach Markus und Wurf, 1987)……. …….27

Abbildung 2 Deutschsprachige Übersetzung des Selbstkonzeptmodells (nach Shavelson et al., 1976)……..……...28

Abbildung 3 Balkendiagramm der Geschlechterverteilung in den 4 Gruppen zu Testzeitpunkt 1…….……57

Abbildung 4 Balkendiagramm der Geschlechterverteilung in den 3 Gruppen zu Testzeitpunkt 2…….……60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Formel und Beispiel für die Berechnung des BMI……7

Tabelle 2 BMI-Klassifikationen und dazugehörige Klassifikationsbereiche…8

Tabelle 3 4 Abstufungen der Adipositas……..……...11

Tabelle 4 Verteilung des BMI in der österreichischen Bevölkerung…..……12

Tabelle 5 Untersuchungsdesign…..……50

Tabelle 6 Skalen und Beispielitems des PSDQ……..……..54

Tabelle 7 Anzahl der teilnehmenden Personen, Geschlechterverteilung und Gruppierungen zu Testzeitpunkt 1……...……..57

Tabelle 8 Anzahl der teilnehmenden Personen, Geschlechterverteilung und Gruppierungen zu Testzeitpunkt 2……...……..59

Tabelle 9 Signifikante Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Adipositas und Übergewicht……..……...…….65

Tabelle 10 Deskriptivstatistik der signifikanten Ergebnisse der Linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Adipositas und Übergewicht …...……..66

Tabelle 11 Signifikante Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede in der Subskala Körperfett zwischen Personen mit Übergewicht und Normalgewichtigen mit geplanter Gewichtsreduktion……....67

Tabelle 12 Deskriptivstatistik der signifikanten Ergebnisse der Linearen Kontraste - Unterschiede in der Subskala Körperfett zwischen

Personen mit Übergewicht und Normalgewichtigen mit geplanter Gewichtsreduktion ……..……..……..67

Tabelle 13 Signifikante Ergebnisse der Linearen Kontraste – Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion……..……..68

Tabelle 14 Deskriptivstatistik der signifikanten Ergebnisse der Linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion...69

Tabelle 15 Kruskall-Wallis-Test - Allgemeine Selbstwirksamkeit in den 4 Gruppen……..……...70

Tabelle 16 ANOVA - Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität in den 4 Gruppen……..……...71

Tabelle 17 Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Gewichtsabnahme……..……73

Tabelle 18 Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität und Gewichtsabnahme……..……..73

Tabelle 19 Unterschied zwischen Completern und Non-Completern bzgl. der Selbstwirksamkeit……..……75

Tabelle 20 Unterschied zwischen Completern und Non-Completern bzgl. der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität……..……75

Tabelle A21 Lineare Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen verschiedenen BMI-Gruppen……..……115

Tabelle A22 Deskriptivstatistik der Ergebnisse der Linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Adipositas und Übergewicht…..……....116

Tabelle A23 Deskriptivstatistik der Ergebnisse der Linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Übergewicht und Normalgewicht mit geplanter Gewichtsreduktion…..……....117

Tabelle A24 Deskriptivstatistik der Ergebnisse der Linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion……..118

Tabelle A25 MANOVA: Unterschiede hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts zwischen den BMI-Gruppen……..119

Tabelle A26 Deskriptivstatistik der MANOVA-Ergebnisse - Unterschiede hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts zwischen den BMI-Gruppen ……121

Tabelle A27 Zusammenhang zwischen physischem Selbstkonzept und Gewichtsreduktion (Spearman-Korrelation)……..…….123

Tabelle A28 Zusammenhang zwischen physischem Selbstkonzept und Gewichtsreduktion (Pearson-Korrelation)……..…….124

Tabelle A29 MANOVA - Unterschiede zwischen Completern und Non-Completern bzgl. des physischen Selbstkonzepts……125

Tabelle A30 Deskriptivstatistik der Unterschiede zwischen Completern und Non-Completern bzgl. des physischen Selbstkonzepts...127

ANHANG

WEITERFÜHENDE ERGEBNISDARSTELLUNGEN

Tabelle A21

Lineare Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen verschiedenen BMI-Gruppen

* KC = KiloCoach, NG = Normalgewicht, ÜG = Übergewicht

Hypothesen-Gruppe Differenzkontrast			Abhängige Variable										
			Kraft (PSDQ)	Ausdauer (PSDQ)	Beweglichkeit (PSDQ)	Koordination (PSDQ)	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	Körperliche Aktivität (PSDQ)	Gesundheit (PSDQ)	Körperfett (PSDQ)	Physischer Selbstwert (PSDQ)	Globaler Selbstwert (PSDQ)
KC Adipositas vs. KC ÜG	Kontrastschätzer		.137	.789	.549	.327	.605	-.077	.695	-.059	.643	.297	-.107
	Hypothesenwert		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Differenz (Schätzung - Hypothesen)		.137	.789	.549	.327	.605	-.077	.695	-.059	.643	.297	-.107
	Standardfehler		.163	.225	.159	.129	.185	.149	.253	.161	.135	.184	.123
	Sig.		.400	.001	.001	.012	.001	.607	.007	.716	.000	.108	.387
	95% Konfidenzintervall für die Differenz	Untergrenze	-.184	.345	.236	.072	.239	-.372	.196	-.377	.377	-.066	-.350
		Obergrenze	.459	1.233	.862	.582	.971	.218	1.194	.259	.909	.660	.136
KC ÜG vs. KC NG	Kontrastschätzer		-.270	.275	-.363	-.137	-.149	.421	-.119	-.369	1.533	.671	.186
	Hypothesenwert		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Differenz (Schätzung - Hypothesen)		-.270	.275	-.363	-.137	-.149	.421	-.119	-.369	1.533	.671	.186
	Standardfehler		.219	.302	.213	.174	.249	.200	.339	.216	.181	.247	.165
	Sig.		.220	.364	.091	.432	.550	.037	.726	.090	.000	.007	.263
	95% Konfidenzintervall für die Differenz	Untergrenze	-.702	-.321	-.783	-.480	-.641	.026	-.790	-.796	1.176	.183	-.141
		Obergrenze	.162	.871	.058	.206	.342	.817	.551	.058	1.890	1.158	.512
KC NG vs. NG	Kontrastschätzer		.326	-.232	.932	.251	.305	.309	-.277	.233	.829	.601	.017
	Hypothesenwert		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Differenz (Schätzung - Hypothesen)		.326	-.232	.932	.251	.305	.309	-.277	.233	.829	.601	.017
	Standardfehler		.253	.349	.246	.201	.288	.232	.392	.250	.209	.285	.191
	Sig.		.200	.507	.000	.214	.290	.184	.482	.354	.000	.037	.930
	95% Konfidenzintervall für die Differenz	Untergrenze	-.174	-.922	.446	-.146	-.263	-.148	-1.051	-.261	.416	.037	-.360
		Obergrenze	.825	.457	1.418	.647	.874	.767	-.498	.726	1.242	1.164	.394

Tabelle A22

Deskriptivstatistik der Ergebnisse der linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Adipositas und Übergewicht

	BMI-Gruppe	*MW*	*SD*	*N*
Kraft	Übergewicht	4.2262	.80618	56
(PSDQ)	Adipositas	4.0887	.96652	62
	Gesamt	4.1540	.89293	118
Ausdauer	Übergewicht	3.6815	1.23798	56
(PSDQ)	Adipositas	2.8925	1.18510	62
	Gesamt	3.2669	1.26857	118
Beweglichkeit	Übergewicht	4.3988	.91766	56
(PSDQ)	Adipositas	3.8495	.87555	62
	Gesamt	4.1102	.93350	118
Koordination	Übergewicht	4.5208	.65371	56
(PSDQ)	Adipositas	4.1935	.70336	62
	Gesamt	4.3489	.69696	118
Allgemeine Sportlichkeit	Übergewicht	3.6131	.93911	56
(PSDQ)	Adipositas	3.0081	.94350	62
	Gesamt	3.2952	.98527	118
Körperliche Erscheinung	Übergewicht	4.1220	.82602	56
(PSDQ)	Adipositas	4.1989	.88441	62
	Gesamt	4.1624	.85442	118
Körperliche Aktivität	Übergewicht	4.1845	1.25958	56
(PSDQ)	Adipositas	3.4892	1.44033	62
	Gesamt	3.8192	1.39606	118
Gesundheit	Übergewicht	4.8527	.83771	56
(PSDQ	Adipositas	4.9113	.79490	62
	Gesamt	4.8835	.81252	118
Körperfett	Übergewicht	2.2857	.69610	56
(PSDQ)	Adipositas	1.6425	.50213	62
	Gesamt	1.9477	.68066	118
Physischer Selbstwert	Übergewicht	3.4018	1.00392	56
(PSDQ)	Adipositas	3.1048	1.14091	62
	Gesamt	3.2458	1.08379	118
Globaler Selbstwert	Übergewicht	5.0424	.73015	56
(PSDQ)	Adipositas	5.1492	.64965	62
	Gesamt	5.0985	.68813	118

Tabelle A23

Deskriptivstatistik der Ergebnisse der linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Personen mit Übergewicht und Normalgewicht mit geplanter Gewichtsreduktion

	Hypothesen-Gruppe	MW	SD	*N*
Kraft	KiloCoach Normalgewicht	3.9565	1.01032	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	4.2262	.80618	56
	Gesamt	4.1477	.87257	79
Ausdauer	KiloCoach Normalgewicht	3.9565	1.13175	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	3.6815	1.23798	56
	Gesamt	3.7616	1.20737	79
Beweglichkeit	KiloCoach Normalgewicht	4.0362	.86887	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	4.3988	.91766	56
	Gesamt	4.2932	.91334	79
Koordination	KiloCoach Normalgewicht	4.3841	.62449	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	4.5208	.65371	56
	Gesamt	4.4810	.64439	79
Allgemeine Sportlichkeit	KiloCoach Normalgewicht	3.4638	.99868	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	3.6131	.93911	56
	Gesamt	3.5696	.95281	79
Körperliche Erscheinung	KiloCoach Normalgewicht	4.5435	.64787	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	4.1220	.82602	56
	Gesamt	4.2447	.79789	79
Körperliche Aktivität	KiloCoach Normalgewicht	4.0652	1.29269	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	4.1845	1.25958	56
	Gesamt	4.1498	1.26215	79
Gesundheit	KiloCoach Normalgewicht	4.4837	1.08404	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	4.8527	.83771	56
	Gesamt	4.7453	.92452	79
Körperfett	KiloCoach Normalgewicht	3.8188	.97560	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	2.2857	.69610	56
	Gesamt	2.7321	1.04949	79
Physischer Selbstwert	KiloCoach Normalgewicht	4.0725	.78307	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	3.4018	1.00392	56
	Gesamt	3.5970	.98876	79
Globaler Selbstwert	KiloCoach Normalgewicht	5.2283	.52852	23
(PSDQ)	KiloCoach Übergewicht	5.0424	.73015	56
	Gesamt	5.0965	.67965	79

Tabelle A24

Deskriptivstatistik der Ergebnisse der Linearen Kontraste - Unterschiede im physischen Selbstkonzept zwischen Normalgewichtigen mit und ohne geplanter Gewichtsreduktion

	Hypothesen-Gruppe	*MW*	*SD*	*N*
Kraft	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.2821	.69565	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	3.9565	1.01032	23
	Gesamt	4.1293	.86420	49
Ausdauer	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	3.7244	1.33162	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	3.9565	1.13175	23
	Gesamt	3.8333	1.23463	49
Beweglichkeit	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.9679	.66000	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	4.0362	.86887	23
	Gesamt	4.5306	.89084	49
Koordination	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.6346	.84462	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	4.3841	.62449	23
	Gesamt	4.5170	.75250	49
Allgemeine Sportlichkeit	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	3.7692	1.26498	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	3.4638	.99868	23
	Gesamt	3.6259	1.14642	49
Körperliche	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.8526	.70131	26
Erscheinung (PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	4.5435	.64787	23
	Gesamt	4.7075	.68763	49
Körperliche Aktivität	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	3.7885	1.49113	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	4.0652	1.29269	23
	Gesamt	3.9184	1.39407	49
Gesundheit	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.7163	.92571	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	4.4837	1.08404	23
	Gesamt	4.6071	.99935	49
Körperfett	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.6474	.98017	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	3.8188	.97560	23
	Gesamt	4.2585	1.05413	49
Physischer Selbstwert	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.6731	.73557	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	4.0725	.78307	23
	Gesamt	4.3912	.80906	49
Globaler Selbstwert	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	5.2452	.67591	26
(PSDQ)	KiloCoach Normalgewicht	5.2283	.52852	23
	Gesamt	5.2372	..60502	49

Tabelle A25

MANOVA - Unterschiede hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts zwischen den BMI-Gruppen

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	*df*	Mittel der Quadrate	*F*	Sig.	η^2
Korrigiertes	Kraft (PSDQ)	1.871	3	.624	.798	.496	.014
Modell	Ausdauer (PSDQ)	30.085	3	10.028	6.741	.000	.110
	Beweglichkeit (PSDQ)	25.594	3	8.531	11.533	.000	.175
	Koordination (PSDQ)	4.897	3	1.632	3.322	.021	.058
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	15.695	3	5.232	5.176	.002	.087
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	11.626	3	3.875	5.916	.001	.098
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	15.499	3	5.166	2.751	.045	.048
	Gesundheit (PSDQ)	3.405	3	1.135	1.487	.220	.027
	Körperfett (PSDQ)	205.426	3	68.475	128.309	.000	.703
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	52.419	3	17.473	17.597	.000	.245
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	1.005	3	.335	.752	.523	.014
Konstanter	Kraft (PSDQ)	2363.728	1	2363.728	3026.964	.000	.949
Term	Ausdauer (PSDQ)	1752.862	1	1752.862	1178.338	.000	.878
	Beweglichkeit (PSDQ)	2567.562	1	2567.562	3470.951	.000	.955
	Koordination (PSDQ)	2712.604	1	2712.604	5520.375	.000	.971
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	1655.692	1	1655.692	1638.067	.000	.909
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	2707.691	1	2707.691	4133.656	.000	.962
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	2079.790	1	2079.790	1107.290	.000	.872
	Gesundheit (PSDQ)	3102.270	1	3102.270	4064.304	.000	.961
	Körperfett (PSDQ)	1325.180	1	1325.180	2483.123	.000	.938
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	2006.699	1	2006.699	2020.945	.000	.925
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	3683.770	1	3683.770	8266.992	.000	.981
Hypothesen-	Kraft (PSDQ)	1.871	3	.624	. .798	.496	.014
Gruppe	Ausdauer (PSDQ)	30.085	3	10.028	6.741	.000	.110
	Beweglichkeit (PSDQ)	25.594	3	8.531	11.533	.000	.175
	Koordination (PSDQ)	4.897	3	1.632	3.322	. 021	.058
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	15.695	3	5.232	5.176	.002	.087
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	11.626	3	3.875	5.916	.001	.098
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	15.499	3	5.166	2.751	.045	.048
	Gesundheit (PSDQ)	3.405	3	1.135	1.487	.220	.027
	Körperfett (PSDQ)	205.426	3	68.475	128.309	.000	.703
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	52.419	3	17.473	17.597	.000	.245
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	1.005	3	.335	.752	.523	.014

Fortsetzung

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	*df*	Mittel der Quadrate	*F*	Sig.
Fehler	Kraft (PSDQ)	127.285	163	.781		
	Ausdauer (PSDQ)	242.474	163	1.488		
	Beweglichkeit (PSDQ)	120.576	163	.740		
	Koordination (PSDQ)	80.095	163	.491		
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	164.754	163	1.011		
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	106.771	163	.655		
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	306.158	163	1.878		
	Gesundheit (PSDQ)	124.417	163	.763		
	Körperfett (PSDQ)	86.989	163	.534		
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	161.851	163	.993		
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	72.633	163	.446		
Gesamt	Kraft (PSDQ)	3000.750	167			
	Ausdauer (PSDQ)	2240.889	167			
	Beweglichkeit (PSDQ)	3139.278	167			
	Koordination (PSDQ)	3315.472	167			
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	2102.139	167			
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	3238.417	167			
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	2794.833	167			
	Gesundheit (PSDQ)	3979.344	167			
	Körperfett (PSDQ)	1443.806	167			
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	2356.806	167			
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	4484.375	167			
Korrigierte	Kraft (PSDQ)	129.156	166			
Gesamtvariation	Ausdauer (PSDQ)	272.559	166			
	Beweglichkeit (PSDQ)	146.170	166			
	Koordination (PSDQ)	84.992	166			
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	180.449	166			
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	118.397	166			
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	321.657	166			
	Gesundheit (PSDQ)	127.823	166			
	Körperfett (PSDQ)	292.415	166			
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	214.270	166			
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	73.638	166			

Tabelle A26

Deskriptivstatistik der MANOVA-Ergebnisse - Unterschiede hinsichtlich des physischen Selbstkonzepts zwischen den BMI-Gruppen

	Hypothesen-Gruppe	*MW*	*SD*	*N*
Kraft (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.2821	.69565	26
	KiloCoach Normalgewicht	3.9565	1.01032	23
	KiloCoach Übergewicht	4.2262	.80618	56
	KiloCoach Adipositas	4.0887	.96652	62
	Gesamt	4.1467	.88207	167
Ausdauer (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	3.7244	1.33162	26
	KiloCoach Normalgewicht	3.9565	1.13175	23
	KiloCoach Übergewicht	3.6815	1.23798	56
	KiloCoach Adipositas	2.8925	1.18510	62
	Gesamt	3.4331	1.28137	167
Beweglichkeit (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.9679	.66000	26
	KiloCoach Normalgewicht	4.0362	.86887	23
	KiloCoach Übergewicht	4.3988	.91766	56
	KiloCoach Adipositas	3.8495	.87555	62
	Gesamt	4.2335	.93837	167
Koordination (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.6346	.84462	26
	KiloCoach Normalgewicht	4.3841	.62449	23
	KiloCoach Übergewicht	4.5208	.65371	56
	KiloCoach Adipositas	4.1935	.70336	62
	Gesamt	4.3982	.71554	167
Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	3.7692	1.26498	26
	KiloCoach Normalgewicht	3.4638	.99868	23
	KiloCoach Übergewicht	3.6131	.93911	56
	KiloCoach Adipositas	3.0081	.94350	62
	Gesamt	3.3922	1.04261	167
Körperliche Erscheinung (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.8526	.70131	26
	KiloCoach Normalgewicht	4.5435	.64787	23
	KiloCoach Übergewicht	4.1220	.82602	56
	KiloCoach Adipositas	4.1989	.88441	62
	Gesamt	4.3224	.84453	167
Körperliche Aktivität (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	3.7885	1.49113	26
	KiloCoach Normalgewicht	4.0652	1.29269	23
	KiloCoach Übergewicht	4.1845	1.25958	56
	KiloCoach Adipositas	3.4892	1,.44033	62
	Gesamt	3.8483	1.39201	167
Gesundheit (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.7163	.92571	26
	KiloCoach Normalgewicht	4.4837	1.08404	23
	KiloCoach Übergewicht	4.8527	.83771	56
	KiloCoach Adipositas	4.9113	.79490	62
	Gesamt	4.8024	.87751	167
Körperfett (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.6474	.98017	26
	KiloCoach Normalgewicht	3.8188	.97560	23
	KiloCoach Übergewicht	2.2857	.69610	56
	KiloCoach Adipositas	1.6425	.50213	62
	Gesamt	2.6257	1.32723	167

Fortsetzung

	Hypothesen-Gruppe	*MW*	*SD*	*N*
Physischer Selbstwert (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	4.6731	.73557	26
	KiloCoach Normalgewicht	4.0725	.78307	23
	KiloCoach Übergewicht	3.4018	1.00392	56
	KiloCoach Adipositas	3.1048	1.14091	62
	Gesamt	3.5818	1.13613	167
Globaler Selbstwert (PSDQ)	Nicht KiloCoach - Normalgewicht	5.2452	.67591	26
	KiloCoach Normalgewicht	5.2283	.52852	23
	KiloCoach Übergewicht	5.0424	.73015	56
	KiloCoach Adipositas	5.1492	.64965	62
	Gesamt	5.1392	.66604	167

Tabelle A27

Zusammenhang zwischen physischem Selbstkonzept und Gewichtsreduktion (Spearman-Korrelation)

		Gewichtsabnahme	Beweglichkeit (PSDQ)	Gesundheit (PSDQ)	Körperfett (PSDQ)	Globaler Selbstwert (PSDQ)
Gewichtsabnahme	Korrelationskoeffizient	1.000	-.218	.013	-.271	-.097
	Signifikanz (1-seitig)		.200	.480	.147	.356
	N	17	17	17	17	17
Beweglichkeit (PSDQ)	Korrelationskoeffizient	-.218	1.000	.366	.231	.044
	Signifikanz (1-seitig)	.200		.074	.187	.433
	N	17	17	17	17	17
Gesundheit (PSDQ)	Korrelationskoeffizient	.013	.366	1.000	.030	.092
	Signifikanz (1-seitig)	.480	.074		.455	.363
	N	17	17	17	17	17
Körperfett (PSDQ)	Korrelationskoeffizient	-.271	.231	.030	1.000	-.250
	Signifikanz (1-seitig)	.147	.187	.455		.167
	N	17	17	17	17	17
Globaler Selbstwert (PSDQ)	Korrelationskoeffizient	-.097	.044	.092	-.250	1.000
	Signifikanz (1-seitig)	.356	.433	.363	.167	
	N	17	17	17	17	17

Tabelle A28

Zusammenhang zwischen physischem Selbstkonzept und Gewichtsreduktion (Pearson-Korrelation)

		Gewichtsabnahme	Kraft	Ausdauer	Koordination	Allgemeine Sportlichkeit	Körperliche Erscheinung	Körperliche Aktivität	Physischer Selbstwert
Gewichtsabnahme	Korrelation n. Pearson	1	.276	.475	.094	.110	.065	.321	.156
	Signifikanz (1-seitig)		.142	.027	.360	.337	.402	.104	.276
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
Kraft	Korrelation n. Pearson	.276	1	.545	.468	.587	.527	.530	.433
	Signifikanz (1-seitig)	.142		.012	.029	.007	.015	.014	.041
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
Ausdauer	Korrelation n. Pearson	.475	.545	1	.540	.609	.486	.713	.380
	Signifikanz (1-seitig)	.027	.012		.013	.005	.024	.001	.066
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
Koordination	Korrelation n. Pearson	.094	.468	.540	1	.592	.566	.482	.302
	Signifikanz (1-seitig)	.360	.029	.013		.006	.009	.025	.119
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
Allgemeine Sportlichkeit	Korrelation n. Pearson	.110	.587	.609	.592	1	.701	.646	.527
	Signifikanz (1-seitig)	.337	.007	.005	.006		.001	.003	.015
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
Körperliche Erscheinung	Korrelation n. Pearson	.065	.527	.486	.566	.701	1	.562	.804
	Signifikanz (1-seitig)	.402	.015	.024	.009	.001		.009	.000
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
Körperliche Aktivität	Korrelation n. Pearson	.321	.530	.713	.482	.646	.562	1	.297
	Signifikanz (1-seitig)	.104	.014	.001	.025	.003	.009		.123
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
Physischer Selbstwert	Korrelation n. Pearson	-.156	.433	.380	.302	.527	.804	.297	1
	Signifikanz (1-seitig)	.276	.041	.066	.119	.015	.000	.123	
	N	17	17	17	17	17	17	17	17

Tabelle A29

MANOVA - Unterschiede zwischen Completern und Non-Completern bzgl. des physischen Selbstkonzepts

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	*df*	Mittel der Quadrate	*F*	Sig.
Korrigiertes	Kraft (PSDQ)	.003	1	.003	.004	.949
Modell	Ausdauer (PSDQ)	.049	1	.049	.030	.862
	Beweglichkeit (PSDQ)	1.839	1	1.839	2.187	.141
	Koordination (PSDQ)	.743	1	.743	1.597	.208
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	1.470	1	1.470	1.518	.220
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	.765	1	.765	1.100	.296
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	.188	1	.188	.098	.755
	Gesundheit (PSDQ)	.035	1	.035	.046	.830
	Körperfett (PSDQ)	1.417	1	1.417	1.396	.239
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	.364	1	.364	.309	.579
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	.040	1	.040	.091	.764
Konstanter	Kraft (PSDQ)	2231.928	1	2231.928	2663.218	.000
Term	Ausdauer (PSDQ)	1503.921	1	1503.921	926.750	.000
	Beweglichkeit (PSDQ)	2171.673	1	2171.673	2583.731	.000
	Koordination (PSDQ)	2467.091	1	2467.091	5300.835	.000
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	1425.363	1	1425.363	1471.989	.000
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	2320.992	1	2320.992	3337.022	.000
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	1965.573	1	1965.573	1028.001	.000
	Gesundheit (PSDQ)	3053.442	1	3053.442	3998.916	.000
	Körperfett (PSDQ)	650.375	1	650.375	640.622	.000
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	1488.216	1	1488.216	1263.594	.000
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	3447.471	1	3447.471	7750.183	.000
TZ2 vorhanden	Kraft (PSDQ)	.003	1	.003	.004	.949
	Ausdauer (PSDQ)	.049	1	.049	.030	.862
	Beweglichkeit (PSDQ)	1.839	1	1.839	2.187	.141
	Koordination (PSDQ)	.743	1	.743	1.597	.208
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	1.470	1	1.470	1.518	.220
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	.765	1	.765	1.100	.296
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	.188	1	.188	.098	.755
	Gesundheit (PSDQ)	.035	1	.035	.046	.830
	Körperfett (PSDQ)	1.417	1	1.417	1.396	.239
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	.364	1	.364	.309	.579
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	.040	1	.040	.091	.764

Fortsetzung

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	*df*	Mittel der Quadrate	*F*	Sig.
Fehler	Kraft (PSDQ)	116.490	139	.838		
	Ausdauer (PSDQ)	225.568	139	1.623		
	Beweglichkeit (PSDQ)	116.832	139	.841		
	Koordination (PSDQ)	64.693	139	.465		
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	134.597	139	.968		
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	96.678	139	.696		
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	265.773	139	1.912		
	Gesundheit (PSDQ)	106.136	139	.764		
	Körperfett (PSDQ)	141.116	139	1.015		
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	163.709	139	1.178		
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	61.831	139	.445		
Gesamt	Kraft (PSDQ)	2511.917	141			
	Ausdauer (PSDQ)	1835.917	141			
	Beweglichkeit (PSDQ)	2486.694	141			
	Koordination (PSDQ)	2739.167	141			
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	1692.750	141			
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	2613.889	141			
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	2366.083	141			
	Gesundheit (PSDQ)	3379.578	141			
	Körperfett (PSDQ)	858.222	141			
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	1775.500	141			
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	3757.641	141			
Korrigierte	Kraft (PSDQ)	116.493	140			
Gesamtvariation	Ausdauer (PSDQ)	225.617	140			
	Beweglichkeit (PSDQ)	118.671	140			
	Koordination (PSDQ)	65.436	140			
	Allgemeine Sportlichkeit (PSDQ)	136.067	140			
	Körperliche Erscheinung (PSDQ)	97.444	140			
	Körperliche Aktivität (PSDQ)	265.960	140			
	Gesundheit (PSDQ)	106.171	140			
	Körperfett (PSDQ)	142.533	140			
	Physischer Selbstwert (PSDQ)	164.074	140			
	Globaler Selbstwert (PSDQ)	61.871	140			

Tabelle A30

Deskriptivstatistik der Unterschiede zwischen Completern und Non-Completern bzgl. des physischen Selbstkonzepts

	Beide Testzeitpunkte vorhanden UND Teilnahme KiloCoach-Programm	***MW***	***SD***	***N***
Kraft (PSDQ)	Nein	4.1282	.91085	52
	Ja	4.1180	.91811	89
	Gesamt	4.1217	.91219	141
Ausdauer (PSDQ)	Nein	3.4038	1.27800	52
	Ja	3.3652	1.27150	89
	Gesamt	3.3794	1.26947	141
Beweglichkeit (PSDQ)	Nein	3.9487	.98824	52
	Ja	4.1854	.87272	89
	Gesamt	4.0981	.92068	141
Koordination (PSDQ)	Nein	4.2596	.65879	52
	Ja	4.4101	.69543	89
	Gesamt	4.3546	.68367	141
Allgemeine Sportlichkeit	Nein	3.1891	.98906	52
(PSDQ)	Ja	3.4007	.98111	89
	Gesamt	3.3227	.98585	141
Körperliche Erscheinung	Nein	4.1282	.88106	52
(PSDQ)	Ja	4.2809	.80544	89
	Gesamt	4.2246	.83428	141
Körperliche Aktivität (PSDQ)	Nein	3.9071	1.41322	52
	Ja	3.8315	1.36480	89
	Gesamt	3.8593	1.37830	141
Gesundheit (PSDQ)	Nein	4.8389	.87948	52
	Ja	4.8062	.87053	89
	Gesamt	4.8183	.87084	141
Körperfett (PSDQ)	Nein	2.1218	.99897	52
	Ja	2.3296	1.01254	89
	Gesamt	2.2530	1.00901	141
Physischer Selbstwert (PSDQ)	Nein	3.3141	1.13838	52
	Ja	3.4195	1.05323	89
	Gesamt	3.3806	1.08257	141
Globaler Selbstwert (PSDQ)	Nein	5.1418	.65774	52
	Ja	5.1067	.67224	89
	Gesamt	5.1197	.66478	141

ANLEITUNGEN FÜR STUDIENTEILNEHMERINNEN

Anleitung zu Testzeitpunkt 1: TeilnehmerInnen KiloCoach™

Liebe StudienteilnehmerInnen!

Die Erfassung des Körpergefühls gewinnt in der Sportpsychologie immer mehr an Bedeutung. Studien zeigen auf, dass dabei ein Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Einschätzung des eigenen Körpergefühls existiert.

Anhand der vorliegenden Studie, die im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Universität Wien im Studienfach Psychologie Verwendung findet, sollen diese Zusammenhänge konkreter und tiefgehender erforscht werden.

Um dies durchführen zu können, ist Ihre zahlreiche Teilnahme notwendig und ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich die Zeit nehmen und den nachfolgenden Fragebogen jetzt und in 3 Monaten wieder ausfüllen würden.

Ihre Antworten werden vertraulich und anonym behandelt, nicht an Dritte weitergegeben und nur für Forschungszwecke im Rahmen meiner Diplomarbeit verwendet.

Wer kann an der Studie teilnehmen?

- Personen, die zwischen 25 und 55 Jahren alt sind und
- Personen, die zumindest ein 3-monatiges KiloCoach™ Abo besitzen.

Ablauf:

Die Umfrage läuft über 3 Monate. Dabei ist folgendermaßen vorzugehen:

1. Sie füllen den nachfolgenden Fragebogen aus.
2. Nach 3 Monaten füllen Sie den Fragebogen abermals aus.

Die Bearbeitung des Fragebogens nimmt etwa 15 bis 20 Minuten in Anspruch. Gehen Sie dabei den Fragebogen Frage für Frage durch und beantworten Sie diese Ihrem ersten Empfinden nach. Es gibt keine falschen und keine richtigen Antworten. Es geht lediglich um Ihre persönliche Einschätzung.

Ebenso besteht die Möglichkeit, am Ende der ersten Befragung die eigene E-Mail Adresse anzugeben, sodass nach etwa 3 Monaten eine Erinnerungsmail an Sie zugesendet wird, um Sie an das nochmalige Ausfüllen des Fragebogens zu erinnern. Diese Angabe ist freiwillig und wird lediglich für die Erinnerungsmail genützt.

1 Monat KiloCoach™ GRATIS

Alle StudienteilnehmerInnen, die folgende Voraussetzungen erfüllen, erhalten ein 1-monatiges KiloCoach™-Abo gratis:

- 2-maliges Bearbeiten des Fragebogens in einem Abstand von 3 Monaten
- einen persönlichen Code überlegen, diesen merken oder notieren und am Ende beider Befragungen angeben.

(Wer seine E-Mail Adresse am Ende der ersten Befragung angibt, wird nach 3 Monaten per Erinnerungsmail an den eigenen Code erinnert.)

Die Angabe des Codes dient lediglich der Nachvollziehbarkeit, welche Personen den Fragebogen zu beiden Zeitpunkten bearbeitet haben. Nur durch Angabe des Codes kann ein Gratis-Abo in Anspruch genommen werden. Wenn Sie den Fragebogen beide Male bearbeitet haben, setzen Sie sich bitte mit dem KiloCoach™-Team in Verbindung.

Link: Kontaktformular KiloCoach-Team

Bei Rückfragen und Informationen bzgl. der Studie wenden Sie sich bitte an:

Zutic Dragana a0603721@unet.univie.ac.at

Anleitung zu Testzeitpunkt 2: TeilnehmerInnen KiloCoach™

Liebe StudienteilnehmerInnen!

Sie haben bereits im September bzw. Oktober an der Befragung „Der Körper und das Selbst“, welche über KiloCoach lief, teilgenommen. Nun folgt die zweite und letzte Befragung.

Unter folgendem Link finden Sie den Fragebogen:
http://www.unet.univie.ac.at/~a0603721/limesurvey/index.php?sid=53639&lang=de

Falls Sie mittlerweile nicht mehr bei KiloCoach mitmachen sollten, bitte ich Sie, dennoch den Fragebogen auszufüllen.

Bitte geben Sie am Ende des Fragebogens nochmals Ihren persönlichen Code an. Durch diesen kann überprüft werden, welche Personen den Fragebogen zwei Mal ausgefüllt haben. Erst dann erhält man ein einmonatiges KiloCoach-Abo gratis.
Ihr persönlicher Code lautet:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme
Zutic Dragana, BEd.

Anleitung zu Testzeitpunkt 1: TeilnehmerInnen E-Mails

Liebe StudienteilnehmerInnen!

Die folgende Umfrage untersucht den Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Körpergefühl. Zahlreiche Studien zeigen, v. a. bei Kindern und Jugendlichen, einen bestehenden Zusammenhang. Erwachsene Personen wurden bisher kaum dazu befragt, weshalb das Ziel dieser Untersuchung die Befragung der entsprechenden Altersgruppe ist.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nur Personen im Alter von 20 bis 55 Jahren an der Untersuchung teilnehmen können.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um den Fragebogen auszufüllen. Bevor Sie mit diesem beginnen, lesen Sie sich die nachfolgende Angabe sorgfältig durch:

Bitte gehen Sie den Fragebogen Frage für Frage durch. Überlegen Sie bei den einzelnen Fragen nicht lange, sondern antworten Sie Ihrem ersten Empfinden entsprechend.

Die Umfrage wird lediglich für Forschungszwecke im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Universität Wien verwendet. Die Antworten werden anonym behandelt.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird 15-20 Minuten in Anspruch nehmen. Bitte lesen Sie die Fragen genau und beantworten Sie eine nach der anderen.

Bei Fragen, Anregungen und Unklarheiten wenden Sie sich bitte an: a0603721@unet.univie.ac.at

Vielen Dank für Ihre Teilnahme
Zutic Dragana, BEd.

FRAGEBÖGEN

Fragebogen: Sozigrafische Daten

Im Nachfolgenden werden Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person gestellt.

1. **Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an!**

- weiblich
- männlich

2. **Bitte geben Sie Ihr Alter an!**

_____

3. **Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an!**

_____

(Wenn Sie z.B. 1m 68cm groß sind, dann tragen Sie ins Antwortkästchen 168 ein).

4. **Bitte tragen Sie Ihr momentanes Gewicht ein!**

_____

(Wenn Sie z.B. 83,4kg wiegen, so tragen Sie in das Antwortkästchen 83,4 ein.)

5. **Welche ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?**

- keine abgeschlossene Schulbildung
- Pflichtschule
- Lehrabschluss
- Matura (Abitur)
- Hochschule/Universität
- Sonstiges _____

6. **Welche ist Ihre momentane (berufliche) Tätigkeit?**

- Angestellt (Vollzeit)
- Angestellt (Teilzeit)
- Selbstständig
- Studium
- Ausbildung/Fortbildung
- Arbeitsuchend/Arbeitslos
- Sonstiges _____

(Bei mehreren Tätigkeiten geben Sie bitte diejenige an, die Ihrer Meinung nach die meiste Zeit in Anspruch nimmt.)

Fragebogen: Selbstwirksamkeitsskala zur sportlichen Ativität (SSA-Skala)

Es werden Ihnen verschiedene Situationen vorgegeben. Bitte geben Sie an inwieweit Sie eine geplante sportliche Aktivität unter bestimmten Bedingungen ausüben würden.

1. **Ich bin mir sicher, eine geplante Sportaktivität auch dann noch ausüben zu können, wenn…**

	gar nicht sicher			vielleicht			ganz sicher
... ich müde bin.	○	○	○	○	○	○	○
... ich mich niedergeschlagen fühle.	○	○	○	○	○	○	○
... ich Sorgen habe.	○	○	○	○	○	○	○
... ich mich über etwas ärgere.	○	○	○	○	○	○	○
... ich mich angespannt fühle.	○	○	○	○	○	○	○
... Freunde zu Besuch da sind.	○	○	○	○	○	○	○
... andere Personene etwas mit mir unternehmen wollen.	○	○	○	○	○	○	○
... meine Familie / mein Partner mich beansprucht.	○	○	○	○	○	○	○
... ich niemanden finde, der mit mir Sport treibt.	○	○	○	○	○	○	○
... schlechtes Wetter ist.	○	○	○	○	○	○	○
... ich noch viel Arbeit zu erledigen habe.	○	○	○	○	○	○	○
... ein interessantes Fernsehprogramm läuft.	○	○	○	○	○	○	○

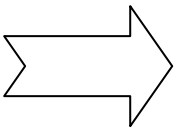
(Bitte klicken Sie jenes Antwortkästchen an, mit der Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft von 1 (= gar nicht sicher) bis 7 (= ganz sicher).

Fragebogen: Physical Self Description Questionnaire (PSDQ)

Dieser Fragebogen befasst sich mit Ihrem Körpergefühl. Kreuzen Sie diejenige Antwort an, die Ihrer Meinung nach am ehesten auf Sie zutrifft.

7. **Wenn ich krank bin, geht es mir so schlecht, dass ich nicht einmal aufstehen kann.**

- Trifft gar nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft etwas zu
- Trifft zu
- Trifft sehr zu



Alle weiteren Fragen des PSDQ haben das gleiche Antwortformat

8. **Ich fühle mich sicher im Ausführen von schwierigen und schnell aufeinander folgenden Bewegungen.**
9. **Ich treibe mehrmals in der Woche Sport oder bin körperlich so aktiv, dass ich richtig außer Atem komme.**
10. **Ich bin zu dick.**
11. **Andere Leute denken, dass ich gut im Sport bin.**
12. **Ich bin mit meinem Körper zufrieden.**
13. **Ich sehe gut aus für mein Alter.**
14. **Ich bin körperlich stark.**
15. **Ich kann meinen Körper ganz gut drehen, wenden und verbiegen.**
16. **Ich kann eine weite Strecke rennen ohne anzuhalten.**
17. **Im Allgemeinen gelingen mir die meisten Sachen gut, die ich tue.**
18. **Mich erwischt fast jede Grippe, Erkältung, Virus usw.**
19. **Es fällt mir leicht, die Bewegungen meines Körpers zu kontrollieren.**
20. **Ich treibe oft Sport oder übe andere körperliche Aktivitäten aus, bei denen ich richtig außer Atem komme.**
21. **Ich habe zu viel Bauch.**
22. **In den meisten Sportarten bin ich gut.**
23. **Körperlich bin ich mit mir zufrieden.**
24. **Ich habe ein hübsches Gesicht.**
25. **Ich habe eine Menge Kraft in meinem Körper.**
26. **Mein Körper ist beweglich.**
27. **In einem Test, der körperliches Durchhaltevermögen misst, würde ich gut abschneiden.**
28. **Es gibt eigentlich wenig, worauf ich stolz sein kann.**

29. **Ich bin so oft krank, dass ich nicht alles tun kann, was ich gern möchte.**
30. **Ich kann meine Bewegungen gut koordinieren.**
31. **Drei- oder viermal die Woche treibe ich Sport oder übe andere körperliche Aktivitäten aus, bei denen ich richtig außer Atem komme und die auch mind. 30 Minuten andauern.**
32. **Mein Körper hat zu viel Fett.**
33. **Die meisten Sportarten fallen mir leicht.**
34. **Ich bin mit meinem Aussehen und meinen körperlichen Fähigkeiten zufrieden.**
35. **Ich sehe besser aus als die meisten meiner Freunde.**
36. **Ich bin stärker als die meisten anderen in meinem Alter.**
37. **Mein Körper ist steif und unbeweglich.**
38. **Ich könnte 5 Kilometer joggen ohne stehen zu bleiben.**
39. **Ich habe das Gefühl, dass mein Leben nicht sehr nützlich ist.**
40. **Ich bin fast nie krank.**
41. **Bei den meisten körperlichen Betätigungen sind meine Bewegungen weich und gleichmäßig.**
42. **Ich bin mind. dreimal die Woche körperlich aktiv. (z.B. Jogging, Tanzen, Radfahren, Aerobic, Gymnastik oder Schwimmen)**
43. **Ich habe Übergewicht.**
44. **Ich habe gute sportliche Fähigkeiten.**
45. **Körperlich gesehen fühle ich mich wohl.**
46. **Ich bin hässlich.**
47. **Ich bin schwach und habe keine Muskeln.**
48. **Meine Körperteile lassen sich ganz gut in alle Richtungen biegen und bewegen.**
49. **Ich denke, dass ich eine lange Strecke laufen könnte, ohne müde zu werden.**
50. **Im Großen und Ganzen tauge ich nichts.**
51. **Ich werde oft krank.**
52. **Ich finde, mein Körper kann gleichmäßige Bewegungen leicht ausführen.**
53. **Ich treibe eine Menge Sport oder bin oft körperlich aktiv. (z.B. Tanzen, Gymnastik,...)**
54. **Ich wiege zu viel.**
55. **Ich bin besser im Sport als die meisten meiner Freunde.**
56. **Ich bin zufrieden so wie ich bin und was ich körperlich leisten kann.**
57. **Ich sehe gut aus.**
58. **In einem Test, der Kraft misst, wäre ich gut.**
59. **Ich denke, dass ich für die meisten Sportarten beweglich genug bin.**
60. **Ich kann eine lange Zeit körperlich aktiv sein ohne müde zu werden.**
61. **Die meisten Dinge, die ich anpacke, mache ich gut.**
62. **Wenn ich krank werde, dauert es lange bis es mir wieder besser geht.**
63. **Beim Sport sehen meine Bewegungen schön aus und sind aufeinander abgestimmt.**
64. **Ich bin fast täglich sportlich oder körperlich aktiv.**
65. **Andere meinen, ich sei dick.**

66. **In Sportspielen bin ich gut.**
67. **Ich fühle mich körperlich wohl.**
68. **Keiner hält mich für attraktiv.**
69. **Ich kann leicht schwere Dinge hochheben.**
70. **Ich denke, dass ich in einem Test, der die Beweglichkeit misst, ganz gut abschneiden würde.**
71. **Ich bin gut in Ausdauersportarten wie Langstreckenlauf, Aerobic, Radfahren, Schwimmen oder Skilanglauf.**
72. **Im Großen und Ganzen kann ich eigentlich stolz auf mich sein.**
73. **Ich muss öfter zum Arzt gehen als die meisten in meinem Alter.**
74. **Eigentlich bin ich ein Versager.**
75. **Ich bleibe meistens gesund, sogar wenn Freunde von mir krank werden.**
76. **Ich habe den Eindruck, dass alles, was ich anpacke, irgendwie schief geht.**

Fragebogen: Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)

Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.

1. **In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.**

- Trifft gar nicht zu
- Trifft wenig zu
- Trifft etwas zu
- Trifft ziemlich zu
- Trifft voll und ganz zu

2. **Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.**

- Trifft gar nicht zu
- Trifft wenig zu
- Trifft etwas zu
- Trifft ziemlich zu
- Trifft voll und ganz zu

3. **Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut losen.**

- Trifft gar nicht zu
- Trifft wenig zu
- Trifft etwas zu
- Trifft ziemlich zu
- Trifft voll und ganz zu

Fragebogen: zusätzliche Fragen zu Testzeitpunkt 1

KiloCoach™-TeilnehmerInnen

Wie lange führen Sie bereits das KiloCoach™-Programm durch?

- weniger als 1 Monat
- 1 bis 3 Monate
- 3 bis 6 Monate
- 6 bis 12 Monate
- mehr als 12 Monate

Wie viel haben Sie gewogen, als Sie mit dem KiloCoach™-Programm begonnen haben (Ausgangsgewicht)?

_____

Bitte überlegen Sie sich einen Code und notieren bzw. merken Sie sich diesen. Sowohl Buchstaben- als auch Zahlenkombinationen kommen in Frage. Geben Sie diesen Code am Ende beider Testungen an, also sowohl jetzt, als auch bei der Nachtestung in 3 Monaten.

_____

Falls Sie nach zirka 3 Monaten eine persönliche Erinnerung für die Teilnahme an der Nachtestung wünschen, geben Sie bitte nachfolgend Ihre E-Mail Adresse an.

_____

E-Mail-TeilnehmerInnen

Versuchen Sie momentan ihr Gewicht zu reduzieren?

_____

Wenn ja: Auf welche Art und Weise streben Sie diese Gewichtsreduktion an?

_____

Fragebogen: zusätzliche Fragen zu Testzeitpunkt 2

KiloCoach™-TeilnehmerInnen

Sind Sie noch immer ein aktives Mitglied des KiloCoach™-Programms?

_____

Curriculum Vitae

Name: Djuric Dragana, BEd

Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung:

Studium der Religionspädagogik Kirchlich Pädagogische Hochschule (KPH) Abschluss: Bachelor of Education (BEd)	Okt. 2007 – Juni 2012
Studium der Psychologie Universität Wien Schwerpunkt: Sozialpsychologie / Bildungspsychologie	Okt. 2006
AHS-Matura De La Salle-Schule Marianum	Juni 2005

Berufslaufbahn/Praktika:

Religionslehrerin für den orthodoxen Religionsunterricht an Allgemeinen Pflichtschulen (APS)	seit Sep. 2009
NANAYA **Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern** Praktikantin	Aug./Sep. 2010
Wiener Kinderfreunde Sonderferientagesbetreuerin	Aug. 2009 Juli/Aug. 2008 Aug. 2007
Wiener Kinderfreunde Lernstundenhilfe	Apr. 2007 – Juni 2007
Therapieinstitut Keil Jahrespraktikum	Sep. 2005 – Juli 2006

Eidesstattliche Erklärung

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch in keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im November 2013

Djuric Dragana