



SCHRITT 12 **EVALUATION**

Evaluationsbogen zum 12+Programm

„Rückblick, Bilanz und Ausblick“

Rückblick 1

Heutiges Datum	Tag	Monat	Jahr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann haben Sie mit der Bearbeitung des 12+Programms begonnen	Tag	Monat	Jahr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viel haben Sie damals pro Woche geraucht?	<input type="text"/>	Zig. pro Woche	
Gab es längere Unterbrechungen in Ihrer Programmbearbeitung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wie viel Zeit machen die Unterbrechungen zusammen aus?	Tage	Monate	Jahre
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie sieht Ihr derzeitiger Tabakkonsum aus:			
Wie viel rauchen Sie jetzt pro Woche?	<input type="text"/>	Zig. pro Woche	
Seit wann halten Sie diese Obergrenze verlässlich ein?	Tage	Monate	Jahre
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie hoch ist Ihre Toleranzgrenze?	<input type="text"/>	%	

Rückblick 2

Auf einer Skala von „0“ (= „gar nicht stolz“) bis „5“ (= „sehr stolz“) – wie stark ist der Stolz, den Sie angesichts Ihrer Verhaltensänderung im Umgang mit Tabak empfinden? (bitte ankreuzen)

„gar nicht stolz“ 0 1 2 3 4 5 „sehr stolz“

Worauf sind Sie besonders stolz?

.....

.....

.....

.....

Worin besteht Ihre abschließende Belohnung?

.....

.....

.....

Rückblick 3

Auf einer Bewertungsskala, die von „+3“ (= „sehr gut“) bis „-3“ (= „sehr schlecht“) reicht – wie fällt Ihr Gesamturteil über das 12+Programm aus (bitte ankreuzen)?

„sehr gut“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „sehr schlecht“

Würden Sie das 12+Programm anderen Rauchern und Raucherinnen, die ihr Rauchverhalten ändern möchten, empfehlen?

„würde ich uneingeschränkt empfehlen“

„würde ich gar nicht empfehlen“

+3 +2 +1 0 -1 -2 -3

Rückblick 4

Wie sind Ihre Erfahrungen mit den einzelnen Bausteinen des 12+Programms (bitte ankreuzen)?

Erläuterung: Bei „Intensität der Nutzung“ sollten Sie z.B. „0“ (= „gar nicht“) ankreuzen, wenn Sie dieses Kapitel übersprungen oder für sich gar nicht angewendet haben. Und eine Ankreuzung der „2“ (= „mittel wirksam“) bei „Bewertung der Wirksamkeit“ hieße z.B., dass Sie diesen Baustein bei der Programmbearbeitung als mittelgradig wirksam und hilfreich empfunden haben.

	Baustein	Intensität Ihrer Nutzung				Bewertung der Wirksamkeit			
		sehr intensiv	mittelmäßig	kaum	gar nicht	sehr wirksam	mittelmäßig	kaum	gar nicht
0	Einführung, Überblick	3	2	1	0	3	2	1	0
1	Diagnostik	3	2	1	0	3	2	1	0
2	Registrieren und Bilanzen ziehen: Rauchtagebuch und Rauchprotokoll	3	2	1	0	3	2	1	0
3	Grundinformation über das Rauchen	3	2	1	0	3	2	1	0
4	Abwägen von Vor- und Nachteilen einer Änderung	3	2	1	0	3	2	1	0
5	Persönliche Zielplanung	3	2	1	0	3	2	1	0
6	Selbstverstärkung (Belohnungen, Strafen)	3	2	1	0	3	2	1	0
7	Soziale Unterstützung	3	2	1	0	3	2	1	0
8	Hilfreiche Strategien	3	2	1	0	3	2	1	0
9	Medikamentöse Unterstützung	3	2	1	0	3	2	1	0
10	Risikosituationen und rauchfreie Alternativen	3	2	1	0	3	2	1	0
11	Umgang mit Ausrutschen und Rückfällen	3	2	1	0	3	2	1	0
12	Rückblick, Bilanz Ausblick	3	2	1	0	3	2	1	0

Rückblick 5

Zur medikamentösen Unterstützung:

Haben Sie im Laufe Ihrer Bearbeitung des 12+Programms auch Medikamente zur Unterstützung eingesetzt?

ja nein

Wenn ja, welche? Bitte mit Angabe der Dosis und Dauer der Einnahme

.....

Haben Sie störende Nebenwirkungen erlebt? Wenn ja, welche?

.....

Wie zufrieden waren Sie mit dem besten von Ihnen benutzten Medikament auf einer Bewertungsskala, die von „+3“ (= „sehr zufrieden“) bis „-3“ (= „sehr unzufrieden“) reicht?

„sehr zufrieden“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „sehr unzufrieden“

Rückblick 6

	Was war für Sie besonders positiv ...	Was war für Sie eher negativ ...
... am 12+Programm		
... an Ihrer Bearbeitung		
... wegen anderer Ursachen		

Bilanz 1

Wie zufrieden sind Sie allgemein mit dem, was Sie durch Ihre Verhaltensänderung bis jetzt schon erreicht haben?

„sehr zufrieden“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „sehr unzufrieden“

Welche unmittelbaren positiven Folgen Ihrer Konsumreduktion sind Ihnen bis heute schon spürbar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche davon sind Ihnen am wichtigsten? – Bitte mit einem Kreuz markieren!

Gibt es evtl. negative Effekte oder Kosten, die Sie auf Ihre Konsumreduktion zurückführen?

.....

.....

.....

Welche Zielgrößen (z.B. gesundheitliche) wollen Sie weiter im Blick behalten? Was würden Sie gern noch erreichen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche davon sind Ihnen am wichtigsten? – Bitte mit einem Kreuz markieren!

Gibt es indirekte Folgen oder Nebeneffekte (positive wie auch negative), die Sie beobachtet haben, z.B. weniger oder mehr Alkoholkonsum?

.....

.....

.....

.....

Bilanz 2

Mein persönliches Bilanzergebnis ist ...

„eindeutig positiv“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „eindeutig negativ“

Ausblick 1

Wie zuversichtlich sind Sie, die von Ihnen erreichte Verhaltensänderung im Umgang mit Tabak auch in den nächsten drei Jahren aufrechterhalten zu können?

„sehr zuversichtlich“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „gar nicht zuversichtlich“

Wie zuversichtlich sind Sie, auch andere, distale Folgen Ihrer Tabakreduktion im Laufe der Zeit noch erreichen zu können?

„sehr zuversichtlich“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „gar nicht zuversichtlich“

Ausblick 2

Ich wünsche mir in längerfristigen Abständen von ca. einem Jahr eine Kontaktaufnahme und Nachfrage, was aus meinem kontrollierten Tabakkonsum geworden ist.

ja nein

Wenn ja, sollte die Kontaktaufnahme auf folgendem Wege erfolgen:

per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse:

.....

per Telefon unter folgender Nummer:

.....

per Post an folgende Adresse:

.....

.....

.....

Ausblick 3

Alternativen	„möchte ich sehr gern“					„möchte ich gar nicht“
eines Tages wieder „unbeschwert“ rauchen.	5	4	3	2	1	0
auf dem jetzt erreichten Niveau dauerhaft stabil bleiben.	5	4	3	2	1	0
irgendwann noch weiter reduzieren.	5	4	3	2	1	0
auch mal eine oder mehrere abstinente Phasen einlegen.	5	4	3	2	1	0
irgendwann ganz aufhören zu rauchen.	5	4	3	2	1	0

Ausblick 4

Ist ganz aufzuhören für Sie prinzipiell eine vorstellbare Alternative?

ja nein

Welche Gründe sprechen für Sie dafür und welche dagegen?

Meine Gründe **für** ein Aufhören

Meine Gründe **gegen** ein Aufhören

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was müsste passieren oder passiert sein, damit Sie aufhören zu rauchen?

.....

.....

.....

.....

VIELEN DANK FÜR IHRE RÜCKMELDUNG!

(bitte senden an: GK-Quest, Maaßstr. 28, 69123 Heidelberg; Fax 06221-7392040)

