

Treatment Expectation Questionnaire (TEX-Q)

Ihre Erwartungen an die Behandlung

Im Folgenden geht es darum, was Sie persönlich über Ihre bevorstehende Behandlung denken.

Meine geplante Behandlung: Multimodale Trainingstherapie Nordic Science

Bitte beziehen Sie sich bei den folgenden Angaben auf die genannte Behandlung.

<p>Im folgenden Abschnitt geht es darum, welche Erwartungen Sie an Ihre Behandlung haben. Versuchen Sie hier bitte diese möglichst realistisch einzuschätzen.</p>												
<p>1. Wie viel Linderung Ihrer Symptome erwarten Sie?</p> <p>keine Linderung <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größte vorstellbare Linderung</p>												
<p>2. Wie viel Nutzen erwarten Sie von der Behandlung?</p> <p>keinen Nutzen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größter vorstellbarer Nutzen</p>												
<p>3. Wie viel Verbesserung Ihrer Gesundheit erwarten Sie?</p> <p>keine Verbesserung <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größte vorstellbare Verbesserung</p>												
<p>4. Wie viel Verbesserung erwarten Sie bezüglich Ihrer Alltagsaktivitäten (z.B. Beruf, Haushalt, Sozialleben)?</p> <p>keine Verbesserung <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größte vorstellbare Verbesserung</p>												
<p>5. Wie viel Verbesserung Ihrer Lebensqualität erwarten Sie?</p> <p>keine Verbesserung <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größte vorstellbare Verbesserung</p>												
<p>6. Wie viel Verbesserung erwarten Sie bezüglich Ihrer Verpflichtungen (z.B. häuslich, beruflich, familiär)?</p> <p>keine Verbesserung <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größte vorstellbare Verbesserung</p>												
<p>7. Welches Ausmaß an Risiken erwarten Sie durch die Behandlung?</p> <p>keine Risiken <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größte vorstellbare Risiken</p>												
<p>8. Wie viel Belastung erwarten Sie durch die Behandlung?</p> <p>keine Belastung <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 größte vorstellbare Belastung</p>												

9. In welchem Ausmaß erwarten Sie Nebenwirkungen oder andere unerwünschte Wirkungen?												
keine unerwünschten Wirkungen	<input type="checkbox"/>	größte vorstellbare unerwünschte Wirkungen										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Wie viel Einschränkung in Bezug auf Ihre Lebensqualität erwarten Sie?												
keine Einschränkung	<input type="checkbox"/>	größte vorstellbare Einschränkung										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Wie viel Einschränkung erwarten Sie bezüglich Ihrer Verpflichtungen (z.B. beruflich, häuslich, familiär)?												
keine Einschränkung	<input type="checkbox"/>	größte vorstellbare Einschränkung										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Im Folgenden geht es darum, was Sie vom Verlauf ihrer Behandlung erwarten.												
12. In welchem Ausmaß erwarten Sie einen angenehmen Behandlungsverlauf?												
nicht angenehm	<input type="checkbox"/>	angenehmster vorstellbarer Verlauf										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. In welchem Ausmaß erwarten Sie, mit dem Ablauf der Behandlung zufrieden zu sein?												
nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	größte vorstellbare Zufriedenheit										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Wie stark erwarten Sie, selbst für den Behandlungserfolg mitverantwortlich zu sein?												
keine Verantwortung	<input type="checkbox"/>	größte vorstellbare Verantwortung										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Wie stark erwarten Sie, durch Ihr Verhalten auf den Behandlungserfolg Einfluss nehmen zu können?												
kein Einfluss	<input type="checkbox"/>	größter vorstellbarer Einfluss										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Zusatzitems Erwartungen

1. Ich habe keine bestimmten Erwartungen an die Behandlung.

stimmt überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	stimmt vollkommen										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Ich lasse die Behandlung erst einmal auf mich zukommen.

stimmt überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	stimmt vollkommen										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Zusatzitems Vorerfahrungen

1. Haben Sie diese Behandlung schon einmal erhalten? 0 nein 1 ja

Wenn ja, wann war das?

____ / _____ (Monat / Jahr)

2. Wenn ja, wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit dieser Behandlung bewerten?

sehr negativ					neutral						sehr positiv
<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Wenn ja, wieviel Verbesserung haben Sie durch Ihre Behandlung erlebt?

keine Verbesserung										größte vorstellbare Verbesserung
<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Wie gut fühlen Sie sich über Ihre aktuelle Behandlung informiert?

überhaupt nicht gut informiert										sehr gut informiert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

References

Alberts, J., Löwe, B., Glahn, M. A., Petrie, K. J., Laferton, J., Nestoriuc, Y., & Shedden-Mora, M. C. (2020). Development of the generic, multidimensional Treatment Expectation Questionnaire (TEX-Q) through systematic literature review, expert surveys and qualitative interviews *BMJ Open*, *10*, e036169. doi:10.1136/bmjopen-2019-036169

Shedden-Mora, M. C., Alberts, J., Petrie, K. J., Laferton, J. A. C., von Blanckenburg, P., Kohlmann, S., Nestoriuc, Y., & Lowe, B. (2023). The Treatment Expectation Questionnaire (TEX-Q): Validation of a generic multidimensional scale measuring patients' treatment expectations. *PLoS ONE*, *18*(1), e0280472. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280472>