

ZUSAMMENFASSUNG

Im Jahr 2002 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation einen Bericht, in dem die weltweit führenden Todesursachen benannt wurden (WHO, 2002). Dazu zählen Fettsucht und Übergewicht, körperliche Inaktivität, Zigaretten- und Alkoholkonsum. Diese Risikofaktoren haben eins gemeinsam – ihr schädlicher Einfluss kann reduziert oder sogar vollständig eliminiert werden, wenn Individuen ihr Verhalten entsprechend verändern. Deswegen ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitspsychologie Theorien zu entwickeln, die die Prozesse beschreiben, die den Menschen zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von gesundheitsförderndem Verhalten bewegen. In der vorliegenden Arbeit wurde eine dieser sozial-kognitiven Theorien des Gesundheitsverhaltens, der Health Action Process Approach (HAPA; Schwarzer, 1992, 2004) auf seine Universalität, d.h. Anwendbarkeit auf verschiedene Kulturkreise, Verhaltensweisen und Altersgruppen geprüft.

Das HAPA-Modell ist ein dynamisches Modell zur Erklärung und Vorhersage von Gesundheitsverhalten. Das Modell trifft eine Unterscheidung zwischen einer motivationalen und einer volitionalen Phase.

In der motivationalen Phase entscheiden verschiedene Kognitionen darüber, ob eine Intention zur Verhaltensänderung gebildet wird. Zu diesen Kognitionen gehören Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen. Das Konzept der Risikowahrnehmung umfasst die wahrgenommene eigene Verwundbarkeit bezüglich bestimmter Krankheiten. Handlungsergebniserwartungen beschreiben die wahrgenommenen Kontingenzen zwischen Aufgeben bzw. Beibehalten eines Gesundheitsverhaltens und möglichen Konsequenzen. Die Selbstwirksamkeitserwartung spiegelt subjektive Überzeugungen wider, bestimmte Verhaltensweisen trotz antizipierter Barrieren allein aufgrund der eigenen Kompetenz ausführen zu können.

In der volitionalen Phase geht es darum die Verhaltensänderung zu planen, zu initiieren und aufrecht zu erhalten, auch wenn Hindernisse auftreten. Innerhalb der volitionalen Phase wird von drei postintentionalen Prozessen ausgegangen: a) präaktionale Prozesse der Planung und Initiative, b) aktionale Prozesse der Handlungsausführung und -aufrechterhaltung und c) postaktionale Prozesse der Wiederherstellung oder der Aufgabe von Verhalten nach Misserfolg. Die

Selbstwirksamkeitserwartung spielt bei allen drei Prozessen eine entscheidende Rolle. Planung (Gollwitzer, 1999) erleichtert die Aufnahme von Gesundheitsverhaltens. Indem Personen festlegen, wann, wo und wie sie eine Handlung ausführen, wird eine Verknüpfung zwischen situativen Hinweisreizen und der Handlung hergestellt. Durch das Planen wird die Verhaltenskontrolle teilweise auf die Umwelt übertragen, da situative Hinweisreize mit Verhaltensplänen verknüpft werden und die Ausführung dieser automatisch auslösen können.

Das HAPA-Modell, aber auch andere sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens wie die Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985) oder die sozial-kognitive Theorie (Bandura, 1986, 1997, 2000) sind als universelle Modelle konzipiert. Sie nehmen an, dass die Einflüsse externer Faktoren wie Alter, Umwelt und Kultur völlig durch die Variablen im Modell mediiert werden. Daher sollten sie ein beliebiges gesundheitsbezogenes Verhalten unabhängig vom Verhaltenstyp (Suchtverhalten oder gesundheitsförderndes Verhalten), seiner kulturellen Einbettung und dem Alter der Personen gleich gut vorhersagen. Diese Dissertation untersucht, ob die Vorhersagen des HAPA-Modells je nach Kultur, Verhaltenstyp und Altersgruppe differenziell ausfallen oder ob die Mediationsannahme sozial-kognitiver Modelle zutrifft und keine Unterschiede zwischen Subpopulationen auftreten.

Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen können in Sucht- (z.B. Rauchen) und gesundheitsfördernde Verhalten (z.B. körperliche Aktivität) unterteilt werden (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995). Eines der konstituierenden Merkmale von Suchtverhalten ist die erhöhte Schwierigkeit, dieses unter persönliche Kontrolle zu bringen. Zwei Ursachen kommen als Erklärung dafür in Frage: Erstens ist das Aufgeben von abhängig machenden Substanzen von körperlichen Entzugserscheinungen begleitet, die wiederum das physische und psychische Wohlbefinden einer Person stark beeinträchtigen können (Killen & Fortmann, 1997; Shiffman, Engberg, Paty, Perz., et al., 1997; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Zweitens findet das Suchverhalten in einem bestimmten sozialen Umfeld statt. Eine Person, die z.B. mit dem Rauchen aufhören möchte, muss nicht nur ihre eigenen physiologischen Begleiterscheinungen meistern, sondern auch womöglich dem sozialen Druck standhalten (Webb & Sheeran, 2006). Außerdem wurde in Metaanalysen gezeigt, dass die Güte der Verhaltensvorhersage sich je nach Verhaltenstyp unterscheiden kann (Godin & Kok, 1996; Randall & Wolf, 1994; Webb & Sheeran, 2006). Eine der Haupthypothesen der vorliegenden Arbeit war daher, dass Suchtverhalten (Alkohol-

und Zigarettenkonsum) schlechter vorhergesagt werden können als gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (gesunde Ernährung, körperliche Aktivität). Statistisch wurde erwartet, dass der Anteil an Varianz, der durch sozial-kognitive Modelle wie das HAPA aufgeklärt werden kann, bei Suchtverhalten geringer als bei gesundheitsförderndem Verhalten ausfallen wird.

In den letzten Jahren wurde im Bereich der Gesundheitspsychologie die Forderung geäußert, die Gültigkeit der im westlichen Kontext entwickelten Theorien, wie z.B. Theorien zur Verhaltensänderung in anderen soziokulturellen Kontexten zu testen (Yali & Revenson, 2004). Bisher wurde das HAPA-Modell in Stichproben aus westlichen Industrienationen wie Deutschland oder Polen getestet. Eine der zentralen Fragen der vorliegenden Arbeit ist deshalb, zu explorieren, ob das HAPA-Modell auch auf andere Kulturkreise wie z.B. Ostasien generalisierbar ist.

Eine der wichtigsten Dimensionen, auf denen sich Kulturen voneinander unterscheiden, ist die des Individualismus und Kollektivismus (Hofstede, 2001). Typischerweise zählen Nordamerika und Westeuropa zu den individualistischen Kulturen und asiatische Kulturen hingegen zu den Kollektivistischen. Das Ausmaß des Individualismus bzw. Kollektivismus einer Kultur hat Konsequenzen für die Art und Weise, wie ihre Mitglieder sich selbst als Personen definieren. Markus & Kitayama (1991) argumentieren, dass sich diese Unterschiede im Selbstkonzept der Personen niederschlagen. So haben Angehörige individualistischer Kulturen eine Sichtweise von sich, die die Autoren als *independent* bezeichnen. Innerhalb dieser Sichtweise wird das Selbst als autonome, von der Umwelt unabhängige Entität begriffen. Demgegenüber überwiegt bei Angehörigen kollektivistischer Kulturen die sogenannte *interdependente* Selbstsicht mit sozialen Selbstwissensinhalten, innerhalb derer das Selbst durch die Beziehung zu anderen Personen oder die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen definiert wird. Um eine Aussage über die Universalität des HAPA-Modells zu treffen muss seine Generalisierbarkeit auf kollektivistische Kulturen wie z.B. Süd-Korea getestet werden. Erste empirische Evidenzen unterstützen die Annahme der Generalisierbarkeit der sozial-kognitiven Modelle (Callaghan, Eves, Norman, Chang, & Lung, 2002; Y.-H. Kim, 2004; Shin, Yung, Pender & Jang, 2005). Einem der Hauptzielen der interkulturellen Psychologie folgend (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 2002) wurde als zweites Anliegen der vorliegenden Dissertation die Übertragbarkeit des HAPA-Modells auf eine südkoreanische Stichprobe getestet. Es

wurde davon ausgegangen, dass das Verhalten in dieser Stichprobe durch HAPA vorhersagbar ist.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit betrifft die Generalisierbarkeit sozial-kognitiver Theorien auf verschiedene Altersgruppen. Angesichts der immer älter werdenden Bevölkerung gewinnt die differentielle Betrachtung der Motivationsmechanismen in verschiedenen Altersgruppen an Bedeutung. Im Feld der Gesundheitspsychologie wird häufig implizit angenommen, dass die Modelle des Gesundheitsverhaltens unabhängig vom Alter der betrachteten Personen gleich gute Vorhersagen leisten. Entwicklungspsychologische Befunde verweisen jedoch darauf, dass sich die Ziel- und Motivstruktur über die Lebensspanne verändert. Mit zunehmendem Alter wird die Gesundheit zum wichtigsten Lebensziel einer Person (Heckhausen, 1997; Hooker & Kaus, 1994; Nurmi, 1992). Über die Lebensspanne ändert sich auch die motivationale Orientierung bzw. die Art und Weise wie die Ziele verfolgt werden. Eines der Postulate der Psychologie der Lebensspanne besagt, dass sich die Zielorientierung vom Streben nach Gewinnen im jüngeren Erwachsenenalter hin zur Aufrechterhaltung und Verlustvermeidung im hohen Erwachsenenalter verändert (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 1998, 2006; Ebner, Freund, & Baltes, 2006; Freund & Ebner, 2005). Dies legt nahe anzunehmen, dass verschiedene Altersgruppen sich nicht nur im Ausmaß des Gesundheitsverhaltens unterscheiden, sondern auch in den zugrunde liegenden motivationalen und volitionalen Prozessen.

Unterschiede im Gesundheitsverhalten über die Lebensspanne sind relativ gut beschrieben. Ältere Erwachsene weisen einen gesünderen Lebensstil auf: Sie haben günstigere Ernährungsgewohnheiten und konsumieren weniger Zigaretten und Alkohol (Prohaska, Leventhal, Leventhal, & Keller, 1985; Rakowski, 1997). Weniger gut sind die Altersunterschiede in den gesundheitsbezogenen Kognitionen dokumentiert. Ältere Personen fühlen sich anfälliger für Krankheiten wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Renner, Knoll, & Schwarzer, 2000). Bezüglich Altersunterschieden in den anderen sozial-kognitiven Variablen wie Handlungsergebniserwartungen oder Selbstwirksamkeitserwartungen liegen widersprüchliche Befunde vor (Renner, et al., 2000; Netz & Raviv, 2004; Clark, Hogan, Kvitz, & Prohaska, 1999).

Obwohl es offensichtlich Niveau-Unterschiede sowohl in den gesundheitsbezogenen Kognitionen als auch in den gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen gibt, bleibt die Frage offen, ob es auch Struktur-Unterschiede

zwischen verschiedenen Altersgruppen im Zusammenspiel dieser Variablen bei der Verhaltensvorhersage gibt. Es gibt erste Hinweise darauf: So spielten z.B. Risikowahrnehmung und Selbstwirksamkeitserwartungen keine Rolle in der Vorhersage der Intention weniger Fett zu essen in der Gruppe junger Erwachsener im Vergleich zu älteren Erwachsenen (Schwarzer & Renner, 2000). Die dritte Hauptfrage der vorliegenden Arbeit war daher die Untersuchung von Niveau- und Strukturunterschieden in verschiedenen Verhaltensbereichen zwischen verschiedenen Altersgruppen. Es wurde angenommen, dass die Motivation ein Gesundheitsverhalten aufzunehmen in den Altersgruppen von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird.

Den drei Hauptfragen wurde im Rahmen einer längsschnittlichen Fragebogenuntersuchung mit zwei Messzeitpunkten in einem durchschnittlichen Abstand von sechs Monaten nachgegangen. Sechs hundert sieben und neunzig Personen, überwiegend aus Seoul, Süd-Korea, nahmen an einer öffentlichen Cholesterin- und Blutdruckmessung teil. Sie füllten zu beiden Messzeitpunkten Fragebögen aus, in denen sie nach ihren gesundheitsbezogenen Kognitionen und ihrem Verhalten befragt wurden.

Die erste Forschungsfrage bestand in der Untersuchung der Anwendbarkeit des HAPA auf verschiedene Verhaltenstypen (Suchverhalten vs. gesundheitsförderndes Verhalten). Hypothesenkonform konnten die durch das HAPA postulierten Zusammenhänge im Bereich des Ernährungsverhaltens repliziert werden. Im Bereich der körperlichen Aktivität konnten diese Zusammenhänge nur teilweise repliziert werden und nur ein kleiner, aber signifikanter Anteil der Varianz im Verhalten konnte aufgeklärt werden. Alkohol- und Zigarettenkonsum konnten nicht durch das HAPA vorhergesagt werden. Hypothesenkonform demonstrierte die vorliegende Studie, dass Suchtverhalten schlechter durch ein herkömmliches Erwartungs-mal-Wert-Modell vorhergesagt werden kann als gesundheitsförderndes Verhalten. Außerdem deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass gesundheitsbezogenes Verhalten kein einheitliches Konstrukt darstellt, das immer von den selben Variablen vorhergesagt werden kann. Es erscheint daher sinnvoll, eine Taxonomie der Gesundheitsverhaltensweisen zu erstellen (vgl. Bishop, 1994; Renner & Schwarzer, 2003b) und systematisch zu untersuchen, wie dem Verhalten zugrundeliegende Dimensionen die Qualität der Verhaltensvorhersage beeinflussen.

Die zweite Forschungsfrage zielte auf die Untersuchung der Generalisierbarkeit des HAPAs auf nicht-westliche Stichproben. Die

Generalisierbarkeit des HAPA-Modells ist gewährleistet, wenn Ergebnisse, die mit westlichen Stichproben erzielt wurden, sich in den Ergebnissen der Studien mit nicht-westlichen Stichproben widerspiegeln. Die Überprüfung des HAPA im Bereich des Ernährungsverhaltens in der vorliegenden Studie zeigte ein ähnliches Ergebnismuster wie in einer vergleichbaren Studie mit einer deutschen Stichprobe (Schwarzer & Renner, 2000). Hingegen fiel die Übereinstimmung der Ergebnisse der HAPA-Testung in Bereich der körperlichen Aktivität zwischen zwei deutschen (Lippke, Ziegelman, & Schwarzer, 2004a; Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005) und der vorliegenden koreanischen Stichprobe geringer aus. Im Gegensatz zu den Ergebnissen mit den deutschen Stichproben konnten keine Zusammenhänge zwischen Risikowahrnehmung und Handlungsergebniserwartungen und der Intention, körperlich aktiv zu sein festgestellt werden. Außerdem erwies sich Planung als irrelevant für die Ausführung der körperlichen Aktivität. Ein ähnliches Bild ergab sich in Bezug auf die Anwendbarkeit des HAPA auf Alkohol- und Zigarettenkonsum. Das Ergebnismuster hinsichtlich der Vorhersagbarkeit des Alkoholkonsums ähnelte dem in der Studie von Mugraff, McDermott, and Walsh (2003).

Im Allgemeinen stützen die Ergebnisse der vorliegenden Studie den Anspruch des HAPA-Modells, auf einen anderen, nicht-westlichen Kulturkreis generalisierbar zu sein. Die Diskrepanz in den Ergebnissen bezüglich sportlicher Aktivität kann auf die Zusammensetzung der jeweiligen Stichproben zurückgeführt werden. Die Studienteilnehmer sowohl bei Lippke et al. (2004a) als auch bei Sniehotta et al. (2005) waren Rehabilitationspatienten, die im Durchschnitt 47 bzw. 59 Jahre alt waren. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer in der vorliegenden Studie betrug hingegen 32 Jahre. Die vorliegende Untersuchung wurde außerdem so konzipiert, dass die Anwendbarkeit des HAPA über die Lebensspanne getestet werden konnte. Es wurde erwartet, dass aufgrund der altersbedingten Veränderungen in der Motivation von einer Fokussierung auf Gewinnoptimierung hin zu Funktionserhaltung und Verlustsvermeidung unterschiedliche sozial-kognitive Faktoren die Motivation der Studienteilnehmer, sich gesund zu verhalten beeinflussen würden. Risikowahrnehmung und Handlungsergebniserwartungen sollten fördernd für die Intentionsbildung in der Gruppe von älteren Erwachsenen sein (36-90 Jahre alt), aber keine Rolle für die Intentionsbildung in der Gruppe der jüngeren Erwachsenen (16-35 Jahre alt) mehr spielen.

Erwartungsgemäß konnten altersbedingte strukturelle Unterschiede in der Motivation sich gesund zu verhalten (sich fettarm zu ernähren, körperlich aktiv zu sein und eingeschränkt zu sich Alkohol zu nehmen) gezeigt werden. Die Risikowahrnehmung war nur in der Gruppe der älteren Erwachsenen ein starker Prädiktor für die Intention. Es scheint, dass ältere Erwachsene stärker motiviert sind, sich gesundheitsfördernd zu verhalten, weil sie sich anfällig für Krankheiten fühlen und ihren Gesundheitszustand aufrechterhalten wollen. Jüngere Erwachsene sind hingegen motiviert, ein bestimmtes Verhalten zu initiieren, wenn sie sich dazu in der Lage fühlen. Handlungsergebniserwartungen bezüglich körperlicher Aktivität und Alkohol sagten die Intention nur in der Gruppe der älteren Erwachsenen voraus. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass ältere Erwachsene körperliche Aktivität und eingeschränkten Alkoholkonsum als Gesundheitsverhalten wahrnehmen. Der Zusammenhang zwischen ernährungsbezogenen Handlungsergebniserwartungen und Intention war nicht durch ein altersdifferentielles Muster gekennzeichnet. Da bei der Messung ernährungsbezogener Handlungsergebniserwartungen sowohl Items hinsichtlich gesundheitlichen Folgen der fettarmen Ernährung als auch Folgen hinsichtlich des Aussehens erhoben wurden, sind die Einflüsse dieser zwei verschiedenen Motive auf die Intentionsbildung unklar und miteinander konfundiert. Bei der Umsetzung von Verhalten profitierten beide Altersgruppen von selbstregulativen Variablen wie Selbstwirksamkeit.

Die Ergebnisse der Dissertation müssen unter dem Hinweis auf einige methodologische Einschränkungen betrachtet werden. Bei der Frage nach der Generalisierbarkeit des HAPA auf eine nicht-westliche Kultur wurden keine interkulturellen Vergleiche im engeren Sinne angestellt: Es wurde nicht geprüft, ob z.B. HAPA-Konstrukte kulturinvariant sind. Außerdem wurde die Stichprobe in jüngere und ältere Erwachsene aufgeteilt. Dabei setzten sich die Gruppe der älteren Erwachsenen sowohl aus Erwachsenen im mittleren Erwachsenenalter als auch aus älteren Erwachsenen zusammen. Es gibt empirische Evidenz, die ein solches Vorgehen rechtfertigt: Die ersten Veränderungen sowohl in der Zielstruktur als auch in der Physiologie treten im mittleren Erwachsenenalter auf (Hoyer & Rodin, 2003; Nurmi, 1992; Cross & Markus, 1991). Dennoch sollte in zukünftigen Studien untersucht werden, ob die Schlussfolgerungen dieser Dissertation sich auch als zutreffend für sehr alte Erwachsene erweisen.

Als Fazit der vorliegenden Dissertation lässt sich insgesamt festhalten, dass das HAPA allgemein auf nicht-westliche Kulturen wie z.B. Süd-Korea anwendbar ist. Allerdings muss die Generalisierbarkeit des HAPA-Modells zweifach eingeschränkt werden: Zum einen belegen die Ergebnisse, dass die Güte der Verhaltensvorhersage vom Verhaltenstyp abhängig ist. Suchtverhalten ist schlechter durch herkömmliche sozial-kognitive Modelle wie z.B. das HAPA vorhersagbar. Darüber hinaus scheint das HAPA-Modell besonders geeignet, das Verhalten von Personen im mittleren Erwachsenenalter und von älteren Personen vorherzusagen. Anderes ausgedrückt scheinen die Theorien des Gesundheitsverhaltens ihren Geltungsbereich für den Personenkreis zu haben, für den Gesundheit und ihre Aufrechterhaltung besonders relevant ist.