

#### IV. ZUSAMMENFASSUNG

Die Umsetzung von Intentionen in gesundheitsförderliches Verhalten ist nicht immer einfach. Zur Überbrückung der Lücke zwischen Intentionen und Verhalten haben volitionale Prozesse zunehmend Beachtung gefunden. Zu den volitionalen Prozessen zählen Strategien zur Realisierung des intendierten Verhaltens. Diese umfassen u.a. die Planung des Verhaltens, die Handlungskontrolle zur Aufrechterhaltung des Verhaltens und die Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. die Erwartung diese Strategien anwenden und das Verhalten ausführen und aufrechterhalten zu können (Kuhl, 1985; Schwarzer, 2004; Sheeran, 2002). Da die Verhaltensänderung durch das soziale Umfeld beeinflusst wird, werden auch soziale Unterstützungs- und Kontrollprozesse betrachtet (Lewis & Rook, 1999). Ein Beispiel für die Bedeutung von Verhaltensänderungen sind Patienten mit Prostatakrebs. Nachdem sie sich einer Prostatektomie, d.h. der vollständigen Entfernung der Prostata unterzogen haben, wird ihnen zur Kontrolle der operationsbedingten Harninkontinenz regelmäßiges Beckenbodentraining empfohlen (van Kampen et al., 2000).

In der vorliegenden Studie wurde zum einen untersucht, welche Rolle es spielt, wenn die Partnerin in den Planungsprozess zur Vorbereitung der Verhaltensänderung einbezogen wird. Die gemeinsame Planung eines Gesundheitsverhaltens wird als *dyadische Planung* bezeichnet. Zum anderen wurden mögliche Mechanismen, über die sich die dyadische Planung auf das Verhalten auswirkt, überprüft.

Die untersuchte Stichprobe setzte sich aus 112 Prostatektomiepatienten und ihren Partnerinnen mit einem durchschnittlichen Alter von 63 ( $SD = 6.0$ ) bzw. 59 Jahren ( $SD = 8.8$ ) zusammen. Die Studienteilnehmer beantworteten in einem Zeitraum von sechs Monaten prä- und postoperativ, d.h. am Tag vor der Operation (t1), am zweiten Tag (t2), zwei Wochen (t3), drei Monate (t4) und sechs Monate (t5) nach der Operation Fragebogen, in denen die sozial-kognitiven (z.B. dyadische Planung, Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle) und sozialen (z.B. soziale Unterstützung und Kontrolle) Konstrukte sowie das Beckenbodentraining und die Inkontinenz abgefragt wurden. Am Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus fand zudem eine *dyadische Planungsintervention* statt, an der sowohl die Patienten als auch ihre Partnerinnen teilnahmen. Entsprechend eines 2x2-Gruppen-Designs wurden die Studienteilnehmer einer der vier Gruppen randomisiert zugeteilt, um (1) zur dyadischen oder (2) individuellen Planung des Beckenbodentrainings oder (3) zur dyadischen oder (4)

---

individuellen Planung gesunder Ernährung angeleitet zu werden. Mit Hilfe von Planungsheften wurde den Studienteilnehmern erklärt, wie sie bis zu jeweils drei Handlungs- und Bewältigungspläne aufstellen können. Die Intervention dauerte maximal eine halbe Stunde. Das zweifaktorielle Design ermöglichte die Auswertung der Haupteffekte des *Planinhalts* (Beckenbodentraining vs. Ernährung) und des *Planungssettings* (dyadisch vs. individuell) sowie der Interaktion beider Faktoren, um den Effekt der spezifischen Anleitung zur dyadischen Trainingsplanung auf die selbständige dyadische Planung und auf das Beckenbodentraining bewerten zu können. Darüber hinaus wurden mit Hilfe von Zwei-Gruppen-Pfadanalysen die soziale Unterstützung und Kontrolle sowie die volitionalen phasenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen und die Handlungskontrolle als mögliche Wirkmechanismen der dyadischen Planung überprüft. Abschließend wurde der Zusammenhang zwischen dem Beckenbodentraining und der Inkontinenz untersucht.

Im Rahmen der Konstruktvalidierung der *dyadischen* Handlungs- und Bewältigungsplanungsskalen ließ sich in einer Hauptkomponentenanalyse die Items zur Erfassung der dyadischen Planung klar von denen zur Erfassung der *individuellen* Handlungs- und Bewältigungsplanung trennen. Die Items zur dyadischen Handlungs- und Bewältigungsplanung luden allerdings auf einem Faktor. Aufgrund theoretischer Annahmen (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schüz, 2005) wurden sie zur Vorhersage des Verhaltens als zwei Skalen beibehalten. Die Zusammenhänge mit den motivationalen, volitionalen und sozialen Variablen zeigten, dass die dyadische Planung wie die individuelle Planung in die volitionale Phase der Verhaltensänderung einzuordnen war, dass sie aber im Vergleich zur individuellen Planung stärker mit sozialen Konstrukten assoziiert war.

Beim *Treatmentcheck* zur Überprüfung, wie sich die Intervention auf die dyadische Planung des Beckenbodentrainings zwei Wochen nach der Operation auswirkte, waren die höchsten Ausprägungen in der Gruppe zur dyadischen Trainingsplanung nicht statistisch bedeutsam. So war der Planinhalt wichtiger als die zusätzliche Unterscheidung zwischen dyadischer und individueller Planung. Dies wurde unter anderem mit der hohen Trainingsmotivation der Patienten, der Aufmerksamkeitsausrichtung auf das Training, der zeitlichen Distanz der Messung sowie mit der innerhalb der Woche nach der Intervention einsetzenden gemeinsamen Planung als dyadischer Bewältigungsversuch (Bodenmann, 2000) erklärt.

Zwei Wochen nach der Operation übten Patienten aus dem dyadischen Planungssetting mehr *Beckenbodentraining* aus. Erklärungen könnten die unterschiedliche Befolgung der Trainingsempfehlungen sowie ein soziales Umfeld sein, dass die Verhaltensänderung begünstigte.

---

Bei dem *Vergleich der dyadischen mit der individuellen Handlungsplanung* war die individuelle Handlungsplanung der stärkere Prädiktor des Beckenbodentrainings. Die dyadische oder individuelle Bewältigungsplanung sagten das Training zwei Wochen nach der Operation noch nicht vorher. Dies wurde damit erklärt, dass in den ersten Tagen der Verhaltensinitiierung erst wenige Barrieren wahrgenommen werden. Die individuelle Planung ist eine selbstregulative Strategie, die für jeden verfügbar ist und unabhängig von anderen Personen eingesetzt werden kann. Die Einbeziehung der Partnerin in diesen Prozess scheint dagegen nicht selbstverständlich zu sein.

Bei der Berücksichtigung der *dyadischen Handlungsplanung als Mediator* zwischen der Planungsintervention und der Trainingsdauer im Pfadmodell ergab sich ein moderierter indirekter Effekt. Patienten, die zur Beckenbodentrainingsplanung angeleitet wurden, wendeten zwei Wochen nach der Operation mehr dyadische Handlungsplanung an. Diese ging nur im dyadischen Setting mit einer höheren wöchentlichen Trainingsdauer einher, nicht aber im individuellen Setting.

Zur Überprüfung der mediierenden Faktoren des Zusammenhangs zwischen dyadischer Planung und Verhaltensänderung wurden die soziale Unterstützung (Schulz & Schwarzer, 2003) und die negative soziale Kontrolle (Rook & Lewis, 1999), die Aufrechterhaltungs- und Wiederherstellungselbstwirksamkeit (Scholz, Sniehotta, & Schwarzer, 2005) sowie die Handlungskontrolle (Carver & Scheier, 2002) betrachtet.

Die dyadische Planung ging mit mehr *trainingspezifischer sozialer Unterstützung* querschnittlich zwei Wochen nach der Operation und im Längsschnitt einher. Die soziale Unterstützung hing aber nicht mit dem Beckenbodentraining zusammen. Sie schien noch nicht als Bewältigungsmechanismus notwendig gewesen zu sein, um das Verhalten zu initiieren (Burkert, Knoll, & Gralla, 2006).

Beide dyadischen Planungsstrategien waren zwei Wochen nach der Operation querschnittlich mit mehr *trainingspezifischer negativer sozialer Kontrolle* assoziiert, während sich im Längsschnitt nur ein positiver Zusammenhang mit der dyadischen Bewältigungsplanung zeigte. Die soziale Kontrolle war lediglich zwei Wochen nach der Operation querschnittlich mit dem Beckenbodentraining assoziiert. Wider Erwarten hing sie nicht im dyadischen Setting, sondern im individuellen Setting negativ mit der Trainingsdauer zusammen. Dies könnte damit erklärt werden, dass soziale Beeinflussung seitens der Partnerin im dyadischen Setting aufgrund des angeleiteten dyadischen Austausches eher vom Patienten akzeptiert wurde, während sie im individuellen Setting beispielsweise zu

---

eingeschränkter Autonomie (Deci & Ryan, 2000) und Reaktanz (Brehm & Brehm, 1981) und damit zur Verweigerung der Trainingsausführung führte.

Die dyadische Handlungs- und Bewältigungsplanung hing erst ein halbes Jahr nach der Operation querschnittlich mit der *Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit*, nicht aber längsschnittlich zusammen. Das Beckenbodentraining konnte zu keinem Zeitpunkt durch die Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit vorhergesagt werden. Diese Ergebnisse wurden mit der flexiblen Anwendbarkeit und dem geringen Schwierigkeitsgrad des Beckenbodentrainings erklärt, die nur geringe Überzeugung in die eigenen trainingsspezifischen Kompetenzen erforderte (Bandura, 1997). Dagegen hing die *Wiederherstellungselbstwirksamkeit* weder quer- noch längsschnittlich mit der dyadischen Planung zusammen. Wie erwartet profitierten Patienten mit Trainingsaussetzern sechs Monate nach der Operation von ihren Wiederherstellungselbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich der *Trainingsdauer*, nicht aber hinsichtlich der *Trainingsintensität*. Diese Überzeugungen von Patienten, die ihr Training im halben Jahr nach der Operation nicht unterbrechen mussten, hing dagegen nicht mit dem Beckenbodentraining zusammen. Zu keinem anderen Messzeitpunkten fanden sich quer- oder längsschnittliche Zusammenhänge der Wiederherstellungselbstwirksamkeit und des Beckenbodentrainings.

Bei der Berücksichtigung der *Handlungskontrolle* als Mediator zwischen der dyadischen Planung und dem Beckenbodentraining zwei Wochen nach der Operation zeigte sich erneut ein moderierter indirekter Effekt. Die dyadische Handlungs- und Bewältigungsplanung hing nur im dyadischen Setting mit der Handlungskontrolle zusammen, nicht aber im individuellen Setting. Dies wurde mit möglichen konfligierenden Zielstandards im individuellen Setting erklärt (Emmons & King, 1988), da hier voneinander abweichende individuelle und dyadische Pläne keine klaren Standards zur Selbstregulation ermöglichten. Im dyadischen Setting könnte u.a. die Übereinstimmung der Pläne in ihrer Funktion als Zielstandards sowie dyadisches Coping als Einbeziehung der Partnerin in die Handlungsregulation eine Rolle spielen. Längsschnittlich wurde der Zusammenhang der dyadischen Planung und der Handlungskontrolle nicht mehr moderiert. Unabhängig vom Planungssetting übten Patienten mit hoher Handlungskontrolle zwei Wochen nach der Operation und im Längsschnitt mehr Beckenbodentraining aus.

Zur Vorhersage der *Inkontinenz* durch das Beckenbodentraining wurden drei Maße, die eingeschätzte Inkontinenzmenge, der ICIQ-Index (Avery et al., 2004) und die Anzahl benötigter Vorlagen pro Tag, benutzt. Das frühe Beckenbodentraining sagte eine geringere Inkontinenzmenge zwei Wochen und sechs Monate nach der Operation vorher. Mit der

---

Vorlagenanzahl und dem ICIQ-Index stand das Beckenbodentraining zunächst nicht, zu späteren Messzeitpunkten positiv in Zusammenhang. Diese beiden Indikatoren spiegeln vor allem die subjektive Beeinträchtigung durch die Inkontinenz und das Hygieneverhalten wider und sind weniger beeinflussbar durch das Beckenbodentraining.

Zusammenfassend ließen sich indirekte Effekte der dyadischen Planungsintervention über die Anwendung der dyadischen Planung auf das Beckenbodentraining sowie auf die Inkontinenz feststellen. Als vermittelnde Prozesse, die den Zusammenhang zwischen der dyadischen Planung und dem Beckenbodentraining genauer spezifizierten, konnten die soziale Kontrolle zwei Wochen nach der Operation und die Handlungskontrolle zwei Wochen nach der Operation sowie im Längsschnitt identifiziert werden. Während die Handlungskontrolle längsschnittlich den Zusammenhang der angewendeten dyadischen Planung und des Beckenbodentrainings medierte, zeigten sich zwei Wochen nach der Operation moderierte Mediationen hinsichtlich der sozialen Kontrolle und der Handlungskontrolle, da die mediierten Zusammenhänge nur unter Berücksichtigung der beiden Planungssettings gezeigt werden konnten.

In der vorliegenden Studie wurde die dyadische Planung, d.h. die gemeinsame Planung der Änderung eines Gesundheitsverhaltens mit einem Partner untersucht. Indem explizit soziale Austauschprozesse berücksichtigt wurden, leistet diese Untersuchung einen weiteren Beitrag zur Aufklärung des Prozesses der Gesundheitsverhaltensänderung. Empfehlungen für präventive oder rehabilitative Interventionen zur Gesundheitsverhaltensänderung auszusprechen, ist zu diesem Zeitpunkt noch zu früh. So bleibt zu überprüfen, ob die mit der dyadischen Planung in Zusammenhang stehenden sozialen Prozesse eher distale Faktoren bei der Verhaltensvorhersage darstellen, die in erster Linie die proximalen individuellen Regulationsprozessen wie z.B. die Handlungskontrolle begünstigen, als sich direkt auf das Verhalten auszuwirken. Außerdem sollten in weiteren Studien die Effekte der dyadischen Planung z.B. an anderen Stichproben, hinsichtlich verschiedener Gesundheitsverhaltensweisen und unter Berücksichtigung verschiedener Zeitintervalle untersucht werden, um positive und negative Effekte der dyadischen Planung besser einschätzen zu können. Die Einbeziehung der zusätzlichen Expertise des Partners für die Vorbereitung, die Initiierung und die Aufrechterhaltung eines neuen Verhaltens ist möglicherweise nur für bestimmte Personengruppen notwendig. Über die Fragestellungen zur Gesundheitsverhaltensänderung hinaus könnten dyadische Planungsinterventionen auch im Kontext der dyadischen Krankheitsbewältigung (Bodenmann, 2000) eine Rolle spielen.