

1. EINLEITUNG

Die Aufnahme gesundheitsförderlichen Verhaltens wie regelmäßiger körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung oder Nichtrauchen geht mit der Aufgabe eines risikoreichen Verhaltens bzw. einer gesundheitsschädigenden Gewohnheit (z.B. körperliche Inaktivität, vitaminarme, zucker- und fettreiche Ernährung, Rauchen) einher. Bei der Erforschung einer solchen Verhaltensänderung wurde zunächst davon ausgegangen, dass von der Intention, das Verhalten ändern zu wollen, ohne weiteres auf das auszuführende Verhalten geschlossen werden kann (vgl. Sheeran, 2002). Patienten, die nach einer Erkrankungsdiagnose oder nach einer Operation ihr Verhalten ändern müssen, sind meistens zunächst motiviert, etwas zu verändern, werden aber im Alltag schnell von alten Gewohnheiten eingeholt. Im gesundheitspsychologischen Kontext gibt es eine Vielzahl von Studien, die die Verhaltensänderungen z.B. von gesunden Personen, von Herz-, orthopädischen oder Krebspatienten untersuchen. Patienten mit Prostatakrebs, die sich einer Prostatektomie, d.h. der vollständigen Entfernung der Prostata unterzogen, wurden hinsichtlich dieser Fragestellung noch nicht betrachtet. Aufgrund der operationsbedingten Harninkontinenz könnten Prostatektomiepatienten beispielsweise in der Klinik äußern, dass sie regelmäßig Beckenbodentraining ausführen wollen. Nachdem sie aus der Klinik entlassen wurden, könnte es ihnen in ihrem alltäglichen Umfeld aber schwer fallen, das Training regelmäßig durchzuführen. Nicht jeder, der eine Intention gebildet hat, muss das intendierte Verhalten auch regelmäßig ausführen. Im Gegensatz dazu ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass jemand der keine expliziten Vorsätze geäußert hat, trotzdem das Verhalten ausübt. Dadurch entsteht eine Lücke zwischen Intention und Verhalten (Sheeran, 2002). Um diese Intentions-Verhaltens-Lücke zu schließen müssen nicht motivationale, sondern volitionale Faktoren Berücksichtigung finden, die zwischen der Intention und dem Verhalten vermitteln. Solche Faktoren dienen der Selbstregulation, indem sie die Person befähigen, das intendierte Verhalten zu initiieren, zu kontrollieren und aufrechtzuerhalten. Selbstregulative Strategien umfassen u.a. die Planung des Verhaltens, die Handlungskontrolle zur Aufrechterhaltung des Verhaltens und Selbstwirksamkeitserwartungen, diese Strategien anwenden und das Verhalten ausführen und aufrechterhalten zu können.

Viele Verhaltensänderungen betreffen allerdings nicht nur das Individuum allein, sondern laufen im sozialen Kontext ab. Von der Erkrankung an Prostatakrebs sind nicht nur der

Patient, sondern auch seine Partnerin und seine Familie mitbetroffen. Über die Familienmitglieder hinaus spielen zudem Mitpatienten, Ärzte und Therapeuten eine wichtige Rolle bei der Behandlung und bei der Krankheitsbewältigung (Trasher, Campbell, & Oates, 2004). Ein Patient, dem gerade die Prostata entfernt wurde, muss nicht nur die Krebsdiagnose, sondern auch die Harninkontinenz als Operationsfolgen bewältigen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kehrt er in sein altes Umfeld zurück. Es ist zu erwarten, dass sich vieles in seinem Alltag verändert haben wird – z.B. die Ausübung des Berufes, die Rollenverteilung im Haushalt aufgrund eingeschränkter Leistungsfähigkeit oder die Sicht auf sich und die Welt im Allgemeinen. Diese Veränderungen betreffen nicht nur ihn, sondern auch seine Angehörigen, so dass auch die Ehefrau nicht weitermachen wird wie zuvor. Sie wird möglicherweise durch Hilfestellungen oder die Übernahme von Aufgaben den Patienten unterstützen und ihre eigenen Erwartungen, wie die Genesung unterstützt werden könnte, kundtun.

Die vorliegende Studie beleuchtet, wie sich das soziale Umfeld auf die Vorbereitung und Ausübung eines neuen Gesundheitsverhaltens im Sinne der Krankheitsbewältigung auswirkt. Dazu wird 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 (Burkert, Knoll, & Scholz, 2005). Im folgenden Kapitel werden mit Hilfe des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, *HAPA*; Schwarzer, 2002a, 2004) die an der Gesundheitsverhaltensänderung beteiligten motivationalen und volitionalen Faktoren betrachtet. Insbesondere wird dabei auf die Ausführungs- und Bewältigungsplanung als volitionale Planungsstrategien eingegangen (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2006), um darauf aufbauend das Konzept der dyadischen Planung vorzustellen. Die vorliegende Arbeit legt zwei Schwerpunkte, da das gemeinsame Aufstellen von Plänen noch wenig untersucht ist. Zum einen wird mit Hilfe eines experimentellen Planungsdesigns untersucht, inwiefern sich die Anleitung zum gemeinsamen Planen auf die selbständige Anwendung der dyadischen Planung sowie auf das geplante Beckenbodentraining auswirkt. Zum anderen werden als Wirkmechanismen der dyadischen Planung die verhaltensspezifische soziale Kontrolle und Unterstützung (Lewis & Rook, 1999) sowie die Handlungskontrolle (Carver & Scheier, 1981) und phasenspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen (Marlatt, Baer, & Quiley, 1995) betrachtet. Abschließend soll der Zusammenhang des Beckenbodentrainings und der Inkontinenz der Patienten beleuchtet werden, um die dyadische Planung und ihre Auswirkungen im Kontext der Gesundheitsverhaltensänderung und Krankheitsbewältigung zu diskutieren.