

6. DISKUSSION

In der vorliegenden Studie wurde die dyadische Planung als neues volitionales Konstrukt der Verhaltensänderung untersucht. Dazu wurde mit einer Stichprobe von Prostatektomiepatienten eine Interventionsstudie gemäß eines 2x2-Gruppen-Designs durchgeführt. In der Planungsintervention wurden die Studienteilnehmer angeleitet, dyadisch oder individuell Pläne zum Beckenbodentraining oder zur Ernährung aufzustellen. Die Ergebnisse zeigten Auswirkungen des Planinhalts auf die dyadische Planung der Patienten mit ihren Partnerinnen sowie des Planungssettings auf das regelmäßige Beckenbodentraining. Darüber hinaus konnten mit dem Blick auf potentielle Wirkmechanismen die soziale Kontrolle und die Handlungskontrolle als Vermittler zwischen dem gemeinsamen Planen und dem Beckenbodentraining im Sinne moderierter Mediationen gefunden werden. Abschließend wurden Zusammenhänge des Beckenbodentrainings und der Inkontinenz gezeigt. Diese Ergebnisse werden nachfolgend diskutiert und bewertet werden.

6.1 Dyadische Planung: Konzeptionalisierung und Validierung

Die vorliegende Arbeit untersucht das Konstrukt der dyadischen Planung. Bevor die Ergebnisse der Hypothesentestung diskutiert werden, wird in diesem Abschnitt die Konzeptionalisierung und Validierung des dyadischen Planungskonstrukts bewertet. Im gesundheitspsychologischen Kontext wurde zwar viel Forschung zur individuellen Planung betrieben (Gollwitzer, 1993; Orbell et al., 1997; Scholz et al., 2007; Sniehotta et al., 2006; Ziegelmann et al., 2006), aber kaum untersucht, welche Rolle es spielt, mit einem Partner gemeinsam die Veränderung bzw. Aufnahme eines Gesundheitsverhaltens zu planen (Burkert et al., 2005; Prestwich et al., 2005). In der vorliegenden Studie wurden die Patienten zum einen in einer Planungsintervention zum dyadischen Planen angeleitet (s.u.), zum anderen wurde die selbständige dyadische Planung im Fragebogen psychometrisch abgefragt.

Inhaltsvalidität. Zur Validierung dieser psychometrischen Skalen wurde zunächst die Inhaltsvalidität überprüft. Die Items entsprachen inhaltlich den bereits publizierten Items zur individuellen Planung körperlicher Aktivität (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005) adaptiert auf das Beckenbodentraining, der Stamm spezifizierte dagegen, „gemeinsam“ mit der

Partnerin geplant zu haben. Die vier Items zur dyadischen Handlungsplanung und die fünf Items zur dyadischen Bewältigungsplanung definierten die beiden Konstrukte hinreichend genau (Fissini, 2004). Allerdings wurden die Items sehr abstrakt formuliert, indem keine beispielhaften Situationen und Strategien abgefragt wurden, sondern allgemeinere Formulierungen wie z.B. „...was ich tue, wenn einmal etwas dazwischen kommt“ genutzt wurden. Da die Literatur zur Ausführungsplanung gezeigt hat, dass geplantes Verhalten umso besser initiiert werden kann, je konkreter die Pläne sind, liegt in den abstrakt gehaltenen Items zur Handlungs- und Bewältigungsplanung die Gefahr, dass der tatsächliche Zusammenhang zwischen Planung und Verhalten fehleingeschätzt wird. Von Vorteil ist dagegen, dass die Items ohne konkrete Situationen (z.B. „um 8 Uhr nach dem Frühstück“ oder „Gäste zum Zeitpunkt des geplanten Trainings“) die Zustimmung zu den Aussagen trotz unterschiedlicher individueller Vorsätze, Hindernisse und Strategien ermöglichen und damit ein sparsames, kurzes Instrument zur Erfassung der selbständigen Bewältigungsplanung darstellen.

Konstruktvalidität. Für die weitere Konstruktvalidierung wurde zunächst eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, um zu überprüfen, ob die Items zur dyadischen und individuellen Handlungs- und Bewältigungsplanung auf verschiedene Faktoren laden und damit als Indikatoren verschiedener Dimensionen angesehen werden können (Fissini, 2004). Analysiert wurden vor allem die Angaben zum Messzeitpunkt zwei Wochen nach der Operation, da zu diesem Messzeitpunkt die Patienten in der Planungsintervention das Planen als Strategie kennen gelernt hatten, d.h. das Merkmal auch auf die Probanden zutrifft (Fissini, 2004). Das Ergebnis zeigte zwar eine gute Trennung von individueller Handlungs- und Bewältigungsplanung sowie dyadischer Planung, doch luden alle Items zur dyadischen Planung auf einen Faktor. Dies war auch zu den späteren Messzeitpunkten drei und sechs Monate nach der Operation der Fall. Der Anteil gemeinsamer Varianz zwischen dyadischer Handlungs- und Bewältigungsplanung blieb mit etwa 67% auch zum Messzeitpunkt sechs Monate nach der Operation sehr hoch.

Eine Erklärung dafür, dass sich die dyadischen Planungsskalen im Gegensatz zu den beiden individuellen Planungsskalen faktorenanalytisch nicht trennen ließen, kann inhaltlich gesucht werden. Es wäre anzunehmen, dass ein individuell planender Patient sich zunächst mit der Vorbereitung des auszuführenden Verhaltens beschäftigt, d.h. mit der Handlungsplanung. Erst nachdem die ersten Schritte bekannt sind, wird über vermeintliche Hindernisse und ihre Bewältigung nachgedacht, was zu einer klaren Trennung zwischen der Handlungs- und Bewältigungsplanung führen könnte. Wird dagegen dyadisch geplant, stehen doppelt so

viele kognitive Kapazitäten sowie Wissen über alltägliche Herausforderungen zur Verfügung, die sowohl vom Patienten als auch von der Partnerin eingebracht werden, so dass im Sinne des gemeinsamen und supportiven dyadischen Copings Handlungs- und Bewältigungsplanung zusammenfallen (Bodenmann, 2000).

Die zwei dyadischen Planungsskalen wurden dennoch getrennt betrachtet. Dies ist mit den unterschiedlich starken Zusammenhängen der beiden Skalen mit der ebenfalls volitionalen Handlungskontrolle und sozialen Konstrukten zu begründen, vor allem aber mit theoretischen Annahmen. So werden der Handlungs- und Bewältigungsplanung unterschiedliche Funktionen während der Verhaltensänderung zugeschrieben. Die Handlungsplanung dient in erster Linie der Verhaltensinitiierung, während die Bewältigungsplanung die Verhaltensaufrechterhaltung unterstützt (Sniehotta, Schwarzer et al., 2005).

Mit Hilfe von nomologischen Netzwerken lässt sich weiterhin die Konstruktvalidität der dyadischen Planungsskalen überprüfen (Fissini, 2004). So wurden Korrelationen zu motivationalen, volitionalen und sozialen Konstrukten in der Annahme berechnet, dass die dyadische Planung als volitionales Konstrukt mit den motivationalen Variablen eher gering assoziiert ist. Die motivationalen Variablen dienen der Intentionsbildung und sollten sich wenig auf die Volitionsphase auswirken. Dies bestätigten die niedrigen Korrelationen der dyadischen Planungsskalen mit der Risikowahrnehmung sowie den Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Mit der proximalen, d.h. zuvor gebildeten Intention und der motivationalen Selbstwirksamkeit zeigten sich dagegen die erwarteten höheren Zusammenhänge. Die dyadische Handlungsplanung hing mit der ebenfalls volitionalen Handlungskontrolle zusammen. Die dyadische Bewältigungsplanung war aber noch nicht mit der Handlungskontrolle zwei Wochen nach der Operation assoziiert. Dieser Befund überrascht nicht, da die Patienten zu diesem Messzeitpunkt noch am Anfang des Verhaltensänderungsprozesses stehen. Der Zusammenhang von dyadischer Handlungsplanung und Handlungskontrolle kann damit erklärt werden, dass durch die Planung die für die Aufnahme des Trainings wichtigen Standards festgelegt wurden, wodurch die Selbstregulation zur Zielerreichung unterstützt wird (Carver & Scheier, 1981). Die dyadische Planung war wider Erwarten nicht hoch mit den Selbstwirksamkeitserwartungen der Volitionsphase, der Aufrechterhaltungs- und Wiederherstellungselbstwirksamkeit, zwei Wochen nach der Operation korreliert. Dies wird damit erklärt, dass die Patienten in der Vorgeschichte noch keine Erfahrungen mit dem Beckenbodentraining gemacht hatten. Durch Banduras sozial kognitive Theorie („mastery experiences“) sowie durch die hohe Korrelation zwischen der Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit der dyadischen Planung zu späteren Messzeitpunkten in dieser Studie (s.

Anhang F) wird die Annahme gestützt, dass zunächst Erfahrungen für den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen notwendig sind. Allerdings hingen die individuellen Planungsskalen mit den beiden phasenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen bereits zu früheren Messzeitpunkten zusammen (s. Anhang F). Dies gibt einen Hinweis darauf, dass die dyadische Planung nicht allein durch handlungsleitende Kognitionen, sondern auch durch andere soziale Prozesse charakterisiert wird. So wurden hohe Zusammenhänge zu den sozialen Konstrukten, die sich auf die Interaktion innerhalb der Dyade Patient-Partnerin beziehen, d.h. zur sozialen Kontrolle und Unterstützung erwartet. Es konnten tatsächlich mittlere bis hohe Korrelationen gefunden werden. Beide dyadischen Planungsskalen korrelierten zu allen Messzeitpunkten mit der sozialen Unterstützung als eher positive und der sozialen Kontrolle als eher negative Interaktionsformen, während die beiden sozialen Konstrukte zur individuellen Planung geringere oder keine Zusammenhänge aufwiesen (s. Anhang F). Die Korrelationen der dyadischen Planung stehen größtenteils in Übereinstimmung zu Ergebnissen zur dyadischen Planung der Raucherentwöhnung (Burkert et al., 2005) sowie zur individuellen Planung vor dem Hintergrund des HAPA-Modells (z.B. Ziegelmann & Lippke, 2007) und spiegeln darüber hinaus soziale Aspekte wider.

Differentielle Validität. Im Sinne der differentiellen Validität zeigte sich nur ein Unterschied zwischen verschiedenen Personengruppen: Die dyadische Bewältigungsplanung wurde von Patienten mit höherer Schulausbildung, d.h. mit Abitur oder Fachhochschulreife, seltener angewandt. Dieser Effekt war aber sehr klein. Patienten mit höherer Schulbildung scheinen eher individuelle Bewältigungsressourcen einzusetzen, bevor sie Hilfe von anderen mobilisieren. In Studien konnte gezeigt werden, dass mit einer höheren Schulbildung eher aktive problemorientierte Bewältigungsstrategien sowie Konkurrenzverhalten einhergingen (Drageset & Lindström, 2005; Lever, Pinol, & Uralde, 2005). Die Moderationen bzw. Gruppenunterschiede in den Mediationsmodellen, die an späterer Stelle diskutiert werden (s. Abschnitt 6.3.2 und 6.4), deuten ebenfalls auf differentielle Validität der psychometrisch gemessenen dyadischen Planung hin.

Zusammengefasst weisen diese Ergebnisse auf eine valide Erfassung der dyadischen Planung hin.

6.2 Planungsintervention

Bevor die Auswirkungen der dyadischen Planungsintervention auf die Anwendung dyadischer Planung im Sinne des Treatmentchecks und auf das Beckenbodentraining diskutiert werden, wird zunächst auf methodische Aspekte des Interventionsdesigns eingegangen.

6.2.1 Interventionsdesign und dessen Evaluation

In der gesundheitspsychologischen Literatur werden Theorie-basierte Interventionen zur Unterstützung der Gesundheitsverhaltensänderung gefordert, da aus bestehenden Theorien klare Hypothesen zu den Mechanismen der Verhaltensänderung abgeleitet und diese mit Hilfe experimenteller Designs überprüft werden sollen (Michie & Abraham, 2004). Dies geschieht mit dem Ziel, durch die Koppelung an eine bestehende valide Theorie evaluierte Interventionsbausteine in verschiedenen Kontexten und auf unterschiedliche Gesundheitsverhaltensweisen anwenden zu können. In der vorliegenden Arbeit wurde das HAPA-Modell (Schwarzer, 2004) herangezogen, um die dyadische Planungsintervention theoretisch einzubetten. Dabei wurde vor allem der volitionale Teil des Modells und die zugrunde liegenden Annahmen über Planungs- und selbstregulative Prozesse zur Überbrückung der Intention-Verhaltens-Lücke betrachtet, da die Intentionen zur Ausführung des Beckenbodentrainings in der vorliegenden Stichprobe bereits sehr hoch ausgeprägt waren (s. Anhang C). In der vorliegenden Studie wurde die in der Theorie genannte individuelle Planung durch die dyadische Planung als überbrückender Faktor zwischen Intention und Verhalten ersetzt. Um die Wirkweise der dyadischen Planung zu analysieren wurden zusätzliche Faktoren betrachtet. Für einen Vergleich wurde aber auch die individuelle und dyadische Planung in Konkurrenz bei der Vorhersage des Beckenbodentrainings überprüft. Nicht getestet wurde dagegen das gesamte HAPA-Modell unter Berücksichtigung der dyadischen Planung.

Zur gezielten Veränderung von Verhalten steht eine Vielzahl von evaluierten Techniken zur Verfügung. Die theoriebasierte Planungsintervention dieser Studie beinhaltet fünf Verhaltensänderungstechniken (Abraham & Michie, 2008):

- (a) Informationen über den Zusammenhang von Beckenbodentraining bzw. gesunder Ernährung und der Gesundheit nach Prostatakrebs,
- (b) die konkrete Zielsetzung bzw. Planung des Verhaltens im Sinne der Handlungsplanung mit Hilfe konkreter Instruktionen im Planungsheft,
- (c) die Identifikation von Barrieren sowie

(d) die Rückfallprävention im Sinne der Bewältigungsplanung mit Hilfe konkreter Instruktionen im Planungsheft,

(e) soziale Unterstützung und sozialer Austausch aufgrund des dyadischen Vorgehens.

Allen Patienten und Partnerin wurden die Informationen zum Verhaltens-Gesundheits-Zusammenhang (a) zu Beginn der Intervention vermittelt. Die Informationen dienten als Basis für die Intervention. Ihr Effekt konnte mit Hilfe des vorliegenden Designs nicht überprüft werden. In allen Interventionsgruppen sollten Handlungs- und Bewältigungspläne (b – d) aufgestellt werden, weil hier die inhaltlichen Aspekte, welches Verhalten geplant wurde, evaluiert werden sollten (*Planinhalt*). Die Aktivierung des sozialen Austausches (e) sollte mit Hilfe der dyadischen Planungsintervention erzielt werden und kann im Vergleich zum individuellen Setting, in dem der Patient allein plante, evaluiert werden (*Planungssetting*). Zusammengefasst hat das konzipierte 2x2-Gruppen-Design, in dem ein Kontrollverhalten sowie unterschiedliche Planungsformen getestet wurden, den Vorteil, nicht nur gruppen-spezifische Eigenschaften zu untersuchen, sondern auch die beiden Haupteffekte des Planinhalts und des Planungssettings gegeneinander abzuwägen. Eine Kontrollgruppe, in der gar nicht geplant wurde, wurde dazu nicht benötigt.

Die Studienteilnehmer wurden randomisiert den Gruppen zugeordnet. Baseline-Unterschiede traten dennoch hinsichtlich der motivationalen Selbstwirksamkeit auf. Aufgrund der konservativen Testung können ebenfalls Unterschiede in der negativen sozialen Kontrolle und der Operationstechnik nicht vollständig ausgeschlossen werden, sie zeigten allerdings keinen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse. Vor diesem Hintergrund können Störeinflüsse bzw. Verzerrungen der Ergebnisse weitgehend vernachlässigt werden, so dass von kausalen Einflüssen der Planungsintervention auf die folgenden Prozesse ausgegangen werden kann. Das längsschnittliche prä-post-Design, d.h. Baselinemessungen vor der Intervention und Nacherhebung zwei Wochen, drei und sechs Monate nach der Operation, in denen die relevanten Prädiktoren und Kriterien erfasst und ihre Veränderungen überprüft wurden, entspricht den allgemein geltenden Anforderungen an Interventionsstudien (Oakley et al., 1995).

Mit Hilfe des pfadanalytischen Mediationsmodells wurde aber nicht allein der Effekt der Intervention auf das Verhalten überprüft, sondern ebenfalls die durch die Intervention veränderten Kognitionen und Prozesse berücksichtigt, durch die – entsprechend der theoretischen Annahmen – die Verhaltensänderung unterstützt werden sollte (MacKinnon, Krull, & Lockwood, 2000). Entsprechend der Annahmen des HAPA-Modells, dass die Verhaltensänderung durch die Planung des Verhaltens begünstigt wird, wurde die Planung

auch als Variable im Modell spezifiziert (vgl. Michie & Abraham, 2004). Das gewählte pfadanalytische Zwei-Gruppen-Modell ermöglichte die Analyse zweier Aspekte:

- (a) den Effekt der Anleitung zur Planung auf die selbständige Planung (*Planinhalt*),
- (b) diesen und weitere Effekte auf das Verhalten im Settingunterschied (*Planungssetting*).

6.2.2 Treatmentcheck zur selbständigen dyadischen Planung

Zur Überprüfung der Effektivität der Planungsintervention wurde den Analysen der Planungsintervention ein Treatmentcheck vorangestellt. In den Hypothesen 1.1.1 und 1.1.2 wurden die Erwartungen formuliert, dass in der Gruppe zur dyadischen Beckenbodentrainingsplanung die stärkste Steigerung der dyadischen Handlungs- und Bewältigungsplanung des Trainings erzielt werden könnte. Gefunden wurde, dass diejenigen, die zur Aufstellung von Beckenbodentrainingsplänen angeleitet wurden, die selbständige Anwendung der dyadischen Planung tatsächlich steigerten. Die stärkste Steigerung bis zwei Wochen nach der Operation, die sich bei den dyadisch zur Planung des Beckenbodentrainings angeleiteten Teilnehmern zwar deskriptiv zeigte (s. Abbildungen 5.1, 5.3), war aber nicht statistisch bedeutsam. Damit konnten die Hypothesen 1.1.1 und 1.1.2 nur teilweise bestätigt werden.

Um entsprechend der Hypothesen 1.2.1 und 1.2.2 herauszufinden, ob sich die Studienteilnehmer nach einem Viertel- und halben Jahr in der selbständigen dyadischen Planung angeglichen hatten, wurde die Nullhypothese gleicher Werte überprüft. Um die Gefahr eines β -Fehlers zu reduzieren, wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = .20$ heraufgesetzt. Zwar näherten sich die Gruppen im Laufe des halben Jahres tatsächlich einander an, doch blieben Diskrepanzen mit $p < .20$, die nicht erlaubten, gesichert von gleicher Anwendung auszugehen. Vor allem die Patienten der dyadisch die Ernährung planenden Gruppe wendeten über die gesamte Zeit die Planungsstrategien in vergleichsweise geringem Maße an.

Methodische Erwägungen. Als eine methodische Erklärung dafür, dass die Steigerung der dyadischen Planung von zur dyadischen Trainingsplanung angeleiteten Patienten bis zwei Wochen nach der Operation nicht signifikant wurde, kann das Problem der „Methodenvarianz“ in Betracht gezogen werden. Dies wäre der Fall, wenn die zur Trainingsplanung angeleiteten Patienten in ihrem Antwortverhalten lediglich durch das Wiedererkennen des Begriffs „Beckenbodentraining“ beeinflusst wurden, anstatt ihre Antwort nach dem tatsächlichen gemeinsamen Planen zu richten. Dagegen spricht aber, dass die Fragebogen zwei Skalenblöcke zur Erfassung der individuellen und dyadischen Planung enthielten. Diese waren auf einer Seite aufgeführt, wodurch die inhaltliche Unterscheidung für die Patienten

erleichtert werden sollte. Außerdem zeigte sich kein Zeiteffekt für das Planungssetting. Entsprechend der Überlegungen zur Methodenvarianz wäre zu erwarten gewesen, dass auch die im Planungsheft sowie bei der Nachbefragung im Fragebogen zu lesende Instruktion „gemeinsam mit der Partnerin“ einen solchen Effekt bewirken müsste, so dass in der dyadisch das Ernährungsverhalten planenden Gruppe ebenfalls mehr dyadische Planung angewandt oder berichtet worden sein müsste. Gruppenunterschiede hinsichtlich der Katheterisierung und des daraus folgenden zurückhaltenden Beckenbodentrainings konnten ebenfalls kein Grund sein, da die noch katheterisierten Patienten über alle Gruppen gleich verteilt waren und die Katheterisierung nicht mit der dyadischen Handlungs- und Bewältigungsplanung zwei Wochen nach der Operation in Zusammenhang stand.

Treatmentcheck – Inhaltliche Erwägungen. Plausibler erscheinen die folgenden inhaltlichen Überlegungen: Indem die Patienten gemeinsam mit ihren Partnerinnen an der Studie teilnahmen, bildeten sie eine Dyade zur Krankheitsbewältigung. Zusätzlich waren die Patienten hoch motiviert zu trainieren. Diese beiden Umstände könnten gemeinsam dazu geführt haben, dass die Aufmerksamkeitsausrichtung auf das Training durch die Aufstellung von Beckenbodentrainingsplänen die weitere gemeinsame Planung begünstigte. Diese Erklärung wird zusätzlich durch den Messzeitpunkt der ersten Nachbefragung begünstigt. Die Überprüfung, ob durch die Anleitungen mit Hilfe der Planungshefte in der Planungsintervention spezifische Planungskompetenzen erworben wurden, erfolgte erst etwa eine Woche nach der Intervention. Aufgrund der minimal-invasiven Operationstechnik und der *fast-track*-Behandlung (Gralla et al., 2007) war es den Patienten möglich, die Klinik wenige Tage nach der Operation zu verlassen. Es ist anzunehmen, dass innerhalb der ersten Woche nach der Entlassung aus der Klinik, d.h. zwischen Planungsintervention und Messung, die Patienten und ihre Partnerinnen gefordert waren, sich mit den Operationsfolgen wie z.B. der Harninkontinenz in ihrem Alltag zurechtzufinden. Die dyadische Planung des Beckenbodentrainings in den zur Trainingsplanung angeleiteten Gruppen könnte durch gemeinsame Bewältigungsbemühungen begünstigt worden sein. Im Austausch mit ihren Partnerinnen könnten sich die Patienten auf die Initiierung des Beckenbodentrainings vorbereitet haben. Unabhängig von der gemeinsamen oder alleinigen Planung während der Intervention würde dann die Aufmerksamkeitsausrichtung sowie die gemeinsamen Bewältigungsversuche im Sinne des dyadischen Copings (Bodenmann, 2000) den Haupteffekt erklären.

6.2.3 Soziale und sozial-kognitive Konstrukte nach der Planungsintervention

Unabhängig von ihrer Funktion als potentielle Mediatoren wurde untersucht, ob die Ausprägungen der sozialen Unterstützung und Kontrolle, der phasenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen und der Handlungskontrolle von der Teilnahme an der Planungsintervention abhängen.

Ausprägung der trainingspezifischen Unterstützung. Die Prostatektomiepatienten berichteten zu allen Messzeitpunkten nach der Intervention hinsichtlich des Beckenbodentrainings mäßig unterstützt worden zu sein (s. Anhang C). Die mäßige Unterstützung während der Phase der Verhaltensinitiierung in allen Interventionsgruppen steht im Einklang mit handschriftlichen Anmerkungen einiger Partnerinnen in den Fragebogen, dass die Patienten das Beckenbodentraining selbständig ausführten und wenig von den Partnerinnen unterstützt werden mussten. Erst ein halbes Jahr nach der Operation unterschieden sich die Patienten der vier Interventionsgruppen in der erhaltenen Beckenbodentraining-spezifischen Unterstützung. Diejenigen, die während der Intervention zur dyadischen Planung des Beckenbodentrainings angeleitet wurden, erhielten zu diesem Zeitpunkt noch mehr Unterstützung. Aufgrund dieser Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass dyadische Planung eine günstige Wirkung auf die verhaltensspezifischen sozialen Austausch- und Unterstützungsprozesse hat.

Ausprägung der trainingspezifischen sozialen Kontrolle. In der untersuchten Stichprobe wurden negative Kontrollversuche der Partnerin in nur sehr geringem Ausmaß vom Patienten berichtet (s. Anhang C). Erst nach drei und sechs Monaten zeigen sich Gruppenunterschiede: Nach der individuellen oder dyadischen Aufstellung von Beckenbodentrainingsplänen wurde mehr trainingspezifische Kontrolle ausgeübt. Die Befunde in der Literatur zum Vorkommen sozialer Kontrolle sind inkonsistent. So soll soziale Kontrolle im Allgemeinen vor allem in jungen Ehen auftreten, dagegen die speziell *gesundheitsbezogene* soziale Kontrolle häufiger in länger bestehenden und zufriedenen Beziehungen (Lewis, Butterfiels, Darbes, & Johnston-Brooks, 2004). Die geringe soziale Kontrolle in dieser Stichprobe, in der die Prostatektomiepatienten und ihre Partnerinnen schon länger zusammenlebten, ließe sich mit diesen Befunden teilweise erklären. Die geringe soziale Kontrolle steht darüber hinaus in Übereinstimmung mit Befunden, nach denen soziale Kontrolle seltener ausgeübt wird, wenn ein Verhalten neu initiiert werden muss, sondern eher, wenn das Verhalten zu unterlassen ist (Lewis & Rook, 1999). Außerdem wird soziale Kontrolle vor allem dann beobachtet, wenn der Verhaltensänderungsprozess schon eine Weile andauert (Butterfield & Lewis, 2002). Eine

weitere Erklärung dafür, dass drei und sechs Monate nach der Operation in den Beckenbodentrainingsgruppen mehr soziale Kontrolle ausgeübt wurde als in den Ernährungsgruppen, ist die durch die Planungsintervention beeinflusste Aufmerksamkeitsausrichtung. Allein die Planung des Beckenbodentrainings lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten und mit der Zeit auch der Partnerin auf die antizipierten Hindernisse. Aufgrund der Sorge der Partnerin, dass es zu Trainingsaussetzern kommen könnte, wird der Patient während der Aufrechterhaltungsphase des Trainings stärker kontrolliert (Butterfield & Lewis, 2002).

Ausprägungen der phasenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Kompetenzerwartungen waren zu allen Messzeitpunkten hoch ausgeprägt (s. Anhang C). Es zeigten sich keine Unterschiede in den Ausprägungen der beiden Überzeugungen der vier Gruppen. Dieses hohe Zutrauen zu den eigenen Kompetenzen bei der Überwindung schwieriger Situationen ist in der Literatur vor allem für Männer bekannt. So ergab beispielsweise eine Untersuchung zur körperlichen Aktivität nach einer Herzerkrankung, dass männliche Rehabilitationspatienten im Gegensatz zu weiblichen höhere Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich der Überwindung von Barrieren berichteten (Blanchard, Rodgers, Courneya, Daub, & Knapik, 2002). Zur Ausführung des Beckenbodentrainings berichteten allerdings auch Frauen hohe motivationale und Aufrechterhaltungselbstwirksamkeit (Messer et al., 2007). Diese Befunde sprechen dafür, dass das Beckenbodentraining zum einen eine hohe Bedeutung für die Patienten besitzt und zum anderen einfach durchzuführen ist.

Ausprägung der Handlungskontrolle. Die Handlungskontrolle war bei den Prostatektomiepatienten der vorliegenden Studie sehr hoch ausgeprägt (s. Anhang C). Doch erst sechs Monate nach der Operation unterschieden sich die Interventionsgruppen derart, dass die Patienten, die dyadisch zur Aufstellung von Beckenbodentrainingsplänen angeleitet wurden, die meiste Handlungskontrolle berichteten. In der Literatur werden negative Feedbackschleifen angenommen, die der Handlungskontrolle dienen, indem tatsächliches Verhalten mit Zielvorgaben oder Standards verglichen wird und Regulationsbemühungen eingesetzt werden, um die Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen und erwünschten Zustand zu minimieren (Carver & Scheier, 2002). Die Standards, an denen das eigene Verhalten gemessen werden soll, bilden die Grundlage jeglicher Selbstregulation (Carver & Scheier, 1981). Mit Hilfe von Handlungsplänen können Standards expliziert werden (Gollwitzer, 1993; Sniehotta, Nagy et al., 2006). Zudem ist auch bekannt, dass durch Bewältigungsplanung Strategien für die Antizipation von Hindernissen und für die Selbstregulation bereitgelegt werden können

(Sniehotta, Schwarzer et al., 2005). In der vorliegenden Studie wurden diese Annahmen durch die hohen Zusammenhänge der individuellen Planungsindikatoren und der Handlungskontrolle bestätigt (s. Anhang F). Dagegen gibt es verhältnismäßig wenig Literatur zum Zusammenhang sozialer Prozesse und Handlungskontrolle, beispielsweise zur indirekten Auswirkung sozialer Kontrolle auf die eigene Handlungsregulation (Umberson, 1987). Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kann angenommen werden, dass die dyadische Planung langfristig die individuelle Handlungsregulation begünstigt.

6.3 Beckenbodentraining nach der Planungsintervention

6.3.1 Direkter Effekt der Planungsintervention auf das Beckenbodentraining

Obwohl die Planungsintervention auf die Veränderung der selbständigen dyadischen Planung ausgerichtet war, wurde auch ein möglicher *direkter* Effekt der Planungsintervention auf das Beckenbodentraining zwei Wochen nach der Operation überprüft. Bei der Vorhersage der wöchentlichen Trainingsdauer und Trainingsintensität zeigten sich keine spezifischen Auswirkungen der vier Gruppen oder des Planinhalts, wohl aber ein Unterschied hinsichtlich des Planungssetting auf das Beckenbodentraining. Patienten, die dyadisch zu planen angeleitet wurden, übten zwei Wochen nach der Operation mehr Beckenbodentraining aus. Werden die wöchentlichen Trainingsdauern bei Patienten, die keinen Katheter mehr trugen, deskriptiv betrachtet, lagen Patienten der Gruppe zur dyadischen Ernährungsplanung mit durchschnittlich 229 Minuten als einzige Gruppe über dem von den Physiotherapeuten empfohlenen Wert von dreimal zehn Minuten pro Tag (210 Minuten), die zur dyadischen Trainingsplanung angeleitete Patienten blieben mit 193 Minuten nur leicht darunter. Die zur individuellen Trainings- und Ernährungsplanung angeleiteten Patienten konnten dagegen das Kriterium mit durchschnittlich 165 Minuten bzw. 176 Minuten nicht erreichen.

Settingunterschiede im Beckenbodentraining – Inhaltliche Erwägungen. Das ausdauernde Training im dyadischen Setting zwei Wochen nach der Operation kann mehrere Gründe haben: Zufällige Gruppenunterschiede in der Katheterisierung konnten für diesen Unterschied nicht verantwortlich gemacht werden, da – wie berichtet – die Anzahl noch katheterisierter Patienten über die Interventionsgruppen gleich war. Vielmehr stellten die Prostatektomiepatienten, die nach der Operation unter starker Inkontinenz litten (vgl. Abschnitt 5.5), eine hochmotivierte Stichprobe (s. Anhang C) dar. Mit Hilfe des ihnen empfohlenen Beckenbodentrainings wollten sie etwas gegen die Inkontinenz tun. Patienten, die gemeinsam

mit ihren Partnerinnen geplant hatten, führten das Training in einem Umfeld aus, in dem zunächst die Aufmerksamkeit des Patienten, bald aber auch der Partnerin auf das Gesundheitsverhalten fokussiert war und blieb. Befunde zur Auswirkung von Änderungen einer Verhaltensweise auf andere Verhaltensbereiche könnten ebenfalls als Erklärung herangezogen werden. So könnte eine hohe Compliance zur Verhaltensaussführung in einem Bereich auch die Erreichung anderer Verhaltensziele unterstützen (Persky et al., 2005). Entsprechend könnte sich auch die dyadische Planung des Ernährungsverhaltens günstig auf die Ausführung des Beckenbodentrainings in einem sozialen Umfeld auswirken, dass durch die Beobachtung und durch den Einfluss der Partnerin charakterisiert ist. Auch im Ernährungsverhalten zeigten sich keine gruppenspezifischen Veränderungen (s. Anhang M), so dass auch hier Transfereffekte anzunehmen sind. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich in die Literatur einreihen, dass spezielle Techniken der Gesundheitsverhaltensänderung nicht nur einen, sondern verschiedene Gesundheitsindizes beeinflussen, so dass die Effektivität der Techniken bei der Betrachtung nur eines Verhaltens unterschätzt werden kann (Michie & Abrahams, 2004). In weiterführenden Studien sollte deshalb als Alternativtreatment kein Gesundheitsverhalten geplant werden, um solche Transfereffekte ausschließen zu können. Die Ergebnisse, dass im dyadischen Planungssetting mehr Beckenbodentraining betrieben wurde, ähneln zudem den Befunden zum „*collaborative planning*“ (Prestwich et al., 2005). Die gemeinsame Planung und die gemeinsame Verhaltensaussübung unterstützten die Umsetzung der Pläne in Verhalten. Aus der Studie von Prestwich und Kollegen ging aber nicht hervor, ob dieser förderliche Effekt auf das gemeinsame Planen oder auf die gemeinsame Ausführung des Verhaltens zurückzuführen war.

Im Weiteren gilt es zu erklären, weshalb diejenigen, die zur Trainingsplanung angeleitet wurden, die selbständige dyadische Planung zwar stärker nutzten, jedoch im Gruppenvergleich nicht mehr trainierten. Möglicherweise war die Planung nur eine von mehreren Strategien, die von den Patienten zur Verhaltensinitiierung angewendet wurden (s. Abschnitt 6.3.1).

Das Beckenbodentraining wurde nicht nur zwei Wochen, sondern auch drei und sechs Monate nach der Operation erfasst. Da es typischerweise eine gewisse Zeit dauert, bis Gesundheitsverhaltensweisen initiiert werden (Lewis & Rook, 1999; Prochaska, 1996) und das Beckenbodentraining, um effektiv zu sein, regelmäßig ausgeführt und aufrechterhalten werden muss, waren diese späteren Termine für die Abbildung des Veränderungsprozesses wichtig.

Hinsichtlich der langfristigen Effekte der Planungsintervention auf das Beckenbodentraining sechs Monate nach der Operation zeigten sich Wechselwirkungen zwischen der

Intervention und dem Ort des Ausfüllens des Planungshefts. Patienten aller Interventionsgruppen, die noch in der Klinik geplant hatten, führten im Vergleich zu denjenigen, die das Planungsheft nicht in der Klinik ausfüllten, sechs Monate später weniger Training aus. Sechs Monate nach der Operation hielten in der Substichprobe derjenigen, die erst nach dem Verlassen der Klinik die Planungshefte bearbeiteten, vor allem die zur individuellen Trainingsplanung angeleiteten Patienten das ausdauernde Training noch aufrecht. Altersunterschiede, Unterschiede in der Inkontinenzstärke, in der Anzahl generierter Pläne oder der Selbstregulation konnten keine Erklärungen für diese Effekte liefern. Zukünftige Untersuchungen sollten daher den Ort und die Umstände der Planungsheftbearbeitung isoliert variieren und so genauer untersuchen.

Settingunterschiede im Beckenbodentraining – Methodische Erwägungen. Der Bericht der Verhaltensänderungen kann potentiell aus vier Komponenten bestehen, wobei nur durch *eine* die Veränderung des tatsächlichen Verhaltens widerspiegelt wird, nämlich durch (a) die α -Veränderung. Dagegen können (b) die β -Veränderung, die auf eine Rekalibrierung der Messdimensionen durch den Studienteilnehmer, d.h. auf sein Antwortverhalten zurückzuführen ist, (c) die γ -Veränderung, bei der sich die vom Studienteilnehmer an das Verhalten gesetzten Maßstäbe verändern und (d) die soziale Erwünschtheit zu Verzerrungen der berichteten Verhaltensmaße führen (Michie & Abraham, 2004). Aus diesem Grund wird eine objektive Erfassung des Verhaltens empfohlen, die am ehesten Informationen über die Effektivität der Intervention liefert (Michie & Abraham, 2004). In der bereits erwähnten Studie von Orbell und Kollegen (1997) wurden ebenfalls keine Interventioneffekte auf die selbstberichteten Trainingszeiten gefunden, lediglich auf Indikatoren der körperlichen Fitness. Dennoch erfolgte die Erfassung des Beckenbodentrainings in der vorliegenden Studie über Selbstberichte der Patienten. Da wenig Kontakt zwischen Studienteilnehmern und Studienleitung bestand und den Teilnehmern versichert wurde, dass die Daten anonym ausgewertet werden, bestand jedoch kaum ein Grund für falsche Angaben (Westmaas, Wild, & Ferrence, 2002). Zudem werden Gesundheitsverhaltensänderungen in vielen Studien mit Selbstberichtsdaten gemessen, da Verhalten nicht immer direkt beobachtbar ist (Persky et al., 2005). Diese Argumente treffen teilweise auch auf das Beckenbodentraining zu. So wurde von Fremdbereichten durch die Partnerinnen abgesehen, weil diese die wahre Trainingsdauer unterschätzen würden. Da das Training in jeder Situation (z.B. im Sitzen oder beim Autofahren) durchgeführt werden kann, und nur bei einigen Übungen unterstützende Ausrüstung wie Trainingsmatten oder Handtuchrollen verwendet werden müssen, wären nur

die letztgenannten Übungen durch die Partnerin beobachtbar. Zudem führt die flexible Anwendung des Trainings zu einer hohen Variabilität der Trainingsdauer. Zusätzlich wurden die Patienten instruiert, die Pläne so aufzustellen, dass sie ohne die Anwesenheit der Partnerin ausgeführt werden konnten. Objektive Daten zum Training der Beckenbodenmuskulatur wären z.B. durch kontinuierliche Biofeedback-Aufzeichnungen, d.h. Messungen der Muskelanspannung möglich (Vahlensieck, 2008; Wille et al., 2003). Sie stellen aber lediglich Momentaufnahmen des Trainings da. Auf die Durchführung von so genannten Vorlagen- bzw. Pad-Tests, die zur Objektivierung der Inkontinenzstärke hätten herangezogen werden können, wurde in der vorliegenden Studie mit Rücksicht auf die Patienten verzichtet (vgl. Abschnitt 4.3.2.4). Stattdessen wurden zusätzliche Informationen über die Veränderung der Inkontinenzstärke im Selbstbericht mit einem validierten Messinstrument, dem ICIQ-SF (Karantanis et al., 2004) erfasst (s. Abschnitt 6.5).

6.3.2 Indirekte Effekte der Planungsintervention auf das Beckenbodentraining

Mit Hilfe des pfadanalytischen Mediationsmodells wurde die Auswirkung der durch die Planungsintervention veränderten dyadischen Planungskognitionen auf das Beckenbodentraining überprüft. Zwar konnte kein direkter Effekt des Planinhalts auf das Beckenbodentraining gezeigt werden, doch da nach den neueren Mediationsansätzen (Shrout & Bolger, 2002; Taylor et al., 2007) ein signifikanter direkter Effekt nicht notwendig ist, wurden die weiteren Analysen der indirekten Effekte dennoch durchgeführt. Neben der methodischen Argumentation lag hier auch die inhaltliche Annahme zugrunde, dass über die dyadische Planung hinaus noch eine Vielzahl unterschiedlicher Prozesse durch die Planungsintervention angestoßen werden sollten, die indirekt Einfluss auf die Verhaltensausführung nehmen könnten.

In Hypothese 2.1 wurde postuliert, dass die Anleitung zur dyadischen Trainingsplanung mit mehr *dyadischer Handlungsplanung* des Beckenbodentrainings einhergeht, die wiederum mit vermehrtem Training während der Aufnahmephase zusammenhängen sollte. Ein indirekter Effekt der Planungsintervention auf die wöchentlichen Trainingsdauer zwei Wochen nach der Operation vermittelt über die dyadische Handlungsplanung zeigte sich nur im dyadischen Setting. Wie bereits diskutiert fand sich aber kein spezifischer Effekt der Anleitung zur dyadischen Trainingsplanung auf die dyadische Handlungsplanung, sondern ein Haupteffekt zugunsten der Aufstellung von Beckenbodentrainingsplänen im Allgemeinen. Dagegen war aber die Auswirkung der dyadischen Handlungsplanung auf die Trainingsdauer spezifisch für das dyadische Setting. Die zur Beschreibung der Trainingseinheiten

herangezogene *Trainingsintensität* wurde dagegen in beiden Settings von der dyadischen Handlungsplanung vorhergesagt. Da sich dieser indirekte Effekt im dyadischen Setting anders als erwartet zusammensetzte und aufgrund des vom Setting unabhängigen indirekten Effekts auf die Trainingsintensität, kann Hypothese 2.1 nur teilweise bestätigt werden.

In Hypothese 2.2 wurde postuliert, dass die Anleitung zur dyadischen Trainingsplanung zwar mit mehr *dyadischer Bewältigungsplanung* des Beckenbodentrainings einhergeht, dass diese aber noch nicht für die Aufnahme des Trainings notwendig ist und daher zu frühen Zeitpunkten noch nicht mit dem Training zusammenhängt. Tatsächlich medierte die dyadische Bewältigungsplanung noch nicht den Zusammenhang des Planinhalts und des Beckenbodentrainings zwei Wochen nach der Operation. Allerdings zeigte sich auch hier lediglich der Haupteffekt des Planinhalts auf die dyadische Bewältigungsplanung und nicht die erwartete Interaktion der beiden Interventionsfaktoren. Im Hinblick auf die unspezifischere Steigerung der dyadischen Bewältigungsplanung kann auch Hypothese 2.2 nur teilweise bestätigt werden.

Dyadische Planung und Beckenbodentraining – Inhaltliche und methodische Erwägungen. Die Unterschiede in der Vorhersagekraft der beiden Planungsarten entsprechen den theoretischen Überlegungen, wonach vor allem die Handlungsplanung die Verhaltensinitiierung unterstützt, während die Bewältigungsplanung der Verhaltensaufrechterhaltung dienen soll (Sniehotta, Schwarzer et al., 2005).

Die sich in Abhängigkeit vom Planungssetting zeigenden unterschiedlichen Vorhersagemuster der Trainingsdauer und der Trainingsintensität durch die dyadische Handlungsplanung sind mit den verschiedenen Schwierigkeiten der beiden Verhaltensmaße zu erklären. Während die *Trainingsintensität* bereits voraussetzt, dass Beckenbodentraining ausgeführt wird, und lediglich widerspiegelt, wie ausdauernd in diesem Fall pro Trainingseinheit trainiert wird, bezieht die wöchentliche *Trainingsdauer* auch die Häufigkeit des Trainings als zusätzlichen Indikator für die Regelmäßigkeit der Verhaltensaübung ein. Im Hinblick auf die abstrakte Operationalisierung der dyadischen Handlungsplanung (s. Abschnitt 6.1) könnte angenommen werden, dass die selbständige dyadische Handlungsplanung im dyadischen Setting konkreter ausfällt und weniger von den individuellen Konkretisierungen des „wann“, „wo“ und „wie“ der Trainingsausführung bzw. den Zielvorgaben des Patienten abweicht als im individuellen Setting. Dies würde erklären, weshalb die wöchentliche *Trainingsdauer* stärker mit der selbständigen dyadischen Planung im dyadischen als im individuellen Setting zusammenhing, während sich die *Trainingsintensität* lediglich auf die „wie“-Komponente der

Pläne bezieht. Um die selbständig aufgestellten Pläne inhaltlich beleuchten zu können, hätten anstatt von Skalen allerdings offene Antwortmöglichkeiten zum individuellen Bericht der Pläne eingesetzt werden müssen (vgl. Sniehotta, Scholz, Schwarzer, Fuhrmann et al., 2005). Als weitere Erklärung könnten auch soziale Prozesse wie z.B. die soziale Unterstützung und Kontrolle als zusätzlich Mediatoren zwischen der dyadischen Handlungsplanung und der Trainingsdauer herangezogen werden. Diese werden im Abschnitt 6.4 genauer erörtert.

Vergleich der dyadischen und individuellen Planung. Zur besseren Einschätzung der dyadischen Planung wurden Analysen zur individuellen Planung als Mediator zwischen Planungsintervention und Beckenbodentraining durchgeführt. Diese zeigten, dass unabhängig vom Planungssetting die Anleitung zur Aufstellung von Beckenbodentrainingsplänen zu vermehrter selbständiger individueller Planung führte, die wiederum mit mehr Beckenbodentraining einherging. Die individuelle Planung wird folglich als selbstregulative Strategie (Gollwitzer, 1993) von den Patienten genutzt, die sich bereits mit der Planung des Beckenbodentrainings beschäftigt hatten. Sie hilft den Patienten, sich allein auf das Training vorzubereiten, und unterstützt dessen Initiierung. Sich allein auf die Verhaltensänderung vorzubereiten, ist einfacher als dyadisch zu planen, da es nicht der Anwesenheit eines Planungspartners bedarf. Die Patienten hielten sich in erster Linie an ihre eigenen Vorgaben. Vergleichende Analysen zur Vorhersagekraft der dyadischen und individuellen Planung, in denen die individuelle Strategie gegenüber der dyadischen Planung ein stärkerer Prädiktor des Verhaltens war, unterstützen diese Argumentation. Die individuelle und dyadische Planung interagierten nicht, so dass nicht von einer kompensatorischen, sondern eher von einer parallelen Nutzung der Strategien ausgegangen werden kann. Es bleibt aber zu klären, ob die individuelle Planung im Sinne einer Selbsthilfestrategie der dyadischen Planung immer überlegen ist, oder nur solange die eigenen Ressourcen nicht überlastet sind.

Zusammenfassung. Es bleibt festzuhalten, dass erstens die Unterschiede zwischen der Handlungs- und Bewältigungsplanung hinsichtlich ihrer Vorhersagekraft des Beckenbodentrainings die theoretisch angenommene Trennung dieser beiden Planungsstrategien stützen. Zweitens moderierte das Planungssetting nur die Vorhersage der Trainingsdauer durch die dyadische, nicht aber durch die individuelle Handlungsplanung. Dies spricht für differenzierte Effekte der Planungsintervention und dieser beiden Planungsstrategien. Drittens setzte sich die individuelle Handlungsplanung im Vergleich zur dyadischen Handlungsplanung als stärkerer Prädiktor bei der Vorhersage des Beckenbodentrainings durch. Die individuelle

Planung stellt eine selbstregulative Strategie dar, die jedem verfügbar ist und von jedem unabhängig von anderen Personen eingesetzt werden kann. Die Einbeziehung der Partnerin in diesen Prozess scheint dagegen nicht selbstverständlich zu sein.

6.4 Wirkmechanismen

6.4.1 Soziale Unterstützung

In der vorliegenden Studie zur Auswirkung der dyadischen Planung auf das Beckenbodentraining wurden mögliche soziale und sozial-kognitive Faktoren und Prozesse als Mediatoren dieses Zusammenhangs betrachtet. Als erstes wurde untersucht, ob soziale Unterstützungsprozesse durch das gemeinsame Planen in Gang gesetzt wurden. Im Gegensatz zu den meisten Studien wurde hier nicht die allgemeine erhaltene soziale Unterstützung betrachtet, sondern die verhaltensspezifische, da sie ein besserer Prädiktor ist als die allgemeine soziale Unterstützung (Oka, King, & Young, 1995).

In Hypothese 3.1 wurde angenommen, dass die dyadische Planung des Beckenbodentrainings im dyadischen Setting zu mehr trainingsspezifischer sozialer Unterstützung durch die Partnerin führt, die wiederum mit vermehrtem tatsächlichem Training einhergehen sollte. Tatsächlich ging sowohl quer- als auch längsschnittlich die dyadische Handlungs- und Bewältigungsplanung mit mehr trainingsspezifischer Unterstützung einher. Wider Erwarten war die Unterstützung aber nicht mit dem Beckenbodentraining querschnittlich zwei Wochen oder längsschnittlich sechs Monate nach der Operation assoziiert. Damit kann nur der erste Teil der Hypothese 3.1 zum Zusammenhang der trainingsspezifischen Unterstützung und der dyadischen Planung angenommen werden. Die Hypothese 3.1. konnte nur teilweise bestätigt werden.

Soziale Unterstützung, kein Wirkmechanismus – Inhaltliche Erwägungen. Das Fehlen des Zusammenhangs der trainingsspezifischen Unterstützung und des Beckenbodentrainings lässt sich zunächst mit der nur mäßigen Ausprägung der trainingsspezifischen Unterstützung erklären. Einerseits könnte zu wenig Unterstützung geleistet worden sein, als dass sie sich förderlich auf die Verhaltensinitiierung und -aufrechterhaltung hätte auswirken können. Andererseits benötigten die Patienten vielleicht noch keine Unterstützung, so dass die geleistete Unterstützung in keinem Zusammenhang mit dem Verhalten stand. Traf dies zu, könnten die fehlenden Zusammenhänge mit einem Verständnis sozialer Unterstützung als Mechanismus des dyadischen Copings erklärt werden. So argumentiert Bodenmann (2000),

dass dyadisches Coping erst dann von einer Person in Anspruch genommen wird, wenn die individuellen Bemühungen erschöpft sind. Zwar führt die gemeinsame Planung dazu, dass die Partnerin sich hinsichtlich des Trainings ihres Mannes engagiert und ihn zu unterstützen versucht, doch hat der Erhalt dieser Unterstützung keine Auswirkung auf das Verhalten. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung zu Befunden der Unterstützungsliteratur zum berichteten Erhalt sozialer Unterstützung: Danach ist unterstützt zu werden nicht nur förderlich (Cohen & Wills, 1985), sondern auch nachteilig (Bolger et al., 2000) bzw. eher indirekt mit dem Wohlbefinden des Empfängers assoziiert (Knoll et al., 2005). So kann sich geleistete Unterstützung einerseits „unsichtbar“, d.h. unbemerkt vom Patienten auf das Verhalten auswirken (Bolger et al., 2000). Andererseits ist aber auch wichtig zu berücksichtigen, ob der Empfänger die Hilfe überhaupt eingefordert, d.h. mobilisiert hat (Burkert et al., 2006).

In dieser Studie wurde der Fokus auf den Einfluss der Ehepartnerin gelegt, da für die Aufnahme körperlicher Aktivität oder einer gesunden Ernährung vor allem der Ehepartner oder andere Familienangehörige wichtig sind, wohingegen für die Krebsvorsorge vor allem die Interaktion mit Ärzten als hilfreich angesehen wurde (Trasher et al., 2004). Möglich wäre dennoch, dass zwar die Unterstützung der Partnerin für das Training des Patienten unerheblich war, dass aber Unterstützung durch Mitpatienten oder Trainingsgruppenpartner förderlich wirkte (Weber et al., 2007).

Soziale Unterstützung, kein Wirkmechanismus – Methodische Erwägungen. Aufgrund der zeitlich begrenzten Nachbefragung auf ein halbes Jahr nach der Operation konnten längerfristige Effekte der Planungsintervention auf die sozialen Interaktionen nicht untersucht werden. Es bleibt zu untersuchen, ob sich – im Einklang mit den Überlegungen zum dyadischen Coping – die trainingsspezifische soziale Unterstützung zu späteren Messzeitpunkten, beispielsweise nach einem Jahr, auf das Verhalten auswirkt. Außerdem wurde nicht zwischen quantitativen und qualitativen Aspekten der Unterstützung unterschieden. So könnten bestimmte Unterstützungsleistungen sich förderlich auswirken unabhängig davon, wie viel Unterstützung im Allgemeinen geleistet wurde.

6.4.2 Negative soziale Kontrolle

In den meisten Studien wird lediglich die soziale Unterstützung, also eine eher positive Interaktionsform bei der Vorhersage von Gesundheitsverhalten betrachtet. Diese Studien oder auch Interventionsprogramme sind darauf ausgerichtet, soziale Unterstützung durch die Einbeziehung weiterer Personen zu fördern (z.B. Rohrbaugh et al., 2001), ohne zu

berücksichtigen, ob nicht auch unbeabsichtigt die soziale Kontrolle ansteigt (Lewis & Rook 1999). Die vorliegende Arbeit untersucht deshalb explizit die soziale Kontrolle, d.h. negative Techniken zur Beeinflussung des Patienten durch die Partnerin.

In Hypothese 3.2 wurde postuliert, dass die dyadische Planung des Beckenbodentrainings im dyadischen Setting mit mehr trainingspezifischer sozialer negativer Kontrolle durch die Partnerin zusammenhängt, die mit weniger tatsächlichem Training einhergeht. Wider Erwarten hing im Pfadmodell zwei Wochen nach der Operation die dyadische Planung in *beiden* Planungssettings mit der sozialen Kontrolle zusammen. Patienten, die selbständig gemeinsam mit ihrer Partnerin Pläne zum Beckenbodentraining aufstellten, berichteten während der Initiierungsphase des neuen Verhaltens stärker durch ihre Partnerin kontrolliert zu werden, d.h. beispielsweise zum Training gedrängt worden zu sein. Indem die Partnerin in den selbständigen dyadischen Planungsprozess eingebunden wurde, fungierte sie als Kontrollinstanz. Längsschnittlich war die soziale Kontrolle drei Monate nach der Operation dagegen in allen Gruppen nur mit der vorangegangenen selbständigen dyadischen *Bewältigungsplanung* assoziiert. Durch die Bewältigungsplanung wird die Aufmerksamkeit der Partnerin auf Hindernisse gelenkt und die Antizipation von Trainingsaussetzern begünstigt. Möglicherweise führt während des Veränderungsprozesses die trainingsbezogene dyadische Bewältigungsplanung zu sozialer Kontrolle durch die Partnerin, um den erwarteten Aussetzern vorzubeugen.

In der Hypothese 3.2 wurde auch angenommen, dass sich die soziale Kontrolle eher hemmend auf das Training auswirkt. Überraschenderweise wirkte sich die soziale Kontrolle nicht im dyadischen, sondern nur im individuellen Setting auf die Ausführung der Beckenbodentrainings zwei Wochen nach der Operation aus, in dem Patienten, die kontrolliert wurden, eine niedrigere wöchentliche Trainingsdauer berichteten. Im dyadischen Setting bestand dagegen kein Zusammenhang zwischen der sozialen Kontrolle und dem Beckenbodentraining zwei Wochen nach der Operation. Längsschnittlich ging die dyadische Planung mit mehr sozialer Kontrolle einher, dies wirkte sich aber nicht auf das Beckenbodentraining aus. Damit kann nur der erste Teil der Hypothese 3.2 zum Zusammenhang der dyadischen Planung und der trainingspezifischen Kontrolle angenommen werden.

Soziale Kontrolle als Wirkmechanismus – Inhaltliche Erwägungen. Soziale Kontrollversuche nehmen nicht unter allen Umständen einen Einfluss auf das Verhalten. Sie führen vor allem dann zu einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens, wenn das Verhalten

gemeinsam ausgeführt wird (Tucker & Mueller, 2000). In der vorliegenden Studie wurde die Partnerin im dyadischen Setting durch die Anleitung zur gemeinsamen Planung direkt in den Veränderungsprozess einbezogen. Indem das Beckenbodentraining in der Folge zur gemeinsamen Sache des Patienten und der Partnerin wurde, erwies sich die negative soziale Kontrolle, obwohl sie in diesen Gruppen auch auftrat, als nicht schädlich für die Verhaltensausbübung des Patienten, sondern stand gar nicht mit dem Verhalten im Zusammenhang. Dagegen war die Partnerin im individuellen Setting in den Veränderungsprozess nicht oder nur wenig einbezogen, so dass sich die Kontrolle negativ auf das Verhalten auswirkte. Es ist vorstellbar, dass die Kontrollversuche hier eher im Sinne eines „Einmischens“, d.h. als Einschränkung der eignen Entscheidungsfreiheit vom Patienten erlebt wurde, was bei ihm zu Reaktanz und damit zu Noncompliance führte (Fogarty, 1997). Diese Argumentation steht im Einklang mit dem „dual-effect“-Modell (Rook, 1990). Darin wird davon ausgegangen, dass soziale Kontrolle nicht nur mit dem Verhalten zusammenhängt, sondern auch Stress auslösen kann. Differenzierter wurde gezeigt, dass vor allem die positiven Strategien mit einer Verhaltensänderung einhergingen, während negative Strategien mit psychischem Stress und negativen Emotionen zusammenhingen (Lewis & Rook, 1999). Die vorliegende Studie untersuchte allerdings nicht das affektive Erleben der Patienten, das mit der sozialen Kontrolle der Partnerin einhergegangen sein wird.

Das Ergebnis, dass die soziale Kontrolle im individuellen Setting zwar mit der *Trainingsdauer* zwei Wochen nach der Operation negativ zusammenhing, hingegen aber keine Zusammenhänge mit der *Trainingsintensität* gefunden wurden, könnte einen Hinweis darauf geben, wie soziale Kontrolle wirkt. Möglicherweise wird sie eingesetzt, um den Patienten zum Trainieren zu animieren, nicht aber um die Dauer oder Qualität des Trainings zu überprüfen. Die bestehende Literatur zum Einfluss sozialer Kontrolle auf das Gesundheitsverhalten untersucht größtenteils die Häufigkeit der gezeigten Verhaltensweisen (Lewis & Rook, 1999), weniger die Qualität oder Dauer der Verhaltensausbübung. Diese Aspekte der Gesundheitsverhaltensdurchführung bleiben daher noch zu überprüfen.

Die Ergebnisse, dass die soziale Kontrolle im dyadischen Setting und im Längsschnitt nicht mit dem Beckenbodentraining in Zusammenhang stand, können auch mit Befunden der bestehenden Literatur erklärt werden, wonach vor allem die Einbeziehung der Partnerin durch Unterstützung und Zusammenarbeit anstatt durch Kontrolle und Überbehütung dem Patienten zugute kommt (Burg & Upchurch, 2007; Cohen & Lichtenstein, 1990; Lewis & Rook, 1999). Helgeson und Kollegen (2004) fanden überhaupt keinen förderlichen Effekt der vom Ehepartner ausgeübten sozialen Kontrolle auf das Gesundheitsverhalten.

Soziale Kontrolle als Wirkmechanismus – Methodische Erwägungen. Die unterschiedliche Auswirkung der negativen sozialen Kontrolle auf die Trainingsdauer wirft die Frage auf, ob die Auswirkung der Kontrolle durch die Einbeziehung der Partnerin in die Planungsintervention verändert wurde oder ob verschiedene Kontrollstrategien angewandt wurden. Die trainingspezifische soziale Kontrolle wurde mit drei Items erfasst. Sie repräsentierten die direkten negativen Kontrolltaktiken. Inhaltlich beschrieben die Items das Drängen zum Beckenbodentraining, den Versuch, ein schlechtes Gewissen zu machen, sowie Vorwürfe, nicht genug zu trainieren. Inwiefern indirekte Taktiken aufgrund der Verantwortung oder Verpflichtung gegenüber Angehörigen eine Rolle spielten, konnte in diesem Rahmen nicht untersucht werden. Zudem wurden über die domänenspezifische Operationalisierung hinaus keine allgemeineren Kontroll- und Machtstrategien (Raven, 1988) sowie Prozesse der Interdependenz beachtet.

In der vorliegenden Studie wurde die soziale Kontrolle nur in einer Richtung untersucht, nämlich dass die Partnerin das Verhalten des Patienten kontrollierte. Die bestehende Literatur scheint die Effektivität der sozialen Kontrolle, wie sie in dieser Studie untersucht wurde, eher zu belegen, als wenn Männer Kontrolle über das Gesundheitsverhalten ihrer Partnerinnen ausüben (Lewis et al., 2004; Westmaas et al., 2002). Dennoch sollte auch diese Konstellation untersucht werden. Es wären auch weitere Personen aus dem sozialen Umfeld des Patienten als Kontrollinstanzen denkbar. Unter anderem konnten Lewis und Rook (1999) zeigen, dass gesundheitsschädigendes Verhalten umso eher unterlassen wurde, je mehr Personen aus dem sozialen Umfeld soziale Kontrolle ausübten.

6.4.3 Phasenspezifische Selbstwirksamkeit

In der vorliegenden Arbeit wurden zwei phasenspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen, die Aufrechterhaltungs- und die Wiederherstellungselbstwirksamkeit, betrachtet. Diese Trennung basiert auf der Annahme, dass während der Implementierung oder Veränderung eines Gesundheitsverhaltens verschiedene Anforderungen wie der Umgang mit Hindernissen oder die Bewältigung von Rückschlägen gemeistert werden müssen. Die Überzeugungen, dass eigene Kompetenzen dazu zur Verfügung stehen, helfen bei diesen Bemühungen. Die volitionalen Selbstwirksamkeitserwartungen wurden als Prädiktoren während der Aufrechterhaltungsphase, d.h. drei und sechs Monate nach der Operation sowie im Längsschnitt innerhalb eines halben Jahres betrachtet.

Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit. In Hypothese 3.3.1 wurde angenommen, dass die dyadische Trainingsplanung von Paaren, die gemeinsam angeleitet wurden, zu einer Steigerung der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit führt, die während der Aufrechterhaltungsphase wiederum die regelmäßige Ausführung des Trainings begünstigt. Entgegen den Erwartungen zeigten sich lediglich sechs Monate nach der Operation querschnittliche Zusammenhänge zwischen der psychometrisch erfassten dyadischen Planung und der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit. Dagegen wurden weder die querschnittlichen Zusammenhänge der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit zu den beiden Beckenbodentrainingsmaßen noch die längsschnittlichen Zusammenhänge bis sechs Monate nach der Operation signifikant. Diese phasenspezifische Selbstwirksamkeitserwartung medierte demnach nicht den Zusammenhang der Planungsintervention und des Verhaltens. Hypothese 3.3.1 konnte deshalb nicht angenommen werden.

Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit, kein Wirkmechanismus – Inhaltliche und methodische Erwägungen. Die Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den meisten in der Literatur berichteten Befunde, die sowohl quer- als auch längsschnittliche Zusammenhänge der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit und des Verhaltens zeigen. In einer Untersuchung mit Herzpatienten hing die Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit zwei Monate nach einem Rehabilitationsaufenthalt mit der körperlichen Aktivität vier Monate nach dem Aufenthalt zusammen (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005). Luszczynska und Schwarzer (2003) fanden Zusammenhänge der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit bei der Vorhersage der Brustselbstuntersuchung in einer Stichprobe von jungen Frauen nach einer Intervention zur Selbstwirksamkeitssteigerung. Allerdings wiesen die Autoren darauf hin, dass es sich bei der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit im Vergleich zur Planung um einen eher schwachen Prädiktor des Verhaltens handelte. Dagegen hing in einer Interventionsstudie zur Steigerung der motivationalen und Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit zur Brustselbstuntersuchung die Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit in der Kontrollgruppe, in der sie nicht mit Hilfe von Übungen für eigene Erfahrungen und Modell-Lernen gezielt gefördert wurde, nicht mit dem Verhalten zusammen (Luszczynska, 2004). Auch in einer Studie mit Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die über eine Internetseite zum Freizeitsport rekrutiert wurden, konnten keine längsschnittlichen Zusammenhänge der frühen Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit mit der zwei Jahre später gemessenen körperlichen Aktivität gefunden werden (Luszczynska, Mazurkiewicz, Ziegelmann, & Schwarzer, 2008).

Eine Erklärung für das Fehlen der Zusammenhänge von Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit und Beckenbodentraining könnte zum einen sein, dass für die Ausführung des Trainings nur wenige Kompetenzerwartungen benötigt wurden, da das Training sehr flexibel gehandhabt werden konnte. So medierte die Selbstwirksamkeit bei hoher Verfügbarkeit von Trainingsgelegenheiten nicht den Zusammenhang zum Verhalten (Cerin, Vandelanotte, Leslie, & Merom, 2008). Es ist auch möglich, dass sich die Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit nicht direkt, sondern durch weitere selbstregulative Strategien auf die Verhaltensausbübung auswirkte, wie in einer Studie zur Gesundheitsförderung durch gesunde Ernährung und körperliche Aktivität mit Mitgliedern aus Baptisten- und Methodisten-Gemeinden in Südwest-Virginia gezeigt wurde (Anderson, Wojcik, Winett, & Williams, 2006). Die Überprüfung dieser Annahme in der vorliegenden Studie hätte komplexere Modelle mit weiteren Mediatoren erfordert, was die Stichprobengröße nicht zugelassen hätte.

In der vorliegenden Untersuchung ging die dyadische Planung sechs Monate nach der Operation querschnittlich mit mehr Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit einher. Dieser Befund steht mit Ergebnissen einer Interventionsstudie, in der Selbstwirksamkeit durch den dyadischen Austausch gefördert wurde, in Übereinstimmung (Weber et al., 2007): Sechs Wochen nach ihrer Prostatektomie bildeten Patienten in der Experimentalgruppe eine Dyade mit einem bereits trainierteren Mitpatienten. Diese Dyaden trafen sich einmal wöchentlich über acht Wochen zu supportiven Gesprächen, um gemeinsam Themen der Operationsfolgen und der Krankheitsbewältigung in Abwesenheit der Familienangehörigen zu erörtern. Nach acht Wochen berichteten die Patienten der dyadischen Gruppe mehr Selbstwirksamkeit als diejenigen der Kontrollgruppe, die lediglich die Standardbehandlung ihres ambulanten Urologen erhielten.

Phasenspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen sollen während bestimmter Phasen des Verhaltensänderungsprozesses wirksam sein (Marlatt et al., 1995). In einer Studie wurde der Einfluss der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit in Abhängigkeit vom Stadienfortschritt untersucht (Baldwin et al., 2006). Danach konnten Nichtraucher, die das Verhalten zum ersten Mal umstellten, zum Ende des Interventionsprogramms und zwei Monate später von ihren Selbstwirksamkeitserwartungen profitieren, nicht aber mehr neun Monate später, während diejenigen, die schon Erfahrungen mit dem Nichtrauchen gesammelt hatten, vor allem durch die Zufriedenheit mit dem eigenen Fortschritt das Verhalten weiterhin stabilisierten. Möglicherweise sind die ausgebliebenen Zusammenhänge der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit und des Beckenbodentrainings in der vorliegenden Studie auf die Wahl der Messzeitpunkte zurückzuführen. In der Literatur finden sich quer- und längsschnittliche

Zusammenhänge bis vier Monate nach einer Intervention (z.B. Luszczynska & Schwarzer, 2003). Eine Ausnahme bildete die Studie von Sniehotta, Scholz und Schwarzer (2005), in der Effekte der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit auf die körperliche Aktivität ein Jahr nach der Intervention gezeigt werden konnten. Da es aufgrund der auf den Heilungsprozess zurückzuführenden Inkontinenzreduktion sein kann, dass das Beckenbodentraining mit der Zeit reduziert wird, sind diese Daten wenig vergleichbar. In Anlehnung an Baldwin et al. (2006) wäre anzunehmen, dass die frühe Ausführung des Beckenbodentrainings (möglicherweise innerhalb der ersten drei Monate), in der das Verhalten noch nicht zur Gewohnheit geworden ist und gegen Barrieren abgeschirmt werden muss, durch die Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit unterstützt werden könnte.

Unabhängig vom betrachteten Zeitraum ist zudem denkbar, dass die Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit nicht für die Durchführung des Beckenbodentrainings notwendig war, da es ohne große Schwierigkeiten angewandt werden konnte.

Wiederherstellungsselbstwirksamkeit. In Hypothese 3.3.2 wurde angenommen, dass die dyadische Trainingsplanung zu einer Steigerung der Wiederherstellungsselbstwirksamkeit führt, die nach Trainingsaussetzern während der Aufrechterhaltungsphase wiederum eine erneute Aufnahme des Trainings nach Trainingsaussetzern begünstigt. Etwa ein Drittel der Patienten berichteten im Laufe eines halben Jahres nach der Operation über gesundheitsbedingte Trainingsunterbrechungen. Da bei der Überprüfung der Wiederherstellungsselbstwirksamkeit als potentieller Wirkmechanismus der dyadischen Planung keine Settingunterschiede gefunden wurden, wurde das Planungssetting als Moderator durch die Trainingsunterbrechungen ersetzt. Die Wiederherstellungsselbstwirksamkeit hing weder quer- noch längsschnittlich mit der dyadischen Planung und dem Beckenbodentraining zusammen. Eine Ausnahme bildet der Messzeitpunkt sechs Monate nach der Operation, zu dem Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen das Training aussetzen mussten, von ihrer Wiederherstellungsselbstwirksamkeit hinsichtlich einer längeren Trainingsdauer zum selben Messzeitpunkt profitieren konnten, während für Patienten ohne Trainingsunterbrechungen sich kein Zusammenhang zeigte. Damit kann Hypothese 3.3.2 nur teilweise bestätigt werden.

Wiederherstellungsselbstwirksamkeit, kein Wirkmechanismus – Inhaltliche und methodische Erwägungen. Die ausgebliebenen Zusammenhänge der dyadischen Planung und der Wiederherstellungsselbstwirksamkeit führen zu Überlegungen, dass für den Aufbau von Wiederherstellungsselbstwirksamkeit weniger die verbale Überzeugung anderer Personen als

vielmehr eigene Erfahrungen im Umgang mit Rückschlägen wichtig ist. Gleichzeitig waren die meisten Patienten bereits zu Beginn des Trainings sicher, im Fall von Trainingsaussetzern mit diesen umgehen zu können, so dass der dyadische Austausch diese Überzeugungen nicht mehr steigern konnte.

Die Ergebnisse zum Zusammenhang der Wiederherstellungsselbstwirksamkeit und des Beckenbodentrainings sechs Monate nach der Operation in der Substichprobe von Patienten mit Trainingsaussetzern sind konsistent mit denen der Studie von Scholz und Kollegen (2005). Sie zeigten allerdings einen längsschnittlichen Zusammenhang in der Substichprobe von Herzpatienten, die bereits Trainingsrückschläge erfahren hatten. In einer Studie mit Freizeitsportlern von Luszczyńska und Kollegen (2008) wurden ebenfalls querschnittliche und längsschnittliche Zusammenhänge bis zu der zwei Jahre späteren Nachbefragung gefunden. Trainingsunterbrechungen wurden allerdings nicht explizit berücksichtigt. In der vorliegenden Studie konnten keine längsschnittlichen Zusammenhänge der Wiederherstellungsselbstwirksamkeit und des Beckenbodentrainings gezeigt werden. Dies steht auch im Widerspruch zu einer Studie, in denen die Wiederherstellungsselbstwirksamkeit in Zeiträumen zwischen vier und zwölf Monaten nach Planungsinterventionen mit dem geplanten Verhalten zusammenhing (Schwarzer et al., 2008).

Als Erklärungen für die berichteten Befunde können die Wahl der Messzeitpunkte oder das untersuchte Verhalten herangezogen werden. In der vorliegenden Studie wurden querschnittliche Zusammenhänge mit dem Verhalten erst ein halbes Jahr nach der Operation gefunden. Dieser Befund steht zum einen in Übereinstimmung mit der Argumentation von Luszczyńska und Kollegen (2008), dass die Wiederherstellungsselbstwirksamkeit einen umso größeren Einfluss auf das Verhalten hat, je mehr Zeit zwischen Aufnahme und Messung des Verhaltens liegt. Zum anderen wird die Wiederherstellungsselbstwirksamkeit vor allem die Verhaltensaufführung dann unterstützen, wenn diese schwierig ist und ein hohes Risiko für Trainingsunterbrechungen besteht (vgl. Scholz et al., 2005), wovon hinsichtlich des Beckenbodentrainings weniger auszugehen ist.

Die Trainingsunterbrechung konnte aufgrund der Komplexität der pfadanalytischen Auswertung sowie der resultierenden kleinen Gruppenbesetzungen nicht als zusätzlicher Moderator betrachtet werden, so dass keine Aussagen über die Interaktion des Planungssettings und der Trainingsaussetzer mit Hilfe des hier verwendeten Multi-Gruppen-Design gemacht werden konnten. Weiterführende Studien sollten diese Gruppenunterschiede genauer beleuchten.

6.4.4 Handlungskontrolle

Die Handlungskontrolle als selbstregulative in-situ-Strategie, d.h. als Strategie, in der zu handelnden Situation Kontrolle über das eigene Verhalten auszuüben, wurde in der vorliegenden Studie als weiterer möglicher Mechanismus untersucht, über den sich die dyadische Planung auf das Verhalten auswirken konnte.

In Hypothese 3.4 wurde angenommen, dass nach der Anleitung zum dyadischen Trainingsplanen die dyadische Planung zu mehr Handlungskontrolle führt, die mit vermehrtem Training einhergeht. Tatsächlich hing zwei Wochen nach der Operation die dyadische Planung mit mehr Handlungskontrolle nur in den Gruppen zusammen, die zuvor zur *gemeinsamen Aufstellung von Plänen* angeleitet wurden. Unabhängig vom Planungssetting ging die Handlungskontrolle mit mehr Beckenbodentraining einher. Wie erwartet zeigte sich also der indirekte Effekt der Planungsintervention bzw. des dyadischen Planens über die Handlungsplanung auf das Beckenbodentraining nur im dyadischen, nicht aber im individuellen Setting. Bei der längsschnittlichen Vorhersage des Beckenbodentrainings über die dyadische Planung und Handlungskontrolle fanden sich dagegen keine Moderationen, d.h. der indirekte Effekt war im dyadischen und im individuellen Setting statistisch bedeutsam. Die selbständig von den Paaren durchgeführte dyadische Planung wirkte sich also auch ohne explizite Anleitung – allerdings erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung – auf die individuelle Regulation aus. Aufgrund der fehlenden Moderationen im Längsschnitt kann Hypothese 3.4 nur teilweise bestätigt werden.

Handlungskontrolle als Wirkmechanismus – Inhaltliche und methodische Erwägungen. Der fehlende Zusammenhang von dyadischer Handlungsplanung und Handlungskontrolle zwei Wochen nach der Operation im individuellen Setting könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass die selbständige dyadische Handlungsplanung im individuellen Setting weniger konkret war als die im dyadischen Setting (s.o.). Dies entspräche den bekannten Befunden, dass abstrakte Ziele im Vergleich zu konkreten Zielen schwieriger in Verhalten umzusetzen sind (Emmons, 1992). Wahrscheinlicher ist aber, dass die dyadische Planung eine bessere Handlungsregulation ermöglichte. Zum einen könnten die mit den dyadischen Plänen festgelegten Standards realistischer, d.h. besser auf den Alltag des Patienten zugeschnitten gewesen sein, indem sowohl der Patient als auch seine Partnerin die Trainingsmöglichkeiten erörterten. Zum anderen könnten die dyadischen Pläne besser mit den individuellen Plänen

des Patienten abgestimmt gewesen sein oder diese ersetzt haben. Dies würde die Handlungsregulation erleichtern, da konfligierende Ziele weniger in Handlung umgesetzt werden (Emmons & King, 1988). Es wurde auch gezeigt, wie individuelle Zielsetzungen mit denen des sozialen Umfeldes konkurrieren, indem von verschiedenen Individuen aufgestellte Ziele miteinander verglichen wurden (McKeeman & Karoly 1991). Inwiefern gemeinsam formulierte Vorgaben oder Pläne mit individuellen konkurrieren, wurde dagegen noch nicht betrachtet.

Wird dyadische Handlungsplanung im Sinne dyadischen Copings verstanden, so wurde bereits dargestellt, dass dyadisches Coping erst dann von einer Person in Anspruch genommen wird, wenn die individuellen Bemühungen erschöpft sind (Berg & Upchurch, 2007; Bodenmann, 2000). Dies könnte auch als Erklärung für den fehlenden Zusammenhang des dyadischen Planens und der Handlungskontrolle in den individuell planenden Gruppen gelten. Hier hing dyadische Planung wenig mit den selbstregulativen Fähigkeiten zusammen, solange die Anforderungen an die Handlungskontrolle in der Trainingseinstiegsphase noch allein zu bewältigen waren. Für diesen Copingansatz spricht auch, dass die dyadische Bewältigungsplanung, die inhaltlich bereits stärker auf den Umgang mit Problemen ausgerichtet ist, unabhängig vom Planungssetting bereits zwei Wochen nach der Operation mit der Handlungskontrolle assoziiert war. Im Gegensatz dazu wurden die Partnerinnen im dyadischen Setting durch die dyadische Planungsintervention aktiv in die Verhaltensänderung, d.h. in die Regulationsbemühungen der Patienten einbezogen und nicht nur im Fall von überschrittenen individuellen Kompetenzen zur Bewältigung mobilisiert. Diese Erklärung bezieht sich auf die verschiedenen dyadischen Copingstrategien wie gemeinsames oder supportives Coping (Bodenmann, 2000), deren Zusammenhang mit der dyadischen Planung in weiterer Forschung genauer differenziert werden sollten.

Darüber hinaus kann der positive Zusammenhang der dyadischen Handlungsplanung und der Handlungskontrolle im dyadischen Setting zwei Wochen nach der Operation auch mit der Annahme erklärt werden, dass nicht nur interne Reize wie die physiologische Erregung, sondern auch externe Reize wie Publikum die Aufmerksamkeit auf das eigene Verhalten lenken, wodurch die Handlungsregulation verbessert wird (Carver & Scheier, 1981). Indem die Partnerin durch die dyadische Planungsintervention in den Verhaltensänderungsprozess explizit einbezogen wurde, könnte demnach allein ihre Beobachtung des Beckenbodentrainings die Handlungskontrolle des Patienten unterstützt haben. In der vorliegenden Studie wurde allerdings nicht erhoben, wie häufig die Partnerinnen ihre Aufmerksamkeit auf das Beckenbodentraining ihres Mannes lenkten. Auch die Verpflichtung gegenüber der Partnerin

kann Anlass zur Selbstregulation und zur Verhaltensaussführung sein. Spätestens an diesem Punkt stellt sich allerdings die Frage, ob die Handlungskontrolle noch als individuelle Selbstregulationsstrategie verstanden werden kann, oder ob unter der Annahme gemeinsamer Standards oder gemeinsamer Beobachtung nicht besser von z.B. dyadischer, sozialer oder indirekter Regulation gesprochen werden muss.

Im Längsschnitt wurde der Zusammenhang der dyadischen Planung und der Handlungskontrolle nicht vom Planungssetting moderiert. Möglicherweise näherten sich die individuellen Standards des Patienten und die gemeinsamen Standards mit der Partnerin während der Aufrechterhaltungsphase des Trainings einander an, so dass auch die Standards aus den dyadischen Plänen die Verhaltensregulation im individuellen Setting unterstützten.

Die Gruppenunterschiede zugunsten der dyadisch das Beckenbodentraining planenden Patienten sowie die differenzierten Auswirkungen der dyadischen Planung auf die Handlungskontrolle sind ein Indiz dafür, dass durch dyadisches Planen die Regulation des geplanten Verhaltens verbessert werden kann. Vor allem die längsschnittlichen Effekte sollten durch weitere Studien noch genauer untersucht werden. Weiterführende Studien könnten zudem die Zusammenhänge der auf die dyadische Planung folgenden Handlungskontrolle und sozialer Konstrukte – z.B. der verhaltensspezifischen Unterstützung – untersuchen. Aufgrund der Komplexität der Modelle in dieser Studie wurden weitere Faktoren nicht in die Vorhersagen aufgenommen.

6.5 Inkontinenz

Harninkontinenz ist neben der erektilen Dysfunktion die häufigste postoperative Komorbidität einer radikalen Prostatektomie (Schmid et al., 2003). In der vorliegenden Studie wurde die Inkontinenz anhand dreier Indikatoren gemessen: (a) die selbst eingeschätzte Inkontinenzmenge, die als eher quantitatives Maß der Inkontinenz hoch mit dem tatsächlichen Harnverlust zusammenhängt (Karananis et al., 2004), (b) der ICIQ-Index, der maßgeblich durch die subjektiv eingeschätzte Beeinträchtigung aufgrund der Inkontinenz charakterisiert war (s. Anhang G) und (c) die berichtete Anzahl täglich verwendeter Vorlagen.

Ausprägung der Inkontinenz. Vor der Operation lag noch keine Inkontinenz vor. Die wenigsten Patienten berichteten Harnverlust. Dieser war eher auf die Prostatavergrößerung zurückzuführen als auf Stressinkontinenz. Die Verläufe der drei Inkontinenzindikatoren über die Zeit zeigten eine deutliche Reduktion der Inkontinenz innerhalb eines halben Jahres nach der Operation unabhängig von der Interventionsgruppenzugehörigkeit. Welchen Anteil das

Beckenbodentraining im Vergleich zu den physiologischen Heilungsprozessen an der Reduktion der Inkontinenz hat, ist schwer einzuschätzen (Hunter et al., 2007). Auch Vergleiche mit bestehender Literatur zur Auswirkung des Beckenbodentrainings auf die Inkontinenz sind aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen der Inkontinenz schwierig. In der vorliegenden Studie wurde der ICIQ-SF (Avery et al., 2004) zur Messung der Inkontinenz eingesetzt. Nach der Deutschen Kontinenz Gesellschaft steht ein ICIQ-Index-Wert von 0 für keine Inkontinenz, Werte von 1-5 für leichte, Werte von 6-10 für mäßige und Werte größer als 11 für starke Inkontinenz. Wird dieses Kriterium angelegt, hätten lediglich fünf (4.5%) bzw. 13 (11.6%) Patienten drei bzw. sechs Monate nach der Operation keine Inkontinenz mehr. Im Vergleich zu anderen Studien ist dieses Kriterium aber ein sehr strenges. Werden dagegen Angaben zu Inkontinenzmenge betrachtet, berichteten 70% der Patienten keinen bis geringe Mengen an Harnverlust drei Monate nach der Operation, während dies sechs Monate später bereits auf 84% der Patienten zutraf.

Die vorliegenden Kontinenzraten sind höher als die einer japanischen Studie, in der die Inkontinenzraten nach einer laparoskopischen im Vergleich zu einer offenen Prostatektomie berichtet wurden. Nach der laparoskopischen Operation wurde stärkere Inkontinenz berichtet als nach der offenen Operation. Nach einer minimal-invasiven Operation waren 29% bzw. 47% der Patienten drei und sechs Monate nach der Operation wieder kontinent. Nach einer offenen Operation traf dies sogar auf 63% bzw. 84% der Patienten zu (Egawa, Kuruma, Suyama, Iwamura, & Baba, 2003). Es wurde nicht berichtet, welche Maßnahmen die Patienten nach der Operation gegen die Inkontinenz unternahmen.

Dagegen sind die Inkontinenzraten der vorliegenden Studie vergleichbar mit denen einer Studie, die explizit die Wirkung des Beckenbodentrainings untersuchte. Patienten, die sich einer radikalen Prostatektomie unterziehen mussten, wurden randomisiert einer angeleiteten Beckenbodentrainingsgruppe und einer Kontrollgruppe ohne angeleitetes Training zugeordnet. Darin berichteten 74% bzw. 96% der Patienten aus der Beckenbodentrainingsgruppe und 30% bzw. 65% der Patienten aus der Kontrollgruppe nach drei bzw. sechs Monaten nur noch gelegentlichen Harnverlust und benötigten durchschnittlich weniger als zwei Vorlagen (Filocamo et al., 2005). In einer weiteren Studie von van Kampen und Kollegen (2000) wurden Prostatektomiepatienten randomisiert einer Experimentalgruppe mit wöchentlichen aufklärenden und anleitenden Sitzungen zum Beckenbodentraining und Biofeedback oder einer Kontrollgruppe mit wöchentlichen aufklärenden Sitzungen und „Placebo-Biofeedback“ zugeordnet. In dieser Studie erreichten 88% bzw. 95% der Patienten aus der Experimentalgruppe und 56% bzw. 77% Patienten der Kontrollgruppe nach drei bzw.

sechs Monaten Kontinenz. Im Vergleich wurde in der vorliegenden Studie die Inkontinenz von weniger Patienten als in der Beckenbodentraining-plus-Biofeedback-Bedingung überwunden, aber von mehr Patienten als in der Bedingung ohne explizite Anleitung zum Beckenbodentraining. Dies könnte als Hinweis auf einen Effekt regelmäßigen Beckenbodentrainings über den natürlichen Heilungsprozess hinaus gelten.

Eine Cochrane-Metaanalyse von Hunter und Kollegen (2007) fasste die Ergebnisse von 17 Studien zum Beckenbodentraining von Männern zusammen, von denen 15 mit Patienten nach einer Prostatektomie durchgeführt wurden. Die Metaanalyse zeigte die bekannte große Variabilität in den Operationalisierungen der Kontinenz. Von sieben Interventionen zum Beckenbodentraining nach der Operation wies lediglich eine das Beckenbodentraining als vorteilhaft für die Reduktion der Inkontinenz aus, während die anderen sechs Interventionen keinen Effekt erkennen ließen. Die Autoren wiesen auf die bereits genannten Schwächen hinsichtlich der Operationalisierung und des natürlichen Heilungsprozesses hin und sahen das Risiko einer Fehleinschätzung des eigentlichen Effektes, solange nicht auch zusätzliche Lebensstilveränderungen der Patienten mitberücksichtigt werden.

In der vorliegenden Studie wurde in Hypothese 4 angenommen, dass das Beckenbodentraining mit weniger Inkontinenz zu späteren Messzeitpunkten zusammenhängt. Tatsächlich hing das frühe Beckenbodentraining – kontrolliert für das Tragen eines Katheters – querschnittlich mit der berichteten Inkontinenzmenge zwei Wochen nach der Operation und längsschnittlich mit der berichteten Inkontinenzmenge sechs Monate nach der Operation negativ zusammen. Dies bestätigt Hypothese 4. Dagegen zeigten der ICIQ-Index und die Vorlagenanzahl keine Abnahme der Inkontinenz.

Inkontinenzreduktion nach Beckenbodentraining – Inhaltliche und methodische Erwägungen. Der ICIQ-Index und die Vorlagenanzahl hingen nicht negativ mit dem Beckenbodentraining zwei Wochen nach der Operation zum selben oder zu späteren Messzeitpunkten zusammen. Dies kann damit erklärt werden, dass der Index vor allem durch die subjektive Beeinträchtigung durch die Inkontinenz charakterisiert wurde (s. Anhang G). Hinsichtlich der Benutzung von Vorlagen ist davon auszugehen, dass sie nicht nur durch die Inkontinenzstärke, sondern vor allem durch das individuelle Hygieneverhalten, Gewohnheiten, das erwünschte Sicherheitsgefühl und die Produktqualität beeinflusst wurde. Diese Einflüsse spiegeln die tatsächliche Inkontinenzstärke wenig wider.

Darüber hinaus ging das Beckenbodentraining drei Monate nach der Operation mit mehr verwendeten Vorlagen und mit einem höheren ICIQ-Index sechs Monate nach der Operation einher. Dieser Befund scheint im ersten Moment unerwartet. Näher betrachtet spricht dieser positive Zusammenhang für eine Stabilität der Bewältigungsmechanismen zum Umgang mit der Inkontinenz. Die mit der Inkontinenz einhergehende Beeinträchtigung und nicht allein die tatsächliche Inkontinenzmenge beeinflussen die Nutzung von Vorlagen. Diese Argumentation wird durch nachträglich durchgeführte Partialkorrelationen gestützt. Aus den entsprechenden Zusammenhängen des Beckenbodentrainings drei Monate und der beiden Inkontinenzmaße sechs Monate nach der Operation wurde die Beeinträchtigung durch die Inkontinenz oder die Inkontinenzmenge sechs Monate nach der Operation herauspartialisiert. Diese angepassten Zusammenhänge waren nicht mehr statistisch bedeutsam (s. Anhang G).

Zusammenfassung. Es bleibt festzuhalten, dass der Effekt des Beckenbodentrainings auf die Reduktion der Inkontinenz noch nicht vollständig geklärt ist (Hunter et al., 2007). Zum einen scheinen nicht alle Patienten vom Beckenbodentraining profitieren zu können (Parekh et al., 2003), zum anderen ist die evaluierte Effektivität auch von der Operationalisierung der Inkontinenz abhängig.

6.6 Methodische Limitationen und Ausblicke

Vor allem das experimentelle 2x2-Gruppen-Design zur Planungsintervention basierend auf bestehenden Interventionstechniken (Michie & Abraham, 2004) sowie die pfadanalytische Auswertung im zwei-Gruppen-Vergleich zur Überprüfung moderierter Mediationen (Taylor et al., 2008) stellen methodische Stärken der vorliegenden Arbeit dar. Zusätzlich wurde die durch die Planungsintervention beeinflusste Kognition, die dyadische Planung, explizit in die Modelle aufgenommen. Dennoch weist die Arbeit auch methodische Limitationen auf. Einige wurden in der vorangegangenen Diskussion bereits zur Erklärung der Ergebnisse angesprochen. Diese werden im Folgenden nicht noch einmal explizit aufgegriffen.

Stichprobe. In dieser Studie wurden Patienten mit Prostatakrebs in frühen Erkrankungsstadien untersucht, in denen sie sich noch einer laparoskopischen Prostatektomie zur Behandlung des Krebses unterziehen konnten. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig, so dass es sich hier um eine selektive Stichprobe z.B. hinsichtlich der Aufgeschlossenheit oder Belastbarkeit handelt. Die Dropoutanalyse zum Vergleich derjenigen, die vorzeitig die Studienteilnahme beendeten, mit Studienteilnehmern, die bis zum letzten Messzeitpunkt

teilnahmen, zeigte keine Unterschiede in den zentralen Konstrukten und den medizinischen Daten. Dagegen stieg die Wahrscheinlichkeit, die Studienteilnahme vorzeitig zu beenden, mit dem Einkommen und der psychischen Belastung vor der Operation. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besaß allerdings ein höherer Anteil der Studienteilnehmer einen Schulabschluss nach 12 bzw. 13 Jahren. Auch bei der Dropoutanalyse wurde mit einem α -Niveau von $p > .20$ zum Schutz vor β -Fehlern ein eher strenges, konservatives Kriterium angelegt. Die Ergebnisse der Dropoutanalyse, die freiwillige Teilnahme und Begründungen, aufgrund hoher Belastung nicht an der Studie teilnehmen zu wollen, lassen auf eine durch die Operation eher mäßig belastete Stichprobe schließen. Bei der Generalisierung der Ergebnisse sollten diese Stichprobencharakteristika sowie die beschriebenen Einschlusskriterien wie Teilnahme sowohl des Patienten als auch der Partnerin, begrenzt auf laparoskopisch durchgeführte Operationen und deutschsprachige Teilnehmer beachtet werden.

Feld- vs. Laboruntersuchungen. Die vorliegende Studie untersucht das dyadische Planen im Feld. Die damit einhergehenden Probleme der distaleren Messungen wurden bereits erörtert. Im Vergleich zu Laboruntersuchungen sind zudem die Bedingungen, unter denen das Verhalten initiiert und aufrechterhalten wird, weniger kontrollierbar. Weiterführende Studien sollten auch Laboruntersuchungen zur dyadischen Planung einbeziehen, um die grundlegenden Mechanismen wie Erinnerung, Aufmerksamkeit sowie interaktive Prozesse genauer zu beleuchten.

Instrumente und Erhebungsmethoden. Bei der Untersuchung der dyadischen Planung als volitionaler Mechanismus bei der Gesundheitsverhaltensänderung erwies sich die psychometrische Messung der dyadischen Handlungs- und Bewältigungsplanung als einfach einzusetzendes Messverfahren, allerdings sollten die inhaltliche Interpretation reflektiert werden. Aufgrund der Tatsache, dass sich die Items zu den beiden Planungsarten statistisch nicht voneinander trennen ließen, stellt sich die Frage, ob dyadische Handlungs- und Bewältigungsplanung in ihrer Struktur und Funktion vergleichbar ist mit individueller Planung. Da der Schwerpunkt dieser Arbeit nicht auf diesem Vergleich, sondern auf der Wirkweise der dyadischen Planung lag, sollten weiterführende Untersuchungen diese Frage zum expliziten Vergleich dyadischer und individueller Planung zum Inhalt haben.

Die Skalen zu der negativen sozialen Kontrolle wiesen geringe interne Konsistenzen von $\alpha = .60$ zur Baseline-Messung bis $\alpha = .71$ sechs Monate nach der Operation auf. Dies mag in erster Linie auf die Sparsamkeit, d.h. auf die Zusammensetzung aus lediglich drei Items pro

Skala zurückzuführen sein. Aufgrund dessen, dass die Skala eindimensional konzipiert ist, müssen die niedrigen Cronbach's α -Werte aber keinen verminderten Einfluss auf die Reliabilität haben. Cortina (1993) weist darauf hin, dass die interne Konsistenz lediglich die Untergrenze der Reliabilität markiert. Die Retest-Reliabilitäten lagen im mittleren Bereich.

Die Handlungskontrolle wurde mit sechs Items auf einem hohen Abstraktionsniveau erfragt (s. Anhang N). Sie bildeten in erster Linie ab, ob der Patient seine Standards kennt, sich selbst beobachtet und sich selbst reguliert. Damit könnten Aussagen darüber getroffen werden, ob es zu einer Unterregulation, nicht aber, ob es im qualitativen Sinne zu einer Fehlregulation kam (Baumeister & Heatherton, 1996).

Bei der Erfassung der Inkontinenz wurde neben dem ICIQ-SF-Gesamtwert und der Anzahl täglich benötigter Vorlagen auch die subjektiv eingeschätzte Harnmenge des ICIQ-SF als Einzelitem betrachtet. Es wurde im Sinne einer per-fiat-Intervallskalierung behandelt (Bortz, 1999). Im Vergleich zu den anderen beiden ICIQ-SF-Items korrelierte das Item zur Harnmenge bei der Validierung des Fragebogens am höchsten mit dem 24-Stunden-Vorlagen-Tests ($r = .58, p < .001$; Karantanis et al., 2004). Dies unterstützt die Betrachtung des Einzelitems als quantitativ-intervallskaliertes Maß für die Inkontinenz.

Das Beckenbodentraining ist einfach und flexibel auszuführen, was zu einer hohen Variabilität beiträgt. Die Messung des Beckenbodentrainings zeigte wenige, dafür aber starke univariate Ausreißer, die für die Analysen an die übrige Stichprobe herangerückt wurden. Dennoch stellt sich die Frage nach der Validität dieser Art der Verhaltenserfassung. Zwar handelt es sich hier nicht um ein unbekanntes Verfahren, doch sollten in zukünftigen Studien beispielsweise klarere Bezüge auf bestimmte Trainingsübungen oder kürzere Zeitspannen, auf die die Angaben bezogen sind, verwendet werden. Da davon auszugehen ist, dass auch die dyadische Planung nicht nur mit lang- sondern vor allem auch mit kurzfristigen, alltäglichen Veränderungen der Interaktion in der Dyade und im Verhalten der Zielperson einher geht, sollten in weiterführenden Studien Tagebuchehebungen (Cranford et al., 2006; Laurenceau & Bolger, 2005; Perrez, Schoebi, & Wilhem, 2000) integriert werden, um diese Mikroprozesse besser abbilden zu können.

Imputation. Aufgrund des längsschnittlichen Schätzverfahrens zum Ersatz fehlender Werte kann es zu Überschätzungen der tatsächlichen Trainingsdauer kommen, da zum vorangegangenen Messzeitpunkt $t-1$ noch trainiert wurde, aufgrund einer Abnahme der Inkontinenz zum folgenden Messzeitpunkt t das Training aber inzwischen beendet worden sein konnte. Da es keine Gruppenunterschiede hinsichtlich des Dropouts gab, sollte dies

keinen Einfluss auf die gruppenspezifische Vorhersage des Verhaltens genommen haben. Die Überprüfung des längsschnittlichen Zusammenhangs von Beckenbodentraining und Inkontinenz könnte dadurch allerdings unterschätzt werden.

Datenauswertung. Mit Hilfe des pfadanalytischen Mediationsmodells konnten sowohl der Effekt der Planungsintervention auf die angestoßenen dyadischen Planungskognitionen als auch weitere indirekte Effekte über die potentiellen Wirkmechanismen auf das Verhalten untersucht werden. Dabei wurde allerdings nur zwischen den zwei Gruppen des Planungssettings als Moderator unterschieden. Die Pfadanalyse ermöglicht die Auswertung von indirekten Drei-Pfad-Effekten, so dass nicht multiple Mediatoren, sondern sequentiell nacheinander geschaltete Mediatoren betrachtet werden konnten. Allerdings erschwerte die pfadanalytische Auswertung die Untersuchung der Signifikanz dieser Drei-Pfad-Mediation mit Hilfe der favorisierten Bootstrap-Methode. Entsprechend den Analysen von MacKinnon und Kollegen (2008) stellt der Joint-Significance-Test aber eine sehr gute Alternative dar.

In Untersuchungen, die auf größeren Stichproben beruhen, sollten die hier berechneten Analysen mittels Strukturgleichungsmodellen, d.h. auf latenter Ebene wiederholt werden, um durch die Berücksichtigung der Messfehler genauere Zusammenhangsaussagen zu erhalten. Außerdem könnten zur dyadischen Auswertung hierarchisch-lineare Modelle oder multi-level-Modelle berechnet werden, um bei der Beurteilung der dyadischen Planungsintervention unter Bezugnahme auf die Patienten- und Partnerinnendaten die Abhängigkeit der Variablen innerhalb der Dyaden zu berücksichtigen. Dazu ist allerdings ein voll-reziprokes Design notwendig (Kenny, Kashy & Cook, 2006). In diesem Fall sollten Verhaltensweisen betrachtet werden, die von beiden Partnern unabhängig voneinander aufgenommen werden.

Bei den querschnittlichen Vorhersagen der vorliegenden Studie sollte beachtet werden, dass hier lediglich Zusammenhangs- und keine Kausalaussagen getroffen werden. So wären alternative Interpretationen der Ergebnisse, dass aufgrund von hemmenden Beziehungsfaktoren weniger dyadisch geplant wird oder dass aufgrund sehr starker Inkontinenz intensiveres Beckenbodentraining ausgeführt wird. Allerdings ermutigen die längsschnittlichen Analysen zu den in der Ergebnisdiskussion berichteten Interpretationen.

In der vorliegenden Studie wurden keine Veränderungsmessungen in den Pfadmodellen berücksichtigt. Weiterführende Studien könnten deshalb bei der Auswertungen auch gemeinsame Veränderungen der dyadischen Planung, der angenommenen Wirkmechanismen und des Verhaltens betrachten.

Suppression? Bei den berichteten pfadanalytischen Vorhersagen ergaben sich statistische Auffälligkeiten. Bei der Betrachtung der individuellen Planung zwei Wochen nach der Operation wie auch weiterer selbstregulativer Strategien – der Handlungskontrolle und der phasenspezifischen Selbstwirksamkeit – als Mediatoren des Zusammenhangs zwischen der Planungsintervention bzw. der dyadischen Planung und dem Beckenbodentraining, zeigten sich mögliche Suppressoreffekte (MacKinnon et al., 2000). Dabei wies der direkte Effekt des Planinhalts auf das Beckenbodentraining ein negatives Vorzeichen auf, während das Produkt der indirekten Pfade positiv war. Dies bedeutet, dass die Anleitung zur Aufstellung von Beckenbodentrainingsplänen mit weniger bzw. von Ernährungsplänen mit mehr tatsächlichem Beckenbodentraining einherging. Wurde die individuelle Handlungsplanung als Mediator betrachtet, traten die Effekte bei der querschnittlichen Vorhersage der Trainingsdauer und der Trainingsintensität zwei Wochen nach der Operation in beiden Planungssettings auf. Bei der Betrachtung der Aufrechterhaltungs- und der Wiederherstellungselbstwirksamkeit als Mediatoren erschien dieser Effekt in beiden Planungssettings, aber nur bei der querschnittlichen Vorhersage der Trainingsdauer drei Monate nach der Operation. Für die Handlungskontrolle als Mediator trat die Suppression in mehreren Analysen und in Abhängigkeit vom Planungssetting auf: bei der querschnittlichen Vorhersage der Trainingsdauer zwei Wochen nach der Operation im dyadischen Setting sowie bei den Vorhersagen der Trainingsdauer drei Monate und sechs Monate nach der Operation durch die dyadische Bewältigungsplanung zwei Wochen nach der Operation in beiden Planungssettings.

Maassen und Bakker (2001) beschreiben einen Suppressor als eine Variable, die nicht mit dem Kriterium, mit einem weiteren Prädiktor dagegen bedeutsam zusammenhängt und somit für die Vorhersage des Kriteriums irrelevante Varianzanteile aus dem Prädiktor herauszieht. Inhaltlich könnte der negative direkte Effekt auf einen eher „verzögerten“ Effekt der Beckenbodentrainingspläne auf die Verhaltensinitiierung hinweisen, der möglicherweise auf die Instruktion, zu Beginn des Trainings die aufzubauende Muskulatur nicht zu überfordern, zurückzuführen ist, während gleichzeitig die selbstregulativen Mechanismen kontrolliert werden. Zunächst wurde zu erklären versucht, warum die Suppression bei der Betrachtung des indirekten Effekts über die dyadische Handlungsplanung und die Handlungskontrolle zwei Wochen nach der Operation nur in den Dyaden gefunden wurde. Um den Effekt statistisch zu erklären, wurde eine Variable gesucht, die positiv mit dem Planinhalt und negativ mit dem Beckenbodentraining oder umgekehrt zusammenhing und gleichzeitig einen Einfluss auf die Selbstregulation in der Dyade hatte. Die vorliegenden Daten wurden daraufhin untersucht, doch keines der gemessenen Merkmale, weder soziale Prozesse wie

Kontrolle, Unterstützung, Interdependenz oder Partnerschaftszufriedenheit, noch der Affekt bzw. das Wohlbefinden des Patienten oder fremdberichtete Angaben der Partnerin erklärten diesen Effekt. Es ist denkbar, dass die Auseinandersetzung mit dem Beckenbodentraining und die damit verbunden Aktualisierung des Bewusstseins der Inkontinenz aversive Gefühle wie Scham gegenüber dem sozialen Umfeld und der Partnerin als dessen Vertreter auslöste (Ahnis, 2005). Indem diese unangenehmen Gefühle und ihre Quelle, die Harninkontinenz, verdrängt wurden, führte der Patient weniger Training aus. Darüber hinaus könnte die Anleitung zum Aufstellen von Beckenbodentrainingsplänen verhindern, dass das Training spontan ausgeführt wurde. Es wäre denkbar, dass in den die Ernährung planenden Gruppen die flexible Gestaltung des ohnehin intendierten Trainings dessen Initiierung begünstigte. In den das Beckenbodentraining planenden Gruppen würde das Training dagegen durch zielgerichtete Selbstregulation erklärt werden, indem sich die Patienten an die konkreten Empfehlungen und Angaben in ihren Plänen hielten. Ergebnisse hinsichtlich der körperlichen Aktivität von Herzpatienten stützen diese Argumentation, dass durch eine flexible Anpassung der Pläne die Verhaltensänderung verbessert werden kann. Innerhalb der ersten sechs Wochen der Verhaltensaübung sollten die individuellen Pläne flexibel verändern, um sie an die alltäglichen Gegebenheiten anzupassen. Dadurch konnte die Ausführung des empfohlenen Trainings und die Erreichung der langfristigen Zielvorgaben unterstützt werden (Sniehotta, Scholz, Schwarzer, Fuhrmann et al., 2005).

Neben den inhaltlichen Erklärungsansätzen weisen Tabachnick und Fidell (2001) darauf hin, dass es statistisch schwer zu bestimmen ist, ab welcher Abweichung zwischen Regressionsgewicht und bivariater Korrelation von einer Suppression gesprochen werden kann, so dass hier auch lediglich ein statistisches Phänomen vorliegen könnte.

6.7 Implikationen und Ausblick

Das Hauptanliegen der vorliegenden Studie war die Untersuchung der dyadischen Planung als volitionaler Faktor zur Überbrückung der Intentions-Verhaltens-Lücke. Es ließen sich nicht alle Hypothesen in ihren Einzelheiten bestätigen. Die dyadische Planung wirkte anders als erwartet: Es zeigten sich keine gruppenspezifischen Effekte der Planungsintervention auf die Anwendung der dyadischen Planung, da alle Paare, in denen der Patient zur Planung des Beckenbodentrainings angeleitet wurde, gemeinsam planten. Ob dieser Effekt speziell auf diese hochmotivierte Stichprobe oder auf die Studienteilnahme der Partnerin zurückzuführen war, oder ob er auch in anderen Stichproben zu finden sein wird, bleibt abzuwarten.

Dennoch erweist es sich als lohnenswert, die dyadische Planung und damit soziale Prozesse bei der Veränderung bzw. bei der Initiierung eines Gesundheitsverhaltens zu berücksichtigen. Die Planungsintervention setzte sich aus fünf bekannte Verhaltensänderungstechniken zusammen (Abraham & Michie, 2007). Direkt überprüft wurden allerdings nur der Verhaltensbezug der Planinhalte sowie der soziale Austausch im Sinne des Planungssettings. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass durch dyadische Planung soziale Prozesse wie verhaltensspezifische soziale Unterstützung oder Kontrolle ausgelöst werden. Vor allem die Auswirkung der sozialen Kontrolle auf das Verhalten hing von den vorangegangenen Bedingungen, unter denen geplant wurde, ab. Aus dem Zusammenhang des Interventionsfaktors *Planinhalt* und der dyadischen Planung lässt sich der Schluss ziehen, dass nicht allein die Vermittlung von Planungsstrategien, sondern insbesondere die Spezifizierung des konkreten Verhaltens wichtig für die Regulation während des Verhaltensänderungsprozesses ist. Hinsichtlich der Verhaltensinitiierung scheint dagegen vor allem die Einbeziehung der Partnerin in die vorbereitende Planung – d.h. das *Planungssetting* – eine Rolle zu spielen. Effekte der spezifischen Anleitung zur *dyadischen* Aufstellung von *Beckenbodentrainingsplänen* zeigten sich lediglich langfristig hinsichtlich der trainings-spezifischen Unterstützung und Handlungskontrolle sechs Monate nach der Operation.

Die psychometrisch erfasste dyadische Planung ging mit mehr individueller Selbstregulation im Sinne der Handlungskontrolle einher. Sie scheint aber personale Ressourcen wie die phasenspezifische Selbstwirksamkeit weniger zu beeinflussen. Dies erstaunte vor dem Hintergrund der verbalen Bestärkung als einer Quelle der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) und erfordert weitere Untersuchungen. Zudem wirkte sich die dyadische Planung über die soziale Kontrolle auf das Beckenbodentraining aus, die trainingspezifische Unterstützung konnte dagegen nicht als Mediator bestätigt werden. Diese differenzierten Vorhersagen des Beckenbodentrainings und der Inkontinenz mittels der Zwei-Gruppen-Pfadmodelle spiegeln die Komplexität des durch die Planungsintervention angestoßenen Veränderungsprozesses wider. So zeigten sich zwar nur wenige Interventionsgruppenunterschiede in den Ausprägungen der Wirkmechanismen, wohl aber differenzierte Vorhersagemuster. Daraus resultiert die Frage, ob es weniger quantitative Unterschiede in der Ausprägung als vielmehr qualitative Unterschiede in der Auswirkung dyadischer Planung und ihrer Wirkmechanismen sind, die Beachtung erfahren sollten.

Weiterführende Untersuchungen. In den vorangegangenen Abschnitten wurden bereits einige Ideen für weiterführende Untersuchungen der dyadischen Planung erwähnt. Im

Folgenden sollen die Grenzen der Studie für die Formulierung von Vorschlägen für zukünftige Forschung zur dyadischen Planung genutzt werden. Die Betrachtung des Beckenbodentrainings zur Evaluation der dyadischen Planungsintervention erwies sich als schwierig. Da aufgrund der hohen Motivation und der durch die Inkontinenz begründeten Dringlichkeit das Training von den meisten Patienten ausgeführt wurde, könnte der Effekt der dyadischen Planung auf das Verhalten unterschätzt worden sein. Zukünftige Forschung zur dyadischen Planung sollte daher Verhaltensweisen betrachten, die größere Varianz hinsichtlich der Ausführungsintention aufweisen und schwieriger auszuführen sind, wie beispielsweise der Rauchstopp oder körperliche Aktivitäten wie Ausdauersportarten.

Auch mögliche Transfereffekte durch die Übertragung erlernter Strategien von einem auf anderes Gesundheitsverhalten wurden diskutiert, die zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Effekts der Intervention beigetragen haben könnten. In weiterführenden Studien sollte deshalb als Alternativtreatment kein Gesundheitsverhalten geplant werden, um solche Transfereffekte ausschließen zu können. Für eine genauere Evaluation der dyadischen Planung sollten auch der Ort und die Umstände der Planungsheftbearbeitung isoliert variiert werden.

In der vorliegenden Studie wurde die dyadische Planung mit dem Ziel betrachtet festzustellen, wie sie auf den Verhaltensänderungsprozess wirkt und welche sozial-kognitiven und sozialen Faktoren dabei eine Rolle spielen. Die Wechselwirkungen von bzw. die konkurrierenden Prozesse der dyadischen und individuellen Planung wurden nicht untersucht und sollten in weiterführenden Studien Beachtung finden. Zur gleichzeitigen Betrachtung der dyadischen und individuellen Planung als multiple Mediatoren (Preacher & Hayes, 2008) zwischen einer Planungsintervention und dem geplanten Verhalten sollte aber eine größere Stichprobe betrachtet werden.

In der vorliegenden Studie wurde die soziale Unterstützung als ein Wirkmechanismus der dyadischen Planung betrachtet und die *erhaltene* trainingsspezifische Unterstützung als Indikator gewählt. Aus der bestehenden Literatur ist aber bekannt, dass meist erst die Wechselwirkungen während der Unterstützungsinteraktionen deren Komplexität widerspiegeln (Dunkel-Schetter et al., 1992). Daraus folgt für zukünftige Forschung zur dyadischen Planung, nicht nur den Unterstützungserhalt, sondern diesen relativiert an der Mobilisierung von verhaltensspezifischer Unterstützung zu betrachten (Burkert et al., 2006). Ebenfalls nicht beachtet wurde die wahrgenommene Unterstützung, die sich nicht auf die tatsächliche Unterstützungsinteraktion, sondern auf die Möglichkeit, Hilfe zu erhalten, bezieht (Sarason, Pierce, & Sarason, 1990). Es wäre denkbar, dass durch die gemeinsame Planung die

wahrgenommene Unterstützung im Sinne einer Ressource erhöht wird, während die Unterstützungsinteraktion sich aus den bereits beschriebenen Gründen nicht verändert. In der vorliegenden Studie wurde zunächst der Austausch mit der Partnerin betrachtet. Um zu klären, wann und welche soziale Unterstützung einen Einfluss auf das Beckenbodentraining nimmt, sollten weiterführende Untersuchungen auch einen differenzierteren Blick auf die Personen im sozialen Umfeld und deren Unterstützungsleistung werfen.

Die bestehende Literatur zur sozialen Kontrolle hat bereits deutlich gemacht, dass soziale Kontrolle sich nicht unter allen Umständen auf das Verhalten auswirkt (Tucker & Mueller, 2000). Unter welchen Bedingungen die Kontrolle nach einer dyadischen Planungsintervention mit dem geplanten Verhalten zusammenhängt, sollte in Zukunft weiter untersucht werden. Der Einfluss sozialer Kontrolle auf das Gesundheitsverhalten wurde größtenteils in Bezug auf die Häufigkeit der gezeigten Verhaltensweisen untersucht (Lewis & Rook, 1999), weniger hinsichtlich der Qualität oder Dauer der Verhaltensaübung. Weiterführende Untersuchungen sollten daher die Auswirkung der sozialen Kontrolle auf diesen Aspekt der Gesundheitsverhaltensdurchführung genauer überprüfen. Dabei könnten über die domänenspezifische Operationalisierung auch allgemeinere Kontroll- und Machtstrategien (Raven, 1988) sowie Prozesse der Interdependenz betrachtet werden. Im „dual-effect“-Modell (Rook, 1990) wird davon ausgegangen, dass soziale Kontrolle nicht nur einen Einfluss auf das Verhalten hat, sondern auch Stress auslösen kann. Affektive Reaktionen auf die ausgeübte Kontrolle und deren Auswirkungen auf das Verhalten wurden nicht berücksichtigt. Weitere Untersuchungen zu den positiven und negativen Effekten der dyadischen Planung und sozialen Kontrolle sollten diese affektive Komponente mitberücksichtigen.

In der vorliegenden Studie erwiesen sich die motivationalen, Aufrechterhaltungs- und Wiederherstellungsselbstwirksamkeit zu allen Messzeitpunkten als valide, distinkte Merkmale (s. Anhang D). Es zeigten sich allerdings keine konsistenten Ergebnisse hinsichtlich der Zusammenhänge mit der dyadischen Planung und dem Verhalten. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass sowohl das spezifische Verhalten als auch der Messzeitpunkt nach der Initiierung des Verhaltens eine Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund sollten zukünftige Studien zum Zusammenhang der dyadischen Planung, der phasenspezifischen Selbstwirksamkeiten und des Verhaltens engere Erhebungszeiträume nutzen und unterschiedliche Verhaltensweisen erfassen. Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede, die Blanchard und Kollegen (2002) in der Vorhersagekraft der Selbstwirksamkeit fanden, sollte zukünftige Forschung beide Geschlechter umfassende Stichproben betrachten, um mögliche

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartungen zur Aufrechterhaltung regelmäßigen Beckenbodentrainings zu untersuchen.

Die Handlungskontrolle wurde als eindimensionales Konstrukt konzipiert. Mit Hilfe der verwendeten Items konnte nur überprüft werden, wie viel Handlungskontrolle ausgeübt wurde. Qualitative Aspekte blieben dabei unberücksichtigt. Im Rahmen der Forschung zur Selbstregulation spielt das Feedback über den aktuellen Verhaltenszustand eine wichtige Rolle (Carver & Scheier, 2002), obgleich bislang wenige Interventionen den Einfluss von Feedback auf die Verhaltensregulation gezeigt haben (Maes & Karoly, 2005). Zukünftige Forschung sollte untersuchen, inwieweit durch dyadische Planung Feedback des Planungspartners ausgelöst wird, welche Qualität es besitzt und inwiefern es die Verhaltensausübung der Zielperson unterstützt. Außerdem nehmen Persönlichkeitsaspekte bzw. Bedürfnisse einen Einfluss auf die Selbstregulation, wie sie z.B. in Deci und Ryans (2000; Ryan & Deci, 2000) Self-Determination-Theory beschrieben werden. Diese wurden in der vorliegenden Stichprobe nicht berücksichtigt. Kurz gefasst beschreibt die Self-Determination-Theory, dass autonomiefördernde, nicht aber kontrollierende Bedingungen die internale Regulation unterstützen. Ein Überblick über die bestehende Literatur zur selbstbestimmten Zielverfolgung zeigt, dass autonome Zielmotivation mit weniger erlebten Zielkonflikten, einer besseren Planung der Verhaltensinitiierung sowie stärkerem Bemühen bei der Zielerreichung einhergeht, während soziale Unterstützung dagegen nur hilfreich ist, wenn sie das Autonomiegefühl der handelnden Person fördert (Koestner, 2008). Diese Überlegungen weisen darauf hin, dass in weiterführenden Studien die Bedingungen, in denen sich die dyadische Planung auf die individuelle Regulation der Zielperson auswirkt, genauer untersucht werden sollten. So ist anzunehmen, dass dyadische Planung vor allem im autonomiefördernden Kontext vorteilhaft ist. Gleichzeitig kann untersucht werden, ob dyadische Planung eher autonomiefördernde oder kontrollierende Bedingungen für die Selbstregulation erzeugt. In zukünftiger Forschung zum Zusammenhang von dyadischer Planung und Autonomie könnte diese experimentell variiert werden.

In der vorliegenden Studie wurden als potentielle Wirkmechanismen der dyadischen Planung zunächst vier soziale und sozial-kognitive Faktoren als *Mediatoren* untersucht. Es wäre aber auch denkbar, dass sie den Zusammenhang zwischen dyadischer Planung und Verhalten *moderieren*, d.h. mit der dyadischen Planung interagieren. Weitere Mediatoren oder Moderatoren des Zusammenhangs der selbständigen dyadischen Planung mit dem geplanten Verhalten können zukünftig untersucht werden. Bei der Diskussion der Ergebnisse zu den angenommenen Wirkmechanismen wurden bereits einige Ideen wie situative Bedingungen

unter denen das Verhalten geplant und gezeigt wird, weitere Beziehungsaspekte, Personenmerkmale sowie dyadische, individuelle und affektive Regulationsmechanismen diskutiert:

Die zentralen sozial-kognitiven Faktoren sind zwar in der vorliegenden Studie enthalten, doch könnte die dyadische Planung z.B. zur weiteren Validierung im Motivationsstadienvergleich untersucht werden.

Zudem kann davon ausgegangen werden, dass dyadische Planung mit weiteren sozialen Komponenten wie der sozialen Eingebundenheit oder den sozialen Beziehungen des Patienten und seiner Umwelt zusammenhängt. So könnte die gegenseitige soziale Beeinflussung durch die dyadische im Gegensatz zur individuellen Planung z.B. zu einer höheren Beziehungszufriedenheit führen. Durch diese könnte wiederum ein positiver Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit im Allgemeinen und auf das Gesundheitsverhalten im Speziellen genommen werden (House, Landis, & Umberson, 1988). Als weitere potentielle Mediatoren oder Moderatoren könnten daher Beziehungsaspekte der gemeinsam planenden Partner untersucht werden – z.B. die Beziehungsqualität, die Nähe oder Vertrautheit in den Beziehungen zu intimen oder fremden Partnern sowie die Gleichheit oder Asymmetrie der Beziehungen zwischen der Zielperson und dem Planungspartner.

Völlig unberücksichtigt blieben auch die erektile Dysfunktion der Patienten sowie die Komorbidität der Patienten und Partnerinnen. Es ist davon auszugehen, dass solche zusätzlichen Stressoren einen Einfluss auf die dyadische Regulation, d.h. auf die dyadische Planung, aber z.B. auch auf die Ausübung von sozialer Unterstützung und Kontrolle nehmen. In Untersuchungen zur individuellen Planung konnte gezeigt werden, dass das Alter bzw. altersbezogene Regulationsstrategien einen Einfluss auf die Anwendung der Planungsstrategien sowie auf die Verhaltensausbübung hat (Scholz et al., 2007; Ziegelmann et al., 2006; Ziegelmann & Lippke, 2007). Vor diesem Hintergrund sowie aufgrund von Befunden zu Alterseffekten in sozialen Interaktionen (Lewis et al., 2004) sollte auch untersucht werden, ob die Anwendung und Wirkung der dyadischen Planung vom Alter beeinflusst ist. Zukünftige Forschung zur dyadischen Planung könnte auch Persönlichkeitseigenschaften und ihre Wechselwirkungen mit z.B. sozialer Kontrolle betrachten. So konnte bereits gezeigt werden, dass Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit den Zusammenhang von sozialer Beeinflussung und Gesundheitsverhalten bzw. Wohlbefinden erklären (Tucker, Elliott, & Klein, 2006). Weitere Studiendesigns sollten ebenfalls Frauen als Zielpersonen berücksichtigen, die gemeinsam mit ihrem Ehemann planen, oder gleichgeschlechtliche Dyaden in intimen und fremden Beziehungen, um Geschlechtsvergleiche und Interaktionsvorgänge sowie deren

Effekte auf die angestoßenen sozialen und selbstregulativen Prozesse untersuchen zu können. Die Rolle von selbstregulativen Mechanismen (z.B. Zielsetzung), der Autonomiebedürfnisse und des Feedbacks wurde bereits in den vorangegangenen Abschnitten erörtert. Diese Aspekte könnten neben weiteren Persönlichkeitsmerkmalen oder Emotionen in zukünftigen Forschungsvorhaben zur dyadischen Planung Berücksichtigung finden. Die Auswirkung der dyadischen Planungsintervention auf die Stressbewältigung und das Wohlbefinden der Partnerinnen wurde aufgrund des Schwerpunktes dieser Arbeit nicht untersucht, sollte aber für die abschließende Bewertung einer solchen Intervention, die die Partnerin explizit einbezieht, unbedingt beachtet werden.

Bei der Betrachtung des Beckenbodentrainings und der Inkontinenz wurden wie in der Literatur (Hunter et al., 2007) sowohl positive als auch negative Zusammenhänge gefunden. Zukünftige Untersuchungen sollten zum einen den Zusammenhang des Beckenbodentrainings und der Inkontinenz auch zu späteren Messzeitpunkten betrachten, da die Inkontinenz auch noch im Laufe eines Jahres reduziert werden kann (Basillote et al., 2004). Zum anderen könnten durch kürzere Zeitabstände zwischen den Erhebungen auch non-lineare Verläufe der Inkontinenz und des Einflusses des Beckenbodentrainings auf ihre Reduktion abgebildet werden. Die verschiedenen Zusammenhänge je nach betrachtetem Zeitintervall könnten auch durch den interindividuell unterschiedlich verlaufenden Heilungsprozess erklärt werden. Indikatoren dafür sind schwer zu finden. Muskelkraftmessungen mittels Biofeedback-Geräten wären denkbar.

Implikationen und Ausblick. Indem in der vorliegenden Studie die dyadische Planung, d.h. die gemeinsame Planung der Änderung eines Gesundheitsverhaltens mit einem Partner untersucht wurde, leistet sie einen weiteren Beitrag zur Aufklärung des Prozesses der Gesundheitsverhaltensänderung. Über die bestehende Literatur hinaus wurde in der vorliegenden Studie explizit der Einfluss einer weiteren, nahe stehenden Person auf die Verhaltensvorbereitung und -ausübung untersucht. Dagegen wurde in den vorangegangenen gesundheitspsychologischen Untersuchungen der Einfluss des sozialen Umfelds eher implizit, d.h. im Sinne von sozialen Normen, von Erwartungen sozialer Konsequenzen auf die Ausübung eines neuen Verhaltens oder von situativen Barrieren und Gelegenheiten berücksichtigt (Ajzen, 1991; Schwarzer, 2002a, 2004). Die Ergebnisse zeigen, dass die Verhaltensänderung als selbstregulativer und sozial beeinflusster Prozess sehr komplex ist. Weiterhin scheinen sich die individuellen Regulationsprozesse stärker auf das Verhalten auszuwirken als die sozialen Austauschprozesse. Es bleibt genauer zu überprüfen, ob die

sozialen Prozesse eher distale Faktoren bei der Verhaltensvorhersage darstellen, die eher die proximalen individuellen Regulationsprozessen wie z.B. die Handlungskontrolle begünstigen, als sich direkt auf das Verhalten auszuwirken.

Die vorliegende Arbeit eröffnet einen neuen Forschungsbereich, indem überprüft wurde, wie sich die dyadische Planung auf soziale und selbstregulative Prozesse sowie auf die Verhaltensänderung auswirkt. Ihre Funktionsweise ist aber noch nicht hinreichend geklärt, so dass zukünftige Studien die verbliebenen Fragen und die, die sich neu ergaben, klären müssen. Erst wenn weitere Untersuchungen Klarheit über die positiven und negativen Effekte der dyadischen Planung verschafft haben, sollten Empfehlungen für präventive oder rehabilitative Interventionen zur Gesundheitsverhaltensänderung mit Hilfe von dyadischer Planung für den Alltag, für die ärztliche oder psychotherapeutische Praxis, für die Anschlussheilbehandlung, Rehabilitationsklinik oder Krankenhäuser ausgesprochen werden. Mit dyadischen Planungsinterventionen könnten weitere Personen in die Programme einbezogen werden – z.B. um Informationen zum gewünschten Verhalten zu vermitteln sowie um soziale Unterstützung, soziale Kontrolle und die Selbstregulation zu beeinflussen. Darüber hinaus kann mit Hilfe solcher Interventionen die zusätzliche Expertise des Partners für die Vorbereitung, die Initiierung und die Aufrechterhaltung genutzt werden. Erst wenn die Ergebnisse weiterer Untersuchungen mit anderen Stichproben und unter Berücksichtigung weiterer Moderatoren und Mediatoren vorliegen, kann gesagt werden, ob dyadische Planungsinterventionen für jedes Patientenkontext oder nur für bestimmte Gruppen hilfreich ist oder ob spezifische Instruktionen notwendig sind, um negative Effekte zu minimieren. Über die gesundheitspsychologischen Fragestellungen zur Gesundheitsverhaltensänderung hinaus könnten dann Interventionen zur dyadischen Planung auch im Kontext der dyadischen Krankheitsbewältigung (Bodenmann, 2000) eingesetzt werden, mit dem Ziel, die Lebensqualität von Patienten durch soziale Unterstützung und eine verbesserte Selbstregulation zu unterstützen (Renneberg & Lippke, 2006).