



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Gesundheitspsychologie

GPSYH06



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Gesundheitspsychologie

GPSYH06



Dr. rer. pol., Dipl.-Psych. Stefan Hoffmann

(geb. 1977) studierte an der Katholischen Universität Eichstätt und an der Universität Mannheim Diplom-Psychologie mit den Schwerpunkten Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Forschungs- und Evaluationsmethodik. Im Jahr 2008 wurde er an der Technischen Universität Dresden im Fach Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Marketing promoviert. Stefan Hoffmann vertrat von April 2011 bis März 2012 den Lehrstuhl für Marketing der Technischen Universität Dresden und ab April 2012 den Lehrstuhl für Marketing der Universität Rostock. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Konsumentenverhalten, Gesundheitsmarketing, Werbewirkungsforschung sowie Internationales Marketing. In diesen Themenfeldern hat Stefan Hoffmann zahlreiche nationale und internationale Publikationen veröffentlicht. Derzeit erforscht er unter anderem im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts innovative Möglichkeiten, um die Hemmnisse eines gesunden Lebensmittelkonsums zu überwinden.



Dr. rer. pol., Dipl.-Kffr. Uta Schwarz

(geb. 1977) studierte an der Technischen Universität Dresden Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Marketing, Psychologie und Personalwesen. Seit 2003 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Marketing der TU Dresden. Ihre Promotion im Fach Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing hat Uta Schwarz im April 2012 abgeschlossen. Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitsmarketing und Gesundheitspsychologie, Werbewirkungsforschung sowie Internationales Marketing. Zu diesen Themenbereichen hat sie zahlreiche nationale und internationale Publikationen verfasst. Neben ihrer Tätigkeit an der TU Dresden arbeitet Uta Schwarz freiberuflich als Dozentin und Research Consultant. Im Rahmen dieser Tätigkeit betreute sie u. a. Projekte im Bereich des Gesundheitswesens und der Prävention (z. B. AOK Plus Sachsen/Thüringen, TUMAINI Institut für Präventionsmanagement).

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen/verlinken, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Gesundheitspsychologie

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Kapitel 1	
1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten aus Sicht der Psychologie.....	3
1.1 Definition und Ziele der Gesundheitspsychologie.....	3
1.2 Gesundheitsbegriff im Wandel der Zeit	4
1.3 Relevanz des Gesundheitsverhaltens für die Gesundheit.....	8
1.4 Zielsetzung und Systematisierung sozial-kognitiver Erklärungsansätze des Gesundheitsverhaltens.....	10
Zusammenfassung	13
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	13
Kapitel 2	
2 Motivationale Modelle.....	14
2.1 Health Belief Modell.....	14
2.1.1 Grundannahmen	14
2.1.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	17
2.2 Schutzmotivationstheorie.....	18
2.2.1 Grundannahmen	18
2.2.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	21
2.3 Theorie des geplanten Verhaltens.....	25
2.3.1 Grundannahmen	25
2.3.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	28
2.4 Sozial-kognitive Theorie	30
2.4.1 Grundannahmen	30
2.4.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	32
Zusammenfassung	35
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	37
Kapitel 3	
3 Stadienmodelle	38
3.1 Transtheoretisches Modell.....	38
3.1.1 Theoretische Grundannahmen	38
3.1.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	43
3.2 Prozessmodell präventiven Handelns	44
3.2.1 Grundannahmen	44
3.2.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	46

3.3	Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns.....	47
3.3.1	Grundannahmen.....	48
3.3.2	Anwendung des Modells in Forschung und Praxis.....	50
	Zusammenfassung.....	54
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	55

Kapitel 4

4	Grenzen und Weiterentwicklung sozial-kognitiver Modelle.....	56
4.1	Defizite sozial-kognitiver Modelle des Gesundheitsverhaltens...	56
4.2	Ansätze zur Weiterentwicklung von Modellen des Gesundheitsverhaltens.....	57
4.2.1	Berücksichtigung kognitiver und emotionaler Einflussgrößen ..	57
4.2.2	Berücksichtigung von Merkmalen der Persönlichkeit	59
4.2.3	Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale.....	61
	Zusammenfassung.....	63
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	64

	Schlussbetrachtung	65
--	---------------------------------	----

Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	66
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	68
C.	Glossar	73
D.	Literaturverzeichnis	76
E.	Abbildungsverzeichnis.....	85
F.	Tabellenverzeichnis	86
G.	Sachwortverzeichnis	87
H.	Einsendeaufgabe.....	89

Einleitung

Das vorliegende Studienheft befasst sich mit den psychologischen Grundlagen des Gesundheitsverhaltens. Sie erfahren, warum sich manche Menschen gesundheitsbewusst verhalten, also z. B. ausgewogen ernähren und ausreichend körperlich betätigen und andere nicht.

Die Auseinandersetzung mit den Beweggründen proaktiven Verhaltens ist sowohl aus individueller als auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht überaus relevant (vgl. Ferber et al., 2007). Obwohl das Bewusstsein, seine Gesundheit selbst steuern zu können, in der Bevölkerung mehr und mehr vorhanden ist, steigt die Anzahl lebensstilbedingter Krankheiten weiter an. Immer mehr Menschen leiden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie bestimmten Krebserkrankungen, die zumindest teilweise auf risikobehaftete Verhaltensweisen wie eine unausgewogene Ernährung, mangelnde Bewegung oder einen hohen Nikotin- und Alkoholkonsum zurückzuführen sind (vgl. Zimmet et al., 2001). Gelingt es den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens, in der Bevölkerung das Bewusstsein für die Risiken derartiger Verhaltensweisen zu schaffen und gefährdete Personen zu einer Verhaltensänderung zu bewegen, könnte der Ausbruch lebensstilbedingter Erkrankungen wirkungsvoll verhindert oder zumindest verzögert werden.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des vorliegenden Studienheftes, Ihnen die Ziele und Teilbereiche der noch jungen Forschungsdisziplin „Gesundheitspsychologie“ näher zu bringen.

Sie erhalten einen Überblick über die wichtigsten psychologischen Modelle und Theorien des Gesundheitsverhaltens. Sie erfahren, welche Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten eines Menschen Einfluss nehmen und wie sich aus den Annahmen der theoretischen Erklärungsansätze praxisbezogene Ratschläge für die Gestaltung von Präventionsappellen und -maßnahmen ableiten lassen.

Wir wünschen Ihnen bei der Bearbeitung des Heftes viel Spaß!

Kapitel 1

1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten aus Sicht der Psychologie

In diesem einführenden Kapitel werden Sie in die theoretischen Grundlagen der Gesundheitspsychologie eingeführt.

Sie lernen, wie sich der Gesundheitsbegriff im Laufe des vergangenen Jahrhunderts von einem negativen Begriffsverständnis (Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit) hin zu einer positiven Sichtweise (Gesundheit = Zustand des psychischen und physischen Wohlbefindens) entwickelt hat.

Sie können nach Bearbeitung dieses Kapitels die wesentlichen Annahmen sozial-kognitiver Modelle des Gesundheitsverhaltens erklären.

1.1 Definition und Ziele der Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie als Teilbereich der Psychologie untersucht, wie Individuen ihre Gesundheit erhalten können und welche Einflussgrößen darüber entscheiden, dass sich einige Personen gesundheitsbewusster verhalten als andere. Untersuchungsgegenstand ist weiterhin, wie Krankheiten von vornherein verhindert werden können. Neben dieser, auf den Erhalt von Gesundheit ausgerichteten Perspektive, erforscht die Gesundheitspsychologie schließlich das Verhalten bereits erkrankter Menschen, indem sie bspw. fragt, welche psychologischen Faktoren dazu beitragen, dass sich eine Person nach einer Krankheit schnell wieder erholt (vgl. Lippke; Renneberg, 2006).

Schwarzer (2004, S. 1) fasst die Zielsetzungen der Gesundheitspsychologie wie folgt zusammen:

„Die Gesundheitspsychologie befasst sich mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen sowie mit der Optimierung von Gesundheit. Die Forschung fragt danach, wer krank wird und warum, wer sich von Krankheit wieder gut erholt (und warum), und wie man Krankheiten von vornherein verhütet.“

Die Gesundheitspsychologie ist eine vergleichsweise junge Disziplin, die Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens empirisch überprüft und systematisch weiterentwickelt, mit dem Ziel, wirksame Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung ableiten zu können. Bevor Kapitel 1.4 Theorien und Modelle der Gesundheitspsychologie systematisiert, wird in Kapitel 1.2 und Kapitel 1.3 im Folgenden dargelegt, welche unterschiedlichen Sichtweisen auf den Gesundheitsbegriff es gibt und welche Relevanz das Gesundheitsverhalten für den Erhalt der Gesundheit hat.

1.2 Gesundheitsbegriff im Wandel der Zeit

Fragt man Menschen danach, wie sie ihren Gesundheitszustand insgesamt einschätzen, so fällt diese subjektive Bewertung oftmals sehr positiv aus. In einer Umfrage des Robert Koch-Institutes bewerteten 73 Prozent der befragten Männer und 68 Prozent der befragten Frauen ihren Gesundheitszustand als „gut“ bzw. „sehr gut“ (vgl. Robert Koch-Institut, 2011).

Offenbar wird in unserem Alltagsverständnis Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit bzw. von Krankheitssymptomen definiert. Aus wissenschaftlicher Sicht greift diese Begriffsauffassung jedoch zu kurz. Die Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO, 1946) legt eine positive Definition von Gesundheit vor, in der Gesundheit nicht allein als Abwesenheit von körperlichen Symptomen definiert wird. Gesundheit ist demnach vielmehr ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Diese Sichtweise auf Gesundheit blieb jedoch nicht von Kritik verschont. So weist Faltermaier (1994) darauf hin, dass dem Begriff der Gesundheit eine Zeitkomponente zugrunde liegt. Eine Person, die momentan gesund ist, bleibt dies nicht auf Dauer. Vielmehr muss sie aktiv dazu beitragen, den guten Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten. Ziegelmann (2004) bezeichnet die WHO-Definition als utopistisch, d.h. als nahezu unerreichbar. Eine Person, die keinerlei körperliche Symptome aufweist, sich aber aufgrund eines zeitintensiven beruflichen Projektes gerade erschöpft fühlt, würde bereits als nicht gesund eingestuft werden.

Antonovsky (1979, 1987) unterscheidet zwischen einer pathogenetischen und einer salutogenetischen Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff (vgl. Abb. 1.1). Das pathogenetische Modell versucht zu erklären, wie eine Krankheit entsteht. Es interessiert sich für die biologischen Ursachen einer Erkrankung. Dieser negativen Sicht auf Gesundheit stellt Antonovsky das salutogenetische Modell gegenüber. Dieser Ansatz untersucht, warum Menschen gesund sind und wie sie gesund bleiben können. Schiffer (2001) bezeichnet die Salutogenese auch als „Schatzsuche“: Um eine Person zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu animieren, gilt es demnach, attraktive Ziele zu formulieren, die für die Zielperson motivierend sind und für die es sich lohnt, Anstrengungen zu unternehmen. Die Pathogenese setzt Schiffer hingegen mit dem Begriff der „Fehlersuche“ gleich. Vor allem Mediziner streben danach, Ursachen und Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten zu identifizieren und suchen nach medizinischen Mitteln, um diese zu heilen oder die bestehenden Symptome abmildern zu können.

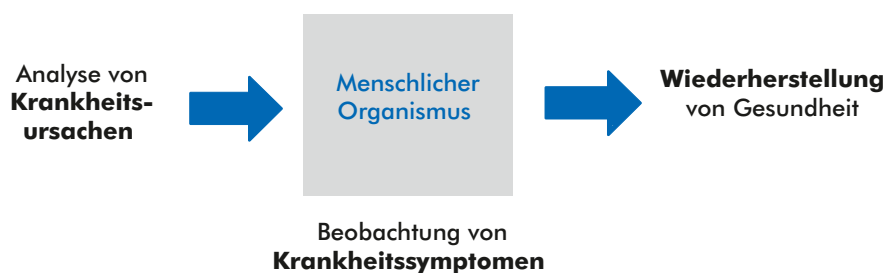
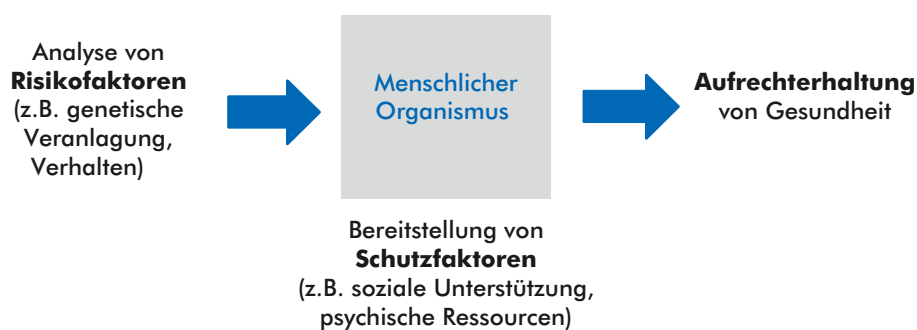
Pathogenetischer Gesundheitsbegriff**Salutogenetischer Gesundheitsbegriff**

Abb. 1.1: Abgrenzung von pathogenetischem und salutogenetischem Gesundheitsbegriff (eigene Darstellung)

Aufbauend auf den Überlegungen des Salutogenese-Modells entwickelte der amerikanische Psychiater G. L. Engel Ende der 1970er-Jahre das biopsychosoziale Modell (vgl. Engel, 1976). Dieses Modell hat in den vergangenen 30 Jahren in der Gesundheitspsychologie große Akzeptanz erfahren, wenn es darum ging, den Zusammenhang zwischen körperlichem und seelischem Wohlbefinden zu erklären (vgl. Egger, 2008). Denn hierfür sind nicht nur die biologischen Tatsachen zu einer (potenziellen) Erkrankung zu beachten, sondern vielmehr auch psychologische und soziale Kontextfaktoren zu berücksichtigen (vgl. Abb. 1.2).

Die Bezeichnung „Bio“ steht für die klassische Schulmedizin, die daran interessiert ist, körperliche Ursachen für eine Erkrankung zu identifizieren, Symptome zu deuten und darauf aufbauend eine Diagnose abzuleiten. Der Begriff „Sozial“ kennzeichnet das soziale Umfeld, in welches eine erkrankte bzw. gesundheitlich gefährdete Person eingebunden ist (z. B. Schule, Arbeitsplatz, Freunde, Familie). Die Dimension „Psycho“ charakterisiert schließlich das Denken und Fühlen einer Person. Aus Sicht der Gesundheitspsychologie interessiert hierbei unter anderem, ob ein Individuum über Coping-Strategien und Selbstwirksamkeitserwartungen verfügt, um ein gesundheitsschädigendes Verhalten künftig nicht mehr auszuführen. Insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartungen einer Person spielen in den in Kapitel zwei und Kapitel drei vorgestellten Modellansätzen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, Verhaltensabsichten zu wecken und das Gesundheitsverhalten von Individuen zu beeinflussen.



Coping-Strategie

Das Wort „Coping“ leitet sich vom englischen Verb „to cope“ ab, was so viel bedeutet wie „bewältigen“, „überwinden“, „meistern“. Ist ein Mensch in der Lage, Coping-Strategien zu entwickeln, so erleichtert ihm dies, auch schwierige Lebenssituationen meistern zu können. Im Rahmen der Gesundheitspsychologie kommen Coping-Strategien Schlüsselfunktionen zu, wenn es darum geht, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen abzustellen und mit den damit verbundenen Herausforderungen umgehen zu können.



Selbstwirksamkeitserwartung

Unter der Selbstwirksamkeitserwartung versteht man die Überzeugung einer Person, dass sie selbst dazu in der Lage ist, eine bestimmte Handlung durchzuführen und diese zu einem anvisierten Ergebnis zu bringen. Eine Person wird ein bestimmtes Verhalten umso eher zeigen, je mehr sie selbst davon überzeugt ist, die Handlung erfolgreich durchführen und damit ein gewünschtes Ergebnis erzielen zu können (= hohe Selbstwirksamkeitserwartung). Im Zusammenhang mit der Gesundheitspsychologie wird die Selbstwirksamkeitserwartung eines Menschen auch als gesundheitsförderliche Ressource bezeichnet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung leichter fällt als Menschen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung, Verhaltensabsichten (z. B. regelmäßig Sport treiben) tatsächlich zu realisieren, weil sie davon überzeugt sind, diese Herausforderung aus eigenen Kräften meistern zu können.

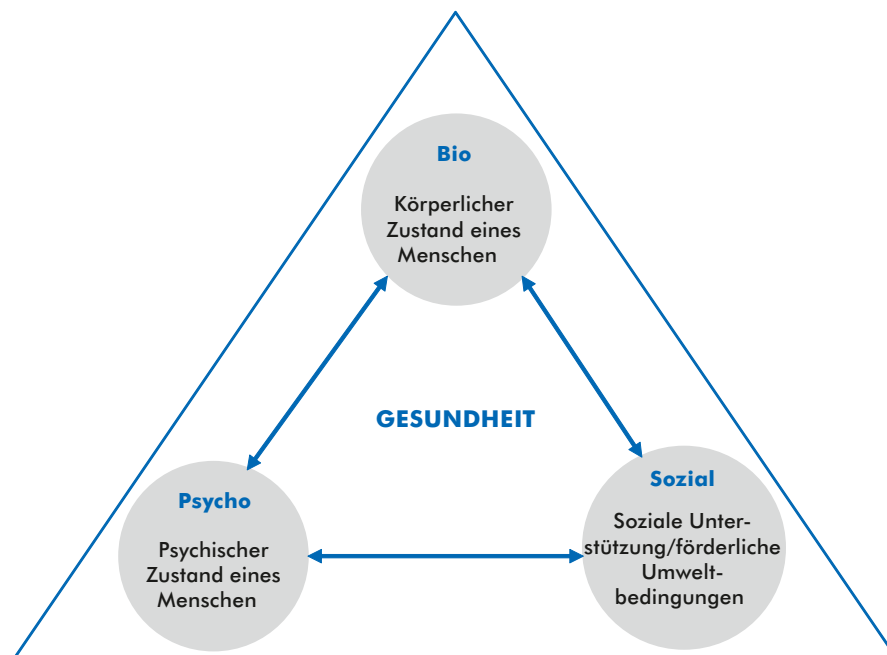


Abb. 1.2: Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Lippke; Renneberg, 2006, S. 9).

Die biologischen, psychologischen und sozialen Einflussgrößen nehmen nicht nur einzeln Einfluss auf das Gesundheitsverhalten, sondern stehen zueinander in einer komplexen Wechselbeziehung. Zum einen in negativer Hinsicht: Ein Mensch, der gerade seine Arbeit verloren hat, muss nicht nur auf Gehalt verzichten, sondern erfährt auch einen Verlust an sozialem Kontakt, den er tagtäglich zu seinen Kollegen hatte (= soziale Komponente). Diese Vereinsamung kann bei dem Betroffenen Traurigkeit und Verzweiflung auslösen. Hält dieser Zustand über einen längeren Zeitraum an, ist im schlimmsten Fall eine Depression die Folge (= psychologische Komponente). Depressive Verstimmungen können wiederum auch körperliche Symptome nach sich ziehen, z.B. Bauchschmerzen (= biologische Komponente).

Zum anderen ist aber auch ein positives Wechselspiel von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren auf den Gesundheitszustand möglich. Wenn eine Person im Rahmen einer Routineuntersuchung erfährt, dass sie ein erhöhtes Risiko besitzt, an Typ-2-Diabetes zu erkranken (= biologische Komponente), wird sie zunächst schockiert sein. Denn um den Ausbruch der Krankheit verhindern zu können, wird sie eine gewaltige Umstellung der etablierten Ernährungsgewohnheiten in Kauf nehmen müssen. Entwickelt die Person jedoch effektive Strategien, um mit dieser Herausforderung umgehen zu können (= psychologische Komponente) und hat sie ein soziales Netzwerk, das sie bei der Ernährungsumstellung unterstützt (= soziale Komponente), so wird sie es schaffen, sich gesünder zu ernähren.

Die Kernaussagen des biopsychosozialen Modells können wie folgt zusammengefasst werden (vgl. Thapa-Görder; Voigt-Radloff, 2010, S. 4):

- Das Modell fokussiert den Begriff der Gesundheit und nicht den Begriff der Krankheit.
- Das Modell betrachtet Gesundheit aus Sicht des einzelnen Individuums und beleuchtet Kontextfaktoren, die über das eigentliche medizinische Untersuchungsergebnis hinausgehen.
- Gesundheit wird als dynamischer Vorgang verstanden. Demnach sind Änderungen am Gesundheitszustand einer Person möglich, wenn sich die Lebensumstände ändern.

Übung 1.1:

Ihre Aufgabe ist es nun, die Annahmen des biopsychosozialen Modells an einem konkreten Beispiel zu erläutern. Stellen Sie sich vor, Frau Schulz bekommt von ihrem Hausarzt mitgeteilt, dass sie unter Übergewicht und zu hohem Blutdruck leidet (Komponente „Bio“). Der Arzt empfiehlt ihr deshalb dringend, von nun an regelmäßig Sport zu treiben, um auf diesem Wege Gewicht zu reduzieren. Erläutern Sie, wie soziale und psychische Rahmenbedingungen dazu beitragen können, dass es Frau Schulz gelingt, diesen Ratschlag tatsächlich umzusetzen.



1.3 Relevanz des Gesundheitsverhaltens für die Gesundheit

Die Annahmen des biopsychosozialen Modells legen nahe, dass ein Individuum durch sein Gesundheitsverhalten selbst aktiv zum Erhalt der Gesundheit beitragen kann. In der Forschung bestehen unterschiedliche Ansichten darüber, was genau unter Gesundheitsverhalten zu verstehen ist. Alle einschlägigen Definitionen (z. B. Norman; Conner, 2005; Schwarzer, 2004) zählen übereinstimmend sowohl das Ausführen gesundheitsförderlicher als auch das Vermeiden gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zum Gesundheitsverhalten dazu.

Folgt man den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), so besteht eine gesundheitsförderliche Maßnahme beispielsweise darin, viel Obst und Gemüse sowie ballastreiche Getreide- und Kartoffelprodukte zu verzehren, reichlich Wasser und ungesüßten Tee zu trinken, nur in Maßen zucker- und fettreiche Lebensmittel zu konsumieren und sich für das Essen Zeit zu nehmen (vgl. DGE, 2010).

Eine Person, die diese der Gesundheit zuträglichen Empfehlungen missachtet, zeigt sicherlich ein gesundheitsschädigendes Verhalten. Die Abgrenzung gesundheitsförderlicher und -schädlicher Verhaltensweisen ist allerdings eine starke Vereinfachung, da jedes Verhalten als Kontinuum verstanden werden kann, welches von jeweils zwei gegensätzlichen Polen begrenzt wird. Das Ernährungsverhalten der meisten Menschen wird vermutlich nicht einem der beiden beschriebenen Extrempole zuzuordnen sein, sondern sich an einer Stelle des breiten Kontinuums zwischen gesundheitsförderlicher und -schädlicher Verhaltensweisen befinden (z. B. täglicher Verzehr von Obst und Gemüse bei gleichzeitiger Vorliebe für ein Stück Kuchen am Nachmittag).

Tabelle 1.1 gibt einen Überblick zu gesundheitsförderlichen und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen. Faselt et al. (2010) weisen darauf hin, dass einzelne Gesundheitsverhaltensweisen miteinander interagieren können. So sind z. B. unter Personen, die wenig körperlich aktiv sind, häufiger Raucher und Menschen mit Übergewicht zu finden als unter körperlich aktiven Menschen. Weiterhin ist es möglich, dass eine Person zugleich gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen ausübt (sich z. B. gesund ernährt, aber zugleich raucht).

Tabelle 1.1: Gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (eigene Darstellung in Anlehnung an Faselt et al., 2010, S. 18)

Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen	Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen
<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Aktivität • Gesunde Ernährung • Krebsvorsorge • Entspannung • Genügend Schlaf • Soziale Kontakte • Sicherheitsgurt tragen • Arzttermine einhalten/Ärztlichen Anweisungen Folge leisten 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauchen • Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen, Medikamente) • Riskantes Sexualverhalten • Sonnenbaden • Betreiben von Risikosportarten • Zu schnelles Fahren im Straßenverkehr

Obwohl das Bewusstsein, seine Gesundheit selbst steuern zu können, in der Bevölkerung mehr und mehr vorhanden ist, steigt die Anzahl lebensstilbedingter Krankheiten weiter an. Immer mehr Menschen leiden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie bestimmten Krebserkrankungen, die allesamt zumindest teilweise auf risikobehaftete Verhaltensweisen wie eine unausgewogene Ernährung, mangelnde Bewegung oder einen hohen Nikotin- und Alkoholkonsum zurückzuführen sind (vgl. Zimmet et al., 2001). Die aufgeführten Krankheiten beeinträchtigen nicht nur den Gesundheitszustand eines einzelnen Individuums beträchtlich, sie stellen auch eine erhebliche Herausforderung für das Gesundheitssystem dar (vgl. Ferber et al., 2007).

Um zu ergründen, warum eine Person gesundheitsförderliche Maßnahmen ausübt und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen unterlässt, ist es primäres Ziel der Gesundheitspsychologie, die in einem Individuum ablaufenden Vorgänge näher zu analysieren. Die bisherige gesundheitspsychologische Forschung zeigt, dass insbesondere Kognitionen (z.B. Motive, Einstellungen, Verhaltensabsichten) wesentliche Bestimmungsgrößen gesundheitsbewussten Verhaltens sind. Anders als sozio-ökonomische Variablen (z.B. Einkommen, Bildungsgrad) lassen sie sich durch die Person selbst verändern, weshalb sie als Schlüsselgrößen für Verhaltensänderungen gelten.

Kognitionen

Der Begriff Kognition leitet sich vom lateinischen Wort „cognoscere“ = erkennen, erfahren ab. In der Psychologie bezeichnen Kognitionen die im Inneren eines Individuums ablaufenden gedanklichen Prozesse wie die Entwicklung von Motiven, Einstellungen, Meinungen und Verhaltensabsichten. Kognitionen können Gefühle (= emotionale Vorgänge) beeinflussen oder durch diese beeinflusst werden.



Um zu erklären, wie Kognitionen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten nehmen, wurden verschiedene Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens vorgeschlagen. Die grundlegenden Zielsetzungen dieser Modelle und ein Ansatz zu deren Systematisierung werden in Kapitel 1.4 vorgestellt.

1.4 Zielsetzung und Systematisierung sozial-kognitiver Erklärungsansätze des Gesundheitsverhaltens

Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens versuchen zu erklären, welche Einflussgrößen für das Entstehen gesundheitsförderlicher bzw. -schädigender Verhaltensweisen verantwortlich sind. Sie gehen der Frage nach, aus welchen Gründen Menschen sich gesund bzw. ungesund verhalten. Eine weitere Kernfrage besteht darin zu ergründen, wie es gelingen kann, dass eine Person den Plan, sich gesund zu verhalten, auch tatsächlich umsetzt.



Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens

Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens beschreiben, welche Einflussgrößen eine gesundheitsrelevante Verhaltensweise (z.B. gesunde Ernährung) beeinflussen und wie diese Faktoren zusammenwirken. Sie beschreiben auch, unter welchen Bedingungen diese Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten Einfluss nehmen.

Sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens stellen kognitive Faktoren (z.B. Motive, Einstellungen, Verhaltensabsichten) in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen. Sie postulieren damit, dass Gesundheitsverhalten vor allem durch die betroffene Person selbst ausgelöst wird. Diese Selbststeuerungsmechanismen werden jedoch von sozialen Bestimmungsgrößen (z.B. dem sozialen Umfeld) beeinflusst. Sozial-kognitive Modelle integrieren damit kognitive und soziale Einflussgrößen, um Gesundheits- und Risikoverhalten zu prognostizieren.



Sozial-kognitive Ansätze

Sozial-kognitive Ansätze ziehen sowohl kognitive (z.B. Einstellungen, Verhaltensabsichten) als auch soziale Faktoren (z.B. Unterstützung durch den Partner) heran, um gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu erklären.

Grundsätzlich lassen sich zwei Arten sozial-kognitiver Modelle voneinander abgrenzen: Motivationale Modelle und Stadienmodelle. Gemeinsam haben beide Erklärungsansätze, dass sie versuchen, anhand von Kognitionen (insbesondere Einstellungen und Verhaltensabsichten gegenüber einer gesundheitsförderlichen Maßnahme) tatsächliches Verhalten vorherzusagen. Stark vereinfacht lässt sich der Zusammenhang zwischen Einstellung, Verhaltensabsicht und Verhalten im S-O-R-Modell darstellen (vgl. Abb. 1.3). Ob eine Person ein gesundheitsförderliches

Verhalten zeigt (= Reaktion), hängt demnach nicht allein vom auslösenden Reiz (= Stimulus) ab, sondern wird vielmehr maßgeblich von den im Inneren einer Person ablaufenden Prozessen (= Organismus) beeinflusst.

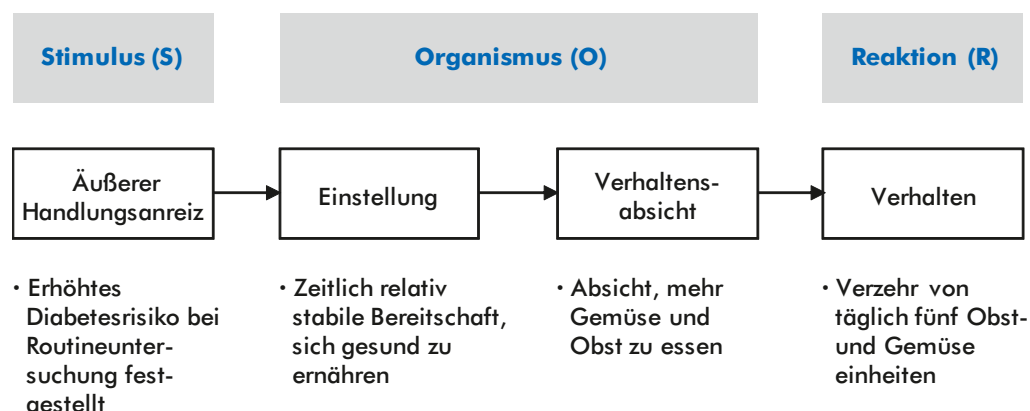


Abb. 1.3: S-O-R-Modell des Gesundheitsverhaltens (eigene Darstellung)

Die Annahme, dass sich aus Einstellungen Verhaltensabsichten entwickeln, aus denen sich wiederum das Verhalten vorhersagen lässt, liegt sowohl den motivationalen als auch den Stadienmodellen zugrunde. Wie genau der Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhang aussieht, wird in den Modellen jedoch kontrovers diskutiert.

Der Fokus der **motivationalen Modelle** liegt auf dem Prozess der Absichtsbildung. Motivationale Modelle betrachten die Verhaltensabsicht als zentrale Einflussgröße des Gesundheitsverhaltens (vgl. Ajzen, 1991) und nehmen an, dass eine Verhaltensabsicht mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit in dem entsprechenden Verhalten resultiert. Sie gehen davon aus, dass sich Gesundheitsverhalten kontinuierlich ändern lässt und werden deshalb auch als lineare Modelle bezeichnet: Je stärker bspw. die Einstellung gegenüber gesunder Ernährung ausgeprägt ist, desto größer ist die Absicht, überwiegend gesunde Lebensmittel zu konsumieren. Motivationale Modelle interessiert primär, wie ein Individuum eine Verhaltensabsicht entwickelt. Eine Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Verhaltensabsicht und Verhalten wird hingegen nicht als nötig erachtet.

Im Gegensatz zu den motivationalen Modellen weichen die **Stadienmodelle** von der Annahme ab, dass bei jedem Individuum nur die Einstellung beeinflusst werden muss, um eine Verhaltensänderung auszulösen. Stroebe und Jonas (1996) weisen auf die mehrfach empirisch beobachtete Diskrepanz zwischen Einstellungen und Verhalten hin. Stadienmodelle setzen bei dieser Kritik an, indem sie postulieren, dass ein Individuum verschiedene Stadien durchläuft, bevor es ein entsprechendes gesundheitsförderliches Verhalten zeigt. Dabei wird jedes Stadium von unterschiedlichen Einflussgrößen bestimmt. Ein einfaches Beispiel soll diese Grundannahme veranschaulichen:

Beispiel 1.1: Fallbeispiel

Während Person 1 sich bereits dazu entschieden hat, sich in einem Fitnessstudio anzumelden, denkt Person 2 noch gar nicht darüber nach, dass es für die eigene Gesundheit förderlich wäre, mehr Sport zu treiben. Person 3 wiederum geht während der warmen Jahreszeit regelmäßig Joggen, im Winter treibt sie hingegen gar keinen Sport.

Die drei Personen zeigen nicht nur ein unterschiedliches Bewegungsverhalten, sie haben hierfür auch unterschiedliche Motive.

Entsprechend der unterschiedlichen „Stadien“, in denen sich die Personen befinden, und ihrer jeweiligen Motive werden für die einzelnen Personen unterschiedliche Einflussgrößen relevant sein, um in die nächste Stufe zu wechseln und schließlich das Ziel, einer regelmäßigen sportlichen Betätigung nachzukommen, zu erreichen (vgl. Lippke; Kalusche, 2007).

Die motivationalen Modelle und die Stadienmodelle werden häufig als unvereinbar angesehen und in der Literatur kontrovers diskutiert. Im zweiten Kapitel werden zunächst vier motivationale Modelle des Gesundheitsverhaltens vorgestellt, bevor sich das dritte Kapitel ausgewählten Stadienmodellen widmet (vgl. Abb. 1.4). Hier wird mit dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA-Modell) zudem ein integrierter Modellansatz vorgestellt, welcher die Grundannahmen der motivationalen Ansätze und der Stadienmodelle miteinander verbindet.

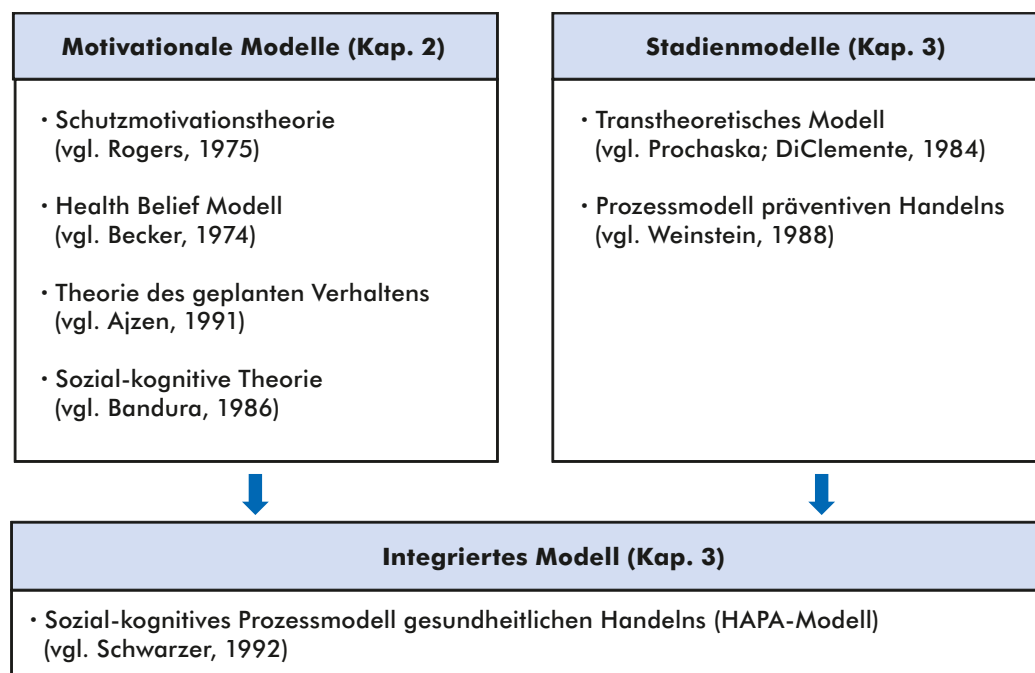


Abb. 1.4: Systematisierung sozial-kognitiver Erklärungsansätze des Gesundheitsverhaltens (eigene Darstellung)

Übung 1.2:

Grenzen Sie anhand des S-O-R-Modells die motivationalen Modelle des Gesundheitsverhaltens und die Stadienmodelle voneinander ab. Gehen Sie bei der Abgrenzung der Modelle sowohl auf Gemeinsamkeiten als auch auf Unterschiede ein.

**Zusammenfassung**

Zusammenfassend verdeutlicht das erste Kapitel, dass sich die Gesundheitspsychologie mit vielfältigen Themen und Fragestellungen befasst. Die noch junge Forschungsdisziplin hinterfragt nicht nur, wer erkrankt und warum. Zusätzlich interessiert auch, wie Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Verhaltensweise motiviert werden können und wie es gelingen kann, dass Personen, die sich der Gefahren eines gesundheitsschädigenden Verhaltens bewusst werden, dieses Verhalten tatsächlich ändern. Um diese komplexen Fragestellungen beantworten zu können, werden in der gesundheitspsychologischen Forschung Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens theoriegeleitet entwickelt und empirisch überprüft.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Grenzen Sie die pathogenetische und die salutogenetische Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff voneinander ab.
- 1.2 Nennen und erläutern Sie kurz die drei Bausteine des biopsychosozialen Gesundheitsmodells.
- 1.3 Ist das biopsychosoziale Modell am Begriff der Gesundheit oder am Begriff der Krankheit orientiert? Begründen Sie Ihre Antwort.
- 1.4 Definieren Sie den Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung. Warum wird die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person in der Gesundheitspsychologie als gesundheitsförderliche Ressource bezeichnet?
- 1.5 Erläutern Sie anhand des S-O-R-Modells den Zusammenhang zwischen Einstellungen, Verhaltensabsicht und Verhalten.
- 1.6 Worin besteht der zentrale Unterschied zwischen motivationalen Modellen des Gesundheitsverhaltens und den Stadienmodellen?
- 1.7 Wozu dienen Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens ganz allgemein?