

Gesundheitspsychologie Grundlagen - Vorlesung -

Modul 2.2

1. Semester Angewandte Gesundheitswissenschaft

Prof. Dr. Silvia Queri

Hinweise zur Verwendung

- Bitte beachten Sie das Urheberrecht!
- Alle Materialien dieser Vorlesung/Veranstaltung sind – auch wenn sie nicht ausdrücklich gekennzeichnet sind – urheberrechtlich geschützt! Eine Zitation der Folien ist nicht gestattet, da dadurch die Rechte Dritter verletzt werden könnten.
- Sie dienen ausschließlich Ihrem persönlichen Gebrauch im Rahmen dieser Vorlesung/Veranstaltung.
- Die Materialien dürfen insbesondere nicht weiter verbreitet werden.
- D.h., der Foliensatz oder einzelne Auszüge daraus dürfen nicht weiterkopiert, an anderer Stelle veröffentlicht oder elektronisch bereitgestellt werden.
- Eigene Video- oder Audio-Aufzeichnungen der Vorlesung/Veranstaltung sind leider nicht gestattet.
- Zuwiderhandlungen werden zur Anzeige gebracht.

Grundlagen:

3. Theorien/Modelle des Gesundheitsverhaltens

- a) Motivationale Modelle zur Absichtsbildung
- b) Volitionale Theorien
- c) Lerntheorie: Erlernte Sorglosigkeit
- d) Stadienmodelle
- e) Hybridtheorie

a) Motivationale Theorien zur
Absichtsbildung: **Furchtappelltheorien**

1. Modell gesundheitlicher Überzeugungen/Health-Belief-Model/HBM
2. Theorie der Schutzmotivation/Protection Motivation Theory/PMT

Modell gesundheitlicher Überzeugungen/Health-Belief-Model/HBM (Rosenstock 1966, Becker 1974)

Verhaltensänderung bestimmt durch:

Wahrgenommene gesundheitliche Bedrohung (Verwundbarkeit, Schweregrad)

Kosten-Nutzen-Bilanz

→ Beides von **demographischen Variablen** und **psychologischen Charakteristika** beeinflusst

- **Ziel:** to explain change and maintenance of health-related behaviors and as a guiding framework for health behavior interventions

Verhaltenswirksamkeit

*If individuals regard themselves as **susceptible to a condition**, believe that condition would have **potentially serious consequences**, believe that **a course of action available to them would be beneficial** in reducing either their susceptibility to or severity of the condition, and believe **the anticipated benefits of taking action outweigh the barriers to (or costs of) action**, **they are likely to take action** that they believe will reduce their risks.*

The model postulates that the following **four conditions** explain and predict a health-related behavior:

- 1. A person believes** that his or her **health is in jeopardy**. For the behavior of seeking a screening test or examination for an asymptomatic disease such as tuberculosis, hypertension, or early cancer, **the person must believe that he or she can have the disease yet not feel symptoms**. This constellation of beliefs was later referred to generally as "**belief in susceptibility**."
- 2.** The person perceives the "**potential seriousness**" of the condition in terms of pain or discomfort, time lost from work, economic difficulties, or other outcomes.
- 3.** On assessing the circumstances, the person believes that **benefits stemming from the recommended behavior outweigh the costs and inconvenience** and that they are indeed **possible and within his or her grasp**.★ This set of beliefs is not equivalent to actual rewards and barriers (reinforcing factors). In the health belief model, these are "**perceived**" or "**anticipated**" **benefits and costs** (predisposing factors).
- 4.** The person receives a "**cue to action**" or a precipitating force that makes the person feel the need to take action.

Konstrukte

Concept	Definition	Application
Perceived susceptibility	Belief about the chances of experiencing a risk or getting a condition or disease	<p>Define population(s) at risk, risk levels</p> <p>Personalize risk based on a person's characteristics or behavior</p> <p>Make perceived susceptibility more consistent with individual's actual risk</p>
Perceived severity	Belief about how serious a condition and its sequelae are	Specify consequences of risks and conditions
Perceived benefits	Belief in efficacy of the advised action to reduce risk or seriousness of impact	Define action to take: how, where, when; clarify the positive effects to be expected
Perceived barriers	Belief about the tangible and psychological costs of the advised action	Identify and reduce perceived barriers through reassurance, correction of misinformation, incentives, assistance
Cues to action	Strategies to activate "readiness"	Provide how-to information, promote awareness, use appropriate reminder systems
Self-efficacy ★	Confidence in one's ability to take action	<p>Provide training and guidance in performing recommended action</p> <p>Use progressive goal setting</p> <p>Give verbal reinforcement</p> <p>Demonstrate desired behaviors</p> <p>Reduce anxiety</p>

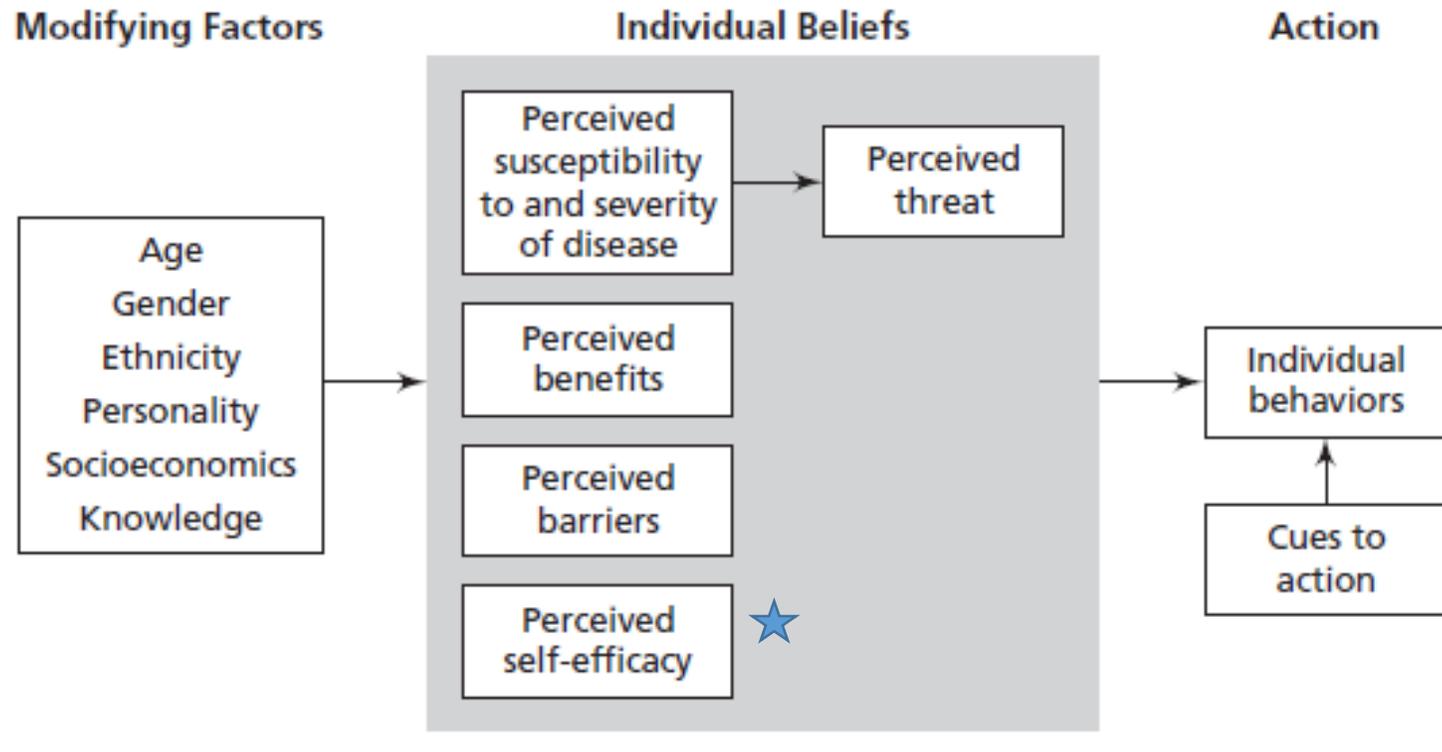


FIGURE 3.1. Health Belief Model Components and Linkages.

Although the HBM identifies constructs that lead to outcome behaviors, **relationships between and among these constructs are not defined.** This ambiguity has led to variation in HBM applications. For example, whereas many studies have attempted to establish each of the major dimensions as independent, others have tried **multiplicative approaches.** Analytical approaches to identifying these relationships are needed to further the utility of the HBM in predicting behavior.

Krankheit ist bereits eingetreten:

- In the case of **medically established illness** (rather than mere risk reduction), the dimension **has been reformulated to include acceptance of the diagnosis, personal estimates of susceptibility to consequences of the illness,** and susceptibility to illness in general.

Modell gesundheitlicher Überzeugungen/Health-Belief-Model/HBM (Rosenstock 1966, Becker 1974)

Empirie:

- zwei bedeutende Metaanalysen (Harrison et al. 1992 und Janz & Becker 1984) mit übereinstimmenden Ergebnissen: **Kosten** (des Gesundheitsverhaltens) als **besten Prädiktor** für Gesundheitsverhalten! Bei der Bedrohung hat die **Verwundbarkeit mehr Einfluss als der Schweregrad**.
- Modell erklärt wenig Varianz → andere Faktoren scheinen das Verhalten zu beeinflussen → Faktoren wie **Intention und (v.a. Selbstwirksamkeitserwartung)**

Vergleich mit anderen Theorien (Weinstein, 1993)

- Although published more than a decade ago, many of the issues raised are relevant today.
- Investigators should recognize that the **combination of theories holds promise** in further understanding health-related behaviors, but it is **critical to consider relationships and independence between constructs**.
- Although there are differences among models of health behavior change, especially with respect to how many different constructs are combined and used to predict behavioral outcomes, the theories are largely complimentary, with **significant degrees of overlap**.

Selbstlerneinheit

Kap. 3 Glanz et al.

Anwendungsbeispiel HBM

Brustkrebsvorsorge

(Text auf Moodle)

HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION

Theory, Research,
and Practice

4TH EDITION

**KAREN GLANZ
BARBARA K. RIMER
K. VISWANATH**
Editors

Foreword by C. Tracy Orleans

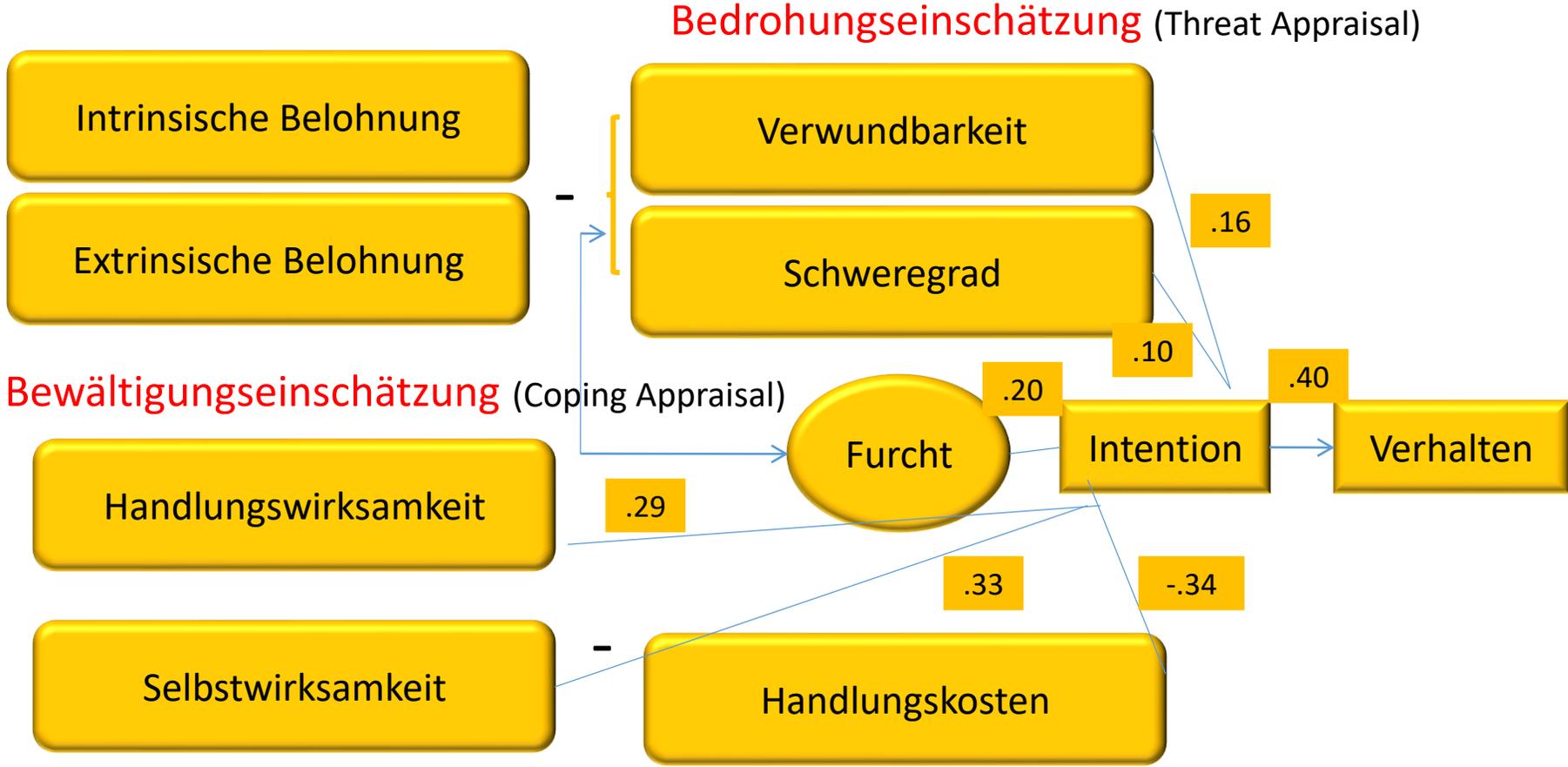
J JOSSEY-BASS
A Wiley Imprint
www.josseybass.com

Theorie der Schutzmotivation/Protection Motivation Theory/PMT

(Rogers 1975, Maddux & Rogers 1983)

- **Furchtappelle** beeinflussen die **Bedrohungseinschätzung** (Verwundbarkeit, Schweregrad) → dadurch erhöht sich die **Schutzmotivation/Intention** → es kommt zur **Verhaltensänderung**
- Zusätzlich hat die **Bewältigungseinschätzung** (Handlungswirksamkeit und Selbstwirksamkeit) Einfluss auf die **Intentionsbildung**
- **Handlungswirksamkeit** = wenn man das Rauchen aufhört, dann lebt man länger
- **Selbstwirksamkeit** = ich traue mir zu, das ich das schaffe/kann

Theorie der Schutzmotivation/Protection Motivation Theory/PMT (Rogers 1975)



.....Floyd et al. 2000

Each component of PMT is linked with healthy outcomes

The theory explains why:

The decision to take **protective action** is a positive function of **severity** because one must believe that there is some harm (e.g., lung cancer for smokers), and that one is **vulnerable** to this harm. These considerations must override the **rewards**, both intrinsic (e.g. bodily pleasure of inhaling) and extrinsic (e.g. peer approval).

This **appraisal of threat** supplies the motivation to initiate the coping process. To decide to adopt the recommended coping response, one must believe that performing the coping response will **avoid the danger** and that one has the **ability and will to perform** the response. These considerations must **outweigh the costs** (e.g. withdrawal symptoms) of performing the coping response.

Theorie der Schutzmotivation/Protection Motivation Theory/PMT (Rogers 1975)

- **Modellannahmen sind empirisch bestätigt: Korrelationen** (2 Metaanalysen: Milne et al. 2000, Floyd et al. 2000) = **linearer Zusammenhang**
- Je mehr Personen sich als selbstwirksam einschätzen, je mehr sie glauben, dass ihr Verhalten eine Wirkung hat, je mehr sie sich als anfällig und die Gesundheitseinschränkungen als schwerwiegend wahrnehmen,
→ desto stärker bilden sie eine (Schutz)Intention aus und desto eher zeigen sie später das Zielverhalten

Höhe Korrelationen: Bewältigungseinschätzung ist stärkerer Prädiktor als Bedrohungseinschätzung!

- Außerdem empirische Beeinflussbarkeit der beiden Faktoren untersucht:
→ Bedrohungseinschätzung lässt sich leichter manipulieren als Bewältigungseinschätzung

.....Floyd et al. 2000

PMT has been shown to be a viable model on which to base individual and community interventions. The PMT model provides an understanding of why attitudes and behavior can change when people are confronted with threats. The effect sizes for all of the PMT model variables were statistically significant and in the predicted directions, indicating that changes in protective behaviors corresponded with the psychosocial variables included in the model.

Theorie der Schutzmotivation/Protection Motivation Theory/PMT (Rogers 1975)

Außerdem **Metaanalyse zu Interventionsstudien zu Angstappellen** (Witte & Allen 2000):

- Furchtappelle motivieren **nur dann** zu GV, wenn sie **gleichzeitig** zu Bedrohungswahrnehmung auch Bewältigungseinschätzung erhöhen:
z.B. Rauchen kann tödlich sein und wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen (= Handlungswirksamkeit)
→ Noch besser wäre, zusätzlich die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen! Z.B. es gibt mittlerweile effektive Tabakentwöhnungstherapien, die auch bei Ihnen wirken
- Furchtappelle können auch zu unerwünschten Effekten führen (Reaktanz/Herunterspielen)
- wird nur Furcht erzeugt, hat das nur kurzfristige Effekte

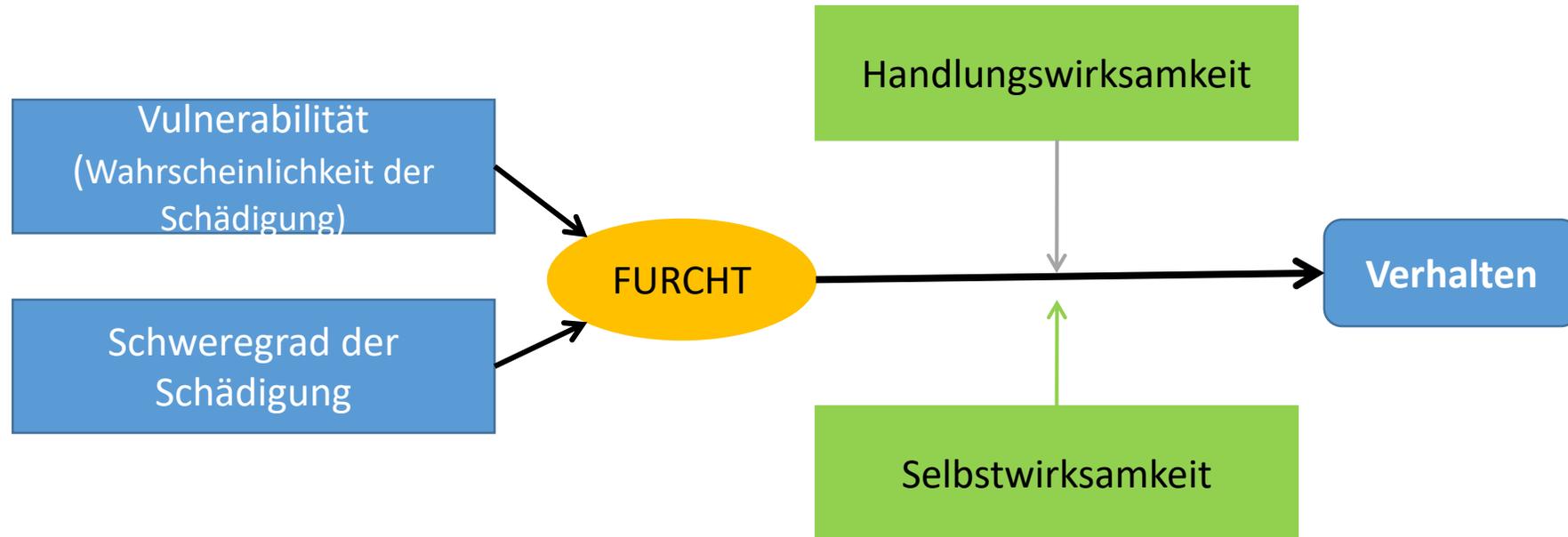
Revision Arthur & Quester (2004)

- Revidiert das **Modell** von Maddux & Rogers (1983)

Revision: Zeitlicher Ablauf **„Sequenzmodell“** (bei Maddux & Rogers laufen beide Prozesse parallel ab):

1. Zuerst kognitiver Prozess der Bedrohungseinschätzung
 2. Emotion Furcht
 3. Danach kognitiver Prozess der Bewältigungseinschätzung
- Arthur & Quester ergänzen außerdem kognitive Prozesse um Ansatz der Triebtheorien/Emotionstheorie (Hovland, Janis & Kelley, 1953) = **Wirkung** von Furchtappellen **hängt vom Ausmaß der induzierten Furcht** ab (Furcht ‚startet‘ den Prozess der Bewältigungseinschätzung), vormals umgekehrter U-Zusammenhang, heute **positiv linear (je mehr Furcht erzeugt, desto schneller startet der Prozess)**

Arthur & Quester (2004): Furcht als **Mediator**, Bewältigungseinschätzung als **Moderator**



Empirie: z.B. Petersen & Lieder (2006)
Mediatoreffekt nachgewiesen (ohne Furcht, keine Verhaltensänderung!)
Moderatoreffekt nicht nachgewiesen (keine eigene, verstärkende Wirkung
aus der Interaktion zwischen Furcht und Bewältigungseinschätzung)

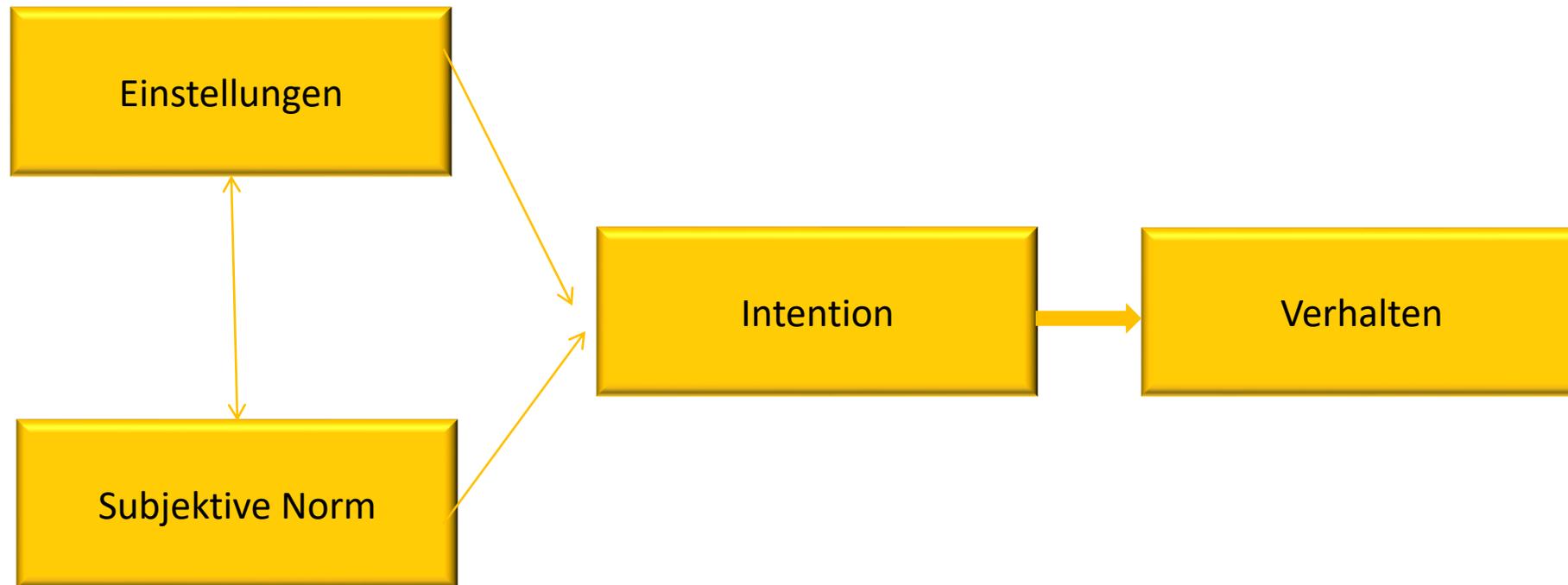
Selbstlerneinheit

- **Artikel zu PMT lesen:** Wu et al. 2005, Journal of Pediatric Psychology, 30 (2), pp 127-137: *Protection Motivation Theory and Adolescent Drug Trafficking: Relationship Between Health Motivation and Longitudinal Risk Involvement*

a) Motivationale Theorien zur Absichtsbildung:

1. Theorie des geplanten Verhaltens/Theory of Planned Behavior/TPB
2. Sozial-kognitive Theorie/Social Cognitive Theory/SCT

Theorie des geplanten Verhaltens/Theory of Planned Behavior/TPB (Ajzen 1991) Komponenten der Theorie (**Vorläufer: Theory of Reasoned Action**, Ajzen & Fishbein 1980)



Komponenten der Theorie (**Vorläufer:** Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

- **Intention und Verhalten**

- Menschen verhalten sich gemäß ihrer Intentionen
- Intentionen sind die direkten und stärksten Verhaltensprädiktoren
- je konkreter Intention, desto besser Verhaltensvorhersage
- grundsätzlich werden Intentionen nicht als unerschütterliche Determinanten von Verhalten gesehen, sondern eher als **Wahrscheinlichkeitsaussagen**, die unterschiedlich hoch ausfallen

Komponenten der Theorie (Vorläufer: Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

Messung:

„Ich will ab morgen schrittweise immer eine Zigaretten weniger rauchen“

-3

-2

-1

0

+1

+2

+3

Unwahrscheinlich

sehr wahrscheinlich

Komponenten der Theorie (Vorläufer: Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

- **Einstellung (hier!)**

= **diffuse affektiv-evaluative Modellkomponente**

-gefühlsmäßige Einschätzung (streng getrennt von Überzeugungen, Intentionen und Handlungen)

Komponenten der Theorie (Vorläufer: Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

Messung

„Selbst körperlich aktiv zu sein, bewerte ich als

Negativ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 positiv

Empirie:

→ nur Einstellungen gegenüber dem Verhalten selbst ist handlungsrelevant
(Rauchen vs. Raucher)

→ darüber hinaus ist wichtig für die Absichtsbildung, dass es um die Einstellung zum **eigenen** Verhalten gehen muss

„Dass **ich** rauche, finde ich“

Schlecht -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 gut

Komponenten der Theorie (Vorläufer: Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

Subjektive Norm

= **Vorstellungen und Erwartungen signifikant andere** (Eltern, Freunde, Lehrer und Bekannte)

Messung

,Die meisten Leute, die mir wichtig sind, finden,

ich sollte nicht -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 ich sollte

Alkohol trinken

→ Einstellung und subjektive Norm müssen nicht gleich stark auf die Intentionsbildung einwirken

Komponenten der Theorie (Vorläufer: Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

Überzeugungen

= Einstellungen und subjektive Normen beruhen auf **spezifischen Prozessen der Infoverarbeitung (Überzeugungen)**

→ Persönliche Überzeugungen und normative Überzeugungen werden unterschieden

Persönliche Ü → Einstellungen

Normativen Ü → subjektiven Normen

Komponenten der Theorie (Vorläufer: Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

Persönliche Ü:

Rauchen Z.B. weil es Geld kostet, weil es die sportliche Leistung beeinträchtigt, weil es zu Lungenkrebs führen kann – positive Überzeugungen liegen u.U. parallel dazu vor wie z.B. Rauchen reguliert das Gewicht

Messung von **persönlichen Überzeugungen**

a) Ergebnisbewertungen

„Wenn ich rauche, vermindert dies meine körperliche Fitness“, „Das finde ich“

Schlecht -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 gut

b) Überzeugungsstärke

Dessen bin ich mir

Sehr unsicher 0 +1 +2 +3 sehr sicher

→ beides wird multipliziert, um die persönliche Überzeugung zu erhalten

Überzeugung	Ergebnisbewertung	Überzeugungsstärke	Produkt
Rauchen kostet Geld	-3	+3	-9
Rauchen mindert Fitness	-1	+2	-2
Rauchen führt zu Krebs	-1	0	0
Rauchen macht schlank	+2	+1	+2
			-9

Einstellung
zum
Rauchen

Komponenten der Theorie (Vorläufer: Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein 1980)

Normative Überzeugungen:

Messung von **normativen Überzeugungen**

a) lassen sich präzise an **bestimmten Bezugspersonen** festmachen

„Mein *Freund* findet,

ich sollte nicht -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 ich sollte rauchen

b) **Einwilligungsbereitschaft/motivation to comply**

„Ich möchte das tun, was mein Freund von mir erwartet“

Gar nicht 0 +1 +2 +3 auf jeden Fall

→ beide werden multipliziert im Modell

Bezugsperson	Überzeugung	Einwilligungs- bereitschaft	Produkt
Vater	-3	0	0
Mutter	-2	+1	-2
Freund	+3	+3	+9
Partner	+1	+2	+2
			+9

Subjektive
Norm