

Europäisches Seminar EZA/ NBH/ CSC, Ohrid/Mazedonien, 13.10.2015

Gesundheitsverhalten - Genderperspektive

Michael Bach

APR – **A**mbulante **P**sychoziale **R**ehabilitation Salzburg

Email: michael.bach@promente-reha.at

Agenda

1

Gesundheit/Gesundheitsverhalten Männer<>Frauen: Fakten

2

Männliches<>weibliches Verhalten: Methodische Anmerkungen

3

Gesundheitsverhalten: Theoretische Modelle, Konsequenzen

Agenda

1**Gesundheit/Gesundheitsverhalten Männer<>Frauen: Fakten****2****Männliches<>weibliches Verhalten: Methodische Anmerkungen****3****Gesundheitsverhalten: Theoretische Modelle, Konsequenzen**

Gesundheit <> Krankheit

Pathogenese-Modell:

Grundfrage: Was macht uns krank?

→ Krankheitsmodell

Salutogenese-Modell:

Grundfrage: Was macht/ hält uns gesund?

→ Gesundheitsmodell

→ **Gesundheit ist nicht das Gegenteil von Krankheit**

→ **Gesundheit ist das Überwiegen gesunder Anteile**

Definition: Gesundheit

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlich und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt.“



Definition: Gesundheitsverhalten („health behavior“)

= Verhalten, das Gesundheit erhält, verbessert und Krankheiten vorbeugt.

- Dazugehörige Begriffe: gesunder Lebensstil, gesundheitsprotektives Verhalten
- Gegenbegriff: Risikoverhalten (<> Krankheitsverhalten)



Nach: Ziegelmann 2002, Weinstein et al. 1

Gesundheitsverhalten: Dimensionen des MGV-39

Aktive Lebensgestaltung

Bewusst leben, aktiv und schöpferisch sein, befriedigende Beziehungen aufbauen, sich im Freien aufhalten

Compliance

Aufschub notwendiger Arzt-Termine vermeiden, regelmäßige Gesundenuntersuchungen, Schutzimpfungen, ärztliche Therapieanordnungen befolgen

Substanzvermeidung

Nikotin, weiche Alkoholika, Kaffee und Drogen vermeiden

Sicherheitsorientierung

Im Auto Sicherheitsgurte anlegen, rücksichtsvolles Strassenverkehrsverhalten, harte Alkoholika vermeiden, keine Gewalt

Ernährung

Süße und fette Speisen vermeiden, sich ausgewogen ernähren, ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen

Hygiene

Regelmäßige Körperhygiene und Zahnpflege, Zahnseide benutzen, Überanstrengungen vermeiden

Risikoverhalten: Übergewicht/ Diabetes



BMI >30 (2011)

♀ **23,9%** ♂ **23,3%**

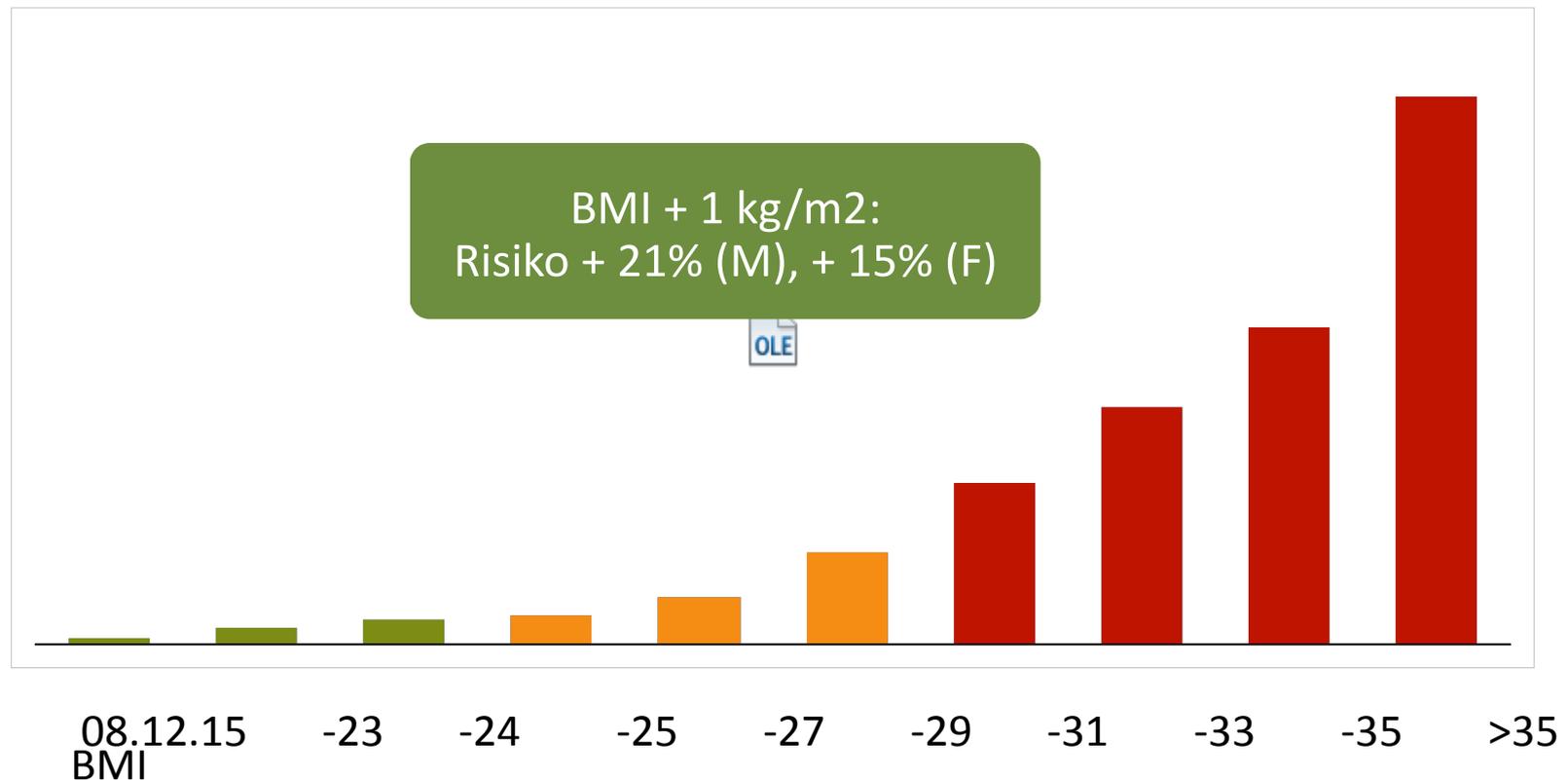
Risikoverhalten: Übergewicht/ Diabetes

- Über die Hälfte aller Deutschen ist übergewichtig (BMI > 25)
- knapp ein Viertel ist schwer übergewichtig (BMI > 30)
- 500 g Gewichtszunahme pro Kopf und Jahr in Deutschland
- Übergewicht erhöht das Erkrankungsrisiko für Diabetes mellitus Typ 2 auf 30-100%



Bewegung ist die wichtigste und effektivste Gegenmaßnahme

Risikoverhalten: Übergewicht/ Diabetes



Nach: Colditz, G.A et al. Ann Int Med 1995; Feller, S.; Dtsch. Ärztebl. Int 2010; 107(26); 470-6

Risikoverhalten: Übergewicht/ Diabetes

Lebensstilmodifikation wirkt besser gegen Diabetes mellitus als Medikamente:

Nach 4 Jahren verhinderte Metformin (das weltweit gebräuchlichste Antidiabetikum) bei 31%, eine Lebensstilveränderung (Bewegung, Ernährungsmodifikation) aber bei 58% der Probanden mit Prädiabetes das Auftreten der Vollversion eines Diabetes mellitus

Bewegung verringert den Insulinbedarf der Körperzellen für den Glukose-Transport:

1. Insulin ↓
2. Gewicht ↓

Risikoverhalten: Bewegungsarmut/HerzKreislauf-KH

- Täglich über 700 Herzinfarkte in Deutschland (280.000/Jahr)
- Täglich ca. 550 Schlaganfälle in Deutschland (200.000/Jahr)

- ▶ **Bewegung verringert das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko um 40%**
- ▶ **Optimales Aufwand-Wirkungs-Verhältnis: 3x pro Woche 40 min. dosiertes Ausdauertraining (2 Std. pro Woche)**
- ▶ **Optimale Wirkung: täglich 30 min. dosiertes Ausdauertraining (3,5 Std. pro Woche) und BMI < 25**

Risikoverhalten: Bewegungsarmut/Krebserkrankungen

Ca. 1,5 Mio. Krebserkrankte in Deutschland

- Über 400.000 Neuerkrankungen/Jahr
- Über 200.000 krebsbedingte Todesfälle/Jahr

Bewegung reduziert die Krebssterberate um das 2,4-fache

Beispiel: Vorbeugung kolorektaler Karzinome:

RR (relative risk) durch Bewegung	Männer	0,76
	Frauen	0,79

Risikoverhalten: Bewegungsarmut/Rückenschmerzen

- Im Jahre 2008 gaben 48% aller EU-Bürger an, gelegentlich oder regelmäßig an Rückenschmerzen zu leiden
(2000: 47%, 1990: 43%)
- Jährlich über 80.000 Wirbelsäulenoperationen in Deutschland

 **Bewegung ist die wichtigste Vorbeugungs- und Behandlungsmaßnahme gegen Rückenschmerzen**

Gesundheitsförderndes Verhalten: Prävalenzraten F<>M

	Frauen (%)	Männer (%)
Nichtrauchen	73.7	74.3
Wenig oder kein Alkoholkonsum	92.5	84.6
Regelmäßige körperliche Aktivität	71.3	74.7
Ausreichend schlafen (7-8 Stunden/Nacht)	70.3	70.8
Kein oder geschütztes Sonnenbaden	90.0	78.6
Regelmäßiges Zähneputzen ($\geq 1x/Tag$)	99.1	96.5
Geringer Konsum von rotem Fleisch	67.1	48.1
Täglich Obst essen	55.3	37.7
Mäßiger Kaffee Konsum (< 5 Tassen/Tag)	95.7	94.1
Keine Zwischenmahlzeiten	8.6	10.7
Regelmäßig frühstücken	80.3	77.6
Sicherheitsgurte benutzen (immer)	89.9	83.1
Einen Hausarzt haben und (falls nötig) aufsuchen	76.3	69.0
Regelmäßige Zahnvorsorge ($\geq 1x/Jahr$)	71.6	58.7
Blutdruckmessung (in den letzten 12 Monaten)	86.7	77.7
Regelmäßige Selbstuntersuchung (Brust, Hoden)	8.3	2.5

Wöchentlicher Stundenumfang sportlicher Aktivitäten

	Frauen (%)	Männer (%)
Kein Sport	38.4	37.3
< 2 Stunden Sport	28.4	20.9
2-4 Stunden Sport	17.4	18.3
> 4 Stunden Sport	15.8	23.4

Gesundheitsverhalten: Einschätzung der Bedeutsamkeit

	Experten	Laien
Nichtrauchen	1	8
Sicherheitsgurten benutzen	2	13
Nach Alkoholkonsum nicht mehr Autofahren	3	1
Besitz von Rauchmeldern	4	2
Kontakte pflegen	5	9
Regelmäßige körperliche Aktivität	6	7
Mäßiger Alkoholkonsum	7	17
Fetteiche Speisen vermeiden	8	14
Empfohlenes Gewicht halten	9	3
Blutdruckkontrolle	10	4
Umgang mit Stresssituationen	11	5
Verzehr von Ballaststoffen	12	12
Cholesterin vermeiden	13	16
Vitamine/ Mineralstoffe einnehmen	14	6
Übermäßigen Salzkonsum vermeiden	15	10
Übermäßigen Zuckerkonsum vermeiden	16	15
7-8 Stunden Schlaf	17	11

Bewegungsverhalten Österreichischer Jugendlicher

Tage pro Woche, an denen SchülerInnen > 60 Minuten körperlich aktiv waren:

	Mädchen (%)	Burschen (%)
11-Jährige	4.86	5.37
13-Jährige	4.20	5.13
15-Jährige	3.16	4.14
17-Jährige	2.84	3.48

Elektronische Spiele in Stunden pro Tag (an Schultagen):

	Mädchen (%)	Burschen (%)
11-Jährige	1.5	1.0
13-Jährige	1.9	1.3
15-Jährige	1.9	1.2
17-Jährige	1.3	0.7

Tabakkonsum Österreichischer Jugendlicher

Anzahl der absoluten NichtraucherInnen:

	Mädchen (%)	Burschen (%)
11-Jährige	99.4	98.8
13-Jährige	94.6	92.6
15-Jährige	75.9	77.6
17-Jährige	69.4	68.6

Wie oft rauchen Jugendliche pro Woche:

	15-Jährige (%)		17-Jährige (%)	
	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen
Seltener als 1x/Woche	8.6	8.2	9.0	8.2
1x oder öfter/Wo, nicht täglich	5.9	4.6	7.2	4.4
täglich	9.6	9.6	14.3	18.8

Gesundheitsverhalten Jugendlicher – Entwicklungen

Anzahl Tage mit > 60 min Bewegung/Woche:	2002	2006	2010
Mädchen	3.78	3.90	4.00
Burschen	4.40	4.40	4.85

Wöchentlicher Alkoholkonsum (%):	2002	2006	2010
Mädchen	16.6	15.8	12.1
Burschen	20.7	19.7	16.9

Täglicher Nikotinkonsum bei 17-Jährigen (%):	2010	2014
Mädchen	30.4	14.3
Burschen	35.4	18.8

Beschwerdelast Österreichischer Jugendlicher

Mittlere Beschwerdelast (0=keine Beschwerden, 100 = hohe Beschwerdelast):

	Mädchen	Burschen
11-Jährige	30.18	28.44
13-Jährige	36.33	31.72
15-Jährige	38.84	33.15
17-Jährige	39.74	33.60

Anteil der SchülerInnen, die regelmäßig (mehrmals/Woche bis täglich) an psychischen Beschwerden leiden:

	Mädchen (%)	Burschen (%)
11-Jährige	28.2	23.5
13-Jährige	37.9	24.8
15-Jährige	35.5	24.3
17-Jährige	33.2	24.1

Prevalence of Chronic Pain in Representative Samples

Study	Country	Prevalence	Female	Male
Bergman ³⁰	Sweden	12-month	38%	31%
Blythe ⁴¹ *	Australia	6-month	20%	17%
Bouhassira ⁴⁴	France	Current	35%	28%
Breivik ⁴⁷	Europe	6-month	11%	10%
Gerdle ¹⁵⁸	Sweden	3-month	59%	48%
Rustoen ³⁵¹	Norway	Current	28%	23%
Smith ³⁷⁷	United Kingdom	Current	52%	49%
Tsang ⁴¹⁵	17 countries	12-month	45%	31%
Von Korff ⁴²⁷	United States	12-month	20%	18%
Wijnhoven ⁴⁴²	Netherlands	12-month	49%	41%

Schmerzsyndrome: Prävalenzunterschiede F <> M

1. Häufigkeitsunterschiede in der Allgemeinbevölkerung:

- Kopf, Nacken-, Schulter-, Knie-, Rückenschmerz: F : M = 1.5 : 1
- Orofazialer Schmerz: F : M = 2 : 1
- Migräne (Vaskulärer Kopfschmerz): F : M = 2.5 : 1
- Fibromyalgie-Syndrom, Reizdarmsyndrom (IBS): F : M = 4 : 1
- Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) Typ I: F : M = 9 : 1

2. Spezielle Schmerzsyndrome:

- Dysmenorrhoe: 40-90% aller Frauen (davon unerträglicher Schmerz: 15%)
 - Häufigkeitsgipfel: Spätadoleszenz/junge erwachsene Frauen
- Chronischer Unterbauchschmerz (CPPS): 15-25% aller Frauen
- Vulvodynie: 18% aller Frauen
- LWS/Becken-Schmerzen in der Schwangerschaft: 45%, 25% post partum

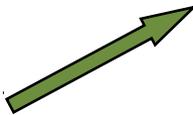
Psychische Erkrankungen

Lebenszeitprävalenz

- Ca. 30% der Deutschen...
...erleben mind. 1x im Leben eine psychische Krankheit
- Ca. 20% der Deutschen...
...erleben im nächsten Jahr eine psychische Krankheit

Psychische Krankheiten: ein zunehmendes Problem

Rang	2000 ¹	2020 (Schätzungen) ²
1	Untere Atemwegsinfektionen	Ischäm. Herzerkrankungen
2	Perinatale Einflüsse	Depression
3	HIV/AIDS	Verkehrsunfälle
4	Depression	Cerebrovaskuläre Erkrankungen
5	Durchfallerkrankungen	Chron.-obstruktive Lungenerkrank.



DALYs=disability-adjusted life-years (Summe der Lebensjahre, die infolge vorzeitiger Mortalität oder Versehrtheit verloren gehen)

1 World Health AD, eds. Boston: Harvard University Press; 1996.

2 Murray CJL, Lopez AD, eds. Boston: Harvard University Press; 1996.

Risikofaktoren für Depression

Frauen:

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Niedriges Bildungsniveau
- Hausfrau
- Ehefrau
- Mutter
- Alleinerziehende Mutter
- Geringe soziale Unterstützung
- Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger
- Sexueller Missbrauch in der Kindheit

→ **Lebenszeitprävalenz: 12-20%**

Männer:

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Alleinlebend
- Scheidung/ Trennung
- Arbeitslosigkeit
- Berufliche Gratifikationskrisen
- Pensionierung
- Chronische Erkrankungen

→ **Lebenszeitprävalenz: 5-12%**

Stress-Coping: Zentrales Postulat für Gender-Unterschiede

Frauen:



Männer:

„tend and befriend“

„fight or flight“

Burnout: Definition

- Ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen
- Entwickelt sich nach und nach, oft lange unbemerkt
- Resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität
- Erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien oft selbst aufrecht
- Kennzeichen:
 - 1. emotionale Erschöpfung**
 - 2. Depersonalisierung/Zynismus (Entfremdung)**
 - 3. reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit**

Prävalenz in Deutschland:

- 20-30% vereinzelte/leichte Symptome
- 3-5% schwere/behandlungsbedürftige Symptomatik

Burnout: Gender-spezifisches Entwicklungsmodell

Frauen:

Orientierung:

- Sozial (wir haben es gut miteinander)
- Emotional orientiert (mit mir sind all wohl)
- Kollektiv (das Team stützt mich)



Enttäuschung:

- Es ist schwierig zusammen
- Ich mache es nicht allen recht
- Ich fühle mich nicht getragen



Burnout:

- Primär emotionale Erschöpfung

Männer:

Orientierung:

- Leistung/Erfolg (ich muss der Beste sein)
- Aufgaben-orientiert (ich erreiche etwas)
- individuell (ich habe es im Griff)



Enttäuschung:

- Die Anderen sind besser
- Das Resultat ist mäßig
- Alleine schaffe ich es nicht



Burnout:

- Primär Depersonalisierung

Coping with Myocardial Infarction: Gender Differences

Women

- Overall more coping strategies
- Minimize the impact of the disease
- Tend to delay in seeking treatment
- Receive less information about disease
- Experience lack of belief from care givers
- Do not want to bother others
- Household activities aided their recovery

Men

- Overall less coping strategies
- More likely to involve their spouses
- More support from their spouses
- Receive more information about disease
- Receive more assistance with household duties from caregivers
- Resuming work and keeping physically fit aided their recovery

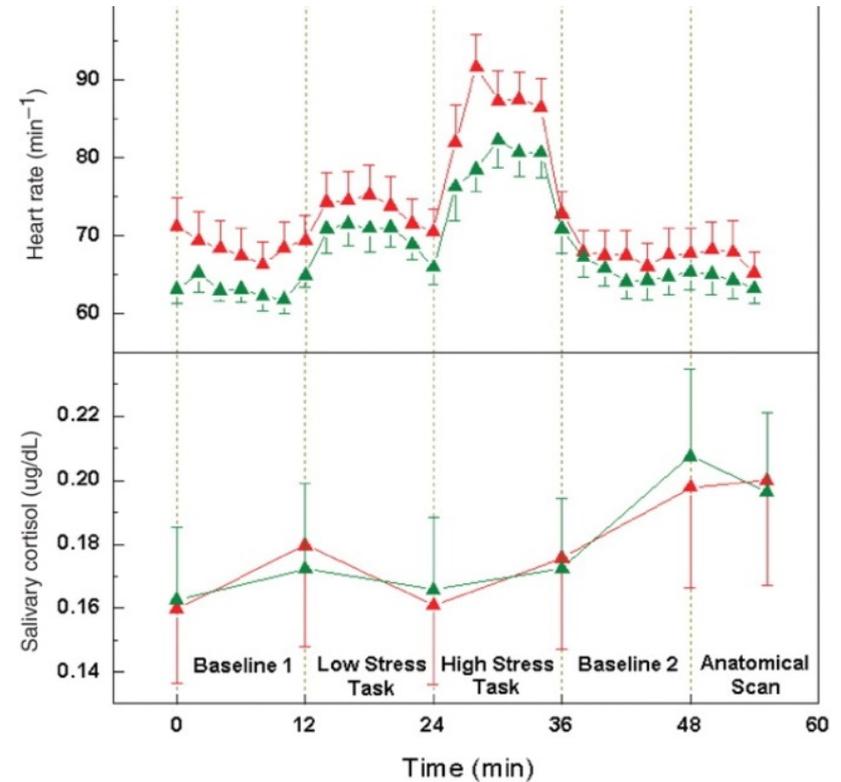
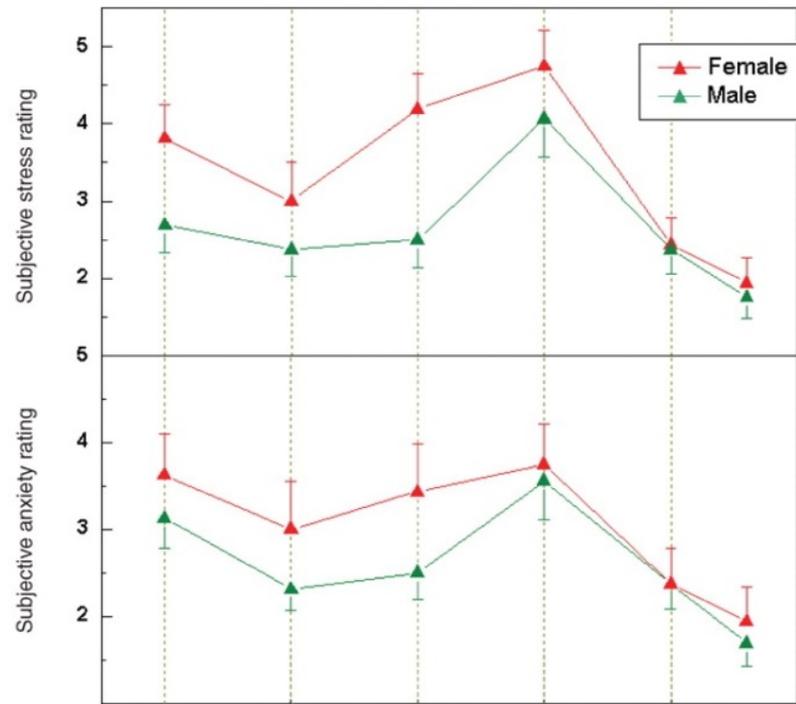
Agenda

1**Gesundheit/Gesundheitsverhalten Männer<>Frauen: Fakten****2****Männliches<>weibliches Verhalten: Methodische Anmerkungen****3****Gesundheitsverhalten: Theoretische Modelle, Konsequenzen**

Gesundheitsverhalten – Gender-Unterschiede: Methodische Kritik

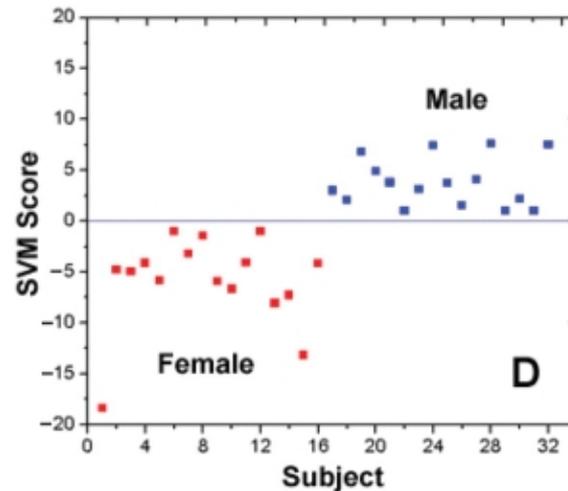
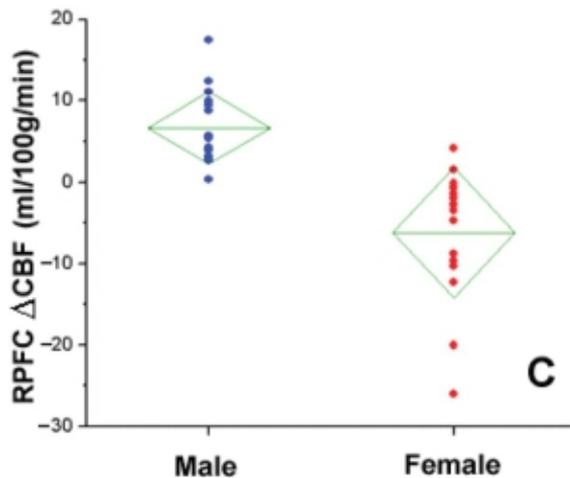
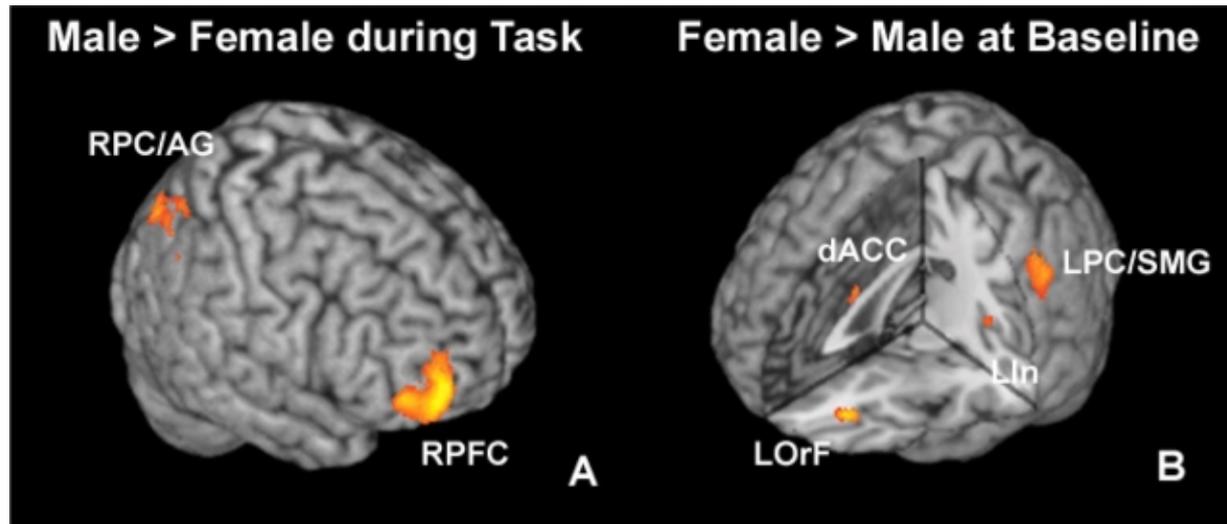
- **Messverfahren**
 - Querschnittserhebungen: Momentaufnahmen (<> Längsschnitterhebungen)
 - Prozessqualität (Stimmungsbild, Befindlichkeit) <> Ergebnisqualität
 - Objektive Messverfahren fehlen weitgehend (Experimentelle Stresstests, Verhaltensbeobachtung, psychophysiologische Verfahren,)

Gender Difference to Psychological Stress

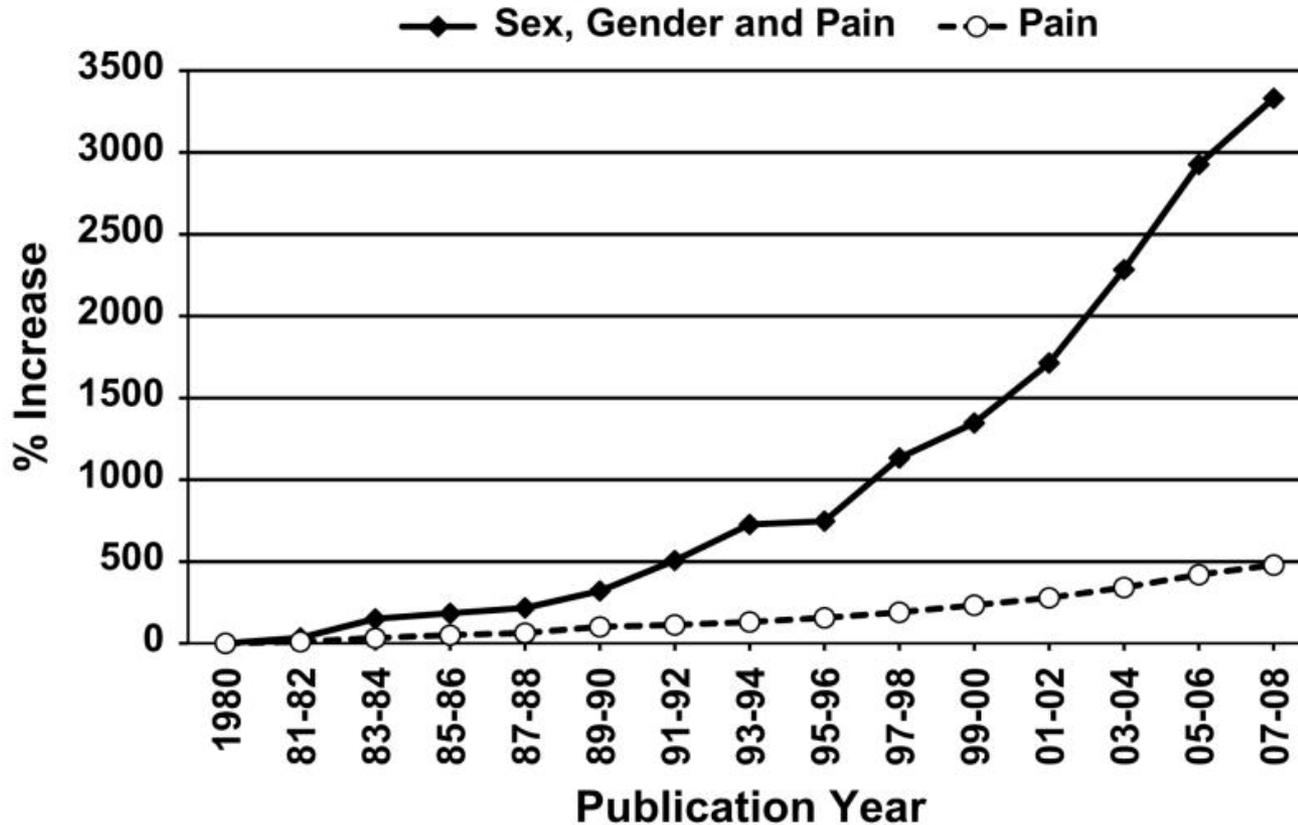


Nach: Chaplin et al. 2008, Wang et al. 2007

Gender Difference to Psychological Stress



Average Annual Percentage Increase in Publications



Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. J Pain 2009;10(5):447-485

Gene/Proteine u. Schmerzverarbeitung: Unterschiede F<>M

→ Geschlechtsspezifische Unterschiede bei:

- Östrogenrezeptor
- Mu-/ Kappa-/ Delta-Opioidrezeptoren (MOR, KOR, DOR)
- GABA-A Rezeptoren
- NMDA-Rezeptor
- Melanocortin-1 Rezeptor (MC1R)
- Orphanin FQ/Nociceptin Rezeptor (OFQ/N)
- Protein Kinase A/C
- G-Protein-coupled Inwardly Rectifying Potassium Channel (GIRK2)
- Acid-Sensing Ion Channel (ASIC)
- Alpha2-Adrenerger Rezeptor

Analgesic Responses: Gender Differences

Authors	n/Sample (F, M)	Type of Pain	Medication	Findings
Aubrun et al ¹⁶	1933, 2344	Multiple surgery	iv morphine	F > M morphine dose f. analgesia
Bijur et al ³⁸	211, 144	Acute pain	iv morphine (0.1 mg/kg)	F = M
Cepeda and Carr ⁵²	423, 277	Multiple surgery	iv morphine	F > M morphine dose f. analgesia
Chia et al ⁶⁷	1444, 854	Multiple surgery	iv morphine (PCA)	F < M morphine consumption
Gagliese et al ¹⁴⁰	120, 126	Multiple surgery	iv morphine (PCA)	F = M
Glasson et al ¹⁶²	106, 44	Cholecystectomy	iv morphine or meperidine	F = M (when weight adjusted)
Hirasawa et al ¹⁸⁷	15, 15	Spine surgery	iv morphine (PCA)	F < M morphine consumption
Joels et al ²⁰²	246, 235	Colectomy	iv morphine or meperidine	F < M opioid consumption
Kaiko et al ²⁰⁶	422, 293	Cancer Pain	im morphine (8, 16 mg)	F = M
Miller and Ernst ²⁸⁰	22, 24	Acute pain	iv morphine (2.5–5 mg)	F = M (trend for ↑ analgesia in M)
Gear et al ¹⁵³	69, 62	Oral surgery	iv nalbuphine (5, 10, or 20 mg)	F > M analgesia at 5, 10 mg
Gordon et al ¹⁶⁴	22, 12	Oral surgery	iv pentazocine (30 mg)	F > M analgesia
Miller and Ernst ²⁸⁰	23, 25	Acute pain	iv butorphanol (0.5–1 mg)	F = M
Ryan et al ³⁵³	16, 12	Dental surgery	50 mg pentazocine, 0.5 mg naloxone	F > M analgesia
Averbuch&Katzper	195, 119	Oral surgery	oral ibuprofen	F = M
De Cosmo et al ⁸²	49, 31	Cholecystectomy	iv tramadol (PCA)	F > M tramadol consumption
Ryan et al ³⁵³	15, 14	Dental surgery	600 mg ibuprofen (oral)	F = M

Psychosoz. Einflüsse auf Schmerzverarbeitung/ Analgesie

- Emotionsregulation (Angst, Depressivität)
- Coping-Strategien
- Gender-Rollenerwartung/ Kulturelle Normen
- Gesundheitsverhalten
- Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitseinrichtungen
- Ungünstigere Arbeitsbedingungen
- Entwicklungsländer:
 - Reduzierte Ressourcen/ Armut
 - Zugangsbeschränkungen zu Gesundheitseinrichtungen

Gewalt gegen Frauen – Zunahme von Schmerzsyndromen

- Körperliche, emotionale, sexualisierte Gewalt
- Diskriminierung (Familie, Partnerschaft, Arbeit, öffentliches Leben)
- Genitalverstümmelung
- Zwangsverheiratung Minderjähriger
- Prostitution/Pornographie
- Prävalenz sexuell übertragbarer Krankheiten (STD)
- Ungewollte/erzwungene Schwangerschaften und illegale Aborte
- Infantizid von Mädchen

Was ist ein Trauma?

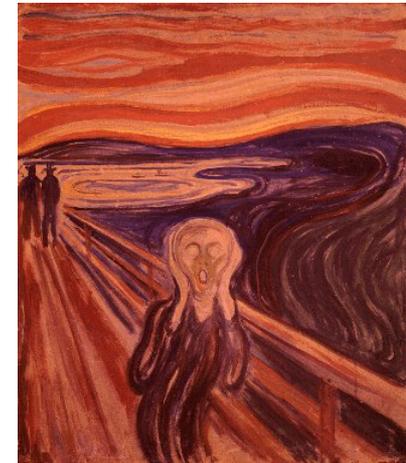
Konfrontation mit einem Ereignis, das folgende Kriterien erfüllt:

- **direktes persönliches Erleben**
- **Zeugenschaft**
- **Erfahren** (Familienmitglied bzw. nahestehende Person)

von

Ereignis

- tatsächlicher/drohender Tod
- ernsthafte Verletzung
- Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit



Reaktion

- **intensive Furcht**
- **Hilflosigkeit**
- **Entsetzen**

Traumatisierung – Adaptation – PTBS

Normale/gesunde Reaktion

Krankhafte Reaktion

Traumatisierendes Ereignis

Emotionaler Ausbruch

Aufschrei, Bestürzung, Schock, Wut

Verleugnung

Abschalten, Ausblenden, Verweigern

Intrusionen

Flash backs, Erinnerungs-Splitter

Durcharbeiten

Der Realität ins Auge sehen können

Abschluss

Bewältigung, Gegenwart und Zukunft

Überwältigung

Verwirrung/Orientierungslosigkeit, Panik

Extreme Vermeidung

Medikamenten-, Alk-, Drogenmißbrauch

Überflutung, Dissoziation

Mit traumabezogenen Bildern/Gedanken

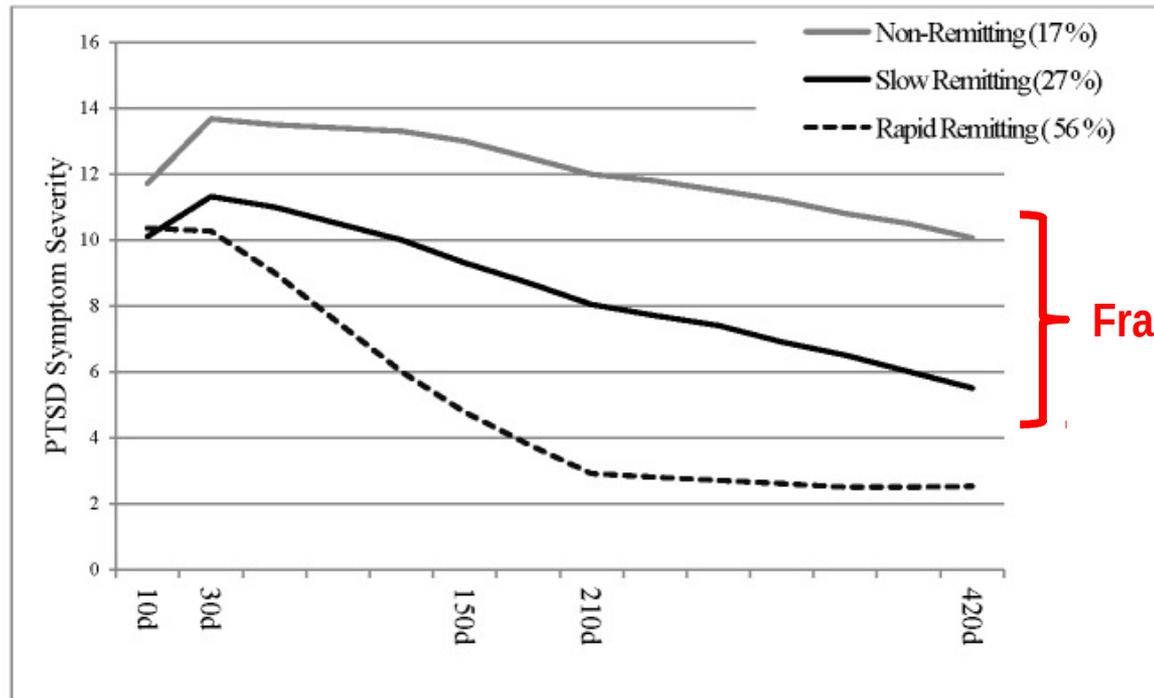
Psychosomatische Störungen

z.B.: Schmerzen, Somatisierungstörung

Persönlichkeitsstörungen

z.B.: Borderline-Persönlichkeitsstörung

PTBS Symptomatik: Verlauf und Therapieeffekt (n=957)



Frauen 4x häufiger als Männer

Latent Growth Mixture Modeling (LGMM) of data from a randomized controlled study of early treatment.

Note: x-axis indicates number of PTSD symptoms reported on the PSS-I. Y-axis represents time from 10 days to roughly 420 days Trajectories represent estimated marginal means.

Entwicklung einer PTBS: Risiko-/Vulnerabilitätsfaktoren

Signifikant erhöhtes Risiko:

- Trauma-Exposition in der Kindheit und Jugend
- Positive Familienanamnese bezüglich Angststörungen, Depression, Substanzabhängigkeit
- Geringerer sozialer Halt/ soziale Unterstützung vor/ nach dem Trauma
- Höheres Ausmaß an psychosozialen Stressoren 1 Jahr vor/ nach dem Trauma
- Höheres Ausmaß an Distress während der Traumatisierung (Panikreaktion, Dissoziation)

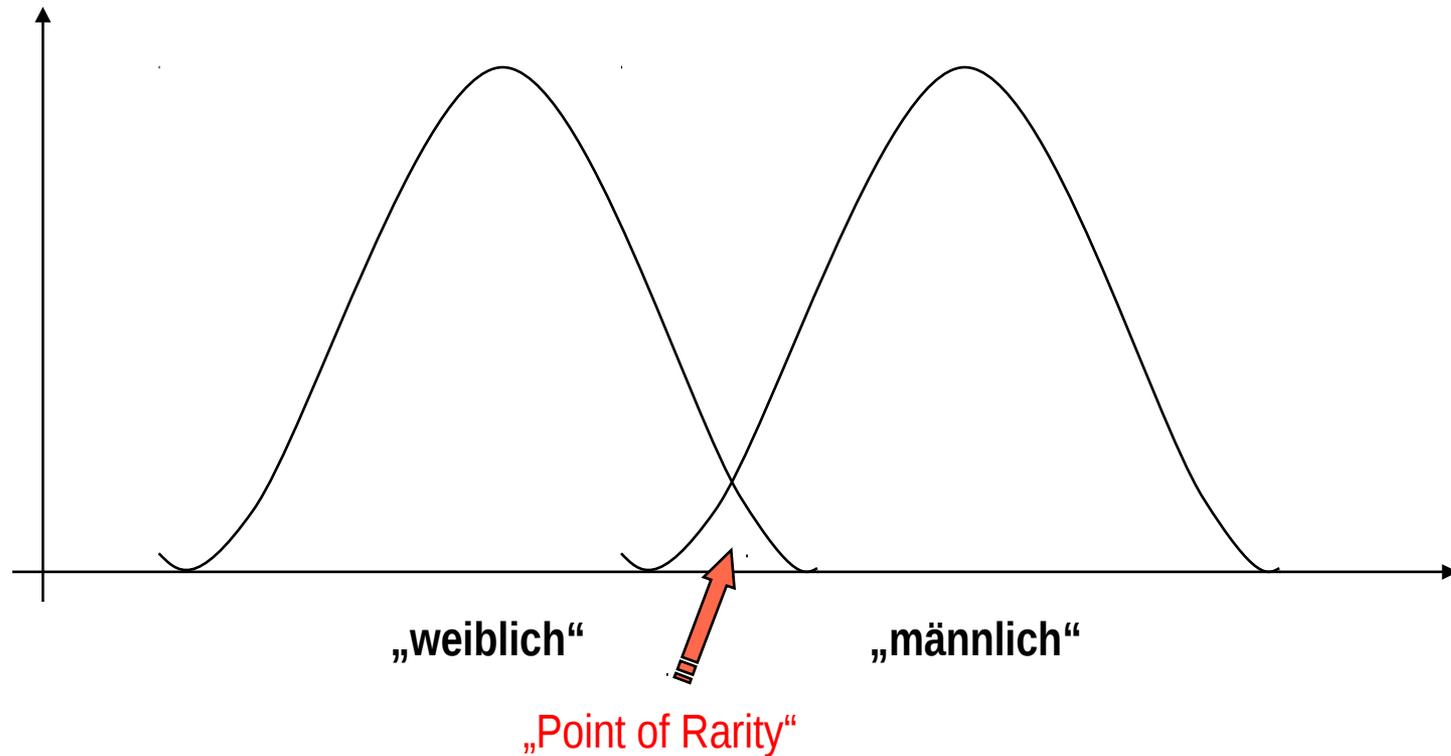
Kein signifikant erhöhtes Risiko:

- **Weibliches Geschlecht**
- Niedriger IQ
- geringere Schulbildung

Gesundheitsverhalten – Gender-Unterschiede: Methodische Kritik

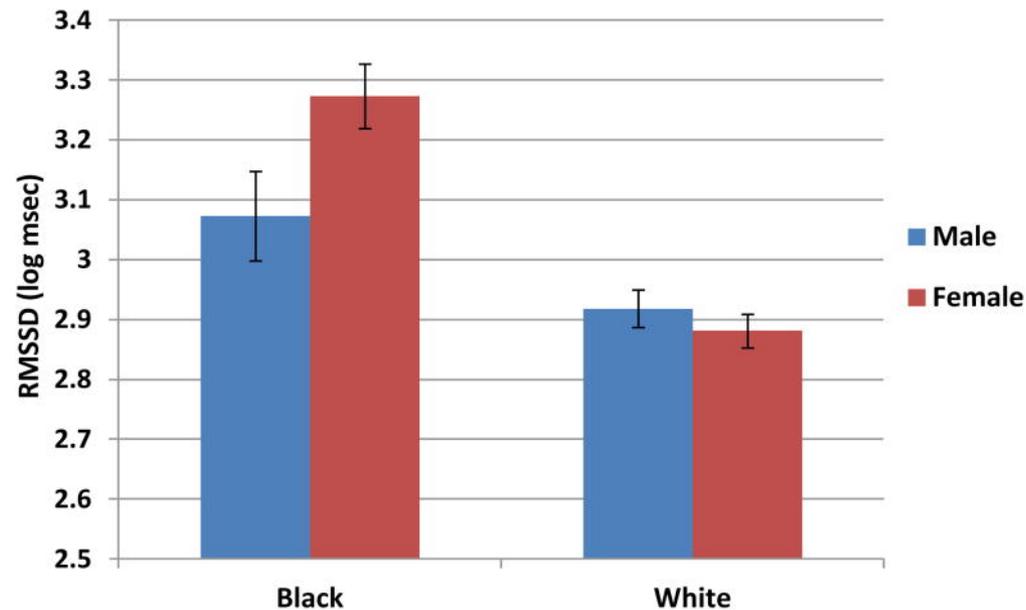
- **Messverfahren**
 - Querschnittserhebungen: Momentaufnahmen (<> Längsschnitterhebungen)
 - Prozessqualität (Stimmungsbild, Befindlichkeit) <> Ergebnisqualität
 - Objektive Messverfahren fehlen weitgehend (Experimentelle Stresstests, Verhaltensbeobachtung, psychophysiologische Verfahren,)
- **Validität der Messung**
 - Männer <> Frauen: homogene Gruppen? (Sex <> Gender)
 - Konfundierung durch ethnischen Hintergrund (Minderheiten?), Alter,

„Weibliches“ <> „männliches“ Gesundheitsverhalten: Valide Konstrukte?

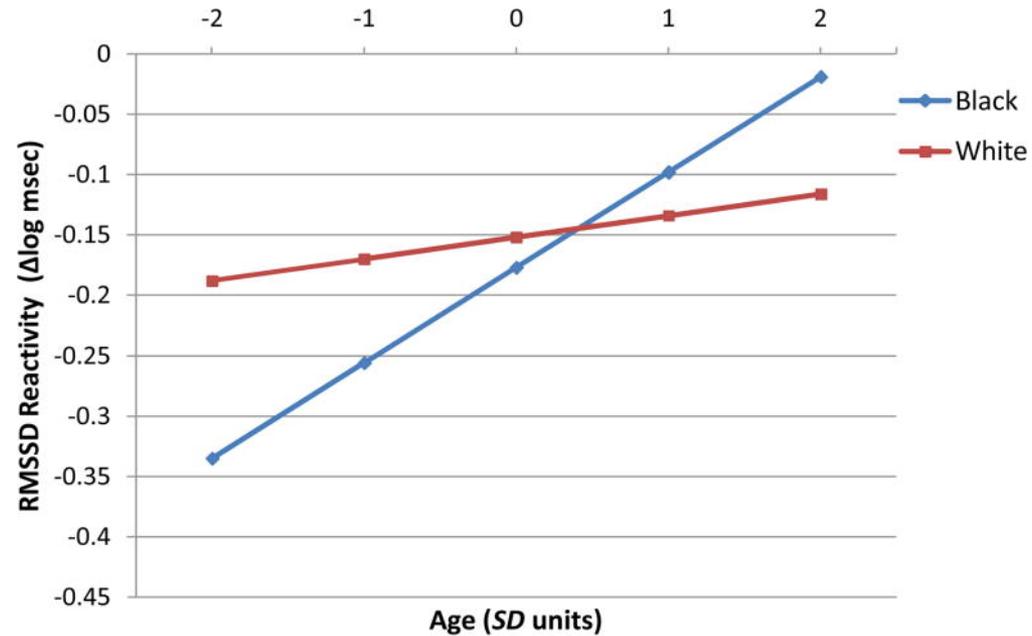


Nach: Kendall RE, Psychological Medicine 1989;19(1):45-55

Herzratenvariabilität unter Stress: Ethnische Unterschiede

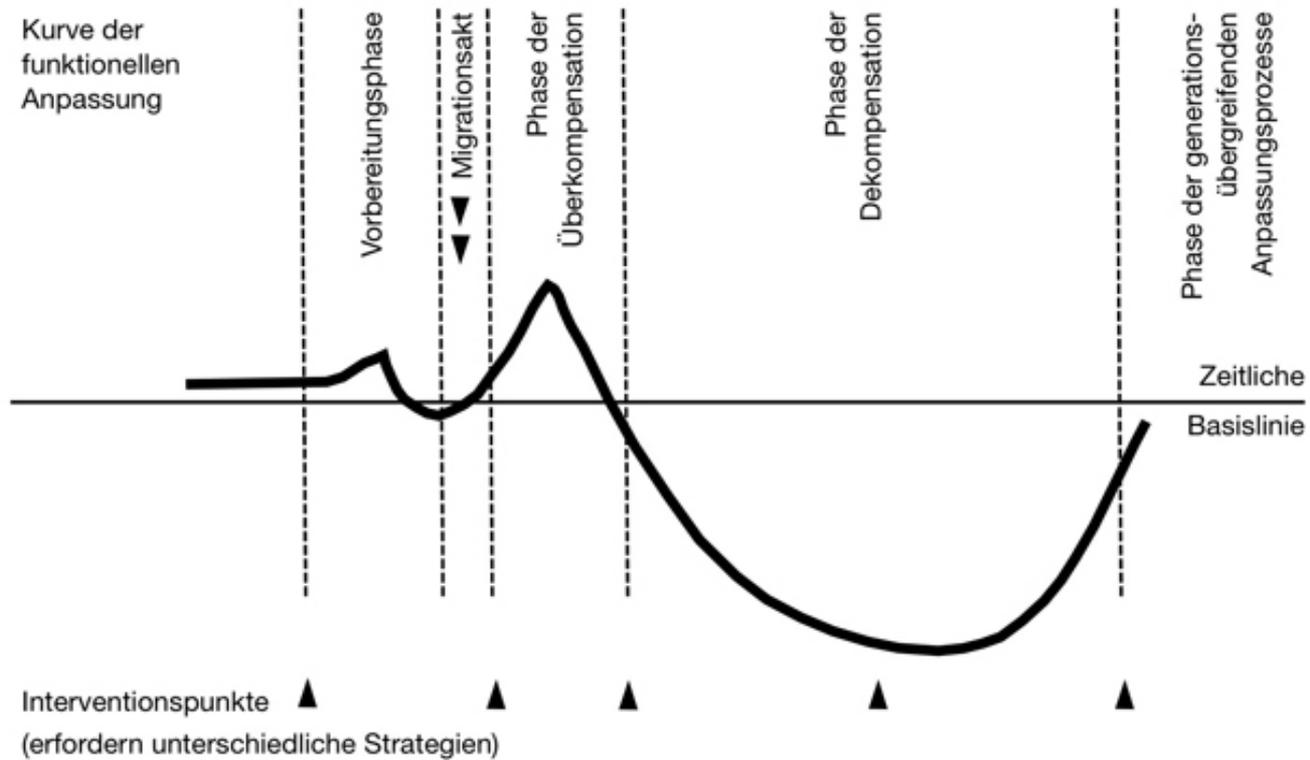


Herzratenvariabilität unter Stress: Ethnische Unterschiede



Migrationsprozess

Belastungen der Migration



Nach: Sluzki (aus Hegemann & Salmann 2010)

Gesundheitsverhalten – Gender-Unterschiede: Methodische Kritik

- **Messverfahren**
 - Querschnittserhebungen: Momentaufnahmen (<> Längsschnitterhebungen)
 - Prozessqualität (Stimmungsbild, Befindlichkeit) <> Ergebnisqualität
 - Objektive Messverfahren fehlen weitgehend (Experimentelle Stresstests, Verhaltensbeobachtung, psychophysiologische Verfahren,)
- **Validität der Messung**
 - Männer <> Frauen: homogene Gruppen? (Sex<>Gender, Intersex<>Transgender)
 - Konfundierung durch ethnischen Hintergrund (Minderheiten?), Alter,
- **Ideologischer Zugang**
 - Gesundheitsverhalten <> Gesundheitshandeln/ Gesundheitsbewusstsein

Gesundheitsverhalten → Gesundheitshandeln

- **Gesundheitsverhalten: Kritik am Konzept**
 - Objektive bzw. normative Vorgabe
 - Eher im naturwissenschaftlichen Kontext geprägt
 - Von ExpertInnen definiertes Verhalten → Abgrenzung Gesundheit <> Krankheit
- **Gesundheitshandeln/ Gesundheitsbewusstsein (Health Literacy)**
 - Eher subjektorientiert, im sozialwissenschaftlichen Kontext geprägt
 - Salutogenese-Modell → Trennung Gesundheit <> Krankheit aufgehoben
 - Beruht auf Alltagskonzepten/Handlungslogik von Laien zu Gesundheit/Krankheit
 - Stellt die Grundlage für Partizipation und Empowerment in der Gesundheitsförderung dar

Agenda

1**Gesundheit/Gesundheitsverhalten Männer<>Frauen: Fakten****2****Männliches<>weibliches Verhalten: Methodische Anmerkungen****3****Gesundheitsverhalten: Theoretische Modelle, Konsequenzen**

Veränderungen nach der letzten Zigarette eines Rauchers

20 Minuten	Blutdruck sinkt auf Werte vor der Zigarette, Hauttemperatur steigt
8 Stunden	Kein CO mehr im Blut, Raucheratem ist weg
1 Tag	Herzinfarkttrisiko beginnt zu sinken
2 Tage	Geruchs- und Geschmackssinn verfeinern sich
3 Tage	Atmung wird deutlich besser
3 Monate	Besserung von Blutzirkulation, Lungenkapazität, Gehleistung
9 Monate	Reduktion von Infektionen, Raucherhusten, Kurzatmigkeit
1 Jahr	Herzgefäß-Erkrankungsrisiko ist halb so groß wie bei Rauchern
5 Jahre	Schlaganfallrisiko sinkt
10 Jahre	Lungenkrebsrisiko wie bei Nichtrauchern
15 Jahre	Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko wie bei Nichtrauchern

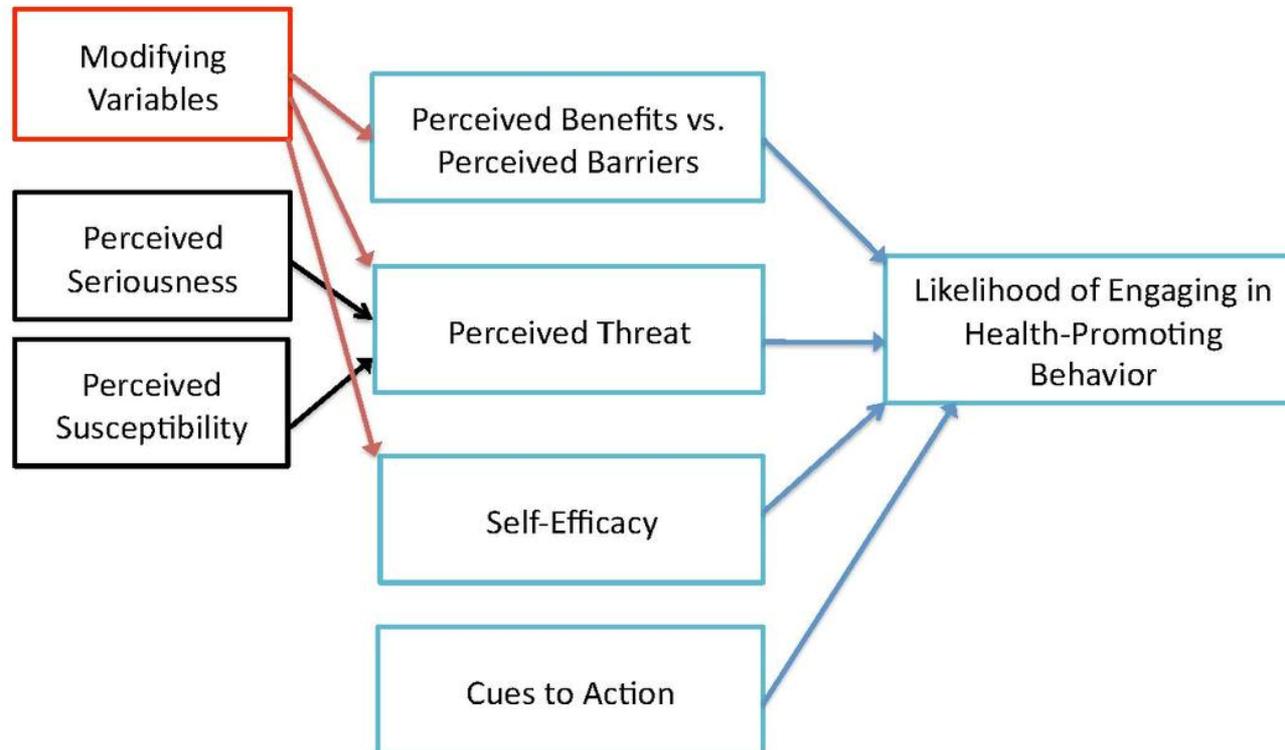
Gesundheitsverhalten: Modelle

Statische Modelle:

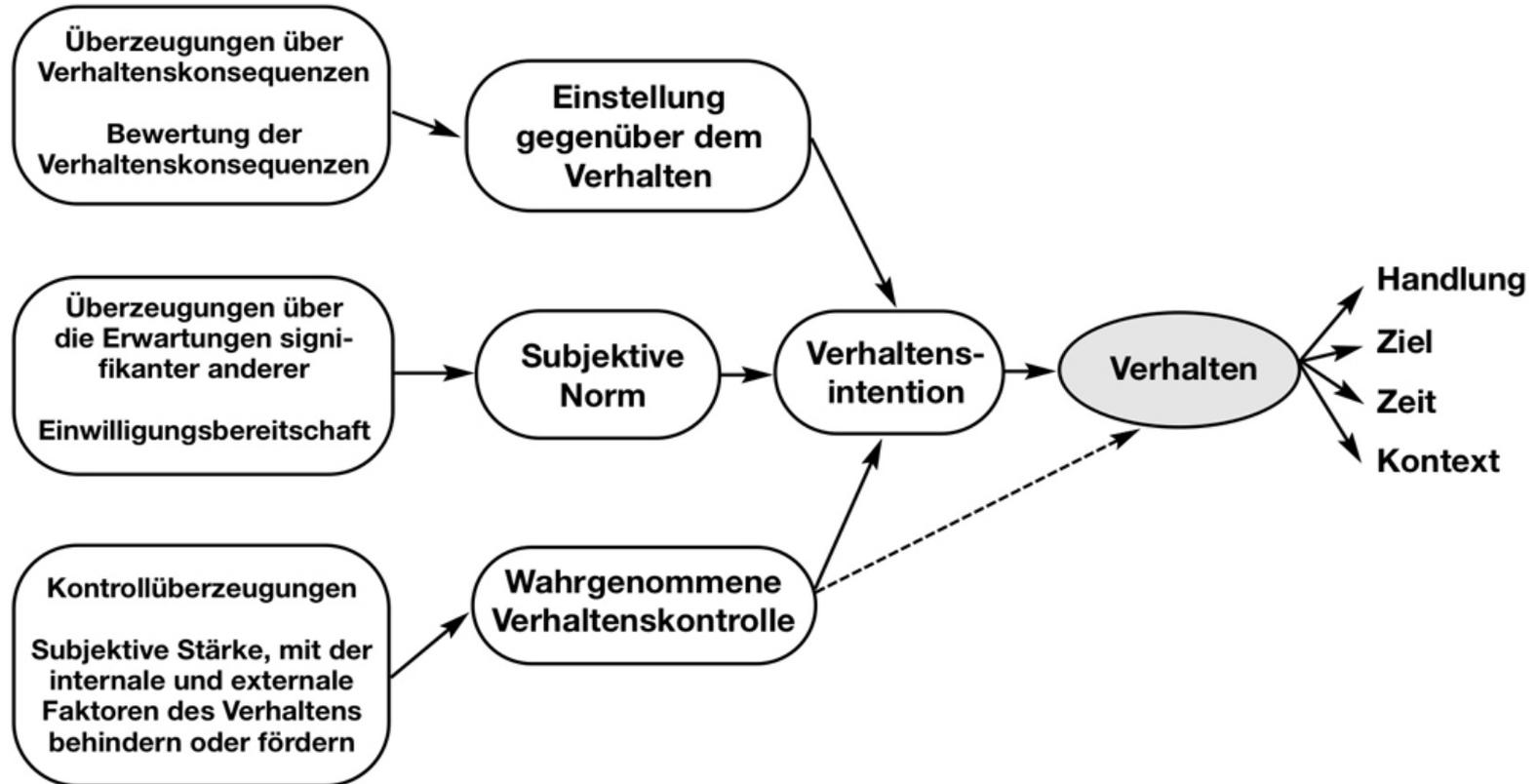
→ Motivation → Intention

- Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief Model, HBM, Rosenstock 1966)
- Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior, TPB, Ajzen 1985)
- Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory, PMT, Rogers 1983)
- Theorie des subjektiv erwarteten Nutzens (Subjective Expected Utility Theory, Savage 1954)

Health Belief Model



Theorie des geplanten Verhaltens



Gesundheitsverhalten: Modelle

Statische Modelle:

→ Motivation → Intention

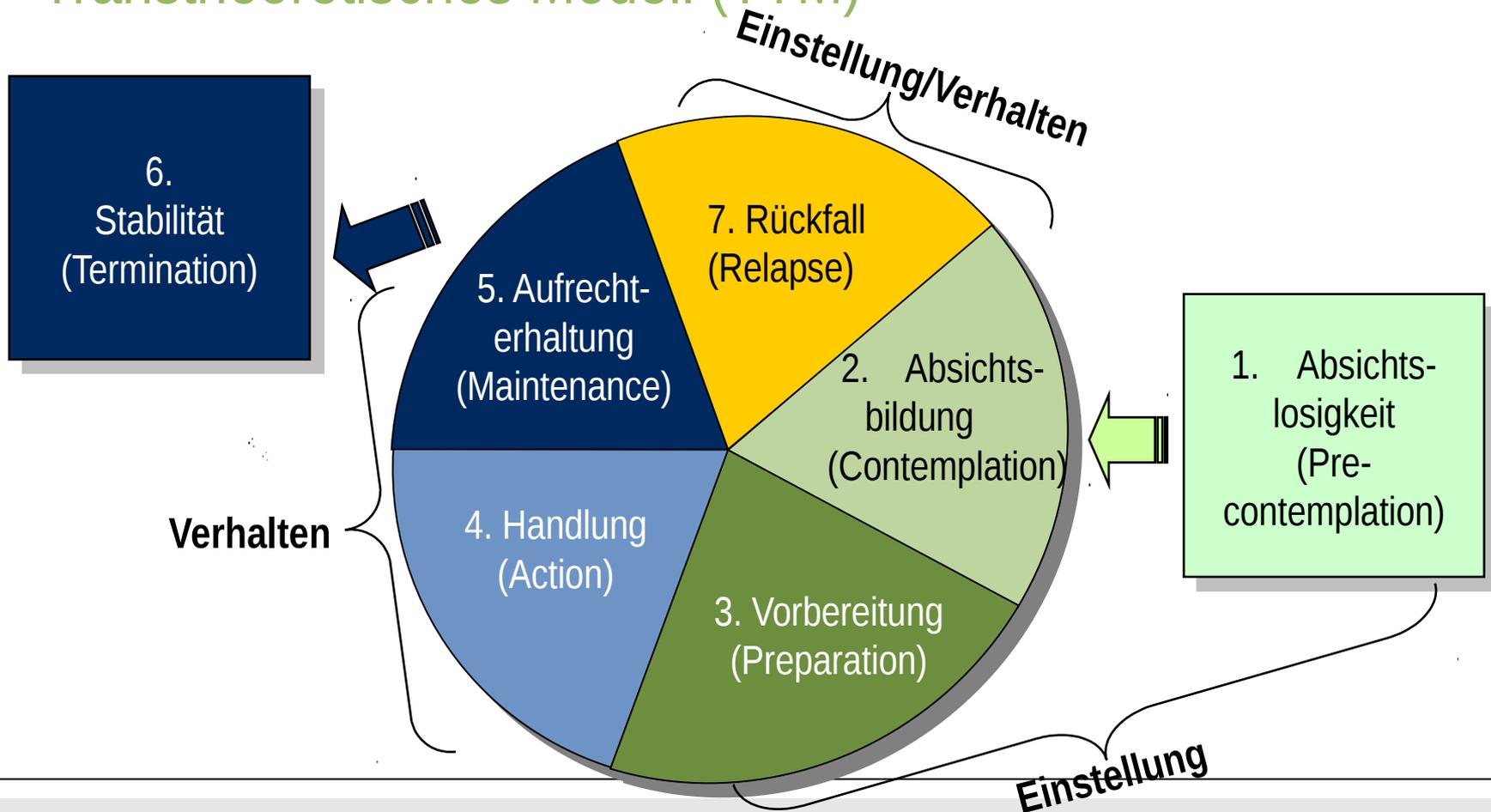
- Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief Model, HBM, Becker 1974)
- Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior, TPB, Ajzen 1985)
- Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory, PMT, Rogers 1983)
- Theorie des subjektiv erwarteten Nutzens (Subjective Expected Utility Theory, Savage 1954)

Dynamische (Prozess-)Modelle:

→ Motivation → Volition

- Transtheoretisches Modell der Veränderung (TTM, Prochaska & DiClemente 1983)
- Prozessmodell präventiven Handelns (Precaution Adoption Process Model, Weinstein 1992)
- Sozialkognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA, Schwarzer 1992)

Transtheoretisches Modell (TTM)



Stadien der Einstellungs- und Verhaltensänderung: Transtheoretisches Modell (TTM)

1. Absichts- losigkeit (Pre- contemplation)

Einstellungen/Aussagen:

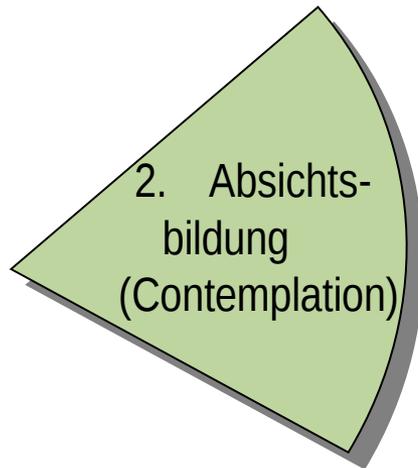
„Sie sind meine letzte Hoffnung. Wenn Sie mir nicht helfen können, dann weiß ich nicht mehr weiter.“

„Irgendein Medikament oder irgendeine Operation muss es doch geben, damit ich meine Schmerzen wieder loswerde.“

„Gibt's nicht irgendwo noch einen Spezialisten, der endlich herausfinden kann, woher diese Symptome kommen?“

„Das was Sie mir da vorschlagen, habe ich doch schon alles ausprobiert – das hilft mir nichts!“

Stadien der Einstellungs- und Verhaltensänderung: Transtheoretisches Modell (TTM)



Einstellungen/Aussagen:

„In den letzten Jahren habe ich so viele Therapien versucht – und trotzdem hat mir niemand meine Kopfschmerzen wegnehmen können.“

„Ich muss lernen zu akzeptieren, dass meine Beschwerden vermutlich nicht mehr weggehen. Aber wie kann ich so etwas akzeptieren? Wie soll ich damit umgehen?“

„Auch wenn mir niemand genau sagen kann, warum ich Rückenschmerzen habe – irgend etwas werde ich schon dagegen finden.“

„Ich glaube, dass ich mir langfristig nur selber helfen kann, aber ich weiß noch nicht genau wie.“

Stadien der Einstellungs- und Verhaltensänderung: Transtheoretisches Modell (TTM)



3. Vorbereitung (Preparation)

Einstellungen/Aussagen:

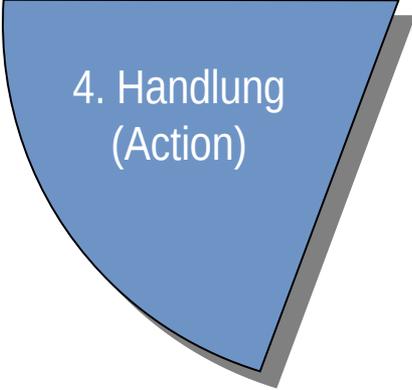
„Was kann ich selber dazu tun, damit's mir wieder besser geht?“

„Was könnte mir außer den Medikamenten sonst noch helfen?“

„Ich möchte lernen, meine Schmerzen besser zu beherrschen, damit nicht meine Schmerzen mich beherrschen.“

„Ich weiß, dass mir die Gymnastik helfen würde, aber ich kann mich einfach nicht aufraffen, es regelmäßig zu tun.“

Stadien der Einstellungs- und Verhaltensänderung: Transtheoretisches Modell (TTM)



4. Handlung (Action)

Einstellungen/Aussagen:

„Derzeit mache ich bei einem Therapieprogramm mit, bei dem ich Fähigkeiten zur besseren Schmerzbewältigung lerne.“

„Ich lerne gerade meinen Körper besser kennen, und erkenne langsam, wann ich mich überfordere.“

„Ich weiß, dass ich noch einen langen Weg vor mir habe. Aber die ersten Schritte habe ich schon bewältigt.“

„Die Übungen aus dem Schmerzbewältigungsprogramm helfen mir nicht immer, aber teilweise gelingt es schon.“

Stadien der Einstellungs- und Verhaltensänderung: Transtheoretisches Modell (TTM)



Einstellungen/Aussagen:

„Wenn meine Schmerzen stärker werden, lasse ich mich nicht mehr wie früher aus der Ruhe bringen. Ich versuche, so gut wie möglich „meinem Alltag“ weiter nachzugehen.“

„Ich habe gelernt, meine Übungen regelmäßig zu machen. Sie helfen mir, stabiler zu bleiben und weniger Beschwerden zu haben.“

„Seit ich in der Rehabilitation war, weiß ich, dass ich meine Krankheit beherrschen kann.“

„Seit einigen Monaten brauche ich nur mehr selten ein zusätzliches Medikament.“

Stadien der Einstellungs- und Verhaltensänderung: Transtheoretisches Modell (TTM)

6. Stabilität (Termination)

Einstellungen/Aussagen:

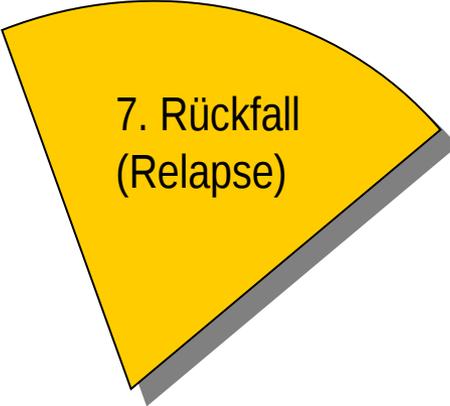
„Ich habe gelernt, mit meinen Beschwerden gut zu leben.“

„Wenn ich einen „Durchhänger“ habe, nehme ich meinen „Notfallplan“ zur Hand. Dieser hat mir geholfen, auch schwierige Phasen im letzten Jahr ohne größere Probleme zu meistern.“

„Ich habe bereits seit längerem eine andere Einstellung zu mir, meinem Leben und meiner Gesundheit: Ich lebe jetzt viel bewusster und weiß, was mir gut tut.“

„Ich bin mit meinem Leben zufrieden – trotz meiner Schmerzen.“

Stadien der Einstellungs- und Verhaltensänderung: Transtheoretisches Modell (TTM)



7. Rückfall (Relapse)

Einstellungen/Aussagen:

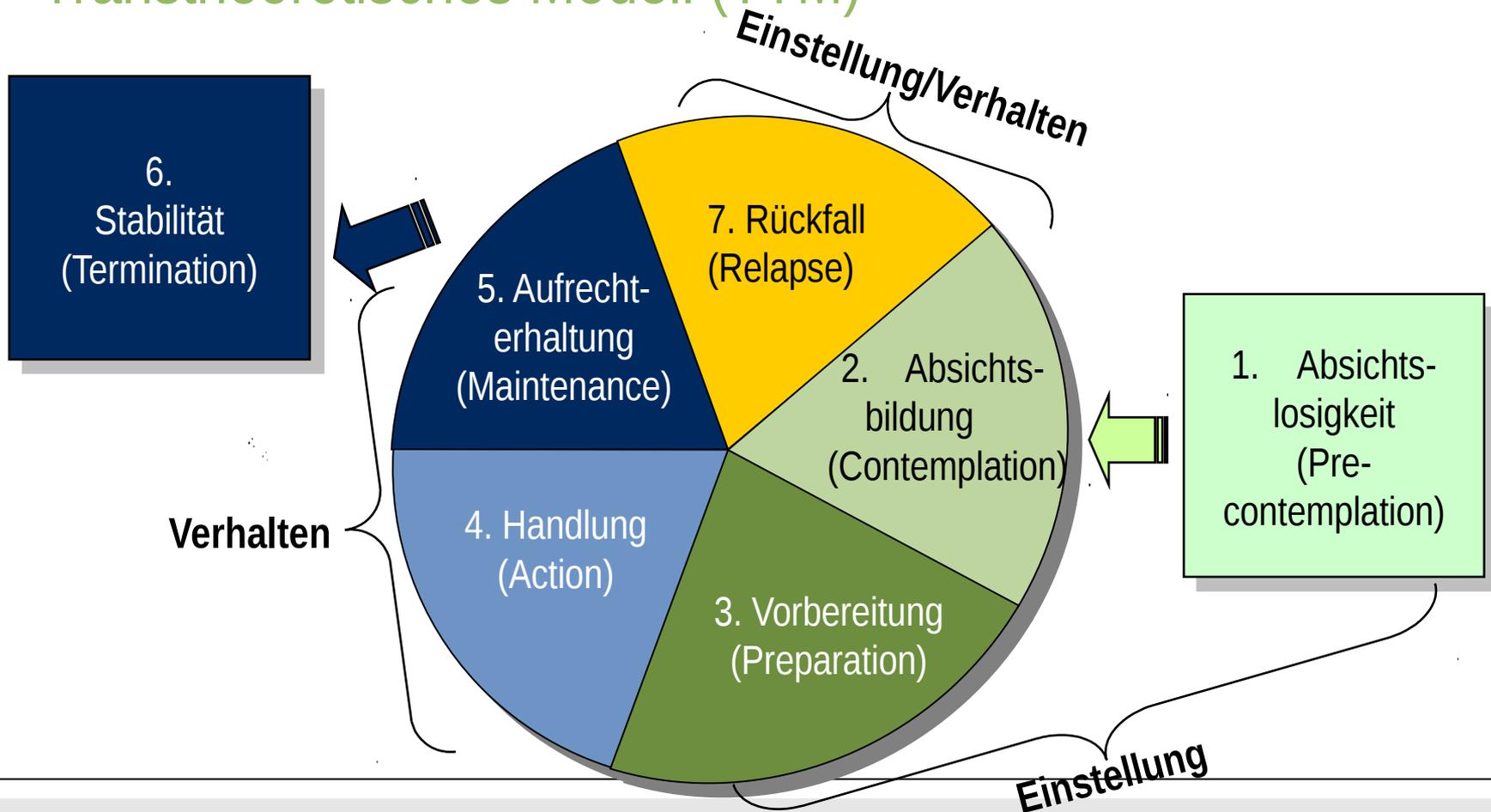
„Ich bin total verzweifelt: Seit einer Woche sind meine Beschwerden wieder so schlimm geworden.“

„Ich habe keine Ahnung, warum's mir auf einmal wieder so schlecht geht. Sagen Sie mir doch, was ich jetzt tun soll!“

„In den letzten Wochen habe ich alle Ihre Übungen gemacht und alle Medikamente eingenommen, die Sie mir empfohlen haben – und was hat's mir gebracht? Jetzt geht's mir schlechter als je zuvor!“

„Es hat einfach alles keinen Sinn mehr! Wie soll das Ganze nur weitergehen...? Ich kann so nicht weitermachen!“

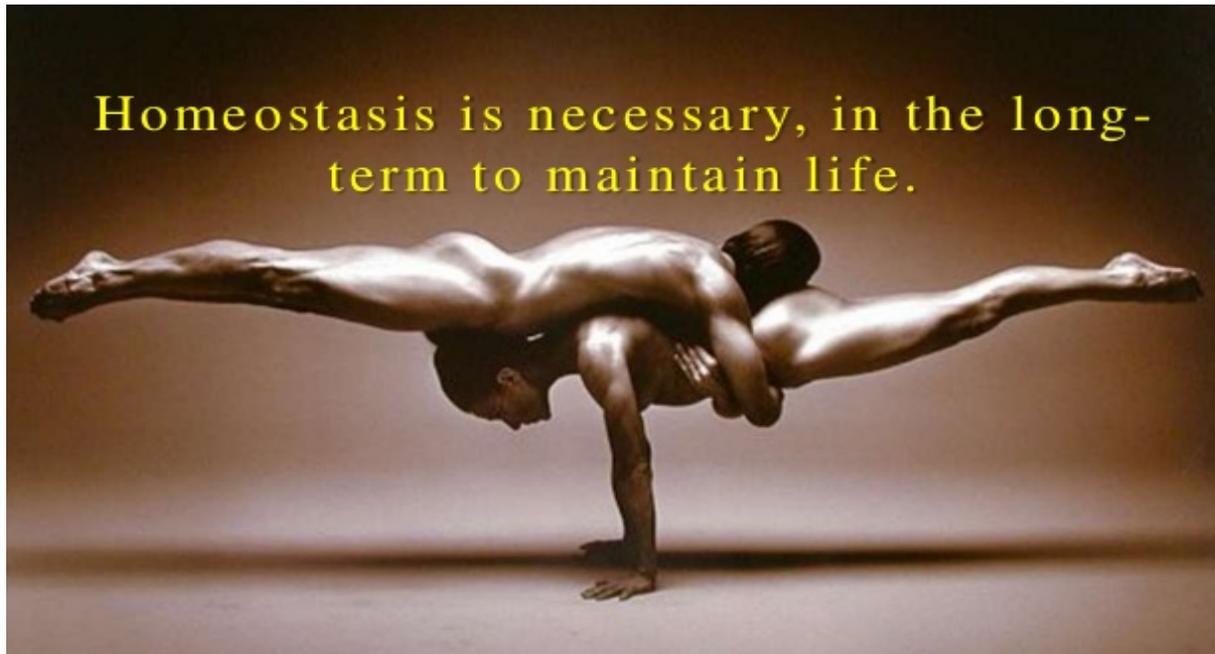
Transtheoretisches Modell (TTM)



Transtheoretisches Modell (TTM): Implikationen für Gesundheitsförderung

1. **Veränderungsmotivation** ist ein fortwährender Prozess, bei dem einzelne Stadien auch mehrmals hintereinander durchlaufen werden können.
2. **Absichtslosigkeit (Widerstand) und Absichtsbildung (Ambivalenz)** am Beginn der Intervention sind bereits Teil des Veränderungsprozesses und bedürfen eigener Interventionsstrategien.
3. Ebenso sind **Rückfälle Teil des Veränderungsprozesses**, d.h. sie sind – ebenso wie andere Stadien dieses Veränderungsprozesses – **vorhersehbar** und ihre Bewältigung ist **planbar**.
4. Die einzelnen **Interventionsschritte** sollten sich am **jeweiligen Motivationsstadium** orientieren, in den sich die KlientInnen gerade befinden.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BMG): Arbeit primär an der Haltung, nicht am Verhalten



„Diversity Management“ als Bestandteil von BGM



„Alle anders – alle gleich – alle gesund“ *

* Initiative Gesundheit und Arbeit. Alle anders – alle gleich – alle gesund: das Interkulturelle Betriebliche Gesundheitsmanagement, Berlin/Dresden/Essen 2009

„The Long and Winding Road...“



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Email: michael.bach@promente-reha.at