
AG 9

Rolle von Angehörigen

- Forschungsergebnisse, Programme und Techniken -

Dr. Karin Meng

Rolle von Angehörigen für Lebensstiländerung

Erwartung von Unterstützung

- Instrumentelle Unterstützung
- Emotionale Unterstützung

Dass die Familie helfen muss, wie mein Mann, meine Eltern, Schwiegereltern, mein Sohn jetzt, ... Das ist klar. Die Familie, die muss mir da, die muss mich unterstützen.
(Patientin, Akutkrankenhaus)

Familie ist wichtig. Sehr wichtig. Nicht? Die geben viel Kraft – für das Herz. ... Selbst, wenn nicht alles immer harmonisch ist, aber wo man sich auch wirklich dann die Zeit dafür nehmen kann.
(Patientin, Akutkrankenhaus)

(Romppel & Grande, 2011)

Rolle von Angehörigen für Lebensstiländerung

Partnerschaft

- Schonung und Rücksichtnahme
- Unterstützung und Ansporn
- Verhaltensgewohnheiten und Konflikte

Ich koche eigentlich, ich muss mal sagen, so gut wie keine deutsche Küche. Fast nur mit Olivenöl und so, viel Salat und mehr Italienisch so und Fisch und Geflügelfleisch ... Und wir essen eben sehr viel Äpfel und Obst. (Partnerin)

Essenstechnisch muss ich sagen, ... da müssen wir beide viel umstellen. Das können wir auch bloß gemeinsam, denn der Koch in unserer Familie, nicht nur gelernt, sondern auch als Hobbykoch, ist mein Mann. (Patientin, Akutkrankenhaus)

(Romppel & Grande, 2011)

Rolle von Angehörigen für Lebensstiländerung

Partnerschaft

- Schonung und Rücksichtnahme
- Unterstützung und Ansporn

Also, wenn ich alleine wäre, ich könnte das mit meinem Essen vereinbaren. Ich würde auch kein Brötchen essen, ich würde Schwarzbrot essen ... Aber wenn der Partner - da ist oft, dass man dann - na ja eben dem Partner zuliebe.
(Patientin, Akutkrankenhaus)

Teilweise macht er auch mit, er hat es ja auch nötig, ... die Gesundheit muss er ja auch achten. Aber es gibt viele Dinge, wo er sagt, nee, das - das lehne ich ab, fleischlos zum Beispiel. Ja, da mache ich das für mich alleine, ... Und da koch ich doppelt. Und dann hat man da manchmal nicht so die richtige Lust dazu. (Patientin, Akutkrankenhaus)

Dass man sich nicht mit dem Partner in die Haare kriegt. Dass der nicht zum Gespräch nicht so bereit ist und sagt, komm du, deine neuen Moden und deinen neuen Kram hier, ... wir [sind] doch bisher so gut hier ausgekommen.
(Patientin, Akutkrankenhaus)

Ja, wir haben das natürlich versucht. Aber ich finde, je mehr man da drüber mit ihm geredet hat oder je mehr man das versucht hat und je mehr das auch von anderen gekommen ist, ich fand, dann, dann, ich übertreibe jetzt, ist er trotzig wie so ein kleines Kind. Und nun erst Recht. (Partnerin)

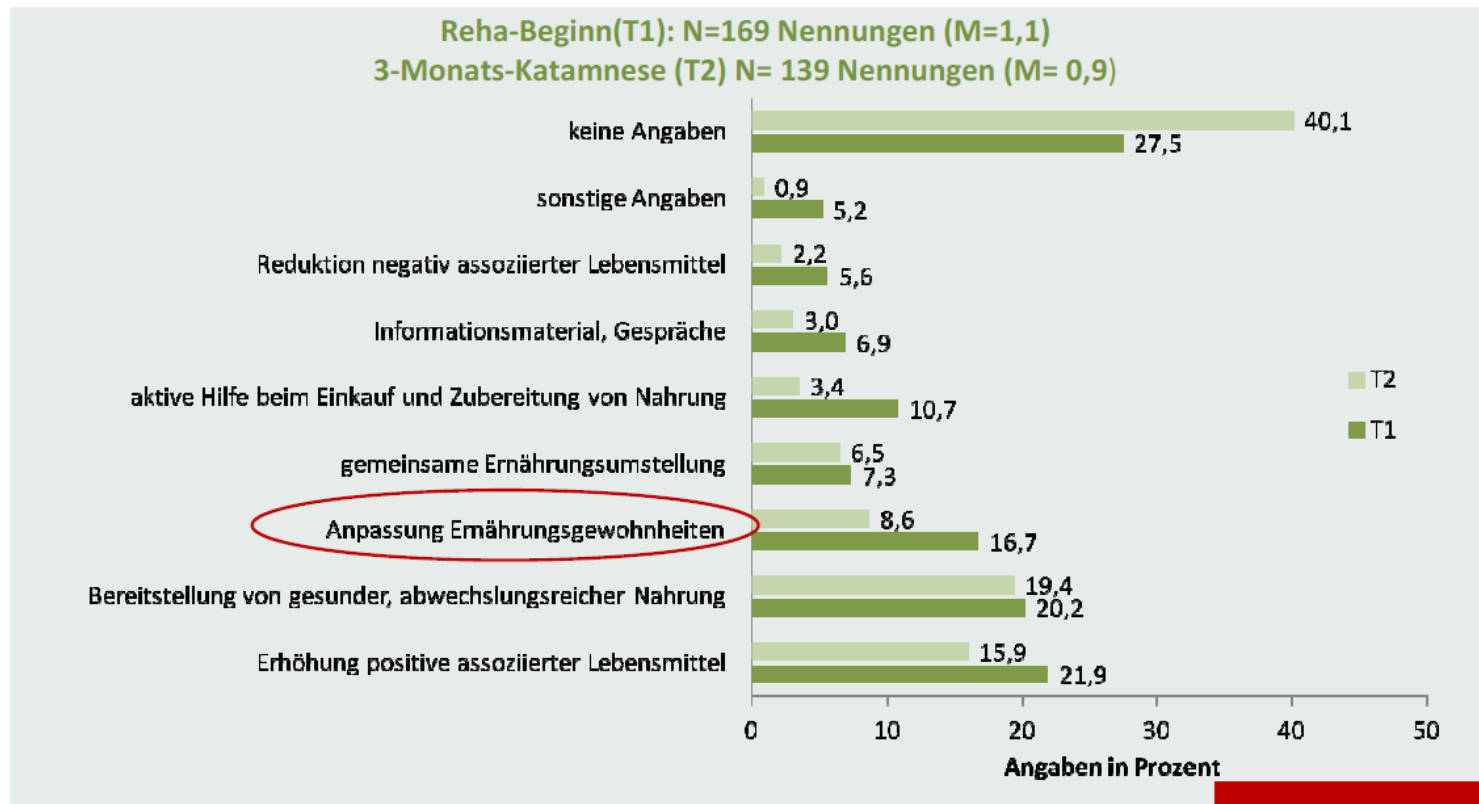
(Köpffer & Grande, 2011)

Relevanz von Angehörigen für Lebensstiländerung

- Evidenz für Konkordanz im Gesundheitsverhalten
- u.a. Ernährung - von Paaren (Review; Meyler et al., 2007)
- Starke Evidenz das „soziale Unterstützung“ Prädiktor von Obst- und Gemüsekonsum von Erwachsenen ist (Review; Shaikh et al., 2008)
- Patienten, die soziale Unterstützung erhalten, behalten mit höherer Wahrscheinlichkeit ein gesundheitsförderndes Verhalten bei als Personen, die keine soziale Unterstützung erhalten (Metaanalyse; DiMatteo, 2004)
- Ernährung der nahestehenden Person (meist Partner) hat Einfluss auf Ernährung der Rehabilitanden 3 Monate nach der stationären Reha (Rennert et al., 2013)

Rolle von Angehörigen für Lebensstiländerung

Konkrete Unterstützungsleistungen der **nahestehenden Person** für die gesunde Ernährung des Rehabilitanden



Verfügbare Manuale

Programm	Module	Gesamtumfang
Aktiv Gesundheit fördern - Seminareinheit Essen und Trinken, Vertiefung Gewichtsabnahme und Figurprobleme (VDR, 2000; Pudel & Müller)	1 (+ 1 + 1)	120 - 180 Minuten
Gesundheitstraining: Curriculum Gesunde Ernährung (DRV Bund, 2010; Autoren: Zietz, Haupt & Hermann)	4 (+ 3)	240 Minuten (+ 540 Minuten)
Gesundheitstraining: Curriculum Übergewicht (DRV Bund, 2010; Autoren: Zietz)	6	390 Minuten
Gesundheitstraining: Curriculum Typ 2-Diabetes mellitus (DRV Bund, 2010; Autoren: Zietz)	7	380 Minuten
Gesundheitstraining: Curriculum Koronare Herzerkrankung (Haug et al., 2010)	5	225 Minuten
DGPR-Curriculum Koronare Herzerkrankung (CD-ROM) (Franz et al., 2005)	9	540 Minuten
DGPR-Curriculum Gewichtsabnahme (CD-ROM) (Franz et al., 2005)	4	240 Minuten
MoVo-Life (Göhner & Fuchs, 2007)	7	630 Minuten
Mit Bauch und Kopf (Tuschhoff, 1996)	9	360 - 540 Minuten

Verfügbare Manuale



- Baustein 1: Vorstellung.....
- Baustein 2: Bedarf und Bedürfnis
- Baustein 3: Aufgabe der Ernährung
- Baustein 4: Energie und Körpergewicht.....
- Baustein 5: Nährstoffdichte
- Baustein 6: Ernährungskreis.....
- Baustein 7: 10 Regeln der richtigen Ernährung ..
- Baustein 8: Angebote und Hilfsmittel.....

Angehörige nicht thematisiert!



Modul: Inhalt	Umfang	Diätassistentin
1: Gesunde Ernährung	1 x 60 Min.	Gruppe
2: Gesunde Ernährung	1 x 60 Min.	Gruppe
3: Praxisteil	2 x 60 Min.	Gruppe
4: Lehrküche	3 x 180 Min.	Lehrküche

Verfügbare Manuale



Angehörige bei Thema „Barrieremanagement“



Angehörige bei Thema „Unterstützung“

- Wünsche nach sozialer Unterstützung adäquat ausdrücken lernen
- Unterschiedliche Erwartungen bezüglich der Ernährungsgewohnheiten in der Familie oder Bezugsgruppe der PatientInnen klären
- Fremdkontrolle des Essverhaltens durch Selbstkontrolle ersetzen
- Erwünschte Ernährungsgewohnheiten positiv darstellen lernen

Techniken der Verhaltensänderung für Bewegung und Ernährung

Abraham & Michie, 2008

- Taxonomie mit 26 Techniken der Verhaltensänderung

Michie et al., 2011

- 40 Techniken
- Bezeichnung und Beschreibung

Michie et al., 2013

- 93 Techniken in 16 Kategorien

Page	Grouping and BCTs	Page	Grouping and BCTs	Page	Grouping and BCTs
1	1. Goals and planning 1.1. Goal setting (behavior) 1.2. Problem solving 1.3. Goal setting (outcome) 1.4. Action planning 1.5. Review behavior goal(s) 1.6. Discrepancy between current behavior and goal 1.7. Review outcome goal(s) 1.8. Behavioral contract 1.9. Commitment	8	6. Comparison of behaviour 6.1. Demonstration of the behavior 6.2. Social comparison 6.3. Information about others' approval	16	12. Antecedents 12.1. Restructuring the physical environment 12.2. Restructuring the social environment 12.3. Avoidance/reducing exposure to cues for the behavior 12.4. Distraction 12.5. Adding objects to the environment 12.6. Body changes
3	2. Feedback and monitoring 2.1. Monitoring of behavior by others without feedback 2.2. Feedback on behaviour 2.3. Self-monitoring of behaviour 2.4. Self-monitoring of outcome(s) of behaviour 2.5. Monitoring of outcome(s) of behavior without feedback 2.6. Biofeedback 2.7. Feedback on outcome(s) of behavior	9	7. Associations 7.1. Prompts/cues 7.2. Cue signalling reward 7.3. Reduce prompts/cues 7.4. Remove access to the reward 7.5. Remove aversive stimulus 7.6. Satiation 7.7. Exposure 7.8. Associative learning	17	13. Identity 13.1. Identification of self as role model 13.2. Framing/reframing 13.3. Incompatible beliefs 13.4. Valued self-identify 13.5. Identity associated with changed behavior
5	3. Social support 3.1. Social support (unspecified) 3.2. Social support (practical) 3.3. Social support (emotional)	10	8. Repetition and substitution 8.1. Behavioral practice/rehearsal 8.2. Behavior substitution 8.3. Habit formation 8.4. Habit reversal 8.5. Overcorrection 8.6. Generalisation of target behavior 8.7. Graded tasks	18	14. Scheduled consequences 14.1. Behavior cost 14.2. Punishment 14.3. Remove reward 14.4. Reward approximation 14.5. Rewarding completion 14.6. Situation-specific reward 14.7. Reward incompatible behavior 14.8. Reward alternative behavior 14.9. Reduce reward frequency 14.10. Remove punishment
6	4. Shaping knowledge 4.1. Instruction on how to perform the behavior 4.2. Information about Antecedents 4.3. Re-attribution 4.4. Behavioral experiments	11	9. Comparison of outcomes 9.1. Credible source 9.2. Pros and cons 9.3. Comparative imagining of future outcomes	19	15. Self-belief 15.1. Verbal persuasion about capability 15.2. Mental rehearsal of successful performance 15.3. Focus on past success 15.4. Self-talk
7	5. Natural consequences 5.1. Information about health consequences 5.2. Salience of consequences 5.3. Information about social and environmental consequences 5.4. Monitoring of emotional consequences 5.5. Anticipated regret 5.6. Information about emotional consequences	12	10. Reward and threat 10.1. Material incentive (behavior) 10.2. Material reward (behavior) 10.3. Non-specific reward 10.4. Social reward 10.5. Social incentive 10.6. Non-specific incentive 10.7. Self-incentive 10.8. Incentive (outcome) 10.9. Self-reward 10.10. Reward (outcome) 10.11. Future punishment	19	16. Covert learning 16.1. Imaginary punishment 16.2. Imaginary reward 16.3. Vicarious consequences
		15	11. Regulation 11.1. Pharmacological support 11.2. Reduce negative emotions 11.3. Conserving mental resources 11.4. Paradoxical instructions		

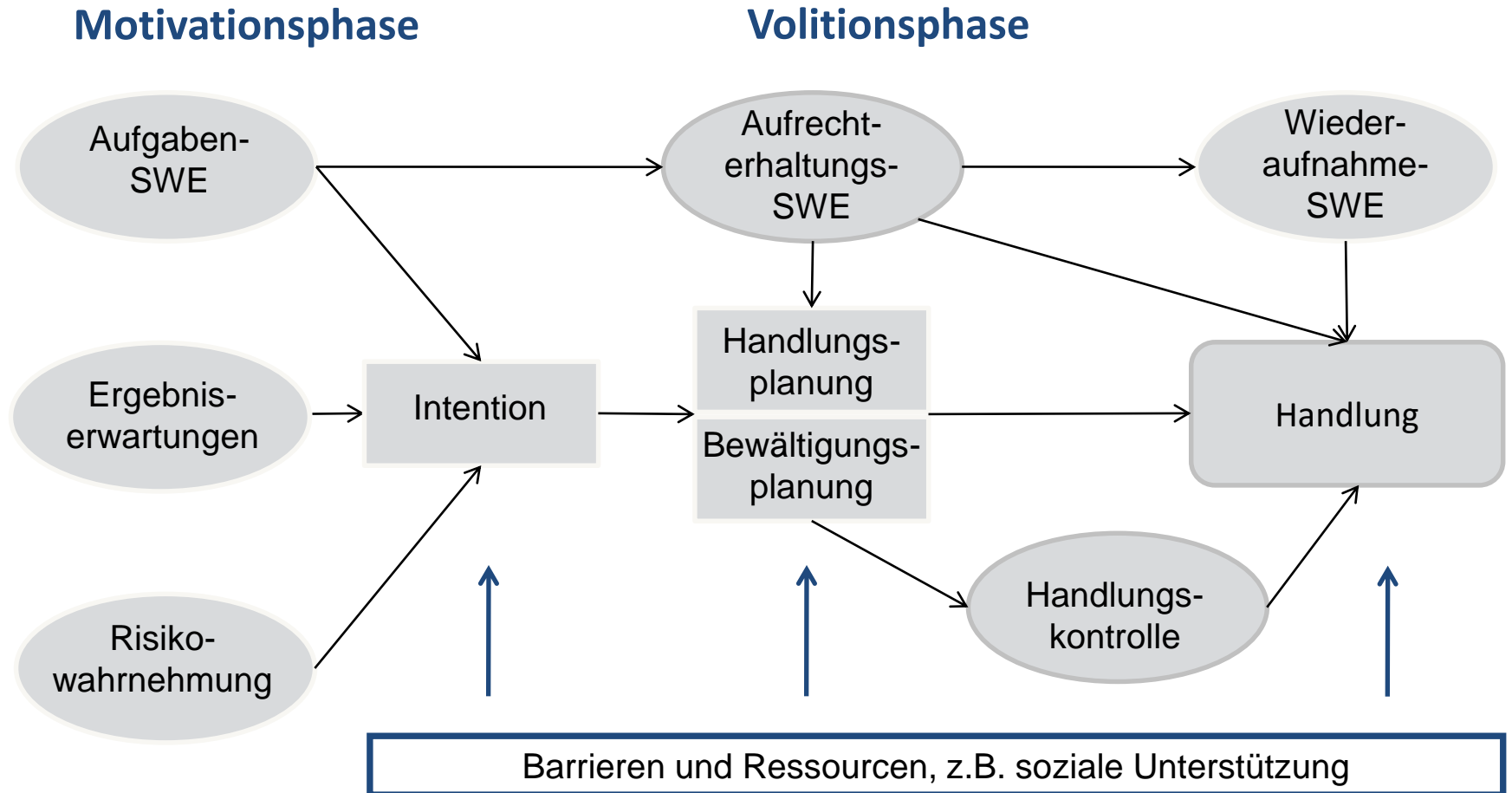
Techniken der Verhaltensänderung für Bewegung und Ernährung

1. Information über generelle Verhaltenskonsequenzen vermitteln
2. Information über individuelle Verhaltenskonsequenzen vermitteln
3. Information über Meinung anderer vermitteln
4. Information über das Verhalten anderer vermitteln
5. Zielsetzung (Verhalten)
6. Zielsetzung(Ergebnis)
7. **Handlungsplanung**
8. **Identifikation von Barrieren/Problemlösen**
9. Teilziele setzen
10. Aufforderung, das Erreichen des Verhaltensziels zu prüfen
11. Aufforderung, das Erreichen des Ergebnisziels zu prüfen
12. Aufforderung, Belohnungen in Abhängigkeit vom Aufwand und Fortschritt zu geben
13. Belohnungen für erfolgreiches Verhalten unterstützen
14. Shaping
15. Aufforderung, das Zielverhalten zu generalisieren
16. Aufforderung zur Selbstbeobachtung des Verhaltens
17. Aufforderung zur Selbstbeobachtung des Verhaltens
18. Aufforderung, Fokus auf vergangene Erfolge zu legen
19. Feedback geben
20. Information und Hinweise geben, wann und wo das Verhalten durchgeführt werden kann
21. Information und Hinweise geben, wie das Verhalten durchgeführt werden kann
22. Model/Demonstration des Verhaltens
23. Gebrauch von Hinweisreizen vermitteln
24. Umwelt umgestalten
25. Verhaltensvertrag abschließen
26. Aufforderung zur mehrfachen Durchführung des Verhaltens oder vorbereitender Verhaltensweisen
27. Follow-up Maßnahmen unterstützen
28. Soziale Vergleiche ermöglichen
29. **Soziale Unterstützung planen**
30. Aufforderung, sich selbst als Modell zu sehen
31. Aufforderung, Bedauern zu antizipieren
32. Angstarousal, inkl. Risikokommunikation
33. Aufforderung zum Selbstgespräch
34. Aufforderung bildliche Vorstellungen zu nutzen
35. **Rückfallprophylaxe/Bewältigungsplanung**
36. Stressmanagement/Emotionskontrolle
37. Motivational interviewing
38. Zeitmanagement
39. Kommunikationstraining
40. Anregung, spätere Belohnung zu antizipieren

(Michie et al., 2011)

Modell Gesundheitsverhalten:

Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitsbezogenen Verhaltens HAPA



(Schwarzer, 2008)

Beispiel „Barrieremanagement“

Beispiele: Persönliche Ernährungspläne



Trink-Plan:

1. Ich trinke täglich mindestens 2 Liter energiearme Getränke: Morgens nach dem Aufstehen (wann) zwei Tassen Kaffee (was), während der Arbeitszeit (wann) eine Thermoskanne Tee (was), zum Abendessen (wann) zwei große Gläser Saftschorle (was).

GLYX-Pläne:

2. Ich esse zum Abendessen (wann) Vollkornbrot statt Baguette (was).
3. Ich esse zum Frühstück unter der Woche (wann) Vollkornmüsli ohne Zucker (was) statt Fertigmüsli mit Zuckerzusatz .

Fett-Pläne:

4. Ich bereite zum Mittagsggericht (wann) Soßen nur noch mit Brühe (was) statt mit Butter oder Sahne zu.
5. Ich esse höchstens am Samstagabend (wann) Snacks (was) vor dem Fernseher, an den anderen Tagen nichts.

Beispiel „Barrieremanagement“

BARRIEREN UND BARRIERENMANAGEMENT

	Signalwort	Barrieren	Barrierenmanagement
Trink-Plan:	1.....	Die Kinder trinken gerne Cola.	
Fett-Pläne:	2..... 3.....	Partner erledigt meist die Einkäufe.	
Glyx-Pläne:	4..... 5.....	Während der Woche kocht Partner. Snacks gehören zum gemeinsamen Fernsehen.	

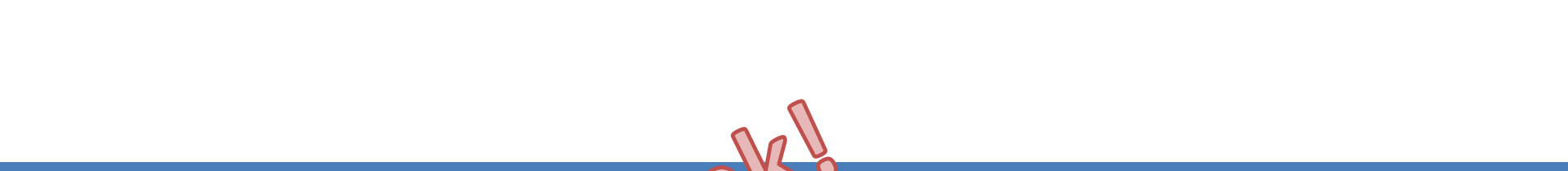
Evidenz

- Handlungsplanung ist effektiv in Bezug auf Ernährung (Metaanalyse; Adriaanse et al., 2011)
 - Förderung gesunde Ernährung ($d = .51$)
 - Verringerung ungesunde Ernährung ($d = .29$)
- „Soziale Unterstützung“ ist effektive Technik
 - Ernährungsberatung (Metaanalyse; Spahn et al., 2011)
 - Ernährungsinterventionen (Metaanalyse; Lara et al., 2014; Prestwich et al., 2014)

=> Techniken - soziale Unterstützung planen, Thematisieren von Angehörigen beim Barrieremanagement - können ohne die Anwesenheit von Angehörigen eingesetzt werden

Literaturquellen

- Adriaanse, MA., Vinkers, CDW., De Ridder, DTD., Hox, JJ., & De Wit, JBF. (2011). Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite*, 56, 183-193.
- Lara, J., Evans, EH., O'Brien, N., Moynihan, PJ., Meyer, TD., Adamson, AJ., Errington, L., Sniehotta, FF., White, M. & Mathers, JC. (2014). Association of behaviour change techniques with effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Medicine*, 12: 177.
- Meyler, D., Stimpson, JP. & Peek, MK. (2007). Health concordance within couples: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 64 , 2297–2310.
- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, FF., Dombrowski, SU., Bishop, A. & French, DP. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health*, 26, 1479-1498.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, MP., Cane, J. & Wood, CE. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Ann Behav Med*, 46, 81-95.
- Prestwich, A., Conner, MT., Lawton, RJ., Ward, JK., Ayres, K. & McEachan, RRJ. (2014). Partner- and planning-based interventions to reduce fat consumption: Randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 19, 132-148
- Rennert, D., Lamprecht, J., Mau, W. (2013). Das soziale Netzwerk von Rehabilitanden als Ressource für gesundheitsförderliches Verhalten. Reha-Seminar an der Universität Würzburg - 15. Mai 2013
- Romppel, M. & Grande, G. (2011). Patientenorientierte Interventionen zur Lebensstilmodifikation bei KHK – Subjektive Konzepte zu Inhalten, Methoden und Setting nachhaltiger Sekundärprävention im Alltag. Abschlussbericht, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27(1, Suppl.), S54-S63.
- Shaikh, AR., Yaroch, AL., Nebeling, L., Yeh, M-C. & Resnicow, K. (2008). Psychosocial Predictors of Fruit and Vegetable Consumption in Adults. A Review of the Literature. *Am J Prev Med*, 34, 535-543.
- Spahn, JM., Reeves, R., Keim, KS., Laquatra, I., Kellogg, M., Jortberg, B. & Clark, NA. (2011). State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. *J Am Diet Assoc*, 110, 879-891.



Herzlichen Dank!

AG 9

Einbezug von Angehörigen in die
Ernährungsberatung und -schulung

KONTAKT

k.meng@uni-wuerzburg.de