



Ulrike R. Nigl-Heim

TITELGESCHICHTE

die bedeutung von gender care für die pflege

Gender Care ist ein noch sehr junges Forschungsgebiet. Bisherige Studien beziehen sich mehrheitlich auf die Arbeit mit ÄrztInnen in Praxis und Spital. Gleichwohl lassen sich Parallelen zum Pflegebereich ableiten. Das Wissen um genderspezifische Verhaltensweisen in Krankheitssituationen ist ein wichtiger Aspekt für die Gestaltung einer individuell angepassten, patientInnenorientierten Pflege. Dabei geht es auch um eine Verbesserung der Lebensqualität der einzelnen PatientInnen. Frauen und Männer haben unterschiedliche gesundheitliche Probleme, zeigen ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein, artikulieren auf unterschiedliche Art und

Weise ihre Symptome und haben daher auch unterschiedliche Anforderungen an Medizin und Pflege. Gender Care setzt sich auseinander mit Unterschieden und Gemeinsamkeiten beider Geschlechter im Gesundheits-/Krankheitsverhalten, um daraus für die Pflege relevante Handlungsaspekte abzuleiten. Dabei geht es darum, die Perspektive der Geschlechterverhältnisse in alle Entscheidungs- und Handlungsprozesse einzubeziehen.

Genderspezifisches Gesundheits-/Krankheitsverhalten

Die individuellen Krankheiten und Gesundheitsprobleme werden beeinflusst durch physische und psychosoziale Fak-

toren sowie durch das soziale und gesundheitspolitische Umfeld und die soziale Schicht. Frauen und Männer werden in ihrem Denken, Verhalten und Erleben – neben den biologischen Unterschieden – durch geschlechtsspezifische soziale Rollenmuster geprägt. Auch im Kontext der Migration ist dieses Thema von grosser Bedeutung. Jede Kultur, jede Gesellschaft verfügt über bestimmte Schemata in Bezug auf weibliche und männliche Geschlechterrollen, die im Zuge der Sozialisation „verinnerlicht“ werden. Dies gilt es in der professionellen Pflege im Hinblick auf geschlechtssensible Pflege sowie genderspezifische Faktoren zu berücksichtigen. Die folgenden Beispiele



TITELGESCHICHTE

gender care

zeigen auf, worin unter anderem geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen: Frauen älterer Altersgruppen trinken und rauchen weniger, sind jedoch eher medikamentenabhängig, als dies bei Männern zu beobachten ist. Männer sind dagegen bewegungsfreudiger und treiben mehr Sport als Frauen: 13 % der Männer, aber nur 10,3 % der Frauen sind wenigstens 2-4 Stunden pro Woche sportlich aktiv (Mensink, 1999). Sie tendieren aber eher dazu, unkritisch Alkohol, illegale Drogen bzw. leistungssteigernde Mittel zu konsumieren. In Bezug auf schichtspezifische Einflussfaktoren bezeichnen nur 18 % der Frauen aus den unteren Sozialschichten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder ausgezeichnet, dagegen 39 % der Frauen in der oberen Sozialschicht (Helmert et al, 2002). Dabei handelt es sich vor allem um Frauen aus Randgruppen, wie z.B. Alleinerziehende, Frauen nach Scheidungen, im Rentenalter sowie behinderte Frauen. Männer sind davon weniger betroffen.

Konfliktvolle Lebens-/Familiensituationen wirken sich bei Frauen ebenfalls eher negativ auf Krankheitsverlauf sowie therapiebedingte Nebenwirkungen aus, als dies bei Männern zu beobachten ist (Slimani et al, 2002). Daneben haben Frauen nicht selten ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper, was aber mehr und mehr von Männern aufgeholt wird. Sie sind darüber hinaus öfter als Männer Opfer physischer / sexueller Gewalt mit entsprechenden körperlichen und seelischen posttraumatischen Belastungsstörungen.

Das Gesundheitsverständnis unterscheidet sich gegenüber dem der Männer insofern, als dass Frauen weniger dichotome

(trennende) Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit haben, während für Männer Gesundheit vor allem die Abwesenheit von Krankheit bedeutet (Faltermeier, 1994). Frauen zeigen dazu ein grösseres Verantwortungsgefühl gegenüber der eigenen Gesundheit. Sie sind in den Familien mehrheitlich auch für gesundheitsbezogene Belange zuständig, während Männer sich weniger gesundheitsbewusst verhalten und rücksichtsloser mit dem eigenen Körper sowie riskanter mit ihrer Gesundheit umgehen. Es gibt Krankheiten, die eher als Männerkrankheiten wahrgenommen werden, wie z.B. Herzinfarkt. Die andersartigen Symptome dieses Krankheitsbildes werden bei Frauen häufig nicht rechtzeitig erkannt und therapiert, so dass Frauen öfter an Herzinfarkten sterben als Männer, obwohl diese öfter daran erkranken. Gewisse Krankheiten, wie z.B. Depressionen, werden vor allem den Frauen zugeschrieben, so dass bei Männern andere Ursachen und Krankheiten für bestimmte Symptome vermutet werden. Zudem haben sie eine andere Art als Frauen, die Befindlichkeitsstörungen zu äußern, was sich oft nicht mit dem vereinbaren lässt, was als depressive Stimmung bezeichnet wird. Dies kann zur Folge haben, dass diese Krankheit einen schwereren Verlauf nimmt, vor allem auch, da erst später ärztliche Hilfe gesucht wird.

Im Wiener Gesundheitsbericht wurde aufgezeigt, dass z.B. Hörstörungen bei Männern häufiger auftreten als bei Frauen, wodurch eine besonders sorgfältige Kommunikation der Pflegenden mit den Patienten von Bedeutung ist. Forschungen im angelsächsischen Raum haben ergeben, dass Kommunikation insgesamt geschlechtsspezifisch unterschiedlich ab-

läuft, was für die Pflegenden diesbezüglich eine besondere Aufmerksamkeit in der Interaktion erforderlich macht. Emotionen sind bei männlichen Patienten immer noch stärker tabuisiert und verlangen daher viel bewusstes Vorgehen und Feingefühl im Thematisieren. Missverständnisse und Vernachlässigung ihrer Nöte sind sonst die Folge, was sich wiederum negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Sie äußern sich weniger über ihre Krankheitssymptome und verdrängen entsprechende Ängste. Demgegenüber schildern Frauen negative wie positive Emotionen unter stärkerer gefühlsmäßiger Beteiligung.

Frauen tendieren im Hinblick auf Präventionen dazu, gesundheitsbewusste Lebensweisen zu präferieren, besuchen häufiger Kurse zu den klassischen Präventionsbereichen Bewegung, Ernährung oder Gewichtsreduktion und zeigen sich in den Kursen insgesamt auch aktiver als Männer (Rohe, 1998). Die unterschiedlichen Stressbewältigungsarten variieren in der Form, als dass Frauen nach belastenden Ereignissen eher in Dysphorie und Grübeln verharren, während Männer sich eher durch Alkohol und Sport ablenken und die Verstimmung rascher beenden. Auch im Schmerzerleben sind wichtige geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden: Bei Frauen ist häufig eine physiologisch niedrigere Schmerzschwelle zu beobachten als bei Männern. Dies birgt die Gefahr in sich, dass sie in ihrem Schmerzerleben unterschätzt bzw. als „wehleidig“ abgewertet und damit nicht ausreichend mit Medikamenten versorgt werden. Männer neigen dazu, ihre Schmerzen nicht spontan und gezielt anzusprechen, was bedeutet, dass Pflegenden sie konkret danach befragen sollten.

gender care

Im therapeutischen Kontext sowie in Bezug der Krankheitsbewältigung neigen Frauen dazu, die Therapie-Schemata genauer einzuhalten als Männer. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Frauen tendenziell offener als Männer der Unterstützung z.B. in Selbsthilfegruppen gegenüberstehen, obwohl bisher keine repräsentativen Studien zu diesem Aspekt der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe vorliegen. Eine entsprechende Entwicklung lässt sich einerseits aus der Befragung zum Interesse an Coping ganz allgemein ableiten, andererseits sind nachweislich in der Mehrheit die aufgeführten Ansprechpersonen in den Selbsthilfegruppen weiblich, was auf ein hohes Engagement der Frauen schließen lässt (Grunow, Grunow-Luter, 2002). Die Unterschiede im Einkommen der Frauen gegenüber Männern sind in fast allen europäischen Ländern wie in nahezu allen Berufszweigen und Qualifikationsstufen sowie bei Rentenhöhen vorhanden. Frauen sind im Fall längerer Krankheit benachteiligt, indem ihnen nur fast die Hälfte der finanziellen Mittel zur Verfügung steht, wie dies Männer in gleicher Situation erhalten. Auch in Situationen nach Scheidungen und als Alleinerziehende weisen sie meist ein geringeres Finanzbudget vor. Daher sind Frauen häufiger zusätzlich mit finanziellen Problemen belastet, was einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausübt und eine gezielte Unterstützung von Seiten der Pflege in Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen nötig macht.

Im interkulturellen Kontext leiden viele Frauen nach Migration im Zielland besonders unter veränderten Werten, dem veränderten Frauenbild und Isolation, unter Diskriminierung, Anpassungspro-

blemen und dem Gefühl der „Entwurzelung“, was sich ebenfalls negativ auf die Entwicklung und das Erleben von Krankheit auswirkt und in der Pflege berücksichtigt werden muss.

Ausserdem reagieren PatientInnen aus fremden Kulturen häufig irritiert, wenn eine männliche Pflegeperson für sie zuständig ist. Die Einbindung der unterschiedlichen kulturellen Werte in die Pflegearbeit erfordert viel Fingerspitzengefühl und Sensibilität. Der Einsatz von weiblichen Pflegepersonen ist in solchen Situationen sinnvoll. Im Gegensatz dazu werden häufig von Männern aus fremden Kulturen weibliche Pflegekräfte als kompetente Fachperson nicht ohne weiteres anerkannt. Eine vertrauensvolle Gesprächssituation zu gestalten ist vielfach unmöglich und kann durch den Einsatz von männlichen Pflegepersonen besser erreicht werden.

Geschlechtsspezifisches Verhalten der Pflegenden im Umgang mit PatientInnen

Genderspezifisches Verhalten ist nicht nur bei PatientInnen zu berücksichtigen, die eigene Geschlechtlichkeit beeinflusst immer auch das eigene Denken, Fühlen und Verhalten, so dass kontinuierliche Selbstreflexion diesbezüglich für die Pflegenden unerlässlich ist. Hierzu einige Beispiele:

In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass Frauen von Grund auf ein „besseres“ Kommunikationsverhalten

mitbringen (Roter et al, 2002). Dadurch erhalten weibliche Pflegenden mehr Informationen über die PatientInnen im psychosozialen Bereich. Pflegefachfrauen können Gefahr laufen, männliche Hilflosigkeit und Abhängigkeit bei Patienten auszublenzen, wenn dies nicht ihren Rollenerwartungen entspricht.

Pflegefachmänner können durch Kommunikationsschulungen ihr „Defizit“ ausgleichen. Sie müssen in diesem typisch weiblichen Beruf mehr Leistungen erbringen, um von PatientInnen gleichermaßen anerkannt zu werden. Von ihnen wird mehr pflegetechnisches Wissen erwartet. Männlichen Patienten gegenüber können sie mehrheitlich nur schwer Themen wie Angst, Hilflosigkeit, Machtverlust usw. ansprechen, wenn es für sie selbst ebenfalls schwierig ist, damit umzugehen. Gespräche über Emotionen fallen männlichen Patienten sehr viel häufiger schwer gegenüber männlichen Pflegenden, als dies gegenüber weiblichen Pflegenden der Fall ist.

Fazit für die Pflegenden

Es zeigt sich, dass die Reflexion des eigenen geschlechtsspezifischen Verhaltens bei Pflegenden wichtig ist und kontinuierlich vorgenommen werden sollte. Die geschlechtsspezifischen Vorstellungen von ihrer Rolle als Mann oder Frau wirken sich desto stärker auf das Pflegehandeln aus, je weniger die eigene Geschichte, die prägende Biographie und der kulturelle Hintergrund diesbezüglich analy-

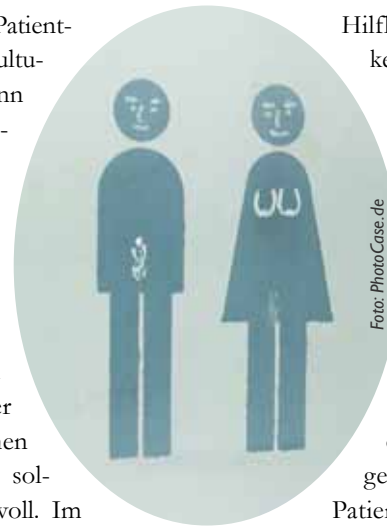


Foto: PhotoCase.de

gender care

siert werden. Für ein professionelles Pflegeverhalten ist in der Interaktion mit weiblichen wie männlichen Patienten die bewusste Gestaltung von Pflege- und Kommunikationssituationen daher von grosser Bedeutung. Unbewusste Rollenklischees können zu bleibenden Kommunikationsbarrieren führen. Sprechen beide Seiten infolge unterschiedlicher Rollenerwartungen / -bildern verschiedene „Sprachen“, werden Problemstellungen unter Umständen nicht als solche erkannt. So können Pflegende z.B. bei chronisch Erkrankten einen Verlust der Geschlechterrolle gemeinsam mit den PatientInnen verdrängen oder die Depression der PatientInnen mit Hilflosigkeit beantworten, wenn die eigenen Rollenerwartungen und Versagensängste mit denen der PatientInnen übereinstimmen.

Neben der genderspezifischen Pflege ist die Begleitung der Familie der betreffenden Person von entscheidender Bedeutung. Die Familie ist nicht nur prägend für das Verhalten, innerfamiliäre Spannungen üben häufig einen auslösenden bzw. verstärkenden Einfluss auf die Krankheitsentstehung und -entwicklung aus. Hier wirken geschlechtsspezifische Rollenzuordnungen und -erwartungen auf die einzelnen Familienmitglieder. Für Pflegefachpersonen bedeutet dies, eine Objektivität und Unvoreingenommenheit in der Betreuung und Beratung einhalten zu können und vorhandene negative Einflüsse auf die Familiendynamik zu erkennen. Das beinhaltet auch die Vermeidung von Parteinahme für oder gegen ein Familienmitglied (inkl. der zu pflegenden Person). Auch im Umgang mit Schmerzen und Symptomverarbeitung kann mit geschlechtsbedingter Voreingenommenheit reagiert werden, wenn die Pflegeper-

sonen selbst z.B. eine hohe Schmerzschwelle aufweisen. Sie sind dann eher bereit, Frauen, die bekanntlich physiologisch empfindlicher auf Schmerzen reagieren, als „wehleidig“ abzuwerten, oder demgegenüber Schmerzempfindungen bei Männern, wenn diese kaum darüber berichten, zu unterschätzen. Daher ist es von grösster Bedeutung, nicht nur hinzuhören, was PatientInnen erzählen, sondern auch erfassen zu können, was sie nicht benennen und aus welchen Gründen sie dies nicht tun sowie darauf richtig und kompetent zu reagieren. Um falschen Einschätzungen entgegenzuwirken, sollten Hilfsmittel zugezogen werden, welche das individuelle Schmerzerleben geschlechtsunabhängig erfassen (z.B. mittels Schmerzskala).

Empfehlungen für die professionelle Pflege

Der Wissenserweiterung durch die Veränderung des Blickes auf Vorhandenes, Bekanntes, scheinbar Vertrautes sollte erste Priorität erlangen. Ebenso sollte eine Auseinandersetzung mit Gender Care im Pflegealltag größere Gewichtung erhalten. Durch gendersensible Pflege können Coping-Strategien sowie Compliance der PflegeempfängerInnen verbessert werden. Wesentlich ist dabei, dass stereotype Verallgemeinerungen im Hinblick auf Gender zu einer Verfestigung von Geschlechterstereotypen beitragen können. Daher gilt es, Gender Care immer aus der Perspektive der Vorurteile kritisch zu hinterfragen und einen sorgfältigen Umgang damit zu pflegen. Die Individualität der zu Pflegenden sollte im Zentrum der Pflege stehen.

Weibliche und männliche Betreuungsstile und Betreuungs Kompetenzen ergänzen

sich gut in einem Team. Gemischte Teams decken ein größeres Spektrum von PatientInnenbedürfnissen ab (C. Marosi et al in: Rieder, Lohff (2004).

Es sollte ein generelles Ziel sein, die Integration geschlechtssensibler Fragen in alle Forschungs- und Praxisbereiche zu integrieren. ■

Quellenangaben:

- Grunow D, Grunow-Luter V. (2002): *Formen von Selbstvorsorge und Selbsthilfe*. In: Hurrelmann K, Kolip P. (Hrsg.) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*. Hans Huber, Bern, S. 548-564
- Faltermeier T. (1994): *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Helmert et al (2002): *Gesundheitliche Lage und Leistungen des Gesundheitswesens aus der Sicht verschiedener Bevölkerungsgruppen*. In: Böcken et al: *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 52-88
- Marosi C. et al in: Rieder, Lohff (2004), *Gender Medizin*. Springer Verlag, Wien/New York, S. 143
- Roter DL et al (2002): *Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review*. JAMA 288(6): 756-764
- Slimani et al (2002): *Diversity of dietary patterns observed in the European Prospective Investigation in Cancer and Nutrition (EPIC) projekt*. Public Health Nutr (6B): 1311-1328
- Robe E. (1999): *Eine empirische Untersuchung zu geschlechtsspezifischen Differenzen im Hinblick auf Krankbeschreibung und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten*. In: *Gesundheitsakademie Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg) Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S. 99-112*

Ulrike R. Nigl-Heim

diplomierte Pflegefachfrau (D)
diplomierte Erwachsenenbildnerin
(Akademie für Erwachsenenbildung,
Zürich)
Seit Anfang 2004 Master of
Advanced Studies in Interkultureller
Kommunikation (Luzern)