

# Genderspezifische Aspekte in der Beratung

Gesine Grande, HTWK Leipzig

## Genderspezifische Aspekte der Beratung ...

- ⊕ Beratungsinhalte
  - ⊕ Krankheitsspezifische Inhalte
  - ⊕ Krankheitsunspezifische Inhalte
- ⊕ Beratungsstrategien

## Krankheitsspezifische Beratungsinhalte bei chronisch Kranken

- 🧠 Wissen zu Symptomatik, Ätiologie, Verlauf und Prognose, medizinische Therapie und Medikation, Risikofaktoren, Krankheitsverhalten (z.B. bei akuten Krisen, Beschwerden)
- ✍️ Aufklärung, Information, Gesundheitsbildung, Schulung ...

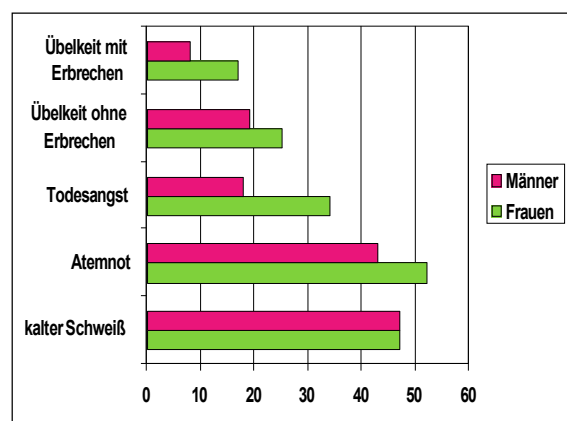
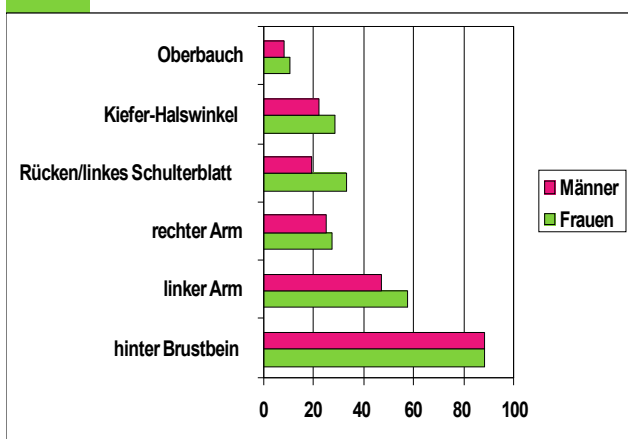
## Krankheitsunspezifische Beratungsinhalte bei chronisch Kranken

- 🧠 Anpassung an chronische Krankheit
- 🧠 Regulation negativer Gefühle (Angst, Kränkung, Verlust, Trauer)
- 🧠 Lebensstilveränderung, Selbstmanagement
- 🧠 Partnerschaft, soziales Netzwerk
- 🧠 Berufliche/familiäre Rollen
- ✍️ psychologische und soziale Beratung, Gesundheitstraining, psychologische Einzel- und Gruppengespräche, Psychotherapie usw.

# Krankheitsspezifische Beratungsinhalte

## Genderaspekte am Beispiel KHK

## Genderspezifische Unterschiede in der Herzinfarktsymptomatik



# Rauchen Frauen/ Männer

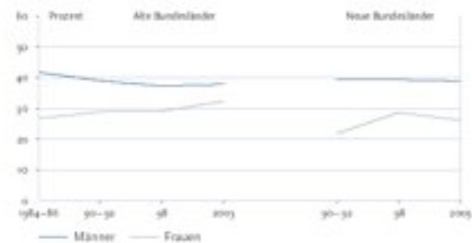
Anteil der täglichen Raucher, Gelegenheitsraucher, Extraraucher und Nieraucher nach Geschlecht und Alter (in %). Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Frauen					Männer				
	18 bis 29	30 bis 44	45 bis 64	65 und älter	Gesamt	18 bis 29	30 bis 44	45 bis 64	65 und älter	Gesamt
Tägliche Raucher	33,6	29,3	22,0	5,1	21,9	39,3	36,0	26,1	11,8	29,2
Gelogenheitsraucher	11,0	7,4	5,3	2,4	6,1	14,4	8,3	6,9	3,8	8,1
Extraraucher	14,6	24,1	25,5	21,2	22,3	14,7	23,0	38,2	52,1	31,8
Nieraucher	40,8	39,2	47,2	71,3	49,7	31,5	31,8	28,8	32,4	30,9

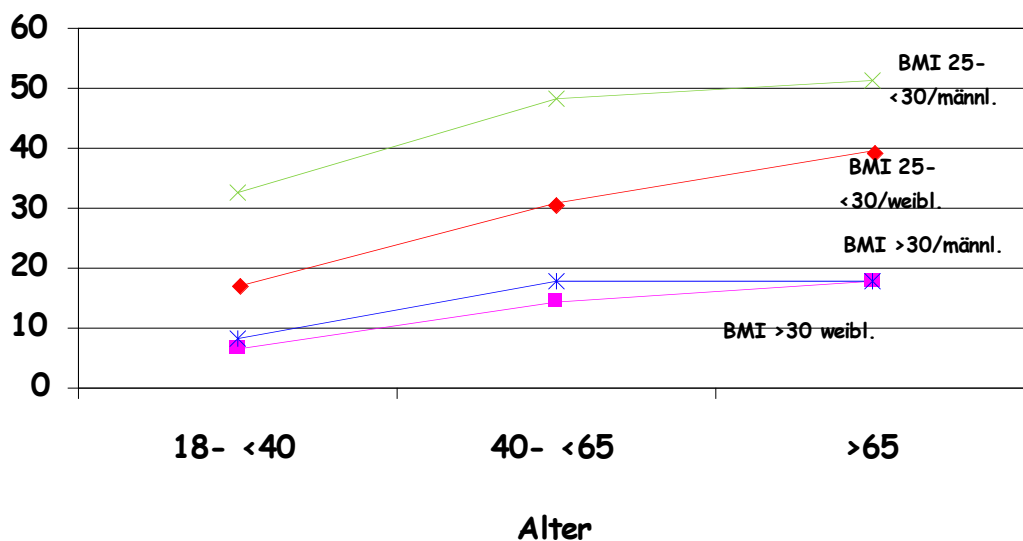
Entwicklung der Rauchprävalenz in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung Deutschlands zwischen 1984 und 2003 (in Prozent).

Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 und vorgängige Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts

Jahre	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1984 bis 86	41,6	26,7	-	-
1990 bis 92	38,9	28,7	39,5	23,8
1998	37,2	28,9	39,4	26,7
2003	37,7	32,3	38,9	26,1

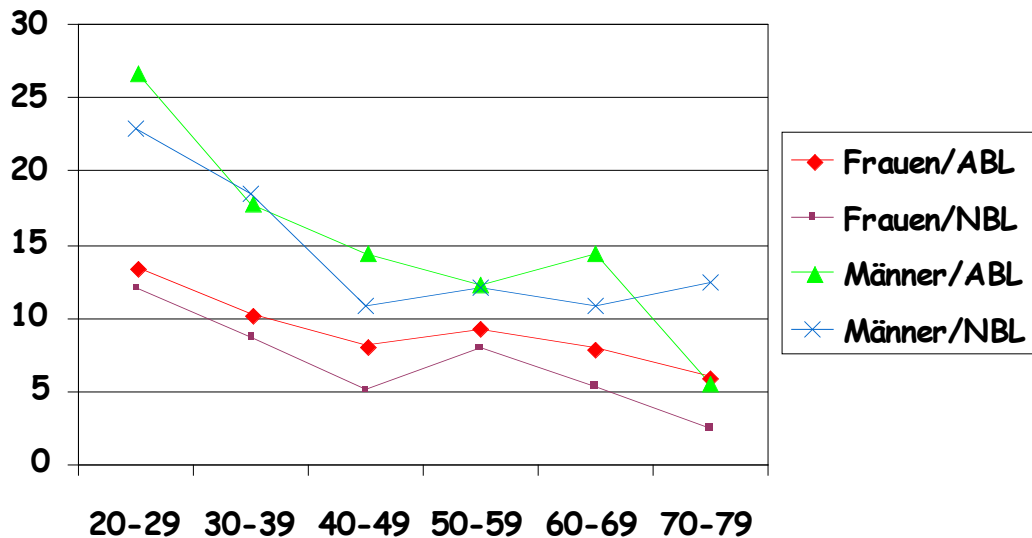


# Lebensstil - Übergewicht



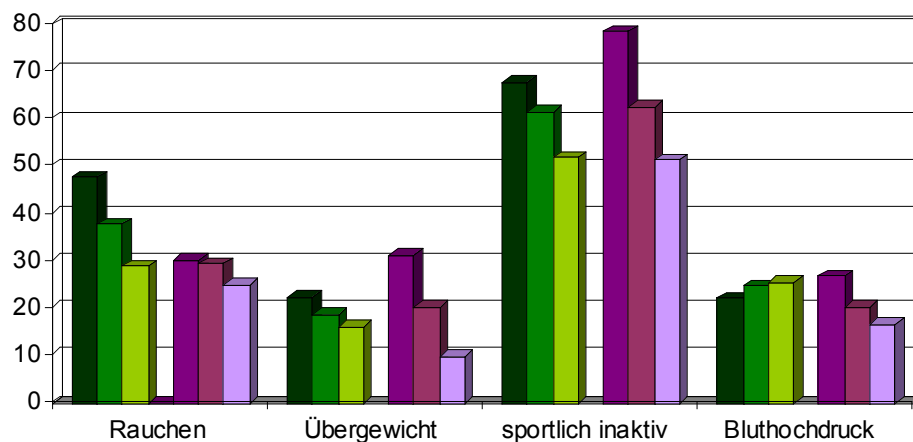
# Lebensstil - körperliche Aktivität

Anteil der Bevölkerung, der empfohlene körperliche Aktivität erreicht (mindestens 30 Minuten moderate körperliche Aktivität am besten an allen Tagen der Woche)



Bundesgesundheitsurvey 1998

# Verhaltensbezogene Risikofaktoren in der deutschen Bevölkerung (18-79 Jahre)

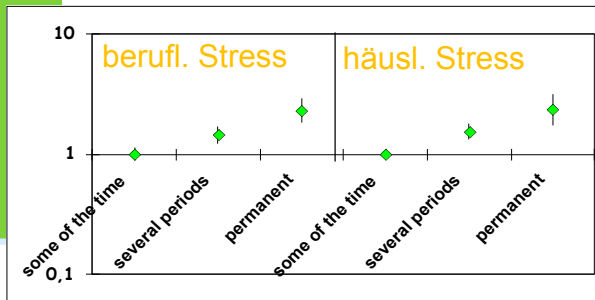


Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2002/03

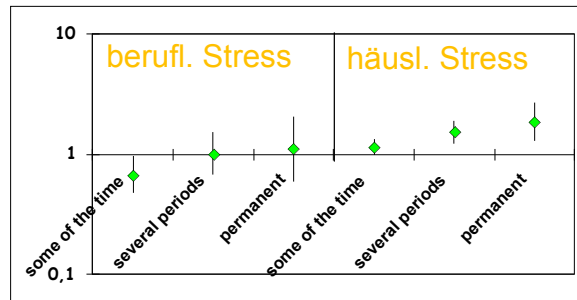
# Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Relevanz von beruflichem und häuslichem Stress

(Rosengreen et al., 2004)

Männer

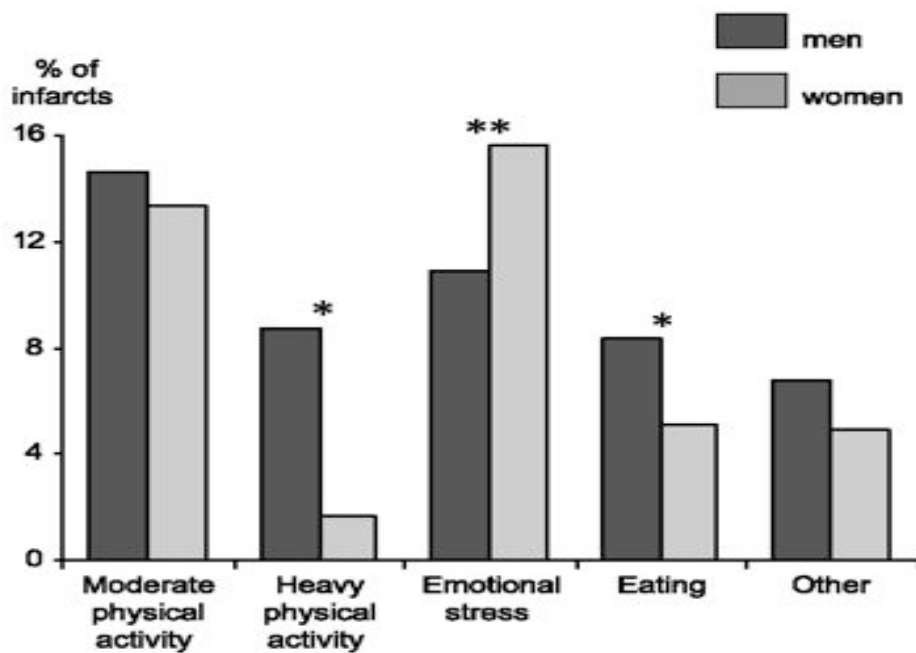


Frauen



Interheart-Studie, OR für HerzinfarktpatientInnen vs. Kontrollen)  
Referenz: keine Stress

# Infarktauslöser bei Männern und Frauen



(Metaanalyse 17 Studien; >uli? V et al., Int J Cardiol 2005)

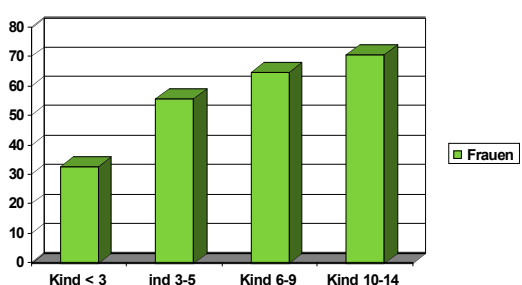
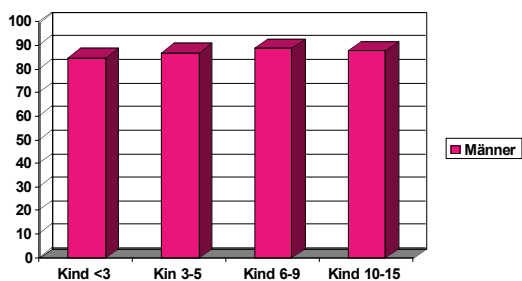
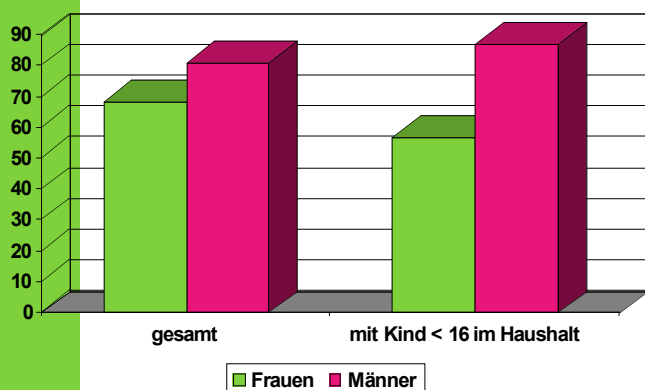
## Krankheitsunspezifische Beratungsinhalte

Genderspezifische Besonderheiten

## Lebenslage als Rahmenbedingung

- ⊕ Lebenslage verkörpert
  - ⊕ Soziale und finanzielle Ressourcen
  - ⊕ Belastungen
  - ⊕ Rollen und soziale Identitäten (Anforderungen, Kompensationsmöglichkeiten)
  - ⊕ Wertorientierungen
  - ⊕ ...

# Erwerbsquote von Männern und Frauen in Deutschland



Mikrozensus, 2005

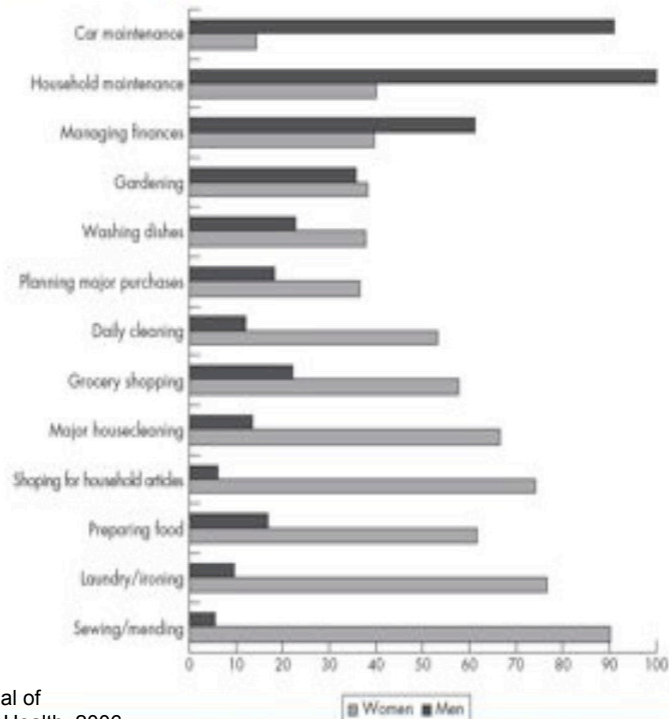
# Das Zeitbudget von Männern und Frauen in Deutschland

	Männer	Frauen
<b>Erwerbstätigkeit/Aus- und Fortbildung</b>	<b>16% (22,5 h/W)</b>	<b>10% (12h/W)</b>
<b>Unbezahlte Arbeit, davon:</b>	<b>12% (19,5 h/W)</b>	<b>18% (31h/W)</b>
Haushaltsorganisation/Einkauf	26%	20%
Hausarbeit/Garten	46%	63%
Ehrenamt/informelle Hilfen	12%	6%
Handwerkliche Tätigkeiten	10%	1%
<b>Kinderbetreuung (Vorlesen, Spielen etc.)</b>	<b>1:09 h/T</b>	<b>2:43 h/T</b>
Mann und Frau erwerbstätig, K < 6J	<b>1:06</b>	<b>2:10</b>
<b>Kontakte, Unterhaltung, Veranstaltungen</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>
<b>Sport, Spiele, Medien</b>	<b>18%</b>	<b>16%</b>
<b>Schlaf</b>	<b>35%</b>	<b>35%</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003  
Tagebuchaufzeichnungen in 5.400 Haushalten 2001/2002

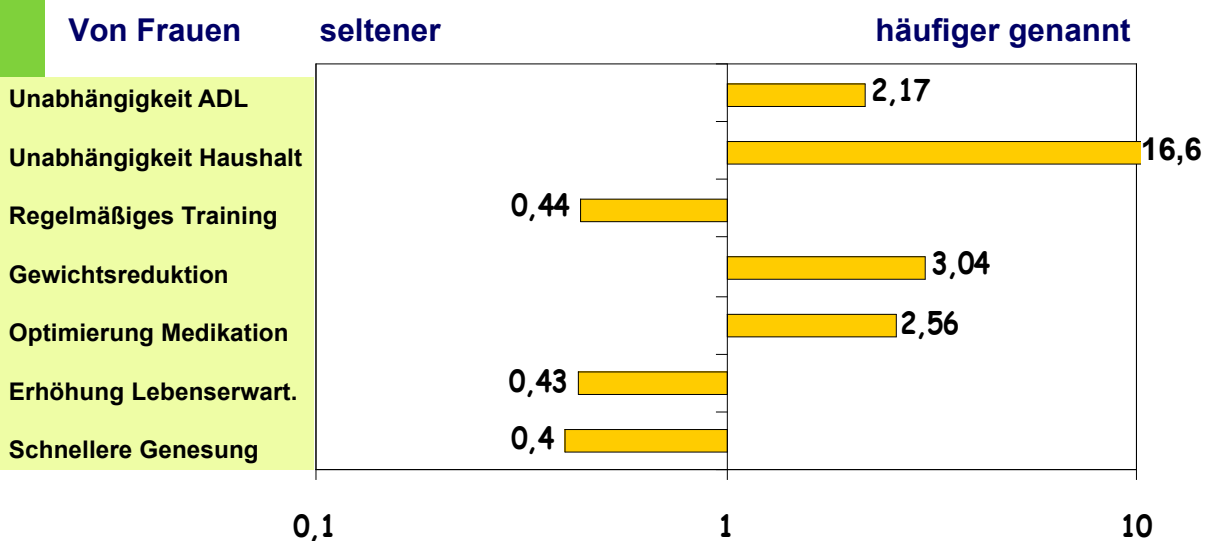


# Aufgabenverteilung Männer und Frauen/schwedische Studie



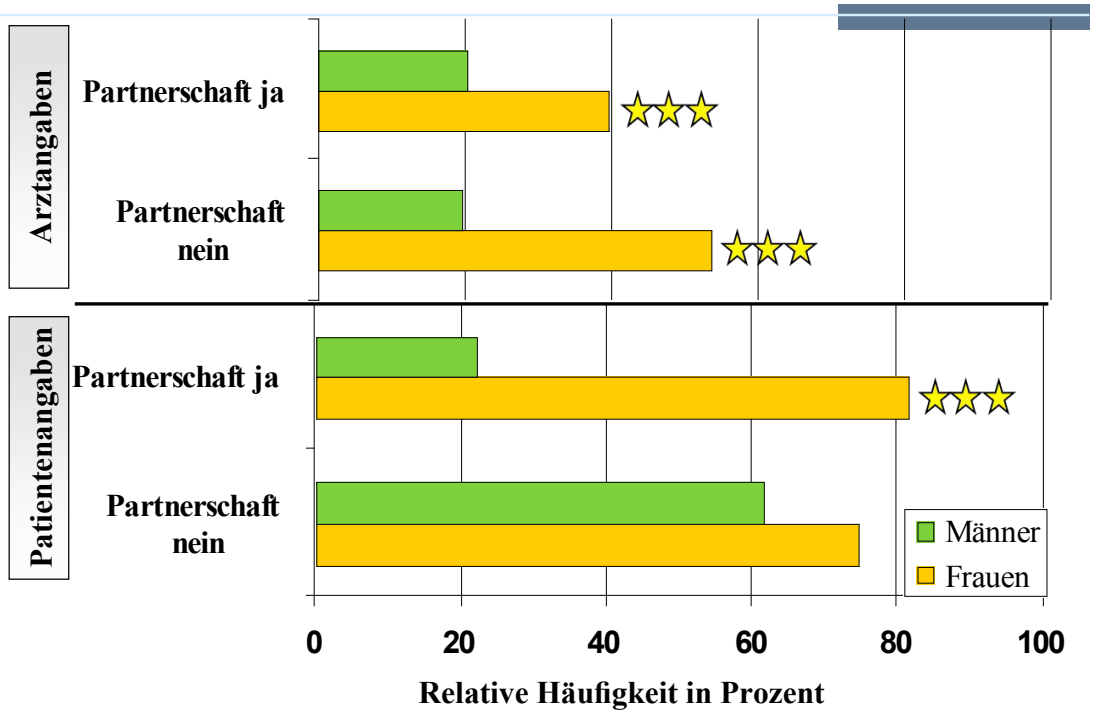
Quelle: Berntsson et al., Journal of Epidemiology and Community Health, 2006

# Subjektive Rehabilitationsziele vor Entlassung aus dem Krankenhaus nach AMI



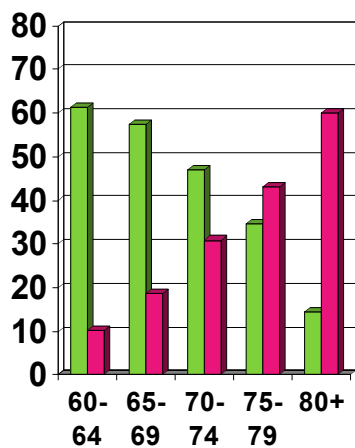
Grande et al., 2002

## Rehaziel „Selbständige Haushaltsführung“ und vorhandene Partnerschaft

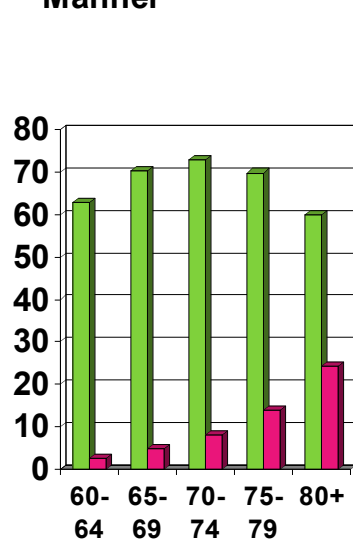


## Lebensformen älterer Frauen und Männer

**Frauen**



**Männer**



# Unterschiede in der sozialen Lage von Frauen und Männern

## Frauen im Vergleich zu Männern

- ⊗ Sind seltener (vollzeit-) berufstätig
- ⊗ Verdienen weniger
- ⊗ Sind häufiger ökonomisch von anderen abhängig
- ⊗ Sind für andere und mehr Dinge im Familienalltag verantwortlich
- ⊗ Sind häufiger verwitwet im Alter
- ⊗ Tragen die Hauptverantwortung für die Pflege der Ehemänner und anderer Familienangehörigen

Belastungsbewältigung und Emotionsregulation

# Geschlechtsunterschiede in der Stressbewältigung?

## Frauen

- ⊕ Nutzen mehr Strategien, sich selbst Trost zu spenden (Parker & Brown, 1982)
- ⊕ Leiden mehr unter psychischem Stress (Nolen-Hoeksema, 1987)
- ⊕ Neigen eher zu Selbstvorwürfen (Frank, McLaughline, Caruso, 1984)
- ⊕ Konzentrieren sich mehr auf ihre emotionale Reaktion bei einem negativen Stressor (Carver & Ganellen, 1983), zeigen mehr emotionsorientiertes Coping (Vingerhoets & Van Heck, 1990, Renk & Creasey, 2003, Kvam & Lyons, 1991; Diel, Coyle & Labouvie-Vief, 1996)
- ⊕ Frauen sehen genetische Bedingungen und Schicksal häufiger als Ursachen ihrer Herzerkrankung (Mittag, 2005)

## Männer

- ⊕ Leiden emotional mehr unter finanziellen Schwierigkeiten (Kessler, 1982)
- ⊕ Leiden mehr unter körperlichen Belastungen (Nolen-Hoeksema, 1987)
- ⊕ Neigen eher zu problemorientierten als zu emotionsorientierten Strategien (Vingerhoets & Van Heck, 1990, Renk & Creasey, 2003, Kvam & Lyons, 1991; Diel, Coyle & Labouvie-Vief, 1996)
- ⊕ Männer machen Arbeitsbelastungen eher für Herzerkrankung verantwortlich (Mittag, 2005)

# Inanspruchnahme sozialer Unterstützung nach Herzinfarkt

- ⊕ Weibliche KHK-Patienten vermeiden eher als Männer, ihre Familie mit ihren Sorgen und Ängsten zu belasten (Suls et al., 1997, Dempsey et al., 1995).
- ⊕ Sie reden über ihre Krankheit eher mit ihren Kindern als mit ihren Partnern (Ashton, 1999, Kristofferzon et al., 2005).
- ⊕ Sie beziehen Partner und Familie nicht in notwendige Veränderungen des Lebensstils ein.
- ⊕ PatientInnen und Partner behalten traditionelle Rollen auch nach einem kardialen Ereignis bei (Lemos et al., 2003).
- ⊕ Nur bei männlichen Patienten führen stärkere Symptome zur Übernahme von weniger Verantwortung für die Haushaltspflichten (Lemos et al., 2003).

Nutzen weibliche Patienten ihr soziales Umfeld weniger adäquat?

## Prävalenz komorbider depressiver Symptome

- 13,1% der männlichen und 26,8% der weiblichen KHK Patienten mit auffälligen Angstwerten bzw. 15,9% und 22,6 % mit auffälligen Depressivitätswerten im HADS (Herrmann-Lingen, 2001)
- Unter Frauen mit Akutem Koronarsyndrom ist Depression dreimal häufiger als unter Männern (Glassman et al., 2002)
- Frauen mit Diabetes m. leiden häufiger an komorbider DS (27%) als Männer (18%) und als Frauen ohne Diabetes (Griffith, 1997, Anderson et al., 2001, Legato et al., 2006)

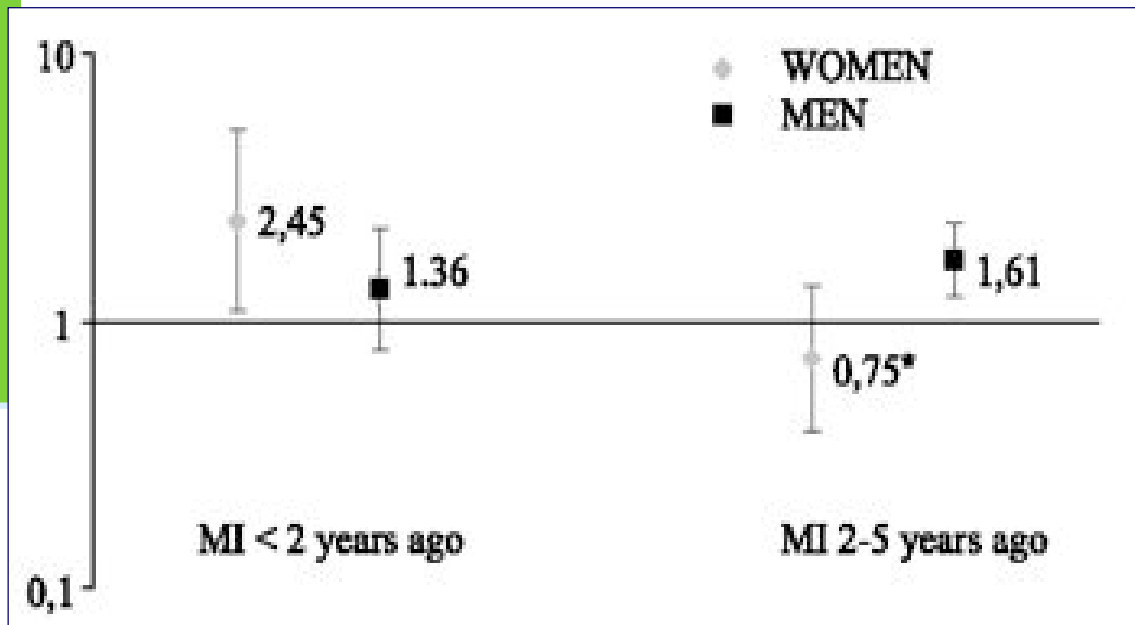
✂ Frauen berichten konsistent eine höhere psychische Belastung als Männer, aber es ist unklar, was das bedeutet.

## 12-Monatsprävalenz von Depressionen in der Allgemeinbevölkerung

Altersgruppe	Prävalenz (% gew.) und 95% KI	
	Frauen	Männer
18-29	14,2 (10,7 -18,6)	10,0 (6,7 -14,5)
30-39	15,3 (12,0 -19,2)	9,7 (6,9 -13,6)
40-49	17,6 (13,8 -22,2)	9,6 (6,7 -13,6)
50-59	15,5 (11,9 -19,9)	9,6 (6,8 -13,6)
60-65	18,9 (13,1 -26,5)	5,0 (2,0 -11,7)

Frauen haben ein 1,9fach erhöhtes Risiko

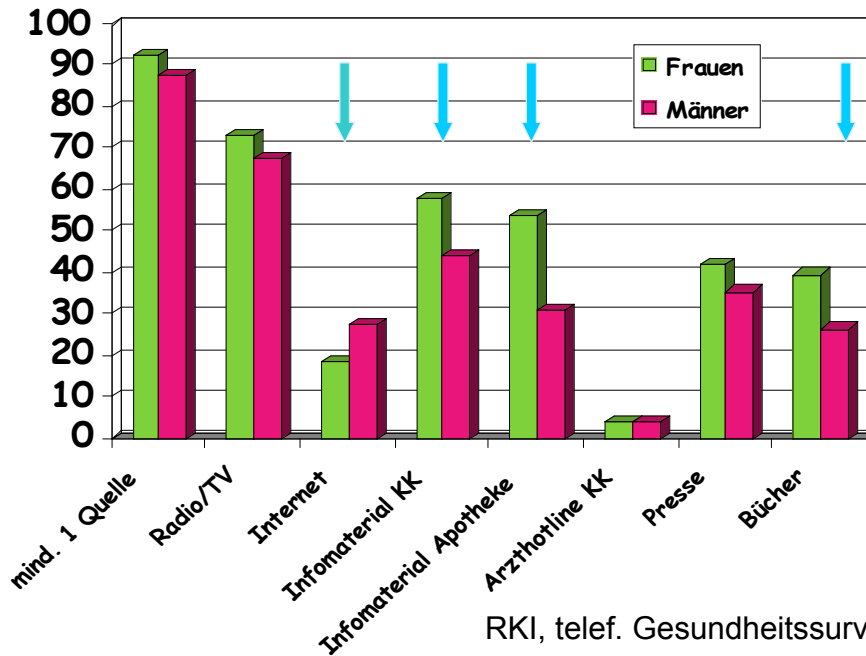
## Adjustiertes Depressivitätsrisiko bei norweg. PostinfarktpatientInnen



(Bjerket O et al., 2005)

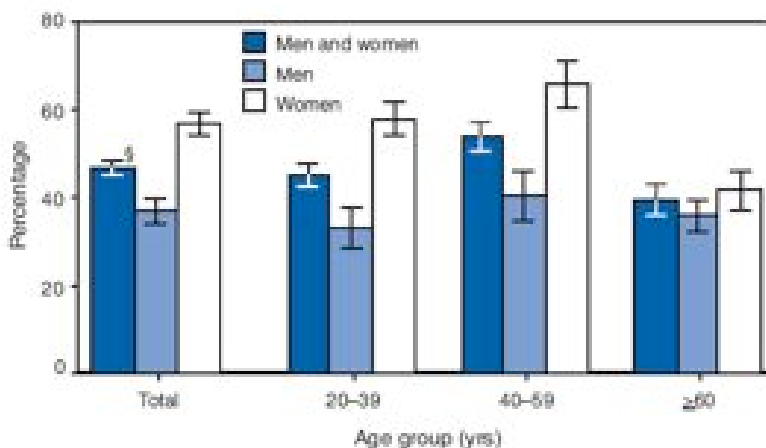
Beratungsstrategien

## Nutzung von Informationsquellen zu gesundheitlichen Themen



## Motivation und Vorerfahrung bzgl. Verhaltensänderungen

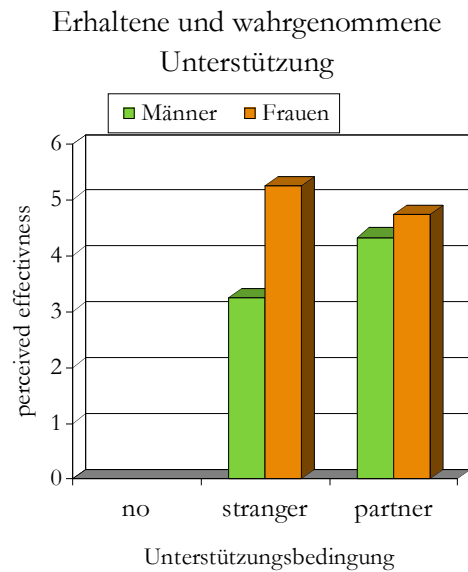
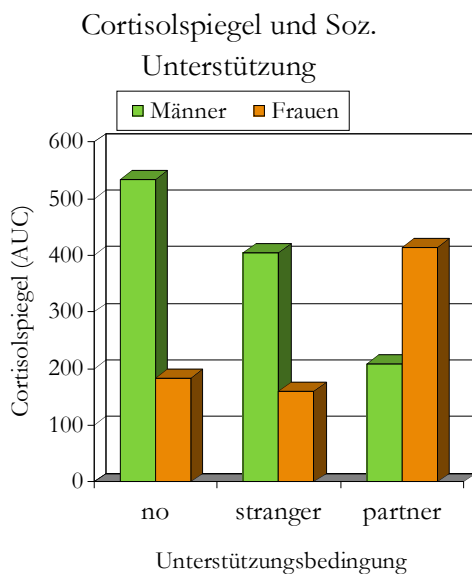
Anteil erwachsener Personen  $\geq 20$  Jahre, die in den vergangenen 12 Monaten versucht haben, ihr Gewicht zu reduzieren (NHANES, 2005-2006)



MMWR Weekly  
Volume 57, No. 42  
2008

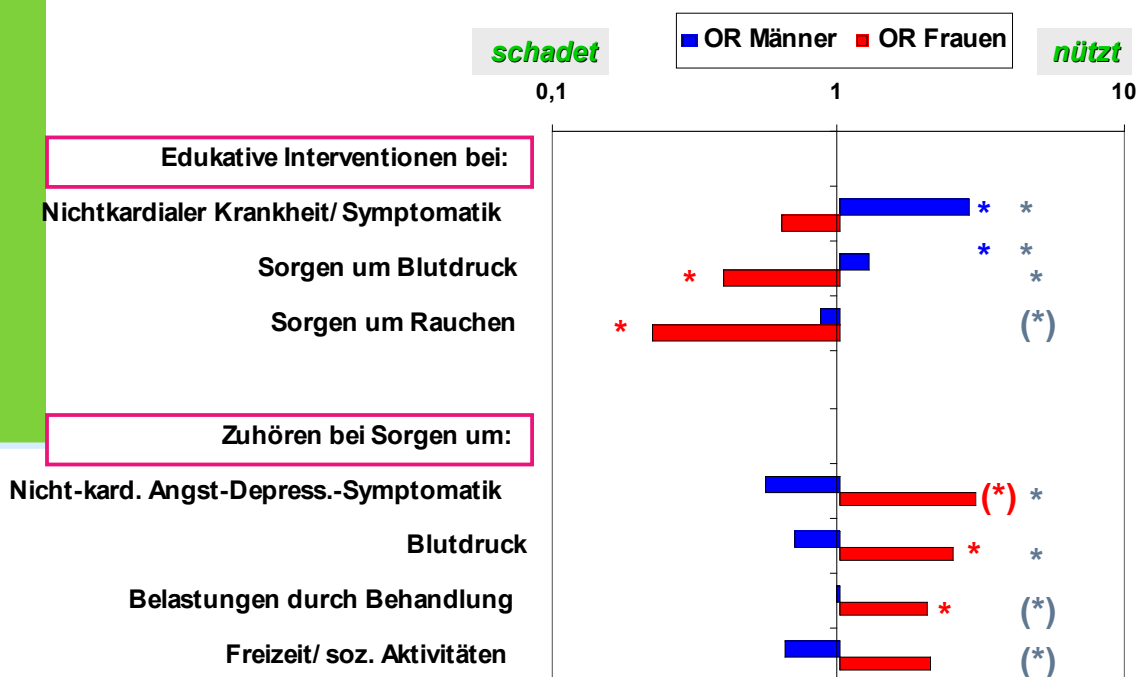
47.1% of adults aged  $\geq 20$  years said they tried to lose weight during the preceding 12 months. More women (57.0%) than men (36.9%) reported weight loss attempts. A greater percentage of women aged 40-59 years tried to lose weight (65.9%) than women aged 20-39 years (58.2%) or  $\geq 60$  years (41.6%).

# Geschlechtsspezifische Effekte sozialer Unterstützung



Kirschbaum et al., 1995

# Symptombesserung nach Interventionen und Geschlecht (MHART; Cossette et al., 2002)





# Zusammenfassung

## Genderspezifische Gestaltung von Rehabilitationsangeboten (Mittag & Grande, 2008)

Bereich	Frauen	Männer
<i>subjektive Rehaziele</i>	Entlastung vom Alltag Erholung Gewichtskontrolle	Klärung beruflicher Probleme Rentenfragen Fitness Muskelaufbau
<i>Kausalattributionen</i>	fatalistisch-external (?)	internal (?)
<i>Belastungen und Probleme</i>	Umgang mit Mehrfachbelastungen Selbstorganisation / Zeitmanagement Umgang mit „marital stress“ Barrieren für Bewegung	berufliche Probleme Gelingen von Beziehung (spez. im Alter)
<i>Krankheitsbewältigung</i>	Schuldgefühle / krankheitsbedingte Sorgen Identität / Selbstwertgefühl Depressivität (?) Nutzung sozialer Ressourcen Ablenkung	Konflikte am Arbeitsplatz Umgang mit beruflichen Belastungen / Anforderungen Gratifikationskrisen Selbstwirksamkeitserwartungen
<i>Interventionsstrategien</i>	unspezifisches Zuhören (?) emotionale Unterstützung	Verhaltensempfehlungen aktionsorientierter Ansatz instrumentelle Unterstützung

# Offene Fragen

- ④ Gibt es systematische Unterschiede in den bevorzugten Belastungsbewältigungsstrategien von Männern und Frauen?
- ④ In welcher Weise interagieren Emotionsregulation und Bewältigungsstrategien mit der Wirksamkeit von spezifischen Beratungsstrategien?
- ④ Welche prognostische Bedeutung hat die höhere psychische Belastung von Frauen für Verhaltensmodifikation, Krankheitsanpassung und Krankheitsverlauf?
- ④ Wie kann die Lebenslage stärker in der Planung und Gestaltung von Interventionen berücksichtigt werden?
- ④ Wie können krankheitsspezifische Inhalte und krankheitsunspezifische psychosoziale Aspekte in der Beratung verknüpft werden, um nachhaltige Effekte zu erzielen?