Geschlechtersensible Kommunikation in der Palliativversorgung/Fachartikel

Informationsaustausch und Krankheitsverständnis

Männer und Frauen kommunizieren unterschiedlich. [1] Patientinnen beteiligen sich aktiver an medizinischen Gesprächen, fragen mehr nach und zeigen sich interessierter an ihrem Krankheitsstand als Patienten.[2] Zudem sprechen sie häufiger psychosoziale Themen an, geben mehr (private) Informationen von sich preis und sind eher in der Lage ihre Emotionen in Worte zu fassen. Patientinnen äußern ihre Schmerzen öfter und auch akkurater (d. h. dem Schmerzgeschehen entsprechender) als Patienten.[3]
Geschlechterspezifischer Kommunikationsstil und Informationsfluss können nicht nur das Krankheitsverständnis des Patienten oder der Patientin, sondern auch den Behandlungsablauf maßgeblich beeinflussen. Die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin sowie den Familienangehörigen und/oder Pflegepersonen kann oft über Jahre hinweg bestehen. Behandlungsziele können sich dabei mit der Zeit oder mit Fortschreiten der Erkrankung ändern und auf Palliativversorgung reduzieren.[4] Ein aktiver Informationsaustausch kann hier helfen, Wissensdefizite aufzudecken und zu beseitigen. Beispielsweise erkennen Patientinnen im Vergleich zu Patienten mit einer onkologischen Erkrankung im Endstadium deutlich häufiger, dass sie nun sterben müssen. Sie können dies zudem besser verbalisieren und sprechen mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin öfter über ihre Prognose bzw. Lebenserwartung. Patienten in der gleichen Situation begreifen seltener, dass Heilung nicht mehr Behandlungsziel ist und haben allgemein ein weniger akkurates Krankheitsverständnis. Eine ähnliche Beobachtung wurde bezüglich des Krankheitsverständnisses von Familienangehörigen gemacht: Weibliche Angehörige verstehen eher als männliche Angehörige, dass die Behandlung des erkrankten Familienmitgliedes palliative und nicht (mehr) kurative Zwecke erfüllt.[5]
Dabei ist die Erkenntnis, sich in einem progressiven Endstadium der Erkrankung zu befinden, enorm wichtig, um gemeinsame Entscheidung bezüglich der Palliativversorgung treffen zu können. Patienten und Patientinnen mit terminal verlaufenden Erkrankungen stehen vor einer belastenden Entscheidung bezüglich ihrer weiteren Behandlung: Sie müssen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zwischen einer (begrenzten) Verlängerung der Überlebenszeit und der Toxizität einer Intervention abwägen. Um bei solchen Entscheidungen involviert zu sein und damit ein Mindestmaß an Autonomie behalten zu können, ist ein fundiertes Wissen bezüglich Behandlungsmaßnahmen, aber auch Krankheitsstadium und Prognose auf Seiten des Patienten/der Patientin nötig. Gespräche zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem Patienten/der Patientin über seine/ihre Wünsche bezüglich Sterbebegleitung und Palliativversorgung werden assoziiert mit einer weniger aggressiven medizinischen Versorgung während des Sterbeprozesses (u. a. seltener

Beatmung oder Maßnahmen zur Wiederbelebung).[6] [7] Aufgrund ihrer Wissensdefizite spielen Patienten eine eher passive Rolle in krankheitsbezogenen Entscheidungsprozessen und überlassen Behandlungsentscheidungen häufiger ihrer Ärztin oder ihrem Arzt. Patientinnen beteiligen sich deutlich öfter aktiv an solchen Entscheidungsprozessen [8] und äußern häufiger den Wunsch, an medizinischen Entscheidungen teilhaben zu können.[9]
Obgleich sich Männer im Vergleich zu Frauen weniger gut informieren und ein schlechteres Krankheitsverständnis zeigen, geben sie paradoxer Weise ein größeres Bedürfnis an, prognostische Informationen zu erhalten: In einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit (nicht terminal verlaufenden) Krebserkrankungen gaben Männer signifikant häufiger als Frauen an, vollständige prognostische Offenheit zu wollen, falls ihre Erkrankung weiter fortschreiten sollte.[10]
Ursächlich für die Geschlechterdifferenzen im Krankheitsverständnis sind nicht nur Unterschiede im Kommunikationsstil. Auch geben Ärzte und Ärztinnen mehr Informationen an ihre Patientinnen weiter und kommunizieren mit ihnen partnerschaftlicher als mit ihren Patienten.[11]

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung während der Behandlung ist ein wichtiger Einflussfaktor psychischen Wohlergehens bei (onkologischen) Erkrankungen. Patientinnen suchen im Vergleich zu Patienten häufiger nach sozialer Unterstützung und nehmen diese auch an, wenn sie ihnen angeboten wird. Zudem unterscheiden sich die Erwartungen an und die Präferenz für die Art der sozialen Unterstützung zwischen den Geschlechtern. Beispielsweise erwarten Frauen vom medizinischen Fachpersonal nicht nur die Bereitstellung von Informationen, sondern auch emotionale Unterstützung. Männer empfinden dagegen emotionale Unterstützung durch das Fachpersonal häufig als unpassend und informative Unterstützung als hilfreicher, um mit den eigenen Emotionen umgehen zu können. Männer scheinen mit der angebotenen sozialen Unterstützung generell zufriedener zu sein, während Frauen die Zeit, die das Fachpersonal unterstützend tätig ist, als zu kurz empfinden. Unklar bleiben die tatsächlichen Bedürfnisse männlicher Patienten bezüglich sozialer Unterstützung. Möglich wäre, dass Männer soziale Unterstützung verstärkt wahrnehmen und nutzen würden, wenn diese als Teil eines strukturierten Versorgungsplans verstanden werden könnte (z. B. psychotherapeutische Maßnahmen während des Krankenhausaufenthalts).[12]

Externe Links

Literatur

Klicken Sie auf "Ausklappen" um die Literaturverweise anzuzeigen.

2. Cronauer CK, Schmid Mast M. Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. Die Rehabilitation 2010; 49(5):308–14.

4. Hall JA, Roter DL. Patient gender and communication with physicians: results of a community-based study. Women's health (Hillsdale, N.J.) 1995; 1(1):77–95.
6. Kunz M, Gruber A, Lautenbacher S. Sex differences in facial encoding of pain. The journal of pain : official journal of the American Pain Society 2006; 7(12):915–28.
8. Burns C.M., Broom D.H., Smith W.T., Dear K., Craft P.S. Fluctuating awareness of treatment goals among patients and their caregivers: a longitudinal study of a dynamic proe process. Support Care Cancer 2007:187–96.
10. Burns C.M., Broom D.H., Smith W.T., Dear K., Craft P.S. Fluctuating awareness of treatment goals among patients and their caregivers: a longitudinal study of a dynamic proe process. Support Care Cancer 2007:187–96.
12. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA 2008; 300(14):1665–73.
14. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology 2010; 28(7):1203–8.
16. Fletcher K, Prigerson HG, Paulk E, Temel J, Finlay E, Marr L et al. Gender differences in the evolution of illness understanding among patients with advanced cancer. The journal of supportive oncology 2013; 11(3):126–32.
18. Gaston C.M., Mitchell, G. Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: A systematic review. Social Science & Medicine 2005; (61):2252–64.
20. Marwit SJ, Datson SL. Disclosure preferences about terminal illness: an examination of decision-related factors. Death studies 2002; 26(1):1–20.
22. Cronauer CK, Schmid Mast M. Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. Die Rehabilitation 2010; 49(5):308–14.
24. Clarke S.-A., Booth L., Velikova, G., Hewison, J. Social Support: Gender Differences in Cancer Patients in the United Kingdom. Cancer Nursing 2006; 29(1).

Lizenz

Dieser Artikel ist unter der Creative Commons Lizenz veröffentlicht. Den vollen Lizenzinhalt finden Sie hier: https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode

Autoren

Julia Schreitmüller

Zuletzt geändert: 2021-02-20 15:47:27