

Lebenslagen und Gesundheitshandeln von sozial benachteiligten Frauen: Die Bedeutung eines handlungstheoretischen Modells der Sozialstruktur für die Gesundheitsforschung

Ulrike Maschewsky-Schneider, Rosemarie Klesse

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Bremen

Der Artikel beschäftigt sich mit der Frage, welchen Beitrag die Medizinsoziologie in den Gesundheitswissenschaften leisten kann, Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit aufzudecken. Auf der Basis neuer Sozialstrukturmodelle sind soziale Lage und Gesundheit durch ein handlungsbezogenes Konzept miteinander zu verknüpfen. Der Begriff des Gesundheitshandelns, ursprünglich deskriptiv zur Abgrenzung gegenüber verhaltenswissenschaftlich begründeten Ansätzen der Prävention eingeführt, erhält auf diesem Hintergrund einen bedeutsamen Stellenwert für die Entwicklung von Gesundheitsförderungsmodellen. Dies soll beispielhaft anhand eigener empirischer Ergebnisse aus der Frauengesundheitsforschung gezeigt werden. Dabei wird von einer doppelten Ungleichheit der Frauen ausgegangen. Sie sind zum einen durch ihre soziale Rolle stärker als Männer aus gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen ausgeschlossen. Darüber hinaus zeigen die Forschungsergebnisse, daß sich für sozial und materiell benachteiligte Frauen besondere gesundheitliche Risiken und geringere Chancen für die Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungsweisen ergeben.

Indikatoren der sozialen Lage

Historisch versteht sich Gesundheitsförderung als sozialkritischer Ansatz in der Prävention^{1,2}. Ihr Ziel ist es, Lebenslagen und Handlungsmöglichkeiten in einer Gesellschaft so zu verändern, daß gesundheitlich und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bessere Lebenschancen erhalten. Gesundheitsförderung zielt sowohl auf den Erhalt der körperlichen und geistigen Gesundheit als auch auf die Veränderung von objektiven und subjektiven Lebensbedingungen³.

Für die Gesundheitsförderung als handlungsorientiertem Ansatz stellt sich die Frage nach den Indikatoren für die Beschreibung unterschiedlicher sozialer Lagen, den Indikatoren für die Beschreibung unterschiedlicher gesundheitlicher Lagen und der Vermittlung dieser beiden Seiten durch gesundheitsbezogene Handlungsweisen. Medizin und Epidemiologie definieren eindeutige Indikatoren der gesundheitlich Lage wie Mortalität, Morbidität, Risiko- und andere bio-medizinische Faktoren. Als

Sozialindikatoren werden in der Gesundheitsforschung häufig einfache beschreibende Kriterien herangezogen, die auf überkommenen Sozialschichtindikatoren wie Einkommen, Schulbildung und Stellung im Beruf basieren^{4,5}.

So zeigt die Abbildung 1 den Anteil der Frauen, die heute oder früher geraucht haben nach Alter und sozialer Schicht. Der hier zugrunde liegende Schichtindex⁶ beruht auf den genannten Indikatoren. Es zeigt sich für alle Altersgruppen, mit Ausnahme der jüngsten Gruppe, ein Zusammenhang zwischen höherer sozialer Schicht und höherer Prävalenz, jemals geraucht zu haben.

Zusammenhänge zwischen Gesundheitsindikatoren und sozialer Lage lassen sich auch mittels sogenannter ökologischer Analysen⁷ zeigen. Im Rahmen der Bremer Gesundheitsberichterstattung wurden solche Stadtteile in Gruppen (Clustern) zusammengefaßt, die sich nach sozialen Indikatoren wie Arbeiter- und Angestelltenanteil und Anteil der Arbeitslosen ähnlich waren. Die sich so ergebenden fünf sozial unterschiedlichen Stadtgebiets-typen wurden hinsichtlich ihrer Mortalitäts- und Morbiditätsstruktur beschrieben.

Abbildung 2 zeigt für Männer und Frauen getrennt, daß die Gesamtmortalität mit dem sozialen Rang des Stadtgebietstyps abnimmt. Je höher der soziale Rang des Stadtgebiets war, um so besser war die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in diesem Stadtgebietstyp.

Soziale Lage, Einstellungen und Verhalten

Beide Wege, Zuordnungen nach sozialer Lage vorzunehmen, sind unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten von hoher Bedeutung, da mit einfachen Mitteln gruppen- und regionalspezifische Gesundheitsdefizite aufgezeigt werden können. Das Beispiel der Bremer Gesundheitsberichterstattung zeigt, daß gegenüber den Kommunalpolitikern auf einen Handlungsbedarf für bestimmte, sozial benachteiligte und unterversorgte Stadtgebiete aufmerksam gemacht werden konnte.

Beide Zugangsweisen, soziale Lage nach ausgewählten Indikatoren auf der Basis quantitativer Daten zu operationalisieren, benutzen jedoch lediglich grobe Indikatoren, die wenig über die objekti-

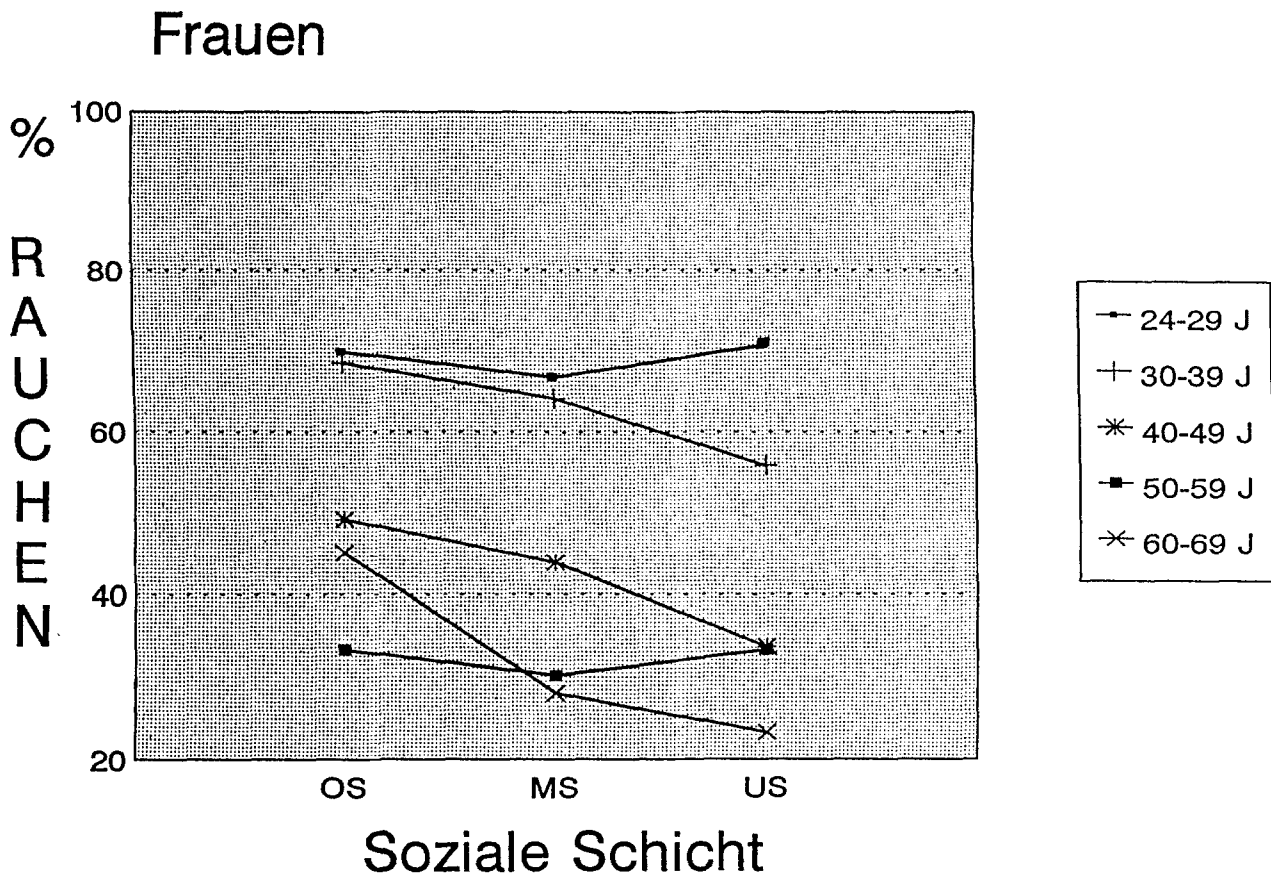


Abb. 1. Prävalenz des Rauchens für derzeitige und ehemalige Raucher zusammen, nach Alter und sozialer Schicht.

ven und subjektiven, die äußeren und inneren Ressourcen aussagen, die Personen der jeweiligen Schicht haben, für sich und ihre Gesundheit und Wohlergehen zu sorgen. Objektive Belastungen der Arbeits- und Lebenswelt und die Kompetenzen und Fähigkeiten im Umgang damit, bleiben ausgeblendet. Weder werden damit die gesellschaftlichen Handlungsvoraussetzungen für Gesundheit, noch die Bedingungen und Bestandteile einer gesundheitsförderlichen oder gesundheitsschädigenden Lebensweise transparent. Für eine Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die sich bis in das alltägliche Handeln der Betroffenen – etwa der Bewohner eines benachteiligten Stadtteils oder Personen mit objektiven oder verhaltensbedingten Risiken – durchsetzen, sagt diese epidemiologische Grobkategorisierung wenig aus.

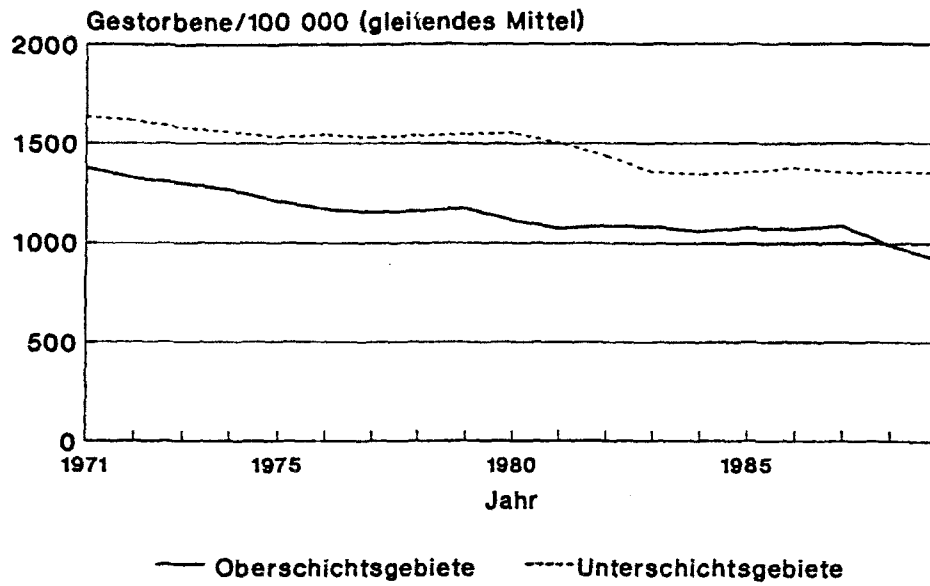
Ansätze der Sozialepidemiologie suchen deshalb auf der Basis einer komplexeren Analyse von sozialen und gesundheitlichen Daten, diese objekten und subjektiven Handlungsbedingungen näher herauszuarbeiten. Hierzu sei ebenfalls ein Beispiel angeführt. Auf der Basis der nationalen Daten des Gesundheits surveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)⁸ wurde eine Detailanalyse der sozialen und gesundheitlichen Bedingungen des Rauchens bei Frauen durchgeführt⁹. Es wurde der Frage nachgegangen, im Hinblick auf welche realen Belastungen und Ressourcen sich Frauen

unterscheiden, die aktuell rauchen, die aufgehört haben und die nie geraucht haben. Ziel war es, ein komplexes und plastisches Bild unterschiedlicher Lebenssituationen dieser drei Gruppen von Frauen und ihren damit zusammenhängenden Handlungsmöglichkeiten, ihr Rauchverhalten zu verändern, aufzuzeigen.

In die Datenanalyse ging eine Stichprobe von n = 2365 Frauen im Alter von 25–69 Jahren ein (Nationaler Gesundheitssurvey 1984–86). 26% der Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung Raucherinnen, 18% hatte bereits wieder aufgehört und 26% hatten nie geraucht. Die höchsten Raucherinnenraten lagen bei den unter 40jährigen Frauen (ca. 40%). Am häufigsten rauchten Frauen aus unteren sozialen Schichten (30% versus 26% in der Oberschicht). Auch hatten Frauen aus den oberen und mittleren Schichten häufiger wieder mit dem Rauchen aufgehört.

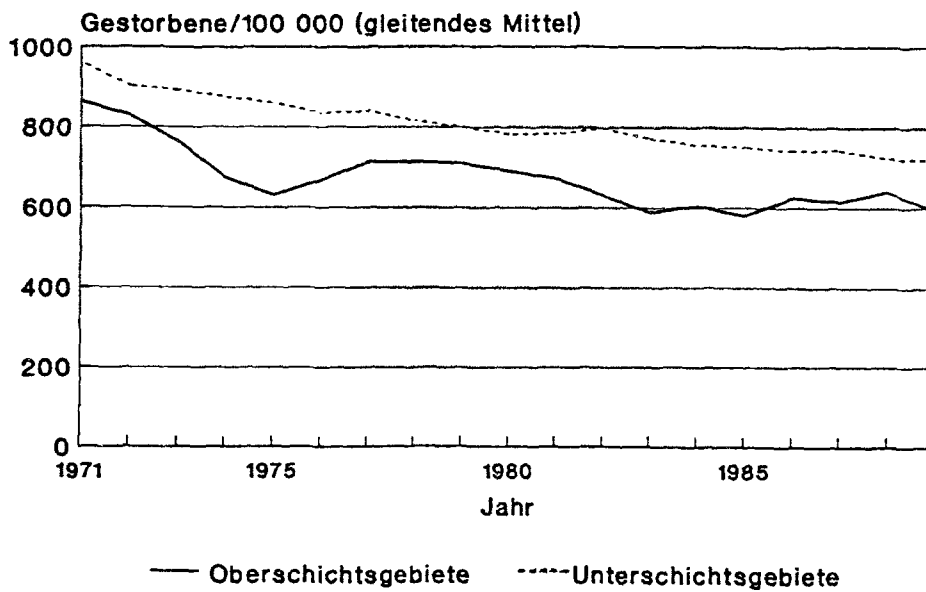
Mittels einer quantitativen Einzelanalyse wurden die drei Gruppen (altersstandardisiert) hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, ihres Gesundheitsbewußtseins, Medikamentenkonsums, Gesundheitszustands und Beschwerden (Zerissen) verglichen. Die Ergebnisse wurden dann qualitativ nach einem 3-stufigen Bewertungsindex zusammengefaßt (s. Tabelle 1), um eine umfassende Beschreibung der Gesundheitsorientierung und der gesundheitsbezogenen Handlungsressourcen zu erhalten.

Männer



Standard: Bevölkerung BRD 1970

Frauen



Standard: Bevölkerung BRD 1970

Abb. 2. Altersstandardisierte Gesamt mortalität 1970-1989

Tab. 1. Gesundheitsorientierung und Rauchstatus, Frauen.

	Risiko- status	Gesundheits- bewusstsein	Medikamente	Gesundheits- zustand	Beschwerden
Raucherin	++	+++	+++	++	+++
Ex-Raucherin	+	+	++	+++	++
Nie-Raucherin	++	++	++	++	+

Index: +++ = schlechtes Gesundheitsbewusstsein, hohe Beschwerden
 ++ = mittleres Gesundheitsbewusstsein bzw. Beschwerden
 + = gutes Gesundheitsbewusstsein, wenig Beschwerden

Datenbasis: Nationaler Gesundheitssurvey 1984–86.

Tab. 2. Lebenslagen und Rauchstatus, Frauen.

	Raucherinnen	Ex-Raucherinnen	Nie-Raucherinnen
<i>Familie</i>			
Einbindung	+	++	++
Belastung	+	++	++
traditionelle Wertorientierung	++	++	+++
<i>Soziales Netz</i>			
Einbindung	++	++	++
Aktivität	++	+++	+
<i>Schule/Beruf</i>			
Bildung	++	+++	++
Erwerbstätigkeit	+++	++	+++
Berufsstatus/Einkommen	++	+++	+
Berufliche Belastung	+++	+++	++
Subjektive berufliche Belastung	+	+++	++
<i>Stimmung am Feierabend</i>			
Müdigkeit	+	++	++
nicht abschalten/Unzufriedenheit	++	++	+
<i>Lebenszufriedenheit</i>			
	+	+++	++
<i>Leistungsorientierung</i>			
	++	++	+

Index + niedrig/gering
 ++ mittel
 +++ hoch/stark

Datenbasis: Nationaler Gesundheitssurvey 1984–86.

Es zeigte sich, daß Raucherinnen den höchsten Beschwerdestatus und eine schlechte bis mittlere Gesundheitsorientierung hatten. Nie-Raucherinnen hatten wenig Beschwerden und eine mittlere Gesundheitsorientierung. Ex-Raucherinnen hatten einen schlechten Gesundheitszustand, aber einen geringen Risikostatus, hatten also ihr Gesundheitsverhalten bereits geändert. Sie hatten ein hohes Gesundheitsbewußtsein. Ex-Raucherinnen scheinen also im Hinblick auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten eine extrem änderungsbereite Gruppe zu sein, während die Nie-Raucherinnen offensichtlich schon immer eher gesundheitsbewußt gelebt hatten. Raucherinnen haben die ungünstigste Situation im Hinblick auf Gesundheitsorientierung und Gesundheitszustand.

Die drei Gruppen wurden dann hinsichtlich sozialer Indikatoren, die ebenfalls auf der Basis einer quantitativen Detailanalyse zu einer qualitativen Be-

schreibung zusammengeführt wurden, untersucht (Tabelle 2). Die Komplexität der sozialen Handlungsmöglichkeiten wurden mittels Indikatoren der objektiven und subjektiven Lebenslage gebildet. Zu den objektiven Indikatoren gehörten Bildung, Einkommen, berufliche Belastung und Einbindung in soziale Netze; zu den subjektiven gehörten Wertorientierungen, soziale Befindlichkeit, Lebenszufriedenheit und Leistungsorientierung. Die Ergebnisse zeigen eine starke familiäre Belastung aber auch Einbindung der Nie-Raucherinnen und eine eher traditionelle, familiäre Wertorientierung. Raucherinnen haben die geringste familiäre Einbindung (viele Alleinstehende, Frauen ohne Kinder). Soziale Netze außerhalb der Familie haben vor allem Ex-Raucherinnen und Raucherinnen. Bildungs- und Berufsstatus aber auch objektive und subjektive Belastungen sind bei den Ex-Raucherinnen am höchsten, gefolgt von den Raucherinnen und den

Nie-Raucherinnen. Bemerkenswert ist bei den Raucherinnen das Auseinanderklaffen von starken objektiven und niedrigen subjektiven Belastungen. Trotz ihrer hohen Belastungen sind die ehemaligen Raucherinnen mit ihrem Leben sehr zufrieden.

Die Daten zur komplexen Analyse von Gesundheitsorientierungen und sozialer Lage der drei Gruppen von Raucherinnen zeigen eine starke gesundheitliche und berufliche Belastung der ehemaligen Raucherinnen, aber eine möglicherweise lebensgeschichtlich gewonnene positive Handlungskompetenz sowohl im Hinblick auf Gesundheit als auch in ihrer sozialen Situation (hohe Lebenszufriedenheit und soziale Aktivität). Nie-Raucherinnen scheinen eher traditionell familiär auf ihre weibliche Rolle (geringe Leistungsorientierung) ausgerichtet, bei mittelgut ausgeprägter Gesundheitsorientierung. Raucherinnen sind stark belastet, wenig mit ihrer Situation zufrieden, familiär gering eingebunden und haben eine schlechte Gesundheitsorientierung.

Eine solche Untersuchung, die in Schritten von einer quantitativen Analyse zur qualitativen Bewertung vorgeht, zeigt, wie mit einfachen methodischen Mitteln und auf dem Hintergrund konzeptioneller Überlegungen, ein plastischeres Bild objektiver und subjektiver sozialer und gesundheitsbezogener Handlungsressourcen gewonnen werden kann. Die Ergebnisse bleiben partiell jedoch auf der Ebene von Hypothesen stehen, weil biographische Prozesse und die Lerngeschichte der Frauen aus den Querschnittsdaten nicht erkennbar sind. Auch zeigen die Daten, daß die drei Gruppen eigentlich in den dahinterstehenden sozialen Subgruppen stärker differenziert betrachtet werden müßten. So spricht der geringe Grad der Erwerbstätigkeit der Ex-Raucherinnen, bei starker beruflicher Belastung und Leistungsorientierung, dafür, daß sich hier unterschiedliche soziale Gruppen verbergen, die ihrerseits wieder unterschiedliche Typologien von Lebens- und Lerngeschichten haben.

Die Begründung eines handlungstheoretischen Modells zu Gesundheit und sozialer Lage

Neuere Sozialstrukturanalysen^{10,11} zeigen die eingeschränkte Nutzbarkeit der Indikatoren insbesondere der beiden ersten Beispiele zur Operationalisierung des Schichtindex und der sozialökologischen Darstellung für die Beschreibung komplexer Sozialstrukturen. Indikatoren der sozialen Lage sollten demnach nicht mehr nur die herkömmlichen Indikatoren wie Einkommen, Prestige, Bildung oder Statuszuweisung beinhalten, sondern auch solche Indikatoren wie Arbeits-, Wohn- und Freizeitbedingungen, soziale Sicherheit, Ungleichbehandlung und Stigmatisierungen, aber auch Geschlecht, Alter bzw. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation, Familienverhältnisse und Nationalität. Die

Erweiterung dieses Indikatorenkatalogs begründet sich u. a. mit dem Argument, daß nicht für alle Gesellschaftsmitglieder und nicht für alle Lebensbereiche und Lebensphasen alle Indikatoren gleich bedeutsam sind. So gilt die Doppelbelastung erwerbstätiger Frauen nicht für Männer, Stigmatisierungen für Ausländer, aber nicht für Deutsche, Erwerbsarbeit ist nicht in allen Lebensphasen für die soziale Zuordnung entscheidend. Anstelle einer gradmäßig abgestuften hierarchischen Zuordnung von sozialen Lagen ergäbe die Zuordnung nach diesen zusätzlichen Indikatoren eine differenziertere Einschätzung sozialer Lagen nach objektiven und subjektiven Faktoren, die als Bündelungen in einem sozialen Kontext zusammenwirken. Soziale Lagen können so als Zusammenwirken von sozialen Vor- und Nachteilen in typischen Kontexten beschrieben werden.

Hradils Modell sozialer Ungleichheit reduziert sich jedoch nicht auf die deskriptive Erweiterung der Indikatoren der sozialen Lage, sondern zielt vielmehr auf die handlungstheoretische Untermauerung dieses Modells. Unter sozialer Ungleichheit versteht er „...gesellschaftlich hervorgebrachte, relativ dauerhafte Lebensbedingungen, die es bestimmten Menschen besser und anderen schlechter erlauben, so zu handeln, daß allgemein anerkannte Lebensziele für sie in Erfüllung gehen.“ (ebd. S. 144)

Lebensziele sind nach Hradil Ziele, bezogen auf Lebensqualität, die sich im Prozeß politischer Willensbildung – und m. E. drüber hinaus kulturell und gesellschaftlich als Wertorientierungen – durchgesetzt haben. Die Erreichung und Durchsetzung von Lebenszielen ist abhängig von den objektiven und subjektiven Lebens- und Handlungschancen, d. h. von Ressourcen und Risiken, und Einstellungen und Bewußtseinsformen. Typische Bündelungen von objektiven Bedingungen und subjektiven Bewußtseinsformen ergeben bestimmte Lebensstile, d. h. typische Verhaltensmuster sozialer Gruppierungen, bzw. in sozialen Milieus, die als ideelle Abstraktionen – wir würden sagen Handlungsorientierungen – zwischen den strukturellen Bedingungen menschlichen Handelns und dem praktischen Handeln selbst stehen.

Dieser handlungstheoretisch definierte Ansatz einer deskriptiven Theorie sozialer Lagen und sozialer Ungleichheit läßt sich analog auf das Konzept des von Rosemarie Klesse, Ute Sonntag, Marita Brinkmann und Ulrike Maschewsky-Schneider in den Jahren 1986 bis 1990 durchgeführten Frauengesundheitsprojects¹² übertragen. Es sollte untersucht werden, wie Alltagskonzepte von Gesundheit auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte und Lernerfahrungen von Frauen entstehen^{13,14}. Unter Alltagskonzepten von Gesundheit wurden die Orientierungen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Anforderungen und Belastungen der Frauen, ihre Sicht auf ihren eigenen Körper, Be-

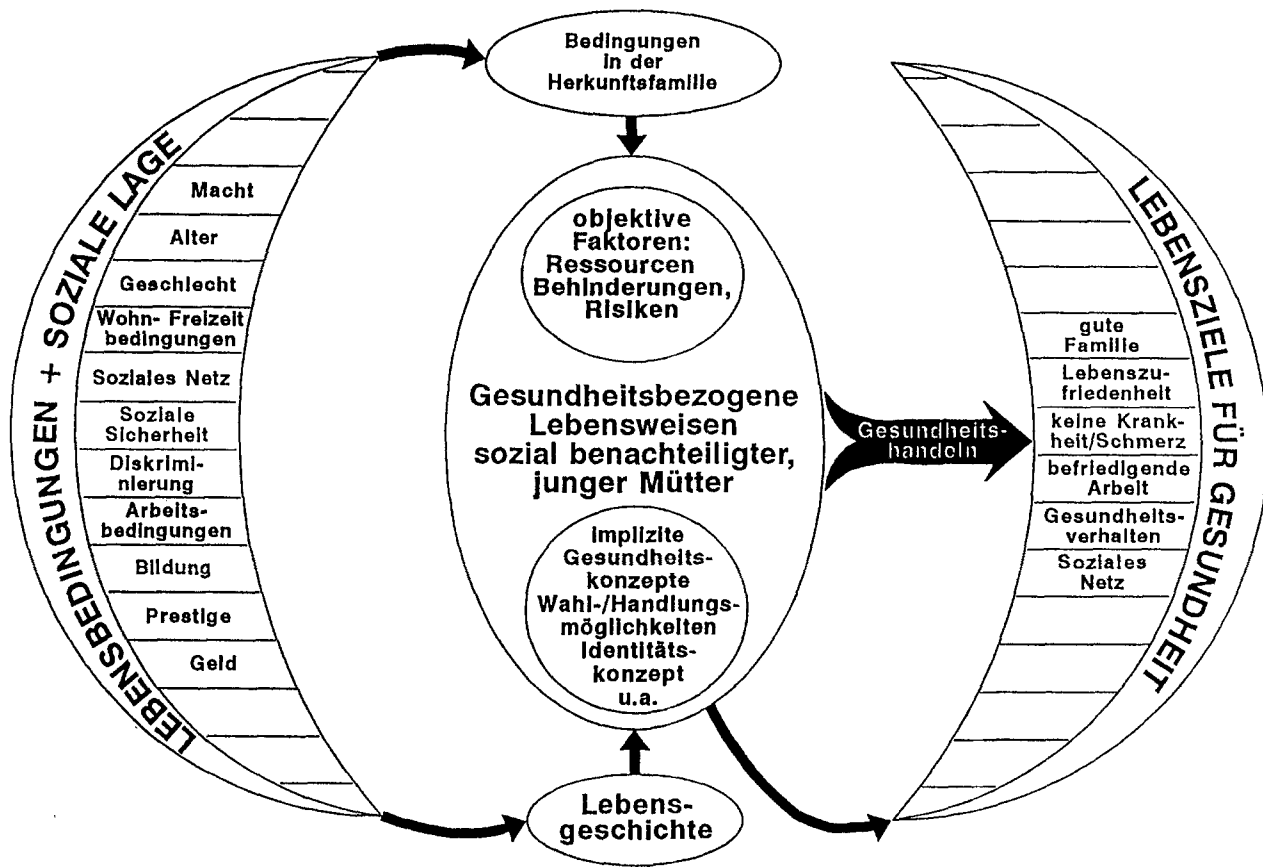


Abb. 3. Frauen und Gesundheit: Soziale Lage und Gesundheitshandeln (1992).

schwerden und psychischen Beeinträchtigungen verstanden. Die darin liegenden Behinderungen und ihre Kompetenzen für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit sich selbst sollten untersucht werden. Die Fähigkeiten und Stärken der Frauen, für sich und ihre Gesundheit zu sorgen, wurden mit dem Begriff des Gesundheitshandelns umschrieben. Hypothesengeleitet wurden mit 65 Frauen qualitative Interviews durchgeführt. Im Mittelpunkt standen sozial benachteiligte Frauen. Das waren solche, die eine einfache Schulausbildung und keine oder nur eine gering qualifizierende Berufsausbildung hatten. Nur Mütter im Alter zwischen 20 und 35 Jahren sollten befragt werden.

Unter anderem wurde anhand der Gespräche mit den Frauen der Frage nachgegangen, welchen Einfluß Vor- und Nachteile der sozialen Lage auf die gesundheitsbezogenen Lebensziele, Handlungsorientierungen und daraus resultierende Lebensweisen haben.

Nach Hradils Konzept der Bündelung von sozialen Vor- und Nachteilen zu sozialen Lagen wurden die Frauen im Hinblick auf ihre Lebensbedingungen in der Herkunftsfamilie und der heutigen Lebenssituation beschrieben (Abbildung 3). Objektiven Ressourcen und Risiken und die subjektiven Kompetenzen, Wahl- und Handlungsmöglichkeiten und weiblichen Identitätskonzepte wurden in den Mittelpunkt gestellt^{15,16}. Objektive Ressourcen waren

z. B. Berufsausbildung und die Chance, als junges Mädchen verschiedene Möglichkeiten im Hinblick auf Beruf, Familie und Partnerwahl ausprobieren zu können. Risiken waren z. B. schlechte materielle Bedingungen in der Herkunftsfamilie und in der heutigen Situation, Erfahrungen mit Krankheit, Gewalt, Alkoholismus und sexuellen Übergriffen. Aus diesen lebensgeschichtlichen Erfahrungen heraus entwickelten die Frauen gesundheitsbezogene Handlungsorientierungen, die als implizite Gesundheitskonzepte bezeichnet wurden. Objektive Bedingungen und implizite Gesundheitskonzepte ergeben zusammen sozial unterschiedliche, gesundheitsbezogene Lebensweisen. Sie bestimmen das Gesundheitshandeln der Frauen, d. h. ihre Fähigkeit, Lebensziele für Gesundheit zu erreichen oder nicht. Solche Lebensziele können sehr weit gesteckt sein und umfassen Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, befriedigende Arbeits- und Familienbedingungen, soziale Sicherheit und soziale Einbindung, Abwesenheit von Krankheit und Schmerz und vieles andere mehr. Solche Lebensziele für Gesundheit ergeben sich ihrerseits wieder aus den Lebenserfahrungen und den impliziten Gesundheitskonzepten der Frauen.

Ergebnisse der Untersuchung zum Gesundheits-handeln und sozialer Lage bei Frauen

Die Ergebnisse der Studie zeigten, daß die Häufung von materieller, äußerer, körperlicher Not und Benachteiligung bei den Frauen meistens auch mit einer Häufung von immaterieller, innerer, seelischer Not und Benachteiligung verbunden war und umgekehrt. Dabei ergaben sich drei Gruppen von Frauen, die sich im Hinblick auf soziale Lage und ihre gesundheitsbezogenen Handlungsorientierungen und Lebensweisen unterschieden.

Frauen in einer schwierigen sozialen Situation hatten in ihrer Herkunftsfamilie bzw. in ihrem eigenen späteren Leben schwerwiegende Erfahrungen machen müssen (Gruppe A). Zu den gehäuften Nachteilen früher und in der Herkunftsfamilie gehörten neben den schlechten materiellen Bedingungen wie Wohn- und finanzielle Situation und geringe Chancen für eine qualifizierte Ausbildung auch die Erfahrungen mit schweren Krankheiten in der Familie, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit oder früher Tod eines Elternteils. Gewalterfahrung, soziale Isolation, seelische und körperliche Vernachlässigung, autoritäre Erziehung, sexueller Mißbrauch der Mädchen führten zu dem Gefühl, nicht gewollt und nichts wert zu sein. Viele dieser Erfahrungen wurden mit einer äußeren Loslösung vom Elternhaus durch Heirat und frühe Mutterschaft nicht besser. Soziale und materielle Benachteiligung setzten sich in der eigenen Familie oft fort und die erfahrenen Gefühle der Mißachtung, Gewalttätigkeit und des Ausgeliefertseins wiederholten sich. Die Ergebnisse zeigten, daß diese Erfahrungen bei den Frauen zu einer schlechten psychosozialen und körperlichen Gesundheit führten. Diese Frauen hatten mehr Beschwerden und Gesundheitsbeeinträchtigungen, fühlten sich eher überfordert und waren mit ihrem Leben eher unzufrieden als sozial besser gestellte Frauen. Diese Frauen hatten selbstlose Lebensregeln entwickelt, d.h., sie hatten verlernt, wahrzunehmen, was für sie gut und schlecht ist, um ihr Leben aushalten zu können. Ihr Gesundheitshandeln war entsprechend gering entwickelt und diese Frauen setzten sich nur beschränkte Lebensziele.

Gruppe B umfaßte Frauen, bei denen sich gehäuft positive Erfahrungen fanden, wenngleich gemischt mit einigen schweren sozialen Beeinträchtigungen. Diese Frauen waren aber trotzdem gesund und hatten ein positives Gesundheitskonzept. Zu diesen positiven Erfahrungen in der Herkunftsfamilie gehörten z. B. die positive Bewältigung von Alkoholismus oder von familiären Schicksalsschlägen wie Tod oder Trennung; die Erfahrung einer selbstbewußten oder selbständigen Mutter und die Chance, eine eigene berufliche Qualifikation zu erhalten. Eine glückliche Kindheit mit gesicherten emotionalen Beziehungen gehörte dazu ebenso wie ein Erziehungsstil, der Wertschätzung und Selbstverantwor-

tung der Mädchen fördert. Diese Frauen waren auch später eher in der Lage, sich eigene gesicherte familiäre Beziehungen aufzubauen, in denen sie positive Erfahrungen machen konnten. Dazu gehören soziale und materielle Sicherheit, Möglichkeit der Erwerbstätigkeit und Verfügung über eigenes Geld ebenso wie die Erfahrung erfolgreich bewältigter Krisen oder Partnerschaften und die Bewältigung alltäglicher familiärer und beruflicher Belastungen. Diese Frauen hatten eher weniger körperliche Beschwerden, eine gute Körperwahrnehmung, waren lebenszufriedener und fühlten sich nicht ständig überfordert. Achtung und Wertschätzung durch Nachbarn, Bekannte oder Arbeitskollegen war für diese Frauen eher erreichbar. Sie ermöglichten ihnen eine aktive Teilnahme am öffentlichen Leben. Diese Frauen entwickelten selbstbewußte Lebensstrategien, hatten also ein gutes Gesundheitshandeln. Ihre gesundheitsbezogenen und allgemeinen Lebensziele konnten sie sich in einem größeren Rahmen abstecken.

Eine dritte Gruppe von Frauen (Gruppe C) hatte es geschafft, obwohl sie unter schweren materiellen und immateriellen Bedingungen aufgewachsen war, sich im Laufe ihres Lebens zu selbstbewußten Lebensstrategien weiterzuentwickeln. Für viele dieser Frauen wurde das erst möglich, nachdem sie völlig am Ende ihrer Kraft waren und ihnen nur die Wahl blieb, sich aufzugeben oder ihr Leben grundlegend zu verändern. Diese Frauen hatten ebenfalls ein gutes Gesundheitshandeln und waren in der Lage, sich Ziele für die Zukunft zu setzen.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, daß die Häufung von materieller, äußerer, körperlicher Not und Benachteiligung meistens auch mit einer Häufung von immaterieller, innerer, seelischer Not und Benachteiligung verbunden war und umgekehrt. Gesundheitlich und sozial benachteiligt waren Frauen, deren Einschränkungen mit Gefühlen der Bedrohung, persönlichen Abhängigkeiten und fehlenden Entscheidungs-, Handlungs-, Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten verbunden waren. Aus dieser Erfahrung entwickelten die Frauen ein Identitäts- und Handlungskonzept, das an selbstlosen Lebensregeln ausgerichtet war, d.h. von ihnen wurden Lebensbeschränkungen wie selbstverständlich in Kauf genommen. Bezogen auf das Modell sozialer Ungleichheit und Gesundheitshandeln heißt das, daß sie nur eingeschränkte, d.h. selbstbeschränkende Lebensziele formulierten und nur geringe objektive Ressourcen und subjektive Wahl- und Handlungsmöglichkeiten hatten, für sich ein selbstbestimmtes und gesundheitsförderndes Handeln zu entwickeln.

Die Ergebnisse machen deutlich, wie mit einem handlungsorientierten Modell sozialer Ungleichheit auch Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und gesundheitsbezogenen Lebensweisen, Handlungsorientierungen und Gesundheitshandeln transparent gemacht werden können.

Gesundheitshandeln kann in seiner Abhängigkeit von objektiven Ressourcen und Risiken und subjektiven Wahl und Handlungsmöglichkeiten und Identitätskonzepten, die sich als Lebensweise in einem sozialen Kontext ausdrücken, besser verstanden werden.

Zusammenfassung

Epidemiologische Ansätze zur Analyse von sozialer Lage und Gesundheit und Krankheit arbeiten in der Regel mit wenigen und sehr einfachen Indikatoren zur Beschreibung der sozialen Lage. Schichtindizes basieren auf Angaben zur Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf. Sozialepidemiologische Untersuchungen beschreiben darüber hinaus soziale Gruppen komplexer und differenziert nach Indikatoren, die objektive Lage und subjektive Einstellungen und Verhalten mit einschließen. Beispiele aus einer Studie zur Epidemiologie des Rauchens bei Frauen zeigen die Aussagekraft dieses Herangehens. Neuere handlungstheoretische Ansätze der Sozialstrukturanalyse verweisen auf die Grenzen einer Deskription sozialer Lagen mittels Schichtindizes. Soziale Lagen seien durch sozial differenzierte Lebensstile und daraus resultierende Handlungskompetenzen, allgemeine Lebensziele zu erreichen, bestimmt. Am Beispiel eines qualitativen Forschungsprojekts zum Gesundheitshandeln von Frauen wird gezeigt, wie dieser Ansatz für die Gesundheitsforschung nutzbar gemacht werden kann. Gesundheitshandeln von sozial benachteiligten Frauen ergibt sich auf diesem Hintergrund als die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Lebensziele zu erreichen. Die damit verbundene Handlungsfähigkeit hat sich in der Lerngeschichte der Frauen entwickelt.

Résumé

Conditions de vie et comportements face à leur santé de femmes issues de milieux sociaux défavorisés: Utilisation d'un modèle théorique comportemental concernant la structure sociale dans la recherche en santé publique

Les variables épidémiologiques utilisées dans l'analyse sociale de la santé et de la maladie sont, en général, très simples et peu nombreuses. Les caractéristiques des couches sociales se basent sur des informations professionnelles comprenant la formation, le revenu et la position hiérarchique. Une investigation socio-épidémiologique cherche à rendre compte de la complexité des groupes sociaux. Elle s'appuie sur des indicateurs incluant la situation objective, la perception subjective de la situation et le comportement. Des exemples, tirés d'une étude épidémiologique du tabagisme chez les femmes, montrent l'intérêt de cette approche. Les

concepts récents de la théorie comportementale dans l'analyse sociale, qui sont utilisés, ne se limitent pas à la description d'une situation sociale par les caractéristiques socio-professionnelles seules. Une situation sociale est caractérisée par un mode de vie, estimant par là certaines capacités à atteindre les buts existentiels habituels. Au travers d'un projet de recherche qualitative sur les comportements face à leur santé de femmes de milieux défavorisés, ces concepts montrent leur utilité et sont un progrès pour la recherche en santé publique. Les femmes de ce groupe gèrent leur santé en se limitant aux capacités nécessaires pour atteindre des buts existentiels respectant leur santé. Ces capacités se développent et s'améliorent dans l'histoire individuelle des femmes.

Summary

Life conditions and health behavior of women from the lower socioeconomic classes: Implications of action oriented theories of social inequalities for public health research

To operationalize social status epidemiology of social inequalities in health uses uncompounded indices, as school and job education, income and occupational status. Social epidemiology describes social inequalities from a more comprehensive perspective, including indicators of social status as well as subjective attitudes and behavior. Examples of a study on smoking in women indicate a broader framework of the relation between social indicators and healthy lifestyles. Action oriented theory of social inequalities substantiate restrictions of this epidemiological approach. Social analysis should focus on lifestyles and behavioral resources to reach overall life targets. An example of a qualitative study on health behavior in women prove the impact of this sociological theory for public health research. Health behavior of women from the lower SES is developed and improved in life history. It can be described as the capability to reach life targets regarding to health and social conditions.

Literaturverzeichnis

- 1 Kickbusch I. Betroffenheit und Beteiligung: Ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. Internationales Journal für Gesundheitserziehung 1981; Suppl. für Vol. XXIV.
- 2 Horn K. Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. Europäische Monographien aus Forschung in Gesundheitserziehung 1983:49–73.
- 3 Ottawa Charter for Health Promotion 1986. (Deutsche Fassung z. B. in: Paulus P. eds. Prävention und Gesundheitsförderung. Köln: GwG, 1992:17–22.
- 4 Liberatos P, Link B, Kelsey J. The Measurement of Social Class in Epidemiology. Epidemiological Reviews 1988; 10:87–121.
- 5 Mielck A. Soziale Schicht und Krankheit: Forschungsstand in der Bundesrepublik (alte Länder). Jahrbuch für kritische Medizin. 1991; 16:35–52.

- 6 *Helmert U, Greiser E.* Soziale Schicht und Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten – Resultate der regionalen DHP-Gesundheitssurveys. *Sozial- und Präventivmedizin* 1988; 33:233–240.
 - 7 *Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)* Gesundheitsbericht Bremen 1992. Basisbericht. Im Auftrag der Senatorin für Gesundheit, 1992:129 pp.
 - 8 *GCP Study-Group* *The German Cardiovascular Prevention Study (GCP): Design and Methods.* *European Heart Journal* 1988; 9:1053–1066.
 - 9 *Maschewsky-Schneider U, Hoopmann M, Jöckel K-H.* Zur Epidemiologie des Rauchens bei Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Im Auftrag des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 1992:50 pp.
 - 10 *Hradil St.* Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen: Leske & Budrich, 1987:213 pp.
 - 11 *Beck U.* Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: edition suhrkamp, 1986.
 - 12 *Klesse R, Sonntag R, Brinkmann M, Maschewsky-Schneider U.* Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbstlosigkeit und Selbstbewußtsein. Frankfurt a. M.: Campus 1992:206 pp.
 - 13 *Antonovsky A.* Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco, Washington: Jossey Bass, 1979.
 - 14 *Franke A.* Gesundheit ist Spaß am Leben. In: Thema Frauen Gesundheit, *Psychologie heute special.* Weinheim: Beltz, 1989:28–33.
 - 15 *Bem S.* Gender schema theory and its implications for child development: raising gender in an gender-schematic society. *Signs* 1983; 4.
 - 16 *Brovermann IK, Brovermann DM, Clarkson FE, Rosenkrantz PS, Vogel SR.* Sexrole stereotypes and clinical judgements of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1970; 1:1–7.
- Korrespondenzadresse:**
 Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
 Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
 Grünenstr. 120,
 D-28199 Bremen/Deutschland