

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, CVK,
Direktorin: Prof. Dr. med. Dipl. Psych. U. Lehmkuhl

der Medizinischen Fakultät Charité
der Humboldt-Universität zu Berlin

DISSERTATION

Krankheitskonzepte türkischer und deutscher Mädchen
Untersuchung der Kausal- und Kontrollattributionen bezüglich Krankheit

Zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät Charité
der Humboldt-Universität zu Berlin

von

Frau Monika Schreiber

aus Frensdorf / Bamberg

Dekan: Prof. Dr. med. J.W. Dudenhausen

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. Dipl. Psych. U. Lehmkuhl
2. Prof. Dr. med. H. Halle
3. Prof. Dr. med. H. P. Rosemeier

Datum der Promotion: 25.04.2001

*„Yaşamak bir ağaç gibi
tek ve hür
ve bir orman gibi kardeşesine
bu hasret bizim“*

Leben einzeln und frei wie ein Baum
Und brüderlich wie ein Wald.

Das ist unsere Sehnsucht.

Nazım Hikmet

Für meine Großeltern und für Sarathi

*„Wenn dieses ist, ist jenes; wenn dieses entsteht, entsteht jenes;
wenn dieses nicht ist, ist jenes nicht; wenn dieses verschwindet, verschwindet jenes.“*

Buddha

Danksagung

Diese Arbeit wurde nur möglich durch das Zusammentreffen vieler Bedingungen. Vor allem wäre sie ohne die freundliche und großzügige Hilfe vieler Menschen nicht möglich gewesen – Menschen von denen einige gute Freunde von mir sind, andere, die ich nur einmal gesehen oder vielleicht auch nie persönlich kennengelernt habe. Ich bin all diesen Menschen zu großem Dank verpflichtet. Es ist unmöglich, alle namentlich zu erwähnen. Aber bei einigen wenigen will ich es tun.

Mein Dank gilt zunächst allen Mädchen in Deutschland und in der Türkei, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben. Ohne sie gäbe es diese Arbeit nicht.

Meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl danke ich ganz herzlich für ihr Interesse, all die Zeit, Energie und Gedanken, die sie meiner Arbeit entgegengebracht hat und für ihre großzügige Unterstützung.

Ohne meine Freundin Hatice Bayraktar-Sarıkaya, die mir die türkische Kultur nahebrachte, mir beim Übersetzen der Fragebögen und der Interviews half und mich mit zu ihrer Familie in die Türkei nahm, wäre diese Arbeit – zumindestens so, wie sie hier vorliegt - nicht möglich gewesen. Ihr und meiner Freundin Sabine Engemann danke ich für all ihre Hilfe.

Besonderer Dank geht an Herrn Dipl. Math. Klaus Lenz, der mich im Dschungel der Statistik nicht alleine ließ. Er hat mir nicht nur geholfen, einen Weg zu finden, er hat es sogar geschafft, daß ich mit der Zeit nicht nur Lianen sondern auch Blüten sehen konnte.

Meinem Freund Dh. Sarathi möchte ich für sein Vertrauen danken und dafür, daß er nicht lockergelassen hat. Dh. Dayaraja, Dh. Anomerati und Dh. Jayaprabha danke ich für ihre Freundschaft und für alles, was sie mich gelehrt haben.

Meinen Eltern, Sieglinde und Manfred Schreiber und Christa und Udo Vierhaus danke ich dafür, daß sie meinen Wissensdrang gefördert haben und für ihre ideelle und finanzielle Unterstützung. Ein herzlicher Dank an meinen Bruder Stephan Vierhaus, der mir beim Layout und beim Korrekturlesen half.

Für ihre Hilfe beim Übersetzen der Fragebögen danke ich weiterhin Yasemin Bayraktar und Ayşe Konuralp, für ihre Hilfe beim Raten Klaus Jansen, Loretta Ihme, Emine Büyüктаş sowie Aşkın Büyükozer. Frau Dipl. Psych Güler Şaştımdur danke ich für ihre wertvollen Anregungen.

Der Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport danke ich für die Genehmigung meiner Untersuchung und den Schulleitern und Lehrern der Carl-von-Ossietzky-Oberschule, der Friedensburg-Oberschule, der Hector-Peterson-Oberschule und der Robert-Bosch-Oberschule für ihre freundliche Unterstützung.

Meinem Freund und Kollegen Christian Dräger danke ich für seine Unterstützung und unsere zahlreichen und fruchtbaren Diskussionen. Schließlich muß ich meiner Freundin und Mitbewohnerin Elisabeth Bendlin für ihre Geduld danken und dafür, daß sie mir nie vorwarf, ich würde zuviel arbeiten.

Berlin, den 26.07.1999

Monika Schreiber

Inhaltsverzeichnis

Krankheitskonzepte türkischer und deutscher Mädchen

1	Einleitung und Literaturübersicht	9
1.1	Einführung	9
1.2	Subjektive Krankheitskonzepte	10
1.2.1	Begriffsbestimmung.....	10
	Subjektive Krankheitstheorien.....	11
1.2.2	Funktion subjektiver Krankheitstheorien	11
1.2.3	Forschungsansätze	11
	Sozialpsychologische Attributionstheorien	12
	Neuere Forschungsansätze.....	12
1.2.4	Kontrollüberzeugungen und Kontrollattribution.....	12
1.2.5	Ursachenattributionen.....	13
1.3	Vergleich türkischer und deutscher Krankheitskonzepte.....	14
1.3.1	Einführung	14
	Hauptunterschiede	14
	Weitere Unterschiede.....	15
1.3.2	Darstellung der Hauptunterschiede.....	15
	Trennung zwischen Körper und Psyche	15
	Ein Teil des Körpers versus der ganze Körper ist krank.....	16
	Exogene Monokausalität.....	16
1.3.3	Vergleich der Kontrollüberzeugungen	17
1.3.4	Inhaltlich differierende Ursachenvorstellungen.....	17
	Übernatürliche Krankheitsursachen	17
	Körperkonzepte	18
1.3.5	Einfluß auf Krankheitskonzepte	18
1.3.6	Einfluß der Befragungsform auf die geäußerten Krankheitsursachen	19
1.4	Krankheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen bei Kindern und Jugendlichen	20
1.4.1	Einführung	20
1.4.2	Die stufenweise kognitive Entwicklung	21
	Kritik an der stufenweisen Entwicklung von Krankheitskonzepten.....	24
1.4.3	Einflußfaktoren auf die Ausbildung von Krankheitskonzepten.....	24
	Einfluß von Krankheitserfahrungen	25
	Generalisierte Denkstrukturen.....	26

	Affektive und handlungsbezogene Komponenten.....	26
	Charaktereigenschaften des Kindes.....	27
	Einfluß sozialer Bedingungen.....	27
1.4.4	Kontrollüberzeugungen.....	28
	Allgemeine Kontrollüberzeugungen.....	29
	Kontrollüberzeugungen für Gesundheit und Krankheit.....	30
1.5	Zusammenfassung und Hypothesen	32
2	Untersuchungsablauf und Methoden	33
2.1	Untersuchungsablauf.....	33
2.1.1	Expertenbefragung.....	33
2.1.2	Pilotstudie in Deutschland	34
	Interviewteil mit offenen Fragen.....	34
	Strukturierter Interviewteil	34
2.1.3	Pilotstudie in der Türkei.....	35
2.1.4	Befragung türkischer und deutscher Mädchen an Berliner Schulen.....	35
	Ablauf.....	36
2.2	Material	36
2.2.1	Vorfragebogen (Fragebogen zur Erfassung von sozialen Bedingungen und Krankheitserfahrungen)	36
2.2.2	Locus-of-Control-Scale (LOC-Scale) in der Bearbeitung von Schepker (1995)	37
2.2.3	KKG-Test (Test zu Kontrollüberzeugungen von Gesundheit und Krankheit)	39
	Übersetzung des KKG	40
2.2.4	Instrumente zur Erfassung von Kausalattributionen bezüglich Krankheit	41
	Interview zu Krankheit und Gesundheit.....	42
	Fragekarten.....	43
2.3	Statistische Auswertung.....	43
3	Ergebnisse	44
3.1	Pilotstudie in Deutschland	44
3.2	Pilotstudie in der Türkei.....	44
3.2.1	Interviewteil	44
3.2.2	Fragekarten.....	45
3.2.3	Loc-Scales und KKG (siehe bei den entsprechenden Abschnitten der Hauptuntersuchung)	47

3.3	Hauptbefragung.....	47
3.3.1	Beschreibung der Stichprobe.....	47
3.3.2	Ergebnisse der Loc-Scales.....	52
3.3.3	KKG.....	53
3.3.4	Interviewteil.....	54
	Frage nach bekannten Krankheiten.....	54
	Frage nach Krankheitsursachen.....	56
	Frage nach Möglichkeiten zur Krankheitsverhütung.....	57
3.3.5	Fragekarten.....	58
	Scorebildung der Fragekarten.....	58
	Betrachtung einzelner Fragekarten.....	58
	Traditionelle Krankheitskonzepte.....	61
3.4.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	62
4	Diskussion.....	63
4.1	Diskussion der Ergebnisse.....	63
4.1.1	Vergleichbarkeit der Stichproben.....	63
4.1.2	Frage nach bekannten Krankheiten.....	66
4.1.3	Untersuchung der Kausalattributionen.....	66
	Offene Fragen.....	66
	Fragekarten.....	67
4.1.4	Untersuchung der Kontrollüberzeugungen.....	71
	Allgemeine Kontrollüberzeugungen.....	71
	Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit.....	73
4.1.5	Vergleich der Kontroll- mit der Kausalattribution.....	74
4.2	Beantwortung der Hypothesen.....	75
4.3	Kritische Betrachtung der Untersuchung.....	75
5	Zusammenfassung und Ausblick.....	79
	Literatur.....	81
	Anhang.....	87
	Vita.....	

„Strebe nach Wissen, von der Wiege bis zum Grab.“

Mohammed

1 Einleitung und Literaturübersicht

1.1 Einführung

Die vorliegende Arbeit untersucht Vorstellungen deutscher Mädchen und in Deutschland aufgewachsener Mädchen türkischer Herkunft bezüglich ihrer Kausal- und Kontrollattributionen zu Krankheit. Die Arbeit bewegt sich dabei im Rahmen dreier großer thematischer Komplexe, die sich zum Teil überschneiden:

- Subjektive Krankheitskonzepte
- Krankheitskonzepte bei Kindern und Jugendlichen
- Interkultureller oder ethnologischer Vergleich von Krankheitskonzepten.

Motivation

Während meines Pflegepraktikums 1986 wurde ich erstmalig direkt mit den Problemen ausländischer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus konfrontiert. Zunächst schien es sich hauptsächlich um ein Sprachproblem zu handeln: Häufig wurde von Kindern, Mitpatientinnen oder auch vom Reinigungspersonal übersetzt. Wegen des hohen Anteils an Mitbürgern aus der Türkei (im folgenden werde ich vereinfachend von „Türkinnen, Türken“ oder auch „türkischen Mädchen“ sprechen, auch wenn ich mir darüber bewußt bin, daß darunter auch Menschen z.B. kurdischer oder aramäischer Abstammung sein können.) in der Berliner Bevölkerung, entschloß ich mich, die türkische Sprache zu erlernen. Durch die Beschäftigung mit der Sprache, eigenen Erfahrungen im Krankenhaus, aber auch durch entsprechende Literatur wurde mir zunehmend deutlicher, daß Mißverständnisse zwischen ausländischen Patienten und deutschen Ärzten und Pflegepersonal nicht nur durch Sprachbarrieren (im Sinne lexikalischer Sprache), sondern auch durch andere Faktoren entstehen können, z.B. durch ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, einen anderen Ausdruck von Krankheit, einen anderen sprachlichen Ausdruck von Gefühlen, verschiedenes Rollenverständnis oder auch durch Vorurteile. Kulturell unterschiedliche Konzepte zur Krankheitsverursachung weckten mein besonderes Interesse, was letztendlich zur Fragestellung dieser Arbeit führte.

Subjektivität

Auch ich als deutsche Ärztin bin nicht frei von Normen, Werturteilen und Vorurteilen, die sich in meinem Umgang – nicht nur mit ausländischen Mitbürgern – sondern auch zwangsläufig in der hier vorliegenden Arbeit widerspiegeln, z.B. an der Fragestellung, während der Interviewsituation oder bei der Interpretation der Ergebnisse. Wengenmayr und Sengör (1986) fordern für Überlegungen und Untersuchungen, die sich mit dem Thema Migration befassen, daß der Forscher dabei mit einschließt:

- „seine eigenen Werte und Normen
- die eigenen Empfindungen, die durch seine Begegnung mit Fremden, hier in der Rolle des untersuchten Objekts, ausgelöst werden,
- seine Werturteile, die er größtenteils aufgrund von Empfindungen fällt,
- den Umgang seiner Gesellschaft mit Fremden und deren Zuweisung von bestimmten Rollen an Fremde“ (1986, 85).

Ich habe zu verschiedenen Zeitpunkten der Untersuchung immer wieder meine Motivation und meine Empfindungen, die ich mit dieser Arbeit verband, reflektiert und auch mit Kollegen und Freunden diskutiert. Dennoch ist mir bewußt, daß ich bei der Darstellung der Ergebnisse und im Diskussionsteil eigentlich stets hätte formulieren müssen: „Türkische Mädchen haben *mir in dieser Situation auf meine Fragen* mit xyz geantwortet und deutsche Mädchen haben yxz geantwortet.“

1.2 Subjektive Krankheitskonzepte

1.2.1 Begriffsbestimmung

Die Erforschung subjektiver Krankheitskonzepte entwickelte sich im Rahmen der Erforschung subjektiver Theorien. Unter subjektiven Theorien versteht man zusammenhängende Kognitionen darüber, wie das Individuum sich selber und die Welt wahrnimmt. Diese Erkenntnisinhalte sind (bei Bedarf) abrufbar. Es ist möglich, die Struktur dieser Erkenntnisinhalte ähnlich wie wissenschaftliche Theorien zu erklären und nachzuvollziehen (vgl. Groeben & Scheele 1984).

Der Begriff der subjektiven Theorie wird jedoch laut Flick (1991) nicht nur im Sinne der oben genannten Definition, sondern auch als Metapher verwendet, er bezeichnet dann „allgemeiner den Sachverhalt, daß Subjekte Wissen und Erklärungsmuster über bestimmte Zusammenhänge ausbilden, die dann in ihr Handeln einfließen“ (Flick 1991, 14).

Subjektive Krankheitstheorien

Subjektive Krankheitstheorien werden von Faller (1991) folgendermaßen definiert: „Unter subjektiven Krankheitstheorien sollen die gedanklichen Konstruktionen Kranker über das Wesen, die Verursachung und die Behandlung ihrer Erkrankung verstanden werden. Gegenüber bloßen Kognitionen und Einstellungen zeichnen sie sich durch ihre argumentative Struktur aus (vgl. Groeben und Scheele 1977)“ (Faller 1991, 28/29).

Subjektive Krankheitstheorien haben für das Individuum verschiedene Funktionen (s.u.). Krankheitskonzepte sind ebenso wie Körperkonzepte von der Gesellschaft abhängig, in der sie bestehen und ändern sich teilweise im Laufe der Zeit. Dies gilt sowohl für wissenschaftliche Konzepte als auch für Laienkrankheitskonzepte. (Zur geschichtlichen Entwicklung von wissenschaftlichen Krankheits- und Körperkonzepten im Abendland vgl. z.B. Winau 1982).

1.2.2 Funktion subjektiver Krankheitstheorien

Subjektive Krankheitstheorien haben verschiedene Funktionen:

- Sie dienen „wie Expertentheorien zur Diagnose der Krankheitsursachen und der daraus abzuleitenden Therapie ...“ (Bischoff und Zenz 1989, 13).
- Sie „dienen darüber hinaus zur Bewältigung von Emotionen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden“ (Bischoff und Zenz 1989, 13).
- Sie beruhigen den Patienten, denn sie eröffnen Handlungsmöglichkeiten (Zenz, Bischoff, Fritz, Duvenhorst und Keller 1989).
- Sie befriedigen das Bedürfnis, selbst Kontrolle zu haben (vgl. Hasenbring 1989).
- Von mehreren Autoren wird das Bedürfnis der Patienten, eine Ursache für ihre Erkrankung zu finden betont (vgl. z.B. Funke 1989 sowie Hasenbring 1989).

Verres (1989, 20) betont die Prozeßhaftigkeit der Krankheitstheorien, andere Autoren wiederum ihre relative Stabilität (vgl. Bischoff und Zenz 1989). Laut Faller (1989) werden subjektive Krankheitstheorien dann ad hoc konstruiert, wenn sie eine bestimmte strategische Funktion erfüllen sollen.

1.2.3 Forschungsansätze

Vorstellungen von Patienten über Körper und Krankheit wurden in den letzten 30 Jahren zunehmend untersucht. Viele Untersuchungen griffen dabei auf die sozialpsychologischen Attributionstheorien zurück.

Sozialpsychologische Attributionstheorien

Dimensionen

Sozialpsychologische Attributionstheorien unterscheiden die Dimensionen:

- internal vs. external (Ursachen werden in der eigenen Person bzw. in der Umwelt gesehen)
- stabil vs. variabel (Ursachen werden als unveränderbar bzw. als veränderbar angesehen)
- kontrollierbar vs. unkontrollierbar (Ursachen werden als beeinflussbar oder unbeeinflussbar angesehen)

Watts (1982) unterscheidet für den klinischen Bereich außerdem die Dimensionen

- psychologisch vs. organisch (Ursache wird in psychologischen oder körperlichen Faktoren gesehen.)

Attributionsformen

Es werden zwei Formen der Attribuierung unterschieden:

- **Kontrollattribution:** Wird ein Ereignis überhaupt als kontrollierbar angesehen? Bei wem oder was liegt die Kontrolle über dieses Ereignis? (Wird eine Erkrankung z.B. als unvermeidbarer Schicksalsschlag angesehen oder als etwas, das man durch eigenes Verhalten, oder auch durch Maßnahmen anderer, beeinflussen kann.)
- **Ursachenattribution:** welche (inhaltlichen) Ursachen werden für ein Ereignis angenommen. Es kann damit z.B. retrospektiv eine bestehende Erkrankung erklärt werden.

Neuere Forschungsansätze

Zunehmend wird auch berücksichtigt, daß Attribuierung kein rein kognitiver Prozeß ist, sondern durch Emotionen und Motive beeinflusst wird. (z.B. kann eine Erkrankung anders attribuiert werden, je nachdem, ob allgemein davon gesprochen wird, oder jemand sich selber betroffen fühlt und seine Angst abwehren muß (vgl. dazu Verres 1986, 33 und 43 ff).

1.2.4 Kontrollüberzeugungen und Kontrollattribution

Das Kontrollüberzeugungskonzept entwickelte sich aus der sozialen Lerntheorie von Rotter (1966, 1972). Personen können danach unterschieden werden, ob sie sich selber einen Einfluß auf Ereignisse zuschreiben (internale Kontrolle, „internal locus of control“), oder ob sie Ereignisse durch äußere Faktoren oder Personen beeinflusst wahrnehmen (externale Kontrolle, „external locus of control“). Es wird angenommen, daß Kontrollüberzeugungen durch Generalisierungen entstehen: Wenn jemand wiederholt die Erfahrung macht, auf

Ereignisse keinen Einfluß zu haben, wird er eher externale Kontrollüberzeugungen entwickeln. Dagegen wird jemand, der wiederholt die Erfahrung macht, Ereignisse durch eigenes Handeln beeinflussen zu können, eher internale Kontrollüberzeugungen entwickeln. Zunächst wurden generalisierte Kontrollüberzeugungen untersucht, später auch bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen.

Levenson (1972) differenzierte den externalen Kontrollstandpunkt weiter in

- fatalistisch external (z.B. Pech oder Schicksal sind für die Ereignisse verantwortlich) und
- sozial external (andere Personen sind für die Ereignisse verantwortlich).

Kontrollüberzeugungen für den Bereich Gesundheit und Krankheit

Kontrollüberzeugungen für den Bereich Gesundheit und Krankheit untersuchten erstmalig Wallston, Wallston & De Vellis (1978). Lohhaus & Schmidt (1989 a,b) entwickelten den Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) für Jugendliche und Erwachsene, den ich auch in meiner Arbeit verwendete.

1.2.5 Ursachenattribution

Viele Patienten haben das Bedürfnis, eine Erklärung, eine Ursache für ihre Erkrankung zu finden (vgl. Funke 1989 oder Hasenbring 1989). Herzlich (1991) bietet hierfür folgende Erklärung an: Krankheit sei nicht nur die Gesamtheit der Symptome, sondern sie könne auch die „Verkörperung des Unglücks“ sein. „Sie ruft stets Formulierungen von Fragen hervor, die sich auf Ursachen und mehr noch auf den Sinn beziehen: »warum ich«, »warum er«, »warum hier«, »warum jetzt«“ (Herzlich 1991, 293). Das Bedürfnis, eine Ursache zu finden, kann aber in verschiedenen Kulturen unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Mattes (1991) stellte z.B. fest, daß Briten sich nicht so oft nach der Krankheitsursache fragen wie Deutsche. Für Patienten aus dem mediterranen Kulturraum ist es wiederum besonders wichtig, eine Krankheitsursache zu finden (s.u.).

Es gibt inzwischen eine Reihe von Untersuchungen, in denen die Patienten oder gesunde Probanden nach ihren Ursachenvorstellungen zu spezifischen Erkrankungen befragt wurden. Z.B. befragte Verres (1986) gesunde Probanden und Hasenbring (1989) Patienten nach den Ursachen von Krebs. Verres (1986) verwendete sowohl offene Fragen als auch eine Liste mit ätiopathogenetischen Kategorien. Als häufigste Ursachen wurden in beiden Fällen „Luftverschmutzung/Gift in der Nahrung“ sowie „Lebensweise: falsches Essen und Trinken, Rauchen, Alkohol“ angegeben. Jeder zweite nahm auch Schicksal, Pech oder Zufall als mögliche Krebsursache an.

Becker (1984) befragte u.a. Patientinnen mit Mammakarzinom und kam zu dem Schluß, daß magische Krankheitsvorstellungen, wie z.B. Schicksal oder Schuld/Strafe häufig nicht als mögliche Krankheitsursache geäußert werden, wenn die Patientinnen nach ihren Krankheitstheorien gefragt werden, dagegen bei einem non-direktiven Gesprächsverlaufes diese meist vorbewußten oder unbewußte Vorstellungen geäußert werden.

1.3 Vergleich türkischer und deutscher Krankheitskonzepte

1.3.1 Einführung

Wenn im folgenden immer wieder dem „deutschen Krankheitskonzept“ oder dem „türkischen Krankheitskonzept“ die Rede sein wird, handelt es sich um Verallgemeinerungen und um eine Vereinfachung. Tatsächlich gibt es weder das eine noch das andere, u.a. weil

- Krankheitskonzepte nicht nur von der jeweiligen Kultur, sondern auch von zahlreichen anderen Faktoren, wie z.B. Bildung oder auch Erfahrung mit Erkrankungen beeinflusst werden.
- ähnliche Krankheitskonzepte wie in der Türkei in einem Großteil des mediterranen Raumes verbreitet (z.B. das Konzept des „bösen Blickes“, s.u.) und ähnliche Krankheitskonzepte wie in Deutschland im mitteleuropäischen Kulturraum verbreitet sind.
- es immer wieder zu einer Berührung der beiden Kulturräume und auch zu einem Austausch des medizinischen Wissens und damit auch der Krankheitskonzepte kam. Erinnert sei nur an den berühmten islamischen Arzt Ibn-i Sina (Avicenna, ca. 980-1037), dessen Arbeit einen wichtigen Einfluß auf die islamische, aber auch auf die abendländische, Medizin hatte (vgl. Koen-Emge 1988).

Hauptunterschiede

In der Literatur zu Krankheitskonzepten türkischer bzw. mediterraner Patienten wird immer wieder auf drei grundlegende Unterschiede zu deutschen (mitteleuropäischen) Krankheitskonzepten hingewiesen (vgl. für Patienten aus dem mediterranen Raum Zimmermann 1983 und 1986, von Kroeger et al. 1986 für türkische Arbeitnehmer bestätigt). Diese Unterschiede werden in Tabelle 1 einander gegenübergestellt.

“Deutsche” Krankheitskonzepte	“Türkische” Krankheitskonzepte
Trennung zwischen Körper und Psyche	Keine Trennung (bzw. nicht so strikte Trennung) zwischen Körper und Psyche
Es ist möglich, daß nur ein Teil des Körpers erkrankt ist.	Der ganze Mensch ist krank
Eine Vielzahl von Ursachen für eine Erkrankung sind möglich. Ursachen können sowohl intern (z.B. Stoffwechselerkrankung) als auch extern sein. Manchmal findet man auch keine Ursache	Krankheit kommt von außen (externe Ursachenzuschreibung). Im allgemeinen wird <i>eine</i> äußere Ursache angenommen, was Zimmermann (1983, 1986) als “exogene Monokausalität” bezeichnet.

Tabelle 1: Hauptunterschiede zwischen deutschen und türkische Krankheitskonzepten

Weitere Unterschiede

Weitere Unterschiede sind z.T. inhaltlich differierenden Konzepte für Krankheitsursachen und unterschiedliche Kontrollüberzeugungen (s.u.).

Zu Mißverständnissen zwischen deutschen Ärzten und türkischen Patienten kann es auch durch unterschiedliches sprachliches Ausdrücken von Gefühlen kommen. Theilen (1985) bezeichnet als „Organsprache“ das Ausdrücken von Gefühlen durch Bezug auf den Körper, z.B. im Deutschen: „das hat mir das Herz gebrochen“ für ein Ereignis, das einen emotional sehr traurig gemacht hat. Theilen führt mehrere Beispiele für „Organsprache“ im Türkischen auf, bei denen vor allem die Leber eine große Rolle spielt, z.B. „Meine Leber wird groß“ oder „Meine Leber wird zerstückelt“ als Reaktion auf ein sehr leidvolles Ereignis (vgl. Theilen 1985).

Es würde den Rahmen dieser Dissertation sprengen, auf alle diese Unterschiede ausführlich einzugehen. Im folgenden wird daher nur auf die drei Hauptunterschiede kurz eingegangen.

1.3.2 Darstellung der Hauptunterschiede

Trennung zwischen Körper und Psyche

Im abendländischen Kulturraum entwickelte sich die konzeptionelle Trennung zwischen Körper und Psyche im Anschluß an die Philosophie Descartes (1596-1650), zur geschichtlichen Entwicklung des Körperkonzeptes (vgl. z.B. Winau 1982).

Diese Trennung wird bei weitem nicht von allen Kulturen gemacht. Zwar nehmen alle Gesellschaften neben dem Körper noch eine „nichtkörperliche, seelische, geistige ... Seins-

form an“ (Zimmermann 1986, 153), die aber viel schwerer faßbar ist. Außerdem wird dieser Seinsform ein höherer Rang zugewiesen, häufig ist sie unsterblich, „... im Sinne der Seele sogar als monadisch, also unvergänglicher, gestalt- und teilloser Zustand ...“ (Zimmermann 1986, 153). Eine Erkrankung im Sinne einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung ist daher nur schwer vorstellbar: „Anders als körperlich krank zu sein, bedeutet somit geisteskrank zu sein, eben verrückt zu sein ...“ (Zimmermann 1986, 153)

Grottian (1986) stellte fest, daß psychologische Erklärungsansätze bei einem großen Teil der türkischen Frauen nicht vorkommen, allerdings kamen sie bei einem Teil der Frauen mit qualifiziertem Schulabschluß vor.

Ein Teil des Körpers versus der ganze Körper

Krankheit wird in allen südeuropäischen und kleinasiatischen bäuerlichen Subkulturen als etwas verstanden, daß von außen in den Körper eindringt (s.u.) und ihn als ganzen befällt. „Dementsprechend reagiert der durch eine Krankheit befallene menschliche Körper sofort und umfassend mit allgemeinem Vitalitätsverlust, mit Erschöpfung und Abgeschlagenheit, meist mit Fieber und fast immer mit Schmerzen“ (Zimmermann 1983, 1113). Dagegen sind einzelne klar definierte Symptome seltener. Dies bestätigte auch die Untersuchung von Eser (1985). Er untersuchte Symptompräsentation und Krankheitsverhalten bei türkischen und deutschen Patienten. Er befragte jeweils 30 Patienten mit Oberbauchbeschwerden und fand u.a., daß die türkischen Patienten zahlreiche Nebenbeschwerden mit gleicher Intensität angeben, z.B. daß die Beschwerden auch häufig von Kopf- und Gliederschmerzen begleitet sind.

Exogene Monokausalität

Der Grundgedanke, der fast allen ätiologischen Konzepten aus dem mediterranen Raum zugrunde liegt, ist, daß Krankheit entweder von außen zugefügt oder durch falsche Handlungen hervorgerufen wird. Deswegen versucht der Betroffene und seine Umgebung immer wieder, die Frage zu beantworten: „Wieso habe ich diese Krankheit?“, „Woher kommt die Krankheit?“ (vgl. Kroeger et al 1986).

Für den Patienten und seine Familie ist es wichtig, daß die Krankheitsursache rasch gefunden wird. Wenn keine „natürlichen“ äußeren Ursachen gefunden werden können, werden ggf. übernatürliche Krankheitsursachen wie z.B. Magie oder der „böse Blick“ in Betracht gezogen (Zimmermann 1986 und Grottian 1986).

Die obigen Ausführungen bedeuten allerdings nicht, daß externale Ursachenzuschreibung bei Mitteleuropäern nicht vorkommen (vgl. z.B. Herzlich 1991, zu magischen Krankheitskonzepten s.u.).

1.3.3 Vergleich der Kontrollüberzeugungen

Laut Özelsel (1990) werden im islamischen Raum jedoch nicht nur Krankheitsursachen, sondern Ursachen- und Kontrollattributionen allgemein eher external vorgenommen. Sie führt dies darauf zurück, daß die Türkei zu den eher externalisierenden Kulturen bzgl. der Einhaltung von Richtlinien und Verboten zählt. Während in internalisierenden Kulturen (wie in Deutschland) die Normen verinnerlicht werden und es in der Verantwortung des Einzelnen liegt, sie einzuhalten, sorgen externalisierende Kulturen „hingegen durch strenge Kontrolle der situativen Faktoren dafür, daß gegen allgemeingültige Verhaltensnormen nur unter größten Schwierigkeiten verstoßen werden kann“ (Özelsel, 1990, 32). Durch die starke soziale Kontrolle hat der Einzelne relativ wenig Spielraum. „Hieraus ergeben sich, - auch im Hinblick auf das Ausmaß der Eigenverantwortlichkeit der Gesundheit gegenüber-, grundsätzlich unterschiedliche Kontrollerwartungen und -attributionen“ (Özelsel, 1990, 33).

Schepker (1995) konnte bei einer Untersuchung der Kontrollattributionen einen Unterschied zwischen türkischen und deutschen Jugendlichen aufzeigen (s.u.).

1.3.4 Inhaltlich differierende Ursachenvorstellungen

Wirsing (1992) untersuchte u.a. ätiologisches Wissen bzgl. Krankheitsentstehung in einer türkischen Kleinstadt. Er stellt Wissen über „moderne“ Theorien „traditionellen Krankheitskonzepten“ gegenüber. Als sogenannte „traditionelle Krankheitskonzepte“ beschreibt er:

- exzessive Kälte oder Wärme
- übernatürliche Kräfte oder Wesen
- zuviel oder zuwenig bestimmter Nahrungsmittel und
- mechanische Kräfte als Ursache.

Übernatürliche Krankheitsursachen

Eser (1985, 81) konnte bei Türken in Deutschland bei 50 % der Befragten einen Einfluß von traditionellen Krankheitskonzepten erkennen, während die Vorstellungen der Deutschen überwiegend von der Schulmedizin geprägt waren. In Eser (1985) ist auch eine gute

Zusammenfassung übernatürlicher Krankheitsursachen zu finden, auf die ich mich im folgenden beziehe:

- **Wille Gottes:** Für orthodoxe Mohammedaner ist der Sinn einer Erkrankung ungewiß, im Volksglauben dagegen ist Krankheit häufig eine Strafe für Sünden.
- **Vernachlässigung verwandtschaftlicher Pflichten:** Dies kann Ursache für Krankheit oder Unglück sein.
- **Geister (Cin)** werden vor allem bei neurologischen Erkrankungen angenommen.
- **Zauberei (büyü)**
- **Böser Blick (nazar):** Dieses Konzept ist im ganzen Mittelmeerraum verbreitet. Unglück oder Krankheit trifft einen v.a. durch den Neid einer anderen Person, der einen durch den bösen Blick trifft. Schutz bieten z.B. blaue Perlen („mavi boncuk“) oder die weit verbreiteten blauen Augen-Amulette.

Magische Krankheitsvorstellungen kommen jedoch nicht nur bei Patienten aus dem Mittelmeerraum vor, die von Becker (1984) befragten Patientinnen hatten z.B. auch Schicksal oder Schuld/Strafe als Krankheitsursache angegeben (vgl. auch Verres 1986).

Körperkonzepte

In der türkischen Körper- und Krankheitsvorstellung können auch durch das „Fallen“ oder „Verrutschen“ von Organe Beschwerden oder Erkrankungen auftreten. In der Türkei am bekanntesten ist das Konzept des „Nabelfalls“. Die Beschwerden, die durch Nabelfall verursacht werden können, sind vielfältig, ebenso die Ursachen. Häufig scheint ursächlich eine Überforderung im weitesten Sinne zu sein: „Die Last des Lebens, die Arbeit, wird zu schwer, der Körper, der ganze Mensch, ist dagegen schwach und kann diese Last nicht mehr tragen, demzufolge fällt, bzw. verrutscht der »Nabel«, das Zentrum, die Mitte, der Schwerpunkt des Körpers“ (Kroeger et al. 1986, 86, vgl. auch Koen-Emge, 1986 und 1988).

1.3.5 Einfluß auf Krankheitskonzepte

Kroeger et al. (1986) befragten türkische und deutsche Arbeitnehmerfamilien. Sie stellten fest, daß „traditionelle“ Krankheitskonzepte vom „sozialen Netzwerk“ mitbestimmt werden. Spezifische Vorstellungen der Volksmedizin gehen in der Migration verloren. Einzelne magisch-religiöse Vorstellungen werden vor allem bei chronischen Erkrankungen und im präventiven Bereich wieder sichtbar. Ob die Erkrankung akut oder chronisch war, hatte auch Einfluß darauf, welche Krankheitsursachen am häufigsten genannt wurden: Bei akuten

Erkrankungen wurden von Türken (n=275) und Deutschen (n=212) erst Wetter, dann Arbeit angegeben. Bei chronischen Erkrankungen wurde von den Türken am häufigsten mit „Ich weiß nicht“ geantwortet, dann Wetter, Arbeit und Streß genannt. Deutsche gaben in absteigender Reihenfolge Arbeit, „ich weiß nicht“, Streß und Grundkrankheit an.

1.3.6 Einfluß der Befragungsform auf die geäußerten Krankheitsursachen

Pfeffer und Moynihan (1996) sowie Sensky (1996) stellten die Problematik der Methodologie bei der Befragung von ethnischen Gruppen über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen dar. Landrine und Klonoff (1994) untersuchten den Einfluß der Befragungsform auf die von den Probanden angegebenen Krankheitsursachen. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß Minoritäten (in den USA) durch eine freie Antworten generierende Befragungsform eher daran gehindert werden, übernatürliche Krankheitsursachen zu äußern. Werden dagegen Krankheitsursachen vorgegeben und sollen diese entsprechen ihrer Wichtigkeit eingeschätzt werden, so zeigen sich zwischen weißen Interviewten und Interviewten aus Minoritäten bezüglich der angenommenen natürlichen und intrapersonalen Krankheitsursachen keine Unterschiede. Es kommt aber zu einem signifikanten Unterschied bei übernatürlichen Krankheitsursachen. (Aber auch die weißen Probanden schienen durch die offenen Befragungsform eher daran gehindert, übernatürliche Ursachen zu äußern: obwohl nur 4,7 % spontan übernatürliche Ursachen angegeben hatte, schätzen bei vorgegebenen Ursachen bis zu 66,4 % diese als sehr wichtig ein). Landrine und Klonoff kommen zu dem Schluß. „This implies that the results in the literature regarding people’s beliefs about the causes of illness may in part represent socially desirable rather than truthful answers; subjects may be telling us what they believe we believe and want to hear.“ (S. 191).

Unter diesem Gesichtspunkt kann man auch die Ergebnisse von Eskin (1989) betrachten: Bewohner eines türkischen Dorfes an der Ägeis wurden bezüglich der Ursachen psychischer Erkrankungen befragt und äußerten keine übernatürlichen Erklärungsmuster. In einer zweiten Frage wurden sie dagegen dazu aufgefordert, ob sie den Psychiater, das psychiatrische Krankenhaus oder den hoca (türkischer traditioneller Heiler) am hilfreichsten, am zweiten hilfreich oder am wenigsten hilfreich halten. Die überwiegende Mehrzahl (135) hielt zwar den Psychiater, aber immerhin 17 der 192 Befragten den Hoca für am hilfreichsten.

1.4 Krankheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen bei Kindern und Jugendlichen

1.4.1 Einführung

Krankheitskonzepte von Kindern unterscheiden sich z.T. erheblich von denen von Erwachsenen. Dies trifft vor allem für jüngere Kinder zu. „Hierbei mögen einerseits *Wissensdefizite* eine Rolle spielen, die die Einordnung und das Verständnis von Informationen über Erkrankungen erschweren. Andererseits ist gleichzeitig davon auszugehen, daß auch die *Denkstrukturen* einem Entwicklungsprozeß unterliegen, der in den jüngeren Altersgruppen noch nicht abgeschlossen ist“ (Lohaus 1996, 3f). Aber auch Jugendliche unterscheiden sich nach Millstein et al. (1981) noch hinsichtlich ihrer Konzepte von Erwachsenen. Millstein et al. befragten Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren und kamen zu dem Ergebnis, daß die Krankheitsdefinitionen von Jugendlichen zwischen denen von Erwachsenen und Kindern liegen. Jugendliche geben zwar inhaltlich mehr „erwachsenenähnliche“ Antworten, aber wie bei Kindern auf mehr beschreibende Art. Auch war die Korrelation der Antworten zwischen Kindern und Jugendlichen am höchsten.

Lohaus (1993) unterscheidet in seinem Übersichtsartikel zu Krankheitskonzepten von Kindern zwei Forschungstraditionen, die sich bei der wissenschaftlichen Erforschung von Krankheitskonzepten herausgebildet haben:

- a) kognitiv-strukturalistische Ansätze (auf Piaget zurückgehend)
- b) inhaltlich-wissensorientierte Ansätze (die Informationsverarbeitungskapazität von Kindern wird untersucht).

Der kognitiv-strukturalistische Ansatz war in den letzten Jahren zunehmend Grundlage der Erforschung von Krankheitskonzepten und wird im folgenden Abschnitt ausführlicher dargestellt. Er geht von einer stufenweisen Entwicklung der kognitiven Entwicklung aus, wohingegen der inhaltlich-wissensorientierte Ansatz (vgl. z.B. Eiser 1985, 1990) von einer kontinuierlichen Entwicklung ausgeht, von einer kontinuierlichen Wissenszunahme, die sich allmählich dem Erwachsenenstatus annähert.

1.4.2 Die stufenweise kognitive Entwicklung

Bei der Untersuchung von Krankheitskonzepten von Kindern sollte deren kognitives Entwicklungsstadium berücksichtigt werden. „Es wird dabei von der Annahme ausgegangen, daß die allgemeine Denkentwicklung die Grundlage für die Ausbildung von Denkstrukturen im Bereich „Gesundheit und Krankheit“ bildet“ (Lohaus 1996, 4). Die meisten dieser Studien stützen sich auf die Theorie der kognitiven Entwicklung von Piaget (1975, Übersicht in: Gelman, Baillargeon, 1983). Piaget nimmt für die kognitive Entwicklung vier aufeinander aufbauende Entwicklungsabschnitte an:

- Sensumotorische Intelligenz (bis 2. Lebensjahr)
- Präoperationales Denken
- Konkret-operationales Denken
- Formal-logisches Denken

Das Hauptunterscheidungskriterium zwischen den einzelnen Stadien ist dabei der Grad, indem zwischen Selbst und anderen unterschieden wird (vgl. Bibace & Walsh 1980). Lohaus (1996) hat die Charakteristika der Denkprozesse in den einzelnen Entwicklungsstufen im Bereich der Allgemeinen Denkentwicklung und in bezug auf Gesundheit und Krankheit in einer Tabelle zusammenfassend gegenübergestellt (s. Tabelle 2). Die einzelnen Stufen werden nacheinander durchlaufen. Die Entwicklung beim einzelnen Kind kann aber verzögert oder beschleunigt sein, so daß die in Tabelle 2 und in der folgenden Beschreibung angegebenen Altersspannen nur Richtwerte sind. Für den Bereich der sensumotorischen Intelligenz macht Lohaus keine Angaben, „da in diesem Altersabschnitt ein Konzeptaufbau im Erkrankungsbereich noch kaum stattfindet“ (Lohaus 1996,4).

	Allgemeine Denkentwicklung	Bezug zu Gesundheit und Krankheit
Präoperationales Entwicklungsstadium	Konzentration auf das unmittelbar Wahrnehmbare/ Beobachtbare	Konzentration auf sichtbare oder fühlbare Symptome
Altersbereich: 3 bis 6 Jahre	Kaum Verständnis für Zusammenhänge zwischen Ereignissen (z.B. Ursache und Wirkung)	Keine oder wenig realistische Vorstellungen über Krankheitsursachen und Krankheitsverläufe
	Unfähigkeit, mehrere Zustände gleichzeitig zu betrachten	Geringes Verständnis für die Prozeßhaftigkeit von Erkrankungen

	Egozentrismus des Denkens (eigener Blickwinkel im Mittelpunkt, kein Hineinversetzen in die Perspektive anderer)	Geringes Verständnis für die Intentionen anderer sowie für die Fähigkeit anderer, die eigene Situation zu verstehen
Konkret-operationales Entwicklungsstadium Altersbereich: 7 bis 11 Jahre	Verständnis für einfache Zusammenhänge zwischen Sachverhalten Zunehmende Fähigkeit, mehrere Zustände gleichzeitig zu betrachten Konzentration auf konkrete Sachverhalte (wenig Abstraktionsfähigkeit) Fähigkeit, neben dem eigenen Blickwinkel auch andere Blickwinkel zu sehen	Verständnis einfacher Relationen zwischen Krankheitsursache und Wirkung Zunehmendes Verständnis für die Prozeßhaftigkeit von Erkrankungen Verständnis für Sachverhalte, die konkret beschrieben werden (konkrete Symptome, konkrete Therapien etc.) Fähigkeit, Denken und Gefühle anderer zu erschließen, und Wissen, daß auch andere dies können
Formal-operationales Entwicklungsstadium Altersbereich: Ab 12 Jahre	Verständnis für komplexe Zusammenhänge und Fähigkeit, mehrere Zustände gleichzeitig zu betrachten Höhere Abstraktionsfähigkeit und Fähigkeit zu hypothetischen, von der Realität losgelöstem Denken Fähigkeit zur Betrachtung eines Sachverhaltes aus verschiedenen Blickwinkeln	Verständnis für komplexe Funktionszusammenhänge Fähigkeit, abstrahierte Modelle (auch hypothetisch) auf andere Sachverhalte zu übertragen Fähigkeit, Sachverhalte aus den verschiedensten Blickwinkeln zu betrachten (z.B. Krankheit aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive

Tabelle 2: Charakteristika der allgemeinen Denkentwicklung und ihrer Bezüge zu den Konzeptbildungen im Bereich von Gesundheit und Krankheit (aus Lohaus 1996, 5).

Zwei häufig zitierte Studien zu kindlichen Krankheitskonzepten auf der Grundlage von Piagets Theorien sind die von Bibace & Walsh (1980) sowie die Studie von Brewster (1982). Bibace & Walsh befragten Kinder im Alter von 4, 7, und 11 Jahren bezüglich ihrer Krankheitskonzepte. Fragen waren z.B. „What is a cold?“ „Why do people get colds?“ „How do people get colds?“ Die gegebenen Antworten konnten sie drei Haupttypen entsprechend der Stadien nach Piaget zuordnen. Außerdem unterschieden sie die einzelnen Entwicklungssta-

dien noch in zwei Subtypen, zusätzlich führten sie noch eine Kategorie „Incomprehension“ für einige der jüngsten Kinder der Pilotstudie ein.

Auch Brewster (1982) nahm Bezug auf die Entwicklungsstadien von Piaget. Sie befragte chronisch kranke Kinder im Alter zwischen 5 und 12 Jahren. Die genannten Krankheitsursachen ließen sich drei Entwicklungsstufen zuordnen:

1. Krankheiten als Folge von Regelüberschreitungen: Die Erkrankung wird als Strafe für das regelverletzende Verhalten angesehen, wobei es sich um Regeln sowohl mit Bezug zu Erkrankungen (z.B. daß das Kind sich warm anziehen soll) als auch ohne Bezug zu Erkrankungen handeln kann.
2. Krankheit als Resultat einer (einheitlichen) externen Ursache: Hierbei wird eine spezifische (allen Erkrankungen gemeinsame) Ursache angenommen, die konkret-physikalisch ist. Inhaltlich werden meist Krankheitserreger als Ursache genannt.
3. Krankheit als multifaktiorenell determiniert durch die Interaktion interner und externer Ursachen

In Tabelle 3 sind die Einteilungen von Bibace & Walsh denen von Brewster jeweils mit Beispielen einander gegenübergestellt. Weitere Studien ergänzten oder differenzierten diese Ergebnisse. So geben z.B. laut Kister & Patterson (1980) in der präoperationalen Phase, Kinder, die aufgeklärt wurden, Ansteckung häufiger als Fehlverhalten als Krankheitsursache an. Laut Siegal et al. (1988) wird Fehlverhalten nur als Erklärung herangezogen, wenn andere Erklärungsmuster versagen.

Entwicklungsstadium nach Piaget	Scoringkategorien von Bibace & Walsh (1980)	Entwicklungsstadien nach Brewster (1982)
Prälogische Erklärungen <i>Beispiele</i>	Phänomenismus <i>„From the sun“, „From trees“</i>	Krankheit als Folge von Regelverletzungen <i>Nicht warm genug angezogen oder Fernsehverbot nicht beachtet</i>
<i>Beispiele</i>	Ansteckung <i>„When someone else gets near them.“</i>	
Konkret-logische Erklärungen <i>Beispiele</i>	Verunreinigung, schädlicher Einfluß von externen Personen, Objekten oder Handlungen <i>„You’re outside without a hat and you start sneezing. Your head would get cold – the cold would touch you – and then it would get all over your body.“</i>	Krankheit als Folge einer externen, konkret-physikalischen Ursache <i>Krankheitserreger</i>

<i>Beispiele</i>	Internalisation <i>„In winter, they breathe in too much air into their nose and it blocks up the nose.“</i>	
Formal-logische Erklärungen <i>Beispiele</i>	Physiologische Erklärungen <i>„They come from viruses, I guess. Other people have the virus and it gets into your bloodstream and it causes cold.“</i>	Multifaktoriell determinierte Erkrankung, Interaktion interner und externer Ursachen <i>Zusammenwirken von Krankheitserregern und Immunschwäche</i>
<i>Beispiele</i>	Psychophysiologische Erklärungen <i>How do people get a heart attack? „It can come from being all nerve wracked. You worry too much. The tension can affect your heart.“</i>	

Tabelle 3: Scoringkategorien von Bibace & Walsh (1980) mit Beispielen und Entwicklungsstadien von Brewster (1982) mit Beispielen

Kritik an der Theorie der stufenweisen Entwicklung von Krankheitskonzepten

Das Forschungskonzept der stufenweisen Entwicklung von Krankheitskonzepten ist von verschiedenen Seiten kritisiert worden. (vgl. z.B. Burbach und Peterson 1986 sowie Eiser 1990, 1993). „Schwierigkeiten ergeben sich bei der Erklärung, wie der Übergang von einer Stufe zur nächsten erfolgt, und ob solche diskreten Stufen des Denkens wirklich existieren (Gelman u. Barlington 1983). Generell wird die latente Annahme kritisiert, daß sich Kinder in einem Vakuum entwickeln und daß sowohl Erfahrungen als auch sozialen und kulturellen Faktoren wenig Bedeutung beigemessen wird (Nelson 1986)“ (Eiser 1990, S. 31). Eiser (1990) stellt auch alternative Ansätze vor.

1.4.3 Einflußfaktoren auf die Ausbildung von Krankheitskonzepten

„In Übereinstimmung mit den grundsätzlichen Annahmen der kognitiven Theorie Piagets und auch der dem Health-Belief-Model zugrunde liegenden Lebensraum-Konzeption Lewins wird davon ausgegangen, daß gesundheits- und krankheitsbezogenen Konzepte in aktiver Auseinandersetzung mit der wahrgenommenen Realität aufgebaut werden“, d.h. daß Krankheitskonzepte sich im Rahmen der vorhandenen Denkmöglichkeiten entwickeln, wobei bei der Ausformung dann die aktive Auseinandersetzung eine Rolle spielt. „Möglichkeiten hierzu bieten sich (a) über eigene Krankheitserfahrungen, (b) über Krankheitserfahrungen, die bei anderen beobachtet werden und (c) über die Vermittlung gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Wissens durch andere“ (Lohaus 1990, 18). Wichtig für die Ausbildung von

Krankheitskonzepten bei Kindern sind vor allem folgende Einflußfaktoren (vgl. Lohaus 1990):

- Der allgemeine kognitive Entwicklungsstand des Kindes (s.o.)
- Krankheitserfahrungen (eigene und miterlebte)
- Generalisierte Denkstrukturen (Erfahrungen zu einem Problem werden zusammengefaßt und generalisiert)
- Affektive und handlungsbezogene Komponenten
- Charaktereigenschaften des Kindes
- Kultur und soziales Umfeld des Kindes

Einfluß von Krankheitserfahrungen

Bei **kurzfristigen Erkrankungen** ist laut Eiser, Patterson & Eiser (1983) das Wissen über die durchgemachte Erkrankung nicht prinzipiell besser als bei Erkrankungen, die das Kind noch nicht hatte.

Bei **längeren (chronischen) Erkrankungen** werden zwei verschiedene Hypothesen diskutiert (vgl. Lohaus 1990):

- Durch die längerfristige Erkrankung und der damit verbundenen Auseinandersetzung kommt es zu einer Wissenserweiterung.
- Durch emotionale Belastungen, die mit der Erkrankung verbunden sind, wird die Informationsaufnahme und -verarbeitung behindert. Es kommt entweder zu einer Stagnation der Konzeptentwicklung oder auch im Sinne einer Regression zu einem Rückfall auf frühere kognitive Entwicklungsstufen. (Beide Mechanismen werden in der Literatur nicht unterschieden und als „kognitive Regression“ bezeichnet, vgl. Lohaus 1990, 80).

Für beide Hypothesen lassen sich in der Literatur bestätigende Ergebnisse finden: Die Studie von Eiser, Patterson & Tripp (1984) ergab für jüngere Kinder, die an Diabetes mellitus erkrankt waren, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich ihres Krankheitswissens gegenüber gesunden Kindern. Bei älteren erkrankten Kindern ließ sich zwar ein Wissensvorsprung hinsichtlich des Diabetes erkennen, aber nicht hinsichtlich Erkrankung allgemein.

Eine Studie, die die zweite These stützt, ist die von Carandang, Folkins, Hines & Steward (1979). Sie untersuchten allerdings *Geschwisterkinder* erkrankter Kinder: Sie verglichen 6-15jährige Kinder, deren Geschwister an Diabetes mellitus erkrankt waren mit Kindern mit

gesunden Geschwistern. Die beiden Gruppen waren hinsichtlich des allgemeinen kognitiven Levels, Geschlecht, Schulklasse und sozioökonomischen Status vergleichbar. Die Konzepte der Kinder mit erkrankten Geschwistern, besonders deutlich im Stadium der formalen Operationen, zeigten sich für den Bereich Gesundheit und Krankheit als weniger weit entwickelt. Als Erklärungsmöglichkeiten für dieses Ergebnis diskutieren sie:

- Stress, der die kognitive Verarbeitung behindert: „Long term stress, such as engendered by chronic illness, may interfere with understanding in a more permanent and indirect fashion, as family dynamics shift to allow day to day coping with a threatening situation“ (Carandang et al. 1979, 479).
- Besonders bei Jugendlichen im Stadium der formalen Operationen könnte ein weiterer Mechanismus hinzukommen: Daß sie realisieren, daß sie selber anfällig für diese Erkrankung sein (oder sie auch vererben) könnten. „Not all adolescents will cope with that stark reality in the same way - some may choose not to deal with it at all.“ (a.a.O, 480).
- Sie diskutieren allerdings auch, daß es zu Informationsdefiziten bei den Kindern gekommen sein könnte, wenn die Eltern selber Diskussionen über die Erkrankung scheuen, um eigene Ängste abzuwehren (vgl. a.a.O, 480).

Erkrankung kann aber Einfluß nicht nur auf die Konzeptbildung im Bereich Gesundheit und Krankheit haben, sondern auch auf die allgemeine kognitive Entwicklung (vgl. Lohaus 1990).

Generalisierte Denkstrukturen

„Generalisierte Denkstrukturen“ entstehen, wenn Erfahrungen zu einem Problem (z.B. zu einer Erkrankung) zusammengefaßt und generalisiert werden, z.B. für die Bereiche Gesundheitsbesorgnis und Krankheitsanfälligkeit oder bei Kontrollüberzeugungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Auf Kontrollüberzeugungen bei Kindern und Jugendlichen wird unten ausführlicher eingegangen.

Affektive und handlungsbezogene Komponenten

Die Beziehungen zwischen Erkrankungen, Affekten und kognitiven Konzepten sind komplex. Zum einen rufen Erkrankungen Affekte hervor, z.T. können sie auch zu emotionalen Störungen oder Verhaltensstörungen führen. Zum Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen gibt es inzwischen eine Fülle von Studien (zur Übersicht vgl. z.B.: Petermann, Noeker & Bode 1987). Affekte, wie beispielsweise Angst können den Aufbau kognitiver Konzepte beeinträchtigen (s.o.).

Laut Lohaus (1990) ist der Einfluß von Handlungen auf die Krankheitskonzeptbildung bisher kaum untersucht worden. Er unterscheidet „Handeln im Gesundheitsfall“ und „Handeln im Krankheitsfall“ und stellt fest: „Weiterhin ist bisher wenig berücksichtigt, daß Wechselwirkungen zwischen Kognitionen und Handeln in der Art bestehen können, daß durch Handlungserfolge und (vor allem) Mißerfolge kognitive Konzepte verändert werden können“ (Lohaus 1990, 20).

Charaktereigenschaften des Kindes

Zum Einfluß von persönlichen Eigenschaften des Kindes auf die Krankheitskonzeptbildung gibt es verschiedene, sich z.T. widersprechende Studien:

- **Selbstbewußtsein:** Lau & Klepper (1988) fanden bei Kindern zwischen 6 und 12 Jahren einen Zusammenhang mit der „Illness Orientation“. Schmidt (1994) konnte einen Zusammenhang zwischen Selbstbewußtsein und Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit feststellen.
- **Ängstlichkeit:** Susmann, Dorn & Fletcher (1987) konnten keinen Einfluß von Ängstlichkeit auf die Krankheitskonzepte feststellen.
- **Intelligenz:** laut Perrin & Gerrity (1981) ist das kognitive Entwicklungsstadium und nicht der IQ des Kindes entscheidend für die Konzeptbildung.
- **Geschlecht:** laut Perrin und Gerrity (1981) hat das Geschlecht des Kindes keinen Einfluß auf die Krankheitskonzepte. Auch Schmidt (1994) konnte für Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit keinen nennenswerten Geschlechtsunterschied feststellen. Für den Bereich Gesundheitsbesorgnis konnten Turner et al. (1985) allerdings einen Einfluß des Geschlechts feststellen.

Einfluß sozialer Bedingungen

Der Einfluß sozialer Bedingungen auf die Entwicklung des Kindes ist komplex. Die „social-ecology“-Theorie versucht sich diesen Bedingungen anzunähern: „Social ecology theory emphasises the relationship between the developing child and the social contexts in which interactions occur. The assumption is that the child is at the centre of a series of concentric rings, with the nested circles represent larger environments with which the child must interact (Bronfenbrenner 1979)“ (Eiser 1993, 27). Dabei wird zwischen verschiedenen Systemen unterschieden: Mikrosysteme, die einen direkten Einfluß auf das Kind haben (wie die Familie), solche, die nur einen indirekten Einfluß haben (z.B. die Freunde der Eltern über die Eltern). Als Makrosystem werden schließlich alle Einflüsse bezeichnet, die auf die

Mitglieder einer Kultur oder Subkultur wirken (vgl. Lohaus 1990). Die meisten vorliegenden Studien beschäftigen sich mit dem Einfluß der Mikrosysteme, vor allem der Familie.

Formale Unterschiede: Turner, Smith & Jacobson (1985) untersuchten den Einfluß von Familienstand und Status der Familie, Familiengröße sowie Geschwisterstellung auf die Gesundheitsbesorgnis von 12-15jährigen. Jugendliche mit nur einem Elternteil zeigten weniger Gesundheitsbesorgnis, Erst- und Letztgeborene erhöhte Gesundheitsbesorgnis. Bei Mädchen in größeren Familie kam es zu erhöhter Gesundheitsbesorgnis, während Mädchen in kleineren Familien eher Gefühle innerer Gespanntheit äußerten.

Erkrankungen von Geschwistern: Wie oben schon dargelegt, fanden Carandang et al. (1979), daß die Konzeptbildung von Geschwistern erkrankter Kinder im Bereich Gesundheit und Krankheit niedriger war als von Geschwistern gesunder Kinder. Die Erkrankung des Geschwisters kann aber nicht nur Einfluß auf die Krankheitskonzeptbildung des Kindes haben, sondern auch zu psychischen oder Verhaltensstörungen führen (vgl. z.B. Engström 1992 und Stawski et al. 1997). Stawski et al. fanden, daß Geschwister chronisch kranker Kinder im Vergleich zur gleichaltrigen Population nicht signifikant mehr Verhaltensstörungen haben, daß aber eine positive Korrelation bzgl. Verhaltensstörungen zwischen erkranktem Kind und Geschwisterkind besteht. Außerdem hat die Geschwisterstellung Einfluß: Ältere Geschwister von erkrankten Kindern schienen ein größeres Risiko, speziell für internalisierende Störungen, zu haben, als jüngere Geschwister.

Einfluß des Krankheitskonzeptes der Eltern: Campbell (1975) untersuchte die Übereinstimmung der Krankheitsdefinitionen von Müttern und Kindern. Es zeigte sich, daß zwar die Definition einer individuellen Mutter mit ihrem Kind kaum übereinstimmt, daß es aber bei der Gesamtgruppe der Mütter mit der Gesamtgruppe ihrer Kinder zu deutlichen Profilübereinstimmungen bestehen.

Kulturelle Einflüsse: vgl. dazu Abschnitt 1.3.

1.4.4 Kontrollüberzeugungen

Im Abschnitt 1.2 (Subjektive Krankheitskonzepte) wurde die Forschungstradition zu Kontrollüberzeugungen allgemein und zu Kontrollüberzeugungen im Bereich Gesundheit und Krankheit dargestellt. Im folgenden wird nur auf Forschungen, die sich explizit mit Kindern und Jugendlichen befassen, Bezug genommen.

Allgemeine Kontrollüberzeugungen

Nowicki und Strickland (1973) entwickelten die „Locus-of-Control-Scale“ für Kinder und kamen zu dem Ergebnis, daß die „interne Kontrolle“ mit dem Alter zunimmt. Sie fanden eine positive Korrelation zwischen Internalität und dem Schulerfolg des Kindes sowie eine tendenziell positive Korrelation mit dem Niveau der Berufstätigkeit des Vaters. Das Selbstwertgefühl korrelierte hoch mit Internalität, wogegen Intelligenz keinen signifikanten Einfluß hatte (vgl. Nowicki und Strickland 1973).

„Die ursprünglich angenommene Unidimensionalität des Internalitäts-Externalitäts-Konstruktes wurde auch von Nowicki (1976) bald aufgegeben, der vorschlug, zwischen einem allgemeinen Gesamt- und spezifischen Subscores zu unterscheiden, je nach der Fragestellung des Untersuchers“ (Scheper 1995, 13).

Die Nowicki-Strickland-Scales sind inzwischen weltweit an Kindern und Jugendlichen der verschiedensten Nationalitäten untersucht worden (vgl. Scheper, 1995, 13). Für den deutschsprachigen Raum liegen Versionen von Schneewind (Nowicki und Schneewind 1982) und Petermann und Petermann (1978) vor.

Scheper (1995) erstellte eine etwas erweiterte Version und neu ins Deutsche und Türkische übersetzte Version der Nowicki-Strickland-Scales. (Genaueres s. im Kapitel 2: Methoden). Sie normierte diese Version für deutsche und in Deutschland lebende türkische Jugendliche und verglich außerdem gesunde Jugendliche mit Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie konnte einen deutlichen Unterschied zwischen deutschen und türkischen Jugendlichen im Gesamtscore feststellen: Die türkischen Jugendlichen attribuierten hochsignifikant externaler. Auch attribuierten die Mädchen beider Nationalitäten externaler als die Jungen (was im Gegensatz zu den meisten US-amerikanischen Studien steht). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war signifikant, in der Varianzanalyse zeigte sich allerdings, daß der Einfluß der Nationalität bedeutsamer ist als der des Geschlechtes.

Türkische Jugendliche attribuierten allerdings in den einzelnen Subscores (Magie, Selbst, Familie, Peers sowie Schule und Leistung) nur bei Magie, Selbst und Familie externaler als deutsche. Im Subscore Peers waren beide Gruppen ungefähr gleich und im Bereich Schule/Leistung attribuierten türkische Jugendliche tendenziell internaler als deutsche.

Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit

Für den Bereich Gesundheit und Krankheit entwickelten Wallston, Wallston und DeVellis (1978) den „Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)“ für Erwachsene. Lohaus und Schmitt (1989 a,b) entwickelten für Jugendliche und Erwachsene den „Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)“, der sich an den MHLC anlehnt. Der KKG wurde unter anderem in der Studie von Schmitt, Lohaus und Salewski (1989) und der Arbeit von Schmidt (1994) verwendet. Schmidt hat auch eine ausführliche Literaturübersicht über Studien zu Krankheitskonzepten bei Kindern und zu Kontrollüberzeugungen im Bereich Gesundheit und Krankheit erstellt.

Die Internalität nimmt mit dem Alter meist zu, die Externalität in der Regel gleichzeitig ab und zwar sowohl allgemein, als auch für den Bereich Gesundheit (vgl. Lohaus, 1990).

Schmitt, Lohaus und Salewski (1989) untersuchten die Kontrollüberzeugungen von Jugendlichen mit Asthma bronchiale, Diabetes mellitus und Alopecia areata. Sie stellten fest, daß sich die tatsächlichen Einflußmöglichkeiten der Jugendlichen auf den Krankheitsverlauf (bei Diabetes mellitus am meisten, bei Alopecia areata am wenigsten) auch in den Kontrollüberzeugungen der Jugendlichen widerspiegeln: Die Jugendlichen mit Diabetes mellitus attribuieren internaler als die mit Asthma, diese internaler als die mit Alopecia. Die Werte bei fatalistischer Externalität sind genau umgekehrt, während alle erkrankten Jugendlichen eine im Vergleich zu Gesunden erhöhte soziale Externalität zeigten.

Schmidt (1994) verwendete auch den KKG und verglich 8-10jährige mit 12-14jährigen Schulkindern. Er konnte zwar auch eine Einfluß des Alters feststellen (Externalität sinkt mit dem Alter, jedoch steigt die Internalität nicht an). Gleichzeitig zeigt sich aber eine starke negative Korrelation zwischen dem Selbstbewußtsein und der Skala „External-überpersönlich“ des KKG. Schmidt kommt zu dem Schluß: „Das Selbstkonzept ist damit in weit höherem Maße mit dem Krankheitskonzept verbunden als das Alter oder indirekt auch der mit dem Alter verbundene kognitive Entwicklungsstand“ (Schmidt 1994, 98)

Um Kontrollüberzeugungen für den Bereich Gesundheit und Krankheit zu entwickeln muß das Kind nicht unbedingt eigene Erfahrungen in diesem Bereich haben. Es reichen z.B. auch Information durch andere. „Je weniger Informationen jedoch insgesamt vorliegen, desto stärker dürften Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit mit den allgemeinen,

bereichsübergreifenden Kontrollüberzeugungen übereinstimmen, da in diesem Fall wenig Gelegenheit bestand, spezifische Kontrollüberzeugungen zu diesem Bereich zu entwickeln“ (Lohaus 1990, 107f).

1.5 Hypothesen

Aufgrund der Literatur wird angenommen, daß sich Krankheitskonzepte von deutschen und türkischen Mädchen in vielen Bereichen gleichen. Dennoch werden sowohl im Bereich der Kontrollattributionen als auch im Bereich der Kausalattributionen Unterschiede angenommen:

- Die allgemeine Kontrollattribution türkische Mädchen ist externaler als bei deutschen Mädchen.
- Die Kontrollattribution im Bereich Krankheit und Gesundheit ist bei türkische Mädchen externaler als bei deutsche Mädchen.
- Bei der Kausalattribution von Krankheit lassen sich inhaltliche Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Mädchen feststellen.

„Bilmemek ayıp değil, sormamak ayıp.“

Es ist nicht schimpflich, etwas nicht zu wissen.
Schimpflich ist es, nicht zu fragen.

Türkisches Sprichwort

2 Untersuchungsablauf und Methoden

2.1 Untersuchungsablauf

Die Hauptstudie mit deutschen und türkischen Mädchen an Berliner Schulen wurde durch eine Expertenbefragung und zwei Pilotstudien vorbereitet, deren Ziel es einerseits war, ein geeignetes Instrumentarium zur Erfassung von Kausalattributionen zu entwickeln. Zum anderen sollte die türkische Übersetzung aller Instrumente erprobt werden (Pilotstudie in der Türkei).

Sommer 1993	Expertenbefragung: bezüglich magischer und traditioneller deutscher Krankheitskonzepte
Winter 1993/94	Pilotstudie mit deutschen und türkischen Jugendlichen in Deutschland
Frühjahr 1994	Pilotstudie mit Mädchen in der Türkei
Frühjahr 1995	Hauptstudie: Befragung von deutschen und türkischen Mädchen in Berliner Schulen

Tabelle 4: Zeitlicher Ablauf der Untersuchung

2.1.1 Expertenbefragung

Die Expertenbefragung wurde durchgeführt, um neben dem Literaturstudium noch weitere Anhaltspunkte für im deutschen Kulturraum noch verbreitete traditionelle Krankheitsvorstellungen zu gewinnen. Dazu wurden 12 Medizinstudenten und Ärzte (Teilnehmer eines Doktorandenkolloquiums) gebeten, ihnen bekannte, mögliche Krankheitsursachen frei aufzuschreiben. Sie wurden explizit gebeten, nicht nur Ursachen aufzuschreiben, die sie selber für möglich halten, sondern auch Ursachen, die sie von anderen (z.B. Patienten, eigene Angehörige) gehört hatten oder die sie für „traditionell“ halten (als Beispiel wurde ihnen „Erkältung oder Nackensteifigkeit durch Zugluft“ genannt).

Die erhaltenen Antworten wurden zu Oberbegriffen zusammengefaßt. Sie bildeten gemeinsam mit den, mit Hilfe des Literaturstudiums erhaltenen, Krankheitsursachen die Grundlage für die Items des strukturierten Interviewteils in der Pilotstudie in Deutschland.

2.1.2 Pilotstudie in Deutschland

Ziel der Pilotstudie war, ein für die Erfassung von Kausalattributionen geeignetes Instrument zu entwickeln und zu erproben. Auf Vergleichbarkeit der Stichproben wurde in diesem Rahmen nicht geachtet. Es wurden 12 weibliche und zwei männliche Jugendliche und junge Erwachsene befragt, davon waren sechs deutscher und acht türkischer Herkunft. Die Deutschen waren überwiegend Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und im Mittel 17,2 Jahre alt. Die türkischen Interviewten waren im Mittel 15,4 Jahre alt, davon waren drei Patienten. Es wurde ein Interview mit einem Teil mit offenen Fragen und einem strukturierten Interviewteil durchgeführt. Die Antworten wurden von der Untersucherin aufgeschrieben und gleichzeitig mit Kassettenrecorder aufgenommen.

Interviewteil mit offenen Fragen

Die Antworten auf die Frage „Warum können Menschen krank werden?“ konnten frei gegeben werden und wurden später von zwei Ratern verschiedenen Oberbegriffen zugeordnet. Diese wurden zur besseren Darstellung dann zu mehreren Bereichen zusammengefaßt. So enthält der Bereich „Temperatur“ z.B. die Oberbegriffe „Kälte, zu dünn angezogen, Wärme, Wechsel zwischen Wärme und Kälte“.

Strukturierter Interviewteil

Im strukturierten Interviewteil wurde jeweils zunächst eine geschlossene Frage gestellt, z.B. „Kann man durch Kälte krank werden?“ Antwortmöglichkeiten waren: „Ja / nein / Ich weiß nicht / Ich glaube nicht, aber andere glauben es / Unsinn“. Diese Form der Antwortmöglichkeiten wurde gewählt, um auch Ursachenzuschreibungen zu erhalten, die die Jugendlichen zwar selber nicht glauben, aber in ihrem Umfeld schon einmal gehört haben.

Wenn die Frage bejaht wurde, wurden die Interviewten um Beispiele gebeten. Meist wurden dann Krankheiten aufgezählt, die man aufgrund der jeweiligen Ursache bekommen kann. Z.T. wurden aber auch spontan Beispiele auf Fragen gegeben, die zunächst mit „Ich weiß nicht“ beantwortet wurden. In einigen Fällen wurde eine Frage zuerst mit „Nein“ beantwortet und den Informandinnen fiel dann doch noch ein Beispiel ein, welche Erkrankung man

aufgrund dieser Ursache bekommen könnte. Von den Ergebnissen der Pilotstudie ausgehend wurden die Krankheitsursachen-Fragekarten formuliert.

2.1.3 Pilotstudie in der Türkei

Bei einem Türkeiaufenthalt im Frühjahr 1994 wurden 16 türkische Mädchen befragt. Ziel der Befragung war es vor allem, die Fragebögen in der übersetzten Fassung zu erprobieren, außerdem sollten noch einmal mögliche weitere Krankheitsursachen erfragt werden. Es wurden bei dieser Befragung alle später auch in der Hauptbefragung verwendeten Instrumente eingesetzt, von denen einige später leicht überarbeitet wurden (v.a. der „Vorfragebogen“ (Fragen zur Erfassung von sozialen Bedingungen und einige der Fragekarten). Zur besseren Vergleichbarkeit mit der Hauptuntersuchung wurden später nur die 14-16jährigen (N = 11) in die Bewertung einbezogen. Die Stichproben sind allerdings aus mehreren Gründen nicht vergleichbar. Vor allem sind zu nennen:

- Die Untersucherin war zu Besuch bei einer Familie in Kırıkali, einer größeren Stadt in der Nähe von Ankara. Die befragten Mädchen waren alle Mitglieder der Familie oder Freundinnen von ihnen. Die Untersucherin hatte daher einen völlig anderen Status und eine andere Beziehung zu den Mädchen als später bei der Befragung in Deutschland.
- Die Mädchen entstammten zum größten Teil der unteren Mittelschicht und besuchten alle die Ortaokul, eine weiterführende Schule. (Die Schulpflicht in der Türkei bestand damals nur bis zur 5. Klasse, d.h. bis zum Ende der Grundschule). Die Stichprobe ist daher, auch für die Türkei, als nicht repräsentativ anzusehen.

2.1.4 Befragung türkischer und deutscher Mädchen an Berliner Schulen

Im Frühjahr 1995 wurden an 3 Gesamtschulen und an einer Realschule in Berlin 26 deutsche und 39 türkische Mädchen befragt. Als Altersgruppe wurden 14-16jährige gewählt, weil davon auszugehen war, daß sich alle, oder zumindest die Mehrzahl der Mädchen bezüglich ihrer allgemeinen kognitiven Entwicklung im formal-operationalen Stadium (nach Piaget ab dem 12. LJ) befanden.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und konnte nur mit Erlaubnis der Eltern durchgeführt werden. Nach Erlaubnis der Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport sowie der Rektoren der beteiligten Schulen war es möglich, den Schülerinnen zu Beginn einer Unterrichtsstunde die geplante Befragung kurz vorzustellen. Es wurde ihnen ein Brief zur Information der Eltern, eine Einverständniserklärung sowie ein Vorfragebogen (zur Erfassung der sozialen Bedingungen und der Krankheitserfahrungen) mitgegeben.

Sowohl die Erklärung für die Mädchen, der Brief an die Eltern als auch der Fragebogen waren zweisprachig (abwechselnd Deutsch und Türkisch) verfaßt (siehe Anhang). Die Mädchen gaben die Einverständniserklärungen sowie die Vorfragebögen (aus Datenschutzgründen in einem verschlossenen Umschlag) bei ihren Klassenlehrern ab. Anhand der Fragebögen konnten dann letztendlich 26 deutsche und 39 türkische Mädchen ausgewählt werden (ausgeschlossen werden mußten mehrere Mädchen mit Eltern unterschiedlicher Herkunft, z.B. deutsch/türkisch, deutsch/libanesisch). Mit den Mädchen wurde dann einzeln ein Befragungstermin vereinbart, i.d.R. während einer Unterrichtsstunde.

Ablauf

Der Ablauf der Befragung war bei allen Mädchen gleich. Nach Begrüßung der Mädchen wurden sie gefragt, ob sie mit einer Aufzeichnung des Gesprächs einverstanden sind. Ungefähr ein Drittel der deutschen und ein Viertel der türkischen Mädchen entschieden sich gegen eine Tonbandaufnahme. Die türkischen Mädchen wurden auch gefragt, ob das Interview auf Deutsch oder Türkisch durchgeführt werden soll. Türkisch als Interviewsprache wählten fünf türkische Mädchen, wobei aber teilweise doch Deutsch oder abwechselnd Deutsch und Türkisch gesprochen wurde.

Als erstes wurde der Interviewteil durchgeführt (drei offen formulierte Fragen, s.u.), es folgten die Loc-Scales und der KKG, im Anschluß daran die Fragekarten zu Krankheitsursachen. Bei einigen Mädchen stellte die Autorin anschließend Fragen, die sich beim Durchlesen des Vorfragebogens ergeben hatten (z.B. ob wegen einer bestimmten Erkrankung regelmäßig Medikamente eingenommen werden müssen). Zum Abschluß wurden die Mädchen noch gefragt, wie Ihnen die Befragung gefallen hat und Ihnen die Möglichkeit zu eigenen Fragen gegeben.

2.2 Material

2.2.1 Vorfragebogen (Fragebogen zur Erfassung von sozialen Bedingungen und Krankheitserfahrung)

Der Fragebogen (siehe Anhang) enthält Fragen zu:

- Alter, Geburtsland, Geburtsprovinz und Größe des Geburtsortes
- Schulbesuch und Einschulung (Einschlußkriterium für die türkischen Mädchen in die Stichprobe war Einschulung in Deutschland)
- Zahl der Geschwister, Familienverhältnisse

- Herkunft, Ausbildung und Arbeit der Eltern sowie deren Einreisejahr nach Deutschland
- Die mit Eltern und Geschwistern meistens gesprochene Sprache
- Momentane und frühere Erkrankungen des Mädchens und seiner Familie

Der Vorfragebogen wurde, angeregt durch Frau Dr. Schepker (s.u.), zweisprachig verfaßt. Aus dem Fragebogen von Schepker (1995) wurden auch die Fragen zur in der Familie gesprochenen Sprache übernommen. Der Vorfragebogen wurde von der Untersucherin mit Hilfe mehrerer hier aufgewachsener Türkinnen und einer in der Türkei aufgewachsenen Türkin in die türkische Sprache übersetzt, in der Pilotstudie in der Türkei auf Verständlichkeit erprobt und dann leicht überarbeitet.

2.2.2 Locus-of-Control-Scale (LOC-Scale) in der Bearbeitung von Schepker (1995)

Die „LOC-Scale“ ist eine von Schepker (1995) neu ins Deutsche und Türkische übersetzte und erweiterte Form der von Nowicki und Strickland (1973) entwickelten „Locus of Control-Scale“ für Kinder. Mit der LOC-Scale können Kontrollüberzeugungen bei Jugendlichen erfragt werden. Unterschieden wird nur nach internaler und externaler Kontrollüberzeugung. Neben einem Gesamtscore können Scores für die Lebensbereiche Familie, Peer, Selbst, Schule/Leistung sowie Magie berechnet werden.

Die Nowicki-Strickland-Scales lagen für den deutschsprachigen Raum in den Versionen von Schneewind (Nowicki und Schneewind 1982) und Petermann und Petermann (1978) vor. Schepker nahm die Neubearbeitung u.a. aus linguistischen Gründen vor. Zusätzlich zu den Fragen von Nowicki und Strickland verwendete sie 5 Items aus dem OSIQ (Offer Self-Image-Questionnaire, Offer 1988, deutsch von Steinhausen 1988, türkisch von Şahin 1991). Es handelt sich bei der unten abgedruckten Fragebogenform um die Items 24-28.

Der ursprünglich von Schepker entwickelte Fragebogen hatte 47 Items und wurde an 1195 Essener Schülerinnen und Schülern (darunter 303 türkische Jugendliche) evaluiert. Er wurde nach der Hauptuntersuchung überarbeitet und um 19 Items gekürzt (Diese Fassung wurde auch in der vorliegenden Arbeit verwendet). Die Skalen Selbst und Peer wurden nach Faktorenanalysen zusammengefaßt, da Schepker aber aus Vergleichszwecken mit der Hauptuntersuchung in ihrer Darstellung die Skalen Selbst und Peer weiterhin getrennt hat, wurde die Einteilung in 5 Dimensionen auch in der vorliegenden Arbeit beibehalten (Übersicht 1 zeigt die Zuordnung der Items zu den Dimensionen). Die gekürzte Fassung zeigte eine interne Konsistenz von $\alpha = .59$. Sie erwies sich faktorenanalytisch als valide.

Der Fragebogen lag mir in einer zweisprachigen (deutsch/türkischen) Fassung vor (siehe Anhang), die Frau Dr. Schepker mir vor Veröffentlichung ihrer Ergebnisse zur Verfügung stellte. Aus ihrer Veröffentlichung (Schepker 1995) geht hervor, daß sich die bilinguale Fassung z.T. inhaltlich von der deutschen Fassung unterschied: Im Bereich „Magie“ waren die Fragen 12, 22 und 23 für die deutschen und türkischen Jugendlichen inhaltlich anders formuliert. Da in der vorliegenden Arbeit allen Mädchen der Fragebogen in der zweisprachigen Version vorgelegt wurde, sind die Ergebnisse (vor allem im Magieteil) nicht ganz mit denen von Frau Dr. Schepker zu vergleichen. Hinzukommt, daß die Mädchen von mir gebeten wurden, sich jeweils zwischen den Antworten „ja“ und „nein“ zu entscheiden. Die Jugendlichen bei Schepker dagegen hatten auch die Möglichkeit, ein Kreuz zwischen den beiden Antwortmöglichkeiten zu machen, wofür in der Bewertung ein halber Externalitätspunkt vergeben wurde. Weiterhin ist die unterschiedliche Altersspanne (14-16 in der vorliegenden Arbeit und 13-19 bei Schepker) zu nennen.

Übersicht 1:

Die 5 Dimensionen der LOC-Scale:

(In Klammern jeweils die Antwort, für die ein Externalitätspunkt vergeben wurde.)

Familie

- 5. Eltern hören meistens darauf, was Ihre Kinder zu sagen haben. (Nein)
- 8. Es ist fast unmöglich, meine Eltern von ihrer Meinung abzubringen, egal um was es geht. (Ja)
- 16. Es ist meistens nutzlos, zu Hause zu versuchen, meinen Willen zu bekommen. (Ja)
- 21. Ich habe wenig darüber zu bestimmen, was sich meine Familie vornimmt. (Ja)

Peer

- 7. Es ist meist schwierig, die Meinung eines Freundes zu ändern. (Ja)
- 11. Die meisten Kinder in meinem Alter sind stärker als ich. (Ja)
- 14. Ich kann wenig tun, um ein gleichaltriges Kind davon abzuhalten, mich zu schlagen, wenn es das einmal vorhat. (Ja)
- 10. Ich kann wenig dagegen tun, wenn jemand in meinem Alter mein Feind sein will. (Ja)

Selbst

- 9. Wenn ich etwas falsch gemacht habe, habe ich nur wenig Möglichkeiten, es wieder in Ordnung zu bringen. (Ja)
- 18. Ich kann wenig daran ändern, wenn jemand mich nicht leiden kann. (Ja)
- 20. Wenn man etwas im voraus plant, funktioniert es besser. (Nein)
- 25. Wenn ich beschließe, etwas zu tun, dann tue ich es auch. (Nein)
- 26. Meiner Meinung nach ist das Leben eine endlose Kette von unlösbaren Problemen. (Ja)
- 27. Ich glaube, ich kann Entscheidungen treffen. (Nein)

Schule/Leistung

2. Es ist meistens wichtig für mich, gute Noten zu haben. (Nein)
3. Anstrengungen zahlen sich meist nicht aus – denn es klappt sowieso nie so, wie man es will. (Ja)
13. Meine Noten hängen stark davon ab, ob ich viel für die Schule tue oder nicht. (Nein)
17. Gute Dinge geschehen dann, wenn man sich vorher dafür angestrengt hat. (Nein)
19. Anstrengungen in der Schule lohnen sich normalerweise nicht, weil die anderen sowieso schlauer sind. (Ja)
24. Wenn ich mich wirklich anstrenge, kann ich fast alles lernen. (Nein)
28. Ich glaube, ich bin zu gar nichts begabt. (Ja)

Magie

1. Es gibt „geborene Glückskinder“. (Ja)
4. Wenn morgens alles gut losgeht, wird es ein guter Tag – egal, was ich tue. (Ja)
6. Etwas Gutes passiert, wenn man es sich fest wünscht. (Ja)
12. Ein blaues Auge kann gegen den „Bösen Blick“ schützen. (Ja)
15. Ich habe schon einmal eine Glückssträhne gehabt. (Ja)
22. Es gibt Krankheiten und Zustände, die ein „Hoca“ behandeln kann. (Ja)
23. Bleigießen kann nützlich sein. (Ja)

2.2.3 KKG (Test zu Kontrollüberzeugungen von Krankheit und Gesundheit)

Der Test zu Kontrollüberzeugungen von Krankheit und Gesundheit (KKG-Test, Lohaus und Schmidt, 1989a) erfragt allgemeine Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit. Etwa die Hälfte der Items bezieht sich auf Vorbeugeverhalten, die andere auf Behandlung bzw. Umgang mit einer bereits eingetretenen Erkrankung. Dabei wurde auf Formulierungen wie „Erkrankung, Krankheit ...“ bewußt verzichtet und eher Formulierungen wie „Beschwerden“ verwandt, um sowohl Gesunde als auch Kranke durch diese Formulierungen ansprechen zu können. Der KKG lehnt sich an die Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) von Wallston, Wallston and De Vellis (1978) an und unterscheidet wie diese drei Ebenen von Kontrollüberzeugungen:

- Internal
- soziale Externalität (External-p)
- fatalistische Externalität (External-c)

Für jede dieser Ebenen enthält der Test 7 Items (siehe Übersicht 2), die jeweils mit einem Rating von 1 (trifft sehr zu) bis 6 (trifft gar nicht zu) beantwortet werden sollen. Der Test wurde für Jugendliche (ab 12 Jahren) und Erwachsene entwickelt. Bei einer Stichprobe von $n=366$ wurde für die einzelnen Skalen eine Retestreliabilität zwischen 0.66 und 0.78 und eine interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) von 0.66 bis 0.77 ermittelt. Bei der Überprüfung der Konstruktvalidität konnte die Differenzierung der Subskalen als angemessen betrachtet werden. Der Test wurde schließlich an einer Stichprobe von $n=1512$ getrennt für Jugendliche und Erwachsene normiert.

Übersetzung des KKG

Der KKG wurde von der Untersucherin mit Hilfe in Deutschland aufgewachsener Türkinnen und einer in der Türkei aufgewachsenen Türkin in die türkische Sprache übersetzt und in der Türkei erprobt. In der Hauptuntersuchung wurde er sowohl den deutschen als auch den türkischen Mädchen in der bilingualen Fassung vorgelegt (siehe Anhang). Da das Notensystem in der Türkei anders als in Deutschland ist, wurde nicht ein Rating 1-6 sondern a-f verwendet, das auch hier in Deutschland beibehalten wurde.

Übersicht 2

KKG-Aufschlüsselung der Items entsprechend der Kontrollüberzeugungsebenen

Skala 1. Internalität (Internal)

1. Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.
5. Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepaßt.
8. Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.
16. Wenn ich genügend über mich weiß, dann kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.
17. Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, daß ich mir selbst helfen kann.
18. Es liegt an mir, wenn Beschwerden nachlassen.
21. Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen.

Skala 2. Soziale Externalität (External-p)

2. Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.
4. Wenn ich mich körperlich wohl fühle, verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer.
6. Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.
10. Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.
12. Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.
14. Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.
20. Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.

Skala 3. Fatalistische Externalität (External-c)

3. Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab.
7. Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen:
Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da.
9. Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.
11. Ob es mir gut geht oder nicht, läßt sich nicht beeinflussen.
13. Ob meine Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.
15. Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden.
19. Ich bin der Meinung, daß Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.

2.2.4 Instrumente zur Erfassung von Kausalattributionen bezüglich Krankheit

Laut Literatur beeinflußt die Art der Fragestellung erheblich das Antwortverhalten (vgl. z.B. Ross & Ross 1984, die Kinder über Schmerz befragten, sowie Landrine und Klonoff 1994 für die Befragung von Minoritäten). Deshalb wurden in der vorliegenden Arbeit sowohl offen formulierte Fragen zu Krankheitsverursachung und Verhinderung gestellt (offene Fragen sind Fragen mit völlig offener Antwortmöglichkeit, z.B. „Was machst Du, wenn Du krank bist?“ im Gegensatz zu Fragen wie z.B.: „Machst Du....., wenn Du krank bist?“. Fragen von diesem Fragetyp sind geeigneter, um Meinungen oder Ideen zu erfragen. Man erhält dadurch aber zum einen nicht so viele Antworten, zum anderen sind sie durch ihre Verschiedenartigkeit weniger zur statistischen Auswertung geeignet (Ross & Ross 1984).

Bei vorgegebene Antwortmöglichkeiten ist neben der leichteren Auswertbarkeit auch von Vorteil, daß bestimmte Informationen gezielt abgefragt werden können, an die der Interviewte im ersten Moment vielleicht nicht denkt oder sich vielleicht auch nicht sicher ist, ob es in diesem Rahmen angebracht ist, darüber zu sprechen (z.B. magische Krankheitskonzepte einer Ärztin gegenüber zu erwähnen). In der vorliegenden Arbeit wurden deshalb beide Wege beschritten, erst ein Teil mit offenen Fragen (Interviewteil) und dann ein Teil mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (Fragekarten).

Interview zu Krankheit und Gesundheit

Zu Beginn der Befragung wurde ein Interview durchgeführt, bei dem den Mädchen drei Fragen gestellt wurden, auf die sie jeweils beliebig viele Antworten geben konnten:

- A Welche Krankheiten kennst Du?
Hangi hastalıkları tanıyorsun?
- B Was denkst Du, wodurch kannst Du krank werden?
Ne düşünüyorsun, hangi nedenlerden sen hasta olabilirsin?
- C Was kannst du tun, um nicht krank zu werden?
Hasta olmamak için sen ne yapabilirsin?

Die Fragen wurden den Mädchen von der Interviewerin mündlich gestellt und die Antworten mitgeschrieben. Zusätzlich lief bei den Mädchen, die damit einverstanden waren, ein Aufnahmegerät mit.

Auswertung

Bei Frage A wurden nur die Häufigkeiten der einzelnen Nennungen verglichen. Bei Frage B und C wurden die Antworten von zwei türkischen und zwei deutschen Medizin- bzw. Psychologiestudierenden sowie von der Untersucherin verschiedenen Oberbegriffen zugeordnet. Die Oberbegriffe waren vorher anhand der Literatur und der Vorbefragungen formuliert worden. Mehrere Oberbegriffe waren zu einem „thematischen Bereich“ zusammengefaßt, z.B. enthält der Bereich „Ansteckung“ die Oberbegriffe „Infektion, Bakterien / Viren, Blutkontakt / Blutübertragung, Geschlechtsverkehr, durch andere Menschen“ (siehe Anhang). Nach Möglichkeit sollte ein Oberbegriff zugeordnet werden, nur wenn dies nicht möglich war, der allgemeinere „Bereich“. Eine Antwort wurde dann in die Bewertung aufgenommen, wenn mindestens drei von fünf Ratern sie gleich zuordneten.

Die Antworten der Oberbegriffe wurden zunächst einzeln betrachtet, später zu Scores zusammengefaßt. Die Scores stimmen weitgehend mit den thematischen Bereichen überein, einzelne Oberbegriffe (z.B. Temperatur der Ernährung) wurden allerdings zwei Scores (hier Ernährung und Temperatur) zugeordnet.

Fragekarten

Anhand der Literatur und den Vorbefragungen in Deutschland und der Türkei wurde ein Pool von 66 Fragekarten zu möglichen Krankheitsursachen entwickelt. Die Befragung in Form von Fragekarten wurde gewählt, um die Befragung bei der Fülle der Fragen für die Mädchen interessant zu halten. Zum anderen konnten Einflüsse durch die Reihenfolge der Fragen durch ein Mischen der Karten vor jeder neuen Befragung vermindert werden.

Die Mädchen sollten die auf den Karten formulierten Sätze (z.B. „Durch Stress kann ich krank werden“ oder „Wenn ich viel Süßes esse, kann ich krank werden.“) einschätzen. Antwortmöglichkeiten waren jeweils:

- Stimmt nicht
- Stimmt etwas
- Stimmt sehr
- Ich weiß nicht

Sie sollten die Karten in einen kleinen Karton mit entsprechend beschrifteten Fächern werfen. Danach wurden ihnen die dem Fach „stimmt sehr“ zugeordneten Karten erneut vorgelegt. Die Mädchen sollten daraus 5 Karten auswählen, die sie für „am meisten“ zutreffend hielten. Die von den Mädchen gegebenen Einschätzungen wurden nach der Befragung von der Untersucherin auf einem Kodierungsschema notiert. Bei der folgenden Auswertung wurden sowohl die einzelnen Fragekarten als auch Gruppen von Fragekarten mit thematisch gleichem Inhalt (ähnlich der im offenen Interview gebildeten Scores) betrachtet.

2.3 Statistische Auswertung

Die Statistische Auswertung erfolgte nach Dateneingabe in den Computer mit SPSS. Dabei wurden Berechnungen für qualitative Variablen mit dem Chi-Quadrat-Test (vergleicht %-Anteile) und für quantitative Variablen mit dem Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test (vergleicht Mediane) durchgeführt.

Eine Signifikanzprüfung war häufig trotz prozentual deutlicher Unterschiede wegen zu geringer Besetzung einiger Felder (Cells with expected frequency größer als 25 %) nicht durchführ- bzw. nicht bewertbar. Sofern dies der Fall war, wird es im Ergebnisteil mit „CweF größer 25 %“ bezeichnet.

„Suchet, so werdet ihr finden.“

Jesus

3 Ergebnisse

3.1 Pilotstudie in Deutschland

Die Jugendlichen wurden zuerst mit offener Fragestellung, bei der sie frei beliebig viele Antworten geben konnten, befragt. In Tabelle 5 sind die Antworten auf die Frage „Warum können Menschen krank werden?“ einander gegenüber gestellt.

Im strukturierten Interviewteil sollten sie sich zu vorgegebenen Krankheitsursachen äußern. Von allen wurden „Wärme, Essen, Ansteckung, Sorgen, Stress, Wetter, Luft und Vererbung“ als mögliche Krankheitsursache bejaht. Kaum Unterschiede zeigen sich bei „Kälte, Trinken, Neid, Zauberei, Schuld und Verrutschen von Organen“. „Gottes Wille“ als Krankheitsursache wird von drei türkischen und einer deutschen Informandin bejaht, „Nabelfallen“ von zwei der Türkinnen und keiner der Deutschen. Zusammenfassend ließ sich feststellen, daß sich bei freier Antwortmöglichkeit eher Unterschiede andeuteten.

Bereich	Gesamt	Deutsch	Türkisch
Temperatur	9 (60%)	3 (50%)	5 (63%)
Psychisch	8 (53%)	4 (67%)	3 (38%)
Ansteckung	6 (40%)	4 (67%)	2 (25%)
Ernährung	5 (33%)	1 (17%)	3 (38%)
„Lebensweise“	5 (33%)	4 (67%)	1 (13%)
n gesamt	14 (100%)	6 (100%)	8 (100%)

Tabelle 5: Warum können Menschen krank werden?

Anzahl der Jugendlichen, die eine oder mehrere Antworten in den jeweiligen Bereichen gaben.

3.2 Pilotstudie in der Türkei

3.2.1 Interviewteil

Auf die Frage „Welche Krankheiten kennst Du?“ waren die am häufigsten genannten Erkrankungen (in absteigender Häufigkeit): Krebs, TBC und Masern, Mumps, Magen- (erkrankung, -geschwür...), Herz- (erkrankung, -schwäche), Typhus, Keuchhusten, Darmerkrankungen und AIDS.

Antworten auf die Frage nach Krankheitsgründen kamen zum größten Teil aus dem Bereich „psychische Verursachung“, z.B: Trauer, Probleme, Streß, erschöpft vor Sorgen. Sehr häufig war auch „nicht auf sich geachtet / für sich gesorgt“ (der türkische Begriff „bakmak“ heißt sowohl „sehen“, als auch „pflegen“, „sich kümmern um“), gefolgt von Ernährung und Umwelt.

Als Möglichkeit der Krankheitsverhütung wurde am häufigsten der Arztbesuch genannt, gefolgt von „gut auf sich achten / für sich sorgen“, Ernährung und psychischen Bedingungen. Interessante Einzelantworten waren „sich der Umgebung entsprechend verhalten“, „Fortbildungen“ sowie „sich und den Körper kennen“.

3.2.2 Fragekarten

Formulierung

Um auszuprobieren, ob es günstiger ist, die Fragekarten mit „ich“ oder „man“ zu formulieren, wurden beide Versionen bei den Mädchen getestet und zwar abwechselnd bei dem einen Mädchen mit der „man“-Version, bei dem nächsten mit der „ich“-Version“ beginnend. Es zeigten sich nur geringfügige Unterschiede (nicht signifikant): Bei „ich“ wurde etwas öfter „trifft nicht zu“ als bei „man“ geantwortet, dafür bei der „man“-Version etwas öfter „ich weiß nicht“. Da so der Eindruck entstand, daß sich die Mädchen bei der Formulierung mit „ich“ eher festlegen, wurde diese Form später auch für die Hauptbefragung verwendet.

Antwortverhalten

Verneinte Ursachen: Mehr als 40 % der Mädchen verneinten bei der „ich“-Version (z.B. „Wenn ich..., dann kann ich krank werden.“ oder „Durch... kann ich krank werden“). Die Fragekarten „keine Freunde haben“, „Angst oder Furcht“, „kein Verständnis von der Umgebung“, „viel Sport“, „keinen Talisman tragen“, „Geister“ und „Zauberei“. Deutlichere Unterschiede hierzu zeigten sich in der „man“-Version nur bei „Keine Freunde“ und „Angst und Furcht“ (weniger verneint) sowie bei „viel Sport“ (öfter verneint).

Wichtigste Krankheitsursachen: Als am meisten zutreffende Krankheitsursachen nannten mehr als 30 % der Mädchen „ansteckende Krankheiten“, „keine Sauberkeit“, „Gottes Wille“, „Zigaretten“ sowie „nicht auf sich achten“.

Wichtige Krankheitsursachen: Werden die Antwortmöglichkeiten „stimmt sehr“ einschließlich der später davon ausgewählten „stimmt am meisten“ zusammen betrachtet, so waren die häufigsten Nennungen (mehr als 70 %):

- Zigaretten
- Alkohol
- Ansteckende Krankheiten
- Sich nicht pflegen
- Keine Sauberkeit
- Unsauberes Essen
- Luftverschmutzung

„Ich weiß nicht“: Die Krankheitsursachen, die am häufigsten (mehr als 30 %) mit „ich weiß nicht“ beantwortet wurden, sind jeweils für die „ich“ und „man“ Version in Tabelle 6 einander gegenübergestellt.

Ursache		Ich	Man
Wenig Flüssigkeit trinken	n	6	3
	Anteil	55 %	27 %
Bakterien	n	4	3
	Anteil	36 %	27 %
Organe verschieben	n	4	3
	Anteil	36 %	27 %
Kaffee oder Tee	n	1	5
	Anteil	9 %	46 %

Tabelle 6: häufige mit „ich weiß nicht“ beantwortete Krankheitsursachen (n=11)

„traditionelle“ Krankheitskonzepte

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse einiger „übernatürlicher“ Krankheitskonzepte zusammenfassend dargestellt. Alle aufgeführten Krankheitsursachen wurden von mindestens 3 der Mädchen (27 %) für zumindestens etwas zutreffend gehalten. Zwischen der „ich“- und der „man“-Version zeigten sich nur geringe Unterschiede.

Auch das Konzept des „Nabelfalls“ war den Mädchen bekannt und wurde von 5 (46 %) für sich selber als sehr zutreffend, von zwei als etwas zutreffend und von einem Mädchen als am meisten zutreffend eingestuft. „Schwer Heben“ wurde von 46 % als etwas zutreffend und von 54 % als sehr zutreffend eingestuft.

Zugluft als Krankheitsursache wurde von keinem Mädchen verneint, von je zwei Mädchen als etwas zutreffend oder mit „ich weiß nicht“ beantwortet und von 65 % mit „stimmt sehr“ oder „stimmt am meisten“ beantwortet.

Ursache	Ich / man	Nein	Etwas	Sehr	Am meisten	Weiß nicht
Gott	Ich	18 %	27 %	9 %	36 %	9 %
	Man	27 %	27 %	9 %	27 %	9 %
Geister	Ich	46 %	36 %	9 %	0 %	9 %
	Man	55 %	27 %	9 %	0 %	9 %
Böser Blick	Ich	36 %	36 %	18 %	0 %	9 %
	Man	46 %	27 %	18 %	0 %	9 %
Kein Talisman tragen	Ich	64 %	27 %	0 %	0 %	9 %
	Man	82 %	0 %	9 %	0 %	9 %
Zauberei	Ich	46 %	36 %	0 %	0 %	18 %
	Man	64 %	18 %	0 %	0 %	18 %

Tabelle 7: „übernatürliche“ Krankheitskonzepte

3.2.3 Loc-Scales und KKG

Die Ergebnisse der Loc-Scales und des KKG werden in den Abschnitten 3.3.2 und 3.3.3 gemeinsam mit den in der Hauptuntersuchung erhobenen Ergebnissen dargestellt.

3.3 Hauptbefragung

3.3.1 Beschreibung der Stichprobe

In der Hauptbefragung wurden an drei Berliner Gesamtschulen und einer Realschule insgesamt 76 Mädchen befragt. Bei 11 Mädchen waren nicht beide Elternteile deutscher oder türkischer Abstammung, so daß nur 65 Mädchen (26 deutsche und 39 türkische Mädchen) in die Auswertung aufgenommen werden konnten.

Alter

Das Alter der befragten Mädchen betrug 14-16 Jahre, die türkischen Mädchen waren im Durchschnitt geringfügig älter (D: 14,69, T: 14,87), der Altersunterschied war statistisch nicht relevant.

Schulbesuch

Alle Mädchen wurden in Deutschland eingeschult (was ein Einschlußkriterium für die Stichprobe war). Die Mehrzahl der Mädchen besuchte eine Gesamtschule, bei den deutschen Mädchen lag der Anteil der Realschülerinnen jedoch deutlich höher als bei den türkischen. (D: 16 Gesamt-, 10 Realschule; T: 37 Gesamt-, 2 Realschule) Der Unterschied war mit $p = .0006$ hochsignifikant. Die Mädchen besuchten überwiegend die Klassen 8 und 9, zwei türkische Mädchen auch die 10. Klasse.

Schulleistungen

Um die schulischen Leistungen der Mädchen vergleichen zu können, war sowohl die Einstufung in leistungsdifferenzierte Kurse (FEGA-System an der Gesamtschule für die Fächer Deutsch, Mathematik und Fremdsprache) sowie von Gesellschaftskunde, als auch die Benotung in diesen Fächern erfragt worden. Es stellte sich jedoch heraus, daß sich nicht nur die Benotung zwischen Realschule und Gesamtschule (wie erwartet) unterschied, sondern es auch innerhalb der Gesamtschule unterschiedliche Systeme gab: (Realschule: Notensystem 1-6, Gesamtschule im allgemeinen 0-15. An einer Gesamtschule wurden die Leistungen bis Klasse 8 jedoch nur nach „nicht erfüllt“, „erreicht“ und „gut erreicht“ eingeteilt). Auf einen Vergleich der Leistungen und eine statistische Auswertung wurde daher verzichtet.

Familienverhältnisse

89,7 % (35) der türkischen Mädchen lebten bei beiden Elternteilen, während dies bei den deutschen nur auf 42,3 % (11 Mädchen) zutraf. 11 deutsche und 2 türkische Mädchen lebte nur bei ihrer Mutter. Ein deutsches Mädchen bei ihrem Vater und eines abwechselnd bei Vater und Mutter. Je zwei deutsche und türkische Mädchen lebten weder bei Vater noch Mutter (z.B. wegen Tod der Eltern).

Geschwisterzahl und Geschwisterstellung

Die deutschen Mädchen hatten durchschnittlich 1,15 Geschwister (Streuung 0-5), die meisten ein Geschwister (10 Mädchen) oder kein Geschwister (6 Mädchen). Die türkischen Mädchen durchschnittlich 3,23 Geschwister (Streuung 0-7), die meisten zwei, drei (jeweils 8 der Mädchen) oder vier Geschwister (7 Mädchen). Keine Geschwister hatte nur eines der türkischen Mädchen. Eine Signifikanzprüfung war nicht durchführbar (CweF größer 25%).

Älteste Tochter waren je 15 % der deutschen als auch der türkischen Mädchen, ältere Schwestern hatten 46 % der deutschen und 61 % der türkischen Mädchen. Keine Schwestern hatten 38 % der deutschen und 23 % der türkischen Mädchen.

Ältestes Kind waren 19 % der deutschen und 28 % der türkischen Mädchen, ältere Geschwister hatten 57 % bzw. 69 %. Auf eine weitere statistische Auswertung wurde vor allem auch wegen der je nach Geschwisterzahl unterschiedlichen Wahrscheinlichkeit, ältestes Kind (bzw. älteste Tochter) zu sein, verzichtet.

Geburtsort der Mädchen und ihrer Eltern

Sowohl die deutschen als auch die türkischen Mädchen wurden zum überwiegenden Teil in Berlin geboren (82,6 % bzw. 73 %), ein deutsches Mädchen und 5 türkische Mädchen in den alten Bundesländern. Aus den neuen Bundesländern stammen 3 deutsche Mädchen. 5 türkische Mädchen wurden in der Türkei geboren und zwar in Zentralanatolien (3) und in Ostanatolien (2). 3 deutsche und 2 türkische Mädchen machten keine Angaben. Alle Mädchen machten jedoch Angaben zur Größe ihres Geburtsortes: 23 deutsche (88,5 %) und 39 türkische (79,5 %) wurden in einer Großstadt geboren. Aus einem Dorf stammen nur 5 türkische Mädchen. Die restlichen 3 deutschen und 3 türkischen Mädchen stammen aus einer Stadt oder Kleinstadt.

Die deutschen Eltern stammen überwiegend aus Berlin (64,3 % Väter und 66,7 % Mütter). Aus den alten Bundesländern kommen 3 Väter und 4 Mütter, aus den neuen Bundesländern 2 Väter und 2 Mütter. Die türkischen Väter wurden alle in der Türkei geboren, von den türkischen Müttern wurde eine in Berlin geboren, alle anderen ebenfalls in der Türkei. Ungefähr ein Drittel der türkischen Väter stammt aus dem Schwarzmeergebiet, ein Fünftel aus Zentralanatolien. Aus den restlichen türkischen Provinzen stammen jeweils 3 bis 4 der Väter. Die türkischen Mütter kommen auch überwiegend aus dem Schwarzmeergebiet. Aus den restlichen Provinzen ebenfalls jeweils 3 bis 4 der Mütter. 20 (30,8 %) der deutschen und türkischen Mädchen machten keine Angaben zur Geburtsprovinz Väter. Bezüglich der Mütter antworteten 15 (23,1 %) nicht.

Die deutschen Eltern stammen zum überwiegenden Teil aus einer Großstadt (65,2 % der deutschen Väter und 58,3 % der deutschen Mütter), die türkischen dagegen zum überwiegenden Teil aus einem Dorf (63,2 % der türkischen Väter und 66,7 % der türkischen Mütter).

Alter der Eltern

Sowohl die deutschen als auch die türkischen Väter waren älter als die Mütter. Das Alter des Vaters betrug durchschnittlich 44,35 J. bei den deutschen und 45,97 J. bei den türkischen (Median D,T: 45). Bei den Müttern 40,65 J. bei den deutschen und 42,1 J. bei den türkischen

(Median D,T: 40). Die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben waren statistisch nicht relevant.

Einreisejahr der Eltern

Die türkischen Väter kamen zwischen 1960 und 1980 nach Deutschland, die meisten 1970 (8), was auch dem Median entspricht. Eine türkische Mutter wurde hier geboren, die übrigen kamen im Durchschnitt etwas später als die Väter zwischen 1965 und 1980 nach Deutschland (Median 1973).

Schulbildung der Eltern

Da das Schulsystem in der Türkei anders als in Deutschland ist (hier an die Grundschule anschließende Differenzierung, in der Türkei aufeinander aufbauend Grundschule (ilkokul), Mittelschule (ortaokul) und Oberstufe (lise), wurden die Mädchen sowohl nach den deutschen als auch den türkischen Schulformen befragt. Mehrere türkische Mädchen beantworteten allerdings auch mit der deutschen Bezeichnung, obwohl die Eltern in der Türkei in die Schule gegangen sein müssen. Bei der Auswertung wurden daher nur die deutschen Bezeichnungen verwendet und die türkischen entsprechend übertragen. Allerdings sind dadurch die Angaben, insbesondere zwischen Grund-, Haupt- und Realschule nur bedingt zu vergleichen.

Bei den türkischen Vätern haben die meisten die Grund- oder Hauptschule besucht (71,8 %), die deutschen nur 26,9 %. Von den deutschen Vätern waren solche mit Realschulabschluß am häufigsten (38,5 %). Die Universität besuchten drei der deutschen und keiner der türkischen Väter. Drei türkische Väter hatten keinen Schulabschluß.

Bei den türkischen Müttern waren 13 (33,3 %) ohne Schulabschluß. 53,9 % besuchten die Grund- oder Hauptschule. Bei den deutschen Müttern war auch der Hauptschulabschluß mit 38,5 % am häufigsten, gefolgt von Realabschlüssen mit 26,9 %. Die Universität besuchten drei deutsche und eine türkische Mutter. Die Signifikanzprüfung war weder bei den Vätern noch bei den Müttern wegen CweF größer 25 % wertbar.

Berufstätigkeit der Eltern

73,1 % der deutschen und 66,7 % der türkischen Väter waren zum Zeitpunkt der Untersuchung beschäftigt. Zwei deutsche (7,7 %) und 11 türkische (28,2 %) waren arbeitslos. Ein deutscher und ein türkischer waren berentet. Von den Müttern waren 76,9 % der deutschen und 48,7 % der türkischen berufstätig und 3,8 % der deutschen und 20,5 % der türkischen arbeitslos. Im Haushalt tätig waren 11,5 % der deutschen und 25,6 % der türkischen Mütter.

Die Mädchen waren auch nach dem Beruf der Eltern gefragt worden, um den Sozialstatus der Familie abschätzen zu können. Fast ein Drittel der Mädchen konnte aber den genauen Beruf der Eltern nicht benennen und nannten z.B. nur die Arbeitsstelle (BMW, Fabrik, Reichelt ...) oder auch „selbständig“, „Berater“. Auf eine weitere Auswertung wurde daher verzichtet.

Umgangssprache in den türkischen Familien

Auf die Frage „In welchen Sprachen redest Du meistens mit Deinen Eltern?“ gaben knapp 2/3 der Mädchen an, sowohl Türkisch als auch Deutsch zu sprechen, ca. ein Drittel der Mädchen sprechen überwiegend Türkisch, ein Mädchen Türkisch und Kurdisch, eines Aramäisch und eines Deutsch mit ihren Eltern.

Mit ihren Geschwistern sprechen ebenfalls knapp 2/3 der Mädchen Türkisch und Deutsch, aber mehr Mädchen (20,5 %) meistens Deutsch und weniger Türkisch (10,2 %) als mit ihren Eltern. Zwei Mädchen gaben an, mit Ihren Geschwistern sowohl Deutsch, Türkisch als auch Englisch zu sprechen. Englisch wurde auch von einem deutschen Mädchen als zweite Sprache, mit der sie mit ihren Geschwistern spricht, angegeben.

Zeitpunkt der ersten Menstruation

Der Menstruationsbeginn war bei den türkischen Mädchen mit einem Mittelwert von 12,51 und einem Median von 13 (Streuung 9-15 Jahre) etwas später als bei den deutschen (Mittelwert 11,92, Median 12, Streuung 9-14). Der Unterschied war nicht signifikant. Je 2 deutsche und türkische Mädchen hatten keine Angaben gemacht, bzw. noch keine Menstruation.

Erkrankungen der Mädchen und deren Familien

Da eigene, aber auch Erkrankungen von Familienmitgliedern, die Krankheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen von Kindern und Jugendlichen beeinflussen können, wurden die Mädchen dazu befragt. Erfragt wurden jeweils akute und frühere Erkrankungen der Mädchen und ihrer Familienmitglieder. Außerdem wurden die Mädchen nach Unfällen und Krankenhausaufenthalten befragt. Die Erkrankungen wurden von der Autorin und einer weiteren Ärztin entsprechend Krankheitsschwere und Chronizität der Erkrankung beurteilt. In die Bewertung wurden nur nahe Familienmitglieder (i.a. Eltern und Geschwister) einbezogen. Ein Vergleich der beiden Nationalitäten der Stichprobe ergab, daß in der deutschen Stichprobe sowohl die Mädchen als auch ihre Familienmitglieder prozentual zwar etwas häufiger eine schwerere Erkrankung hatten, der Unterschied war allerdings nicht signifikant (vgl. Tabellen 8 und 9).

Erkrankungsschwere	Deutsch	Türkisch	Gesamt
Keine bzw. „alltägliche“ Erkrankungen, leichtere akute oder chronische Erkrankung	22 84,6 %	36 92,3 %	58 89,2 %
Schwere akute oder chronische Erkrankung	4 15,4 %	3 7,7 %	7 10,8 %
Gesamt	26 100 %	39 100 %	65 100 %

Tabelle 8: Erkrankungen der Mädchen, Vergleich Deutsch / Türkisch

Erkrankungsschwere	Deutsch	Türkisch	Gesamt
Keine bzw. „alltägliche“ Erkrankungen, leichtere akute oder chronische Erkrankung	17 65,4 %	28 75,7 %	45 71,4 %
Schwere akute oder chronische Erkrankung	9 34,6 %	9 24,3 %	18 28,6 %
Gesamt	26 100 %	37 100 %	63 100 %

Tabelle 9: Erkrankungen der Familienmitglieder, Vergleich Deutsch / Türkisch

N: Deutsch 26, Türkisch 37. (2 wegen nicht ausreichender Angaben von der Bewertung ausgeschlossen).

3.3.2 Ergebnisse der „Loc-Skales“ von Schepker

Berechnet wurde jeweils ein Gesamt-Score für Externalität sowie Scores für die Bereiche Peer, Selbst, Schule, Magie und Familie. Höhere Werte geben jeweils höhere Externalität an. Die Ergebnisse sowie die jeweils erreichbaren Maximalwerte sind in Tabelle 10a wiedergegeben. Im zeigte sich Gesamtscore ein signifikanter Unterschied. Bei den Subscores attri-buierten die türkischen Mädchen außer im Bereich Schule/Leistung etwas externaler als die deutschen, die Unterschiede sind jedoch alle nicht signifikant.

Tabelle 10b stellt die Ergebnisse der Pilotstudie in der Türkei dar. Die in der Türkei befragten Türkinnen haben außer im Bereich Schule/Leistung insgesamt internaler als die hier befragten türkischen Mädchen, in den Bereichen Peer und Familie auch internaler als die deutschen Mädchen geantwortet.

	Skala	Mögl. Maxwert	Deutsch		Türkisch		Standard- abweichung	Signi- fikant?
			Mittel	Median	Mittel	Median		
Gesamt-Score	Gesamt-Ext	28	9,077	8,5	10,718	11	D:2.855 T:3.516	.0264
Subscores	Peer	4	1,500	1,0	1,949	2		Nein
	Selbst	6	2,000	2,0	2,564	2		Nein
	Schule	7	0,769	0,5	0,615	0		Nein
	Magie	7	3,385	3,0	3,615	4		Nein
	Familie	4	1,423	1,0	1,974	2		Nein
N			26		39			

Tabelle 10a: Hauptuntersuchung, Ergebnisse der Loc-Scales: Höherer Wert = externalere Attribution

	Skala	Mögl. Maxwert	Mittel	Median
Gesamt-Score	Gesamt-Ext	28	9,000	9
Subscores	Peer	4	1,273	1
	Selbst	6	2,182	2
	Schule	7	0,727	1
	Magie	7	3,545	4
	Familie	4	1,273	2

Tabelle 10b: Pilotstudie in der Türkei, Ergebnisse der Loc-Scales (n=11)

3.3.3 KKG

Die Ergebnisse des KKG (Fragebogen zur Erhebung von Kontrollbewußtsein bezüglich Krankheit und Gesundheit sind für die Hauptuntersuchung in Tabelle 11a dargestellt. Zwischen beiden Stichproben ließ sich kein statistisch relevanter Unterschied nachweisen. In der Pilotstudie in der Türkei waren die Ergebnisse in den Skalen „Internal“ und „External-p“ mit denen der Hauptuntersuchung vergleichbar, der Wert der Skala „External-c“ war mit 17 deutlich geringer (s. Tabelle 11b). Eine Signifikanzprüfung zwischen den beiden Studien wurde wegen der nur mäßigen Vergleichbarkeit der Stichproben nicht durchgeführt.

Skala	Deutsch		Türkisch		Signifikant?
	Mittel	Median	Mittel	Median	
Internal	29,19	28,0	30,18	31	Nein
Ext-Person	26,35	27,5	26,23	26	Nein
Ext-Chance	21,73	22,0	23,08	22	Nein
N	26,00		39,00		

Tabelle 11a: Hauptuntersuchung, Ergebnisse des KKG. Höherer Wert entspricht einer stärker ausgeprägten Kontrollüberzeugung in diesem Bereich. Der Wert pro Skala kann mindestens 7 und maximal 42 betragen

Skala	Mittel	Median
Internal	29,62	30,5
Ext-Person	25,30	27,5
Ext-Chance	17,00	17,5

Tabelle 11b: Pilotstudie in der Türkei, Ergebnisse des KKG (n=11)

3.3.4 Interviewteil

Frage nach bekannten Krankheiten

Bei der Frage „Welche Krankheiten kennst Du?“ zeigten sich kaum Unterschiede. Die Antworten sind Tabelle 12 wiedergegeben. Am häufigsten wurde Krebs, AIDS und Masern genannt. Kleinere (aber nicht signifikante) Differenzen gab es nur bei Angina, Grippe und Ebola. Bei Verletzungen/ Unfälle konnte die Signifikanzprüfung wegen CweF größer 25 % nicht gewertet werden. Tuberkulose, die in der Pilotstudie in der Türkei recht häufig genannt wurde, wurde in Berlin nur von je einem deutschen und einem türkischen Mädchen genannt (und in der Tabelle unter „sonstige Erkrankungen“ subsummiert).

Krankheit	Deutsch		Türkisch	
	n	Anteil	n	Anteil
AIDS	17	65,0 %	27	69,2 %
Allergie	4	15,4 %	8	20,5 %
Angina/ Mandelentzündung	6	23,1 %	3	7,7 %
Asthma	5	19,2 %	3	7,7 %
Blinddarm	1	3,8 %	5	12,8 %
Bronchitis	4	15,4 %	9	23,1 %
Ebola	0	0,0 %	5	12,8 %
Erkältung/ Schnupfen	7	26,9 %	10	25,6 %
Eßstörungen	1	3,8 %	2	5,1 %
Gelbsucht	3	11,5 %	7	17,9 %
Grippe	8	30,8%	13	13,3 %
Herzerkrankung	2	7,7 %	5	12,8 %
Husten	4	15,4 %	4	10,3 %
Lungenentzündung / -erkrankung	3	11,5 %	4	10,3 %
Krebs	19	73,1 %	28	71,8 %
Malaria	4	15,4 %	1	2,6 %
Migräne	3	11,5 %	2	5,1 %
Nieren ...	1	3,8 %	2	5,1 %
Rheuma	1	3,8 %	4	10,3 %
Viren...	3	11,5 %	1	2,6 %
Verletzungen / Unfälle	5	19,2 %	1	2,6 %
Zucker / Diabetes	2	7,7 %	4	10,3 %
Kinderkrankheiten				
Kinderkrankheiten (allgemein)	4	15,4 %	2	5,1 %
Keuchhusten	4	15,4 %	3	7,7 %
Masern	14	53,8 %	21	53,8 %
Mumps	8	30,8 %	13	33,3 %
Röteln	7	26,9 %	8	20,5 %
Scharlach	2	7,7 %	2	5,1 %
Windpocken	12	46,2 %	18	46,2 %
Sammelbegriffe				
Entzündungen (verschiedene)	4	15,4 %	1	2,6 %
Psychische Erkrankungen	0	0,0 %	2	5,1 %
Schmerzen (verschiedene)	3	11,5 %	6	15,4 %
Sonstige Erkrankungen	15	57,7 %	22	56,4 %

Tabelle 12: Antworten auf die Frage „Welche Krankheiten kennst Du?“ (in alphabetischer Reihenfolge der einzelnen Erkrankungen, am Ende der Tabelle folgen Kinderkrankheiten und Sammelbegriffe)

Frage nach Krankheitsursachen

Bei der Frage nach Krankheitsursachen zeigten sich kaum Unterschiede. Sowohl bei den deutschen als auch den türkischen Mädchen kamen viele Antworten aus dem Bereich „Ansteckung“ (76,9% der deutschen und 69,2% der türkischen Mädchen erwähnten mindestens ein Thema aus diesem Bereich. Häufig waren auch „Ernährung“ (D: 34,4 % und T: 43,4%) und „Temperatur“ (D: 26,9% und T: 41%). Aus dem Bereich „Lebensweise (allgemein)“ kamen von 9 türkischen Mädchen Antworten, dagegen nur von einer deutschen (25,6% zu 3,8%) Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in allen Scores waren nicht signifikant. (Anmerkung: Die einzelnen Bereiche können wegen der unterschiedlichen Anzahl der darin enthaltenen Oberbegriffe und der doppelten Zuordnung einzelner Oberbegriffe nicht direkt miteinander verglichen werden, möglich ist jeweils nur der Vergleich deutsch/türkisch.)

An einzelnen Themen wurden am häufigsten Antworten aus dem Oberbegriff „Ansteckung (allgemein)“ (D: 42,3% und T: 33,3%) sowie „Bakterien/Viren“ (D: 30,8% und T: 17,9%), gefolgt von „Ernährung (allgemein)“ mit 26,9% bzw. 12,8%. „Temperatur der Ernährung“ als mögliche Krankheitsursache nannte keines der deutschen und 6 (15,4%) der türkischen Mädchen. Bei letzterem konnte die Signifikanzprüfung wegen zu kleiner Besetzung der Felder nicht gewertet werden (CweF größer 25 %).

Zu einigen der vorgegebenen Oberbegriffe fielen keine Antworten (z.B. gab nur ein Mädchen mit „Das liegt nicht in Deiner Hand“ eine Antwort, die dem Bereich „übernatürliche Kräfte, Schicksal, Zufall“ zugeordnet wurde. Aber keines der Mädchen nannte z.B. Gott, Zauberei oder eine andere Ursache aus diesem Bereich).

Eine eindeutige Zuordnung konnte nur bei ca. 2/3 der deutschen (69,2%) und türkischen (71,8%) Mädchen bei allen ihrer Antworten erfolgen. Für jeweils eine Antwort konnte bei 8 deutschen und 8 türkischen Mädchen keine mehrheitliche Zuordnung gefunden werden, bei drei türkischen Mädchen betraf das 2 bzw. 3 Antworten. Bei jeweils einem deutschen und türkischen Mädchen hatten mindestens drei der Rater keinen geeigneten Oberbegriff zuordnen können

Frage nach Möglichkeiten zur Krankheitsverhütung

Bei der Frage „Was kannst Du tun, um nicht krank zu werden?“ fielen in beiden Gruppen ähnlich viele Antworten in den Bereich „Lebensweise (allgemein)“ (D: 57,7% und T: 56,4%). Viele Antworten kamen auch aus dem Bereich „Temperatur“ (53,8% der türkischen Mädchen nannten mindestens ein Thema aus dem Bereich. D: 46,2%). Die deutschen Mädchen nannten dagegen Themen aus dem Bereich „Arzt, ärztliches Handeln, professionelle Hilfe“ häufiger. (D: 53,8% und T: 38,5%). Weitere häufiger genannte Themen waren aus den Bereichen „Ernährung“ und „Ansteckung“. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Zum Rating und zur Vergleichbarkeit der Bereiche untereinander s.o.). Aus dem Bereich „Lebensweise (allgemein)“ wurden die Oberbegriffe „Vorbeugen“, „aufpassen / auf sich achten“ und „sich pflegen / Körperpflege“ noch einmal zu einem eigenen Score zusammengefaßt, da diese drei Oberbegriffe einen Großteil der Antworten aus dem Lebensweisescore ausgemacht hatten, die Antworten andererseits aber auch thematisch sehr ähnlich sind. Auch hierbei zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen: 30,8 % der deutschen und 41% der türkischen Mädchen gaben Antworten, die in diesen Bereich fielen.

Auch bei der Betrachtung einzelner Oberbegriffe zeigten sich viele Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Gruppen. Die deutschen Mädchen nannten allerdings „Impfen“ mit 30,8 % als Möglichkeit zur Krankheitsverhütung signifikant häufiger als die türkischen Mädchen (10,3 %).

Alle Antworten konnten nur bei 73 % der deutschen und 69 % der türkischen Mädchen in die Bewertung einbezogen werden (gleiche Zuordnung durch mindestens drei der 5 Rater, s.o.). Bei 6 deutschen und 11 türkischen Mädchen waren je eine Antwort, bei je einer deutschen und türkischen 2 bzw. 3 Antworten nicht wertbar. Bei zwei der türkischen Mädchen hatte sich die Mehrheit der Rater bei einer Frage nicht für einen Oberbegriff entscheiden können.

3.3.5 Fragekarten

Scorebildung der Fragekarten

Bei der Zusammenfassung thematisch ähnlicher Karten zu Scores (siehe Anhang), die ähnlich den „Bereichen“ der Fragen des Interviewteils sind, zeigen sich auch hier viele Gemeinsamkeiten, bzw. nur geringe Unterschiede (siehe Tabelle 13). Signifikante Unterschiede gibt es in den Bereichen „Übernatürlich“ sowie „Umwelt, Wetter, Luft“.

Text	Itemanzahl	Median	Median	Signifikant ?
		Deutsch	Türkisch	
Ansteckung	3	6,0	6,0	Nein
Sauberkeit / Hygiene	2	3,0	4,0	Nein
Arzt, professionelle Hilfe	3	2,0	3,0	Nein
Selbstverantwortung	2	3,0	3,0	Nein
Übernatürlich	6	1,0	4,0	.000
Essen und Trinken	11	10,0	11,0	Nein
Temperatur	9	8,0	9,0	Nein
Umwelt, Wetter, Luft	5	4,5	3,0	.046
soziales Umfeld	9	6,0	7,0	Nein
Gefühle, psychisch	8	7,5	6,0	Nein
Lebensweise allgemein	4	2,0	3,0	Nein
Lebensumstände	6	4,0	4,0	Nein
Drogen	5	8,0	7,0	Nein
Körperkonzepte	5	5,0	4,0	Nein

Tabelle 13: Ergebnisse der Scorebildung der Fragekarten.

Die einzelnen Scores enthalten unterschiedlich viele Fragekarten, außerdem wurden einige Karten zwei Scores zugeordnet (s. Anhang A28). Die Scores sind daher untereinander nicht vergleichbar.

Bewertung: Der maximal erreichbare Wert ist jeweils die Anzahl der Items mal 3

(für die Antwort „stimmt etwas“ wurde 1 Punkt, für „stimmt sehr“ 2 Punkte und für „stimmt am meisten“ 3 Punkte vergeben.)

Betrachtung einzelner Fragekarten

Bei den Fragekarten zeigten sich auch überwiegend Gemeinsamkeiten. Bei einigen Karten gab es zwar deutliche Unterschiede (s. Tabelle 14), eine Signifikanzprüfung konnte jedoch nicht durchgeführt werden (CweF größer 25 %). Um bei der Berechnung eine bessere Besetzung der Felder zu erhalten, wurden die Antworten „stimmt sehr“ und „stimmt am meisten“

wieder zusammengefaßt (die Mädchen hatten ja erst nur „stimmt nicht“, „stimmt etwas“, „stimmt sehr“ und „ich weiß nicht“ geantwortet und waren dann nachträglich gebeten worden, von den „stimmt sehr“-Antworten noch fünf auszusuchen). Aber auch hier konnten signifikante Unterschiede nur bei den Karten „Zugluft“, „schlechtes Wetter“ sowie „Druck von der Umgebung“ nachgewiesen werden:

Karten mit signifikanten Unterschieden

- Zugluft als Krankheitsursache wurde von keiner deutschen, aber von 15 % der türkischen Mädchen verneint, von 60 % der deutschen aber nur 20,5 % der türkischen mit „stimmt etwas“ und von ungefähr je einem Drittel der deutschen und türkischen mit „stimmt sehr“ (einschließlich „stimmt am meisten“) beantwortet. Mit „ich weiß nicht“ antworteten 28,8 % der türkischen, aber nur 7,7 % der deutschen Mädchen.
- Schlechtes Wetter verneinten 42,3 % der deutschen, aber nur 10,3 % der türkischen Mädchen.
- Die Krankheitsursache „Druck durch die Umgebung“ beantwortete jeweils ungefähr ein Drittel der türkischen Mädchen mit „stimmt nicht“, „stimmt etwas“ und „stimmt sehr“, nur 5,1 % entschieden sich für „ich weiß nicht“, während bei den deutschen 26,9 % mit „ich weiß nicht“ antworteten, aber nur 11,5 % mit „stimmt nicht“.

Ursache	Nat.	Nein	Etwas	Sehr	Am meisten	Weiß nicht
Gottes Wille	Deutsch	65,4 %	7,7 %	7,7 %	0,0 %	19,2 %
	Türkisch	15,4 %	23,1 %	20,5 %	33,3 %	7,7 %
Böser Blick	Deutsch	84,6 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %
	Türkisch	46,2 %	20,5 %	12,8 %	5,1 %	15,4 %
Niemand versteht mich	Deutsch	26,9 %	50,0 %	7,7 %	0,0 %	15,4 %
	Türkisch	51,3 %	23,1 %	17,9 %	2,6 %	5,1 %
Vererbung	Deutsch	15,4 %	11,5 %	42,3 %	26,9 %	3,8 %
	Türkisch	5,1 %	23,1 %	30,8 %	5,1 %	35,9 %

Tabelle 14: Karten mit deutlichen Unterschieden, bei denen die Signifikanzprüfung aufgrund zu geringer Besetzung einiger Felder ($C_{weF} > 25\%$) nicht wertbar war:

Antwortverhalten

Im folgenden wird betrachtet, welche Karten häufig verneint, als sehr zutreffend, am meisten zutreffend oder mit „ich weiß nicht“ beantwortet wurden. Die Grenzsatzungen, ab welchem Prozentsatz die Karten hier aufgeführt werden, erfolgten zur besseren Darstellung (z.B. sind unter „Häufig verneinte Ursachen“ alle Karten aufgeführt, die von mindestens 50

% der deutschen oder türkischen Mädchen verneint wurden). Das Antwortverhalten bezüglich aller 66 Fragekarten ist im Anhang wiedergegeben.

Häufig verneinte Ursachen: In Tabelle 15 sind die Krankheitsursachen zusammengefaßt, die am häufigsten (mehr als 50 % der deutschen oder türkischen Mädchen) verneint wurden.

Ursache	Deutsch	Türkisch
Gottes Wille	65,4 %	15,4 %
Geister	73,1 %	48,7 %
Böser Blick	84,6 %	46,2 %
Kein Talisman	76,9 %	66,7 %
Zauberei	69,2 %	59,0 %
Voll- oder Neumond	96,2 %	74,4 %
Heiß Essen oder Trinken	80,8 %	66,7 %
Kalt Essen oder Trinken	53,8 %	23,1 %
Viel Flüssigkeit trinken	88,5 %	59,0 %
Wenig Sonne	65,4 %	66,7 %
Lärm	42,3 %	53,8 %
Niemand versteht mich	26,9 %	51,3 %
Fremd an einem Ort	50,0 %	64,1 %
Schlechte Wohnung	53,8 %	30,8 %
Wenig freuen	57,7 %	66,7 %
Sich über jemanden ärgern	50,0 %	59,0 %
Viel Sport	76,9 %	74,4 %

Tabelle 15: Verneinte Krankheitsursachen (mehr als 50 % der deutschen oder türkischen Mädchen verneinten diese Ursache. N deutsch = 26, n türkisch = 39)

Wichtigste Krankheitsursachen: Die von mehr als 30 % der deutschen oder türkischen Mädchen als „stimmt am meisten“ eingeschätzten Krankheitsursachen waren:

- ansteckende Krankheiten (D: 23,1 %, T: 48,7 %)
- Blutübertragung (D: 30,8 %, T: 10,3 %)
- Gottes Wille (D: 0 %, T: 33,3 %)
- wenig Vitamine (D: 31,8 %, T: 12,8 %)
- Drogen (D: 38,5 %, T: 33,3 %).

Wichtige Krankheitsursachen: Werden die Antwortmöglichkeiten „Stimmt sehr“ und „Stimmt am meisten“ zusammengefaßt, so waren die häufigsten Nennungen (mehr als 70 % der deutschen oder türkischen Mädchen):

- Bakterien (D: 84,6 %, T: 84,6 %)
- Ansteckende Krankheiten (D: 92,3 %, T: 79,5 %)

- Wenig Vitamine (D: 73,1%, T: 66,7 %)
- Drogen (D: 88,5 %, T: 76,9 %)
- Zigaretten (D: 80,8 %, T: 61,5 %)
- Alkohol (D: 80,8 %, T: 59 %)

Drei Karten, die bei der Pilotstudie in der Türkei ebenfalls mehr als 70 % der Antworten erhalten hatten, lagen in der Hauptbefragung – zumindest bei den Türkinnen – geringfügig darunter: „nicht auf sich achten / sich nicht pflegen“ (D: 61,5 %, T: 66,7 %), „Keine Sauberkeit“ (D: 46,2 %, T: 61,5 %) und „unsauberes Essen“ (D: 53,8 %, T: 69,2 %).

„Ich weiß nicht“-Antworten: Diese Antwort gaben mehr als 30 % der deutschen oder türkischen Mädchen bei den Karten:

- Körper nicht Kennen (D: 19,2 %; T: 30,8 %)
- Hitze (D: 30,8 %; T: 17,9 %)
- Armut (D: 30,8 %; T: 28,2 %)
- Nicht im Gleichgewicht sein (D: 34,6 %; T: 25,6 %)
- Blutstau (D: 15,4 %; T: 38,5 %)
- Organe verschieben (D: 38,5 %; T: 38,5 %)
- Nabelfall (D: 53,8 %; T: 51,3 %)
- Vererbung (D: 3,8 %; T: 35,9 %)

„Traditionelle“ Krankheitskonzepte

Übernatürliche Krankheitsursachen: „Gottes Wille“, „Geister“, „böser Blick“ und „Zauberei“ wurden von mindestens 30 % der türkischen Mädchen als mindestens „etwas zutreffend“ eingeschätzt. Bei den deutschen waren es maximal 15,4 % (bei „Gottes Wille“). Bei dieser Ursache war auch der Unterschied zwischen den Nationalitäten am deutlichsten (T: 76,9 %, davon 33,3 % „am meisten“). Die Signifikanzprüfung konnte aber wegen CwEF größer 25 % nicht gewertet werden.

Körperkonzepte: Die Karten aus dem Bereich Körperkonzepte (s. Tabelle 16) wurden in beiden Stichproben sehr ähnlich beantwortet, eine Ausnahme bildet „Blutstau“ aber auch hier war kein signifikanter Unterschied. „Nabelfall“ erhielt am wenigsten Zustimmung, dafür in beiden Gruppen am häufigsten „ich weiß nicht“ Antworten. „Organe verschieben“ und „wenig Blut“ und „schwer heben“ hielten in beiden Gruppen mehr als 50 % für mindestens etwas zutreffend.

	Nationalität	Nein	Etwas	Sehr	Am meisten	Ich weiß nicht
Blutstau	Deutsch	3,8 %	19,2 %	61,5 %	0,0 %	15,4 %
	Türkisch	5,1 %	20,5 %	35,9 %	0,0 %	38,5 %
Organe verschieben	Deutsch	7,7 %	15,4 %	34,6 %	3,8 %	38,5 %
	Türkisch	2,6 %	23,1 %	33,3 %	2,6 %	38,5 %
Nabelfall	Deutsch	19,2 %	15,4 %	11,5 %	0,0 %	53,8 %
	Türkisch	12,8 %	10,3 %	23,1 %	2,6 %	51,3 %
Wenig Blut	Deutsch	7,7 %	23,1 %	42,3 %	3,8 %	23,1 %
	Türkisch	12,8 %	20,5 %	41,0 %	10,3 %	15,4 %
Schwer Heben	Deutsch	11,5 %	53,8 %	11,5 %	7,7 %	15,4 %
	Türkisch	25,6 %	41,0 %	15,4 %	2,6 %	15,4 %

Tabelle 16: Fragekarten zu Krankheitsursachen aus dem Bereich „Körperkonzepte“

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Bereich der allgemeinen Kontrollüberzeugungen zeigte sich ein signifikanter Unterschied, nicht jedoch bei den Kontrollüberzeugungen im Bereich von Gesundheit und Krankheit. Bei den Fragen nach bekannten Krankheiten und Möglichkeiten der Krankheitsverhütung gab es, außer beim Oberbegriff Impfen keine signifikanten Unterschiede. Auch bei der Frage nach Krankheitsursachen antworteten die Mädchen der beiden Stichproben häufig recht ähnlich. Einige Unterschiede zeigten sich jedoch, besonders als mit den Fragekarten gezielt Krankheitsursachen abgefragt wurden. Signifikante Unterschiede gab es aber nur in den Bereichen Übernatürliche Kräfte und Umwelt/Wetter/Luft sowie bei den Karten Zugluft, schlechtes Wetter und Druck von der Umgebung. Außerdem konnte bei einigen Karten trotz deutlicher prozentualer Unterschiede die Signifikanzprüfung wegen CweF größer 25 % nicht gewertet werden.

*„Man nähert sich dem Fremden auf dem Umweg über die eigene Phantasie,
in der sich das Fremde in einem selbst widerspiegelt.“*

Jürgen Streek

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse

4.1.1 Vergleichbarkeit der Stichproben

Im folgenden werden sowohl die deutsche und die türkische Stichprobe miteinander, als auch, soweit möglich, mit den Ergebnissen von Schepker (1995) verglichen.

Die Stichproben sind vergleichbar hinsichtlich des Alters der Mädchen. Sie sind nicht vergleichbar hinsichtlich Schulbesuch der Mädchen (hochsignifikanter Unterschied). Bei mehreren Variablen war eine Signifikanzprüfung wegen zu gering besetzter Felder (CweF größer 25 %) nicht durchführbar, die Zahlen legen aber nahe, daß die Stichproben in folgenden Punkten nicht (oder nur bedingt) vergleichbar sind:

- Familienverhältnisse
- Geschwisterzahl und Stellung
- Schulbesuch der Eltern

Die beiden Elterngruppen unterscheiden sich nicht signifikant im Alter und auch nicht darin, ob sie berufstätig sind oder nicht. Die Zahlen bezüglich der Berufstätigkeit sind denen von Schepker vergleichbar. Bei insgesamt vergleichbarer Anzahl nicht berufstätiger türkischer Mütter gaben allerdings hier mehr Mädchen Arbeitslosigkeit der Mutter und bei Schepker mehr „Sonstiges“ (inklusive Hausfrau) an. Auf eine Schichtzuordnung entsprechend dem Beruf des Vaters war verzichtet worden, so daß hierzu keine Aussagen gemacht werden können. Aber auch wenn eine solche Zuordnung möglich gewesen wäre, hätte sie hinsichtlich einer Vergleichbarkeit der beiden Stichproben kritisch betrachtet werden müssen: Vor allem aufgrund der Bildungsinteressen, die türkische Familien haben, ist eine Eingruppierung (entsprechend dem ausgeübten Beruf) als „Unterschichtsfamilie“ und ein Vergleich mit deutschen Unterschichtsfamilien fragwürdig (vgl. Schepker 1995). Auf die Schwierigkeiten beim Vergleich der Schulbildung wurde schon im Ergebnisteil hingewiesen.

Herkunft der Eltern und der Mädchen

Die überwiegend dörfliche Herkunft der türkischen Eltern ist ähnlich wie in der Stichprobe von Schepker. Die Einreise der Eltern war etwas später, aber durchaus noch vergleichbar zur Untersuchung von Schepker: Die überwiegende Mehrzahl der türkischen Eltern waren vor 1975 eingereist. Im Gegensatz zur Untersuchung von Schepker waren etwas mehr Mädchen in Deutschland und weniger in der Türkei geboren (bei Schepker 22,4 %, hier 12,8 %).

Familienverhältnisse: Die Anzahl der türkischen Mädchen, die bei beiden Eltern lebt, ist mit denen in der Untersuchung von Schepker (1995) vergleichbar, bei der im Essener Raum durchgeführten Untersuchung lebten allerdings 78 % der von ihr befragten deutschen Mädchen bei beiden Eltern, während es in der vorliegenden Untersuchung nur 42,3 % waren (und genauso viele nur bei ihrer Mutter lebten).

Geschwisterzahl und -stellung

Wie erwartet, hatten die türkischen Mädchen mehr Geschwister als die Deutschen, im Vergleich zur Untersuchung zu Schepker fiel auf, daß sowohl die deutschen als auch die türkischen Mädchen in Berlin durchschnittlich weniger Geschwister hatten (Bei Schepker durchschnittlich D: 2,2, T: 4,22; hier D: 1,15, T: 3,23). Zumindest bei den deutschen Mädchen könnte dies auf den hohen Anteil der alleinerziehenden Mütter zurückzuführen sein.

Schulbesuch der Mädchen und Auswahl der Stichprobe: Der erhebliche Unterschied zwischen den beiden Stichproben hinsichtlich Real- oder Gesamtschulbesuch ist wahrscheinlich auf die Auswahl der Schulen zurückzuführen. Zwei der Gesamtschulen waren in Berlin-Kreuzberg, mit erwartungsgemäß hohem Ausländeranteil. Die dritte Gesamtschule sowie die Realschule waren in Berlin-Charlottenburg. Laut Angaben der Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport (1995) waren in den westlichen Bezirken Berlins 22,2 % der Schüler an Realschulen Ausländer. Der Anteil der türkischen Schüler beträgt davon ca. die Hälfte. Es wäre also ein Anteil von ca. 11 % türkischer Schüler an der Realschule zu erwarten gewesen. Nach Angaben des Schulleiters waren aber von insgesamt 319 Schülern der Klassen 8-10 nur 9 türkischer Herkunft (2,8 %). Auch an der Gesamtschule sind in den westlichen Bezirken durchschnittlich ca. 11 % der Schüler türkischer Herkunft. Die Gesamtschule in Charlottenburg kommt dem mit einem Anteil von 15 % türkischer Schüler in den Klassen 7-9 nahe. Dagegen betrug der Anteil in einer der beiden Kreuzberger Gesamtschulen 33 %.

Außerdem ist festzustellen, daß sich erheblich mehr türkische als deutschen Mädchen zur Befragung gemeldet haben (sowohl in Absolutzahlen, vor allem aber auch, wenn man die

Zahlen mit dem prozentualen Anteil türkischer Schüler an den betreffenden Schulen in Beziehung setzt). Es ist also anzunehmen, daß bei der Stichprobengewinnung eine Auswahl stattfand, z.B. dadurch, daß sich die türkischen Mädchen durch die Fragestellung oder auch dadurch, daß sich die Interviewerin sowohl auf Deutsch als auch auf Türkisch vorstellte, angesprochen fühlten.

In der von Schepker durchgeführten Untersuchung wurden Schüler und Schülerinnen aller Schultypen mit Ausnahme von Sonderschülern befragt.

Umgangssprache mit Eltern und Geschwistern: Im Vergleich zu der Untersuchung von Schepker sprachen die Mädchen sowohl mit ihren Eltern als auch mit ihren Geschwistern häufiger sowohl Deutsch als auch Türkisch und weniger nur Türkisch. Da zwei Drittel der Mädchen nicht nur mit ihren Eltern, sondern auch mit ihren Geschwistern sowohl deutsch als auch Türkisch sprechen (aus eigener Beobachtung wird häufig dann in die andere Sprache gewechselt, wenn gerade das passende Wort nicht zur Verfügung steht), scheint der Einsatz zweisprachiger Instrumente, wie in der vorliegenden Untersuchung geschehen, angemessen (vgl. auch Schepker, 1995, S. 27).

Erkrankungen der Mädchen und deren Familien: Ursprünglich sollten nur Mädchen mit in die Studie einbezogen werden, die weder selber erkrankt sind oder waren, noch in deren Familien es Erkrankungen gab. Dies ließ sich aber wegen der Häufigkeit von Erkrankungen und gleichzeitig der Schwierigkeit, weitere Mädchen zu finden, nicht durchführen. Deshalb wurde das Vorgehen mit dem Krankheitsschwere-Rating gewählt und die Stichproben miteinander verglichen. Der Eindruck, daß die deutschen Mädchen (und ihre Familien) häufiger und schwerer erkrankt waren als die türkischen, konnte statistisch nicht verifiziert werden. Wobei kritisch angemerkt werden muß, daß das Rating entsprechend der Bedrohlichkeit der Erkrankung und der Einschränkungen des alltäglichen Lebens erfolgte (z.B. Asthma bronchiale mit Bedarfsmedikation bei den leichteren chronischen Erkrankungen und Asthma bronchiale mit Dauermedikation bei den schwereren chronischen Erkrankungen). Einfluß auf die Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit kann aber, wie die Studie von Schmitt, Lohaus und Salewski (1989) zeigte, auch die Kontrollierbarkeit (z.B. die Einflußmöglichkeiten auf den Krankheitsverlauf) der Erkrankung sein. Ein Bias der Stichprobe kann deshalb trotz der statistischen Ergebnisse nicht sicher ausgeschlossen werden.

Zusammenfassung: Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die türkische und die deutsche Stichprobe nur bedingt miteinander vergleichbar ist. Auf einen Matched-pair-Vergleich wurde aber aufgrund der kleinen Stichproben verzichtet. Auch zu den Ergebnissen von Schepker bestehen wesentliche Unterschiede (z.B. bei den Familienverhältnissen).

4.1.2 Frage nach bekannten Krankheiten

Die erste Frage des Interviews „Welche Krankheiten kennst Du?“ war hauptsächlich zum „Aufwärmen“ gestellt worden. Bemerkenswert ist das recht ähnliche Antwortverhalten der Mädchen. Bedenkenswert ist auch, daß am häufigsten Krebs (ca. 70 %), dann AIDS (65% / 69 %), dann Masern (ca. 50 %) genannt wurden. Erkältung wurde dagegen nur von ca. einem Viertel der Mädchen genannt, Grippe von 30 % der deutschen und 13,3 % der türkischen Mädchen. Selbst wenn man die Zahlen von Erkältung und Grippe zusammenrechnet (Der Begriff „Grippe“ wird ja häufig auch für „Erkältung“ verwendet), wurde Krebs und AIDS immer noch häufiger genannt. Für dieses Ergebnis bietet sich folgende Erklärungsmöglichkeit an: Die Mädchen nannten anscheinend weniger Erkrankungen, mit denen sie selber schon Kontakt hatten, als Erkrankungen, die sie z.B. als besonders bedrohlich ansehen, oder die z.B. durch Aufklärungsunterricht und Presse ein besonderes Gewicht bekamen (AIDS). Auch das Nennen von Ebola (fünf türkische Mädchen) läßt sich durch die große öffentliche Aufmerksamkeit diesbezüglich in der Zeit vor der Befragung erklären (allerdings hat keines der deutschen Mädchen Ebola erwähnt). Tuberkulose, die in der Studie in der Türkei nach Krebs gleich häufig mit Masern genannt wurde, wurde in Deutschland nur von je einem deutschen und einem türkischen Mädchen genannt. Dies könnte widerspiegeln, daß Tuberkulose in Deutschland entweder nicht mehr so bekannt wie in der Türkei ist oder nicht mehr so als Bedrohung wahrgenommen wird.

4.1.3 Untersuchung der Kausalattributionen

Offene Fragen

Im offenen Interviewteil zeigten sich sowohl bei der Frage nach Krankheitsursachen als auch nach Möglichkeiten der Krankheitsverhütung überwiegend Gemeinsamkeiten in beiden Gruppen. Antworten, die dem Bereich „übernatürliche Kräfte, Schicksal, Zufall“ zugeordnet werden konnten, nannte keines der deutschen und nur eines der türkischen Mädchen („das liegt nicht in Deiner Hand“). Weder bei der Betrachtung der Bereiche noch bei einzelnen

Oberbegriffen zeigten sich signifikante Unterschiede, außer bei dem Oberbegriff „Impfen“ als Möglichkeit der Krankheitsverhütung: deutsche Mädchen hatten dies signifikant häufiger erwähnt. Leider war „Impfen“ nicht bei den Fragekarten enthalten, so daß ein Vergleich hierzu nicht möglich ist. Es wäre sicherlich interessant, festzustellen, inwieweit sich die Mädchen bei direkter Nachfrage dazu äußern – und vor allem, ob sich dieser Unterschied dann auch im Impfverhalten niederschlägt.

Fragekarten

Auch bei den Fragekarten zeigten sich überwiegend Gemeinsamkeiten, es zeigten sich bei der Scorebildung der Fragekarten allerdings signifikante Unterschiede in den Bereichen „übernatürliche Kräfte“ und „Umwelt, Wetter, Luft“. Aufgrund des Literaturstudiums waren einerseits Unterschiede auch in anderen Bereichen vermutet worden, bei z.B. „Essen und Trinken“, „Temperatur“ oder im Bereich „Psychisch“. Andererseits ließen die Ergebnisse von Landrine und Klonoff (1994) nur Unterschiede im Bereich „übernatürliche Kräfte“ vermuten (s.u.).

Betrachtung einzelner Bereiche

Bereich „Übernatürliche Kräfte“: Ursachen aus dem Bereich „übernatürliche Kräfte“ haben nicht nur türkische, sondern auch deutsche Mädchen zugestimmt, die türkischen signifikant mehr. Zu einem ähnlichen Ergebnis waren Landrine und Klonoff (1994) bei einer Untersuchung mit Weißen und Angehörigen von Minoritäten gekommen: „übernatürliche Kräfte“ als Krankheitsursachen werden auf offene Fragen kaum genannt; wenn gezielt danach gefragt wird und eine Möglichkeit zum Rating angeboten wird, zeigen sich, bei ansonsten gleicher Einschätzung anderer Krankheitsursachen, im Bereich „übernatürliche Kräfte“ deutliche Unterschiede.

Bereich „Umwelt, Wetter, Luft“: Der Unterschied im Bereich „Umwelt, Wetter, Luft“ (Median D: 4,5, T: 3) wurde hauptsächlich durch die Karten „Lärm, „Umweltverschmutzung“, und „viel Sonne“ bedingt, bei „wenig Sonne“ war die Einschätzung sehr ähnlich und bei „schlechtes Wetter“ sogar eine signifikant höhere Einschätzung bei den Türkinnen. Wobei die Karte „schlechtes Wetter“ kritisch betrachtet werden muß, da „Wetter“ und „Luft“ auf Türkisch beide „hava“ heißen. Die Türkinnen könnten also sowohl an kaltes, regnerisches Wetter, als auch an schlechte Luft (Luftverschmutzung) gedacht haben. „Hava“ kann jedoch auch Klima im weitesten Sinne heißen, also auch zwischenmenschliches Klima. In der Untersuchung von Kroeger et al. (1986) wurden bei akuten Erkrankungen von beide Nationalitäten am häufigsten Wetter genannt; bei chronischen Erkrankungen war Wetter bei

den Türken die zweithäufigste Antwort (nach „ich weiß nicht“) und wurde bei den Deutschen gar nicht genannt. Kroeger et al. vermuten bzgl. des Wetters: „Dieses schien ... geradezu symbolisch von ihnen benutzt zu werden: gutes Wetter in der Türkei, schlechtes Wetter in Deutschland“ (S. 193).

Dennoch bleibt die insgesamt größere Annahme von Umweltfaktoren als Krankheitsursache bei den Deutschen bestehen. Ein möglicher Grund hierfür wäre eine größere Besorgnis der Deutschen bezüglich der Umweltproblematik. Weitere Erklärungsmöglichkeiten s.u. bei „Vergleich der Kontroll- mit der Kausalattribution“.

Körperkonzepte: Der Bereich der Körperkonzepte soll extra behandelt werden, obwohl sich auch hier kaum Unterschiede zeigten. Er enthält eines der „traditionellen“ türkischen Krankheitskonzepte: den Nabelfall (vgl. Koen-Emge 1986 und 1988). Während in der Pilotstudie in der Türkei ca. 50 % der Mädchen Nabelfall für sehr oder am meisten zutreffend hielten, wurde diese Fragekarte in Deutschland in beiden Gruppen von ca. 50 % mit „ich weiß nicht“ beantwortet. Auch die anderen Zahlen sind durchaus vergleichbar. Immerhin 11,5 % der deutschen und 23,1 % der türkischen Mädchen hatten diese Ursache mit „stimmt sehr“ beantwortet. Es ist allerdings nicht klar, ob sie dabei an das türkische Krankheitskonzept oder z.B. einen Nabelbruch gedacht haben. Die Karte „Wenn sich Organe verschieben“, hat vergleichsweise dazu etwas mehr Zustimmung erhalten: Von beiden Nationalitäten ca. ein Drittel „Stimmt sehr“-Antworten und knapp 40 % „ich weiß nicht“ Antworten. Auch hierbei ist unklar, was sich die Mädchen darunter vorgestellt haben, vielleicht ist diese Antwortverhalten auch weniger auf ein bestehendes Konzept, als auf in der Situation getroffene Schlußfolgerung zurückzuführen. Es kann also vermutet werden, daß Nabelfall als „traditionelles“ Krankheitskonzept bei den türkischen Mädchen in Deutschland nicht mehr so bekannt wie in der Türkei ist.

Signifikante bzw. deutliche Unterschiede bei einzelnen Fragekarten

Signifikante Unterschiede bei einzelnen Fragekarten hatten sich nur bei den Karten „schlechtes Wetter“ (s.o.), „Zugluft“ und „Druck durch die Umgebung“ (s.u.) ergeben.

Außerdem gab es deutliche Unterschiede bei den Karten „Gottes Wille“, „böser Blick“, „niemand versteht mich“ sowie „Vererbung“, bei denen eine Signifikanzprüfung aufgrund zu geringer Besetzung einzelner Felder (CweF größer 25 %) nicht möglich war.

Zugluft hatten je ein Drittel der Mädchen mit „stimmt sehr“ oder „stimmt am meisten“ geantwortet. Mit „stimmt etwas“ hatten deutlich mehr deutsche als türkische Mädchen

geantwortet, welche öfter verneint oder „ich weiß nicht“ geantwortet hatten. Man könnte daraus folgern, daß „Zugluft“ ein eher deutsches Krankheitskonzept ist. Dagegen spricht allerdings der relativ hohe Prozentsatz der Mädchen in der Türkei, die Zugluft als wichtige Krankheitsursache angenommen hatten (auch wenn Zugluft nicht zu den in der Literatur immer wieder beschriebenen „traditionellen“ türkischen Krankheitsursachen zählt). Eine mögliche Erklärung wäre vielleicht, daß den türkischen Mädchen hier das türkische Wort nicht mehr geläufig ist, die deutsche Formulierung der Karte („Durch Zugluft kann man krank werden“) für sie aber ungünstig ist. Im alltäglichen Sprachgebrauch würde man z.B. eher sagen: „Mach die Tür zu, es zieht“.

Schlechtes Wetter (s.o.)

Druck von Umgebung als Krankheitsursache hatten mehr türkische als deutsche Mädchen verneint, welche dagegen häufiger mit „ich weiß nicht“ geantwortet hatten. Beim Vergleich der Einstufung zwischen „etwas“, „sehr“ und „meist“, zeigte sich, daß die türkischen Mädchen diese Krankheitsursache für wichtiger als die deutschen hielten. Ob sich darin ein stärkerer Bezug zum sozialen Umfeld, wie z.B. bei Özelsel (1990) beschrieben, oder Auswirkungen der Migrationserfahrung (z.B. Ausländerfeindlichkeit) widerspiegelt, läßt sich anhand der Zahlen nicht beantworten. Für die erste Annahme spricht allerdings, daß die Zahlen der Frage „Druck von der Familie“ bei der Einstufung zwischen „etwas“ und „meist“ sehr ähnlich sind. Unterschiede zur Karte „Druck durch Umgebung“ gibt es in beiden Nationalitäten vor allem bei den „stimmt nicht“- oder „ich weiß nicht“- Antworten.

Gottes Wille (Signifikanzprüfung wegen $C_{weF} > 25\%$ nicht wertbar): Besonders deutlich war der Unterschied bei „Gottes Wille“ als Krankheitsursache: dies verneinten 65,4 % der deutschen aber nur 15,4 % der türkischen Mädchen, während letztere diese Ursache zu 53,8% sogar als sehr oder am meisten zutreffend hielten. Bei diesen Zahlen muß man sicherlich die wahrscheinlich geringere Gläubigkeit der deutschen Mädchen berücksichtigen. Rückblickend wäre es interessant gewesen, den Glauben an Gott oder eine andere höhere Macht, wie z.B. in der Untersuchung von Furnham (1994) geschehen, auch mit zu erfassen.

Der böse Blick (Signifikanzprüfung wegen $C_{weF} > 25\%$ nicht wertbar): Der „böse Blick“ als Krankheitsursache ist bei den deutschen Mädchen nicht bekannt und wird zu 84,6 % verneint, von den türkischen dagegen nur von 46,2 %. 17,9 % der Türkinnen halten diese Krankheitsursache sogar für sehr oder am meisten zutreffend. Die Zahlen der Mädchen in der Türkei bezüglich dieser Karte unterschieden sich dazu nur wenig. Es kann also vermutet

werden, daß das Konzept des „bösen Blickes“ auch in der Migration weiter tradiert wird. Vielleicht dadurch unterstützt, daß das „blaue Auge“ oder blaue Perlen (mavi boncuk), die gegen den bösen Blick schützen sollen, häufig als Schmuck getragen werden.

„Niemand versteht mich“ (Signifikanzprüfung wegen CweF > 25 % nicht wertbar): Die Karte „Wenn mich niemand versteht, ...“ war von ca. der Hälfte der Türkinnen, aber nur 26,9 % der Deutschen verneint worden, welche diese Karte dafür zu 50 % für etwas zutreffend hielten (T: 23,1 %). Für sehr oder am meisten zutreffend hielten sie wieder die Türkinnen etwas mehr (T: 20,5 %, D: 7,7 %). Eine Interpretation dieses Ergebnisses – ohne weitere Zusatzinformationen – erscheint nicht angemessen.

Vererbung (Signifikanzprüfung wegen CweF > 25 % nicht wertbar) als Krankheitsursache hielten fast 70 % der deutschen, aber nur ein Drittel der türkischen Mädchen für wichtige Krankheitsursachen (in der Türkei: knapp 30 %). Mit „ich weiß nicht“ antworteten ca. ein Drittel der türkischen Mädchen (in der Türkei ca. ein Fünftel), aber nur ein deutsches Mädchen. Wirsing (1992) beschreibt, daß eine Sensibilität gegenüber Ehe unter Verwandten (im Sinne einer Krankheitsverursachung als „moderne Krankheitstheorie“ von ihm eingestuft) erst durch Gesundheitsaufklärung und die Presse in der Türkei entstanden ist. Die hier vorliegenden Zahlen sprechen dafür, daß das Konzept der „Vererbung“ als Krankheitsursache auch bei den hier lebenden türkischen Mädchen nicht so bekannt wie bei den deutschen ist. Diese Karte erscheint mir außerdem ein gutes Beispiel dafür, daß es inhaltlich sinnvoll ist, „ich weiß nicht“ als Antwortmöglichkeit anzubieten, auch wenn dadurch die statistische Auswertung erschwert wird (s.u. bei „Kritischer Betrachtung der Untersuchung“).

Betrachtung des Antwortverhaltens

Häufige verneinte Ursachen: Insgesamt wurden 17 Fragekarten von mehr als 50 % der türkischen oder deutschen Mädchen verneint. Hierzu zählten alle 6 Items aus dem Bereich übernatürliche Kräfte. Außer bei Gottes Wille wurden diese übernatürlichen Ursachen auch von ungefähr der Hälfte (bei einigen Karten auch deutlich mehr) der türkischen Mädchen verneint. Insgesamt spricht die hohe Zahl an abgelehnten Krankheitsursachen dafür, daß die Mädchen wirklich darüber nachgedacht haben und nicht eine Krankheitsursache für wahrscheinlich gehalten haben, nur weil sie angeboten wurde.

Wichtige und am meisten wichtige Krankheitsursachen: Das Vorgehen, die Mädchen zunächst die Karten von „stimmt nicht“ bis „stimmt sehr“ raten zu lassen und sie später von den „Stimmt sehr“-Karten noch die fünf wichtigsten auswählen zu lassen, hat sich für die statistische Auswertung als ungünstig (s. u. bei „Kritische Betrachtung der Untersuchung“)

und vor allem anscheinend auch als unnötig erwiesen: Bei der Betrachtung, welche Ursachen ursprünglich als „sehr zutreffend“ und welche später davon als „am meisten zutreffend“ aussortiert wurden, entstehen naturgemäß Überschneidungen: Die Karten „ansteckende Krankheiten“, „wenig Vitamine“ und „Drogen“ wurden zunächst von mehr als 70 % der deutschen oder türkischen Mädchen als sehr zutreffend eingeschätzt und dann noch einmal von mehr als 30 % als „am meisten zutreffend“. Karten, für die das nicht zutrifft, waren Gottes Wille und Blutübertragung. Wobei gesagt werden muß, daß die „70%- und 30 % - Grenze“ nur aus Gründen der besseren Darstellung gewählt wurde. Aber auch bei „Gottes Wille“ (trifft am meisten zu: D: 0 %, T: 33,3 %) und bei „Blutübertragung“ (trifft am meisten zu: D: 30,8 %, T: 10,8 %) hatten sich die Unterschiede zwischen den Nationalitäten tendenziell schon vorher gezeigt.

Anhand der von den meisten Mädchen als sehr wichtig eingeschätzten Krankheitsursachen (Ansteckende Krankheiten, Bakterien, wenig Vitamine, Drogen, Zigaretten, Alkohol) kann vermutet werden, daß sich hierbei weniger um eigene Erfahrungen handelt, sondern sich vielmehr Erziehung und Information, z.B. durch Schulunterricht oder die Medien wieder spiegeln.

„Ich weiß nicht“-Antworten: Die insgesamt recht häufigen Nennungen von „ich weiß nicht“ (bei 9 Karten wurden von mindestens 30 % der deutschen oder türkischen Mädchen so geantwortet) lassen es – zumindestens – inhaltlich gerechtfertigt erscheinen, diese Antwortkategorie beizubehalten. Auch ist es deskriptiv interessant zu sehen, bei welchen Fragen ähnlich oft so geantwortet wurde (z.B. Nabelfall und Organe verschieben, s.o.) und wo es größere Differenzen gab (z.B. bei Vererbung, wo nur 3,8 % der deutschen, aber 35,9 % der türkischen Mädchen so antwortete, s.o.).

4.1.4 Untersuchung der Kontrollüberzeugungen

Allgemeine Kontrollüberzeugungen

Im Bereich der allgemeinen Kontrollüberzeugungen konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachgewiesen werden: Die türkischen Mädchen attribuierten im Gesamtscore der Loc-Scales externaler als die deutschen. In den Subscores zeigten sich allerdings keine signifikanten Unterschiede, auch nicht im Bereich „Magic“. Wobei zu den Fragen in diesem Bereich kritisch angemerkt werden muß, daß auch die deutschen Mädchen mit den „türkischen“ magischen Konzepten befragt wurden (z.B. blaues Auge), da mir die deutsche Fassung des Fragebogens nicht vorlag.

In den Tabelle 17a und 17b werden die Ergebnisse der Hauptbefragung mit den der Pilotstudie in der Türkei und den Ergebnissen von Schepker (1995) gegenübergestellt. Entsprechend den in der Arbeit von Schepker verfügbaren Zahlen werden für den Gesamtscore (Tabelle 17a) die Mediane und für die Subscores (Tabelle 17b) die Mittelwerte miteinander verglichen. Im Vergleich mit den Zahlen von Schepker zeigt sich sowohl im Gesamtscore als auch in allen Subscores außer bei „Familie“ ein tendenziell gleiches Antwortverhalten. Für den Bereich Familie antworteten die Mädchen in der Stichprobe von Schepker jedoch genau umgekehrt: Die deutschen Mädchen glaubten mit 1.91 Externalitätspunkten (1.88 bei den türkischen) weniger Einflußmöglichkeiten auf ihre Familien zu haben. Wie schon im Methodenteil beschrieben, sind die Zahlen von Schepker mit denen der hier vorliegenden Untersuchung nur bedingt zu vergleichen. Die Ergebnisse der Pilotstudie in der Türkei sind auch nicht direkt zu vergleichen, da die Stichprobe nicht repräsentativ war (s. Methoden).

	Schreiber- Deutsch	Schreiber- Türkisch		Schreiber- Türkei		Schepker- Deutsch J+M	Schepker- Türkisch J+M
Gesamtscore (Median)	8,5	11		9		7	10
N	26	39		11		831	303

Tabelle 17a: Loc-Scales, Gesamtscore. Vergleich der Hauptbefragung mit der Pilotstudie in der Türkei und mit den Ergebnissen von Schepker (Kurzfassung, vgl. Schepker 1995, S. 51). Das Alter der Mädchen betrug in den Stichproben von Schreiber 14-16 Jahre. Schepker befragte 13-19 Jahre alte Jungen und Mädchen und stellte die Ergebnisse der Kurzfassung für den Gesamtscore nicht getrennt nach Geschlechtern dar. (J = Jungen, M = Mädchen).

Subsores-	Mögl. Maxwert	Schreiber- Deutsch	Schreiber- Türkisch		Schreiber- Türkei		Schepker- Deutsch	Schepker- Türkisch
		Mittel	Mittel		Mittel		Mittel	Mittel
Peer	4	1,50	1,95		1,27		1,43	1,91
Selbst	6	2,00	2,56		2,18		1,20	2,20
Schule	7	0,77	0,62		0,73		0,56	0,35
Magie	7	3,39	3,62		3,55		2,62	3,48
Familie	4	1,42	1,97		1,27		1,91	1,88

Tabelle 17b: Loc-Scales, Subscores. Vergleich der Hauptbefragung mit der Pilotstudie in der Türkei und mit den Ergebnissen von Schepker (Kurzfassung, vgl. Schepker 1995, S. 52). Das Alter der Mädchen betrug in den Stichproben von Schreiber 14-16 Jahre, bei Schepker 13-19 Jahre

Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit

Skala	Deutsch	Türkisch	Türkisch Türkei	Schmitt et al. 1989 (*)
	Mittel	Mittel	Mittel	Mittel
Internal	29,19	30,18	29,62	26,87
Ext-Person	26,35	26,23	25,30	22,20
Ext-Chance	21,73	23,08	17,00	19,72
N	26	39	10	366
Alter	14-16	14-16	14-16	12-22

Tabelle 18: KKG. Vergleich der Hauptstudie mit den Ergebnissen der Pilotstudie in der Türkei und denen von Schmidt, Lohaus und Salewski (1989). Höherer Wert entspricht stärker ausgeprägte Kontrollüberzeugung in diesem Bereich. (*) Die in der Studie von Schmidt, Lohaus und Salewski (1989) angegebenen Rohwerte wurden zur besseren Vergleichbarkeit von mir umgerechnet (49 – angegebener Rohwert = hier dargestellter Wert)

Entgegen der Erwartungen konnte ein Unterschied im Bereich Gesundheit und Krankheit nicht nachgewiesen werden. Beim Vergleich der Ergebnisse mit denen der Pilotstudie in der Türkei (s. Tabelle 18) zeigen sich auf den Skalen „Internalität“ und „External-personenbezogen“ bei allen drei Gruppen sehr ähnliche Zahlen, nur in der Skala „External-Chance“ haben die Mädchen in der Türkei niedrigere Kontrollüberzeugungen (eine Signifikanzprüfung zum Vergleich der Hauptbefragung und der Befragung in der Türkei wurde jedoch nicht durchgeführt, da die Stichproben, wie im Methodenteil beschrieben, nicht vergleichbar sind). Die Interpretation dieser Ergebnisse ist schwierig, es können verschiedene Möglichkeiten diskutiert werden:

- Zwischen türkischen und deutschen Mädchen besteht zwar ein Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Kontrollüberzeugungen (s.o.), aber nicht für Kontrollüberzeugungen im Bereich Gesundheit und Krankheit.
- Es besteht doch ein Bias in der Stichprobe dahingehend, daß die Erkrankungen der deutschen Mädchen mehr Einfluß auf ihre Kontrollüberzeugungen haben, als die der türkischen (s.o.). Verglichen mit der Studie von Schmitt et al. (1989, siehe Tabelle 18) haben die deutschen Mädchen allerdings auf allen Skalen höhere Werte, was eher gegen diese Vermutung spricht. Auch sprechen die ähnlichen Werte der Mädchen in der Türkei dagegen.
- Die Formulierungen des KKG sind für einen interkulturellen Vergleich nur bedingt geeignet. Das Wort „Schicksal“ beispielsweise, das in zwei Items der „External-Chance“-

Skala vorkommt, hat im Deutschen und Türkischen andere Konnotationen. Im türkischen bezeichnet „Kismet“ viel stärker als das deutsche „Schicksal“ etwas (von Gott) vorherbestimmtes, das der Mensch zu ertragen hat und sich nicht ändern läßt. Ähnliche Probleme bestanden bei der Übersetzung des Wortes „Zufall“.

- Die niedrigeren Werte im Bereich „External-Chance“ in der Stichprobe in der Türkei könnten an den eben beschriebenen Übersetzungsschwierigkeiten oder auch an der Schichtzugehörigkeit der Mädchen (türkische Mittelklasse) liegen.

4.1.5 Vergleich der Kontroll- mit der Kausalattribution

Vergleicht man die Ergebnisse des KKG mit den Ergebnissen des offenen Interviewteils und der Fragekarten, so läßt sich feststellen, daß sie zum Teil korrespondieren:

Skala „Internalität“ des KKG: Im offenen Interview nannten 30,8 % der deutschen und 41 % der türkischen Mädchen bei der Frage nach Möglichkeiten der Krankheitsverhütung. Antworten aus dem Bereich „aufpassen/auf sich achten/sich pflegen“. Auch bei den Fragekarten nach Krankheitsursachen wurde die Frage „Wenn ich nicht auf mich achte ...“ von beiden Gruppen ähnlich hoch eingeschätzt (61,5 % der Deutschen und 66,7 % der türkischen Mädchen schätzten dies als sehr wichtige Krankheitsursache ein). Es läßt sich also vermuten, daß sich beide Gruppen ähnliche eigene Kontrollmöglichkeiten – oder zumindest eigene Verantwortung - bezüglich Krankheit und Gesundheit zuschreiben.

Skala „External-Personenbezogen“ des KKG: Im Bereich „Arzt, ärztliches Handeln, professionelle Hilfe“ der Fragekarten und bei der Frage nach Möglichkeiten der Krankheitsverhütung zeigten sich ebensowenig wie in der Skala „External-p“ des KKG keine signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Skala „External-Chance“ des KKG: Diese Skala des KKG enthält Begriffe wie Pech, Schicksal, Zufall oder Glück. Der korrespondierende Bereich der offenen Interviewfragen wäre „übernatürliche Kräfte, Schicksal, Zufall“. Sowohl bei der Frage nach Krankheitsverursachung als auch nach Krankheitsverhütung wurde nur eine Antwort geäußert, die in diesen Bereich fiel (von einer Türkin: „das liegt nicht in deiner Hand“). Bei den Fragekarten wurde bei „übernatürlichen Kräften“ nach Gottes Wille, Geister, Zauberei usw. gefragt, aber nicht nach Schicksal oder Pech, was im Rückblick bedauerlich ist. Der Bereich „übernatürliche Kräfte“ der Fragekarten kann daher inhaltlich nicht mit der Skala External-Chance des KKG verglichen werden. Interessant ist allerdings, daß die beiden einzigen Bereiche, in denen es bei den Fragekarten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab,

externale Ursachen enthalten, die sich nur schwer oder gar nicht beeinflussen lassen: Die türkischen Mädchen schätzten Ursachen aus dem Bereich „übernatürliche Kräfte“ hochsignifikant ($p = .000$) wichtiger als die deutschen ein. Die deutschen Mädchen dagegen signifikant häufiger Ursachen aus dem Bereich „Umwelt, Wetter, Luft“ ($p = .046$). Es kann spekuliert werden, ob die deutschen und türkischen Mädchen bei an sich gleichem Ausmaß an externaler Attribution im Bereich Gesundheit und Krankheit diese inhaltlich aber anders füllen.

4.2 Beantwortung der Hypothesen

1. Die Hypothese, daß die allgemeine Kontrollattribution der türkischen Mädchen externaler als die der deutschen Mädchen ist, konnte bestätigt werden.
2. Die Hypothese, daß auch die Kontrollattributionen im Bereich von Gesundheit und Krankheit bei türkischen Mädchen externaler als bei deutschen ist, konnte nicht bestätigt werden.
3. Die Hypothese, daß bei der Kausalattributionen bezüglich Gesundheit und Krankheit inhaltliche Unterschiede zwischen den türkischen und deutschen Mädchen bestehen, konnte bestätigt werden. Allerdings überwogen bei weitem die Gemeinsamkeiten. Unterschiede waren vor allem in den Bereichen „übernatürliche Kräfte“ sowie „Umwelt, Wetter, Luft“ feststellbar.

4.3 Kritische Betrachtung der Untersuchung

Auswahl der Stichprobe: Rückblickend wäre es günstiger gewesen, vor der Untersuchung mit noch mehr Schulen Kontakt aufzunehmen und dann nach Vorgesprächen mit den Schulleitern diejenigen Schulen auszuwählen, deren Schülerverteilung in etwa dem der durchschnittlichen Verteilung in Berlin entspricht. Die ungleiche Verteilung zwischen Realschülerinnen und Gesamtschülerinnen ist sicherlich kritisch zu betrachten.

Am Vorfragebogen ist kritisch zu bemerken, daß er sehr viele, z.T. für die Untersuchung nicht direkt wichtige Variablen, wie z.B. Herkunftsprovinz der Eltern oder Beginn der Menstruation der Mädchen erfragt hat. Auch wurde die Schulleistung sehr differenziert erfragt, was (bei der vorher nicht abzusehenden unterschiedlichen Benotung) es unmöglich machte, die schulischen Leistungen der Mädchen zu vergleichen. Hier wäre es günstiger gewesen, die Mädchen ihre schulischen Leistungen selber einschätzen zu lassen, z.B. „sehr gut, gut, durchschnittlich, nicht so gut“. Bei den Erkrankungen der Mädchen und ihrer Familienmitglieder war am Ende des Interviews noch einmal gezielt nachgefragt worden, wenn die

Angaben für eine Auswertung nicht ausreichend erschienen. Ein ähnliches Vorgehen wäre für die Berufe der Eltern angebracht gewesen (auch wenn der generelle Einwand einer Schichtzuordnung türkischer Familien entsprechend dem Beruf der Eltern bestehen bleibt).

Die **Loc-Scales** von Schepker scheinen geeignet, allgemeine Kontrollüberzeugungen bei türkischen und deutschen Mädchen zu erfassen. Einschränkend muß allerdings festgehalten werden, daß nur die deutsch / türkische Fassung vorlag, und daher drei der sechs Magie-Items nur auf türkische, aber nicht auf deutsche Mädchen zugeschnitten waren.

Beim **KKG** ist nicht sicher zu sagen, inwieweit er für den interkulturellen Vergleich geeignet ist. Zumindest für die Skala External-Chance scheinen erhebliche Zweifel angebracht, zum einen wegen der Übersetzungsproblematik und unterschiedlichen Konnotation einzelner Begriffe (Schicksal, Zufall). Außerdem werden wichtige externale Ursachen wie übernatürliche Kräfte nicht erfragt. Kritisch am KKG ist außerdem zu bemerken, daß er nicht zwischen Krankheitsursachen und Behandlung trennt (Z.B. kann die Ursache einer Erkrankung als „Pech“ (external-c) angenommen werden, für die Behandlung aber auf Eigenverantwortung (internal) oder die Hilfe anderer (external-p) zurückgegriffen werden).

Offenes Interview und Fragekarten: Es wäre günstig gewesen, nicht erst beim Rating der Antworten des offenen Interviews, sondern schon beim Aufstellen der Oberbegriffe mit einem (oder mehreren) Fachleuten beider Kulturen zusammenzuarbeiten. Die Oberbegriffe waren zum einen anhand des Literaturstudiums formuliert worden. Hierbei ist z.B. zu bedenken, daß nicht alle Literatur zu einem Thema gelesen, oder zumindest berücksichtigt werden kann, daher spiegelt die gefundene Literatur auch die Interessen der Untersucherin wieder. Außerdem gibt es z.B. zwar mehrere Untersuchungen deutscher Ärzte über türkische Krankheitskonzepte, aber nicht umgekehrt. Die Literatur gibt also eher „die deutsche Sicht der türkischen Konzepte“ wieder. Die andere Quelle für die Oberbegriffe waren die Ergebnisse der Pilotstudien gewesen, hierbei hatten zwei (deutsche) Raterinnen die Antworten zugeordnet. Die eben beschriebene Problematik gilt uneingeschränkt für die Fragekarten.

Statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung des Interviewteils war die sehr feine Differenzierung der Oberbegriffe ungünstig. Inhaltlich schien es damals sinnvoll, diese Differenzierung vorzunehmen, da es ein inhaltlicher Unterschied ist, ob jemand z.B. annimmt, von kaltem Essen oder Trinken, von zu wenig Essen oder von unsauberem Essen erkranken zu können. Die Spannung zwischen dem Wunsch nach möglichst großer inhaltlicher Genauigkeit (um nicht

kulturelle Differenzen, aber auch Gemeinsamkeiten zu übersehen) und statistischer Auswertbarkeit wurde nur unzureichend gelöst.

Eine ähnliche Problematik ergab sich bei den Fragekarten durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten: der Chi-quadrat-Test war wegen zu geringer Besetzung einzelner Felder häufig nicht wertbar. Ein exakter Test nach Fischer ist dagegen nur bei 2 X 2 Tabellen möglich, also beispielsweise „Türkisch/Deutsch“ X „ja/nein- Antworten“. Eine evtl. günstigere Möglichkeit wäre es gewesen, den Mädchen als Antwortmöglichkeiten ein Rating von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“, ähnlich wie beim KKG anzubieten und dann die Punkte wie beim KKG zu addieren. Damit würde allerdings die Antwortmöglichkeit „ich weiß nicht“ entfallen, die inhaltlich wichtig schien.

Beim Rechnen der Fragekarten-Scores wurde ein Punktesystem eingeführt: 1 Punkt für „stimmt etwas“, 2 Punkte „stimmt sehr“, 3 Punkte „stimmt am meisten“; „stimmt nicht“ und „ich weiß nicht“ erhielten keine Punkte. Die Punkte der einzelnen Fragen im betreffenden Score wurden dann jeweils addiert. Zu diesem Vorgehen ist kritisch zu bemerken, daß das Punktesystem erst nachträglich eingeführt wurde. Außerdem wurde die Differenzierung zwischen „stimmt nicht“ und „ich weiß nicht“ dadurch aufgehoben. Diese Schwierigkeiten wären nicht entstanden, wenn den Mädchen schon von vorneherein andere Antwortmöglichkeiten angeboten wären.

Gesamtes Vorgehen

Als günstig haben sich die Vorbefragungen in Deutschland und besonders in der Türkei erwiesen. Durch letztere konnten nicht nur die Übersetzungen überprüft und endgültige Formulierungen der Fragekarten gefunden werden. Es war für die Diskussion einzelner Ergebnisse der Hauptbefragung auch hilfreich, noch einmal „einen Blick“ auf die Ergebnisse in der Türkei werfen zu können (auch wenn diese Ergebnisse wegen der nicht repräsentativen und kleinen Stichprobe nicht direkt vergleichbar sind).

Günstig hat sich auch die Verwendung mehrerer Instrumente erwiesen, womit ein Vergleich zwischen diesen möglich wurde (z.B. Kontroll- mit Kausalattributionen). Besonders wichtig erscheint es rückblickend, daß zur Erfragung der Kausalattribution nicht nur offene Fragen gestellt, sondern auch vorgegebene Krankheitsursachen angeboten wurden, ansonsten wären die Unterschiede zwischen den Nationalitäten nicht deutlich geworden.

Als günstig scheint sich auch das Anbieten zweisprachiger Instrumente erwiesen zu haben, wobei das nur aus dem angegebenen Sprachgebrauch der Mädchen geschlußfolgert wurde

und ansonsten nur ein Eindruck der Untersucherin ist (vgl. aber auch Schepker 1995, S. 27). Um hierzu genaueres zu sagen, hätten die türkischen Mädchen nach der Befragung noch gefragt werden müssen, in welcher Sprache sie die Fragen gelesen haben. Auch das Angebot, das Interview auf Türkisch zu führen, schien günstig zu sein. Man könnte z.B. darüber spekulieren, ob die Antwort „ellinde değil“ (das liegt nicht in deiner Hand), die im Türkischen eine feststehende Formulierung ist, auch gegeben worden wäre, wenn das Interview auf Deutsch gehalten worden wäre.

„Dağ dağa kavuşmaz, insan insana kavuşur.“

Berge können sich nicht treffen, Menschen können zueinander finden.

Türkisches Sprichwort

5 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Untersuchung wurden Kontrollattributionen und Kausalattributionen bezüglich Krankheit bei 14-16 jährigen deutschen und hier aufgewachsenen Mädchen türkischer Herkunft untersucht. Verwendete Instrumente waren:

- Ein „Vorfragebogen“, der Daten zur sozialen Situation und zu Krankheitserfahrungen der Mädchen erhob
- Ein Interviewteil mit offen formulierten Fragen
- Fragekarten mit vorgegebenen Krankheitsursachen
- KKG – Test (Test zu Kontrollüberzeugungen von Krankheit und Gesundheit, Lohaus und Schmitt, 1989a, b)
- LOC-Scale (Locus-of-Control-Scale in der Bearbeitung von Schepker, 1995)

Alle Instrumente wurden zweisprachig zur Verfügung gestellt, nachdem die türkische Übersetzung in einer Pilotstudie in der Türkei erprobt worden war.

Es konnte gezeigt werden, daß die türkischen Mädchen im Bereich der allgemeinen Kontrollüberzeugungen signifikant externaler als die deutschen attribuierten (Gesamtscore der Loc-Scales). Für den Bereich Gesundheit und Krankheit ließ sich bei den Kontrollüberzeugungen kein Unterschied nachweisen (KKG). Allerdings erscheinen einige Formulierungen des KKG für den interkulturellen Vergleich ungünstig zu sein (z.B. der Begriff Schicksal). Es ist also nicht sicher zu sagen, ob tatsächlich kein Unterschied besteht, oder er nur nicht mit dem KKG erfaßt wurde.

Bei den Kausalattributionen zeigten sich weitgehend Übereinstimmungen zwischen den beiden Gruppen. Unterschiede gab es vor allem im Bereich der übernatürlichen Kräfte als Krankheitsursache (Türkinnen mehr als Deutsche) sowie im Bereich Umwelt, Klima, Luft (Deutsche mehr als Türkinnen). Diese Unterschiede wurden allerdings erst deutlich, als gezielt danach gefragt wurde. Bemerkenswert ist der in beiden Stichproben ähnlich hohe Grad von Eigenverantwortung, den sich die Mädchen bezüglich Krankheitsverursachung und vor

allem Krankheitsverhütung zuschreiben. Auch im Bereich „Psychische Verursachung“ zeigten sich bei beiden Gruppen nur geringe Unterschiede. Die in der Literatur immer wieder beschriebene exogene Monokausalität von Erkrankungen als Krankheitskonzept von Menschen aus dem Mittelmeerraum konnte also nicht nachvollzogen werden.

Weitere Untersuchungen zur Erfassung der Kausal- und Kontrollattributionen bei Jugendlichen im interkulturellen Vergleich erscheinen angebracht. Dabei sollten auch Jugendliche mit bestimmten Erkrankungen eingeschlossen werden. Es erscheint dabei außerdem empfehlenswert, bei den Kontrollüberzeugungen in der Skala „external-c“ nicht nur Schicksal, Pech, Glück oder Zufall zu erfragen, sondern auch übernatürliche Krankheitsursachen, wie z.B. Gottes Wille (dabei sollte allerdings auch mit erhoben werden, inwieweit die Probanden gläubig sind). Die gezielten Fragen nach Kausalattributionen dagegen sollten noch um weitere „übernatürliche“ Themen, wie z.B. Strafe und Schicksal ergänzt werden.

Deutlich wurde, daß „übernatürliche Krankheitsursachen“ als nur eine von vielen anderen möglichen Krankheitsursachen angenommen wurden. Auch ist hervorzuheben, daß alle übernatürlichen Krankheitsursachen außer „Gottes Wille“ von mehr als 50 % der türkischen Mädchen verneint wurden. Weiterhin ist danach zu fragen, inwieweit die unterschiedlichen Krankheitskonzepte tatsächlich Einfluß auf das Krankheits- und Vorsorgeverhalten haben. Ob also ein blaues Auge gegen den bösen Blick nur „zusätzlich“ zu ansonsten ähnlichem Gesundheitsmaßnahmen getragen wird, oder ob – im Extremfall – eine notwendige Therapie vernachlässigt wird, weil die Erkrankung vielleicht als Strafe für Verfehlungen angenommen wird. Dies könnte ein Thema für zukünftige Forschungen sein. Aber auch für den behandelnden Arzt könnte es – sowohl bei deutschen als auch bei ausländischen Patienten – u.U. von Vorteil sein, die subjektive Krankheitstheorien seiner Patienten und deren Auswirkungen auf Krankheits- und Vorsorgeverhalten zu erfragen.

Literatur

- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung, *Psychother. Med. Psychol.*, 34: 313-321
- Bibace, Roger und Mary E. Walsh (1980): Development of children`s concepts of illness, *Ped*, Vol. 66, (6): 912-917
- Bischoff, Claus und Helmut Zenz (Hrsg.) (1989): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*, Bern, Stuttgart, Toronto
- Brewster, Arlene B. (1982): Chronically ill hospitalized children`s concepts of their illness, *Ped*, Vol 69, (3): 355-362
- Bronfenbrenner, Urie (1979): *The ecology of human development*, Cambridge (zit. in Eiser 1993), deutsch: *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*, Stuttgart 1981
- Burbach, Daniel J. und Lizette Peterson (1986): Children`s concepts of physical illness: a review and critique of the cognitive-developmental literature, *Health Psychology*, 5 (3): 307-325
- Campbell, John D. (1975): illness is a point of view: the development of children`s concepts of illness, *Child Dev*, 46: 92-100
- Carandang, Maria L. .A., Carlyle H. Folkins, Patricia A. Hines und Margaret S. Steward (1979): The role of cognitive level and sibling illness in childrens conceptualizations of illness, *Amer J Orthopsy* 49, (3), 474-481
- Collatz, Jürgen, Elçin Kürsat-Ahlers und Johannes Korporal (Hrsg.) (1985): *Gesundheit für alle: Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*, Hamburg
- Eiser, Christine, D. Patterson und J. R. Eiser (1983): Children`s knowledge of health and illness: Implications for health education, *Child: Care, Health and Development*, 9: 285-292
- Eiser, Christine, D. Patterson und J.H. Tripp (1984): Illness experience and children`s concepts of health and illness, *Child: Care, Health and Development*, 10: 157-162
- Eiser, Christine (1985): *The psychologie of childhood illness*, New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo
- Eiser, Christine (1990): Vorstellungen über Körperfunktionen und Krankheit bei Kindern, in: Seiffge-Krenke, Inge: *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Berlin, Heidelberg, New York: 25-37
- Eiser, Christine (1993): *Growing up with a chronic disease: the impact on children and their families*, London, Philadelphia

- Engström, Ingemar (1992): Psychological problems in siblings of children and adolescents with inflammatory bowel disease, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1(1): 24-33
- Eser, Uslu (1985): Symptompräsentation und Krankheitsverhalten bei türkischen und deutschen Patienten, med. Dissertation, Münster
- Eskin, Mehmet (1989): Rural population`s opinions about the causes of mental illness, modern psychiatric help-sources and traditional healers in Turkey, *Int J Soc Psych*, 35 (4): 324-328
- Faller, Hermann (1989): Subjektive Krankheitstheorie bei Herzinfarkt, In: Bischoff, Claus und Helmuth Zenz (Hrsg.): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*, Bern, Stuttgart, Toronto 49-59
- Faller, Hermann, Stefan Schilling und Hermann Lang (1991): Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung - im Spiegel der methodischen Zugänge, in: Flick, Uwe (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*, Heidelberg: 29-42
- Flick, Uwe (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit - Überblick und Einleitung, in: Flick, Uwe (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*, Heidelberg: 9-27
- Funke, Uwe (1989): Effekte einer therapeutischen Modifikation subjektiver Krankheitsursachen und Kontrollannahmen am Beispiel Migräne, in: Bischoff, Claus und Helmuth Zenz (Hrsg.): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*, Bern Stuttgart Toronto: 172-185
- Furnham, Adrian (1994): explaining health and illness: lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery, *Soc Sci Med*, 39 (5), 715-725
- Gelman, Rochel und Renée Baillargeon (1983): Review of some piagetian concepts, in: Flavell, John H., Markman Ellen M. (Hrsg.): *Cognitive development (Handbook of child psychology, Reihenherausgeber: Paul H. Mussen, vol 3 pp 167-230)*, Wiley, New York
- Groeben, Norbert und Birgit Scheele (1977): *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*, Darmstadt
- Groeben, Norbert und Birgit Scheele (1984): Einige Sprachregelungsvorschläge für die Erforschung subjektiver Theorien, in: Dann, Hanns-Dietrich, Winfried Humpert, Frank Krause und Kurt Christian Tennstädt (Hrsg.): *Analyse und Modifikation subjektiver Theorien von Lehrern*, Konstanz

- Grottian, Giselinde (1986): Die Probleme von Frauen aus der Türkei beim Umgang mit medizinischen Diensten, *Curare*, Vol 9: 143-148
- Hasenbring, Monika (1989): Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung - erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten, in: Bischoff, Claus und Helmuth Zenz (Hrsg.): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*, Bern, Stuttgart, Toronto: 25-37
- Herzlich, Claudine (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld, in: Flick, Uwe (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*, Heidelberg: 293-302
- Kister, Mary C. und Charlotte J. Patterson (1980): Children`s conceptions of the causes of illness: understanding of contagion and use of immanent justice, *Child Dev*, 51: 839-846
- Koen-Emge, Emy (1986): Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: ein Vergleich, *Curare*, Vol 9: 129-136
- Koen-Emge, Emy (1988): *Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei*, Inaugural Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg
- Kroeger, Axel, Wolfgang Weber, Emy Koen und Karin Streich (1986): *Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeiterfamilien*, Heidelberg
- Landrine, Hope und Elizabeth A. Klonoff (1994): Cultural diversity in causal attributions for illness: the role of the supernormal, *J Behav Med*, 17 (2): 181-193
- Lau, Richard R. und Steven Klepper (1988): The development of illness orientation in children aged 6 through 12, *J Health Soc Behav*, 29: 149-168
- Levenson, H. (1972): Distinctions within the concept of internal-external locus of control: Development of a new scale. *Proceedings, 80th Annual Convention, APA* (zit. in Schepker, 1995),
- Lohaus, Arnold (1990): *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*, Göttingen
- Lohaus, Arnold (1996): Krankheitskonzepte von Kindern aus entwicklungspsychologischer Sicht, in: Schmitt, G.M., E. Kammerer und E. Harms: *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: 3-14
- Lohaus, Arnold und Gustel Matthias Schmitt (1989a): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG), Handanweisung, Göttingen
- Lohaus, Arnold und Gustel Matthias Schmitt (1989b): Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) Bericht über die Entwicklung eines Testverfahrens, *Diagn*, 35 (1): 59-72

- Lohhaus, Arnold (1993): Krankheitskonzepte von Kindern: Ein Überblick zur Forschungslage, *Z. f. Klin. Psych. Psychopath. Psychother.*, 41. Jg. Heft 2: 117-219
- Mattes, Petra (1991): Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich: Einstellungen in Großbritannien und der Bundesrepublik, in Flick, Uwe (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*, Heidelberg: 87-98
- Millstein, Susan G., Nancy E. Adler und Charles Irwin Jr. (1981): Conceptions of illness in young adolescents, *Ped*, 68 (6), 834-838
- Nelson, Katherine (Hrsg.) (1986): *Event knowledge: Structure and function in development*, Hillsdale/NJ
- Nowicki, Stephen und Bonnie R. Strickland (1973): A locus of control scale for children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40 (1): 148-154
- Nowicki, Stephen (1976): Factor structure of locus of control in children, *J Gen Ps*, 129: 13-17
- Nowicki, Stephen und Klaus Schneewind (1982): Relation of a family climate variables to locus of control in German and American students, *J Gen Ps*, 141: 277-286
- Özelsel, Michaela M. (1990): *Gesundheit und Migration: eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und der Türkei*, München
- Offer, Daniel, Eric Ostrov, Kenth I. Howard und Robert Atkinson (1988): *The teenage world. Adolescents' self image in ten countries*, New York
- Perrin, Ellen C. und Susan Gerrity (1981): There's a demon in your belly: children's understanding of illness, *Ped*, 67 (6), 841-849
- Petermann, Franz und Ulrike Petermann (1978): *Training mit aggressiven Kindern*, München, Wien, Baltimore
- Petermann, Franz, Meinolf Noeker und Udo Bode (1987): *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*, München, Weinheim
- Pfeffer, N. und C. Moynihan (1996): Ethnicity and health beliefs with respect to cancer: a critical review of methodology, *Br J Canc*, 74, Suppl.24, 66-71
- Piaget, Jean (1975): *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*, Stuttgart
- Ross, Dorothea M. und Sheila A. Ross (1984): The importance of type of question, psychological climate and subject set in interviewing children about pain, *Pain* 19: 71-79
- Rotter, Julian B. (1966): Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement, *Psych Mon*, 80 (zit. in Schmidt 1994)
- Rotter, Julian B., June Chance und E. Jerry Phares (1972): *applications of a social learning theory of personality*, New York

- Sahin, N.: Self image among Turkish adolescents (Abstract); persönliche Mitteilung vom 23.4.1991 (zit. in Schepker 1995)
- Schepker, Renate (1995): Inşallah oder: packen wir`s an: zu Kontrollüberzeugungen von deutschen und türkischen Schülern im Ruhrgebiet, Münster, New York
- Schmidt, Arne (1994): Krankheitskonzepte von Kindern. Literaturübersicht und Validierung des Tests zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-Test nach Lohaus und Schmitt 1989) an Kindern, Inaugural-Dissertation, Hohe medizinische Fakultät der Universität Köln, Köln
- Schmitt, Gustel Matthias, Arnold Lohaus und Christel Salewski (1989):
Kontrollüberzeugungen und Patienten-Compliance: Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Jugendlichen mit Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Alopecia areata, *Psychother med Psychol*, 39: 33-40
- Schmitt, Gustel Matthias (Hrsg.) (1996): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung, Göttingen, Bern, Toronto, Stuttgart
- Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport (1995): Das Schuljahr 1994/1995 in Zahlen, Berlin
- Sensky, T. (1996): Eliciting lay beliefs across cultures: principles and methodology, *Br J Canc* (1986) 74, Suppl. 24, 63-65
- Siegal, Michael, Lorraine J. Waters and Leigh Simon Dinwiddy (1988): Misleading children: causal attributions for inconsistency under repeated questioning, *Journal of Experimental Child Psychology*, 45: 438-456
- Stawski, M., J.G. Auerbach, M. Barasch, Y. Lerner und R. Zimin (1997): Behavioural problems of children with chronic physical illness and their siblings, *European Child and Adolescent Psychiatry* 6: 20-25
- Steinhausen, Hans-Christoph, Daniel Offer, Eric Ostrov und Kenneth I. Howard (1988): Transcultural comparisons of self-image in german and united states adolescents, *J Youth Adolesc*, 17 (6): 515-520
- Streek, Jürgen (1981): Schwarz-weiße Spiegelungen, *Ästh Kommunikation*, 44: 24-29
- Susman, E. J., L.H. Dorn and J.C. Fletcher (1987): Reasoning about illness in ill and healthy children and adolescents: Cognitive and emotional developmental aspects. (zit. in: Lohaus 1990), *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 8: 266-273
- Theilen, Irmgard (1985): Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur transkulturellen Therapie, in: Collatz, Jürgen, Elçin Kürsat-Ahlers und Johannes Korporal: *Gesundheit für alle*, Hamburg: 292-322

- Turner, Joseph G., Katherine L. Duchon Smith und Brooke Jacobsen (1985): Health concerns of adolescents: impact of family status, sex, family size and birth order, *Psychol Rep*, 57: 428-430
- Verres, Rolf (1986): Krebs und Angst: subjektive Theorien von Laien über Ursachen, Verhütung, Früherkennung, Behandlung u.d. psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen, Berlin, Heidelberg, New York
- Verres, Rolf (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien, in: Bischoff, Claus und Helmuth Zenz (Hrsg.): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*, Bern, Stuttgart, Toronto: 18-24
- Wallston, Kenneth A., Barbara Strudler Wallston und Robert De Vellis (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Educ. Monogr.* 6, 160-170
- Watts, Fraser N. (1982): Attributional aspects of medicine, in: Antaki, Charles und Chris Brewin (Hrsg.): *Attributions and psychological change*, London
- Wengenmayr, Sule und Hale Sengör (1986): Die Problematik der Frau zwischen Traditionsgebundenheit und Emanzipation, *Curare Sonderband*, 9: 83-88
- Winau, Rolf (1982): Krankheitskonzept und Körperkonzept, in: Kamper, Dietmar und Christoph Wulf (Hrsg.): *Die Wiederkehr des Körpers*, Frankfurt a.M.: 285-296
- Wirsing, Rolf (1992): Gesundheits- und Krankheitsverhalten und seine kulturelle Einbettung in einer Kleinstadt im Südosten der Türkei, Köln, Weimar, Wien
- Zenz, Helmut, Claus Bischoff, Johann Fritz, Wolfgang Duvenhorst und Karl Keller (1989): Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt, in: Bischoff, Claus und Helmuth Zenz (Hrsg.): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*, Bern, Stuttgart, Toronto 148-160
- Zimmermann, Emil und Wolfgang v. Petroykowski (1983): Magische Krankheitsvorstellungen ausländischer Eltern als Problem in der Pädiatrie, *Kind A*, 9: 1113-1122
- Zimmermann, Emil (1986): Inkompatibilität von Krankheitskonzepten und transkulturelle Mißverständnisse, *Curare Sonderband*, 9: 149-154

Anhang

Seiten

I - III	Anschreiben an die Eltern
IV - X	Vorfragebogen (Fragebogen zur Erfassung der sozialen Bedingungen und der Krankheitserfahrung)
XI	Interviewleitfaden
XII – XVI	Loc-Scales
XVII - XIX	KKG
XX - XXIV	Fragekarten
XXV – XXVII	Offenes Interview – Oberbegriffe und Bereiche
XXVIII	Fragekarten - Scorebildung
XXIX - XXXII	Fragekarten - Einzelergebnisse

Monika Schreiber
Fürbringerstr. 16
10961 Berlin

**Liebe Eltern,
Sayın annebabalar,**

für meine medizinische Doktorarbeit an der Freien Universität Berlin möchte ich türkische und deutsche Mädchen zum Thema "Krankheitsvorstellungen und Kontrollüberzeugungen" befragen. Ich mache diese Untersuchung, weil es sich gezeigt hat, daß zwischen deutschen Ärzten und ausländischen Patienten (oder ihren Eltern) trotz ausreichender Sprachkenntnisse oder Dolmetscher manchmal Mißverständnisse entstehen. Zum Teil liegt das daran, daß es in unterschiedlichen Kulturen unterschiedliche Vorstellungen über Krankheit gibt.

Berlin Hür Üniversitesinde tıp üzerine mastır yapmak için düzenlediğim anketin konusu: Türk ve alman kızlarının hastalık üzerine vede tesir konusundaki düşüncülerini öğrenmek istiyorum. Bu anketi yapıyorum çünkü alman doktorların ve yabancı hastaların (veya onların anne, babaları) arasında yeterli dil bilgisine veya tercümana rağmen yine de bazen yanlış anlaşılma olduğu ortaya çıktı. Farklı kültürden olanlar hastalık üzerine farklı düşüncüleri olduğu sebeplerden birisi.

In meiner Untersuchung möchte ich herausfinden, welche Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Mädchen bestehen. Ich möchte dazu von den Mädchen erfahren, was sie selber denken. Mich interessiert, welche Vorstellungen sie über "Krankheit" haben und wieviel Einfluß sie glauben, selber auf Krankheitsverhütung, Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf, aber auch auf Situationen des täglichen Lebens zu haben.

Araştırmada türk ve alman kızların arasında hangi fark var öğrenmek istiyorum. Kızların kendi düşüncülerini öğrenmek istiyorum. Onların hastalık üzerine düşüncelerini ve de ne kadar kendilerinin hasta olmamak, hastalık nasıl devam edeceği ve günlük yaşamlarındaki olaylara tesiri var diye düşünüyorlar bunu bilmek istiyorum.

Die Untersuchung wird aus einem Interview und Fragebögen bestehen. In dem Fragebogen, den ihre Tochter schon mitbekommen hat, sind auch einige Fragen über Ihre Familie. Diese Fragen sind nötig, da ich annehme, daß es einen Einfluß auf Vorstellungen über "Krankheit" hat, wenn z. B. in der Familie jemand eine schwere Erkrankung hat, oder ob eine Familie schon lange in Deutschland lebt... Falls es Fragen gibt, die Sie oder ihre Tochter nicht beantworten wollen, können die entsprechenden Fragen einfach durchgestrichen werden.

Araştırmada hem görüşme hem de sorukağıtları olacak. Kızınıza verdiğim sorukağıtlarında ailenizle ilgili sorular da var. Ve bu sorular önemli çünkü mesela eğer ailesinde ciddi bir hastalığı olan birisi varsa yada uzun zamandan beri Almanyada bulunuyorsa hastalık üzerine düşüncelerinde farklı olacağını zannediyorum. Eğer siz veya kızınız cevaplamak istemediğiniz sorular varsa, o soruların üzerini ciziniz.

Anhand des Fragebogens werde ich dann einige Mädchen für ein Interview auswählen. Dazu gebe ich dann Herrn _____ die Nummer des Fragebogens, die auch auf der Einwilligungserklärung steht, an. Herr _____ sagt mir dann den Vornamen und die Klasse, damit ich die Mädchen zum Interview bitten kann.

Bu sorukağıtlarına göre görüşme yapmak için birkaç kızları seçeceğim. Onları çağırabilmek için sorukağıdın numarasını bay _____'a vereceğim. Sizin izin verdiğiniz kağıt bay _____'da kalacak. Oradaki numera sorukağıtdaki numaranın aynı. Ondan sonra bay _____ bana kızların ismini (soyadı değil) ve hangi sınıfta olduğunu yazacak.

Die Hinweise des Berliner Datenschutzbeauftragten habe ich berücksichtigt. Die Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport gab ihr Einverständnis für diese Untersuchung.

Berlin şahsi bilgileri koruma müdürlüğünün (Berliner Datenschutzbeauftragten) tarafından verilen tavsiyelere dikkat ettim. Okul, meslek öğrenme ve spor müdürlüğü (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport) araştırmam için izin verdi.

Ich hoffe, mit dieser Untersuchung einen kleinen Beitrag zur besseren Verständigung zwischen Arzt/Ärztin und Patient / Patientin zu leisten. Vielleicht kann es auch ein kleiner Beitrag zum besseren Verstehen zwischen Menschen verschiedener Herkunft sein. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn sie mir durch Ihr Einverständnis dabei helfen würden.

Bu anketle hasta ve doktor arasında biraz daha iyi anlaşmaya yardım edeceğimi ümüt ediyorum. Belki de farklı memleketten ve kültürden gelen insanların arasında daha iyi bir anlaşmaya için küçük bi yardım olabilecek. Eğer bunun için bana izin vererek yardım ederseniz size teşekkür ederim.

Wenn Sie einverstanden sind, daß Ihre Tochter an dieser Untersuchung teilnimmt, füllen Sie bitte die anliegende Einverständniserklärung aus und geben Sie Ihrer Tochter mit in die Schule. Der von Ihrer Tochter ausgefüllte Fragebogen kommt in den beiliegenden Umschlag, der verschlossen wird. Die Umschläge und die Einverständniserklärungen werden dann bei Herrn abgegeben, der selbstverständlich vom Inhalt der Antworten keine Kenntnis erhält. Sie können den Fragebogen aber auch direkt an mich schicken.

Kızınızın bu anketle katılmasına izin verirseniz lütfen "izininiz üzerine açıklama" doldurun ve kızınıza vererek okula gönderin. Kızınız tarafından doldurulan sorukağıtlarını zarfa koyup ve onu kapattıktan sonra da okula gönderin. Kızınız hem zarfı hemde açıklamayı bay versin. Bay tabiki zarfı ne açmıyacak ne de sorukağıtları okuyacak. İsterseniz daha rahat olmak için sorukağıtlarını direkt bana yollayabilirsiniz.

Mit freundlichen Grüßen,
Selamlar

Monika Schreiber
Ärztin im Praktikum

Anlagen: 1. Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung
2. Fragebogen zu Erhebung von Sozialdaten
3. Umschlag

Ek: 1. Şahsi bilgilerin korunması üzerine açıklama (Datenschutzerklärung) ve izininiz üzerine açıklama (Einverständniserklärung)
2. sorukağıtlar
3. zarf

Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Şahsi bilgilerin korunması ve kesin aktarılmaması üzerine açıklama

1. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.
2. Wie vom Berliner Datenschutzgesetz (Bln DSG) gefordert, werden alle Daten streng vertraulich behandelt.
3. Nur auf der Einverständniserklärung steht der Name Ihrer Tochter, auf den Fragebögen selber erscheinen nur Nummern. Die Einverständniserklärungen bleiben in der Schule bei Herrn _____ und werden am Ende der Untersuchung vernichtet. Die Fragebögen und Interviews werden nur von mir gelesen, so ist eine Verbindung zwischen dem Namen Ihrer Tochter und den gegebenen Antworten nicht möglich.
4. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlicđ in anonymisierter Form dargestellt.
5. Bei Fragen bezüglich des Datenschutzes können Sie sich jederzeit an den Berliner Datenschutzbeauftragten wenden (Telefon 783 85 75, Vorgang NR. 54.978)

1. Bu ankete katılıp katılmamak size bađlı.
2. Berlin şahsi bilgilerin korunması kanunu göre bu bilgileri gizli ve dikkatlı bir şekilde kullancađım.
3. Kızınızın soyadı yalnızca izin verdiđiniz açıklama kađıdında olacaktır. Diđer sorukađıtlarında yalnız numarası olacak. İzin verdiđiniz açıklama kađıtları kızınızın okulunda bay `de kalacaktır ve anket bittiđinde açıklama kađıtları imh etilecektir. Ve de soru kađıtlarını ve görüşmeleri yalnız ben okuyacađım ve dinleyeceđim. Böylelikle kızınızın soyadı ile verilen cevaplar arasında bađlantı kurulamaz.
4. Bu anketin araştırma neticesi kesin anonim (isimsız) bir şekilde açıklanacaktır.
5. Şahsi bilgilerin korunması hakkında sorularınız varsa her zaman Berlin şahsi bilgileri koruma müdürlüğüne (Berliner Datenschutzbeauftragter) telefon edebilirsiniz. (Telefon numarası: 783 8575; çalıřma numarası: 54.978)

Monika Schreiber

✂ _ _ _ ✂ _ _ _ _ _ ✂ _ _ _ _ _ ✂ _ _ _ _ _ ✂ _ _ _ _ _ ✂ _ _ _ _ _ ✂ _ _ _ _ _ ✂

NR.

İzniliniz üzerine açıklama Einverständniserklärung

Benim kızım _____ (adı) _____ (soyadı)
Meine Tochter _____ (Vorname) _____ (Nachname)
ist

bu sınıfta
Schülerin der Klasse _____

ve _____ okulda.
an der _____ Schule.

Onun sınıfının yada kerngruppenin öğretmenin ismi bayan/ bay _____ dır.
Ihre Klassen- oder Kerngruppenlehrerin/ - lehrer ist Frau/ Herr _____.

Kızımın "Hastalık üzerine düşünceleri" konusundaki anketine katılmasına izin veriyorum.
Ich bin damit einverstanden, daß meine Tochter an der Befragung
"Krankheitsvorstellungen"teilnimmt.

Berlin, den _____, Imza/ Unterschrift _____

Datei: Anh_Elternbrief

Liebe Mädchen!
Sevgili kızlar!

Mit den Fragen in diesem Fragebogen möchte ich Euch ein bißchen kennen lernen. Dieser Fragebogen ist, wie die anderen auch, anonym. Außer mir wird niemand Eure Antworten lesen. Nach dem Ausfüllen steckt den Fragebogen bitte in den Umschlag, den ihr zuklebt. Wo Kästchen sind, macht hinter der richtigen Antwort bitte ein Kreuz. Wo etwas freigelassen ist: _____, schreibt bitte die Antwort dazu. Wenn Ihr eine Frage nicht beantworten wollt könnt Ihr sie einfach durchstreichen.

Şu sorularla sizi biraz tanımak istiyorum. Bu sorukağıdı öbürleri gibi anonim. Benden başka kimse sizin cevaplarınızı kesin okumıyacak. Doldurduktan sonra sorukağıdını lütfen zarfa koy. Onu kapat. Böyle olacağı yerlerde lütfen doğru cevapta işaret yapın. Boşluk _____ olacağı yerlerde lütfen cevapları yazınız. Eğer bir soruya cevap vermek istemezseniz, onu çizebilirsiniz.

Datum

Tarih _____

1. Wann wurdest Du geboren? Jahr Monat
Ne zaman doğdun? yıl _____ ay _____

2. Wo wurdest Du geboren?
Nerede doğdun?

a) In welchem Land? In der Türkei
hangi ülkede? Türkiyede
In Deutschland
Almanyada
In einem anderen Land
Başka bir ülkede _____

b) In welcher Provinz?
Hangi ilde? _____

c) Dein Geburtsort ist ein Dorf
doğum yerin bir köy
eine Kleinstadt
bir kasaba
eine Stadt
bir şehir
eine Großstadt
büyük bir şehir
weiß ich nicht
bilmiyorum

3. Wenn du nicht in Deutschland geboren wurdest, wie alt warst Du, als Du nach Deutschland kamst? _____ Jahre.
Eğer Almanyada doğmadıysan, kaç yaşında Almanyaya geldin? _____ yaşında.

4. Welche Schule besuchst Du? Gesamtschule
 Hangi okula gidiyorsun? Hauptschule
 Realschule
 Gymnasium
5. In welche Klasse gehst Du?
 Hangi sınıfa gidiyorsun? _____
6. Wo bist Du eingeschult worden? In der Türkei
 Nerede okula başladın? Türkiyede
 In Deutschland
 Almanyada
 In einem anderen Land
 Başka bir ülkede _____

7. Wenn Du in Deutschland eingeschult wurdest, hast Du zwischendurch eine Schule in einem anderen Land besucht?
 Eğer sen Almanyada okula başladıysan, arada başka bir ülkede de okula gittin mi?

Nein
 Hayır
 Ja Wo?
 Evet Nerede? _____

8. Wie sind deine Schulleistungen?
 Okulda nasılsın?

Schreibe bitte immer den Kurs und die Noten (1-6) oder Punkte (0-15)
 Lütfen hangi kursdasın ve not (1-6) veya puanları (0-15) yaz.

a) Deutsch almanca	Kurs(FEGA) Kurs (FEGA)_____	Note not_____	Punkte puan_____
b) Mathematik matematik	Kurs(FEGA) Kurs (FEGA)_____	Note not_____	Punkte puan_____
c) 1. Fremdsprache 1. yabancı dil	Kurs(FEGA) Kurs (FEGA)_____	Note not_____	Punkte puan_____
d) Gesellschaftkunde Gesellschaftkunde		Note not_____	Punkte puan_____

9. Hast Du Geschwister?
 Kardeşin var mı?
 Nein
 Hayır
 Ja Wieviele?
 Evet Kaç tane? _____

10. Schreib bitte, wie alt jede Deiner **Schwestern** ist: _____ Jahre
Kızkardeşlerin varsa, lütfen hepsinin kaç yaşında olduğunu yaz: ____, ____, ____, ____, ____ yaşında

11. Schreib bitte, wie alt jeder Deiner **Brüder** ist:

J.

Erkek kardeşlerin varsa, lütfen hepsinin kaç yaşında olduğunu yaz: ____, ____, ____, ____, ____y.

12. Bei wem lebst Du
Kimde oturuyorsun?
- | | |
|------------------|--------------------------|
| Mutter und Vater | <input type="checkbox"/> |
| Annen ve baban | |
| Mutter | <input type="checkbox"/> |
| Annen | |
| Vater | <input type="checkbox"/> |
| Baban | |
| alleine | <input type="checkbox"/> |
| tek başına | |
| andere | <input type="checkbox"/> |
| başka _____ | |

Wenn Du nicht bei beiden Eltern lebst, warum nicht?
Eğer anne ve babanın yanında oturmuyorsan, neden?

13. Wie alt ist Dein Vater?

Baban kaç yaşında? _____

14. Wo wurde er geboren?

Nerede doğdu?

- a) In welchem Land?
hangi ülkede?
- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| In der Türkei | <input type="checkbox"/> |
| Türkiyede | |
| In Deutschland | <input type="checkbox"/> |
| Almanyada | |
| In einem anderen Land | <input type="checkbox"/> |
| Başka bir ülkede | _____ |

b) In welcher Provinz?

Hangi ilde? _____

- c) Sein Geburtsort ist
duğduğı yer
- | | |
|-----------------|--------------------------|
| ein Dorf | <input type="checkbox"/> |
| bir köy | |
| eine Kleinstadt | <input type="checkbox"/> |
| bir kasaba | |
| eine Stadt | <input type="checkbox"/> |
| bir şehir | |
| eine Großstadt | <input type="checkbox"/> |
| büyük bir şehir | |
| ich weiß nicht | <input type="checkbox"/> |
| bilmiyorum | |

15. Wenn er nicht in Deutschland geboren wurde: Wann kam er nach Deutschland?

Eğer Almanyada doğmadıysa: Ne zaman Almanyaya geldi?

19_____

16. Arbeitet Dein Vater?

Baban çalışıyor mu?

Ja Welche Arbeit?
Evet Hangi iş? _____

Nein Er ist arbeitslos
Hayır o işsiz
ist Rentner
Emekli
studiert oder lernt
okuyor
macht den Haushalt
Evişi yapıyor

17. Hatte er früher eine andere Arbeit?

Daha önce başka bir iş yaptı mı?

Nein
Hayır

Ja Welche Arbeit?
Evet Hangi iş? _____

18. Welche Schule hat er abgeschlossen?

Hangi okulu bittirdi?

Kein Schulbesuch <input type="checkbox"/>	okula gitmedi <input type="checkbox"/>
Grundschule <input type="checkbox"/>	ilk okul <input type="checkbox"/>
Sonderschule <input type="checkbox"/>	orta okul <input type="checkbox"/>
Hauptschule <input type="checkbox"/>	lise <input type="checkbox"/>
Realschule <input type="checkbox"/>	üniversite <input type="checkbox"/>
Gymnasium <input type="checkbox"/>	bilmiyorum <input type="checkbox"/>
Universität <input type="checkbox"/>	
ich weiß nicht <input type="checkbox"/>	

19. Wie alt ist Deine Mutter?

Annem kaç yaşında? _____

20. Wo wurde sie geboren?

Nerede doğdu?

a) In welchem Land? In der Türkei
Hangi ülkede?

Türkiyede
In Deutschland
Almanyada
In einem anderen Land
Başka bir ülkede _____

b) In welcher Provinz?

Hangi ilde? _____

- c) Ihr Geburtsort ist ein Dorf
 duđduđu yer bir köy
 eine Kleinstadt
 bir kasaba
 eine Stadt
 bir Őehir
 eine Großstadt
 büyük bir Őehir
 ich weiß nicht
 bilmiyorum

21. Wenn sie nicht in Deutschland geboren wurde: Wann kam sie nach Deutschland?
 Eđer Almanyada doğmadıysa: Ne zaman Almanyaya geldi? 19__

22. Arbeitet Deine Mutter?
 Annen çalıŐıyor mu?

- Ja Welche Arbeit?
 Evet Hangi iş? _____
- Nein Sie ist arbeitslos
 Hayır o işsiz
 ist Rentnerin
 Emekli
 studiert oder lernt
 okuyor
 macht den Haushalt
 EviŐi yapıyor

23. Hatte sie früher eine andere Arbeit?
 Daha önce başka bir iş yaptı mı?

- Nein
 Hayır
 Ja Welche Arbeit?
 Evet Hangi iş? _____

24. Welche Schule hat sie abgeschlossen?
 Hangi okulu bittirdi?

- | | |
|---|--|
| Kein Schulbesuch <input type="checkbox"/> | okula gitmedi <input type="checkbox"/> |
| Grundschule <input type="checkbox"/> | ilk okul <input type="checkbox"/> |
| Sonderschule <input type="checkbox"/> | orta okul <input type="checkbox"/> |
| Hauptschule <input type="checkbox"/> | lise <input type="checkbox"/> |
| Realschule <input type="checkbox"/> | üniversite <input type="checkbox"/> |
| Gymnasium <input type="checkbox"/> | bilmiyorum <input type="checkbox"/> |
| Universität <input type="checkbox"/> | |
| ich weiß nicht <input type="checkbox"/> | |

25. In welchen Sprachen redest Du meistens mit Deinen **Eltern**?Evde **annen ve babanla** en çok hangi dilleri konuşuyorsun?

Mehrere Antworten möglich:

Birden fazla cevap verebilirsin:

deutsch

Almanca

türkisch

Türkçe

kurdisch

Kürtçe

andere

başka _____

26. In welchen Sprachen redest Du meistens mit Deinen **Geschwistern**?Evde **kardeşlerinle** en çok hangi dilleri konuşuyorsun?

Mehrere Antworten möglich:

Birden fazla cevap verebilirsin:

deutsch

Almanca

türkisch

Türkçe

kurdisch

Kürtçe

andere

başka _____

27. Bist Du zur Zeit krank?

Şu anda hasta mısın?

Nein

Hayır

Ja

Evet

Welche Krankheit hast Du?

Hangi hastalık var? _____

28. Schreib bitte alle Krankheiten auf, die Du bisher hattest:

Lütfen şu ana kadar geçirdiğin hastalıkların hepsini yaz:

29. Hattest Du schon einmal einen Unfall?

Daha önce kaza geçirdin mi?

Nein

Hayır

Ja

Evet

Welche Verletzung hattest Du?

Nereden yaralandın? _____

30. Warst Du schon mal im Krankenhaus?

Daha önce hastanede yattın mı?

Nein

Hayır

Ja

Evet

Warum?

Neden? _____

31. Mit wieviel Jahren hast Du Deine Menstruation bekommen?

İlk adettini kaç yaşında gördün? _____

32. Ist zur Zeit jemand in Deiner Familie krank?

Ailende şimdi hasta olan var mı?

Nein

Hayır

Ja

Evet

Wer?

Kim?

Welche Krankheit hat er oder sie?

Hangi hastalıktan?

33. Schreibe bitte alle Krankheiten auf, die in Deiner Familie bisher aufgetreten sind:

Lütfen ailende şu ana kadar olan hastalıkların hepsini yaz:

Wer?

Kim?

Welche Krankheit hatte er oder sie?

Hangi hastalıktan?

Vielen Dank!

Teşekkür ederim!

Datei Vorfra05

Interviewleitfaden

NR. □□□

Frage A) Welche Krankheiten kennst Du?
Hangi hastalıkları tanıyorsun?

Frage B) Was denkst Du, wodurch kannst Du krank werden?
Ne düşünüyorsun, hangi nedenlerden sen hasta olabilirsin?

Frage C) Was kannst Du tun, um nicht krank zu werden?
Hasta olmamak için sen ne yapabilirsin?

IM FOLGENDEN STEHEN EINIGE AUSSAGEN.
BITTE KREUZE "STIMMT" ODER "STIMMT NICHT" AN, OHNE LANGE
ZU ÜBERLEGEN.
*Aşağıda bazı ifade var.
Lütfen fazla düşünmeden "doğru" veya "doğru değil" diye
cevap verin.*

- | | STIMMT
<i>doğru</i> | STIMMT
NICHT
<i>doğru
değil</i> |
|---|--------------------------|---|
| 1. Es gibt "geborene Glückskinder".
<i>Doğuştan şanslı çocuklar vardır.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es ist meistens wichtig für mich, gute Noten
zu haben.
<i>(Derslerde) iyi not almak benim için önemlidir.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Anstrengungen zahlen sich meist nicht aus - denn
es klappt ja sowieso nie so, wie man es will.
<i>Fazla uğraşmaya değmez, çünkü nasıl olsa hiç bir
şey istediğim gibi olmuyor.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wenn morgens alles gut losgeht, wird es ein
guter Tag - egal, was ich tue.
<i>Sabahları işler bir kere iyi başladımı, akşama
kadar iyi yürür - hangi iş olursa olsun.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Eltern hören meistens darauf, was ihre Kinder
zu sagen haben.
<i>Anne-babalar, çoğu zaman çocuklarını dinlerler
(çocuklarının dediğine kulak verirler).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	STIMMT doğru	STIMMT NICHT doğru değil
--	-----------------	-----------------------------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Etwas Gutes passiert, wenn man es sich fest wünscht.
<i>İnsan iyi şeylerin olacağına gerçekten inanırsa (olmasını gerçekten dilerse), o şeyler olur.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Es ist meist schwierig, die Meinung eines Freundes zu ändern.
<i>Bir arkadaşın düşüncesini (kafasına koyduğu şeyi) değiştirmek çoğu zaman zordur.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Es ist fast unmöglich, meine Eltern von ihrer Meinung abzubringen, egal worum es geht?
<i>Hangi konuda olursa olsun, anne-babamın düşüncelerini değiştirmem imkansız gibi.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wenn ich etwas falsch gemacht habe, habe ich nur ganz wenig Möglichkeiten, es wieder in Ordnung zu bringen.
<i>Bir şeyi yanlış yaptığım zaman, bunu sonradan tekrar düzeltmek, elimde değil gibi.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich kann wenig dagegen tun, wenn jemand in meinem Alter mein Feind sein will.
<i>Yaşıtlarımdan biri bana düşman olmak istiyorsa, bunu kabul etmeliyim (buna karşı yapabileceğim az şey vardır).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Die meisten anderen Kinder in meinem Alter sind stärker als ich.
<i>Yaşıtlarımdan çoğu, benden daha güçlü.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	STIMMT doğru	STIMMT NICHT doğru değil
12. Ein blaues Auge kann gegen den "Bösen Blick" schützen. <i>Nazara karşı "mavi boncuk" takmak yararlı olabilir.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Meine Noten hängen stark davon ab, ob ich viel für die Schule tue oder nicht. <i>Okul başarımlı çalışıp çalışmamama çok bağlıdır.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich kann wenig tun, um ein gleichaltriges Kind davon abzuhalten, mich zu schlagen, wenn es das einmal vorhat. <i>Bir yaşıtım, beni dövmeıı kafasına koymuşsa, onu bundan caydırmak için elimden fazla şey gelmez.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe schon einmal eine Glückssträhne gehabt. <i>Şansımın üst üste yaver gittiğı (açıldığı) zamanlar oldu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es ist meistens nutzlos, zu Hause zu versuchen, meinen Willen zu bekommen. <i>Evde istediklerimi elde etmek için uğraşmam çoğı zaman boşuna.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gute Dinge geschehen dann, wenn man sich vorher dafür angestrengt hat. <i>İyi şeyler, ancak önceden o şeylerin olması için uğraşınca olur.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	STIMMT doğru	STIMMT NICHT doğru değil
18. Ich kann wenig daran ändern, wenn jemand mich nicht leiden kann. <i>Birisi benden hoşlanmıyorsa, kabullenmek zorundayım.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Anstrengungen in der Schule lohnen sich normalerweise nicht, weil die anderen sowieso schlauer sind. <i>Normalde okulda fazla uğraşmak boşuna, diğer öğrenciler nasıl olsa benden daha zeki.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wenn man etwas im voraus plant, funktioniert es besser. <i>Bir iş önceden planlanınca daha iyi yürür.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich habe wenig darüber zu bestimmen, was sich meine Familie vornimmt. <i>Ailem bir şey yapmayı planladığında, bu konuda bana söz hakkı çoğunlukla düşmez.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es gibt Krankheiten oder Zustände, die ein "hoca" behandeln kann. <i>Hocaların tedavi edebileceği hastalıklar (durumlar) vardır.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bleigießen kann nützlich sein. <i>Kurşun dökmek faydalı olabilir.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	STIMMT doğru	STIMMT NICHT doğru değil
24. Wenn ich mich wirklich anstrengte, kann ich fast alles lernen. <i>Eğer kafama koyarsam, öğrenemeyeceğim hiç bir şey yok gibi.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wenn ich beschließe etwas zu tun, dann tue ich es auch. <i>Bir şeyi yapmaya karar verince, muhakkak yaparım.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Meiner Meinung nach ist das Leben eine endlose Kette von unlösbaren Problemen. <i>Hayatı, çözümü olmayan sonsuz sayıda problemler dizisi olarak algılıyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich glaube, ich kann Entscheidungen treffen. <i>Kendi kararlarımı verecek yetenekte olduğumu hissediyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich glaube, ich bin zu gar nichts begabt. <i>Hiçbir yeteneğimin olmadığını düşünüyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

VIELEN DANK FÜR'S MITMACHEN! TEŞEKKÜRLER!
--

KKG Fragebogen

çok doğru
doğru
biraz doğru
biraz doğru değil
doğru değil
hiç doğru değil

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

trifft sehr zu
trifft zu
trifft etwas zu
trifft eher nicht zu
trifft nicht zu
trifft gar nicht zu

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 1) Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.

Eğer vücudumda herhangi bir rahatsızlık varsa bundan kendimi sorumlu tutmalıyım.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 2) Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.

Genellikle rahatsız olduğum zaman doktora giderim.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 3) Ob meine Beschwerden länger andauern hängt vor allem vom Zufall ab.

Rahatsızlığımın uzun sürüp sürmeyeceği tesadüfe bağlı.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 4) Wenn ich mich körperlich wohlfühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer.

Kendimi sağlıklı hissediyorsam bunu başkalarının yardımına ve nasihatına borçluyum.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 5) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst.

Eğer rahatsızlanırsam, nedeni kendime yeterince dikkat etmememdir.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 6) Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.

Rahatsızlandığımda baskalarından nasihat alıyorum.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

XVIII

çok doğru
doğru
biraz doğru
biraz doğru değil
doğru değil
hiç doğru değil

a b c d e f

trifft sehr zu
trifft zu
trifft etwas zu
trifft eher nicht zu
trifft nicht zu
trifft gar nicht zu

a b c d e f

- 7) Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, dann sind sie plötzlich da.

Olabilecek bir vücut rahatsızlığına karşı hiç bir şey yapılamaz. Şansım yoksa rahatsızlanırım.

a b c d e f

- 8) Wenn ich auf mich acht, dann bekomme ich keine Beschwerden.
Kendime bakarsam, rahatsızlanmam.

a b c d e f

- 9) Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.
Kaderimde varsa rahatsızlanırım.

a b c d e f

- 10) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.
Rahatsızlandığımda bir uzmandan yardım isterim.

a b c d e f

- 11) Ob es mir gut geht oder nicht, läßt sich nicht beeinflussen.
İyi olup olmayacağıma kimse etkileyemez.

a b c d e f

- 12) Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.
Eğer iyi bir doktorum yoksa daha sık rahatsız olurum.

a b c d e f

- 13) Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.
Rahatsızlıklarımın geçmesi şansım olup olmadığına bağlı.

a b c d e f

çok doğru
doğru
biraz doğru
biraz doğru değil
doğru değil
hiç doğru değil

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

trifft sehr zu
trifft zu
trifft etwas zu
trifft eher nicht zu
trifft nicht zu
trifft gar nicht zu

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 14) Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.

Başkalarından aldığım tavsiyelerle rahatsızlıklarımı önleyebilirim.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 15) Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden.

Rahatsızlıklarımın geçmesini kaderime borçluyum.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 16) Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.

Eğer kendimi iyi tanıyorsam rahatsızlandığımda kendime daha iyi yardım edebilirim.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 17) Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, daß ich mir selbst helfen kann.

Rahatsızlandığımda kendi kendime yardım edebileceğimi bilirim.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 18) Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.

Rahatsızlığımın geçmesi bana bağlı.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 19) Ich bin der Meinung, daß Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.

Bence şans ve tesadüfün kendimi iyi veya kötü hissetmemde büyük rolü var.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 20) Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.

Eğer iyi değilsem başkaları neyim olduğunu benden daha iyi bilirler.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

- 21) Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen.

Kendimi rahatsızlıklardan korumak bana bağlı.

a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---

Datei: Anh_Fragekarten

Fragkarten Krankheitsursachen (Kausalattributionen bezogen auf Krankheit)

Die folgenden Aussagen über mögliche Krankheitsursachen sind auf Karteikarten gedruckt. Die Mädchen sollen dann bewerten, ob sie nicht, etwas oder sehr zutreffen. Aus den „sehr zutreffenden“ Karten sollen sie in einem zweiten Durchgang noch 5 Karten auswählen, die sie für „am meisten zutreffend“ halten.

Wenn ich wenig Sport mache kann ich krank werden.
Eğer az spor yaparsam hasta olabilirim.

Durch Bakterien kann ich krank werden.
Mikroblardan hasta olabilirim.

Wenn ich nicht im Gleichgewicht bin kann ich krank werden.
Eğer dengeli yaşamıyorsam hasta olabilirim.

Wenn ich wenig schlafe kann ich krank werden.
Eğer az uyursam hasta olabilirim.

Durch ansteckende Krankheiten kann ich krank werden.
Bulaşıcı hastalıklardan hasta olabilirim.

Wenn ich viel Sport mache kann ich krank werden.
Eğer çok spor yaparsam hasta olabilirim.

Durch Drogen kann ich krank werden.
Uyuşturucu almaktan hasta olabilirim.

Wenn ich nicht auf Sauberkeit achte kann ich krank werden.
Eğer temizliğe dikkatmezsem hasta olabilirim.

Wenn ich mir keine warmen Sachen anziehe kann ich krank werden.
Eğer kalın giymezssem hasta olabilirim.

Durch heißes Essen oder Trinken kann ich krank werden.
Sıcak yiyecek veya içecekten hasta olabilirim.

Wenn ich wenig Vitamine esse kann ich krank werden.
Eğer az vitamin alırsam hasta olabilirim.

Wenn ich viel in der Sonne bin kann ich krank werden.
Eğer güneşte çok kalırsam hasta olabilirim.

Wenn ich viel Kaffee oder schwarzen Tee trinke kann ich krank werden.
Eğer çok kahve veya çay içersem hasta olabilirim.

Wenn ich wenig in der Sonne bin kann ich krank werden.
Eğer güneşte az kalırsam hasta olabilirim.

Durch Gottes Wille kann ich krank werden.
Allah isterse hasta olabilirim.

Durch Hitze kann ich krank werden.
Sıcaktan hasta olabilirim.

Wenn ich viel Flüssigkeit trinke kann ich krank werden.
Eğer çok su içersem hasta olabilirim.

Wenn sich das Blut staut kann ich krank werden.
Kan toplanmasından hasta olabilirim.

Wenn Organe sich verschieben kann ich krank werden.
Eğer organlar sarkarsa hasta olabilirim.

Durch Zigaretten kann ich krank werden.
Sigara içmekten hasta olabilirim.

Durch Geister kann ich krank werden.
Cinlerden hasta olabilirim.

Wenn ich viel esse kann ich krank werden.
Eğer çok yemek yersem hasta olabilirim.

Wenn ich aus dem Warmen ins Kalte gehe kann ich krank werden.
Eğer sıcaktan soğuğa geçerse hasta olabilirim.

Durch kaltes Essen oder Trinken kann ich krank werden.
Soğuk yiyecek veya içekten hasta olabilirim.

Wenn ich viel Süßes esse kann ich krank werden.
Eğer çok tatlı yiyerse hasta olabilirim.

Durch Zugluft kann ich krank werden.
Cereyandan hasta olabilirim.

Durch Verrutschen oder Fallen des Nabels kann ich krank werden.
Göbek kayması veya düşmesinden hasta olabilirim.

Wenn ich wenig esse kann ich krank werden.
Eğer az yemek yersem hasta olabilirim.

Durch den bösen Blick kann ich krank werden.
Nazardan hasta olabilirim.

Durch Medikamente kann ich krank werden.
İlaçlardan hasta olabilirim.

Wenn ich wenig Flüssigkeit trinke kann ich krank werden.
Eğer az su içersem hasta olabilirim.

Wenn ich schwer hebe kann ich krank werden.
Eğer ağır şeyleri kaldırırsam hasta olabilirim.

Durch Kälte kann ich krank werden.
Soğuktan hasta olabilirim.

Wenn ich nicht auf mich achte kann ich krank werden.
Eğer kendime bakmazsam hasta olabilirim.

Wenn ich wenig Blut habe kann ich krank werden.
Eğer kanım az olursa hasta olabilirim.

Wenn Essen alt ist kann ich krank werden.
Eğer bayat yemek yersem hasta olabilirim.

Durch Alkohol kann ich krank werden.
Alkoldan hasta olabilirim.

Durch Lärm kann ich krank werden.
Gürültüden hasta olabilirim.

Wenn ich keinen Talisman trage kann ich krank werden.
Eğer muska takmazsam hasta olabilirim.

Wenn das Essen oder Trinken nicht sauber ist kann ich krank werden.
Eğer yiyecek veya içecekler temiz değilse hasta olabilirim.

Durch Zauberei kann ich krank werden.
Büyüden hasta olabilirim.

Durch Vererbung kann ich krank werden.
Kalıttımdan (irsiden) dolayı hasta olabilirim.

Wenn ich traurig und niedergeschlagen bin kann ich krank werden.
Üzüntüden hasta olabilirim.

Wenn ich keine Freunde habe kann ich krank werden.

Arkadaşım olmazsa hasta olabilirim.

Durch Angst kann ich krank werden.
Korkudan hasta olabilirim.

Durch schwere Arbeit kann ich krank werden.
Ağır işten hasta olabilirim.

Wenn die Wohnung, in der ich wohne, nicht gut ist kann ich krank werden.
Eğer yaşadığım ev iyi değilse hasta olabilirim.

Wenn meine Familie Druck auf mich ausübt kann ich krank werden.
Eğer ailemden bana baskı varsa hasta olabilirim.

Durch Stress kann ich krank werden.
Stressden hasta olabilirim.

Wenn meine Umgebung Druck auf mich ausübt kann ich krank werden.
Bana toplumdun baskı varsa hasta olabilirim.

Durch Probleme kann ich krank werden.
Sorunlardan hasta olabilirim.

Wenn ich keine Familie habe kann ich krank werden.
Ailem yoksa hasta olabilirim.

Durch einen Unfall kann ich krank werden.
Kazadan hasta olabilirim.

Durch Sehnsucht kann ich krank werden.
Özlemden hasta olabilirim.

Wenn Vollmond oder Neumond ist kann ich krank werden.
Dolunay veya yeni ay olduğu zaman hasta olabilirim.

Wenn ich mich an einem Ort fremd fühle kann ich krank werden.
Bir yerde kendimi yabancı gibi hissedersenem hasta olabilirim.

Durch Blutübertragung kann ich krank werden.
Kan verildiği zaman hasta olabilirim.

Durch schlechtes Wetter kann ich krank werden.
Kötü hava şartlarından hasta olabilirim.

Durch Umweltverschmutzung kann ich krank werden.
Çevrenin kirliliğinden hasta olabilirim.

Durch Armut kann ich krank werden.
Fakirlikten hasta olabilirim.

Wenn ich mich wenig freue kann ich krank werden.
Eğer ben az sevinirsem hasta olabilirim.

Wenn ich mich über jemanden ärgere kann ich krank werden.
Eğer bir kimseye kızarsam hasta olabilirim.

Wenn ich mich und meinen Körper nicht gut kenne kann ich krank werden.
Eğer kendimi ve vücudumu iyi tanımıyorsam hasta olabilirim.

Wenn ich nicht regelmäßig zur Ärztin oder zum Arzt gehe kann ich krank werden.
Eğer doktora düzenli gitmezsem hasta olabilirim.

Wenn mich niemand versteht kann ich krank werden.
Eğer beni hiç bir kimse anlamazsa hasta olabilirim.

Wenn ich nicht gleich zur Ärztin oder zum Arzt gehe, wenn ich mich nicht gut fühle,
kann ich krank werden.
Eğer kendime iyi hissetmediğimde hemen doktora gitmezsem hasta olabilirim.

Bereich	Oberbegriffe	Kodierung	Bemerkung
Ansteckung	01 Ansteckung	010	allgemein, wenn nicht unter 1a-1d
	1a Infektion	011	
	1b Bakterien/ Viren	012	
	1c Blutkontakt, Blutübertragung	013	
	1d Geschlechtsverkehr	014	
	1e durch andere Menschen	015	
Unsauberkeit/ Verunreinigung	02 Unsauberkeit/ Verunreinigung	020	Bei Krankheitsverhütung auch Hygiene
	03 Tiere	030	
Arzt, ärztliches Handeln, professionelle Hilfe	06 Arzt, ärztliches Handeln, professionelle Hilfe	060	
	06 a Impfen	061	
übernat. Kräfte, Schicksal, Zufall	10. übernat. Kräfte, Schicksal, Zufall	100	allgemein, oder wenn nicht unter 11-14
	11. Gott	111	
	12. Zauberei	120	
	13a Böser Blick	131	
	13b Neid	132	
	14. Geister	140	
	15 Mond	150	
	16 Schicksal	160	
	17 Zufall	170	
Ernährung	20 Ernährung	200	allgemein, oder wenn nicht unter 21-26
	21 Menge	210	
	22 Zusammensetzung	220	
	23 Verdorben	230	
	24 Temperatur	240	
	25 Essensvorgang	250	z.B. Reihenfolge, regelmäßig, hastig,...
	26 Sauberkeit	260	
	20b Trinken allgemein	202	
	21b Trinken Menge	212	
	22b Trinken Zusammensetzung	222	bei Trinken auch Tee und Kaffee (erst bei Raten nach 94)
	22b Trinken, Verdorben	232	
	24b Trinken, Temperatur	242	
	25b Trinken, Vorgang	252	
	26b Trinken, Sauberkeit	262	
Temperatur	30 Temperatur	300	allgemein, oder wenn nicht unter 31-33
	31 Kälte	310	
	31 a Erkälten	311	
	31b wenig. Anziehen	312	
	32 Wärme	320	
	33 Wechsel warm >kalt	330	

Wetter, Klima,Luft,Umwelt	40 Wetter, Klima,Luft,Umwelt	400	allgemein, oder wenn nicht unter 41-46
	41 Zugluft	410	
	42. schwül	420	
	43. Wetterwechsel	430	
	44. schlechte Luft	440	
	45 Umweltverschmutzung	450	
	46 Lärm	460	
Soziale Bedingungen	50 soziales Umfeld, allg.	500	allgemein, oder wenn nicht unter 51-53
	51 Familie	510	
	52 Arbeit	520	
	53 Wohnung	530	
	54 Migration		
	54 Armut		
Psychisch	60 psychisch allgemein	600	psychisch allgemein oder nicht 61-65 nur, wenn Konzept "seelische oder psychische Ursache" erkennbar, z.B. "seelisch", "Verdrängen", Phobie"
	61 psychisch Konzept	610	
	62 Gefühle/Emotionen	620	
	63 Stress	630	
	64 Probleme/ Sorgen	640	
	65 Trauer, Üzüntü	650	
Veranlagung	70 allg. Konstitution	700	
	71 Disposition / Konstitution	710	
	72 Abwehrkräfte	720	
	73 Allergie	730	
	75 Vererbung	750	
Äußere Gewalt	80 äußere Gewalt	800	allgemein, oder wenn nicht unter 81-82
	81 Unfall	810	
	82 Vergiftung	820	
Körperkonzepte	85 mechanisch,allgemein	850	wenn nicht unter 86-87
	86. Verrutschen von Organen	860	
	87 Nabelfall	870	
	88 Körperflüssigkeiten im Ungleichgewicht	880	

Lebensweise	90 Lebensweise, allg.	900	allgemein, oder wenn nicht unter 91-97
	90a Vorbeugen	901	
	91. Schlafen	910	
	92. Sport/ Bewegung	920	
	93. Drogen	930	<i>Überbegriff. Nur wenn a-c nicht passen. (beim 94 Raten hier auch Kaffee und Tee kodiert, diese jetzt unter 22b: Trinken Zusammensetzung kodieren)</i>
	93a Rauchen	931	nachträgliche Unterteilung (beim 94 Raten nicht verwendet)
	93b Alkohol	932	nachträgliche Unterteilung (beim 94 Raten nicht verwendet)
	93c Drogen	933	nachträgliche Unterteilung (beim 94 Raten nicht verwendet)
	94 Medikament	940	
	95 "aufpassen", auf sich achten	950	
	96 sich pflegen, Körperpflege	960	Achtung, türkischer Begriff für sich pflegen und auf sich achten ist gleich.
	97 Gleichgewicht/ Belastung	970	

Score	Fragekarten
Ansteckung	k02 Bakterien, k05 ansteckende Krankheiten, k63 Blutübertragung
Sauberkeit / Hygiene	k10 keine Sauberkeit, k44 Essen und Trinken unsauber
Ärztin, prof. Hilfe	k70 nicht regelmäßig zur Ärztin, k72 nicht sofort zur Ärztin, k32 Medikamente
Selbstverantwortung	k36 nicht auf mich achten, k69 Körper nicht kennen
Übernatürlich	k17 Gottes Wille, k23 Geister, k31 böser Blick, k42 kein Talisman, k45 Zauberei, k61 Voll-oder Neumond
Essen und Trinken	k12 heiß Essen oder Trinken, k13 wenig Vitamine, k26 kalt Essen oder Trinken, k15 viel Kaffee oder Tee, k24 viel Essen, k27 viel Süßes Essen, k30 wenig Essen, k38 altes Essen, k44 Essen unsauber, k19 viel Flüssigkeit, k33 wenig Flüssigkeit
Temperatur	k11 keine warmen Sachen angezogen, k18 Hitze, k25 aus Warmen ins Kalte, k35 Kälte, k14 viel Sonne, k16 wenig Sonne, k28 Zugluft, k12 heiß Essen oder Trinken, k26 kalt Essen oder Trinken
Umwelt, Wetter, Luft	k41 Lärm, k64 schlechtes Wetter, k65 Umweltverschmutzung, k14 viel Sonne, k16 wenig Sonne
soziales Umfeld	k49 keine Freunde, k53 Druck von Familie, k53 Druck von Umgebung, k58 keine Familie, k71 niemand versteht mich, k62 fremd an einem Ort, k51 schwere Arbeit, k52 schlechte Wohnung, k66 Armut
Gefühle, psychisch	k48 traurig (üzüntü), k50 Angst, k60 Sehnsucht, k67 wenig freuen, k68 ärgern über jmd., k71 niemand versteht mich, k54 Stress, k56 Probleme
Lebensweise allgemein	k01 Sport, k03 kein Gleichgewicht, k04 wenig Schlaf, k07 viel Sport
Drogen	k09 Drogen, k22 Zigaretten, k23 Medikamente, k39 Alkohol, k15 Kaffee oder Tee
Lebensumstände	k51 schwere Arbeit, k52 schlechte Wohnung, k62 fremd an einem Ort, k66 Armut, k41 Lärm, k34 schwer Heben
Körperkonzepte	k20 Blutstau, k21 Organe verschieben, k29 Nabelfall, k37 wenig Blut, k34 schwer Heben
Sonstige	Vererbung, Unfall

	weiß n.	weiß n.	Nein	Nein	Etwas	Etwas	Sehr	Sehr	meist	meist	sehr und meist gemeinsa m	sehr und meist gemeinsa m	Cwe F<25 E>	1? Sign. ?
Essen und Trinken														
heiß Essen o Trinken	11,5	15,4	80,8	66,7	7,7	12,8	0	5,1	0	0	0	5,1	n	n
wenig Vitamine	0	5,1	0	10,3	26,9	17,9	42,3	53,8	31,8	0	73,1	66,7	n	n
viel Kaffe o. Tee	26,9	15,4	38,5	43,6	30,8	28,2	3,8	10,3	0	2,6	3,8	12,8	j	n
viel Essen	23,1	12,8	30,8	38,8	19,2	23,1	26,9	25,6	0	0	26,9	25,6	j	n
kalt Essen o Trinken	15,4	12,8	53,8	23,1	19,2	35,9	11,5	20,5	0	7,7	11,5	28,2	j	.05
viel Süßes essen	0	12,8	23,1	35,9	61,5	35,9	11,5	15,4	3,8	0	15,4	15,4	n	n
wenig Essen	3,8	17,9	7,7	17,9	34,6	23,1	38,5	38,5	15,4	2,6	53,8	41	n	n
altes Essen	11,5	7,7	15,4	17,9	23,1	25,6	42,3	46,2	7,7	2,6	50	48,7	n	n
viel Flüssigkeit	3,8	20,5	88,5	59	7,7	17,9	0	2,6	0	0	0	2,6	n	n
wenig Flüssigkeit	3,8	10,3	15,4	23,1	42,3	43,6	30,8	17,9	7,7	5,1	38,5	23,1	j	n
Temperatur														
keine warmen Sachen	0	2,6	7,7	7,7	30,8	33,3	46,2	48,7	15,4	7,7	61,5	56,4	n	n
Hitze	30,8	17,9	11,5	25,6	46,2	41,2	11,5	12,8	0	2,6	11,5	15,4	j	n
aus Warmen ins Kalte	7,7	12,8	19,2	5,1	42,3	38,5	26,9	41	3,8	2,6	30,8	43,6	n	n
Kälte	7,7	0	11,5	12,8	30,8	20,5	46,2	56,4	3,8	10,3	50	66,7	n	n
viel Sonne	3,8	10,3	19,2	15,4	26,9	38,5	42,3	33,3	7,7	2,6	50	35,9	n	n
wenig Sonne	7,7	17,9	65,4	66,7	15,4	7,7	11,5	7,7	0	0	11,5	7,7	n	n
Zugluft	7,7	28,2	0	15,4	61,5	20,5	23,1	33,3	7,7	2,6	30,8	35,8	j	.002
heiß Essen o Trinken	11,5	15,4	80,8	66,7	7,7	12,8	0	5,1	0	0	0	5,1	n	n
kalt Essen o Trinken	15,4	12,8	53,8	23,1	19,2	35,9	11,5	20,5	0	7,7	11,5	28,2	j	.05
Umwelt, Wetter, Luft														
Lärm	7,7	12,8	42,3	53,8	42,3	25,6	7,7	7,7	0	0	7,7	7,7	n	n
schlechtes Wetter	0	15,4	42,3	10,3	30,8	33,3	23,1	33,3	3,8	7,7	26,9	41	j	.0079
Umweltverschmutzung	0	10,3	7,7	20,5	30,8	20,5	42,3	38,5	19,2	10,3	61,5	48,7	n	n
viel Sonne	3,8	10,3	19,2	15,4	26,9	38,5	42,3	33,3	7,7	2,6	50	35,9	n	n
wenig Sonne	7,7	17,9	65,4	66,7	15,4	7,7	11,5	7,7	0	0	11,5	7,7	n	n

	weiß n.	weiß n.	Nein	Nein	Etwas	Etwas	Sehr	Sehr	meist	meist	sehr und meist gemeinsa m	sehr und meist gemeinsa m	Cwe F<25 E> % ? 17	Sign. ?
Soziales Umfeld														
keine Freunde	7,7	10,3	38,5	48,7	42,3	30,8	7,7	5,1	3,8	5,1	11,5	10,3	n	j n
Druck von Familie	11,5	5,1	30,8	35,9	46,2	28,2	7,7	25,6	3,8	5,1	11,5	30,8	j	j n
Druck von Umgebung	26,9	5,1	11,5	30,8	50	33,3	11,5	23,1	0	7,7	11,5	30,8	j	j .0085
keine Familie	15,4	25,6	26,9	23,1	34,6	28,2	11,5	15,4	11,5	7,7	23,1	23,1	j	j n
niem. versteht mich	15,4	5,1	26,9	51,3	50	23,1	7,7	17,9	0	2,6	7,7	20,5	n	j .029
fremd an einem Ort	11,5	17,9	50	64,1	26,9	15,4	7,7	2,6	3,8	0	11,5	2,6	n	j n
schwere Arbeit	7,7	12,8	23,1	15,4	46,2	38,5	23,1	33,3	0	0	23,1	33,3	n	j n
schlechte Wohnung	19,2	15,4	53,8	30,8	15,4	30,8	11,5	20,5	0	2,6	11,5	23,1	j	j n
Armut	30,8	28,2	30,8	20,5	30,8	23,1	7,7	28,2	0	0	7,7	28,2	j	j n
Gefühle, psychisch														
traurig (Üzüntü)	0	0	26,9	20,5	53,8	43,6	11,5	17,9	7,7	17,9	19,2	35,9	j	j n
Angst	19,2	15,4	26,9	25,6	34,6	41	15,4	15,4	3,8	2,6	19,2	17,9	j	j n
Sehnsucht	0	10,3	23,1	17,9	38,5	43,6	23,1	23,1	15,4	5,1	38,5	28,2	j	j n
wenig Freuen	3,8	15,4	57,7	66,7	38,5	15,4	0	2,6	0	0	0	2,6	n	n n
ärgern über jmd.	7,7	5,1	50	59	38,5	25,6	3,8	10,3	0	0	3,8	10,3	n	j n
Stress	0	5,1	7,7	10,3	38,5	41	38,5	25,6	15,4	17,9	53,8	43,6	n	n n
Probleme	3,8	5,1	15,4	15,4	42,3	41	26,9	23,1	11,5	15,4	38,5	38,5	n	j n
niem. versteht mich	15,4	5,1	26,9	51,3	50	23,1	7,7	17,9	0	2,6	7,7	20,5	n	j .029
Lebensweise allgemein														
wenig Sport	11,5	10,3	19,2	35,9	61,5	33,3	7,7	20,5	0	0	7,7	20,5	n	j n
kein Gleichgewicht	34,6	25,6	23,1	28,2	34,6	33,3	3,8	12,8	3,8	0	7,7	12,8	j	j n
wenig Schlaf	3,8	5,1	23,1	17,9	34,6	38,5	38,5	33,3	0	5,1	38,5	38,5	j	j n
viel Sport	7,7	7,7	76,9	74,4	11,5	12,8	3,8	5,1	0	0	3,8	5,1	n	j n

	weiß n.	weiß n.	Nein	Nein	Etwas	Etwas	Sehr	Sehr	meist	meist	sehr und meist gemeinsa m	sehr und meist gemeinsa m	Cwe F<25 E>	1? 1?	Sign. ?
Drogen															
Drogen	3,8	12,8	3,8	5,1	3,8	5,1	50	43,6	38,5	33,3	88,5	76,9	n	j	n
Zigaretten	0	7,7	7,7	15,4	11,5	15,4	65,4	48,7	15,4	12,8	80,8	61,5	n	j	n
Medikamente	0	20,5	11,5	15,4	46,2	35,9	34,6	23,1	7,7	5,1	42,3	28,2	n	j	n
Alkohol	0	20,5	3,8	10,3	15,4	10,3	57,7	35,9	23,1	23,1	80,8	59	n	j	(.055)
viel Kaffee o. Tee	26,9	15,4	38,5	43,6	30,8	28,2	3,8	10,3	0	2,6	3,8	12,8	j	n	n
Lebensumstände															
schwer Heben	15,4	15,4	11,5	25,6	53,8	41	11,5	15,4	7,7	2,6	19,2	17,9	j	j	n
schwere Arbeit	7,7	12,8	23,1	15,4	46,2	38,5	23,1	33,3	0	0	23,1	33,3	n	j	n
schlechte Wohnung	19,2	15,4	53,8	30,8	15,4	30,8	11,5	20,5	0	2,6	11,5	23,1	j	j	n
fremd an einem Ort	11,5	17,9	50	64,1	26,9	15,4	7,7	2,6	3,8	0	11,5	2,6	n	j	n
Lärm	7,7	12,8	42,3	53,8	42,3	25,6	7,7	7,7	0	0	7,7	7,7	n	j	n
Körperkonzepte															
Blutstau	15,4	38,5	3,8	5,1	19,2	20,5	61,5	35,9	0	0	61,5	35,9	j	j	n
Organe verschieben	38,5	38,5	7,7	2,6	15,4	23,1	34,6	33,3	3,8	2,6	38,5	35,9	j	j	n
Nabelfall	53,8	51,3	19,2	12,8	15,4	10,3	11,5	23,1	0	2,6	11,5	25,6	n	j	n
wenig Blut	23,1	15,4	7,7	12,8	23,1	20,5	42,3	41	3,8	10,3	46,2	51,3	n	j	n
schwer Heben	15,4	15,4	11,5	25,6	53,8	41	11,5	15,4	7,7	2,6	19,2	17,9	j	j	n
Sonstige															
Vererbung	3,8	35,9	15,4	5,1	11,5	23,1	42,3	30,8	26,9	5,1	69,2	35,9	n	j	.0039
Unfall	3,8	10,3	11,5	0	11,5	20,5	53,8	51,3	19,2	17,9	73,1	69,2	n	j	n

Lebenslauf

Name: Monika Schreiber

Geburtsdatum: 09. 12. 1962

Geburtsort: Frensdorf, Kreis Bamberg

Anschrift: Emserstr. 85, 12051 Berlin

Schulbesuch: 1969-1970 Grundschule Erlangen
1970-1973 Grundschule Syke
1973-1982 Gymnasium Syke

Praktikum: 1982-1983 Freiwilliges Soziales Jahr in einem Heim für
Körperbehinderte in Hannover

Studium: 1983 - 1984 evangelische Theologie an der Georg - August-
Universität in Göttingen
1984 - 1992 Medizin an der Freien Universität Berlin
1987 - 89 Türkischkurse am Institut für Islamwissenschaften
an der Freien Universität Berlin
1988 - 1991 Ethnologie und Islamwissenschaft an der Freien
Universität Berlin

Examen: Physikum: 26.08.1986
1. Staatsexamen: 27.08.1987
2. Staatsexamen: 27.08.1991
3. Staatsexamen: 21.10.1992
Approbation 06.01.1995

Stipendium: 1988 Türkischkurs in Ankara, gefördert durch den DAAD
(Deutscher Akademischer Auslandsdienst). Sprachdiplom der
Universität Ankara

Berufstätigkeit: 1993 - 1994 AIP in der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie
des Kindes- und Jugendalters bei Frau Prof. Dr. Lehmkuhl,
Universitätsklinikum Rudolf Virchow, Berlin

1995 - 1996 Volontariat im medizinischen Lektorat des
Jungjohann / Gustav Fischer Verlages in Lübeck

seit September 1996 selbständige Tätigkeit mit Türkischkursen
für Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie freie Mitarbeit als
Lektorin bei medizinischen Fachbuchverlagen

Berlin, den 26.7.1999