

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Wohlbefinden und Stress von Menschen in Pflegeberufen mit Migrationshintergrund

In Zusammenhang mit Identität und Akkulturation

Verfasserin

Marlene Klopf

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl laut Studienblatt: A 190 299 477

Studienrichtung laut Studienblatt: UF Psychologie und Philosophie

Betreuer: Mag. Dr. Andreas Olbrich – Baumann

Abstract

Deutsch

Ziel dieser Studie war es, Zusammenhänge zwischen Identität, Akkulturation und subjektivem Wohlbefinden bzw. Stressempfinden zu identifizieren. Die Erhebung erfolgte mittels Fragebogen. Die Stichprobe setzt sich aus 149 Personen zusammen, die im Pflegebereich (Heimhilfe, Pflegehilfe, Fachsozialbetreuung, diplomiertes Pflegepersonal und leitende Funktion im Pflegebereich) arbeiten und einen Migrationshintergrund aufweisen. Die Ergebnisse zeigen positive Zusammenhänge zwischen dem Ansammeln von Wissen über die Eigengruppe (Identitätsleistung) und der Ausbildung von positiven Gefühlen der Gruppe gegenüber (Identitätsaffirmation), sowie zwischen der Identitätsaffirmation und dem subjektivem Wohlbefinden. Die Analysen zeigen, dass die Präferenz zur Beibehaltung der Ursprungskultur in einem Zusammenhang steht mit größerem Stressempfinden. Verhaltensweisen, die Offenheit für neue Kulturen spiegeln, stehen in einem Zusammenhang mit größerem Wohlbefinden. Die Strategie der Akkulturation hat demnach einen direkten Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden und Stressempfinden.

English

The purpose of this study was to identify correlations between identity, acculturation and subjective well-being respectively feeling stress. Using a questionnaire 149 foreign caregivers, who work in Austria, were asked. The results reveal a positive correlation between identity achievement (exploring and understanding the meanings of one's identity) and identity affirmation (process of developing positive feelings and a sense of belonging to one's social group), as well as a positive correlation between identity affirmation and subjective well-being. According to that, exploration and understanding one's identity goes together with developing positive feelings for the group, and these relate to a major subjective well-being. The results show that a high measure of preference for maintaining the heritage ethnocultural group correlates positively with feeling stress. In addition the preference for having contact with and participating in the society of a different ethnocultural group, is associated with a major subjective well-being. Thus the acculturation has an influence on the subjective well-being and the feeling of stress.

Inhalt

Abstract	3
Einleitung.....	6
Aufbau	8
Theoretischer Teil.....	10
Kultur	10
Begriffsklärung.....	10
Ethnozentrismus.....	13
Kulturstandards und Kulturschock	14
Kulturelle Wert-Dimensionen nach Hofstede	15
Migration.....	18
Begriffe und Allgemeines.....	18
Migrationsursachen.....	18
Migrationsfolgen	20
Identität.....	24
Identitätsbildung	24
Ausbildung einer kollektiven Identität	25
Identitätsleistung.....	31
Identitätsaffirmation	32
Akkulturation.....	33
Allgemeines	33
Zweidimensionale Akkulturationsmodelle.....	37
Interaktives Akkulturationsmodell von Bourhis et al.	45
Stress und Wohlbefinden.....	48
Derzeitige Situation im Pflegebereich.....	54

Zielsetzung und Fragestellung.....	57
Empirischer Teil.....	61
Methode.....	62
Versuchsdesign.....	62
Erhebungsinstrument.....	62
Hypothesen.....	65
Stichprobenbeschreibung.....	68
Ergebnisse der Untersuchung.....	76
Zusammenfassung und Diskussion.....	88
Literaturverzeichnis.....	96
Abbildungsverzeichnis.....	104
Tabellenverzeichnis.....	105
Anhang.....	106
Erhebungsinstrument: Fragebogen.....	106
Statistische Ergebnisstabellen.....	113
Lebenslauf.....	126

Einleitung

Der demografische Wandel ist weltweit durch die Alterung der Bevölkerung geprägt. Nach derzeitigen Prognosen von Statistik Austria (2012) steigt die Bevölkerungszahl in Österreich in den nächsten 20 Jahren auf 9. Mrd. Menschen an, wovon über 30 Prozent älter als 60 Jahre sein werden. Mit der steigenden Lebenserwartung der Menschen, nimmt auch die Zahl an Pflegebedürftigen zu. Durch diese Entwicklungen steigt ebenso der Bedarf an Pflegepersonal in Österreich stark an, und so finden immer mehr Menschen in Pflegeberufen aus dem Ausland in Österreich eine Beschäftigung.

In Verbindung mit der Globalisierung entstehen zunehmende internationale Verflechtungen in wirtschaftlichen und soziokulturellen Bereichen, wodurch eine Arbeitsmigration erleichtert wird. Migration bedeutet mehr als eine räumliche Veränderung. Im Zuge einer Migration kommt es zu verschiedenen Kulturkontakten. Diese können Interesse an verschiedenen Lebensformen wecken, aber auch verunsichern, da es zu ungewohnten Situationen kommt und ein neues Orientierungssystem entwickelt werden muss. Wenn Menschen in ein Land immigrieren, sind sie mit anderen kulturellen Lebensweisen konfrontiert. Die interkulturelle Begegnung und der Wechsel in eine andere Kultur stellen eine Fülle an Herausforderung dar. Es gibt verschiedene Möglichkeiten wie mit dem Migrationshintergrund umgegangen wird und inwieweit man sich auf die neue kulturelle Gesellschaft, mit deren unterschiedlichen Normen, Werten und Traditionen, einlässt. Aspekte wie Migrationsmotivation und Reaktionen der Aufnahmegesellschaft bestimmen maßgeblich die Wahl der Akkulturationsstrategie und somit das weitere Leben der Menschen in einer neuen Kultur. Zudem verändert sich innerhalb der Aufnahmegesellschaft meist die soziale Stellung der Individuen (Han, 2005). Eine Migration ist somit eine wesentliche Lebensveränderung, die sich auf das Selbstbild der Wandernden auswirkt und auch zu einem Identitätskonflikt führen kann. Die Identität wird sowohl von ihrer ursprünglichen Kultur, als auch von der neuen Kultur geprägt und beeinflusst, wodurch sich eine hybride Identität entwickeln kann. Werden die anderen Werte der neuen Kultur übernommen, so gilt es, eine neue Identitätsleistung und eine Identitätsaffirmation zu vollbringen. Im Zusammenhang mit Migration scheint es demnach besonders wichtig sich mit der

eigenen Identität zu befassen und ein persönliches, soziales und kulturelles Selbstbild auszuprägen.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht das Verhältnis zwischen Aufnahmegesellschaft und zugewanderten Menschen in Pflegeberufen. Es wird untersucht, inwieweit sich das Gefühl einer ethnischen Identität auf das Wohlbefinden und das Stressempfinden von ausländischem Pflegepersonal in Österreich auswirkt. Auch die Auswirkungen eines Zugehörigkeitsgefühls zu einer ethnischen Gruppe bzw. einer Identifizierung mit einer ethnischen Gruppe auf das Wohlbefinden und Stressempfinden werden überprüft. Des Weiteren wird erhoben, ob eine positive Bewertung der eigenen Gruppe das subjektive Wohl- und Stressempfinden beeinflusst. Das Ziel der Diplomarbeit ist es den Zusammenhang von kollektiver Identifizierung und Akkulturation auf das subjektive Wohl- und Stressempfinden zu zeigen. Zudem sollen physische und psychische Beschwerden dieser Zielgruppe erhoben werden.

Aufbau

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich in zwei Teile, dem theoretischen und dem empirischen Teil. Zuerst befasse ich mich im Theorieteil mit den Einflussfaktoren von Identität und führe dazu für diese Arbeit wichtige Begriffsdefinitionen und zentrale Aspekte von Kultur und Migration an. Zu Beginn soll zunächst der vieldeutige Kulturbegriff genauer erörtert werden, weshalb verschiedene Begriffsdefinitionen vorgestellt werden. Es wird die Einteilung des Kulturbegriffes in sechs Verwendungsformen von Kroeber und Kluckhohn (1952) präsentiert. Nachdem geklärt wurde was unter Kultur verstanden wird, soll kurz vorgestellt werden, was Ethnozentrismus, Kulturstandards und Kulturschock bedeuten. Im nächsten Punkt werden die kulturellen Wert-Dimensionen nach Hofstede (2006) präsentiert, um auf wesentliche kulturelle Differenzen aufmerksam zu machen. Im Anschluss steht der Migrationsprozess im Mittelpunkt. Um ein umfangreiches Bild von Migrationsvorgängen zu geben, werden Begriffe, Ursachen und mögliche Folgen von Migration angeführt. Im Zuge einer Migration kommt es auch zu einer individuellen Auseinandersetzung mit der eigenen und kollektiven Identität. Folglich, wird das Thema der Identität intensiv betrachtet. Es wird erklärt, was im Allgemeinen unter dem Begriff Identität verstanden wird, wie es zur Identitätsbildung und zur kollektiven Identifizierung kommt. Dazu werden die Faktoren erörtert, die für eine Ausbildung einer kollektiven Identität als wesentlich erscheinen. Im Speziellen werden danach die kulturelle und die ethnische Identität vorgestellt. Definitionen und verschiedene Studien zu Identitätsleistung und Identitätsaffirmation werden im Anschluss präsentiert. Mögliche Anpassungsleistungen von MigrantInnen und der Aufnahmekultur werden, in Form von zweidimensionalen Modellen der Akkulturationsstrategien, dargestellt. Im nächsten Punkt wird näher auf den Zusammenhang zwischen Stress und Wohlbefinden eingegangen, und danach wird die derzeitige Pflegesituation in Österreich beleuchtet. Abschließend wird das Ziel der vorliegenden Untersuchung zu den Fragestellungen formuliert.

Der empirische Teil wird durch den Abschnitt Methoden und Diskussion gegliedert. Im Methodenteil wird zu Beginn das Versuchsdesign vorgestellt. Danach folgt die Beschreibung der Erhebungsinstrumente, und passend dazu werden die Hypothesen

vorgelegt. Die Stichprobenbeschreibung zeigt die soziodemographischen Daten der StudienteilnehmerInnen. Anschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt und im nächsten Punkt in einer Diskussion interpretiert.

Theoretischer Teil

Kultur

Begriffsklärung

Der Kulturbegriff befindet sich in einem ständigen Wandel. Zudem wird der Begriff generell sehr unterschiedlich verwendet, was eine einheitliche Begriffsdefinition erschwert bzw. nicht möglich macht. Kultur gilt als hochkomplexes Phänomen, das sich aus zahlreichen Perspektiven betrachten lässt. Die Metapher „*peeling the onion called culture*“ lässt erahnen, wie schwer es ist den Kulturbegriff zu analysieren (Staub & Thomas, 2003, S. 34) Aus diesem Grund soll zuerst ein kurzer Überblick gegeben werden, wie unterschiedlich der Kulturbegriff aufgefasst werden kann und danach soll festgelegt werden, was in dieser Arbeit bei Verwendung des Kulturbegriffes verstanden wird.

Vom lateinischen Wort >colore< abgeleitet bedeutete Kultur ursprünglich Pflege und Gestaltung der Natur, womit insbesondere die Bebauung des Ackerlandes gemeint war. Später wurde unter dem Begriff Kultur auch die Pflege des Menschen mit einbezogen, welche die Ausbildung einer individuellen Persönlichkeit bzw. Fähigkeiten und „*die Verfeinerung des individuellen Geistes*“ (Reckwitz, 2004, S. 4) meint. Lüddemann (2010) sieht in der Wortgeschichte bereits die Doppeldeutigkeit von Kultur, einerseits als individuellen Entwicklungsprozess, andererseits als kollektive Gegebenheit, festgelegt. Kultur steht für Lüddemann somit für die Kultivierung des einzelnen Menschen und gleichzeitig auch für die Summe der individuellen Entwicklungen. Der Kulturbegriff beschreibt einerseits die Lebensweise einer Gemeinschaft, andererseits wird der Kulturbegriff jedoch auch im Sinne einer nationalen oder ethnischen Gemeinschaft verstanden. Somit kann Kultur die Lebensweise einer Gruppe bezeichnen, sowie auch die Gruppe selbst (Maletzke, 1996). Reckwitz (2004) beschreibt Kultur u.a. als Lebensweise einer Gruppe. So sieht er die normative Verwendung des Kulturbegriffes auf die Lebensform eines Kollektives bezogen, da nicht nur einzelne Individuen, sondern ganze Kollektive Kultur erwerben können. Anders bezieht der Anthropologe Brislin (1981, zitiert in Maletzke, 1996, S. 16) Kultur nicht auf die Lebensweise, sondern auf die

Gruppe selbst und beschreibt Kultur als „eine identifizierbare Gruppe mit gemeinsamen Überzeugungen und Erfahrungen, mit Wertgefühlen, die mit diesen Erfahrungen verbunden sind, und mit einem Interesse an einem gemeinsamen historischen Hintergrund.“

Erstmals verwendete Tylor 1871 den Kulturbegriff in einer anthropologischen Arbeit und definierte Kultur gleichbedeutend mit Zivilisation als „*that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, laws, customs and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society*“ (S.1).

Eine gute Übersicht zu vielfältigen Definitionen des Kulturbegriffs geben Kroeber und Kluckhohn bereits 1952 (in Berry, Poortinga, Segall & Dasen, 2007; Staub & Thomas, 2003, S. 35) indem sie die Definitionen in sechs Verwendungsformen unterteilen:

1. **Deskriptive Definition** (inhaltliche Aufzählung)
2. **Historische Definition** (soziales Erbe oder Tradition)
3. **Normative Definition** (Regeln oder Lebensweise, Ideale oder Werte und Verhalten)
4. **Psychologische Definition** (Kultur als Anpassung, Lernvorgang oder Gewohnheit, rein psychologische Definition)
5. **Strukturalistische Definition** (Pattern oder Muster)
6. **Genetische Definition** (Kultur als Artefakt, Ideen oder Symbole)

Zum einen wird eine beschreibende Definition verwendet, wie zum Beispiel Tylor (1871) alle Aspekte des menschlichen Lebens auflistet um eine Vorstellung davon zu geben was Kultur ausmacht und betrifft. Eine weitere Begriffsbestimmung betont den historischen Hintergrund in Form eines sozialen Erbes oder einer Tradition. Im Vordergrund der Definition können auch normative Aspekte stehen, wie die gemeinsamen gesellschaftlichen Regeln, Ideale und Werte. Psychologische Definitionen des Kulturbegriffes beschreiben Kultur als ein psychologisches Konstrukt. So wird Kultur als Resultat von Anpassungen, Lernvorgängen und Gewohnheiten verstanden, wie auch Berry et al. (2007, S. 226) folgend zusammenfassen: „*culture is learned, and the result of this learning is the establishment of habits in a particular group*“. Strukturelle Definitionen rücken Kulturmuster in den Vordergrund und beschreiben Kultur als ein ganzheitliches Muster mit zusammenhängenden Funktionen. Die letzte Verwendungsform unterstreicht die Entstehung von Kultur in Form einer genetischen Definition. Demnach wird Kultur als Artefakt beschrieben, der durch

Anpassungsfähigkeit zu einer Gruppenbeschaffenheit, durch soziale Wechselbeziehungen und durch individuelle, sowie interaktive gestalterische Prozessen, entsteht. Zusammenfassend definieren Kroeber und Kluckhohn (1967) Kultur nun besonders umfangreich:

„Kultur besteht aus [...] Mustern von und für Verhalten, erworben und übermittelt durch Symbole; sie bilden die unterscheidenden Leistungen menschlicher Gruppen, einschließlich deren Verkörperungen in Artefakte; der wesentliche Kern von Kultur besteht aus traditionellen (d.h. historisch gewonnenen und ausgewählten) Ideen und besonderes den ihnen beigelegten Werten; Kultursysteme können einerseits als Ergebnis von Handeln, andererseits als konditionierende Elemente ferneren Handelns betrachtet werden“ (Kroeber & Kluckhohn, 1967, S. 181, in Staub & Thomas, 2003, S. 35)

Die ausgiebige Einteilung von Kroeber und Kluckhohn lassen jedoch noch die Verwendung des Kulturbegriffs als Nation vermissen.

Der Kulturbegriff wird häufig mit dem Begriff der Zivilisation und der Natur verglichen. Im deutschsprachigen Raum bezieht sich der Kulturbegriff, im Gegensatz zu Zivilisation, auf geistige, künstlerische, religiöse Aspekte und ist zudem Ausdruck von Stolz auf eigene Leistungen (Möbius, 2009, S. 17). Demnach sieht Maletzke (1996, S. 15) Zivilisation eher eine materielle Komponente zugeschrieben und Kultur eine ideelle. Eine sehr reduktionistische Unterscheidung gibt Bühl: *„Kultur ist innerlich, Zivilisation äußerlich“* (1986, S. 120, in Lüddemann, 2010, S. 45). Äußerst radikal kann Kultur auch als Differenz zur Natur gefasst werden, indem Kultur das bezeichnet, was der Mensch hervorbringt, während Natur dem Menschen vorgegeben ist (Maletzke, 1996, S.15).

Durch verschiedene Anwendungsbeispiele des Kulturbegriffes, wie Unternehmenskultur, Multikultur, Streitkultur, Konsumkultur u.v.m. weist Moebius darauf hin, *„dass >Kultur< eine Kategorie zur Erfassung und Charakterisierung ganz unterschiedlicher Lebensbereiche, Praktiken und sozialer Beziehungen darstellt“*. Mit dem Wort Kultur sieht er *„die symbolische Dimension der Dinge, Institutionen, Handlungen oder gesellschaftliche Beziehungen zum Ausdruck gebracht und besonders hervorgehoben“* (2009, S. 7). Auch Staub und Thomas (2003, S. 36) sehen die

spezifischen Symbole als Grundlage zur Orientierung für verschiedene Gesellschaften an. Sie beschreiben Kultur als *„ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem“*.

Häufig ist es nicht möglich einer Gesellschaft nur eine Kulturform zuzuschreiben. Bei komplexen, in sich differenzierten Großgesellschaften (Beispiel die USA) ist dies kaum vorstellbar (Maletzke, 1996, S.17). Dadurch muss innerhalb einer Gesellschaft oft von mehreren Kulturen ausgegangen werden. Dieses Problem lässt sich durch die Vorstellung von Subkulturen lösen. *„Jede Subkultur hebt sich durch eigene, „subkulturspezifische“ Merkmale von anderen Subkulturen ab, fügt sich aber zugleich der übergreifenden Gesamtkultur ein“* (Maletzke, 1996, S. 17). Durch eine Einteilung in Schulklassen, Altersklassen, nach dem Wohnort, etc. gibt es somit eine Vielzahl von Untergruppen in einer Gesellschaft und jede Person zählt dadurch zugleich zu mehreren Subkulturen.

In der folgenden Arbeit wird Kultur im Sinne der modernen Kulturanthropologie als sehr breiter Begriff gefasst und bezieht sich auf die Lebensform einer Gruppe. So wird Kultur hier im Sinne von Maletzke (1996, S. 16) verstanden, *„als ein System von Konzepten, Überzeugungen, Einstellungen, Wertorientierungen, die sowohl im Verhalten und Handeln der Menschen als auch in ihren geistigen und materiellen Produkten sichtbar werden“*. Der Kulturbegriff soll immer darauf hinweisen, dass das Erleben, Verhalten und Handeln von Personen kulturell geprägt ist (Thomas, 2003). Es ist zudem wichtig zu bedenken, dass das Verhältnis von Menschen und Kultur durch Wechselbeziehung gekennzeichnet ist. So wird das Individuum durch die Kultur zwar geprägt, kann diese aber auch beeinflussen.

Ethnozentrismus

Der Begriff Ethnozentrismus beschreibt die Betrachtungsweise von anderen Völkern aus der Sicht der eigenen Gruppe. Somit werden andere Gruppen mit dem Maßstab der eigenen Normen bewertet und der eigene Standpunkt wird überbewertet. Maletzke (1996, S. 23) nennt zwei Komponenten des Ethnozentrismus: Einerseits ist die eigene Kultur bestimmt durch *„Selbstverständlichkeiten“* und andererseits von einem

„Überlegenheitsbewusstsein“ gegenüber anderen. Mit dem Begriff Selbstverständlichkeiten weist er darauf hin, dass die meisten Menschen unreflektiert annehmen, dass alle eine ähnliche Wahrnehmung und Auffassung vertreten wie man selbst, ohne sich bewusst zu machen, dass jeder Mensch in seinem Erleben und Verhalten geprägt ist durch die jeweilige Herkunft. Auf einer nationalen Ebene drückt Ethnozentrismus ein kulturelles Überlegenheitsgefühl gegenüber anderen Nationen aus.

Kulturstandards und Kulturschock

Als Kulturstandards werden zentrale Kennzeichen einer Kultur verstanden, durch welche ein bestimmtes Verhalten erwartet wird. Somit bilden Kulturstandards ein verhaltenswirksames Orientierungssystem, aufgrund dessen das eigene und fremde Verhalten beurteilt werden kann. Thomas (1996, in Thomas 2003, S. 491) bezeichnet Kulturstandards als *„alle Arten des Wahrnehmens, Denkens, Wertens und Handelns (...), die von der Mehrzahl der Mitglieder einer bestimmten Kultur für sich persönlich und andere als normal, selbstverständlich, typisch und verbindlich angesehen werden“*. Beispielsweise werden folgende Merkmale häufig als typische Kulturstandards für Deutschland genannt: Wertschätzung von Strukturen und Regeln, Zeitplanung und Sachorientierung. Im Vergleich dazu wird Italien häufig durch einen flexibleren Umgang mit Regeln und einer starken Familien- und Beziehungsorientierung beschrieben.

Beim Übertritt in eine neue Kultur, kann aufgrund unterschiedlicher Kulturstandards ein sogenannter *Kulturschock* auftreten. Dieser Begriff bezeichnet einerseits ein schockartiges Gefühl der Verwirrung durch die Konfrontation mit fremden Kulturen bzw. durch interkulturelle Missverständnisse und unterschiedliche kulturelle Wertorientierungen. Ein Kulturschock kann durch Gefühle von Hilflosigkeit, Misstrauen gegenüber anderen Kulturen und Selbstmitleid, sowie durch eine Abkapselung gegenüber Einheimischen, gekennzeichnet sein.

Oberg (1960) demonstriert den Prozess des Einlebens in eine neue Kultur. Er beschreibt die anfängliche Euphorie als „Honeymoon“-Phase, in der die neue Umgebung als positiv empfunden wird. Kurze Zeit später schwindet diese Begeisterung, da die Erwartungen an die neue Kultur nicht erfüllt werden, was im Anschluss in eine Krise

führt. Diese Phase ist der eigentliche Kulturschock, der sich durch allgemeines Unwohlsein, Ängste, Orientierungslosigkeit und Ablehnung von allem Fremden zeigt. Die dritte Stufe ist gekennzeichnet durch eine Erholungsphase (recovery phase), in der man sich mit dem Problem auseinandersetzt. Man sieht ein, dass man seine zunächst übertriebenen Erwartungen an die reale Situation anpassen muss. Die letzte Phase spiegelt die Anpassung (adjustment phase) an ein neues Umfeld bzw. die Einstellung Ungewohntes zu akzeptieren. Falls man nach längerer Aufenthaltszeit in einer neuen Kultur wieder in die Ursprungskultur zurückkehrt, kommt es möglicherweise wieder zu anfänglichen Schwierigkeiten (reverse culture shock). So können durch die Reintegration in die Ursprungskultur ähnliche Symptome wie bei dem ersten Kulturschock auftreten.

Kulturelle Wert-Dimensionen nach Hofstede

Der Kulturwissenschaftler Geert Hofstede (2006, S. 2) bezeichnet Kultur als mentale Programmierung („software of the mind“) von erlernten Mustern des Denkens, Fühlens und Handelns. Durch unterschiedliche Symbole, Helden, Rituale und Werte lassen sich kulturelle Unterschiede feststellen. Symbole sind als Worte, Gesten und Bilder zu verstehen, dessen Bedeutung nur innerhalb einer Kultur deutlich ist. Als Helden werden alle Vorbilder bezeichnet, die Eigenschaften vermitteln, welche in der jeweiligen Kultur als wertvoll erachtet werden. Werte bezeichnet Hofstede (2006) als den Kern der Kultur. Deshalb hat er sich in Form einer umfangreichen Studie (IBM-Studie) in über 50 Ländern mit arbeitsbezogenen Wertvorstellungen befasst. Er ermittelte vier Wert-Dimensionen, nach denen sich Kulturen klassifizieren lassen: Machtdistanz, Unsicherheitsvermeidung, Individualismus vs. Kollektivismus und Femininität vs. Maskulinität. Später erweiterte er seine Klassifikation um eine Dimension, der kurzfristigen vs. langfristigen Zeitorientierung. Jede Kultur kann nun durch die Ausprägungskombination in Form von Punktwerten anhand dieser Dimensionen beschrieben werden, denn *„eine Dimension ist ein Aspekt einer Kultur, der sich im Verhältnis zu anderen Kulturen messen lässt“* (Hofstede, 2006, S. 29/30).

Machtdistanz: Dieser Faktor beschreibt die Machtverteilung in Institutionen und Organisationen bzw. die Akzeptanz dieser ungleichen Verteilung. Bei hoher Machtdistanz besteht eine ungleiche Machtverteilung, bei niedrigerer Machtdistanz besteht eine gleichmäßigere Verteilung und nur eine begrenzte Abhängigkeit vom Vorgesetzten.

Unsicherheitsvermeidung: Diese Dimension zeigt das Bedürfnis nach klaren Regeln bzw. die Ängstlichkeit vor unstrukturierten und widersprüchlichen Situationen. Bei hoher Unsicherheitsvermeidung fühlen sich die Mitglieder einer Kultur durch uneindeutige oder unbekannte Situationen bedroht, bei geringer Unsicherheitsvermeidung ist dies weniger der Fall.

Individualismus – Kollektivismus: In einer individualistisch ausgeprägten Gesellschaft steht das Individuum im Vordergrund, in einer kollektivistischen die Gruppe. Individualismus ist gekennzeichnet durch lockere Bindungen, da nur erwartet wird, dass jeder für sich selbst und für seine unmittelbare Familie sorgt. Anders sind kollektivistisch ausgeprägte Gesellschaften durch größere und geschlossene „Wir-Gruppen“ charakterisiert. Individualismus korreliert mit nationalem Wohlstand. Zudem sind Länder mit geringer Machtdistanz eher individualistisch orientiert und Länder mit hoher Machtdistanz stärker kollektivistisch ausgerichtet.

Feminität – Maskulinität: Im Sinne der vorherrschenden Geschlechterrollen können auch Gesellschaften als maskulin oder feminin bezeichnet werden. Demnach werden maskuline Gesellschaften als hart und materiell orientiert beschrieben und es wird großer Wert auf Herausforderungen, Einkommen und Fortschritt gelegt. Feminine Gesellschaften sind bescheidener, feinfühlicher und die Lebensqualität steht im Mittelpunkt.

Zeitorientierung: Eine Langzeitorientierung richtet sich durch Werte wie Beharrlichkeit und Sparsamkeit auf zukünftigen Erfolge. Kurzfristige Zeitorientierung ist eher auf die Vergangenheit und auf die Gegenwart ausgerichtet. Es wird Wert auf Respekt für Traditionen und auf die Erfüllung von sozialen Pflichten gelegt.

Die ermittelten Punktwerte der jeweiligen Nationen auf den verschiedenen Ebenen sind relative Angaben im Vergleich mit anderen Nationen und keine absoluten Positionen. Österreich ist in Relation zu anderen Ländern gekennzeichnet durch eine sehr niedrige Machtdistanz, eine eher individualistische Ausprägung und eine mittelmäßige Unsicherheitsvermeidung. Zudem orientiert sich Österreich stark an maskulinen Werten und ist kurzfristig ausgerichtet.

In Tabelle 1 sind die Indexwerte jener Nationen ersichtlich, die in dieser Untersuchung vorkommen (siehe Empirie). Obwohl diese acht Nationen geografisch sehr nahe beieinander liegen, sind teilweise deutliche Unterschiede in den Wertedimensionen feststellbar. Auffallend ist, dass aus 74 Ländern die Slowakei die höchste und Österreich die niedrigste Machtdistanz hat. Bei allen acht Nationen ist die Unsicherheitsvermeidung hoch bis mittelmäßig hoch. Zu den eher individualistischen Kulturen zählen: Deutschland, Österreich, Polen, Slowakei und Ungarn, wohingegen Kroatien, Rumänien und Serbien eher als kollektivistische Kulturen anzusehen sind. Alle acht Nationen haben hohe (besonders die Slowakei) bis mittelmäßige Werte in der Kategorie Maskulinität.

Tabelle 1: Indexwerte (Rangreihung) - aus 74 Ländern (Hofstede, 2006)

Nation	Machtdistanz	Unsicherheitsvermeidung	Individualismus	Maskulinität	Langzeitorientierung*
Deutschland	35 (63/65)	65 (43)	67 (18)	66 (11/13)	31 (25/27)
Kroatien	73 (20)	80 (29/30)	33 (44)	40 (55/58)	-
Österreich	11 (74)	70 (35/38)	55 (27)	79 (4)	31 (25/27)
Polen	68 (27/29)	93 (9/10)	60 (22/24)	64 (14/16)	32 (24)
Rumänien	90 (7)	90 (14)	30 (46/48)	42 (51/53)	-
Serbien	86 (8)	92 (11/13)	25 (53/54)	43 (47/50)	-
Slowakei	104 (1/2)	51 (55/56)	52 (29)	110 (1)	38 (20/21)
Ungarn	46 (55)	82 (26/27)	80 (4/6)	88 (3)	50 (10)

*Vergleich zwischen 39 Ländern

Migration

Begriffe und Allgemeines

Migration bedeutet Wanderung, und stellt somit eine Veränderung durch eine räumliche Bewegung dar, die in Folge zu individuellen und gesellschaftlichen Veränderungen führt. In der Literatur wird Migration durch das Kriterium der zurückgelegten Entfernung und der Verweildauer unterschiedlich definiert. Was für die einen als bloßer Wohnsitzwechsel im gleichen Land zählt, definieren andere bereits als Migration (Treibel, 1990). Die UN zählt zur statistischen Erfassung seit 1998 Menschen als MigrantInnen, die mindestens ein Jahr den permanenten Wohnsitz von ihrem Herkunftsland in ein anderes Land verlegen (Han, 2005). Diese Wanderung wird als internationale Migration bezeichnet, im Gegensatz dazu versteht man unter Binnenmigration den Wohnsitzwechsel innerhalb nationaler Grenzen. Nach dieser Erfassung leben weltweit 175 Millionen Menschen nicht in ihrem Herkunftsland und nach derzeitigen Schätzungen ist anzunehmen, dass diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf 230 Millionen Menschen steigen wird (UN, 2002). Die Gegenüberstellung der Anzahl der Einwandernden und Auswandernden eines Landes wird durch eine Migrationsbilanz ausgedrückt. In Österreich überwiegen die ImmigrantInnen mit einem Anteil von 57 % der Gesamtmigration, und so weist das Land eine positive Netto-Migration auf (Statistik Austria, 2010). Als Kettenmigration wird jene Migrationsform bezeichnet, die durch frühere MigrantInnen im Familien- und Bekanntenkreis, nachfolgende Migration durch Informationsweitergabe und persönlicher Unterstützung erleichtert und somit motivierend den Anstoß zur Wanderung darstellt.

Migrationsursachen

Migration basiert auf politischen, soziokulturellen, wirtschaftlichen, ökologischen, ethnischen und kriegerischen Bedingungen und so bestehen die Ursachen *„im Regelfall aus einer komplizierten Mischung von objektiv zwingenden exogenen Faktoren und subjektiv unterschiedlich begründeten Entscheidungen“* (Han, 2005, S. 14).

Die Migrationsmotivation basiert laut Lees Migrationstheorie (1972) auf sogenannten Pull- und Push-Faktoren, die Menschen durch Anziehung und Vertreibung zu einer Migration veranlassen. Unter Pull-Faktoren werden nach ihm jene Anziehungsfaktoren des Aufnahmelandes verstanden, die die Menschen zur Immigration anregen und motivieren. Mögliche Pull-Faktoren sind zum Beispiel bessere Chancen am Arbeitsmarkt, politische Stabilität, sowie bessere Ausbildungs- und Verdienstmöglichkeiten. Im Gegensatz dazu bezeichnet Lee (1972) Push-Faktoren als jene Faktoren des Herkunftslandes, die zu einer Emigration zwingen oder anreizen. Es kann sich dabei unter anderem um politische Unruhen, wirtschaftliche Turbulenzen, Naturkatastrophen oder um politische und religiöse Verfolgung handeln. Im Unterschied zur Kettenmigration, bei der einzelne PioniermigrantInnen einen Migrationsstrom hervorrufen von dessen Stimmung sich auch ohne spezielle Begründung weitere Menschen mitreisen lassen, wird Migration durch Push- und Pull-Faktoren „*als Folge der rationalen individuellen Entscheidung*“ (Han, 2005, S. 16) angesehen. Han (2005) weist aber auch darauf hin, dass die Migrationsentscheidung im Einzelfall nicht nur durch diese Pull- und Push-Faktoren begründet werden kann, da die wesentliche Migrationsentscheidung häufig von sozialen und emotionalen Beziehungen beeinflusst wird. Eine Migrationsentscheidung wird multikausal gedacht und sie hat wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden der MigrantInnen und den weiteren Akkulturationsprozess.

Auf politischer Ebene wird zwischen einer freiwilligen Migration und einer Zwangsmigration differenziert, und so unterliegt die Migrationsmotivation der EinwanderInnen politisch-moralischer Bewertungen (Treibel, 1990). Einerseits werden Migrationsbewegungen durch die Gemeinschaftsbildungen von Nationalstaaten (z.B. EU) ausgelöst und die Integration der Länder vorangetrieben. Andererseits beschreibt Han (2005), dass die Industrieländer auf den wachsenden Migrationsdruck mit verschärften legislativen und administrativen Maßnahmen reagieren, wodurch zwangsläufig die illegalen Migrationsbewegungen ansteigen.

Migrationsfolgen

Wie bereits erwähnt, ist Migration nicht nur eine Ortsveränderung, sondern in weiterer Folge ein erheblicher sozialer Einschnitt für das wandernde Individuum, die aufnehmende und die abgebende Gesellschaft (Treibel, 1990). Der sichtbare Ortswechsel ist noch nicht der Endpunkt im Migrationsprozess, da *„der wesentlich zeitintensivere und schwierigere Teil der >innerpsychosozialen Migration< erst nach der >äußeren physischen Migration< beginnt“* (Han, 2005, S. 8) Meist kommt es in der Aufnahmegesellschaft zu einer Veränderung der sozialen Stellung des Individuums (Han, 2005). Sorokin (1964, in Han, 2005, S. 18) beschreibt die sozialen Beziehungen mithilfe horizontaler und vertikaler Ebenen. So sieht er eine horizontale Veränderung lediglich als räumliche Veränderung an, ohne dass sich dadurch die soziale Position abändert. Anders kann durch die soziale Mobilität auf der vertikalen Dimension eine Verbesserung oder eine Verschlechterung der sozialen Stellung erfolgen.

Han (2005) bezeichnet die Situation, die sich durch Migration anfangs zwangsweise ergibt, als Entwurzelung und Desozialisierung. Er gibt einen guten Überblick über die psychosozialen Folgen der Migration, welche auch in Abbildung 1 ersichtlich werden. Die migrationsbedingten Veränderungen sind durch einen Wechsel des sozialen und gesellschaftlichen Orientierungssystems gekennzeichnet. Der Begriff der Entwurzelung wird in der Literatur häufig verwendet und bringt *„die durch die Emigration ausgelöste existentielle Instabilität und Gefährdung bildhaft zum Ausdruck und zeigt deutlich den Bruch mit der Herkunft“* (Han, 2005, S. 215). In der Anfangsphase ergeben sich somit unmittelbare Schwierigkeiten, einerseits durch den Bruch mit der ehemaligen Lebensumwelt, andererseits durch die Orientierungslosigkeit und die fehlende Integration in der neuen Lebensumwelt. Han (2005) beschreibt eine psychosoziale Instabilität, die bei Emigration durch das Verlassen der bisherigen sozialen Sicherheit entsteht.

Ihm zufolge kommt es zu einem Verlust des bisherigen Sinnzusammenhanges sozialer Handlungen. So erörtert auch Luhmann (1974, in Han, 2005) in seiner Systemtheorie die Orientierungslosigkeit, die sich durch Emigration bzw. durch das Verlassen des Bezugssystems ergibt. Nach Luhmann entwickeln soziale Systeme sogenannte Sinnentwürfe, auf die sich eine Verhaltensstabilität aufbauen kann. Ein

Sinnentwurf kann als Sinnzusammenhang sozialer Handlungen verstanden werden und soll die Komplexität der Außenwelt (außerhalb des sozialen Systems) reduzieren.

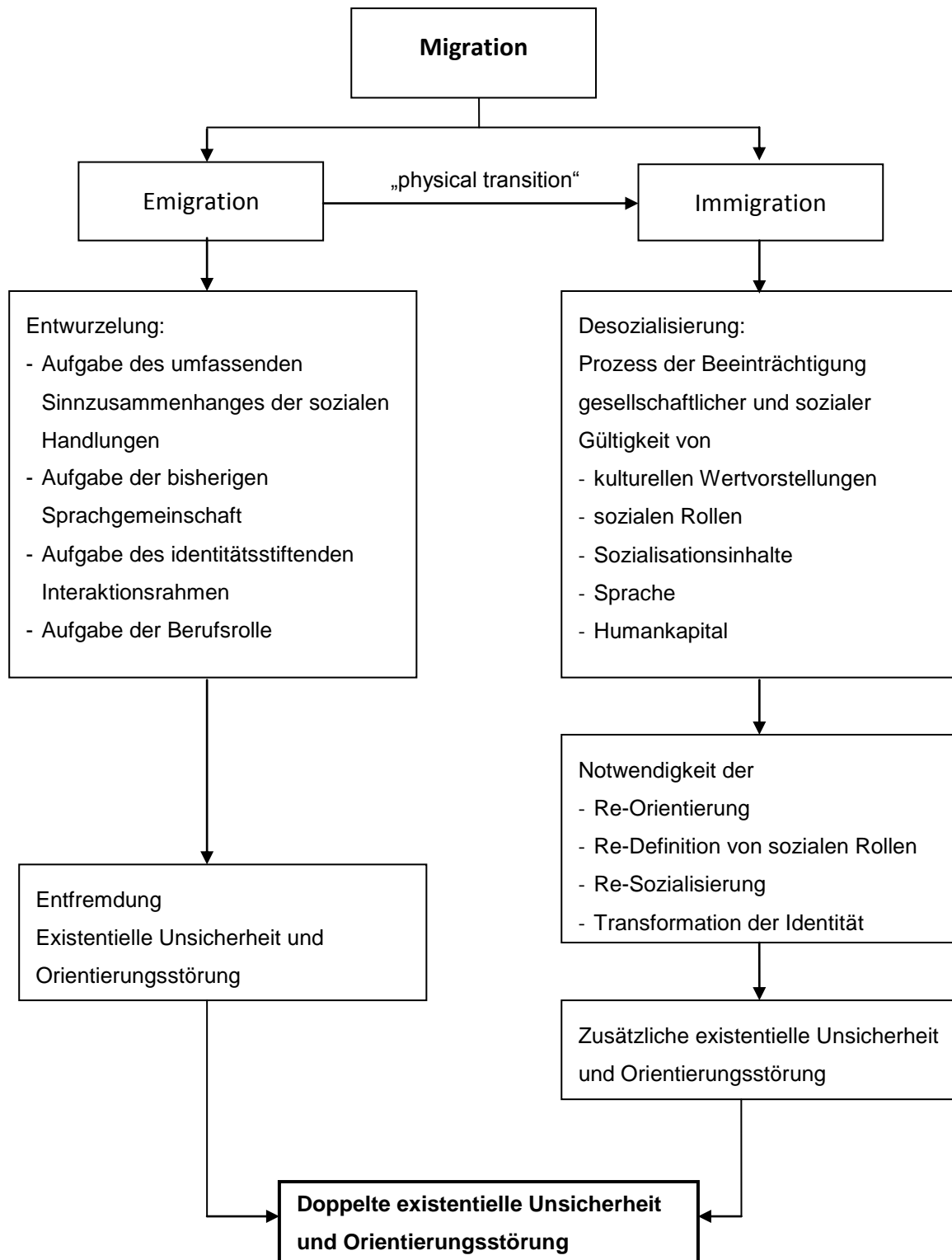


Abbildung 1: Existenzielle Unsicherheit und Orientierungsstörungen als Folgen migrationsbedingter Entwurzelung und Desozialisierung (Han, 2010)

EmigrantInnen verlieren zunächst diese interaktive Sinnkonstruktion, wodurch „die Verhaltenssicherheit und -stabilität (...) solange grundlegend erschüttert [werden], bis sie sich in einem anderen sozialen System einen neuen umfassenden Sinnentwurf zu eigen gemacht haben“ (Han, 2005, S. 218).

Häufig kommt es auch zu einem Verlust der bisherigen Sprachgemeinschaft, sodass die Bewältigung der sprachlichen Sozialisation für die MigrantInnen eine weitere Hürde darstellt. Sprache ermöglicht nicht nur Kommunikation und somit Austausch von Wissen, Erfahrungen, Einstellungen, Gefühlen, etc., Sprache wirkt auch identitätsstiftend und ermöglicht dadurch kulturelle Bedeutungszuschreibungen. Sie ist integraler Bestandteil von sozialen Beziehungen, sowie Ausdruck von Regelungen sozialer Strukturen (Wiswede, 2004). Durch fehlende alltägliche kommunikative Austauschprozesse werden EmigrantInnen zunehmend von ihrem Herkunftskontext entfremdet (Han, 2005).

Zudem spricht Han (2005) von einem Verlust des identitätsbildenden Interaktionsrahmens. Der Mensch wird im Allgemeinen als soziales Wesen angesehen, wodurch sich das Individuum und die Gesellschaft wechselseitig bedingen. Wie bereits Aristoteles erklärte, ist die Unverwechselbarkeit des Individuums nur in Verbindung mit einer Gesellschaft denkbar. Um eine Identität und Persönlichkeit auszubilden, benötigen wir andere. Inwieweit eine Migration das eigene Selbstverständnis beeinflusst, wird im nächsten Kapitel genauer erörtert. Es soll aber bereits festgehalten werden, dass das Verlassen des Bezugssystems förderlich ist für eine anfängliche psychosoziale Instabilität.

Jeder Mensch nimmt eine Vielzahl von Rollen ein, die ihn in unterschiedlichen Kontexten kennzeichnen und präsentieren. Die jeweiligen Rollen sind ausschlaggebend für die eigene Identitätsbildung und für das Maß an sozialer Anerkennung. Eine besondere Stellung nimmt dabei die Berufsrolle und die damit verbundenen sozialen Rollenbeziehungen ein. Die Tätigkeit, die man ausübt, hat so im Wesentlichen auf der Basis des Einkommens einen enormen Einfluss auf den gesellschaftlichen Status, sowie auch auf das eigene Selbstverständnis. Durch die Abwendung des bisherigen Bezugssystems werden automatisch bestimmte Rollen aufgegeben. Meist kommt es am Beginn der Migration zum Verlust der Berufsrolle und laut Han (2005) des Weiteren

auch zum Verlust der damit verbundenen sozialen Rollenbeziehungen im Herkunftsland, welche das Fundament ihres Selbstwertgefühls bilden.

Die erwähnten Verluste führen zu einer Situation, die als Entwurzelung bezeichnet werden kann. Durch eine allgemeine Fremdheit kommt es zusätzlich zu einer Desozialisierung im Aufnahmeland, die wiederum zu existentiellen Orientierungsstörungen führen können. Die MigrantInnen werden *„solange mit der existentiellen Unsicherheit und Orientierungsstörungen zu kämpfen haben, wie die Umstellungs-, Anpassungs- und Lernanforderungen des Aufnahmesystems zumindest in weiten Teilen bewältigt sind“* (Han, 2005, S. 227). Am Beginn der Migration ist somit Unterstützung von außen erforderlich, um die anfängliche Überforderung und die notwendige Re-Sozialisierung in der Aufnahmegesellschaft zu bewältigen (Han, 2005).

Identität

Identitätsbildung

Der Begriff Identität wird in der Literatur häufig mit den Begriffen Selbstbild und Selbstkonzept gleichgesetzt und kann als Bewusstsein des eigenen Selbst verstanden werden. Die Identität ist gekennzeichnet durch die Eigentümlichkeiten eines Menschen, die ihn zum Individuum machen. Womit man sich aktiv identifiziert, macht die Identität aus (Simon & Mummendey, 1997). Identität bildet sich über die Zeit prozesshaft aus und unterliegt demnach der Komponente der Veränderung. Jede Lebensveränderung kann eine Identitätsveränderung bewirken, da man sich über neue Aspekte identifizieren kann. Im Zuge einer Migration kann es zu einem Identitätsverlust kommen, da die Gruppe, über die man sich bisher identifiziert hat, wegfällt.

Eine der bekanntesten Identitätsdefinitionen stammt von Erikson, der Identität versteht als die *„unmittelbare Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und der Kontinuität in der Zeit und die damit verbundene Wahrnehmung, dass auch andere diese Gleichheit und Identität erkennen“* (Erikson, 1980, S. 18).

Durch Vergleichsprozesse mit anderen Personen entdeckt man Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Durch die wahrgenommenen Differenzen kann man sich von anderen abgrenzen und unterscheiden. Identitätsstiftend ist somit die Vorstellung, sich von anderen Individuen oder Gruppen unterscheiden zu können. Diese Vergleichsprozesse bestimmen als Voraussetzung die Selbstbewertung. Menschen streben nach einem positiven Selbstkonzept, wodurch unsere Wahrnehmung und Informationsverarbeitung selektiv arbeitet, um diese positive Selbstwahrnehmung zu erlangen, die sogleich die Grundlage für psychisches Wohlbefinden darstellt.

Tajfel und Turner (1979, 1986, in Herkner, 2001) beschreiben mit ihrer Theorie der sozialen Identität (SIT) die Beziehung zwischen Gruppen. Demnach werden Vergleichsprozesse angestrebt, die zu einer Aufwertung der Eigengruppe (ingroup) oder zu einer Abwertung der Fremdgruppe (outgroup) führen. Um eine positive soziale Identität zu erlangen, werden große Unterschiede zwischen den Gruppen wahrgenommen und der Eigengruppe werden positivere Merkmale zugeschrieben als der Fremdgruppe. Das „minimal group paradigm“ zeigt, dass die Bevorzugung der

eigenen Gruppe sogar dann stattfindet, wenn die Gruppenzuteilung per Zufall erfolgt. Die Effekte treten bereits bei einer Gruppen-Kategorisierung auf, ohne dass ein Konflikt zwischen den Gruppen besteht.

Linville (1987, in Simon und Mummendey, 1997, S. 17) beschreibt Selbst-Aspekte als kognitive Strukturen oder Kategorien, welche sich unter anderem aus Persönlichkeitseigenschaften, physischen Eigenschaften, sozialen Rollen, Fähigkeiten und Einstellungen zusammensetzen und zur Organisation des Selbstbildes fungieren. Der Selbst-Aspekt kann somit als Wissen über die eigene Person verstanden werden. Auch an dieser Stelle ist nochmals anzumerken, dass persönliche und soziale Veränderungen auch zu einem veränderten Selbst-Aspekt führen. Allerdings weisen Simon und Mummendey (1997) aber auch darauf hin, dass bei einer ständigen Betrachtung und Behandlung der sozialen Umwelt im Sinne einer bestimmten sozialen Kategorienzugehörigkeit, wie zum Beispiel AusländerInnen, es nicht verwundern darf, *„wenn ich als Reaktion darauf eine beständige soziale bzw. kollektive Identität im Sinne ebendieses Selbst-Aspekts ausbilde“* (S. 21).

Ausbildung einer kollektiven Identität

Eine kollektive Identifizierung bedeutet, dass man sich als Mitglied einer Gruppe zählt, die durch gemeinsame Besonderheiten gekennzeichnet ist. Im Unterschied zur sozialen, ist es für die kollektive Identifizierung nicht nötig, dass die Gruppenmitglieder in direktem Kontakt miteinander stehen (Ashmore, Deaux und McLaughlin – Volpe, 2004). Es handelt sich bei der kollektiven Identifizierung um eine psychologische, individuelle Positionierung zu einer Gemeinschaft, die gegründet sein kann auf Basis der gleichen Ethnizität, Nationalität, Berufsgruppe, politischer Einstellung, Geschlechtszugehörigkeit, usw. (Ashmore et. al, 2004). Eine soziale Kategorienzugehörigkeit führt jedoch nicht zwingend zur Ausbildung einer kollektiven Identität. Ashmore et. al (2004) führen verschiedene Faktoren an, die für die Ausbildung einer kollektiven Identität relevant sind. Folgendermaßen konstruiert sich eine kollektive Identität durch diese Aspekte: Selbstkategorisierung als Gruppenmitglied, Bewertung der Gruppe, beigemessene Relevanz (importance), Verbundenheit und Gefühl gegenseitiger Abhängigkeit

(attachment and sense of interdependence), soziale Eingebundenheit, Verhaltensanpassung, sowie Inhalt und Bedeutung.

Die Selbstbezeichnung als Gruppenmitglied wird von Ashmore et al. (2004) als die wesentliche Basis der kollektiven Identität angesehen und gilt somit als Voraussetzung für alle anderen Dimensionen. Zuerst gilt es sich selbst als Gruppenmitglied wahrzunehmen, um im Weiteren diese Zugehörigkeit individuell gewichten und bewerten zu können. Eine Erhebung von Selbstbezeichnungen kann durch die Beantwortung von offenen Fragen oder durch eine Wahl von vorgegebenen Auswahloptionen erfolgen. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass Menschen je nach Kontext auch unterschiedliche Selbstbenennungen verwenden (Portes & Rumbaut, 2001, in Phinney & Ong, 2007). Personen können sich selber zwar als Mitglieder der gleichen Kategorie ansehen, sich aber dennoch uneinig sein über die beste Bezeichnung der Gruppierung. Ein Beispiel dafür nennt Philogène (1999, in Ashmore et al., 2004), durch die unterschiedliche Verwendung der Selbstbezeichnung von >African American< und >Black<. Die Selbstbenennung wird davon beeinflusst, wie andere einen wahrnehmen (sollen) und so kann sich die gleiche Person in unterschiedlichen Situationen als >Mexican American<, >Latino<, >Hispanic< oder als >Mayan< bezeichnen (Phinney & Ong, 2007, S. 272).

Ein weiteres Element, welches die Ausbildung einer kollektiven Identität bestimmt, ist die Bewertung der Eigengruppe und die Einstellung zu sich selber als Gruppenmitglied. Eine positive Bewertung scheint besonders wichtig bei Mitgliedern von Minoritäten, um nicht als Folge von Diskriminierungen negative Einstellung zu ihrer Gruppe zu übernehmen (Tajfel, 1978, in Phinney & Ong 2007). Somit dient die positive Bewertung der Eigengruppe als Schutz für das Selbstbild. Die Bewertung sollte allerdings immer in Zusammenhang mit der persönlichen Relevanz betrachtet werden. Es wurde gezeigt, dass Mitglieder von Minderheiten ihrer ethnischen Identität eine höhere Wichtigkeit beimessen, als Mitglieder von dominierenden Gruppen (Phinney & Alipuria, 1990, in Phinney & Ong, 2007). Die Bewertung der Gruppe und dessen Gewichtung stehen allerdings unabhängig nebeneinander. Demnach kann laut Ashmore et al. (2004) die kollektive Zugehörigkeit bzw. die Eigengruppe einerseits positiv bewertet werden, andererseits kann diese Bewertung gleichzeitig als unwichtig empfunden werden. Auch durch eine Selbstdefinition als Gruppenmitglied muss die Gruppe nicht automatisch

positiv bewertet werden. Das zeigen sie deutlich durch ein weiteres Beispiel, nachdem eine Person eine Selbstdefinition, wie zum Beispiel Raucher oder Spieler, zwar als wichtig erachten kann, diese aber gänzlich negativ bewertet. Es gilt auch zu unterscheiden zwischen einer persönlichen Bewertung der Eigengruppe und wie die allgemeine Stellung der Gruppe in einem öffentlichen Diskurs angesehen wird. Die Bewertungsdimension wird demnach in eine Eigenbeurteilung (private regard) und in eine Fremdbeurteilung (public regard) unterschieden, da gezeigt wurde, dass diese nicht zwingend miteinander korrelieren (Ashmore et al., 2004). Die Eigenbeurteilung der Eigengruppe kann durchaus positiv sein, obwohl die angenommene Fremdbeurteilung negativ ausfällt.

Wie bereits erwähnt hat die Gewichtung bzw. der Grad an persönlicher Relevanz einer Gruppenzugehörigkeit wesentlichen Einfluss auf die Ausbildung einer kollektiven Identifizierung. Auch diese Dimension wird differenziert betrachtet und so unterscheiden unter anderem Ashmore et al. (2004) zwischen einer expliziten und impliziten Relevanz. Unter expliziter Relevanz verstehen sie die subjektive Wichtigkeit von kollektiver Identität für ein persönliches allumfassendes Selbstkonzept. Noch genauer beschreibt die implizite Relevanz die hierarchische Stellung einer bestimmten Gruppenzugehörigkeit im Vergleich zu anderen Faktoren des Selbstkonzeptes. Nochmals vereinfacht formuliert drückt die explizite Relevanz aus, inwieweit die Gruppenidentifikation überhaupt ein wichtiger oder unwichtiger Aspekt des Selbstkonzeptes ist, und die implizite Identifikation positioniert diese Relevanz in ein hierarchisch geordnetes Selbstsystem. Allerdings betonen Ashmore et al. (2004), dass man sich nicht notwendigerweise bewusst ist über diese Positionierung. Die implizite Identifikation bezeichnen Styker und Serpe (1994, in Ashmore et al., 2004) als Hervorhebung (salience). In der Beantwortung der Frage welche Information man über sich selber einer fremden Person gegenüber als erstes, als zweites usw. erwähnt, erkennen sie die persönliche und bewusste implizite Identifikation von bestimmten kollektiven Identifizierungen. Problematischer gestaltet sich laut Ashmore et al. (2004) jedoch die unbewusste Positionierung der Relevanz auszumachen.

Eine kollektive Identifizierung kann eine tiefe emotionale Verbundenheit zu einer Gruppierung ausdrücken. Durch das Grundbedürfnis positive, dauerhafte und stabile Beziehungen zu haben, ordnen wir uns in Gruppen ein (Baumeister & Leary, 1995, in

Ashmore et. al, 2004). Die entstehende Gruppenbindung zeigt sich durch das Gefühl gegenseitig aufeinander angewiesen zu sein, sowie durch ein Gefühl der Wertschätzung, Akzeptanz und Unterstützung durch die Gruppe, der man angehört. Tajfel und Turner (1986, in Phinney & Ong, 2007) schließen daraus, dass ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe verbunden ist mit einem angenehmen Gefühl in der Gruppe. Das Gefühl der Verbundenheit und die Empfindung von Stolz gegenüber der Gruppe, wirkt sich auf das Selbstbewusstsein der Individuen aus (Ghavami et al., 2011). Studien zeigen zudem, dass oft ein Gefühl der Einheit mit einer Gruppe erlebt wird und dies zu einer persönlichen Verschmelzung mit der Gruppe bzw. zu einer Introjektion führt (Ashmore et. al, 2004). Diese emotionalen und kognitiven Verschmelzung zeigt sich beispielsweise dadurch, dass man gewöhnlich über die Gruppe in Form von >uns< spricht, anstatt die Bezeichnung >sie< zu verwenden (Mael & Tetrick, 1992, in Ashmore et. al, 2004). Ashmore et al. beschreiben die Verbindung zur Gruppe folgendermaßen: „*It is the affective involvement a person feels with a social category or the degree to which the fate of the group is perceived as overlapping with one's personal fate*“ (2004, S. 90). Einzelpersonen entwickeln aber auch unabhängig von der vorherrschenden Gruppenmeinung individuelle Einstellungen oder Weltanschauungen. Mit dieser Begründung weist Cokley (2005) darauf hin, dass die Stärke der Bindung nicht notwendigerweise Aufschluss gibt, über die Stärke der kollektiven Identifizierung. Man kann sich somit einer Gruppe verbunden fühlen und sich innerhalb der Gruppe wohl fühlen, aber die vorherrschende Gruppenmeinung kritisieren. Phinney und Ong (2007) beschreiben zudem eine Situation, in welcher die Bindung nicht als eine konstruierende Komponente der Gruppenidentität gilt. Diese Ausnahme findet demnach statt, wenn die entstehende Bindung bloß das Ergebnis von einer Identifikation mit einem Elternteil oder einem anderen Vorbild ist, und so die Gruppenbindung nicht vollständig von dem Individuum verinnerlicht wird. Solche Beziehungen zu einer Gruppe werden von Phinney und Ong (2007) als vorweggenommen (foreclosed) bezeichnet. Wenn eine Bindung zu einer Gruppe lediglich übernommen wird, ohne umfangreiches Wissen über die Gruppe zu haben, bildet sich keine stabile und vollständige Gruppenidentität aus.

Die soziale Eingebundenheit beschreibt im Unterschied zur emotionalen Bindung zu einer Gruppe, lediglich das Ausmaß von Beziehungen zu Menschen der gleichen Gruppenzugehörigkeit. Die soziale Eingebundenheit in eine Gruppe ist demnach hoch,

wenn viele alltägliche zwischenmenschliche Beziehungen innerhalb der gleichen Gruppe stattfinden. Als Folge einer Immigration ist somit vorstellbar, dass die soziale Eingebundenheit zu Mitgliedern der gleichen kulturellen und ethnischen Gruppe sehr niedrig ist. MigrantInnen können zu ihrer Ursprungsgesellschaft eine hohe emotionale Bindung haben, obgleich durch die Emigration eine niedrige soziale Eingebundenheit herrscht.

Ein weiterer Aspekt der kollektiven Identifizierung, der von Ashmore et al. (2004) beschrieben wird, ist die gruppeninterne Verhaltensanpassung. Demnach drückt sich die kollektive Identität durch individuelle Aktivitäten aus, wie zum Beispiel durch den Sprachgebrauch in Zusammenhang mit ethnischer Identität oder den Kirchenbesuch in Verbindung mit religiöser Identität. Sie weisen darauf hin, dass das gruppenmäßige Verhalten einerseits der Öffentlichkeit die Gruppenzugehörigkeit symbolisieren soll, andererseits soll dadurch verstärkend die Akzeptanz der anderen Gruppenmitglieder gewonnen werden. Allerdings betonen Ashmore et al. (2004) auch den Einfluss von anderen, gruppenunabhängigen Faktoren auf das Verhalten. So kann zum Beispiel eine Person seinen Eltern zuliebe jeden Sonntag die Kirche besuchen, ohne religiös zu sein.

Der letzte Aspekt der von Ashmore et al. (2004) im Zuge einer Ausbildung von kollektiver Identität angeführt wird, ist der Inhalt und dessen Bedeutung für diese Identifikation. Der Inhalt einer kollektiven Identifizierung erstreckt sich über ein breites Feld und beinhaltet Elemente, wie selbst zugeschriebene Besonderheiten (self-attributed characteristics), Weltanschauung (ideology) und persönliche Geschichte (narrative). Ashmore et al. (2004, S. 94) beschreiben den Zusammenhang zwischen selbst zugeschriebenen Besonderheiten und einer Gruppe folgendermaßen: *„Self-attributed characteristics refer to the extent to which traits and dispositions that are associated with a social category are endorsed as self-descriptive by a member of the category.“* Ihnen zufolge werden auch häufig vorherrschende Stereotype über Gruppen übernommen und haben demnach Einfluss auf die persönliche Identifikation mit einer sozialen Gruppe. Unter dem Begriff Ideologie verstehen sie Vorstellungen über Erfahrungen und die Geschichte einer Gruppe. Auf diesen persönlichen Vorstellungen bauen die Mitglieder eine Meinung über die gesellschaftliche Stellung der Gruppe aus (Gurin & Townsend, 1986, in Ashmore et al., 2004), die wiederum die Identifizierung beeinflussen kann. Des Weiteren haben natürlich auch die persönlichen Geschichten, die

das Individuum im Zusammenhang mit der Gruppe beobachtet und erlebt hat, sowie auch die persönlichen Vorstellungen, Emotionen und mentalen Bilder über die Vergangenheit der Gruppe eine große Bedeutung für die Ausbildung einer kollektiven Identität (Ashmore et al., 2004).

Für die Ausbildung einer kollektiven Identität sind nicht nur einzelne genannte Aspekte wichtig, sondern deren Zusammenspiel.

Kulturelle und ethnische Identität

Eine kulturelle Identität ist eine bestimmte Form der kollektiven Identifizierung und meint ein Gefühl der Gemeinschaft und Völkerschaft innerhalb einer Kultur. Die Ausbildung einer kulturellen Identität ist als ein dynamischer Entwicklungsprozess anzusehen, der niemals abgeschlossen ist. Der Begriff Enkulturation beschreibt den Sozialisationsprozess des Verinnerlichens und Hineinwachsens des Individuums in seinen gesellschaftlichen Kontext bzw. in seine Kultur. Enkulturation wird als unbewusster Lernprozess verstanden, der zu einer Aneignung von grundlegenden Verhaltensweisen einer Kultur führt. Durch diesen Prozess werden beispielsweise folgende soziale Handlungen erlernt: *„wie man soziale Beziehungen eingeht, wie man das eigene Verhalten kontrolliert und seine Emotionen angemessen nutzt, wie man Grundbedürfnisse befriedigt, wie man die Welt sieht, wie man mit anderen verbal und nichtverbal kommuniziert, [...]“* (Maletzke, 1996, S. 22/23).

Phinney und Ong (2007) beschreiben ethnische Identität als multidimensionales, dynamisches Konstrukt, das sich im Laufe der Zeit durch einen Prozess von Exploration und Bindung entwickelt. Sie nennen vier Schlüsselkomponenten für die Ausbildung einer ethnischen Identität: Selbstkategorisierung, Beziehung, Exploration und Sprache. Die Zugehörigkeit und das Wissen über die eigene Gruppe ist für sie ein wesentlicher Bestandteil zur Ausbildung einer ethnischen Identität, sowie auch Erfahrungen, persönliche Entscheidungen und Handlungen für diesen Prozess ausschlaggebend sind. Entscheidend sind laut Phinney und Ong (2007) die Kenntnisse und die Erkundung (exploration) der eigenen ethnischen Identität. Diese Erkundung der Ethnizität ist ihnen zufolge ein anhaltender Prozess und kann zum Beispiel durch Lesen oder durch die

Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen erfolgen. In Zusammenhang mit der Exploration wird natürlich auch die Verwendung der ethnischen Sprache als wesentlicher Aspekt der ethnischen Identität verstanden. Phinney und Ong (2007) betonen, dass die ethnische Identität unabhängig von der nationalen Identität bestehen kann.

Studien konnten zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der kollektiven Identifizierung und dem Wohl- und Stressempfinden besteht. Es wurde bestätigt, dass Mitglieder einer Minorität, die sich stark mit ihrer Gruppe identifizieren, über ein besseres subjektives, psychisches Wohlbefinden berichten (Arroyo & Zigler, 1995; Paul & Fischer, 1980). Außerdem konnten Barron, Hebl und King (2011) in einer experimentellen Studie zeigen, dass eine Identifikation mit einer kulturellen Minorität und dessen öffentliches Bekennen, zu einer positiven Evaluation und zu einer längeren Interaktion mit zukünftigen Arbeitgebern führen.

Identitätsleistung

Unter Identitätsleistung (identity achievement) wird das Erforschen und Verstehen der eigenen Identität verstanden. Bereits zuvor wurde dieser Vorgang unter dem Begriff Erkundung beschrieben. Durch den kognitiven Prozess des Erforschens und Verstehens bzw. der daraus resultierenden Ansammlung von Wissen über die eigene (kulturelle) Identität ist es möglich, ein Selbstbild zu entwickeln und eine Gruppenidentität aufzubauen. Cross und Fhagen-Smith (2001, in Phinney & Ong, 2007) haben gezeigt, dass bei einer stabilen Identität bzw. einer vollzogenen Identitätsleistung (achieved identity) die Bewertung der Gruppe eigenständig erfolgt und nicht nur eine Verinnerlichung dessen ist, was andere über die Gruppe denken. Es wird somit umfangreiches Wissen über die Gruppe benötigt, um eine vollständige und stabile kollektive Identität auszubilden. Die Adoleszenz ist für diesen Ausbildungsprozess eine entscheidende Phase, da sich Individuen während dieser Zeitspanne intensiver mit ihrem ethnischen Hintergrund befassen und dessen Bedeutung für ihr Leben bestimmen (Roberts et al, 1999, in Ghavami et al. 2011). Phinney (1989) konnte einen positiven Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Selbstbewusstsein bei Jugendlichen

nachweisen. Eine vollzogene Identitätsleistung wird demnach mit größerem Selbstbewusstsein assoziiert. Dieser Zusammenhang war sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen deutlich. Zudem konnte Phinney (1992) zeigen, dass eine hohe Identitätsleistung mit größerem Wohlbefinden korreliert. So haben Individuen, die über eine vollzogene Identitätsleistung berichten, ein positiveres Selbstkonzept und erfahren weniger psychologischen Stress als diejenigen, die eine geringere Identitätsleistung aufweisen (Phinney & Kohatsu, 1997, in Ghavami et al. 2011).

Identitätsaffirmation

Unter Identitätsaffirmation wird eine Entwicklung von positiven Gefühlen der eigenen Gruppe gegenüber verstanden (Phinney, 1992). Die Ausbildung von positiven Emotionen gegenüber der Eigengruppe ist mit einem starken Zugehörigkeitsgefühl zu der Gruppe verknüpft. Diese positiven Gefühle werden gleich wie die Identitätsleistung meist in der Adoleszenz entwickelt. Durch Kulturkontaktsituationen bzw. durch das Wechseln in eine andere Gesellschaft im Zuge einer Migration, kann die Identitätsaffirmation abgeschwächt oder auch verstärkt werden. Bei Mitgliedern von Minderheiten wird eine höhere Identitätsaffirmation assoziiert mit höherem Selbstbewusstsein, einem positiveren Selbstkonzept, besseren akademischen Leistungen, sowie mit verminderten mentalen Gesundheitsproblemen (Ashmore et al., 2004; Phinney, 1989, 1992; Ghavami et al. 2011). Phinney (1992) konnte auch einen Zusammenhang von Identitätsaffirmation und subjektiven Wohlbefinden zeigen. So zeigte er, dass Identitätsaffirmation und Identitätsleistung unabhängig voneinander Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden haben. Allerdings haben sich Ghavami, Fingerhut, Peplau, Grant und Wittig (2011) näher damit beschäftigt, wie diese beiden Aspekte der Identität aufeinander einwirken. Sie demonstrieren, dass der Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Wohlbefinden durch die Identitätsaffirmation beeinflusst wird. Identitätsaffirmation gilt somit als Mediator zwischen Identitätsleistung und Wohlbefinden. Eine hohe Identitätsleistung ist demnach förderlich für die Ausbildung von positiven Gefühlen zur Eigengruppe, was wiederum positiv auf das psychische Wohlbefinden einwirkt. Ghavami et al. konnten durch eine Regressionsanalyse zeigen, dass der Zusammenhang von Identitätsleistung

und Wohlbefinden nur über die Identitätsaffirmation als Mediator besteht (siehe Abbildung 2).

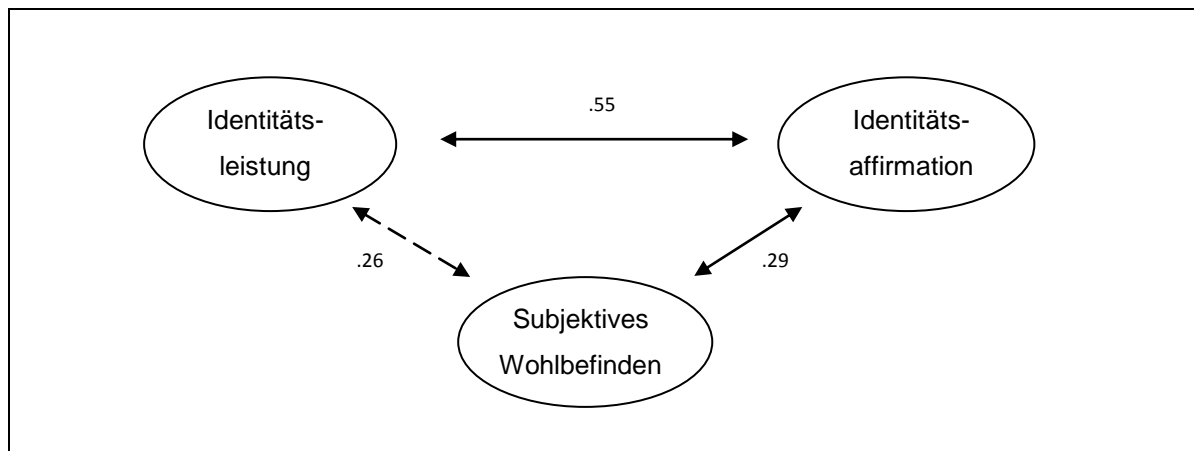


Abbildung 2: Das Modell von Ghavami et. al, 2011

Akkulturation

Allgemeines

Migration erfordert eine Anpassungsleistung der ImmigrantInnen, sowie auch der Aufnahmegesellschaft. Akkulturation beschreibt den Anpassungsprozess von Individuen oder Gruppen, welcher sich im Zusammenhang mit Kulturkontakten entwickelt. „Akkulturation bezeichnet den Wandel der Kultur (oder einiger Elemente dieser Kultur) aufgrund nachhaltigen Kontakts zwischen kulturell verschiedenen Gruppierungen“ (Wieswede, 2004, S. 15). Die gängige Definition des Akkulturationsbegriffes stammt von Redfield, Linton & Herskovits (1936): „acculturation comprehends those phenomena which result when groups of individuals having different cultures come into continuous first-hand contact, with subsequent changes in the original culture patterns of either or both groups“ (S. 149). Diese Definition beinhaltet die drei wesentlichen Voraussetzungen für einen Akkulturationsprozess. Zunächst müssen Individuen aus mindestens zwei verschiedenen kulturellen Gruppen aufeinandertreffen und über einem

längeren Zeitraum in direktem Kontakt miteinander stehen. Auf diesen Kulturkontakt folgt dann eine einseitige oder beidseitige Veränderung der kulturellen Muster. Berry (1997) weist darauf hin, dass die Veränderung eher die Einwanderungsgruppe betrifft, da es eher zu einer Anpassung an die Aufnahmegesellschaft kommt, als umgekehrt.

Der Akkulturationsprozess verläuft, je nach Individuum und Gruppe, unterschiedlich, denn jede Kulturkontaktsituation beinhaltet eine individuelle Dimension, welche sich auf die Akkulturationsdynamik auswirkt (Obasi & Leong, 2010; Dauerböck, 2010). Interkulturelle Geschichte, Migrationsfreiwilligkeit, Migrationsgrund, Einstellung zum Herkunfts- und Aufnahmeland, Erfahrungen von Diskriminierung und Sprachgebrauch, sind nur einige Beispiele für diese individuellen Aspekte. Der Akkulturationsprozess erfolgt somit nicht nach einem stabilen Schema. In der kulturvergleichenden Psychologie wird unterschieden zwischen Akkulturation von Gruppen und individueller Akkulturation. Laut Schönflug (2003) wird die Akkulturation von Gruppen und Individuen unterschiedlich betrachtet, *„denn bei der Analyse der Akkulturation von Gruppen geht es vor allem um politische, sozio-ökonomische und kulturelle Veränderungen; bei individueller Akkulturation geht es vor allem um die Veränderung von persönlichen Ressourcen durch die Kulturkontaktsituation“* (S. 518). Abbildung 3 gibt eine Übersicht über den Akkulturationsprozess und teilt diesen in eine kulturelle und psychologische Ebene.

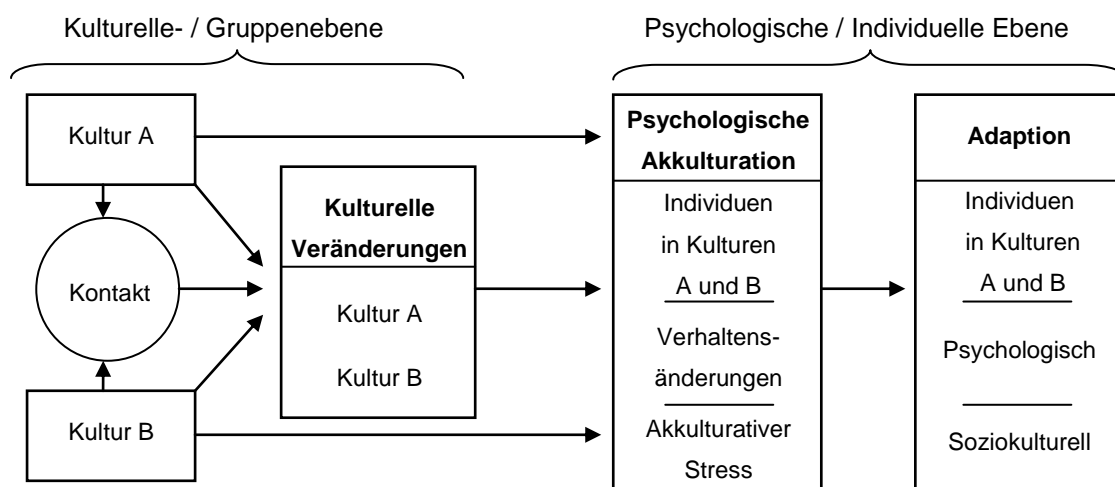


Abbildung 3: Rahmenmodell der Akkulturation (Berry et. al, 2002)

Auf der kulturellen Ebene werden die kulturellen Veränderungen von einer Kultur oder beiden Kulturen dargestellt. Die psychologische Ebene zeigt die individuellen Verhaltensänderungen und den aufkommenden akkulturativen Stress von Mitgliedern der beiden Kulturen (siehe: Psychologische Akkulturation und Adaptation). Im weiteren Akkulturationsverlauf kommt es zu einer psychologischen und soziokulturellen Anpassung (Adaption) an die neue Situation. „These changes can be a set of rather easily accomplished behavioral changes (e.g., in ways of speaking, dressing, eating, and in one’s cultural identity), or they can be more problematic, producing acculturative stress (e.g., uncertainty, anxiety, depression, even psychopathology)“ (Berry et al., 2002, S. 352).

Wer von dem Akkulturationsvorgang betroffen ist, wird in Abbildung 4 ersichtlich. Unterschieden wird nach der Mobilität, der Dauer und der Freiwilligkeit des Kulturkontaktes. MigrantInnen entscheiden sich freiwillig, natürlich mit Ausnahme von Flüchtlingen, für einen Kulturkontakt, worauf ein dauerhafter Akkulturationsprozess folgt. Anders sind zeitweilig mobile Gruppen, wie ArbeitsmigrantInnen oder Asylsuchende lediglich vorübergehend in Kulturkontaktsituationen, die ebenso freiwillig oder unfreiwillig erfolgen können. Somit sind sie einem Akkulturationsvorgang nur vorübergehend ausgesetzt. Durch Kolonialisierung oder ökonomischer Überfremdung kann es auch für die einheimische Gruppe zu einem unfreiwilligen Kulturkontakt kommen. (Schönpflug, 2003, S. 519).

Mobilität	Freiwilligkeit des Kontaktes	
	Freiwillig	Unfreiwillig
Sesshafte	Ethnokulturelle Gruppen	Einheimische Gruppen
MigrantInnen		
Dauerhaft	ImmigrantInnen	Flüchtlinge
Zeitweilig	(Arbeits-) MigrantInnen	Asylsuchende

Abbildung 4: Typen der akkulturierender Gruppen (Schönpflug, 2003)

Es gibt in der Akkulturationsforschung drei verschiedene theoretische Ansätze. Demnach kann laut Schönpflug (2003, S. 521) Akkulturation verstanden werden als sozialer Identifikationsprozess, als kulturelles Lernen oder als Stresszustand, der einer

Bewältigung bedarf. Der erste Ansatz untersucht die Selbstzuordnung zu einer Gesellschaftsgruppe. Die zweite Ansicht geht davon aus, dass es notwendig ist durch interkulturelles Lernen neue kulturelle Fertigkeiten zu erwerben, „*die die Anpassung an die neuen Anforderungen der Kulturkontaktsituation gewährleisten oder zumindest erleichtern*“ (Schönpflug, 2003, S. 521). Der Stress-Bewältigungsansatz sieht die Lebensveränderung durch Migration als kritische Lebensphase an, die eine Anpassung erfordert.

Eindimensionale Akkulturationsmodelle befassen sich lediglich mit dem Ausmaß der Anpassungsleistung der MigrantInnen. Veränderungen der Aufnahmegesellschaft werden in diesen Modellen nicht beachtet und so werden mögliche Anpassungsprobleme den EinwanderInnen zugeschrieben. Eine erfolgreiche Eingliederung in die aufnehmende Gesellschaft ist demnach nur dann möglich, wenn sich die EinwanderInnen vollständig an die Fremdkultur anpassen. Somit wird durch die direkte eindimensionale Erfassung lediglich das Ausmaß der Assimilation gemessen (Schönpflug, 2003). Assimilation beschreibt die Anpassung an die neue Gesellschaft, unter Aufgabe der Ursprungskultur. Darum werden in Zusammenhang mit eindimensionalen Modellen Akkulturation und Assimilation häufig synonym verwendet. Die allgemeine Akkulturationskala nach Olmeda (1979) ist ein Beispiel für eine Messung, bei der einerseits nach dem Schwinden von Merkmalen der Herkunftskultur (Mexiko), und andererseits nach der Übernahme von Merkmalen der neuen Kultur (USA) gefragt wird (in Schönpflug, 2003). Die Übergangsphase, von der einen in die andere Kultur, wird als Biculturalismus bezeichnet. Anders als eindimensionale Modelle, befassen sich zweidimensionale Modelle mit der Identifikation von beiden Kulturen. Dies bedeutet, dass sowohl die Identifizierung mit der Herkunftskultur, als auch jene mit der Aufnahmekultur relevant ist. Das bekannteste zweidimensionale Akkulturationsmodell stammt von Berry.

Zweidimensionale Akkulturationsmodelle

Akkulturationsmodell von Berry

Berry (1997) differenziert zwischen vier Akkulturationsstrategien, die sich durch die Stellungnahme zu den beiden Grundaspekten im Akkulturationsprozess ergeben. Demnach müssen bei einer Migration die EinwanderInnen zwei zentrale Fragen für sich beantworten: Erstens, ob sie ihre kulturelle Identität und ihre Merkmale der Herkunftskultur weiterhin beibehalten wollen, und zweitens, ob sie bereit sind Beziehungen mit Menschen anderer Gruppen einzugehen und somit an der Kultur der Aufnahmegesellschaft teilhaben wollen. Durch die Beantwortung dieser beiden grundlegenden Aspekte resultieren vier verschiedene Akkulturationsstrategien (siehe Abbildung 5).

- Integration

Bei einer Integration werden Merkmale der Herkunftsidentität beibehalten, während gleichzeitig Beziehungen zu anderen Gruppen eingegangen werden. Integration subsummiert dadurch jene Verhaltensweisen, die eine Eingliederung der Einstellungen und Werte der neuen Kultur in die ursprüngliche kulturellen Verhaltensweisen ermöglichen.

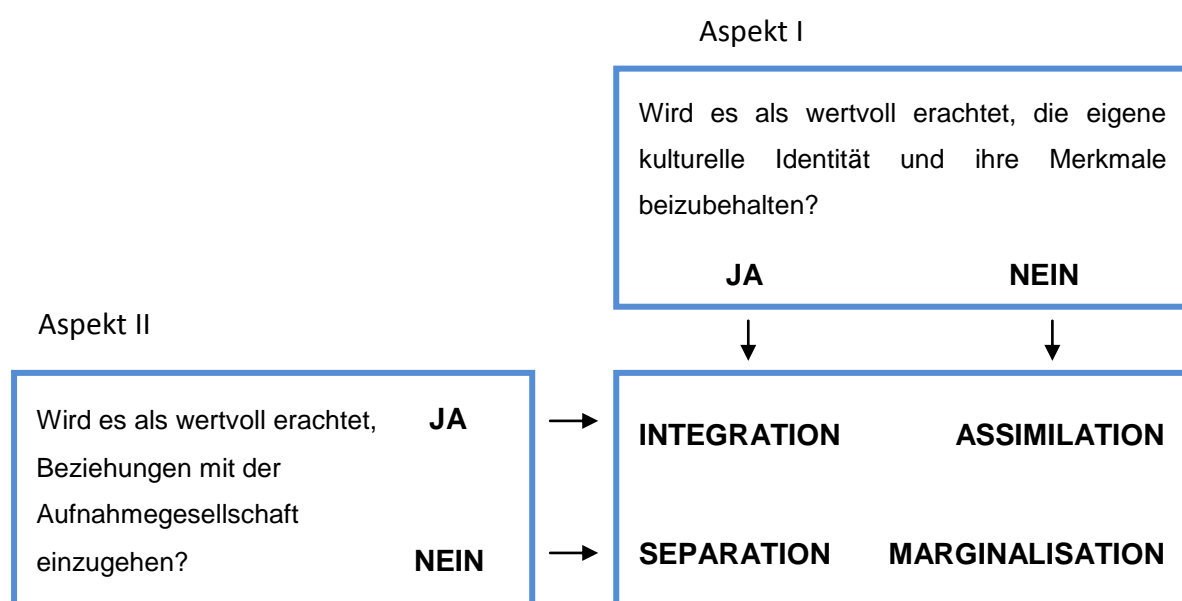


Abbildung 5: Zweidimensionales Akkulturationsmodell: Strategien der ImmigrantInnen, (Berry, 1980)

- Separation

Unter diesem Begriff werden jene Verhaltensweisen zusammengefasst, welche die eigene Herkunft und das Erbe der eigenen ethnokulturellen Gruppe präferieren und kein Interesse besteht, mit anderen kulturellen Gruppen in Kontakt zu treten. Die Aufrechterhaltung der Herkunftsidentität wird als wertvoll erachtet und gleichzeitig werden Interaktionen mit anderen Gruppen vermieden. Somit wird die bisherige Identität beibehalten und diese eventuell sogar verstärkt.

- Assimilation

Unter der assimilatorischen Akkulturationsstrategie wird eine völlige Anpassung an die neue Gesellschaft unter Aufgabe der eigenen Kultur verstanden. Die ImmigrantInnen möchten ihre Herkunftsidentität nicht beibehalten und streben nach Beziehungen mit anderen Kulturen.

- Marginalisation

Bei dieser Strategie wird weder Wert auf die Herkunftsidentität gelegt, noch auf Beziehungen zur Eigengruppe. Es werden jene Verhaltensweisen zugeordnet, die dazu führen, dass man sich keiner bestimmten Kultur zugehörig fühlt und auf die Identifikation mit einer bestimmten Kultur generell keinen Wert legt. Bei der marginalistischen Akkulturationsstrategie wird man keine kulturelle Identität aufbauen und somit kommt es weder zu einer Identitätsleistung, noch zu einer Identitätsaffirmation.

Integration und Assimilation fördern eine Einbindung in die Aufnahmegesellschaft, während die Strategien der Separation und Marginalisierung diese Eingliederung ablehnen. Untersuchungen haben ergeben, dass MigrantInnen meist Integration als Akkulturationsstrategie bevorzugen, sowohl in einer multikulturellen, als auch in einer monokulturellen Gesellschaft (Schöpfling, 2003). An zweiter Stelle *„wählen selbstbewusste europäische Migranten, z.B. ungarischer Herkunft in Kanada, Separatismus; aber auch westliche Migranten in Japan bevorzugen diese Strategie wie auch Immigranten aus Entwicklungsländern nach Norwegen“* (siehe Sam, 1995; in Schöpfling 2003). Integration und Separation bezeichnen Lalonde und Cameron (1993)

als kollektive Strategien, da es ihnen für die Umsetzung dieser Formen notwendig erscheint, dass weitere Gruppenmitglieder die gleiche Strategie verfolgen. Demgegenüber bezeichnen sie Assimilation als individualistisch.

Allerdings bestimmen nicht nur alleine die EinwanderInnen den Akkulturationsprozess, auch die Aufnahmegesellschaft kann Akkulturationsformen favorisieren und somit die Wahl der Akkulturationsstrategie beeinflussen. Je nach Ausmaß von egozentristischen und toleranten Einstellung hat die aufnehmende Gesellschaft unterschiedlichen Einfluss auf den Akkulturationsprozess. So kann zum Beispiel durch Erfahrungen von Diskriminierung und Vorurteilen im Aufnahmeland die assimilative Strategie abgelehnt werden (Berry, Kim, Power, Young & Bujaki, 1989). Auch die Migrationspolitik des Einwanderungslandes beeinflusst die Akkulturationswahl, da durch einen Konflikt zwischen der persönlichen und der nationalen Präferenz Stress resultiert (Horenczyk, 1996, in Berry 1997.) In Abbildung 6 sind die Akkulturationsstrategien der Aufnahmegesellschaft nach Berry (1997) dargestellt.

- Multikultur

Von der Aufnahmegesellschaft wird eine Multikultur angestrebt, wenn sie die EinwanderInnen mit ihren Merkmalen der Herkunftskultur akzeptiert und Interesse an Beziehungen mit der Einwanderungsgesellschaft besteht. Durch den beidseitigen Einfluss auf den Akkulturationsprozess, kann die Integration der ImmigrantInnen nur dann unbehindert erfolgen, wenn auch die Aufnahmegesellschaft offen ist für kulturelle Vielfalt (Berry, 1991). Es ist somit beidseitiges Streben nach einer Integrierung der Einwanderungsgesellschaft notwendig, was eine gegenseitige Akzeptanz von kulturellen Unterschieden und ein niedriges Maß an Diskriminierung voraussetzt. Außerdem ist von allen Gruppen ein Gefühl der Verbundenheit mit der übergeordneten Gesellschaft notwendig (Kalin & Berry, in Druck; in Berry 1997). Integration ist zudem die erfolgreichste Akkulturationsstrategie im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden (Schmitz, 1992; in Berry, 1997).

- Melting Pot

Die Metapher des „melting pot“ beschreibt wie sich die verschiedenen Kulturen zu einer neuen Kultur vermischen. Diese Akkulturationsstrategie ergibt sich durch die

Bereitschaft der Aufnahmegesellschaft auch ihre eigene Kultur zu verändern und zu erweitern bzw. mit anderen Kulturen zu verschmelzen.

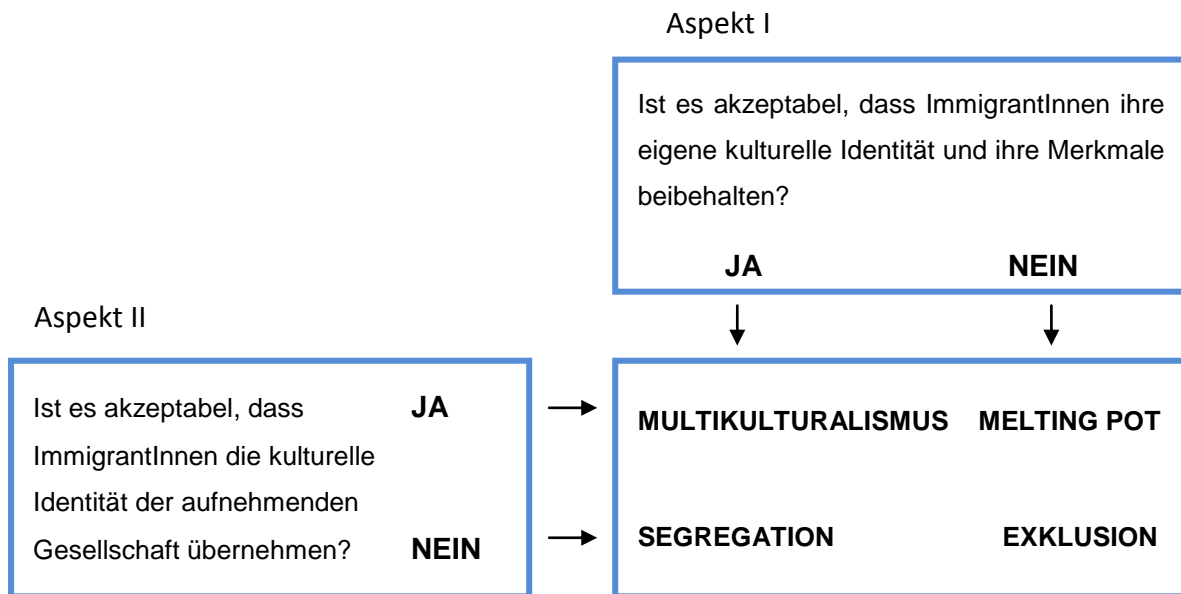


Abbildung 6: Zweidimensionales Akkulturationsmodell: Strategien der Aufnahmegesellschaft (Berry, 1980)

- Segregation

Wenn von der dominierenden Gruppe kein Interesse besteht Beziehungen mit anderen Gruppen einzugehen kommt es zur Segregation.

- Exklusion

Desinteresse an anderen Gruppen bei gleichzeitig niedriger Akzeptanz der kulturellen Identität der ImmigrantInnen führt zur Akkulturationsstrategie der Exklusion.

Da sich Einstellungen und Verhalten von einzelnen, sowie auch von Gruppen, verändern können, ändert sich demnach auch die Anwendung der Akkulturationsstrategie. Berry (1997) beschreibt, dass je nach Kontext und Aufenthaltszeit unterschiedliche Strategien umgesetzt werden können. Da zum Beispiel im privaten Raum (Familie, ethnische Gemeinschaft) weniger gruppenübergreifender Kontakt stattfindet, verhält man sich in dieser Umgebung möglicherweise anders als im öffentlichen Raum (Arbeit, Politik). Allerdings existiert laut Berry (1997) in der Regel eine übergeordnete Akkulturationsstrategie.

Psychologische Akkulturation und Adaption

Wie bereits erwähnt unterscheidet die kulturvergleichende Psychologie zwischen Akkulturation von Individuen und Gruppen. Der Ausdruck „psychologische Akkulturation“ wurde von Graves (1967) geprägt. Im Unterschied zu kulturellen Veränderungen von Gruppen beschreibt die psychologische Akkulturation individuelle Veränderungen, die durch Kulturkontakte entstehen. *„At the population level, changes in social structure, economic base, and political organization frequently occur, while at the individual level, the changes are in such phenomena as identity, values, and attitudes“* (Berry et al., 2002, S. 350). Im Zusammenhang mit einem Akkulturationsprozess sind die sozialen und psychologischen Folgen laut Berry (1997) sehr unterschiedlich. Ihm zufolge entsteht eine Verhaltensanpassung durch die Aneignung eines neuen Verhaltensrepertoires, bei gleichzeitigem Verlernen früherer Verhaltensmuster (culture shedding), die nicht mehr länger angemessenen erscheinen. Dieses Lernen und Umlernen von Verhaltensmustern erfolgt nicht immer problemlos und kann von einem Kulturkonflikt begleitet werden. Berry (1997) beschreibt drei Varianten, die im Zusammenhang mit psychologischer Akkulturation erscheinen. So kann die Verhaltensanpassung (behavioural shifts) durch kulturelles Lernen und „culture shedding“ relativ einfach erfolgen. Anders entsteht bei erheblichen Anpassungsschwierigkeiten akkulturativer Stress. *„In this case, individuals understand that they are facing problems resulting from intercultural contact that cannot be dealt with easily or quickly by simply adjusting or assimilating to them“* (Berry, 1997, S. 19). Akkulturativer Stress ist eine Stressreaktion auf Lebensumstände. Im schlimmsten Fall können sich bei sehr großen Problemen auch psychische Krankheiten, wie zum Beispiel eine klinische Depression, ausbilden.

Gelingt den beiden Gruppen eine Verhaltensänderung, kann es im weiteren Verlauf zu einer Adaption (Anpassung) kommen. Es wird in der Literatur zwischen einer psychologischen und einer soziokulturellen Adaption unterschieden. Erstgenannte meint persönliche Anpassungsfolgen, wie zum Beispiel die personelle und kulturelle Identität, psychische Gesundheit und Zufriedenheit (Berry, 1997). Die soziokulturelle Adaption hingegen beinhaltet externe psychologische Folgen einschließlich der Fähigkeit tägliche Probleme im privaten Umfeld zu lösen (Berry, 1997). *„Psychological problems often*

increase soon after contact, followed by a general (but variable) decrease over time; sociocultural adaption, however, has a linear improvement with time“ (Berry, 1997, S. 20).

Strukturmodell der Akkulturation

In Anlehnung an das Stress-Bewältigungsmodell von Lazarus und Folkman (1984) entwickelte Berry (1997) das Strukturmodell der Akkulturation (siehe Abbildung 7). Das Modell zeigt, wie bereits zuvor auch die Abbildung 3, die Hintergrundfaktoren auf der (kulturellen) Gruppenebene und der individuellen (psychologischen) Ebene.

Der Akkulturationsprozess wird von demographischen Faktoren, dem politischen und dem ökonomischen Kontext der Herkunftsgesellschaft, sowie von Einstellungen und Unterstützungsmöglichkeiten der Aufnahmegesellschaft wesentlich bestimmt.

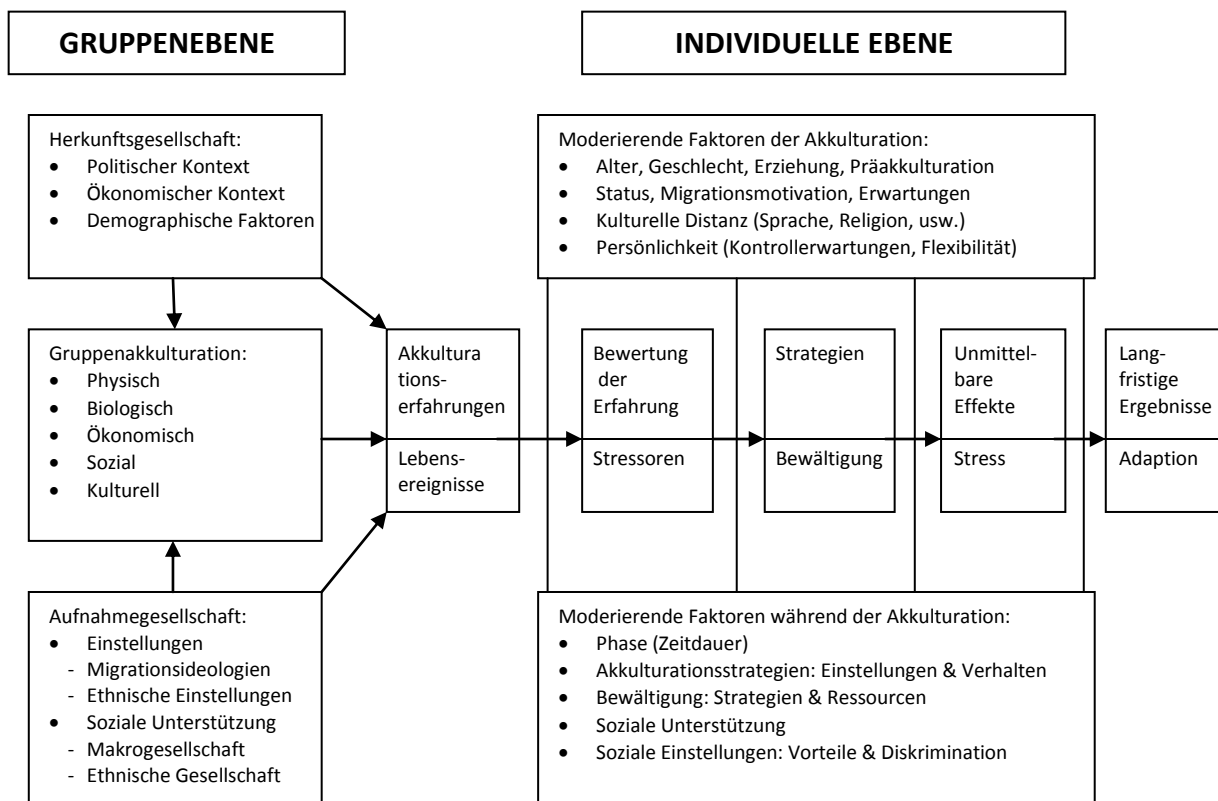


Abbildung 7: Rahmenmodell der Akkulturation (Berry, 1997)

Wie schon erwähnt, ist eine Akzeptanz von kulturellem Pluralismus der Aufnahmegesellschaft Voraussetzung für die Umsetzung von Integration. Allerdings zeigen zum Beispiel Berry und Kalin (1995), dass auch in Multikulturen nicht alle ImmigrantInnen in gleicher Weise akzeptiert werden, und so die weniger akzeptierten Gruppen auf Ablehnung und Diskriminierung stoßen: *„even where pluralism is accepted, there are well-known variations in the relative acceptance of specific cultural, racial, and religious groups“* (in Berry 1997, S. 17). Durch die kulturelle Begegnung der verschiedenen Gruppen ergeben sich physische, biologische, ökonomische, soziale und kulturelle Veränderungen. Diese Veränderungen können variieren von relativ oberflächlichen Formationen, wie zum Beispiel einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten und einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses, bis zu einem Sprachwechsel und einem Wechsel des Wertesystems.

Auf der individuellen Ebene werden die beeinflussenden Faktoren (sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren) in zwei Bereiche unterteilt: Faktoren, die vor dem Kulturkontakt bestehen, und diejenige, die während der Akkulturation wirken. Moderierende Faktoren wie Alter, Geschlecht, Erziehung und der Status in der Herkunftskultur sind bereits vor der Akkulturation gegeben und haben Einfluss auf den folgenden Akkulturationsverlauf. Es ist nicht bekannt, ob das Alter Einfluss auf die Wahl der Akkulturationsstrategie hat (Ho, 1995; in Berry 1997). Allerdings hat das Alter wesentlichen Einfluss auf die Anpassungsleistung. *„Je älter die Migranten zur Zeit der Migration waren, umso mehr verfügt der Migrant über festgelegte kulturell geprägte Alltagsroutinen, die er aufgeben oder verändern muss, um in den neuen Kontexten mit neuen Alltagsroutinen, Werthaltungen, Handlungsmustern und Institutionen zurechtzukommen“* (Schönpflug, 2003, S. 528). Demnach können Kinder einen Eingliederungsprozess schneller durchlaufen. Berry und Sam (1997, in Schönpflug 2003) haben aber auch festgestellt, dass Kinder und Pubertierende, sowie Menschen über 50 Jahren, MigrantInnengruppen mit hoher Vulnerabilität sind, da diese Altersgruppen stärkere Stresssymptome aufweisen. Dass bei Frauen ein höheres Stressrisiko als bei Männern im Zusammenhang mit einem Akkulturationsprozess besteht, schließt Berry (1997) auf die unterschiedliche Behandlung von Frauen in den jeweiligen Kulturen zurück. Durch das Bestreben eine neue Rolle als Frau in der Aufnahmegesellschaft anzunehmen, entsteht möglicherweise ein Konflikt mit ihrer Herkunftsgesellschaft

(Moghaddam, Ditto & Taylor, 1990; in Berry, 1997). Auch das Bildungsniveau hat Einfluss auf den Akkulturationsprozess. So wurde gezeigt, dass höhere Bildung mit niedrigerem akkulturativen Stress in Verbindung steht (Beiser et al., 1988; in Berry, 1997). Auch der Migrationsgrund, die Erwartungen an eine Lebensverbesserung, Faktoren der Persönlichkeit, sowie auch die kulturelle Distanz haben wesentliche Auswirkungen. *„Greater cultural distance implies the need for greater culture shedding and culture learning, and perhaps large differences trigger negative intergroup attitudes, and induce greater culture conflict leading to poorer adaption“* (Berry, 1997, S. 23). Verschiedene Einflussfaktoren ergeben sich erst während des Akkulturationsprozesses. Die Dauer des Prozesses, die verwendete Akkulturationsstrategie und die Bewältigungsstrategien sind moderierende Faktoren während der Akkulturation. Soziale Unterstützung seitens der Herkunftskultur und der Aufnahmekultur wirkt ebenso während der Akkulturation positiv auf eine Adaption. Erfahrungen von Vorurteilen und Diskriminierung haben negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden (z. B. Fenton, 1989, Halpern, 1993; in Berry, 1997).

Die psychologische Akkulturation wird in dem Modell (siehe Abbildung 7) durch fünf Vorgänge dargestellt. Am Beginn des Prozesses steht die Akkulturationserfahrung, die einer Bewertung bedarf. Durch die individuelle Wahrnehmung von Stressoren kommt es entweder zu einer problemlosen Verhaltensanpassung oder zum Aufkommen von akkulturativen Stress bis zu einer Ausbildung von Krankheiten. Stress wird hier als Reaktion auf Lebensbedingungen verstanden. Es liegt nahe, dass der Migrationsgrund wesentlichen Einfluss hat auf den erlebten Stresszustand. Demnach konnte eine Studie mit chinesischen StudentInnen in Kanada von Berry, Kim, Mindo und Mok (1987) zeigen, dass jene Gruppen, die sich unfreiwillig im Akkulturationsprozess befinden (Flüchtlinge und Einheimische) den höchsten Stresszustand aufwiesen. In Form eines Bewältigungsprozesses wird auf problematische Erfahrungsbewertungen reagiert. Häufig wird zwischen aktiver und passiver Bewältigung unterschieden (Diaz-Guerrero, 1979; in Berry, 1997). Cross (1995; in Schönplflug, 2003, S. 526) konnte demonstrieren, dass je nach kulturellem Hintergrund unterschiedliche Bewältigungsstrategien verwendet werden: *„In individualistischen Kulturen ist das direkte problemangehende Bewältigen eine effektive und bevorzugte Strategie, während in kollektiven Kulturen eher indirekte Strategien, wie z. B. „Sich ablenken“ angewendet werden“*. China, Japan und

Südtalien werden zu kollektivistisch orientierten Kulturen gezählt; anders sind Nord- und West-Europäische-Länder, die USA und Kanada Beispiele für individualistische Kulturen (Triandis et. al, 1988; in Bourhis et al., 1997a).

Der nächste Vorgang, zeigt die direkten psychologischen und emotionalen Effekte von Akkulturation in Form von Stress. Je nachdem wie stark Stressoren empfunden wurden und wie erfolgreich der Bewältigungsvorgang war, besteht ein unterschiedliches Ausmaß an verbliebenen Stresszuständen. Bei einer problemlosen, vollzogenen Anpassungsleistung, entsteht lediglich geringer Stress. Bei nicht überwundenen Stressoren kommt es zu einen erhöhten Stresszustand und negativen Effekten. Berry et al. (1987) entdeckten, dass in Kanada jene ImmigrantInnen, welche sich für eine Integrationsstrategie entschlossen, am geringsten von akkulturativem Stress betroffen waren. Den meisten Stress zeigten EinwanderInnen, die sich marginalisiert fühlten.

Am Ende eines Akkulturationsprozesses kann eine langfristige Adaptation erfolgen. „It is (...) not a term that necessarily implies that individuals or groups change to become more like their environments (i.e. adjustment), but may involve resistance and attempts to change their environments or moving away from them altogether“ (Berry, 1997, S. 20).

Interaktives Akkulturationsmodell von Bourhis et al.

Bourhis et al. (1997a) haben das zweidimensionale Modell von Berry erweitert, um die resultierenden Interaktionen zwischen den ImmigrantInnen und der Aufnahmegesellschaft darzustellen. Es handelt sich um eine Analyse der Beziehungen zwischen EinwanderInnen und der aufnehmenden Gesellschaft. Das Modell zeigt somit die dynamischen Wechselbeziehungen der beiden Gruppen.

Die Strategie der Marginalisierung wird hier als Anomie (ImmigrantIn) bzw. als Exklusion (Aufnahmegesellschaft) bezeichnet. EinwanderInnen, die die Strategie der Anomie wählen, fühlen sich sowohl, von den Mitgliedern der eigenen Gruppe, als auch von jenen der Aufnahmegesellschaft, abgelehnt. Bourhis et al. (1997a) formulieren, in Form des Individualismus, eine weitere Strategie, bei der diese Ablehnung freiwillig gewählt wird.

IndividualistInnen definieren sich nicht über die Zugehörigkeit zu einer Gruppe. „*For individualists is it the personal characteristics of individuals that count most rather than belonging to one group or another*“ (Bourhis et al., 1997, S. 381).

Durch das Ausmaß an Übereinstimmung der Akkulturationsorientierung der EinwanderInnen und Einheimischen ergeben sich konsensuelle, problematische oder konfliktäre Interaktionen. Die entstehenden Beziehungen werden in Abbildung 8 dargestellt.

Aufnahme- gesellschaft	ImmigrantInnen:				
	Integration	Assimilation	Separation	Anomie	Individualismus
Integration	<i>konsensuell</i>	<i>problematisch</i>	<i>konfliktär</i>	<i>problematisch</i>	<i>problematisch</i>
Assimilation	<i>problematisch</i>	<i>konsensuell</i>	<i>konfliktär</i>	<i>problematisch</i>	<i>problematisch</i>
Segregation	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>
Exkulsion	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>	<i>konfliktär</i>
Individualismus	<i>problematisch</i>	<i>problematisch</i>	<i>problematisch</i>	<i>problematisch</i>	<i>konsensuell</i>

Abbildung 8: Das Interaktive Akkulturationsmodell von Bourhis et al. (1997b).

Durch die übereinstimmende Wahl (konsensuell) von Integration, Assimilation oder Individualismus werden positive Interaktionen erwartet. Durch diese idealen Kombinationen folgen gute interethnische Kommunikation, geringe Spannungen und geringer akkulturativer Stress, sowie nahezu keine Diskriminierung (Bourhis et al., 1997a). Bei problematischen oder konfliktären Interaktionen werden negative Konsequenzen erwartet. Die Folgen von problematischen Beziehungen können sich durch die Aufgabe der Kommunikation zwischen den beiden Gruppen, durch die Aufrechterhaltung oder Verschärfung von Stereotypen und durch diskriminierendes Verhalten zeigen (Bourhis et al., 1997a). Durch die Wahl der Separation von den ImmigrantInnen, sowie durch die Strategie von Segregation und Exklusion der aufnehmenden Gesellschaft entstehen größere Konflikte und sehr angespannte Beziehungen. Die Wahl der Exklusion zieht jedoch die negativsten Konsequenzen nach

sich, wie eine gestörte Kommunikation, negative Stereotype und diskriminierendes Verhalten gegenüber den EinwanderInnen in Bereichen wie Beschäftigung und Wohnen (Bourhis et al., 1997a). *„Abgesehen davon sind Exklusionisten auch mit größter Wahrscheinlichkeit die Mitglieder der einheimischen Majorität, die rassistische Anschläge gegen Einwanderer verüben und sich politisch organisieren, um Immigranten zu verunglimpfen und zu vertreiben“* (Bourhis et al., 1997b, S. 100).

Bourhis et al. (1997a) gehen davon aus, dass die aufnehmende Gesellschaft eine größere Vitalität besitzt als die ImmigrantInnengruppe und somit die resultierenden Interaktionen wesentlich bestimmen. Die Vitalitätsposition einer kulturellen Gruppe wird durch den Einfluss auf politische und wirtschaftliche Entscheidungen, den Status und durch demographische Merkmale bestimmt. Dadurch wird die Migrationspolitik eines Landes grundlegend durch die einheimische Majorität festgelegt.

Wie bereits erwähnt, werden EinwanderInnen je nach Ursprungskultur von der aufnehmenden Gesellschaft in unterschiedlichem Maße akzeptiert. Der Grad der Akzeptanz wirkt sich wesentlich auf die Wahl der Akkulturationsstrategie aus. Zudem können sich Einstellungen gegenüber einer ethnischen Kultur ändern. So kann sich die Einstellung zu einer Einwanderungsgruppe von einer integrativen zu einer exklusiven verschieben, *„wenn die Aufnahme von immer neuen Mitgliedern der Einwanderergruppe von politischen Parteien einer bestimmten Richtung als negativ dargestellt wird“* (Bourhis et al., 1997b, S. 97).

Stress und Wohlbefinden

Im Alltagsgebrauch beschreibt Stress einen Zustand intensiver Belastung und emotionaler Spannungen. Richter und Hacker (1998) definieren Stress wie folgt:

„Stress (wird) verstanden als Reaktion auf als unannehmbar oder bedrohlich erlebte, konflikthafte Fehlbeanspruchungen, erwachsend aus starken Über- oder Unterforderungen der Leistungsvoraussetzungen bzw. dem Infragestellen wesentlicher Ziele einschließlich sozialer Rollen. Stressreaktionen sind kennzeichnend für Situationen, in denen es den Betroffenen weder gelingt, den belastenden Umständen auszuweichen, noch durch eigenes Handeln eine Situationsveränderung zu erreichen ...“ (Richter und Hacker, 1998, S. 125; in Kirchler, 2005)

Wird Stress negativ als Belastung und Überforderung empfunden, wird er als Distress bezeichnet. Wirkt Stress in positiver Weise motivierend und stimulierend wird er als Eustress bezeichnet.

Das subjektive Wohlbefinden ist Ausdruck der Lebenszufriedenheit. „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (WHOQOL-Group, 1993). Entscheidend ist somit die Wahrnehmung und die subjektive Bewertung des eigenen Lebens.

Der Zusammenhang von Stress und Wohlbefinden wird von vielen wissenschaftlichen Disziplinen erforscht. Die Verknüpfung von Stress und Gesundheit ist somit ein gemeinsames Forschungsfeld der Psychologie, der Soziologie, der Medizin, der Pflegewissenschaften und der Biologie. Dass Stress einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden hat, ist bereits allgemein bekannt. Stress wurde mit einer Vielzahl von Krankheiten in Verbindung gebracht und ist häufig der Auslöser für Verschlechterungen von physischen und psychischen Symptomen (Lyon, 2005). Durch Stress kommt es zu emotionalen und physischen Spannungen, sowie zu Einbußen von mentalen Funktionen (Lyon, 2005). Dies kann das Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen. Untersuchungen (Cummings & Vandenbos, 1981; Sobel, 1995; in Lyon, 2005) konnten zeigen, dass 30 –

60 % aller Arztbesuche aufgrund von Beschwerden getätigt werden, die durch Stress ausgelöst wurden. Interessanterweise sollen alltägliche Stressoren (daily hassles) wesentlich enger mit dem Gesundheitsstatus verbunden sein, als kritische Lebensereignisse (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982).

Es gibt drei wesentliche Theorien, die Stress unterschiedlich interpretieren:

Stress als Reaktion

Dieser Ansatz versteht Stress als Reaktion auf äußere Reize und basiert auf dem Mediziner Selye (1956). Er gilt als Begründer der Stressforschung und definiert Stress als die „*unspezifische Antwort des Körpers auf noxische Reize*“ (1956, S. 12; in Lyon, 2005, S. 27). Stress wird hier nicht auf der Stimulusseite, sondern auf der Reaktionsseite operationalisiert. Die physiologischen Vorgänge, die durch Stress ausgelöst werden, werden als „*Allgemeines Adaptationssyndrom*“ bezeichnet und sind in drei aufeinanderfolgende Phasen eingeteilt. Nach diesem Modell reagiert die betroffene Person auf einen Stressor mit Alarm, Widerstand und Erschöpfung (Abbildung 9).

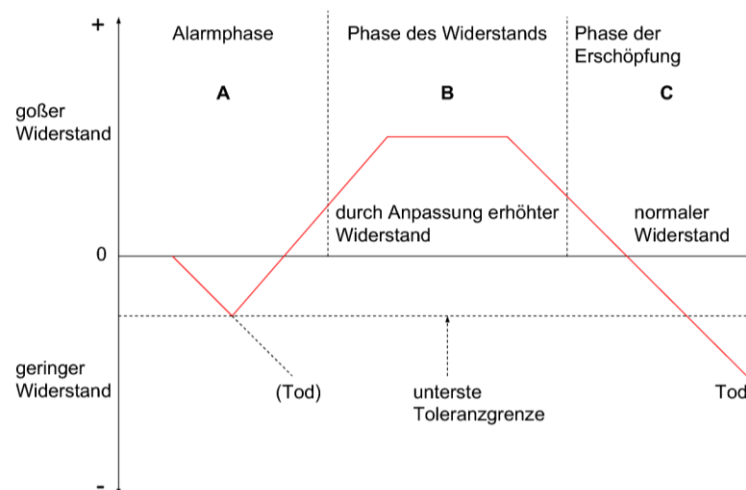


Abbildung 9: Allgemeines Adaptationsmodell nach Selye, 1981

Zu Beginn wird durch einen Reiz die Alarmphase ausgelöst. Die Alarmreaktion ist gekennzeichnet durch die Phase des Schocks, die charakterisiert wird durch physiologische Reaktionen und durch die Phase des Gegen-Schocks, die diesen

Reaktionen entgegenwirkt. Danach folgt die Widerstandsphase, in der zusätzliche Kräfte mobilisiert werden, um den Körper vor einer Schädigung zu schützen. Durch den geleisteten Widerstand kommt es zu Müdigkeit, Angst und Erschöpfung. Bei länger andauerndem und intensivem Stress kommt es zu der Erschöpfungsphase, in der die Widerstandsenergie schon verbraucht wurde und so erneut die Symptome der Alarmreaktion auftreten. „Langanhaltende Stressoren schwächen das Immunsystem, Krankheiten werden wahrscheinlich und sogar der plötzliche Tod durch Herzschlag oder Schlaganfälle kann eine Folge sein“ (Kirchler, 2005). Das Reaktionskonzept wird häufig kritisiert, da kognitive und emotionale Bewertungen des Stressors nicht berücksichtigt werden.

Stress als Reiz

Diese Theorie versteht Stress als Reiz und betrachtet Stress als Input. Somit ist dieser Ansatz zu betrachten als die Gegenposition zum reaktionistischen, der Stress als Output definiert. Es werden alle Lebensereignisse, unabhängig davon ob diese als positiv oder negativ angesehen werden, als Stressoren bezeichnet (Masuda & Holmes, 1967; Holmes & Rahe, 1967; in Lyon, 2005). Jede Lebensveränderung ist durch die erforderliche Neuanpassung als Belastung zu verstehen. Demzufolge ist eine Migration unabhängig von der dahinterstehenden Motivation ein Stressor.

Stress als Transaktion

Die dritte Theorie versteht Stress als Transaktion. Lazarus überwindet die gängige Einteilung in reiz- beziehungsweise reaktionsorientierte Stresstheorien. Lazarus (1967; in Lyon, 2005) bezeichnet Stress als Ergebnis einer Transaktion zwischen Individuum und dessen Umwelt. Er verbindet die reiz- und reaktionsorientierten Ansätze, indem er Stress als Wechselbeziehung zwischen Reiz und Reaktion ansieht. Stress entsteht durch die dynamischen Beziehungen zwischen dem Individuum und dessen innere Anforderungen, wie Ziele, Werte oder Aufgaben (Kirchler, 2005). „Psychologischer Stress bezieht sich auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das

Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern“ (Lazarus & Folkman, 1986, S. 63). Lazarus (1999) verbildlicht diese Person-Umwelt-Transaktion durch eine Wippe (Abbildung 11). Dieses Beispiel soll das Kräftemessen zwischen den individuellen Ressourcen und den Umwelтанforderungen veranschaulichen. Dem Individuum können verschiedene Ressourcen, wie zum Beispiel besondere Fähigkeiten, soziale oder finanzielle Unterstützung, zur Bewältigung der Stresssituation zur Verfügung stehen. Unter Umwelтанforderungen versteht Lazarus (1999) soziale Regeln (demands), die eingehalten werden sollen, da bei einer Verletzung dieser Regeln Einschränkungen (constraints) erfolgen. Zudem nennt er die Gelegenheit (opportunity), im Sinne eines Zufalles, und die Kultur als Umweltvariablen und mögliche Quellen von Stress. Auch Cohen und Welch (2005) bezeichnen Einstellungen, Überzeugungen, Werthaltungen und Kultur als Stressmediatoren. Das Erleben von Stress und Gesundheit ist demnach kulturell gefärbt.

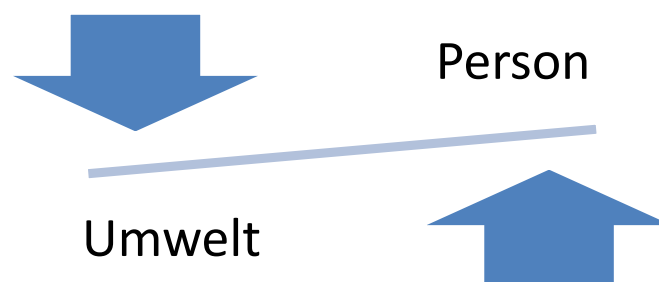


Abbildung 10: Person-Umwelt-Transaktion in Form einer Wippe (seesaw analogy), Lazarus, 1999

„Nach Lazarus (1967) und Lazarus/Folkman (1984) ist die Bewertung der wesentlichste Mediator bei Transaktionen zwischen Person und Umwelt“ (in Lyon, 2005, S. 33). Lazarus und Folkman (1984, in Lyon, 2005) gehen von drei Situationsbewertungen aus. Eine Primärbewertung entspricht einer individuellen Bedeutungsbewertung eines Ereignisses in Bezug auf das Wohlbefinden. Situationen werden als positiv, irrelevant oder potentiell gefährlich bewertet. Wird eine Situation als mögliche Gefährdung angesehen, kann diese als Herausforderung, Bedrohung oder als Schädigung bzw. Verlust interpretiert werden. Die Sekundärbewertung folgt auf eine wahrgenommene Bedrohung und widmet sich der Analyse von Bewältigungsoptionen. Eine Neubewertung entspricht einer regelmäßigen Überprüfung und Anpassung der vorgehenden Beurteilungen. Es wird der Erfolg der

angewendeten Bewältigungsstrategie begutachtet. Durch eine erfolgreiche Stressbewältigung werden zukünftig ähnliche Situationen als weniger bedrohlich eingestuft (Kirchler, 2005). Möglicherweise stellt die ursprünglich bedrohliche Situation durch ein erfolgreiches Coping (Umgang mit Stresssituation) nun eine Herausforderung dar. Jedoch kann auch umgekehrt durch eine mangelnde Bewältigung die Situation als stärkere Bedrohung empfunden werden als zuvor. Stressoren werden aufgrund unterschiedlicher Bewertungen anders erlebt und so können Menschen für bestimmte Stressoren unterschiedlich anfällig sein.

Unter Belastung werden objektive, von außen einwirkende Faktoren verstanden. „Beanspruchungen sind hingegen die subjektiven Folgen derartiger Belastungen, die durch subjektive Verarbeitung individuell gefärbt sind“ (Kirchler, 2005, S. 285) Die gleiche Belastung führt demnach zu unterschiedlichen, individuellen Beanspruchungen. Die Stresssituation ist nicht durch objektive Merkmale bestimmt oder durch eine bestimmte Reizintensität, sondern durch individuelle Gedanken, Empfindungen und Überlegungen der betroffenen Person.

Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden zwischen zwei verschiedenen Bewältigungsstrategien, der problem-fokussierten und der gefühls-fokussierten Strategie. Mittels der problemorientierten Strategie wird versucht den Stressor zu beeinflussen, zum Beispiel durch eine Entfernung der Bedrohung oder durch Schließen von Kompromissen. Die gefühlsorientierte Strategie versucht durch Regulierung bzw. Veränderung der Gedanken und Gefühle die Stresssituation zu bewältigen.

Negative Konsequenzen von Stress können sich auf psychischer, physischer und kognitiver Ebene entstehen. Stress kann sich zum Beispiel durch Emotionen, wie Angst oder Aggression, sowie durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Alkoholkonsum oder Konzentrationschwierigkeiten zeigen (Kirchler, 2005). Doch warum reagieren Menschen so unterschiedlich auf Belastungen und warum bleiben manche Menschen unter Bedingungen gesund, die andere krank machen? Mit dieser Frage setzte sich der Soziologe Antonovsky (1996) auseinander, der als Begründer der *Salutogenese* betrachtet wird. Die Salutogenese beschäftigt sich mit den Faktoren die zu einer Entstehung und Erhaltung der Gesundheit beitragen. Im Fokus dieses Konzeptes steht die Gesundheitsförderung durch Stärkung der eigenen Ressourcen. „Die Stressoren sind

im Leben immer präsent und negative Erfahrungen sind unvermeidbar, aber jede erfolgreiche Bewältigung stärkt im Menschen die generalisierten Widerstandsressourcen und trägt nach Antonovsky (1996) zu einem stärkeren Kohärenzgefühl (SOC - „Sense of Coherence“) bei“ (Kwiatkowska-Chodnicka, 2011, S. 10). Für ein Kohärenzgefühl sind folgende Komponenten entscheidend: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Das Kohärenzgefühl basiert auf dem Vertrauen, dass auch zukünftige Stimuli strukturiert und erklärbar sind und man im Besitz der nötigen Ressourcen ist, um schwierige Situationen zu meistern. Zudem ist es wichtig an dem Gedanken festzuhalten, dass sich Anstrengungen lohnen.

Der Begriff der Resilienz beschreibt ein *„Phänomen, dass manche Menschen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich vergleichsweise leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig für Störungen und Krankheiten sind“* (Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß, Brähler, 2005, S. 3). Demgegenüber wird das Fehlen von Bewältigungsressourcen als Vulnerabilität (Verletzlichkeit) bezeichnet.

Cohen und Lazarus (1979, S. 232, in Krohne, 1997) fassen die wesentlichen Aufgaben von Bewältigungsstrategien (coping) zusammen.

- 1. Den Einfluss schädigender Umweltbedingungen reduzieren und die Aussicht auf Erholung verbessern.*
- 2. Negative Ereignisse oder Umstände tolerieren bzw. den Organismus an sie anpassen.*
- 3. Ein positives Selbstbild aufrechterhalten.*
- 4. Das emotionale Gleichgewicht sichern.*
- 5. Befriedigende Beziehungen mit anderen Personen fortsetzen.*

Derzeitige Situation im Pflegebereich

Durch die steigende Bevölkerungszahlen und der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung unterliegt der Versorgungsbedarf in der Pflege einem Wandel. Aktuelle Schätzungen (Statistik Austria, 2012) berichten über eine Bevölkerungszahl im Jahr 2030 von 9. Mrd. Menschen in Österreich. Über 30 Prozent werden davon älter als 60 Jahre sein. Derzeit beziehen rund 370.000 Menschen (Statistik Austria, 2011) in Österreich Bundespflegegeld und benötigen somit zusätzliche Hilfe bzw. (ständige) Pflege. Durch die steigende Alterung der Bevölkerung wird künftig auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen, sowie auch der Bedarf an Pflegepersonal. Zudem hat auch die steigende Frauenerwerbsquote Einfluss auf die Entwicklung der Pflegeversorgung, da zuvor meist Frauen die Pflege von Familienmitgliedern übernommen haben. 2010 waren ca. 64.400 Menschen im Bereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich Pflegehilfe, beschäftigt (Statistik Austria). Dass, in Österreich ein tendenzieller Mangel an Pflegepersonal besteht, lässt sich auch von den geringen und seltenen Arbeitslosenzahlen bei diplomierten Pflegepersonal ableiten (Mosberger et al., 2007; in Lenhart & Österle, 2007). Die Pflegeversorgung in Österreich, besonders im Bereich der Altenpflege, wird vermehrt durch Pflegepersonal aus dem Ausland unterstützt. Die soziale Dienstleistung der Heimpflege wird fast ausschließlich von Frauen aus östlichen Nachbarländern abgedeckt. Nach derzeitigen Schätzungen arbeiten in Österreich rund 40.000 ausländische Pflegekräfte in privaten Haushalten und betreuen rund 20.000 pflegebedürftige Personen im 14-tägigen Turnus (Rudda & Marschitz, 2006; in Lenhart, 2007). Ergebnisse des Projektes „Grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen“ am Institut für Sozialpolitik in Wien, zeigen, dass 10,5 % der Pflegekräfte in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und 8,2 % in österreichischen Krankenanstalten ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben (Lenhart & Österle, 2007). Eine weitere Angabe spricht von einem geringeren Anteil von ausländischem Pflegepersonal. Die Eurostat Labour Force Survey besagt, dass in Österreich im Jahr 2001, 6,75 % Pflegekräfte, keine österreichische Staatsbürgerschaft besaßen (in Lenhart & Österle, 2007). Ähnliche Zahlen wurden auch von der Statistik Austria (2005) für das Jahr 2001 mit einem Anteil von ausländischen Pflegekräften von

6,2 % publiziert. Der Großteil der ausländischen Pflegekräfte in Österreich stammten mit 24 % aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien), 33 % aus den Ländern, die der EU 2004 durch die Osterweiterung beigetreten sind und 25 % aus den EU-15-Staaten (Statistik Austria, 2005). Ausländisches Pflegepersonal in Österreich stammt somit hauptsächlich aus Süd-Osteuropa: 29 % davon aus Bosnien und Herzegowina, 13,4 % aus Rumänien und 11,6 % aus Kroatien (Simoens, 2005; in Lenhart & Österle, 2007). Es konnten zudem Unterschiede festgestellt werden, im Vergleich von den Herkunftsländern der ausländischen Pflegekräfte in Krankenanstalten und in Alten- und Pflegeheimen. Pflegekräfte aus Deutschland arbeiten vermehrt in Krankenhäusern, während jene aus der Slowakei hauptsächlich in Alten- und Pflegeheimen beschäftigt sind (Lenhart & Österle, 2007). Österreich war bereits in den 1960er Jahren ein Zielland für Gesundheitsberufe, da zu dieser Zeit zahlreiche Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich migrierten (Lenhart & Österle, 2007). Im Jahre 1974 wurden sogar gezielt 700 Krankenschwestern von den Philippinen angeworben (Wittmann, 2005 und Kurier, 30 Mai 2004; in Lenhart & Österle, 2007.)

Nach den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2006) sind weltweit ca. 59 Millionen Personen als Vollzeitkraft im Gesundheitsbereich tätig, wovon ca. 28 % in Europa beschäftigt sind. Eine weitere Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1997) zur Migration von Ärzten und Pflegekräften stellte fest, dass im Jahr 1972 lediglich 5 % der weltweiten Pflegekräfte nicht in ihrem Herkunftsland tätig waren (Bach, 2006; in Lenhart & Österle, 2007). Lange Zeit wurden vor allem Migrationsbewegungen aus Entwicklungsländern in Industrieländer verzeichnet. Allerdings unterliegt diese Entwicklung einem Wandel, da mittlerweile auch stärkere Migrationsbewegungen von Pflegekräften zwischen Entwicklungsländern und zwischen Industrieländern beobachtet werden (Lenhart, 2007). In der Europäischen Union zählen Deutschland, Polen, die Slowakei, die Tschechische Republik, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, die Philippinen und Indien zu den wichtigsten Herkunftsländern von ausländischem Pflegepersonal (Lenhart & Österle, 2007). „Nach der Erweiterung der Europäischen Union 2004 sind vor allem Polen, die Tschechische Republik und Ungarn neue wichtige Herkunftsländer geworden“ (Lenhart & Österle, 2007, S.9). Das beliebteste Zielland von ausländischen Pflegekräften ist das Vereinigte Königreich, „das im Jahr 2001 Pflegekräfte aus 95 Ländern registrierte (Buchan/Sochalski, 2004, 589) und

insgesamt einen Anteil an ausländischen Pflegekräften von 8,34 % verzeichnete“ (Lenhart, 2007, S.29). Irland und das Vereinigte Königreich sind gegenseitige Herkunfts- bzw. Zielländer füreinander. In Irland wurden 2001 knapp 70 % des ausländischen Pflegepersonals aus dem Vereinigten Königreich verzeichnet und umgekehrt waren ca. 30 % des ausländischen Pflegepersonals in dem Vereinigten Königreich aus Irland (Simoens, 2005; in Lenhart & Österle, 2007). Die Philippinen wurden zu einem wichtigen Herkunftsland für Europa, da ihre Regierung die Migration von Pflegekräften aktiv unterstützt hat, um so die hohe Arbeitslosigkeit zu bekämpfen (Lenhart, 2007). Dadurch wandern ca. 70 % der Pflegekräfte, die in einem Jahr in Philippinen ausgebildet werden, ins Ausland ab (Bach, 2003; in Lenhart, 2007). Abwanderungen bedeuten jedoch für das Herkunftsland einen erheblichen Verlust der Ausbildungsinvestitionen, sowie möglicherweise einen eigenen Mangel an qualifizierten Pflegekräften. „So wird etwa berichtet, dass auf den Philippinen auf Grund des Ärzte- und Pflegepersonalmangels rund 200 Krankenhäuser geschlossen werden mussten (Lorenzo, Galvez-Tan, Icamina & Javier, 2007; in Lenhart & Österle, 2007).

Es ist künftig eine außerordentlich wichtige politische Aufgabe die demographischen Entwicklungen mit einer entsprechenden Weiterentwicklung im Gesundheitssystem zu begleiten.

Zielsetzung und Fragestellung

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Modelle der Untersuchung präsentiert. Auf Basis der vorgestellten Theorie werden nun Forschungsfragen und Hypothesen abgeleitet und näher vorgestellt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, den Zusammenhang zwischen Identitätsleistung, Identitätsaffirmation, Akkulturation und subjektivem Wohlbefinden bzw. Stresserleben zu überprüfen.

Theoriegeleitet kann davon ausgegangen werden, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Identitätsaffirmation, sowie zwischen Identitätsleistung und subjektivem Wohlbefinden besteht (Ghavami et. al, 2011). Weiter wurde ein direkter Zusammenhang zwischen Akkulturationsstrategien und Gesundheitsverhalten nachgewiesen (Atkinson & Gim, 1989; Liao, Rounds & Klein, 2005; Tata & Leong, 1994). Ob, und in welchem Ausmaß, Hilfsangebote aufgesucht werden, ist demnach von der Wahl der Akkulturationsstrategie abhängig, wobei jene der Integration als erfolgreichste im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden zu bezeichnen ist (Schmitz, 1992; in Berry, 1997).

Diese Theorielage ergibt ein Modell (Abbildung 9 und 10), welches in der vorliegenden Arbeit umfassend empirisch geprüft wird. Im Fokus steht dabei die Frage, welche Einflüsse in welcher Weise auf das subjektive Wohlbefinden und das Stresserleben wirken. Als unabhängige Variablen werden dazu die Identitätsleistung, die Identitätsaffirmation und die Akkulturation bei Menschen in Pflegeberufen mit Migrationshintergrund erhoben. Eine Überlegung dazu ist, dass die erfolgreiche Umsetzung einer Akkulturationsstrategie, bei der aktiv Kontakt mit der neuen Kultur gesucht wird (Integration, Assimilation), abhängig ist vom Wissen über und positiven Gefühlen zur neuen Kultur. Dagegen werden bei der Akkulturationswahl von Separation und Marginalisation diese neuen Identifizierungsaspekte nicht aufgebaut.

Pflegekräfte in Österreich weisen häufig einen Migrationshintergrund auf und sind berufsbedingt vermehrt Stresssituationen ausgesetzt. Sie erfüllen im Besonderen die Kriterien, um dieses Modell zu überprüfen und inferenzstatistisch auszuwerten. Weiter sollen Geschlechtsunterschiede und die Ethnie, der man sich zugehörig fühlt, im Modell berücksichtigt werden. Zudem werden physische und psychische Beschwerden der

Studienteilnehmer erhoben und auf Unterschiede zwischen Geschlecht, Ethnie, Beruf und Arbeitsausmaß geprüft.

Im empirischen Teil sollen folgende Modelle (Abbildung 9 und 10) überprüft werden.

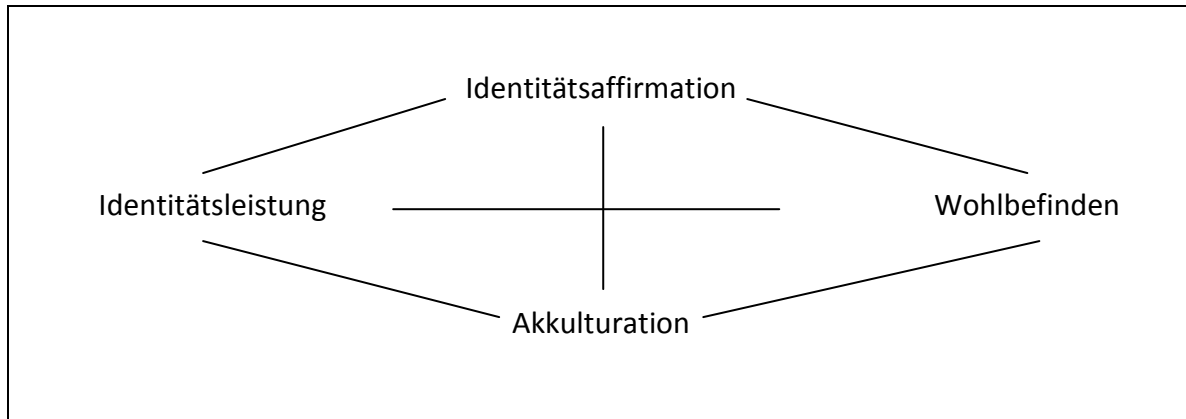


Abbildung 11: Zentrales Untersuchungsmodell 1

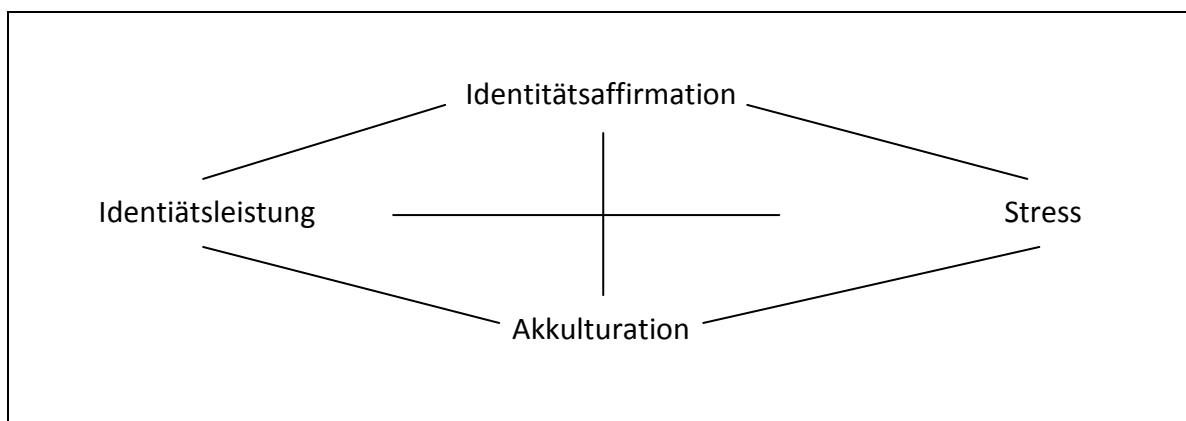


Abbildung 12: Zentrales Untersuchungsmodell 2

Identitätsleistung (Forschungsfrage 1)

Bezugnehmend auf die bisherigen Forschungsergebnisse wird ein positiver Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und subjektivem Wohlbefinden erwartet. Auch der Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Stress wird empirisch geprüft. Es ist davon auszugehen, dass die Identitätsleistung und die Identitätsaffirmation in einem Zusammenhang miteinander stehen.

- H_{1a}: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und subjektivem Wohlbefinden?
- H_{1b}: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Stress?
- H_{1c}: Ist die Identitätsleistung mit positiven Gefühlen der Eigengruppe assoziiert (Identitätsaffirmation)?

Identitätsaffirmation (Forschungsfrage 2)

Ein Ziel ist es, den Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und subjektiven Wohlbefinden bzw. Stressempfinden zu zeigen.

- H_{2a}: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und subjektiven Wohlbefinden?
- H_{2b}: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und Stress?

Akkulturation (Forschungsfrage 3)

Ein weiteres Ziel der Untersuchung ist es, die Zusammenhänge zwischen Akkulturation und Identitätsleistung, Identitätsaffirmation und subjektiven Wohlbefinden bzw. Stressempfinden zu zeigen.

- H_{3a}: Gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Akkulturation und Identitätsleistung?
- H_{3b}: Gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Akkulturation und Identitätsaffirmation?
- H_{3c}: Gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Akkulturation und subjektivem Wohlbefinden?
- H_{3d}: Gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Akkulturation und Stress?

Gesamtmodelle (Forschungsfrage 4)

Auch die beiden gesamten Modelle werden auf ihre Aussagekraft überprüft.

- H_{4a}: Sind die Identitätsleistung, die Identitätsaffirmation und die Akkulturation signifikante Prädiktoren des subjektiven Wohlbefindens?

H_{4b}: Sind die Identitätsleistung, die Identitätsaffirmation und die Akkulturation signifikante Prädiktoren von Stress?

Unterschiede aufgrund von Geschlecht und Ethnie (Forschungsfrage 5)

Die einzelnen Variablen werden auf Unterschiede im Antwortverhalten aufgrund des Geschlechts und der Ethnie geprüft.

H_{5a}: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in den einzelnen Variablen?

H_{5b}: Gibt es Unterschiede zwischen den Ethnien in den einzelnen Variablen?

Unterschiedliche Beschwerden aufgrund von Geschlecht, Ethnie, Beruf und Arbeitszeit (Forschungsfrage 6)

Das angegebene Ausmaß an physischen und psychischen Beschwerden wird auf Unterschiede aufgrund des Geschlechts, der Ethnie, der Berufsgruppe und der Arbeitszeit geprüft.

H_{6a}: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden?

H_{6b}: Gibt es Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden aufgrund der Ethnie?

H_{6c}: Gibt es Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden in den verschiedenen Berufsgruppen?

H_{6c}: Gibt es Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden aufgrund des Arbeitsausmaßes?

Empirischer Teil

Methode

Versuchsdesign

Per Anfrage über die Pflegedirektion oder über die Leitung der Pflegeorganisationen wurden MitarbeiterInnen des Pflegebereiches, die einen Migrationshintergrund haben, gebeten diese Studie zu unterstützen, indem sie einen Fragebogen beantworten. Die StudienteilnehmerInnen wurden in öffentlichen Pflegeeinrichtungen (Krankenhaus, Pflegeheim, Altersheim, ...), sowie auch über Organisationen für private Pflegehilfen rekrutiert. Zum Teil wurden die Fragebögen in ausgedruckter Form in den Einrichtungen aufgelegt und ausgefüllt in einem Kuvert wieder retourniert. Der Großteil der Ergebnisse wurde aber mittels Online-Fragebogen gesammelt. Es wurden speziell jene StudienteilnehmerInnen ausgewählt, die in erster oder zweiter Generation in Österreich leben bzw. arbeiten und laut eigenen Angaben sehr gut oder gut deutsch sprechen. Die Teilnahme an dieser Untersuchung erfolgte freiwillig und anonym.

Erhebungsinstrument

Die Daten wurden durch einen Fragebogen erhoben, welcher dem Anhang zu entnehmen ist. Im folgenden Abschnitt werden die jeweiligen Tests beschrieben, die im Fragebogen vorkommen und für die Untersuchung wesentlich sind.

Measurement of Accultuation Strategies for people of African Descent

Dieser Fragebogen (MASPAD; Obasi & Leong, 2010) besteht aus 45 Items und misst zwei Konstrukte der Akkulturation. Durch eine Likertskala wird um einen die Präferenz zur Aufrechterhaltung der ursprünglichen kulturellen Identität (Relative preference for maintaining one's heritage ethnocultural group, 22 Items) gemessen und zum anderen die Präferenz mit einer anderen kulturellen Gruppe in Kontakt zu treten bzw. deren kulturelle Werte und Traditionen zu übernehmen (Relative preference for having contact with and participating in the society of a different ethnocultural group, 23 Items). In Abbildung 11 sind die zwei Aspekte der Akkulturation ersichtlich. Der MASPAD

wurde auf den Grundlagen der beiden Akkulturationstheorien von Berry (1980) und Sue (1973) entwickelt. In diesem Fragebogen wurden vier Akkulturationsstrategien (traditionalistisch, integrationalistisch, assimilationistisch und marginalistisch) abgebildet. Unter der traditionalistischen Akkulturationsstrategie werden jene Verhaltensweisen zusammengefasst, welche die eigene Herkunft und das Erbe der eigenen ethnokulturellen Gruppe präferieren und stärken und kein Interesse besteht, mit anderen kulturellen Gruppen in Kontakt zu treten. Unter der assimilatorischen Akkulturationsstrategie wird die Anpassung an die neue Gesellschaft unter Aufgabe der eigenen Kultur verstanden. Die integrationalistische Akkulturationsstrategie subsummiert jene Verhaltensweisen, die eine Integration der Einstellungen und Werte der neuen Kultur in die ursprüngliche kulturellen Verhaltensweisen darstellen. Die marginalistische Akkulturationsstrategie beschreibt jene Verhaltensweisen, die dazu führen, dass man sich keiner bestimmten Kultur zugehörig fühlt und auch auf diese Identifikation keinen Wert legt. Der Fragebogen wird zur Messung der Akkulturationsstrategien eingesetzt. Der Fragebogen wurde ins Deutsche übersetzt und an österreichische Verhältnisse angepasst. Zudem richtet sich der Fragebogen nicht nur auf afrikanische MigrantInnen.

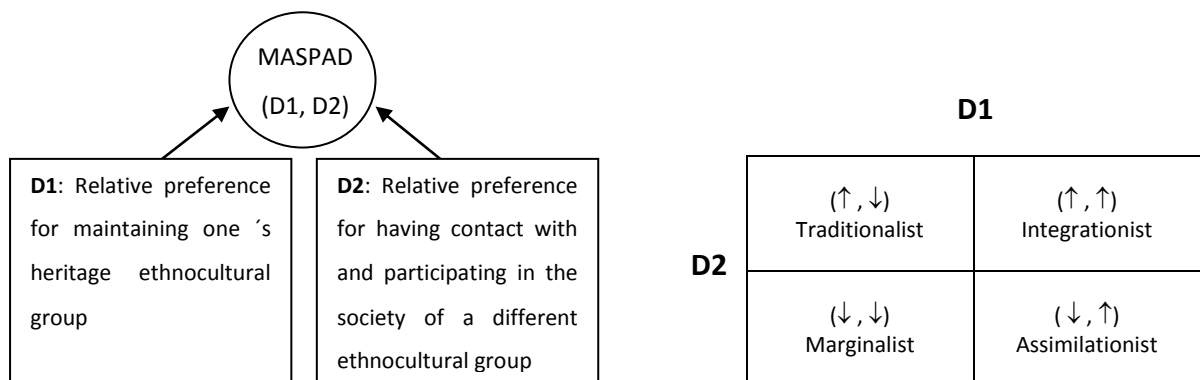


Abbildung 13: Interpretation des MASPAD (Obasi & Leong, 2011)

Fragebogen multigroup ethnic identity measure

Dieser Fragebogen (MEIM, Phinney, 1992) besteht aus insgesamt 15 Items, die auch zwei unterschiedliche Faktoren der Identität messen: die Identitätsleistung (identity achievement) und die Identitätsaffirmation (identity affirmation).

Satisfaction with Life Scale

Diese Skala (SLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) besteht aus fünf Items, welche untereinander sehr hoch korrelieren:

1. In most ways my life is close to my ideal.
2. The conditions of my life are excellent.
3. I am satisfied with my life
4. So far I have gotten the important things I want in life.
5. If I could live my life over, I would change almost nothing.

Mit diesem Fragebogen wird das subjektive Wohlbefinden gemessen.

Day Laborer Stress Inventory

Das Day Laborer Stress inventory (DLS; Duke, Bourdeau & Hovey, 2010, S. 120) besteht aus insgesamt 14 Items und dient zur Messung von Stress von ArbeiterInnen in vier Kategorien. Der Test gliedert sich in Fragen zu Krisenanfälligkeit (instability, 5 Items) Beziehungen (relationships, 3 Items), Kommunikation (communication, 4 Items) und Suchtmittel (alcohol and drug abuse, 2 Items).

Symptom Checkliste

Die Symptom Checkliste (SCL) wurde von dem Psychologen Leonard de Rogatis entwickelt und dient zur Messung von körperlichen und psychischen Symptomen. Anhand einer 5-stufigen Likertskala wird bewertet, wie häufig Beschwerden auftreten. Die SCL besteht aus 90 Items. Für die vorliegende Untersuchung wurden 37 Items ausgewählt.

Hypothesen

H1a) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und subjektivem Wohlbefinden?

H1b) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Stress?

H1c) Die Identitätsleistung ist mit positiven Gefühlen der Eigengruppe assoziiert (Identitätsaffirmation)?

Um diese Hypothese 1a zu überprüfen, werden die Ergebnisse der StudienteilnehmerInnen des ersten Faktors im Fragebogen multigroup ethnic identity measure (MEIM, Phinney, 1992) zur Messung der Identitätsleistung mit dem subjektiven Wohlbefinden, das mit der Satisfaction with Life Scale (SLS, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) gemessen wird, korreliert. Es sollte sich zur Bestätigung dieser Hypothese eine positive Korrelation zwischen den beiden Variablen ergeben.

Um die Hypothese 1b zu überprüfen, werden die Ergebnisse der Versuchsperson des ersten Faktors im Fragebogen MEIM (Phinney, 1992) mit der Variable Stress (Day Laborer Stress Inventory, Duke, Bourdeau & Hovey, 2010) korreliert. Zur Bestätigung dieser Hypothese sollte sich eine positive Korrelation der beiden Variablen ergeben.

Um diese Hypothese 1c zu überprüfen, werden die beiden Faktoren des Fragebogens multigroup ethnic identity measure (MEIM, Phinney, 1992) korreliert. Es sollte sich zur Bestätigung dieser Hypothese eine positive Korrelation zwischen den beiden Variablen ergeben.

H2a) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und subjektivem Wohlbefinden?

H2b) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und Stress?

Um diese Hypothese 2a zu überprüfen, werden die Ergebnisse der StudienteilnehmerInnen des zweiten Faktors im Fragebogen multigroup ethnic identity measure (MEIM, Phinney, 1992) zur Messung der Identitätsaffirmation mit dem subjektiven Wohlbefinden, das mit der SLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)

gemessen wird, korreliert. Um die Hypothese 2b zu überprüfen wird anstelle der SLS der DLSI (Duke, Bourdeau & Hovey, 2010) eingesetzt. Es sollte sich zur Bestätigung dieser beiden Hypothesen eine positive Korrelation zwischen den jeweiligen Variablen ergeben.

H3a) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Akkulturation und Identitätsleistung?

H3b) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Akkulturation und Identitätsaffirmation?

H3c) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Akkulturation und subjektivem Wohlbefinden?

H3d) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Akkulturation und Stress?

Um diese Hypothese 3a zu überprüfen, wird der MASPAD (Obasi & Leong, 2010) mit dem ersten Faktor des Fragebogens MEIM (Phinney, 1992) korreliert. Es sollte sich zur Bestätigung dieser Hypothese eine positive Korrelation zwischen den beiden Variablen ergeben.

Um diese Hypothese 3b zu überprüfen, wird der MASPAD (Obasi & Leong, 2010) mit dem zweiten Faktor des Fragebogens MEIM (Phinney, 1992) korreliert. Es sollte sich zur Bestätigung dieser Hypothese eine positive Korrelation zwischen den beiden Variablen ergeben.

Um die Hypothese 3c zu überprüfen wird der MASPAD (Obasi & Leong, 2010) mit der SLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) korreliert. Um die Hypothese 3d zu überprüfen wird anstelle der SLS der DLSI (Duke, Bourdeau & Hovey, 2010) eingesetzt. Es sollte sich zur Bestätigung dieser Hypothese eine positive Korrelation zwischen den jeweiligen Variablen ergeben.

H4a) Die Identitätsleistung, die Identitätsaffirmation und die Akkulturation sind signifikante Prädiktoren des subjektiven Wohlbefindens?

H4b) Die Identitätsleistung, die Identitätsaffirmation und die Akkulturation sind signifikante Prädiktoren von Stress?

Um diese Hypothesen zu überprüfen, wird eine lineare Regression gerechnet. Die unabhängigen Variablen sind Identitätsleistung und Identitätsaffirmation, die durch den Fragebogen MEIM (Phinney, 1992) gemessen werden und die Akkulturation (MASPAD, Obasi & Leong, 2010). Die abhängige Variable ist bei Überprüfung der Hypothese a der Score der SLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) und bei Hypothese b der DLSI (Duke, Bourdeau & Hovey, 2010). Es sollte sich zur Bestätigung des Modells eine signifikante lineare Regression ergeben.

H5a) Es gibt Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den einzelnen Variablen?

H5b) Es gibt Unterschiede zwischen den Ethnien in den einzelnen Variablen?

Um die Hypothese zu überprüfen, wird eine multivariaten Varianzanalyse gerechnet, bei der Geschlecht und Ethnie als unabhängige Variable fungieren, um Unterschiede im Antwortverhalten aufgrund des Geschlechts und der Ethnie zu prüfen.

H6a) Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden.

H6b) Es gibt Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden aufgrund der Ethnie.

H6c) Es gibt Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden in den verschiedenen Berufsgruppen?

H6d) Es gibt Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von physischen und psychischen Beschwerden aufgrund des Arbeitsausmaßes.

Um die einzelnen Hypothesen zu überprüfen werden allgemeine lineare Modelle gerechnet und die Mittelwerte der jeweiligen Variablen verglichen.

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 149 Fragebögen aus folgenden Einrichtungen vollständig beantwortet.

Tabelle 1: StudienteilnehmerInnen

Wien	75	Oberösterreich	10
<i>St. Elisabeth Krankenhaus</i>	24	<i>Kreuzschwestern</i>	1
<i>St. Anna Kinderspital</i>	8	<i>Allgemeines Krankenhaus Linz</i>	2
<i>Goldenes Kreuz Privatspital</i>	1	<i>Krankenhaus Elisabethinen Linz</i>	5
<i>St. Joseph Krankenhaus</i>	4	<i>Landesnervenlinik Wagner Jauregg Linz</i>	1
<i>Krankenhaus Barmherzige Brüder</i>	1	<i>Alten- und Pflegeheim Münchenholz</i>	1
<i>Sozialmedizinisches Zentrum Süd</i>	5		
<i>Krankenhaus Göttlicher Heiland</i>	4	Salzburg	11
<i>Caritas, Langzeitpflege, Wien</i>	2	<i>Salzburger Landeskliniken (SALK)</i>	8
<i>Hilfswerk</i>	18	<i>Sankt Vinzenzheim</i>	2
<i>Samariterbund</i>	4	<i>Pflegeheim, Albertus Magnus</i>	1
<i>Geriatrizentrum am Wienerwald</i>	1		
<i>Pflegeheim, St. Katharina, Caritas</i>	2	Kärnten	15
<i>Pflegeheim, CaSa</i>	1	<i>Landeskrankenhaus Klagenfurt</i>	1
		<i>Hilfswerk</i>	2
Niederösterreich	31	<i>Rotes Kreuz</i>	12
<i>Landeskliniken Holding (LKNOE)</i>	8		
<i>Landespflegeheime NÖ</i>	5	Steiermark	4
<i>Caritas</i>	18	<i>Landeskrankenhaus Leoben</i>	3
		<i>Sozialmedizinischer Pflegedienst</i>	1
Pflegeheime ohne Ortsangabe	3		
StudienteilnehmerInnen			149

Mehr als die Hälfte (51 %) der StudienteilnehmerInnen arbeiten in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus. 38 % der Befragten arbeiten für Organisationen, welche Pflegepersonal als mobile Krankenpflege oder Hauskrankenpflege vermitteln, wie Hilfswerk, Samariterbund, Rotes Kreuz und Caritas. Die restlichen StudienteilnehmerInnen (11 %) sind in einem Pflegeheim beschäftigt.

Die Hälfte (50 %) der StudienteilnehmerInnen arbeitet in Wien, die restlichen in Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Kärnten und der Steiermark.

Soziodemografische Daten

Alter:

Das Durchschnittsalter der StudienteilnehmerInnen betrug 39 Jahre (SD=9,3). Die älteste Studienteilnehmerin war 62 Jahre und die jüngste der Befragten war 21 Jahre alt.

Geschlecht:

132 Frauen (89 %) und 17 Männer (11 %) Männer haben an dieser Untersuchung teilgenommen. Der größere Frauenanteil spiegelt die Tatsache, dass im Pflegebereich mehr Frauen beschäftigt sind.

Staatsbürgerschaft:

Die österreichische Staatsbürgerschaft ist mit 66 Personen (44 %) die häufigste genannte unter den befragten Personen. Die zweitgrößte Gruppe stellen mit 27 Personen (18 %) jene Personen mit slowakischer Staatsbürgerschaft dar, gefolgt von Personen aus Deutschland mit 13 Personen (9 %). 8 Personen (5 %) kommen aus Bosnien und Herzegowina. Gruppen aus Kroatien, Polen und Ungarn schließen sich mit je 4 Personen (3 %) an. Zu der Gruppe der anderen zählen mit insgesamt 22 Personen (15 %) je eine oder zwei Person aus Brasilien, China, Holland, Malaysia, Moldawien, Mongolei, Philippinen, Rumänien, Russland, Serbien, Slowenien, Spanien, Tschechien und Türkei. Weiter fallen in diese Gruppe Personen, die eine doppelte Staatsbürgerschaft angegeben haben (Österreich/Indien, Österreich/Kamerun, Österreich/Tschechien).

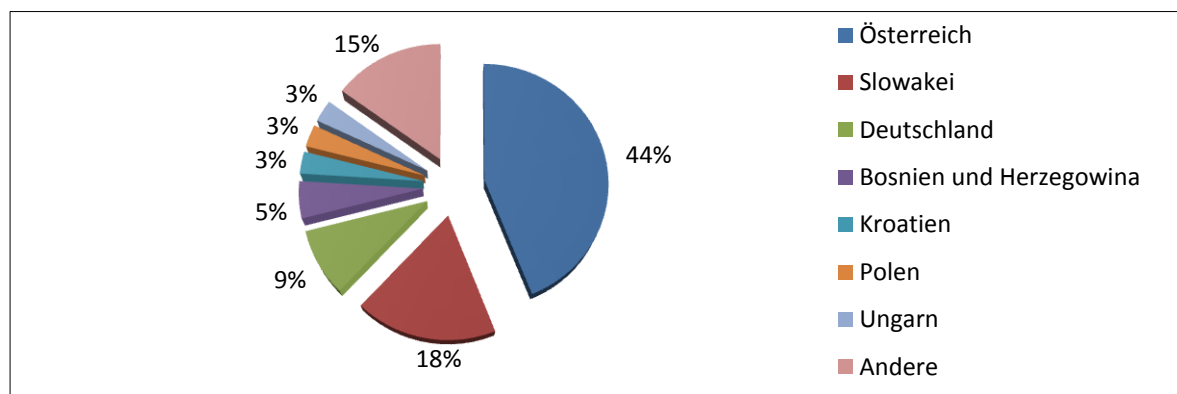


Abbildung 14: Staatsbürgerschaft

Ethnie:

Die Frage nach der eigenen Ethnie haben 12 Personen (8 %) der StudienteilnehmerInnen nicht beantwortet. Ethnie wurde von den TeilnehmerInnen mit einem nationalen Zugehörigkeitsgefühl gleichgesetzt. Von den gültigen Angaben fühlen sich 25 Personen (18 %) der Befragten der slowakischen Ethnie zugehörig und 20 Personen (15 %) der österreichischen. 13 Personen (10 %) nannten eine slowakische, 8 Personen (6 %) eine polnische und je 7 Personen (5 %) eine deutsche und bosnische Zugehörigkeit. Je 6 Personen (4 %) gehören der serbischen, rumänischen und ungarischen Ethnie an. 4 Personen (3 %) bezeichnen sich als PhilippinerIn und weitere 4 Personen (3 %) fühlen sich als Europäer. Die restlichen 31 StudienteilnehmerInnen (23 %) nannten folgende Ethnien: Albanien, Bassa, China, Indien, Jamaika, Kaukasus, Malaysia, Spanien, Slowenien, Tschechien, Tschetschenien und Türkei. Einige dieser Gruppe fühlten sich zu zwei Ethnien zugehörig, der österreichischen und der jeweiligen Herkunftskultur.

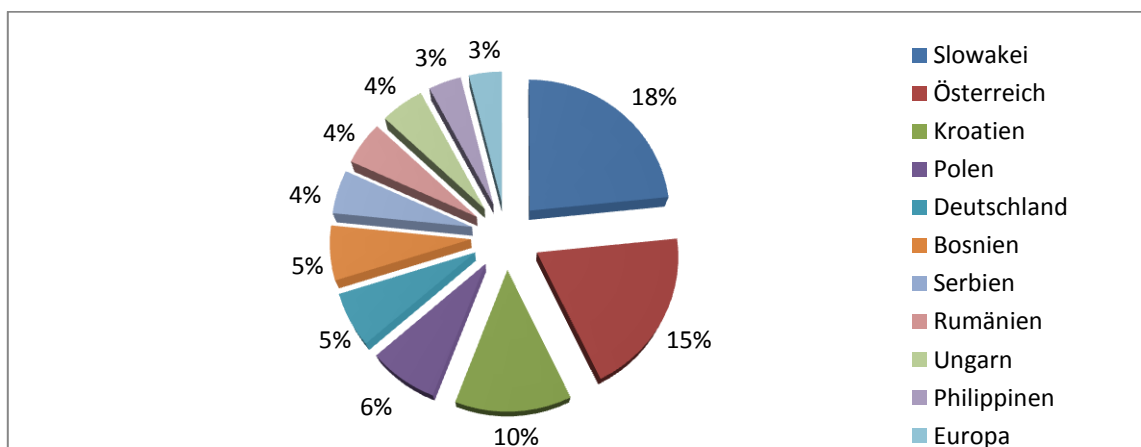


Abbildung 15: Ethnie 1

Die angegebenen Ethnien wurden zusätzlich in vier verschiedene Gruppen eingeteilt: Österreich, Osteuropa, Westeuropa und Asien. Durch diese Einteilung können 78 Personen (68 %) Osteuropa zugeordnet werden und 20 Personen (18 %) Österreich. 8 Personen (7 %) kommen aus Westeuropa und weitere 8 Personen (7 %) aus Asien. Unter der Gruppe >Osteuropa< wurden folgende Länderangaben zusammengefasst: Slowakei, Slowenien, Ungarn, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Serbien, Tschechien, Polen, Türkei, Rumänien, Tschetschenien, Russland und Albanien. Zu der Gruppe >Westeuropa< wurden die Länder Deutschland und Spanien zusammengefasst. >Asien<

steht übergeordnet für Philippinen, China, Kaukasus und Malaysia. Folgende Angaben wurden nicht berücksichtigt: Europa, Bassa, Jamaica, sowie Angaben von zwei Ethnien.

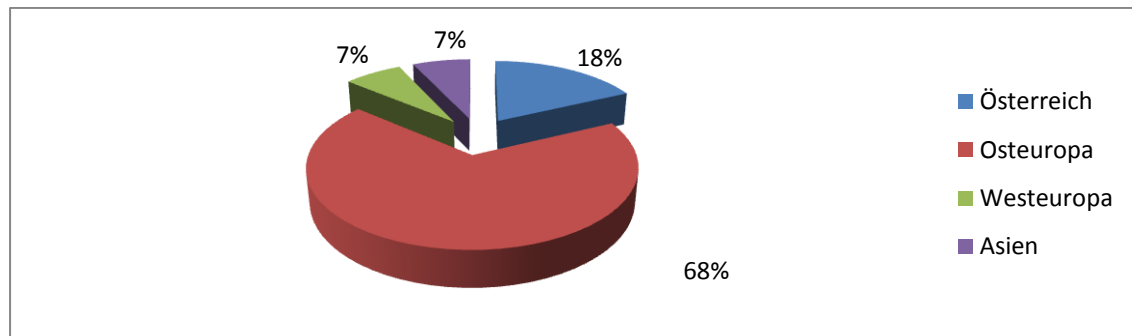


Abbildung 16: Ethnie 2

Sprache:

Alle StudienteilnehmerInnen gaben an „sehr gute“ bzw. „gute“ Deutschkenntnisse zu besitzen. Ca. zweidrittel (95 Personen, 64 %) der befragten Personen gaben folgende Sprache als Muttersprache an: 26 Personen slowakisch (18 %), 16 Personen deutsch (11 %), je 11 Personen (7 %) bosnisch, kroatisch, polnisch und je 10 Personen (7 %) rumänisch und ungarisch. Zu den restlichen Angaben von 53 Personen (36 %) zählen auch Angaben von zwei und drei Muttersprachen.

Bildung:

Die meisten der Studienteilnehmer besitzen eine höhere Schulausbildung. Knapp die Hälfte (68 Personen, 46 %) der StudienteilnehmerInnen benennt mit der Matura ihre höchste abgeschlossene Schulbildung. 35 Personen (24 %) können einen Hochschulabschluss vorweisen und 34 Personen (23 %) haben einen Fachschulabschluss. Nur ein geringer Anteil hat eine Lehre absolviert (7 Personen, 5 %) oder lediglich die Pflichtschule (3 Personen, 2 %).

Aufenthaltsgenehmigung:

127 Personen (85 %) der Befragten geben an eine Aufenthaltsgenehmigung zu besitzen, 11 Personen (7 %) verneinen diese Frage und weitere 11 Personen (7 %) haben die Frage nicht beantwortet. Es bleibt jedoch offen, ob jene Personen, die keine Aufenthaltsgenehmigung haben, überhaupt eine benötigen würden.

Familienstand:

Der Großteil (85 Personen, 57 %) der befragten Personen ist verheiratet. Ungefähr ein Fünftel (28 Personen, 19 %) der StudienteilnehmerInnen ist ledig und 22 Personen (15 %) geben an, dass sie geschieden sind. 11 Personen (7 %) geben an in einer Lebensgemeinschaft zu leben und 3 Personen (2 %) sind bereits verwitwet. 105 StudienteilnehmerInnen (71 %) haben mindestens ein eigenes Kind, 44 (29 %) sind kinderlos.

Familie in Österreich:

Mehr als die Hälfte (84 Personen, 56 %) der befragten TeilnehmerInnen hat angegeben, dass die nahestehende Familie in Österreich lebt. So leben 56 StudienteilnehmerInnen (44 %) ohne ihre engsten Familienmitglieder in Österreich.

Religion:

Zwei Personen haben diese Frage nicht beantwortet. Von den gültigen Angaben bekennen sich mehr als zweidrittel (102 Personen, 69 %) der interviewten Personen zum christlichen Glauben. Die zweithäufigste Religion der Studienteilnehmer ist der Islam (18 Personen, 12 %) gefolgt vom Atheismus (10 Personen, 7 %). Nur eine Person fühlt sich dem buddhistischen Glauben zugehörig und 16 TeilnehmerInnen (10 %) gehören einer anderen Glaubensgemeinschaft an.

Einkommensverteilung:

6 Personen (4 %) haben diese Frage nicht beantwortet. Von den gültigen Angaben haben 114 Personen (80 %) die Frage, ob das Einkommen an Angehörige im Herkunftsland geschickt wird, verneint. 23 Personen (16 %) schicken einen Teil ihres Einkommens und 6 Personen (4 %) schicken ihr gesamtes Einkommen ihren Angehörigen.

Berufsbezeichnung:

6 StudienteilnehmerInnen (4 %) haben diese Frage nicht beantwortet. Von den gültigen Daten geben 83 Personen (58 %) an als diplomierte Krankenschwester bzw. diplomierter Krankenpfleger zu arbeiten. Ein Fünftel (28 Personen, 20 %) der Befragten ist als PflegehelferIn tätig und rund ein Zehntel (16 Personen, 11 %) arbeitet als Heimhilfe. 6

Personen (4 %) geben an als FachsozialbetreuerIn (Alten- und Behindertenarbeit) zu arbeiten und 10 Personen (7 %) arbeiten in einer leitenden Funktion innerhalb des Pflegebereiches.

Es gibt große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bezüglich Ausbildungsdauer und Aufgabenbereiche. Die Ausbildungszeit zum diplomierten Pflegepersonal dauert 3 Jahre, während jene der Fachsozialbetreuung (Altenarbeit, Behindertenarbeit) 2 Jahre dauert, die der Pflegehilfe 1 Jahr beansprucht und die Ausbildungszeit der Heimhilfe ca. 3 Monaten entspricht. Der Aufgabenbereich der Heimhilfe entspricht hauptsächlich hauswirtschaftlichen und unterstützenden Tätigkeiten. Die Pflegehilfe und die Fachsozialbetreuung haben bezüglich pflegerischer Tätigkeiten einen größeren Aufgabenbereich als die Heimhilfe und kümmern sich nicht um den Haushalt der betreuten Personen. Die eigenverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeit des diplomierten Pflegepersonals entspricht dem umfangreichsten Aufgabenbereich bezüglich Pflege.

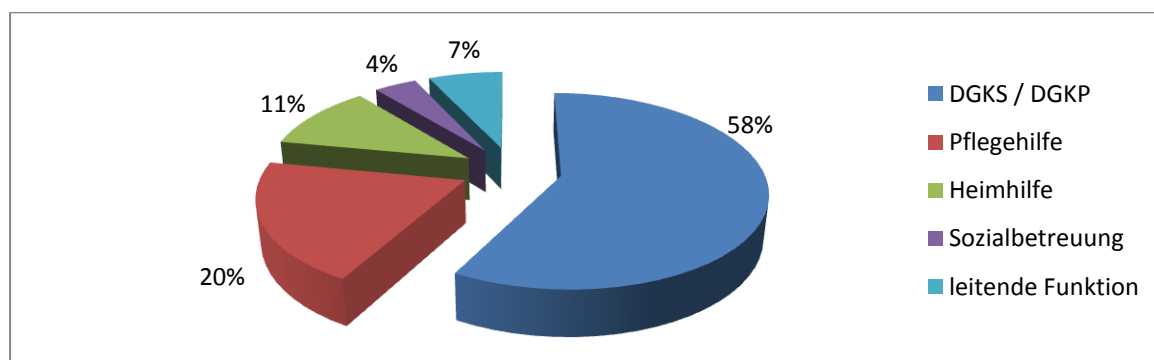


Abbildung 17: Berufsbezeichnung

Gehalt:

Von den gültigen Angaben, haben 102 (82 %) der befragten TeilnehmerInnen angegeben, mehr als 1000 €/Monat zu verdienen. 22 Personen (15 %) berichteten über weniger als 1000 €/Monat und 5 Personen (3 %) über ein Einkommen von weniger als 500 €/Monat.

Alle StudienteilnehmerInnen in einer leitenden Funktion, sowie die überwiegende Mehrheit (96 %) des diplomierten Pflegepersonals verdienen mehr als 1000 €/Monat. PflegehelferInnen verdienen zu 61 % mehr als 1000 €/Monat, sowie 38 % der

HeimhelferInnen und 67 % der FachsozialbetreuerInnen. 36 % der PflegehelferInnen, 50 % der HeimhelferInnen und 17 % der FachsozialbetreuerInnen erhalten weniger als 1000 €/Monat. Unter 500 €/Monat verdienen 3 % der PflegehelferInnen, 12 % der HeimhelferInnen und 17 % der FachsozialbetreuerInnen.

Arbeitstage und Wochenarbeitsstunden:

Im Durchschnitt arbeiten die StudienteilnehmerInnen 4,6 Tage/Woche. Die höchste Angabe sind 7 Arbeitstage, die niedrigste 2 Arbeitstage. Es ist davon auszugehen, dass jene StudienteilnehmerInnen, die angaben 7 Tage/Woche zu arbeiten, eigentlich im Ausland leben. Diese Pflegekräfte arbeiten häufig durchgehend eine gewisse Zeit in Österreich um daraufhin eine längere Zeit zu Hause verbringen. Die Hälfte (74 Personen, 50 %) der Befragten gab an 5 Tage/Woche zu arbeiten. Die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden betragen 34 Stunden. Allerdings konnten hier große Unterschiede festgestellt werden. So schwanken die Angaben von 10 bis zu 60 Wochenarbeitsstunden (SD 8,9). 57 der befragten Personen (38,7 %) arbeiten halbtags (< 30 Wochenstunden) und 90 (61,4 %) arbeiten ganztags (>30 Wochenstunden).

Wohnbedingungen:

Der überwiegende Teil (116 Personen, 79 %) der Befragten wohnt gemeinsam mit ihren Familienmitgliedern oder dem/der Lebenspartner/in. 23 StudienteilnehmerInnen (16 %) wohnen alleine, 6 Personen (4 %) leben gemeinsam mit der zu betreuenden Person in einem Haushalt zusammen und nur eine Person (1 %) wohnt in einer Wohngemeinschaft mit Freunden zusammen. Die meisten der Befragten leben in einer Mietwohnung (68 Personen, 47 %) oder in einer Eigentumswohnung (47 Personen, 32 %). Knapp ein Fünftel (26 Personen, 18 %) gibt an in einem Haus zu leben und 4 Personen (3 %) wohnen in einer Sozialwohnung.

Aufenthaltszeit in Österreich:

18 Personen sind bereits in Österreich geboren und somit in 2. Generation hier. Zudem haben 5 Personen keine Angaben gemacht. Von Personen in erster Generation in Österreich ergibt sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 16 Jahren in Österreich. Allerdings reichen die Angaben von nur einem Jahr bis zu 45 Jahren (SD: 8,5).

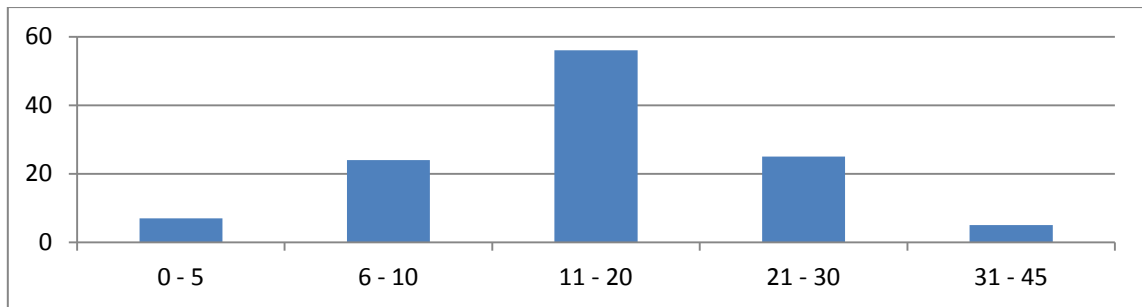


Abbildung 18: Aufenthaltszeit

Freizeit:

Die beliebtesten Freizeitaktivitäten sind Lesen und Spazieren. Sehr häufig genannt wurden verschiedene Sportarten, wie Radfahren, Laufen, Tennis, Reiten, Wandern und Schwimmen. Viele verbringen ihre Freizeit mit ihren Kindern oder Freunden.

Mit Familie in Österreich leben wollen:

Die Frage danach, ob man gerne mit seiner Familie in Österreich leben möchte haben von den 149 Befragten, 13 Personen nicht beantwortet. Von den restlichen 136 Personen, haben 96 (71 %) diese Frage bejaht und 40 (29 %) verneint.

Migrationsgrund:

Von den gültigen Angaben nennen 55 Personen (42 %) die Arbeit als Migrationsgrund nach Österreich. 24 Personen (19 %) geben eine Familienzusammenführung als Migrationsgrund an. Auch politische Gründe (14 Personen, 11 %) und Vorteile bezüglich der Ausbildung (10 Personen, 8 %) wurden angegeben.

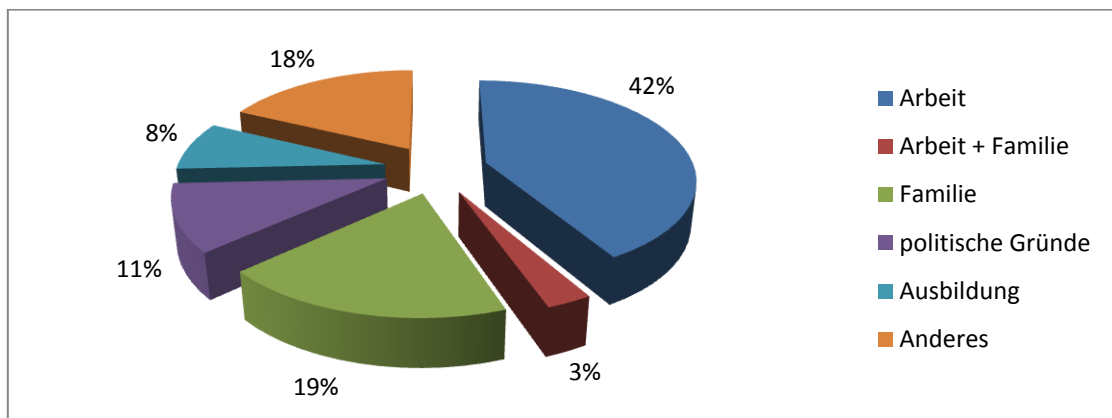


Abbildung 19: Migrationsgrund

Ergebnisse der Untersuchung

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse, passend zu den Forschungsfragen, vorgestellt. Zur Überprüfung des empirischen Modells wurden Pearson-Korrelationen zwischen den Variablen der Akkulturation, der Identitätsleistung, der Identitätsaffirmation, dem subjektivem Wohlbefinden und Stressempfinden gerechnet. Tabelle 2 zeigt die Korrelationswerte.

Tabelle 2: Pearson-Korrelationen der Variablen im Modell

	MASPAD 1	MASPAD 2	MEIM Identitätsleistung	MEIM Identitätsaffirmation	SWLS Wohlbefinden
MASPAD 1 (Beibehaltung der Ursprungskultur)					
MASPAD 2 (Interesse an neuen Kulturen)	0,478**				
Identitätsleistung (Wissen und Verstehen der eigenen Kultur))	0,589**	0,254**			
Identitätsaffirmation (Positive Gefühle zur Eigengruppe)	0,649**	0,155	0,809**		
SWLS Wohlbefinden	0,131	,219**	0,148	0,183*	
DLSI Krisenanfälligkeit (Stress)	0,336**	0,187*	0,307**	0,231**	-0,145
DLSI Beziehung (Stress)	0,308**	0,070	0,171*	0,215**	0,094
DLSI Kommunikation (Stress)	0,200*	0,006	0,255**	0,176*	-0,091
DLSI Suchtmittel (Stress)	0,056	-,046	0,097	0,085	0,381**

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Identitätsleistung und Identitätsaffirmation (Forschungsfragen 1 und 2)

Ein starker positiver Zusammenhang lässt sich in Tabelle 2 zwischen Identitätsleistung und Identitätsaffirmation ($r=0,809$; $\alpha<.05$) ablesen. Je mehr eine Identitätsleistung vollzogen wurde, desto höher ist auch die Identitätsaffirmation. Die Korrelation zwischen der Identitätsleistung und dem subjektiven Wohlbefinden ($r=0,148$; ns), sowie auch zwischen der Identitätsaffirmation und dem subjektiven Wohlbefinden ($r=0,183$; $\alpha<.05$) zeigen beide einen positiven Zusammenhang. Allerdings ist nur jener zwischen der Identitätsaffirmation und dem subjektiven Wohlbefinden signifikant. Sowohl die Leistung, als auch die Affirmation der Identität, stehen in einem signifikant positiven

Zusammenhang mit den Stresskategorien Krisenanfälligkeit ($r=0,307$; $r=0,231$; $\alpha<.05$), Beziehung ($r=0,171$; $r=0,215$; $\alpha<.05$) und Kommunikation ($r=0,255$; $r=0,176$; $\alpha<.05$).

Akkulturation (Forschungsfrage 3)

Aus der Tabelle 2 ist abzulesen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Akkulturation (MASPAD 1 und 2) und Identitätsleistung besteht. Auffällig ist, dass der Zusammenhang zwischen dem Umgang mit der Ursprungskultur (MASPAD 1) und Identitätsleistung ($r=0,589$; $\alpha<.05$) größer ist als jener zwischen dem Umgang mit der neuen Kultur (MASPAD 2) und der Identitätsleistung ($r=0,254$; $\alpha<.05$). Zudem ist auch nur der Zusammenhang zwischen dem Umgang mit der Ursprungskultur (MASPAD 1) und Identitätsaffirmation signifikant ($r=0,649$; $\alpha<.05$). Umgekehrt besteht ein größerer Zusammenhang zwischen dem Umgang mit der neuen Kultur (MASPAD 2) und dem subjektiven Wohlbefinden ($r=0,219$; $\alpha<.05$), als zwischen dem Umgang mit der neuen Kultur (MASPAD 1) und dem subjektivem Wohlbefinden ($r=0,131$; ns). Die Akkulturation (MASPAD 1 und 2) steht nur mit der Stresskategorie Krisenanfälligkeit ($r=0,336$; $r=0,219$; $\alpha<.05$) in einem signifikant positiven Zusammenhang. Betrachtet man die einzelnen Testwerte der Akkulturation, sieht man, dass auch der Umgang mit der Ursprungskultur (MASPAD 1) in einem positiven Zusammenhang mit den Stresskategorien Beziehung ($r=0,308$; $\alpha<.05$) und Kommunikation ($r=0,200$; $\alpha<.05$) steht.

Modellzusammenfassung: Subjektives Wohlbefinden (Forschungsfrage 4)

In einer Regressionsanalyse wurde das gesamte Modell 1 (siehe: Zielsetzung und Fragestellung) bezüglich Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden überprüft. Das subjektive Wohlbefinden fungierte als abhängige Variablen und als unabhängige Variablen wurden der MASPAD 1 und 2, die Identitätsleistung und die Identitätsaffirmation verwendet. Das Modell 1 hat einen erklärten Varianzanteil von 8,1 % ($r^2=0,081$; $\alpha<.05$). Das bedeutet, dass die Einflussvariablen im Modell (Akkulturation,

Identitätsleistung und Identitätsaffirmation) zu 8,1 % die Variationen im subjektiven Wohlbefinden erklären.

Tabelle 3: Zusammenfassung Modell 1

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,285 ^a	,081	,056	5,215

a. Einflussvariablen : (Konstante), MEIM affirmation, MASPAD2, MASPAD1, MEIM achievement

Werden die einzelnen Koeffizienten genauer betrachtet, fällt auf, dass nur die Antworten des Tests zum Umgang mit der neuen Kultur (MASPAD 2; $\beta=0,259$; $\alpha<.05$) das unterschiedliche Antwortverhalten zum subjektiven Wohlbefinden erklären. Eine positive Tendenz lässt sich auch zwischen subjektiven Wohlbefinden und Identitätsaffirmation ($\beta=0,291$; ns) ablesen.

Tabelle 4: Modell 1 - Koeffizienten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	14,922	2,368		6,303	,000
MASPAD1	-,045	,039	-,141	-1,157	,249
1 MASPAD2	,091	,033	,259	2,729	,007
MEIM achievement	-,064	,128	-,070	-,500	,618
MEIM affirmation	,175	,092	,291	1,910	,058

a. Abhängige Variable: SWLS

Modellzusammenfassung: Stressempfindung (Forschungsfrage 4)

In einer weiteren Regressionsanalyse wurde das Modell 2 (bezüglich Stressempfindung) überprüft. Dieses Modell hat einen erklärten Varianzanteil von 17,8 % ($r^2=0,178$; $\alpha<.05$). Das bedeutet, dass die Einflussvariablen im Modell 2 (Akkulturation, Identitätsleistung, Identitätsaffirmation) zu 17,8 % die Variation im Stressempfinden erklären.

Tabelle 5: Zusammenfassung Modell 2

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,422 ^a	,178	,156	2,55068

a. Einflussvariablen : (Konstante), MEIM affirmation, MASPAD2, MASPAD1, MEIM achievement

Bei Betrachtung der einzelnen Koeffizienten (Tabelle 6), sieht man, dass die Antworten des Tests zum Umgang mit der Ursprungskultur (MASPAD 1; $\beta=0,383$; $\alpha<.05$) und des Tests zur Identitätsaffirmation ($\beta=0,268$; $\alpha<.05$) das unterschiedliche Antwortverhalten zur Stressempfindung erklären.

Tabelle 6: Modell 2 - Koeffizienten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	5,652	1,158		4,880	,000
MASPAD1	,063	,019	,383	3,330	,001
1 MASPAD2	-,024	,016	-,131	-1,457	,147
MEIM achievement	,127	,063	,268	2,034	,044
MEIM affirmation	-,047	,045	-,152	-1,055	,293

a. Abhängige Variable: Stress_gesamt

Einfluss von Geschlecht und Ethnie auf die Variablen im Modell (Forschungsfrage 5)

In einer multivariaten Varianzanalyse fungierten Geschlecht und Ethnie (12 Nationen) als unabhängige Variablen, um Unterschiede im Antwortverhalten aufgrund des Geschlechts und der Ethnie zu prüfen. Das Modell erwies sich als signifikant (nach Pillai-Spur: $F=269,5$; $\alpha<.05$). Insgesamt hat die Ethnie einen signifikanten Effekt (nach Pillai-Spur: $F=1,395$; $\alpha<.05$) auf das Antwortverhalten, das Geschlecht jedoch nicht (nach Pillai-Spur: $F=1,341$; ns). Es bestehen zudem keine signifikante Wechselwirkung zwischen Ethnie und Geschlecht (nach Pillai-Spur: $F=0,863$; ns). Aufgeschlüsselt können die Zwischensubjekteffekte am Anhang betrachtet werden. Je nach Ethnie besteht ein messbarer Unterschied im Antwortverhalten bei Fragen zum Umgang mit der Ursprungskultur (MASPAD 1; $F=2,041$; $\alpha<.05$), bei der Identitätsleistung ($F=2,781$; $\alpha<.05$), bei der Identitätsaffirmation ($F=2,238$; $\alpha<.05$) und bei die Stresskategorie

Beziehung ($F=2,362$; $\alpha<.05$). Die Tests der Zwischensubjekteffekte werden im Anhang präsentiert.

Ein Vergleich zwischen den Mittelwerten (deskriptive Statistik) der sechs häufigsten Ethnien (Slowakei, Österreich, Kroatien, Polen, Deutschland, Bosnien und Herzegowina) zeigt, dass bei dem Test zum Umgang mit der Ursprungskultur (MASPAD 1) Polen/Polinnen die höchsten ($M=88,63$; $SD=19,56$) und ÖsterreicherInnen die niedrigsten ($M=67,85$; $SD=17,28$) Werte haben. Zum Umgang mit der neuen Kultur (MASPAD 2) haben Kroatien/Kroatinnen die höchsten Werte ($M=77,38$; $SD=25,94$) und Deutsche die niedrigsten ($M=65,57$; $SD=10$). Im Test zur Identitätsleistung haben ebenso Polen/Polinnen die höchsten Werte ($M=17,75$; $SD=5,47$) und Kroaten/Kroatinnen die niedrigsten ($M=10,85$; $SD=4,96$). Große Unterschiede des Mittelwertes konnten bei der Identitätsaffirmation zwischen Personen aus Bosnien und Herzegowina ($M=30,43$; $SD=5,65$) und Personen aus Kroatien ($M=20,31$; $SD=10,19$) festgestellt werden. Deutsche haben einen deutlich geringeren Mittelwert ($M=4,71$; $SD=2,06$) in der Stresskategorie Beziehung als Polen/Polinnen ($M=12,50$; $SD=5,16$).

Die unabhängige Variable Geschlecht hat lediglich auf die Identitätsleistung einen signifikanten Effekt. Männer haben durchschnittlich höhere Werte ($M=17$; $SD=6,02$) bei der Identitätsleistung als Frauen ($M=13,63$; $SD=5,73$).

Zwischen den Variablen Ethnie und Geschlecht besteht eine Wechselwirkung bei der Identitätsaffirmation. Bei genauerer Betrachtung der sechs häufigsten Ethnien fällt auf, dass Männer höhere Werte bei der Identitätsleistung haben als Frauen, mit Ausnahme der Deutschen. Allerdings stützt sich dieser niedrigere Wert der deutschen Männer lediglich auf eine Person, wodurch dieser nicht verallgemeinert werden kann. Die Mittelwerte der sechs häufigsten Ethnien in den einzelnen Variablen werden in Tabelle 7 geschlechtsdifferenziert dargestellt.

Tabelle 7: Mittelwerte nach Ethnie und Geschlecht der sechs häufigsten Ethnien

			MASPAD 1		MASPAD 2		Identitätsleistung		Identitäts-affirmation		Wohlbefinden		Stress - Krisen		Stress - Beziehung		Stress - Kommunikation		Stress - Suchtmittel	
Ethnie	Sex	N	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Österreich	m	5	82,20	14,653	88,00	13,038	17,60	5,983	28,60	9,864	22,40	7,369	8,00	2,449	12,40	4,775	10,00	4,416	7,80	5,310
	w	15	63,07	15,677	69,13	15,524	10,80	4,411	18,33	6,444	20,33	6,149	8,93	3,262	8,93	3,788	9,27	3,348	8,40	4,067
	Ges	20	67,85	17,279	73,85	16,841	12,50	5,568	20,90	8,478	20,85	6,335	8,70	3,045	9,80	4,213	9,45	3,531	8,25	4,266
Slowakei	m	4	83,25	5,737	74,00	9,055	16,50	1,732	30,75	2,500	20,00	3,559	10,25	4,573	6,50	5,066	6,50	2,082	11,00	1,155
	w	21	78,81	15,432	64,29	13,123	13,57	5,278	28,33	6,865	22,05	4,944	11,10	5,999	10,90	6,284	9,71	4,440	9,86	3,665
	Ges	25	79,52	14,330	65,84	12,922	14,04	4,979	28,72	6,393	21,72	4,748	10,96	5,719	10,20	6,232	9,20	4,291	10,04	3,397
Deutschland	m	1	65,00	.	68,00	.	8,00	.	14,00	.	28,00	.	7,00	.	1,00	.	8,00	.	12,00	.
	w	6	77,67	13,981	65,17	10,889	13,50	6,380	24,67	9,136	21,67	3,011	12,00	3,521	5,33	1,366	10,33	4,320	7,83	4,579
	Ges	7	75,86	13,631	65,57	9,998	12,71	6,184	23,14	9,263	22,57	3,645	11,29	3,729	4,71	2,059	10,00	4,041	8,43	4,467
Bosnien und Herzegowina	m	2	85,50	7,778	68,00	9,899	20,00	2,828	31,50	9,192	21,50	,707	10,50	3,536	9,00	4,243	9,00	4,243	6,50	3,536
	w	5	84,60	6,107	71,40	6,877	15,20	3,962	30,00	5,099	23,60	4,159	12,60	3,847	12,80	4,438	10,00	3,082	8,80	3,899
	Ges	7	84,86	5,928	70,43	7,115	16,57	4,158	30,43	5,653	23,00	3,559	12,00	3,606	11,71	4,424	9,71	3,094	8,14	3,671
Kroatien	m	2	76,50	14,849	81,00	2,828	13,50	,707	28,00	5,657	19,00	2,828	12,50	,707	5,50	,707	10,00	2,828	4,50	4,950
	w	11	68,82	20,745	76,73	13,372	10,36	5,278	18,91	10,358	21,09	7,489	9,82	3,894	6,91	3,986	9,09	4,929	7,18	4,579
	Ges	13	70,00	19,630	77,38	12,339	10,85	4,964	20,31	10,185	20,77	6,930	10,23	3,700	6,69	3,683	9,23	4,585	6,77	4,531
Polen	w	8	88,63	19,559	76,75	25,944	17,75	5,471	29,75	6,628	23,13	4,051	14,75	7,704	12,50	5,155	12,38	3,815	9,50	3,381
	Ges	8	88,63	19,559	76,75	25,944	17,75	5,471	29,75	6,628	23,13	4,051	14,75	7,704	12,50	5,155	12,38	3,815	9,50	3,381

Physische und psychische Beschwerden von Frauen und Männern (Forschungsfrage 6)

Tabelle 8 zeigt die häufigsten Beschwerden von Frauen und Männern. Auffällig ist, dass Frauen und Männer dieselben fünf häufigsten Beschwerden haben, allerdings in anderer Reihenfolge: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, innere Unruhe, sich ständig Sorgen machen und Heißhunger. Signifikante Unterschiede wurden bei folgenden Beschwerden festgestellt: Vertrauensmangel gegenüber anderen (M=1,42; SD=1,302 / M=0,65; SD=1,057), ständigen Selbstvorwürfen (M=1,03; SD=1,290 / M=0,29; SD=0,588), Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein (M=0,79; SD=1,179 / M=0,18; SD=0,393). Frauen leiden häufiger unter den genannten Beschwerden als Männer.

In Tabelle 9 sind die Mittelwerte aller Beschwerden von Frauen und Männer dargestellt.

Tabelle 8: Häufige Symptome: Frauen vs. Männer

Häufig vorkommende Beschwerden*			
Frauen		Männer	
Rückenschmerzen	57 %	Heißhunger	41 %
Kopfschmerzen	39 %	Innere Unruhe	35 %
Innere Unruhe	33 %	Rückenschmerzen	29 %
Sich ständig Sorgen machen	30 %	Sich ständig Sorgen machen	29 %
Heißhunger	27 %	Kopfschmerzen	24 %
Vertrauensmangel	23 %	Erinnerungsschwierigkeiten	24 %
Muskelschmerzen	19 %	Schwindel – Ohnmachtsanfälle	18 %
Einschlafstörungen	17 %	Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens	18 %

*Antwortmöglichkeiten 3 - 5 zusammengefasst

Tabelle 9: Mittelwerte der Beschwerden von Frauen und Männern

Beschwerden	weiblich (n=132)	Männlich (n=17)
1. Kopfschmerzen.	2,00 (SD=1,348)	1,59 (SD=1,502)
2. Innere Unruhe.	1,77 (SD=1,353)	1,59 (SD=1,661)
3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	0,75 (SD=1,142)	0,76 (SD=1,602)
4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	0,52 (SD=1,045)	0,88 (SD=1,269)
5. Erinnerungsschwierigkeiten.	0,92 (SD=1,217)	0,88 (SD=1,536)
6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	0,98 (SD=1,142)	0,65 (SD=1,169)
7. Brust-Herzschmerzen.	0,49 (SD=0,929)	0,71 (SD=1,532)
8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegungen und des Denkens.	1,14 (SD=1,158)	1,24 (SD=1,602)
9. Selbstmordgedanken.	0,15 (SD=0,502)	0,06 (SD=0,243)
10. Zittern.	0,41 (SD=0,965)	0,00 (SD=0,000)
11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	1,42 (SD=1,302)	0,65 (SD=1,057)
12. Appetitlosigkeit.	0,52 (SD=0,860)	0,29 (SD=0,772)
13. Plötzliche Weinanfälle.	0,52 (SD=0,860)	0,29 (SD=0,772)
14. Ich habe Angst erappt zu werden.	0,27 (SD=0,753)	0,06 (SD=0,243)
15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	0,39 (SD=0,979)	0,06 (SD=0,243)
16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	1,03 (SD=1,290)	0,29 (SD=0,588)
17. Rückenschmerzen.	2,49 (SD=1,560)	1,76 (SD=1,602)
18. Ich fühle mich einsam.	0,93 (SD=1,224)	0,88 (SD=1,453)
19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	0,56 (SD=1,134)	0,59 (SD=1,064)
20. Ich mache mir ständig Sorgen.	1,54 (SD=1,432)	1,47 (SD=1,505)
21. Interessenlosigkeit.	0,63 (SD=0,960)	0,65 (SD=1,057)
22. Angstanfälle.	0,59 (SD=1,063)	0,12 (SD=0,332)
23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	0,79 (SD=1,179)	0,18 (SD=0,393)
24. Herzrasen.	0,62 (SD=1,045)	0,53 (SD=1,281)
25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	0,79 (SD=1,153)	0,71 (SD=1,404)
26. Unterlegenheitsgefühl.	0,45 (SD=0,832)	0,53 (SD=1,231)
27. Muskelschmerzen.	1,17 (SD=1,351)	1,12 (SD=1,536)
28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	0,60 (SD=1,010)	0,24 (SD=0,752)
29. Einschlafstörungen.	1,12 (SD=1,404)	0,82 (SD=1,510)
30. Ich habe einen leeren Kopf.	0,59 (SD=1,048)	0,41 (SD=0,712)
31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	0,64 (SD=1,065)	0,41 (SD=0,870)
32. Konzentrationsschwierigkeiten.	1,05 (SD=1,216)	0,47 (SD=0,717)
33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	0,95 (SD=1,165)	0,76 (SD=1,300)
34. Todesgedanken.	0,37 (SD=0,920)	0,24 (SD=0,752)
35. Heißhunger.	1,21 (SD=1,473)	1,59 (SD=1,734)
36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	0,54 (SD=1,022)	0,06 (SD=0,243)
37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen körperlichen Krankheit zu leiden.	0,43 (SD=0,812)	0,59 (SD=0,939)

Physische und psychische Beschwerden verschiedener ethnischer Gruppen (Forschungsfrage 6)

Die größte Gruppe ethnische Gruppe (n=25) dieser Untersuchung ist jene, die sich der Slowakei zugehörig fühlt. Diese Gruppe leidet unter Rückenschmerzen (45,8 %) und Kopfschmerzen (32 %), nennt aber ansonsten nur sehr selten Beschwerden.

ÖsterreicherInnen (n=20) machen die zweitgrößte ethnische Gruppe aus. Auch sie leiden unter Rückenschmerzen (50 %) und Kopfschmerzen (40 %). Zusätzlich machen sich viele ÖsterreicherInnen ständige Sorgen (40 %), leiden unter innere Unruhe (35 %) und haben Heißhunger (25 %).

Die häufigsten Beschwerden der Kroaten/Kroatinnen (n=13) sind Rückenschmerzen, Kopfschmerzen (38,5 %) und Vertrauensmangel gegenüber anderen (38,5 %). Zudem machen sich viele ständige Sorgen (30,8 %).

Die häufigsten Symptommatiken der Polen/Polinnen (n=8) sind Rückenschmerzen (75 %), Kopfschmerzen (50 %) und innere Unruhe (50 %). Viele machen sich ständig selbst Vorwürfe (37,5 %) und machen sich ständig Sorgen (37,5 %).

Die angegebenen Ethnien wurden zusätzlich in Großgruppen zusammengefasst. Unter der Gruppe >Osteuropa< wurden folgende Länderangaben zusammengefasst: Slowakei, Slowenien, Ungarn, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Serbien, Tschechien, Polen, Türkei, Rumänien, Tschetschenien, Russland und Albanien. Mit >Westeuropa< wurden die Länder Deutschland und Spanien zusammengefasst. >Asien< steht übergeordnet für Philippinen, China, Kaukasus und Malaysia. Ein Vergleich der dieser übergeordneten ethnischen Gruppen (Österreich, Osteuropa, Westeuropa, Asien) zeigt, dass es einen signifikanten Unterschied aufgrund der Ethnie bei folgender Beschwerde gibt: Schwindel-Ohnmachtsanfälle. Menschen aus Asien leiden am häufigsten unter diesem Symptom (M=1,75; SD=1,389), am geringsten sind davon Menschen aus Osteuropa (M=0,55; SD=1,002) betroffen.

Tabelle 10: Mittelwerte der Beschwerden von verschiedenen Ethnien

Beschwerden	Österreich (n=20)	Osteuropa (n=78)	Westeuropa (n=8)	Asien (n=8)
1. Kopfschmerzen.	2,25 (SD=1,372)	1,91 (SD=1,311)	1,38 (SD=1,188)	2,13 (SD=1,808)
2. Innere Unruhe.	1,90 (SD=1,410)	1,47 (SD=1,412)	2,13 (SD=1,126)	2,63 (SD=1,506)
3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	0,95 (SD=1,572)	0,55 (SD=1,002)	0,50 (SD=1,069)	1,75 (SD=1,389)
4. Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	0,70 (SD=1,218)	0,58 (SD=1,051)	0,25 (SD=0,463)	0,50 (SD=1,414)
5. Erinnerungsschwierigkeiten.	0,90 (SD=1,410)	0,77 (SD=1,139)	1,13 (SD=1,246)	1,38 (SD=1,847)
6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	0,70 (SD=1,081)	0,90 (SD=1,158)	0,88 (SD=1,356)	1,63 (SD=0,916)
7. Brust-Herzschmerzen.	0,75 (SD=1,410)	0,36 (SD=0,821)	0,25 (SD=0,463)	0,63 (SD=1,061)
8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegungen und des Denkens.	1,20 (SD=1,361)	1,00 (SD=1,140)	1,88 (SD=1,356)	1,00 (SD=0,926)
9. Selbstmordgedanken.	0,05 (SD=0,224)	0,17 (SD=0,520)	0,13 (SD=0,354)	0,00 (SD=0,000)
10. Zittern.	0,35 (SD=1,137)	0,46 (SD=1,015)	0,00 (SD=0,000)	0,13 (SD=0,354)
11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	1,05 (SD=1,146)	1,21 (SD=1,352)	1,50 (SD=1,309)	2,00 (SD=0,756)
12. Appetitlosigkeit.	0,60 (SD=1,046)	0,50 (SD=0,849)	0,25 (SD=0,707)	0,25 (SD=0,463)
13. Plötzliche Weinanfälle.	0,75 (SD=1,164)	0,49 (SD=1,066)	0,50 (SD=1,414)	0,50 (SD=0,756)
14. Ich habe Angst ertappt zu werden.	0,20 (SD=0,696)	0,32 (SD=0,830)	0,13 (SD=0,354)	0,25 (SD=0,463)
15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	0,30 (SD=1,129)	0,33 (SD=0,816)	0,38 (SD=1,129)	0,13 (SD=0,354)
16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	0,95 (SD=1,276)	0,99 (SD=1,304)	1,00 (SD=1,773)	1,00 (SD=1,414)
17. Rückenschmerzen.	2,50 (SD=1,469)	2,33 (SD=1,672)	2,75 (SD=0,886)	3,13 (SD=0,835)
18. Ich fühle mich einsam.	0,90 (SD=1,483)	0,91 (SD=1,208)	0,88 (SD=1,126)	0,88 (SD=0,991)
19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	0,60 (SD=1,046)	0,59 (SD=1,178)	0,50 (SD=1,069)	0,00 (SD=0,000)
20. Ich mache mir ständig Sorgen.	1,90 (SD=1,483)	1,47 (SD=1,527)	1,63 (SD=1,188)	1,38 (SD=0,916)
21. Interessenlosigkeit.	0,65 (SD=0,813)	0,62 (SD=1,047)	1,13 (SD=0,9919)	0,63 (SD=1,188)
22. Angstanfälle.	0,45 (SD=0,945)	0,56 (SD=1,064)	0,63 (SD=1,408)	0,50 (SD=1,069)
23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	0,60 (SD=0,821)	0,85 (SD=1,339)	1,13 (SD=1,126)	0,50 (SD=0,756)
24. Herzrasen.	0,95 (SD=1,504)	0,49 (SD=0,879)	0,00 (SD=0,000)	0,63 (SD=1,188)
25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	1,15 (SD=1,387)	0,63 (SD=1,058)	0,75 (SD=1,165)	0,38 (SD=0,744)
26. Unterlegenheitsgefühl.	0,70 (SD=1,174)	0,40 (SD=0,827)	0,75 (SD=1,035)	0,75 (SD=1,165)
27. Muskelschmerzen.	1,50 (SD=1,573)	1,00 (SD=1,319)	0,25 (SD=0,707)	1,50 (SD=1,690)
28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	0,25 (SD=0,444)	0,63 (SD=1,058)	1,00 (SD=1,604)	1,00 (SD=1,069)
29. Einschlafstörungen.	1,30 (SD=1,455)	0,85 (SD=1,196)	1,38 (SD=1,506)	1,50 (SD=2,000)
30. Ich habe einen leeren Kopf.	0,85 (SD=1,089)	0,47 (SD=0,908)	0,50 (SD=1,069)	0,75 (SD=1,389)
31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	0,35 (SD=0,587)	0,56 (SD=0,961)	0,50 (SD=1,069)	0,88 (SD=1,808)
32. Konzentrationsschwierigkeiten.	1,20 (SD=1,361)	0,83 (SD=1,074)	1,38 (SD=1,302)	1,38 (SD=1,847)
33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	1,00 (SD=1,298)	0,86 (SD=1,159)	1,00 (SD=0,926)	0,75 (SD=0,886)
34. Todesgedanken.	0,35 (SD=0,933)	0,35 (SD=0,880)	0,25 (SD=0,707)	0,50 (SD=1,414)
35. Heißhunger.	1,30 (SD=1,780)	1,04 (SD=1,400)	1,88 (SD=1,356)	0,75 (SD=1,389)
36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	0,30 (SD=0,733)	0,49 (SD=0,950)	0,88 (SD=1,808)	0,75 (SD=0,886)
37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen körperlichen Krankheit zu leiden.	0,35 (SD=0,813)	0,47 (SD=0,864)	0,00 (SD=0,000)	0,75 (SD=0,886)

Physische und psychische Beschwerden der verschiedenen Berufsgruppen (Forschungsfrage 6)

Die angegebenen Berufsbezeichnungen wurden in fünf Kategorien eingeteilt: Heimhilfe, Pflegehilfe, Fachsozialbetreuung (Alten- und Behindertenarbeit), diplomiertes Pflegepersonal und leitende Funktion im Pflegebereich. In Tabelle 11 sind die Mittelwerte der Beschwerden je Berufsgruppe ersichtlich.

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der verschiedenen Berufsgruppen, konnten bei folgenden Beschwerden festgestellt werden: plötzliche grundlose Angstanfälle und Einschlafstörungen. Am häufigsten berichten Personen in der Fachsozialbetreuung ($n=6$; $M=2$; $SD=2,366$) über plötzliche grundlose Angstanfälle, am seltensten leiden Menschen in leitenden Funktionen ($n=10$; $M=0,10$; $SD=0,316$) unter dieser psychischen Beschwerde. Auch Einschlafstörungen treten am häufigsten bei Personen in der Fachsozialbetreuung ($M=2,33$; $SD=1,862$) auf. Am geringsten sind PflegehelferInnen ($n=28$, $M=0,46$, $SD=0,881$) und Personen in leitenden Funktionen ($M=0,90$, $SD=1,101$) von diesem Problem betroffen.

Ein Vergleich der Mittelwerte in Tabelle 11 zeigt deutlich, dass Personen, die in der FachsozialbetreuerInnen, die häufigsten Beschwerden haben. Das geringste Ausmaß an Beschwerden haben durchschnittlich PflegehelferInnen, gefolgt von Personen in leitenden Funktionen.

Physische und psychische Beschwerden von halbtags und ganztags arbeitenden Pflegepersonal (Forschungsfrage 6)

34 der befragten Personen arbeiten unter 30 Wochenstunden (halbtags) und 113 Personen arbeiten mehr als 30 Wochenstunden (ganztags).

Signifikante Unterschiede der angegebenen Beschwerden zwischen halbtags und ganztags arbeitenden Personen, konnten bei folgenden Beschwerden festgestellt werden: ständige Selbstvorwürfe und Rückenschmerzen. Pflegekräfte, die halbtags arbeiten, leiden häufiger unter ständigen Selbstvorwürfen ($M=1,47$; $SD=1,482$) und

Rückenschmerzen (M=2,88; SD=1,387), als jene Pflegekräfte, die ganztags arbeiten (ständige Selbstvorwürfe: M=0,81; SD=1,141; Rückenschmerzen: M=2,27; SD=1,622).

Tabelle 11: Mittelwerte der Beschwerden von verschiedenen Berufsgruppen

Beschwerden	Heimhilfe (n=16)	Pflegehilfe n=(28)	Fachsozialbetr. (n=6)	DGKS (n=83)	Leitende Position (n=10)
1. Kopfschmerzen.	2,25 (SD=1,238)	1,82 (SD=1,588)	2,17 (SD=1,602)	1,95 (SD=1,315)	1,50 (SD=1,268)
2. Innere Unruhe.	1,94 (SD=1,482)	1,32 (SD=1,416)	2,17 (SD=1,329)	1,80 (SD=1,350)	2,00 (SD=1,414)
3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	0,75 (SD=1,125)	0,46 (SD=0,922)	1,33 (SD=1,751)	0,82 (SD=1,289)	0,60 (SD=1,075)
4. Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	0,50 (SD=1,155)	0,36 (SD=1,062)	1,17 (SD=1,602)	0,59 (SD=1,060)	0,70 (SD=0,949)
5. Erinnerungsschwierigkeiten.	0,94 (SD=1,181)	0,54 (SD=0,922)	1,33 (SD=1,751)	0,93 (SD=1,305)	1,20 (SD=1,38)
6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	0,75 (SD=1,065)	0,79 (SD=1,166)	0,50 (SD=0,837)	0,99 (SD=1,163)	1,40 (SD=1,430)
7. Brust-Herzschmerzen.	0,50 (SD=0,730)	0,18 (SD=0,670)	0,50 (SD=1,225)	0,57 (SD=1,106)	0,80 (SD=1,135)
8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegungen und des Denkens.	1,31 (SD=1,195)	0,93 (SD=1,215)	1,00 (SD=0,894)	1,19 (SD=1,264)	1,30 (SD=1,059)
9. Selbstmordgedanken.	0,00 (SD=0,000)	0,00 (SD=0,000)	0,17 (SD=0,408)	0,20 (SD=0,579)	0,30 (SD=0,675)
10. Zittern.	1,19 (SD=0,750)	0,14 (SD=0,356)	1,00 (SD=2,000)	0,41 (SD=0,963)	0,50 (SD=1,080)
11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	1,19 (SD=1,223)	1,04 (SD=1,261)	1,17 (SD=1,472)	1,46 (SD=1,281)	1,00 (SD=1,491)
12. Appetitlosigkeit.	0,44 (SD=0,727)	0,32 (SD=0,723)	1,00 (SD=1,265)	0,42 (SD=0,798)	0,90 (SD=1,101)
13. Plötzliche Weinanfälle.	0,44 (SD=1,031)	0,14 (SD=0,448)	1,33 (SD=1,966)	0,54 (SD=1,051)	0,50 (SD=0,972)
14. Ich habe Angst erappt zu werden.	0,13 (SD=0,342)	0,11 (SD=0,416)	0,50 (SD=1,225)	0,31 (SD=0,825)	0,30 (SD=0,675)
15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	0,63 (SD=1,088)	0,14 (SD=0,591)	2,00 (SD=2,366)	0,31 (SD=0,795)	0,10 (SD=0,316)
16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	1,25 (SD=1,238)	0,71 (SD=1,049)	1,50 (SD=1,517)	1,01 (SD=1,339)	0,40 (SD=0,966)
17. Rückenschmerzen.	2,63 (SD=1,204)	2,32 (SD=1,657)	2,83 (SD=1,722)	2,46 (SD=1,677)	1,40 (SD=0,966)
18. Ich fühle mich einsam.	1,00 (SD=1,265)	0,93 (SD=1,184)	1,00 (SD=1,265)	0,98 (SD=1,343)	0,40 (SD=0,699)
19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	0,38 (SD=0,619)	0,46 (SD=0,999)	1,00 (SD=1,265)	0,66 (SD=1,271)	0,30 (SD=0,949)
20. Ich mache mir ständig Sorgen.	1,94 (SD=1,436)	1,00 (SD=1,388)	1,67 (SD=1,506)	1,63 (SD=1,446)	1,60 (SD=1,350)
21. Interessenlosigkeit.	0,56 (SD=0,964)	0,36 (SD=0,731)	0,50 (SD=0,548)	0,73 (SD=1,037)	0,70 (SD=1,252)
22. Angstanfälle.	0,81 (SD=1,167)	0,39 (SD=0,737)	1,00 (SD=1,673)	0,54 (SD=1,051)	0,30 (SD=0,949)
23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	0,81 (SD=0,911)	0,32 (SD=0,723)	0,83 (SD=1,169)	0,88 (SD=1,282)	0,50 (SD=1,080)
24. Herzrasen.	0,69 (SD=1,014)	0,43 (SD=0,879)	1,17 (SD=1,835)	0,59 (SD=1,105)	0,80 (SD=1,033)
25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	1,13 (SD=1,147)	0,50 (SD=1,036)	1,33 (SD=1,751)	0,78 (SD=1,240)	0,60 (SD=0,843)
26. Unterlegenheitsgefühl.	0,31 (SD=0,602)	0,25 (SD=0,441)	0,50 (SD=0,837)	0,57 (SD=1,050)	0,50 (SD=0,850)
27. Muskelschmerzen.	1,62 (SD=1,408)	0,96 (SD=1,071)	1,83 (SD=1,835)	1,11 (SD=1,397)	1,20 (SD=1,619)
28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	0,75 (SD=0,931)	0,29 (SD=0,600)	0,17 (SD=0,408)	0,66 (SD=1,118)	0,70 (SD=1,160)
29. Einschlafstörungen.	1,81 (SD=1,905)	0,46 (SD=0,881)	2,33 (SD=1,862)	1,07 (SD=1,377)	0,90 (SD=1,101)
30. Ich habe einen leeren Kopf.	0,50 (SD=0,894)	0,25 (SD=0,967)	0,83 (SD=1,169)	0,63 (SD=1,033)	0,80 (SD=1,033)
31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	1,25 (SD=1,238)	0,43 (SD=0,879)	0,50 (SD=0,548)	0,59 (SD=1,094)	0,40 (SD=0,966)
32. Konzentrationsschwierigkeiten.	1,44 (SD=1,365)	0,68 (SD=0,905)	1,67 (SD=1,633)	0,94 (SD=1,193)	0,80 (SD=1,033)
33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	1,19 (SD=1,328)	0,61 (SD=1,066)	0,83 (SD=0,983)	1,06 (SD=1,233)	0,50 (SD=0,972)
34. Todesgedanken.	0,31 (SD=0,873)	0,21 (SD=0,686)	0,50 (SD=1,225)	0,43 (SD=0,978)	0,30 (SD=0,949)
35. Heißhunger.	1,44 (SD=1,548)	1,00 (SD=1,388)	1,50 (SD=2,074)	1,36 (SD=1,527)	0,90 (SD=1,524)
36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	0,81 (SD=1,047)	0,36 (SD=0,870)	0,67 (SD=1,211)	0,51 (SD=1,040)	0,30 (SD=0,675)
37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen körperlichen Krankheit zu leiden.	0,56 (SD=0,814)	0,32 (SD=0,723)	0,50 (SD=1,225)	0,51 (SD=0,875)	0,30 (SD=0,675)

Zusammenfassung und Diskussion

Das Ziel dieser Untersuchung war es, die verschiedenen Zusammenhänge von Akkulturation, Identität und subjektiven Wohlbefinden bzw. Stressempfinden aufzuzeigen. Zusätzlich wurden die erhobenen Variablen auf geschlechtsbedingte und ethnische Einflüsse überprüft. Die physischen und psychischen Beschwerden der StudienteilnehmerInnen wurden erhoben, um diese auf geschlechtsbedingte, ethnische und berufsbedingte Unterschiede zu untersuchen.

Die Untersuchung erfolgte mittels (Online-) Fragebogen in öffentlichen Pflegeeinrichtungen (Krankenhaus, Pflegeheim), sowie auch über Organisationen, die private Pflegehilfen vermitteln (Caritas, Rotes Kreuz, Hilfswerk, Samariterbund). Insgesamt wurden 149 Personen, die im Pflegebereich arbeiten und einen Migrationshintergrund (1. oder 2. Generation in Österreich) haben, befragt. Die meisten StudienteilnehmerInnen arbeiten in Wien, aber es wurden auch Personen aus Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Kärnten und der Steiermark befragt. Der Fragebogen setzt sich zusammen, aus der soziodemografischen Erhebung und aus Skalen zur Messung von Akkulturationsstrategien (MASPAD), ethnischer Identität (MEIM), Lebenszufriedenheit (SWLS), Stress (DLSI) und physischen, sowie psychischen Beschwerden (SCL). Abbildung 11 spiegelt die untersuchten Zusammenhänge der vorliegenden Untersuchung.

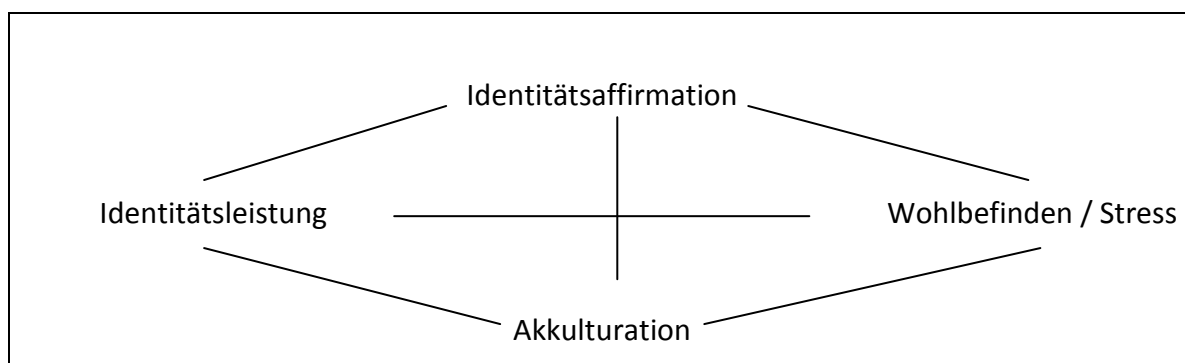


Abbildung 20: Zentrales Untersuchungsmodell

Die Hypothesen zur Forschungsfrage 1 beziehen sich auf einen positiven Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und subjektiven Wohlbefinden,

Stressempfinden, sowie Identitätsaffirmation (siehe Abbildung 11). Phinney (2002) konnte zeigen, dass eine hohe Identitätsleistung mit größerem Wohlbefinden korreliert. Diesen Zusammenhang konnte durch diese Untersuchung nicht bestätigt werden. Zwischen Identitätsleistung und subjektiven Wohlbefinden besteht zwar eine positive Tendenz, jedoch ist diese nicht signifikant.

Die vorliegende Untersuchung zeigte einen positiven Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Stressempfinden. Dies ist ein unerwartetes Ergebnis, da ein negativer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen erwartet wurde. Das vermehrte Erforschen und Verstehen der eigenen Kultur, führt demnach zu mehr Stress in den Kategorien Krisenanfälligkeit, Beziehung und Kommunikation. Dieses Ergebnis widerspricht den Forschungen von Phinney und Kohatsu (1997, in Ghavami et al. 2011). Ihnen zufolge erfahren Individuen, die über eine vollzogene Identitätsleistung berichten, weniger psychologischen Stress, als diejenigen, die eine geringere Identitätsleistung aufweisen. Eine mögliche Erklärung für den positiven Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Stress, könnte mit dem Akkulturationsstress in Verbindung stehen. Durch Prüfung der Forschungsfragen 3, konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Präferenz die Ursprungskultur beizubehalten und den Stresskategorien Krisenanfälligkeit, Beziehung und Kommunikation festgestellt werden. Menschen, die sich intensiver mit ihrer Kultur auseinandersetzen, haben im Zusammenhang mit einer Migration, eine stärkere Präferenz zur Beibehaltung der Ursprungskultur (siehe Forschungsfrage 3). Das Verhalten dazu, geht einher mit den Akkulturationsstrategien: Integration und Separation (Berry, 1997). Durch die Akkulturationswahl der Separation entsteht vermehrt akkulturativer Stress, als bei der Wahl von Integration und Assimilation (Berry et al., 1987). Obwohl die Wahl der Integration mit dem geringsten Aufkommen von akkulturativen Stress in Verbindung steht (Berry et al., 1987), ist für die erfolgreiche Umsetzung dieser Strategie, die Akzeptanz der Aufnahmegesellschaft notwendig. Durch einen Konflikt zwischen der persönlichen und der nationalen Präferenz resultiert Stress (Horenczyk, 1996, in Berry 1997.) Die Akkulturationsstrategie der Aufnahmegesellschaft (Österreich) wurde in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht erhoben. Möglicherweise entstehen durch die Verknüpfung der Integrationsstrategie der ImmigrantInnen, mit jener der Österreicher konflikthafte oder problematische Beziehungen (Bourhis et al., 1997), was wiederum zu mehr Stress

seitens der ImmigrantInnen führen könnte. Außerdem ist in Verbindung mit Migration generell ein erhöhtes Ausmaß an Stress denkbar.

Die Vermutung, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Identitätsleistung und Identitätsaffirmation besteht, wurde in dieser Untersuchung bestätigt ($r=0,809$; $\alpha<.05$). Je mehr Informationen über die eigene ethnische Gruppe gesammelt werden, desto mehr positive Gefühle werden gegenüber der Eigengruppe entwickelt.

Die Hypothesen zur Forschungsfrage 2 beziehen sich auf den Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und subjektivem Wohlbefinden bzw. Stressempfinden. Wie vermutet, besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und subjektivem Wohlbefinden. Die Ausbildung von positiven Gefühlen zur Eigengruppe wirkt sich somit positiv auf das subjektive Wohlbefinden aus.

Überraschend ist die Feststellung, dass in dieser Untersuchung auch ein positiver Zusammenhang zwischen Identitätsaffirmation und Stress vorliegt. Wie bereits bei der Korrelation von Identitätsleistung und Stress erwähnt wurde, könnte der Zusammenhang durch die bevorzugte Akkulturationsstrategie erklärt werden.

Die Forschungsfrage 3 beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von Akkulturation und den anderen Variablen im Modell (Abbildung 19). Ein positiver Zusammenhang zwischen Akkulturation und Identitätsleistung wurde bestätigt. Die Präferenz zur Aufrechterhaltung der ursprünglichen kulturellen Identität, steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Ansammeln von Wissen über die eigene ethnische und kulturelle Gruppe. Auch das Interesse mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten, steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Identitätsleistung, jedoch ist diese Verknüpfung weniger stark ausgeprägt als die erstgenannte. Eine Präferenz zur Aufrechterhaltung der Ursprungskultur, bei gleichzeitiger Präferenz mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten, kennzeichnet die Akkulturationsstrategie der Integration. Da die Identitätsleistung mit beiden Präferenzen in einem signifikanten Zusammenhang steht, ist die Überlegung naheliegend, dass eine hohe Identitätsleistung eine positive Wirkung auf die Umsetzung von Integration haben könnte.

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang, zwischen der Präferenz die Ursprungskultur beizubehalten und positiven Gefühlen gegenüber der Eigengruppe,

festgestellt werden. Zudem steht das subjektive Wohlbefinden in einem signifikanten Zusammenhang mit der Präferenz mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten.

Die Stresskategorien: Krisenanfälligkeit, Beziehung und Kommunikation stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Präferenz die Ursprungskultur beizubehalten. Bei der Präferenz mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten kommt es in Korrelation mit Stress, lediglich in der Kategorie Krisenanfälligkeit zu einem signifikanten Zusammenhang. Zudem kommt es bei einer Korrelation von der Präferenz mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten mit der Stresskategorie Suchtmittel zu einer negativen Tendenz.

Zusammenfassend kann zur Akkulturation folgendes gesagt werden: Je mehr man sich über seine eigene Kultur informiert, desto mehr positive Gefühle entwickelt man gegenüber der Eigengruppe und desto stärker bildet man die Präferenz aus die Ursprungskultur beizubehalten. Über besseres subjektives Wohlbefinden berichten jene Personen, die eine starke Präferenz haben mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten. Demzufolge fühlen sich Personen, welche die Akkulturationsstrategie der Integration und der Assimilation verfolgen, subjektiv wohler, als jene, die die Strategie der Separation und Marginalisation bevorzugen. Außerdem berichten jene Personen, die eine starke Präferenz haben die Ursprungskultur beizubehalten, vermehrt über Stress.

Die Hypothesen zur Forschungsfrage 4 widmen sich der Aussagekraft der verschiedenen Variablen auf das subjektive Wohlbefinden bzw. Stressempfinden. Bezogen auf das subjektive Wohlbefinden ist lediglich die Präferenz mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten ein signifikanter Prädiktor. Die Variablen (Akkulturation, Identitätsleistung, Identitätsaffirmation) haben einen erklärten Varianzanteil von 8,1 % auf das subjektive Wohlbefinden.

Wie bereits erwähnt, hat umgekehrt die Präferenz zur Beibehaltung der Ursprungskultur einen signifikanten Zusammenhang mit dem Stressempfinden. Zudem ist auch die Identitätsaffirmation als signifikanter Prädiktor des Stressempfindens anzusehen. Die Einflussvariablen (Akkulturation, Identitätsleistung, Identitätsaffirmation) können die Variation im Stressempfinden mit 17,8 % erklären.

Die Forschungsfrage 5 bezieht sich auf mögliche Unterschiede im Antwortverhalten aufgrund des Geschlechts und der Ethnie. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten nur bei der Identitätsleistung festgestellt werden. In dieser Untersuchung haben Männer sich intensiver als Frauen mit dem Erforschen und Verstehen der eigenen Identität beschäftigt.

Auch Unterschiede aufgrund der Ethnie konnten ausgemacht werden. So zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Antwortverhalten zu Fragen nach der Ursprungskultur, der Identitätsleistung, der Identitätsaffirmation und der Stresskategorie Beziehung. Beim Vergleich der fünf häufigsten Ethnien dieser Untersuchung (Slowakei, Österreich, Polen, Deutschland, Bosnien und Herzegowina), ist auffallend, dass Polen/Polinnen die stärkste Präferenz haben die Ursprungskultur beizubehalten und gleichzeitig auch eine starke Präferenz haben mit anderen Kulturen in Kontakt zu treten. Diese Kombination lässt darauf schließen, dass Polen/Polinnen vermehrt die Integrationsstrategie befürworten. Während Personen aus Polen, Bosnien und Herzegowina, der Slowakei und Deutschland eine starke Präferenz zur Beibehaltung der Ursprungskultur angaben, haben Personen, die sich Kroatien und Österreich zugehörig fühlen, im Vergleich nur eine geringe Präferenz angegeben. Es scheint so, dass sich Polen/Polinnen wesentlich intensiver mit der Erforschung ihrer kulturellen und ethnischen Identität (Identitätsleistung) beschäftigen als Kroaten/Kroatinnen. Dieser Unterschied in der Identitätsleistung zwischen Polen/Polinnen und Kroaten/Kroatinnen, geht nicht konform mit den kulturellen Wertedifferenzen nach Hofstede (2006). Polen wird ihm zufolge als individualistische Kultur bezeichnet und Kroatien als kollektivistische. Eigentlich wäre anzunehmen, dass sich Personen in kollektivistische Kulturen mehr mit ihrer Herkunft beschäftigen, als Personen in individualistischen Kulturen. Personen aus Bosnien und Herzegowina haben deutlich mehr positive Gefühle ihrer Eigengruppe gegenüber entwickelt, als Kroaten/Kroatinnen. Ebenso haben Personen, die sich Österreich zugehörig fühlen im Vergleich nur wenig positive Gefühle ihrer Eigengruppe gegenüber ausgebildet. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sich Deutsche wenig Sorgen machen um ihre Beziehungen. Demgegenüber berichten Personen aus Bosnien und Herzegowina, der Slowakei und Österreich über vermehrten Stress in der Kategorie Beziehung.

Die Forschungsfrage 6 der vorliegenden Studie befasst sich mit Unterschieden zwischen den physischen und psychischen Beschwerden der StudienteilnehmerInnen. Beide Geschlechter berichten vorwiegend über Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, inner Unruhe, ständige Sorgen und Heißhunger, wenn auch nicht in der gleichen Reihenfolge. Frauen leiden signifikant häufiger unter Vertrauensmangel gegenüber anderen, ständigen Selbstvorwürfen und dem Gefühl, anderen ein Dorn im Auge zu sein, als Männer.

Es konnten nur geringe Unterschiede zwischen den Beschwerden von ethnischen Gruppen festgestellt werden. Asiaten leiden häufiger unter Schwindel bzw. Ohnmachtsanfälle, als Personen aus Europa. Die fünf größten ethnischen Gruppen dieser Untersuchung (Slowakei, Österreich, Kroatien, Polen) nennen die selben zwei häufigsten Beschwerden: Rückenschmerzen und Kopfschmerzen. Zudem machen sich viele ÖsterreicherInnen und Polen/Polinnen ständige Sorgen und berichten über eine innere Unruhe. Auch viele Kroaten/Kroatinnen machen sich ständige Sorgen und berichten über Vertrauensmangel gegenüber anderen. Polen/Polinnen leiden zusätzlich unter ständigen Selbstvorwürfen.

Die angegebenen Berufsbezeichnungen wurden zur statistischen Auswertung in fünf Gruppen eingeteilt: Heimhilfe, Pflegehilfe, Fachsozialbetreuung, diplomiertes Pflegepersonal und leitende Funktion im Pflegebereich. Allgemein ist die durchschnittliche Häufigkeit der einzelnen Beschwerden bei allen Berufsgruppen relativ niedrig und schwankt zwischen Häufigkeitsangaben von „nie“ bis zu „hin und wieder“. FachsozialbetreuerInnen leiden signifikant häufiger unter plötzlichen grundlosen Angstanfällen und Einschlafstörungen. Am geringsten sind PflegehelferInnen und Personen in leitenden Funktionen von diesem Problem betroffen. Generell haben FachsozialbetreuerInnen mit großem Abstand die häufigsten Beschwerden und jene, die als Pflegehilfe oder in leitenden Funktionen tätig sind, die geringsten Beschwerden angegeben. Personen der Fachsozialbetreuung berichten häufiger, als andere Berufsgruppen, über innere Unruhe, Schwindel, das Gefühl, dass andere für ihre Beschwerden verantwortlich sind, Erinnerungsschwierigkeiten, Zittern, Appetitlosigkeit, plötzliche Weinanfälle, Angst davor ertappt zu werden, plötzliche grundlose Angstanfälle, ständigen Sorgen, Rückenschmerzen, Einsamkeit, Angstanfällen,

Herzrasen, Übelkeit oder Bauchschmerzen, Muskelschmerzen, Einschlafstörungen, leeren Kopf, Konzentrationsschwierigkeiten und Heißhunger.

Es scheint so, dass die Arbeit in der Fachsozialbetreuung besonders häufig begleitet wird von vielen physischen und psychischen Beschwerden und daher Präventionsmaßnahmen speziell für diese Berufsgruppe notwendig erscheinen. Überraschend ist die Feststellung, dass durchschnittlich mehr HeimhelferInnen über Beschwerden berichten, als PflegehelferInnen. Durch den größeren pflegerischen Tätigkeitsbereich der PflegehelferInnen, könnte man meinen, dass dieser zu häufigeren Beschwerden führt, als bei HeimhelferInnen. Dies ist in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht der Fall. HeimhelferInnen berichten vermehrt über Energiemangel, ständige Sorgen, negative Zukunftsperspektiven und einem allgemeinen Schwächegefühl. Außerdem berichten HeimhelferInnen, im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen, vermehrt über das Gefühl, wertlos zu sein, was eventuell auf den niedrigeren gesellschaftlichen Status zurückzuführen ist. Abschließend ist festzuhalten, dass über eine relativ niedrige Häufigkeit der Beschwerden berichtet wurde, was auf einen guten Gesundheitszustand der Berufsgruppen schließen lässt. Allerdings berichten FachsozialbetreuerInnen über besonders viele Beschwerden, wenn auch in einem relativ niedrigem Ausmaß. Darum scheinen spezielle Maßnahmen zur Entlastung dieser Berufsgruppe notwendig.

Um die physischen und psychischen Beschwerden der StudienteilnehmerInnen bezüglich des Arbeitsausmaßes zu unterscheiden, wurden die angegebenen Wochenstunden in die Variablen „halbtags“ (weniger als 30 Wochenstunden) und „ganztags“ (mehr als 30 Wochenstunden) eingeteilt. Die Vermutung war, dass durch eine längere Arbeitszeit, Beschwerden häufiger auftreten. Gegen die Erwartungen wurde jedoch festgestellt, dass Personen, die halbtags arbeiten signifikant häufigere Beschwerden haben bezüglich ständigen Selbstvorwürfen und Rückenschmerzen.

In der vorliegenden Untersuchung wurden positive Zusammenhänge zwischen der Präferenz mit neuen Kulturen in Kontakt zu treten und subjektivem Wohlbefinden, festgestellt. Zudem wurden positive Zusammenhänge zwischen der Präferenz zur Beibehaltung der Ursprungskultur und Stress nachgewiesen. Diese Ergebnisse sprechen für eine Empfehlung zur Förderung der Akkulturationsstrategie der Assimilation bzw. des

Melting Pot (Berry, 1997). Allerdings wurde die Wahl der Integration mit dem geringsten Aufkommen von akkulturativem Stress in Verbindung gebracht (Berry et al., 1987). Integration subsumiert zugleich Verhaltensweisen, welche die Beibehaltung der Ursprungskultur befürwortet, und jene die neue Kulturkontakte ermöglichen. Eine weitere Untersuchung könnte die bevorzugte Akkulturationsstrategie der ÖsterreicherInnen mit einbeziehen. Dadurch könnte untersucht werden, ob das vermehrte Stressempfinden der ImmigrantInnen, die ihre Ursprungskultur beibehalten möchten, basiert auf einer konflikthafter oder problematischer Kontaktsituation mit der Aufnahmegesellschaft.

Zudem ist es ratsam, in der Ausbildung mögliche physische und psychische Belastungen zu betonen und präventive Maßnahmen, wie zum Beispiel spezielle Rückenübungen und Ausgleichsübungen, vorzustellen. Da im Pflegebereich vermehrt Personen aus dem Ausland arbeiten, sollen die kulturellen Prozesse der Eingliederung besprochen werden und auf spezielle Beratungseinrichtungen für ImmigrantInnen hingewiesen werden. Fehlende soziale Integration und Unterstützung (sozial support) wird als Belastung empfunden. Darum ist es wichtig, den MigrantInnen Möglichkeiten für soziale Netzwerke aufzuzeigen, da die gegenseitigen Unterstützungsleistungen positiv auf die Gesundheit (Wohlbefinden und Stressempfinden) wirken.

.

Literaturverzeichnis

- Arroyo, C. G. & Zigler, E. (1995). Racial identity, academic achievement and the psychological well-being of economically disadvantaged adolescents, *Journal of Personality and Social Psychologie*, 69, 903-914.
- Ashmore, R., Deaux, K., & McLaughlin-Volpe, T. (2004). An organizing framework for collective identity: Articulation and significance of multidimensionality, *Psychological Bulletin*, 130, 80–114.
- Barron, L., Hebl, M., King, E. (2011). Effects of manifest ethnic identification on employment discrimination, *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 17(1), 23-30.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. K. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Beiser, M., Barwick, C., Berry, J. W., da Costa, G., Fantino, A., Ganesan, S., Lee, C., Milne, W., Naidoo, J., Rince, R., Tousignant, M. & Bela, E. (1988). Mental health issues affecting immigrants and refugees. Ottawa, Health and Welfare Canada.
- Berry, J. W. (1991) Understanding and managing multiculturalism. *Psychology and Developing Societies*, 3, 17 – 49.
- Berry, J. W. (1997) Immigration, Acculturation and Adaption, *Applied Psychologie: An International Review*, 46 (1), 5 – 68.
- Berry, J. W. & Kalin, R. (1995). Multicultural and ethnic attitudes in Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27, 301-320.
- Berry, J. W., Kim, U., Mindo, T. & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21, 491-511.
- Berry, J. W., Kim, U., Power, S., Young, M. & Bujaki, M. (1989) Acculturation attitudes in plural societies, *Applied Psychology: An International Review*, 38, 185 – 206.
- Berry, J. W. & Sam, D. L. (1997). Acculturation and Adaption. In: Berry, J. W., Segall, M. H. & Kagitcibasi, C. (Hrsg.). *Handbook of cross-cultural psychology, Band 3: Social behavior and applications*, Bosten, MA: Allyn & Bacon, S. 291-326.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H, Segall, M. H. & Dasen, P. R. (2002) *Cross-Cultural Psychologie: Research and Applications*, New York, Cambridge University Press.
- Bourhis, R. Y., Moise, L. C., Perreault, S. & Senécal, S. (1997a). Towards an Interactive Acculturation Model: A Social Psychological Approach. *International Journal of Psychology*, 32, 369-386.

- Bourhis, R. Y., Moise, L. C., Perreault, S. & Senécal, S. (1997b). Immigration und Multikulturalismus in Kanada: Die Entwicklung eines interaktiven Akkulturationsmodells. In: Mummendey, A. & Simon, B. (Hsgb.). *Identität und Verschiedenheit: Zur Sozialpsychologie der Identität in komplexen Gesellschaften*, Bern, Hans Huber, S. 63 – 108.
- Brislin, R. W. (1981). *Cross-cultural encounters: Face-to-face interactions*, New York, Pergamon Press.
- Buchan, J. & Sochalski, J. (2004). The migration of nurses: trends and policies, In: *Bulletin of the World Health Organization*, August, 82(8), 587-593.
- Buchan, J. (2006). Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois, C., McKee, M., Nolte, E. (Hrsg.): *Human resources for health in Europe*, Maidenhead/Bershire: Open University Press, S. 41-46.
- Bühl, W. L. (1986). Kultur als System, In: Neidhart, F. (1986). *Kultur und Gesellschaft*, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 27, Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 118-144.
- Cohen, A. & Welch, L. (2005). Überzeugungen, Werthaltungen und Kultur als Stressmediatoren, In: Hill Rice, V. (2005). *Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft*, Bern, Hans Huber.
- Cokley, K. (2007). Critical issues in the measurement of ethnic and racial identity: A referendum on the state of the field. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 224–239.
- Cross, W. & Fhagen-Smith, P. (2001). Patterns of African American identity development: A life span perspective, In: Wijeyesinghe, C. & Jackson, B. (Hrsg.), *New perspectives on racial identity development: A theoretical and practical anthology*, New York, New York University Press, S. 243-270.
- Cummings, N. A. & Candebos, G. R. (1981). The twenty year Kaiser-Permanente experience with psychotherapy and medical utilization: Implications for national health policy and national health insurance, *Health Policy Quarterly*, 1, 159-175.
- Dauerböck, M. (2010), *Kulturelle und identitäre Entwicklung peruanischer MigrantInnen in Österreich*, Diplomarbeit Universität Wien.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119-136.
- Diaz-Guerrero, R. (1979). The development of coping style. *Human Development*, 22, 320-331.
- Diener, E, Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Duke, M. R., Bourdeau, B. & Hovey, J. D. (2010). Day laborers and occupational stress: Testing migrant stress inventory with a latino day laborer population, *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16, 116-122.
- Eickelpasch, R. & Rademacher, C. (2004). Identität, Bielefeld, Transcript Verlag.
- Erfurt, J. (2005). Transkulturalität und Hybridität: L'espace francophone als Grenzerfahrung des Sprechens und Schreibens, Frankfurt am Main, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Erikson, E., H., (1994). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main. Suhrkamp.
- Fenton, C. (1989). Racism and mental health. In: Cox, J. & Bostock, S. (Hrsg.), Racial discrimination in health services. Keele, UK, University Press.
- Ghavami, N., Fingerhut, A., Peplau, L. A., Grant, S. K. & Wittig, M. A. (2011). Testing a model of minority identity achievement, identity affirmation and psychological well-being among ethnic minority and sexual minority individuals, *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17, 79-88.
- Goffmann, E. (1997 [1959]). Wir alle spielen Theater: Eine Selbstdarstellung im Alltag, 6. Aufl., München.
- Goffmann, E. (1998 [1963]). Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, 13. Aufl., Frankfurt am Main.
- Graves, T. (1967). Psychological acculturation in a tri-ethnic community, *South-Western Journal of Anthropologie*, 23, 121-132.
- Gurin, P., & Townsend, A. (1986). Properties of gender identity and their implications for gender consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 25, 139–148.
- Halpern, D. (1993). Minorities and mental health. *Social Science and Medicine*, 36, 597-607
- Han, P. (2005). Soziologie der Migration, Stuttgart, Lucius & Lucius.
- Han, P. (2010). Soziologie der Migration´, Stuttgart, Lucius & Lucius.
- Ho, E. (1995). The challenge of culture change: The cross-cultural adaption of Hong Kong Chinese adolescent immigrants in New Zealand. Unpublished Doctoral Thesis. University of Waikato, New Zealand.
- Hofstede, G. (2006). Lokales Denken, globales Handeln: Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management (3. Auflage), München, dtv.
- Horenczyk, G. (1996). Migrant identities in conflict: Acculturation attitudes and perceived acculturation ideologies. In: Breakwell, G. & Lyons, E. (Hrsg.). Changing European identities. London, Pergamon.

- Kalin, R. & Berry, J. W. (in Druck). Ethnic and civic self-identity in Canada. *Canadian Ethnic Studies*.
- Kirchler, E. (2005). Arbeits- und Organisationspsychologie, Wien, Facultas
- Kroeber, A. L. & Kluckhohn, C. (1967). Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions, New York, Vintage (Erstausgabe 1952, Harvard University).
- Krohne, W., H. (1997). Stress und Stressbewältigung, In: Schwarzer, R. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch, Göttingen, Hofgrefe, S. 267-284.
- Kwiatkowska-Chodnicka, K. (2011) Peercoaching bei pro mente Wien, Diplomarbeit Universität Wien
- Lalonde, R. & Cameron, J. (1993) An intergroup perspective on immigrant acculturation with a focus on collective strategies, *International Journal of Psychology*, 28, 57-74.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process, New York, McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1999). Stress and emotion: A new synthesis. London, Free Association Books.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping, New York, Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In: Appley, M. & Trumbull, R. (Hrsg.). Dynamics of stress. Physiological, psychological and social perspectives, New York, Plenum.
- Lee, E. (1972). Eine Theorie der Wanderung. In: Szell G. (Hrsg.) Regionale Mobilität, München, Nymphenburger Verlag, S. 115 – 129.
- Linville, P. W. (1985). Self-complexity and affective extremity: Don't pull all your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*, 3, 94-120.
- Linville, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- Lorenzo, F., Galvez-Tan, J., Icamina, K. & Javier, L. (2007). Nurse Migration from a Source Country Perspective: Philippine Countr Case Study, *Health Services Research*, Vol. 42, Issue 3, Part II, S. 1406-1418.
- Lüddemann, S. (2010). Kultur: Eine Einführung, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, N. (1974). Soziologische Aufklärung, 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, Wiesbaden, Opladen.
- Lyon, B. (2005). Stress, Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick, In: Hill Rice, V. (Hrsg.) Stress und coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft, Bern, Hans Huber.
- Maletzke, G. (1996), Interkulturelle Kommunikation: Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen, Opladen, Westdeutscher Verlag.

- Mael, F. A., & Tetrick, L. E. (1992). Identifying organizational identification, *Educational and Psychological Measurement*, 52, 813–824.
- Moghaddam, F. M., Ditto, B. & Taylor, D. (1990). Attitudes and attributions related to symptomatology in Indian immigrant women. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21, 335-350.
- Obasi, E. M. & Leong, F. T. L. (2010). Construction and validation of the measurement of acculturation strategies for people of African descent (MASPAD). *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16, 526-539.
- Oberg, K. (1960). Cultural Shock – Adjustment to new Cultural Environments. *Practical Anthropology*, 7, 177-182.
- Olmeda, E. L. (1979). Acculturation, a psychometric perspective. *American Psychologist*, 34, 1061-1070.
- Paul, M. J. & Fischer, J. L. (1980). Correlates of self-concept among black early adolescents, *Journal of Youth and Adolescence*, 9, 163-173.
- Philogène, G. (1999). *From Black to African American: A new social representation*. Westport, CT: Praeger.
- Phinney, J. S. & Alipuria, L. (1990). Ethnic identity in college students from four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 13, 171-184.
- Phinney, J. S. (1992). The multigroup ethnic identity measure: A new scale for use with diverse groups, *Journal of Adolescent Research*, 7, 156-176.
- Phinney, J. S & Kohatsu, E.L. (1997). *Ethnic and racial identity in college development and mental health*. New York, Cambridge University Press.
- Phinney, J. S. & Ong, A.D. (2007). Conceptualization and Measurement of Ethnic Identity: Current Status and Future Directions, *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 54, 3, 271-281.
- Portes, A. & Rumbaut, R. (2001). *Legacies: The story of the immigrant second generation*, Berkeley, CA, University of California Press.
- Redfield, R., Linton, R. & Herskovits, M. (1936). Memorandum on the study of acculturation, *American Anthropologist*, 38, 149 – 152.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*, Heidelberg, Asanger.
- Rudda, J. & Marschitz, W. (2006). 24-Stunden-Betreuung. Reform der Pflegeversorgung in Österreich, In: *Soziale Sicherheit*, November, 445-453.
- Sam, D. L. (1995). Acculturation attitudes among young immigrants as a function of perceived parental attitudes to cultural change. *Journal of early Adolescence*, 15, 238-258.

- Schmied, S. T. (2011). Akkulturation türkischer Jugendlicher im Raum Wien: Eine Untersuchung von Akkulturationsstrategien, ethnischer Identität und Sprache im Rahmen kultureller Anpassung, Diplomarbeit Universität Wien.
- Schmitz, P. (1992). Acculturation styles and health. In: Iwawaki, S., Kashima, Y. & Leung, K. (Hrsg.). *Innovations in cross-cultural psychology*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger.
- Schönplug, U. (2003). Migration aus kulturvergleichender psychologischer Perspektive. In: Thomas, A. (Hrsg.). *Kulturvergleichende Psychologie*, Göttingen, Hogrefe, 515 – 542.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16-39
- Selye, H. (1956). *The stress of life*, New York, McGraw-Hill.
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present, and future. In: C.L. Cooper (Hsg.), *Stress research: Issues for the eighties*, New York, John Wiley.
- Simoens, S., Villeneuve, M. & Hurst, J. (2005): *Tacking Nurse Shortages in OECD-Countries*. OECD Health Working Paper, Paris.
- Sobel, D. S. (1995). Rethinking medicine: Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine*, 52, 234-244.
- Sorokin, P. A. (1964). *Social and cultural mobility*, New York, Free Press of Glecoe.
- Staub, J. & Thomas, A. (2003). Positionen, Ziele und Entwicklungslinien der kulturvergleichenden Psychologie. In: Thomas, A. (Hrsg.) *Kulturvergleichende Psychologie*, Göttingen, Hogrefe.
- Statistik Austria (2005). *Volkszählung. Erwerbspersonen nach beruflichen und wirtschaftlichen Merkmalen*. Wien, Verlag Österreich GmbH.
- Stryker, S., & Serpe, R. T. (1994). Identity salience and psychological centrality: Equivalent, overlapping, or complementary concepts? *Social Psychology Quarterly*, 57, 16–35
- Tajfel, H. (1978). *The social psychology of minorities*, New York, Minority Rights Group.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An interactive theory of intergroup conflict, In: Austin, W. G. & Worchel, S. (Hrsg.), *The social psychology of intergroup relations*, Brooks/Cole, Monterey, Calif.
- Tajfel H. & Turner J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In: Worchel, S. & Austin, W. G. (Hrsg.), *Psychology of intergroup relations*, Nelson-Hall, Chicago.
- Thomas, A. (1993). Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns, In: Thomas, A. (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie – Eine Einführung*, Göttingen, Hofgrefe.

- Thomas, A. (2003). Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns, In: Thomas, A. (Hrsg.), Kulturvergleichende Psychologie (2., überarbeitete und erweiterte Auflage), Göttingen, Hogrefe.
- Treibel, A. (1990). Migration in modernen Gesellschaften: Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit, München, Juventa.
- Triandis, H., Bontempo, R., Villareal, M., Asai, M. & Lucca, N. (1988). Individualism and collectivism. Cross-cultural perspectives on self-ingroup relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 323-338.
- Tyler, E. B. (1871). *Primitive Cultur*, London, Murrey.
- United Nations, Populations Division (2002). *International Migration 2002 – Wall Chart*, New York: United Nations Publication.
- WHOQOL (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Wiswede, G. (2004), *Sozialpsychologie-Lexikon*, München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- World Health Organization (2006). *Working together for health*, Geneva.

Internetquellen:

- Bach, S. (2003). International migration of health workers: Labour and social issues, Working Paper, Geneva. URL: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf>. (Stand: 30.1.2007).
- Bach, S. (2006). International Mobility of Health Professionals. Brain Drain or Brain Exchange? Research Paper No. 2006/82, London: UNU_WIDER. URL: <http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2006-82.pdf>. (Stand: 30.1.2007).
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>. (Stand: 30.1.2007).
- Kurier Wien (30.Mai 2004). Spinalt und Sauerkraut war ein Schock. Wien. Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband. Pressemeldung: Ausgabe 05/2004. URL: <http://www.oegkv.at> (Stand: 30.1.2007).
- Lenhart, M. (2007). Die Migration von (weiblichen) Pflegekräften. Kurswechsel 2/2007: 28-35. URL: http://www.beigewum.at/wordpress/wp-content/uploads/028_maureen_lenhart.pdf (Stand: 1.6.2012).

Lenhart, M. & Österle, A. (2007). Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift, 12/07.

URL: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2007/12/lenhart_oesterle.pdf (Stand: 1.6.2012).

Mosberger, B., Jelenko, M., Kaupa, I. & Kein, C. (2007): Erwerbsbiographien und Qualifikationsprofile von Diplomierten Pflegediensten. AMS info 98. Horn, Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., URL: <http://www.ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/info98.pdf>. (Stand: 30.1.2007).

Statistik Austria (2010): Personal im Gesundheitswesen

URL:http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html (Stand: 1.6.2012)

Statistik Austria (2011): Soziales.

URL:http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/index.html (Stand: 1.6.2012)

Statistik Austria (2012): Bevölkerung.

URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (Stand: 1.6.2012).

World Health Organization: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>. (Stand: 30.1.2007).

Wittmann, M. (2005): Kommentar:pflegeberuf für viele migrantInnen nicht nur traumjob sondern auch berufung. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. Pressemeldung: Ausgabe 03/2005. URL: <http://www.oegkv.org> (Stand: 30.1.2007).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Existentielle Unsicherheit und Orientierungsstörungen als Folgen migrationsbedingter Entwurzelung und Desozialisierung (Han, 2010).....	21
Abbildung 2: Das Modell von Ghavami et. al, 2011.....	33
Abbildung 3: Rahmenmodell der Akkulturation (Berry et. al, 2002).....	34
Abbildung 4: Typen der akkulturierender Gruppen (Schönpflug, 2003).....	35
Abbildung 5: Zweidimensionales Akkulturationsmodell: Strategien der ImmigrantInnen, (Berry, 1980)	37
Abbildung 6: Zweidimensionales Akkulturationsmodell: Strategien der Aufnahmegesellschaft (Berry, 1980)	40
Abbildung 7: Rahmenmodell der Akkulturation (Berry, 1997).....	42
Abbildung 8: Das Interaktive Akkulturationsmodell von Bourhis et al. (1997b).	46
Abbildung 9: Allgemeines Adaptationsmodell nach Selye, 1981	49
Abbildung 10: Person-Umwelt-Transaktion in Form einer Wippe (seesaw analogy), Lazarus, 1999	51
Abbildung 11: Zentrales Untersuchungsmodell 1	58
Abbildung 12: Zentrales Untersuchungsmodell 2	58
Abbildung 13: Interpretation des MASPAD (Obasi & Leong, 2011)	63
Abbildung 14: Staatsbürgerschaft	69
Abbildung 15: Ethnie 1.....	70
Abbildung 16: Ethnie 2.....	71
Abbildung 17: Berufsbezeichnung	73
Abbildung 18: Aufenthaltszeit	75
Abbildung 19: Migrationsgrund	75
Abbildung 20: Zentrales Untersuchungsmodell	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indexwerte (Rangreihung) - aus 74 Ländern (Hofstede, 2006)	17
Tabelle 2: Pearson-Korrelationen der Variablen im Modell	76
Tabelle 3: Zusammenfassung Modell 1	78
Tabelle 4: Modell 1 - Koeffizienten	78
Tabelle 5: Zusammenfassung Modell 2	79
Tabelle 6: Modell 2 - Koeffizienten	79
Tabelle 7: Mittelwerte nach Ethnie und Geschlecht der sechs häufigsten Ethnien.....	81
Tabelle 8: Häufige Symptome: Frauen vs. Männer	82
Tabelle 9: Mittelwerte der Beschwerden von Frauen und Männern.....	83
Tabelle 10: Mittelwerte der Beschwerden von verschiedenen Ethnien	85
Tabelle 11: Mittelwerte der Beschwerden von verschiedenen Berufsgruppen	87

Anhang

Erhebungsinstrument: Fragebogen

Liebe StudienteilnehmerInnen!

Ich bin Studentin an der Universität Wien und möchte im Rahmen meiner Diplomarbeit untersuchen, inwieweit sich das Gefühl einer ethnischen Identität und das Zugehörigkeitsgefühl zu einer ethnischen Gruppe auf das Wohlbefinden und das Stressempfinden auswirken. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden anonym und vertraulich behandelt und könnten anschließend in Präventionsmaßnahmen einfließen.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Mitarbeit!

I. Soziodemografische Erhebung

1. **Alter** _____ **Geschlecht** M W **Geburtsland** _____
2. **Staatsbürgerschaft (Mehrfachnennungen möglich)**

3. **Volk (Ethnie), dem ich mich zugehörig fühle** _____

Ethnie meiner Mutter _____ Ethnie meines Vaters _____
4. **Was ist ihre Muttersprache (Mehrfachnennungen möglich)** _____
5. **Deutsche Sprachkenntnisse** sehr gut gut mittelmäßig gering schlecht
6. **Aufenthaltsgenehmigung in Österreich** ja nein
7. **Familienstand** ledig verheiratet geschieden Lebensgemeinschaft verwitwet

8. **Haben Sie eigene Kinder?** nein ja, und zwar insgesamt _____ (Anzahl)

9. **Lebt die nahestehende Familie in Österreich?** ja nein

➔ Wenn Ihre Familie nicht in Österreich lebt:

Schicken Sie Ihr Einkommen ihren Angehörigen? ja, alles ja, einen Teil nein

Möchten Sie mit Ihrer Familie in Österreich leben? ja nein

10. **Religion**

Christentum Islam Judentum Hinduismus Buddhismus Atheismus Anderes

11. **Höchste abgeschlossene Schulbildung**

Pflichtschule Lehre Fachschulabschluss Matura Studium (FH, Uni) Kein Schulabschluss

12. **genaue Berufsbezeichnung** _____

13. **Monatsgehalt** < 500 € < 1000 € >1000 €

14. **Anzahl der wöchentlichen Arbeitstage** _____ **Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden** _____

15. **Mit wie vielen Personen leben Sie in einem Haushalt zusammen**

Mit keiner Person Mit _____ weiteren Person(en)

➔ Wenn Sie mit jemanden zusammenleben:

Mit wem wohnen Sie derzeit in einem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)

Ehe-/Lebenspartner mit Verwandten (Eltern, Geschwister, ...) in einer WG

mit der zu betreuenden Person

16. **Wohnverhältnisse** Eigentumswohnung Mietwohnung Sozialwohnung Hotel Haus

17. **Freizeitbeschäftigungen**

18. **In wievielter Generation leben Sie in Österreich**

Erster Zweiter Dritter Mehr als dritter Generationen

➔ Wenn Sie in erster Generation in Österreich leben:

Wie lange leben Sie in Österreich Anzahl der Jahre _____ Anzahl der Monate (wenn < Jahr) _____

Grund der Migration

Arbeit Familienzusammenführung politische Gründe Ausbildung Anderes

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme sehr stark zu
1. Ich bin sehr stolz auf meine Herkunft.						
2. Wenn ich Kinder habe, werde ich ihnen einen typischen Namen meines Herkunftslandes geben.						
3. Ich fühle mich der Kultur meiner Herkunft nicht zugehörig.						
4. Wenn ich Kinder habe, werde ich ihnen zuerst die österreichische Kultur beibringen und erst dann die Kultur meines Herkunftslandes.						
5. Ich wurde dazu erzogen, Werte und Bräuche meiner Ursprungskultur beizubehalten.						
6. Ich habe Schwierigkeiten meine Ursprungskultur zu akzeptieren.						
7. Ich tendiere dazu Freundschaften mit Personen anderer Kulturen und Hautfarbe (Ethnien) einzugehen.						
8. Ich wurde dazu erzogen ältere Personen mit Respekt zu behandeln.						
9. Jede/r hat die gleiche Möglichkeit in diesem Land finanziell erfolgreich zu sein.						
10. Ich habe keine Schwierigkeiten mich in diese Gesellschaft einzufügen.						
11. Diskriminierende Beleidigungen sind für mich wichtig, um meine kulturellen Ideen aufrechtzuerhalten.						
12. Ich verhalte mich typisch für mein Herkunftsland, auch wenn dieses Verhalten hier von anderen Kulturen nicht akzeptiert wird.						
13. In der Öffentlichkeit (Schule, Arbeit, usw.) verhalte ich mich anders als privat.						
14. Ich halte mich für eine spirituelle Person.						
15. Ich nehme nichts von der Natur ohne etwas zurückzugeben.						
16. Ich halte mich für eine religiöse Person.						
17. Es ist lebenswichtig für mich in Aktivitäten meiner kulturellen Gemeinschaft einbezogen zu sein.						
18. Das Wort „kollektivistisch“ beschreibt wie ich mit anderen Personen interagiere.						
19. Ich bevorzuge es mich mit Personen anderer Kulturen abzugeben.						
20. Ich nehme an vielen sozialen Events teil, an welchen ich wenige Angehörige meiner Kultur antreffe.						
21. Ich unterstütze Geschäfte meiner eigenen Kultur.						

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme sehr stark zu
22. Ich glaube, dass Personen ihre Ansichten und Werte ändern sollten, um sich besser in die "neue" Kultur zu integrieren.						
23. Um mich anzupassen nehme ich andere kulturelle Werte an.						
24. Ich wurde dazu erzogen Unternehmen meiner Kultur zu unterstützen.						
25. Meine Überzeugungen wurden vor allem von meiner Religion geformt.						
26. Viele meiner engen Freunde und früheren Partner gehören verschiedenen Kulturen an.						
27. Ich bevorzuge Unterhaltung (Filme, Musik, Spiele, Sport), welche mein Land hervorhebt.						
28. Ich kaufe Produkte, die in meinem Herkunftsland hergestellt werden.						
29. Ich bevorzuge keine Produkte von Unternehmen meiner Ursprungskultur zu kaufen.						
30. Ich glaube, dass Festlichkeiten das spirituelle und physische Gleichgewicht in meiner Gesellschaft erhalten.						
31. Ich praktiziere verschiedene Rituale, um die Verstorbenen zu ehren.						
32. Ich sehe kein Problem darin Werte anderer Kulturen aufzunehmen, um finanziell erfolgreich zu sein.						
33. Menschen meiner Herkunft sollten über ihre Geschichte bescheid wissen, welche mit der Geburt der Menschheit begann.						
34. Ich bin aktiv in das spirituelle System meiner Herkunft einbezogen.						
35. Mündliche Abmachungen sind für mich weniger wichtig, als schriftliche Verträge.						
36. Ich besitze keine Produkte, die von Personen meiner Herkunft hergestellt wurden.						
37. Ich verwende Wörter meiner Muttersprache bei spirituellen Anlässen.						
38. Menschen in Österreich sollten nur deutsch sprechen.						
39. Vielleicht werde ich jemanden heiraten, der nicht meiner Kultur angehört.						
40. Angehörige meiner Kultur sollten unsere Kunst und Musik achten und anerkennen.						
41. Mein eigener Erfolg ist wichtiger als der gemeinsame Erfolg meiner kulturellen Gemeinschaft.						
42. Ich nutze verschiedene Formen der Medien (TV, Internet, Zeitungen), um über aktuelle Geschehnisse meiner kulturellen Gemeinschaft informiert zu sein.						

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme sehr stark zu
43. ImmigrantInnen sollten keine Entschädigung für erlittene Ungerechtigkeiten bekommen, weil wir heute alle von der Kolonialisierung profitieren.						
44. Ich habe mich entschieden, nicht gegen Ungerechtigkeiten an ImmigrantInnen vorzugehen.						
45. Indem ich mich an meine Kultur klammere, kann ich auch die Würde und Menschlichkeit anderer Kulturen anerkennen.						

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme sehr stark zu
1. Ich habe viel Zeit investiert, um mehr über meine ethnische Gruppe herauszufinden (z.B. Geschichte, Traditionen, Bräuche).						
2. Ich bin in Vereinen tätig, in denen die meisten Mitglieder meiner ethnischen Gruppe angehören.						
3. Ich habe eine genaue Vorstellung von meinen ethnischen Hintergründen.						
4. Ich denke viel darüber nach, wie sich meine ethnische Zugehörigkeit auf mein Leben auswirkt.						
5. Ich bin froh, dass ich dieser Gruppe angehöre.						
6. Ich habe einen starken Bezug zu meiner ethnischen Gruppe.						
7. Ich weiß genau, was die Mitglieder meiner ethnischen Gruppe für mich bedeuten.						
8. Um mehr über meine ethnischen Hintergründe zu erfahren, habe ich mit mehreren Mitgliedern darüber gesprochen.						
9. Ich bin stolz auf meine Kultur.						
10. Ich nehme an kulturellen Riten teil (Essen, Musik).						
11. Ich fühle mich meiner ethnischen Gruppe stark zugehörig.						
12. Ich bin froh über meinen kulturellen und ethnischen Hintergrund.						

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme sehr stark zu
1. In den meisten Situationen meines Lebens verfolge ich meine Ideale.						
2. Meine Lebensbedingungen sind hervorragend.						
3. Ich bin zufrieden mit meinem Leben						
4. Bis jetzt habe ich die wichtigsten Dinge meines Lebens erreicht.						
5. Wenn ich mein Leben neu beginnen könnte, würde ich es genauso leben.						

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme sehr stark zu
1. Aufgrund meiner Arbeit als Pflegefachkraft, bin ich manchmal nicht sesshaft.						
2. Ich fühle mich einsam, daher ist es für mich nicht leicht neue Bekanntschaften zu schließen.						
3. Manchmal ist es für mich schwer einen Wohnplatz zu finden.						
4. Manchmal finde ich meinen Wohnplatz ungeeignet.						
5. Dort gibt es keine Geschäfte in der Nähe.						
6. Ich Sorge mich um die Erziehung meiner Kinder.						
7. Ich mache mir Sorgen mit wem meine Kinder ihre Zeit verbringen.						
8. Ich mache mir Sorgen um die Beziehung mit meinem Partner.						
9. Ich habe Schwierigkeiten andere zu verstehen wenn sie deutsch sprechen.						
10. Manchmal habe ich Schwierigkeiten mich in Deutsch zu verständigen.						
11. Es ist schwierig von Freunden getrennt zu sein.						
12. Es ist schwierig über meine Gefühle mit anderen zu sprechen.						
13. Es ärgert mich, dass andere Menschen Drogen nehmen.						
14. Es ärgert mich, dass andere Menschen viel zu viel Alkohol trinken.						

In welchem Ausmaß hatten Sie in der letzten Woche folgende Beschwerden?

	nie	fast nie	sehr selten	hin und wieder	häufig	immer
1. Kopfschmerzen.						
2. Innere Unruhe.						
3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.						
4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerdenverantwortlich ist.						
5. Erinnerungsschwierigkeiten.						
6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.						
7. Brust-Herzschmerzen.						
8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegungen und des Denkens.						
9. Selbstmordgedanken.						

	nie	fast nie	sehr selten	hin und wieder	häufig	immer
10. Zittern.						
11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.						
12. Appetitlosigkeit.						
13. Plötzliche Weinanfälle.						
14. Ich habe Angst erappt zu werden.						
15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.						
16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.						
17. Rückenschmerzen.						
18. Ich fühle mich einsam.						
19. Ich fühle mich moralisch am Boden.						
20. Ich mache mir ständig Sorgen.						
21. Interessenlosigkeit.						
22. Angstanfälle.						
23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.						
24. Herzrasen.						
25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.						
26. Unterlegenheitsgefühl.						
27. Muskelschmerzen.						
28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.						
29. Einschlafstörungen.						
30. Ich habe einen leeren Kopf.						
31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.						
32. Konzentrationsschwierigkeiten.						
33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.						
34. Todesgedanken.						
35. Heißhunger.						
36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.						
37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen körperlichen Krankheit zu leiden.						

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Statistische Ergebnisstabellen

Geschlecht und Ethnie im Modell – Tests der Zwischensubjekteffekte:

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Ethnie	MASPAD1	5400,071	12	450,006	2,041	,028
	MASPAD2	2274,618	12	189,551	,816	,634
	MEIM achievement	895,886	12	74,657	2,781	,003
	MEIM affirmation	1538,307	12	128,192	2,238	,015
	SWLS	273,441	12	22,787	,837	,612
	DLS Instability	388,486	12	32,374	1,541	,122
	DLS Relationships	612,738	12	51,062	2,362	,010
	DLS Communication	167,610	12	13,967	,806	,644
	AOD use	198,884	12	16,574	1,048	,412
Sex	MASPAD1	137,876	1	137,876	,625	,431
	MASPAD2	635,626	1	635,626	2,735	,101
	MEIM achievement	116,863	1	116,863	4,353	,039
	MEIM affirmation	85,079	1	85,079	1,485	,226
	SWLS	31,329	1	31,329	1,151	,286
	DLS Instability	2,567	1	2,567	,122	,727
	DLS Relationships	70,075	1	70,075	3,242	,075
	DLS Communication	23,552	1	23,552	1,358	,247
	AOD use	1,196	1	1,196	,076	,784
Ethnie * Sex	MASPAD1	1112,368	6	185,395	,841	,541
	MASPAD2	685,389	6	114,232	,492	,813
	MEIM achievement	343,795	6	57,299	2,134	,056
	MEIM affirmation	754,097	6	125,683	2,194	,050
	SWLS	121,717	6	20,286	,746	,614
	DLS Instability	45,364	6	7,561	,360	,903
	DLS Relationships	257,224	6	42,871	1,984	,075
	DLS Communication	44,356	6	7,393	,426	,860
	AOD use	47,846	6	7,974	,504	,804
Fehler	MASPAD1	22044,983	100	220,450		
	MASPAD2	23241,018	100	232,410		
	MEIM achievement	2684,638	100	26,846		
	MEIM affirmation	5728,476	100	57,285		
	SWLS	2720,936	100	27,209		
	DLS Instability	2100,463	100	21,005		
	DLS Relationships	2161,352	100	21,614		
	DLS Communication	1733,720	100	17,337		
	AOD use	1581,074	100	15,811		
Gesamt	MASPAD1	742991,000	120			

	MASPAD2	655567,000	120			
	MEIM achievement	28617,000	120			
	MEIM affirmation	92392,000	120			
	SWLS	61586,000	120			
	DLS Instability	14996,000	120			
	DLS Relationships	13664,000	120			
	DLS Communication	13230,000	120			
	AOD use	11242,000	120			

Beschwerden - Geschlecht (Tests der Zwischensubjekteffekte):

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Sex	1. Kopfschmerzen.	2,553	1	2,553	1,369	,244
	2. Innere Unruhe.	,471	1	,471	,244	,622
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	,003	1	,003	,002	,962
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	1,948	1	1,948	1,697	,195
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	,018	1	,018	,011	,916
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	1,642	1	1,642	1,252	,265
	7. Brust-Herzschmerzen.	,686	1	,686	,670	,414
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	,147	1	,147	,100	,752
	9. Selbstmordgedanken.	,129	1	,129	,561	,455
	10. Zittern.	2,520	1	2,520	3,039	,083
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	8,920	1	8,920	5,464	,021
	12. Appetitlosigkeit.	,787	1	,787	1,087	,299
	13. Plötzliche Weinanfälle.	2,050	1	2,050	1,994	,160
	14. Ich habe Angst erappt zu werden.	,689	1	,689	1,348	,247
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	1,691	1	1,691	1,966	,163
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	8,162	1	8,162	5,371	,022
	17. Rückenschmerzen.	7,976	1	7,976	3,256	,073
	18. Ich fühle mich einsam.	,037	1	,037	,024	,878
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	,011	1	,011	,009	,924
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	,068	1	,068	,033	,856
	21. Interessenlosigkeit.	,005	1	,005	,005	,942
	22. Angstanfälle.	3,373	1	3,373	3,313	,071
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	5,630	1	5,630	4,485	,036
	24. Herzrasen.	,127	1	,127	,110	,740
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	,101	1	,101	,072	,788
	26. Unterlegenheitsgefühl.	,084	1	,084	,108	,743

	27. Muskelschmerzen.	,048	1	,048	,026	,873
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	1,987	1	1,987	2,045	,155
	29. Einschlafstörungen.	1,335	1	1,335	,666	,416
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	,483	1	,483	,467	,495
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	,760	1	,760	,695	,406
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	4,977	1	4,977	3,623	,059
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	,543	1	,543	,390	,533
	34. Todesgedanken.	,278	1	,278	,341	,560
	35. Heißhunger.	2,130	1	2,130	,943	,333
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	3,456	1	3,456	3,688	,057
	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	,368	1	,368	,539	,464
Fehler	1. Kopfschmerzen.	274,118	147	1,865		
	2. Innere Unruhe.	283,837	147	1,931		
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	211,809	147	1,441		
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	168,697	147	1,148		
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	231,848	147	1,577		
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	192,814	147	1,312		
	7. Brust-Herzschmerzen.	150,522	147	1,024		
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	216,604	147	1,473		
	9. Selbstmordgedanken.	33,911	147	,231		
	10. Zittern.	121,909	147	,829		
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	239,966	147	1,632		
	12. Appetitlosigkeit.	106,461	147	,724		
	13. Plötzliche Weinanfälle.	151,198	147	1,029		
	14. Ich habe Angst ertappt zu werden.	75,123	147	,511		
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	126,456	147	,860		
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	223,408	147	1,520		
	17. Rückenschmerzen.	360,051	147	2,449		
	18. Ich fühle mich einsam.	230,151	147	1,566		
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	186,633	147	1,270		
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	305,046	147	2,075		
	21. Interessenlosigkeit.	138,693	147	,943		
	22. Angstanfälle.	149,674	147	1,018		
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	184,531	147	1,255		
	24. Herzrasen.	169,296	147	1,152		
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	205,590	147	1,399		
	26. Unterlegenheitsgefühl.	114,963	147	,782		
	27. Muskelschmerzen.	276,757	147	1,883		
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	142,779	147	,971		
	29. Einschlafstörungen.	294,531	147	2,004		

	30. Ich habe einen leeren Kopf.	152,027	147	1,034		
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	160,663	147	1,093		
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	201,963	147	1,374		
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	204,786	147	1,393		
	34. Todesgedanken.	119,869	147	,815		
	35. Heißhunger.	332,178	147	2,260		
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	137,752	147	,937		
	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	100,504	147	,684		
Gesamt	1. Kopfschmerzen.	845,000	149			
	2. Innere Unruhe.	738,000	149			
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	296,000	149			
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	218,000	149			
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	356,000	149			
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	326,000	149			
	7. Brust-Herzschmerzen.	191,000	149			
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	413,000	149			
	9. Selbstmordgedanken.	37,000	149			
	10. Zittern.	144,000	149			
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	512,000	149			
	12. Appetitlosigkeit.	144,000	149			
	13. Plötzliche Weinanfälle.	191,000	149			
	14. Ich habe Angst ertappt zu werden.	85,000	149			
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	147,000	149			
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	365,000	149			
	17. Rückenschmerzen.	1233,000	149			
	18. Ich fühle mich einsam.	358,000	149			
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	234,000	149			
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	654,000	149			
	21. Interessenlosigkeit.	198,000	149			
	22. Angstanfälle.	196,000	149			
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	267,000	149			
	24. Herzrasen.	225,000	149			
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	296,000	149			
	26. Unterlegenheitsgefühl.	147,000	149			
	27. Muskelschmerzen.	480,000	149			
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	191,000	149			
	29. Einschlafstörungen.	472,000	149			
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	201,000	149			
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	217,000	149			
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	350,000	149			

	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	335,000	149			
	34. Todesgedanken.	139,000	149			
	35. Heißhunger.	569,000	149			
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	176,000	149			
	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	131,000	149			

Beschwerden - Ethnie (Tests der Zwischensubjekteffekte)

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Ethnie	Abhängige Variable	14,115	12	1,176	,621	,821
	1. Kopfschmerzen.	45,460	12	3,788	2,150	,018
	2. Innere Unruhe.	21,693	12	1,808	1,230	,270
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	10,043	12	,837	,695	,754
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	39,134	12	3,261	2,259	,013
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	23,708	12	1,976	1,646	,087
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	11,781	12	,982	,933	,516
	7. Brust-Herzschmerzen.	23,555	12	1,963	1,371	,189
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	3,704	12	,309	1,436	,159
	9. Selbstmordgedanken.	14,940	12	1,245	1,466	,146
	10. Zittern.	40,677	12	3,390	2,180	,016
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	5,925	12	,494	,678	,770
	12. Appetitlosigkeit.	23,329	12	1,944	1,961	,033
	13. Plötzliche Weinanfälle.	11,111	12	,926	2,034	,026
	14. Ich habe Angst erappt zu werden.	10,294	12	,858	1,040	,417
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	39,170	12	3,264	2,292	,011
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	23,946	12	1,996	,782	,668
	17. Rückenschmerzen.	14,466	12	1,205	,728	,722
	18. Ich fühle mich einsam.	23,743	12	1,979	1,598	,100
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	45,098	12	3,758	1,954	,034
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	20,005	12	1,667	1,837	,049
	21. Interessenlosigkeit.	10,815	12	,901	,878	,571
	22. Angstanfälle.	43,120	12	3,593	3,279	,000
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	18,104	12	1,509	1,335	,207
	24. Herzrasen.	28,485	12	2,374	1,886	,042
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	15,849	12	1,321	1,813	,053
	26. Unterlegenheitsgefühl.	37,422	12	3,119	1,745	,065
27. Muskelschmerzen.	15,943	12	1,329	1,380	,184	

	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	29,229	12	2,436	1,228	,272
	29. Einschlafstörungen.	16,170	12	1,348	1,396	,176
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	22,592	12	1,883	1,908	,039
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	28,403	12	2,367	1,772	,060
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	27,754	12	2,313	1,761	,062
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	19,395	12	1,616	2,170	,017
	34. Todesgedanken.	45,727	12	3,811	1,768	,061
	35. Heißhunger.	10,602	12	,883	,965	,486
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	10,371	12	,864	1,347	,201
Fehler	38. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	234,878	124	1,894		
	1. Kopfschmerzen.	218,526	124	1,762		
	2. Innere Unruhe.	182,292	124	1,470		
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	149,402	124	1,205		
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	178,983	124	1,443		
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	148,861	124	1,200		
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	130,423	124	1,052		
	7. Brust-Herzschmerzen.	177,584	124	1,432		
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	26,661	124	,215		
	9. Selbstmordgedanken.	105,323	124	,849		
	10. Zittern.	192,798	124	1,555		
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	90,279	124	,728		
	12. Appetitlosigkeit.	122,905	124	,991		
	13. Plötzliche Weinanfälle.	56,451	124	,455		
	14. Ich habe Angst erappt zu werden.	102,261	124	,825		
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	176,567	124	1,424		
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	316,287	124	2,551		
	17. Rückenschmerzen.	205,272	124	1,655		
	18. Ich fühle mich einsam.	153,541	124	1,238		
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	238,493	124	1,923		
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	112,550	124	,908		
	21. Interessenlosigkeit.	127,287	124	1,027		
	22. Angstanfälle.	135,888	124	1,096		
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	140,158	124	1,130		
	24. Herzrasen.	156,041	124	1,258		
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	90,311	124	,728		
	26. Unterlegenheitsgefühl.	221,644	124	1,787		
	27. Muskelschmerzen.	119,341	124	,962		
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	246,041	124	1,984		
	29. Einschlafstörungen.	119,669	124	,965		
30. Ich habe einen leeren Kopf.	122,328	124	,987			

	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	165,597	124	1,335		
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	162,888	124	1,314		
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	92,357	124	,745		
	34. Todesgedanken.	267,324	124	2,156		
	35. Heißhunger.	113,500	124	,915		
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	79,571	124	,642		
Gesamt	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	801,000	137			
	1. Kopfschmerzen.	695,000	137			
	2. Innere Unruhe.	286,000	137			
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	205,000	137			
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	334,000	137			
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	283,000	137			
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	179,000	137			
	7. Brust-Herzschmerzen.	388,000	137			
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	33,000	137			
	9. Selbstmordgedanken.	140,000	137			
	10. Zittern.	486,000	137			
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	128,000	137			
	12. Appetitlosigkeit.	182,000	137			
	13. Plötzliche Weinanfälle.	76,000	137			
	14. Ich habe Angst ertappt zu werden.	128,000	137			
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	341,000	137			
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	1189,000	137			
	17. Rückenschmerzen.	345,000	137			
	18. Ich fühle mich einsam.	224,000	137			
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	621,000	137			
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	193,000	137			
	21. Interessenlosigkeit.	177,000	137			
	22. Angstanfälle.	252,000	137			
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	211,000	137			
	24. Herzrasen.	265,000	137			
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	137,000	137			
	26. Unterlegenheitsgefühl.	453,000	137			
	27. Muskelschmerzen.	182,000	137			
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	433,000	137			
	29. Einschlafstörungen.	178,000	137			
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	194,000	137			
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	331,000	137			
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	314,000	137			
33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	130,000	137				

	34. Todesgedanken.	524,000	137			
	35. Heißhunger.	154,000	137			
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	118,000	137			
	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.					

Beschwerden - Beruf (Tests der Zwischensubjekteffekte)

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Beruf	1. Kopfschmerzen.	5,090	5	1,018	,536	,749
	2. Innere Unruhe.	7,579	5	1,516	,783	,563
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	4,992	5	,998	,690	,632
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	3,710	5	,742	,636	,673
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	7,964	5	1,593	1,017	,410
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	5,021	5	1,004	,758	,582
	7. Brust-Herzschmerzen.	5,615	5	1,123	1,103	,361
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	2,441	5	,488	,326	,897
	9. Selbstmordgedanken.	1,589	5	,318	1,400	,228
	10. Zittern.	4,658	5	,932	1,112	,357
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	8,048	5	1,610	,956	,447
	12. Appetitlosigkeit.	8,729	5	1,746	2,534	,031
	13. Plötzliche Weinanfälle.	9,447	5	1,889	1,879	,102
	14. Ich habe Angst ertappt zu werden.	1,928	5	,386	,746	,590
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	20,214	5	4,043	5,356	,000
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	8,635	5	1,727	1,108	,359
	17. Rückenschmerzen.	13,501	5	2,700	1,089	,369
	18. Ich fühle mich einsam.	3,146	5	,629	,396	,851
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	4,442	5	,888	,697	,626
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	11,688	5	2,338	1,139	,342
	21. Interessenlosigkeit.	3,230	5	,646	,682	,638
	22. Angstanfälle.	3,895	5	,779	,747	,590
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	8,155	5	1,631	1,281	,275
	24. Herzrasen.	3,289	5	,658	,566	,726
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	6,278	5	1,256	,900	,483
	26. Unterlegenheitsgefühl.	2,641	5	,528	,672	,645
	27. Muskelschmerzen.	7,634	5	1,527	,811	,544
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	6,563	5	1,313	1,358	,244
	29. Einschlafstörungen.	29,331	5	5,866	3,147	,010
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	4,572	5	,914	,884	,494

	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	8,093	5	1,619	1,510	,190
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	9,929	5	1,986	1,441	,213
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	7,347	5	1,469	1,061	,384
	34. Todesgedanken.	2,010	5	,402	,487	,786
	35. Heißhunger.	5,981	5	1,196	,521	,760
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	4,162	5	,832	,868	,504
	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	1,648	5	,330	,475	,795
Fehler	1. Kopfschmerzen.	271,581	143	1,899		
	2. Innere Unruhe.	276,729	143	1,935		
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	206,820	143	1,446		
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	166,934	143	1,167		
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	223,901	143	1,566		
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	189,436	143	1,325		
	7. Brust-Herzschmerzen.	145,593	143	1,018		
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	214,310	143	1,499		
	9. Selbstmordgedanken.	32,451	143	,227		
	10. Zittern.	119,772	143	,838		
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	240,838	143	1,684		
	12. Appetitlosigkeit.	98,519	143	,689		
	13. Plötzliche Weinanfälle.	143,802	143	1,006		
	14. Ich habe Angst erappt zu werden.	73,884	143	,517		
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	107,934	143	,755		
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	222,936	143	1,559		
	17. Rückenschmerzen.	354,526	143	2,479		
	18. Ich fühle mich einsam.	227,042	143	1,588		
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	182,202	143	1,274		
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	293,426	143	2,052		
	21. Interessenlosigkeit.	135,468	143	,947		
	22. Angstanfälle.	149,152	143	1,043		
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	182,006	143	1,273		
	24. Herzrasen.	166,134	143	1,162		
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	199,413	143	1,394		
	26. Unterlegenheitsgefühl.	112,406	143	,786		
	27. Muskelschmerzen.	269,172	143	1,882		
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	138,202	143	,966		
	29. Einschlafstörungen.	266,535	143	1,864		
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	147,938	143	1,035		
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	153,329	143	1,072		
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	197,010	143	1,378		
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	197,982	143	1,384		

	34. Todesgedanken.	118,137	143	,826		
	35. Heißhunger.	328,327	143	2,296		
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	137,046	143	,958		
	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	99,225	143	,694		
Gesamt	1. Kopfschmerzen.	845,000	149			
	2. Innere Unruhe.	738,000	149			
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	296,000	149			
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	218,000	149			
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	356,000	149			
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	326,000	149			
	7. Brust-Herzschmerzen.	191,000	149			
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	413,000	149			
	9. Selbstmordgedanken.	37,000	149			
	10. Zittern.	144,000	149			
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	512,000	149			
	12. Appetitlosigkeit.	144,000	149			
	13. Plötzliche Weinanfälle.	191,000	149			
	14. Ich habe Angst erappt zu werden.	85,000	149			
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	147,000	149			
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	365,000	149			
	17. Rückenschmerzen.	1233,000	149			
	18. Ich fühle mich einsam.	358,000	149			
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	234,000	149			
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	654,000	149			
	21. Interessenlosigkeit.	198,000	149			
	22. Angstanfälle.	196,000	149			
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	267,000	149			
	24. Herzrasen.	225,000	149			
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	296,000	149			
	26. Unterlegenheitsgefühl.	147,000	149			
	27. Muskelschmerzen.	480,000	149			
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	191,000	149			
	29. Einschlafstörungen.	472,000	149			
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	201,000	149			
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	217,000	149			
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	350,000	149			
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	335,000	149			
	34. Todesgedanken.	139,000	149			
	35. Heißhunger.	569,000	149			
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	176,000	149			

	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	131,000	149			
--	---	---------	-----	--	--	--

Beschwerden – Arbeitszeit (halbtags – ganztags, Tests der Zwischensubjekteffekte)

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Arbeitszeit	1. Kopfschmerzen.	1,213	2	,606	,321	,726
	2. Innere Unruhe.	,429	2	,215	,110	,896
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	,146	2	,073	,050	,951
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	,534	2	,267	,229	,796
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	2,857	2	1,428	,911	,405
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	1,057	2	,528	,399	,672
	7. Brust-Herzschmerzen.	,449	2	,224	,217	,805
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	4,261	2	2,131	1,464	,235
	9. Selbstmordgedanken.	,041	2	,021	,088	,916
	10. Zittern.	,275	2	,138	,162	,851
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	1,486	2	,743	,439	,646
	12. Appetitlosigkeit.	,783	2	,391	,537	,586
	13. Plötzliche Weinanfälle.	,501	2	,250	,239	,788
	14. Ich habe Angst ertappt zu werden.	,218	2	,109	,210	,811
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	1,995	2	,998	1,155	,318
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	13,383	2	6,692	4,478	,013
	17. Rückenschmerzen.	10,002	2	5,001	2,039	,134
	18. Ich fühle mich einsam.	,019	2	,009	,006	,994
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	1,094	2	,547	,430	,651
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	6,766	2	3,383	1,656	,195
	21. Interessenlosigkeit.	,122	2	,061	,064	,938
	22. Angstanfälle.	2,917	2	1,459	1,419	,245
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	1,067	2	,533	,412	,663
	24. Herzrasen.	,207	2	,104	,089	,915
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	,921	2	,460	,328	,721
	26. Unterlegenheitsgefühl.	,789	2	,394	,504	,605
	27. Muskelschmerzen.	,981	2	,491	,260	,772
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	,930	2	,465	,472	,625
	29. Einschlafstörungen.	3,601	2	1,801	,899	,409
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	,460	2	,230	,221	,802
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	3,993	2	1,996	1,851	,161
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	4,318	2	2,159	1,556	,215
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	2,653	2	1,327	,956	,387

	34. Todesgedanken.	,792	2	,396	,484	,617
	35. Heißhunger.	2,524	2	1,262	,555	,575
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	2,015	2	1,007	1,057	,350
	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	,878	2	,439	,641	,528
Fehler	1. Kopfschmerzen.	275,459	146	1,887		
	2. Innere Unruhe.	283,879	146	1,944		
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	211,666	146	1,450		
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	170,111	146	1,165		
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	229,009	146	1,569		
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	193,400	146	1,325		
	7. Brust-Herzschmerzen.	150,760	146	1,033		
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	212,490	146	1,455		
	9. Selbstmordgedanken.	33,999	146	,233		
	10. Zittern.	124,154	146	,850		
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	247,400	146	1,695		
	12. Appetitlosigkeit.	106,465	146	,729		
	13. Plötzliche Weinanfälle.	152,748	146	1,046		
	14. Ich habe Angst erappt zu werden.	75,594	146	,518		
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	126,152	146	,864		
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	218,187	146	1,494		
	17. Rückenschmerzen.	358,025	146	2,452		
	18. Ich fühle mich einsam.	230,169	146	1,576		
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	185,550	146	1,271		
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	298,348	146	2,043		
	21. Interessenlosigkeit.	138,576	146	,949		
	22. Angstanfälle.	150,130	146	1,028		
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	189,094	146	1,295		
	24. Herzrasen.	169,216	146	1,159		
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	204,771	146	1,403		
	26. Unterlegenheitsgefühl.	114,258	146	,783		
	27. Muskelschmerzen.	275,824	146	1,889		
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	143,836	146	,985		
	29. Einschlafstörungen.	292,265	146	2,002		
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	152,050	146	1,041		
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	157,430	146	1,078		
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	202,622	146	1,388		
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	202,676	146	1,388		
	34. Todesgedanken.	119,356	146	,818		
	35. Heißhunger.	331,785	146	2,273		
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	139,193	146	,953		

	37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	99,995	146	,685		
Gesamt	1. Kopfschmerzen.	845,000	149			
	2. Innere Unruhe.	738,000	149			
	3. Schwindel – Ohnmachtsanfälle.	296,000	149			
	4. Ich bin der Überzeugung, dass jemand anderes für meine Beschwerden verantwortlich ist.	218,000	149			
	5. Erinnerungsschwierigkeiten.	356,000	149			
	6. Ich fühle mich leicht belästigt und/oder auch irritiert.	326,000	149			
	7. Brust-Herzschmerzen.	191,000	149			
	8. Energiemangel oder Verlangsamung der Bewegung und des Denkens.	413,000	149			
	9. Selbstmordgedanken.	37,000	149			
	10. Zittern.	144,000	149			
	11. Vertrauensmangel gegenüber anderen.	512,000	149			
	12. Appetitlosigkeit.	144,000	149			
	13. Plötzliche Weinanfälle.	191,000	149			
	14. Ich habe Angst ertappt zu werden.	85,000	149			
	15. Plötzliche grundlose Angstanfälle.	147,000	149			
	16. Ich mache mir ständig selbst Vorwürfe.	365,000	149			
	17. Rückenschmerzen.	1233,000	149			
	18. Ich fühle mich einsam.	358,000	149			
	19. Ich fühle mich moralisch am Boden.	234,000	149			
	20. Ich mache mir ständig Sorgen.	654,000	149			
	21. Interessenlosigkeit.	198,000	149			
	22. Angstanfälle.	196,000	149			
	23. Ich habe das Gefühl anderen ein Dorn im Auge zu sein.	267,000	149			
	24. Herzrasen.	225,000	149			
	25. Übelkeit oder Bauchschmerzen.	296,000	149			
	26. Unterlegenheitsgefühl.	147,000	149			
	27. Muskelschmerzen.	480,000	149			
	28. Ich fühle mich beobachtet und/oder ausgegrenzt.	191,000	149			
	29. Einschlafstörungen.	472,000	149			
	30. Ich habe einen leeren Kopf.	201,000	149			
	31. Ich habe negative Zukunftsperspektiven.	217,000	149			
	32. Konzentrationsschwierigkeiten	350,000	149			
	33. Ich fühle mich allgemein geschwächt.	335,000	149			
	34. Todesgedanken.	139,000	149			
	35. Heißhunger.	569,000	149			
	36. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	176,000	149			
37. Ich habe das Gefühl an einer schlimmen Krankheit zu leiden.	131,000	149				

Lebenslauf



Name: Marlene Klopff
Geburtsdatum: 8.5.1987
Geburtsort: Linz

Schulbildung	1993 – 1997	Volksschule 43, Linz
	1997 – 2000	BG / BRG Ramsauerstraße, Linz
	2000 – 2001	HS I, Pregarten
	2001 – 2006	HLW, Perg, Ausbildungsschwerpunkt: Ernährung und Betriebswirtschaft
Studium:	2007 – 2012	Universität Wien, Lehramtsstudium: Psychologie und Philosophie Haushaltsökonomie und Ernährung