



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs:  
Ein interkultureller Vergleich zwischen SlowakInnen und  
slowakischen ImmigrantInnen in Österreich.

Verfasserin

Veronika Svedova

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Assoz. Prof. DDDr. Martin Voracek



## **Danksagung**

Ich danke recht herzlich meinem Lebensgefährten Ľuboš, der mir bei allen erlebten Tiefen eine Unterstützung war und immer an mich glaubte.

Mein Dank richtet sich auch an meinen Betreuer, Prof. Voracek, für die wertvollen Ratschläge und positiven Rückmeldungen, die mich immer wieder motivierten.

Herzlichen Dank an alle UntersuchungsteilnehmerInnen. Ohne euch wäre die Verwirklichung dieser Arbeit nicht möglich gewesen.



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Abstract (english version)</b> .....                                                                  | 9  |
| <b>Abstract (german version)</b> .....                                                                   | 11 |
| <b>Einleitung</b> .....                                                                                  | 13 |
| <b>Theoretischer Hintergrund</b> .....                                                                   | 15 |
| 1.1. Slowakische Kultur in Österreich.....                                                               | 17 |
| 1.2. Migration der SlowakInnen nach Österreich.....                                                      | 17 |
| 1.3. Migration als Risikofaktor für Suizid.....                                                          | 18 |
| 1.3.1. Psychologische Risikofaktoren.....                                                                | 18 |
| 1.3.2. Soziale Risikofaktoren.....                                                                       | 19 |
| 1.3.2.1. Kulturelle Konflikte.....                                                                       | 19 |
| 1.3.2.2. Genderspezifische Risikofaktoren.....                                                           | 19 |
| 1.3.2.3. Sprachdefizit als Risikofaktor.....                                                             | 19 |
| 1.3.2.4. Säkularisation als Risikofaktor.....                                                            | 20 |
| 1.3.3. Genetische Veranlagung als Risikofaktor.....                                                      | 20 |
| 1.4. Religion und Suizid.....                                                                            | 20 |
| 1.5. Religion in der Slowakei.....                                                                       | 21 |
| 1.6. Suizidraten in der Slowakei und Österreich.....                                                     | 21 |
| 1.6.1. Aktuelle Suizidraten in der Slowakei und Verlauf der letzten 20 Jahre.....                        | 21 |
| 1.6.2. Suizidraten in Österreich.....                                                                    | 22 |
| 1.7. Die Einstellung zu Suizid und einer suizidgefährdeten Person und der Zusammenhang mit Religion..... | 22 |
| 1.8. Laientheorien über Suizid.....                                                                      | 23 |
| 1.9. Genetische Ursachen für Suizid.....                                                                 | 23 |
| 1.10. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe.....                        | 24 |
| 1.11. Hypothesen.....                                                                                    | 24 |
| <b>Methoden</b> .....                                                                                    | 27 |
| 2.1. Stichprobe.....                                                                                     | 29 |
| 2.1.1. Auswahl der Stichprobe.....                                                                       | 29 |
| 2.1.2. Demographische Daten.....                                                                         | 29 |
| 2.1.3. Stichprobengröße und Power.....                                                                   | 29 |
| 2.2. Studiendesign.....                                                                                  | 30 |
| 2.3. Datenerhebung.....                                                                                  | 30 |

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.4. Messinstrumente.....                                                                           | 30        |
| 2.4.1. Übersetzung des Fragebogens.....                                                             | 30        |
| 2.4.2. Struktur des Fragebogens.....                                                                | 31        |
| 2.4.2.1. Meinungen und Einstellungen zu Suizid – ATTS.....                                          | 31        |
| 2.4.2.2. Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund –<br>RISF.....            | 32        |
| 2.4.2.3. Glaube an Ursachen von Suizid – ACCS.....                                                  | 32        |
| 2.4.2.4. Religiöse und spirituelle Einstellungen– SBI-15-R-D.....                                   | 32        |
| 2.4.2.5. Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid – BIRFSS...                         | 33        |
| 2.4.2.6. Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch<br>zu nehmen – ATSPPH-SF..... | 34        |
| 2.4.2.7. Demographische Variablen.....                                                              | 34        |
| 2.5. Statistische Auswertung.....                                                                   | 35        |
| <b>Ergebnisse.....</b>                                                                              | <b>37</b> |
| 3.1. Rücklaufquote der Fragebögen.....                                                              | 39        |
| 3.2. Stichprobengröße und soziodemographische Daten.....                                            | 39        |
| 3.3. Repräsentativität der Stichprobe.....                                                          | 40        |
| 3.4. Reliabilitäten.....                                                                            | 41        |
| 3.5. Hypothesenprüfung .....                                                                        | 42        |
| 3.5.1. Religiosität.....                                                                            | 42        |
| 3.5.1.1. Religiöse und spirituelle Einstellungen.....                                               | 42        |
| 3.5.1.2. Kirchgang.....                                                                             | 43        |
| 3.5.2. Meinungen und Einstellungen zu Suizid .....                                                  | 44        |
| 3.5.3. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund.....                                    | 46        |
| 3.5.4. Glaube an Ursachen von Suizid.....                                                           | 48        |
| 3.5.5. Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.....                                  | 49        |
| 3.5.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe.....                  | 50        |
| <b>Diskussion.....</b>                                                                              | <b>53</b> |
| 4.1. Religiosität.....                                                                              | 55        |
| 4.2. Einstellungen zu Suizid.....                                                                   | 56        |
| 4.3. Einstellungen zu einem suizidgefährdeten Freund.....                                           | 56        |
| 4.4. Ursachen für Suizid.....                                                                       | 57        |
| 4.5. Einfluss der genetischen Faktoren auf Suizid.....                                              | 58        |

|                                                                                                            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.6. Zusammenhang zwischen Religiosität und Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe..... | 58        |
| 4.7. Limitierungen.....                                                                                    | 60        |
| 4.8. Ausblick.....                                                                                         | 61        |
| <b>Zusammenfassung.....</b>                                                                                | <b>63</b> |
| <b>Literaturverzeichnis.....</b>                                                                           | <b>65</b> |
| <b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>                                                                      | <b>71</b> |
| <b>Curriculum vitae.....</b>                                                                               | <b>73</b> |



## Abstract

*Background* Suicide rates vary from culture to culture. Studies to date have shown a negative correlation between religiosity and suicide rates. The stigma hypothesis postulates that suicide endangered people in societies which are characterized by a liberal attitude towards suicide, are more likely to commit suicide because they do not receive the necessary support to prevent them from taking their own lives.

*Purpose* A cross-cultural study regarding attitudes towards suicide and reaction to suicidal individuals, religiosity, lay theories about suicide and beliefs in the inheritance of risk factors for suicide and attitudes towards seeking professional psychological help.

*Method* Study participants included Slovakian nationals (n=178) and Slovakian immigrants (n=117), who completed a detailed questionnaire.

*Results* Slovakian nationals were more religious than their immigrant counterparts residing in Austria. Slovakian nationals demonstrated a more negative attitude towards suicide (in that they more likely believed in punishment after death after a suicide). At the same time Slovakian nationals showed a more negative attitude towards people with suicidal tendencies than their immigrant counterparts.

In both groups, gender proved to be a significant predictor of willingness to seek professional psychological help. In the group of Slovakian nationals religion was a significant predictor.

*Conclusion* The stigma hypothesis was only partially confirmed. Cultural factors do influence religiosity and therefore moderate attitudes towards suicide and suicidal persons.



## Abstract

*Einleitung* Die Suizidraten variieren über verschiedene Kulturräume. Bisherige Studien zeigten einen negativen Zusammenhang zwischen Religion und Suizidraten. Die Stigma-Hypothese postuliert, dass suizidgefährdete Personen in Gesellschaften, die sich durch eine liberale Suizideinstellung auszeichnen, mit höherer Wahrscheinlichkeit Suizid begehen, da sie nicht die notwendige Unterstützung bekommen, die sie vor Suizid bewahren könnte.

*Ziel* Ein Kulturvergleich hinsichtlich Einstellungen zum Suizid und zu einer suizidgefährdeten Person, Religiosität, Laintheorien über Ursachen für Suizid und Glaube an Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid, sowie Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe.

*Methode* Mittels eines Fragebogens wurden die Daten in der Gruppe der SlowakInnen aus der Slowakei (n=178) und slowakischen MigrantInnen aus Österreich (n=117) erhoben.

*Ergebnisse* SlowakInnen waren religiöser als slowakische MigrantInnen aus Österreich. SlowakInnen wiesen eine negativere Einstellung zum Suizid auf (indem sie eher an Bestrafung nach dem Tod nach einem Suizid glaubten), aber gleichzeitig auch eine negativere Einstellung gegenüber einer suizidgefährdeten Person. Es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich subjektiven Laintheorien über Ursachen für Suizid, sowie keine Unterschiede im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid. In beiden Gruppen war das Geschlecht ein signifikanter Prädiktor für Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe aufzusuchen. In der Gruppe der SlowakInnen war gleichzeitig die Religiosität ein signifikanter Prädiktor.

*Fazit* Die Stigma-Hypothese wurde nur teilweise bestätigt. Kulturelle Faktoren nehmen Einfluss auf die Religiosität und moderieren dadurch die Einstellung zum Suizid, sowie zu einer suizidgefährdeten Person.



## Einleitung

Sowohl in Österreich als auch in der Slowakei überstieg im Jahr 2011 die Anzahl der durch Suizid verstorbenen Personen die Anzahl der Verkehrsunfallopfer um ungefähr das Doppelte. Aktuelle Suizidraten in Österreich liegen etwas höher als die in der Slowakei, wobei die Suizidraten in Österreich seit dem Jahr 2000 eine abfallende Tendenz zeigen (Ministerstvo vnútra Slovenskej Republiky, 2012; Národné centrum zdravotníckych informácií, 2012; Statistik Austria, 2012).

Bei Betrachtung der Suizidzahlen beider Länder fällt auf, dass Männer in Österreich dreimal, in der Slowakei jedoch sechsmal öfter als Frauen durch Suizid sterben. Alarmierend ist ebenfalls der Anstieg der Suizidversuche in der Slowakei, der im Jahr 2011 im Vergleich zum Vorjahr um 14,3% angestiegen ist und vor allem in Gruppe von jungen Menschen zwischen 20 – 29 Jahren verzeichnet wurde (Ministerstvo vnútra Slovenskej Republiky, 2012; Národné centrum zdravotníckych informácií, 2012; Statistik Austria, 2012). Genannte Motive nach einem Suizidversuch sind unterschiedlicher Natur. Dennoch werden von Überlebenden vor allem interpersonelle Konflikte und ökonomische Probleme als Auslöser für suizidales Verhalten angegeben. Die Statistiken besagen zusätzlich, dass fast 60% der Betroffenen vor einem Suizidversuch psychiatrisch behandelt wurden.

Beachtliche Unterschiede in Suizidraten zeigen sich nicht nur bei Länder-, sondern auch bei Geschlechtervergleichen. Unterschiedliche Suizidraten sind möglicherweise auf das Vorhandensein (beziehungsweise das Fehlen) gewisser Schutzfaktoren zurückführen, die sowohl auf der kulturellen, als auch auf der geschlechtsspezifischen Ebene im unterschiedlichen Maße präsent sind. Um vorbeugende Maßnahmen im Kampf gegen häufigen Suizid gezielt einsetzen zu können ist es notwendig nach solchen Schutzfaktoren „zu suchen“. Manche AutorInnen kamen zu dem Ergebnis, dass Religiosität so ein Schutzfaktor sein könnte. In einigen Untersuchungen wurde tatsächlich eine negative Korrelation zwischen religiöser Gläubigkeit und suizidalen Absichten beobachtet. Je stärker die religiösen Überzeugungen ausgeprägt sind, desto negativer wird die Einstellung zu Suizid (Colucci & Martin, 2008; Dervic et al., 2004; Koenig, 2009).

Die Stigma-Hypothese von Eskin et al. (1999) besagt, dass suizidgefährdete Personen in einer Gesellschaft mit liberaler Suizideinstellung eher Suizid begehen, weil sie die notwendige Unterstützung ihrer Mitmenschen nicht bekommen, die sie vor Suizid bewahren könnte. In der vorliegenden Arbeit wird daher der Frage nachgegangen, wie sich Einstellungen zu Suizid, Einstellungen zu einer suizidgefährdeten Person, sowie religiöse Einstellungen in diversen

kulturellen Kontexten unterscheiden. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht ebenfalls das Forschen nach subjektiven Laientheorien und Überzeugungen bezüglich Suizidursachen. Sind einmal subjektive Theorien über Suizidursachen, bzw. das Wissen der Laien über genetische Ursachen des Suizides bekannt, kann die Prävention gegen Suizid gezielter und effizienter eingesetzt werden.

Diese Vergleichsstudie wird im kulturellen Kontext der SlowakInnen aus der Slowakei und SlowakInnen aus Österreich durchgeführt. Die Auswirkungen der Migration auf die Einstellungen zum Suizid stehen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses.

## **Theoretischer Hintergrund**



### **1.1. Slowakische Kultur in Österreich**

Keine zwei europäischen Hauptstädte liegen so nah beieinander wie Wien und Bratislava. Die geografische Lage und Nähe der beiden Hauptstädte haben im besonderen Maß zur Entwicklung des kulturellen Austauschs zwischen beiden Städten beigetragen. Gerade aus diesen Gründen konzentriert sich der Mittelpunkt des Kulturlebens slowakischer MigrantInnen hauptsächlich in der Hauptstadt Österreichs.

Schon vor dem Fall des Eisernen Vorhangs im Jahr 1989/1990 wurden etliche Vereine gegründet, die den ImmigrantInnen aus der damaligen Tschechoslowakei ein Zusammenleben auf höherem kulturellem Niveau ermöglicht haben. Der Österreichisch-slowakische Kulturverein unterstützt seit 30 Jahren slowakisches Kulturleben in Österreich. Es besteht eine enge Zusammenarbeit des Slowakischen Kulturvereins mit dem Slowakischen Kulturinstitut in Wien, das ein offizieller Kulturvertreter der Slowakischen Republik ist und sich eines jahrelangen Bestehens erfreut. Durch das Organisieren von vielfältigen Veranstaltungen wird vor allem slowakisches Traditionsleben präsentiert. Die Volkstanzgruppe „Rozmarín“, mit einer ebenso jahrzehntelangen Existenz in Österreich, widmet sich der Präsentation des slowakischen Volkstanzes und –musik. Der Schulverein SOVA hat sich durch sein Angebot von Sprachkursen in Slowakisch die Bewahrung der slowakischen Sprache bei MigrantInnenkindern zum Ziel gesetzt (Medien-Servicestelle, Neue Österreicher/innen, 2012).

Trotz der Trennung der Tschechoslowakei im Jahr 1993 ist das weiterhin bestehende Zusammenleben der TschechInnen und SlowakInnen in Österreich auffällig. Ein Beweis dafür sind zahlreiche Turn-, Theater-, Bildungs- und Touristenvereine mit slowakisch-tschechischer Kommunität.

Ein Teil des traditionellen Kulturlebens der SlowakInnen ist das Religionsleben. Es gibt die Möglichkeit des Besuches von Gottesdiensten in slowakischer Sprache in der (von Einwanderern sogenannten) „slowakischen“ Kirche in der Jacquingasse. In den letzten Jahren wurden zudem vor allem von jungen Menschen zahlreiche inoffizielle Religionsgemeinschaften gegründet.

### **1.2. Migration der SlowakInnen nach Österreich**

Am 1.1.2012 wurden knapp 23.000 Personen mit slowakischer Staatsbürgerschaft in Österreich registriert. Davon lebten ungefähr zwei Drittel im Bundesland Wien und Niederösterreich (Statistik Austria, 2012). Aus Volkszählungen der Statistik Austria aus dem Jahr 2001 ging hervor, dass nur rund 1.800 in Österreich geborene BürgerInnen mit slowakischer Muttersprache leben. Somit sind SlowakInnen die kleinste anerkannte Volksgruppe in Österreich (Medien-Sevicestelle, Neue Österreicher/innen, 2012).

Im Jahr 2011 wurden in der Slowakei 391 SlowakInnen registriert, die nach Österreich ausgewandert sind, davon 121 Männer und 270 Frauen. In Bezug auf das Alter der nach Österreich zugewanderten Personen ist die Mehrheit der Zuwanderer aus der Altersgruppe der 20-50 Jährigen, wovon die höchsten Zuwanderungsraten in der Gruppe der 30 – 34-Jährigen zu beobachten sind (Štatistický úrad Slovenskej Republiky, 2011).

### **1.3. Migration als Risikofaktor für Suizid**

Der Angaben der United Nations zufolge, hat im Jahr 2010 die Anzahl der MigrantInnen in Europa 70 Millionen betragen, was ungefähr 10% der europäischen Population ausmacht. In den meisten Fällen verlaufen die Migrationsrichtungen von Entwicklungsländern in die wirtschaftlich entwickelten Länder der USA und Westeuropas. Verschiedenste Gründe tragen zum Wohnortwechsel bei: Suche nach besseren sozio-ökonomischen Bedingungen, Flucht vor lebensbedrohlichen Umständen im Heimatland, sowie Suche nach Asyl, aber auch langfristige Auslands- und Studienaufenthalte oder Tourismus. Veränderte Lebensbedingungen, fremde Kulturfaktoren und häufig auch die unsichere existenzielle Lage nehmen dabei entscheidenden Einfluss auf das psychische Erleben der migrierenden Personen und können dabei psychischen Distress hervorrufen (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz & Priebe, 2008).

#### **1.3.1. Psychologische Risikofaktoren**

Laut Wittchen et al. (2005, zit. n. Lindert et al., 2008) leiden 27% der EuropäerInnen an psychischen Erkrankungen. Da die Lebensbedingungen der MigrantInnen durch den Akkulturationsprozess oft erschwert sind, kann angenommen werden, dass sie in einem höheren Maß psychischem Stress ausgesetzt sind als Nicht-MigrantInnen.

In der Vergleichsstudie von Sungurova, Johansson & Sundquist (2006) wurde der allgemeine Gesundheitszustand zwischen ImmigrantInnen aus Osteuropa, die in Schweden lebten und den Einheimischen untersucht. Es wurde festgestellt, dass der Gesundheitszustand der ImmigrantInnen signifikant schlechter war als bei der Vergleichsgruppe.

In bisherigen Untersuchungen wurde eine positive Korrelation zwischen Suizidversuchen bei MigrantInnen der EU-Länder und häufigen depressiven Symptomen nachgewiesen. Ein weiterer ungünstiger Faktor ist die Unwissenheit der ImmigrantInnen über Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge im Gastland, im Speziellen über die Möglichkeiten des psychotherapeutischen Betreuungsangebots. Die psychiatrische und psychotherapeutische Vorsorge wird von Einwanderern im Vergleich mit Einheimischen signifikant seltener genutzt. Das Zögern der MigrantInnen bei der Suche nach professioneller psychologischer Hilfe entsteht

häufig aus einer ablehnenden Einstellung zu derer Inanspruchnahme, die nicht selten kulturbedingt geprägt ist (Lindert et al., 2008).

### **1.3.2. Soziale Risikofaktoren**

#### **1.3.2.1. Kulturelle Konflikte**

Der Migrationsstatus der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen ist durch unterschiedliche Merkmale gekennzeichnet. Während die erste Generation der MigratInnen vorwiegend mit existenziellen und sprachlichen Problemen zu kämpfen hat, steht dagegen die zweite Generation der MigrantInnenkinder im Zwiespalt zweier kultureller Einflüsse. Die gesellschaftlichen Normerwartungen einerseits und diejenigen der Herkunftsfamilie andererseits stehen häufig im Widerspruch zueinander. Laut Hjern und Allebeck (2002) ist aufgrund solcher kulturellen Konflikte die zweite Generation der ImmigrantInnen dem größten Suizidrisiko ausgesetzt. Grube (2004) hat Motive bei stationär aufgenommenen Jugendlichen nach einem Suizidversuch untersucht. Bei der Mehrheit der Jugendlichen gingen einem Suizidversuch transkulturelle Konflikte voraus.

#### **1.3.2.2. Genderspezifische Risikofaktoren**

Betrachtet man die Suizidraten der Männer und Frauen weltweit, ist das Vorkommen eines vollendeten Suizides bei Männern viel häufiger. Es scheint jedoch, dass dieses Phänomen im Kontext der Migration bei manchen Ethnien umgekehrt ist. In UK übersteigen die Suizidraten indischer Migrantinnen diejenigen der indischen Migranten. Am meisten suizidgefährdet ist vor allem die Gruppe der 15 – 34-jährigen Frauen. Manche Autoren postulieren, dass bei Frauen aus dem asiatischen Raum ein besonders hohes Suizidrisiko aufgrund von gesellschaftlichen und familiären Normerwartungen besteht (Lindert et al., 2008; Grube, 2004).

#### **1.3.2.3. Sprachdefizit als Risikofaktor**

Die Sprachdefizite bei MigrantInnen können sich insofern indirekt auf das Suizidrisiko auswirken, als dass aufgrund erschwelter Kommunikation die notwendige professionelle psychologische Betreuung nicht rechtzeitig aufgesucht werden kann (Lindert et al., 2008).

#### **1.3.2.4. Säkularisation als Risikofaktor**

Da heutzutage vor allem die westliche Welt durch Säkularisation immer mehr geprägt wird, steht die Frage im Vordergrund, inwieweit sich solche Entwicklungstendenzen in Gesellschaften mit weit fortgeschrittener Säkularisierung auf das Suizidrisiko auswirken. „Die gewachsene Zahl der Konfessionslosen ist ein Ergebnis der zunehmenden Säkularisierung, die sich vor allem als ein Schwinden von Traditionsbindung beschreiben lässt“ (Affolderbach, 2005, S. 77). Personen, deren Einstellungen eher durch säkulare Erziehung geprägt waren, hatten häufiger suizidale Gedanken und öfters suizidale Absichten (Eskin, 2004). Individualismus als ein typisches Zeichen der modernen Gesellschaft scheint einen bedeutsamen Einfluss auf die Erhöhung des Suizidrisikos zu haben. Säkular-rationale Werthaltungen gepaart mit einer verringerten Möglichkeit zur Selbstexpression sind bedeutsame Prädiktoren des suizidalen Verhaltens (Lenzi, Colucci & Minas, 2012). Ein typisches Beispiel für die Kombination dieser Faktoren ist die Ära des Kommunismus, in der besonders hohe Suizidraten verzeichnet wurden. In den Jahren 1975 bis 1990 waren die Suizidraten in der Slowakei doppelt so hoch wie heute (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2012).

#### **1.3.3. Genetische Veranlagung als Risikofaktor**

Neuere Forschungsergebnisse deuten auf einen Zusammenhang zwischen genetischen Prädispositionen und Suizid hin. Molekular-genetische Untersuchungen, Familien- und Zwillingsstudien, sowie geographische Untersuchungen ergaben, dass genetische Faktoren eine bedeutsame Rolle bei suizidalem Verhalten spielen (Baldesarrini & Hennen, 2004; Voracek, Loibl & Sonneck, 2007a; Voracek & Loibl, 2007b). Die Wahrscheinlichkeit eines vollendeten Selbstmordes steigt, wenn ein Elternteil sein Leben durch Suizid beendet hat (Sorensen et al., 2009). Nach der Analyse der Suizidversuchsraten von europäischen ImmigrantInnen wurde festgestellt, dass die Anzahl der Suizidversuche der ImmigrantInnen im Ausland mit der Anzahl der Suizidversuche der Bevölkerung im Heimatland korreliert (Lipsicas et al., 2012).

#### **1.4. Religion und Suizid**

Die Einstellung der Religion gegenüber Suizid ist allgemein bekannt und geht schon aus dem Alten Testament hervor. Eine strikte Ablehnung der Selbsttötung ist nicht nur dem Christentum, sondern auch dem Judentum und Islam eigen (Greenstone, 1971; Kelleher, 1996; Umri, 1987; zit. n. Kelleher, Chambers, Corcoran, Williamson & Keeley, 1998). Darüber hinaus wird im Christentum das Begehen vom Suizid als eine Todsünde angesehen und es überwiegt die Überzeugung, die Selbstmörder würden nach dem Tod bestraft, indem sie im Jenseits keine

Chance auf Erlösung hätten. Die katholische Kirche in der Slowakei verweigert den Suizidopfern eine reguläre kirchliche Bestattung (vgl. Kadluczka, 2012).

Viele AutorInnen der letzten Jahrzehnte postulierten in ihren Studien einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizidraten und betonten die Rolle der Religion als Schutzfaktors vor Suizid (Dervic et al., 2004; Kelleher et al., 1998; Lester, 1987; Neeleman, Halpern, Leon & Lewis 1997; Neeleman & Lewis, 1999; Sisask et al., 2010). Nicht die religiöse Überzeugung selbst, sondern die mit ihr zusammenhängenden Schutzfaktoren spielen bei der Suizidprophylaxe als „Mediatorfaktoren“ eine bedeutsame Rolle. Eine Person, welche einer religiösen Glaubensgemeinschaft angehört, bekommt mit höherer Wahrscheinlichkeit emotionale Unterstützung und erlebt eher das Gefühl von Zugehörigkeit, das sie vor Suizid schützen könnte (Kyle, 2013). Die Religion übt hier somit indirekt ihre Schutzfunktion aus.

Vergleicht man religiöse Einstellungen von Männern und Frauen, haben Frauen ein größeres Interesse an Religion und nehmen häufiger an Gottesdiensten teil, als Männer (Yinger, 1970; Sasaki, 1979; Lenski, 1953; Batson, Schoenrade & Ventis, 1993; Cornwall, 1989; Moberg, 1962; zit. n. Miller & Hoffmann, 1995).

### **1.5. Religion in der Slowakei**

Die Majorität der SlowakInnen gehört der römisch-katholischen Glaubensgemeinschaft an. 62% der slowakischen Bevölkerung gibt an, der römisch-katholischen Kirche anzugehören. Dieser Trend ist in den letzten 10 Jahren etwas gesunken. Im Jahr 2001 waren es noch 68%. Den Statistiken zufolge ist die römisch-katholische Glaubenseinstellung eher bei der ländlichen Bevölkerung, im Vergleich zur Stadtbevölkerung, präsent. Generell bekennen sich zu einer Religionsrichtung knapp 80% der SlowakInnen, dagegen bezeichnen sich 13% als konfessionslos. Dieser Trend ist im vergangenen Jahrzehnt mäßig gestiegen (Štatistický úrad Slovenskej Republiky, 2011). Betrachtet man das Verhältnis zwischen der Anzahl der Gläubigen zu den Konfessionslosen, gehört die Slowakische Republik zu jenen Ländern mit den höchsten Gläubigenraten Europas (Hanesova, 2008).

### **1.6. Suizidraten in der Slowakei und Österreich**

#### **1.6.1. Aktuelle Suizidraten in der Slowakei und Verlauf der letzten 20 Jahre**

Aus den aktuellen Statistiken geht hervor, dass im Jahr 2011 insgesamt 537 Personen durch Suizid ums Leben kamen, davon 457 Männer und 80 Frauen. Per 100.000 Einwohner gibt es somit durchschnittlich 17.4 männliche und 2.9 weibliche Opfer. Die Anzahl der Männer, die durch Suizid ums Leben kamen, ist somit sechsmal höher als die Anzahl der Frauen. Das Verhältnis der Suizidversuchsraten zwischen Männern und Frauen entspricht nicht den

Statistiken anderer Länder. Während in den meisten Ländern mehr Frauen als Männer Suizidversuch begehen, gibt es in der Slowakei mehr männliche als weibliche Suizidversuchsoffer. In den letzten sieben Jahren überstieg die Suizidversuchsrate der Männer diejenige der Frauen um fast das Doppelte. Betrachtet man die Suizidratenentwicklung seit dem Jahr 1993, kann man einen eher kontinuierlichen Verlauf mit mäßigem Anstieg bei Männern in den Jahren 2008-2010 feststellen. Bei den Suizidraten der Frauen zeigt sich zwischen 1993-2011 ein sehr gleichmäßiger Verlauf (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2012).

#### **1.6.2. Suizidraten in Österreich**

Die Suizidraten der ÖsterreicherInnen zeigen in den letzten 20 Jahren eine abfallende Tendenz. Während im Jahr 1993 insgesamt 1702 Personen durch Suizid ums Leben kamen, waren es im Jahr 2011 insgesamt 1286, davon 973 Männer und 313 Frauen. Umgerechnet auf eine Population von 100.000 Einwohnern gibt es durchschnittlich 11.3 Suizidopfer in Österreich (Statistik Austria, 2013).

#### **1.7. Die Einstellung zu Suizid und zu einer suizidgefährdeten Person und der Zusammenhang mit Religion**

Wie in Kapitel 1.4 beschrieben, vertritt die katholische Kirche eine klar negative Stellung zu suizidalem Verhalten, indem sie es strikt ablehnt. Die Einstellung zu Suizid variiert über die Kulturen und scheint im Zusammenhang mit religiöser Einstellung zu stehen. Ein Vergleich zwischen 25 Nationen bestätigte diesen Zusammenhang. Nationen, deren Einwohner vermehrt religiöse Praktiken ausübten, wiesen generell niedrigere Suizidraten auf (Stack, 1983).

Der Zusammenhang zwischen Religiosität und niedrigen Suizidraten scheint nicht nur durch geringere Akzeptanz des suizidalen Verhaltens bedingt zu sein. Amiri und KollegInnen (2013) fanden bei einer Stichprobe von MedizinstudentInnen, dass sich durch intensivere religiöse Einstellungen, die Bereitschaft psychische Probleme zu kommunizieren, sowie die emotionale Unterstützung eines suizidgefährdeten Freundes steigern.

Diese Ergebnisse unterstützen die Stigma-Hypothese von Eskin (1999), welche postuliert, dass Kulturen, die sich durch eine liberalere Einstellung zu suizidalem Verhalten auszeichnen, gleichzeitig durch eine negativere Einstellung zu einer suizidgefährdeten Person charakterisiert sind. Personen, die sich in einer Krise befinden, bekommen von den Menschen aus ihrer Umgebung nicht die nötige Beachtung und begehen mit höherer Wahrscheinlichkeit Suizid. Die Untersuchung an türkischen und österreichischen StudentInnen lieferte Ergebnisse, die diese Hypothese ebenso unterstützen. Österreichische StudentInnen gaben an, liberalere Einstellung zu

Suizid zu haben. Jedoch war ihre Einstellung zu einem imaginären, suizidgefährdeten Freund negativer als die der türkischen StudentInnen (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011).

### **1.8. Laientheorien über Suizid**

Um festzuhalten, welche Überzeugungen bezüglich Suizidursachen unter den Laien überwiegen und um daraus die notwendige Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen ableiten zu können, sollte den Laientheorien über die Ursachen von Suizid mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Nach Lester und Bean (1992) wurden die Ursachen für Suizid in drei Hauptdimensionen zusammengefasst: interpersonelle, intrapsychische und soziale Ursachen. Die Studienergebnisse der österreichischen Stichprobe ergaben, dass das Begehen von Suizid von Laien signifikant häufiger den interpersonellen und intrapsychischen Ursachen zugeschrieben wird. Personen im höheren Alter und mit stärker ausgeprägten religiösen Überzeugungen schrieben die Suizidursachen signifikant häufiger den intrapsychischen Problemen zu (Loibl & Voracek, 2007; Voracek, Loibl & Lester, 2007c).

Die Ursachenzuschreibungen für Suizid scheinen in diversen Kulturen zu variieren. Vatan, Gencöz, Walker und Lester (2010) untersuchten türkisch-amerikanische StudentInnen und stellten fest, dass die türkischen im Vergleich zu den amerikanischen StudentInnen mehr soziale und weniger interpersonelle Ursachen für Suizid verantwortlich machen.

### **1.9. Genetische Ursachen für Suizid**

Genetische Faktoren als Ursache für suizidales Verhalten haben in der Suizidforschung der letzten Jahre immer mehr Beachtung gewonnen. Zahlreiche Ergebnisse aus Familien- und Zwillingsstudien legen einen Zusammenhang zwischen genetischen Prädispositionen und suizidalem Verhalten nahe (Baldessarini & Hennen, 2003; Voracek & Loibl, 2007b; Lester, 2002). Trotz diesem Forschungsfortschritt scheint in der Population das Wissen über genetische Einflüsse auf Suizid noch nicht verbreitet zu sein und die subjektiven Theorien der Laien unterscheiden sich diesbezüglich kulturübergreifend kaum voneinander (Voracek et al., 2008a).

Die Validierungsstudien zum Messinstrument BIRFSS, durchgeführt an einer kanadischen StudentInnenstichprobe, ergaben keine geschlechtsbezogenen Unterschiede hinsichtlich den Vorstellungen über genetische Einflüsse auf suizidales Verhalten. Hohe Scores in BIRFSS korrelierten jedoch mit allgemeinen Kenntnissen über genetische Determinismen und Wissen über Suizid (Voracek, Loibl & Sonneck, 2007a; Voracek, Egle, Schleicher, Loibl & Sonneck, 2007d; Voracek, Fisher, Loibl, Tan & Sonneck, 2008b).

### 1.10. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe

Nicht nur die Kenntnis von Laientheorien über Suizidursachen ist für die Präventions- und Aufklärungsarbeit unabdingbar. Um ein Suizidrisiko vorzubeugen ist es wichtig zu erfassen, welche präventiven Faktoren von Bedeutung sind. Es liegt auf der Hand, dass emotionale Unterstützung in Krisensituationen zu den wirksamsten Schutzfaktoren gehört (Eskin et al., 2011). Daraus abgeleitet stellt sich die Frage, inwieweit Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe in einer Population präsent ist und wie sie unter unterschiedlichen kulturellen Einflüssen verändert wird.

Takamura, Oshima, Yoshida und Motonaga (2008) untersuchten die Einstellung zur Inanspruchnahme der psychologischen Hilfe unter japanischen StudentInnen. Knapp 40% gaben an, über die Möglichkeit einer psychologischen Beratung informiert zu sein. Jedoch erklärten sich nur 10% dafür bereit, psychologische Hilfe im Notfall tatsächlich anzunehmen. Die Einbindung in Psychiatrie und Psychotherapie scheint immer noch mit Stigmatisierung verbunden zu sein. Die Mehrheit der japanischen Jugendlichen gab an, sich in Krisensituationen mit ihren Problemen lieber an Freunde oder Familie zu wenden. Die Bereitschaft psychologische Hilfe aufzusuchen ist umso höher, umso leichter der Zugang zum psychotherapeutischen/psychologischen Angebot ist (Fung & Wong, 2007).

Untersuchungen von Sheikh und Furnham (2000) zeigten ähnliche Einstellung zur professionellen psychologischen Hilfe zwischen Personen mit asiatischem Migrationshintergrund aus Großbritannien und Personen aus Westeuropa. Signifikante Prädiktoren für die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe waren das weibliche Geschlecht und der Bildungsgrad. Religionszugehörigkeit korrelierte dagegen negativ mit der positiven Einstellung zu psychologischer Hilfe. Ein weiterer signifikanter Prädiktor war das Alter. Ältere Personen waren allgemein offener für die Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe (Takamura et al., 2008; Al-Krenawi, Graham, Dean & Eltaiba, 2004).

### 1.11. Hypothesen

Zahlreiche bisherige Untersuchungen zeigten einen negativen Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Suizid und Religiosität (vgl. Kap. 1.4). Um diesen Zusammenhang später überprüfen zu können, müssen die zwei in Betracht gezogenen Kulturgruppen – SlowakInnen aus der Slowakei und slowakische MigrantInnen aus Österreich – hinsichtlich ihrer Religiosität untersucht werden. **Hypothese 1** besagt daher: „**SlowakInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als slowakische MigrantInnen aus Österreich**“. Weiter wird vermutet, dass Frauen sich bezüglich der Intensität der religiösen Überzeugungen von Männern unterscheiden. Daher lautet die **Hypothese 1a**: „**Frauen sind religiöser als Männer.**“

Die Einstellung zu suizidalem Verhalten variiert über Kulturen (Hawton & Heeringen, 2009). Basierend auf der Annahme von Eskin et al. (2011), dass höhere Religiosität mit einer negativen Einstellung zu Suizid zusammenhängt, wird die **Hypothese 2** formuliert:

**„SlowakInnen haben eine negativere Einstellung zu Suizid als slowakische MigrantInnen aus Österreich“.**

Kulturen, in welchen Religiosität stärker ausgeprägt ist, vertreten zwar eine tendenziell ablehnende Haltung dem Suizid gegenüber, weisen jedoch eine positivere Einstellung gegenüber einer vorgestellten, suizidgefährdeten Person auf, als Kulturen, die eine liberalere Einstellung zum Suizid haben (Eskin et al., 2011). **Hypothese 3** postuliert daher: **„SlowakInnen weisen eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als slowakische MigrantInnen aus Österreich.“**

Subjektive Laientheorien über Ursachen für Suizid wurden in drei Hauptdimensionen (intrapyschisch, interpersonell und sozial) unterteilt. Lester & Bean (1992), sowie Voracek, Loibl & Lester (2007c) fanden einen Zusammenhang zwischen Religiosität und dem Glaube an intrapsychische Ursachen für Suizid. Anhand dieser Erkenntnisse wird **Hypothese 4** aufgestellt: **„SlowakInnen zeigen höhere Werte in der Subskala Intrapyschische Ursachen für Suizid als slowakische MigrantInnen aus Österreich.“**

Die Wichtigkeit der Erfassung von Kenntnissen der Laien über Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid wurde bereits im Kapitel 1.9 beschrieben. Bisherige Untersuchungen zeigten, dass sich die Vorstellungen der Laien über genetische Ursachen des Suizides kulturübergreifend nicht unterscheiden. **Hypothese 5** lautet daher wie folgt: **„SlowakInnen und slowakische MigrantInnen aus Österreich erzielen ähnliche Ergebnisse im Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.“**

Die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen hängt von Faktoren wie Geschlecht, Bildungsgrad, Alter, aber auch Religiosität (vgl. Kap. 1.10) ab. Laut Sheikh und Furnham (2000) steigt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe mit sinkender Religiosität. Anhand von **Hypothese 6: „Religiosität hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen“** wird versucht, die Befunde von Sheikh & Furnham zu replizieren.

Aus der Vermutung, dass SlowakInnen religiöser sind sowie, dass Religiosität die Einstellung zur psychologischen Hilfe negativ beeinflusst, resultiert **Hypothese 7: „SlowakInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als slowakische MigrantInnen aus Österreich.“**



## **Methoden**



In diesem Kapitel werden Stichprobe, Studiendesign, Methode der Datenerhebung, verwendete Erhebungsinstrumente, sowie die Planung der Analyse der erhobenen Daten beschrieben.

## **2.1. Stichprobe**

### **2.1.1. Auswahl der Stichprobe**

Die TeilnehmerInnen dieser Studie unterscheiden sich durch ihren kulturellen Hintergrund. Die erste Subgruppe bilden die in der Slowakei lebenden SlowakInnen, die während ihrer Lebensspanne womöglich keinen kulturellen Einflüssen anderer Länder ausgesetzt wurden und somit keinen Migrationshintergrund aufweisen. Die andere Subgruppe besteht aus den in Österreich lebenden SlowakInnen, die seit einiger Zeit unter Einfluss der österreichischen Kultur leben. Das Alter der StudienteilnehmerInnen wurde auf den Altersbereich zwischen 18 und 55 Jahren beschränkt, da im Interessensmittelpunkt die Meinung dieser zwei Generationen stand.

### **2.1.2. Demographische Daten**

Um einen Vergleich der Gruppen möglich zu machen, wurden demographische Variablen wie Geschlecht, Alter und höchste abgeschlossene Ausbildung erhoben. Zusätzlich wurden noch der Geburtsort und derzeitiger Wohnort erhoben (Slowakei bzw. Österreich), um die ProbandInnen zu ihrem kulturellen Hintergrund eindeutig zuordnen zu können. ProbandInnen aus Österreich mussten die Dauer des Aufenthaltes (in Jahren) anführen.

### **2.1.3. Stichprobengröße und Power**

Die Stichprobengröße und Teststärkeanalysen wurden in Anlehnung an die Berechnungen der parallel verlaufenden Untersuchung in Polen von Kadluczka (2012) festgelegt. Für eine 2-faktorielle Varianzanalyse (ANOVA) wurde für einen kleinen Effekt ( $f = .10$ ) ein Stichprobenumfang von 1089 Personen, für einen mittleren Effekt ( $f = .25$ ) ein Stichprobenumfang von 132 Personen und für einen großen Effekt ( $f = .40$ ) ein Stichprobenumfang von 64 Personen berechnet. Bei einer Test-Power von 80% wurde das Signifikanzniveau auf 5% festgelegt. Für eine multifaktorielle Varianzanalyse (MANOVA) mit einer Effektstärke ( $f^2 = .10$ ) wurde eine Gesamtstichprobe von mindestens 98 Personen berechnet. Die Berechnungen der Stichprobengrößen für eine multiple Regression ergaben (bei mittlerer Effektstärke  $f^2 = .15$ ) ein Stichprobenumfang von 89 Personen pro Subgruppe (Kadluczka, 2012).

## **2.2. Studiendesign**

In der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quasi-experimentelle Untersuchung, da die ProbandInnen zu einer der zwei Gruppen (SlowakInnen vs. Slowakische ImmigrantInnen) nicht zufällig zugeordnet werden konnten, sondern sich durch eine fest gegebene Bedingung (kultureller Hintergrund) unterscheiden haben. Verglichen wurden jeweils zwei Gruppen, entweder anhand des kulturellen Hintergrundes, oder anhand des Geschlechts. Während der Untersuchung wurde eine Gleichverteilung hinsichtlich der Variable „Geschlecht“, sowie der Variable „Herkunft“ angestrebt.

## **2.3. Datenerhebung**

Die Daten wurden mittels sogenannten „Schneeballsystems“ erhoben, entweder „*paper pencil*“ oder online. Verwandte, Freunde und Bekannte wurden gebeten, die ausgeteilten Fragebögen auszufüllen und an andere Personen weiterzuleiten. In der Slowakei hat die Datenerhebung hauptsächlich in der Stadt Ružomberok (Mittelslowakei) und ihrer Umgebung stattgefunden. Hier wurden die Daten von Anfang Juni bis Mitte September 2012 erhoben.

Da der Zugang zu ProbandInnen in Österreich aufgrund der breiteren geographischen Streuung der Befragten deutlich erschwert war, wurde die Datenerhebung hauptsächlich online durchgeführt. Eine einfache Version des Word-Fragebogens wurde in diversen sozialen Netzwerken ausgeteilt. Die Befragten bekamen ein E-mail mit relevanten Informationen wie Themenbeschreibung, Ziel der Studie, Zusicherung der Anonymität und Teilnahmebedingungen. Die gesamte Datenerhebung in Österreich dauerte von Mitte Mai bis Anfang November 2012. Alle Personen, die sich an der Studie beteiligten, bekamen eine slowakische Version des Fragebogens.

## **2.4. Messinstrumente**

### **2.4.1. Übersetzung des Fragebogens**

Die Übersetzung der deutschen Version des Fragebogens hat mittels sogenannter „*parallel blind technique*“ (Behling & Law, 2000, S. 23) stattgefunden. Die Diplomandin und zwei weitere Personen mit der Muttersprache Slowakisch, jedoch mit einer langjährigen Aufenthaltsdauer in deutschsprachigen Ländern und diversen Ausbildungen, die in deutscher Sprache geführt und abgeschlossen wurden, haben die verwendeten Verfahren unabhängig voneinander übersetzt. Dabei wurde nicht nur auf die sprachliche Korrektheit, sondern auch auf die Sinnhaftigkeit des übersetzten Textes geachtet. Ebenso wurde bei negativ gestellten Fragen („Umpolfragen“) darauf geachtet, dass diese ihre ursprüngliche Form behalten (Negativformulierung).

Danach wurden alle drei übersetzten Texte verglichen, um eine möglichst sinngetreue und gleichwertige Endversion in Slowakisch zu erstellen. Eine weitere Person mit akademischem Abschluss in der Sprache Slowakisch hat die Endkorrektur des Fragebogens durchgeführt.

## **2.4.2. Struktur des Fragebogens**

Der gesamte Fragebogen bestand aus 8 Seiten. Das Titelblatt beinhaltete eine kurze Themenbeschreibung; betont wurden die Wichtigkeit der persönlichen Meinung und der Hinweis auf die vertrauliche und anonyme Verarbeitung der Daten. Die verwendeten Verfahren wurden auf den Seiten 2-7 mit jeweils einer kurzen Einleitung und einem vordefinierten Antwortformat in der Reihenfolge eingeführt, wie sie weiter unten beschrieben werden. Die letzte Seite beinhaltete demografische Fragen wie Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Ausbildung, kulturellen Hintergrund, Aufenthaltsdauer in Jahren, sowie Kirchgang.

### *2.4.2.1. Meinungen und Einstellungen zu Suizid*

Der Fragebogen *ATTS – Attitudes towards Suicide Scale* wurde von Eskin (2004) erstellt und erfasst die Meinungen und Einstellungen zu Suizid. Es beinhaltet 24 Fragen. Durch die Faktorenanalyse der 24 Items des ATTS ergaben sich sieben Faktoren, die insgesamt 73.4% der totalen Varianz erklärten (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011). Die Faktoren sind:

- *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod*
- *Akzeptanz von Suizid*
- *Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit*
- *Mitteilung von psychischen Probleme*
- *Verheimlichung von suizidalem Verhalten*
- *Suizid als Lösung*
- *Offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid.*

Diese sieben Faktoren wurden auch in die vorliegende Untersuchung übernommen. Die Antworten wurden auf einer 5-stufigen Skala angekreuzt und reichten von „*stimme völlig zu*“, „*stimme zu*“, über „*weder-noch*“, „*stimme nicht zu*“, bis zu „*stimme gar nicht zu*“. Negative Antworten wurden mit niedrigeren Zahlen, positive Antworten mit höheren Zahlen (1, 2, 3, 4, 5) kodiert.

#### 2.4.2.2. Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund

Der Fragebogen *RISF – Reaction to an Imagined Suicidal Friend*, der ebenso von Eskin (1999) erstellt wurde, erfasst die Reaktionen und Einstellungen zu einem vorgestellten, suizidgefährdeten Freund. In einer neueren Validierungsstudie von Eskin et al. (2011) mit österreichischen und türkischen MedizinstudentInnen ergaben sich durch die Faktorenanalyse 5 Faktoren, die insgesamt 61.3% der totalen Varianz erklärten. Diese 5 Faktoren wurden in die Varianzanalyse miteinbezogen:

- Soziale Akzeptanz
- Emotionale Beteiligung
- Hilfe für den suizidgefährdeten Freund
- Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung
- Genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens

Der Fragebogen RISF beinhaltet 20 Fragen. Die Antworten wurden auf einer 5-stufigen Skala eingestuft und mit Zahlen 1, 2, 3, 4 bzw. 5 kodiert. Niedrige Zahlen sprechen für Ablehnung, hohe Zahlen für eine stark ausgeprägte Zustimmung.

#### 2.4.2.3. Glaube an Ursachen von Suizid

Der Fragebogen *ACCS – Attribution of Causes to Suicide Scale*, der die Ursachenzuschreibungen von Suizid erfasst, wurde erstmals von Lester & Bean (1992) konstruiert. Insgesamt besteht der ACCS aus 18 Items, die in drei Dimensionen mit jeweils 6 Items zusammengefasst werden - *intrapsychische*, *interpersonelle* und *soziale* Ursachen für Suizid. Eine neuere Validierung an einer Stichprobe österreichischer und deutscher PsychologiestudentInnen lieferte zufriedenstellende Reliabilitäten: .59 für Skala *Intrapsychische Ursachen*, .57 für *Interpersonelle Ursachen* und .64 für *Soziale Ursachen*. Für die Gesamtskala ergab sich eine Reliabilität von .75 (Loibl, Tran, Hirner & Voracek, 2008). Die Antwortmöglichkeiten wurden auf einer 6-stufigen Skala angekreuzt, von 1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 6 = *stimme stark zu* und von -2,5 bis +2,5 kodiert.

#### 2.4.2.4. Religiöse und spirituelle Einstellungen

Der Fragebogen *SBI-15-R – System of Belief Inventory*, der ursprünglich von Holland et al. (1998) konstruiert wurde, besteht aus zwei Dimensionen: „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ (10 Items) und „*Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ (5 Items). Später wurde eine deutsche Version, genannt *SBI-15-R-D*, erstellt und validiert. Das *SBI-15-R-*

D hat sich als hochreliables Messinstrument „bewährt“. In der Validierungsstudie von Albani et al. (2001) betrugen die Cronbach's  $\alpha$  Werte von  $> .87$  in allen Teilstichproben. Die durch die zwei Faktoren aufgeklärte Varianz betrug 80.9% der totalen Varianz. Der Fragebogen SBI-15-R-D beinhaltet 15 Fragen.

Die ProbandInnen kreuzten ihre Antworten auf einer 4-stufigen Skala an. Diese wurden dann mit 1, 2, 3 und 4 kodiert (4 = *trifft vollständig zu*, 3 = *trifft teilweise zu*, 2 = *trifft teilweise nicht zu*, 1 = *trifft gar nicht zu*). Die eingeschätzten Werte wurden summiert, wodurch sich eine Spannweite für Summenscore von 0-40 ergab. Höhere Werte wiesen auf eine starke Zustimmung, niedrige Werte auf schwache Zustimmung hin (Albani et al., 2001).

#### 2.4.2.5. Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid

Das von Voracek, Loibl und Sonneck im Jahr 2007 entwickelte Messinstrument *BIRFSS* – *Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale* ist das erste Verfahren, das den Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid erfasst. Mehrere Validierungsstudien im europäischen, amerikanischen und asiatischen Raum (Kanada, USA, Österreich, Estland, Malaysia und Rumänien) lieferten akzeptable testtheoretische Werte (Voracek et al., 2007a, 2007d; 2007e; Voracek et al. 2008a, 2008b, 2008c).

Das Messinstrument BIRFSS beinhaltet 22 Aussagen, die auf folgenden Studien basieren (Voracek et al. 2007a, 2008a, 2008b, 2008c):

- Familienstudien (5 Items)
- Geographische Studien (4 Items)
- Zwillingsstudien (4 Items)
- Adoptionsstudien (2 Items)
- Einwanderer- und Nachnamenstudien (4 Items)
- Molekulargenetische Studien (1 Item)
- Allgemeine Behauptungen (2 Items)

Jede Aussage konnte von Probanden als „*richtig*“ oder „*falsch*“ beurteilt werden. Items Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19 und 20 waren richtige Aussagen und daher mit 1 kodiert. Items Nr. 6, 9, 11, 15, 16, 18, 21 und 22 waren falsche Aussagen und daher mussten sie umkodiert werden. Fehlende Werte wurden als falsch gewertet und daher ebenfalls mit 0 kodiert. Der höchste Summenwert ergab somit 22 Punkte. Je höher der erreichte Summenscore war, desto höher war der Glaube an den Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid.

#### 2.4.2.6. *Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen*

Das von Fischer und Farina (1995) erstellte Messinstrument *ATSPPH-SF – Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale – Short Form*, erfasst die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die ursprüngliche Version beinhaltete 14 Items. Durch die Faktorenanalyse ergaben sich folgende zwei Skalen: *Recognition of Need for Psychotherapeutic Help* und *Confidence in Mental Health Practitioner*. An einer Stichprobe von College- und MedizinstudentInnen validierten Elhai, Schweinle und Anderson (2008) den Fragebogen ATSPPH-SF neu. Interne Konsistenzen wiesen Werte von .77 (CollegestudentInnen), bzw. .78 (MedizinstudentInnen) auf. Die Antworten der ProbandInnen vorliegender Studie wurden auf einer 4-stufigen Skala (1 = *stimme gar nicht zu*, 2 = *stimme teilweise nicht zu*, 3 = *stimme teilweise zu*, 4 = *stimme völlig zu*) gemessen und mit 1, 2, 3 und 4 kodiert. Die Items 2, 4, 7, 8 und 9 wurden aufgrund der negativen Formulierung umgepolt. Es ergab sich eine Spannweite der Summenscore von 0 bis 36. Je höher der erreichte Score war, desto offener war eine Person professionelle psychologische Hilfe anzunehmen.

#### 2.4.2.7. *Demographische Variablen*

Auf der letzten Seite des Fragebogens wurden demographischen Variablen angeführt. Es wurde ausdrücklich auf die Notwendigkeit der vollständigen Angabe der Daten hingewiesen, um die vorher angegebenen Daten aus Messinstrumenten statistisch auswerten zu können.

ProbandInnen mussten das *Geschlecht*, das *Alter*, die *höchste abgeschlossene Ausbildung*, den *Geburts- und derzeitigen Wohnort*, sowie die *Aufenthaltsdauer in Jahren* und die *Häufigkeit des Kirchgangs* angeben. Bei der Variable *höchste abgeschlossene Ausbildung* standen ProbandInnen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: *Grundschule*, *Berufsschule*, *Mittlere Schule ohne Matura und Fachschule*, *Mittlere Schule mit Matura (AHS, BHS)* und *Gymnasium*, *Hochschule* und *Universität*.

Die Antwortmöglichkeiten für den *Kirchgang* – Frage: „*Wie oft gehen Sie in die Kirche?*“ – waren folgende: *mehrmals pro Woche*, *einmal pro Woche*, *einmal im Monat*, *ein paar Mal im Jahr*, *nur zu besonderen Anlässen (Weihnachten, Ostern, Hochzeit)*, *einmal im Jahr* und *gar nicht*.

Um die ProbandInnen eindeutig zu einem der zwei Länder zuordnen zu können, wurde nach *derzeitigem Wohnort* (damit wurde gemeint: „Ort des langfristigen Lebensmittelpunktes“) und der *Aufenthaltsdauer in Jahren* gefragt. Die letzte Frage war eine Frage mit offenem Antwortformat.

## 2.5. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mittels eines statistischen Programms für Human- und Sozialwissenschaften SPSS, Version 20. Zuerst wurden deskriptive Statistiken für die Gesamtstichprobe, sowie für die Teilstichproben berechnet – Mittelwert, Standardabweichung, Spannweite und Verteilung der Variablen *Geschlecht*, *Alter*, *Ausbildung*, *Ausbildungsjahre*, *Kirchgang* und *Aufenthaltsjahre*.

Im nächsten Schritt wurden mittels Reliabilitätsanalyse interne Konsistenzen der verwendeten Messinstrumente (ATTS, RISF, ACCS, SBI-15-R-D, BIRFSS und ATSPPH-SF) für die jeweiligen Kulturgruppen berechnet.

Im Folgenden musste das Signifikanzniveau festgelegt werden, sowie die Überprüfung der notwendigen Voraussetzungen für ANOVA, MANOVA und die Regressionsanalyse erfolgen. Als Signifikanzniveau wurde daher eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha=.05$  (2-seitig) festgelegt. Zur Überprüfung der Voraussetzungen für die einfaktorielle (ANOVA) und die multifaktorielle (MANOVA) Varianzanalyse wurden folgende Tests durchgeführt: Überprüfung der Normalverteilung der Daten in einzelnen Gruppen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und  $\chi^2$ -Test, Test der Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test, sowie Box's-Test für die Bestimmung der Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen.

Die unabhängigen Faktoren waren jeweils *Kultur* (SlowakInnen vs. Slowakische ImmigrantInnen) und *Geschlecht* (männlich vs. weiblich). Als Prüfgröße wurde jeweils Pillai's Trace verwendet. Für weitere Analysen wurden Graphiken und separate univariate ANOVA's betrachtet. Signifikante Ergebnisse wurden gleichzeitig mit Effektgrößen interpretiert, um die praktische Bedeutsamkeit des Ergebnisses zu beurteilen (Börtz & Döring, 2006, S. 501).

Die Überprüfung der Voraussetzungen für multiple lineare Regressionsanalyse erfolgte mittels Tests für die Multikollinearität - VIF, Analyse der Varianzen der Residuen, sowie Prüfung der Homoskedastizität durch Betrachtung von Streuung der Residuen.



## **Ergebnisse**



### 3.1. Rücklaufquote der Fragebögen

Die Rücklaufquote der ausgeteilten Fragebögen in ausgedruckter Form betrug in der Slowakei 96.6%. Aus 150 ausgeteilten Fragebögen wurden 145 retourniert. Die restlichen 33 Fragebögen wurden nach einer online Befragung retourniert. Diese Fragebögenanzahl bildet jedoch nur knapp 8% aller ausgeschickten online Fragebögen in der Slowakei.

In Österreich wurden von 65 ausgeteilten Fragebögen in gedruckter Form 48 Fragebögen retourniert (73.8%). Da es in Österreich sehr schwierig war, ProbandInnen in diversen Vereinen, Clubs, Lokalen, etc. persönlich zu rekrutieren (diese lehnten die Teilnahme im Umfeld meist aus zeitlichen Gründen ab), wurde trotz erwarteter niedriger Rücklaufquote eine online Rekrutierung betrieben. Daher wurden ungefähr 3000 E-mails an slowakische Mitglieder diverser sozialer Internetgruppen, Foren, Vereinen und Clubs (österreichweit) ausgeschickt. Die Online-ProbandInnen wurden nach Zusage noch mal nach Einschlusskriterien überprüft. Die Anzahl der retournierten Fragebögen betrug nur 69 (2.3%).

Vier retournierte Fragebögen wurden nicht vollständig ausgefüllt (fehlende demographische Daten bzw. mehr als 50% fehlende Angaben) und wurden daher aus der Studie ausgeschlossen. Drei Personen, die anfangs zur Stichprobe der slowakischen MigrantInnen gezählt wurden, erfüllten nicht die notwendige Bedingung der langfristigen Aufenthaltsdauer in Österreich. Zwei Probanden gaben einen tschechischen Migrationshintergrund an. Insgesamt gab es daher 9 Fragebögen, die aus der Studie exkludiert wurden.

### 3.2. Stichprobengröße und soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Daten der Stichprobe werden in Tabelle 1 beschrieben.

**Tabelle 1:** Deskriptive Statistiken für **soziodemographische Daten**

|                                | SlowakInnen / Slowakei<br>( <i>n</i> = 178) |       |                        | SlowakInnen / Österreich<br>( <i>n</i> = 117) |       |                        |
|--------------------------------|---------------------------------------------|-------|------------------------|-----------------------------------------------|-------|------------------------|
|                                | <i>n</i>                                    | %     | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) | <i>n</i>                                      | %     | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) |
| Geschlecht                     |                                             |       |                        |                                               |       |                        |
| Männer                         | 80                                          | 44.9% |                        | 38                                            | 32.5% |                        |
| Frauen                         | 98                                          | 55.1% |                        | 79                                            | 67.5% |                        |
| Alter                          |                                             |       | 35.64 (9.83)           |                                               |       | 32.61 (8.4)            |
| Anzahl der<br>Ausbildungsjahre |                                             |       | 13.67 (2.66)           |                                               |       | 14.29 (2.62)           |

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Die Gesamtstichprobe besteht aus 295 ProbandInnen, davon sind 178 SlowakInnen aus der Slowakei und 117 ProbandInnen slowakische ImmigrantInnen aus Österreich. Insgesamt haben an der Studie 118 Männer teilgenommen, davon 80 aus der Slowakei und 38 aus Österreich. Aus 177 Frauen gab es 98 TeilnehmerInnen aus der Slowakei und 79 aus Österreich.

In der Gruppe der SlowakInnen sind Männer und Frauen gleich verteilt ( $\chi^2(1) = 1,820, p = .177$ ). In der Gruppe der slowakischen MigrantInnen sind Männer und Frauen nicht gleich verteilt ( $\chi^2(1) = 14,368, p < .001$ ). Es gibt signifikante Unterschiede in Bezug auf Alter der ProbandInnen. Die Gruppe der slowakischen MigrantInnen war signifikant jünger ( $F(1, 293) = 6.533, p < .05$ ). Die ProbandInnen aus der Slowakei sind zwischen 18 und 56 Jahren alt ( $M = 35.64, SD = 9.83$ ); ProbandInnen aus Österreich sind zwischen 19 und 55 Jahre alt ( $M = 32.61, SD = 8.402$ ).

Um einen sinnvollen Vergleich in Bezug auf die Ausbildung zwischen den beiden Herkunftsgruppen zu machen, wurde die ursprüngliche Ordinalskala in eine Intervallskala umgewandelt, indem die einzelnen Ausbildungsstufen in *Ausbildungsdauer in Jahren* umgerechnet wurden: *Pflichtschule = 8 Jahre, Lehre, Berufsschule = 11 Jahre, mittlere Schule ohne Matura/ Fachschule = 11 Jahre, AHS/ BHS mit Matura = 12 Jahre, Universität/ Fachhochschule = 17 Jahre*.

In Bezug auf die Ausbildung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen ( $F(2,293) = 1.047, p = .307$ ). Die durchschnittliche Ausbildungsdauer aller ProbandInnen war 13.9 Jahre ( $SD = 2.65$ ). Es gab signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezogen auf die Ausbildungsdauer. Die Ausbildung der Frauen war signifikant länger ( $F(1,293) = 8.263, p = .004$ ).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von slowakischen MigrantInnen in Österreich war 7.74 Jahre ( $SD = 6.522$ ), die minimale Aufenthaltsdauer war 1 Jahr, die maximale Dauer betrug 34 Jahre.

### **3.3. Repräsentativität der Stichprobe**

Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn sie in ihrer Zusammensetzung und in wichtigen Merkmalen der Gesamtpopulation stark ähnelt. Erst dann können die gefundenen Ergebnisse generalisiert werden (Bortz, Döring, 2006, S. 397). Die Stichprobe der SlowakInnen und slowakischen MigrantInnen aus Österreich war in dieser Studie nicht repräsentativ. Die Befragung der ProbandInnen in der Slowakei hatte nur lokal stattgefunden, zu 95% in Stadt Ružomberok. Bezogen auf die Ausbildung waren diejenigen ProbandInnen aus der Slowakei, welche einen Schulabschluss mit Matura und akademische Ausbildung hatten, stark

überrepräsentiert. In dieser Teilstichprobe gab es 46.1% ProbandInnen mit Matura und 37.6% AkademikerInnen. Laut Angaben des Slowakischen Statistikamtes aus Jahr 2011 verfügen 29.6% der Bevölkerung über einen Schulabschluss mit Matura und 11.5% über einen akademischen Abschluss (Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2012).

### 3.4. Reliabilitäten

Die Reliabilitäten der Erhebungsinstrumente wurden anhand von Cronbach's  $\alpha$  für jede Teilstichprobe, sowie für jede Subskala separat berechnet (vgl. Börtz & Döring, 2006, S. 199, Field, 2009, S. 668). Für die interne Konsistenz der Skalen ACCS und ATTS stellten sich zufriedenstellende Werte über .61 heraus. Sehr gute Reliabilitätswerte zeigten sich bei dem Fragebogen SBI-15-R-D, was mit Validierungsstudien von Albani et al. (2001) übereinstimmt. Lediglich bei BIRFSS gab es etwas niedrigere Reliabilitätswerte, die sich nach Ausschluss von Item 6 erhöht haben (auf .62 bei der Stichprobe aus der Slowakei und auf .6 bei der Stichprobe der SlowakInnen aus Österreich).

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind in Tabelle 2 dargestellt.

**Tabelle 2:** Cronbach's  $\alpha$  für *ATTS, RISF, ACCS, SBI-15R-D, BIRFSS und ATSPPH-SF*

|                                                   | SlowakInnen / Slowakei | SlowakInnen / Österreich |
|---------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| ATTS                                              | .61                    | .73                      |
| RISF                                              | .71                    | .83                      |
| ACCS                                              | .77                    | .78                      |
| intrapsychisch                                    | .62                    | .65                      |
| interpersonell                                    | .66                    | .63                      |
| sozial                                            | .68                    | .65                      |
| SBI-15R-D                                         | .90                    | .96                      |
| Religiöse Überzeugungen und Praktiken             | .84                    | .96                      |
| Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft | .91                    | .92                      |
| BIRFSS                                            | .53                    | .50                      |
| ATSPPH-SF                                         | .75                    | .80                      |

### 3.5. Hypothesenprüfung

#### 3.5.1. Religiosität

**Hypothese 1:** „SlowakInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als slowakische MigrantInnen aus Österreich.“

**Hypothese 1a:** Frauen sind religiöser als Männer.

Anhand dieser Hypothese wurden Unterschiede bezüglich religiöser und spiritueller Einstellungen, sowie Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit des Kirchgangs anhand von zwei unabhängigen Variablen *Kultur* und *Geschlecht* überprüft. Die abhängigen Variablen waren zwei Skalen des *SBI-15-R-D* und *Kirchgang*.

##### 3.5.1.1. Religiöse und spirituelle Einstellungen

Zur Überprüfung von religiösen und spirituellen Einstellungen wurden die Subskalen „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ und „*Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ des *SBI-15-R-D* als abhängige Variablen in die Berechnung miteinbezogen. Die unabhängigen Variablen waren *Kultur* und *Geschlecht*. Um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu berechnen diente die zweifaktorielle MANOVA. In Tabelle 3 sind die berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen dargestellt.

**Tabelle 3:** Deskriptive Statistiken für Variable *Religiöse und spirituelle Einstellungen (SBI-15R-D)*

|                                               | Religiöse Überzeugungen<br>und Praktiken<br><i>M (SD)</i> | Soziale Unterstützung<br>in der Glaubensgemeinschaft<br><i>M (SD)</i> |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| SlowakInnen / Slowakei<br>( <i>n</i> = 178)   |                                                           |                                                                       |
| Männer                                        | 29.4 (10.1)                                               | 13.3 (4.4)                                                            |
| Frauen                                        | 33.8 (6.4)                                                | 14.2 (4.5)                                                            |
| Gesamt                                        | 31.8 (8.5)                                                | 13.8 (4.4)                                                            |
| SlowakInnen / Österreich<br>( <i>n</i> = 117) |                                                           |                                                                       |
| Männer                                        | 29.1 (9.0)                                                | 14.1 (3.8)                                                            |
| Frauen                                        | 29.1 (10.1)                                               | 12.7 (5.3)                                                            |
| Gesamt                                        | 29.1 (9.7)                                                | 13.2 (4.9)                                                            |

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Durch den Kolmogorov-Smirnov Test ergaben sich auf beiden Subskalen und in beiden Kulturgruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test zur Überprüfung von Varianzgleichheit, sowie der Box's Test ergaben ebenso signifikante Ergebnisse auf beiden Subskalen.

Die multivariate Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Effekt von *Kultur* auf beiden Subskalen „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“, sowie „*Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ ( $F(2, 290) = 3.3, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ). Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt.

Die univariate Varianzanalyse zeigte, dass SlowakInnen signifikant höhere Werte in der ersten Subskala „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ erzielten, als slowakische MigrantInnen ( $F(1, 291) = 5.126, p < .05, \eta_p^2 = 0.017$ ). Es gab jedoch keinen signifikanten Effekt zwischen den beiden Kulturgruppen in der zweiten Subskala ( $F(1, 291) = 0.35, p < .05, \eta_p^2 = .001$ ).

Die multivariate Varianzanalyse ergab weiter einen signifikanten Effekt von *Geschlecht* auf beiden Subskalen der *Religiosität* ( $F(2, 290) = 4.88, p < 0,05, \eta_p^2 = .03$ ). Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt.

Die univariate Varianzanalyse zeigte, dass Frauen signifikant höhere Werte in der ersten Subskala „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ erzielten als Männer ( $F(1, 291) = 3.98, p < .05, \eta_p^2 = .01$ ). Es gab jedoch keinen Geschlechtsunterschied in der zweiten Subskala ( $F(1, 291) = 0.227, p < .05, \eta_p^2 = .001$ ).

Nach Berechnung der MANOVA zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $F(2, 290) = 2.39, p < 0,05, \eta_p^2 = .02$ ). Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt.

Die univariaten Varianzanalysen zeigten jedoch einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* in der ersten Subskala „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ ( $F(1, 291) = 4.187, p < .05, \eta_p^2 = .014$ ), aber keinen signifikanten Interaktionseffekt in der zweiten Subskala „*Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ ( $F(1, 291) = 3.79, p < .05, \eta_p^2 = .01$ ). Frauen aus der Slowakei erzielten bei dem ersten Faktor signifikant höhere Werte im Vergleich zu Männern aus der Slowakei, sowie im Vergleich zur Gruppe der slowakischen MigrantInnen.

#### 3.5.1.2. Kirchgang

Zur Berechnung der *Religiosität* anhand der Variable *Kirchgang* wurde die zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, um Unterschiede in den Kulturgruppen, bzw. die Geschlechtsunterschiede zu überprüfen. Als unabhängige Variablen wurden *Kultur* und *Geschlecht*, als abhängige Variable *Kirchgang* herangezogen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable *Kirchgang* sind in Tabelle 4 zu sehen.

**Tabelle 4:** Deskriptive Statistik der Variable *Kirchgang*

|                                           | Kirchgang<br><i>M (SD)</i> |
|-------------------------------------------|----------------------------|
| SlowakInnen / Slowakei ( <i>n</i> =178)   |                            |
| Männer                                    | 3.3 (2.0)                  |
| Frauen                                    | 4.0 (1.8)                  |
| Total                                     | 3.7 (1.9)                  |
| SlowakInnen / Österreich ( <i>n</i> =117) |                            |
| Männer                                    | 3.5 (1.8)                  |
| Frauen                                    | 2.6 (2.0)                  |
| Total                                     | 2.63 (2.0)                 |

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung von der Variable Kirchgang war signifikant, der Levene's Test auf Gleichheit der Varianzen war nicht signifikant.

Die ANOVA ergab einen signifikanten Effekt von *Kultur* ( $F(1,291) = 6.875, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ). Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. Die SlowakInnen aus der Slowakei gehen häufiger in die Kirche als slowakische MigrantInnen aus Österreich.

Es gab keinen signifikanten Effekt von *Geschlecht*. Frauen sowie Männer gehen gleich häufig in die Kirche ( $F(1,291) = 0.16, p < .05, \eta_p^2 = .001$ ).

Weiterhin gab es einen signifikanten Interaktionseffekt ( $F(1, 291) = 10.48, p < .05, \eta_p^2 = .03$ ). Frauen aus der Slowakei gingen signifikant häufiger in die Kirche als slowakische Frauen aus Österreich.

### 3.5.2. Meinungen und Einstellungen zu Suizid

**Hypothese 2:** SlowakInnen haben eine negativere Einstellung zu Suizid als slowakische MigrantInnen aus Österreich.

Zur Berechnung des Kultur-, bzw. Geschlechtsunterschiedes wurde eine multivariate Varianzanalyse durchgeführt. Die unabhängigen Variablen waren *Kultur* und *Geschlecht*. Die abhängigen Variablen waren die sieben Subskalen des Fragebogen ATTS – Meinungen und Einstellungen zu Suizid: *Glaube an die Bestrafung nach dem Tod*, *Akzeptanz von Suizid*, *Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit*, *Mitteilung von psychischen Problemen*, *Verheimlichung von suizidalem Verhalten*, *Suizid als Lösung* und *Offene Berichterstattung und*

*Diskussion über Suizid.* Die Mittelwerte und Standardabweichungen der sieben Subskalen des ATTS sind in Tabelle 5 zu sehen.

**Tabelle 5:** Deskriptive Statistiken für Variable *Einstellungen zu Suizid (ATTS)*

|                                                  | SlowakInnen / Slowakei (n=178)      |                                     |                                    | SlowakInnen / Österreich (n=117)    |                                     |                                    |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
|                                                  | Männer<br><i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | Frauen<br><i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | Total<br><i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | Männer<br><i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | Frauen<br><i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | Total<br><i>M</i><br>( <i>SD</i> ) |
| Glaube an Bestrafung nach Tod                    | 3.0<br>(1.0)                        | 3.1<br>(0.7)                        | 3.0<br>(0.9)                       | 2.9<br>(0.9)                        | 2.6<br>(0.9)                        | 2.7<br>(0.9)                       |
| Akzeptanz von Suizid                             | 1.9<br>(0.8)                        | 1.6<br>(0.7)                        | 1.8<br>(0.7)                       | 2.0<br>(1.1)                        | 1.9<br>(1.1)                        | 1.9<br>(1.1)                       |
| Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit | 3.2<br>(1.1)                        | 3.3<br>(0.9)                        | 3.3<br>(1.0)                       | 3.0<br>(0.9)                        | 3.2<br>(1.1)                        | 3.1<br>(1.1)                       |
| Mitteilung psychischer Probleme                  | 4.1<br>(0.7)                        | 4.3<br>(0.5)                        | 4.2<br>(0.6)                       | 4.2<br>(0.6)                        | 4.4<br>(0.5)                        | 4.3<br>(0.5)                       |
| Verheimlichen von suizidalem Verhalten           | 2.6<br>(0.8)                        | 2.3<br>(0.8)                        | 2.4<br>(0.8)                       | 2.8<br>(0.6)                        | 2.3<br>(0.9)                        | 2.5<br>(0.8)                       |
| Suizid als Lösung                                | 2.6<br>(0.6)                        | 2.5<br>(0.4)                        | 2.6<br>(0.5)                       | 2.6<br>(0.6)                        | 2.6<br>(0.6)                        | 2.6<br>(0.6)                       |
| Offene Berichterstattung von Suizid              | 3.6<br>(0.8)                        | 3.7<br>(0.8)                        | 3.7<br>(0.8)                       | 3.5<br>(0.9)                        | 4.0<br>(0.8)                        | 3.9<br>(0.8)                       |

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab auf allen sieben Faktoren signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test ergab in den Skalen 3, 4 und 7 (*Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit*, *Mitteilung von psychischen Problemen* und *Offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid*) nichtsignifikante Ergebnisse. In den Skalen 1, 2, 5 und 6 (*Glaube an die Bestrafung nach dem Tod*, *Akzeptanz von Suizid*, *Verheimlichung von suizidalem Verhalten* und *Suizid als Lösung*) ergab der Levene's Test signifikante Ergebnisse. Der Box's Test war signifikant.

Nach Berechnung von MANOVA zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt des *Geschlechts* ( $F(7, 285) = 4.16, p < .001, \eta_p^2 = .09$ ). Diese Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Univariate ANOVA's ergaben signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf der Skala *Mitteilung von psychischen Problemen* ( $F(1, 291) = 5.78, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ) und *Offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid* ( $F(1, 291) = 9.12, p < .05, \eta_p^2 = .03$ ). Hier erzielten Frauen signifikant höhere Werte als Männer. Einen ebenso signifikanten Effekt von *Geschlecht* gab es in der Skala *Verheimlichung von suizidalem Verhalten* ( $F(1, 291) =$

13.85,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ). Männer erzielten signifikant höhere Werte als Frauen. Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gab es in der Skala *Glaube an die Bestrafung nach dem Tod* ( $F(1, 291) = 0.88$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ), *Akzeptanz von Suizid* ( $F(1, 291) = 3.65$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ), *Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit* ( $F(1, 291) = 1.7$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ) und *Suizid als Lösung* ( $F(1, 291) = 0.33$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

In Bezug auf *Kultur* ergab sich nach Berechnung von MANOVA kein signifikanter Effekt ( $F(7, 285) = 1.8$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ). Die separaten univariaten ANOVA's zeigten nur in der ersten Skala *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod* einen signifikanten Haupteffekt von *Kultur* ( $F(1, 291) = 5.78$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ). Hier erzielten SlowakInnen aus der Slowakei signifikant höhere Werte als SlowakInnen aus Österreich. In den restlichen sechs Skalen *Akzeptanz von Suizid* ( $F(1, 291) = 2.21$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .008$ ), *Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit* ( $F(1, 291) = 1.63$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .006$ ), *Mitteilung von psychischen Problemen* ( $F(1, 291) = 0.98$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .003$ ), *Verheimlichung von suizidalem Verhalten* ( $F(1, 291) = 0.59$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .002$ ), *Suizid als Lösung* ( $F(1, 291) = 0.03$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .000$ ) und *Offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid* ( $F(1, 291) = 1.19$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .004$ ) gab es keine signifikanten Kulturunterschiede.

Die multivariate Varianzanalyse zeigte keinen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $F(7, 285) = 1.29$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ). Bei den separaten univariaten Varianzanalysen ergaben sich in allen Skalen keine signifikanten Haupteffekte: *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod* ( $F(1, 291) = 3.36$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ), *Akzeptanz von Suizid* ( $F(1, 291) = 0.46$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .002$ ), *Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit* ( $F(1, 291) = 0.27$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .001$ ), *Mitteilung von psychischen Problemen* ( $F(1, 291) = 0.01$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .00$ ), *Verheimlichung von suizidalem Verhalten* ( $F(1, 291) = 1.27$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .004$ ), *Suizid als Lösung* ( $F(1, 291) = 0.92$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .003$ ) und *Offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid* ( $F(1, 291) = 3.63$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

### 3.5.3. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund

**Hypothese 3:** SlowakInnen weisen eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als slowakische MigrantInnen aus Österreich.

Zur Berechnung dieser Hypothese wurde eine MANOVA mit Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* durchgeführt. Die unabhängigen Variablen waren die fünf Subskalen des Fragebogens RISF: *Soziale Akzeptanz*, *Emotionale Beteiligung*, *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund*, *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* und *Genaueres Ermitteln des*

*suizidalen Verhaltens*. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der fünf Subskalen des RISF sind in Tabelle 6 zu sehen.

**Tabelle 6:** Deskriptive Statistiken für Variable *Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund (RISF)*

|                                                  | SlowakInnen / Slowakei (n=178) |                           |                           | SlowakInnen / Österreich (n=117) |                           |                           |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                                  | Männer                         | Frauen                    | Total                     | Männer                           | Frauen                    | Total                     |
|                                                  | <i>M</i><br>( <i>SD</i> )      | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | <i>M</i><br>( <i>SD</i> )        | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) |
| Soziale Akzeptanz                                | 3.9<br>(0.5)                   | 4.1<br>(0.4)              | 4.0<br>(0.5)              | 3.9<br>(0.5)                     | 4.2<br>(0.6)              | 4.1<br>(0.6)              |
| Emotionale Beteiligung                           | 2.7<br>(0.6)                   | 2.6<br>(0.6)              | 2.7<br>(0.6)              | 2.3<br>(0.6)                     | 2.3<br>(0.7)              | 2.3<br>(0.7)              |
| Hilfe einem suizidgefährdeten Freund             | 4.2<br>(0.7)                   | 4.3<br>(0.4)              | 4.2<br>(0.5)              | 4.3<br>(0.4)                     | 4.3<br>(0.4)              | 4.3<br>(0.4)              |
| Abneigung gegen Bekanntgabe der Suizidgefährdung | 3.4<br>(0.8)                   | 3.3<br>(1.0)              | 3.3<br>(0.9)              | 2.8<br>(0.9)                     | 2.8<br>(1.1)              | 2.8<br>(1.1)              |
| Genaueres Ermitteln des suizidalen Verhaltens    | 3.6<br>(0.8)                   | 3.9<br>(0.7)              | 3.8<br>(0.8)              | 4.0<br>(0.8)                     | 4.1<br>(0.7)              | 4.0<br>(0.7)              |

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in allen fünf Subskalen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war auf Skala 2 *Emotionale Beteiligung*, Skala 3 *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund* und Skala 5 *Genaueres Ermitteln des suizidalen Verhaltens* nicht signifikant. Der Box's Test war signifikant.

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt des *Geschlechts* ( $F(5, 287) = 3.04, p < .05, \eta_p^2 = 0.05$ ). Diese Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Die separaten univariaten ANOVA's zeigten einen signifikanten Effekt des Geschlechts in der Skala *Soziale Akzeptanz* ( $F(1, 291) = 14.27, p < .001, \eta_p^2 = .05$ ) und auf Skala *Genaueres Ermitteln des suizidalen Verhaltens* ( $F(1, 291) = 5.55, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ). Auf beiden Skalen erreichten Frauen signifikant höhere Werte als Männer.

Die MANOVA zeigte weiter einen signifikanten Haupteffekt der *Kultur* ( $F(5, 287) = 6.99, p < .001, \eta_p^2 = .11$ ). Diese Effektgröße entspricht einem großen Effekt. Die univariate Varianzanalyse zeigte in der Skala *Emotionale Beteiligung* ( $F(1, 291) = 15.87, p < .001, \eta_p^2 = .05$ ) und in der Skala *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ( $F(1, 291) = 16.38, p < .001, \eta_p^2 = .05$ ) ein signifikantes Ergebnis. In beiden Skalen erreichten SlowakInnen aus der Slowakei wesentlich höhere Werte als slowakische MigrantInnen aus Österreich. Ein weiterer signifikanter Haupteffekt von *Kultur* zeigte sich auch in der Skala *genaueres Ermitteln*

des suizidalen Verhaltens ( $F(1, 291) = 6.97, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ). Auf dieser Skala erzielten slowakische MigrantInnen signifikant höhere Werte als SlowakInnen aus der Slowakei.

Durch die MANOVA zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt von *Kultur* und *Geschlecht* ( $F(5, 287) = 1.04, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ). Die univariaten ANOVA's ergaben in keiner der fünf Subskalen signifikante Ergebnisse: *Soziale Akzeptanz* ( $F(1, 291) = 0.51, p < .05, \eta_p^2 = .002$ ), *Emotionale Beteiligung* ( $F(1, 291) = 0.28, p < .05, \eta_p^2 = .001$ ), *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund* ( $F(1, 291) = .29, p < .05, \eta_p^2 = .001$ ), *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ( $F(1, 291) = 0.01, p < .05, \eta_p^2 = .00$ ) und *Genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens* ( $F(1, 291) = 2.18, p < .05, \eta_p^2 = .007$ ).

### 3.5.4. Glaube an Ursachen von Suizid

**Hypothese 4:** SlowakInnen zeigen höhere Werte in der Subskala intrapsychische Ursachen des Suizides als slowakische MigrantInnen aus Österreich.

Zur Berechnung von Hypothese wurde die MANOVA durchgeführt, als feste Faktoren wurden *Kultur* und *Geschlecht* genommen. Die folgenden drei Subskalen des Fragebogens ACCS wurden als unabhängige Variablen definiert: *Intrapsychische*, *Interpersonelle* und *Soziale Ursachen* von Suizid. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des ACCS sind in Tabelle 7 zu sehen.

**Tabelle 7:** Deskriptive Statistiken für Variable *Glaube an psychische Ursachen von Suizid (ACCS)*

|                          | SlowakInnen / Slowakei ( $n=178$ ) |                 |                 | SlowakInnen / Österreich ( $n=117$ ) |                 |                 |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
|                          | Männer                             | Frauen          | Total           | Männer                               | Frauen          | Total           |
|                          | $M$<br>( $SD$ )                    | $M$<br>( $SD$ ) | $M$<br>( $SD$ ) | $M$<br>( $SD$ )                      | $M$<br>( $SD$ ) | $M$<br>( $SD$ ) |
| Intrapsychische Ursachen | 0.4<br>(1.0)                       | 0.7<br>(0.8)    | 0.6<br>(0.9)    | 0.3<br>(0.8)                         | 0.5<br>(1.0)    | 0.4<br>(0.9)    |
| Interpersonelle Ursachen | 2.7<br>(0.6)                       | 2.6<br>(0.5)    | 2.6<br>(0.5)    | 2.6<br>(0.6)                         | 2.6<br>(0.6)    | 2.6<br>(0.6)    |
| Soziale Ursachen         | -0.2<br>(0.8)                      | -0.8<br>(1.0)   | -0.1<br>(0.9)   | -0.2<br>(0.8)                        | -0.1<br>(0.9)   | -0.1<br>(0.9)   |

$n$  = Anzahl der ProbandInnen,  $M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab signifikante Ergebnisse in der Skala *Soziale Ursachen* (für beide Kulturgruppen) und in der Skala *Intrapsychische Ursachen* für die Gruppe

der slowakischen MigrantInnen aus Österreich. Der Levene's Test zeigte sich nur in der Skala *Intrapsychische Ursachen* signifikant. Der Box's Test war nicht signifikant.

Die MANOVA zeigte keinen signifikanten Effekt der *Kultur* ( $F(3, 289) = 0.71, p < .05, \eta_p^2 = .007$ ). Auch die separaten univariaten ANOVA's zeigten keine Gruppenunterschiede bei dem Faktor *Kultur* in den Skalen *Intrapsychische Ursachen* ( $F(1, 291) = 1.88, p < .05, \eta_p^2 = .006$ ), *Interpersonelle Ursachen* ( $F(1, 291) = 0.81, p < .05, \eta_p^2 = .007$ ), sowie *Soziale Ursachen* ( $F(1, 291) = 0.1, p < .05, \eta_p^2 = .000$ ).

Die MANOVA zeigte ebenso keinen signifikanten Effekt des *Geschlechts* ( $F(3, 289) = 0.94, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ). Die separaten univariaten ANOVA's wiesen ebenfalls keine Gruppenunterschiede in Bezug auf das *Geschlecht* in den Skalen *Intrapsychische Ursachen* ( $F(1, 291) = 2.51, p < .05, \eta_p^2 = .009$ ), *Interpersonelle Ursachen* ( $F(1, 291) = 0.46, p < .05, \eta_p^2 = .002$ ), sowie *Soziale Ursachen* ( $F(1, 291) = 1.67, p < .05, \eta_p^2 = .006$ ) auf.

Ebenso ergab die MANOVA keinen signifikanten Interaktionseffekt von *Kultur* und *Geschlecht* ( $F(3, 289) = 0.29, p < .05, \eta_p^2 = .003$ ). Die separaten univariaten ANOVA's zeigten ebenfalls keine Interaktionseffekte zwischen *Kultur* und *Geschlecht* in den Skalen *Intrapsychische Ursachen* ( $F(1, 291) = 1.15, p < .05, \eta_p^2 = .001$ ), *Interpersonelle Ursachen* ( $F(1, 291) = 1.14, p < .05, \eta_p^2 = .001$ ), sowie *Soziale Ursachen* ( $F(1, 291) = 1.67, p < .05, \eta_p^2 = .00$ ).

### 3.5.5. Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid

**Hypothese 5:** SlowakInnen und slowakische MigrantInnen aus Österreich erzielen ähnliche Werte im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.

Die Hypothese 5 wurde mittels zweifaktorieller ANOVA mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* überprüft. Als unabhängige Variable diente der erreichte Summenscore im Fragebogen BIRFSS. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des BIRFSS sind in Tabelle 8 dargestellt.

**Tabelle 8:** Deskriptive Statistiken für Variable *Glaube an Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid (BIRFSS)*

|        | SlowakInnen / Slowakei ( $n=178$ ) | SlowakInnen / Österreich ( $n=117$ ) |
|--------|------------------------------------|--------------------------------------|
|        | $M (SD)$                           | $M (SD)$                             |
| Männer | 9.6 (3.8)                          | 8.8 (3.2)                            |
| Frauen | 9.7 (3.1)                          | 10.1 (3.0)                           |
| Total  | 9.6 (3.4)                          | 9.7 (3.1)                            |

$n$  = Anzahl der ProbandInnen,  $M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab ein signifikantes Ergebnis. Der Levene's Test ergab ein nicht signifikantes Ergebnis. Nach Berechnung der ANOVA zeigten sich sowohl keine signifikanten Haupteffekte von *Geschlecht* ( $F(1,291) = 2,86, p < 0,05, \eta_p^2 = 0.01$ ) und *Kultur* ( $F(1,291) = 0,14, p < 0,05, \eta_p^2 = 0.001$ ), als auch kein signifikanter Interaktionseffekt ( $F(1,291) = 2,19, p < 0,05, \eta_p^2 = 0.007$ ). Beide Kulturgruppen erreichten ähnliche Ergebnisse in der Skala *Glaube an Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid*.

### 3.5.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe

**Hypothese 6:** Religiosität hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diese Hypothese wurde mittels multipler Regressionsanalyse überprüft. Die Prädiktoren waren *Geschlecht*, *Alter*, *Ausbildung* und *Religion* (erhoben mittels SBI-15R-D). Als abhängige Variablen wurden die Werte des ATSPPH-SF eingespielt. Für die Berechnung der Regressionsanalyse kam die blockweise Methode zur Anwendung.

Die Prüfung der Voraussetzungen erfolgte durch die Multikollinearitätsdiagnostik, wodurch sich zufriedenstellende VIF-Werte ergaben – die unabhängigen Variablen korrelierten nicht miteinander. Die Betrachtung der Residuen in den Diagrammen ergab keine Ausreißer. Die Voraussetzung der Homoskedastizität konnte angenommen werden. Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse sind in Tabelle 9 zu sehen.

**Tabelle 9:** Prädiktoren des *ATSPPH-SF*

|              | SlowakInnen ( $n = 178$ ) |             |         |          | Slowakische MigrantInnen ( $n = 117$ ) |             |         |          |
|--------------|---------------------------|-------------|---------|----------|----------------------------------------|-------------|---------|----------|
|              | <i>B</i>                  | <i>SE B</i> | $\beta$ | <i>t</i> | <i>B</i>                               | <i>SE B</i> | $\beta$ | <i>t</i> |
| Geschlecht   | 0.24                      | 0.07        | 0.24    | 3.17**   | 0.25                                   | 0.11        | 0.2     | 2.28*    |
| Alter        | 0.001                     | 0.004       | 0.01    | 0.23     | 0.006                                  | 0.006       | 0.08    | 0.89     |
| Ausbildung   | 0.001                     | 0.01        | 0.006   | 0.08     | 0.03                                   | 0.02        | 0.17    | 1.86     |
| Religiosität | 0.1                       | 0.04        | 0.16    | 2.18*    | - 0.04                                 | 0.057       | - 0.06  | - 0.75   |
|              | $R = 0.32$                |             |         |          | $R = 0.3$                              |             |         |          |
|              | $R^2 = 0.1$               |             |         |          | $R^2 = 0.09$                           |             |         |          |
|              | Korr. $R^2 = 0.08$        |             |         |          | Korr. $R^2 = 0.05$                     |             |         |          |
|              | $F = 4.76$                |             |         |          | $F = 0.57$                             |             |         |          |

\*\* $p < 0,05$ ; \* $p < 0,01$ ;  $R$  = multipler Korrelationskoeffizient;  $R^2$  = Bestimmtheitsmaß; Korr.  $R^2$  = Korrigiertes Bestimmtheitsmaß;  $F$  = F-Test;  $SE B$  = Standardfehler der Schätzung

In der Gruppe der SlowakInnen aus der Slowakei hatten die Prädiktoren *Geschlecht* und *Religiosität* einen signifikanten Einfluss auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Männer wiesen signifikant geringere Werte auf ( $M = 2.59, SD = 0.52$ ) als Frauen ( $M = 2.87, SD = 0.44$ ). Jene Personen mit höheren Werten im SBI-15R-D erreichten signifikant höhere Werte im ATSPPH-SF. Insgesamt erklärten die in die Regressionsanalyse miteinbezogenen Prädiktoren in der ersten Gruppe 10% der Varianz.

In der Gruppe der slowakischen MigrantInnen hatte nur der Prädiktor *Geschlecht* einen signifikanten Einfluss. Auch hier zeigten Männer signifikant geringere Werte ( $M = 2.64, SD = 0.54$ ) als Frauen ( $M = 2.9, SD = 0.56$ ). In dieser Gruppe erklärten die Prädiktoren insgesamt 9% der Varianz.

**Hypothese 7:** SlowakInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als slowakische MigrantInnen aus Österreich.

Anhand des Mittelwerts des *ATSPPH-SF – Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen*, wurde eine zweifaktorielle ANOVA mit Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* durchgeführt.

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab ein signifikantes Ergebnis. Der Levene's Test zeigte ein nicht signifikantes Ergebnis. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des ATSPPH sind in Tabelle 10 zu sehen.

**Tabelle 10:** Deskriptive Statistiken für Variable

***Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe (ATSPPH-SF)***

|        | SlowakInnen / Slowakei ( $n=178$ ) | SlowakInnen / Österreich ( $n=117$ ) |
|--------|------------------------------------|--------------------------------------|
|        | $M (SD)$                           | $M (SD)$                             |
| Männer | 2.5 (0.5)                          | 2.6 (0.5)                            |
| Frauen | 2.8 (0.4)                          | 2.9 (0.5)                            |
| Total  | 2.7 (0.5)                          | 2.8 (0.5)                            |

$n$  = Anzahl der ProbandInnen,  $M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung

Die ANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt des *Geschlechts* ( $F(1,291) = 17.8, p < .001, \eta_p^2 = .05$ ). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Frauen erzielten wesentlich höhere Werte als Männer. Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt der *Kultur* ( $F$

(1, 291) = 0.52,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .002$ ), sowie kein signifikanter Interaktionseffekt ( $F(1, 291) = 0.02$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .001$ ).

## **Diskussion**



Das Ziel der vorliegenden Studie war ein Vergleich zwischen zwei Kulturgruppen – SlowakInnen aus der Slowakei und slowakische MigrantInnen aus Österreich – in Bezug auf ihre Religiosität, ihre Einstellungen zum Suizid, zu suizidgefährdeten Personen und zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe, sowie bezüglich ihrer subjektiven Theorien über die Ursachen von Suizid. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den aufgestellten Hypothesen in einzelnen Kapiteln diskutiert.

#### **4.1. Religiosität**

Aus zahlreichen Studien geht die Erkenntnis hervor, dass in Nationen, in welchen religiöse Überzeugungen der Menschen intensiver ausgeprägt waren, niedrigere Suizidraten beobachtet wurden (Dervic et al., 2004, Kelleher et al., 1998; Lester, 1987; Neeleman et al., 1997; Neeleman & Lewis, 1999; Sisask et al., 2010). Slowakische MigrantInnen in Österreich werden anderen kulturellen Einflüssen ausgesetzt als in ihrem Heimatland, was möglicherweise sowohl für die Veränderung von Religiosität, als auch für die Veränderung sozialer Kontakte verantwortlich ist. Es wurde vermutet, dass sich bei veränderten kulturellen Einflüssen auch die religiösen Überzeugungen, sowie die Intensität der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft verändern. **Hypothese 1** besagte daher, dass **SlowakInnen religiöser sind und häufiger in die Kirche gehen, als slowakische MigrantInnen aus Österreich**. In **Subhypothese 1a** wurde postuliert, dass **Frauen religiöser sind, als Männer**.

Hypothese 1 wurde bezüglich Religiosität der Kulturgruppen bestätigt. SlowakInnen aus der Slowakei erzielten höhere Werte im Hinblick auf religiöse Überzeugungen und Praktiken. Frauen gaben signifikant häufiger an, sich im Alltag oder während der Krise durch Gebete und in Gedanken an Gott zu wenden. Dieser Befund stimmt mit Untersuchungsergebnissen von Miller und Hoffmann (1995) überein, die ebenso höhere Religiosität bei Frauen postulieren. Eine Studie von Neeleman & Lewis (1999) an 26 Ländern bewies generell höhere Religiosität bei Frauen als bei Männern.

In Bezug auf die Häufigkeit des Kirchgangs wurde Hypothese 1 nur teilweise bestätigt. Es gab keine generellen Unterschiede zwischen den Kulturgruppen. Signifikante Unterschiede gab es lediglich zwischen Frauen. Slowakinnen aus der Slowakei gaben an, an Gottesdiensten wesentlich häufiger teilzunehmen, als Slowakinnen aus Österreich. Wenn Religiosität ein Schutzfaktor vor Suizid ist und diese in Frauen stärker verankert ist als in Männern, dann könnte vielleicht auch das die Erklärung für das ungleiche Suizidratenverhältnis von Männern und Frauen in der Slowakei sein.

#### 4.2. Einstellung zu Suizid

Die zweite Hypothese besagte, dass **SlowakInnen eine negativere Einstellung zu Suizid haben, als slowakische MigrantInnen aus Österreich.** Zwischen den Kulturgruppen wurde ein Unterschied hinsichtlich des Glaubens an eine Bestrafung nach dem Tod gefunden. SlowakInnen aus der Slowakei waren stärker davon überzeugt, dass diejenigen, die Suizid begangen haben, nach ihrem Tod im Jenseits bestraft werden. Dieses Ergebnis repliziert die Befunde von Eskin et al. (2011). Türkische StudentInnen, die im Vergleich zu österreichischen StudentInnen religiöser waren, glaubten ebenso stärker an die Bestrafung des Opfers nach dem Suizid. Wahrscheinlich spiegelt dieser Befund die Haltung der katholischen Kirche in der Slowakei wider, die nach dem fünften Gebot einen Suizid als Todsünde postuliert (vgl. Kap. 1.4).

Interessante Befunde ergaben sich nach Vergleich von Männern und Frauen. Hier unterschieden sich Männer von Frauen vor allem in Bezug auf ihre Einstellung zur Kommunikation von psychischen Problemen und öffentlicher Diskussion über Suizid. Frauen standen der offenen Kommunikation von psychischen Problemen im Familien-, bzw. im Freundeskreis positiver gegenüber. Ebenso hatten Frauen eine liberalere Einstellung zur öffentlichen Diskussion über Suizid, entweder in Form von Berichten in Zeitungen oder mittels einer offenen Diskussion unter Freunden. Die Einstellung der Männer, das suizidale Verhalten sollte vor anderen verheimlicht werden, steht im klaren Gegensatz zur Einstellung der Frauen. Männer haben signifikant häufiger die Meinung vertreten, ein Suizidversuch, bzw. ein vollendeter Suizid sollte vor Nachbarn, Bekannten, etc. verborgen bleiben.

Wie schon Eskin et al. (2011) postulierte, ist soziale Unterstützung einer der wirksamsten Schutzfaktoren vor Suizid. Durch die Bereitschaft, psychische Probleme mit Familie und Freunden offen zu kommunizieren, erfahren Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit soziale Unterstützung aus der Umgebung. Diese Tatsache könnte die zweite Erklärung für den großen Unterschied in Suizidraten zwischen Männern und Frauen in der Slowakei sein.

#### 4.3. Einstellung zu einem suizidgefährdeten Freund

Kulturen, in denen eine negative Einstellung zu suizidalem Verhalten beobachtet wird, weisen gleichzeitig eine positivere Einstellung zu einer suizidgefährdeten Person auf (Eskin, 1999; Eskin et al., 2011; vgl. Kap. 1.7). Daher wurde mittels **3. Hypothese** überprüft: **SlowakInnen weisen eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als slowakische MigrantInnen aus Österreich.**

SlowakInnen würden auf Suizidbekanntgabe eines nahen Freundes emotionaler reagieren als slowakische MigrantInnen. Sie würden ihren negativen Emotionen „freien Lauf“ lassen und

gleichzeitig würden sie dem suizidgefährdeten Freund gegenüber eine negative Haltung vertreten. Eskin et al. (2011) hat bei einer Stichprobe von türkischen StudentInnen ähnliche Einstellung beobachtet.

SlowakInnen würden eine stärkere Abneigung gegen Suizidbekanntgabe empfinden. Sie wären über die Mitteilung der persönlichen Pläne überrascht und hätten Zweifel daran, dass die Absichten des suizidgefährdeten Freundes wirklich wahr sind. Diese Einstellung könnte die Tatsache widerspiegeln, dass Suizid in der Slowakei immer noch ein Tabu-Thema ist, was schon durch die Einstellung der Männer – Suizid sollte besser verheimlicht werden – bestätigt wurde. Eine offene Suizidbekanntgabe wird daher mit Zweifel und Ungläubigkeit verbunden.

Ein weiterer Befund widerspricht der Stigma-Hypothese. Eine liberalere und gleichgültigere Einstellung der MigrantInnen wurde hier nicht beobachtet, im Gegenteil. Slowakische MigrantInnen gaben signifikant häufiger an, nach suizidalen Absichten durch Fragen und Gespräche genauer zu ermitteln, um die Hintergründe des suizidalen Verhaltens besser verstehen zu können. Diese Ergebnisse sind konsistent mit der Vergleichsstudie aus dem polnisch-österreichischen Kulturraum von Kadluczka (2012). Höhere Religiosität und negative Einstellung zu Suizid der polnischen Einwohner wurde gleichzeitig mit einer negativeren Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund verbunden.

Ein Vergleich zwischen Männern und Frauen ergab, dass Frauen eine höhere soziale Akzeptanz und Offenheit gegenüber einer suizidgefährdeten Person hatten und eher dafür bereit waren, nach suizidalem Verhalten zu ermitteln.

#### **4.4. Ursachen von Suizid**

Um die interkulturellen Unterschiede in Bezug auf Laientheorien über Ursachen von Suizid zu überprüfen, wurde die **4. Hypothese** aufgestellt: **SlowakInnen zeigen höhere Werte auf der Subskala Intrapsychische Ursachen für Suizid auf als slowakische MigrantInnen aus Österreich.** Diese Annahme konnte jedoch nicht bestätigt werden. Sowohl auf der kulturellen, als auch auf der geschlechtsspezifischen Ebene wurden keine signifikanten Effekte gefunden. Es scheint, die subjektiven Laientheorien variieren nicht bedeutsam über die beobachteten Kulturräume. Positive Interkorrelationen aller drei Subskalen deuten darauf hin, dass Laien allen drei Dimensionen dieselbe Bedeutung beimessen. Da sich diese Beobachtung mit Studienergebnissen von Lester und Bean (1992), sowie Voracek, Loibl und Lester (2007c) deckt, wird auch hier geschlussfolgert, dass Laien ein multidimensionales Erklärungsmodell für Ursachen von Suizid präferieren.

#### 4.5. Einfluss der genetischen Faktoren auf Suizid

Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen genetischer Veranlagung und suizidalem Verhalten hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Bisherige kulturvergleichende Studien zeigten keine Unterschiede zwischen Laien hinsichtlich des Wissens über Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid (Voracek et al., 2008a). Anhand der 5. **Hypothese** wurde daher Folgendes vermutet: **SlowakInnen und slowakische MigrantInnen in Österreich erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.** Diese Annahme wurde bestätigt und replizierte somit Befunde von Voracek und KollegInnen (2008a), die nach einer Untersuchung in diversen kulturellen Kontexten in Europa, Asien und USA ähnliche Ergebnisse feststellten.

SlowakInnen und slowakische MigrantInnen unterscheiden sich nicht im Wissen über genetisch bedingte Risikofaktoren für Suizid. Möglicherweise lehnen sowohl SlowakInnen aus der Slowakei, als auch slowakische MigrantInnen aus Österreich aufgrund eines starken religiösen Einflusses die naturwissenschaftliche Erklärung des Suizides ab (vgl. Kadluczka, 2012; Aninilkumparambil, 2012). Jedoch – und angesichts der Bemerkung im Kapitel 1.9 – hohe Scores in BIRFSS korrelierten positiv mit allgemeinen Kenntnissen über genetische Determinismen und Wissen über Suizid (Voracek, Loibl & Sonneck, 2007a; Voracek et al. 2008b), mag dieser Befund trotzdem überraschend sein. Da knapp 40% der ProbandInnen aus der Slowakei und fast 50% der ProbandInnen aus Österreich über eine akademische Ausbildung verfügen, würde man eine stärkere Neigung der Probanden zu naturwissenschaftlichen Erklärungen vermuten. Dies war hier jedoch nicht der Fall.

Eine weitere Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass an der vorliegenden Studie fast ausschließlich slowakische MigrantInnen der 1. Generation als ProbandInnen teilgenommen haben. Möglicherweise steht diese Generation noch immer vermehrt unter dem religiösen Erziehungseinfluss ihres Herkunftslandes.

Der Vergleich zwischen Männern und Frauen ergab keine signifikanten Unterschiede und replizierte wiederum die Befunde von Voracek und KollegInnen (2008a).

#### 4.6. Zusammenhang zwischen Religiosität und Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe

Laut Studienergebnissen von Sheikh und Furnham (2000) gibt es eine negative Korrelation zwischen der Einstellung zur Annahme von psychologischer Hilfe und Religiosität. Aufgrund dieses Befundes wurde **Hypothese 6** aufgestellt: **Religiosität hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.**

Anhand der Prädiktoren *Geschlecht*, *Alter*, *Ausbildungsjahre* und *Religion* wurde überprüft, inwieweit diese Variablen die Einstellung zur psychologischen Hilfe beeinflussen.

Sowohl in der Gruppe der SlowakInnen aus der Slowakei, als auch in Gruppe der slowakischen MigrantInnen nahm das Geschlecht einen bedeutsamen Einfluss. Frauen waren wesentlich offener, psychologische Hilfe anzunehmen. Dieses Ergebnis stimmt mit Studienergebnissen von Fischer und Turner (1972), Tata und Leong (1994), Sheikh und Furnham (2000), Yeh (2002), sowie mit vorherigen Befunden aus der vorliegenden Arbeit überein. Frauen haben eher das Bedürfnis nach offener Kommunikation von psychischen Problemen im Freundes- und Familienkreis, sowie den Wunsch nach Diskussion und öffentlicher Berichterstattung über Suizid. Ebenso würden Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit nach den genauen Gründen des suizidalen Verhaltens eines nahen Freundes ermitteln.

Im Widerspruch zu den Erwartungen – stieg in der Gruppe der SlowakInnen eine positive Einstellung zur psychologischen Hilfe mit steigender Religiosität. Dieses Ergebnis widerspricht den Beobachtungen von Sheikh und Furnham (2000), Religion verringere die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe.

Eine Erklärung dafür könnte eben die Religiosität der Frauen in der slowakischen Stichprobe sein. Frauen aus der Slowakei waren im Vergleich zu anderen Subgruppen wesentlich religiöser und gingen wesentlich häufiger in die Kirche. Gleichzeitig waren Frauen bereiter, psychische Probleme offen zu kommunizieren, bei suizidalen Absichten eines nahen Freundes näher nachzufragen und mit ihm Gespräche zu führen. Frauen haben sich stärker für die Enttabuisierung des Themas „Suizid“ in Form von öffentlichen Berichterstattungen ausgesprochen. Vielleicht könnte die hier gefundene positive Korrelation zwischen Religiosität und Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe dadurch erklärt werden, dass religiöse Menschen durch ihre Neigung zur Spiritualität eher bereit sind, für Lösungen von psychischen Problemen einen psychologischen Zugang zu wählen.

Da aber durch die in die Regressionsanalyse miteinbezogenen Variablen nur wenig Varianz erklärt werden konnte (10% für SlowakInnen, 9% für slowakische MigrantInnen), muss es andere Variablen geben, die einen stärkeren Einfluss auf die Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe haben. Die Prädiktoren *Alter* und *Ausbildungsjahre* nahmen keinen Einfluss. Zu ähnlichem Ergebnis kamen auch Fung und Wong (2007) bei ihrer Untersuchung an kanadischen Migrantinnen und Yeh (2002) nach Untersuchung an StudentInnen aus Taiwan.

**Hypothese 7 - SlowakInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als slowakische MigrantInnen aus Österreich.** Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe war in beiden Kulturgruppen ähnlich. Dieser Befund deckt sich mit den Studienergebnissen von Sheikh und Furnham (2000) und Al-Krenawi et al. (2004). Die Untersuchung an ImmigrantInnen in Großbritannien, Pakistanis und Westeuropäern ergab ebenso keine kulturellen Effekte in der Einstellung zur psychologischen Hilfe.

Der Vergleich auf der Geschlechterebene ergab jedoch ein hochsignifikantes Ergebnis. Frauen wiesen eine signifikant positivere Einstellung zum Aufsuchen von professioneller psychologischer Hilfe auf. Dies ist nicht überraschend. Dasselbe Ergebnis lieferte schon die Überprüfung von Hypothese 6, bei der das weibliche Geschlecht ein signifikanter Prädiktor für die Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe war.

#### **4.7. Limitierungen**

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Population der SlowakInnen und slowakischen ImmigrantInnen in Österreich ist eingeschränkt. Damit man nach einem Vergleich zwischen zwei Gruppen zu aussagekräftigen Ergebnissen über die ganze Population kommen kann, ist es wichtig, bei der Wahl der Stichprobe auf ihre Repräsentativität zu achten. In Gruppe der SlowakInnen wurde die Datenerhebung fast ausschließlich auf einen Ort (Ružomberok) beschränkt. Im Vergleich zum Durchschnitt lebt in diesem Ort eine höhere Bevölkerungsanzahl mit römisch-katholischem Glaubensbekenntnis (ca. 90%).

Eine weitere Limitierung wird im Alter der ProbandInnen gesehen. An dieser Studie haben vorwiegend ProbandInnen im Alter zwischen 30-35 Jahren teilgenommen. In der Stichprobe aus Österreich waren die über 40-Jährigen deutlich unterrepräsentiert. Somit waren auch keine Generationsvergleiche möglich (vgl. Kadluczka, 2012; Aninilkumparambil, 2012).

Unter slowakischen MigrantInnen waren männliche und weibliche ProbandInnen ungleich verteilt. Männer bildeten eine deutlich kleinere Subgruppe als Frauen (1:2). Auch der Bildungsgrad der ProbandInnen entspricht nicht dem durchschnittlichen Bildungsgrad in der Bevölkerung. Während an der Studie insgesamt knapp 40% der SlowakInnen und knapp 50% der slowakischen MigrantInnen über einen akademischen Bildungsabschluss verfügten, haben laut Statistiken insgesamt 11.5% der slowakischen Bevölkerung diesen Bildungsgrad erreicht (Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2012).

Die Reliabilitätsanalysen des Messinstruments BIRFSS ergaben etwas niedrigere interne Konsistenzen: .53 für Stichprobe der SlowakInnen und .5 für slowakische MigrantInnen (vgl. Voracek et al. 2008a, 2008b).

Aufgrund der aufgeführten Beschränkungen sollten die Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit vorsichtig interpretiert werden.

#### **4.8. Ausblick**

In dieser Studie wurden zwei Kulturgruppen – SlowakInnen und slowakische MigrantInnen – hinsichtlich relevanter Hauptmerkmale untersucht. Es wurden Zusammenhänge zwischen Religiosität und Einstellung zu suizidalem Verhalten, bzw. suizidgefährdeten Personen aufgezeigt. Weiter wurden subjektive Entstehungstheorien von suizidalem Verhalten sowie das Wissen über den Einfluss der genetischen Faktoren auf Suizid erfasst. Die Einstellung zur Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe ergab vor allem geschlechtsspezifische Unterschiede. Religion, Kultur und Geschlecht ergaben sich somit als relevante Faktoren. Dennoch gibt es weitere Faktoren, die in zukünftigen Untersuchungen überprüft werden könnten.

Die Einstellung zum Suizid könnte aufgrund gewisser sozio-ökonomischer Faktoren, wie Höhe des Einkommens oder Beruf überprüft werden. Ein interessanter Vergleich wäre, Menschen mit sozialen und wirtschaftlichen Berufen zu vergleichen.

Um den Einfluss von Lebensalter der ProbandInnen bzw. den Einfluss von verschiedenen Zeitepochen festhalten zu können, wären Generationsvergleiche nötig, z. B. ein Vergleich zwischen SlowakInnen aus Ära des Kommunismus und der Generation nach 1989.

MigrantInnen (vor allem die 1. Generation) bilden häufig Kommunitäten und sind somit resistenter gegenüber Kultureinflüssen des fremden Landes. Aus diesem Grund wäre es von Interesse, in ähnlichen zukünftigen Untersuchungen den Grad der Integration bzw. Akkulturation zu erfassen. Dies könnte durch Fragen nach Herkunft von Mitmenschen aus dem sozialen Netzwerk überprüft werden.

Um gegen Suizidmythen anzukämpfen und Aufklärung und Prävention schon an den Schulen zu implementieren wäre es unabdingbar, eine ähnliche Studie mit einer Stichprobe von Jugendlichen durchzuführen. Die Informationen über die Suizideinstellung der Jugendlichen sowie ihre subjektiven Theorien von Suizidursachen wären für Planung und Erstellung von suizidpräventiven Programmen an den Schulen ausschlaggebend. In einer Untersuchung an Jugendlichen könnte durch das Messinstrument ATSPPH-SF der Grad der Stigmatisierung durch potentielle Einbindung in psychosoziale Einrichtungen erfasst werden.

Eine weitere Möglichkeit zukünftiger Untersuchung ist ein interkultureller Vergleich über mehrere Nationen, um Parallelen bzw. Abweichungen zur Stigma-Hypothese (Eskin, 1999) zu finden. Vorliegende Befunde könnten dabei mit bestehenden Arbeiten aus Türkei (Dogus, 2011), Polen (Kadluczka, 2012), Indien (Aninilkumparambil, 2012) und laufenden Studien aus Peru,

Russland, Kasachstan, Rumänien, Tunesien und Ungarn hinsichtlich relevanter Merkmale verglichen werden.

## Zusammenfassung

Die Stigma-Hypothese (Eskin, 1999; Eskin et al., 2011) besagt: in Kulturen, in denen Einstellungen zum Suizid liberal sind, erleben suizidgefährdete Personen nicht die notwendige soziale Unterstützung von Seite ihrer Mitmenschen und begehen somit mit höherer Wahrscheinlichkeit Suizid. Dagegen zeichnen sich Kulturen mit negativer Einstellung zu Suizid durch eine höhere Akzeptanz gegenüber einer suizidgefährdeten Person aus. Durch Vergleich der SlowakInnen und slowakischen MigrantInnen wurden die Annahmen von Eskin nur teilweise repliziert.

SlowakInnen waren religiöser und nahmen häufiger an Gottesdiensten teil als slowakische MigrantInnen aus Österreich. Religiöse Überzeugungen und Praktiken sowie die Häufigkeit des Kirchgangs waren bei Frauen stärker ausgeprägt, als bei Männern. SlowakInnen wiesen eine negativere Einstellung zu Suizid auf als slowakische MigrantInnen, indem sie stärker an Bestrafung von Suizid nach dem Tod glaubten. Frauen haben wesentlich häufiger den Wunsch nach dem Kommunizieren von psychischen Problemen geäußert. Sie haben sich auch signifikant häufiger für die Enttabuisierung des Themas Suizid durch offene Berichterstattungen und öffentliche Diskussionen ausgesprochen. Klar dagegen äußerten sich die Männer. Sie haben öfter die Meinung vertreten, Suizid sollte vor Nachbarn und Bekannten verheimlicht bleiben.

Im Widerspruch zu Stigma-Hypothese und Vorannahmen der vorliegenden Studie, zeigten SlowakInnen – im Vergleich zu MigrantInnen – eine deutlich negativere Einstellung zu einem imaginären, suizidgefährdeten Freund. Auf die Suizidbekanntgabe würden sie mit stärkerer Abneigung und wesentlich negativeren Emotionen reagieren, welche sich durch Zweifel und Wut äußern würden. Ein weiterer Widerspruch zu bestehenden Befunden ist die Einstellung slowakischer MigrantInnen, die laut eigener Angaben wesentlich intensiver nach suizidalen Absichten durch tiefgehende Gespräche und viele Fragen ermitteln würden. Frauen würden eine suizidgefährdete Person trotz ihrer suizidalen Absichten eher akzeptieren. Sie würden auch, eher als Männer, nach Gründen von suizidalen Absichten fragen. Dieser Befund steht im Einklang mit vorherigen Ergebnissen (s.o.) über eine positive Einstellung der Frauen zum offenen Kommunizieren psychischer Probleme und Tabu-Themen.

Ergänzend dazu steht das Ergebnis, dass Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit während einer psychischen Krise nach professioneller psychologischer Hilfe suchen würden als Männer. Generell – in beiden Kulturgruppen hat sich das weibliche Geschlecht als signifikanter Prädiktor für das Aufsuchen psychologischer Hilfe gezeigt. In Gruppe der SlowakInnen war auch Religiosität ein signifikanter Prädiktor.



## Literaturverzeichnis

- Affolderbach, M. (2005). Migration, Religion und Bildung – national und international. In: P. Schreiner, U. Sieg & V. Elsenbast (Hrsg.). *Handbuch Interreligiöses Lernen*, (S. 70-84). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2001). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen: Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „System of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 306-313.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Dean, Y. Z., & Eltaiba, N. (2004). Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 102-114.
- Amiri, L., Voracek, M., Yousef, S., Galadari, A., Yammahi, S., Sadeghi, M., Eskin, M. & Dervic, K. (2013). Suicidal behavior and attitudes among medical students in the United Arab Emirates. *Crisis*, 34, 116-123.
- Aninilkumparambil, N. (2012). *Attitudes towards suicide, religiosity and health beliefs: A cross-cultural comparison between South India (Kerala) and South Indians in Austria*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Baldessarini, R. J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 1-13.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Colucci, E., & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 229-244.
- Dervic, K., Ouendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K. & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.
- Dogus, F. E. (2011). *Psychometrische Analyse und Validierung der „Beliefs in Inheritance of Risk Factors Suizid Scale“ im Kontext der Migration: Türkei und türkische MigrantInnen in Österreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

- Elhai, J. D., Schweinle, W. & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes towards Seeking Professional Psychological Help Scale – Short Form. *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 492-497.
- Eskin, M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 536-542.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S. & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 813-823.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.
- Fischer, E. H. & Turner, J. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.
- Fung, K. & Wong, Y. R. (2007). Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 216-231.
- Grube, M. (2004). Suizidversuche von Migranten in der Akutpsychiatrie. Zur Situation stationär aufgenommenen ausländischen Patienten. *Nervenarzt*, 75, 681-687.
- Hanesova, D. (2008). Slovak churches and education after the fall of communism. *Religion in eastern Europe*, 28, 28-47.
- Hawton, K. & Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hjern, A. & Allebeck, P. (2002). Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden. A comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 423-429.
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Maider, L. & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460-469.
- Inglehart, R. & Baker, W. E. (2000). Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. *American Sociological Review. Special Issue: Looking forward, looking back: Continuity and change at the turn of the millennium*, 65, 19-51.

- Kadluczka, K. (2012). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Kelleher, M. J., Chambers, D., Corcoran, P., Williamson, E. & Keeley, H. S. (1998). Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis*, 19, 78-86.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health. A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.
- Kyle, J. (2013). Spirituality: Its role as a mediating protective factor in youth at risk for suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15, 47-67.
- Lenzi, M., Colucci, E. & Minas, H. (2012). Suicide, culture, and society from a cross-national perspective. *Cross-Cultural Research*, 46, 50-71.
- Lester, D. (1987). Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 22, 99-101.
- Lester, D. & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *The Journal of Social Psychology*, 132, 679-680.
- Lester, D. (2002). Twin studies of suicidal behavior. *Archives of suicide research*, 6, 383-389.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry* 23, 14-20.
- Lipsicas, C. B., Mäkinen, I. H., Apter, A., Leo, D. D., Kerkhof, A., Lönnqvist, J., Konrad, M., Renberg, S., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Värnik, A. & Wasserman, D. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries: An international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 241-251.
- Loibl, L. M. & Voracek, M. (2007). Psychometric properties and correlates of the Lester-Bean Attribution of Causes to Suicide Scale (german form). *Psychological Reports*, 101, 47-52.
- Loibl, L. M., Tran, U. S., Hirner, A., & Voracek, M. (2008). Lay theories of suicide: Test-retest reliability and further validation of Lester and Bean's Attribution of Causes to Suicide Scale. *Psychiatria Danubina*, 20, 26-30.
- Medien-Servicestelle. Neue Österreicher/innen. Das Portal für JournalistInnen zur Migration und Integration. (2012). *SlowakInnen in Österreich – lange Tradition*. Verfügbar unter: [http://medienservicestelle.at/migration\\_bewegt/2012/03/07/slowakinnen-in-osterreich-lange-tradition/](http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/2012/03/07/slowakinnen-in-osterreich-lange-tradition/)
- Miller, A., Hoffmann, J. (1995). Risk and religion. An explanation of gender differences in religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34, 63-75.

- Ministerstvo vnútra Slovenskej Republiky. (2012). *Dopravná nehodovosť v roku 2011*.  
Verfügbar unter: [http://www.minv.sk/swift\\_data/source/policia/dopravna\\_policia/dn/cely%20rok%202011%20DN.pdf](http://www.minv.sk/swift_data/source/policia/dopravna_policia/dn/cely%20rok%202011%20DN.pdf)
- Národné centrum zdravotníckych informácií. (2012). *Samovraždy a samovražené pokusy v SR 2011*. Verfügbar unter: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2011/zs1205.pdf>
- Národné centrum zdravotníckych informácií. (2012). *Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2000*. Verfügbar unter: [http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/archiv/2000/samovrazdy\\_a\\_samovrazedne\\_pokusy\\_v\\_sr\\_2000.pdf](http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/archiv/2000/samovrazdy_a_samovrazedne_pokusy_v_sr_2000.pdf)
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D. & Lewis, G. (1997). Tolerance of uicide, religion and suicide rates: An ecological and individual study in 19 western countries. *Psychological Medicine*, 27, 1165-1171.
- Neeleman, J. & Lewis, G. (1999). Suicide, religion, and socioeconomic conditons. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 204–210.
- Sheikh, S. & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 326-334.
- Sisask, M., Värnik, A., Kairi, Kl, Bertoote, J. M., Bolhari, J., Botega, N. J., Fleischmann, A., Vijayakumar, L. & Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide: A cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*, 14, 44-55.
- Sorensen, H. J., Mortensen, E. L., Wang, A. G., Juel, K., Silvertson, L. & Mednick, S. A. (2009). Suicide and mental illness in parents and risk of suicide in Offspring. A birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 748-751.
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Statistik Austria. (2012). *Gestorbene 2011 nach Todesursachen und Bundesländern*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html)
- Statistik Austria. (2013). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2013*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/stat\\_jahrbuch/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/stat_jahrbuch/index.html)

- Statistik Austria. (2012). *Bevölkerung am 1.1.2012 nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Bundesland*. Verfügbar unter:  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html)
- Sungurova, Y., Johansson, S. & Sundquist, J. (2006). East-west health divide and east-west migration: Self-reported health of immigrants from Eastern Europe and the former Soviet Union in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 217-221.
- Štatistický úrad Slovenskej republiky (2012). *Základné údaje zo sčítania obyvateľov, domov a bytov 2011. Obyvateľstvo podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania*. Verfügbar unter:  
<http://portal.statistics.sk/files/ev-v5-obyvatelstvo-podla-vzdelania.pdf>
- Štatistický úrad Slovenskej Republiky. (2011). *Štatistika zahraničného sťahovania v SR 2011*. Verfügbar unter: <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=59170>
- Štatistický úrad Slovenskej Republiky. (2011). *Obyvateľstvo SR podľa náboženského vyznania – sčítanie 2011, 2001, 1991*. Verfügbar unter: [http://www.ecav.sk/files/user/scit\\_2012\\_naboz\\_vyz.pdf](http://www.ecav.sk/files/user/scit_2012_naboz_vyz.pdf)
- Štatistický úrad Slovenskej Republiky. (2011). *Obyvateľstvo trvalo bývajúce v obciach SR podľa náboženského vyznania, SODB 2011*. Verfügbar unter:  
<http://portal.statistics.sk/files/obyvatelstvo-slovenskej-republike-krajoch-sr.pdf>
- Takamura, S., Oshima, I., Yoshida, K. & Motonaga, T. (2008). Factors related to attitudes toward seeking professional psychological help among Japanese junior high and high school students. *Yonago Acta Medica*, 51, 39-47.
- Tata, S. P. & Leong, F. T. L. (1994). Individualism-collectivism, social-network orientation, and acculturation as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help among Chinese Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 280-287.
- United Nations (UN), (2010). *Report of the Department of Economic and Social Affairs, Population division. International Migration (2009)*. Verfügbar unter:  
[http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration\\_Chart/ittmig\\_wallchart09.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration_Chart/ittmig_wallchart09.pdf).
- Vatan, S., Gencöz, F., Walker, R. & Lester, D. (2010). Lay theories of suicide in Turkish and American students. *Suicidology Online*, 1, 28-33.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Sonneck, G. (2007a). Beliefs in the Inheritance of Risk Factor for Suicide Scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity. *Psychological Reports*, 101, 107-116.

- Voracek, M. & Loibl, L. M. (2007b). Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119, 463-475.
- Voracek, M., Loibl, L. M. & Lester, D. (2007c). Lay theories of Suicide among Austrian psychology Undergraduates. *Crisis*, 28, 204-206.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Swami, V., Vintila, M., Kolves, K., Sinniah, D., Pillai, S. K., Ponnusamy, S., Sonneck, G., Furnham, A. & Lester, D. (2008a). The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Cross-cultural validation in Estonia, Malaysia, Romania, the United Kingdom, and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38, 688-698.
- Voracek, M., Egle, J., Schleicher, S., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007d). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Further results on demographic correlates, dimensionality, reliability and validity. *Omega: Journal of Death and Dying*, 55, 279-297.
- Voracek, M., Fisher, M. L., Loibl, L. M., Tan, H., & Sonneck, G. (2008b). Beliefs about the genetics of suicide in Canadian students: Cross-language validation of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 271-278.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Egle, J., & Schleicher, S., & Sonneck, G. (2007e). Correlates, item-sequence invariance, and test-retest reliability of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychological Reports*, 101, 1107-1117.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2008c). The malleability of beliefs in the genetics of suicide: An intervention study with the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatria Danubina*, 20, 16-25.
- Yeh, Ch. (2002). Taiwanese students' gender, age, interdependent and independent self-construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help-seeking attitudes. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 19-29.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich bestätige, die vorliegende Diplomarbeit selbst und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen verfasst zu haben. Weiters ist dies die erste dieser Art und liegt nicht in ähnlicher oder gleicher Form bei anderen Prüfungsstellen auf. Alle Inhalte, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind mit der jeweiligen Quelle gekennzeichnet.

Veronika Svedova

Wien, 1.5. 2013



## **Curriculum vitae**

Name: Veronika Svedova

Geburtsort: Ruzomberok

Staatsbürgerschaft: SK

Familienstand: ledig

## **Schulischer Werdegang**

1997-2001     Handelsakademie, Ruzomberok

Seit 2005     Psychologiestudium an der Universität Wien

## **Berufserfahrung**

2012     3-monatiges Praktikum im St. Anna Kinderspital, Wien

2012     Gruppenleiterin bei Kompensativ-edukativem Arbeitstraining für psychisch Kranke,  
Werkstätte Opus, Wien