



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Protektive Faktoren vor Depressivität bei Menschen mit
Migrationshintergrund im onkologischen Setting

verfasst von / submitted by

Rebecca Karvak B.Sc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Yesim Erim und Frau Dr. Eva Morawa für die externe Unterstützung bei der gesamten Erstellung der Arbeit bedanken. Von Erarbeitung der Fragestellung bis zum letzten geschriebenen Wort waren sie eine große Hilfe und standen für jegliche Fragen und Probleme zur Verfügung. Die gemeinsame Zusammenarbeit war eine gute Möglichkeit viel von ihnen zu lernen und hat viel Spaß gemacht.

Auch Prof. Dr. Germain Weber möchte ich für die organisationale und fachliche Unterstützung danken. Der strukturelle Ablauf, die kritischen Anmerkungen und Denkanstöße waren hilfreich und haben mich sehr im Arbeitsprozess, wie auch persönlich, vorangebracht.

Eine ebenfalls sehr große Rolle kommt denjenigen zu, die sich trotz ihrer gesundheitlichen Lage die Zeit und Mühe gemacht haben an der Befragung teilzunehmen. Nur durch die Bereitschaft solcher Menschen ist es möglich durch das Erlangen wissenschaftlicher Erkenntnisse das Leben der Betroffenen besser zu machen. Vielen Dank!

Zwar am Ende, aber deswegen nicht weniger hilfreich, möchte ich meiner Familie und meinen Freunden danken. Danke an meine Eltern, die mich das gesamte Studium, mit allem was sie hatten, unterstützt haben. Danke an meine Schwester und meine Freunde, die mich immer wieder aufgebaut haben, wenn ich mal nicht weiter wusste. Und danke auch an Fabian und Alina für die investierte Zeit und die vielen Ratschläge und Antworten.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	6
2 Theoretischer Rahmen	7
2.1 Definitionen.....	7
2.1.1 Akkulturation	7
2.1.2 Akkulturationsstrategien	7
2.1.3 Migrationshintergrund.....	8
2.1.4 Depressivität	9
2.1.5 Kohärenzgefühl.....	9
2.2 Bisherige Forschungsergebnisse	9
2.2.1 Akkulturation und psychische Gesundheit	9
2.2.2 Akkulturation und Depressivität.....	10
2.2.3 Depressivität im onkologischen Kontext	11
2.2.4 Akkulturation und Depressivität im onkologischen Kontext	11
2.2.5 Protektive Funktion von Akkulturationsstrategien.....	11
2.2.6 Kohärenzgefühl.....	12
2.2.7 Kohärenzgefühl und Migration	12
2.3 Zusammenfassung des theoretischen Rahmens.....	13
3 Fragestellung und Hypothesen	14
4 Methode.....	15
4.1 Rekrutierung der Stichprobe	15
4.2 Stichprobe	16
4.3 Operationalisierungen.....	17
4.3.1 Akkulturation	17
4.3.2 Depressivität	18

4.3.3 Kohärenzgefühl.....	19
4.4 Weitere erhobene Variablen	19
4.4.1 Soziodemographische Variablen und migrationsbezogene Daten	19
4.4.2 Medizinische Daten.....	19
4.5 Validierung der Instrumente	20
4.5.1 FRAKK.....	20
4.5.2 PHQ-9.....	20
4.5.3 SOC-13	20
4.6 Statistische Auswertung.....	20
4.7 Ethische Überlegungen	21
5 Ergebnisse.....	21
5.1 Deskriptive Befunde	21
5.1.1 Soziodemographische Variablen	22
5.1.2 Medizinische Variablen.....	22
5.1.3 Migrationsbezogene Variablen.....	23
5.1.4 Verwendete Skalen	23
5.2 Hypothesentestung	24
5.2.1 Prüfung der Voraussetzungen der statistischen Verfahren	24
5.2.2 Korrelationen	25
5.2.3 Prüfung der Hypothesen.....	28
5.3 Zusätzliche Berechnungen	32
6 Diskussion	34
6.1 Kurze Zusammenfassung der Studie.....	34
6.2 Diskussion der Hypothesentestung	34

Protektive Faktoren bei Depressivität im Kontext Migration und Onkologie	7
6.3 Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung	37
6.4 Implikationen	37
6.5 Forschungsperspektiven	38
6.6 Conclusio.....	39
Literaturverzeichnis	40
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	47
Anhang^	48

1 Einleitung

Die Anzahl der internationalen migrierenden Personen steigt zunehmend (World Migration Report, 2010). In Deutschland leben derzeit 82.8 Millionen Menschen. Davon sind 10.6 Millionen Menschen aus dem Ausland zugewandert und 19.3 Millionen haben einen Migrationshintergrund (Mikrozensus, 2018). Damit weist fast jede vierte Person (23.6 %) in Deutschland einen Migrationshintergrund auf.

Schon in den 1950er Jahren begann, bedingt durch den Arbeitskräftemangel, die erste Einreisewelle für GastarbeiterInnen (Troost & Linde, 2016). Damals hätte man nicht erahnen können, dass Deutschland einmal zum größten Gastgeberland in Europa werden würde (Mikrozensus, 2018). Neben der freiwilligen Migration, wie zum Beispiel auf Grund von wirtschaftlichen Erfordernissen, kann es auch durch Einwanderung zu Migration kommen, die beispielsweise durch politische Konflikte verursacht wird. In beiden Fällen kommt es zu Berührungspunkten zwischen Kulturen. Der Umgang mit diesen Berührungspunkten und deren Einfluss auf die eigene Kultur ist von Person zu Person unterschiedlich (Berry, 2005). Hierbei kann die Anpassung an die Kulturen schnell zur Herausforderung und somit zur Belastung werden.

Neben der Zahl der MigrantInnen steigt auch die Zahl der Krebserkrankungen stetig. Im Jahr 2013 erkrankten 229.900 Frauen und 252.600 Männer in Deutschland neu an Krebs (Bericht zum Krebsgeschehen, 2014). 2015 waren weltweit 17.5 Millionen Menschen an Krebs erkrankt, von denen 8.7 Millionen ihrer Krankheit erlagen (Fitzmaurice et al, 2016). Zu den körperlichen Herausforderungen, die eine/ein onkologischer bzw. onkologische PatientIn meistern muss, kommen die psychischen Belastungen hinzu. Ein Auseinandersetzen mit der eigenen Sterblichkeit und ein ständiges Mobilisieren der Ressourcen können kräftezehrend sein. In Anbetracht dieser Fakten und unter Berücksichtigung der hohen möglichen psychischen Belastungen von KrebspatientInnen im Allgemeinen, sowie MigrantInnen im Besonderen, wird die Frage aufgeworfen, welche Konsequenzen dies für die psychische Gesundheit der Betroffenen nach sich zieht. Eine Doppelbelastung kann resultieren. Somit ergibt sich, dass Depression eine der häufigsten Komorbidität bei onkologischen Erkrankungen ist. Für das Jahr 2020 wird prognostiziert, dass die Erkrankung Depression die zweitwichtigste Ursache für Behinderung darstellen wird, 2040 sogar die wichtigste (Reddy, 2012). Die damit verbundenen Kosten für Frühpensionierungen, Krankenstände und medikamentöse Behandlungen sind immens (Statistisches Bundesamt, 2010). Neben den Kosten ist zu beachten, dass 60-70% aller Personen, die Suizid begehen, an Depressionen leiden (Reddy, 2012).

Aus wissenschaftlicher Sicht ist, trotz der hohen gesundheitspolitischen Relevanz des Themas und des hohen Leidensdrucks der Betroffenen, bisher wenig darüber bekannt, welche Faktoren belastend, welche protektiv wirken und welche spezifische Bedarfslage bei onkologisch erkrankten MigrantInnen vorliegt. Damit ist folglich auch wenig darüber bekannt, wie man diese Zielgruppe adäquat unterstützen kann, um die potentielle Doppelbelastung aufzufangen und abzumildern. Vor allem im deutschsprachigen Raum lassen sich kaum Untersuchungen zu dieser Thematik finden. Diese Arbeit möchte dabei helfen, weitere Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie Belastungen und Erkrankungen in der betroffenen Stichprobe entstehen und wie diesen entgegengewirkt werden kann. So entsteht die Möglichkeit einer Anpassung des Gesundheitssystems an die spezielle Bedarfslage und die Möglichkeit präventiv oder kurativ zu unterstützen.

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Definitionen

2.1.1 Akkulturation. Wenn Menschen migrieren treffen verschiedene Kulturen aufeinander und eine Anpassung entsteht – der Akkulturationsprozess. Genauer beschrieben werden kann dieser Akkulturationsprozess als dualer Prozess von kulturellem und psychologischem Wandel als Ergebnis des Kontaktes zwischen zwei oder mehr kulturellen Gruppen und ihren individuellen Mitgliedern (Berry, 2005). Auf dem individuellen Level äußert sich der Wandel in Veränderung der Einstellungen und des Verhaltens und kann sich über Jahre, Jahrzehnte und Generationen erstrecken. Menschen passen sich an Essenspräferenzen, Kleidungsstile und soziale Interaktionsformen an. Hierbei kann es zu Variationen innerhalb einer Familie kommen, da jedes Individuum seinen eigenen Anpassungsprozess durchläuft und unterschiedliche Ziele verfolgt (Berry, 2005). Berry postuliert zwei Aspekte der Akkulturation: die Orientierung zur ursprünglichen Herkunftskultur und die Orientierung zur neuen, also zur Aufnahmekultur. Diese zwei Orientierungen beschreiben zum einen die Stabilität von Gruppencharakteristika, zum anderen die Interaktionen zwischen unterschiedlichen Gruppen (Berry, 2001). Sie sind als komplementär zu betrachten und beschreiben relative Präferenzen. Die Orientierung zur Herkunftskultur stellt die Präferenz dar der eigenen Kultur und Identität treu zu bleiben, die Orientierung zur Aufnahmekultur den Kontakt und die Teilnahme in der größeren Gesellschaft zu suchen (Berry, 2005).

2.1.2 Akkulturationsstrategien. Um mit den Veränderungen im obengenannten Prozess umzugehen und diese Aufgaben zu bewältigen, entwickelt Jeder und Jede eigene Strategien. Berry (1980) befasste sich mit solchen Strategien und entwickelte ein Konzept,

um diese zu erfassen: die Akkulturationsstrategien. Diese Strategien drücken die Vorgangsbeschreibung im Anpassungsprozess der Akkulturation aus. Sie beinhalten zwei Komponenten: Attitüde und Verhalten. Ersteres stellt die Einstellung zum präferierten Akkulturationsvorgang dar. Zweites zeigt die tatsächlich gezeigte Aktivität im Verhalten (Berry, 2005).

Differenzierter betrachtet können vier Strategien eingeteilt werden: Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung (Berry, 2005). Bei der Strategie Integration soll einerseits die eigene kulturelle Identität bestehen bleiben und andererseits ist täglicher Kontakt zur fremden Kultur erwünscht. Bei der Strategie Assimilation besteht kein Bedarf, die eigene kulturelle Identität beizubehalten. Es wird, wie bei der Strategie Integration, ebenfalls tägliche Interaktion mit der fremden Kultur angestrebt. Die Strategie Separation wird definiert, durch den Wunsch des Fortbestehens der eigenen kulturellen Identität. Der Kontakt zu der Kultur der Aufnahmegesellschaft wird verweigert. Marginalisierung ist charakterisiert durch fehlendes Interesse sowohl für die eigene Kultur, als auch für die Aufnahmekultur der Mehrheitsgesellschaft (Berry, 2005). Diese theoretischen Konstrukte konnten empirisch nachgewiesen werden (Berry, Phinney, Sam, Vedder, 2006; Ryder, Alden & Paulhus, 2000).

2.1.3 Migrationshintergrund. Die Beurteilung ob eine Person ein/eine MigrantIn ist oder einen Migrationshintergrund besitzt, kann komplex sein und ein Blick in die Geschichte ist notwendig. Für die Definition Migrationshintergrund wird die Definition des Mikrozensus 2018 (Statistisches Bundesamt, 2018) herangezogen. Demnach hat eine in Deutschland lebende Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Zugehörig laut dieser Definition sind diverse Untergruppen. Sie umfasst zum einen zugewanderte und nicht zugewanderte AusländerInnen, also Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft. Zum anderen sind zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte inkludiert. Dies meint Personen, die erst eine nicht-deutsche Staatsbürgerschaft besaßen, dann aber eingebürgert wurden und nun einen deutschen Pass besitzen. Ebenfalls zugehörig sind die sogenannten (Spät-)AussiedlerInnen sowie die deutschgeborenen Nachkommen dieser Gruppen. Hierbei ist entscheidend, dass diese Gruppe von Menschen als deutschzugehörig kategorisiert wird und aus den (ehemals) kommunistischen Staaten Osteuropas in die Bundesrepublik emigriert ist um dort ansässig zu werden. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges und ihre Nachkommen gehören nicht zur Population mit Migrationshintergrund, da sie selbst und ihre Eltern mit deutscher

Staatsangehörigkeit geboren sind. Mit der Verwendung des Begriffs MigrantIn ist eine Person gemeint, die den Prozess der Migration selbst durchlebt hat. (Statistisches Bundesamt, 2018)

2.1.4 Depressivität. Psychische Erkrankungen, wie Depressivität, können anhand von Klassifikationssystemen einheitlich erfasst werden. Zur Definition werden die ICD-10 Diagnosen 32.0-32.3 herangezogen. Diese besagt, dass die/der PatientIn unter gedrückter Stimmung, verminderten Antrieb bzw. Aktivität, verminderter Freude, Interesse und Aufmerksamkeit leidet. Vermehrte Müdigkeit, verringerter Appetit und Schlafstörungen können auftreten. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Es kann zu Gedanken der Wertlosigkeit und Schuldgefühlen kommen. Es können sich somatische Symptome wie Früherwachen, Morgentief, deutliche motorische Hemmung, Agitiertheit, Gewichtsverlust und Libidoverlust manifestieren. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome kann eine Episode als leicht, mittelgradig oder schwer eingestuft werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017).

2.1.5 Kohärenzgefühl. Laut Singer und Brähler drückt das Kohärenzgefühl eine globale Orientierung aus, die das Ausmaß eines andauernden Gefühls angibt, dass die internale und externale Umgebung als vorhersagbar einschätzt. Es beinhaltet ebenfalls die Einschätzung, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass Situationen gut verlaufen und so verlaufen wie sie vernünftigerweise erwarten werden können. Es sind drei Komponenten unterteilbar: Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit. Verstehbarkeit drückt aus, dass die Welt geordnet und somit erklärbar ist. Die Welt besteht also aus Regelmäßigkeiten. Die Bewältigbarkeit meint, dass das Leben aus eigener Kraft oder mit fremder Hilfe beeinflussbar erscheint. Sinnhaftigkeit beinhaltet Freude am Sein und die subjektive Einschätzung, dass das Leben die Mühe wert ist.

2.2 Bisherige Forschungsergebnisse

2.2.1 Akkulturation und psychische Gesundheit. Viele Studien beschäftigten sich mit den Zusammenhängen von Akkulturation und Akkulturationsstrategien mit psychischer Gesundheit, um herauszufinden, wie sich diese Konstrukte gegenseitig beeinflussen. Es wurde berichtet, dass Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu nicht migrierten Personen größeren psychischen Stress aufweisen (Ladnik & Reinhold, 2013; Missine & Bracke, 2012). Dies könnte bedingt sein durch die Herausforderung, eine neue Sprache zu erlernen, neue soziale Netzwerke aufbauen zu müssen, neue Werte zu integrieren oder neue Einstellungen zu übernehmen (Morawa & Erim, 2014).

Berry und Hou (2016) untersuchten die Beziehung von Akkulturation und Wohlbefinden. Die Strategien Integration und Assimilation zeigten eine signifikant positive

Assoziation mit höherer Lebenszufriedenheit, während die Lebenszufriedenheit bei den Strategien Separation und Marginalisierung signifikant geringer ausfiel. In einer späteren Studie zeigte sich ein signifikant höherer Zusammenhang der Strategie Integration mit der Lebenszufriedenheit bzw. selbstbewerteter psychischer Gesundheit (Berry & Hou, 2017). Die Erfahrung wahrgenommener Diskriminierung war signifikant assoziiert mit der Strategie Separation. Der Effekt der Diskriminierung auf das Wohlbefinden war abhängig vom gewählten Akkulturationsprofil. Die Strategie Marginalisierung ging verstärkt mit dem negativen Effekt von Diskriminierung einher, während Assimilation diesen abmildern konnte (Berry & Hou, 2017). Die Kompetenz, die Landessprache zu sprechen, war signifikant verbunden mit selbstbewerteter psychischer Gesundheit, sogar noch nach Kontrolle von diversen Kovariaten (García-Jimenez et al., 2014). Han und KollegInnen (2016) konnten aufzeigen, dass die Strategie Integration für die Entwicklung von Resilienz, hier gemessen durch Beharrlichkeit, Stärke und Optimismus, die förderlichste Strategie darstellte. Die Strategie Marginalisierung war am wenigstens effektiv.

2.2.2 Akkulturation und Depressivität. Betrachtet man psychische Erkrankungen anstatt psychischer Gesundheit, so zeigt sich eine inkonsistente Befundlage. Teilweise konnten keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz von psychischen Erkrankungen im Vergleich MigrantInnen vs. NichtmigrantInnen gefunden werden (Glaesmer et al., 2009). Der *healthy migrant effect* besagt, dass eine erhöhte Gesundheit gegenüber nichteingewanderten Menschen berichtet wird (McDonald & Kennedy, 2004; Gimeno Feliu et al., 2014). Es gibt aber auch Studien, die eine geringere psychische Gesundheit bei Personen mit Migrationshintergrund gegenüber der autochthonen Bevölkerung zeigten (Bermejo, Mayninger, Kriston & Harter, 2010; Gillam, Jarman & White, 1989; Kimura, Mikolashek & Kirk, 1975). Mehrheitlich konstatieren die Untersuchungen eine schlechtere psychische Gesundheit bei MigrantInnen. So fanden Bas-Sarmiento und seine KollegInnen (2017) in einem Review in 13 von 21 Studien eine höhere Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei MigrantInnen. Darunter wurden Depressionen, Angst und somatische Störungen festgestellt. Diese Aussage steht in Einklang mit der Annahme von hohen Herausforderung im Migrationsprozess. Die Autoren betonten aber, dass diese Zusammenhänge nicht deterministisch sind. In einem Vergleich von türkischen und polnischen MigrantInnen zeigten die türkischen MigrantInnen signifikant höhere Werte in wahrgenommener Diskriminierung und Depressivität, sowie eine niedrigere subjektive Lebensqualität (Morawa & Erim, 2014). Nguyen und seine KollegInnen (2017) untersuchten anhand von vietnamesischen MigrantInnen in Deutschland, wie sich die Akkulturationsstrategien auf die Depressivität

auswirken. Dabei ging eine geringer ausgeprägte depressive Symptomatik mit einer höheren Orientierung zur deutschen und vietnamesischen Kultur einher. Die Strategie Integration zeigte einen signifikant niedrigeren Wert in der depressiven Symptomatik im Vergleich zu der Strategie Marginalisierung.

2.2.3 Depressivität im onkologischen Kontext. Mit einer Erkrankung wie Krebs umzugehen, kann sehr belastend sein und eine hohe Herausforderung darstellen (Mitchel et al., 2011). PatientInnen können dabei Schwierigkeiten entwickeln, diese Diagnose zu verarbeiten und die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, steigt. Mitchell und KollegInnen (2011) zeigten in einer Metaanalyse, dass die Diagnose Depression im palliativen Setting bei 24,6% der PatientInnen auftrat. Im onkologischen Setting zeigte sich die Diagnose Depression bei 20,7% der PatientInnen. Eine weitere Metaanalyse konnte Anhand des Vorhandenseins einer depressiven Diagnose und der Höhe der depressiven Symptomatik eine erhöhte Mortalität vorhersagen. Dieser Effekt bestand sowohl bei Studien, die Depression vor der Entstehung der Erkrankung maßen, als auch bei Studien, die diese Diagnose nach der Erkrankung feststellten. Auch nach der Kontrolle konfundierender medizinischer Variablen blieb der Prädiktor bestehen (Pinquart & Duberstein, 2010).

2.2.4 Akkulturation und Depressivität im onkologischen Kontext. Neben depressiver Symptomatik sollte eine Doppelbelastung durch eine somatische Erkrankung gesondert betrachtet werden. Morawa und Erim (2014) untersuchten solch eine Doppelbelastung im psychosomatischen Kontext und fanden eine positive Wirkung der jeweiligen Orientierung zur Herkunfts- bzw. Aufnahmekultur auf die Depressivität bei türkischstämmigen MigrantInnen.

In einer Stichprobe von migrierten spanischsprechenden BrustkrebspatientInnen konnte mittels einer längeren Zeit nach Erhalt der Diagnose, höherem Alter und niedrigerer Akkulturation eine schwere Depressivität vorhergesagt werden. Das Konstrukt Akkulturation wird hier als Zustand gesehen, der höhere oder niedrigere Werte annehmen kann, je nach Orientierung zur Herkunfts- oder Aufnahmekultur. Nach der Testung in multivariaten Analysen fiel der Prädiktor Akkulturation bei Depression weg und nur eine längere Zeit nach Erhalt der Diagnose blieb als signifikanter Prädiktor für eine größere Symptomatik bestehen. Es bleibt fraglich ob hier eine adäquate Messung des Konstrukts Akkulturation vorlag (Lee et al., 2018).

2.2.5 Protektive Funktion von Akkulturationsstrategien. Wie oben beschrieben postuliert die Mehrheit der Forschungsergebnisse einen vorhandenen Unterschied in der Gesundheit zwischen den unterschiedlichen Akkulturationsstrategien und einige Studien

zeigen auch einen protektiven Effekt. Eine Metaanalyse, die 38 Studien inkludiert, zeigte eine protektive Funktion von Adaptation an die neue Kultur für die psychische Gesundheit bei AsiatInnen, die in den USA leben (Gupta, Leong & Valentine, 2013). Auch in Deutschland konnte die protektive Funktion von Integration bei türkischen MigrantInnen nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass die Strategie Integration die geringsten Werte in Depressivität vorhergesagte, während die Strategie Marginalisierung die höchsten Werte zeigte (Morawa & Erim, 2014). In einer weiteren Studie, die türkischstämmige MigrantInnen in Deutschland untersuchte, zeigte sich ebenfalls, dass die Strategie Separation mit geringerer physischer und psychischer Gesundheit einherging. Die Strategie Marginalisierung war signifikant mit einer schlechteren psychischen Gesundheit assoziiert (Brand et al., 2017). Eine andere Untersuchung konnte anhand von akkulturativen Faktoren Depression präzisieren (Turjeman, Mesch & Fishman, 2008). Hierbei berichteten junge Erwachsene mit der Strategie Assimilation signifikant geringer ausgeprägte depressive Symptome. Wie bereits oben erwähnt konnte in einer Stichprobe von migrierten spanischsprechenden BrustkrebspatientInnen mittels der Zeit nach Erhalt der Diagnose, höherem Alter und niedrigerer Akkulturation ebenfalls eine schwere Depression vorhergesagt werden (Lee et al., 2018).

2.2.6 Kohärenzgefühl. Neben Akkulturationsstrategien gibt es auch andere wichtige Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit haben. Einer davon ist das Kohärenzgefühl. Individuen, die ein hohes Kohärenzgefühl aufweisen, berichten über einen besseren Gesundheitsstatus. Diese protektive Wirkweise ist unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität und ethnischen Hintergrund (Eriksson & Linström, 2006). Eine große Anzahl an Studien in unterschiedlichen Ländern konnten auch eine signifikant negative Verbindung zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität nachweisen. So ging ein hohes Kohärenzgefühl mit niedriger depressiven Symptomatik einher (Carstens & Spangenberg, 1997; Cederbald et al., 2003; Konttinen et al., 2008; Larsson & Kallenberg, 1996; Matsuura et al., 2003). Auch bei PatientInnen mit somatischen Leiden, wie z.B. rheumatoider Arthritis, konnte ein negativer Zusammenhang aufgezeigt werden. Hierbei zeigte ein mittleres bzw. hohes Kohärenzgefühl eine Verbindung mit niedrigerer depressiver Symptomatik über drei Messzeitpunkte hinweg (Schnyder, 2000).

2.2.7 Kohärenzgefühl und Migration. Andere Studien beschäftigten sich mit Kohärenzgefühl im Kontext Migration. Im Gruppenvergleich zeigten eine Stichprobe von polnischen MigrantInnen und eine Stichprobe von in Polen lebenden TeilnehmerInnen ein signifikant niedrigeres Kohärenzgefühl als eine deutsche Vergleichsgruppe. Die zwei

Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in der Ausprägung des Kohärenzgefühls (Morawa & Erim, 2015). In einer türkischen Stichprobe zeigte sich ein ähnliches Ergebnis. Untersucht wurden türkische MigrantInnen mit Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Im Vergleich zu einer Stichprobe der Normalpopulation aus der Türkei und Deutschland, wies die Stichprobe ein signifikant niedrigeres Kohärenzgefühl auf. Auch im Vergleich zu einer deutschen psychiatrischen Stichprobe lag die untersuchte Stichprobe der türkischen MigrantInnen signifikant niedriger im Kohärenzgefühl (Erim et al., 2009).

Bei türkischen PatientInnen mit neurotischen Störungen konnte laut Erim und KollegInnen (2011) derselbe Zusammenhang festgestellt werden. Hierbei wurde unterschieden zwischen türkischen PatientInnen mit Wohnhaft in der Türkei und türkischen PatientInnen mit Wohnhaft in Deutschland. Beide Gruppen zeigten signifikant niedrigere Werte im Kohärenzgefühl, als die Normalpopulation der türkischen und deutschen Bevölkerung. Die Ergebnisse waren ebenfalls niedriger als die Vergleichsgruppe der deutschen psychiatrischen PatientInnen. Auch diese zwei Gruppen, wohnhaft in der Türkei und wohnhaft in Deutschland, unterschieden sich nicht signifikant. Es zeigten sich ebenfalls negative Korrelationen zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität. Ein hohes Kohärenzgefühl konnte als stärkster Prädiktor für geringere depressive Symptomatik ausgemacht werden und somit als protektiv angesehen werden.

Auch Akkulturationsstrategien wurden im Zusammenhang mit Kohärenzgefühl untersucht. Ying und seine Kollegen (2000) untersuchten diesen Zusammenhang untergliedert in spezifische Bereiche. Die Bereiche Sprache, soziale Bindung und kultureller Stolz wurden je durch die Akkulturationsstrategien Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung dargestellt. Im sprachlichen Bereich zeigte sich die Strategie Integration als signifikanter Prädiktor für das Kohärenzgefühl. Personen, die größeren Stolz für die Herkunfts- und Aufnahmekultur ausdrückten, also der Strategien Integration zugeordnet werden konnten, zeigten ebenfalls gleichzeitig auch ein höheres Kohärenzgefühl.

2.3 Zusammenfassung des theoretischen Rahmens

Der Akkulturationsprozess stellt für MigrantInnen eine Herausforderung dar. Der Zusammenhang von Akkulturation, Strategien der Akkulturation und psychischer Gesundheit gewinnt dadurch immer mehr an Relevanz. Die Depressivität ist dabei ein entscheidender Aspekt. Diverse Studien zeigen eine erhöhte Prävalenz in der Depressivität bei Personen mit Migrationshintergrund (Bas-Sarmiento et al, 2017). Die Befundlage lässt darauf schließen, dass sich die Akkulturationsstrategien auf die Depressivität und damit auf die psychische Gesundheit auswirken können. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass die Strategien Integration

und Assimilation protektiven Einfluss auf die Entstehung von Depressivität haben können (Gupta, Leong & Valentine, 2013).

Doch nicht nur bei Personen mit Migrationshintergrund, sondern auch bei onkologischen PatientInnen stellt Depressivität eine Komorbidität dar, die eine zusätzliche Herausforderung darstellen kann (Mitchell, 2011). Bei PatientInnen, die an Krebs leiden und einen Migrationshintergrund aufweisen, ist demnach eine potenzielle Doppelbelastung vorhanden, die die Entstehung von Depressivität begünstigen kann. Bei KrebspatientInnen ist der protektive Faktor der Akkulturationsstrategien kaum untersucht, vor allem im deutschsprachigen Raum liegen dazu bis dato keine Studien vor.

Neben Akkulturation spielen Faktoren wie das Kohärenzgefühl ebenfalls eine entscheidende Rolle, indem sie Einfluss auf die Gesundheit und den Umgang mit einer Erkrankung nehmen. Viele Studien zeigen eine signifikante Verbindung von hohem Kohärenzgefühl und niedriger depressiven Symptomatik, bis hin zu einem prädiktiven bzw. protektiven Wert (Eriksson & Lindström, 2006; Erim et al., 2009; Erim et al., 2011; Morawa & Erim, 2015).

Basierend auf der Untersuchung von Morawa und Erim (2014) sowie Lee und KollegInnen (2016) wird in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls ein positiver Zusammenhang der Akkulturationsstrategien mit Depressivität sowie eine protektive Wirkung in der onkologischen Stichprobe postuliert. Es wird angenommen, dass die Stichprobe mit psychosomatischen Beschwerden von Morawa und Erim (2014) unserer onkologischen Stichprobe auf Grund der somatischen Doppelbelastung ähnelt. Somit wird der obengenannte Zusammenhang, wie bei Lee und KollegInnen (2016), auch bei onkologischen PatientInnen erwartet. Des Weiteren wird eine protektive Wirkung des Kohärenzgefühls bei der depressiven Symptomatik angenommen, so wie der Einfluss von soziodemographischen und krebsspezifischen Variablen untersucht.

3 Fragestellung und Hypothesen

Derzeit liegen inkonsistente Befunde über die psychische Gesundheit der Personen mit Migrationshintergrund vor. Die Mehrheit postuliert einen vorhandenen Unterschied und einige Studien zeigen einen protektiven Effekt der Akkulturationsstrategien Integration und Assimilation.

Aufgrund fehlender Untersuchungen der protektiven Funktion verschiedener Faktoren auf den psychischen Gesundheitsstatus onkologischer PatientInnen in Deutschland befasst sich diese Arbeit mit folgenden Fragestellungen:

Welche Variablen fungieren als protektive Faktoren vor Depressivität bei onkologischen PatientInnen mit Migrationshintergrund in Deutschland? Gibt es Verbindungen zwischen den Akkulturationsstrategien (Integration, Assimilation, Separation, Marginalisierung) bzw. der Orientierung zur Herkunftskultur und Orientierung zur Aufnahmekultur, dem Kohärenzgefühl und dem Level an Depressivität? Was sind akkulturationsbezogene, soziodemographische, krebspezifische und psychologische Prädiktoren für das Level an Depressivität?

Eine Untersuchung der Akkulturationsstrategien als protektive Faktoren wäre bedingt durch die spezifischere Vorhersagekraft und der bisherigen Befunde in der Literatur bevorzugt worden. Auf Grund der ungleichmäßigen Verteilung in der Zuordnung der Akkulturationsstrategien in den verwendeten Daten wurde auf die Orientierung zur Herkunfts- und Aufnahmekultur zurückgegriffen.

Als Hypothesen werden formuliert:

H1: PatientInnen mit unterschiedlich ausgeprägten Orientierungen unterscheiden sich signifikant in der Ausprägung der Depressivität.

H1.1: Eine höhere Orientierung zur Aufnahmekultur sagt eine geringere Ausprägung der depressiven Symptomatik vorher.

H1.2: Eine höhere Orientierung zur Herkunftskultur sagt eine geringere Ausprägung der depressiven Symptomatik vorher.

H2: Ein höheres Kohärenzgefühl sagt eine niedrigere depressive Symptomatik vorher.

H3: Nach Einbezug der akkulturationsbezogenen, soziodemographischen, krebspezifischen und psychologischen Variablen zur Vorhersage von Depressivität lässt sich die größte Varianz nachweisen.

4 Methode

4.1 Rekrutierung der Stichprobe

Für die Rekrutierung der Stichprobe wurde das Krebsregister des Tumorzentrums der Universität Erlangen-Nürnberg verwendet. Es erfolgte eine Selektion der Namen nach potentieller Herkunft der PatientInnen und eine Einteilung in drei Gruppen: potentiell polnisch, potentiell türkisch und potentiell deutsch. Der tatsächliche Migrationshintergrund

wurde anhand entsprechender Items in der Fragebogenbatterie verifiziert. Die Gruppen wurden postalisch angeschrieben, erhielten eine Fragebogenbatterie und wurden gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Als Probandenaufwandsentschädigung wurde ein Gutschein für einen Drogeriemarkt („Drogeriemarkt Müller“) bzw. ein Gutschein für ein Einkaufszentrum („Erlangen Arcaden“) in Höhe von 20 Euro verschickt. Die Fragebogenbatterie beinhaltete ein Anschreiben, die PatientInneninformation, die Teilnahme- und datenschutzrechtliche Erklärung, einen sechsseitigen Fragebogen mit diversen Fragen und Fragebögen sowie einen frankierten Rücksendeumschlag. In der Gruppe „potenziell polnisch/ potenziell türkisch“ wurde die Fragebogenbatterie sowohl in deutscher als auch in polnischer/türkischer Sprache verschickt, so dass die Patienten mit polnischer/türkischer Herkunft die präferierte Sprache wählen konnten. Nach einer sechswöchigen Frist wurden die PatientInnen telefonisch kontaktiert, erneut gebeten teilzunehmen bzw. nach dem Grund der Nichtteilnahme befragt. Waren PatientInnen telefonisch nach vier Versuchen nicht erreichbar oder hatten generell keine (korrekte) Telefonnummer angegeben, wurden diese erneut angeschrieben. Es wurden insgesamt 550 Fragebögen verschickt, von denen 230 vollständig retourniert wurden, davon 92 MigrantInnen mit polnischer, türkischer und sonstiger Herkunft außerhalb Deutschlands. Nach Berücksichtigung aller TeilnehmerInnen, die verstorben, verzogen oder physisch/kognitiv nicht in der Lage waren an der Befragung teilzunehmen, ergab sich eine Rücklaufquote von 45%. Die Verwendung des Datensatzes wurde von Prof. Dr. Erim, Leiterin der Psychosomatik in Erlangen, und Dr. Morawa, Leiterin der psychosomatischen Forschungsabteilung in Erlangen, genehmigt.

4.2 Stichprobe

Als onkologische PatientInnen wurden inkludiert, wer eine Erstdiagnose zwischen 2010 bis Mitte des Jahres 2016 erhielt und entweder zur oder nach der Erstdiagnose im Universitätsklinikum Erlangen erschien, und zwar unabhängig davon, ob die/der PatientIn zur Diagnostik, Therapie, Nachsorge oder zu einer Zweitmeinung erschien. Ein Mindestalter von 18 Jahren wurde festgelegt. Inkludierte Tumorentitäten waren: Darm (ICD-10 Diagnose C18-C21), Prostata (ICD-10 Diagnose C61), Mamma (ICD-10 Diagnose C50) und sonstige Diagnosen aus der Chirurgischen Klinik, Urologischen Klinik oder der Frauenklinik des Universitätsklinikum Erlangen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017). Entscheidende Kriterien waren, dass die/der PatientIn ein invasives Karzinom hatte, kein anderes Malignom in der Anamnese oder im Verlauf vorhanden war, der/die PatientIn laut aktueller Datenlage am Leben war und eine gültige Adresse mit Wohnsitz in Deutschland angegeben war.

4.3 Operationalisierungen

4.3.1 Akkulturation. Das Akkulturationsniveau wurde mit der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK) erfasst (Bongard, 2002). Bisher wurde der Fragebogen in leicht veränderter Version publiziert. Bei dieser Befragung wurde eine optimierte Version verwendet, die auf Anfrage vom Autor zur Verfügung gestellt wurde (Bongard, Pogge, Arslaner, Rohrman, & Hodapp, 2002). Das Instrument ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 20 Items. Die Antwortmöglichkeiten werden auf einer siebenstufigen Likert-Skala von *trifft vollständig zu* bis *trifft überhaupt nicht zu* (6 = *trifft vollständig zu*, 0 = *trifft überhaupt nicht zu*) gemessen. Inhaltlich besteht der Fragebogen aus zwei Indices, die jeweils die Orientierung zum Herkunftsland bzw. die Orientierung zur Aufnahmekultur messen. Jeder Index umfasst 10 Items mit einer Gesamtbewertung zwischen 0 und 60 Punkten, die sich durch die Addition der Itemwerte ergibt. Hohe Werte stehen für eine hohe Orientierung am Herkunftsland oder an der Aufnahmekultur. Die Items 2,3,5,7,9,10,12,13,28 und 20 sind hierbei der Orientierung zur Herkunftskultur zuzuordnen, wobei die Items 9,10 und 13 im Vorfeld umcodiert wurden. Zur Orientierung zur Aufnahmekultur lassen sich die Items 1,4,6,8,11,14,14,16,17, und 19 zu ordnen. Hierbei wurden die Items 6,14,15 und 19 umcodiert. Im Anhang ist die deutsche Version des Fragebogens beigelegt. Der Median der jeweiligen Indices wurde als Cut-Off-Wert verwendet werden, um die Stichprobe in jeweils vier Subgruppen zu unterteilen: jeweils hohe vs. niedrige Orientierung zur Herkunftskultur und jeweils hohe vs. niedrige Orientierung zur Aufnahmekultur. Diese vier Subgruppen repräsentieren die vier Akkulturationsstrategien von Berry (2005). In Abbildung 1 soll diese Unterteilung veranschaulicht werden.

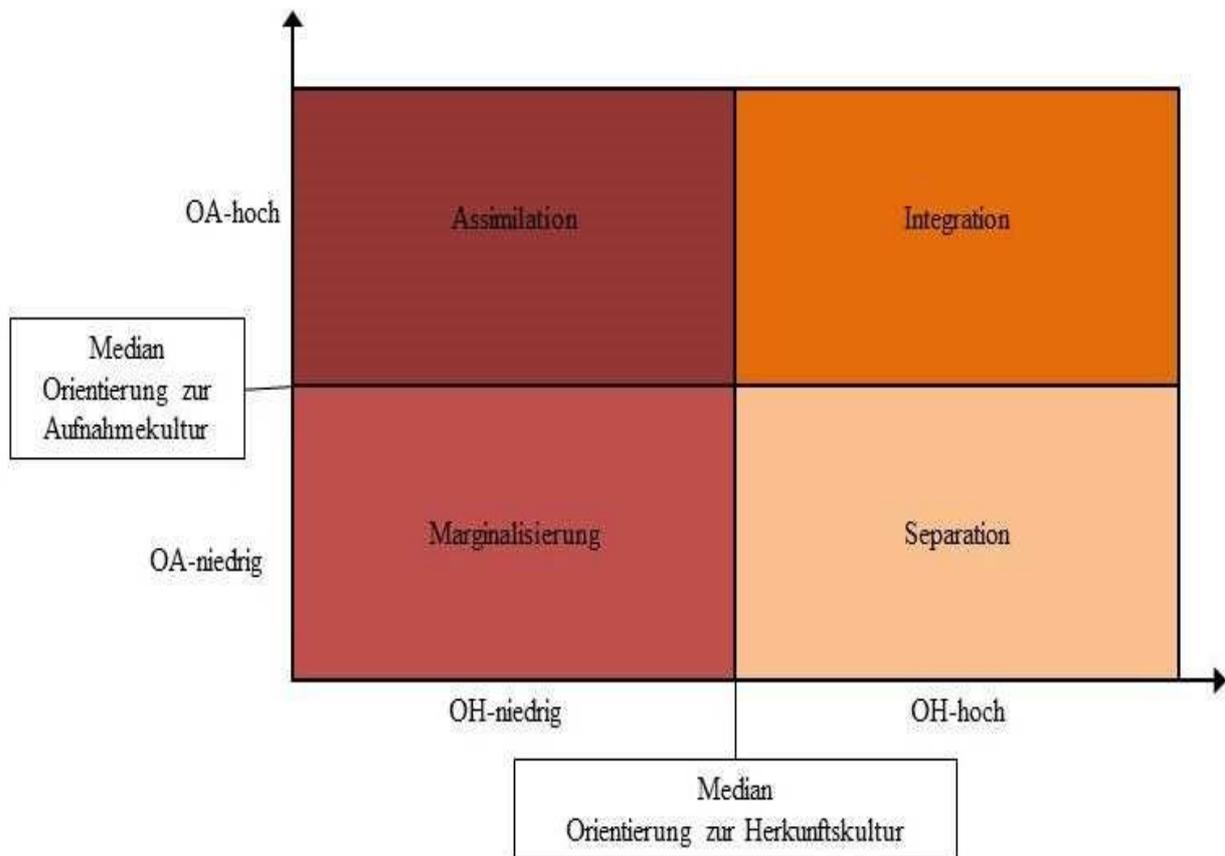


Abbildung 1. Darstellung der Unterteilung der Stichprobe nach Akkulturationsstrategien
 Anmerkungen. OA= Orientierung zur Aufnahme Kultur; OH = Orientierung zur Herkunftskultur.

4.3.2 Depressivität. Die Depressivität wurde mit dem Depressivitätsmodul des Gesundheitsfragebogens für PatientInnen (PHQ-9) (Spitzer, Williams, Kroenke et al., o.J.) erfasst. Dieser Selbsteinschätzungsfragebogen besteht aus 9 Items. Die Antwortmöglichkeiten werden mit einer vierstufigen Likert-Skala gemessen von 0 = *überhaupt nicht* bis 3 = *beinahe jeden Tag*. Es wird eine Summe aus den Itemwerten gebildet und mit verschiedenen Cut-Off-Werten verglichen. Tabelle 1 zeigt die Zuordnung der Werte.

Tabelle 1

Zuordnung der Cut-Off-Werte des Depressivitätsmoduls des Gesundheitsfragebogens für PatientInnen

Cut-Off	Kategorie
< 5	gesund
< 10	unauffällig
10-14	„leichtgradige“ depressive Symptomatik
15-19	„mittelgradige“ depressive Symptomatik
20-27	„schwergradige“ depressive Symptomatik

4.3.3 Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl wurde mittels der Sense of Coherence Scale (SOC) erfasst (Antonovsky, 1993). Die Skala beinhaltet 13 Items mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten auf einer siebenstufigen Likert-Skala, wie beispielsweise 1 = *sehr oft* bis 7 = *nie*. Der Summenscore wird durch die Addition der Itemwerte errechnet (*Min* = 13; *Max* = 91). Die Items 1,2,3,7 und 10 wurden umcodiert.

4.4 Weitere erhobene Variablen

Neben den unten aufgeführten Variablen wurde eine Reihe weiterer Variablen für andere Untersuchungen erhoben. Hier aufgeführt sind nur die Variablen, die für folgende Untersuchung genutzt wurden bzw. zur deskriptiven Veranschaulichung aufgenommen wurden.

4.4.1 Soziodemografische und migrationsbezogene Daten. Folgende soziodemografischen Daten wurden erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, Partnerschaft, höchster Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, subjektiv eingeschätzte Höhe des monatlichen Einkommens, Geburtsland der Eltern, eigenes Geburtsland, Länge des Aufenthalts in Deutschland, Staatsangehörigkeit, Muttersprache und Aufenthaltstitel.

4.4.2 Medizinische Daten. Es wurden folgende medizinische Angaben erfragt: Tumordiagnose, Vorhandensein von Metastasen, Datum der Erstdiagnose, aktueller Krankheitsstatus, Behandlung in den letzten drei Monaten sowie psychologische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen.

4.5 Validierung der verwendeten Instrumente

4.5.1 FRAKK. Da bisher der Fragebogen noch nicht publiziert wurde, existieren noch keine Validierungsuntersuchungen. Dennoch wurde der Fragebogen in einigen Untersuchungen verwendet und zeigte sich dort valide mit einem Cronbachs Alpha von .83 für die deutsche Version des Tests (Bongard et al., 2002) und einem Cronbachs Alpha von .72 für die Skala Orientierung zur Herkunftskultur und .71 für die Skala Orientierung zur Aufnahmekultur in einer türkischen Version (Morawa & Erim, 2014). In einer polnischen Version wurden die Skalen Orientierung zur Herkunftskultur (*Cronbachs* $\alpha = .71$) und Orientierung zur Aufnahmekultur (*Cronbachs* $\alpha = .82$) ebenfalls als valide dargestellt (Kosic, 2004).

4.5.2 PHQ-9. Dieser Fragebogen ist das Depressivitätsmodul des Gesundheitsfragebogens für PatientInnen (PHQ-D; Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004). Die Validität dieses Fragebogens wurde in einem systematischen Review in 14 Studien überprüft und bestätigt (El-Den et al., 2018). Cronbachs Alpha variierte von .56 bis .94. Auch die Reliabilität konnte mittels Retest Reliabilität (.73 – .94) belegt werden.

Die deutsche Version des Fragebogens wurde ebenfalls als valide (*Cronbachs* $\alpha = .86$ – .89) und reliabel (Retestreliaibilität = .84) nachgewiesen (Krönke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010).

In der türkischen Version des Fragebogens konnte eine adäquate Retest-Reliabilität von .54, .52 und .76 zu unterschiedlichen Testzeitpunkten festgestellt werden. Cronbachs Alpha lag in der Gesamtgruppe bei .92. Somit erscheint der Fragebogen als valide und reliabel in der türkischen Population (Gülec et al, 2012).

Die polnische Version des Fragebogens zeigte ebenfalls eine positive interne Konsistenz (*Cronbachs* $\alpha = .88$). Somit wird der Fragebogen als valide angenommen (Kokoszka, 2016).

4.5.3 SOC-13. Der SOC Fragebogen wurde auf seine Validität und Reliabilität geprüft. Er kann als valide und reliabel angesehen werden (Cronbachs $\alpha = .74$ – .91; Retestreliaibilität = .65 – .92; Singer & Brähler, 2007).

Spezifische Validierungsstudien für die deutsche, türkische und polnische Population sind bisher nicht vorhanden.

4.6 Statistische Auswertung

Die Datenanalyse wurde mit dem Programm SPSS Version 21 vorgenommen. Deskriptive Statistiken der soziodemografischen, migrationsbezogenen und medizinischen Daten werden dargestellt (Mittelwerte, Standardabweichungen, Variationsbreite und

Häufigkeiten). Die Anzahl an fehlenden Werten ist gering, diese werden mittels Expectation Maximization Algorithmus ersetzt. Nach Prüfung der Voraussetzungen wird eine bivariate Korrelationsmatrix aller Daten nach Spearman/Pearson berechnet und grafisch dargestellt.

Um die Frage nach Verbindungen zwischen Akkulturationsstrategien und dem Level an Depressivität zu beantworten ist eine Regressionsanalyse erfolgt. Die Voraussetzungen für dieses Verfahren wurden mittels Streudiagrammen und Analyse der Residuen überprüft.

Für die Bestimmung der Prädiktoren für die Höhe der depressiven Symptomatik wurde eine schrittweise Regressionsanalyse in vier Modellen berechnet. In allen vier Modellen wurde die Depressivität als Kriteriumsvariable angenommen.

4.7 Ethische Überlegungen

Vor Erhebung der Daten wurde das Studienprotokoll der Ethikkommission der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg vorgelegt und genehmigt. Die Teilnahme der PatientInnen waren zu jeder Zeit freiwillig. Es wurde aufgeklärt über Forschungszweck, Dauer der Teilnahme und über die Möglichkeit, die Befragung jederzeit abubrechen. Die Auswertung erfolgte anonym und anhand eines Probandenpseudonyms. Gemäß dem Fall einer Angabe von Suizidgedanken im Fragebogen wurde telefonischer Kontakt hergestellt und Hilfe angeboten.

5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Befunde

5.1.1 Soziodemographische Variablen. Insgesamt nahmen 92 Personen an der Befragung teil. Der Mittelwert des Alters der TeilnehmerInnen lag bei 55 Jahren (*Min* = 19; *Max* = 80), davon waren 26 männlich und 66 weiblich. Im Familienstand gaben elf Personen an ledig zu sein, 65 Personen gaben an verheiratet oder in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft zu sein, 12 Personen geschieden oder getrennt lebend und vier Personen gaben an verwitwet zu sein. Des Weiteren gaben 74 Personen an in einer festen Partnerschaft zu leben, 18 nicht. Die Angaben des Schulabschlusses wurden dichotomisiert in weniger als Abitur und mehr als Abitur. Hier gaben 45 Personen an in die erste Gruppe zu fallen und 47 Personen in die zweite Gruppe. Die Erwerbstätigkeit und das monatliche Einkommen werden in Tabelle 2 und 3 dargestellt.

Tabelle 2

Erwerbstätigkeit der teilnehmenden Personen

	<i>n</i>	<i>%</i>
Vollzeit erwerbstätig	27	29.3
Teilzeit erwerbstätig	11	14.1
Rente	25	27.2
Rente wegen Erwerbsminderung	10	10.9
Berufliche Ausbildung/ Studium	2	2.2
Nicht erwerbstätig (Hausfrau, -mann)	7	7.2
arbeitslos	8	8.7
sonstige	1	1.1

Tabelle 3

Monatliches Einkommen der teilnehmenden Personen

	<i>n</i>	<i>%</i>
Unter 500 EUR	6	6.5
500-1000 EUR	23	25.0
1000-2000 EUR	29	31.5
2000-3000 EUR	20	21.7
Ab 3000 EUR	11	12.0

5.1.2 Medizinische Variablen. Der Mittelwert der Erkrankungsdauer lag bei 35.85 Monaten ($SD = 22.63$; $Min = 3$; $Max = 102$). Bei der Frage nach psychologischer/psychiatrischer Behandlung gaben 20 Personen an in der Vergangenheit und elf Personen in der Gegenwart behandelt worden zu sein. Das Vorhandensein von Metastasen war bei 13 Personen der Fall, 79 Personen waren frei von Metastasen. Als Behandlung in den letzten drei Monaten erhielten 15 Personen eine Chemotherapie, 10 Personen eine Operation, sieben eine Bestrahlung, 13 eine Hormonersatztherapie, vier eine homöopathische

Behandlung und 45 keine Behandlung. Der aktuelle Krankheitsstatus war bei 43 Personen eine Ersterkrankung, bei drei Personen rezidiv, bei einer Person Zweittumor, bei 26 Personen Remission und bei 14 derzeit nicht zu beurteilen. Unter den Tumorentitäten ließ sich bei 30 Personen Brustkrebs, bei neun Prostata- oder Hodenkrebs, bei fünf Personen Darmkrebs und bei 47 eine sonstige Diagnose finden. Die Tumordiagnosen nach ICD-10 Kriterien sind in Tabelle 4 abgebildet.

Tabelle 4

Krebsentitäten der TeilnehmerInnen nach ICD-10 Kriterien

ICD-Kategorie	Anzahl
C00-C14	1
C15-C29	13
C30-C39	1
C40-49	12
C50-C59	41
C60-C69	13
C70-C79	3
C80-C96	8

5.1.3 Migrationsbezogene Variablen. Der Migrationshintergrund der TeilnehmerInnen war bei 27 Personen polnisch, bei 30 Personen türkisch und 35 Personen hatten einen anderen Migrationshintergrund. Davon gaben 19 Personen an, dass Deutsch ihre Muttersprache ist, und 21 Personen, dass sie seit ihrer Geburt in Deutschland lebten. Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer lag bei 29.78 Jahren ($SD = 12.13$; $Min = 1.5$; $Max = 52$). Die Mehrheit der TeilnehmerInnen besaß die deutsche Staatsangehörigkeit ($n = 56$). Weitere 29 Personen besaßen eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis. Jeweils eine Person besaß eine befristete Aufenthaltserlaubnis, eine Asylberechtigung und keinen Aufenthaltsstatus. Drei Personen gaben an eine andere Staatsangehörigkeit zu besitzen.

5.1.4 Verwendete Skalen. ProbandInnen wiesen in der Depressivität einen Mittelwert von 7.52 auf ($SD = 5.51$; $Min = 0$; $Max = 22$). Die Skala Depressivität wies mit einem

Cronbachs Alpha von .87 eine hohe Reliabilität auf. Die Orientierung zur Herkunftskultur lag bei einem Mittelwert von 33.50 ($SD = 15.13$; $Min = 1$; $Max = 60$), die Orientierung zur Aufnahmekultur bei einem Mittelwert von 45.13 ($SD = 12.36$; $Min = 0$; $Max = 60$). Beide Skalen wiesen ebenfalls eine hohe Reliabilität auf (Orientierung zur Herkunftskultur: Cronbachs $\alpha = .89$; Orientierung zur Aufnahmekultur: Cronbachs $\alpha = .89$). In der Zuteilung zu den Akkulturationsstilen wurden sieben Personen der Gruppe Integration, 34 der Gruppe Assimilation, 33 der Gruppe Separation und sieben Personen der Gruppe Marginalisierung zugeordnet. Der Mittelwert des Kohärenzgefühl lag bei 59.14 ($SD = 11.87$; $Min = 25$; $Max = 88$). Mit einem Cronbachs Alpha von .77 lag auch bei dieser Skala der Wert in einem akzeptablen Bereich.

5.2 Hypothesentestungen

5.2.1 Prüfung der Voraussetzungen der statistischen Verfahren. In diesem Abschnitt wird auf die Prüfung der Voraussetzungen der verwendeten statistischen Verfahren eingegangen.

Die Voraussetzung der Linearität wurde mittels Streudiagramm analysiert. Es zeigten sich nur kleine Abweichungen, daher kann angenommen werden, dass die Linearität der Zusammenhänge gegeben ist. Es waren keine Ausreißer sichtbar. Der Shapiro-Wilk-Test für die Testung der Normalverteilung der Variablen war bei der Mehrzahl der Variablen signifikant. Die Signifikanzen sind in Tabelle 5 abgebildet. Daher ist anzunehmen, dass die Bedingung der Normalverteilung der Variablen nicht erfüllt ist (Field, 2000). Es wird also ein nicht parametrischer Test zur Darstellung der Korrelationen verwendet – die Spearman Korrelation.

Tabelle 5

Prüfung der Variablen auf Normalverteilung

	<i>df</i>	<i>p</i>
Geschlecht	92	> .00
Alter	92	.01
Höchster Bildungsabschluss	92	> .01
Metastasen	92	>.00
Erkrankungsdauer	92	>.00
Orientierung Herkunftskultur	81	.12
Orientierung Aufnahmekultur	81	> .00
Depressivität	92	>.00
Kohärenzgefühl	92	.53

Anmerkung. Angegeben sind die Werte des Shapiro-Wilk-Tests.

Auch die Voraussetzungen für eine Regressionsanalyse wurden überprüft. Die unabhängigen Variablen sind jeweils entweder dichotom oder metrisch, die abhängige Variable ist ebenfalls metrisch. Eine Unabhängigkeit der Werte der abhängigen Variablen ist anzunehmen. Die Linearität kann, wie oben bereits beschrieben, durch die grafische Analyse als gegeben betrachtet werden. Eine Korrelation mit externen Variablen wird durch die theoretische Herleitung der Zusammenhänge nicht angenommen. Bei der Überprüfung der Residuen ergab der Durbin-Watson-Test mit einem Wert von 1.96 den Normbereich. Daher kann angenommen werden, dass keine Korrelation der Residuen vorhanden ist. Bei der Prüfung der Normalverteilung der Residuen mittels Shapiro-Wilk-Test war keine Signifikanz erkennbar ($p > .58$). Daraus kann abgeleitet werden, dass die Residuen normalverteilt sind (Field, 2000). Die Analyse des Streudiagramms der Residuen weist daraufhin, dass eine Homoskedastizität vorliegt. Laut Field (2000) kann also davon ausgegangen werden, dass alle Voraussetzungen für eine Regressionsanalyse gegeben sind.

5.2.2 Korrelationen. Dieses Kapitel stellt die Korrelation der verwendeten Variablen dar. Eine signifikante Verbindung zeigt die Depressivität mit dem Geschlecht ($r = .28, p < .01$). Ein weibliches Geschlecht ging eher mit erhöhter Depressivität einher. Das Kohärenzgefühl steht ebenfalls signifikant in Verbindung mit dem Alter, hierbei hing ein höheres Kohärenzgefühl mit einem höheren Alter zusammen ($r = .28, p < .01$). Die Variable

Höchster Schulabschluss zeigte ebenfalls signifikante Verbindungen mit den Variablen Orientierung zur Herkunfts- und Aufnahmekultur. Ein höherer Schulabschluss stand mit einer niedrigeren Orientierung zur Herkunftskultur in Verbindung ($r = -.41, p < .01$). Des Weiteren stand ein höherer Schulabschluss mit einer höheren Orientierung zur Aufnahmekultur in Zusammenhang ($r = .35, p < .01$). Ein Auftreten von Metastasen ging mit einer erhöhten Depressivität einher ($r = .23, p = .03$). Signifikant negativ war die Orientierung zur Herkunftskultur verbunden mit der Orientierung zur Aufnahmekultur, also ging eine höhere Orientierung zur Aufnahmekultur mit einer niedrigeren Orientierung zur Herkunftskultur einher und vice versa ($r = -.69, p < .01$). Das Kohärenzgefühl zeigte eine sehr hohe signifikante Verbindung mit der Variable Depressivität, ein erhöhtes Kohärenzgefühl ging also mit einer niedrigeren Depressivität einher ($r = -.69, p < .01$). Tabelle 6 zeigte die vollständige Korrelationsmatrix.

Tabelle 6
Korrelationsstabelle

	Geschlecht	Alter	Höchster Schulabschluss	Metastasen	Erkrankungsdauer	Orientierung Herkunftskultur	Orientierung Aufnahmekultur	Depressivität	Kohärenzgefühl
Geschlecht	1	-.20	-.00	.05	.20	-.01	.13	.28**	-.18
Alter	-.20	1	-.09	-.00	.10	.03	-.03	-.14	.28**
Höchster Schulabschluss	-.00	-.09	1	.12	.09	-.41**	.35**	.05	.01
Metastasen	.05	-.00	.12	1	.09	.08	.01	.23*	-.02
Erkrankungsdauer	.20	.10	.09	.09	1	-.12	.08	-.02	-.01
Orientierung Herkunftskultur	-.01	.03	-.41**	.08	-.12	1	-.69**	.04	-.08
Orientierung Aufnahmekultur	.13	-.03	.35**	.01	.08	-.69**	1	-.03	.14
Depressivität	.28**	-.14	.05	.23*	-.02	.04	-.03	1	-.61**
Kohärenzgefühl	-.18	.28**	.01	-.02	-.01	-.08	.14	-.61**	1

Anmerkungen. Angegeben sind Korrelationskoeffizienten nach Spearman.

* $p < .05$, ** $p < .01$

5.2.3 Prüfung der Hypothesen. In folgendem Kapitel werden die oben beschriebenen Hypothesen anhand von vier Regressionsmodellen überprüft. Das erste Regressionsmodell beinhaltet die Variablen Orientierung zur Herkunftskultur und die Orientierung zur Aufnahmekultur als Prädiktoren. Im zweiten Modell werden zusätzlich die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung inkludiert. Das dritte Modell integriert zur Vorhersage die krebsspezifischen Variablen Metastasen und Dauer der Erkrankung. In letzter Instanz wird die psychologische Variable Kohärenzgefühl in die Vorhersage aufgenommen.

Hypothese 1.1 und 1.2 postulieren, dass eine höhere Orientierung sowohl zur Herkunfts-, als auch zur Aufnahmekultur eine niedrigere depressive Symptomatik vorhersagt. Tabelle 7 zeigt die Berechnungen des ersten Regressionsmodells. Weder Orientierung zur Herkunftskultur ($B = -0.01$; $SE = 0.06$; $\beta = -0.02$; $p = .89$; $CI = -0.13$; 0.11), noch die Orientierung zur Aufnahmekultur ($B = -0.05$; $SE = 0.07$; $\beta = -0.11$; $p = .51$; $KI = -0.19$; 0.10) ist in der Lage depressive Symptomatik signifikant zu präzisieren. Damit kann die Hypothese nicht angenommen werden und es muss davon ausgegangen werden, dass durch diese Variablen keine Vorhersage möglich ist.

Tabelle 7
Regressionsmodell 1

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	95% KI	
					UG	OG
Orientierung Herkunftskultur	-0.01	0.06	-0.02	.89	-0.13	0.11
Orientierung Aufnahmekultur	-0.05	0.07	-0.11	.51	-0.19	0.10

Anmerkung. Angegeben sind die standardisierten Regressionsgewichte. $p =$ Signifikanzniveau; KI = Konfidenzintervall; UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze.

In Hypothese 2 wird angenommen, dass ein höheres Kohärenzgefühl eine niedrigere Depressivität vorhersagen kann. Regressionsmodell 4 inkludiert Kohärenzgefühl als Prädiktor, wie in Tabelle 10 zu sehen ist. Das Kohärenzgefühl zeigt sich als hoch signifikanter Prädiktor ($p < .001$) und sagt mit einem höheren Kohärenzgefühl eine niedrigere Depressivität

vorher ($B = -0.29$; $SE = 0.04$; $\beta = -0.63$; $KI = -0.38; -0.21$). Hypothese 2 kann also angenommen werden.

Die Tabelle 8 zeigt das Regressionsmodell nach Hinzugabe der soziodemografischen Daten Alter, Geschlecht und Bildung, also das Regressionsmodell 2. In diesem Modell ist die Variable Geschlecht als signifikanter Prädiktor für Depressivität erkennbar ($p = .03$). Keiner der anderen Prädiktoren zeigt eine signifikante Vorhersagekraft.

Tabelle 8
Regressionsmodell 2

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	95% KI	
					UG	OG
Orientierung Herkunftskultur	-0.02	0.06	-0.04	.80	-0.13	0.01
Orientierung Aufnahmekultur	-0.07	0.07	-0.16	.33	-0.21	0.07
Alter	-0.01	0.05	-0.02	.85	-0.10	0.08
Geschlecht	3.10	1.43	0.26	.03	0.26	5.96
Bildung	0.49	1.30	0.04	.71	-2.10	3.10

Anmerkung. Angegeben sind die standardisierten Regressionsgewichte. $p =$ Signifikanzniveau; KI = Konfidenzintervall; UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze.

Das Regressionsmodell 3 ist in Tabelle 9 zu sehen. Nach zusätzlicher Inkludierung der krebspezifischen Variablen entfällt die Signifikanz der Variable Geschlecht, die im Regressionsmodell 2 zu beobachten war. Keiner der Variablen zeigt eine signifikante Vorhersagekraft, lediglich die Variable Metastasen zeigt einen Trend ($p = .06$).

Tabelle 9

Regressionsmodell 3

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	95% KI	
					UG	OG
Orientierung Herkunftskultur	-0.03	0.06	-0.08	.63	-0.14	0.09
Orientierung Aufnahmekultur	-0.07	0.07	-0.16	.31	-0.21	0.07
Alter	-0.00	0.05	-0.01	.94	-0.09	0.09
Geschlecht	3.27	1.41	0.27	.23	0.46	6.07
Bildung	0.45	1.24	0.04	.72	-2.03	2.93
Metastasen	3.32	1.73	0.21	.06	-0.13	6.77
Dauer der Krebserkrankung	-0.02	0.03	-0.10	.38	-0.08	0.03

Anmerkung. Angegeben sind die standardisierten Regressionsgewichte. *p* = Signifikanzniveau; KI = Konfidenzintervall; UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze.

Tabelle 10

Regressionsmodell 4

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	95% KI	
					UG	OG
Orientierung Herkunftskultur	0.00	0.05	0.02	.87	-0.08	0.09
Orientierung Aufnahmekultur	-0.00	0.05	-0.01	.97	-0.11	0.11
Alter	0.06	0.04	0.14	.12	-0.02	0.13
Geschlecht	2.15	1.11	0.18	.12	-0.07	4.36
Bildung	1.21	0.98	0.11	.22	-0.74	3.16
Metastasen	2.62	1.35	0.17	.06	-0.08	5.31
Dauer der Krebserkrankung	-0.03	0.02	-0.12	.18	-0.07	0.01
Kohärenzgefühl	-0.29	0.04	-0.63	>.001	-0.38	-0.21

Anmerkung. Angegeben sind die standardisierten Regressionsgewichte. *p* = Signifikanzniveau; KI = Konfidenzintervall; UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze.

Hypothese 3 besagt, dass das Modell, das die akkulturationsbezogenen, soziodemografischen, krebsspezifischen und psychologischen Variablen inkludiert, also Modell 4, die größte Varianz aufklären kann. Die Varianzaufklärung des Modells 4 beträgt 48% und wird als einziges Modell der unten angeführten signifikant ($R^2 = 0.48$; $F(8; 72) = 8.265$; $p < .001$). Die Modelle 1 bis 3 können keine signifikante Varianzaufklärung aufzeigen. Damit kann Hypothese 3 angenommen werden. Der Vergleich der Regressionsmodelle ist in Tabelle 11 zu sehen.

Die genauere Betrachtung der Prädiktoren im Modell 4 in Tabelle 8 zeigt, dass ausschließlich der Prädiktor Kohärenzgefühl signifikant wird ($p < .001$). Der Prädiktor Metastasen liegt an der Grenze der Signifikanz ($p = .06$) und zeigt damit eine Tendenz in die erwartete Richtung. Auch die Variablen Alter ($p = .12$), Geschlecht ($p = .12$), Bildung ($p = .22$) und Dauer der Krebserkrankung ($p = .18$) zeigen eine Tendenz zur vorher postulierten Richtung.

Tabelle 11

Modellzusammenfassung

Modell	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>df</i> ₁	<i>df</i> ₂	<i>p</i>
1	0.09	0.01	0.34	2	78	.71
2	0.28	0.08	1.23	5	75	.28
3	0.36	0.13	1.55	7	73	.16
4	0.69	0.48	8.27	8	72	<.001

Anmerkung. Angegeben sind die standardisierten Regressionsgewichte. *df* = Freiheitsgrade; *p* = Signifikanzniveau.

5.3 Zusätzliche Berechnungen

Auf Grund der Stärke des alleinigen Prädiktors Kohärenzgefühl wurden weitere Berechnungen durchgeführt um nähere Erkenntnisse über das Kohärenzgefühl im Zusammenhang mit Migration und Onkologie gewinnen zu können.

Zur Überprüfung der Wirkung der Akkulturationsstrategien auf das Kohärenzgefühl wurde eine einfaktorische Varianzanalyse berechnet. Als abhängige Variable diente das Kohärenzgefühl, als Faktoren wurden die Strategien Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung nach Berry (1980) genutzt. Die Voraussetzungen für die Berechnungen der Varianzanalyse wurden geprüft. Die abhängige Variable ist metrisch, die unabhängige Variable kategorial. Die Linearität des Zusammenhangs wurde mittels Streudiagramm analysiert und spricht für die Annahme einer Linearität. Der Test für die Überprüfung der Varianzhomogenität wurde mithilfe des Levene-Tests durchgeführt. Mit einem Signifikanzwert von .17 kann von einer Varianzhomogenität ausgegangen werden. Von einer Unkorreliertheit der Residuen kann bei einem Wert von 1.99 beim Durbin-Watson-Test

ebenfalls ausgegangen werden. Eine Multikollinearität ist mit einer Korrelation nach Spearman von $-.12$ nicht gegeben. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Voraussetzungen für eine einfaktorische Varianzanalyse gegeben sind (Field, 2000).

Die Stärke des Kohärenzgefühls unterschied sich nicht signifikant zwischen den Gruppen der unterschiedlichen Akkulturationsstrategien ($F(3,77) = 0.97; p = .41$). Dennoch fielen bei einem deskriptiven Mittelwertsvergleich Unterschiede auf, siehe Abbildung 2.

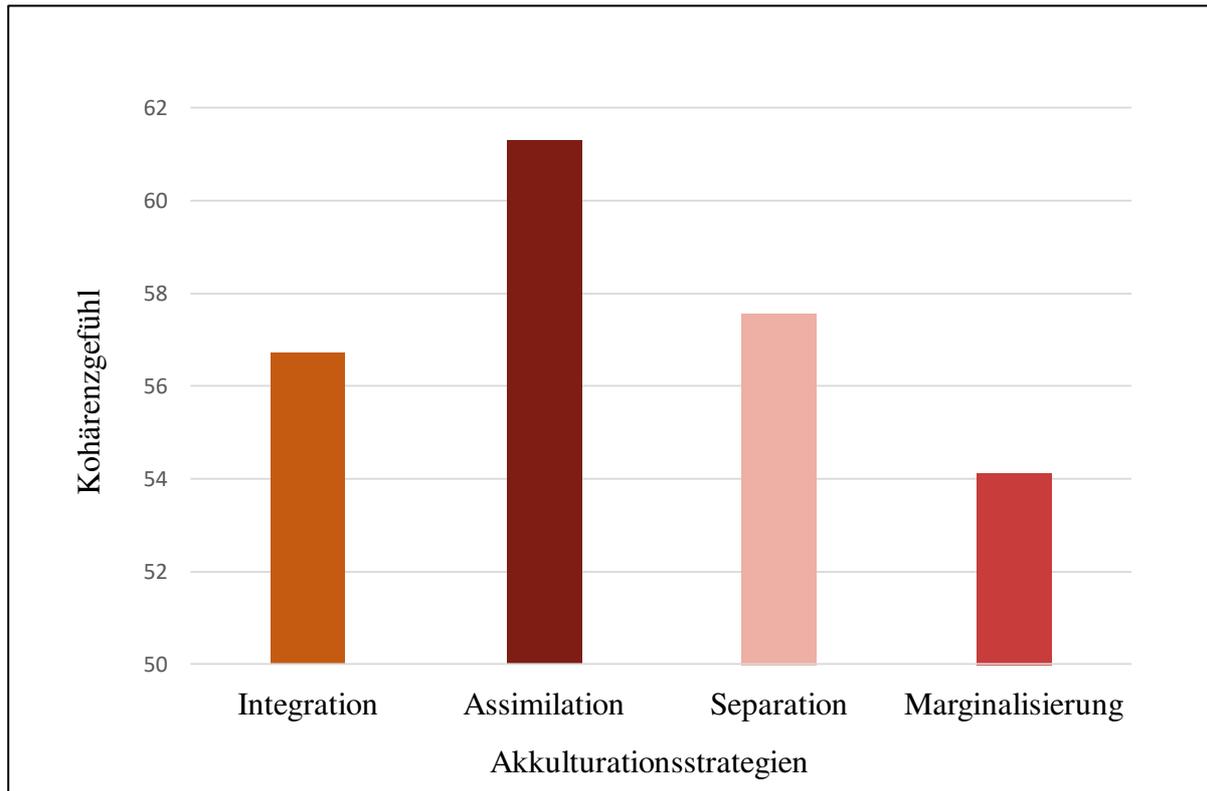


Abbildung 2. Mittelwerte des Kohärenzgefühls aufgeteilt nach Akkulturationsstrategien

Es lassen sich deutlich Unterschiede in den Mittelwerten erkennen. Personen mit der Strategie Assimilation zeigen mit einem Wert von 61.29 ($SD = 10.36$) den höchsten Mittelwert im Kohärenzgefühl. Die Gruppe Separation liegt mit einem Wert von 57.55 ($SD = 12.48$) deutlich unter dem Mittelwert der Gruppe Assimilation. Mit einem Wert von 56.71 ($SD = 13.50$) liegt die Gruppe Integration geringfügig unter dem Mittelwert der Gruppe Separation. Personen in der Gruppe Marginalisierung liegen mit einem Mittelwert von 54.14 ($SD = 18.99$) deutlich unter allen anderen Gruppen. Trotz fehlender Signifikanz schienen hier die Personen der Gruppe Assimilation den höchsten Wert im Kohärenzgefühl aufzuweisen.

6 Diskussion

In folgendem Abschnitt werden die oben aufgeführten Ergebnisse diskutiert, die zu beachtenden Einschränkungen dieser Untersuchungen aufgezeigt, so wie die Implikationen und Forschungsausblicke erörtert.

6.1 Kurze Zusammenfassung der Studie

Durch eine statistische Analyse der gewonnenen Daten konnte gezeigt werden, dass die Variablen Orientierung zur Herkunftskultur und Orientierung zur Aufnahmekultur keinen signifikanten prädiktiven Wert für die Höhe der depressiven Symptomatik bei onkologischen PatientInnen mit Migrationshintergrund in dieser Untersuchung aufzeigten. Ein höheres Kohärenzgefühl konnte eine niedrigere Depressivität in dieser Stichprobe vorhersagen. Modell 4 konnte nach Inklusion aller Variablen die größte Varianzaufklärung nachweisen.

6.2 Diskussion der Hypothesentestung

Anders als erwartet konnten die Variablen Orientierung zur Herkunfts- und Aufnahmekultur nicht als signifikante Prädiktoren identifiziert werden. Dieses Ergebnis steht den oben beschriebenen Ergebnissen entgegen, die eine Wirkung der Orientierungen bzw. der Akkulturationsstrategien auf die Gesundheit oder Depressivität nachweisen konnten (Brand et al., 2017; Gupta, Leong & Valentine, 2013; Lee et al, 2018; Morawa und Erim, 2014; Turjeman, Mesch & Fishman, 2008). Ein möglicher Erklärungsansatz für das Ausbleiben der erwarteten Effekte könnte die spezifische Stichprobe der onkologischen PatientInnen sein. Eine vergleichbare onkologische Stichprobe war alleinig in der Studie von Lee und Kollegen (2018) gegeben. Die kumulativen Faktoren und Stressoren einer Krebserkrankung könnten in dieser Untersuchung Einfluss auf den emotionalen Zustand genommen haben, wodurch der sonst als protektiv beschriebene Effekt der zwei Orientierungen unterdrückt wurde. Zu einer solchen Unterdrückung sind keine Untersuchungen bekannt und würden im Widerspruch zu den Ergebnissen der Studie von Lee und Kollegen (2018) stehen.

Ein weiterer Ansatz könnte die kulturelle Mischung der hier verwendeten Stichprobe sein. Oben genannte Untersuchungen spezifizierten sich auf jeweils eine Migrationsstichprobe, wie beispielsweise AsiatInnen in den USA (Gupta, Leong & Valentine, 2013). Die hier verwendete Stichprobe bestand zu großen Teilen sowohl aus polnischen und türkischen Migrierten, als auch aus sonstigen Ländern. Diese Inhomogenität der Kulturen könnte ebenfalls einen Einfluss auf viele Faktoren der Untersuchung genommen haben. Die kulturelle Herkunft könnte Einfluss auf die Anpassung an eine Kultur, an den Umgang mit der Erkrankung, aber auch auf den unterschiedlichen Zugang oder Einstellungen zu Ressourcen aufweisen. Beispielsweise ist die vorherrschende Religion in Polen mit 87% der

polnischen Bevölkerung das Christentum (Bringen & Ruchniewicz, 2009), während in der Türkei die vorherrschende Religion mit 98% der Islam ist (Karakas, 2007). Zum einen wäre es möglich, dass für polnische EinwanderInnen durch die vorherrschende Religion Christentum, mit 56% der deutschen Bevölkerung (Deutsche Bischofskonkurrenz, 2019), weniger Anpassungsherausforderungen auftreten als für türkische MigrantInnen. Eine weitere Möglichkeit läge in der Religion selbst. Diverse Unterschiede zwischen Religionen könnten zu Unterschieden in den Bereitgestellten Ressourcen und Umgang mit Erkrankungen führen. Beispielsweise wird im Islam, im Gegensatz zum Christentum, die Krankheit oft als Strafe Gottes gesehen (Kajales, o.J.). Diese Sichtweisen könnten zu unterschiedlichen Einstellungen und Verhaltensweisen führen, die zur Inhomogenität der kulturell gemischten Stichprobe beitragen.

Denkbar wäre auch, dass nicht alle notwendigen Prädiktoren erfasst wurden. Zwar wurden die verwendeten Prädiktoren induktiv abgeleitet, dennoch wäre möglich, dass gerade für die spezifische onkologische Stichprobe unentdeckte Einflussfaktoren vorhanden sind. Eine Wechselwirkung mit den akkulturationsbezogenen Prädiktoren könnte Effekte unterdrücken oder so umleiten, dass Zusammenhänge nur schwer sichtbar sind. So ein bisher nicht inkludierter Faktor könnte beispielweise Religiosität sein. Auch prospektive Variablen wie Hoffnung und die Zukunftssicht könnten wichtig sein. In der Studie von Fehring, Miller und Shaw (1997) konnten solche positiven Verbindungen aufgezeigt werden. Eine Prüfung auf Wechselwirkung mit akkulturationsspezifischen Variablen steht aus, wäre aber durchaus denkbar.

Bei Betrachtung der Stichprobe fällt zum einen der Gesamtmittelwert in der Depressivität auf. Mit einem Mittelwert von 7.52 in der Gesamtstichprobe ist dieser eher gering. Nach Spitzer und Kollegen (o.J.) wäre dieser Wert in der Zuordnung zur depressiven Symptomatik als „unauffällig“ einzuordnen. Die Stichprobe zeigte also im Durchschnitt eher keine Depressivität. Wie oben bereits beschrieben deuten die wissenschaftlichen Befunde darauf hin, dass onkologische PatientInnen eine erhöhte Anfälligkeit für Depressivität aufweisen (Mitchell et al, 2011). Damit scheint die untersuchte Stichprobe eher von der Norm abzuweichen. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre ein Selektionsbias, der schwerbelastete PatientInnen im Voraus ausschloss, da diese durch ihre depressive Belastung nicht in der Lage gewesen sein könnten teilzunehmen. In diesem Fall wären leicht beeinträchtigte Personen eher bereit gewesen an der Befragung zu partizipieren. Gleichzeitig wäre auch eine höhere Ressourcenverfügbarkeit der teilnehmenden Personen denkbar. Dies könnte die niedrige depressive Symptomatik, sowie die erhöhten Mittelwert des Kohärenzgefühls von

59.14 erklären. Somit würde eine dieser Ressourcen das Kohärenzgefühl sein. Eine weitere Ressource könnte hier die Partnerschaft darstellen. Der Einfluss dieser Variable konnte auf Grund der begrenzten Anzahl an potentiellen Prädiktoren in dieser Analyse nicht berücksichtigt werden.

Auffälligkeiten lassen sich auch in Betrachtung der Akkulturation der Stichprobe finden. Im Vergleich zur Orientierung zur Herkunftskultur ($M = 33.50$) liegt der Mittelwert der Orientierung zur Aufnahmekultur mit 45.13 relativ hoch. Dies spricht für eine relativ integrierte Stichprobe, die möglicherweise auch in diesem Bereich vorselektiert ist. Ein Grund hierfür könnten die benötigten Deutschkenntnisse für das Ausfüllen der Fragebögen sein. Zwar wurde versucht die Fragebögen zu genau diesem Zweck, neben Deutsch, auch auf Polnisch und Türkisch bereitzustellen, dennoch hatte die Gruppe *sonstiger Migrationshintergrund* keine Möglichkeit auf die Muttersprache auszuweichen. Die Größe dieser Gruppe belief sich auf rund ein Drittel der Gesamtstichprobe. Für eine überdurchschnittliche Integration der Migrationsstichprobe könnte ebenfalls sprechen, dass mit 56 Personen die Mehrheit der Gesamtstichprobe eine deutsche Staatsbürgerschaft besaß.

In der theoretischen Konzeption der Akkulturation beschreibt Berry (2005), dass sich Akkulturationsstrategien aus zwei Komponenten zusammensetzen: Attitüde und Verhalten. Es wird nicht näher darauf eingegangen welche Implikationen und Konsequenzen diese Komponenten haben. Was bedeutet dies für die Messung? Wie wirken sich diese Komponenten auf die Vorhersagekraft aus? Dies könnte auf Ungenauigkeiten in der Theorie hindeuten bzw. Hinweise darauf geben, dass eine differenziertere Ausarbeitung der theoretischen Grundlagen notwendig ist. Diese Ungenauigkeiten könnten zu Fehlern in der Messung und Analyse führen und so verantwortlich sein für die fehlende Signifikanz der Prädiktoren.

Als Erklärungsansatz für die mangelnde Vorhersagekraft im Mittelwertsvergleich des Kohärenzgefühls in Abhängigkeit der Akkulturationsstrategien unter Punkt 5.3 kann die ungünstige Gruppenverteilung der Akkulturationsstrategien in der Gesamtstichprobe herangezogen werden. Auf Grund dieser Thematik wurde bereits davon abgesehen die Akkulturationsstrategien als Prädiktoren in der schrittweisen Regression zu inkludieren und stattdessen auf die kulturellen Orientierungen zurückgegriffen. Die Gruppen Integration und Marginalisierung waren nur je zu sieben Personen, während die Gruppen Assimilation mit 34 und Separation mit 33 Personen vertreten waren. Dies kann sich möglicherweise auf die statistische Kraft der Berechnungen ausgewirkt haben. So kann die zwar fehlende Signifikanz

erklärt werden, gleichzeitig aber auch die deutlich sichtbaren Unterschiede im Mittelwert in Abbildung 2.

6.3 Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung

Im Hinblick auf die Zuordnung des Migrationshintergrundes erwiesen sich im Nachhinein Limitationen der Untersuchung. Gewisse Unsicherheiten bezüglich des Status *Migrationshintergrund* waren auf Grund von geschichtlichen Ereignissen nicht zu vermeiden. Durch frühere Grenzverschiebungen und Fluchtthematiken im zweiten Weltkrieg konnte teilweise nicht eindeutig geklärt werden, ob Personen diesem Status zugeordnet werden sollten oder nicht. Einige Personen gaben diesbezüglich sehr genaue Informationen zur Einordnung. Viele Personen konnten durch die Angabe des eigenen bzw. Geburtslandes der Eltern und/oder Länge des Aufenthalts in Deutschland als MigrantInnen identifiziert werden. Bei einigen wenigen, die zeitlich in diese Kriterien passten, kann eine Fehleinordnung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Bei Aufarbeitung der verwendeten Daten mussten TeilnehmerInnen aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, da der benötigte akkultorative Teil des Fragebogens nicht ausgefüllt worden war. Es gaben 19 Personen an, dass sie einen Migrationshintergrund besaßen und Deutsch ihre Muttersprache ist. Von diesen Personen mussten acht auf Grund des fehlenden Teils ausgeschlossen werden. Bei Betrachtung der Angaben dieser Personen, ist es möglich, dass sie in die Gruppe Integration einzuordnen waren. Die Folge wäre, dass sich hier ebenfalls selektive Effekte in den Daten widerfinden. Der Ausschluss dieser Personen könnte dazu geführt haben, dass besser integrierte Personen nicht in die Analyse inkludiert wurden. Der geringe Mittelwert der Orientierung zur Herkunftskultur, sowie die ungleiche Verteilung der Anzahl der Akkulturationsstrategien könnte hierdurch erklärt werden.

Generell ist als Einschränkung noch anzugeben, dass die Kategorisierung in Akkulturationsstrategien bzw. Orientierungen zur Herkunfts- und Aufnahmekulturen einer Schaffung von künstlichen Kriterien entspricht. Die Zuordnung zu den genannten Kategorien erfolgt anhand von Mediansplits und nicht anhand von überprüften Außenkriterien. Daher ist fragwürdig ob mit dieser Form der Einteilung repräsentative Ergebnisse erwartet werden können. Trotz der Reliabilitätswerte diverser Studien, in denen der FRAKK (Bongard, 2002) genutzt wurde, ist ebenfalls kritisch anzumerken, dass auch hierfür keine überprüften Außenkriterien bzw. an der Norm überprüfte Validierungen vorhanden sind.

6.4 Implikationen

Eine Doppelbelastung der untersuchten Zielgruppe durch eine erhöhte Anfälligkeit für eine depressive Symptomatik, sowie die akkultorative Herausforderungen wurde erläutert.

Die Werte der Stichprobe in Hinblick auf die Orientierung an der Herkunftskultur lagen am Median. Daraus wird deutlich, dass die Mehrheit der teilnehmenden Personen Wert auf die Aufrechterhaltung ihrer kulturellen Herkunft legt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine spezielle Bedarfsorientierung in diesem Bereich notwendig ist. Unterstützung bei der Bewältigung der individuellen Situationen sollte in jedem Fall offeriert werden. Zusätzlich ist entscheidend, dass psychotherapeutische Maßnahmen kultursensitiv durchgeführt werden. Vor allem für die therapeutische Beziehung, die Therapiemotivation, aber auch für den Therapieerfolg generell spielt der kultursensitive Umgang mit PatientInnen eine große Rolle (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007). Die statistische Auswertung dieser Untersuchung zeigt, dass der Fokus hierbei auf der Steigerung des Kohärenzgefühls liegen sollte. Informationen sollten zur Verfügung gestellt und Psychoedukationen vorgenommen werden. Interventionen können in erster Linie das Kohärenzgefühl steigern und damit verbunden die Depressivität senken. Mögliche Ansätze sind Maßnahme für die Persönlichkeitsentwicklung, Entspannungs- und Genussstrainings, ebenso wie kognitive Maßnahmen (Sack & Lamprecht, 1994; Viehhauser, 2000). Spezielle Fördermaßnahmen des Kohärenzgefühls im Kontext Migration bleibt es zu erforschen.

6.5 Forschungsperspektiven

Unter Betrachtung der oben formulierten Ergebnisse sollten die unterliegenden Prozesse genauer betrachtet werden. Welche Prozesse führen zu einer protektiven Wirkung von Variablen bzw. führen nicht dazu? Auch im Hinblick auf den healthy migrant effect wäre es von Vorteil die jeweiligen Prozesse zu identifizieren, um die Diskrepanzen der divergenten Forschungslage aufzulösen und so für die Gesundheitsförderung einsetzbar zu machen.

Auch eine geschlechtsspezifische Analyse wäre sinnvoll. Könnte diese Variable eventuell eine Mediation bedingen und so diverse Prozesse erklären? Unterscheiden sich die Geschlechter in der protektiven Wirkweise der Variablen?

Des Weiteren sollten zusätzliche Variablen inkludiert werden, die die Aussagekraft der Wirkweise unterstützen und gegebenenfalls moderierende Effekte aufzeigen. Eine mögliche interessierende Variable könnte hierbei Diskriminierung sein. Merbach, Wittig und Brähler (2008) konnten die Bedeutung dieser Variable im Zusammenhang mit Depressivität im Eingliederungsprozess veranschaulichen. Moderierende Effekte wurden bisher nicht untersucht.

Sinnvoll könnte auch eine migrationsspezifische Analyse sein. Die Unterscheidung der Kulturkreise könnte weitere Erkenntnisse über die individuellen Kulturkreise selbst, wie auch die beeinflussenden Faktoren bringen. Außerhalb der verwendeten türkischen und

polnischen Kulturkreise wäre auch die Aufnahme weiterer Kulturen empfehlenswert. Wie bereit weiter oben erklärt, wäre auch eine Untersuchung der Differenzen zwischen Kulturen, wie beispielsweise Bestandteile der Religionen von Interesse. Die Einstellungen der jeweiligen Religionen zum Erkrankungsprozess bzw. generell zum Krankenverständnis wurden hierbei schon angesprochen. Weitere interessierende Faktoren könnten Kontrollüberzeugungen im Rahmen von Religion sein. Fällt die Regeneration der Erkrankung in den Zuständigkeitsbereich des Erkrankten oder wird eine übergeordnete Macht für diesen Prozess verantwortlich gemacht.

Die Problematik der geschichtlichen Begebenheiten, wie Grenzverschiebungen und Fluchtverhalten, zu Kriegszeiten sollte in künftigen Befragungen integriert werden, um so eine eindeutige Zuordnung zu diversen Migrationshintergründen zu gewährleisten.

Hinsichtlich der Untersuchung der Akkulturationsstrategien und des Kohärenzgefühls ergeben sich ebenfalls viele interessante Forschungsperspektiven. Die Zusammenhänge und Einflüsse dieser Variablen sollten spezifiziert analysiert werden. Die Untersuchung unter Punkt 5.3 sollte mit einer größeren und gleichmäßig verteilten Stichprobe hinsichtlich der Akkulturationsstrategien wiederholt werden. So kann der Einfluss der Strategien erneut überprüft werden. Die Auswirkungen des Kohärenzgefühls auf die Anpassung an eine neue Kultur bzw. die Akkulturationsstrategien könnte weiteren Aufschluss über die Anpassungsprozesse liefern. Generell sollte die Wirkung von migrationsbezogenen Variablen auf das Kohärenzgefühl und vice versa untersucht werden. Beispielsweise könnten sich Erfahrungen im Migrationsprozess, wie bereits weiter oben erwähnt Diskriminierungserfahrungen oder positive Erfahrungen in der Eingliederung, und Kohärenzgefühl gegenseitig beeinflussen. Dass Diskriminierung im Akkulturationsprozess eine Rolle spielt konnten Berry und Hou (2007) bereits zeigen. Diese gilt es noch differenzierter auszuarbeiten.

6.6 Conclusio

Es konnte, anders als erwartet, nur ein Prädiktor zur Vorhersage der Depressivität identifiziert werden, das Kohärenzgefühl. Die erwarteten Prädiktoren Orientierung zur Herkunfts- und Aufnahmekultur besaßen keine Vorhersagekraft. Die Widersprüchlichkeit der empirischen Befundlage spiegelt sich also auch in dieser Untersuchung wider. Die geringe Dichte der Informationen zu dieser Thematik wird ebenfalls deutlich. Eine weitere Erforschung des Themengebiets ist zwingend erforderlich. Die immer größer werdende Stichprobe von MigrantInnen und onkologischen PatientInnen bzw. deren Schnittmenge bedarf weiterer Analysen. So kann mehr über die Entstehung von Depressivität in diesem

spezifischen Kontext in Erfahrung gebracht werden. Die hohe Belastung dieser Stichprobe kann so aufgefangen werden, die Versorgung verbessert und die Lebensqualität der Erkrankten gesteigert werden.

Literatur

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725–733.
- Bas-Sarmiento, P., Saucedo-Moreno, M. J., Fernández-Gutiérrez, M., & Poza-Méndez, M. (2017). Mental health in immigrants versus native population: A systematic review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 111–121.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37(05), 225–232.
- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A.M. Padilla (Hrsg.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (S. 9–25). Boulder, CO: Westview.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34.
- Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 615–631.
- Berry, J.W. (2005) Acculturation: Living successfully in two cultures. *Int. J. Intercult. Relat.*, 29, 697–712.
- Berry, J. W., & Hou, F. (2016). Immigrant acculturation and wellbeing in Canada. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 57(4), 254.
- Berry, J. W., & Hou, F. (2017). Acculturation, discrimination and wellbeing among second generation of immigrants in Canada. *International Journal of Intercultural Relations*, 61, 29–39.
- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology*, 55(3), 303–332.
- Bongard, S., Pogge, S. F., Arslaner, H., Rohrmann, S., & Hodapp, V. (2002). Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation Turkish migrants in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 795–803.
- Brand, T., Samkange-Zeeb, F., Ellert, U., Keil, T., Krist, L., et al. (2017). Acculturation and healthrelated quality of life: results from the German National Cohort migrant feasibility study. *International Journal of Public Health*, 62(5), 521–529.
- Bringen, D., & Ruchniewicz K. (2009). *Länderbericht Polen*. Frankfurt am Main: Campus.
- Carstens, J. A., & Spangenberg, J. J. (1997). Major depression: a breakdown in sense of coherence?. *Psychological reports*, 80(3), 1211–1220.

- Cederblad, M., Ruksachatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S., & Höök, B. (2003). Sense of coherence in a Thai sample. *Transcultural Psychiatry*, 40(4), 585–600.
- Corapcioglu, A., & Ozer, G. U. (2004). Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorder in primary healthcare settings. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(1), 11–18.
- Deutsche Bischofskonferenz (2009). *Kirchenstatistik 2018*. Abgerufen am 10.08.2019 unter <https://www.dbk.de/nc/presse/aktuelles/meldung/kirchenstatistik-2018/detail/>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.) (2017). ICD-10-GM Version 2017. *Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification)*. Abgerufen am 07.11.2018 unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-a92-a99.html>
- El-Den, S., Chen, T.F., Gan, Y.L., Wong, E & O'Reilly, C.L. (2018) The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 503–522.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 60(5), 376–381.
- Erim, Y., Morawa, E., Atay, H., Aygün, S., Gökalp, P., & Senf, W. (2011). Sense of coherence and depression in the framework of immigration: Turkish patients in Germany and in Turkey. *International Review of Psychiatry*. 23(6), 542–549.
- Erim, Y., Morawa, E., Atay, H., Tagay, S., Aygün, S., & Senf, W. (2009). Traumaerlebnisse, Posttraumatische Belastungsstörung und Kohärenzgefühl bei türkischsprachigen Patienten einer psychosomatischen Universitätsambulanz. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18(3, 4), 108–116.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology nursing forum*, 24(4), 663–671.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS: (and sex, drugs and rock'n'roll)*. London: Sage.

- Fitzmaurice, C., Allen, C., Barber, R. M., Barregard, L., Bhutta, Z. A., Brenner, H. et al (2017). Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA oncology*, 3(4), 524–548.
- García-Jimenez, M., Santoyo-Olsson, J., Ortiz, C., Lahiff, M., Sokal-Gutierrez, K., & Nápoles, A. M. (2014). Acculturation, inner peace, cancer self-efficacy, and self-rated health among Latina breast cancer survivors. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 25(4), 1586.
- Gillam, S., Jarman, B., White, P. et al. (1989) Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *BMJ*, 299, 953–958.
- Gimeno-Feliu, L. A., Calderón-Larrañaga, A., Diaz, E., Poblador-Plou, B., Macipe-Costa, R., & Prados-Torres, A. (2015). The healthy migrant effect in primary care. *Gaceta sanitaria*, 29(1), 15–20.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax*, 36, 16–22.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50(4), 171–181.
- Gupta, A., Leong, F., Valentine, J.C., & Canada, D.D. (2013) A meta-analytic study: The relationship between acculturation and depression among Asian Americans. *Amer. J. Orthopsychiat*, 83, 372–385.
- Güleç, M. Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M., & Sünbül, E. A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the patient health questionnaire – somatic, anxiety, and depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 623–629.
- Han, L., Berry, J. W., & Zheng, Y. (2016). The relationship of acculturation strategies to Resilience: The moderating impact of social support among Qiang ethnicity following the 2008 Chinese earthquake. *PloS one*, 11(10), e0164484.
- International Organization for Migration (IOM) (2010). *World Migration Report. The Future of Migration: Building Capacities for Change*. Abgerufen am 07.11.2018 unter: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf

- Karakas, C. (2007). *Türkei: Islam und Laizismus zwischen Staats-, Politik- und Gesellschaftsinteressen*. Abgerufen am 10.08.2019 unter https://www.hsfk.de/fileadmin/HSFK/hsfk_downloads/report0107.pdf
- Kayales, C. (o.J.). *Gesundheits- und Krankenverständnis im Islam*. Abgerufen am 10.08.2019 unter https://www.kultursensibel-nordkirche.de/fileadmin/user_upload/baukasten/Baukasten_Kultursensibel/Dokumente/Gesund_Krank_im_Islam_-_Kayales.pdf
- Kimura, S., Mikolashek, P., & Kirk, S. (1975) Madness in paradise: Psychiatric crises among newcomers in Honolulu. *Hawaii Med J*, 34, 275–278.
- Kokoszka, A., Jastrzębski, A., & Obrębski, M. (2016). Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. [Psychometric properties of the polish version of the Patient Health Questionnaire-9] *Psychiatria*, 13(4), 187–193.
- Kontinen, H., Haukkala, A., & Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social science & medicine*, 66(12), 2401–2412.
- Kosic, A. (2004). Acculturation strategies, coping process and acculturative stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(4), 269–278.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General hospital psychiatry*, 32(4), 345–359.
- Ladin, K., & Reinhold, S. (2013). Mental health of aging immigrants and native-born men across 11 European countries. *J. Gerontol. Ser. B-Psychol. Sci.*, 68, 298–309.
- Viehhauser R. (2000). *Förderung salutogener Ressourcen*. Regensburg: Roderer.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health*, 6(3), 175–180.
- Lee, M. S., Tyson, D. M., Gonzalez, B. D., Small, B. J., Lechner, S. C., Antoni, M. H. et al. (2018). Anxiety and depression in Spanish-speaking Latina cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psychooncology*, 27(1), 333–338.
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61–66.

- Matsuura, E., Ohta, A., Kanegae, F., Haruda, Y., Ushiyama, O., Koarada, S., Togashi, R., Tada, Y., Suzuki N. & Nagasawa, K. (2003). Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma. *The Journal of rheumatology*, 30(8), 1782–1787.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the ‘healthy immigrant effect’: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1613–1627.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174.
- Missinne, S., & Bracke, P. (2012) Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: A population based study in 23 European countries. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 47, 97–109.
- Morawa, E., & Erim, Y. (2014). Acculturation and depressive symptoms among Turkish immigrants in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 11, 9503–9521; doi:10.3390/ijerph110909503
- Morawa, E., & Erim, Y. (2015). Health-related quality of life and sense of coherence among Polish immigrants in Germany and indigenous Poles. *Transcultural psychiatry*, 52(3), 376–395.
- Nguyen, M. H., Hahn, E., Wingefeld, K., Graef-Calliess, I. T., von Poser, A., Stopsack, M. et al. (2017). Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 708–716.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: A metaanalysis. *Psychological Medicine*, 40(11), 1797–1810.
- Reddy, M.S. (2012). Depression - the global crisis. *Indian J Psychol Med*, 34, 201.
- Robert-Koch-Institut (2016). *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland*. Abgerufen am 07.11.2018 unter:
https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Epidemiologie/Kapitel2_Epidemiologie.pdf;jsessionid=B294B38FC1BDD97ADF6498F9C4F38B1A.2_c_id381?_blob=publicationFile

- Ryder, A. G., Alden, L. E., & Paulhus, D. L. (2000). Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 49.
- Sack, M., & Lamprecht, F. (1994). Lässt sich der „sense of coherence“ durch Psychotherapie beeinflussen? In F. Lamprecht, R. Jonek, Salutogenese – *Ein neues Konzept für die Psychosomatik* (S. 186-193). Frankfurt: VAS.
- Schnyder, U. (2000). *Die psychosozialen Folgen schwerer Unfälle*. Darmstadt: Steinkopff.
- Singer, S., & Brähler, E. (2007). *Die » Sense of Coherence Scale «: Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Kroenke, K. et al. (o.J.). *The patient health questionnaire screeners*. Abgerufen am 09.11.2018 unter <https://www.phqscreeners.com/>
- Statistisches Bundesamt (2010). *Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland 2008*. Abgerufen am 08.08.2019 unter www.gbe-bund.de
- Statistisches Bundesamt (2018). *Mikrozensus 2018*. Abgerufen am 07.11.2018 unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Mikrozensus.html>
- Trost, G., & Linde, M. (2016) *Gastarbeiter*. Abgerufen am 07.11.2018 unter: https://www.planetwissen.de/geschichte/deutsche_geschichte/geschichte_der_gastarbeiter/index.html
- Turjeman, H., Mesch, G., & Fishman, G. (2008). The effect of acculturation on depressive moods: Immigrant boys and girls during their transition from late adolescence to early adulthood. *International Journal of Psychology*, 43(1), 32–44.
- Ying, Y., Lee, P.A. & Tsai, J.L. (2000). Cultural orientation and racial discrimination: Predictors of coherence in Chinese American young adults. *Journal of Community Psychology*, 28(4), 427–441.

Abbildungen

Abbildung 1. Darstellung der Unterteilung der Stichprobe nach Akkulturationsstrategien18

Abbildung 2. Mittelwerte des Kohärenzgefühls aufgeteilt nach Akkulturationsstrategien33

Tabellen

Tabelle 1. Zuordnung der Cut-Off-Werte des Depressivitätsmoduls des

Gesundheitsfragebogens für PatientInnen.....19

Tabelle 2. Erwerbstätigkeit der TeilnehmerInnen.....22

Tabelle 3. Monatliches Einkommen der TeilnehmerInnen22

Tabelle 4. Krebsentitäten nach ICD-10 Kriterien23

Tabelle 5. Prüfung der Variablen auf Normalverteilung.....25

Tabelle 6. Korrelationstabelle27

Tabelle 7. Regressionsmodell 1.....28

Tabelle 8. Regressionsmodell 2.....29

Tabelle 9. Regressionsmodell 3.....30

Tabelle 10. Regressionsmodell 4.....31

Tabelle 11. Modellzusammenfassung32

Anhang

Zusammenfassung

Die Zahlen der Zuwanderer, aber auch von Personen, die an Krebs erkranken, steigen stetig an. Es wird immer wichtiger Erkenntnisse über diese Zielgruppe zu erlangen, um so die Belastung zu verringern, die Versorgung zu verbessern und so die Lebensqualität der Betroffenen steigern zu können. Im Rahmen dieser Untersuchung sollte hierfür ein Beitrag geleistet werden und die Frage geklärt werden welche Faktoren protektiv auf die Depressivität der genannten Zielgruppe wirken. Als Prädiktoren wurden soziodemografische, akkultorative, krebsspezifische und psychologische Variablen herangezogen werden. Mittels Fragebogen wurden Daten von 92 Personen mit Migrationshintergrund im onkologischen Kontext erhoben und anhand einer schrittweisen Regressionsanalyse in vier Modellen untersucht. Schrittweise wurden erst die Variablen Orientierung zur Herkunfts- und Aufnahmekultur untersucht, anschließend die Variablen Alter, Geschlecht und Bildung hinzugefügt. Im nächsten Schritt wurde das Modell um die Variablen Metastasen und Dauer der Krebserkrankung erweitert. Im letzten Schritt wurde die Variable Kohärenzgefühl ergänzt. Lediglich das Kohärenzgefühl blieb im Regressionsmodell 4 als signifikanter Prädiktor für Depressivität bestehen und zeigte sich im Vergleich zwischen den Modellen als das Modell mit signifikanter Vorhersagekraft. Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen die spezielle Bedarfslage der Zielgruppe Personen mit Migrationshintergrund im onkologischen Kontext. Das Kohärenzgefühl kann hier gezielt durch Informationsvermittlung und Psychoedukation gesteigert werden. Auch eine kultursensitive Psychotherapie sollte zur Bewältigung und Unterstützung der individuellen Situationen und Belastungen offeriert werden.

Abstract

The number of migrants, as well as the numbers of cancer patients, is rising. It gets more important to grow the knowledge about these target group to decrease the burden, increase the supply and the quality of life of affected people. Within the scope of this investigation there should be valuable contributions provided and the question which factors appeal protective for depression for the mentioned target group should be clarified. The chosen predictors are sociodemographic, acculturative, cancer specific and psychological. Via questionnaire data from 92 persons with migration background in a oncological context could be selected and examined in a stepwise regression in four models. Stepwise the variables orientation towards the origin culture and orientation towards the host culture were considered, afterwards the variables age, sex and education were added. During the next step the model was extended with the variables metastases and duration of disease. At the end the variable sense of coherence was added. Just the sense of coherence maintained as a significant predictor for depression in the regression model 4 and showed up as the only model with predictive value in comparison with the other models. The results of this investigation show the specific needs of person with migration background in oncological context. The sense of coherence can specifically be increased through information brokerage and psychoeducation. Also a culturesensitive psychotherapy to support and cope with the individual situation should be offered.

FORSCHUNGSPROJEKT

Krankheitsbewältigung bei onkologischen Patienten unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

Bitte hier das **aktuelle Datum** eintragen:

.....
Tag Monat Jahr

Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und kreuzen Sie an, wie stark Sie damit übereinstimmen. Wählen Sie bitte jeweils eine der sechs Antwortmöglichkeiten.

Wie stark stimmen Sie mit den Aussagen überein?		lehne völlig ab	lehne ab	lehne eher ab	stimme eher zu	stimme zu	stimme völlig zu
1.	Wenn ich krank werde, habe ich die Kraft mich wieder gesund zu machen.	1	2	3	4	5	6
2.	Wenn ich dabei bin, krank zu werden, habe ich oft das Gefühl, dass ich auch wirklich krank werde, egal was ich tue.	1	2	3	4	5	6
3.	Wenn ich regelmäßig einen guten Arzt aufsuche, werde ich kaum Gesundheitsprobleme haben.	1	2	3	4	5	6
4.	Ich habe den Eindruck, dass meine Gesundheit stark von Zufällen beeinflusst wird.	1	2	3	4	5	6
5.	Ich kann meine Gesundheit nur erhalten, wenn ich Ärzte aufsuche.	1	2	3	4	5	6
6.	Ich bin für meine Gesundheit direkt selbst verantwortlich.	1	2	3	4	5	6
7.	Andere Personen haben einen großen Einfluss darauf, ob ich krank werde oder gesund bleibe.	1	2	3	4	5	6
8.	Was immer mit meiner Gesundheit schief läuft, es ist meine Schuld.	1	2	3	4	5	6
9.	Wenn ich krank bin, muss ich nur der Natur ihren Lauf lassen.	1	2	3	4	5	6
10.	Ärzte erhalten mich gesund.	1	2	3	4	5	6
11.	Ob ich gesund bleibe, ist reine Glückssache.	1	2	3	4	5	6
12.	Mein körperliches Wohlbefinden hängt davon ab, wie gut ich mich halte.	1	2	3	4	5	6
13.	Wenn ich mich krank fühle, weiß ich, dass ich nicht genug auf mich Acht gegeben habe.	1	2	3	4	5	6
14.	Wie rasch ich wieder von einer Erkrankung genesse, hängt ganz davon ab, welche Hilfe ich von anderen bekomme.	1	2	3	4	5	6
15.	Selbst wenn ich gut auf mich aufpasse, kann ich leicht krank werden.	1	2	3	4	5	6
16.	Wenn ich krank werde, ist das Schicksal.	1	2	3	4	5	6
17.	Ich kann sehr gut gesund bleiben, indem ich auf mich Acht gebe.	1	2	3	4	5	6
18.	Der beste Weg, gesund zu bleiben, ist, die Anordnungen der Ärzte zu befolgen.	1	2	3	4	5	6

Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen selbst, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

		über- haupt nicht	wenig	mäßig	sehr
1.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?	1	2	3	4
2.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen <u>längeren</u> Spaziergang zu machen?	1	2	3	4
3.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine <u>kurze</u> Strecke außer Haus zu gehen?	1	2	3	4
4.	Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	1	2	3	4
5.	Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	1	2	3	4

Während der letzten Woche:		über- haupt nicht	wenig	mäßig	sehr
6.	Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
7.	Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
8.	Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4
9.	Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4
10.	Mussten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4
11.	Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4
12.	Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4
13.	Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4
14.	War Ihnen übel?	1	2	3	4
15.	Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4
16.	Hatten Sie Verstopfung?	1	2	3	4
17.	Hatten Sie Durchfall?	1	2	3	4
18.	Waren Sie müde?	1	2	3	4

Während der letzten Woche:		überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
19.	Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	1	2	3	4
20.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitunglesen oder das Fernsehen?	1	2	3	4
21.	Fühlten Sie sich angespannt?	1	2	3	4
22.	Haben Sie sich Sorgen gemacht?	1	2	3	4
23.	Waren Sie reizbar?	1	2	3	4
24.	Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	1	2	3	4
25.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	1	2	3	4
26.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Familienleben</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4
27.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Zusammensein</u> oder Ihre gemeinsamen <u>Unternehmungen mit anderen Menschen</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4
28.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	1	2	3	4

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr schlecht						ausgezeichnet

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in der letzten Woche einschätzen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr schlecht						ausgezeichnet

Kurzer Fragebogen zu Religion, Glaube und Spiritualität

Wie interessant, wichtig oder wahrscheinlich sind für Sie die folgenden Inhalte?

Bitte gehen Sie bei diesen und allen weiteren Fragen von Ihrer persönlichen Vorstellung von „Gott“ aus.		gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1.	Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?	1	2	3	4	5
2.	Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?	1	2	3	4	5
3.	Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass Gott wirklich existiert und nicht nur eine menschliche Idee ist?	1	2	3	4	5
4.	Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?	1	2	3	4	5
5.	Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt?	1	2	3	4	5

Wie oft kommen die folgenden Ereignisse oder Situationen bei Ihnen vor?

Antworten Sie bitte ganz nach Ihrem Gefühl.		nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft ...						
6.	... denken Sie über religiöse Fragen nach?	1	2	3	4	5
7.	... beten Sie?	1	2	3	4	5
8.	... nehmen Sie an Gottesdiensten teil – auch übers Radio und Fernsehen?	1	2	3	4	5
9.	... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, a) dass Gott Ihnen etwas mitteilen will?	1	2	3	4	5
10.	b) dass Gott in Ihr Leben eingreift?	1	2	3	4	5

Unterstützungsbedarf

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie in folgenden Bereichen Unterstützung brauchen:		gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1.	psychologische Unterstützung (z.B. Gespräche mit einem Psychologen)	0	1	2	3	4
2.	ärztliche Unterstützung	0	1	2	3	4
3.	Unterstützung bezüglich Informationen zum Gesundheitssystem/ zur Krankheitsbehandlung	0	1	2	3	4
4.	Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben (z.B. im Haushalt, beim Einkaufen ...)	0	1	2	3	4
5.	Sonstiges: (bitte benennen)	0	1	2	3	4

Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-13)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Bitte kreuzen Sie bei jeder der Aussagen an, welche Abstufung zwischen 1 und 7 Ihrer persönlichen Einstellung am ehesten entspricht. Geben Sie bitte auf jede Frage nur eine Antwort.

1.	Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?								
	selten oder nie	1	2	3	4	5	6	7	sehr oft
2.	Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?								
	das ist nie passiert	1	2	3	4	5	6	7	das ist immer wieder passiert
3.	Ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden, auf die Sie gezählt hatten?								
	das ist nie passiert	1	2	3	4	5	6	7	das ist immer wieder passiert
4.	Bis jetzt hatte Ihr Leben								
	... überhaupt keine klaren Ziele	1	2	3	4	5	6	7	... sehr klare Ziele
5.	Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?								
	sehr oft	1	2	3	4	5	6	7	sehr selten oder nie
6.	Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?								
	sehr oft	1	2	3	4	5	6	7	sehr selten oder nie
7.	Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle								
	... tiefer Freude und Befriedigung	1	2	3	4	5	6	7	... von Schmerz und Langeweile
8.	Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?								
	sehr oft	1	2	3	4	5	6	7	sehr selten oder nie
9.	Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?								
	sehr oft	1	2	3	4	5	6	7	sehr selten oder nie
10.	Viele Leute – auch solche mit starkem Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?								
	nie	1	2	3	4	5	6	7	sehr oft
11.	Wenn etwas passierte, hatten Sie im allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung								
	... über- oder unterschätzen	1	2	3	4	5	6	7	... richtig einschätzen
12.	Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, eigentlich wenig Sinn haben?								
	sehr oft	1	2	3	4	5	6	7	sehr selten oder nie
13.	Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?								
	sehr oft	1	2	3	4	5	6	7	sehr selten oder nie

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	über- haupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	0	1	2	3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zu Recht zu kommen:

überhaupt nicht erschwert etwas erschwert relativ stark erschwert sehr stark erschwert

Was glauben Sie, ist die Ursache für Ihre Krebserkrankung? (Mehrere Antworten möglich)

- Umweltfaktoren (z.B. Umweltverschmutzung)
- Stress
- Schicksal, Gottes Wille
- Gottes Strafe
- Ernährung
- Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen)
- belastende Lebensereignisse
- Vererbung/Veranlagung
- frühere Erkrankungen
- Fremdverschulden
- Sonstiges:

Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)

Wie stark stimmen Sie mit den Aussagen überein?		gar nicht	etwas	überwiegend	vollständig
1.	Zur Zeit lebe ich von einem Tag zum nächsten.	0	1	2	3
2.	Ich sehe meine Erkrankung als eine Herausforderung an.	0	1	2	3
3.	Ich habe mich in Gottes Hände begeben.	0	1	2	3
4.	Mir ist nach Aufgeben zumute.	0	1	2	3
5.	Ich bin sehr wütend über das, was mit mir geschehen ist.	0	1	2	3
6.	Ich weiß überhaupt nicht, was ich tun soll.	0	1	2	3
7.	Es ist ein verheerendes Gefühl.	0	1	2	3
8.	Ich bin dankbar für die guten Erlebnisse in meinem Leben.	0	1	2	3
9.	Ich mache mir Sorgen, dass der Krebs wiederkommen oder schlimmer werden könnte.	0	1	2	3
10.	Ich versuche die Erkrankung zu bekämpfen.	0	1	2	3
11.	Ich lenke mich ab, wenn mir Gedanken über meine Erkrankung in den Sinn kommen.	0	1	2	3
12.	Ich kann mit der Erkrankung nicht umgehen.	0	1	2	3
13.	Ich bin besorgt.	0	1	2	3
14.	Ich bin nicht sehr hoffnungsvoll, was die Zukunft angeht.	0	1	2	3
15.	Ich habe das Gefühl, dass es nichts gibt, was ich tun kann, um mir selbst zu helfen.	0	1	2	3
16.	Ich denke, das ist das Ende der Welt.	0	1	2	3
17.	Nicht an meine Erkrankung zu denken hilft mir, damit umzugehen.	0	1	2	3
18.	Ich bin sehr optimistisch.	0	1	2	3
19.	Ich hatte ein gutes Leben. Was noch kommt, ist ein Geschenk.	0	1	2	3
20.	Ich habe das Gefühl, dass das Leben hoffnungslos ist.	0	1	2	3
21.	Ich kann es nicht bewältigen.	0	1	2	3
22.	Ich bin aufgebracht darüber, dass ich Krebs habe.	0	1	2	3
23.	Ich bin fest entschlossen, diese Erkrankung zu besiegen.	0	1	2	3
24.	Seit meiner Krebsdiagnose erkenne ich, wie wertvoll das Leben ist und mache das Beste daraus.	0	1	2	3
25.	Es fällt mir schwer zu glauben, dass mir das widerfahren ist.	0	1	2	3
26.	Ich versuche nicht an meine Erkrankung zu denken.	0	1	2	3
27.	Ich verbanne absichtlich alle Gedanken an den Krebs aus meinem Kopf.	0	1	2	3
28.	Ich leide unter großen Ängsten.	0	1	2	3
29.	Ich bin ein bisschen verängstigt.	0	1	2	3

Frankfurter Akkulturationskala (FRAKK20)

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte lassen Sie diese Seite aus, wenn Sie und Ihre Eltern in Deutschland geboren sind.	trifft überhaupt nicht zu	trifft im Wesentlichen nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft etwas zu	trifft im Wesentlichen zu	trifft vollständig zu
1. Ich benutze die deutschen Medien (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.).	0	1	2	3	4	5	6
2. In meiner Freizeit spreche ich meine Muttersprache.	0	1	2	3	4	5	6
3. Ich lebe stark nach den Traditionen meines Herkunftslandes.	0	1	2	3	4	5	6
4. Ich fühle mich von meinen deutschen Mitmenschen angenommen.	0	1	2	3	4	5	6
5. Meine Freunde kommen zum größten Teil aus meinem Herkunftsland.	0	1	2	3	4	5	6
6. Ich fühle mich fremd in Deutschland.	0	1	2	3	4	5	6
7. Wenn ich Probleme habe, spreche ich darüber mit anderen Menschen meines Herkunftslandes.	0	1	2	3	4	5	6
8. Ich fühle mich von der deutschen Gesellschaft akzeptiert.	0	1	2	3	4	5	6
9. Mit den Traditionen und Sitten meines Herkunftslandes kann ich nichts anfangen.	0	1	2	3	4	5	6
10. Ich spreche lieber Deutsch als die Sprache meines Herkunftslandes.	0	1	2	3	4	5	6
11. Ich verfolge das Ziel, die deutsche Sprache so gut wie möglich zu beherrschen.	0	1	2	3	4	5	6
12. Ich kann mir ein zukünftiges Leben in meinem Herkunftsland gut vorstellen.	0	1	2	3	4	5	6
13. Ich fühle mich eher deutsch.	0	1	2	3	4	5	6
14. Ich fühle mich von Deutschen in vielen Dingen nicht verstanden.	0	1	2	3	4	5	6
15. Es belastet mich, in der deutschen Gesellschaft zu leben.	0	1	2	3	4	5	6
16. Deutsche Traditionen und Sitten gehören nun auch zu meinem Leben.	0	1	2	3	4	5	6
17. Ich möchte mein Leben in Deutschland verbringen.	0	1	2	3	4	5	6
18. Privat unternehme ich lieber etwas mit Menschen aus meinem Herkunftsland.	0	1	2	3	4	5	6
19. Ich betrachte mich als Gast in Deutschland.	0	1	2	3	4	5	6
20. Ich mache Gebrauch von Massenmedien meines Herkunftslandes (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.).	0	1	2	3	4	5	6

Bitte machen Sie abschließend noch folgende Angaben zu Ihrer Person.

1. Geschlecht:

- männlich weiblich

2. Alter:

..... Jahre

3. Familienstand:

- ledig
 verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
 geschieden/getrennt lebend
 verwitwet

4. Leben Sie mit einem festen Partner / einer festen Partnerin zusammen?

- ja
 nein

5. Höchster Schulabschluss:

- kein Schulabschluss
 Grundschule/Volksschule
 Berufsschule
 (Fach-) Abitur
 Universität/ Fachhochschule
 anderer Schulabschluss, und zwar:
.....

6. Erwerbstätigkeit:

- Vollzeit erwerbstätig
 Teilzeit erwerbstätig
 Rente
 Rente wg. Erwerbsminderung
 berufliche Ausbildung/ Studium
 nicht erwerbstätig (Hausfrau/ -mann)
 arbeitslos
 Sonstiges:

7. Wie hoch ist das Monatseinkommen in Ihrem Haushalt?

- unter 500 €
 500 € – 1000 €
 1000 € – 2000 €
 2000 € – 3000 €
 mehr als 3000 €

8. Religionszugehörigkeit:

- römisch-katholisch
 evangelisch
 muslimisch (sunnitisch schiitisch andere)
 andere:
 keine

9. Für wie religiös halten Sie sich?

- gar nicht
 wenig
 mittel
 ziemlich
 sehr

10. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter

- in Deutschland
in einem anderen Land
welches?

Vater

- in Deutschland
in einem anderen Land
welches?

11. In welchem Land sind Sie selbst geboren?

- in Deutschland
in einem anderen Land
welches?

12. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

- seit meiner Geburt
seit Jahren

13. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

- ja
nein

14. Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

- sehr gut
 gut
 mittelmäßig
 wenig
 gar nicht

15. Verfügen Sie über ...?

- deutsche Staatsangehörigkeit
 unbefristete Aufenthaltsberechtigung
 befristete Aufenthaltserlaubnis
 Asylberechtigung
 keine Aufenthaltserlaubnis („Duldung“)
 andere Staatsangehörigkeit:

