

«Das ist Gesundheit für mich.»

Qualitative Interviews mit Personen aus Afghanistan zu ihrem Verständnis von Gesundheit.

Rebecca Brunner



Departement Gesundheit
Institut für Gesundheitswissenschaften

Studienjahr: 2019

Eingereicht am: 06.05.2022

Begleitende Lehrperson: Nicole Fasel

**Bachelorarbeit
Gesundheits-
förderung und
Prävention**

Abstract

Im Jahr 2020 stammt die zweitgrösste Zahl an geflüchteten Personen aus Afghanistan (UNHCR, 2021). Geflüchtete afghanischer Herkunft sind stärker von psychischen Belastungen betroffen (Kohlenberger et al., 2021). Gesundheitliche Angebote werden besser angenommen wenn sie an subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit angepasst sind (Flick, 1998). Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung «Wie lässt sich das Verständnis von Gesundheit von geflüchteten in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan beschreiben?». Es handelt sich um ein empirisches Vorgehen anhand von qualitativen Interviews mit der Untersuchungsgruppe sowie einer Fachperson. Zur Auswertung wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) mit deduktiv-induktiver Kategorienbildung angewendet. Neben den Vorstellungen von Gesundheit werden auch unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit genannt, unter anderem: Krieg, Diskriminierung, durch das Asylverfahren verursachte wartebedingte Unsicherheiten und Angehörige der Kernfamilie im Ausland, welche man nicht besuchen kann sowie sexueller Missbrauch auf dem Fluchtweg. Weiter wird teilweise ein Einfluss von Gott, Schicksal und Zufall auf die Gesundheit beschrieben. Kenntnisse über subjektive Gesundheitsverständnisse können den Zugang zu gesundheitlichen Angeboten sowie die Anpassung dieser erleichtern (Flick, 1998). Weitere Forschung in diesem Gebiet wird als nötig angesehen.

Keywords: Gesundheitsvorstellungen, Health Beliefs, Afghanen / Afghaninnen / Personen aus Afghanistan, Ressourcen und Risikofaktoren

Danksagung

[Redacted text block]

[Redacted text line]

[Redacted text line]

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Ausgangslage	6
1.2	Themenwahl und Relevanz für Gesundheitsförderung und Prävention	6
1.3	Thematische Eingrenzung und Fragestellung	8
1.4	Zielsetzung	8
1.5	Aufbau der Arbeit	9
2	Theoretischer Hintergrund	10
2.1	Begriffserklärung	10
2.2	Das Konzept «Gesundheitsverständnis»	11
2.3	Förderung der Gesundheitlichen Chancengleichheit	15
2.4	Afghanistan	16
2.5	Afghanische Geflüchtete in der Schweiz	18
3	Methode	20
3.1	Selektive Literaturrecherche	20
3.2	Experteninterview	20
3.3	Qualitative Interviews	20
3.3.1	Untersuchungsgruppe	21
3.3.2	Leitfaden	22
3.3.3	Datenauswertung	22
4	Ergebnisse	23
4.1	Experteninterview	23
4.2	Qualitative Befragung	24
4.2.1	Definition von Gesundheit	24
4.2.2	Einfluss auf Gesundheit und Krankheit	25
4.2.3	Umgang mit dem Thema	29
4.2.4	Health Belief Systems	29
4.2.5	Kontinuum-Beispiele	30

4.2.6	Betrachtung von Aussagen aus dem Experteninterview	33
5	<i>Diskussion</i>	36
5.1	Definitionen von Gesundheit	36
5.2	Einflussfaktoren	37
5.2.1	Eigener Einfluss.....	37
5.2.2	Externe Einflüsse	38
5.2.3	Religion und Tradition	39
5.2.4	Weitere Einflussfaktoren.....	40
5.3	Umgang mit dem Thema	42
5.4	Beantwortung der Fragestellung	43
5.5	Limitationen	44
6	<i>Schlussfolgerung</i>	45
7	<i>Literaturverzeichnis</i>	47
8	<i>Weitere Verzeichnisse</i>	51
8.1	Abbildungsverzeichnis	51
8.2	Tabellenverzeichnis	51
9	<i>Eigenständigkeitserklärung</i>	52
10	<i>Anhang</i>	53
	Anhang A: Literaturrecherche	53
	Anhang B: Einverständniserklärung Interviews	55
	Anhang C: Leitfaden Experteninterview	56
	Anhang D: Leitfaden Interviews Untersuchungsgruppe	58
	Anhang E: Transkriptionsregeln	61
	Anhang F: Interviewprotokolle	63
	Anhang G: Kodierleitfaden	112

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) entwickelt zurzeit eine niederschwellige digitale Plattform mit dem Ziel, eine flächendeckende psychosoziale Grundversorgung für Geflüchtete in der Schweiz nachhaltig zu etablieren. Die Ressourcen, Gesundheitskompetenzen sowie die Fähigkeit, sich selbst und anderen zu helfen, sollen gefördert und gestärkt werden. Es soll Zugang zu Gesundheitsinformationen und Informationen zum Leben in der Schweiz geboten werden. Ein wichtiges Element ist die Peer-Guidance durch welche die Nutzung und Wirksamkeit des digitalen Selbsthilfe-Angebots optimiert werden sollen. Zurzeit wird die Erstversion auf arabisch entwickelt, welche anschliessend durch eine randomisierte kontrollierte Studie getestet wird. Bei bestätigter Wirksamkeit soll die App für weitere Gruppen angepasst und übersetzt werden. Die Zahlen des Berichts des United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2021) zu den Globalen Trends 2020 zeigen, dass die grösste Zahl an Flüchtlingen und Menschen in flüchtlingsähnlichen Situationen weltweit aus Syrien stammen, gefolgt von Afghanistan. Auf Grund der Wichtigkeit des Herkunftslandes wird in dieser Arbeit das Gesundheitsverständnis von Personen aus Afghanistan untersucht. Erste Erkenntnisse für eine Anpassung des Angebots auf die Gruppe sollen gesammelt werden. Beim Afghan Community Engagement Projekts in Melbourne, Australien, wurde mit Erfolg ein Peer-Group-Modell zur Vermittlung wichtiger Gesundheitsbotschaften an verschiedene afghanische Flüchtlingsgemeinschaften eingesetzt (Brazier, 2015). Das Angebot könnte also durchaus einen positiven Effekt bei Personen aus Afghanistan erzielen.

1.2 Themenwahl und Relevanz für Gesundheitsförderung und Prävention

Laut Kohlenberger et al. (2021) sind «Geflüchtete afghanischer Herkunft stärker von psychischen Belastungen betroffen, als Personen aus dem Irak und Syrien», wobei unter anderem ihre «speziellen Fluchterfahrungen» eine Rolle spielen dürften. So zeige «sich deutlich, dass die Fluchtgeschichten afghanischer Staatsangehöriger tendenziell länger, fragmentierter und komplexer sind». Andauernde Aufenthalte in

Transitländern unter harschen Bedingungen seien häufig und können zu Erfahrungen von sozialer Exklusion, Diskriminierung und Rechtlosigkeit führen.

Weigl und Gaiswinkler (2019, S. 5) untersuchten mögliche erhöhte psychosoziale Belastungen bei Migranten anhand einer Gruppe von Personen aus Afghanistan, Somalia, Syrien und der Türkei, wobei von einer Vielzahl an potenziellen Hürden berichtet wurde. Dazu gehörten Erfahrungen aus dem Herkunftsland wie auch solche aus dem Aufnahmeland. Laut Weigl und Gaiswinkler werden psychosoziale Angebote von Menschen mit Migrationshintergrund angenommen, wenn sie ihnen «bekannt und mit positiven Erfahrungen assoziiert sind», «auf die Lebensrealität und Bedürfnisse der Betroffenen eingehen und möglichst niederschwellig zugänglich sind».

Laut Haverkamp (2018) unterscheiden sich die Konzepte von Gesundheit und Krankheit abhängig von Lebensalter, Geschlecht, sozioökonomischer Lage und soziokulturell-religiöser Orientierung. Gesundheit und Krankheit können gemäss Haverkamp nicht rein naturwissenschaftlich, medizinisch, ausschliesslich sozial oder von den individuellen Verhaltensweisen her betrachtet werden, sondern vielmehr als ein Wechselspiel dieser Perspektiven. Bezüglich dieses Wechselspiels sowie der Vermischung biologischer und ökologischer Einflussfaktoren auf Gesundheit beziehungsweise Krankheit, welche individuell hierarchisch variieren, bestehe Erkenntnis- und Forschungsbedarf.

Flick (1998) befasste sich mit subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, sowie deren Relevanz für die Gesundheitswissenschaft und Gesundheitspraxis. Gemäss Flick ermögliche die Untersuchung von Gesundheitsvorstellungen bei spezifischen Gruppen das zuschneiden präventiver oder therapeutische Angebote auf sie. Er sieht darin einen Weg abzuschätzen, in welchem Feld möglicher Gesundheitsvorstellungen und in welcher Form präventive Angebote formuliert werden sollen, damit sie zielführend sind. Die Beeinflussung von Gesundheitshandeln als Ziel von Prävention und «Gesundheitserziehung» werde vor

allem dann Erfolg haben, wenn die Gesundheitsvorstellungen der Zielgruppen erreicht und beeinflusst werden können.

Eine durchgeführte Recherche zeigte, dass die Gesundheitsverständnisse von in der Schweiz lebenden sowie Personen aus Afghanistan im Allgemeinen kaum untersucht sind. Die oben aufgeführten Quellen weisen darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit den Gesundheitsvorstellungen der Gruppe zur Entwicklung angepasster Angebote und somit zur besseren Erreichung beitragen kann. Diese Arbeit widmet sich ersten empirischen Untersuchungen.

1.3 Thematische Eingrenzung und Fragestellung

Diese Arbeit befasst sich mit den subjektiven Vorstellungen von Gesundheit von in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan. Personen mit anderer Herkunft werden ausgeschlossen. Wo keine Daten zu dieser Gruppe vorhanden sind, können Daten anderer Gruppen als Referenz miteinbezogen werden.

Die Arbeit befasst sich mit den folgenden Fragestellungen:

- Wie lässt sich das Verständnis von Gesundheit von geflüchteten in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan beschreiben?
 - Welche Handlungsempfehlungen können aus den gewonnenen Erkenntnissen abgeleitet werden?

1.4 Zielsetzung

In dieser Arbeit findet eine erste qualitative Erhebung mit in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan zu ihrem Verständnis von Gesundheit statt. Das Forschungsziel ist es, nützliche Erkenntnisse über das Verständnis von Gesundheit von in der Schweiz lebenden Afghaninnen und Afghanen zu sammeln. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse sollen Schlüsse für die Gesundheitsförderung und Prävention gezogen werden.

1.5 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn wird in die Thematik der Arbeit eingeführt. Anschliessend werden die theoretischen Hintergründe der Forschungsfrage erläutert. Nachfolgend wird die Methodik der empirischen Arbeit transparent und nachvollziehbar dargelegt. Die Ergebnisse werden vorgestellt und anhand von Theorien und aktuellen Daten diskutiert, sowie auf Limitationen hingewiesen. Zum Schluss werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und Empfehlungen für die Praxis und Forschung formuliert. Darauffolgend finden sich Verzeichnisse, eine Eigenständigkeitserklärung sowie weitere Anhänge, auf welche im Verlauf der Arbeit verwiesen wird.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffserklärung

Gesundheitsverständnis: Gesundheit und Krankheit sind unscharfe Begriffe, welche oft mehrdeutig gebraucht werden, was auch Folgen darauf hat, was als Verantwortung für die Gesundheit verstanden wird (Siegrist, 2015). Unter dem Begriff Gesundheitsverständnis werden in dieser Arbeit verschiedene Interpretationen des Begriffs Gesundheit und der Einflussmöglichkeiten auf sie zusammengefasst. Die Begriffe Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitswahrnehmungen können als Synonyme dazu verstanden werden.

Gesundheitskompetenz: Laut der Allianz Gesundheitskompetenz (2019) bezieht sich der Begriff auf das bestehende Wissen sowie die Handlungsmöglichkeiten einer Person im Bereich von Gesundheitsfragen. Sie habe Auswirkungen auf das Treffen gesundheitsbezogener Entscheidungen sowie auf die Fähigkeit selbstbestimmt zu handeln und autonom entscheiden zu können. Sie befähige eine aktive Rolle in der Mitgestaltung der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen wahrzunehmen. Gesundheitskompetenz entstehe im Rahmen von Erziehung, Bildung sowie durch Wissensvermittlung.

Gesundheit: Für den Begriff Gesundheit wird in dieser Arbeit bewusst auf die Verwendung einer spezifischen Definition verzichtet. Dies mit dem Ziel offen an das Thema heranzugehen. Es finden sich jedoch Anlehnungen an das Salutogenese-Modell von Aron Antonovsky (Franke, 2012), in welchem die Entstehung von Gesundheit als Wechselwirkung der menschlichen Ressourcen und den Bedingungen des Lebenskontextes angesehen wird (Lindstrom, 2005).

Einflussfaktoren: Holtmann und Schmidt (2004) machen darauf aufmerksam, dass für krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale grundsätzlich der Begriff Risikofaktoren gewählt werde, aber die Begriffswahl für risikomildernde, vorbeugende oder gesundheitsförderliche Faktoren weniger einheitlich sei. Zur Übersichtlichkeit wurden in dieser Arbeit die Begriffe

Risikofaktoren und Ressourcen sowie die neutralen Begriffe Einflussfaktor oder Faktor gewählt.

2.2 Das Konzept «Gesundheitsverständnis»

Die Weltgesundheitsorganisation ([WHO], 1946) definiert Gesundheit nicht nur als Freisein von Krankheit oder Gebrechen, sondern als einen Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Dies ist jedoch bei weitem nicht die einzige Definition von Gesundheit. Ob wir beispielsweise der Meinung sind, «Gesundheit ist nicht alles, ohne Gesundheit ist alles nichts» (Arthur Schopenhauer 1851, zitiert nach Franke, 2012, S. 36) oder Gesundheit ist «[...] der Zustand, in dem sich Lebewesen befinden, wenn all ihre Organe ungestört tätig sind und harmonisch zur Erhaltung ihres ganzen Wesens zusammenwirken sowie ihre Fortpflanzung gewährleisten (im Gegensatz zu Krankheit)» (Brockhaus 1969, zitiert nach Franke, 2012, S. 37) ist laut Ruckstuhl (2019) von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig. Im Gesundheitsverständnis spiegeln sich oft Werte der Gesellschaft wider; beispielsweise werde in der Schweiz Gesundheit oft mit der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit verknüpft (Ruckstuhl, 2019). So werden laut Ruckstuhl individuelle Gesundheitsvorstellungen durch historische, soziokulturelle, ökonomische und politische Kontexte bestimmt. Die Gesundheitsvorstellungen beeinflussen die Suche nach den Ursachen für Gesundheit, bestimmen mit, wer für Gesundheit zuständig ist und Verantwortung übernimmt. Somit haben Personen aus unterschiedlichen Kontexten also auch unterschiedliche Verständnisse von Gesundheit und Einflüssen auf Gesundheit.

Holland und Hogg (2010) sind der Meinung, dass Kulturen und Traditionen Einfluss auf die Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit haben. Auch laut Jones (1994, zitiert nach Holland & Hogg, 2010) gibt es sehr unterschiedliche individuelle, soziale und kulturelle Interpretationen von Gesundheit, welche durch das Zusammenspiel individueller Wahrnehmungen und sozialer Einflüsse entstehen. Sie glaubt weiter, dass sich Bedeutungen von Gesundheit und Krankheit durch gelebte Erfahrungen entwickeln und verändern.

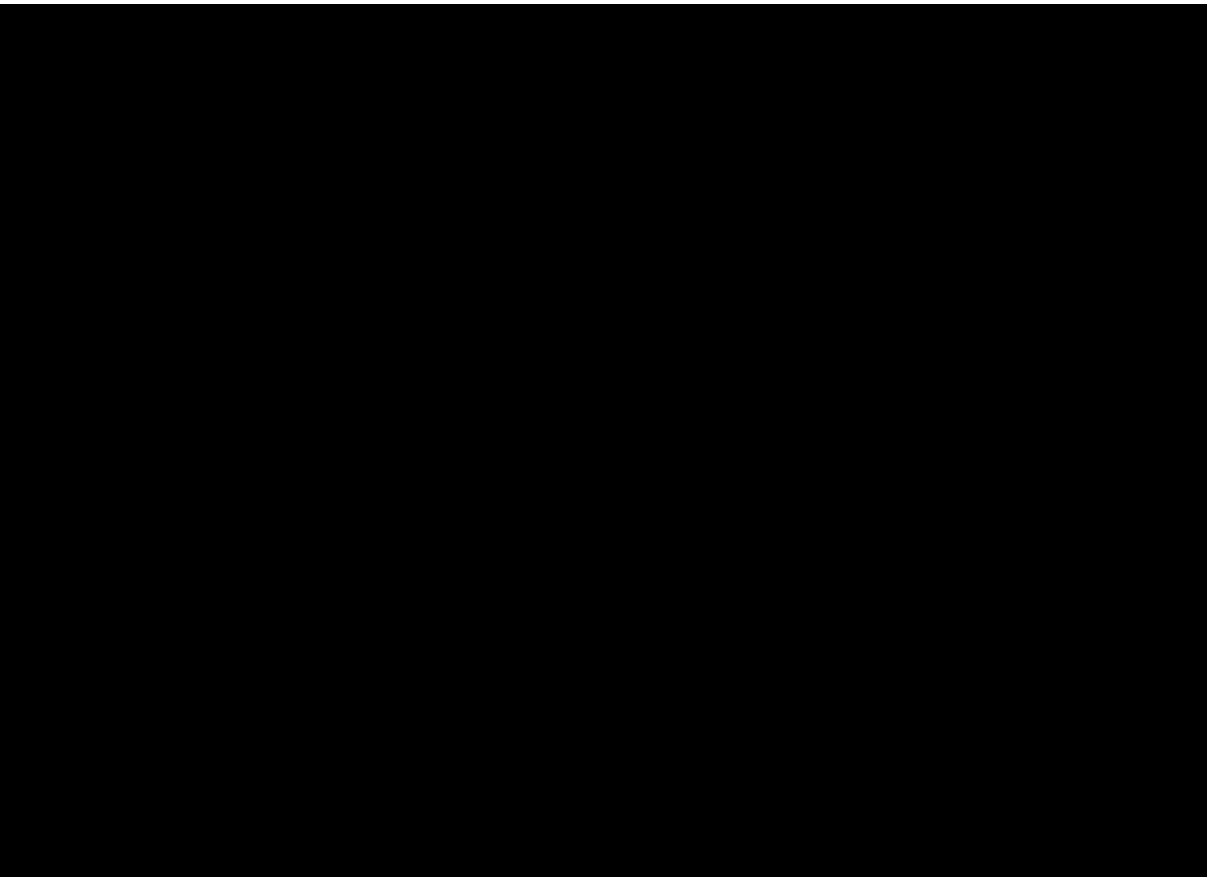
Flick (1998) zufolge hängen subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit von den allgemeinen und konkreten Umständen ab, unter denen sie zum Thema werden. Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand sind ihm zufolge zentrale Einflussfaktoren. In subjektiven Vorstellungen von Gesundheit sieht er verschiedene Dimensionen: Negative Abgrenzungen (frei von Belastungen zu sein), positive Bestimmungen (sich wohlfühlen), Beschreibungen eines Zustandes (mit sich einig sein), Gesundheit als Voraussetzung (die anderen Sachen kommen dann von selbst), Gesundheit als Ergebnis bestimmter Handlungsweisen (Ernährung und Vorsorge) und Gesundheit als Phänomen des sozialen Funktionierens.

Franke (2012) versucht die zahlreichen Definitionen von Gesundheit, seien sie nun subjektiv oder wissenschaftlich, in verschiedene Dimensionen einzuteilen. Dabei führt sie die folgenden Dimensionen auf:

- **Gesundheit als Störungsfreiheit** bedeutet, dass gesund ist, wer nicht krank ist. Solche Definitionen werden auch als Negativdefinition bezeichnet, da sie Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit definieren.
- **Gesundheit als Wohlbefinden** bezieht sich auf die subjektive Ebene der Gesundheit, das «sich-Befinden» des einzelnen Menschen. Gesundheit geht über das Freisein von körperlichen und psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen hinaus und ist somit mehr als das Schweigen der Organe.
- **Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung** bedeutet, eigenen und fremden Anforderungen genügen zu können. Sie bemisst sich an funktionalen Normen, daran ob jemand die von ihm erwarteten und geforderten Leistungen zur Erfüllung seiner sozialen Rollen erbringt.
- **Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase)** bezieht sich auf einen Zustand von Ausgeglichenheit, Gleichgewicht oder Ausgewogenheit. Die ausgleichenden Faktoren unterscheiden sich je nach Definition. Sie können beispielsweise die elementaren Qualitäten des Körpers, wie feucht

und trocken, kalt und warm, bitter und süß, verschiedene Körpersäfte oder Yin und Yang betreffen. Moderne homöostatische Modelle befassen sich mit der Ausgeglichenheit zwischen somatischen und psychischen Faktoren sowie zwischen Individuum und Gesellschaft.

- **Gesundheit als Flexibilität (Heterostase)** sieht einen Menschen als gesund an, wenn er in der Lage ist, den konfrontierten Störungen aktiv zu begegnen. Gesundheit wird als flexible Anpassung an sich verändernde Begebenheiten und somit als Aspekt des dynamischen sich-weiter-Veränderens gesehen. Dabei können Krankheiten als wichtiger Bestandteil angesehen werden, denn ohne Störungen, welche Anpassung verlangen, tritt ein Zustand von Stagnation und Erstarrungen ein, welcher nicht als gesund gilt.
- **Gesundheit als Anpassung** beruht auf der Fähigkeit, sich an die äussere, physikalische, sowie die soziale und gesellschaftliche Umgebung anzupassen. Der Mensch nimmt die auf ihn eintreffenden Reize in einer für ihn spezifischen Weise auf und verarbeitet sie. Gesund ist er dann, wenn es ihm gelingt, sich in seiner Umgebung so einzurichten, dass er seine Ziele, Wünsche und Wertvorstellungen verwirklichen kann.



Ein weiterer Versuch, Gesundheitsvorstellungen zu kategorisieren stellt das obenstehende Modell der Health Belief Systems nach Holland und Hogg (2010) dar. Darin wird in drei Systeme, das biomedizinische, das spirituelle und das traditionelle, unterschieden. Zwi et al. (2017) beschreiben die Systeme wie folgt: Zum biomedizinischen System gehören die wissenschaftsbasierten Vorstellungen, es findet sich eine Trennung von Körper und Geist, Individuen werden für ihre eigene Gesundheit verantwortlich gemacht und Ärzte gelten grundsätzlich als mächtig, respektiert, objektiv und analytisch. Zum spirituellen System zählen Vorstellungen, in welchen Krankheit als etwas ausserhalb der Kontrolle des Einzelnen angesehen wird und von übernatürlichen Kräften verursacht wird. Um Krankheiten vorzubeugen, müssen beispielweise gute Beziehungen zu Familie und Freunden gepflegt und den Ahnen Respekt erwiesen werden. Im traditionellen System müssen Gegensätze, wie heiss und kalt oder Yin und Yang, ausgeglichen werden. Der Einzelne ist aktiv an der Erhaltung seiner Gesundheit beteiligt. Traditionelle Mittel wie Akupunktur, Kräuter oder Speisen können zu guter Gesundheit beitragen. Personen können mehrere Überzeugungen haben, wobei je nach Situation verschiedene in den Vordergrund rücken können (Zwi et al., 2017).

2.3 Förderung der Gesundheitlichen Chancengleichheit

Bereits die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation habe deutlich gemacht, dass Gesundheit nicht nur in der Verantwortung von Individuen liegt, sondern auch ein Produkt von gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen ist (Altgeld, 2006). In der Empfehlung von Adelaide 1988 wurde eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik als eine, welche die «jeweils eigenständigen Kulturen traditioneller Bevölkerungsgruppen, ethnischer Minderheiten und Einwanderer» berücksichtigt, beschrieben (WHO, zitiert nach Altgeld, 2006). Ein «Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten» sei «ein entscheidender Bestandteil von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich» (WHO, 1988, zitiert nach Altgeld, 2006).

Zeeb et al. (2019) berichten über Zugangsschwierigkeiten zu gesundheitlichen Angeboten, die dazu führen, dass Migranten über die erste Generation hinaus seltener als die autochthone Bevölkerung an Gesundheitsförderungsmassnahmen teilnehmen. Sie beruhen nach Zeeb et al. auf kulturellen, religiösen, sprachlichen und bildungsbezogenen Aspekten. Weiter beeinflussen kulturelle und religiöse Unterschiede das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und prägen das Verhalten von Individuen und Gruppen. Dies könne auch eine Chance zum Erzielen gesundheitlicher Verbesserungen für benachteiligte Gruppen sein. In Westeuropa und vielen anderen Staaten tendiere man dazu, Präventionsmassnahmen und Gesundheitsförderung stark auf einem wissenschaftlichen Verständnis und einem rein medizinisch-biologischen Standpunkt zu basieren. Dies könne bei Gruppen, welche eher zu anderen Konzepten neigen, zu Verständnisschwierigkeiten oder Ablehnung und dadurch zu einer geringeren Nutzung von gesundheitsfördernden Massnahmen und therapeutischen Angeboten führen. Der kulturelle Hintergrund spiele auch bei der Äusserung von Beschwerden eine Rolle. Zeeb et al. zufolge stellen manche Menschen eher ihre Schmerzen gegenüber anderen möglichen Symptomen in den Vordergrund, was schnell zu Fehldiagnosen führen könne. Um bestehende Ungleichheiten zu verringern und Ungerechtigkeiten zu minimieren, sei es wichtig, im Gesundheitssystem als auch bei Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten auf diese Zugangshindernisse einzugehen. Es sei weiter

wichtig, allen gleiche Chancen zur Beschaffung von Informationen und Wissen über, sowohl als Zugang zu Gesundheitssystem, Prävention und Gesundheitsförderung zu ermöglichen, sowie gruppenspezifische Überzeugungen zu verstehen und für die Entwicklung der Prävention zu nutzen. Die kulturelle Öffnung von Präventionsangeboten fördere Empowerment und könne wichtige Integrationsimpulse setzen.

Colucci et al. (2015) untersuchten Barrieren und Erleichterungen für die Nutzung von psychosozialen Diensten durch junge Leute mit Fluchthintergrund anhand von Daten aus Melbourne, Australien. Unter ihren Ergebnissen finden sich folgende Aussagen:

- Es ist wichtig, sich mit der psychosozialen Gesundheitskompetenz junger Menschen zu befassen, sie zu fördern, zu verstehen und das Aufzwingen westlicher Modelle der psychischen Gesundheit zu vermeiden.
- Bildung muss in beide Richtungen gehen, Aufklärung von Flüchtlingsgemeinschaften über psychische Gesundheit und Dienstleistungen, aber auch die Schulung von Dienstleistern im Umgang mit jungen Menschen mit Flüchtlingshintergrund.
- Wesentliche Aspekte zur Einbindung geflüchteter junger Menschen in psychosoziale Dienste sind das Verstehen des ethnisch-kulturellen Hintergrunds, des Migrationsweges sowie möglicher Traumata und kultureller Interpretationen von Gesundheit und Krankheit.
- Für künftige Forschungen ist es wichtig, die Perspektiven junger Menschen mit Fluchthintergrund einzubeziehen.

2.4 Afghanistan

Um ein Verständnis über das Herkunftsland der Untersuchungsgruppe zu erlangen, wird in diesem Kapitel auf die Lage, die Bevölkerung und sowie das Gesundheitssystem eingegangen.

Laut der Verfassung Afghanistans von 2004 besteht die Nation Afghanistans «aus den Völkerschaften der Paschtunen, Tadschiken, Hazara, Usbeken, Turkmenen,

Belutschen, Paschai, Nuristani, Aimaq, Araber, Kirgisen, Qizilbasch, Gojar, Brahui und anderen Völkerschaften» (Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA), 2016).

Die afghanische Bevölkerung umfasst im Jahr 2020 schätzungsweise 38'928'000 Personen (United Nations, 2019). 42.5% der Bevölkerung ist jünger als 15 Jahre, die Lebenserwartung beträgt rund 52.5 Jahre (Kunz, 2021).

Es wird geschätzt, dass 80 Prozent der afghanischen Bevölkerung sunnitische Muslime sind sowie 19 Prozent schiitische Muslime; andere religiöse Gruppen, wie Christen, Bahai, Buddhisten, Hindu und nicht religiöse, machen gemeinsam weniger als 1 Prozent der Bevölkerung aus (Williams et al., 2019).

Die Analphabetenrate beträgt 61%, bei Frauen liegt sie bei über 75%, nur ungefähr 60% der afghanischen Kinder gehen zur Schule, wovon weniger als die Hälfte Mädchen sind, die Bildungsqualität ist oft unzureichend und Mädchen wird die Bildung häufig verwehrt (Kunz, 2021).

Laut Kunz (2021) hat rund ein Drittel der Bevölkerung keinen Zugang zu grundlegender medizinischer Versorgung. Wobei Afghanistan eine der höchsten Säuglings- und Kindersterblichkeitsraten der Welt habe, 81% der Entbindungen ohne medizinisches Fachpersonal stattfänden und jährlich circa 24'000 Frauen vor, während oder direkt nach der Entbindung sterben.

Die Lage Afghanistans an einem Kreuzungspunkt in Zentralasien hat dazu geführt, dass es während seiner langen aufgezeichneten Geschichte ständigen Invasionen und Eroberungen ausgesetzt war (Merrill et al., 2006). Die Geschichte Afghanistans ist eine Geschichte von Kriegen und Konflikten, die bis in die heutige Zeit reicht.

Die Flüchtlingshilfe Schweiz (o. D.) berichtet, dass seit fast 20 Jahren Krieg herrscht in Afghanistan. Dieser sowie Menschenrechtsverletzungen seien die wichtigsten Fluchtgründe. Die Taliban und weitere bewaffnete Gruppen begehen seit Jahren Gewaltakte und Menschenrechtsverletzungen. Die Situation in Afghanistan habe sich

nach der Machtübernahme durch die Taliban verschlechtert, die Sicherheitsaussichten seien düsterer denn je und die weitere Entwicklung ungewiss.

Laut Jain et al. (2021) haben die Taliban seit ihrer Rückkehr an die Macht im August 2021 erneut die Mobilität von Frauen eingeschränkt. Dies gefährde den Zugang der Patienten zur Gesundheitsversorgung und schränke die Arbeit der unterbesetzten Kliniken weiter ein. Die Gesundheit aller Afghanen sei für die Taliban nachweislich nicht Priorität.

Hafeezullah (2008) hat sich in seiner Dissertation mit den Krankheitsbildern und -wahrnehmung afghanischer, indischer und pakistanischer Patienten befasst und erklärt: In Afghanistan existiert kein Gesundheitssystem als Solidargemeinschaft. Insbesondere in ländlichen Gebieten gibt es einen niedrigen Bildungsstand, was zu einer oftmals unzureichenden Betreuung der Bevölkerung führt. Deshalb wird auch bei aufkommenden Krankheiten im Ankunftsland nicht direkt ein Arzt aufgesucht. Es gibt auch einen geringen Wissensstand über einzelne Symptome, welcher häufig unterschätzt wird. Auch Untersuchungen während der Schwangerschaft oder Schutzimpfungen als Präventivmassnahmen sind nicht üblich.

2.5 Afghanische Geflüchtete in der Schweiz

Laut der Asylstatistik des Staatssekretariat für Migration (2021) ist Afghanistan im Jahr 2020 das zweitwichtigste Herkunftsland. Von 2019 zu 2020 ist die Anzahl der Gesuche von Afghaninnen und Afghanen um 20% gestiegen. Aus der Tabelle 7-20 (Staatssekretariat für Migration, 2021) ist zu entnehmen, dass im Jahr 2021 3'079 Personen aus Afghanistan ein Gesuch auf Asyl in der Schweiz gestellt haben, was einen Anteil 20% der Asylgesuche ausmacht, gefolgt von der Türkei mit 15%, Eritrea mit 13% und Syrien mit 7%.

Laut der Flüchtlingshilfe Schweiz (o. D.) bekommen viele afghanische Asylsuchende in der Schweiz den Status «vorläufig aufgenommene Ausländer» und somit einen F-Ausweis. Der Status wird vom Staatssekretariat für Migration ([SEM], 2021a, Absatz 1) wie folgt definiert:

Vorläufig Aufgenommene sind Personen, die aus der Schweiz weggewiesen wurden, wobei sich aber der Vollzug der Wegweisung als unzulässig (Verstoss gegen Völkerrecht), unzumutbar (konkrete Gefährdung des Ausländers) oder unmöglich (vollzugstechnische Gründe) erwiesen hat. Die vorläufige Aufnahme stellt demnach eine Ersatzmassnahme dar. Die vorläufige Aufnahme kann für 12 Monate verfügt werden und vom Aufenthaltskanton um jeweils 12 Monate verlängert werden. Vorläufig Aufgenommene sind schweizweit zur Erwerbstätigkeit berechtigt. Für die Aufnahme und Beendigung einer Erwerbstätigkeit genügt eine einfache Meldung durch den Arbeitgeber bei der zuständigen kantonalen Behörde. Die spätere Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung richtet sich nach den Bestimmungen von AIG Art. 84 Abs. 5.

Personen aus Afghanistan, welche in der Schweiz Asyl beantragen, können also in den meisten Fällen nicht mit Klarheit damit rechnen, in der Schweiz bleiben zu können.

Laut Kohlenberger et al. (2021, S. 214) kann der befristete subsidiäre Schutz, welcher viele Personen aus Afghanistan in Österreich, anstelle von vollem Asyl, erhalten, zu höheren psychischen Belastungen beitragen. Der subsidiäre Schutz in Österreich (Österreichisches Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl, o. D.) erweist ähnliche Bedingungen wie der oben beschriebenen F-Ausweis in der Schweiz.

3 Methode

Es wurde eine qualitative empirische Arbeitsweise gewählt. Qualitative Befragungen im Rahmen von semistrukturierten Leitfadeninterviews mit der Untersuchungsgruppe bilden dabei den Kern dieser Arbeit. Damit anhand des Interviewleitfadens möglichst vertieft auf die Thematik eingegangen werden kann, wird zu Beginn eine selektive Literaturrecherche und ein Experteninterview durchgeführt. Die gewonnenen Daten werden, mit Hilfe der Software MAXQDA, transkribiert, kodiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

3.1 Selektive Literaturrecherche

Für einen ersten Überblick wurde eine selektive Literaturrecherche durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Gebiet noch nicht sehr erforscht ist. Die Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche sowie das Rechercheprotokoll finden sich im Anhang dieser Arbeit.

3.2 Experteninterview

Als zweiter Schritt wurde ein Interview mit einer Fachperson geführt, welche bereits Erfahrung mit der Untersuchungsgruppe gesammelt hat und mit ihnen regelmässig über Gesundheitsthemen spricht. Es handelt sich dabei um eine Pflegefachperson, welche die Rolle der stellvertretenden Leitung von Medic-Help im Raum Zürich vertritt. Medic-Help ist in allen Asylzentren zu finden, für die Erstkonsultation bei Ankunft zuständig und die erste Anlaufstelle für die Gesuchsteller bei gesundheitlichen Problemen. Das Interview wurde als «Experteninterview als Leitfadeninterview» nach den Ausführungen von Helfferich (2014) geführt. Die Fachperson wurde zu ihren Kenntnissen und subjektiven Wahrnehmungen der Untersuchungsgruppe und deren Bezug zu und Umgang mit dem Thema Gesundheit befragt.

3.3 Qualitative Interviews

Die Befragungen wird in Form vom semistrukturierten Leitfadeninterviews durchgeführt. Die Interviews werden auf Deutsch geführt, was den Vorteil bringt, dass keine weitere Person zur Übersetzung am Gespräch teilnehmen muss.

eine Frau sowie zwei Männer. Zwei wohnen allein, die dritte Person in einer Wohngemeinschaft.

3.3.2 Leitfaden

Der Leitfaden wurde in Anlehnung an die Ausführungen von Helfferich (2014) erstellt. Es finden sich darin Fragen, Erzählaufforderung sowie Stimuli. Die Stimuli wurden im Anschluss an offen formulierte Fragen platziert und gestalteten sich wie folgt: Das Modell der Health Belief Systems nach Holland und Hogg (2001, zitiert nach Zwi et al., 2017) wird besprochen, das subjektive Wohlbefinden in verschiedenen vorzustellenden Beispielsituationen erfragt, sowie einige Aussagen aus dem Experteninterview von anderer Perspektive beleuchtet. Der Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden.

3.3.3 Datenauswertung

Die Interviews werden mit Hilfe der Software MAXQDA transkribiert und kodiert. Bei der Transkription wurden die Regeln der inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing und Pehl (2018) beachtet, sie sind im Anhang zu finden. Die Auswertung der Interviews wurde als qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durchgeführt. Es wurde eine induktive Kategorienbildung mit deduktiven Oberkategorien gewählt. Der dabei entstandene Codier-Leitfaden findet sich im Anhang dieser Arbeit.

4 Ergebnisse

4.1 Experteninterview

Neben der medizinischen Erstuntersuchung sei nach Ankunft im Bundeasylzentrum auch eine Aufklärung bezüglich Hygiene, wie regelmässiges Duschen und Zähne putzen, wichtig. Sie seien sich oftmals nicht gewohnt, auf ausgewogene Ernährung zu schauen. Die Vorstellungen von Krankheiten und Symptomen seien oft etwas anders als bei der Schweizer Bevölkerung. Was die Behandlung angeht, seien sie sich oftmals gewohnt, Antibiotika zu nehmen, auch wenn dies aus medizinischer Sicht nicht nötig ist. Sie empfänden Dinge wie beispielweise Husten oftmals als etwas eher Schlimmes. Auch psychische Probleme würden oft anders beschrieben, man verstehe meistens trotzdem, was sie meinen. Die Fachperson hat das Gefühl, dass sie oft nicht wissen, wie sie sich bei psychischen Problemen selbst weiterhelfen können. Wieviel sie zu Gesundheitsthemen wissen, sei sehr vom Bildungsstand abhängig. Oftmals werde auch ein Einfluss von Gott auf die Gesundheit gesehen. Personen mit niedrigerem Bildungsstand stellen tendenziell mehr Fragen, bereits bei kleineren Problemen. Innerhalb des Camps kümmern sich Personen mit höherem Bildungsstand häufig um jene mit niedrigerem. Vor allem bei minderjährigen Jungen sei das Schamgefühl bei Untersuchungen des Intimbereichs sehr gross. In Camps im Ausland, beispielweise in Griechenland, komme sexueller Missbrauch sehr häufig vor. Viele Afghanen und Afghaninnen kämen auf diesem Weg und viele afghanische Frauen haben solche Erfahrungen gemacht. Ihnen fiel es sehr schwer, darüber zu reden, denn würde ihr Partner es wissen, wäre dies für sie die komplette Erniedrigung.

Weiter wurden folgende Sätze anhand des Interviews formuliert:

- Am Anfang braucht es viel gesundheitliche Aufklärung.
- Das Vertrauen ist anfangs ein Problem.
- Danach wird auch wegen kleinen Dingen gerne nachgefragt.
- Über die psychische Gesundheit sprechen vor allem Männer nicht sehr offen. Sie drücken ihre Probleme teilweise anders aus.
- Der Mann muss der Starke sein, sie müssen das Leid der Frau mittragen. Frauen sprechen eher über ihre Probleme.

- Die eigenen Ressourcen werden oft nicht sofort erkannt. Durch den langen Prozess sind viele hoffnungslos.
- Ausgewogene Ernährung muss gelernt werden.

4.2 Qualitative Befragung

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen wurden zur Übersichtlichkeit in Unterkapitel entsprechend den verschiedenen angesprochenen Themen unterteilt.

4.2.1 Definition von Gesundheit

Zwei der drei Befragten definierten Gesundheit mit der Abwesenheit von bestimmten Faktoren. Dabei wurden die folgenden Aspekte miteinbezogen: Keine Krankheit zu haben, ohne Medikamente in guter körperlicher Verfassung zu sein, von nichts abhängig zu sein, keine psychischen Belastungen zu haben, beziehungsweise sich keine Sorgen über Geld oder Familie zu machen (I1), keine Schmerzen zu haben (I2). Die zweite Person definierte Gesundheit weiter als ein Zustand, in dem man sich normal bewegen, sehen und hören zu kann.

Zwei Personen setzten den Begriff Gesundheit in Abhängigkeit mit gesunder Ernährung. So wurde beispielsweise gesagt: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Eine Person setzt Gesundheit ausserdem mit ausreichendem Schlaf in Verbindung: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Eine klare Aufteilung in körperliche und psychische Gesundheit wurde von einer Person gemacht. Dabei wurde ein Einfluss der psychischen Erkrankungen oder Belastungen auf die körperliche Gesundheit genannt.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Auf Nachfrage wurde psychische Gesundheit von einer Person als Zustand, in dem man sich keine Gedanken darüber machen muss, ob die Familie genug Essen hat oder wie man der Familie genügend Geld schicken kann, obwohl man in Ausbildung ist, sondern lediglich über Kleinigkeiten oder Alltagsprobleme, definiert. Eine weitere Person definiert psychische Gesundheit dadurch, dass man vernünftig handelt und nicht ständig Sachen vergisst. Die dritte Person machte keine klare Aussage, erwähnte jedoch, dass psychische Belastungen oder psychische Krankheit Auswirkungen auf den Körper haben, beispielweise Herzschmerzen und Kopfscherzen.

4.2.2 Einfluss auf Gesundheit und Krankheit.

Alle Personen sagten aus, selbst Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen zu können. Von einer Person wurden Schicksal und Zufall als Faktoren genannt, welche dazu führen, dass manche Dinge nicht selbst beeinflusst werden können:

[REDACTED]

Der Einfluss von Gott auf Gesundheit und Krankheit wurde von einer Person zuvor als sehr gross angesehen. Die Person gibt an, durch das in der Schweiz gewonnene präzisere Wissen zu den Funktionsweisen des menschlichen Körpers von dieser Einstellung abgekommen zu sein. Es wird jedoch ein noch bestehender positiver Einfluss von religiösen Praktiken auf die psychische Gesundheit genannt, welcher als

beruhigend beschrieben und mit Erinnerungen an die Familie, die Kindheit und Zuhause in Verbindung gebracht wird.

4.2.2.1 Einflussfaktoren. Während der Gespräche wurden verschiedene Risikofaktoren und Ressourcen genannt.

Ernährung: Schlechter Ernährung wurde von allen Befragten ein negativer Einfluss auf die Gesundheit zugewiesen. Von zwei Personen wurden die Ernährungsformen in der Heimat als Risikofaktor benannt, da bei diesen unter anderem grosse Mengen an Öl verwendet werden. Zwei Befragte nannten gesunde Ernährung beziehungsweise sich besser zu ernähren als einen Faktor zum Erreichen oder Erhalten von Gesundheit.

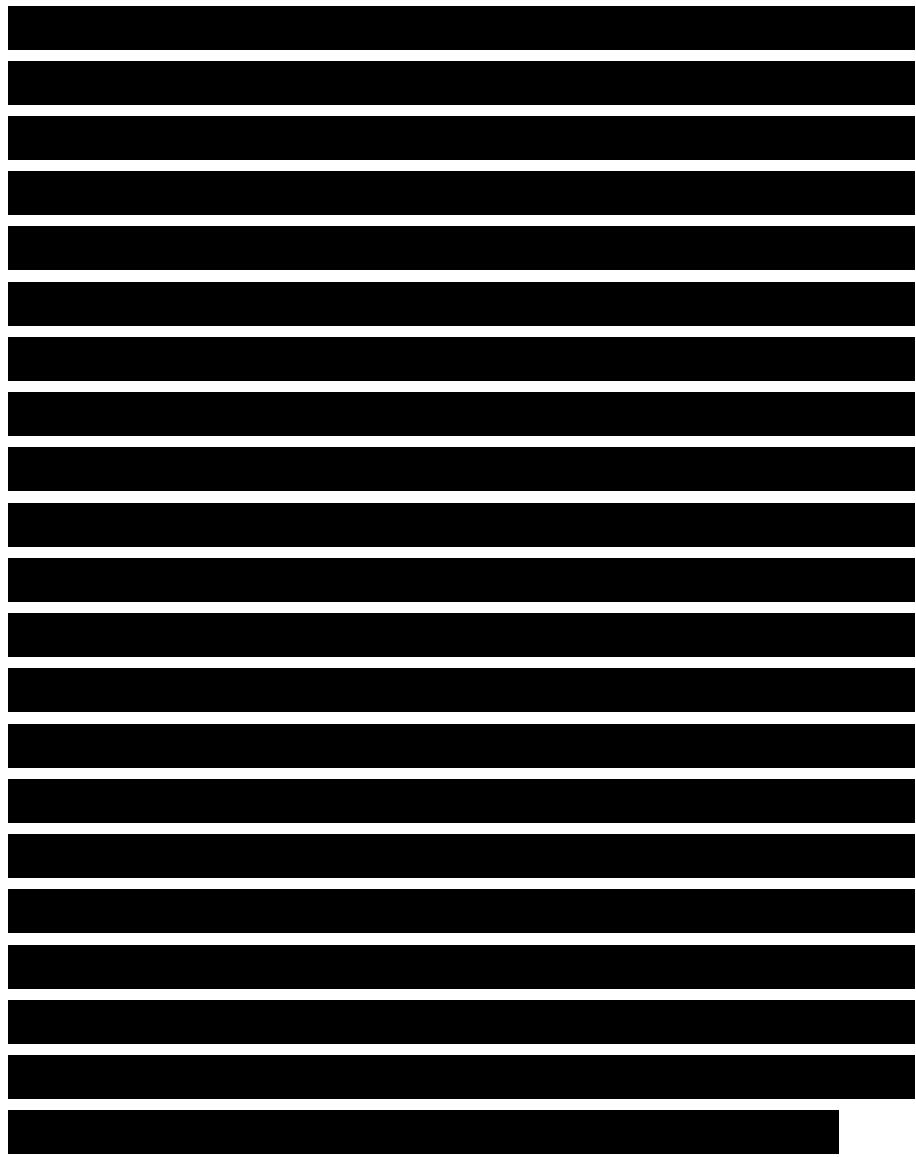
Konsumverhalten: Das Konsumverhalten wurde von einer Person als möglicher Risikofaktor genannt, sie bezog sich auf den übermässigen Konsum von Alkohol und Tabak sowie zu viel Essen und Training. Zwei Personen nannte die Reduktion des Tabakkonsums als Möglichkeit, die eigene Gesundheit zu verbessern. Eine Person erwähnte, sich bewusst zu sein, dass sie sich durch das Rauchen absichtlich krank mache.

Familie: Die fehlende Möglichkeit, Familienmitglieder in benachbarten Ländern oder der Heimat zu besuchen, wurde von zwei Personen als belastend beschrieben. Jemand benannte die Ungewissheit, wann man die Familie wiedersehen kann, als belastend. In diesem Zusammenhang wurde auch Heimweh erwähnt. Mehr Kontakt mit der Familie aufzunehmen, wurde als eine Möglichkeit die Gesundheit positiv zu beeinflussen, erwähnt.

Soziale Kontakte: Eine Person nannte das bessere Aufknüpfen sozialer Kontakte als positiven Einfluss

Finanzielle Ressourcen und soziale Kontakte:

Eine Person nannte finanzielle Probleme als Stressor, dabei wurde ein direkter Zusammenhang zwischen dem Wegbleiben von Geld und der Verminderung sozialer Kontakte beschrieben, was wiederum einen Einfluss auf die psychische Gesundheit habe:



Krieg: Der in Afghanistan herrschende Krieg und das Leben mit der dadurch ausgelösten ständigen Angst wurde von einer Person als Auslöser für psychische Probleme genannt. Sie sagte, dass aus diesem Grund die meisten Leute aus Afghanistan psychische Probleme hätten.

Arbeit: Zwei Personen nannten mögliche negative Einflüsse durch die Arbeit, jedoch mit unterschiedlichen Begründungen: Das Risiko von nicht ergonomischen Arbeitsweisen, unqualifizierten Arbeitenden wurde mit einem erhöhten Unfallrisiko in Verbindung gebracht, Stress oder Probleme mit dem Lehrbetrieb, Lehrern oder Mitarbeitenden als psychisch belastend beschrieben. Letztere hat Arbeit wiederum auch als Möglichkeit zur Stressverhinderung beschrieben:

[REDACTED]

Bewegung: Bewegung oder Sport wurde von allen ein positiver Einfluss auf die Gesundheit zugeschrieben. Eine Person schrieb einer übermässigen Menge an Sport einen negativen Einfluss zu. Zwei Befragte nannten einen positiven beziehungsweise negativen Einfluss von einer ausreichenden beziehungsweise nicht ausreichenden Menge an Bewegung auf das Immunsystem.

Asylprozess: Eine Person benannte es als belastend, wie die Situation in der Schweiz abläuft, so bleibe beispielweise für Personen, welche einen negativen Entscheid bekommen haben, nur langes Warten, wobei sie von Asylzentrum zu Asylzentrum verlegt werden, was verhindere, soziale Kontakte zu knüpfen. Dies sei belastend und habe sicherlich Auswirkungen auf die Personen. Eine weitere Person berichtete, dass es zu Beginn viele Dinge gäbe, die nicht «aufgelöst» werden, was hoffnungslos machen könne. Wenn man einfach eine Lösung finde, ginge das Problem vorbei, wenn es lange dauert, könne es aber schwierig sein.

4.2.3 Umgang mit dem Thema

Die Interviewten wurden zu ihrem Umgang mit dem Thema Gesundheit sowie psychische Gesundheit in ihrem Umfeld und ihrer Familie befragt. Dabei wurde von zwei Personen ein unterschiedlicher Umgang in der Schweiz als in der Heimat beschrieben. So sagte eine Person:

[REDACTED]

Später folgte die Aussage, dass dies jetzt anders sei. Die Person meinte, jetzt darüber sprechen zu können, wenn etwas nicht gut geht, da sie jetzt integriert sei in der Schweiz. Die weitere Person begründete den unterschiedlichen Umgang damit, dass für Familienangehörige im Ausland oder in der Heimat zusätzlicher Stress generiert wird, wenn ihnen von gesundheitlichen Problemen erzählt wird. Mit Familienmitgliedern, welche am gleichen Ort sind, werde jedoch ein offener Umgang gepflegt und man helfe sich auch weiter. Der Umgang, der die dritte Person beschreibt, ist ein offener. Zusätzlich wird vom Vater berichtet, bei welchem sich erst nach dem Aufsuchen eines Arztes und der Notaufnahme herausstellte, dass psychische Probleme der Grund für seinen schlechten Gesundheitszustand waren. Zuvor habe er das Thema nicht angesprochen.

4.2.4 Health Belief Systems

Das Modell der Health Belief Systems nach Holland & Hogg (2001) wurde mit den Interviewten besprochen. Alle Befragten ordneten sich dem biomedizinischen Bereich zu, jedoch nicht ausschliesslich. Eine Person ordnete sich zusätzlich leicht dem traditionellen Bereich zu, dies mit der Begründung, dass beispielweise Kräutertees bei leichten Erkrankungen zur Besserung beitragen können. Die Person

fügte hinzu, dass andere Angehörige der untersuchten Gruppe klar auch einen spirituellen Teil hätten, da sie einen direkten Einfluss von Gott auf ihre Gesundheit sehen, sie selbst sehe diesen aber nicht. Eine Person wies darauf hin, sich in der Heimat klar im spirituellen Bereich befunden zu haben. Dies habe sich jedoch nach der Ankunft in der Schweiz klar verändert, nun wird lediglich noch ein positiver beruhigender Einfluss auf die psychische Gesundheit gesehen. Beide sprachen hierbei vom islamischen Glauben, die genauere Glaubensrichtung wurde nicht erfragt. Die dritte Person grenzt sich mit den Worten [REDACTED] klar vom spirituellen Bereich ab. Die Person sieht sich jedoch zum grösseren Teil im traditionellen Bereich, es gäbe alte traditionelle Rezepte von vorherigen Generationen, die weitergegeben werden, diese Generationen wissen, wie es funktioniere.

4.2.5 Kontinuum-Beispiele

Den Befragten wurden weiter gebeten sich in verschiedene beschriebene Situationen zu versetzen und sich dann auf einem Kontinuum, welches von voller Gesundheit zu voller Krankheit reicht, einzuordnen. Folglich werden die Beispielsituationen und die entsprechenden Antworten aufgeführt:

1. *Du hast deinen Arm gebrochen. Es ist der Arm, mit dem du nicht schreibst.*

Folgende Antworten wurden gegeben:

I1: 70% gesund / 30 % krank, [REDACTED]

I2: 80% / 20%, [REDACTED]

I3: 90% / 10%, [REDACTED]

2. Du hast eine Grippe: 38°C Fieber, Husten und Kopfschmerzen

Diese Angaben wurden gemacht:

I1: 40% gesund / 60% krank, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

I2: 60% / 40%, [REDACTED]

[REDACTED]

I3: 70-80% / 20-30%, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

3. Du hast Diabetes, du bist in Behandlung bei einem Arzt.

Die folgenden Antworten wurden gegeben:

I1: 60% gesund / 40% krank, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

I2: 80% / 20%, [REDACTED]

[REDACTED]

I3: 40-50% / 50-60%, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

4. Du hast eine Erkältung: Kein Fieber, Schnupfen, leichte Kopfschmerzen.

Diese Erklärungen wurden gegeben:

I1: 95% gesund / 5% krank, [REDACTED]

[REDACTED]

I2: 95% / 5%, [REDACTED]

I3: 100% / 0%, [REDACTED]

[REDACTED]

5. Du hast deinen Job verloren. Seit 2-3 Monaten bist du auf der Suche nach einem neuen Job, hast aber noch immer nichts gefunden, du weißt jedoch nicht wieso.

Darauf wurden die folgenden Antworten gegeben:

I1: 50% gesund / 50% krank, [redacted]
 [redacted]
 [redacted]
 [redacted]
 [redacted]
 [redacted]

I2: 100% / 0%, [redacted]
 [redacted]
 [redacted]
 [redacted]
 [redacted]

I3: 50% / 50%, [redacted]
 [redacted]
 [redacted]
 [redacted]
 [redacted]

Zur Übersicht werden die angegebenen Prozentsätze in folgender Tabelle zusammengefasst, wobei grün für gesund und orange für krank steht:

Tabelle 2
 Zusammenfassung der Aussagen zum Kontinuum-Beispiel

	I1		I2		I3	
1.	70%	30%	80%	20%	90%	10%
2.	40%	60%	60%	40%	70-80%	30-20%
3.	60%	40%	80%	20%	40-50%	60-50%
4.	95%	5%	95%	5%	100%	0%
5.	50%	50%	100%	0%	50%	50%

4.2.6 Betrachtung von Aussagen aus dem Experteninterview

Verschiedenen Aussagen aus dem Experteninterview wurden mit der Untersuchungsgruppe besprochen, folglich die erfragten Meinungen. Die folgende Tabelle stellt die Antworten dar, wobei grün für Zustimmung und rot für keine Zustimmung steht:

Tabelle 3
Zustimmung und Ablehnung der Aussagen des Experteninterviews

1. Am Anfang braucht es viel gesundheitliche Aufklärung.		
2. Das Vertrauen ist Anfangs ein Problem		
3. Danach wird auch wegen kleinen Dingen gerne nachgefragt.		
		bedingt
4a. Über die psychische Gesundheit sprechen vor allem Männer nicht sehr offen.		
bedingt		
4b. Sie drücken ihre Probleme teilweise anders aus.		
	eher Ja	
5. Der Mann muss der Starke sein, sie müssen das Leid der Frau mittragen. Frauen sprechen eher über ihre Probleme.		
6. Die eigenen Ressourcen werden oft nicht sofort erkannt. Durch den langen Prozess sind viele hoffnungslos.		
	bedingt	
7. Ausgewogene Ernährung muss gelernt werden.		
	oft	

Folglich die genaueren Ausführungen:

1. Am Anfang braucht es viel gesundheitliche Aufklärung.

I1: Stimmt zu.

I2: Stimmt bedingt zu.

I3: Antwort unklar.

2. *Das Vertrauen ist Anfangs ein Problem.*

I1: Ja, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

I2: Stimmt nicht zu, [REDACTED].

I3: Stimmt nicht zu, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

3. *Danach wird auch wegen kleinen Dingen gerne nachgefragt.*

I1: Stimmt nicht zu, [REDACTED]
[REDACTED]

I2: Stimmt zu, [REDACTED]
[REDACTED]

I3: Stimmt zu, [REDACTED]
[REDACTED]

4. *Über die psychische Gesundheit sprechen vor allem Männer nicht sehr offen. Sie drücken ihre Probleme teilweise anders aus.*

I1: Stimmt bedingt zu, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

I2: Stimmt zu, [REDACTED]

I3: Stimmt zu, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

5. *Der Mann muss der Starke sein, sie müssen das Leid der Frau mittragen. Frauen sprechen eher über ihre Probleme.*

I1: Stimmt zu.

I2: Stimmt zu, [REDACTED]

I3: Stimmt zu, [REDACTED].

6. *Die eigenen Ressourcen werden oft nicht sofort erkannt. Durch den langen Prozess sind viele hoffnungslos.*

I1: Stimmt zu, die negativen Dinge und Unklarheiten würden die Ressourcen verdecken.

I2: Stimmt zu, man müsse jedoch auch selbst versuchen etwas zu machen. Die Hoffnungslosigkeit trete ein, wenn man vieles erlebt habe und es lange dauert, Lösungen für manche Dinge zu finden.

I3: Stimmt zu.

7. *Ausgewogene Ernährung muss gelernt werden.*

I1: Stimmt zu, [REDACTED]

I2: Stimmt zu, [REDACTED]

I3: Stimmt zu, [REDACTED]

5 Diskussion

Zahlreiche Aussagen über Definitionen von, Einflussfaktoren auf und den Umgang mit Gesundheit wurden anhand der Interviews mit der Untersuchungsgruppe gesammelt. Nun wird unter Einbezug von theoretischem und empirischem Wissen weiter auf sie eingegangen.

5.1 Definitionen von Gesundheit

Wenn Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit definiert wird, spricht man von Gesundheit als Störungsfreiheit. Dieses Verständnis kennzeichnet das westliche Medizinsystem sowie die westliche Medizinwissenschaft (Franke, 2012). Flick (1998) bezeichnet diese Dimension als negative Abgrenzungen. Auch die Gesundheitsdefinitionen zweier Interviewten können hier zugeordnet werden. Laut Franke (2012) kritisieren Gesundheits- und Sozialwissenschaften die Definition als zu eng, da sie einseitig expertenorientiert sei und das subjektive Befinden der Betroffenen nicht angemessen berücksichtigt werde. Des Weiteren bedeute die Annahme, dass gesund sei, wer keine Störung habe, was Gesundheit und Krankheit zu zwei klar unterscheidbaren, sich ausschliessenden Kategorien mache. Ein Mensch wäre somit also eindeutig entweder gesund oder krank. Als die Befragten gebeten wurden, sich in verschiedenen Beispielsituationen auf einem Kontinuum zwischen voller Gesundheit und Krankheit einzuordnen, erfolgte unter Annahme verschiedener Krankheiten keine Zuordnung zu voller Krankheit. Beide der Befragten begründeten ihre jeweiligen Zuordnungen mit den bleibenden Funktionsfähigkeiten des Körpers. So wurde beispielsweise genannt, dass man dennoch den Haushalt machen und kochen könne. Dies deutet auf eine Definition von Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung hin; «Gesundsein in diesem Sinne bedeutet, eigenen und fremden Anforderungen genügen zu können, stark und kräftig genug zu sein für die anliegenden Aufgaben und seine beruflichen und familiären Angelegenheiten erledigen zu können.», wobei die Kategorie der Leistungsfähigkeit über medizinisches Denken hinausweise (Franke, 2012). Die Definitionen der beiden Interviewten können somit nicht klar einer der Dimensionen zugeordnet werden. Die dritte Person sagte, dass Gesundheit für sie richtig essen und genügend schlafen

bedeutet. Dies kann der Dimension «Gesundheit als Ergebnis bestimmter Handlungsformen» nach Flick (1998, S.8) zugeordnet werden.

5.2 Einflussfaktoren

Es wurden verschiedene Faktoren, welche Einfluss auf die Gesundheit nehmen, erwähnt. Darunter finden sich Faktoren, auf welche klare Einflussmöglichkeiten gesehen werden, sowie auch Faktoren, auf welche kein oder kein direkter eigener Einfluss beschrieben wurde.

5.2.1 Eigener Einfluss

Zu den genannten Faktoren, mit der die Gesundheit direkt selbst beeinflusst werden könne zählen Bewegung, Ernährung, Schlaf sowie das Konsumverhalten.

Dabei wird **Bewegung** von allen Befragten ein grosser Einfluss auf die Gesundheit zugewiesen. Dies wird durch Füzéki und Banzer (2019, S. 334) unterstützt, laut welchen «Bewegungsarmut ein bedeutsamer Risikofaktor für chronische Erkrankungen, frühzeitigen Verlust der Selbstständigkeit und Mortalität» ist. Weiter erhöhe Bewegung das Wohlbefinden sowie die Lebensqualität, habe eine stressregulierende Wirkung und könne die Schlafqualität verbessern. Zwei Interviewte beschreiben einen Einfluss von Bewegung auf das Immunsystem, dieser konnte laut Otto und Ebner (2016) in einigen experimentellen Studien beobachtet, jedoch noch nicht ausreichen belegt werden.

Ernährung ist ein wesentlicher Teil der Gesundheit und Entwicklung (World Health Organization, 2022). Dem scheinen auch die Befragten zuzustimmen, so wurde **Ernährung** von allen als wichtiger Einflussfaktor auf den Gesundheitszustand genannt. Das afghanische Essen wurde von zwei Personen als ungesund kritisiert. Sie stimmten zu, dass ausgewogene Ernährung nach Ankunft in der Schweiz gelernt werden muss.

5.2.2 Externe Einflüsse

Man könne die eigene Gesundheit beeinflussen, aber manchmal sei es auch einfach Zufall oder Schicksal, sagte eine Person. In Rotters (1966, zitiert nach Kormanik & Rocco, 2009) Theorie über das Konstrukt der Kontrollüberzeugung wird in interne und externe Kontrollüberzeugungen unterschieden. Wird eine Verstärkung auf Faktoren ausserhalb der eigenen Kontrolle, wie Glück, Zufall, Schicksal, zurückgeführt, ordnet man dies der externen Kontrollüberzeugung zu, wird sie auf das eigene Verhalten, die eigenen relativ dauerhaften Merkmale oder Eigenschaften zurückgeführt, der internen Kontrollüberzeugung. Die Aussage der befragten Person weist Aspekte der internen sowie der externen Kontrollüberzeugung auf. Flannery (1986, zitiert nach Kormanik & Rocco, 2009) untersuchte den Einfluss der persönlichen Kontrolle auf den Lebensstress. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass je weniger interne Kontrolle eine Person wahrnimmt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit einer Depression. Laut Faltermaier et al. (1998) können Theorien, welche einen «im wesentlichen unkontrollierbaren Einflussprozess auf die Gesundheit» formulieren, an einem aktiven Gesundheitsverhalten hindern. Kontrollüberzeugungen sind somit ein Faktor, welcher bei der Betrachtung von Einflussfaktoren auf die Gesundheit miteinbezogen werden sollen. Laut Maio (2009) wird Krankheit zunehmend als Produkt menschlicher Vorentscheidungen angesehen, wofür man selbst Verantwortung trägt, und weniger als Schicksal. Dabei verliere der Mensch den Blick dafür, dass er vieles nicht selbst beeinflussen kann, wie beispielsweise die Vorbedingungen, in die er hineingeboren wird. Maio beleuchtet den Wandel als problematisch, da er eine auf einer problematischen Selbstdeutung beruhende Grundhaltung zum Leben fördere. Demnach gibt es externe Faktoren, welche ein Individuum nicht selbst beeinflussen kann. Setzt man die beiden Theorien miteinander in Verbindung, kann man zum Schluss kommen, dass ein gewisses Mass an externer Kontrollüberzeugung einen positiven Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden haben kann, jedoch nur wenn die externe nicht die interne Kontrollüberzeugung überwiegt. Der Haltung der befragten Person, sich nicht selbst die ganze Verantwortung für schwere Krankheiten zu geben, sondern gewisse Aspekte externen Faktoren zuzuschreiben, könnte somit ein positiver Einfluss auf das Wohlbefinden zugeschrieben werden.

5.2.3 Religion und Tradition

Zwei der Befragten sind von islamischem Glauben. Eine Person gibt keine genauen Angaben zu ihrer Beziehung zur Religion, weist jedoch darauf hin, dass Religion für viele Angehörige der Gruppe eine wichtige Rolle spiele, was auch den Aussagen der Expertin entspricht. Für eine Person spielte Religion in der Vergangenheit eine zentrale Rolle und ist heute weniger gewichtet, aber noch immer präsent. Die Person berichtet, dass religiöse Alltagsrituale sich positiv auf ihre psychische Gesundheit auswirken. Die im Artikel von Murken (1998) dargestellten Befunde zeigen auf, dass Religiosität Trost, Kraft und Vertrauen spenden kann, was sich positiv auf die psychische Gesundheit sowie das Wohlbefinden auswirken kann. Sie könne jedoch auch Ängste hervorrufen oder Druck erzeugen. Wie stark sich die Effekte auswirken, sei davon abhängig, wie wichtig die Religiosität im Leben eines Menschen sei. Klein und Albani (2011) zufolge ist die Gruppe deren Religiosität eher zu vermehrter psychischer Belastung beiträgt kleiner. Welchen Einfluss Religion auf die Gesundheit hat, ist somit von der individuellen Situation abhängig.

Eine Person gab an, keine Religion zu haben, ihr Verständnis von Gesundheit befinde sich im traditionellen Bereich, wozu laut der Person Rezepte von vorherigen Generationen, welche weitergegeben und zur Behandlung verwendet werden, gehören. Nach Lipson und Omidian (1992) werden im «traditionellen afghanischen medizinischen Volksglauben» Krankheiten als Ergebnis eines Ungleichgewichts angesehen, als heiss oder kalt eingestuft und entsprechend mit unterschiedlichen Diäten, Lebensmitteln und Medikamenten behandelt. In den meisten Familien gäbe es eine ältere Frau, die wisse, wie die Hausmittel zubereitet werden. Leichte Erkrankungen würden eher mit Hausmitteln und Diätetik behandelt werden, während bei schwereren Erkrankungen auch biomedizinische Mittel eingesetzt werden. Oft würden mehrere Arten von Behandlung gleichzeitig angewendet werden, wobei es keine klare Hierarchie gäbe. Die befragte Person gab dem traditionellen Bereich mehr Gewicht als dem biomedizinischen. Weiter erwähnte die Person, dass das Vertrauen zu Gesundheitsfachpersonen kein Problem darstelle, da diese studiert haben und somit ihre Aufgabe richtig machen. Die zwei weiteren Befragten ordneten

sich mehrheitlich dem biomedizinischen Bereich zu und nannten, neben Tee bei leichten Erkrankungen, keine Aspekte von traditioneller Medizin.

5.2.4 Weitere Einflussfaktoren

Der in Afghanistan herrschende **Krieg** sowie das Leben in ständiger Angst sei psychisch belastend und ein Grund, weshalb die meisten Leute aus Afghanistan psychische Probleme hätten, berichtete eine Person. Laut Bogic et al. (2015) weisen vorhandene Erkenntnisse deutlich auf eine starke Verbreitung von psychischen Störungen bei Kriegsflüchtlingen viele Jahre nach der Neuansiedlung hin. Dieses erhöhte Risiko sei jedoch möglicherweise nicht nur eine Folge des Kriegstraumas, sondern könne auch durch post-migratorische sozioökonomische Faktoren beeinflusst werden. Für klarere Erkenntnisse bedürfe es weiterer Forschung.

Personen mit afghanischer Staatsbürgerschaft welche nicht in Afghanistan geboren sind, sondern in Transitländern, können soziale Exklusion, **Diskriminierung** und Rechtlosigkeit erfahren haben (Kohlenberger et al., 2021). Zwei der Befragten sind im Iran geboren und aufgewachsen. Beide geben an, dass Bewerbungsabsagen aus rassistischen Gründen sich deutlich stärker auf ihre Gesundheit auswirken als Absagen aus nachvollziehbaren Gründen, wie fehlende Qualifikationen. Dabei sagte eine Person weiter, dies im Iran viel erlebt zu haben und nie mehr erleben zu möchten. Eine Studie mit einer Gruppe von Afroamerikanern kam zum Schluss, dass rassenbedingter Stress ein deutlich stärkerer Risikofaktor für psychische Belastungen darstellt als belastende Lebensereignisse generell (Utsey et al., 2008). Es ist eine Übereinstimmung der Ergebnisse der Studie mit den Aussagen der Befragten zu erkennen.

Zwei Personen berichteten, dass langes Warten auf die Auflösung von Situationen oder Problemen belastend sei und hoffnungslos machen könne. Eine Person nannte dabei spezifisch Auswirkungen von Abläufen und Situationen des schweizerischen Asylprozesses als Einflussfaktor. Phillimore und Cheung (2021) bestätigen durch ihre empirische Analyse einen Zusammenhang zwischen mit Wartezeiten und Unsicherheit verbundenen staatlichen Regelungen und der Gesundheit von

Asylsuchenden. Die von ihnen erbrachte Evidenz zeigt einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen den, durch das Asylverfahren im Vereinigten Königreich entstehenden, verlängerten Perioden **wartebedingter Unsicherheit** und der Gesundheit auf. Viele afghanische Asylsuchende in der Schweiz erhalten in der Schweiz den Status «vorläufig Aufgenommen», (Flüchtlingshilfe Schweiz, o. D.) welcher für 12 Monate verfügt und vom Aufenthaltskanton um jeweils 12 Monate verlängert werden kann (Staatssekretariat für Migration SEM, 2021a). Ob dies ähnliche Effekte auslöst, ist nicht erforscht.

Die Studie von Löbel (2020) zeigte auf, dass bei Flüchtlingen, deren gesamte **Kernfamilie im Ausland** lebt, die Wahrscheinlichkeit grösser ist, dass die psychische Gesundheit leidet, als bei Flüchtlingen, die mit allen Mitgliedern der Kernfamilie zusammenleben. Die Aussagen der Befragten, welche es als belastend beschreiben, Familienmitglieder in benachbarten Ländern und in der Heimat nicht besuchen zu können, scheinen damit übereinzustimmen. Eine befragte Person nannte mehr Kontakt mit der Familie aufzunehmen als Möglichkeit, die psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen.

Arbeit wurde von zwei Personen als Einflussfaktor genannt. Eine beschrieb einen positiven Einfluss von Arbeit auf die psychische Gesundheit. Durch die Arbeit sei sie von ihren Gedanken abgelenkt, käme dadurch nicht in Stress- oder Angstzustände und könne am Abend besser einschlafen. Lai et al. (2022) untersuchten den Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit bei Menschen mit Flüchtlings- und Asylbewerberhintergrund anhand eines Systematic Reviews von 72 quantitative Studien. Die Resultate zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Flüchtlingen und Aspekten der Erwerbstätigkeit, wobei positive Auswirkung auf die psychische Gesundheit, insbesondere auf die Verringerung von psychischer Belastung und Depression, sowie eine höhere Lebenszufriedenheit und die Erleichterung einer erfolgreichen Integration festgestellt wurden. Eine kleinere Zahl an Studien habe sich mit der körperlichen Gesundheit befasst, deren Ergebnisse deuten auf eine tendenziell bessere körperliche Gesundheit bei Erwerbstätigen als bei Arbeitslosen hin. Von den im Rahmen dieser

Arbeit interviewten Personen wurden auch mögliche negative Einflüsse genannt, wie nicht ergonomische Arbeitsweisen, ein erhöhtes Unfallrisiko bei unqualifizierten Arbeitern, sowie psychische Belastung durch Probleme mit dem Lehrbetrieb, Lehrern oder Mitarbeitenden.

Ein Zusammenhang zwischen **finanziellen Ressourcen und sozialen Kontakten** wurde durch eine befragte Person aufgestellt. Die Person berichtete, dass es bei Wegfall des Einkommens schwierig sei, soziale Kontakte aufrechtzuhalten, da in der Schweiz alles etwas koste. Dieser Zusammenhang wurde noch nicht weiter untersucht, jedoch wurde anhand eines Systematic Reviews, in welches mehrere Querschnitt- und Längsschnittstudien mit älteren Personen einbezogen wurden, ein Einfluss von niedrigem Einkommen und Wahrnehmung schlechter Finanzen auf soziale Isolation nachgewiesen (Ejiri et al., 2021).

Im Experteninterview wurde das Thema **sexueller Missbrauch** angesprochen. Es wurde genannt, dass viele auf ihrem Weg in die Schweiz solche Erfahrungen machen und es ihnen oftmals sehr schwerfällt, drüber zu sprechen. Bei einer kritisch-interpretativen Analyse von 25 akademischen Studien und 22 relevanten Dokumenten kamen De Schrijver et al. (2018) zum Schluss, dass Migranten, Personen, die internationalen Schutz beantragen, und Flüchtlinge von sexueller Gewalt bedroht und die Erfahrungen mit sexueller Gewalt bei in Europa lebenden Migranten weit verbreitet sind, es fehle jedoch an repräsentativen Studien, die eine solide Datengrundlage bieten. Von den Befragten wurde das Thema nicht angesprochen, was verschiedene Hintergründe haben kann.

5.3 Umgang mit dem Thema

Mit dem Umfeld in der Schweiz wird grundsätzlich offen über das Thema Gesundheit gesprochen. Die Aussage einer befragten Person, dass dies jetzt so sei, da sie nun in der Schweiz integriert ist, weist darauf hin, dass dies nicht unbedingt bei Ankunft schon der Fall ist, dies würde auch mit den Aussagen der Fachperson übereinstimmen. Der Aussage, dass vor allem Männer nicht sehr offen über ihre Gesundheit sprechen, stimmen alle Befragten zu. Dies hat laut zwei Befragten

kulturelle Gründe. Eine Person erwähnte, dass jedoch bei Fachpersonen eher ein offenerer Umgang mit dem Thema gewählt wird. Der Bericht einer weiteren Person, dass bei einem Angehörigen erst nach mehrfachem Aufsuchen von Fachpersonen eine psychische Erkrankung festgestellt werden konnte, scheint nicht mit dieser Aussage übereinzustimmen. Offen bleibt dabei, welche Rolle der Altersbeziehungsweise Generationenunterschied sowie der Integrationsgrad hier spielt. Die Aussage, dass der Angehörige kaum Deutsch beherrsche und das Haus nicht viel verlasse, scheint klare Differenzen im Integrationsgrad der zwei Personen aufzuzeigen, da erstere Person Deutsch sowie Schweizerdeutsch nahezu fehlerfrei beherrscht und sich in einer beruflichen Ausbildung befindet. Ein Einfluss der oben genannten Aspekte wäre somit möglich, kann jedoch anhand vorliegender Daten nicht bestätigt werden. In einer Studie wurden die Erfahrungen von Erwachsenen bei der Inanspruchnahme von Hilfe bei sexuellen Problemen untersucht. Die Ergebnisse geben Grund zur Annahme, dass ein offener Umgang mit dem Thema im familiären Umfeld die Wahrscheinlichkeit erhöht, bei Problemen Hilfe zu suchen, da eine positive Einstellung zur Sexualität nachweislich die Wahrscheinlichkeit erhöht, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Schaller et al., 2020). Ähnliche Effekte sind auch bezüglich Themen der psychischen und körperlichen Gesundheit denkbar, wurden jedoch nicht untersucht.

5.4 Beantwortung der Fragestellung

Wie lässt sich das Verständnis von Gesundheit von geflüchteten in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan beschreiben?

Die Vorstellungen der Befragten können nicht klar einer Dimension von Gesundheitsdefinitionen zugeordnet werden. Sie enthalten jedoch Aspekte von «Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit», «Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung» (Franke, 2012, S. 38-45) und Gesundheit als «Ergebnis bestimmter Handlungsformen» (Flick, 1998, S. 8). Sie geben an, durch Ernährung und Bewegung selbst Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen zu können. Auch Krieg, Diskriminierung, wartebedingte Unsicherheiten, und Mitglieder der Kernfamilie im Ausland, welche nicht besucht werden können, sind Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Externen Faktoren wie Zufall, Schicksal und Gott wurden von einem Teil

der Befragten ein bedingter Einfluss zugewiesen. Dem religiösen Glauben wurde ein positiver Einfluss auf die psychische Gesundheit zugewiesen, der Faktor spielt jedoch nicht bei allen Befragten eine Rolle. Es gibt traditionelle afghanische Hausmittel, welche von manchen zur Besserung gesundheitlicher Probleme angewandt werden. Sie schliessen in den meisten Fällen biomedizinische Mittel nicht aus. Mit dem Thema Gesundheit wird ein offener Umgang gepflegt, dies war jedoch nicht bei allen seit Ankunft so. Auf Grund der afghanischen Kultur sprechen vor allem Männer nicht sehr offen über ihre Probleme, vor allem nicht über psychische.

Welche Handlungsempfehlungen können aus den gewonnenen Erkenntnissen abgeleitet werden? Auf mögliche Handlungsempfehlungen wird in der Schlussfolgerung weiter eingegangen.

5.5 Limitationen

Auf Grund der kleinen Zahl an Befragungen konnte in dieser Arbeit keine theoretische Sättigung erreicht werden. Eine grössere Zahl hätte den Umfang einer Bachelorarbeit überschritten. Von den zahlreichen afghanischen Volksgruppen wurden nicht alle abgedeckt. Das Alter der Befragten liegt zwischen 22 und 27 Jahren, womit nicht alle Altersgruppen abgedeckt wurden. Alle Teilnehmenden der Untersuchungsgruppe leben seit etwa sieben Jahren in der Schweiz. Während dieser Zeit können sich ihre Vorstellungen von Gesundheit bereits verändert haben, dies auch unterbewusst.

6 Schlussfolgerung

Die Befragten hatten kein einheitliches Verständnis von Gesundheit. Es fanden sich Aspekte von «Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit», «Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung» (Franke, 2012, S. 38-45) und Gesundheit als «Ergebnis bestimmter Handlungsformen» (Flick, 1998, S. 8). Es wurde auch Aspekten einen Einfluss auf Gesundheit zugewiesen, welche sich nicht in biomedizinischen Definitionen wiederfinden, namentlich sind dies: Gott beziehungsweise Religion, Zufall und Schicksal, sowie traditionelle Medizin.

Subjektive Vorstellungen oder Konzepte von Gesundheit sind von Alter (Haverkamp, 2018; Flick, 1998), Geschlecht (Haverkamp, 2018; Flick, 1998), sozioökonomischer Lage (Haverkamp, 2018), Gesundheitszustand (Flick, 1998) sowie soziokulturellen (Ruckstuhl, 2019; Haverkamp, 2018), religiösen (Zeeb et al., 2019; Haverkamp, 2018), traditionellen (Zeeb et al., 2019; Holland & Hogg, 2010), kulturellen (Holland & Hogg, 2010), ökonomischen und politischen (Ruckstuhl, 2019) Faktoren abhängig.

Gesundheitliche Angebote sind zielführender (Flick, 1998) und werden besser angenommen wenn sie Bedürfnisse, Lebensrealität (Weigl & Gaiswinkler, 2019) und Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (Flick, 1998) der Zielgruppe angepasst sind. Weitere Forschung zu subjektiven Vorstellungen und Verständnissen von Gesundheit und Krankheit bei verschiedenen Gruppen könnte somit zur besseren Erreichung dieser sowie zur Konzipierung wirksamerer Interventionen für sie beitragen. Für weitere Forschung in der Untersuchungsgruppe der in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan wäre die Abdeckung weiterer Volks- und Altersgruppen sowie ein Vergleich zwischen Personen aus ländlichen und städtischen Gebieten als auch Transitländer interessant. Dies mitunter, um einen möglichen Einfluss dieser Faktoren auf das subjektive Verständnis von Gesundheit zu erkennen.

Einige der von den Interviewten genannten Einflussfaktoren, sei es Ernährung, Bewegung oder ergonomisches Arbeiten, gehören zu den klassischen Themen, mit welchen man sich in der Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigt. Es

wurden aber auch Einflussfaktoren wie Krieg, Diskriminierung, durch das Asylverfahren verursachte wartebedingte Unsicherheiten und Angehörige der Kernfamilie im Ausland, welche man nicht besuchen kann, sowie sexueller Missbrauch auf dem Fluchtweg, genannt. Aspekte, die bei der Arbeit mit Afghaninnen und Afghanen, mit Personen aus Kriegsgebieten und mit Personen mit Fluchterfahrung generell nicht ausser Acht gelassen werden sollten.

Bei Personen aus Afghanistan, welche neu in der Schweiz ankommen, soll weiterhin eine Aufklärung bezüglich ausgewogener Ernährung stattfinden. Dies wurde von den Befragten als nötig beschrieben.

Weiter ist zu beachten, dass bezüglich der Gesundheit, mehr noch der psychischen und sexuellen Gesundheit, ein eher zurückhaltender Umgang gepflegt wird, was sich vor allem bei Männern äussert. Dies scheint jedoch eher Personen, welche noch nicht lange in der Schweiz leben, zu betreffen.

7 Literaturverzeichnis

- Allianz Gesundheitskompetenz. (2019). *Gesundheitskompetenz Verständlich informieren und beraten, Praxisleitfaden*. https://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/download/pictures/d2/nzlp837npc2js9q1u5amosa8yzvtgf/praxisleitfaden_gesundheitskompetenz_de.pdf
- Altgeld, T. (2006). Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 389–404). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90357-6_23
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Brazier, A. (2015). *Afghan Community Engagement Project—Building community capacity to better understand and access primary health care services* (S. 31). South Eastern Melbourne Medicare Local. <https://enliven.org.au/wp-content/uploads/2018/06/Afghan-Community-Engagement-Health-Literacy-Project-SEMML-Final-Report-2015.pdf>
- Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA) (Hrsg.). (2016). *AfPak Grundlagen der Stammes- & Clanstruktur*.
- Colucci, E., Minas, H., Szwarc, J., Guerra, C., & Paxton, G. (2015). In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 766–790. <https://doi.org/10.1177/1363461515571624>
- De Schrijver, L., Vander Beken, T., Krahe, B., & Keygnaert, I. (2018). Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1979. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091979>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. (8.). Eigenverlag. https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf
- Ejiri, M., Kawai, H., Ishii, K., Oka, K., & Obuchi, S. (2021). Predictors of older adults' objectively measured social isolation: A systematic review of observational studies. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94, 104357. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104357>
- Faltermaier, T., Kühnlein, I., & Burda-Viering, M. (1998). Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Journal of Public Health*, 6(4), 309–326. <https://doi.org/10.1007/BF02956015>
- Flick, U. (Hrsg.). (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Juventa-Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-39918>
- Flüchtlingshilfe Schweiz. (o. D.). *Afghanistan* [Webseite]. Abgerufen 22. April 2022, von <https://www.fluechtlingshilfe.ch/themen/laenderinformationen/herkunftslaender/afghanistan>
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3., überarb. Aufl). Huber.
- Füzéki, E., & Banzer, W. (2019). Bewegung und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 333–346). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_32
- Hafeezullah, M. (2008). *Krankheitsbilder und -wahrnehmung afghanischer, indischer und pakistanischer Patienten in der Hausarztpraxis*. Universität Hamburg.
- Haverkamp, F. (2018). Gesundheitliche Ungleichheit und neue Morbidität. In E.-U. Huster, J.

- Boeckh, & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (S. 479–502). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19077-4_21
- Helfferich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559–574). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_39
- Holland, K., & Hogg, C. (2010). *Cultural awareness in nursing and health care: An introductory text*. Hodder Arnold.
- Holtmann, M., & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13(4), 195–200. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.13.4.195>
- Jain, B., Bajaj, S. S., Noorhuda, M., & Crews, R. D. (2021). Global health responsibilities in a Taliban-led Afghanistan. *Nature Medicine*, 27(11), 1852–1853. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01547-8>
- Klein, C., & Albani, C. (2011). *Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit: Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell*. 3(1). <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/20/ZfN-2011-1-20.pdf>
- Kohlenberger, J., Rengs, B., Leitner, S., & Buber-Ennser, I. (2021). Psychosoziale Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe in Österreich: Zur Prävalenz von Angststörungen und Depressionen unter syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten. In *Flucht und Asyl—Internationale und österreichische Perspektiven*. Jahrestagung für Migrations- und Integrationsforschung in Österreich, Wien. Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- Kormanik, M. B., & Rocco, T. S. (2009). Internal Versus External Control of Reinforcement: A Review of the Locus of Control Construct. *Human Resource Development Review*, 8(4), 463–483. <https://doi.org/10.1177/1534484309342080>
- Kunz, M. (2021, September 18). *Im Einsatz für die Menschen in Afghanistan*. YoungCaritas MigrAction-Weekend 2021, Einsiedeln, Schweiz.
- Lai, H., Due, C., & Ziersch, A. (2022). The relationship between employment and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds: A systematic review of quantitative studies. *SSM - Population Health*, 101075. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101075>
- Lindstrom, B. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440–442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Lipson, J., & Omidian, P. (1992). Health issues of Afghan refugees in California. *The Western journal of medicine*, 157, 271–275.
- Löbel, L.-M. (2020). Family separation and refugee mental health—A network perspective. *Social Networks*, 61, 20–33. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2019.08.004>
- Maio, G. (2009). Gesundheit als oberstes Gut? Ethische Reflexionen zur ideologischen Verstrickung der modernen Medizin. In I. Biendarra (Hrsg.), *Gesundheit—Gesundheiten? Eine Orientierungshilfe* (S. 8). Königshausen & Neumann.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Beltz.
- Merrill, L., Paxson, D., & Tobey, T. (2006). *An Introduction to Afghanistan Culture*. Islam Awareness Homepage. https://islamawareness.net/Asia/Afghanistan/afghanistan_article1003.pdf
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Waxmann.

- Österreichisches Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl. (o. D.). *Allgemeines zu Asyl*. Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl. https://www.bfa.gv.at/201/Ablauf_Asylverfahren/start.aspx
- Otto, S., & Ebner, F. (2016). Onkologie – „Bewege Dich und Dein Immunsystem – was bewirkt körperliche Aktivität?“. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(01), 23–25. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552484>
- Phillimore, J., & Cheung, S. Y. (2021). The violence of uncertainty: Empirical evidence on how asylum waiting time undermines refugee health. *Social Science & Medicine*, 282, 114154. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114154>
- Ruckstuhl, B. (2019, Februar 25). *Gesundheitsbegriff und Gesundheitsverständnis im Wandel*. Kurztagung «Definitionen von Gesundheit – Folgen für die Praxis», Bern. https://promotionsante.ch/assets/public/documents/de/6-ueber-uns/medien/news/190423-kurztagung-definition-von-gesundheit/190225_Gesundheitsbegriff_Ruckstuhl.pdf
- Schaller, S., Traeen, B., & Lundin Kvaem, I. (2020). Barriers and Facilitating Factors in Help-Seeking: A Qualitative Study on How Older Adults Experience Talking about Sexual Issues With Healthcare Personnel. *International Journal of Sexual Health*, 32(2), 65–80. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1745348>
- Siegrist, J. (2015). Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit. In A. K. Weilert (Hrsg.), *Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat* (S. 53–62). Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845253916-53>
- Staatsekretariat für Migration. (2021). *Asylgesuche, erstinstanzliche Erledigungen und Asyl für Gruppen nach Nation vom 1.1.2021 bis am 31.12.2021* (Tabelle Nr. 7–20). <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/de/data/publiservice/statistik/asylstatistik/2021/12/7-20-Bew-Asylgesuche-J-d-2021-12.xlsx.download.xlsx/7-20-Bew-Asylgesuche-J-d-2021-12.xlsx>
- Staatssekretariat für Migration SEM. (2021a, Januar 19). *Ausweis F (Vorläufig aufgenommene Ausländer)*. https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f_vorlaeufig.html
- Staatssekretariat für Migration SEM. (2021b). *Asylstatistik 2020*. <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/de/data/publiservice/statistik/asylstatistik/2020/stat-jahr-2020-kommentar.pdf.download.pdf/stat-jahr-2020-kommentar-d.pdf>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Prospects 2019*. <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>
- United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR. (2021). *Global Trends 2020*. <https://www.unhcr.org/2020-global-trends-annex.xlsx>
- Utsey, S. O., Giesbrecht, N., Hook, J., & Stanard, P. M. (2008). Cultural, sociofamilial, and psychological resources that inhibit psychological distress in African Americans exposed to stressful life events and race-related stress. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 49–62. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.1.49>
- Weigl, M., & Gaiswinkler, S. (2019). *Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit* [Wissenschaftlicher Bericht]. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.
- Weltgesundheitsorganisation WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*.
- Williams, L., Brown, D., & James, P. (2019). *Religious Characteristics of States Dataset Project—Demographics v. 2.0 (RCS-Dem 2.0), COUNTRIES ONLY*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7SR4M>

- World Health Organization. (2022). *Nutrition*. <https://www.who.int/health-topics/nutrition#:~:text=Nutrition%20is%20a%20critical%20part,Healthy%20children%20learn%20better>.
- Zeeb, H., Hübner, W., & Spallek, J. (2019). Migration und gesundheitliche Ungleichheit. In J. Pundt & M. Cacace (Hrsg.), *Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit* (1. Auflage, S. 117). APOLLON University Press.
https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/51172/9783943001655_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zwi, K. J., Woodland, L., Kalowski, J., & Parmeter, J. (2017). The Impact of Health Perceptions and Beliefs on Access to Care for Migrants and Refugees. *Journal of Cultural Diversity, Fall2017*, 63–72.

8 Weitere Verzeichnisse

8.1 Abbildungsverzeichnis



8.2 Tabellenverzeichnis



Tabelle 2 Zusammenfassung der Aussagen zum Kontinuum-Beispiel..... 32

Tabelle 3 Zustimmung und Ablehnung der Aussagen des Experteninterviews..... 33

9 Eigenständigkeitserklärung

Eigenständigkeitserklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.


Rebecca Brunner  06.05.2022

Wortzahl Abstract (ohne Keywords): 179

Wortzahl Abstract (mit Keywords): 193

Wortzahl Arbeit (exklusive Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen,
Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 9'995

10 Anhang

Anhang A: Literaturrecherche

Ein- und Ausschlusskriterien

- Es werden Quellen in den Sprachen Deutsch und Englisch miteinbezogen.
- Um eine gewisse Aktualität zu gewährleisten, soll die verwendete Literatur, wenn möglich ab 2015 publiziert worden sein.
→ Dies wurde beim Grossteil der verwendeten Quellen eingehalten. Wo keine neueren Informationen zu finden waren wurden teilweise auch ältere Quellen verwendet: 9 Quellen stammen vom Zeitraum 2005-2009, zwei vom Jahr 2014, eine vom Jahr 1992 und drei vom Jahr 1998.
- Die Studien beschäftigen sich mit Gesundheitsverständnissen von Personen aus Afghanistan, mit der Relevanz von Gesundheitsverständnissen für die Gesundheitsbranche oder mit dem Einfluss von Gesundheitsverständnissen auf die Gesundheit.
→ Im späteren Verlauf wurden weitere Quellen hinzugezogen, welche sich mit unterschiedlichen, von den Befragten genannten Aspekten auseinandersetzen.
- Vom Ausschliessen grauer Literatur wird abgesehen. Dies mehrheitlich da sie weitere Informationen zu Themen mit dünner Datenlage beinhalten kann.

Folgend das Rechercheprotokoll einer ersten Recherche. Die verwendete Literatur wurde im Weiteren anhand von nicht-systematischen Suchen ergänzt.

Datenbank	Suchalgorithmus	Einschränkungen	Weitere Schritte	Ergebnis
CINAHL complete	("concept* of health" OR "health belief*" OR "understanding of health") AND (refugees OR asylum seekers OR displaced OR migrants OR immigrants	Title or subject	Zu ungenau, weiter einschränken.	700
CINAHL complete	("concept* of health" OR "health belief*" OR "understanding of	Title	Oft spezifisch zu bestimmten Themen wie «oral health»,	45

	health") AND (refugees OR asylum seekers OR displaced OR migrants OR immigrants)		«cardiovascular disease risk», «pap smear practice».	
CINAHL complete	("concept* of health" OR "health belief*" OR "understanding of health") AND (refugees OR asylum seekers OR displaced OR migrants OR immigrants) AND afghan*	All fields	Die drei Studien werden genauer untersucht.	3
LIVIVO	("concept* of health" OR "health belief*" OR "understanding of health") AND (refugees OR asylum seekers OR displaced OR migrants OR immigrants)	Title	Oft zu spezifischen Themen oder Gruppen wie «safer sexual behaviour», «Latinx», «prevention misquito of born disease».	29
LIVIVO	("concept* of health" OR "health belief*" OR "understanding of health") AND (refugees OR asylum seekers OR displaced OR migrants OR immigrants)	Keywords	Die Studie ist für das Thema der Arbeit nicht brauchbar.	1

Anhang B: Einverständniserklärung Interviews

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Bachelorarbeit «Das ist Gesundheit für mich.»

Ich erkläre mich damit einverstanden, an einem Interview im Rahmen dieser Bachelorarbeit teilzunehmen. (Das Interview wird über die Plattform MS Teams durchgeführt.) Ich wurde über den Zweck und das Ziel der Arbeit informiert. An dieser Befragung nehme ich freiwillig teil. Meine Zustimmung zur Teilnahme kann ich ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen.

Alle von mir gemachten Aussagen werden nur in anonymisierter Form weiterverwendet. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen. Personenbezogene Kontaktdaten werden vertraulich behandelt und für Dritte unzugänglich gespeichert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Gespräch digital aufgezeichnet wird. Das Audiomaterial wird ausschliesslich zur Verschriftlichung der Antworten (Transkription) verwendet und dient der Datenauswertung. Nach Abgabe der Bachelorarbeit (Mai 2022) werden die Aufzeichnungen umgehend gelöscht.

Name

Datum

Unterschrift

Angang C: Leitfaden Experteninterview

Interviewte Person:

Interviewerin: Rebecca Brunner

Interviewdatum:

Experteninterview zum Gesundheitsverständnis von in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan

Ein Leitfaden für die Durchführung von qualitativen Experteninterviews

Einleitung:

Nicht alle definieren Gesundheit gleich.

Wissen und Wahrnehmung der untersuchten Gruppe. Es gibt kein richtig oder falsch.

Soll dabei helfen, dass bei den Interviews mit der untersuchten Gruppe keine Themen übersehen / nicht angesprochen werden.

EMH Projekt. Kulturelle Anpassungen. Ein Start, soll nicht Partizipation ersetzen, soll auch nicht Stereotypisierung fördern. Eventuell als nächste Sprache für die App. Das Interview heute soll einen ersten Überblick geben. Ein erstes Reinspüren ins Thema, es gibt so gut wie keine Quellen dazu. Soll mir dabei helfen, dass ich nicht bestimmte Bereiche gar nicht erfrage, die vielleicht wichtig wären aber mir nicht bewusst sind.

Wissen und Wahrnehmung der untersuchten Gruppe. Es gibt kein richtig oder falsch. Soll dabei helfen, dass bei den Interviews mit der untersuchten Gruppe keine Themen übersehen / nicht angesprochen werden.

Gibt es bestimmte Themen, die oft angesprochen werden?
--

Antwort

Können die Personen ihre Probleme in Worten beschreiben?
--

Antwort

Sprechen sie offen über das Thema psychische Gesundheit?
--

Antwort

Wie sehen sie ihren Einfluss auf ihre Gesundheit?

Antwort

Weitere aufbauende Fragen...

Anhang D: Leitfaden Interviews Untersuchungsgruppe

Interviewte Person:

Interviewerin: Rebecca Brunner

Interviewdatum:

Gesundheitsverständnis von in der Schweiz lebenden Personen aus Afghanistan

Ein Leitfaden für die Durchführung von qualitativen Interviews mit der untersuchten Gruppe

Einleitung:

Zuerst erzähle ich dir etwas über mich: Studium, Praktikum beim schweizerischen Roten Kreuz, EMH Projekt:

App für geflüchtete Personen in der Schweiz: Informationen zum Leben in der Schweiz: Wohnungssuche, Jobsuche, Gesundheitssystem, Tipps, Übungen etc.

Kulturelle Anpassungen. Dari/Farsi eventuell als nächste Sprache für die App.

Das Interview heute soll einen ersten Überblick geben.

Ein erstes Reinspüren ins Thema. Mit den Leuten sprechen und sie miteinbeziehen.

Das ist auch bei der Entwicklung der App sehr wichtig.

Heute möchte ich mit dir über dein Verständnis von Gesundheit sprechen. Nicht alle definieren Gesundheit gleich. Es gibt kein richtig oder falsch. Ich bitte dich, offen alles zu sagen, was dir in den Kopf kommt. Alles was du heute sagst wird mit Vertrauen behandelt. Die Daten, die ich mit den Interviews sammle, verwende ich nur anonymisiert in meiner Bachelorarbeit.

Zuerst ein paar Fragen zu dir selbst:

Alter, Wie lange hier?, Wo hast du zuvor gelebt?, Wann hast du Afghanistan verlassen? Volksgruppe, berufliche Situation, aktuelle Wohnsituation

Gesundheit bedeutet nicht für alle das gleiche. Was kommt dir als erstes in den Kopf, wenn du das Wort Gesundheit hörst? Was bedeutet Gesundheit für dich?

Wie entsteht Gesundheit/Krankheit aus? Durch was wird es ausgelöst?

Kannst du deine Gesundheit/Krankheit beeinflussen? Wie?

Was verstehst du unter psychischer Gesundheit?

Sprecht ihr in deinem Umfeld oder in deiner Familie offen über das Thema Gesundheit? Wie sieht es mit der psychischen Gesundheit aus?

gesund

krank

Ich bin voll und ganz gesund. / Ich fühle mich voll und ganz gesund.

Ich bin sehr krank. / Ich fühle mich sehr krank.

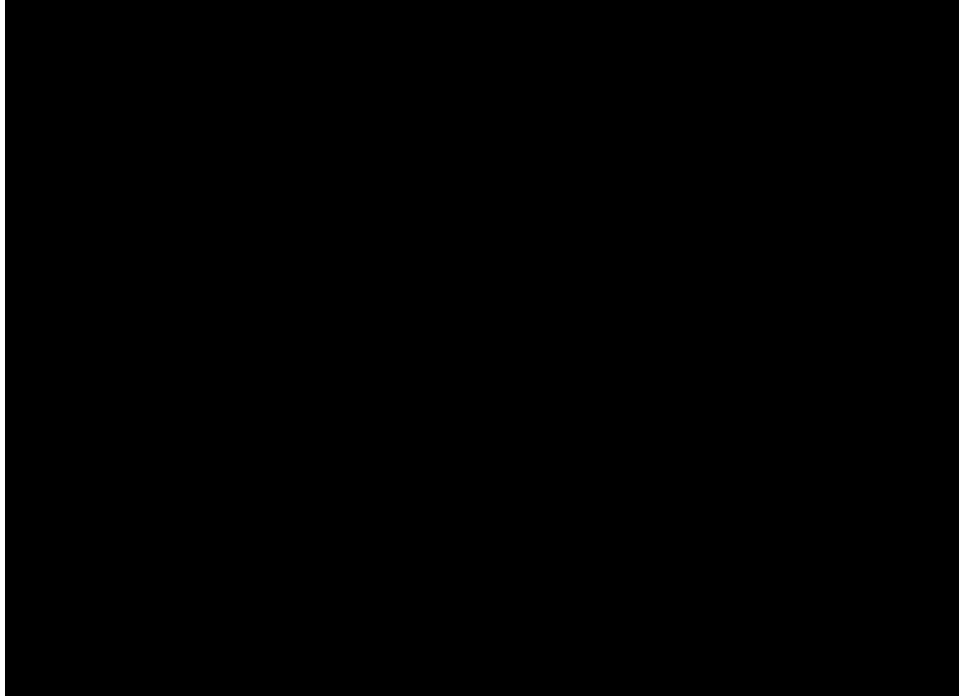
1) Hier siehst du ein Bild. Ganz links ist, wenn du dich voll und ganz gesund fühlst. Ganz rechts ist, wenn du dich sehr krank fühlst. Ich nenne dir jetzt ein paar Beispiele und möchte, dass du dich dir Situation vorstellst. Dann möchte ich, dass du mir sagst, wo du dich in diesem Beispiel einordnen würdest.

Beispiele:

- Du hast deinen Arm gebrochen. Nicht schreiben.
- Du hast eine Grippe: 38°C Fieber, Husten und Kopfschmerzen
- Du hast Diabetes, du bist in Behandlung bei einem Arzt
- Du hast eine Erkältung: Kein Fieber, Schnupfen, leichte Kopfschmerzen
- Du hast deinen Job verloren. Seit 2-3 Monaten bist du auf der Suche nach einem neuen Job, hast aber noch immer nichts gefunden.

2) Wieso hast du dich so eingeordnet? Was sind deine Gedanken dabei?

Kannst du dich hier einordnen? Warst du schon immer dort oder würdest du dein früheres selbst anders einordnen? Wo?



Aussagen vom Experteninterview:

1. Am Anfang braucht es viel gesundheitliche Aufklärung.
2. Das Vertrauen ist Anfangs ein Problem.
3. Danach wird auch wegen kleinen Dingen gerne nachgefragt.
4. Über die psychische Gesundheit sprechen vor allem Männer nicht sehr offen. Sie drücken ihre Probleme teilweise anders aus.
5. Der Mann muss der starke sein, sie müssen das Leid der Frau mittragen. Frauen sprechen eher über ihre Probleme.
6. Die eigenen Ressourcen werden oft nicht sofort erkannt. Durch den langen Prozess sind viele hoffnungslos.
7. Ausgewogene Ernährung muss gelernt werden.

Anhang E: Transkriptionsregeln

Die in dieser Arbeit verwendeten Transkriptionsregeln wurden von Dresing und Pehl (2018, S. 21-22) übernommen:

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heisst, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.

10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).

Anhang F: Interviewprotokolle

E1

█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]
█	[REDACTED]

	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]

11



[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]



[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

The table consists of 25 rows. Each row is completely obscured by a thick black horizontal bar, making the content of the table unreadable. The bars vary in length and position, suggesting they are covering different parts of the table's cells.

[Redacted text block]

[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]



[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]
■	[Redacted]

[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]



Anhang G: Kodierleitfaden

Deduktive Oberkategorien (OK); erstellt anhand von Interviewleitfaden

Code OK	Oberkategorie
A	Definition Gesundheit
B	Definition Krankheit
C	Ressourcen
D	Risikofaktoren
E	Einfluss auf Gesundheit
F	Einfluss auf Krankheit
G	Umgang mit dem Thema

Deduktive Oberkategorien mit induktiven Kategorien und Unterkategorien; erstellt im Laufe der Auswertung

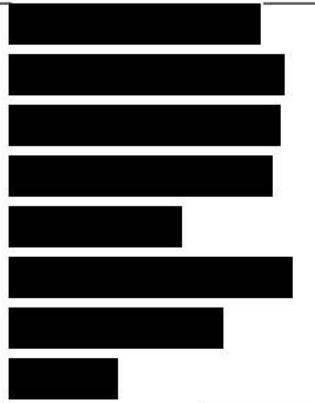



Code OK	Code	Kategorie (induktiv)	Ankerbeispiele	Definition /Kodier-Regel	Anzahl
A		Definition Gesundheit	« [REDACTED] [REDACTED]	I spricht über subjektive Vorstellungen von Gesundheit	OK 19
	A1	Spezifisch körperliche Gesundheit	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	I spricht spezifisch von körperlicher Gesundheit	4
	A1.1	Konsumverhalten			1
	A1.2	Körperlich fit			1
	A1.3	Keine Medikamente			1

	A1.4	Wohlbefinden			1
	A2	Spezifisch psychische Gesundheit	« [REDACTED] [REDACTED]	I spricht spezifisch von psychischer Gesundheit	4
	A2.1	Vernünftiges Handeln			1
	A2.2	Keine Gedanken			1
	A2.3	Psychische Erkrankung/Belastung			2
	A3	Abgrenzung psychisch/körperlich		I grenzt körperliche und psychische Gesundheit ab	2
	A4	Zusammenhang psychisch/körperlich		I beschreibt einen Zusammenhang von körperlicher und psychischer Gesundheit	1
	A5	Abwesenheit von Krankheit		I definiert Gesundheit durch die Abwesenheit von Krankheit	2
	A6	Gesunde Ernährung		I definiert Gesundheit über gesunde Ernährung	3
	A7	Schlaf		I definiert Gesundheit über Schlaf	2
B		Definition Krankheit			OK 1
	B1	Psychosomatische Faktoren	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	I bezieht sich beim Definieren von Krankheit auf psychosomatische Symptome	1

			██████████ ██████████ ██████████		
C		Ressourcen		I spricht von positiven Einflüssen auf Gesundheit	OK 21
	C1	Spezifisch psychisch	██████████ ██████████	I spricht von positiven Einflüssen spezifisch auf die psychische Gesundheit	3
	C1.1	Gott			1
	C1.2	Psychologen/Psychiater/Therapie			1
	C1.3	Ablenkung			1
	C2	Ernährung	██████████ ██████████	I spricht von einem positiven Einfluss von Ernährung auf die Gesundheit	4
	C3	Bewegung	██████████	I spricht von einem positiven Einfluss von Bewegung auf die Gesundheit	4
	C3	Wenig Stress	██████████ ██████████	I spricht von einem positiven Einfluss von einem niedrigen Stress-Niveau auf die Gesundheit	1

	C4	Verringerung Tabakkonsum	██████████ ██████████	I spricht von einem positiven Einfluss der Verringerung des Tabakkonsums auf die Gesundheit	1
	C5	Soziale Kontakte	██████████ ██████████ ██████████	I spricht von einem positiven Einfluss von sozialen Kontakten auf die Gesundheit	4
	C5.1	Familie			1
	C5.2	Spezifisch psychisch			1
	C6	Krankheiten meiden	██████████ ██████████ ██████████ ██████████	I meidet Krankheiten um Gesund zu bleiben	1
	C7	Traditionelle Medizin	██████████ ██████████ ██████████	I nutzt traditionelle Medizin zu Förderung der Gesundheit	1
	C8	In der Stadt aufgewachsen	██████████ ██████████ ██████████ ██████████	I empfindet es als gesundheitlichen Vorteil, in der Stadt aufgewachsen zu sein	2
D		Risikofaktoren		I nennt negative Einflüsse auf die Gesundheit	OK 39

	D1	Spezifisch psychisch	██████████ ██████████ ██████████ ████	I nennt negative Einflüsse spezifisch auf die psychische Gesundheit	23
	D1.1	Nicht darüber sprechen (Männer)			3
	D1.2	Heimweh			1
	D1.3	Familie im Ausland nicht besuchen können			2
	D1.4	Probleme auf der Arbeit			1
	D1.5	Familie im Heimatland			2
	D1.6	Krieg			1
	D1.7	Fehlende soziale Kontakte			3
	D1.8	Gedanken			1
	D1.9	Stress			1
	D1.10	Finanzielle Stressoren			5
	D1.10.1	Zusammenhang Finanzen/soziale Kontakte			1
	D1.11	Rassismus/Ausländer			2

D2	Unqualifizierte Arbeitende		I sieht einen negativen Einfluss von unqualifizierten Arbeitenden auf die Gesundheit	1
D3	Schlechte Ernährung		I sieht einen negativen Einfluss von schlechter Ernährung auf die Gesundheit	4
D4	Zu wenig Schlaf/Erholung		I sieht einen negativen Einfluss von zu wenig Schlaf / Erholung auf die Gesundheit	1
D5	Zu wenig Bewegung		I sieht einen negativen Einfluss von zu wenig Bewegung auf die Gesundheit	1

			██████████ ██████████		
	D6	Nicht ergonomisches arbeiten	██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	I sieht einen negativen Einfluss von nicht ergonomischen Arbeitsweisen auf die Gesundheit	1
	D7	Psychische Belastung	██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	I sieht einen negativen Einfluss von psychischer Belastung auf die Gesundheit	5
	D7.1	Unsichere Zukunft			2
	D7.1.1	Situation Schweiz			1
	D8	Sprachbarrieren	██████████ ██████████ ██████████ ██████████	I sieht einen negativen Einfluss von Sprachbarrieren auf die Gesundheit	1
	D9	Konsumverhalten	██████████ ██████████ ██████████	I sieht einen negativen Einfluss von übermässigem Konsum auf die Gesundheit	1

			██████████ ██████████ ██████████ ██████████		
	D10	Rauchen	██████████ ██████████	I sieht einen negativen Einfluss von Tabakkonsum auf die Gesundheit	2
E		Einfluss auf Gesundheit	██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	I beschreibt durch wen Gesundheit beeinflusst werden kann	OK 6
	E1	Vergangenheit: Imam/Gott		I sieht einen Einfluss von Gott auf die Gesundheit	1
	E2	Zufall		I sieht einen Einfluss von Zufall auf die Gesundheit	1
	E3	Schicksal		I sieht einen Einfluss von Schicksal auf die Gesundheit	1
	E4	Eigener Einfluss		I sieht einen eigenen Einfluss auf die Gesundheit	3

F		Einfluss auf Krankheit			OK 0
	-	Keine Nennungen zur OK			
G		Umgang mit dem Thema		I beschreibt, wie im Umfeld mit dem Thema Gesundheit umgegangen wird	OK 13
	G1	Offener Umgang	██████████ ██████████	I spricht über einen offenen Umgang mit dem Thema Gesundheit	5
	G1.1	Nur in der Schweiz			5
	G1.1.1	Nur mit Familie in der Schweiz			1
	G2	Tabuthema	██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	I spricht vom Thema Gesundheit als Tabuthema beziehungsweise über keinen offene Umgang	8
	G1.1	Nichts sagen			2
	G1.2	Die anderen nicht sorgen			2
	G1.3	Kulturell bedingt			1

