

**Psychische Gesundheit zugewanderter Mütter und ihrer Kinder  
im Vergleich zu denen im Heimatland  
aus salutogenetischer Perspektive**

-Eine Vergleichsstudie zwischen südkoreanischen Müttern und ihren Kindern in Deutschland und in Südkorea-

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie

(Dr. phil.)

in der Fakultät Rehabilitationswissenschaften  
der Technischen Universität Dortmund

vorgelegt

von

**Min-Sung Kim**

aus Südkorea

**Dortmund, Deutschland 2012**

Betreuerin: Prof. Dr. Alexa Franke

Betreuerin: Jun.-Prof. Dr. Anke Lengning

Eingereicht am: 03.12.2012

Tag der Disputation am: 25.04.2013

# DANKSAGUNG

*An erster Stelle möchte ich Frau Prof. Dr. Alexa Franke herzlich danken, dass sie mir eine Fortführung des Themas Migration und Gesundheit im Rahmen einer Promotion ermöglicht hat, und sie mich während der gesamten Erstellungsphase der Dissertation unterstützt und mir vertraut hat. An nächster Stelle möchte ich Frau Dr. Anke Lengning danken. Sie war immer für mich da, wenn ich Unterstützung brauchte. Ohne Unterstützung von meinen Betreuerinnen hätte ich diese Arbeit nicht erstellen können. Mein herzlicher Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Christoph de Oliveira Käßler für die Übernahme des dritten Prüfers bei der Disputation und der mündlichen Prüfung.*

*Danken möchte ich allen Müttern und Kindern in Deutschland und in Südkorea, die an der Befragung teilgenommen haben, und allen Personen und Institutionen, die mich bei der Verteilung der Fragebögen unterstützt haben.*

*Auch möchte ich meinem Freund, Dipl. Reha. Päd. Dominic Dinh, und seiner Familie herzlich danken für die fachlichen Anmerkungen und emotionale Unterstützung der gesamten Familie. Seine Hilfe war sehr wertvoll. Danken möchte ich ebenfalls Frau Melanie Gensicke und Frau Ursula Ikenmeyer für ihre Unterstützung.*

*Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern und meinen Familien in Südkorea, dass sie während der Promotion immer an mich geglaubt und mich in jeder Hinsicht unterstützt haben.*

*Ganz besonders möchte ich meiner Frau, Dipl. Reha. Päd. Ji-Eun Park, und meiner Tochter Jea-Ham Kim danken. Ohne die fachliche Diskussion mit meiner Frau und ohne ihre emotionale Unterstützung hätte ich meine Dissertation nicht erstellen können. Meiner Tochter gilt mein Dank für ihr Verständnis dafür, dass ich während der Promotionsphase nur wenig Zeit mit ihr verbringen konnte.*

*Dortmund, 02.05.2013*

*Min-Sung Kim*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>I Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>II Theoretischer Teil .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Das Konzept der Salutogenese .....</b>	<b>8</b>
1.1 <i>Salutogenese und Pathogenese.....</i>	8
1.2 <i>Generalisierte Widerstandsdefizite .....</i>	10
1.3 <i>Generalisierte Widerstandsressourcen.....</i>	11
1.4 <i>Kohärenzgefühl .....</i>	12
1.4.1 <i>Entwicklung und Aufrechterhaltung des Kohärenzgefühls .....</i>	14
1.4.2 <i>Kohärenzgefühl beim Gesundheitsprozess .....</i>	16
1.4.3 <i>Stabilität des Kohärenzgefühls .....</i>	19
1.5 <i>Weitere vorherige empirische Studien zum Kohärenzgefühl.....</i>	21
1.5.1 <i>Kohärenzgefühl und Geschlechtsunterschied .....</i>	21
1.5.2 <i>Kohärenzgefühl in verschiedenen Kulturen .....</i>	22
1.5.3 <i>Kohärenzgefühl und psychische Gesundheit.....</i>	24
1.5.4 <i>Einfluss des elterlichen Kohärenzgefühls auf ihre Kinder.....</i>	26
<b>2 Psychische Gesundheit im Migrationsprozess.....</b>	<b>28</b>
2.1 <i>Migration.....</i>	28
2.2 <i>Akkulturation und psychische Gesundheit.....</i>	29
2.3 <i>Mütter und Kinder in der Migrantenfamilie .....</i>	31
2.3.1 <i>Diskrepanz zwischen Herkunftskultur und Kultur der             Aufnahmegesellschaft.....</i>	32
2.3.2 <i>Verlust der sozialen Netzwerke.....</i>	34
2.3.3 <i>Intensivierung der familiären Beziehungen.....</i>	35
2.4 <i>Probleme in bisherigen Forschungen zu Migration und Gesundheit ....</i>	37
<b>3 Migration in der Salutogenese - Fragestellungen - .....</b>	<b>39</b>
3.1 <i>Migration und Salutogenese .....</i>	39
3.2 <i>Fragestellung I.....</i>	41
3.3 <i>Fragestellung II und III.....</i>	44

<b>III Methode</b> .....	<b>50</b>
<b>4 Operationalisierung der Variablen</b> .....	<b>50</b>
4.1 Überblick und Aufbau der Untersuchungsverfahren .....	50
4.2 Demografische Daten und Kontrollvariablen .....	51
4.3 Fragebögen für die Mütter .....	52
4.3.1 Erfassung des Kohärenzgefühls (SOC-13) .....	52
4.3.2 Erfassung des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes (GHQ-12) .....	53
4.3.3 Erfassung der sozialen Unterstützung (F-SozU-14) .....	54
4.3.4 Erfassung der sozialen Belastung (SozBel-erg-K).....	56
4.3.5 Erfassung der kindbezogenen sozialen Unterstützung (Kb-SozU) .....	56
4.3.6 Erfassung der Paarzufriedenheit (PaarZuf) .....	59
4.4 Fragebögen für die Kinder .....	60
4.4.1 Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL <sup>R</sup> ) .....	60
4.4.2 Erfassung des Kinder-Kohärenzgefühls (DoKSoC) .....	62
4.5 Übersetzung der Fragebögen .....	63
<b>5 Durchführung der Untersuchung</b> .....	<b>65</b>
5.1 Rekrutierung der Stichprobe.....	65
5.1.1 Rekrutierung in Deutschland.....	65
5.1.2 Rekrutierung in Südkorea.....	66
5.2 Stichprobenbeschreibung .....	67
5.2.1 Daten von untersuchten Müttern in Deutschland und Südkorea .....	68
5.2.2 Daten von untersuchten Kindern in Deutschland und Südkorea .....	71
5.3 Methoden zur Auswertung.....	72
5.4 Umgang mit fehlenden Daten .....	77

<b>IV Ergebnisse .....</b>	<b>78</b>
<b>6 Ergebnisse der Deskriptiven Analyse .....</b>	<b>78</b>
<i>6.1 Mittelwertevergleich zwischen Stichproben.....</i>	<i>78</i>
6.1.1 Kohärenzgefühl .....	78
6.1.2 Allgemeiner psychischer Gesundheitszustand .....	79
6.1.3 Soziale Unterstützung .....	80
6.1.4 Soziale Belastung.....	80
6.1.5 Kindbezogene Soziale Unterstützung.....	81
6.1.6 Paarzufriedenheit.....	82
6.1.7 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder.....	82
6.1.8 Kinder-Kohärenzgefühl.....	85
6.1.9 Zusammenfassung.....	87
<i>6.2 Zusammenhänge zwischen den Fragebögen und soziodemografischen     Daten.....</i>	<i>89</i>
6.2.1 Stichprobe in Deutschland .....	89
6.2.2 Stichprobe in Südkorea .....	96
6.2.3 Zusammenfassung.....	99
<b>7 Ergebnisse der Hypothesenprüfung.....</b>	<b>101</b>
<i>7.1 Zur Wirkung der Stärke des Kohärenzgefühls.....</i>	<i>101</i>
7.1.1 Wirkung der Stärke des Kohärenzgefühls auf Variablen von Müttern .....	102
7.1.2 Wirkung der Stärke des Kohärenzgefühls von Müttern auf Variablen von Kindern.....	108
7.1.3 Wirkung der Stärke des Kinder-Kohärenzgefühls von Kindern auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	114
7.1.4 Zusammenfassung von Hypothesen [H1] bis [H8].....	117
<i>7.2 Zur Rolle des Kohärenzgefühls beim Gesundheitsprozess .....</i>	<i>120</i>
7.2.1 Moderator- und Mediatoreffekt des mütterlichen Kohärenzgefühls.....	120
7.2.2 Moderator- und Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls .....	132
7.2.3 Beurteilung im Strukturmodell.....	150
7.2.4 Zusammenfassung von Hypothesen [H9] bis [H18].....	157

<b>V Diskussion und Ausblick .....</b>	<b>159</b>
<b>8 Diskussion .....</b>	<b>159</b>
8.1 <i>Zur Wirkung der Stärke des mütterlichen Kohärenzgefühls .....</i>	160
8.1.1 <i>Zur Wahrnehmung sozialer Unterstützung und sozialer Belastung in der Migration .....</i>	161
8.1.2 <i>Zur Paarzufriedenheit in der Migration – Ist die Paarzufriedenheit keine Ressource? .....</i>	165
8.2 <i>Zur Wirkung des Kohärenzgefühls der Kinder auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität .....</i>	167
8.3 <i>Zur Rolle des mütterlichen Kohärenzgefühls beim Gesundheitsprozess .....</i>	169
8.3.1 <i>Rolle des Kohärenzgefühls als Mediatoreffekt statt Moderatoreffekt .....</i>	169
8.3.2 <i>Zur Bedeutung des Kohärenzgefühls beim Gesundheitsprozess in der Migration – Unterschied in der Form des Mediatoreffekts .....</i>	174
8.4 <i>Zur Rolle des Kohärenzgefühls der Kinder beim Gesundheitsprozess .....</i>	179
8.4.1 <i>Rolle des Kinder-Kohärenzgefühls als Moderatoreffekt .....</i>	179
- Soziale Unterstützung von Müttern, keine Ressourcen für Kinder mit Migrationshintergrund?	
8.4.2 <i>Rolle des Kinderkohärenzgefühls als Mediatoreffekt .....</i>	184
- Paarzufriedenheit der Mütter in Südkorea als Einflussfaktor für das Kohärenzgefühl ihrer Kinder	
- Psychische Gesundheit und das Kohärenzgefühl der südkoreanischen Mütter in Deutschland als Einflussfaktor für das Kohärenzgefühl ihrer Kinder	
8.5 <i>Kritische Anmerkungen zur Methodik .....</i>	189
8.6 <i>Ausblick und Bedeutung für praktische Arbeiten .....</i>	191
8.6.1 <i>Ausblick für zukünftige Forschungen .....</i>	191
8.6.2 <i>Bedeutung für praktische Arbeiten .....</i>	192
<b>9 Zusammenfassung .....</b>	<b>196</b>

<b>VI Verzeichnisse.....</b>	<b>198</b>
10 Literaturverzeichnis .....	198
11 Tabellenverzeichnis .....	212
12 Abbildungsverzeichnis .....	216
<b>VII Anhang.....</b>	<b>219</b>
<i>A Tabellen.....</i>	<i>220</i>
<i>B Briefe für Eltern .....</i>	<i>226</i>
<i>C Fragebögen für Mütter in Deutschland .....</i>	<i>229</i>
<i>D Fragebögen für Kinder in Deutschland (Für 8-11) .....</i>	<i>242</i>
<i>E Fragebögen für Kinder in Deutschland (Für 12-16).....</i>	<i>247</i>
<i>F Fragebögen für Mütter in Südkorea .....</i>	<i>250</i>
<i>G Fragebögen für Kinder in Südkorea.....</i>	<i>251</i>

## I EINLEITUNG

Die Migration ist in der Regel ein generationenübergreifender Prozess und daher als Familienprojekt zu verstehen (Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BFSFJ], 2000). Der Migrationsprozess wirkt sich auf die Familienstruktur und -funktion, die Aufgabenverteilung, die Verteilung der Entscheidungsmacht, aber auch die Beziehung zwischen Familienmitgliedern aus (Nauck, 2007). Dabei werden die Familien vor Herausforderungen gestellt, die entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder nehmen können (Herwartz-Emden & Riecken, 2001; Trommsdorff, 2005). Es ist daher in der Diskussion über den Themenkomplex Migration und Gesundheit unerlässlich, die Gesundheit einzelner Familienmitglieder in einer ganzheitlichen Sichtweise zu betrachten, indem zum Beispiel die Wechselwirkungen zwischen Familienmitgliedern in den Blick genommen werden. Bislang gibt es jedoch keine eindeutige Antwort auf die Frage, welche Bedeutung die Migrantenfamilie und die Eltern-Kind-Beziehung für die Gesundheit einzelner Familienmitglieder im Akkulturationsprozess haben (Fischer & Springer, 2011; Fuhrer & Uslucan, 2005; Trommsdorff, 2005).

Sowohl im öffentlichen als auch im wissenschaftlichen Diskurs wurden bislang eher einseitig die negativen Aspekte der Migrantenfamilien im Hinblick auf die Integration sowie die Gesundheit bzw. Krankheit einzelner Familienmitglieder thematisiert. Eine einseitige Betrachtungsweise birgt aber die Gefahr, die Komplexität des Migrationsprozesses in der Diskussion über den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit zu reduzieren. Dadurch könnten sich die entsprechenden politischen und psychosozialen Strategien zur Förderung von betroffenen Familien als ungeeignet erweisen. Mittlerweile geht man davon aus, dass die Stärkung der Ressourcen bei den gesundheitlichen Aspekten der Migration sehr wichtig ist. Die gesellschaftlichen Bemühungen um die Schaffung und Entdeckung der förderlichen Ressourcen allein scheinen indes ineffektiv bei der gesundheitlichen Förderung der Migranten zu sein. Denn die Ressourcen, die als gesundheitsfördernd bei der einen Migrantengruppe bestätigt wurden, könnten wiederum bei einer anderen Migrantengruppe, die einen ganz anderen kulturellen Kontext hat, nicht gleichsam wirksam sein (Schneider, 2010). Neben den Bemühungen um die Bereitstellung der Ressourcen soll der Blick vielmehr auf die Frage gelenkt werden, was die Migrantenfamilien und die einzelnen Familienmitglieder in die Lage versetzt, in spannungsvollen Situationen im Rahmen der Migration flexibel die jeweils ange-



messenen Ressourcen wahrzunehmen und kreativ damit umzugehen (Fischer & Springer, 2011).

In Anbetracht dessen ist die salutogenetische Sichtweise in der Diskussion über Migration und Gesundheit insofern besonders wichtig, als dabei die Bewertung der Stressoren, aber auch die Auswahlfähigkeit der Ressourcen betont werden. Aus der Perspektive der Salutogenese ist davon auszugehen, dass die herausfordernden Erfahrungen in der Migration nicht unbedingt negative gesundheitliche Konsequenzen zur Folge haben müssen. Ein erfolgreicher Umgang mit diesen Erfahrungen kann sogar gesundheitsfördernde Folgen haben. In diesem salutogenetischen Gesundheitsprozess spielt das Kohärenzgefühl der Person eine zentrale Rolle. Das Kohärenzgefühl entscheidet nämlich darüber, inwieweit Menschen angemessene Ressourcen wahrnehmen und diese bei der Konfrontation mit (migrationsbedingten) Anforderungen flexibel und kreativ einsetzen können, um ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten (Antonovsky, 1997).

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich nicht in erster Linie um den Versuch, südkoreanische Mütter und ihre Kinder in Deutschland und in Südkorea deskriptiv vergleichend zu untersuchen und anschließend die aufgrund von epidemiologischen Studien verbreitete Vorstellung, dass zugewanderte Mütter und ihre Kinder weniger gesund als jene ohne Migrationserfahrung seien, am Beispiel der südkoreanischen Migranten zu bestätigen. Die zentrale Zielsetzung der vorliegenden Arbeit besteht darin, den Gesundheitsprozess bei südkoreanischen Müttern und ihren Kindern in Deutschland und in Südkorea aus einer explizit salutogenetischen Perspektive zu analysieren, und um darüber hinaus Überlegungen anzustellen über Rahmenbedingungen für handlungsorientierte Strategien im Sinne einer salutogenetischen Gesundheitsförderung der zugewanderten Mütter und ihrer Kinder. Schließlich soll die Arbeit einen Beitrag zu einer differenzierteren Diskussion über den Themenzusammenhang Migration und Gesundheitsförderung leisten.

## II THEORETISCHER TEIL

### 1 DAS KONZEPT DER SALUTOGENESE

Der vorliegenden Untersuchung liegt das Konzept „*Salutogenese*“ zugrunde, das Ende der 70er Jahre von dem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aron Antonovsky (1923-1994) formuliert wurde. Als er in Israel ein Forschungsprojekt im Bereich der Stressforschung bei Frauen durchführte, untersuchte er die emotionale Gesundheit einer Gruppe von Überlebenden des Konzentrationslagers. Dabei beobachtete er einige Überlebende des Konzentrationslagers, die physisch und psychisch recht gesund waren. Die widersprüchliche Tatsache, dass einige Überlebende des Konzentrationslagers trotz extremer Belastungen ihr Leben wieder aufbauten, empfand er aus der Sicht eines Stressforschers als Wunder und fragte sich, was das Besondere an ihnen ist. Von hier an veränderte sich allmählich sein Forschungsansatz, so stellte er mit seiner Fragestellung der bisher dominierenden Pathogenese eine neue Perspektive gegenüber und schuf den Neologismus „*Salutogenese*“ (*Salus*, lat.: Unverletztheit, Gesundheit; *Genese*, griech.: Entstehung) (Antonovsky, 1991; 1997).

Die salutogenetische Orientierung verschob sich demnach von der pathogenetischen Frage nach krankmachenden Ursachen hin zur salutogenetischen Fragestellung: Warum gibt es Menschen, die trotz vieler gesundheitsgefährdender Einflüsse bzw. ungünstiger Bedingungen gesund bleiben?

#### 1.1 SALUTOGENESE UND PATHOGENESE

Im 19. Jahrhundert entstand unter dem Einfluss naturwissenschaftlichen Erfolgs die biomedizinische Betrachtungsweise von Krankheit, die davon ausgeht, dass der menschliche Körper und seine Funktionen sowie Funktionsstörungen zu erklären sind und die Entstehung von Krankheit auf bestimmte Ursachen zurückzuführen ist. Dementsprechend bemüht sie sich um die Identifizierung der jeweiligen Krankheitserreger und es wird auf diese Weise klassifiziert, wer krank ist und wer nicht. Sie beschäftigt sich hauptsächlich mit den Ursachen und der Entstehung von Krankheiten (Pathogenese). Der kranke Mensch wird in dieser biomedizinischen Betrachtungsweise als abweichend von dem Normalzustand „*gesund*“ angesehen. Erwartungsgemäß wird in diesem Modell Gesundheit als Gleichgewichtszustand

(Homöostase) definiert. Wer keinen Krankheitserreger aufweist, also sich in einem Gleichgewicht befindet, der gilt als gesund. Gesundheit geht nämlich mit Begriffen wie Harmonie, Stabilität, Ordnung, Ausgeglichenheit und Ruhe einher. Dahingegen können Veränderungen sowohl in einer Person als auch in der Umwelt gesundheitsschädlich wirksam sein. In diesem pathogenetischen Denken werden Menschen nicht als Subjekte betrachtet, sondern als passive Objekte, deren psychosoziale Wirklichkeit für die Erklärung der jeweiligen Erkrankung kaum eine Rolle spielt. Aus diesem pathogenetischen Verständnis heraus entwickelte sich das medizinische Gesundheitsversorgungssystem der modernen Gesellschaft (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001; Franke, 2010).

Die salutogenetische Grundauffassung von Antonovsky (1987; 1997) beinhaltet zuallererst die Betrachtung des Verhältnisses von Krankheit und Gesundheit, und zwar unter einer neuen Sichtweise. Die salutogenetische Annahme von Antonovsky beruht nämlich auf der Prämisse der Heterostase, nämlich der Vorstellung, dass „Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind“ (Antonovsky, 1993, S. 6). Die Annahme der Heterostase sei der wesentliche Unterschied zwischen salutogenetischem und pathogenetischem Paradigma. Er erläutert dies wie folgt in einer Metapher:

„[...]meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky, 1997, S. 92)

Demnach werden Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome Zustände angesehen, sondern Menschen bewegen sich stets zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum. Dieses Kontinuum drückt aus, dass sich der menschliche Organismus in einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet. Dieser Annahme nach hat jeder Mensch Zeit seines Lebens sowohl kranke als auch gesunde Anteile in sich. Somit ist die pathogenetische Ausgangsfrage, nämlich was Menschen krank macht, in der Salutogenese von geringer Bedeutung, da das pathogenetische Normalbild, ohne kranke Anteile zu sein, aus salutogenetischer Sicht für unrealistisch gehalten wird. In Folge dessen

widmet sich die Salutogenese der Frage, wie sich Menschen möglichst in Richtung des Pols Gesundheit bewegen können (Antonovsky, 1997; Franke, 2010).

Für die Bewegung in die positive Richtung auf dem Gesundheits- und Krankheitskontinuum spielen generalisierte Widerstandsdefizite bzw. Stressoren (s. Kap. 1.2), generalisierte Widerstandsressourcen (s. Kap. 1.3) und das Kohärenzgefühl (s. Kap. 1.4) eine wesentliche Rolle und sie stehen in engem wechselseitigem Zusammenhang. So verfügt nach Antonovsky (1997) eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl über einen einfacheren Zugang zu den generalisierten Widerstandsressourcen, die den Umgang mit Stressoren erleichtern. Die Verfügbarkeit von generalisierten Widerstandsressourcen trägt wiederum zur Förderung des Kohärenzgefühls bei. Bei den generalisierten Widerstandsdefiziten ist der Prozess genau umgekehrt. Je niedriger die Ausprägung des Kohärenzgefühls einer Person, desto wahrscheinlicher macht sie Lebenserfahrungen, die ein schwaches Kohärenzgefühl zur Folge haben.

## 1.2 GENERALISIERTE WIDERSTANDSDEFIZITE

Antonovsky (1997) definiert Stressoren als Stimuli, die Anforderungen an den menschlichen Organismus stellen, auf die er keine unmittelbar verfügbaren oder automatischen, adaptiven Reaktionen hat.

In der Salutogenese ist „der menschliche Organismus ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie<sup>1</sup> ausgeliefert“ (Antonovsky, 1993, S. 3). Um die Bewegung zur größeren Unordnung zu vermeiden, muss der Entropie ständig zugeführte Energie entgegengesetzt werden. Vor diesem Hintergrund sind die Stressoren für den menschlichen Organismus allgegenwärtig (Franke, 2010). Stressoren sind jedoch nicht allein entscheidend dafür, dass sich der Organismus in Richtung auf den Krankheits- oder Gesundheitspol hin bewegt, sondern vielmehr spielen dabei die Bewertung der Stressoren und der Umgang mit ihnen noch eine wesentlich wichtige Rolle. Dahingehend weicht das Konzept Stressoren im salutogenetischen

---

<sup>1</sup>Entropie ist ein Maß für die Unordnung in einem System und bezeichnet die Tendenz, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hinzubewegen. Der umgekehrte Weg von der Unordnung zur Ordnung erfordert Energie (Franke 2010, S. 165).

Modell von dem aus den herkömmlichen Stressforschungen wie dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1984) ab, wobei die Stressoren als alle Reize oder Stimuli, die Stress erzeugen, definiert werden und somit ausschließlich ihre negativen Auswirkungen im Mittelpunkt stehen (Franke, 2010). Hingegen führt Antonovsky ein neues Konzept in das salutogenetische Modell ein, wobei postuliert wird, dass die Stressoren zuerst nicht Entweder-Stress/Nicht-Stress-Zustand herbeiführen, sondern nur einen *neutralen* Spannungszustand erzeugen. Dementsprechend werden die Stressoren auch im salutogenetischen Modell neutralisiert. Stressoren sind also Reize oder Stimuli, die zunächst entweder als Stressoren oder Nicht-Stressoren von dem Individuum bewertet werden (Antonovsky, 1990; Franke, 2010).

„[...] Not the stressor load per se is pathogenic, but the inability to resolve tension and prevent its transformation into stress [...]“ (Antonovsky, 1990, S.74)

Durch die Erweiterung des Aspekts der Stressoren von Antonovsky wird der traditionelle Prozess von Stressoren zum Stress im salutogenetischen Modell neu konstruiert (s. Kap. 1.4.2). Somit wird auch eine Konzeptualisierung ermöglicht, in der der erfolgreiche Umgang mit Stressoren sogar gesundheitsförderliche Konsequenzen haben kann. Dies führt schließlich dazu, dass sich das salutogenetische Modell mehr auf die Ressourcen konzentriert als auf die Stressoren, indem positive Auswirkungen der Stressoren auch in Betracht gezogen werden (Antonovsky, 1990; Franke, 2010).

### **1.3 GENERALISIERTE WIDERSTANDSRESSOURCEN**

Nach der Beobachtung der Überlebenden aus den Konzentrationslagern, die trotz ihrer extremen Erlebnisse recht gesund geblieben sind, fragte sich Antonovsky folgerichtig, worauf dieses Wunder zurückzuführen sei. Er untersuchte dahingehend Faktoren, die die Bewertung der Stressoren und den Umgang mit ihnen begünstigten, und diese bezeichnete Antonovsky als generalisierte Widerstandsressourcen (Antonovsky, 1990). Generalisiert bedeutet, dass sie in Situationen aller Art wirksam werden und Widerstandsressourcen sind die Ressourcen, die die Widerstandsfähigkeit der Person stärken (Bengel et al., 2001). Generalisierte Widerstandsressourcen sind beispielsweise sowohl im individuellen Umfeld (z.B. kognitive, psychische und physiologische Ressourcen wie Wissen, Ich-Identität, Selbstvertrauen, Optimismus, körperliche Stärke; materielle Ressourcen wie Geld, finanzielle Unabhängigkeit, sicherer Ar-

beitsplatz, Sozialstatus usw.) als auch im sozialen Umfeld (z.B. soziale Unterstützung, politische und ökonomische Stabilität, intakte Sozialstrukturen usw.) zu finden (Franke, 2010).

Jedoch variieren die Eigenschaften und Qualität der generalisierten Widerstandsressourcen sowie -defizite nach der jeweiligen Gesellschaft und dem jeweiligen Kulturkreis erheblich. Generalisierte Widerstandsdefizite bzw. Stressoren erscheinen einer Person im Rahmen von kulturellem und gesellschaftlichem Kontext und werden von der Person auch in diesem Rahmen wahrgenommen und bewertet. Ebenfalls sind die Art und der Bereich von Widerstandsressourcen, die von der Person zum Umgang mit Stressoren wahrgenommen und eingesetzt werden, durch den jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Rahmen bedingt (Schneider, 2010). Innerhalb dieser kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hängt die Auswahlmöglichkeit der generalisierten Widerstandsressourcen, so Antonovsky, von der Fähigkeit bzw. Grundeinstellung der jeweiligen Person ab. Diese Grundeinstellung benennt er als Kohärenzgefühl. Umgekehrt wird einer Person durch die generalisierten Widerstandsressourcen ermöglicht, Lebenserfahrungen zu machen, die durch Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation an Entscheidungsprozessen gekennzeichnet sind, welche wiederum das Kohärenzgefühl einer Person stärken (Antonovsky, 1997) (s. Kap. 1.4.1).

Weiterhin postuliert Antonovsky, dass die generalisierten Widerstandsressourcen und -defizite auf einem Kontinuum stehen. So können soziale Unterstützung oder kulturelle Stabilität generalisierte Widerstandsressourcen darstellen, während ihre Mängel als generalisierte Widerstandsdefizite zu betrachten sind. Zusammenfassend lässt sich ausdrücken, dass die generalisierten Widerstandsdefizite dem menschlichen Organismus Entropie bringen und die generalisierten Widerstandsressourcen den menschlichen Organismus befähigen, sich gegen Entropie zu bewegen (Antonovsky, 1997; Franke, 2010).

## **1.4 KOHÄRENZGEFÜHL**

Nachdem Antonovsky Mitte der 70er Jahre für seine salutogenetische Fragestellung vorübergehend das Konzept generalisierter Widerstandsressourcen formulierte, war ihm noch unklar, in welcher Weise die generalisierten Widerstandsressourcen mit der Gesundheit zusammenhängen; wie sich also z.B. Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung usw. zu Widerstandsressourcen umwandeln. Um die Antwort auf die Frage zu finden,

suchte er nach gemeinsamen Eigenschaften der Widerstandsressourcen. Daraufhin stellte er fest: Die Widerstandsressourcen stärken die Überzeugung der Person, dass die Stressoren sinnvoll interpretierbar sind; sie das Leben meistern wird und sie die Anforderungen als emotional sinnvoll und herausfordernd, also als nicht belastend betrachtet. Das gesamte Ausmaß dieser Überzeugung stellt das Kohärenzgefühl dar (Sense of Coherence, SOC) (Antonovsky, 1987; 1990; 1993; 1997).

Was Antonovsky (1997) bei seinem Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen noch fehlt, ist die Grundeinstellung bzw. Fähigkeit der Menschen, die ihnen hilft, bei der Konfrontation mit Stressoren vorhandene potenzielle Ressourcen als verfügbare generalisierte Widerstandsressourcen wahrzunehmen und diese wiederum zu mobilisieren, um sich in Richtung Gesundheitspol zu bewegen. So sieht er das Kohärenzgefühl als entscheidende Determinante für die Platzierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum an und definiert das Kohärenzgefühl folgendermaßen:

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

Die Definition des Kohärenzgefühls impliziert drei Gefühlskomponenten, nämlich *Verstehbarkeit; Handhabbarkeit; Bedeutsamkeit*:

Das Gefühl von Verstehbarkeit kennzeichnet das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stressoren als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information, nicht als chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich. Eine Person mit einem hohen Ausmaß der Verstehbarkeit geht davon aus, dass die Stressoren, mit denen sie in Zukunft konfrontiert wird, vorhersagbar sein werden, auch wenn sie überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können.

Die Handhabbarkeit bezieht sich auf die Überzeugung der Person, dass sie geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, wenn sie den Stressoren begegnet. Eine Person, die ihrer Situati-

on ein hohes Maß an Handhabbarkeit zuschreibt, gerät bei der Auseinandersetzung mit Stressoren nicht in eine Opferrolle oder fühlt sich nicht ungerecht behandelt. Bei den zur Verfügung stehenden Ressourcen handelt es sich um Ressourcen, die die Person selbst unter Kontrolle hat, aber auch Ressourcen, die von legitimierte anderen kontrolliert werden, denen die Person vertraut.

Das Gefühl von Bedeutsamkeit stellt das Ausmaß dar, in dem eine Person das Leben emotional als sinnvoll empfindet, und in welchem sie erlebt, dass die Stressoren es wert sind, dass sie sich für sie engagiert, dass sie sich ihnen verpflichtet. Antonovsky charakterisiert die Bedeutsamkeit als motivationales Element des Kohärenzgefühls und hält sie für die wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls. Ohne die Erfahrung von Bedeutsamkeit kann sich ein hohes Ausmaß des Kohärenzgefühls trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Dimensionen nicht entwickeln (Antonovsky, 1997).

Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl kann flexibel mit Stressoren umgehen, indem sie sich auf die instrumentellen Parameter der Stressoren so konzentriert, dass sie die für diesen spezifischen Umstand angemessenen Ressourcen aus ihrem Repertoire auswählt und sie aktiviert. Diesen Prozess von der Wahrnehmung der Stressoren bis hin zur Mobilisierung der Ressourcen betrachtet sie eher als herausfordernd denn als belastend. Im Gegensatz dazu konzentriert sich eine andere Person mit einem schwachen Kohärenzgefühl in einer angespannten Situation auf die emotionalen Parameter, die durch Stressoren verursachte Angst oder einfach das Unglücklichsein. Sie reagiert starr und rigid, da es für sie eher unwahrscheinlich ist, die vorhandenen potenziellen Ressourcen als einsatzfähige Widerstandsressourcen wahrnehmen zu können. Sie fühlt sich eher belastet als herausgefordert (Antonovsky, 1997; Franke, 2010) (s. Kap. 1.4.2).

### **1.4.1 Entwicklung und Aufrechterhaltung des Kohärenzgefühls**

Ein starkes Kohärenzgefühl entwickelt sich im Verlauf des Lebens vor allem durch das wiederholte Erleben von drei Lebenserfahrungen: Die Erfahrung der Belastungsbalance fördert die Herausbildung der Komponente Handhabbarkeit, also die Erfahrung, dass man weder Über- noch Unterforderungen ausgesetzt ist. Die Verstehbarkeit wird herausgebildet durch Erfahrungen von Konsistenz, d.h. die Erfahrung, dass Dinge, Abläufe, Beziehungen überdauern. Die Bedeutsamkeit wird geprägt durch die Erfahrung der Partizipation an sozial aner-



kannten Entscheidungsprozessen. Nach Antonovsky entwickelt sich das Kohärenzgefühl wesentlich in den Lebensabschnitten des Säuglingsalters, der Kindheit, der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters und danach bleibt es etwa bis nach dem 30. Lebensalter stabil (Antonovsky, 1997).

Diese drei Erfahrungen zur Ausformung des Kohärenzgefühls können jedoch nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden, denn „[...] die eigentlichen Quellen des Kohärenzgefühls müssen in der Natur der Gesellschaft liegen, in der jemand lebt, in einer bestimmten historischen Periode, in einer bestimmten sozialen Rolle, in die jemand eingebettet ist“ (Antonovsky, 1993, S. 13). Das sind die Kräfte, die in gewissem Maße bestimmen, inwieweit der Fluss gefährlich ist und wie jemand da gut oder schlecht schwimmen lernt. Stehen einer Person dort ausreichende generalisierte Widerstandsressourcen zur Verfügung, macht sie die Erfahrungen, die das Kohärenzgefühl positiv fördern. Umgekehrt, wenn eine Person vielen generalisierten Widerstandsdefiziten ausgesetzt ist, dann wird die Entwicklung des Kohärenzgefühls behindert (Franke, 2010). Wie in Kapitel 1.3 erläutert, variieren jedoch die Form und die Qualität generalisierter Widerstandsressourcen sowie -defizite je nach dem kulturellen und gesellschaftlichen Kontext aber auch nach den jeweiligen Berufen, der Familienstruktur oder ethnischer Identität einer Person enorm. So macht jede Person Lebenserfahrungen mit wahrgenommenen Stressoren und den einsetzbaren generalisierten Widerstandsressourcen in jeweiligen Gesellschaften in vielfältiger Weise. Dies bedeutet, dass also auch die Wege zur Ausformung des Kohärenzgefühls vielerlei sind (Antonovsky, 1993; 1997; Schneider, 2010).

Hat eine Person beispielsweise ausreichende Erfahrung der Partizipation an gesellschaftlich geschätzten Entscheidungsprozessen, was die Bedeutsamkeit des Kohärenzgefühls fördert, dann ist es wahrscheinlicher, dass sie einen Beruf ausgewählt hat, den sie als bedeutsam empfindet (Antonovsky, 1997). Dementsprechend wiesen Volanen, Lahelma, Silventoinen und Suominen (2004) bei einer Stichprobe von N=6,506 in Finnland darauf hin, dass die Qualität/Zufriedenheit der Arbeit auf das Kohärenzgefühl mehr Einfluss als der Berufsstatus nimmt. So fand sich bei den Berufstätigen, die ihre Arbeit nicht als bedeutsam empfinden, ein schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl als bei den Arbeitslosen. Was man als bedeutsam empfindet, beruht auf den Erfahrungen, die man in einem (oder mehreren) kulturellen und gesellschaftlichen Kontext(en) gesammelt hat, d.h. die Empfindung einer Person, was sie für bedeutsam hält, wird durch den gesellschaftlichen und kulturellen Kontext mehr oder weniger beeinflusst. Das Ergebnis fällt also in einem solchen gesellschaftlichen und kulturel-

len Kontext besser aus, in dem der Berufsstatus „*arbeitslos*“ nicht schlechter bewertet wird als bei jenen, die trotz Unzufriedenheit am Arbeitsplatz nicht versuchen, andere Möglichkeiten zu suchen. In Ländern, in denen es in weiten Teilen der Gesellschaft existentielle Not gibt, kann das Ergebnis ganz anders aussehen (Antonovsky, 1997). Ebenso wurde in derselben Forschung aufgezeigt, dass es keinen Unterschied zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen in dem Kohärenzgefühl gibt. Das ist, so Volanen et al. (2004) nach, darauf zurückzuführen, dass die Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern unter gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen in Finnland leichter ermöglicht wird, so dass es für Frauen meist nur einen vorübergehenden Zustand darstellt, Hausfrau zu sein. In Gesellschaften, in denen die Arbeit von Hausfrauen weniger sozial anerkannt wird, stehen Hausfrauen auch weniger Möglichkeiten offen, die Lebenserfahrungen zu machen, die wichtig zur Herausbildung der Bedeutsamkeit sind. Antonovsky (1997) postuliert, dass die Förderung der Bedeutsamkeit bei Hausfrauen umso wahrscheinlicher ist, je mehr die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen ihnen einen Spielraum für Autonomie, Freiheit oder Kreativität erlauben (Abele, 2001). Weiterhin nimmt er an, dass die die Bedeutsamkeit fördernden Erfahrungen ihnen, wenn die Rolle der Hausfrauen in einer Subkultur oder von den nah stehenden Personen geschätzt wird, trotz abwertender sozialer Wertschätzung durchaus zur Verfügung gestellt werden können (Antonovsky, 1997).

### 1.4.2 Kohärenzgefühl beim Gesundheitsprozess

Wie nimmt das Kohärenzgefühl dann Einfluss auf die Gesundheit? Die salutogenetische Annahme geht davon aus, dass sich die menschliche Existenz in einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet. Dies schließt mit ein, dass die menschliche Natur fortwährend Reizen ausgeliefert ist, was bedeutet, dass wir uns ständig mit den nicht automatisch antwortbaren Reizen konfrontieren müssen, um Gesundheit zu erhalten (s. Kap. 1.1; 1.2). In Bezug auf den salutogenetischen Gesundheitsprozess erläutert Antonovsky in einem fünf Bewertungsphasen-Modell:

Ein Reiz, mit dem eine Person konfrontiert wird, wird anfangs als Stressor oder als Nicht-Stressor definiert (Primäre Bewertung I). Die Person bewertet dann den als Stressor definierten Reiz, ob er für das eigene Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant ist (Primäre Bewertung II). Wenn der Stressor für das eigene Wohlbefinden als bedrohlich bewertet wird,

reagiert die Person auf der emotionalen Ebene, d.h. es entstehen entweder zielgerichtete oder diffuse Emotionen (Primäre Bewertung III). Zielgerichtete Emotionen schaffen eine motivationale und kognitive Handlungsbasis, die der Person ermöglicht, die durch den Stressor verursachten Situationen differenziert zu beobachten und sie emotional und kognitiv einzuordnen, d.h. sie konzentriert sich auf die instrumentellen Parameter der Widerstandsdefizite, so dass sie nicht in emotionale Verwirrung gerät. So kann die Person gemäß der durch Stressoren verursachten Situationen die verfügbaren Widerstandsressourcen in ein System bringen, um daraus die für die Situation geeignete Coping-Strategie auswählen zu können. Dabei entsteht in ihr das Gefühl, dass die spannungsvolle Situation verstehbar ist. Die diffusen Emotionen erzeugen hingegen eine unwirksame Handlungsbasis, die bei der Person dazu führt, die durch Stressoren verursachten Situationen als konfus wahrzunehmen. Dadurch neigt die Person dazu, sich auf emotionale Parameter, nämlich die durch Widerstandsdefizite verursachte Angst oder Unglücklichsein, zu konzentrieren und zu glauben, dass verfügbare Widerstandsressourcen kaum vorhanden sind. Der Coping-Versuch bleibt somit ineffektiv. Diesen Unterschied zwischen Ergebnissen von zielgerichteten und diffusen Emotionen definiert Antonovsky als *Sekundäre Bewertung*. Bei der tertiären Bewertung, der letzten Bewertungsphase, geht es darum, dass die eingesetzten Widerstandsressourcen zurückblickend überprüft und beurteilt werden. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person bei der späteren Konfrontation mit Stressoren eine effektivere Strategie auswählt (Antonovsky, 1997; Franke, 2010).

Das starke Kohärenzgefühl ist weder eine bestimmte Coping-Strategie noch eine Wunderwaffe, die alles möglich macht. Vielmehr drückt das Kohärenzgefühl die globale Einstellung einer Person aus, die gegen Stressoren einen Einfluss auf die Platzierung auf dem Gesundheits- und Krankheitskontinuum nimmt. Zusammenfassend kann wie folgt formuliert werden: Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl nimmt Reize eher als Nicht-Stressoren wahr, bewertet als Stressoren definierte Reize eher als irrelevant oder günstig für das Wohlbefinden, ist in der Lage, als bedrohlich definierte Stressoren auf der instrumentellen Ebene differenziert zu betrachten und neigt dazu zu glauben, dass die verfügbaren Widerstandsressourcen ausreichend sind, und somit die stresshafte Situation verstehbar ist. So wählt sie Ressourcen flexibel aus ihrem Repertoire aus, setzt sie mit größerer Wahrscheinlichkeit dem Problem angemessen ein und überprüft ihre Strategie kontinuierlich. Die generelle Hypothese von dem Haupteffekt des Kohärenzgefühls lautet: Je stärker das Kohärenzgefühl einer

Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie mit Anforderungen besser umgehen und damit gesünder bleiben wird (Antonovsky, 1997; Franke, 2010).

Neben diesem Haupteffekt des Kohärenzgefühls wird auch der Frage besondere Bedeutung beigemessen, welche Rolle das Kohärenzgefühl im Gesundheitsprozess konkret übernimmt. Jedoch wurde die Rolle des Kohärenzgefühls im Gesundheitsprozess seltener als der Haupteffekt des Kohärenzgefühls thematisiert (Gana, 2001). Die Vorstellungen über die konkrete Rolle des Kohärenzgefühls sind in diversen Studien leicht verschieden. Hierbei sind zwischen Moderator- und Mediatorrolle des Kohärenzgefühls zu unterscheiden (Eriksson & Lindström, 2006; Feldt, 1997; Udris & Rimann, 2010).

In der Funktion des Moderators beeinflusst das Kohärenzgefühl bei der Konfrontation mit Stressoren die Gesundheit nicht direkt, sondern die Beziehung zwischen dem Reiz, z.B. der Belastung und der Gesundheit, so dass das stark ausgeprägte Kohärenzgefühl die negative Auswirkung der Belastungen auf die Gesundheit abpuffert. So nimmt das Kohärenzgefühl sozusagen einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit. Die Rolle des Kohärenzgefühls als Moderator geht mit der Annahme einher, dass sich das Kohärenzgefühl als eine stabile dispositionale Lebensorientierung bezeichnen lässt, d.h. dass das Kohärenzgefühl unabhängig von den jeweiligen Umständen stabil bleibt (Albertsen, Nielsen, & Borg, 2001; Antonovsky, 1997; Hogh & Mikkelsen, 2005; Rothmann & Jackson, 2003). Antonovsky behauptet zwar, dass das Kohärenzgefühl nicht hauptsächlich eine Puffer-Variable darstellt, sondern auch direkten Einfluss auf die Gesundheit nimmt (Antonovsky, 1991; 1997; Feldt, 1997; Ying, Akutsu, Zhang, & Huang, 1997), aber viele Autoren gehen davon aus, dass das Kohärenzgefühl überwiegend so konzipiert wurde, dass das Kohärenzgefühl als Puffer einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit nimmt (Albertsen et al., 2001; Franke, 2010; Rothmann & Jackson, 2003) (s. Kap. 3.3 zum Forschungsstand).

Das Kohärenzgefühl als Mediator nimmt einen direkten Einfluss auf die Gesundheit aber steht auch im direkten Zusammenhang mit Reizen. Dabei üben die Reize dann einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit über den Mediator, das Kohärenzgefühl, aus (Gana, 2001; Udris & Rimann, 2010). Der Annahme des Mediatoreffekts des Kohärenzgefühls liegt zum Teil aber die Veränderbarkeit des Kohärenzgefühls zugrunde, was der Annahme von Antonovsky widerspricht, insofern als die Stressoren auch im direkten Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl stehen, so dass das Kohärenzgefühl durch Stressoren zu verändern ist (Albert-

sen et al., 2001; Høgh & Mikkelsen, 2005). In Anlehnung an die Möglichkeit der Veränderung des Kohärenzgefühls postuliert Antonovsky zwar, dass generalisierte Widerstandsdefizite, die durch Inkonsistenz, Unter-/Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert sind, die durch bestimmte Lebensereignisse herbeigeführt werden, die eine negative Veränderung des Kohärenzgefühls bewirken. Dies passiert nach seiner Ansicht jedoch überhaupt im Laufe der Kindheit und Jugend. So ist das Kohärenzgefühl bis zum frühen Erwachsenenalter ausgebildet und bleibt danach stabil (Antonovsky, 1996; 1997; Bengel et al., 2001) (s. Kap.3.3 zum Forschungsstand).

### 1.4.3 Stabilität des Kohärenzgefühls

Wie oben bereits erwähnt, geht Antonovsky davon aus, dass das Kohärenzgefühl einer Person in der frühen Phase des Erwachsenenalters (etwa bis zum 30. Lebensalter) auf dem Kohärenzgefühl-Kontinuum lokalisiert und weiter stabil bleibt. Dahingehend behauptete er in einem privaten Gespräch, dass das Ausmaß des Kohärenzgefühls durch das gegenwärtige Lebensereignis ungefähr bis zu 10% zu verändern ist und danach aber sich wieder normalisiert (Karlsson, Berglin, & Larsson, 2000). Eine fundamentale Veränderung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter sei nur begrenzt möglich, und zwar durch eine maßgebliche Veränderung der sozialen und kulturellen Einflüsse oder der strukturellen Lebensbedingungen, die wiederum zur langfristigen Umstellung der bisherigen generalisierten Widerstandsressourcen und -defizite der betroffenen Person führt, welche das Ausmaß des Kohärenzgefühls der Person bisher ausgebildet haben (Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001).

Jedoch scheint es aufgrund zahlreicher empirischer Befunde so, dass die Annahme der Stabilität des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter nicht aufrechterhalten bleiben kann (Albertsen et al., 2001; Feldt, Leskinen, Kinnunen, & Ruoppila, 2003; Franke & Witte, 2009). Zum Beispiel beobachteten Schnyder, Büchi, Sensky und Klaghofer (2000) eine negative Veränderung des Kohärenzgefühls durch stresshafte Lebensereignisse. So zeigten sie auf, dass sich das Kohärenzgefühl bei Unfallopfern ( $N=96$ ) während des ersten halben Jahres nach dem Unfall verringerte. In dem zweiten halben Jahr nach dem Unfall bleibt das Kohärenzgefühl stabil. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass sich das Kohärenzgefühl von Antonovsky zwar als ein relativ stabiles Maß verstehen lässt, jedoch seine Veränderung durch ein drastisches Lebensereignis zu erwarten ist. Darüber hinaus überprüften Karlsson et al. (2000) das

Kohärenzgefühl von Patienten ( $N=111$ ) vor und nach einer Koronararterien-Bypass-Chirurgie (fünfmalige Messzeitpunkte: eine Woche und ein Tag vor der OP; 3, 6 und 9 Monate nach der OP). Dabei wurde aufgezeigt, dass sich das Kohärenzgefühl von 41% der untersuchten Patienten ein Jahr später nach der Operation über  $\pm 10\%$  des Kohärenzgefühls veränderte, wobei sich 14.7% in positive und 26.6% der Patienten in die negative Richtung bewegten. Allerdings blieb das Kohärenzgefühl von 59% der untersuchten Patienten ein Jahr später nach der Koronararterien-Bypass-Chirurgie unverändert, was die Annahme der Stabilität des Kohärenzgefühls bestärkt.

Antonovsky (1997) geht weiter davon aus, dass die Unterschiede des Kohärenzgefühls zwischen einer Person, die bis zum jungen Erwachsenenalter ein starkes Kohärenzgefühl herausgebildet hat, und einer anderen, die ein vergleichsweise schwaches geformt hat, immer größer werden. Eine Person mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl ist in der Lage, auch bei maßgeblichen Lebensveränderungen und psychosozialen Übergängen angemessene generalisierte Widerstandsressourcen ins Spiel zu bringen, die ihr ermöglichen, die Lebenserfahrungen zu machen, die wiederum das Kohärenzgefühl der Person stärken. Im Vergleich dazu wird dabei die andere Person mit einem schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl mehr durch generalisierte Widerstandsdefizite beeinflusst. Sie macht bei maßgeblichen Lebensveränderungen und psychosozialen Übergängen mehr die Lebenserfahrungen, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe am Entscheidungsprozess charakterisiert sind und schließlich das Kohärenzgefühl der Person herabsetzen (Antonovsky, 1997). Einige Forschungsergebnisse widersprechen dieser Annahme von Antonovsky. Beispielsweise wurde in der oben genannten Forschung von Karlsson et al. (2000) angedeutet, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Veränderungen/Stabilität des Kohärenzgefühls und dem Ausmaß des Kohärenzgefühls vor der Koronararterien-Bypass-Chirurgie gibt. Das bedeutet, dass das Kohärenzgefühl vor der OP keine Rolle bei dem kritischen Lebensereignis spielt, ob sich das Kohärenzgefühl eines Patienten nach der OP in positive oder in negative Richtung bewegt. Ähnlich wiesen Volanen, Suominen, Lahelma, Koskenvu und Silventoinen (2007) in einer Längsschnittstudie zum Zusammenhang zwischen der Stabilität des Kohärenzgefühls und negativen Lebensereignissen im Zeitraum von 1998 bis 2003 bei einer Stichprobe von  $N=17,271$  darauf hin, dass das Kohärenzgefühl in 1998 die Schwächung des Kohärenzgefühls in 2003 durch die negativen Lebensereignisse nicht erklären konnte. Das heißt, dass die Stichprobe ein geschwächtes Kohärenzgefühl in 2003 auf-

grund der erlebten negativen Lebensergebnisse zwischen 1998 und 2003 aufwiesen, unabhängig von dem Ausmaß des Kohärenzgefühls in 1998. Um der Annahme von Antonovsky zu entsprechen, hätte aufgezeigt werden müssen, dass das Kohärenzgefühl der Personen, die in 1998 ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl hatten, signifikant weniger oder gar nicht durch erlebte negative Lebensereignisse reduziert wird im Vergleich zu jenen, die in 1998 über ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügten.

Aus oben beschriebenen Ergebnissen diverser Studien geht die Vermutung hervor, dass das Kohärenzgefühl keine dispositionelle Eigenschaft darstellt, sondern es wird davon ausgegangen, dass das Kohärenzgefühl unter Umständen von den Stressoren beeinflusst und dadurch auch verändert werden kann. Wiederum nimmt das veränderte Kohärenzgefühl dann Einfluss auf die Gesundheit einer Person. Hierbei ist das Kohärenzgefühl als intervenierende Variable zwischen Reizen und Gesundheit zu verstehen, d.h. das Kohärenzgefühl mediiert also den Zusammenhang zwischen Stressoren und Gesundheit (Albertsen et al., 2001; Udris & Rimann, 2010) (s. Kap 1.4.2; 3.3).

## **1.5 WEITERE VORHERIGE EMPIRISCHE STUDIEN ZUM KOHÄRENZGEFÜHL**

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus diversen Studien zum Kohärenzgefühl hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede, transkultureller Aspekte, psychischer Gesundheit sowie des Zusammenhangs zwischen elterlichem Kohärenzgefühl und dem der Kinder vorgestellt.

### **1.5.1 Kohärenzgefühl und Geschlechtsunterschied**

Antonovsky geht davon aus, dass das Kohärenzgefühl wahrscheinlich die Grenzen des Geschlechts überschreitet (Antonovsky, 1993a). Allerdings wurde in verschiedenen Forschungsarbeiten über heterogene Ergebnisse berichtet. Beispielsweise wiesen Schuhmacher, Gunzelmann und Brähler (2000) auf die Geschlechtsunterschiede bezüglich des Kohärenzgefühls bei N=1,944 Männern und Frauen in Deutschland hin. Dabei wiesen Frauen ein schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl auf als Männer. Dagegen bestätigten Volanen et al. (2004) gemäß der Annahme von Antonovsky keinen Geschlechtsunterschied bei N=6,506 Frauen und Männern im Alter von 25-64 in Finnland. Ebenso fanden Nilsson, Holmgeren und Göran (2000) bei 837 Männern und 882 Frauen im nördlichen Schweden, die in drei Gruppen

mit mehrjährigen Magenproblemen, verschiedenen festgestellten Krankheiten und ohne erkennbare Erkrankungen eingeteilt wurden, keinen Geschlechtsunterschied beim Kohärenzgefühl.

Auffallend sind die Geschlechtsunterschiede des Kohärenzgefühls zwischen Müttern und Vätern von Kindern mit Entwicklungsstörungen im Vergleich zu jenen mit gesunden Kindern. Oelofsen und Richardson (2006) wiesen in ihrer Studie zum elterlichen Stress und dem Kohärenzgefühl bei Müttern und Vätern von vorschulischen Kindern mit und ohne Entwicklungsstörung darauf hin, dass die Mütter von Kindern mit Entwicklungsstörung ein schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl als die Väter zeigten, während sich kein signifikanter Unterschied des Kohärenzgefühls zwischen Müttern und Vätern mit Kindern ohne Entwicklungsstörung fand. Ein ähnliches Ergebnis fand sich auch in einer Forschung von Olsson und Hwang (2002) zum Kohärenzgefühl der Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen bei 429 Familien. Dabei kamen die Autoren zu der Interpretation, dass die Elternschaft der Kinder mit Entwicklungsstörungen mehr Einfluss auf die psychische Gesundheit der Mütter als die der Väter nimmt. Diese Ergebnisse scheinen mit dem Ergebnis einer früheren Forschung zum Geschlechtsunterschied bezüglich des Lebensereignisses und des Kohärenzgefühls von Carmel, Anson, Levenson, Bonneh und Maoz (1991) übereinzustimmen, dass nämlich Frauen vulnerabler bei negativem Einfluss von Lebensereignissen sind als Männer. Jedoch muss in diesem Punkt in Betracht gezogen werden, dass die Instrumente in klinisch-psychologischen Studien häufig an der männlichen Norm orientiert sind, so dass nicht selten Coping-Strategien von Frauen vernachlässigt werden (Franke & Kämmerer, 2001; Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink, & Witte, 2001).

### **1.5.2 Kohärenzgefühl in verschiedenen Kulturen**

Nach Antonovsky ist das Kohärenzgefühl transkulturell wirksam. Der Fragebogen zum Kohärenzgefühl wurde mindestens in 33 Sprachen übersetzt und in 32 Ländern, meistens in westlichen Ländern, aber auch Ländern wie Thailand, China, Japan und Südafrika, bei diversen Studien eingesetzt. Nach einer systematischen Review von Eriksson und Lindström (2006), die 458 von 1992 bis 2003 erschienene Veröffentlichungen und 13 Doktorarbeiten bezüglich des Kohärenzgefühls umfasst, scheinen die Mittelwerte unabhängig vom kulturellen Kontext zu sein. Allerdings, da noch relativ wenige Studien aus nicht westlichen Kulturen veröffent-



licht wurden, kann die transkulturelle Gültigkeit nicht zweifelsfrei behauptet werden. Um die transkulturelle Generalisierbarkeit des Kohärenzgefühls zu überprüfen, bedürfte es weiterer Studien an anderen Bevölkerungsgruppen oder in Ländern, deren Vorstellungen von Ich und sozialer Gruppe anders sind als in von Juden- und Christentum geprägten westlichen Kulturen (Franke, 1997).

Aus asiatischen Ländern wurde über diverse Mittelwerte des Kohärenzgefühls berichtet, die allerdings im internationalen Vergleich nicht abweichend sind (Eriksson & Lindström, 2006). Dabei wurden meistens zwei originale Versionen des Fragebogens zum Kohärenzgefühl, SOC-29 und SOC-13, verwendet. Die möglichen Gesamtwerte des SOC-29 liegen zwischen 29 und 203 und die des SOC-13 zwischen 13 und 91 (s. Kap. 4.3.1). In einer japanischen Studie von Urakawa und Yokoyama (2009) bei N=466 Arbeitern in der Produktionsindustrie betrug der Mittelwert des SOC-29 126.56 ( $SD=22.08$ ,  $Chronbach's \alpha=.91$ ). In einer anderen japanischen Studie von Nasermoaddeli et al. (2002) wurde bei N=1,682 Staatsbeamten der Mittelwert des SOC-13 bei Männern 54.7 ( $SD=10.4$ ) und bei Frauen 52.8 ( $SD=10.2$ ) als Ergebnis hervorgebracht ( $Chronbach's \alpha=.83$ ). Cederblad, Ruksachatkunakorn, Boripunkul, Intraprasert und Höök (2003) berichteten bei einer Stichprobe von N=456 in Thailand einen Mittelwert des SOC-29 von 143.38 ( $SD=24.03$ ,  $Chronbach's \alpha=.85$ ). Bei N=20 Krankenschwestern im öffentlichen Gesundheitswesen mit Kindern in Hongkong wurde der Mittelwert des SOC-29 135.75 ( $SD=12.27$ ) erreicht (Shiu, 1998).

In einigen Studien wurde das Kohärenzgefühl bei Immigranten untersucht. In einer Studie von Ying, Lee, Tsai, Lee und Tsang (2001) wurde bei N=353 chinesischen Studierende an amerikanischen Universitäten ein Mittelwert des SOC-29 von 127.55 ( $SD=21.37$ ,  $Chronbach's \alpha=.89$ ) berichtet. Bei N=360 ausländischen Frauen aus 47 verschiedenen Ländern in Deutschland wurde der Mittelwert des SOC-29 137.0 ( $SD=22.37$ ) erreicht (Pourgholam-Ernst, 2002). Grayson (2007) untersuchte das Kohärenzgefühl bei N=1,425, also inländischen (N=916, in Kanada geboren jedoch mit europäischen und chinesischen Wurzeln) und internationalen Studierenden (N=509) aus China, Hong-Kong und Taiwan an kanadischen Universitäten. Dabei betragen die Mittelwerte des SOC-13 55.4 ( $SD=10.1$ ) bei internationalen Studierenden aus China, 52.7 ( $SD=52.7$ ) aus Hong-Kong, 49.3 ( $SD=9.2$ ) aus Taiwan und 54.7 ( $SD=10.4$ ) bei inländischen Studierenden mit chinesischen Wurzeln sowie 59.7 ( $SD=11.2$ ) bei denen mit europäischen Wurzeln ( $Chronbach's \alpha=.81$ ).

In Südkorea sind weder für den SOC-29 noch für den SOC-13 Normwerte verfügbar. Allerdings gibt es eine Reihe von Studien, in denen der ins Koreanische übersetzte SOC-Fragebogen eingesetzt wurde. Meines Wissens liegen diese Studien (außer einer unveröffentlichten Doktorarbeit an einer amerikanischen Universität) bezüglich des Kohärenzgefühls nur in Koreanisch vor. Außerdem wurden die SOC-Fragebögen im Vergleich zu anderen asiatischen Nachbarländern sehr selten in den Studien eingesetzt. In einer Studie von Park, Suh, Oh und Choi (2001) wurde der Mittelwert von dem SOC-29 bei  $N=249$  weiblichen Krankenschwestern in einem Krankenhaus in Seoul von 132.10 ( $SD=15.3$ , *Chronbach's*  $\alpha=.85$ ) erreicht. In einer Studie von Chung (2003) bei 116 verheirateten Frauen im Alter von 40 bis 60 in Südkorea betrug der Mittelwert von dem SOC-13 57.9 ( $SD=11.39$ , *Chronbach's*  $\alpha=.80$ ). In einer anderen südkoreanischen Untersuchung (Chung, Kim, Rhee, & Do, 2005) bei  $N=42$  Frauen mit einem gynäkologisch diagnostizierten Tumor wurde der Mittelwert 57.4 ( $SD=10.75$ , *Chronbach's*  $\alpha=.71$ ) erreicht.

### 1.5.3 Kohärenzgefühl und psychische Gesundheit

Es gibt zahlreiche Studien, die einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit und wahrgenommener Gesundheit erbrachten (Bengel et al., 2001; Eriksson & Lindström, 2006; Franke, 1997). Hier wird ausschließlich über die Studien referiert, in die eine Stichprobe aus nicht westlichen Kulturen einbezogen ist.

In der oben genannten südkoreanischen Studie von Park et al. (2001) wurde der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und den einsetzbaren Coping-Ressourcen bei weiblichen Krankenschwestern ( $N=249$ ) untersucht. Dabei wurde aufgezeigt, dass das stark ausgeprägte Kohärenzgefühl mit ausreichenden einsetzbaren Coping-Ressourcen ( $r=.49$ ) und niedrigem Stress bei der Arbeit ( $r=-.38$ ) einhergeht. In einer anderen oben genannten Studie von Chung (2003) bei verheirateten Frauen ( $N=116$ , 40.5% der untersuchten Frauen vor Menopause; 25.0% Perimenopause; 34.5% Menopause) im Alter von 40 bis 60 wurde gezeigt, dass die untersuchten Frauen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl eine hohe Paarzufriedenheit ( $r=.28$ ), wenige Symptome in der Menopause ( $r=-.57$ ), geringe Empfindlichkeit in Bezug auf die Menopause ( $r=-.46$ ) und eine geringe Ausprägung der Menopause ( $r=-.38$ ) aufwiesen. In einer weiteren Untersuchung von Chung (2005) bei 42 Frauen mit einem gynäkologisch diagnostizierten Tumor, die sich zur chemotherapeutischen Behandlung im Krankenhaus auf-

hielten, wurden negative Korrelationen zwischen dem Kohärenzgefühl und der Depression ( $r=-.64, p<.01$ ) sowie der Unsicherheit in der Krankheit ( $r=-.62, p<.01$ ) gefunden. Das heißt, dass die untersuchten Frauen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl weniger depressiv und unsicher waren als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl.

Ying und Akutsu (1997) untersuchten Flüchtlinge aus südasiatischen Ländern in den USA ( $N=713$  Vietnamesen, 492 Kambodschaner, 551 Laoten, 231 Hmong, 245 chinesischstämmige Vietnamesen). Dabei fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen ethnischen Gruppen sowohl im Hinblick auf das Kohärenzgefühl als auch auf die wahrgenommenen Widerstandsressourcen und -defizite. So wiesen die Vietnamesen und die chinesischstämmigen Vietnamesen ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl und weniger Traumata-Erfahrung und mehr Zugang zu Ressourcen als die drei anderen ethnischen Gruppen auf. In der multiplen Regressionsanalyse mit den Prädiktoren, dem Kohärenzgefühl, den Widerstandsdefiziten (Tod eines Familienmitglieds, kultureller Traditionalismus usw.) und -ressourcen (Bildungsstatus, Berufsstatus, Sprachkompetenz usw.) sowie der abhängigen Variable Zufriedenheit/Glücklichsein zeigte sich, dass das Kohärenzgefühl den stärksten Prädiktor für die Zufriedenheit/Glücklichsein der Flüchtlinge in allen ethnischen Gruppen außer den chinesisch-stämmigen Vietnamesen darstellt ( $Beta=.36$  bis  $.50, p<.01$ ).

Im Rahmen einer Studie zur Untersuchung des Kohärenzgefühls und psychischer Gesundheit im Zusammenhang mit stresshaften Lebensereignissen wiesen Takayama et al. (1999) bei einer zufälligen Stichprobe  $N=200$  in Tokio darauf hin, dass das stark ausgeprägte Kohärenzgefühl mit einer besseren psychischen Gesundheit (GHQ-12) einhergeht. In der oben genannten Studie von Urakawa und Yokoyama (2009) über den Arbeitsstress und das Kohärenzgefühl bei  $N=466$  Arbeitern in der Produktionsindustrie in Japan wurden signifikante negative Korrelationen zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Fragebogen, GHQ-12, in beiden Geschlechtern aufgezeigt ( $r=-.55, p<.01$ ), d.h. die psychische Gesundheit der untersuchten Arbeiter ist umso ausgeprägter, je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist.

Cederblad et al. (2003) wiesen bei einer thailändischen Stichprobe von  $N=456$  darauf hin, dass das Kohärenzgefühl eine wichtige Determinante für psychische Beschwerden darstellt. In der multiplen Regressionsanalyse konnten durch den SOC-29 15.7% der Varianz der abhängigen Variablen, psychischen Beschwerden, erklärt werden. Dieser Varianzanteil war ebenso größer als die Summe der Varianzanteile zweier anderer beteiligter Prädiktoren wie

der sozioökonomische Stress und der Interaktionsterm aus dem SOC-13 und dem sozioökonomischen Stress.

#### 1.5.4 Einfluss des elterlichen Kohärenzgefühls auf ihre Kinder

Antonovsky geht davon aus, dass das Kohärenzgefühl der Eltern die Entwicklung des Kohärenzgefühls des Kindes beeinflusst:

„Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl der Eltern, desto wahrscheinlicher ist, dass sie die Lebenserfahrungen des Kindes so beeinflussen, dass dieses in dieselbe Richtung geführt wird.“  
(Antonovsky, 1997, S. 99)

Die Eltern mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl, die ein einem starken Kohärenzgefühl entsprechendes Verhältnis zwischen generalisierten Widerstandsressourcen und -defiziten in ihrem Kontext vorfinden, besitzen mehr Möglichkeiten, Lebenserfahrungen von Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation für ihre Kinder zu arrangieren. Dementsprechend konnten Volanen et al. (2004) in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen in der Kindheit und dem Kohärenzgefühl im späteren Leben bei N=6,506 in Finnland bestätigen. Zur Erfassung der Lebensbedingungen in der Kindheit wurden z.B. finanzielle Schwierigkeiten, Alkoholprobleme eines Familienmitglieds, Angst vor einem Familienmitglied und Konflikte in der Familie in der Kindheit erfragt und dabei drei Antwortmöglichkeiten (keine Schwierigkeiten / eine Schwierigkeit / zwei oder mehrere Schwierigkeiten) vorgegeben. Es wurde aufgezeigt, dass die Lebensbedingungen mit Schwierigkeiten in der Kindheit mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl im späteren Leben einhergehen. Im Vergleich dazu stellte Lundberg (1997) bei einer Stichprobe von N=4,355 in Schweden fest, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen in der Kindheit, wie z.B. bei finanziellen Problemen, Erfahrung des Familienbruchs, Familiengröße, und dem Kohärenzgefühl im späteren Leben gibt. Allerdings wurde aufgezeigt, dass die Unstimmigkeiten in der Familie während der Kindheit ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl im späteren Leben zur Folge haben.

In einer Reihe von Studien ließ sich bestätigen, dass Eltern mit Kindern mit Entwicklungsstörung über ein schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen als Eltern mit Kindern ohne Entwicklungsbeeinträchtigung. Olsson und Hwang (2002) berichteten in ihrer Studie zum Zusammenhang zwischen elterlichem Kohärenzgefühl und Kindern mit unterschiedlichen

Entwicklungsstörungen in Schweden, dass Mütter mit autistischen Kindern ( $N=62$ ) sowie Kindern mit geistiger Behinderung ( $N=144$ ) ein niedriger ausgeprägtes Kohärenzgefühl haben als die Mütter mit Kindern ohne Entwicklungsstörung ( $N=202$ ). Grøholt, Nordhagen und Köhler (2003) kamen bei  $N=9,524$  zum ähnlichen Ergebnis, dass das Kohärenzgefühl der Eltern von Kindern mit chronischen Krankheiten niedriger ist als das der Eltern mit Kindern ohne chronische Erkrankung. Ähnliche Ergebnisse fanden sich in einer Studie von Oelofsen und Richardson (2006) zum elterlichen Stress und dem Kohärenzgefühl bei Müttern von Kindern mit ( $N=49$ ) und ohne Entwicklungsstörung ( $N=40$ ), nämlich dass die Mütter der Kinder mit Entwicklungsstörungen ein schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl aufwiesen als Mütter mit Kindern ohne Entwicklungsbeeinträchtigungen. Innerhalb der Familien mit Kindern mit Entwicklungsstörungen war das Kohärenzgefühl der Mütter signifikant niedriger ausgeprägt als das von den Vätern. Bestätigt wurden diese Ergebnisse auch durch eine polnische Untersuchung (Pisula & Kossakowska, 2010), die berichtete, dass die Mütter mit autistischen Kindern ( $N=26$ ) ein niedriger ausgeprägtes Kohärenzgefühl aufweisen als jene mit Kindern ohne Entwicklungsstörung.

Es gibt wenige Studien, die den Einfluss des elterlichen Kohärenzgefühls auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder untersuchten, noch seltener sind die aus nicht westlichen Kulturen. Im Rahmen einer Studie zum Kohärenzgefühl in 456 thailändischen Familien, die aus 200 Vätern, 179 Müttern, 77 Großeltern und 456 Kindern im Alter von 7 bis 18 bestehen, untersuchten Cederblad et al. (2003) den Einfluss des Kohärenzgefühls der (Groß-)Eltern auf die psychische Gesundheit, die Selbstachtung und die Kompetenzen ihrer Kinder. Die drei dabei verwendeten Instrumente bei Kindern sind *The Child Behavior Checklist*, CBCL (Achenbach, 1991b), *The Child Behavior Checklist. Teacher's Report Form*, TRF (Achenbach, 1991a) und *The Perceived Competence Scale for Children*, PCSC (Harter, 1982). Dabei wurde aufgezeigt, dass das Kohärenzgefühl der Eltern oder Großeltern positiv mit dem PCSC ( $r=.22$ ) und negativ mit dem CBCL ( $r=-.30$ ), der CBCL-Kompetenz ( $r=.15$ ) sowie dem TRF ( $r=-.14$ ) signifikant korreliert. Insgesamt lässt sich feststellen, dass Kinder der (Groß-)Eltern mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl wenige Verhaltensauffälligkeiten und eine hoch ausgeprägte Kompetenz aufwiesen. Der weiteren multiplen Regressionsanalyse ist jedoch zu entnehmen, dass lediglich 3% der Varianz an CBCL, 0% an CBCL-Kompetenz, 1% an TRF und 2% an PCSC durch das Kohärenzgefühl der (Groß-)Eltern erklärt werden konnte.

## 2 PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM MIGRATIONSPROZESS

### 2.1 MIGRATION

Der Begriff der Migration leitet sich von dem lateinischen Wort „*migrare bzw. migratio*“ ab und bedeutet „*Wanderung*“. In den Sozialwissenschaften versteht man Migration als Wanderungsbewegungen von Personen und Personengruppen im Raum, die einen dauerhaften Wohnortwechsel bedingen (Han, 2005). In Deutschland wurden bis 2004 unter Migranten allein Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit verstanden. Der Begriff Migranten wird somit im alltäglichen Gebrauch häufig benutzt, aber es sind streng genommen nur diejenigen gemeint, die eigene Migrationserfahrung vorzuweisen haben. Für diejenigen, die eigene Migrationserfahrung haben, werden von der Kommission „*Zuwanderung*“ die Begriffe *Zuwanderung* und *Einwanderung* empfohlen. Unter *Zuwanderung* ist diejenige Migration gemeint, die nur einen vorübergehenden Charakter hat, während *Einwanderung* als dauerhafte Niederlassung zu verstehen ist (Bundesministerium des Innern [BMI], 2001). Jedoch scheint diese Unterscheidung insofern wenig sinnvoll zu sein, als eine zunächst als *Zuwanderung* geplante Migration schließlich zu einer *Einwanderung* werden kann oder umgekehrt (Razum & Neuhauser, 2008). Im Jahr 2005 wurde der Begriff „*Migrationshintergrund*“ im Rahmen des Mikrozensus durch das Statistische Bundesamt offiziell eingeführt, so dass z.B. eingebürgerte Migranten auch zu erheben sind. Menschen mit *Migrationshintergrund* sind „*alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil*“ (Statistisches Bundesamt [DESTATIS], 2011, S.6).

Die unterschiedliche Verwendung des Migrantenbegriffs erschwert den Vergleich zwischen Migrantenforschungen, aber auch differenzierte Beobachtungen zwischen Migrantengruppen. Für die Aussagen migrationspezifischer Probleme soll ein hohes Maß an Differenziertheit aufgrund der Heterogenität der Migrantengruppen gefordert werden (Knipper & Bilgin, 2009). In vorliegender Arbeit wird der Begriff „*Zugewanderte*“ für südkoreanische Mütter, die Migrationserfahrung haben, und der Begriff „*mit Migrationshintergrund*“ für ihre Kinder, abgesehen von ihrer Selbstmigrationserfahrung einheitlich verwendet.

## 2.2 AKKULTURATION UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Beim Migrationsprozess handelt es sich um radikale Veränderungen des politischen, sozialen und kulturellen Kontextes, wobei die Betroffenen ihren umfassenden Sinnzusammenhang sozialer Handlungen, ihre zugehörige Sprachgemeinschaft und ihren identitätsbildende Interaktionsrahmen verlassen und in der neuen politischen, sozialen und kulturellen Umgebung eigene Wertvorstellungen, Verhaltensnormen oder Kenntnisse neu konstruieren müssen (Faltermaier, 2001; Han, 2005; Uslucan, 2011). Diese Veränderungen im Migrationsprozess in Bezug auf den Prozess und das Ergebnis sind als Akkulturation<sup>2</sup> zu verstehen. Die Ergebnisse der Akkulturation können positive oder negative Veränderungen in psychischer Gesundheit und sozialer Funktionstüchtigkeit der Betroffenen (hier Migranten) aufweisen (Berry, 1997; Schmitt-Rodermund & Silbereisen, 2002; Schmitz, 2001).

Die Verbreitung des Stressmodells und des damit verbundenen Vulnerabilitätskonzepts in der Wissenschaft seit den 80er Jahren beeinflusst so die Migrationsforschungen, dass der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit vorrangig im Kontext von Stress-Krankheitsmodellen diskutiert wurde (Berry, 1997; Schenk, 2007; Schmitt-Rodermund & Silbereisen, 2002; Schmitz, 2001; Schulz, 2002; Weiss, 2003). Dementsprechend wird wenig Aufmerksamkeit auf gesundheitsförderliche Ressourcen von Migranten gerichtet, sondern vielmehr wird den krankmachenden Faktoren in der Migration besondere Bedeutung beigemessen. Diese Arbeiten sind folglich als pathogenetisch orientierte Migrationsforschungen zu benennen (Borde & David, 2007; Faltermaier, 2001; Schenk, Ellert, & Neuhäuser, 2007; Uslucan, 2005; Weiss, 2003).

Berry (1997) entwickelte das bekannteste Prozessmodell der Akkulturation in Anlehnung an das transaktionale Stressmodell von Lazarus (1984) (s. Kap. 1.2). Dem Prozessmodell der Akkulturation liegt die Annahme zugrunde, dass die Konfrontation mit den Veränderungen in der Migration die Betroffenen zum Stresserleben führt, die sich auf die Gesundheit negativ auswirkt. Hierbei ist die Frage interessiert, wie es Migranten bewältigen, in einem kulturellen System zu leben, das sich von ihrem gewohnten System, in dem sie geboren und aufgewachsen sind, unterscheidet; warum unter ähnlichen Bedingungen bestimmte Migranten mit Stö-

---

<sup>2</sup> Allein die Definition der Akkulturation und ihre Anwendungen in sozial-psychologischen Studien variieren erheblich. Zur Diskussion über die Definition der Akkulturation siehe Zick (2010), Kapitel 2.

rungen und Erkrankungen reagieren, während andere keine derartigen Symptome zeigen (Schmitt-Rodermund & Silbereisen, 2002; Schmitz, 2001; Zick, 2010). Darunter stellt Berry (1997) ein Rahmenmodell zur Systematisierung für die interdisziplinär orientierte Akkulturationsforschung vor, auf das in vielen Migrationsstudien und -ansätzen zurückgegriffen wird (Zick, 2010). Es geht davon aus, dass der Erfolg der Akkulturation von vielen moderierenden Faktoren abhängt, wie Alter, Geschlecht, Motivation der Migranten, kultureller Distanz zwischen der Aufnahmegesellschaft und dem Heimatland sowie Kontrollüberzeugung usw. vor der Akkulturation und sozialer Unterstützung, Coping-Strategie sowie Akkulturationsstrategie usw. während der Akkulturation (Berry, 1997).

Akkulturationsstrategien sind in seinem Modell der wichtigste moderierende Faktor bei der Akkulturation. Sie beziehen sich auf die grundlegende Orientierung der Migranten zwischen heimatlichen und aufnahmegesellschaftlichen Kulturen. Akkulturationsstrategien sind in vier prototypische Akkulturationsmuster einzuordnen: Assimilation (völlige Zuwendung der Kultur des Aufnahmelandes), Segregation (Ablehnung der Kultur des Aufnahmelandes zugunsten der eigenen Kultur), Integration (Verbindung beider Kulturen miteinander) und Marginalisierung (Ignorieren beider Kulturen) (Berry, 1997; 2001). In einigen Studien wurde versucht, den Zusammenhang zwischen den Akkulturationsstrategien und psychischer Gesundheit zu suchen. Generell zeigte sich dabei, dass die Integration mit besserem Wohlbefinden einhergeht, während bei Marginalisierung, Segregation und Assimilation allerdings nicht eindeutige Befunde aufgewiesen wurden (Berry, 1997; Sam & Berry, 1995; Schmitz, 1992; 2001; Ying et al., 1997; Ying et al., 2001). Ein weiterer bedeutender moderierender Faktor bei der Akkulturation ist nach Berry (1997) die Coping-Strategie gegen den Akkulturationsstress. Schmitz (1992) konnte in diesem Zusammenhang zeigen, dass die Coping-Strategie je nach der Akkulturationsstrategie variiert. Dabei geht die Akkulturationsstrategie Integration mit einer problemzentrierten Orientierung, Segregation mit einer emotionalen sowie vermeidenden und Assimilation mit einer problemzentrierten sowie emotionalen Orientierung einher. Außerdem ist die soziale Unterstützung als wichtige Einflussgröße bei der Akkulturationserfahrung anzusehen (Berry, 1987; 1997; Schmitz, 2001).

Insgesamt fällt auf, dass im Rahmen des Akkulturationsmodells von Berry (1997) die komplexen Veränderungen der Individuen in unterschiedlichen Kontexten vereinfacht werden. Somit wird versucht, bestimmte Strategien und Faktoren zu identifizieren, die die Folge der Akkulturation der Migranten entscheidend zu beeinflussen scheinen. Jedoch ist zu beden-



ken, dass sich eine solche Zuordnung der Akkulturations- und Coping- Strategien überwiegend an Forschungsbarkeit orientieren scheint (Franke, 2010). Dies wird noch bedenklicher, wenn man akzeptiert, dass die Lebensgeschichten und Hintergründe der Migranten so heterogen sind, dass keineswegs von einer gemeinsamen Erfahrung oder einem vergleichbaren Prozess in der Akkulturation ausgegangen werden kann (Assion, 2005; Faltermaier, 2001; Herwartz-Emden & Riecken, 2001). Die Festlegung und die Pauschalisierung bestimmter Prägnanztypen der Strategien oder psychischer Reaktionen und Störungen bei der Akkulturation der heterogenen Migranten können die Gefahr in der Diskussion über Migration und Gesundheit bergen, dass die Heterogenität, und die damit verbundenen Möglichkeiten, individuellen Dispositionen und Bedürfnisse von Migranten vernachlässigt werden (Assion, 2005).

Es scheint fruchtbarer zu sein, dass man sich auf die Frage konzentriert, wie Migranten in der Akkulturation über viele verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten verfügen und unter welchen Rahmenbedingungen sie die Ressourcen bei der Konfrontation mit migrationsbedingten Anforderungen flexibel und kreativ einsetzen können (Franke, 2010)(s. Kap. 3.1).

### **2.3 MÜTTER UND KINDER IN DER MIGRANTENFAMILIE**

Häufig endet der Migrationsprozess nicht mit der ersten Generation, sondern dauert von Generation zu Generation an. In diesem Sinne ist Migration als ein Familienprojekt anzusehen (BFSFJ, 2000; Fuhrer & Uslucan, 2005). Angesichts der Tatsache, dass die klassische Familie mit Eltern und Kindern bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland häufiger als bei jenen ohne Migrationshintergrund vorkommt (57.8% gegenüber 37.8%, 2010) (DESTATIS, 2011), ist es wichtig, den Migrationsprozess der Betroffenen im Rahmen der familiären Konstruktion zu betrachten (Fuhrer & Uslucan, 2005; Herwartz-Emden, 2000; Herwartz-Emden, Schurt, & Waburg, 2010; Uslucan, 2011). Der Akkulturationsprozess wirkt sich unmittelbar aus auf die Familienstruktur und -funktion, die Aufgabenverteilung, die Verteilung der Entscheidungsmacht, aber auch auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern. Wie sie dabei zur Anordnung kommen, ist ein komplexer und dynamischer Prozess (Boos-Nünning & Karakasoglu, 2005; Fuhrer & Mayer, 2005; Nauck, 2007). Jedoch wurde dies bei den Migrationsforschungen nicht selten vernachlässigt (Fischer & Springer, 2011; Fuhrer & Mayer, 2005; Herwartz-Emden et al., 2010). Insbesondere mangelt es an Wissen über die

wechselseitigen Beeinflussungen zwischen Familienmitgliedern, z.B. die innerfamiliäre intergenerative Transmission von Werten und Einstellungen der Eltern an das Kind beim Migrationsprozess aus sozialisationstheoretischer Perspektive (Fuhrer & Uslucan, 2005; Steinbach & Nauck, 2005) und über die Bedeutung des Akkulturationsprozesses für die Eltern-Kind-Beziehungen aus entwicklungspsychologischer Sichtweise (Trommsdorff, 2005).

Durch den Migrationsprozess werden die Migrantenfamilien durchgehend vor Herausforderungen gestellt. Sie sind mit Diskrepanzen zwischen herkunftsländlichen und aufnahmegesellschaftlichen Werten und Einstellungen konfrontiert. Sie müssen die Aufgaben zur alltäglichen Gestaltung des Familienlebens übernehmen, nämlich ihr Verhaltensrepertoire zu erweitern, zu modifizieren und umzuorganisieren (Uslucan, 2011). Eine weitere Herausforderung entsteht durch den Verlust der Netzwerke im Heimatland (Herwartz-Emden, 2000). Aus bisherigen Befunden kann aber auch festgehalten werden, dass im Migrationsprozess die Intensivierung familiärer Beziehungen, also sowohl intergenerativer Beziehungen als auch der Paarbeziehung, stattfindet (Filsinger, 2011; Herwartz-Emden, 2000; Nauck, 1994; 2007). Alle diese Veränderungen durch den Akkulturationsprozess in den Migrantenfamilien sind als entscheidende Einflussgröße für die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder anzusehen (Herwartz-Emden & Riecken, 2001; Trommsdorff, 2005). Insbesondere ist davon auszugehen, dass die Mütter in Migrantenfamilien im Hinblick auf die geschlechtsspezifische Verantwortung für die Familie den Akkulturationsprozess ihrer Familie entscheidend beeinflussen (Herwartz-Emden, 2000; Herwartz-Emden et al., 2010). Im Folgenden sollen diese Anforderungen und Veränderungen sowie deren Bedeutung für zugewanderte Mütter und ihre Kinder näher erläutert werden.

### **2.3.1 Diskrepanz zwischen Herkunftskultur und Kultur der Aufnahmegesellschaft**

Die Diskrepanz zwischen herkunftsländlicher und aufnahmegesellschaftlicher Kultur stellt sich für zugewanderte Mütter als paradoxe Doppelaufgabe dar, nämlich für ihre Kinder die eigenen traditionellen Werte und Einstellungen weitergeben und die Werte und Einstellungen der Aufnahmegesellschaft vermitteln zu müssen (Leyendecker, 2003; Nauck, 2007; Trommsdorff, 2005). Die Weitergabe der herkunftsländlichen Werte und Einstellungen ist für zugewanderte Mütter nicht einfach (Krentz, 2002; Nauck, 1997; Nauck & Niephans, 2001).

Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Weitergabe durch kulturvermittelnde Institutionen der Aufnahmegesellschaft wie Schule und Kindergärten nur schwer geleistet werden kann. Die Weitergabe muss daher über die Familie bzw. die ethnische Gemeinde erfolgen. Ein weiterer Grund liegt darin, dass sich die Kinder mit Migrationshintergrund sozialisationsbedingt stärker als ihre Eltern an Werten und Einstellungen der Aufnahmegesellschaft orientieren (Nauck, 2007; Steinbach & Nauck, 2005; Trommsdorff, 2005).

Die Mütter und Kinder in Migrantenfamilien nehmen diese Diskrepanz ganz anders wahr. Es kommt nicht selten vor, dass die Kinder die elterlichen Anforderungen als unvereinbar mit den Anforderungen der aufnahmegesellschaftlichen Kultur erleben. Dieser Umstand wird noch komplizierter, wenn ihre Kinder in Entwicklungsübergänge wie Pubertät rücken. Wenn sich ihre Kinder von der Familie und Herkunftskultur entfernen, kann das Gefühl bei Müttern entstehen, dass sie ihre Kinder an die Aufnahmegesellschaft verlieren. Umgekehrt, wenn sich ihre Kinder hauptsächlich an der Herkunftskultur orientieren, können sie sich Sorgen über die Zukunft ihrer Kinder machen, dass ihre Kinder bessere Chancen in der Aufnahmegesellschaft verpassen (Leyendecker, 2011). Haben die Kinder mit Migrationshintergrund einen Informationssprung wie z.B. durch den schnelleren Erwerb der deutschen Sprache oder Kultur, können sie auch ihren Eltern relevante Inhalte der aufnahmegesellschaftlichen Kultur vermitteln. Jedoch besteht hier die Gefahr, dass die Eltern ihre Autorität verlieren. In diesem Fall fällt es ihnen dann schwerer, den Kindern einen familiären Rahmen zu bieten, der als Ressource für die Kinder dient. Dies kann sich sowohl auf die Kinder, aber auch auf ihre Eltern im Akkulturationsprozess negativ auswirken (Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberer, & Schlack, 2007; Leyendecker, 2011; Uslucan, 2011).

Für Kinder mit Migrationshintergrund bedeutet die durch den Akkulturationsprozess verursachte Diskrepanz, dass sie mit zwei unterschiedlichen Sozialisationskontexten konfrontiert werden, d.h. zusätzlich zu den altersgemäßen Entwicklungsaufgaben noch besondere Anforderungen erfüllen müssen. Zu dieser Akkulturationsleistung gehört nicht nur die Sprache des Aufnahmelandes, sondern auch das Erlernen von Werten, Normen, Symbolen und Verhaltensstandards des Aufnahmelandes. All diese müssen die Kinder mit Migrationshintergrund im Laufe ihrer Sozialisation gleichzeitig auch in den Wertehorizont ihres familiären Herkunftskontextes integrieren. Die Qualität des Umgangs mit diesen Anforderungen der Kinder aus Migrantenfamilien wird durch die ökonomischen, sozialen sowie kulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst (Herwartz-Emden & Küffner, 2006; Herwartz-Emden et al., 2010). Da-

bei spielt aber auch die Beziehung zwischen den Kindern und Eltern eine bedeutsame Rolle. So können die Eltern aufgrund ihrer Einstellungen und ihres Verhaltens den Akkulturationsprozess der Kinder fördern und zu einem guten Ergebnis bringen oder auch beeinträchtigen (Leyendecker, 2011; Leyendecker & Schölmerich, 2005; Trommsdorff, 2005).

### **2.3.2 Verlust der sozialen Netzwerke**

Ein weiteres Merkmal, das auf die Herausforderung durch den Migrationsprozess bezüglich des familiären Lebens schließen lässt, bezieht sich auf den Verlust der sozialen Netzwerke im Heimatland, aus denen sich soziale und emotionale Unterstützung ergeben hatte. Durch den Verlust der sozialen Netzwerke verschwindet die Quelle der sozialen Unterstützung zum großen Teil und es entsteht somit die Notwendigkeit, im Migrationskontext neue Netzwerke aufzubauen (Faltermajer, 2001; Herwartz-Emden, 2000). Der Verlust sozialer Netzwerke kann bei Müttern mehr als bei Vätern von besonderer Bedeutung sein, da die Frauen die soziale Unterstützung bei belastenden Situationen mehr als Männer suchen (Carmel et al., 1991). Dies bezieht sich auf die geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Hinblick auf die Reziprozität sozialer Unterstützung. Frauen nehmen sich mehr Zeit für ihre Familie und Netzwerke als Männer, sie sind demnach mehr als Männer in soziale Interaktionen eingebunden. Dadurch bestehen bei Frauen mehr Möglichkeiten, soziale Unterstützung zu erhalten und zu geben, aber auch mehr soziale Belastung zu erfahren (Franke et al., 2001; Fydrich, Sommer, & Brähler, 2007). Dies kann aber auch bedeuten, dass zugewanderte Mütter im Migrationsprozess mehr Wert darauf legen, neue soziale Netzwerke in der Aufnahmegesellschaft auszubauen. So ist es wahrscheinlicher, dass die Quelle ihrer sozialen Unterstützung größer ist als die der Männer (Fydrich et al., 2007). Schlägt der Versuch aber fehl, so dass die von ihr wahrgenommene soziale Unterstützung als ungenügend bewertet wird, dann ist bei ihnen auch die Wahrscheinlichkeit größer als bei den Männern, dass ihre psychische Gesundheit und Wohlbefinden dadurch ungünstig beeinflusst wird (Fydrich et al., 2007; Pisula & Kossakowska, 2010; Schwarzer & Leppin, 1989).

Aufgrund der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und des mangelhaften Vertrauens in die interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten neigen zugewanderte Mütter dazu, außerfamiliäre Ressourcen zur Unterstützung bei der Kindererziehung nicht aus institutionellen Einrichtungen oder Angeboten der Aufnahmegesellschaft, sondern eher aus den sozialen

Netzwerken zu holen (Gaitanides, 2011). Dabei bestehen diese Netzwerke meistens aus verwandtschaftlichen oder ethnischen Gruppen (Nauck & Kohlmann, 1998). Demzufolge ist davon auszugehen, dass die außerfamiliären Ressourcen eingeschränkter sind als die im Heimatland (Leyendecker, 2003). Schließlich führt mangelnde soziale Unterstützung zu einschneidenden Veränderungen in Bezug auf die Kindererziehung bei Migrantenfamilien (Herwartz-Emden, 2000). Sind die außerfamiliären Ressourcen der Eltern zur Unterstützung bei der Kindererziehung ausschließlich auf informelle Informationen aus ethnischen Netzwerken angewiesen und unzureichend, kann dies auch die Akkulturationsleistung der Kinder erschweren (Leyendecker, 2003).

### **2.3.3 Intensivierung der familiären Beziehungen**

Angesichts der oben beschriebenen Diskrepanz der zwei unterschiedlichen Sozialisationskontexte und deren möglichen Folgen (s. Kap. 2.3.1) lässt sich sagen, dass durchaus ein hohes intergeneratives Konfliktpotenzial in Migrantenfamilien existiert. Jedoch widerlegten einige empirische Befunde dieser Vermutung: In Migrantenfamilien kommt es nicht zu verstärkten Konflikten zwischen Generationen, sondern der Migrationsprozess führt zu einer Intensivierung der Generationenbeziehungen (Krentz, 2002; Nauck, 1997; Nauck & Niephans, 2001; Trommsdorff, 2001).

„[...] Die Einstellungen von Eltern und Kindern sind konformer, die Ko-Orientierung höher und die Synchronität stärker als in nichtgewanderten Familien. Kinder ausländischer Familien antizipieren und internalisieren die Erwartungen der Eltern in hohem Maße und zeigen eine hohe Bereitschaft, die von ihnen erwarteten Solidarleistungen zu erbringen [...]“ (Nauck, 2007, S.24).

Es wurde außerdem von mehreren Autoren darauf hingewiesen, dass die intergenerative Transmission von Werten, Normen und Einstellungen der Eltern an die Kinder in Migrantenfamilien sogar besser als bei Nicht-Migrantenfamilien funktioniert (Nauck, 1999; Nauck & Niephans, 2001; Schönplflug, 2001).

Diese Stärkung der intergenerativen Beziehungen ist als eine Folge der Anpassungsleistung an die Minoritätssituation der Migrantenfamilie anzusehen. Die familiären Beziehungen stellen eine besondere Bedeutung für die Entwicklung individueller Bewältigungskompetenzen der Familienmitglieder, insbesondere in Bezug auf die Verarbeitung psychosozialer Belastun-

gen dar. Der stabile familiäre Zusammenhalt ist somit als wichtige gesundheitsrelevante Ressource für Kinder und Mütter in Migrantenfamilien zu betrachten (Erhart et al., 2007; Filsinger, 2011; Herwartz-Emden et al., 2010; Nauck, 2007; Steinbach & Nauck, 2005). Andererseits ist auch die Annahme zu vertreten, dass sich viele Schwierigkeiten im Migrationsprozess durch die verstärkten intergenerativen Beziehungen der Eltern und Kinder ergeben können. Wenn die stabilen Beziehungen in Migrantenfamilien dazu führen, dass sich die sozialen Kontakte primär auf die eigene Familie und Verwandte beziehen und sich somit weiter ausschließlich im selben ethnischen Kreis befinden, dann besteht die Gefahr, das familiäre Leben in der Aufnahmegesellschaft segregiert zu werden. In dem Fall kann man sich vorstellen, dass jenen Familien außerfamiliäre Ressourcen eher begrenzt zur Verfügung stehen und ebendaher Kinder in ihren Entwicklungsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt werden könnten. Es handelt sich also um eine ambivalente Situation, der Migrantenfamilien ausgesetzt sind. Sie kann sich für die einzelnen Familienmitglieder sowohl als positiv als auch als negativ erweisen (Leyendecker, 2003) (s. Kap. 2.3.2).

Der verstärkte familiäre Zusammenhalt geht darüber hinaus auch mit der Stärkung der Paarbeziehungen einher (Herwartz-Emden, 2000). Die Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und der Qualität der Paarbeziehung wurden vielseitig nachgewiesen (Braune-Krickau et al., 2005; Kersh, Hedvat, Hauser-Cram, & Warfield, 2006; Ochs et al., 2004; Reich, 2003; Volanen et al., 2004). Somit kann auch davon ausgegangen werden, dass die hohe Zufriedenheit in der Paarbeziehung für zugewanderte Mütter eine wichtige Ressource für ihr Wohlbefinden darstellt. In Anlehnung an Nauck (2007) ist anzunehmen, dass die Stärkung der Paarbeziehung als eine Reaktion der Migrantenfamilien auf den durch die Migration verursachten Verlust sozialer Netzwerke (s. Kap. 2.3.2) zu verstehen ist. Es wird also versucht, die mangelhaft wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Stärkung der Paarbeziehung zu kompensieren.

Der Qualität der Paarbeziehung kommt unter anderem auch große Bedeutung in Bezug auf das Wohlbefinden des Kindes zu (Schneewind, 2002). Beispielsweise wiesen Braune-Krickau et al. (2005) anhand einer Stichprobe von 69 Familien (nicht Migranten) nach, dass eine konfliktbehaftete Paarbeziehung mit Verhaltensproblemen der Kinder einhergeht. Mithin kann davon ausgegangen werden, dass die durch die Migration verstärkte Paarbeziehung der Eltern in Migrantenfamilien ebenfalls für ihre Kinder eine wichtige Ressource darstellt.

## 2.4 PROBLEME IN BISHERIGEN FORSCHUNGEN ZU MIGRATION UND GESUNDHEIT

Die bisherigen verschiedenen Studien zu psychischer Gesundheit und Krankheit von Menschen mit Migrationshintergrund wiesen unterschiedliche sogar widersprüchliche Ergebnisse auf und ihre Antworten sind für die Klärung als unzureichend zu betrachten (Faltermaier, 2001; Geiger & Razum, 2006; Knipper & Bilgin, 2009; Razum, Spallek, & Zeeb, 2011; Weiss, 2003). Der Grund hierfür liegt vor allem in methodischen Schwierigkeiten bei der Untersuchung mit Migranten (Razum et al., 2011): Bisherige migrationsspezifische Forschungen in Deutschland vernachlässigten nicht selten die Heterogenität der Migrantengruppen (Knipper & Bilgin, 2009; Schenk, 2007). Die große Heterogenität der Migrantengruppen im sprachlichen und kulturellen Kontext erschwert, Migranten mit der für die empirische Forschung erforderlichen Genauigkeit und Wiederholbarkeit einzugrenzen. Es kann beispielsweise bei den Untersuchungen, in denen Angaben direkt von Migranten erhoben werden, leicht übersehen werden, dass nicht alle Migranten die Sprache der Aufnahmegesellschaft im gleichen Maße beherrschen können. Für die Zuverlässigkeit der Forschung muss aber auch die Frage bei der Auswahl der Erhebungsinstrumente reflektiert werden, nämlich ob beispielsweise die Fragebögen - insofern mehrere Migrantengruppen oder Migrantengruppe mit der einheimischen Bevölkerung miteinander verglichen werden - kulturübergreifend sind, um einen Vergleich zwischen den Datenlagen aus verschiedenen Migrantengruppen oder Migrantengruppen und einheimischer Bevölkerung ziehen zu können (Zeeb & Razum, 2006).

Zum anderen gibt es nur wenige Studien zu Gesundheit und Migration. Zudem ist ihr großer Teil deskriptiv orientiert, wobei die zugrunde liegenden Faktoren und Kontexte nur begrenzt diskutiert werden können. Bei Studien zum Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit sowie Gesundheit werden deswegen nicht selten die Komplexität des Migrationsprozesses und die sich anbahnenden vielschichtigen Veränderungen mit einfachen Konzepten vereinfacht. Dabei besteht die Gefahr, in eine Art „*Black-Box-Epidemiologie*“ zu geraten (Knipper & Bilgin, 2009), d.h. dass dann aus den Ergebnissen eine Reihe von Vorurteilen unter dem Stichwort „*Migration*“ konstruiert wird. Dies führt wiederum dazu, dass sich diese Vorurteile aufgrund wissenschaftlicher Bestätigung verbreiten (Assion, 2005; Lindert et al., 2008; Schenk & Neuhauser, 2005; 2007; Wiedl & Marschalck, 2001; Zeeb & Razum, 2006).

Steinbach & Nauck (2005) machten unter anderem darauf aufmerksam, dass das intergenerative Verhältnis bei der Migrationsforschung trotz methodischer Schwierigkeiten wie bei

dem Eltern-Kind-Dyaden-Untersuchungsdesign berücksichtigt werden sollte, weil der Akkulturationsprozess die intergenerative Beziehung bedeutend beeinflusst und somit sich diese veränderte Beziehung wiederum auf den Einzelnen beträchtlich auswirkt. Des Weiteren wäre ein Vergleich von Familien mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund im Herkunftsland wünschenswert, um zu wirklichkeitsnahen Aussagen über die Auswirkung des Migrationsprozesses zu kommen (S. 122). So sollte die Komplexität des Migrationsprozesses in Migrationsforschungen nicht vereinfacht werden und daher die Migrantengruppen differenzierter beobachtet werden. In der vorliegenden Arbeit wurde das Untersuchungsdesign mit der Annahme entworfen, dass es eine Parallelität in Bezug auf psychische Gesundheit zwischen Müttern und Kindern gibt und die Intensität dieser Parallelität zwischen Mutter-Kind-Beziehungen mit und ohne Migrationserfahrung der Familie variiert. Dementsprechend wurden südkoreanische Mütter und ihre Kinder sowohl in Deutschland als auch in Südkorea in die Untersuchung einbezogen (s. Kap.3).



## 3 MIGRATION IN DER SALUTOGENESE - FRAGESTELLUNGEN -

### 3.1 MIGRATION UND SALUTOGENESE

Die traditionell pathogenetisch orientierte Migrationsforschung geht davon aus, dass der Migrationsprozess zur Entstehung von Krankheit beitragen kann. Sie untersucht demnach die im Rahmen des Migrationsprozesses ausgelösten Stimuli und versucht, die jeweils krankmachenden Einflüsse zu identifizieren, indem die Migrantengruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wird (Schenk, 2007). Hierbei wird eine Beseitigung der identifizierten Risikofaktoren mit der Entstehung von Gesundheit gleichgesetzt (Franke, 2010). Analog der Metapher von Antonovsky (1997) sind Migranten aus pathogenetischer Sicht diejenigen, deren „Schwimmfähigkeit“ ungeeignet oder nicht ausreichend ist, um sich allein aus Biegungen oder Stromschnellen im „Fluss des Lebens“ zu retten. Es wird daher versucht, Migranten aus diesem reißenden Fluss an die sichere Stelle des Flusses oder ans Ufer zu bringen, was dann als Normalzustand zu bezeichnen ist (s. Kap. 1.1).

Eine salutogenetisch orientierte Forschungsperspektive bedeutet nicht das Gegenteil pathogenetischer Forschung in dem Sinne, dass sie die Risikofaktoren und ihre mutmaßlichen Folgen durch den Migrationsprozess unbeachtet lässt oder die Erhaltung der Gesundheit als absoluten Zustand betrachtet. Sie unterscheidet sich von der pathogenetischen Migrationsforschung durch ihre „heterogene Natur“ und damit auch durch ihre Fragestellung: Nach Antonovsky (1997) hat niemand trockene Füße, sondern wir alle sind von der Geburt bis zum Tod im Fluss, in dem wir einer Menge von Stimuli ausgesetzt sind, so dass fortdauernd die aktive Bewältigung erforderlich ist, um die Bewegung zur größeren Unordnung zu verhindern. Natürlich befinden sich nicht alle Menschen an derselben Stelle im Fluss, sondern jede Stelle des Flusses differenziert sich in ihrer Schnelligkeit, Tiefe oder sonstigen Beschaffenheit (Wasserfälle usw.). Zugewanderte Mütter und ihre Kinder sind an einer Stelle im Fluss angekommen, wo sie auf Wasserfälle und Stromschnellen treffen, deren charakteristische Eigenschaften sie vorher selten oder nie erfahren haben. Einige Gruppen von ihnen sehen die ungewöhnlichen Wasserfälle oder Stromschnellen als bedrohlich an und geraten unter Umständen in emotionale Turbulenzen. Einem Teil von ihnen gelingt es sogar kaum, im metaphorischen Sinne den Kopf über Wasser zu halten. Sie fragen sich, ob ihre Schwimmfähigkeit flexibel genug ist und in dieser ungewöhnlichen Situation nützlich sein kann, auch wenn sie

früher das Schwimmen eigentlich gut erlernt haben. Einige andere Gruppen von ihnen halten die ungewöhnlichen Wasserfälle oder Stromschnellen zwar für gefährlich, sie sind jedoch bereit, ihnen zu begegnen und ein Teil von ihnen schafft es, den Kopf über Wasser zu halten. Ein anderer Teil von ihnen ist sogar in der Lage, gänzlich unabhängig von dem Charakter des Flusses gut und mit einer gewissen Leichtigkeit im Fluss zu schwimmen. Hier erweitert die salutogenetische Sichtweise die pathogenetische wesentlich, indem die salutogenetische Perspektive die letzteren Gruppen von zugewanderten Müttern und ihren Kindern in den besonderen Fokus nimmt. Dabei werden die „*ungewöhnlichen Stimuli*“ selbst nicht unbedingt als riskant angesehen (s. Kap. 1.2). Es wird demnach der Frage nachgegangen, warum diese erfolgreichen Gruppen von zugewanderten Müttern und ihren Kindern derart an den unbekanntem Stellen im Fluss schwimmen können, deren Natur von unbekanntem historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird. Das übergeordnete Ziel der hier vorliegenden Untersuchung besteht demnach nicht darin, migrationspezifische Krankheitsprozesse aufzuzeigen (z.B. wie zugewanderte Mütter und ihre Kinder durch den Migrationsprozess gefährdet sind), sondern darin, den migrationsbedingten Gesundheitsprozess darzustellen, d.h. herauszuarbeiten, wie unterschiedlich zugewanderte Mütter und ihre Kinder im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund Gesundheit erleben.

Es wurden, um diesem Vorhaben in vorliegender Querschnittsuntersuchung nachzugehen, das Kohärenzgefühl, der psychische Gesundheitszustand, die den generalisierten Widerstandsressourcen/-defizite entsprechenden Variablen von Müttern und das Kinder-Kohärenzgefühl sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern als Forschungsvariablen in die vorliegende Untersuchung aufgenommen. Zu den die Widerstandsressourcen/-defiziten repräsentierenden Variablen in der vorliegenden Untersuchung gehören soziale Unterstützung, soziale Belastung, kindbezogene soziale Unterstützung und Paarzufriedenheit (s. Kap. 4.3). Anschließend wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung südkoreanische Mütter und ihre Kinder im Aufnahmeland (Deutschland) und im Heimatland (Südkorea) ausgewählt (s. Kap.5.2) und bezüglich der oben erwähnten Variablen untersucht. Mit der Auswahl einer Vergleichsgruppe im Heimatland wird danach gestrebt einzuschätzen, inwieweit sich südkoreanische Mütter und ihre Kinder bezüglich ihrer psychischen Gesundheit und des Gesundheitsprozesses durch die Migration verändert haben. Dies geschieht, indem sie mit jenen im Heimatland verglichen werden, aus dem sie auch stammen. Damit

unterscheidet sich die vorliegende Untersuchung von solchen Migrationsforschungen, die darauf abzielen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Migranten und einheimischer Bevölkerung zu finden (Faltermaier, 2001; Schenk, 2007). Vor dem Hintergrund des zuvor erläuterten übergeordneten Forschungsziels werden im Folgenden die konkreten Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt.

### **3.2 FRAGESTELLUNG I**

Antonovsky (1997) nimmt an, dass Personen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl über viele Ressourcen in dem Sinne verfügen, dass sie diese in Belastungssituationen flexibel mobilisieren können. Im Gegensatz dazu stehen Personen mit einem schwachen Kohärenzgefühl wenige Ressourcen zur Verfügung, und auch wenn viele Ressourcen vorhanden sind, sind sie nicht in der Lage, in Belastungssituationen die vorhandenen Ressourcen zu mobilisieren (s. Kap. 1.4). Salutogenetischer Annahme nach sind Personen sozusagen dadurch zu charakterisieren, dass sie eine dem Ausmaß ihres Kohärenzgefühls entsprechende Gesundheit und generalisierte Widerstandsressourcen/-defizite aufweisen.

Es geht bei der ersten Fragestellung um die Überprüfung dieses Haupteffekts des Kohärenzgefühls auf die abhängigen Variablen, also die den generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten entsprechenden und die gesundheitsrelevanten Variablen. Dadurch kann eine Auskunft darüber gegeben werden, ob ein Zusammenhang zwischen den Gruppen (mit hoch und niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl) und dem erwarteten Ausmaß der abhängigen Variablen besteht und welche von den abhängigen Variablen am stärksten zur Unterscheidung zwischen den Gruppen beitragen.

Hieraus lässt sich die erste Fragestellung ableiten:

#### ***Fragestellung I***

*Gibt es zwischen den untersuchten südkoreanischen Müttern mit hohem und niedrigem Ausmaß des Kohärenzgefühls Unterschiede im Hinblick auf*

- *ihren psychischen Gesundheitszustand,*
- *ausgewählte Widerstandsressourcen/-defizite einerseits und*
- *gesundheitsbezogene Lebensqualität und Kohärenzgefühl ihrer Kinder andererseits?*

*Falls ja, um welche Unterschiede handelt es sich zwischen den südkoreanischen Stichproben im Aufnahmeland (Deutschland) und jenen im Herkunftsland (Südkorea)?*

Der Annahme von Antonovsky entsprechend wurde der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und verschiedenen Aspekten psychischer Gesundheit in zahlreichen Studien bestätigt (Bengel et al., 2001; 2007; Eriksson & Lindström, 2006; Franke, 1997). Das Kohärenzgefühl steht beispielsweise im Zusammenhang mit selbst eingeschätzter Gesundheit (Hååkansson et al., 2003), psychischer Gesundheit (Volanen et al., 2007), dem Wohlbefinden und psychischen Symptomen (Larsson & Kallenberg, 1996), Angst, Depression und Einsamkeit (Karlsson et al., 2000; Schnyder et al., 2000), dem Kontrollgefühl und psychologischen Beschwerden (Sundquist, Bayard-Burfield, Johansson, & Johansson, 2000) oder sozialer Unterstützung (Pisula & Kossakowska, 2010; Volanen et al., 2004). Dies scheint auch für nicht west-europäische Kulturen zu gelten (Eriksson, 2007) (s. Kap. 1.5.3).

Ausgehend von empirischen Befunden sollen folgende Hypothesen für südkoreanische Mütter und Kinder sowohl in Deutschland als auch in Südkorea formuliert werden.

Südkoreanische Mütter in Deutschland und in Südkorea mit hoher Ausprägung des Kohärenzgefühls unterscheiden sich von jenen mit jeweils niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl in folgenden Punkten:

- [H1]** sie verfügen über ein höheres Ausmaß an allgemeinem Gesundheitszustand.
- [H2]** sie nehmen mehr soziale Unterstützung wahr.
- [H3]** sie nehmen weniger soziale Belastungen wahr.

Ähnlich wie bei sozialer Unterstützung kann ein positiver Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit sowie dem Kohärenzgefühl der Mütter und der von ihnen wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung vermutet werden.

- [H4]** ihnen steht mehr kindbezogene soziale Unterstützung zur Verfügung.

Ein positiver Zusammenhang zwischen der Qualität der Partnerschaft und dem Kohärenzgefühl fand sich in einer Studie bei N=6,506 (Volanen et al., 2004). Daher soll folgende Hypothese überprüft werden:

- [H5]** sie sind zufriedener in der Partnerschaft.

Antonovsky geht davon aus, dass das Kohärenzgefühl der Eltern Einfluss auf die Entwicklung des Kohärenzgefühls des Kindes nehmen kann, indem die Eltern den Kindern Lebenserfahrungen ermöglichen, so dass die Kinder in die Richtung des elterlichen Kohärenzgefühls gelenkt werden (Antonovsky, 1997) (s. Kap.1.4.1). Es wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß der Lebenserfahrungen von Konsistenz, Partizipation und Belastungsbalance, die das Kinder-Kohärenzgefühl formen, im engen Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder steht.

Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

- [H6]** Die Kinder südkoreanischer Mütter mit hohem Ausmaß des Kohärenzgefühls in Deutschland und in Südkorea verfügen sowohl über eine stärker ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität als auch,
- [H7]** über ein stärker ausgeprägtes Kinder-Kohärenzgefühl als die Kinder südkoreanischer Mütter mit gering ausgeprägtem Kohärenzgefühl in beiden Ländern.

Ähnlich wie bei Erwachsenen wurde in einigen Studien aufgezeigt, dass das Kohärenzgefühl der Kinder positiv mit gesundheitsbezogener Lebensqualität und Selbstwirksamkeit (Bettge & Ravens-Sieberer, 2003) sowie negativ mit Ängstlichkeit (Lengning, Mackowiak, Steinhoff, & Franke, 2009) und Einsamkeit (Al-Yagon & Margalit, 2006; Margalit, 1998) zusammenhängt.

- [H8]** Südkoreanische Kinder mit hohem Ausmaß des Kinder-Kohärenzgefühls in Deutschland und in Südkorea verfügen über eine besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität als jene Kinder in beiden Ländern mit jeweils niedrig ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl.

### 3.3 FRAGESTELLUNG II UND III

Während sich die Fragestellung I mit dem Haupteffekt des Kohärenzgefühls auf die gesundheitsrelevanten Variablen und generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten beschäftigt, konzentrieren sich die Fragestellungen II und III vertiefend mit der Frage, welche Rolle das (Kinder-) Kohärenzgefühl beim Gesundheitsprozess spielt, d.h. wie der Zusammenhang zwischen generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten und der psychischen Gesundheit durch das Kohärenzgefühl beeinflusst wird (s. Kap. 1.4.2). Die Rolle des Kohärenzgefühls wurde weniger erforscht als der Haupteffekt des Kohärenzgefühls.

Um in der Metapher von Antonovsky (1997) zu bleiben: Nachdem zugewanderte Mütter und ihre Kinder von ihrer heimatlichen an diese fremde Stelle des Flusses angekommen sind, wurden die Rahmenbedingungen des Flusses offenbar geändert. Es ist demnach zu vermuten, dass die Form der Stimuli an dieser Stelle im Fluss für sie einen ganz anderen Charakter besitzt. Sie brauchen somit ein anderes Repertoire oder eine andere Intensität der Ressourcen zur Bekämpfung, im metaphorischen Sinne den Kopf über Wasser zu halten. Nach salutogenetischer Annahme sind generalisierte Widerstandsdefizite nicht von selbst schädlich in dem Sinne, dass der erfolgreiche Umgang mit ihnen sogar gesundheitsförderliche Konsequenzen haben kann. Sie erzeugen lediglich einen neutralen Spannungszustand (Antonovsky, 1993; Franke, 2010). Ebenfalls ist davon auszugehen, dass generalisierte Widerstandsressourcen nicht an sich gesundheitsförderlich sind (wie Geld, gesellschaftliche Stabilität oder Sprachkompetenz (bei Migranten), stabileres Sozialsystem usw.) (Antonovsky, 1997; Straus & Höfer, 2010). Eine von jemandem als generalisierte Widerstandsressource wahrgenommene Quelle kann sich sogar für einen anderen als einen Stressor darstellen. Generalisierte Widerstandsressourcen sind für eine Person gesundheitsförderlich dann, wenn sie ihr Erfahrungen von Konsistenz, Partizipation und Belastungsbalance ermöglichen und von ihr als Ressourcen wahrgenommen werden und bei Bedarf adäquat zum Einsatz kommen (Antonovsky, 1997). Das Kohärenzgefühl als eine globale Stressbewältigungsressource ermöglicht einer Person die flexible Mobilisierung der Ressourcen sowie günstige Bewertungen von stresshaften Situationen. Das Kohärenzgefühl hilft zugewanderten Müttern beispielsweise, belastende migrationsbedingte Situationen einerseits günstig einzuschätzen, andererseits aber auch bereits vorhandene Widerstandsressourcen, die sie hier genauso wie zu Hause in ihrer Heimat mobilisieren können, zu aktivieren. Es hilft auch dabei, potenzielle Wider-

standsressourcen in der Aufnahmegesellschaft flexibel wahrzunehmen und angemessen einzusetzen. Das Kohärenzgefühl fördert nämlich die positiven Wirkungen von Ressourcen und puffert die negativen Auswirkungen von Stressoren ab. Mit anderen Worten, die Beziehung zwischen generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten und (psychischer) Gesundheit wird nach der salutogenetischen Annahme durch das Kohärenzgefühl moderiert (s. Kap. 1.4.2).

Diesbezüglich stellt sich dann die Frage, ob der Zusammenhang zwischen den für die vorliegende Untersuchung ausgewählten Widerstandsressourcen/-defiziten und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl tatsächlich moderiert wird, und wenn dem so ist, ist von weiterem Interesse, ob es Unterschiede zwischen den Stichproben in Deutschland und in Südkorea im Hinblick auf die Rolle des Kohärenzgefühls gibt. Davon ausgehend lassen sich zwei weitere Fragestellungen (II, III) ableiten:

### ***Fragestellung II***

*Werden die Zusammenhänge des psychischen Gesundheitszustandes der Mütter mit dem Ausmaß ihrer sozialen Unterstützung, sozialen Belastung, kindbezogenen sozialen Unterstützung sowie Paarzufriedenheit durch ihr Kohärenzgefühl moderiert? Inwieweit unterscheiden sich diese Beziehungen zwischen südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea?*

Die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung (und sozialer Belastung) und sowohl psychischer Befindlichkeit (Fydrich et al., 2007) als auch dem Kohärenzgefühl (Pisula & Kossakowska, 2010; Volanen et al., 2004) wurden empirisch nachgewiesen. Auch wurden die Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Paarzufriedenheit in vielen Studien belegt. Zum Beispiel wies Reich (2003) darauf hin, dass sich der Zusammenhang zwischen Depression und Paarbeziehung bei Frauen stärker als bei Männern zeigt. Weiterhin berichteten Braune-Krickau et al. (2005), dass psychische Belastungen der Mütter mit mehr Paarkonflikten einhergehen.

Des Weiteren wurde die Rolle des Kohärenzgefühls als moderierender Faktor in einigen Studien bekräftigt: Feldt (1997) wies bei N=989 in Finnland darauf hin, dass das Kohärenzgefühl beim Zusammenhang zwischen wahrgenommener Arbeitsumwelt/-bedingungen und Wohlbefinden die Rolle des Moderators übernimmt. Rothmann, Jackson & Kruger (2003) bestätig-

ten bei 270 Beamten der regionalen Regierung in Südafrika, dass das Kohärenzgefühl den Effekt des Arbeitsstress auf den Grad der Erschöpfung moderiert. Auch in einer kanadischen Längsschnittstudie bei N=6,505 wurde der Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen stresshaften Lebensereignissen und wahrgenommenem subjektiven Gesundheitszustand beschrieben (Richardson & Ratner, 2005). Auch Albertsen et al. (2001) berichteten in einer dänischen Studie bei N=2,053 weiblichen Arbeitnehmern, dass das Kohärenzgefühl den Zusammenhang zwischen diversen Stresssymptomen und Konflikten am Arbeitsplatz, Bedeutung bei der Arbeit und sozialer Unterstützung moderiert.

Dementsprechend werden folgende Hypothesen formuliert:

- [H9]** Je mehr südkoreanische Mütter soziale Unterstützung wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.
- [H10]** Je mehr südkoreanische Mütter soziale Belastungen wahrnehmen, umso niedriger ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.
- [H11]** Je mehr südkoreanische Mütter kindbezogene soziale Unterstützung wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.
- [H12]** Je größer die Paarzufriedenheit südkoreanischer Mütter ist, umso höher ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.

In Ergänzung zum Moderatoreffekt wurde aber auch vom Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls von diversen Autoren berichtet: In der oben beschriebenen Untersuchung von Albertsen et al. (2001) wurde neben dem Moderatoreffekt noch ein Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen Stresssymptomen und diversen Arbeitsbedingungen nachgewiesen. Auch Hogh & Mikkelsen (2005) wiesen bei N=4,000 in Dänemark darauf hin, dass der Zusammenhang der Gewalterfahrung am Arbeitsplatz mit psychosomatischen und kognitiven Stressreaktionen, Vitalität und psychischer Gesundheit durch das Kohärenzgefühl mediiert wird. Darüber hinaus wurde in einer französischen Studie bei 193 Erwachsenen hingewiesen, dass das Kohärenzgefühl zwischen stresshaften Erfahrungen und dem Wohlbefinden mediiert (Gana, 2001). Aufgrund der Ergebnisse zum Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen diversen Variablen wird auch der Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls in der vorliegenden



Untersuchung untersucht, nämlich dann, wenn die ursprünglichen Hypothesen für den Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls nicht bestätigt werden. Abbildung 1 stellt den Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls in der Fragestellung I und die daraus resultierenden Hypothesen grafisch dar:

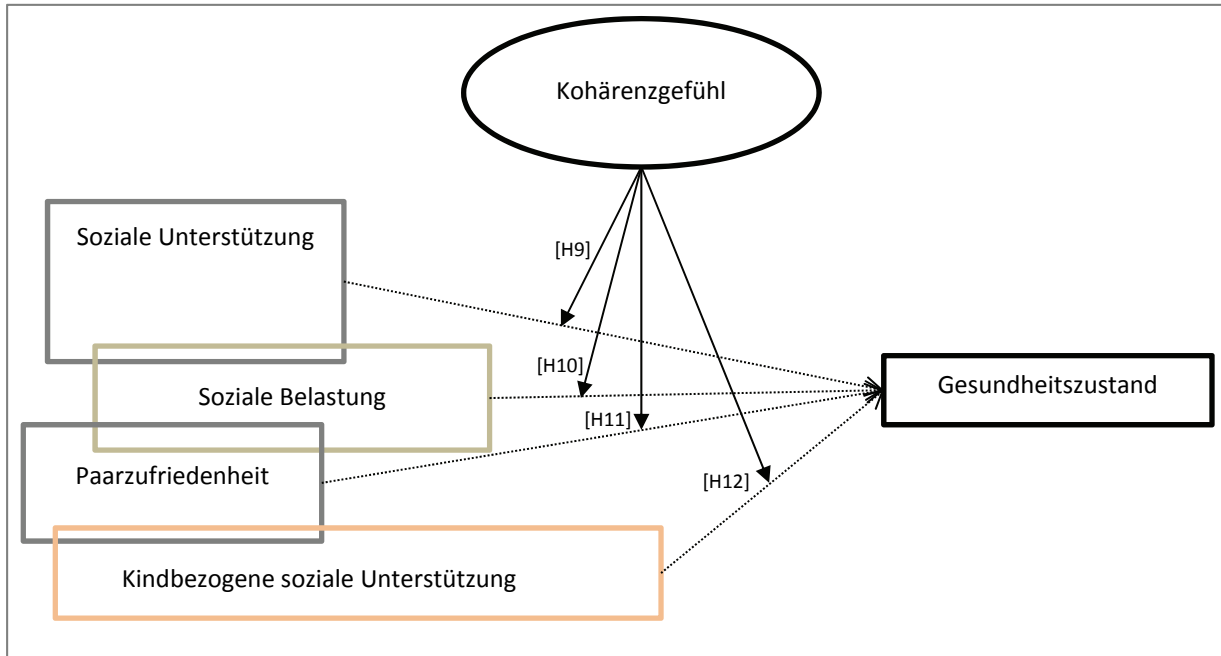


Abbildung 1: Grafische Darstellung der Hypothesen bezüglich des Moderatoreffekts des Kohärenzgefühls (von [H9] bis [H12]) bei südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

Des Weiteren wird angenommen, dass die Variablen von Müttern im Zusammenhang mit dem Kinder-Kohärenzgefühl und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder stehen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht sind die familiären bzw. elterlichen Faktoren für die Entwicklung des Kindes sehr bedeutsam. Dazu sind z.B. das Kohärenzgefühl der Eltern (2003), elterliches Wohlbefinden, psychische Gesundheit der Eltern und die Qualität der Paarbeziehung (Braune-Krickau et al., 2005) zu zählen (Niebank & Petermann, 2000; Ravensieberer, Wille, & Settertobulte, 2007; Schneewind, 2002) (s. Kap. 1.5.4). Wenn die mütterlichen Variablen die psychische Gesundheit ihrer Kinder beeinflussen, dann sind die mütterlichen Variablen als generalisierte Widerstandsressourcen/-defizite für die Kinder zu betrachten. Widerstandsressourcen/-defizite sind im Rahmen der Salutogenese noch nicht gesundheitsförderlich oder –schädlich an sich. Sie werden als gesundheitsförderlich, stresshaft oder irrelevant bewertet. Dabei spielt das Kohärenzgefühl eine entscheidende Rolle. Das Kinder-Kohärenzgefühl eines Kindes entscheidet nämlich darüber, ob z.B. ein hohes Ausmaß des allgemeinen Gesundheitszustandes der Mutter das Kind positiv beeinflusst oder ob sich

schwere Paarkonflikte negativ auswirken. Das weist dann darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen den mütterlichen Variablen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch ihr Kinder-Kohärenzgefühl moderiert wird. Hier lassen sich folgende Fragestellungen und Hypothesen ableiten:

### ***Fragestellung III***

*Werden die Auswirkungen des Kohärenzgefühls der Mütter, der von ihr wahrgenommenen sozialen Unterstützung und sozialen Belastung, der wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung und ihrer Paarzufriedenheit auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl der Kinder moderiert? Um welche Unterschiede handelt es sich zwischen den Stichproben in Deutschland und Südkorea?*

- [H13]** Je stärker die Ausprägung des Kohärenzgefühls südkoreanischer Mütter ist, umso höher ist die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.
- [H14]** Je stärker die Ausprägung des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes südkoreanischer Mütter ist, umso höher ist die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.
- [H15]** Je mehr soziale Unterstützung südkoreanische Mütter wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.
- [H16]** Je mehr soziale Belastungen südkoreanische Mütter wahrnehmen, umso niedriger ist die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.
- [H17]** Je mehr kindbezogene soziale Unterstützung südkoreanische Mütter wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.
- [H18]** Je zufriedener südkoreanische Mütter in der Paarbeziehung sind, umso höher ist die Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.

Und es wird auch angenommen, dass zwischen den Stichproben in Deutschland und in Südkorea Unterschiede in Bezug auf die Hypothesen von [H1] bis [H18] bestehen. Die Abbildung 2 stellt die Fragestellungen III und die daraus resultierenden Hypothesen grafisch dar:

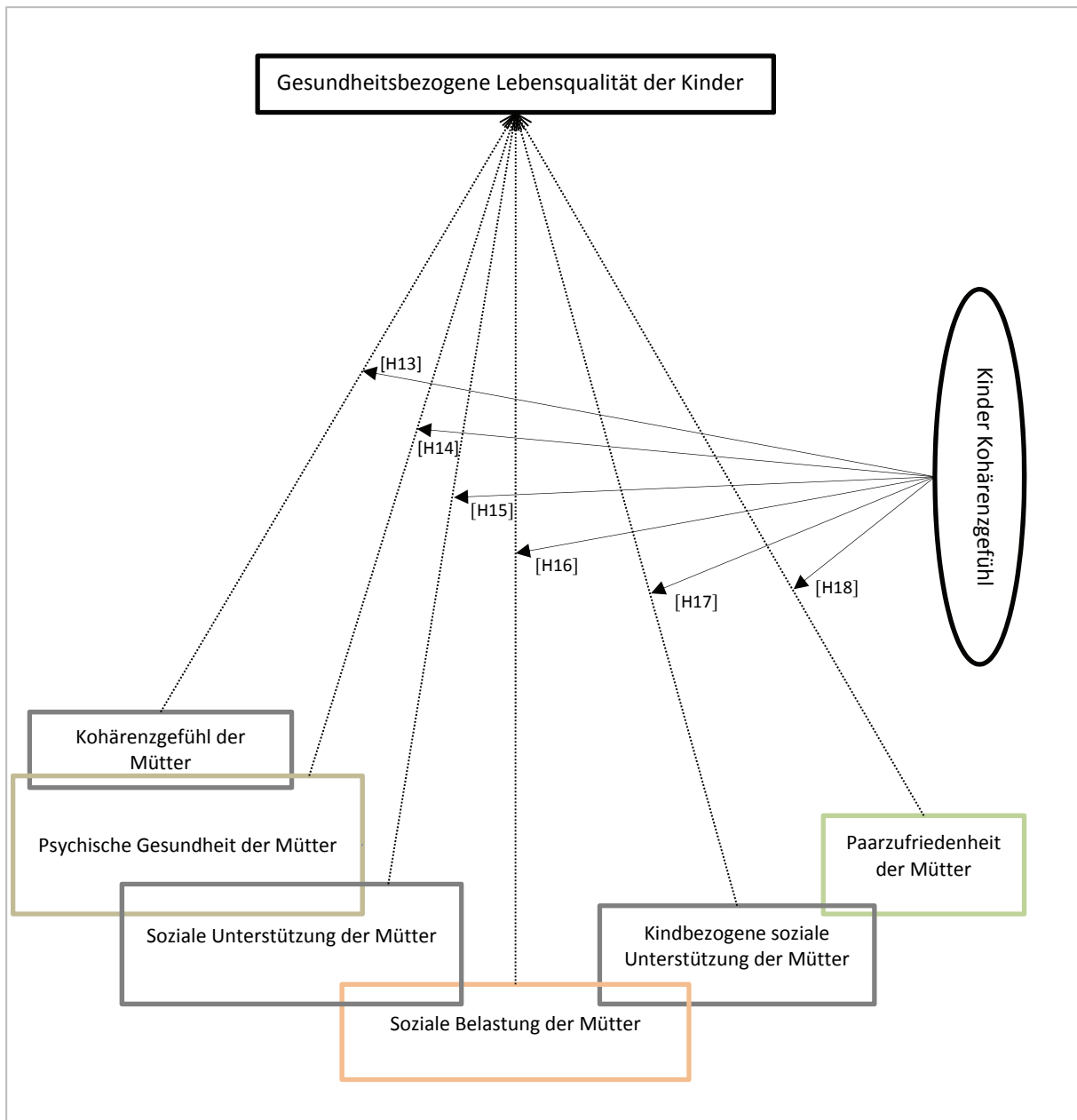


Abbildung 2: Grafische Darstellung der Hypothesen bezüglich des Moderatoreffekts des Kinder-Kohärenzgefühls (von [H13] bis [H18]) bei südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland und in Südkorea

## III METHODE

### 4 OPERATIONALISIERUNG DER VARIABLEN

#### 4.1 ÜBERBLICK UND AUFBAU DER UNTERSUCHUNGSVERFAHREN

Die einzelnen Untersuchungsverfahren wurden in eine Reihenfolge, wie in Tabelle 1, gebracht (s.u.). Sowohl bei südkoreanischen Müttern in Deutschland als auch in Südkorea wurden alle Fragebögen ins Koreanische übersetzt (s. Kap. 4.5) und verwendet. Alle untersuchten Kinder in Südkorea haben die ins Koreanische übersetzten Fragebögen ausgefüllt und bei Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland wurden beide Sprachversion der Fragebögen verwendet (Koreanisch  $N=12$ ; Deutsch  $N=69$ ). Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die bei der Untersuchung eingesetzten Instrumente und Variablen:

Tabelle 1: Überblick über Untersuchungsinstrumente

Instrumente	Sprache	Erfassungsbereich	Quelle
<b>Soziodemografische Variablen</b>	Kor	Alter der Mütter und des Kindes; Anzahl der Geschwister; Migrationsgrund der Familie; Geschlecht des Kindes; Aufenthaltsdauer*; Geburtsland des Kindes*; Religion der Mütter; Grund der Migration*; Rückkehrwunsch*; Tätigkeit der Mütter; Bildungsabschluss	Selbst entwickelt
<b>SOC-13</b>	Kor	13 Items zur Erfassung des Kohärenzgefühls der Mütter	Sense of Coherence (Antonovsky, 1987)
<b>GHQ-12</b>	Kor	12 Items zur Erfassung des psychischen Gesundheitszustandes der Mütter	General Health Questionnaires (Goldberg & Williams, 1991)
<b>F-SozU-14</b>	Kor	14 Items zur Erfassung der sozialen Unterstützung der Mütter	Soziale Unterstützung (Fydrich et al., 2007)
<b>SozBel-erg-K</b>	Kor	11 Items zur Erfassung der sozialen Belastungen der Mütter	Soziale Belastung (Fydrich et al., 2007)
<b>Kb-SozU</b>	Kor	6(9*) Items zur Erfassung der kindbezogenen sozialen Unterstützung	Selbst entwickelt
<b>PaarZuf</b>	Kor	4 Items zur Erfassung der Paarzufriedenheit	Selbst entwickelt
<b>KINDL<sup>R</sup></b>	Kor/De	24 Items zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder von 8 bis 16	Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000)
<b>DoKSoC</b>	Kor/De	33 Items zur Erfassung des kindlichen Kohärenzgefühls für Kinder von 8 bis 16	Dortmunder Kinder Sense of Coherence (Lengning, Mohn & Franke, 2009)

Anmerkung. \* nur bei den südkoreanischen Müttern und den Kindern in Deutschland

## 4.2 DEMOGRAFISCHE DATEN UND KONTROLLVARIABLEN

Zur Erfassung der soziodemografischen Daten der südkoreanischen Mütter in Südkorea und der südkoreanischen zugewanderten Mütter in Deutschland wurden gemeinsam „Alter“, „Religion“, „Bildungsstand in Südkorea“, „Ehedauer“, „Migrationshintergrund des Mannes“, „Familienstand“, „Tätigkeit“, „Beziehung zu dem Kind“ und „Anzahl der Kinder“ erhoben.

Den südkoreanischen Müttern in Deutschland wurden noch Fragen zu „Bildungsstand in Deutschland“, „Einwanderungsjahr“, „Grund der Migration“ und „Rückkehrwunsch“ gestellt. Bei den südkoreanischen Kindern in Südkorea und Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland wurden gemeinsam „Alter“, „Anzahl der Geschwister“ und „besuchende Schulform“ erhoben.

Die untersuchten Mütter wurden nicht nach dem Einkommen zur Einschätzung des sozioökonomischen Status befragt. Bei Pretests wollten einige südkoreanische Mütter in Deutschland ihr Einkommen nur ungern angeben und haben dies teilweise sogar verweigert. Da von Anfang an diese Schwierigkeiten bei der Erhebung in Deutschland zu erwarten waren, wurde auf diese Variable verzichtet, um die Rücklaufquote zu erhöhen.

Pourgholam-Ernst (2002) wies bei Migrantinnen in Deutschland ( $N=360$ ) aus 47 Ländern auf, dass das Ausmaß der psychischen Gesundheit der Migrantinnen von dem jeweiligen persönlichen Grund für die Migration abhängt. Migrantinnen, die aus sozialen Gründen nach Deutschland kamen, zeigten einen besseren Gesundheitszustand als jene, die ihre Heimat aus politischen oder wirtschaftlichen Gründen verlassen mussten. Da nun Südkoreaner eher weniger aufgrund politischer Gründe auswandern, wurde in der vorliegenden Untersuchung differenziert zwischen Müttern, die aus eigenem Interesse nach Deutschland kamen oder lediglich ihrem Mann bzw. seiner Berufs- oder Studienwahl folgten. Dementsprechend wurden zwei Antwortmöglichkeiten vorgegeben:

- *Warum kamen Sie nach Deutschland?*
  - um meine Chancen durch berufliche Erfahrungen oder Studium zu vergrößern.*
  - weil mein Mann wegen des Berufs oder Studiums nach Deutschland kam.*
  - sonstiges: \_\_\_\_\_*

Der Rückkehrwunsch in die Heimat wurde als nominalskalierte Variable konstruiert, dabei wurden vier Ausprägungen berücksichtigt. Zwei davon drücken den Wunsch aus, weiterhin

in Deutschland zu bleiben, die anderen beinhalten hingegen den Wunsch, in die Heimat zurückzukehren.

- *Haben Sie vor, nach Südkorea zurückzukehren?*
  - Nein, ich will mit fester Arbeit lebenslang in Deutschland bleiben.*
  - Nein, aber ich bin nicht sicher, ob ich in Deutschland weiter bleiben darf.*
  - Ja, ich will irgendwann wieder zurück, weiß aber nicht, wann es genau passieren wird.*
  - Ja, ich will wieder in einem geplanten Zeitraum zurück, wenn die Angelegenheit in Deutschland erledigt ist.*
  - sonstiges: \_\_\_\_\_*

## 4.3 FRAGEBÖGEN FÜR DIE MÜTTER

### 4.3.1 Erfassung des Kohärenzgefühls (SOC-13)

Der Fragebogen SOC-13 dient in der vorliegenden Arbeit zur Erfassung des Kohärenzgefühls der südkoreanischen Mütter in Deutschland und Südkorea. Die erste Version des Fragebogens wurde 1983 in Hebräisch und Englisch verfasst. Bis 1993 wurde es nur selten versucht, den ursprünglichen Fragebogen zu modifizieren. Mittlerweile gibt es mindestens 15 verschiedene Versionen von Fragebogen zum Kohärenzgefühl, z.B. SOC für Familien, schulisches Kohärenzgefühl oder SOC für Kinder. Die meisten Studien beziehen sich auf die zwei originalen Versionen, SOC-29 und SOC-13 (Lindström & Eriksson, 2005). In der vorliegenden Arbeit wurde der SOC-13 verwendet.

Der SOC-13 umfasst alle 3 Dimensionen (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit) des Kohärenzgefühls in 13 Fragen. Die Dimension der Bedeutsamkeit enthält 4 Items (*Item Nr.: 1, 4, 7, 12*), die Dimension der Verstehbarkeit 5 Items (*Item Nr.: 2, 6, 8, 9, 11*) und die Dimension der Handhabbarkeit 4 Items (*Item Nr.: 3, 5, 10, 13*).

Eine bipolare sieben-stufige Likert Skala bildet das Antwortformat. Der Gesamtsummenwert der Items spiegelt das Ausmaß des Kohärenzgefühls wider. Dieser wird berechnet aus der Summe der in allen Items erreichten Punktwerte, wobei positive oder negative Polung berücksichtigt werden muss (*negative Items Nr.: 1; 2; 3; 7; 10*). Die möglichen Gesamtwerte von SOC-13 liegen zwischen 13 bis 91. Zur Überprüfung der Hypothesen von [H1] bis [H8] in Bezug auf den Haupteffekt des Kohärenzgefühls (s. Kap. 3.2) wurden anhand des Medians zwei Untersuchungsgruppen gebildet: „hoch ausgeprägtes Kohärenzgefühl“ bei Werten

oberhalb des Medians und „*niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl*“ bei Werten unterhalb des Medians.

Aus zahlreichen bisherigen Studien ließ sich bestätigen, dass das Kohärenzgefühl im Zusammenhang mit verschiedenen Parametern psychischer Gesundheit steht (Bengel et al., 2001; Franke, 1997) (s. Kap. 1.5.3 und 3.2). Bezüglich der Reliabilität stellt der SOC-13 ein konsistentes Konstrukt dar. Die interne Konsistenz (*Cronbach's Alpha*) wurde in 127 Studien von .70 bis .92 angegeben (Eriksson, 2007). In der vorliegenden Studie betrug die interne Konsistenz des SOC-13 bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland .84 und jenen in Südkorea .81 (s. Anhang Tab. A-1).

### **4.3.2 Erfassung des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes (GHQ-12)**

Zur Erfassung der aktuellen Befindlichkeit der südkoreanischen Mütter in Südkorea und in Deutschland wurde der General Health Questionnaires (Goldberg & Williams, 1991) zugrunde gelegt.

Der General Health Questionnaires wurde 1972 von Goldberg entwickelt. Es gibt eine ursprüngliche Langversion mit 60 Items (GHQ-60) als auch mehrere Kurzformen mit 30 (GHQ-30), mit 28 Items (GHQ-28) und GHQ-12 mit 12 Items. In der vorliegenden Arbeit wurde der GHQ-12 verwendet. Der GHQ-12 kann erstens auf das Maß der Schwere einer psychischen Störung Hinweise geben, und zweitens zur Schätzung der Prävalenz psychischer Störungen eingesetzt werden. Darüber hinaus kann er als Indikator für das Vorliegen einer psychischen Auffälligkeit dienen (Goldberg & Williams, 1991).

Der GHQ-12 umfasst 12 Fragen über positive und negative Perspektiven der psychischen Gesundheit in den letzten Wochen und eine vierstufige Antwortskala. Die Antwortmöglichkeiten der positiv formulierten Fragen (z.B. „*Haben Sie sich in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?*“) lauten: „*besser als üblich*“/ „*so wie üblich*“/ „*schlechter als üblich*“/ „*viel schlechter als üblich*“ (Items Nr.: 3; 4; 5; 8; 9). Die Antworten auf die negativ formulierten Items (z.B. *Haben Sie in den letzten Wochen wegen Sorgen weniger geschlafen?*) sind: „*nein, gar nicht*“/ „*nicht schlechter als üblich*“/ „*schlechter als üblich*“/ „*viel schlechter als üblich*“ (Items Nr. 1; 2; 6; 7; 10; 11; 12).

Es gibt vier unterschiedliche Wege zur Auswertung des GHQ (Goldberg & Williams, 1991): *GHQ Scoring*, *einfacher Likert-Scoring*, *modifizierter Likert-Scoring* und *C-GHQ-Scoring*. Beim *GHQ Scoring* handelt es sich um eine dichotome Auswertung nach dem Muster 0-0-1-1. Die Werte der 12 Items werden zu einem Summenwert addiert, der demnach zwischen 0 bis 12 liegen kann. Die Auswertung nach dem Likert Scoring erfolgt nach dem ordinalen Muster 0-1-2-3. Der mögliche Summenwert liegt zwischen 0 und 36. Mit dem Likert Scoring kann man eine weniger schiefe und breitere Verteilung als mit dem GHQ-Scoring erwarten. Das modifizierte Likert Scoring erfolgt nach dem Muster 0-0-1-2. Positiv formulierte Items tragen zu einem höheren GHQ-Gesamtwert bei, wenn sie mit „*schlechter bzw. viel schlechter als üblich*“ beantwortet werden. Negativ formulierte Fragen führen zu einer Erhöhung der Gesamtwerte, wenn sie mit „*mehr bzw. viel mehr als üblich*“ beantwortet werden. Insgesamt gilt: Je höher der Testscore, desto schlechter das Befinden. Die letzte Auswertungsmöglichkeit ist das C-GHQ Scoring. Hierbei werden positive Items nach dem Schema 0-0-1-1 ausgewertet, und negative Items nach dem Muster 0-1-1-1. Jedoch wurde empfohlen, C-Scoring nicht als Alternative, sondern eher zusätzlich zum GHQ-Scoring einzusetzen (Goldberg & Williams, 1991). In der vorliegenden Arbeit wurde *Likert Scoring* zur Auswertung von GHQ-12 verwendet.

Als Maß für die Reliabilität berichteten Banks et al. (1980) zwischen .82 und .90, Tait, French und Hulse (2003) .88 und Schmitz, Kruse und Tress (1999) ermittelten Alpha Koeffizienten von .91. In der vorliegenden Untersuchung betrug die interne Konsistenz bei südkoreanischen Müttern in Deutschland .85 und jenen in Südkorea .87 (s. Anhang Tab. A-1). Bezüglich der Validität von GHQ-12 stellten Tait, French und Hulse (2003) dar, dass der GHQ-12 durch Depression, Angst, Selbstachtung und Stress erklärt werden konnte ( $R^2=.68$ ).

### 4.3.3 Erfassung der sozialen Unterstützung (F-SozU-14)

Die wahrgenommene soziale Unterstützung südkoreanischer Mütter in Deutschland und in Südkorea wurde mit Hilfe des F-SozU-14 (Fydrich et al., 2007) erhoben. Der F-SozU-14 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, mit dem drei Inhalte subjektiv wahrgenommener bzw. antizipierter Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erfasst werden, und besteht insgesamt aus zwei Teilen, dem A-Teil (3 Versionen: F-SozU S-54, F-SozU K-22 und F-SozU K-14) und dem B-Teil. Der B-Teil zielt darauf ab, die Anzahl der als unterstützend bzw. belastend erlebten Per-



sonen festzustellen. Damit kann eine inhaltliche, d.h. eher qualitative Betrachtung der konkreten Personen und deren Beziehung zu der Testperson ermöglicht werden. Da in der vorliegenden Untersuchung keine strukturellen Informationen über soziale Netzwerke der Mütter benötigt wurden, wurde auf den B-Teil verzichtet. In der vorliegenden Untersuchung wurde die kürzeste Form, F-SozU-14, aus dem A-Teil verwendet.

Der F-SozU-14 setzt sich aus 3 zentralen Inhalten der sozialen Unterstützung mit 14 Items zusammen. Die drei zentralen Inhalte sind emotionale (*Item Nr.: 2; 4; 6; 8; 10; 11; 12; 13*), praktische Unterstützung (*Item Nr.: 1; 5; 9*) und soziale Integration (*Item Nr.: 3; 7; 14*). Die Summenwerte ergeben sich aus der Aufsummierung aller beurteilten Punktwerte der Items (*1 bis 5*) und Division durch die Zahl der bearbeiteten Items. Aufgrund der geringen Anzahl der Items wird eine nach Inhalten getrennte Auswertung nicht empfohlen. Da alle Items des F-SozU-14 positiv sind, ist bei der Auswertung keine Umpolung der Items nötig (Fydrich et al., 2007).

Die Items sind auf einer 5 stufigen Ratingskala von „trifft (gar) nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft (ziemlich) zu“ und „trifft (ganz) genau zu“ zu beantworten. Die ursprünglichen Antwortmöglichkeiten „trifft nicht zu“, „trifft zu“ und „trifft genau zu“ werden in der koreanischen Version durch „trifft gar nicht zu“, „trifft ziemlich zu“ und „trifft ganz genau zu“ ersetzt. Es konnte nämlich nach dem Pretest zur Überprüfung des Verständnisgrades der ins Koreanische übersetzten Fragebögen in 2009 festgestellt werden, dass die Abstände zwischen „trifft nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“ sowie „trifft zu“ und „trifft genau zu“ in der koreanischen Sprache unschärfer als die in der ursprünglichen Version sind und sich, besonders „trifft zu“, sprachlich als ungeeignet erweisen. Diese Problematik wurde mit drei anderen Übersetzern, die bei der Übersetzung der Fragebögen in die koreanische Sprache beteiligt waren, diskutiert und wir kamen zu dem Ergebnis, dass „trifft ziemlich zu“ und „trifft ganz genau zu“ in Koreanisch für die Antwortskala geeigneter erscheint.

Die Reliabilität des F-SozU-14 scheint mäßig zu sein. Die interne Konsistenz lag laut Fydrich et al. (2007) bei .94, die Split-Half-Reliabilität bei .92 und die Retest Reliabilität bei .96 (S. 39). In der vorliegenden Untersuchung lag die interne Konsistenz bei .93 bezogen auf die südkoreanischen Mütter in Deutschland und bei .95 bezogen auf jene in Südkorea (s. Anhang Tab.A-1). In Bezug auf die Validität ließen sich Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und der Zufriedenheit in Lebensbereichen, die sich auf soziale Interaktionen beziehen,

bestätigen ( $r=.28 \sim .53$ ). Außerdem zeigte die soziale Unterstützung negative Korrelationen mit psychischen Symptomen, wie somatischen Syndromen ( $r=-.21$ ), Depressivität ( $r=-.31$ ) oder Stress ( $r=-.31$ ) (Fydrich et al., 2007).

#### 4.3.4 Erfassung der sozialen Belastung (SozBel-erg-K)

Der SozBel-erg-K erfasst erfahrene belastende Aspekte sozialer Beziehungen südkoreanischer zugewanderter Mütter in Deutschland und südkoreanischer Mütter in Südkorea, d.h. in welchem Ausmaß sie sich von wichtigen Personen kritisiert, abgelehnt, eingeengt oder überfordert erleben, und wird als Ergänzung zum Unterstützungsaspekt des F-SozU-14 angesehen (Fydrich et al., 2007). Der SozBel-erg-K umfasst 11 Items, deren 5 Faktoren zugeordnet werden können: Fehlgeschlagene Hilfe (*Items Nr.: 1; 2; 3*), Feindselige Umwelt (*Items Nr.: 3; 4; 5*), zu hohe Dichte des Netzwerkes (*Items Nr.: 6; 7*), Clusterinkongruenz (*Items Nr.: 8; 9*) und Isolation, zu kleines Netzwerk (*Items Nr.: 10; 11*).

Genauso wie beim F-SozU-14 steht den Befragten hierbei eine fünf stufige Ratingskala von „trifft (gar) nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft (ziemlich) zu“ und „trifft (ganz) genau zu“ zur Verfügung. Der Summenwert wird berechnet durch Aufsummierung aller beurteilten Punktwerte der Items (1 bis 5) und durch Division durch die Zahl der bearbeiteten Items. Auch hier ist keine Umpolung bei der Auswertung nötig.

Hinsichtlich der Validität zeigte der SozBel-erg-K Zusammenhänge mit Depressivität ( $r=.39$ ), positivem ( $-.21$ ) und negativem ( $.45$ ) Befinden, sozialer Inkompetenz ( $.43$ ), erlebtem Veränderungsdruck bei psychophysischem Befinden ( $.38$ ) und erlebtem Veränderungsdruck im familiären und sozialen Lebensraum ( $.42$ ) auf. Die interne Konsistenz des SozBel-erg-K betrug  $.78$  (Fydrich et al., 2007). In dieser Untersuchung betrug der Alpha-Koeffizient  $.86$  bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und  $.88$  bei jenen in Südkorea (s. Anhang Tab.A-1).

#### 4.3.5 Erfassung der kindbezogenen sozialen Unterstützung (Kb-SozU)

Kindbezogene soziale Unterstützung kann hier verstanden werden als die von untersuchten Müttern wahrgenommene Unterstützung aus ihrem sozialen Netzwerk, die den Müttern bei ihrer eigenen Kindererziehung hilft. Da kein passendes Verfahren zur Erfassung der kindbezogenen sozialen Unterstützung zur Verfügung stand, wurden neun Fragen (sechs bei den

untersuchten Müttern in Südkorea, s. u.) entworfen, die aus den Inhalten der sozialen Unterstützung (Fydrich et al., 2007) modifiziert wurden.

Fydrich et al. (2007) schlagen fünf Inhalte sozialer Unterstützung vor: emotionale Unterstützung, Unterstützung beim Problemlösen, praktische und materielle Unterstützung, soziale Integration und Beziehungssicherheit. Zu den Quellen der sozialen Unterstützung gehören Personen bzw. Gruppen, z.B. Partner/-in oder Freund/-in für emotionale Unterstützung; Bekannte für relevante Informationen; ein Freundkreis für soziale Integration; Nachbarn für praktische Unterstützung (S. 11).

Die kindbezogene soziale Unterstützung orientiert sich an zwei Aspekte der sozialen Unterstützung: Praktische Unterstützung (*PU*) und Soziale Integration (*SI*).

✓ **Items zu praktischer kindbezogener sozialer Unterstützung**

*PU 1* Ich habe Menschen, die sich kurz um meine Kinder kümmern können, wenn ich nicht da bin.

*PU 2* Durch meinen Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps.

*PU 3* Ich weiß genau, wo ich professionelle Hilfe bekommen kann, wenn ich Probleme mit meinem Kind habe.

✓ **Items zu kindbezogener sozialer Integration**

*SI 1* Ich kenne andere Familien, in denen sich mein Kind auch wohl fühlt, auch wenn ich nicht da bin.

*SI 2* Mein Kind hat Freunde in der Umgebung,

*SI 3* mit deren Eltern ich mich auch mal unterhalten kann.

In der Subkategorie „Soziale Integration“ wurden noch drei Fragen für südkoreanische Mütter in Deutschland formuliert. Hierbei wurde schließlich der Versuch unternommen, migrationspezifische soziale Integration bezüglich kindbezogener sozialer Unterstützung (*SI-de*) in die Analyse einzubeziehen:

*SI-de 1* Ich kenne deutsche/nicht südkoreanische Familien, in denen sich mein Kind auch wohl fühlt, auch wenn ich nicht da bin.

*SI-de 2* Mein Kind hat (deutsche/nicht südkoreanische) Freunde in der Umgebung,

*SI-de 3* mit deren Eltern ich mich auch mal unterhalten kann.

Die Items können auf einer 5 stufigen Ratingskala von „trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft ziemlich zu“ und „trifft ganz genau zu“ aus dem F-SozU-14 und dem SozBel-erg-K in der koreanischen Version beantwortet werden. Der Summenwert wird berechnet durch Aufsummierung aller beurteilten Punktwerte der Items und Division

durch die Zahl der bearbeiteten Items. Auch hier ist keine Umpolung bei der Auswertung nötig.

Vor der Auswertung muss geprüft werden, ob die Subkategorien von dem Kb-SozU den Aspekten des F-SozU-14 inhaltlich entsprechen, ob ein Gesamtsummenwert zur Auswertung zu bilden ist oder ob es notwendig ist, Items neuen einzelnen Kategorien zuzuordnen. Dafür wurden die Items einer explorativen Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation unterzogen. In diese Analyse gingen die Daten südkoreanischer Mütter in Deutschland und in Südkorea gemeinsam ein.

Bei der Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode wurden drei Faktoren extrahiert, die jeweils Eigenwerte 2.4 (26.4% Varianzaufklärung), 2.2 (24.1%) und 1.7 (19.3%) ermittelten (s. Anhang Tab.A-11). Die Analyse wies darauf hin, dass die einzelnen Items auf den jeweiligen Faktor laden, der den Kategorien des Kb-SozU zugeordnet werden kann: Die ersten drei Items (*PU 1, 2, 3*) sind als Indikatoren für die „*kindbezogene praktische Unterstützung*“ (Faktor B) zu betrachten, die zweiten drei Items (*SI 1, 2, 3*) für die „*kindbezogene soziale Integration*“ (Faktor A) und die übrigen drei Items (*SI-de 1, 2, 3*) für die „*kindbezogene soziale Unterstützung in Bezug auf Migranten*“ (Faktor C) (s. Tab.2).

Tabelle 2: Rotierte Komponentenmatrix bei dem Kb-SozU

	Faktor A	Faktor B	Faktor C
<b>PU1</b>	.160	<b>.781</b>	.174
<b>PU2</b>	.331	<b>.718</b>	-.011
<b>PU3</b>	-.018	<b>.792</b>	.026
<b>SI1</b>	<b>.558</b>	.438	.273
<b>SI2</b>	<b>.909</b>	.100	.167
<b>SI3</b>	<b>.919</b>	.151	.161
<b>SI-de1</b>	-.152	.439	<b>.735</b>
<b>SI-de2</b>	.267	-.041	<b>.748</b>
<b>SI-de3</b>	.407	.015	<b>.696</b>

Dementsprechend werden drei kategoriale Gesamtsummenwerte zur Auswertung des Kb-SozU gebildet. Sie werden durch Aufsummierung aller beurteilten Punktwerten der Items in einer Kategorie und durch Division, der Zahl der bearbeiteten Items, berechnet.

Die interne Konsistenz der gesamten Items von dem Kb-SozU betrug in der vorliegenden

Untersuchung bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (*PU\_1, PU\_2, PU\_3, SI\_1, SI\_2, SI\_3, SI-de\_1, SI-de\_2, SI-de\_3*) .80 und bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea (*PU\_1, PU\_2, PU\_3, SI\_1, SI\_2, SI\_3*) .77. Die Alpha-Koeffizienten für Subkategorien „*kindbezogene Praktische Unterstützung*“ (*PU\_1, PU\_2, PU\_3*) und „*kindbezogene soziale Integration*“ (*SI\_1, SI\_2, SI\_3*) lagen bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland jeweils bei .71 und .83 und bei jenen in Südkorea nur bei .56 und .63. Die interne Konsistenz der Subkatego-

rie „*migrationsbedingte soziale Integration*“ (*SI-de\_1*, *SI-de\_2*, *SI-de\_3*) für die Stichprobe in Deutschland konnte nur .63 erreichen. Die Trennschärfekoeffizienten des Kb-SozU lagen zwischen mittel bis hoch bei den Müttern, sowohl in Deutschland (9 Items,  $r_{itc}=.33\sim.62$ ) als auch in Südkorea (6 Items,  $r_{itc}=.39\sim.57$ ) (s. Anhang A).

#### 4.3.6 Erfassung der Paarzufriedenheit (PaarZuf)

Aufgrund zahlreicher Studien ist davon auszugehen, dass die Qualität der Paarzufriedenheit eine wichtige Rolle bei der psychischen Gesundheit der Mütter und ihrer Kinder spielt (Braune-Krickau et al., 2005; Ochs et al., 2004; Reich, 2003). Um dies zu überprüfen, wurden vier Items zur Einstellung zur Zufriedenheit mit dem Partner in den Bereichen von Teilnahme an Erziehung, an Haushalt und Nutzung der Freizeit ihres Partners formuliert:

- *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner hinsichtlich des Ausmaßes seiner Teilnahme an der Kindererziehung?*
- *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner hinsichtlich des Ausmaßes der Hilfestellung im Haushalt?*
- *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner hinsichtlich des Ausmaßes der gemeinsamen Freizeit?*
- *Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Partner?*

Die Auswahl der drei Bereiche der Paarzufriedenheit beruhte auf eigenen Beobachtungen und Erfahrungen, die sowohl im Rahmen der Kontakte zu verschiedenen südkoreanischen Müttern in Deutschland gesammelt wurden als auch im Zuge der eigenen Sozialisation in Südkorea. Es wurde bewusst auf die vorhandenen Fragebögen der Paarzufriedenheit, die sich auf die Zufriedenheit der generellen Partnerschaft bezieht, verzichtet (Hassebrauck, 1991; ein Beispielitem lautet: „*Wie gut ist Ihre Beziehung im Vergleich zu den Beziehungen der meisten anderen Paare?*“). Ebenso wurde auf die Fragebögen zur sexuellen Beziehung (Rohmann, 2000; das Item lautet: „*Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer sexuellen Beziehung zu Ihrem Partner?*“) oder die sich mit dem Thema Vermeidung und Angst in Partnerschaften (Neumann, Elke, & Bierhoff, 2007; ein Beispielitem lautet: „*Ich mache mir Gedanken darüber, dass ich verlassen werden könnte*“) befassen, verzichtet. Denn es wurde davon ausgegangen, dass die in dieser Arbeit ausgewählten Bereiche für die Erfassung der Paarzufriedenheit geeigneter als die oben beschriebenen Instrumente sind, um zwischen südkoreanischen Müttern in Südkorea und Deutschland zu unterscheiden.

Die fünfstufigen Antwortmöglichkeiten der Paarzufriedenheit orientierten sich an den fünfstufigen Ratingskalen des F-SozU-14. Bei der Formulierung wurde dafür gesorgt, möglichst sicher zu stellen, dass die Abstände zwischen den einzelnen Skalenwerten von den Müttern möglichst als gleich wahrgenommen werden: „gar nicht zufrieden“, „eher nicht zufrieden“, „teilweise zufrieden“, „ziemlich zufrieden“ und „sehr viel zufrieden“.

Zur Auswertung sollte ein Gesamtwert aus den Items für die Paarzufriedenheit der Mütter gebildet werden. Hier wurde die explorative Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation ebenfalls durchgeführt, um zu prüfen, ob sich die vier Variablen auf einem Faktor abbilden lassen. In die Analyse gingen die südkoreanischen Mütter in Deutschland und in Südkorea gemeinsam ein. Die Analyse ergab eine Komponente mit einem Eigenwert von 2.9, welche 73.6% der Varianz erklärte. Ein Gesamtwert für die Paarzufriedenheit südkoreanischer Mütter in Südkorea und Deutschland wurde darüber hinaus als Mittelwert aus den vier Fragen gebildet (s. Anhang Tab.A-12).

Die interne Konsistenz der Paarzufriedenheit in der vorliegenden Untersuchung betrug bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland .87 und jenen in Südkorea .88. Es konnte auch eine sehr gute Trennschärfe bestätigt werden. Die Trennschärfekoeffizienten reichen von .69 bis .80 bei untersuchten Müttern in Südkorea und von .72 bis .76 jenen in Deutschland (s. Anhang A).

## 4.4 FRAGEBÖGEN FÜR DIE KINDER

### 4.4.1 Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL<sup>R</sup>)

Der KINDL<sup>R</sup> Fragebogen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) wurde in der vorliegenden Untersuchung verwendet, um gesundheitsbezogene Lebensqualität von südkoreanischen Kindern in Südkorea und jenen mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland zu erfassen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt ein mehrdimensionales Konstrukt dar, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sichtweise der Betroffenen einschließt. Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann somit als subjektiv wahrgenommener

Gesundheitszustand verstanden werden. Für Kinder und Jugendliche sind noch die Selbstwahrnehmung/ Selbstwert, die wahrgenommene Qualität der Beziehung zu Eltern oder Freunden, sowie das schulische Wohlbefinden zu betrachten (Ravens-Sieberer, Ellert, & Erhart, 2007).

Der KINDL<sup>R</sup> Fragebogen umfasst 24 Items, die sechs Dimensionen der Lebensqualität beinhalten: „körperliches Wohlbefinden“ (Items Nr.: 1; 2; 3; 4), „emotionales Wohlbefinden“ (Items Nr.: 5; 6; 7; 8), „Selbstwert“ (Items Nr.: 9; 10; 11; 12), „Wohlbefinden in der Familie“ (Items Nr.: 13; 14; 15; 16), „Wohlbefinden in Bezug auf Freunde“ (Items Nr.: 17; 18; 19; 20), „schulisches Wohlbefinden“ (Items Nr.: 21; 22; 23; 24) (s. Anhang D).

Der KINDL<sup>R</sup> liegt in drei Formen für unterschiedliche Lebensalter als Selbstbeurteilungsversion vor (Kiddy-KINDL<sup>R</sup> für 4-7 Jahre; Kid-KINDL<sup>R</sup> für 8-11 Jahre; Kiddo-KINDL<sup>R</sup> für 12-16 Jahre) und ist außerdem in zwei Fremdbeurteilungsversionen für Eltern oder weitere Bezugspersonen verfügbar (Kiddy-KINDL<sup>R</sup> für Eltern von Kindern im Alter von 4-7 und KINDL<sup>R</sup> für Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-16) (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). In der vorliegenden Arbeit werden gemäß dem Lebensalter der Kinder die zwei Selbstbeurteilungsversionen, Kid-KINDL<sup>R</sup> (8 bis 11) und Kiddo-KINDL<sup>R</sup> (12 bis 16) in Koreanisch und Deutsch verwendet.

Die Items und Skalen des KINDL<sup>R</sup> werden so berechnet, dass ein höherer Wert einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität entspricht. Die Auswertung der Items und Skalen erfolgt in vier Schritten (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000): Umkodierung des negativen Items (Nr.: 1; 2; 3; 6; 7; 8; 15; 16; 20; 24); Berechnung von Skalenwerten durch Addition der Items einer Skala; Bildung eines Gesamtwerts; Transformation der Skalenwerte auf Werte von 0-100.

Neben dem Total Score durch das Addieren von Subskalenwerten kann auch jede Dimension als Subskala ausgewertet werden. Die Antwortmöglichkeit der Items bildet eine fünf stufige Skala mit den Werten „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“.

Der Fragebogen wurde bisher in mehreren Studien eingesetzt und überprüft. Die psychometrischen Ergebnisse zeigen eine hohe Reliabilität ( $Cronbach's\ Alpha=.85$ ) in der Mehrzahl der Skalen und Stichproben und eine befriedigende konvergente und differentielle Validität des Verfahrens an. Demnach besteht eine hohe Akzeptanz dieses Instrumentes bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al., 2007; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). In der

vorliegenden Stichprobe konnte eine gute Reliabilität des Fragebogens bestätigt werden. Es fanden sich Kennwerte der internen Konsistenz für die Gesamtskalen zwischen .72 bei den untersuchten Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland und .82 bei den Kindern in Südkorea.

Der KINDL<sup>R</sup> weist eine hohe Korrelation mit der „*General Well-Being*“ Subskala des Child Health Questionnaires sowie mit den Skalen „*Vitalität*“ und „*psychisches Wohlbefinden*“ des SF-36 und des FLZM ( $r > .60$ ) auf. Die Ergebnisse von Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) (2007) zeigten, dass Kinder aus Familien mit einem höheren Sozialstatus über eine höhere generelle Lebensqualität verfügen als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder niedrigeren Sozialstatus. Außerdem wurde aufgewiesen, dass Kinder mit Migrationshintergrund in der Gruppe der 7 bis 10 Jährigen, nach den Angaben ihrer Eltern, eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund zeigen. In der KiGGS wurde neben dem Fragebogen KINDL<sup>R</sup> auch der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) eingesetzt. Beim Vergleich der Ergebnisse zwischen dem KINDL<sup>R</sup> und dem SDQ ist zu erkennen, dass psychisch auffällige Kinder und Jugendliche nach dem Ausmaß des SDQ signifikant niedrigere Werte im Gesamtwert des KINDL<sup>R</sup> aufweisen als unauffällige oder grenzwertig klassifizierte Kinder.

Die Mittelwerte und Perzentile, die durch die Befragung mit dem KINDL<sup>R</sup> in KiGGS (2007) erworben wurden, können auch für die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herangezogen werden. Die Ergebnisse liefern repräsentative Normdaten aus der Population der Kinder und Jugendlichen in Deutschland allgemein, können aber auch für soziodemographische und sozioökonomische Sub-Populationen verwendet werden (Ravensieberer et al., 2007).

#### **4.4.2 Erfassung des Kinder-Kohärenzgefühls (DoKSoC)**

Der Dortmunder Kinder SoC Fragebogen (DoKSoC) (Lengning et al., 2009) dient in der vorliegenden Untersuchung der Erfassung des Kinder-Kohärenzgefühls von untersuchten Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland und jenen in Südkorea.

Den Kindern und Jugendlichen stehen jeweils fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung („*stimmt nicht*“, „*stimmt wenig*“, „*stimmt mittelmäßig*“, „*stimmt ziemlich*“ und „*stimmt*“



sehr“). Die Gesamtsummenwerte der Items stellen das Ausmaß des kindlichen Kohärenzgefühls dar und werden berechnet aus der Summe der in allen Items erreichten Punktwerte, wobei positive oder negative Polung berücksichtigt werden muss (15 negative Items Nr.: 3; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 11; 14; 18; 19; 21; 24; 25; 28). Die möglichen Gesamtsummenwerte von DoK-SoC betragen zwischen 33 und 165, wobei ein höherer Wert eine bessere Ausprägung des Kinder-Kohärenzgefühls darstellt.

In Bezug auf Kinder und Jugendliche beinhaltet der DoKSoC drei Dimensionen des Kohärenzgefühls in 33 Fragen. 11 Items (Nr.: 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26) stellen die Verstehbarkeit dar, 11 Items (Nr.: 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27, 29, 32) die Handhabbarkeit und die übrigen 11 Items (Nr.: 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22, 28, 30, 31, 33) die Bedeutsamkeit.

In der vorliegenden Arbeit konnte eine gute Reliabilität bewiesen werden. Die interne Konsistenz lag zwischen .87 (in Südkorea) und .80 (in Deutschland). Da sich dieser Fragebogen gerade im Validierungsstadium befindet, kann die Validität noch nicht hinreichend nachgewiesen werden. Es ließ sich in der vorliegenden Untersuchung eine hohe positive Korrelation zwischen dem DoKSoC und dem KINDL<sup>R</sup> bei Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland ( $r=.50$ ) und bei südkoreanischen Kindern in Südkorea ( $r=.73$ ) bestätigen (s. Anhang Tab.A-13; A-14). Die genaue Validität und Reliabilität des DoKSoC werden derzeit untersucht und voraussichtlich von Mohn in 2013 veröffentlicht.

## 4.5 ÜBERSETZUNG DER FRAGEBÖGEN

Alle in der vorliegenden Untersuchung eingesetzten Fragebögen verfügen über entweder keine koreanische Version (F-SOZU-14; SozBel-erg-K; KINDL<sup>R</sup>; DoKSoC) oder keine vorliegende Qualitätsgarantie der übersetzten Fragebögen (SOC-13; GHQ-12). Alle Fragebögen wurden daher zur Untersuchung ins Koreanische neu übersetzt.

Die für die vorliegende Untersuchung entwickelten Fragebögen, Kb-SozU und PaarZuf, und die Fragen zur Erfassung der demografischen Daten der Stichprobe wurden zuerst in Koreanisch erfasst. Ihre deutsche Version kann dem Anhang entnommen werden (Übersetzung durch einen ersten Übersetzer).

Es wurden mehrere Pretests zur Überprüfung des Verständnisgrades der koreanischen Übersetzung in Südkorea und Deutschland durchgeführt. Die Pretests der Fragebögen SOC-13

( $N=11$ ), GHQ-12 ( $N=11$ ), DoKSoC ( $N=7$  im Alter von 9 bis 12) und KINDL<sup>R</sup> ( $N=16$  im Alter von 4 bis 12) wurden in Kyunggido und Seoul im Juli und August 2009 durchgeführt. Der Pretest des F-SOZU-14 und der zweite Pretest des SOC-13 und des GHQ-12 wurde im September 2009 in Dortmund bei südkoreanischen Migranten als Ergänzung für den Pretest in Korea nochmal vorgenommen.

Bei dem Pretest wurde festgestellt, dass es für Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund schwer ist, die koreanische Sprache in den Fragebögen zu verstehen. Daher wurden zwei Sprachversionen der Fragebögen, DoKSoC und KINDL<sup>R</sup> für Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland eingesetzt.

Der Übersetzungsvorgang aller Fragebögen inklusive Instruktion (falls vorhanden) lief wie folgt: Zwei unabhängige Übersetzer haben die Fragebögen zuerst ins Koreanische übersetzt. Danach wurden die zwei unabhängigen Übersetzungen verglichen und in eine koreanische Version zusammengefasst. Die zusammengeführten Übersetzungen wurden dann von noch einem dritten unabhängigen Übersetzer ins Deutsche zurückübersetzt. Nach der Zurückübersetzung der Fragebögen ins Deutsche habe ich Kontakte mit den ursprünglichen Fragebogenverfassern aufgenommen, um sie zu bitten, die Gesetzmäßigkeit der Übersetzung zu überprüfen (bei dem DoKSoC und dem KINDL<sup>R</sup>). Falls die ursprünglichen Verfasser nicht zu kontaktieren waren, wurde im Fall von dem SOC-13 und dem GHQ-12 mit den vorhandenen koreanischen Versionen des SOC-29 und des GHQ-60 verglichen. Bei dem Fall von dem F-SozU-14 und dem SozBel-erg-K wurden sie mehrmals sorgfältig überprüft. Des Weiteren wurde für den SOC-13 die Retest Reliabilität mit einer Stichprobe ( $N=9$ ) über ein Zeitintervall von sechs bis acht Tagen überprüft (Lee, Jones, Mineyama, & Zhang, 2002). Dabei betrug die Stabilität .90.

## 5 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

### 5.1 REKRUTIERUNG DER STICHPROBE

Es handelt sich hierbei um eine quantitative Querschnittsstudie, wobei südkoreanische Mütter und ihre Kinder im Aufnahmeland Deutschland und Herkunftsland Südkorea in die Untersuchungsanlage aufgenommen wurden. Es wurden zwei Stichproben in beiden Ländern ausgewählt:

Als südkoreanische zugewanderte Mütter in Deutschland gelten hier die Mütter, die:

- ✓ eigene Migrationserfahrung (von Südkorea nach Deutschland) haben, Koreanisch als Muttersprache sprechen, mindestens ein Kind im Alter zwischen 7 und 15 Jahren haben, die mit im eigenen Haushalt leben.

Als südkoreanische Mütter im Südkorea gelten hier die Mütter, die:

- ✓ in Südkorea wohnen, keine Migrationserfahrung haben, Koreanisch als Muttersprache sprechen, mindestens ein Kind im Alter zwischen 7 und 15 Jahren haben, die mit im eigenen Haushalt leben.

Als Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund gelten hier die Kinder, deren:

- ✓ Mutter von Südkorea nach Deutschland zugewandert ist, die Schule besuchen und keine chronische Krankheit haben.

Als südkoreanische Kinder ohne Migrationshintergrund gelten hier die Kinder, die:

- ✓ mit ihrer Mutter zusammen in Südkorea leben, keinen Migrationshintergrund im weiteren Sinne haben, die Schule besuchen und keine chronische Krankheit haben.

#### 5.1.1 Rekrutierung in Deutschland

Die Erhebungen in Deutschland fanden in einigen Städten, im Umkreis von Dortmund, Düsseldorf, Münster, Bonn, Berlin, Stuttgart und Frankfurt am Main statt. Die Datenerhebung in Deutschland erfolgte zwischen März 2011 und März 2012. Aufgrund der Stichprobenplanung und hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Stichprobenrekrutierung in Deutschland wurde angestrebt, etwa 60 südkoreanische zugewanderte Mütter und ihre Kinder zu erreichen. Es wurden zuerst südkoreanische Schulen, Kirchengemeinden oder Stammtische ausfindig gemacht und telefonisch Kontakt mit ihnen aufgenommen. Wenn seitens der jeweiligen Schule, Kirchengemeinde oder Stammtisch Interesse an der Mitarbeit bestand, fragte ich nach der Anzahl der erreichbaren Kinder im Alter von 7 bis 15 und ihren Müttern, der Sprachkompetenz der Kinder und danach, ob ich sie zur Verteilung der Fragebögen besuchen darf.

Wenn dies mir erlaubt war, besuchte ich die jeweiligen Gruppen. Andernfalls schickte ich die Fragebögen per Post an die Schulleiterinnen, Pfarrer oder zuständige Personen, die diese wiederum an die Mütter weiterleiteten. Sie erhielten einen Infobrief über die Studie und zum Ablauf der Untersuchung sowie eine Danksagung für die Weiterleitung. Bei einem Besuchstermin wurde die Untersuchung kurz vorgestellt und gefragt, wer an die Befragung teilnehmen will. Mütter, die sich für die Teilnahme an der Befragung entschieden, wurden aufgefordert, die Fragebögen mit nach Hause zu nehmen und dort den Infobrief in Ruhe durchzulesen und erst dann auszufüllen. Alle Rückumschläge, die die Mütter bekamen, wurden frankiert. Insgesamt wurden 237 Fragebogeneinheiten an die Mütter weitergeleitet und 92 davon kamen zurück. Die gesamte Rücklaufquote in Deutschland betrug 38.8%.

Tabelle 3: Rücklauf in Deutschland

	Fragebogeneinheiten	Mutter	Kinder	Mutter-Kind Dyade
	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>
<b>Verteilung</b>	237	237	225	217
<b>Rücklauf(insgesamt)</b>	92 (38.8)	92 (38.8)	98 (43.6)	74 (34.1)
<b>Filterung/Dropout</b>		9 (3.8)	17 (7.6)	7 (3.2)
<b>Auswertbare Daten</b>		83 (35.0)	81 (36.0)	67 (30.9)

### 5.1.2 Rekrutierung in Südkorea

Die Rekrutierung der Stichprobe in Südkorea erfolgte in Zusammenarbeit mit einer Primary School. In einem ersten Schritt wurde mit den Schulleitungen von vier Primary Schools in südkoreanischen Städten Anfang 2011 telefonisch Kontakt aufgenommen. Drei davon erlaubten mir, an ihnen Informationen über die Untersuchung zu schicken. Schließlich äußerte eine Primary School Interesse an meiner Untersuchung. Im Mai 2011 wurde die Erhebung schließlich bei dieser Primary School in einer mittelgroßen Stadt in Südkorea vorgenommen.

Ich gab einer Druckerei in Südkorea den Auftrag, die Fragebögen auszudrucken und zur Schule zu schicken. Dabei gab ich genaue Anweisungen, z.B. welche Briefe und Information zuerst gelesen werden sollen, wenn das Paket in der Schule aufgemacht wird. Zudem waren die Briefe persönlich adressiert, soweit ich Informationen über die Namen der Lehrer aus dem Internet entnehmen konnte. Insgesamt wurden 430 Fragebogeneinheiten (430 für Mütter und 430 für Kinder in der 2. bis 6. Klasse) von der Schulleitung über 18 Klassenlehrerinnen an die Schülerinnen verteilt. Dabei wurden die Schülerinnen aufgefordert, die Briefe direkt an die Eltern weiterzuleiten. Die Mütter bekamen ebenfalls einen Infobrief über die

Studie, den Verlauf und detaillierte Anweisungen. Nach einer Woche kamen 245 Fragebogeneinheiten an die Schulleitung zurück und wurden per Post nach Deutschland geschickt. Die Gesamtrücklaufquote bei der Erhebung in Südkorea betrug 56.9%.

Benannten die Befragten die Beziehung zu dem an der Befragung teilgenommenen Kind mit „sonstige Beziehung“ (z.B. Vater, Stiefmutter, Tante oder Großeltern usw.) oder gaben gar nicht an, dann wurden sie mit den Fragebögen von den dazugehörigen Kindern aus der Analyse ausgeschlossen, so dass die Variable „leibliche Mutter“ in der vorliegenden Untersuchung konstant gehalten werden kann. Und die Mütter, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben, wurden auch in die Analyse nicht mit aufgenommen. So waren insgesamt 189 Fragebögen von den Müttern und 193 von den Kindern auswertbar.

Tabelle 4: Rücklauf in Südkorea

	Fragebogeneinheiten	Mutter	Kinder	Mutter-Kind Dyade
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Verteilung	430	430	430	430
Rücklauf(insgesamt)	245 (56.9)	245 (56.9)	245 (56.9)	245 (56.9)
Filterung/Dropout		56 (13.0)	52 (12.1)	56 (13.0)
Auswertbare Daten		189 (43.9)	193 (44.9)	189 (43.9)

## 5.2 STICHPROBENBESCHREIBUNG

In der Untersuchung wurden insgesamt die Daten von 189 südkoreanischen Müttern und 193 Kindern in Südkorea sowie 83 südkoreanischen zugewanderten Müttern und 81 Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland aufgenommen. Die empirische Analyse hinsichtlich der Mutter-Kind-Dyaden basiert auf Angaben zu 189 Mutter-Kind-Dyaden aus den Daten in Südkorea und 67 Mutter-Kind-Dyaden aus jenen in Deutschland. Im Folgenden werden demografische Daten von Müttern und Kindern zur Stichprobenbeschreibung dargestellt. Zum Vergleich zwischen den untersuchten Müttern und Kindern in Deutschland und in Südkorea wurden  $\chi^2$ -Test bei Nominaldaten und  $t$ -Test bei metrischen Daten in der Regel eingesetzt. Sind Voraussetzungen für parametrische Verfahren nicht gegeben, dann wurde dies statt des  $t$ -Tests mithilfe des *Mann-Whitney-U Tests* überprüft (Bortz & Schuster, 2010).

### 5.2.1 Daten von untersuchten Müttern in Deutschland und Südkorea

#### ALTER DER MÜTTER

Das Alter der südkoreanischen Mütter in Südkorea reichte von 30 bis 54 Jahren mit einem Durchschnitt von 38.72 ( $SD=4.15$ ) Jahren. Im Vergleich dazu lag das Durchschnittsalter der südkoreanischen Mütter in Deutschland bei 40.43 ( $SD=4.56$ ). Der Altersunterschied zwischen südkoreanischen Müttern in Deutschland und Südkorea war signifikant ( $Mann-Whitney-U=9.44, p<.01$ ).

#### RELIGION DER MÜTTER

Rund 38.1% der südkoreanischen Mütter in Südkorea hatten zum Erhebungszeitpunkt keine Religionszugehörigkeit ( $N=72$ ). Danach folgten 27% buddhistische ( $N=51$ ), 24.9% evangelische ( $N=47$ ), und 4.8% katholische ( $N=9$ ) Religionszugehörigkeit. Es entfielen 4.2% auf andere Religion ( $N=8$ ). Im Vergleich dazu waren 82.9% der südkoreanischen Mütter in Deutschland evangelisch ( $N=68$ ) und nur 9.8% katholisch ( $N=8$ ), 7.3% der Mütter gehörten keiner Religion ( $N=6$ ) an. Der signifikante Unterschied der Verteilungen nach Religion zwischen südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea ( $\chi^2[4]=91.73, p<.01$ ) kann auf verschiedenen Gründen beruhen: Es sind fast ein Viertel der Fragebögen in Deutschland über koreanische Kirchengemeinden verteilt worden; Viele südkoreanische Mütter in Deutschland kommen mit ihren Kindern regelmäßig in die Kirchengemeinden, um Kontakte mit Koreanern aufzubauen bzw. um ihre Kinder dort mit der koreanischen Kultur und Sprache vertraut zu machen, auch unabhängig von der vorherigen religiösen Glaubensrichtung (Yi, 2009).

#### BILDUNGSNIVEAU DER MÜTTER

In Bezug auf den Schulabschluss gaben 73% der südkoreanischer Mütter in Südkorea die mittlere Reife oder einen High School Abschluss ( $N=138$ ) an, gefolgt von 23.3% mit einem Bachelorabschluss ( $N=44$ ) und 2.1% mit einem Abschluss der Middle School ( $N=4$ ). Rund ein zwei Drittel (70.7%) der südkoreanischen Mütter in Deutschland gaben an einen Bachelorabschluss zu besitzen ( $N=58$ ). Anschließend gaben 14.6% einen Masterabschluss ( $N=12$ ) an, 11% einen Abschluss von High School ( $N=9$ ) und 1.2% einen von Middle School ( $N=1$ ). Insgesamt unterschieden sich südkoreanische Mütter in Deutschland und in Südkorea durch Bildungsabschlüsse ( $\chi^2[3]=103.04, p<.01$ ).

Bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland wurde daneben auch der Bildungsstand in Deutschland erhoben: 12 Mütter gaben einen Master-, Diplom- oder Magisterabschluss (14.6%) und 3 einen Doktorgrad (7.3%) an, 25 Mütter hatten keinen deutschen Bildungsabschluss (30.5%) vorzuweisen, 6 befanden sich gerade im Studium an einer deutschen Universität (7.3%) und 35 Mütter machten keine Angabe (42.7%).

#### TÄTIGKEIT DER MÜTTER

Mehr als die Hälfte der Mütter in Südkorea (55.6%) waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung berufstätig ( $N=105$ ), 42.9% Hausfrauen ( $N=81$ ) und 1% gab Ausbildung oder sonstiges ( $N=2$ ) an. Im Vergleich dazu waren 56.1% der südkoreanischen Mütter in Deutschland Hausfrauen ( $N=46$ ), 32.9% berufstätig ( $N=27$ ) und 11% gaben Ausbildung an ( $N=9$ ). Bezüglich der Tätigkeit der Mütter fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea ( $\chi^2[3]=25.44, p<.01$ ).

#### EHEDAUER

Das durchschnittliche Heiratsjahr der südkoreanischen Mütter in Südkorea lag bei 1997.78 ( $SD=3.17, Spannweite=1985-2009$ ), bei Müttern in Deutschland bei 1997.51 ( $SD=5.19, Spannweite=1983-2011$ ). Es fand sich kein Mittelwerteunterschied bezüglich Ehedauer zwischen südkoreanischen Müttern in Deutschland und Südkorea ( $Mann-Whitney-U=7.12, n.s$ ). 63.5% der untersuchten Mütter in Südkorea heiratete vor 11 bis 15 Jahren ( $N=120$ ), während rund 45% der südkoreanischen Mütter in Deutschland ihren ersten Hochzeitstag vor 11 bis 15 Jahren hatten ( $N=36$ ).

#### ZAHL DER KINDER

Die durchschnittliche Kinderzahl der untersuchten Mütter in Südkorea betrug 2.2 ( $SD=.76$ ) und lag bei jenen in Deutschland 1.98 ( $SD=.83$ ). Bezüglich der Kinderzahl unterscheiden sich die Mütter in beiden Ländern signifikant ( $t[269]=2.16, p<.05$ ). 64.6% der untersuchten Mütter in Südkorea hatten zwei Kinder in ihrem Haushalt ( $N=122$ ) und 48.8% in Deutschland ( $N=40$ ). Der Anteil von Einzelkindern ist bei der Stichprobe in Deutschland höher (29.3%,  $N=24$ ) als bei jener in Südkorea (11.1%,  $N=21$ ).

### FAMILIENFORM

93.9% der untersuchten Mütter in Deutschland lebten mit ihrem Mann und ihren Kindern zusammen ( $N=77$ ) und 92.1% in Südkorea ( $N=174$ ). Die übrigen (6.1% in Deutschland, 7.9% in Südkorea) gaben „Zusammenleben nur mit dem Kind“ an. In Bezug auf Familienform wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland und in Südkorea ausgemacht ( $\chi^2[1]=.57, n.s.$ ).

### EINWANDERUNGSJAHR DER MÜTTER IN DEUTSCHLAND

Das durchschnittliche Einwanderungsjahr südkoreanischer Mütter in Deutschland lag bei 2000.63 ( $SD=6.84$ ,  $Spannweite= 1979-2011$ ). 28.7% der untersuchten Mütter kamen vor bis zu fünf Jahren nach Deutschland ( $N=23$ ), 26.3% vor zwischen 6 bis 10 ( $N=21$ ), 22.5% vor zwischen 11 bis 15 ( $N=18$ ), 12.5% vor zwischen 16 bis 20 ( $N=10$ ) und 10.1% vor über 20 Jahren ( $N=8$ ).

### MIGRATIONSGRUND UND RÜCKKEHRWUNSCH DER MÜTTER IN DEUTSCHLAND

35.9% der untersuchten Mütter ( $N=29$ ) kamen nach Deutschland aus eigener Motivation, um durch Studium oder Berufserfahrung mehr Chancen zu haben. 65.1% ( $N=54$ ) kamen deswegen, weil ihr Mann nach Deutschland kam oder weil sie ihrem Kind eine bessere Chance für die Bildung geben wollten. 24.7% der Mütter wollten lebenslang in Deutschland bleiben ( $N=20$ ). 11.1% der Mütter hatten zwar nicht vor, nach Südkorea zurückzukehren aber waren nicht sicher, ob sie in Deutschland weiterbleiben dürften ( $N=9$ ). Rund 60% von den untersuchten Müttern wollten nach Südkorea zurückkehren ( $N=51$ ), davon wussten 33 Mütter aber nicht genau, wann dies passieren werde (42%) und dagegen hatten 18 Mütter einen genauen Plan für die Rückkehr (22.2%).



## 5.2.2 Daten von untersuchten Kindern in Deutschland und Südkorea

### ALTER UND GESCHLECHT DER KINDER

Das Durchschnittsalter der Kinder in Südkorea betrug 9.72 ( $SD=1.26$ ) Jahre und bei Kindern in Deutschland 11.40 ( $SD=2.58$ ) ( $Mann-Whitney-U=10.87$ ,  $p<.00$ ). Die Spannweite des Alters der Kinder in Südkorea lag zwischen 7 und 12 und das der koreanischen Kinder in Deutschland zwischen 7 und 15, wobei der Anteil der untersuchten Kinder in Deutschland Alter von 13-15 bei 39.5% ( $N=32$  von 81) lagen. Die Heterogenität der Lebensalter erklärt sich aus dem Umstand, dass die Suche nach Kindern im passenden Alter in Deutschland nicht einfach war. Dies muss in der Interpretation mit berücksichtigt werden.

Die Geschlechterverteilung lag bei 45.9% Jungen und 54.1% Mädchen in Südkorea und 49.4% Jungen und 50.6% Mädchen in Deutschland. In Bezug auf Geschlechterverteilung fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Kindern in beiden Ländern ( $\chi^2[1]=0.26$ ,  $n.s$ ).

### MIGRATIONSERFAHRUNG DES KINDES IN DEUTSCHLAND

44.3% der untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund hatten eine eigene Migrationserfahrung ( $N=35$ ) und 55.7% sind in Deutschland geboren, nachdem ihre Mütter nach Deutschland zugewandert sind ( $N=44$ ).

### SCHULTYP DES KINDES

Alle an der Befragung teilgenommenen Kinder in Südkorea besuchten zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine Primary School, während die Kinder in Deutschland verschiedene Schultypen angaben. 55.6 % der untersuchten Kinder in Deutschland besuchten das Gymnasium ( $N=45$ ), 29.6 % die Grundschule ( $N=24$ ), 4.9% die Gesamtschule ( $N=4$ ), 4.9 % die Realschule ( $N=4$ ), 3.7 % die internationale Schule ( $N=3$ ) und 1.2 % die Hauptschule ( $N=1$ ) ( $\chi^2[5]=114.77$ ,  $p<.00$  bei untersuchten Kindern in Deutschland).

### 5.3 METHODEN ZUR AUSWERTUNG

Die Datenauswertung wurde mit dem Statistikprogramm „*Statistical Package for Social Sciences*“ (SPSS) für Windows, Version 20 und AMOS für Windows, Version 20 vorgenommen.

In Kapitel 6.1 wurden die Mittelwerte der Untersuchungsvariablen zwischen den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland und in Südkorea als explorative Analyse verglichen und zwar mit Hilfe des *t-Tests*. Der *t-Test* verhält sich gegen Verletzungen der Voraussetzungen für parametrische Testverfahren, Normalverteilung und Varianzhomogenität, weitgehend robust. In solchen Fällen können sich jedoch Probleme ergeben, wenn Stichprobenumfänge zwischen verglichenen Gruppen sehr ungleich verteilt sind (Bortz & Schuster, 2010; Rasch, Friese, Hofmann, & Naumann, 2006). Aufgrund der ungleichen Verteilungen des Stichprobenumfangs zwischen Stichproben in Deutschland ( $N=83$  Mütter und 81 Kinder) und Südkorea ( $N=189$  Mütter und 193 Kinder) gehe ich davon aus, dass sich die Verletzung einer Voraussetzung der parametrischen Verfahren bei Mittelwertevergleichen zwischen Stichproben in beiden Ländern leicht verzerrend auf die Ergebnisse auswirken kann. Alle eingesetzten Fragebögen sowie ihrer Subskalen sind nach dem *Kolmogorov-Smirnov-Test* normalverteilt. Dagegen genügen die Subkategorien von dem Kb-SozU und dem KINDL<sup>R</sup> teilweise nicht dem Anspruch auf Normalverteilung (s. Anhang Tab.A-1). Anschließend wurde zur Überprüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität der *LEVENE-Test* bei dem *t-Test* herangezogen. Anhand der Überprüfung beider Voraussetzungen wurde entschieden, welche statistischen Verfahren zur deskriptiven Analyse herangezogen werden. Bei einer Verletzung von beiden Voraussetzungen wurde die mittlere Range der Variablen von Müttern und Kindern in Deutschland und Südkorea mittels des *Mann-Whitney U-Tests* verglichen. Für die Effektgröße wurden die Abstandsmaße *Cohens' d* (Cohen, 1988) bei dem *t-Test* berechnet. Für die nonparametrischen Testverfahren gibt es zwar keine Maße für die Effekte, die in diesen Verfahren auf Signifikanz geprüft werden. Jedoch ist die Übertragung der Effektgröße für die parametrischen Verfahren auf die nonparametrischen Tests vorstellbar, wenn die ursprünglichen Messwerte zumindest Intervallskalenniveau aufweisen, also in dem Fall, wo der *U-Test* als Ersatz für den *t-Test* wegen Verletzungen der Voraussetzungen der parametrischen Verfahren in Frage kommt (Sedlmeier & Renkewitz, 2008). So wurden für die Effektgröße des *Mann-Whitney U-Tests* auch die Abstandsmaße *Cohens' d* berechnet. Da der Stichprobenumfang beim Vergleich zwischen den Müttern sowie den Kindern in Deutschland und

Südkorea ungleich ist, wurde die Varianz bei der Rechnung nach Stichprobengröße gewichtet.<sup>3</sup> (Sedlmeier & Renkewitz, 2008) (s. Kap. 6.1).

In Kapitel 6.2 wurden vor der Hypothesenprüfung die bivariate Korrelation zwischen soziodemografischen Daten und Untersuchungsvariablen berechnet, um mögliche Störvariablen zu identifizieren. Die Korrelation der dichotomen nominalen Variablen mit intervallskalierten Variablen werden über die punktbiseriale Korrelation ( $r_{pb}$ ) mit Hilfe der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson im SPSS berechnet (Bühner & Ziegler, 2009). Wenn die intervallskalierten Variablen nicht normalverteilt sind, erfolgte dies über die Rangkorrelation nach Spearman ( $r_s$ ). Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den polytomen nominalskalierten soziodemografischen Variablen und Untersuchungsvariablen wurde die Varianzanalyse durchgeführt. Wurde hierbei mindestens eine der Voraussetzungen für parametrische Verfahren verletzt, dann wurde eine Rangvarianzanalyse (*Kruskal-Wallis H-Test*) statt der Varianzanalyse vorgenommen.

Für die multivariate (Ko)Varianzanalyse, die zur Prüfung der Hypothesen von [H1] bis [H8] beitrug (Kapitel 7.1), wurden die statistischen Voraussetzungen überprüft (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2008; Bortz & Schuster, 2010): Die Homogenität der Kovarianzmatrizen wurde mit Hilfe des *Box-Tests* überprüft, dessen Ergebnisse nicht signifikant werden sollten. Die multivariate Normalverteilung der abhängigen Variablen wurde nicht direkt überprüft. Vor dem Hintergrund dessen, dass alle eingesetzten Fragebögen in jeder Faktorstufe (hoch vs. niedrig von dem SOC-13 und dem DoKSoC) bei Stichproben sowohl in Deutschland als auch in Südkorea nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test univariat normalverteilt sind, was die Voraussetzung für multivariate Normalverteilung ist, gehe ich davon aus, dass die Untersuchungsvariablen in Stichproben multivariat normalverteilt sind. Die Multikollinearität der abhängigen Variablen wurden außerdem mittels Multikollinearitätsstatistik überprüft. Urban & Mayerl (2011) empfehlen für die Prüfung der Multikollinearität als Daumenregel, dass der Toleranzwert nicht unter 0.25 sein sollte, so dass der VIF-Wert nicht über 5.0 geht (S. 232). Zur Analyse der Kovariaten in multivariaten Varianzanalysen muss noch die Homogenität der Regressionslinien vorausgesetzt werden, d.h. dass die Regressionsgerade

---

<sup>3</sup> 
$$Cohens' d = \frac{\bar{X}_{Deutschland} - \bar{X}_{Korea}}{\sqrt{\frac{s_{Deu}^2 * N_{Deu} + s_{Kor}^2 * N_{Kor}}{N_{Deu} + N_{Kor}}}}$$

für die Beziehung zwischen den unabhängigen Variablen und Kovariaten für alle Gruppen dieselbe Steigung haben muss (Backhaus et al., 2008; Bortz & Schuster, 2010). Für die Überprüfung homogener Regressionslinien wurde der Interaktionsterm zwischen dem Faktor (Höhe des Kohärenzgefühls) und Kovariaten gebildet, wobei stetige Kovariaten durch die *Z-Transformation*<sup>4</sup> (Bortz & Schuster, 2010) standardisiert wurden. Zeigt dieser Interaktionsterm einen signifikanten Effekt auf die abhängigen Variablen, so wird davon ausgegangen, dass die Annahme homogener Regressionskoeffizienten nicht erfüllt ist. Die MAN(C)OVA verhält sich bei gleich verteilten Vergleichsstichproben wie bei der Kovarianzanalyse in Kapitel 7.1 gegen Verletzungen der Test- Voraussetzungen weitgehend robust (Bortz & Schuster, 2010; Bühner & Ziegler, 2009; Rasch et al., 2006). Daher gehe ich davon aus, dass die Beeinträchtigung der Ergebnisse der Kovarianzanalyse wirksam wird, wenn mehrere Verletzungen simultan bei einer Variablen auftauchen, anders als bei Mittelwertvergleich zwischen Stichproben in Deutschland und Südkorea (s.o.).

In Kapitel 7.2 wurden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung ([H9] bis [H18]) bezüglich des Moderatoreffekts des Kohärenzgefühls vorgestellt. Der Moderatoreffekt wurde anhand der Vorgehensweise von Baron und Kenny (1986) überprüft. Gemäß Baron und Kenny kann ein Moderatoreffekt als bestätigt interpretiert werden, wenn der Interaktionsterm aus dem Prädiktor und der Moderatorvariable einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable aufweist. Dies erfolgte mithilfe der Regressionsanalyse mit Einschlussmethode. Um die Multikollinearität bei der Bildung des Interaktionsterms zu vermeiden, wurden alle Prädiktoren vor der Bildung des Interaktionsterms zentriert<sup>5</sup> (Bühner & Ziegler, 2009). Es wird nach der Moderatoranalyse empfohlen, die Post-hoc Analyse noch durchzuführen, um sich ein genaues Bild über den Moderatoreffekt zu machen. Dabei wird der Effekt des Prädiktors ( $X$ ) auf das Kriterium ( $Y$ ) bei dichotomisierten Stufen des Moderators getestet und der Interaktionseffekt grafisch dargestellt (Holmbeck, 2002). Anhand der Vorgehensweise von Aiken & West (1991) wurden zuerst der Prädiktor ( $X$ ) und der Moderator ( $Z$ ) zentriert. Dann wurde der Moderator in zwei Stufen umformuliert: Zum einen ist das die Gruppe, die im Moderator ( $Z$ ) eine Standardabweichung über den Mittelwert liegt und zum anderen diejenige, die unter

---

<sup>4</sup>  $Z = \frac{x - \bar{x}}{s}$

<sup>5</sup>  $X_{zentriert} = x_i - \bar{x}$

dem Mittelwert liegt<sup>6</sup>. Anschließend wurden zwei Interaktionsterme aus dem Mediator ( $Z$ ) in jeder Stufe ( $Z_{hoch}$ ;  $Z_{niedrig}$ ) und dem Prädiktor ( $X$ ) gebildet. Schließlich wurden zwei Regressionen des Kriteriums ( $Y$ ) auf den Moderator ( $Z_{hoch}$ ;  $Z_{niedrig}$ ), den Prädiktor ( $X$ ) und die eben oben Interaktionsterme jeweils berechnet, wobei jede Steigung des Interaktionsterms für den gefundenen Moderatoreffekt auf Signifikanz geprüft wird. Aufgrund der Zentrierung der Variablen kann dabei lediglich der nicht standardisierte Regressionskoeffizient interpretiert werden (Simple Slope-Analyse).

Die Mediatoreffekte des Kohärenzgefühls, die bei der Ablehnung der Hypothesen bezüglich des Moderatoreffekts des Kohärenzgefühls ([H9] bis [H18]) analysiert wurden (s. Kap. 3.2), wurden mit Hilfe des Computerprogramms AMOS überprüft. Nach Baron und Kenny (1986) müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein, um den Mediatoreffekt nachzuweisen: 1. Der Prädiktor ( $X$ ) muss den Mediator ( $M$ ) signifikant vorhersagen; 2. Die Mediatorvariable ( $M$ ) muss das Kriterium ( $Y$ ) signifikant erklären; 3. Der Prädiktor ( $X$ ) muss ohne Kontrolle des Einflusses von Mediator einen signifikanten Effekt auf das Kriterium ( $Y$ ) haben; 4. Danach muss sich der Effekt des Prädiktors ( $X$ ) auf das Kriterium ( $Y$ ) vermindern (*partieller Mediatoreffekt*) oder gar verschwinden (*totaler Mediatoreffekt*), wenn die Mediatorvariable ( $M$ ) in der multiplen Regressionsgleichung gleichzeitig kontrolliert wird. 5. Schließlich soll der indirekte Effekt des Prädiktors ( $X$ ) über den Mediator ( $M$ ) auf das Kriterium ( $Y$ ) auf Signifikanz überprüft werden. Dies erfolgte durch das sogenannte Bootstrap-Verfahren im AMOS. Dabei wurden in Anlehnung an Cheung und Lau (2008) jeweils 1000 aus der Originalstichprobe gezogenen Zufallsstichprobe ausgewählt und dann, das 95%-Konfidenzintervall festgelegt (*Bootfactor=1*). Danach wurde überprüft, ob Null in diesem Konfidenzintervall liegt. Befindet sich die Null außerhalb des Konfidenzintervalls, wird die Nullhypothese (kein indirekter Effekt) verworfen (Bühner & Ziegler, 2009).

Vor der Analyse wurden die statistischen Voraussetzungen zur Durchführung der multiplen Regressionsanalyse geprüft: Die Linearität der Variablen wurde mittels Streudiagramms überprüft. Die partiellen Regressionskoeffizienten sind nur dann sauber zu interpretieren, wenn keine Multikollinearität der Prädiktoren vorliegt (s.o). Weiterhin wurde die Annahme der Streuungsgleichheit der Residuen mit Hilfe Residuen-Streuungsdiagramm überprüft, wo-

---

<sup>6</sup>  $Z_{hoch}=Z - (SD)$  ;  $Z_{niedrig}=Z - (-SD)$

bei keine Heteroskedastizität festzustellen ist. Auch kann eine weitere Voraussetzung, die Normalverteilung der Residuen, aufgrund Augenscheinüberprüfung von dem Residuen-Histogramm und dem P-P-Plot in der vorliegenden Untersuchung als erfüllt angesehen werden (Backhaus et al., 2008; Schendera, 2008).

Mit dem Programm AMOS wurden die gesamten Ergebnisse in Kapitel 7.2 im Pfadmodell überprüft (Kapitel 7.2.3). Die Pfadanalyse wurde nicht im Sinne der einzelnen Hypothesenprüfung eingesetzt, sondern dabei wurde der Versuch unternommen, die aus Ergebnissen von Hypothesenprüfungen ableitbaren theoretischen Gesamtstrukturen abzubilden, um der Wirklichkeit anzunähern, und zu prüfen, ob die erhobenen Daten dies bestätigen. Es ist generell angeraten, zur Beurteilung der Modellgüte in der Gesamtstruktur mehrere Indizes zu kombinieren (Weiber & Mühlhaus, 2010). Mit dem  $\chi^2$ -Test wird die Nullhypothese der Übereinstimmung zwischen empirischer und geschätzter Kovarianzmatrix geprüft. Es sollte somit die Wahrscheinlichkeit nicht signifikant sein. Zudem sollte das Verhältnis von  $\chi^2/df$  unter 2.5 liegen. Der hohe *Normal Fit Index (NFI)* gibt an, ob das beobachtete Modell näher am Unabhängigkeitsmodell liegt. Der NFI sollte größer als 0.9 sein. Der *Comparative Fit Index (CFI)* reflektiert den Grad, mit welchem die Stichprobenvarianzen und Kovarianzen durch das hypothetisierte Modell repräsentiert sind. Der CFI sollte größer als 0.9 sein. Beim *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* wird überprüft, ob das beobachtete Modell die Realität hinreichend gut approximiert. Da sollte der Wert zwischen .00 und .05 liegen (Backhaus et al., 2008; Weiber & Mühlhaus, 2010). Die Pfadanalyse bei der Stichprobe in Deutschland wurde mittels der *Maximum-Likelihood-Methode (ML)* berechnet und bei jener in Südkorea mittels *Asymptotisch verteilungsfreien Schätzer (ADF)*, weil eine wichtige Voraussetzung für die ML-Methode, die multivariate Normalverteilung, nach dem Mardia-Test bei den untersuchten Müttern ( $z=7.61$ ) aber auch den Mütter-Kind-Dyaden ( $z=5.79$ ) in Südkorea nicht erfüllt werden konnte (Backhaus, 2006). Zur Prüfung auf Signifikanz der Korrelations- und Pfadkoeffizienten in der Pfadanalyse wurde die oben beschriebene Bootstrapping-Methode ebenfalls herangezogen (KI. 95%,  $N=1000$ ).

Für alle Tests wurde ein Signifikanzniveau von  $p < 0.05$  festgelegt.

## 5.4 UMGANG MIT FEHLENDEN DATEN

Fehlten bei einer Person Angaben zu einer demografischen Variable, so wurde die Person aus der Analyse der entsprechenden Variablen ausgeschlossen. Bei den untersuchten Müttern in Südkorea zeigten sich der größte Anteil fehlender demografischer Variablen bei Angaben zur Ehedauer ( $N=7$ , 3.2%) und bei südkoreanischen zugewanderten Müttern bei Angaben zum Bildungsstand in Deutschland ( $N=34$ , 42%). Die südkoreanischen Kinder wiesen den größten Anteil fehlender demografischer Variablen bei Angaben zum Geschlecht ( $N=24$ , 10.3%). Bei Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund sind alle 3 demografischen Daten vollständig. Nur bei zwei Kindern ließen sich die Informationen über Selbsterfahrung der Migration wegen unausgefüllter Fragebögen der Mütter nicht entnehmen.

Gab eine Person keine Angaben zu einzelnen Items von dem SOC-13, dem GHQ-12 und dem PaarZuf an, dann wurde die Person aus der Analyse der entsprechenden Variablen ausgeschlossen. Falls einige Items der übrigen Instrumente von einer Person nicht beantwortet wurden, wurden die fehlenden Werte durch den Mittelwert der entsprechenden Variable ersetzt (beim F-SozU-14 max. 2 fehlende Items [Fydrich et al., 2007]; beim KINDL<sup>R</sup> max. 1 fehlendes Item einer Skala [Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000]; beim SozBel-erg-K und dem Kb-SozU jeweils max. 1 fehlendes Item; beim DoKSoC max. 1 fehlendes Item einer Subdimension).

## IV ERGEBNISSE

In Kapitel IV werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung vorgestellt. Zunächst werden die Stichproben in Deutschland und in Südkorea anhand der in der vorliegenden Arbeit erhobenen Variablen beschrieben und verglichen (Kapitel 6.1). Weiterhin wurden Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen und soziodemographischen Variablen von den Müttern und den Kindern geprüft, um Störvariablen zu identifizieren und diese entsprechend in die Analysen zur Hypothesentestung aufnehmen zu können (Kapitel 6.2). Anschließend werden die Ergebnisse der Hypothesentestung dargestellt (Kapitel 7).

## 6 ERGEBNISSE DER DESKRIPTIVEN ANALYSE

### 6.1 MITTELWERTEVERGLEICH ZWISCHEN STICHPROBEN

Hierbei handelt es sich um eine explorative Analyse, die Mittelwertevergleiche der zur Hypothesenprüfung ausgewählten Variablen zwischen den Stichproben in Deutschland und Südkorea beinhaltet. Für jede abhängige Variable werden dargestellt: Teilstichprobe ( $N$ ), Mittelwerte ( $M$ ) und Standardabweichungen ( $SD$ ) bei allen intervallskalierten Variablen. Außerdem können interne Konsistenz ( $\alpha$ ), Signifikanz nach der Kolmogorov-Smirnov-Statistik und Schiefe zu diesen Variablen im Anhang entnommen werden.

#### 6.1.1 Kohärenzgefühl

Die Erfassung des Kohärenzgefühls der südkoreanischen Mütter wurde mit Hilfe des SOC-13 erfasst (s. Kap. 4.3.1). Dazu machten 89 südkoreanische Mütter in Deutschland und 189 in Südkorea Angaben. Der  $t$ -Test zeigte, dass sich kein signifikanter Mittelwerteunterschied des Gesamtwerts des Kohärenzgefühls zwischen den südkoreanischen Müttern in beiden Ländern findet ( $t[270]=-0.18, n.s.$ ). Die Abbildung 3 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen beim SOC-13 der untersuchten Mütter in Deutschland und in Südkorea dar.



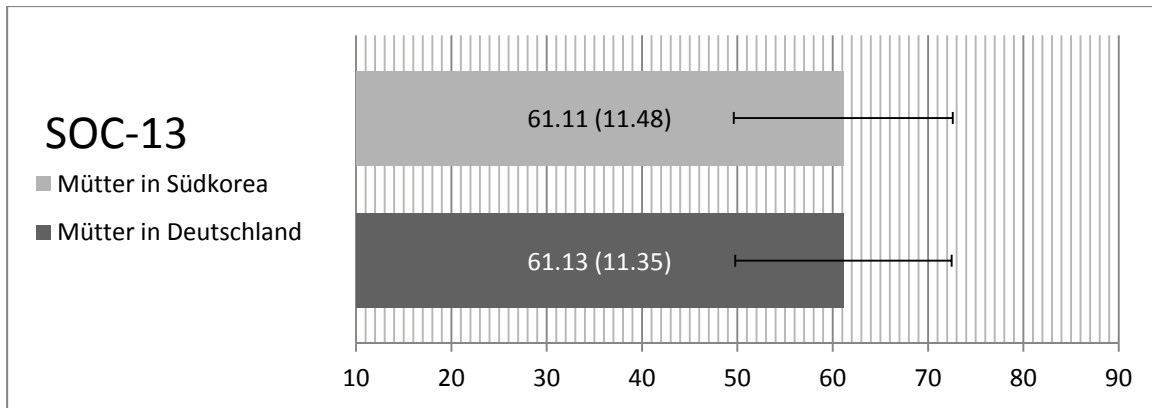


Abbildung 3: Mittelwertevergleich des Kohärenzgefühls zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

In Bezug auf die drei Subdimensionen des Kohärenzgefühls wiesen die südkoreanischen Mütter in Deutschland eine signifikant niedriger ausgeprägte Verstehbarkeit auf als jene in Südkorea. Der Mittelwert der Subdimension „Verstehbarkeit“ betrug bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland ( $N=83$ ) 21.78 ( $SD=5.47$ ) und jenen in Südkorea ( $N=189$ ) 23.16 ( $SD=5.17$ ) ( $t[270]=1.99$ ,  $p<.05$ ). Dabei ist das Abstandsmaß des Mittelwerteunterschiedes nach Cohen (1988) als kleiner Effekt zu bezeichnen ( $d=.26$ ). Des Weiteren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den südkoreanischen Müttern in beiden Ländern bei den Subdimensionen „Handhabbarkeit“ ( $t[270]=-1.05$ ,  $n.s.$ ) und „Bedeutsamkeit“ ( $t[270]=-1.62$ ,  $n.s.$ ). Die genauen Werte finden sich im Anhang (Tab. A-1).

### 6.1.2 Allgemeiner psychischer Gesundheitszustand

Zur Erfassung des wahrgenommenen allgemeinen psychischen Gesundheitszustands der südkoreanischen Mütter wurde der GHQ-12 herangezogen (s. Kap. 4.3.2). Hierbei gab es bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland insgesamt 83 Angaben und bei jenen in Südkorea 188. In Abbildung 4 zeigen sich die Mittelwerte und Standardabweichungen beim GHQ-12 der südkoreanischen Mütter in Deutschland und in Südkorea.

Anhand des  $t$ -Tests wird deutlich, dass sich die südkoreanischen Mütter in beiden Ländern in Bezug auf den allgemeinen psychischen Gesundheitszustand nicht unterscheiden ( $t[269]=-0.43$ ,  $n.s.$ ) (s. Abb. 4; Tab. A-1).

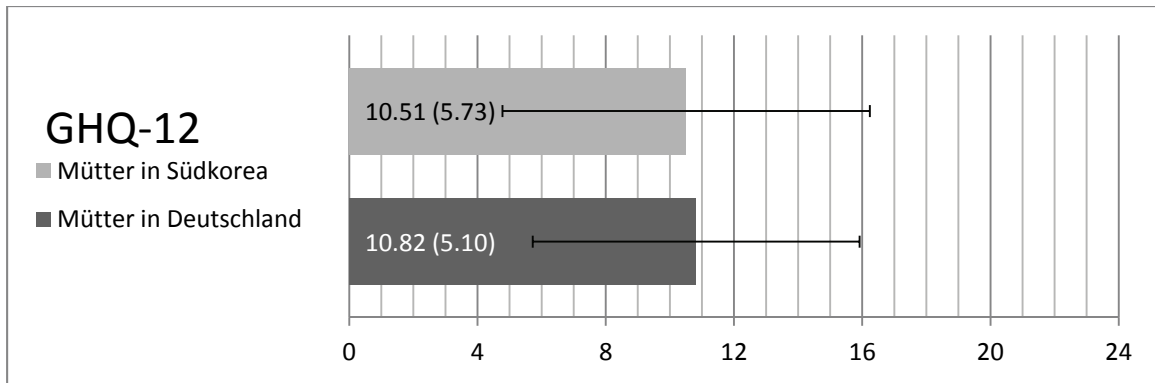


Abbildung 4: Mittelwertevergleich des psychischen Gesundheitszustandes zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

### 6.1.3 Soziale Unterstützung

Die von südkoreanischen Müttern wahrgenommene soziale Unterstützung wurde über den F-SozU mit 14 Items erfasst (s. Kap. 4.3.3). Hierzu machten insgesamt 83 südkoreanische Mütter in Deutschland und 186 in Südkorea Angaben. Vergleicht man die beiden Gruppen südkoreanischer Mütter in den Mittelwerten bezüglich des F-SozU-14, so zeigte der *t-Test*, dass es keinen signifikanten Mittelwerteunterschied zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und Südkorea gibt ( $t[267] = -.20, n.s.$ ) (s. Abb. 5; Tab. A-1).

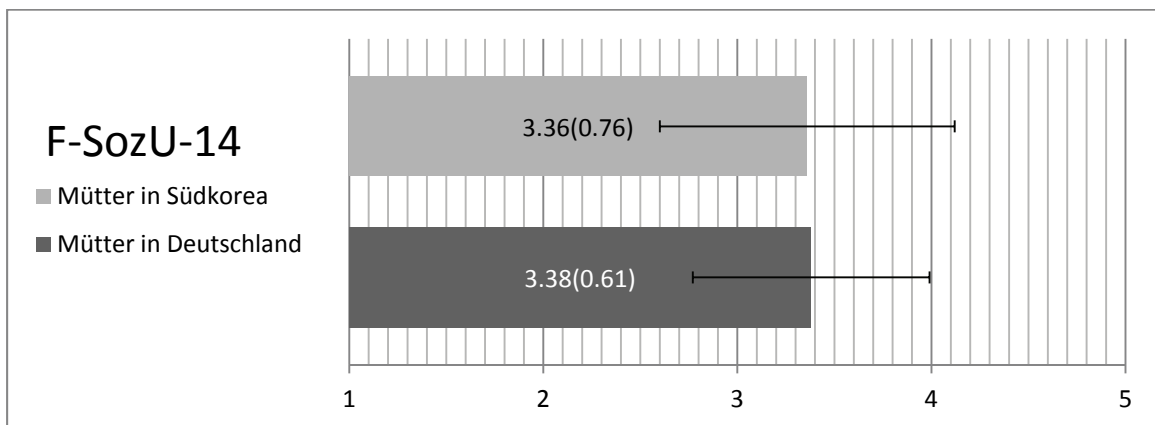


Abbildung 5: Mittelwertevergleich der sozialen Unterstützung zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

### 6.1.4 Soziale Belastung

Zur Erfassung der von den südkoreanischen Müttern wahrgenommenen sozialen Belastungen wurde der SozBel-erg-K herangezogen (s. Kap. 4.3.4). Dazu machten 83 südkoreanische Mütter in Deutschland und 185 in Südkorea Angaben. Anhand des *t-Tests* zeigte sich, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland mehr soziale Belastung wahrnehmen als jene in

Südkorea ( $t[266]=-2.52, p<.05$ ). Das Abstandsmaß des Mittelwerteunterschiedes ist nach Cohen (1988) in dem kleinen Effekt einzustufen ( $d=.34$ ) (s. Abb. 6; Tab. A-1).

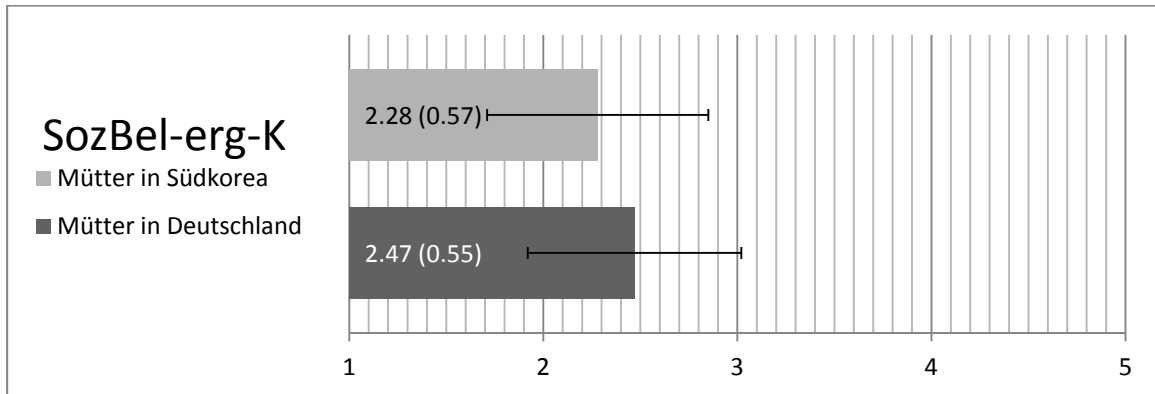


Abbildung 6: Mittelwertevergleich der sozialen Belastungen zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und Südkorea

### 6.1.5 Kindbezogene Soziale Unterstützung

Die von südkoreanischen Müttern wahrgenommene soziale Unterstützung in Bezug auf ihre Kinder wurde durch sechs selbstentwickelte Items (Kb-SozU) erfasst. Die zusätzlichen drei Items, die zur Erfassung migrationsbedingter sozialer Integration bezüglich kindbezogener sozialer Unterstützung nur bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland erhoben wurden (s. Kap. 4.3.5), wurde hierbei nicht mit berechnet. Es gab bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland insgesamt 83 Angaben und bei jenen in Südkorea 179. Dabei wies der  $t$ -Test keinen Mittelwerteunterschied auf ( $t[260]=0.22, n.s.$ ) (s. Abb.7).

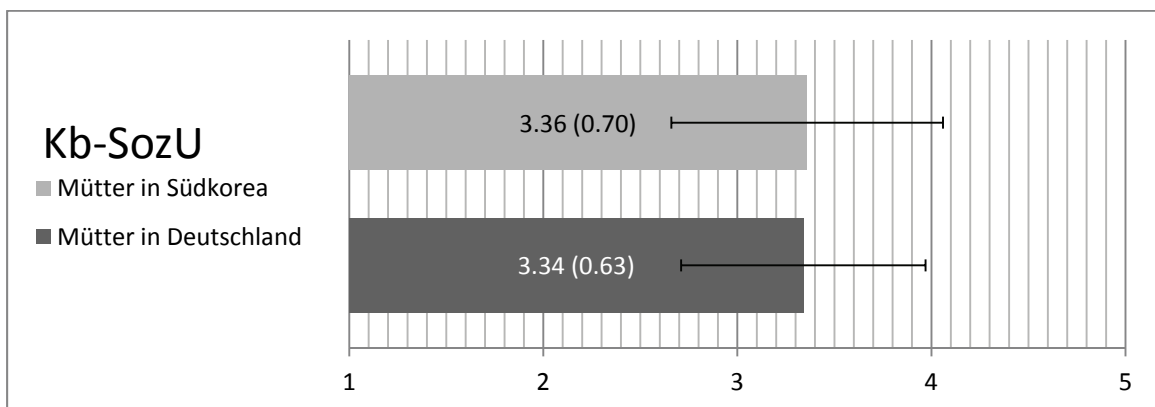


Abbildung 7: Mittelwertevergleich der kindbezogenen sozialen Unterstützung zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und Südkorea

Des Weiteren wurden die Mittelwerte von zwei Subskalen kindbezogener sozialer Unterstützung verglichen, wobei der *Mann-Whitney U-Test* wegen der Verletzung der Normalverteilungsannahme herangezogen wurde. Es zeigte sich, dass es auch keine Mittelwerteunter-

schiede zwischen den südkoreanischen Müttern in beiden Ländern in den Subskalen, „Praktische Unterstützung“ ( $U=7609$ ,  $z=-.189$ ,  $n.s.$ ) und „Soziale Integration“ ( $U=6983.50$ ,  $z=-.857$ ,  $n.s.$ ) gibt. Die genauen Angaben finden sich im Anhang (s. Tab. A-1).

### 6.1.6 Paarzufriedenheit

Die Paarzufriedenheit seitens der Mütter wurde über vier Items erfasst (PaarZuf) (s. Kap. 4.3.6). Hierzu machten 82 südkoreanische Mütter in Deutschland und 184 in Südkorea Angaben. Bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland lag der Mittelwert bei 3.50 ( $SD=.79$ ) und bei jenen in Südkorea bei 3.02 ( $SD=.89$ ). Vergleicht man die Mittelwerte der Paarzufriedenheit zwischen den südkoreanischen Müttern in beiden Ländern, so erbrachte der  $t$ -Test einen signifikanten Unterschied. Die südkoreanischen Mütter in Deutschland verfügen über eine besser ausgeprägte Paarzufriedenheit als jene in Südkorea ( $t[264]=-4.20$ ,  $p<.01$ ). Die standardisierte Distanz zwischen den Mittelwerten betrug 0.56, welcher nach Cohen (1988) einem mittleren Effekt entspricht (s. Abb. 8).

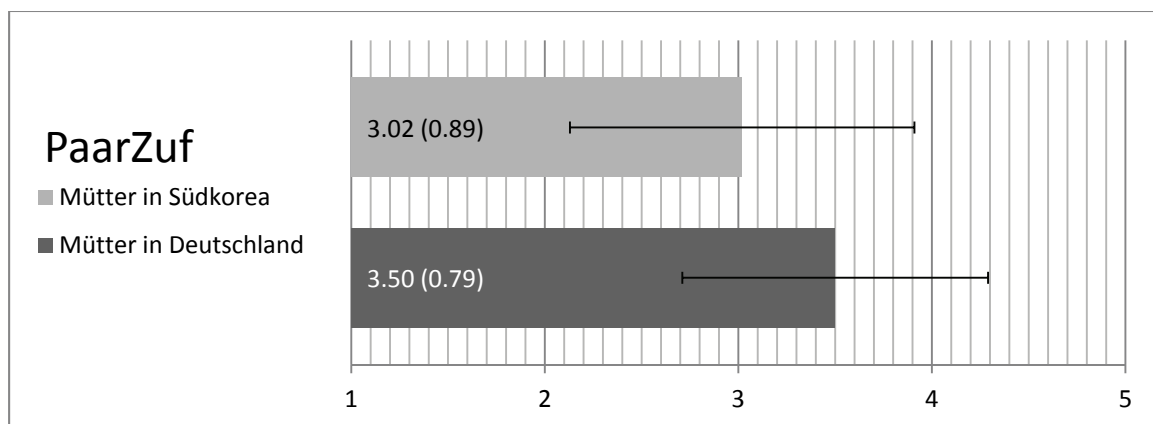


Abbildung 8: Mittelwertevergleich der Paarzufriedenheit zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

### 6.1.7 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder

Anhand des KINDL<sup>R</sup> wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität der untersuchten Kinder in beiden Ländern erfasst (s. Kap. 4.4.1). Hierbei gab es bei den Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland 81 Angaben und bei den untersuchten Kindern in Südkorea 189. Zum Vergleich der Gesamt- und Subskalenmittelwerte beim KINDL<sup>R</sup> wurde wegen Verletzungen der Annahmen für parametrische Verfahren, der Varianzhomogenität beim Gesamtmittelwertevergleich sowie der Normalverteilung beim Subskalenmittelwerte-

vergleich, der *Mann-Whitney U-Test* herangezogen. Es zeigte sich, dass es zwischen Kindern in beiden Ländern keinen Mittelwerteunterschied in Bezug auf den Gesamtwert des KINDL<sup>R</sup> gibt ( $U=7040.00$ ,  $z=-1.05$ , *n.s.*) (s. Abb. 9).

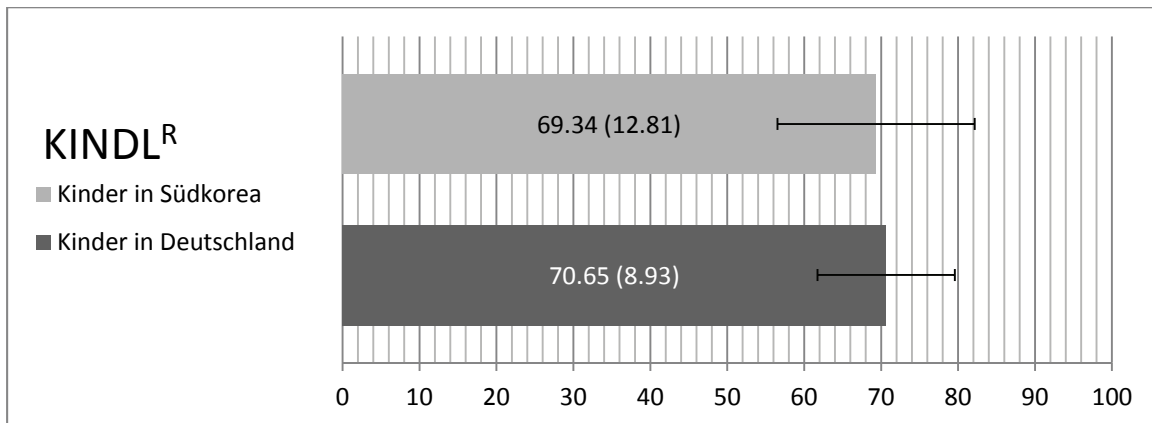


Abbildung 9: Mittelwertevergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea

Vergleicht man die Mittelwerte in Bezug auf die Subdimensionen der untersuchten Kinder in beiden Ländern, fanden sich signifikante Unterschiede in den Dimensionen „Psyche“ ( $U=5881.00$ ,  $z=-3.28$ ,  $p<.01$ ,  $d=0.24$ ) und „Schule“ ( $U=6358.50$ ,  $z=-2.40$ ,  $p<.05$ ,  $d=0.33$ ). Die untersuchten Kinder in Südkorea zeigten eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität bezüglich der Subdimension „Psyche“ als jene mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland. Im Vergleich dazu verfügten die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland über eine besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Subdimension „Schule“ als jene in Südkorea. Bei den anderen Subdimensionen sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten (*bei der Subdimension „Körper“*:  $U=7187.50$ ,  $z=-1.00$ , *n.s.*; *bei „Selbst“*:  $U=7167.50$ ,  $z=-1.09$ , *n.s.*; *bei „Familie“*:  $U=7245.50$ ,  $z=-1.23$ , *n.s.*; *bei „Freunde“*:  $U=7047.00$ ,  $z=-1.23$ , *n.s.*) (s. Anhang Tab. A-1).

Aufgrund der ungleichen Altersverteilung der untersuchten Kinder in beiden Ländern (s. Kap. 5.2.2) wurde der Mittelwertevergleich getrennt nach dem Lebensalter berechnet. Dementsprechend wurden die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland unter 13 Jahren ( $N=49$ ) erneut in die Analyse einbezogen. Die Abbildung 10 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen beim KINDL<sup>R</sup> bei den südkoreanischen Kindern in beiden Ländern im Alter von 7 bis 12. Im Vergleich zu dem Ergebnis ohne Berücksichtigung des Alters erbrachte hierbei der *Mann-Whitney U-Test* einen signifikanten Mittelwerteunterschied des Gesamtwertes in Bezug auf den KINDL<sup>R</sup>. Die südkoreanischen Kinder (7-12) in

Deutschland zeigten eine bessere Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität als jene in Südkorea ( $U=3747.00$ ,  $z=-2.06$ ,  $p<.05$ ). Dabei entspricht das Abstandsmaß des Mittelwertunterschiedes nach Cohen (1988) dem kleinen Effekt ( $d=.29$ ).

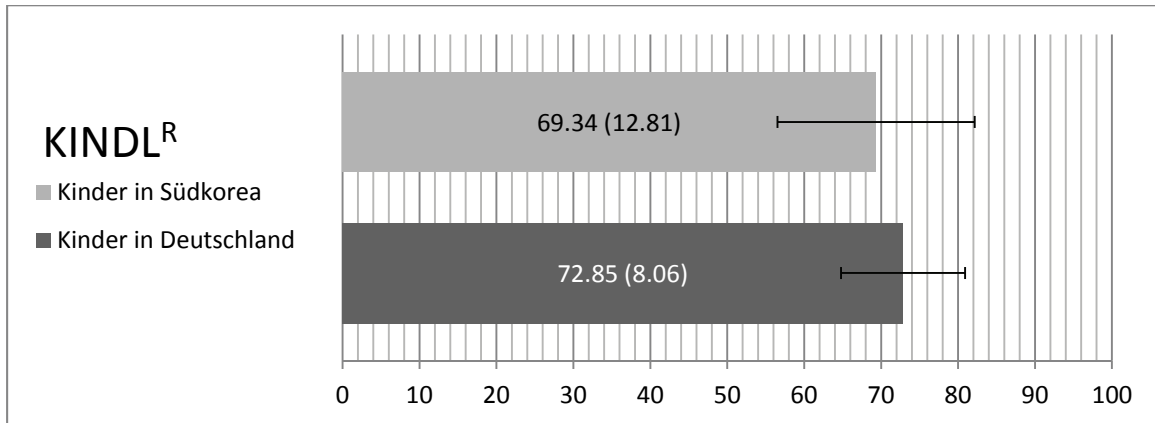


Abbildung 10: Mittelwertevergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea im Alter von 7 bis 12

Wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist, fand sich im Vergleich zu dem Ergebnis ohne Berücksichtigung des Alters bei der Subdimension „Psyche“ nur ein tendenzieller Unterschied zwischen den südkoreanischen Kindern in beiden Ländern, wobei die untersuchten Kinder in Südkorea eine besser ausgeprägte „Psyche“ aufwiesen ( $U=3839.00$ ,  $z=-1.87$ ,  $p=.06$ ). Dementsprechend verringerte sich auch die Effektgröße von  $d=.24$  auf  $d=.08$ .

Tabelle 5: Mittelwertevergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea im Alter von 7 bis 12

	Kinder in Deutschland (7-12)				Kinder in Südkorea (7-12)			
	N	M	SD	MD	N	M	SD	MD
<b>KINDL<sup>R</sup> gesamt<sup>a</sup></b>	49	72.85*	8.06	72.92	189	69.34*	12.81	68.75
Körper	49	71.05	13.96	75.00	192	66.47	17.99	68.75
Psyche	49	81.12 <sup>+</sup>	10.71	81.25	193	82.31 <sup>+</sup>	16.13	87.50
Selbst	49	58.29	18.19	62.50	193	53.87	25.90	50.00
Familie	49	82.40	12.99	87.50	192	79.26	16.79	81.25
Freunde	49	72.83	17.70	75.00	192	71.81	19.27	75.00
Schule	49	71.43**	15.47	75.00	192	61.52**	21.20	62.50

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Mann-Whitney U-Tests: <sup>+</sup> $p<.10$ , \*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , zweiseitige Testung

<sup>a</sup>Verletzung der Varianzhomogenität

Des Weiteren wurde der Mittelwerteunterschied in der Subdimension „Schule“ noch größer, wobei die südkoreanischen Kinder in Deutschland eine stärkere Ausprägung zeigten ( $U=3380.00$ ,  $z=-2.92$ ,  $p<.01$ ), als bei der Analyse ohne Berücksichtigung des Alters (s.o.). Dementsprechend erhöhte sich der Effekt der Mittelwertedistanz von der kleinen ( $d=.33$ ) auf die mittlere Ebene ( $d=.49$ ). Die anderen Subdimensionen blieben statistisch unverändert (bei

der Subdimension „Körper“:  $U=3931.50$ ,  $z=-1.64$ , *n.s.*; bei „Selbst“:  $U=4135.50$ ,  $z=-1.16$ , *n.s.*; bei „Familie“:  $U=4314.50$ ,  $z=-0.74$ , *n.s.*; bei „Freunde“:  $U=4620.50$ ,  $z=-0.02$ , *n.s.*) (s. Tab. 5).

### 6.1.8 Kinder-Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl der Kinder wurde mithilfe des DoKSoC mit 33 Items erhoben (s. Kap. 4.4.2). Hierzu machten 81 südkoreanische Kinder in Deutschland und 190 in Südkorea Angaben. Zum Vergleich der Gesamtmittelwerte, aber auch der Mittelwerte der Subdimension „Verstehbarkeit“, wurde wegen Verletzungen der Annahme der Varianzhomogenität der *Mann-Whitney U-Test* herangezogen. Der Mittelwertvergleich der Subdimensionen, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“, erfolgte über den *t-Test*.

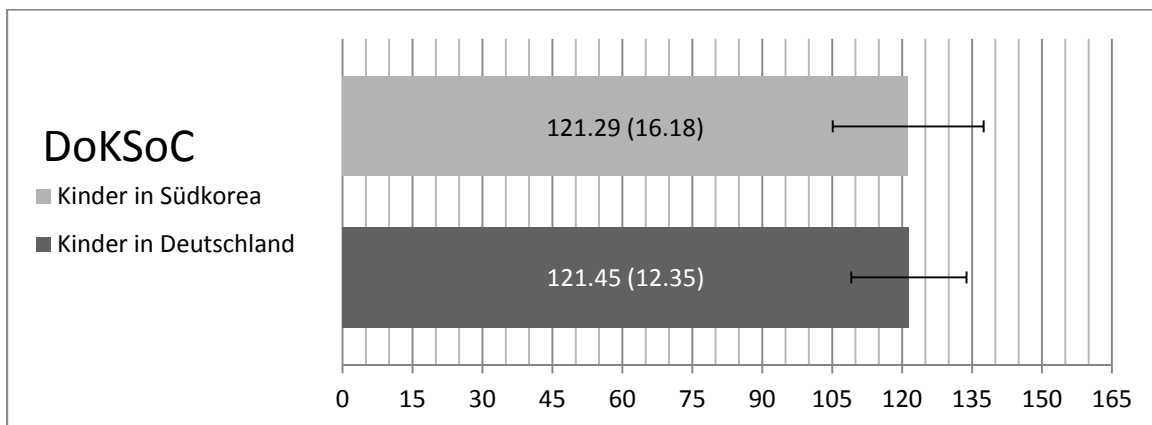


Abbildung 11: Mittelwertvergleich des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea

Anhand des *Mann-Whitney U-Tests* zeigte sich, dass sich die südkoreanischen Kinder in Deutschland und in Südkorea in Bezug auf die Mittelwerte beim DoKSoC nicht unterscheiden ( $U=7427.50$ ,  $z=-.45$ , *n.s.*) (s. Abb. 11). Bezüglich der Subdimension „Verstehbarkeit“ ging aus dem *Mann-Whitney U-Test* hervor, dass die südkoreanischen Kinder in Südkorea eine stärker ausgeprägte Verstehbarkeit aufwiesen als jene in Deutschland ( $U=6298.50$ ,  $z=-2.37$ ,  $p<.05$ ). Dabei betrug die standardisierte Distanz zwischen den Mittelwerten 0.36, welche nach Cohen (1988) einem kleinen Effekt entspricht. Außerdem zeigte sich anhand des *t-Tests*, dass sich die südkoreanischen Kinder in beiden Ländern bezüglich der Subdimensionen „Handhabbarkeit“ ( $t[271]=-1.24$ , *n.s.*) und „Bedeutsamkeit“ ( $t[270]=-1.53$ , *n.s.*) nicht unterscheiden (s. Anhang Tab. A-1). Interessanterweise kam ein ähnliches Ergebnis bei dem Mittelwertvergleich zwischen den südkoreanischen Müttern in beiden Ländern in Bezug auf das Kohä-

renzgefühl heraus, wobei die südkoreanischen Mütter in Südkorea eine stärkere Ausprägung auch lediglich in der Subdimension „Verstehbarkeit“ aufwiesen (s. Kap. 6.1.1).

Aufgrund der unterschiedlichen Altersverteilung der untersuchten Kinder in beiden Ländern wurde ebenfalls die Analyse des Kinder-Kohärenzgefühls für das Alter der Kinder getrennt berechnet (s. Abb. 12). Dabei wurden 49 untersuchte Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland zwischen 7 und 12 in die Analyse erneut einbezogen. Zwar wurde die Differenz des Gesamtmittelwertes beim DoKSoC zwischen den südkoreanischen Kindern größer, jedoch bleibt sie statistisch unbedeutend wie bei der Analyse ohne Berücksichtigung des Alters ( $t[237]=-0.39$ , n.s.) (s.o.).

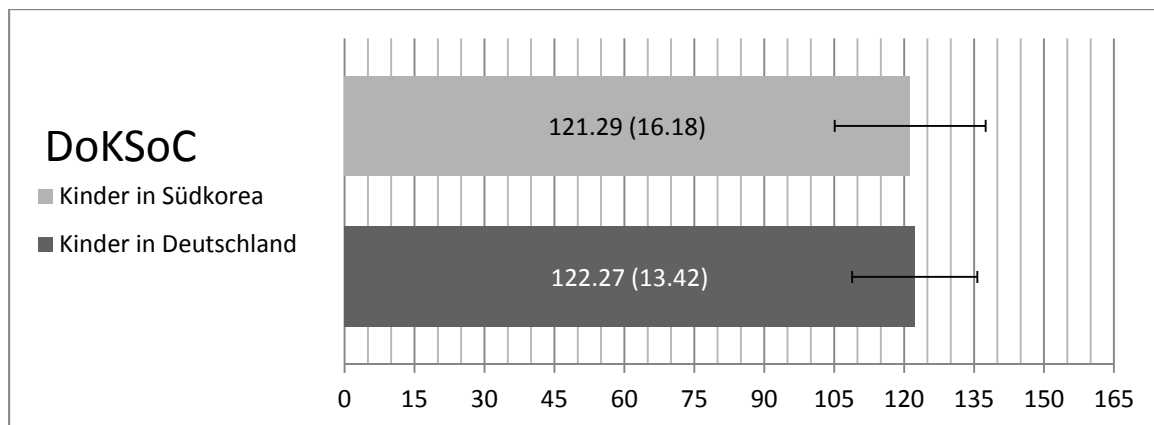


Abbildung 12: Mittelwertevergleich des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschlande und in Südkorea im Alter von 7 bis 12

Die Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse des Mittelwertevergleichs der Subdimensionen des DoKSoC zwischen den südkoreanischen Kindern (7-12) in Deutschland und in Südkorea.

Tabelle 6: Mittelwertevergleich des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea im Alter von 7 bis 12

	Kinder in Deutschland (7-12)				Kinder in Südkorea (7-12)			
	N	M	SD	MD	N	M	SD	MD
<b>DoKSoC gesamt</b>	49	122.27	13.42	123.00	190	121.29	16.18	119.00
Verstehbarkeit <sup>a</sup>	49	37.80 <sup>+</sup>	4.42	38.00	191	39.60 <sup>+</sup>	5.68	39.00
Handhabbarkeit	49	40.77	5.61	40.00	192	39.66	6.02	39.00
Bedeutsamkeit	49	43.70 <sup>+</sup>	6.33	43.00	191	41.92 <sup>+</sup>	6.45	42.00

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Mann-Whitney U-Tests: <sup>+</sup> $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  zweiseitige Testung

<sup>a</sup> Verletzung der Varianzhomogenität

In Bezug auf die drei Subdimensionen des DoKSoC wurde im Vergleich zu dem Ergebnis ohne Berücksichtigung des Alters lediglich ein tendenzieller Mittelwerteunterschied beim Vergleich der Subdimension „Verstehbarkeit“ errechnet ( $U=3878.00$ ,  $z=-1.80$ ,  $p=.07$ ,  $d=0.33$ ). Trotz der lediglich tendenziellen Signifikanz ist jedoch das Distanzmaß in Bezug auf die Subdimension „Verstehbarkeit“ bei den untersuchten Kindern im Alter von 7 bis 12 größer als



das bei den untersuchten Müttern ( $d=.33>.26$ ) (s. Kap. 6.1.1). Außerdem fand sich der tendenzielle Mittelwerteunterschied noch bezüglich der Subdimension „Bedeutsamkeit“ ( $t[238]=-1.77, p=.08, d=0.28$ ) zwischen den untersuchten Kindern (7-12) in beiden Ländern (s. Tab. 6). Bei der Subdimension „Handhabbarkeit“ unterscheiden sich die Kinder von 7 bis 12 in beiden Ländern wie zuvor nicht signifikant ( $t[239]=-1.16, n.s.$ ).

### 6.1.9 Zusammenfassung

In Kapitel 6.1 wurden die Ergebnisse der explorativen Mittelwertevergleiche von eingesetzten Fragebögen zwischen Stichproben in Deutschland und Südkorea vorgestellt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ✓ Es wurde kein Mittelwerteunterschied bezüglich des SOC-13 zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea gefunden. Bezüglich der Subdimension „Verstehbarkeit“ wiesen jedoch die südkoreanischen Mütter in Deutschland eine niedrigere Ausprägung als jene in Südkorea auf.
- ✓ In Bezug auf den GHQ-12 fand sich kein Mittelwerteunterschied zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und Südkorea.
- ✓ Ebenfalls zeigten die südkoreanischen Mütter in beiden Ländern keinen Mittelwerteunterschied beim F-SozU-14.
- ✓ Die südkoreanischen Mütter in Deutschland zeigten eine signifikant höher ausgeprägte soziale Belastung (SozBel-erg-K) auf als jene in Südkorea.
- ✓ Die südkoreanischen Mütter in beiden Ländern unterschieden sich nicht bezüglich der Mittelwerte beim Kb-SozU und auch nicht hinsichtlich der beiden Subskalen, „Praktische Unterstützung“ und „Soziale Integration“.
- ✓ Die südkoreanischen Mütter in Deutschland wiesen eine höhere Ausprägung der Paarzufriedenheit (PaarZuf) auf als jene in Südkorea.
- ✓ Die untersuchten Kinder in Deutschland und Südkorea unterschieden sich nicht in dem Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL<sup>R</sup>). Hinsichtlich der Subdimension „Psyche“ wiesen die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland eine niedrigere Ausprägung auf als die Kinder

in Südkorea. Umgekehrt zeigten die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland höhere Ausprägung in der Subdimension „Schule“ auf als jene in Südkorea.

- Vergleicht man nur Kinder im Alter von 7 bis 12, so wiesen die südkoreanischen Kinder in Deutschland eine besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität (KINDL<sup>R</sup>) auf als jene in Südkorea. Bezüglich der Subdimension „Psyche“ zeigte sich dann ein tendenzieller Unterschied zwischen den südkoreanischen Kindern in beiden Ländern. Im Vergleich dazu wurde die Differenz des Mittelwerteunterschieds in Bezug auf die Dimension „Schule“ nach der Berücksichtigung des Alters noch größer, wobei die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland eine höhere Ausprägung als jene in Südkorea zeigten.
- ✓ Beim Gesamtmittelwert des Kinder-Kohärenzgefühls (DoKSoC) fand sich kein Unterschied zwischen den untersuchten Kindern in Deutschland und Südkorea. In Bezug auf die Subdimension „Verstehbarkeit“ verfügten jedoch die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland über eine niedriger ausgeprägte Verstehbarkeit als jene in Südkorea.
  - Vergleicht man nur die untersuchten Kinder von 7 bis 12 in beiden Ländern, zeigte sich trotzdem kein Mittelwerteunterschied des Kinder-Kohärenzgefühls (DoKSoC). Des Weiteren wurden nach der Kontrolle des Alters lediglich tendenzielle Mittelwerteunterschiede in der Subdimensionen „Verstehbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ gefunden, wobei die untersuchten Kinder in Deutschland eine niedrigere Ausprägung in der Verstehbarkeit und eine höhere Ausprägung in der Bedeutsamkeit aufzeigten als jene in Südkorea.

## 6.2 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN UND SOZIODEMOGRAFISCHEN

### DATEN

Für die Entscheidung, ob möglicherweise Störvariablen als Kontrollvariablen in die Analyse zur Hypothesentestung aufgenommen werden müssen, wurden alle Fragebögen auf Zusammenhänge mit soziodemografischen Variablen (*Alter, Ehedauer, Jahr nach Deutschland, Anzahl der Kinder, Bildungsniveau der Mutter, Grund der Einwanderung nach Deutschland, Rückkehrwunsch und Tätigkeit der Mütter, Geschlecht und Alter der Kinder*) untersucht. In Kapitel 6.2.1 werden die Ergebnisse bei den südkoreanischen Müttern und ihren Kindern in Deutschland und in Kapitel 6.2.2 die Ergebnisse bei den untersuchten Müttern und Kindern in Südkorea vorgestellt.

### 6.2.1 Stichprobe in Deutschland

#### ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN UND DEN FRAGEBÖGEN SÜDKOREANISCHER MÜTTER IN DEUTSCHLAND

Die bivariaten Korrelationen zwischen den Fragebögen der südkoreanischen Mütter in Deutschland und ihren soziodemografischen Daten sind der Tabelle 7 zu entnehmen.

Die hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls der südkoreanischen Mütter in Deutschland ging mit einer längeren Ehedauer ( $r=-.26, p<.05, N=82$ ) einher. Insbesondere erhöhen sich die Subdimensionen des Kohärenzgefühls „*Verstehbarkeit*“ ( $r=-.33, p<.01, N=82$ ) und „*Handhabbarkeit*“ ( $r=-.23, p<.05, N=82$ ), je länger ihre Ehedauer ist. In Bezug auf die Subdimension „*Verstehbarkeit*“ wurde noch gezeigt, dass die Mütter in Deutschland die Reize als strukturierter und erklärbarer wahrnehmen, je länger sie in Deutschland leben ( $r=-.27, p<.05, N=81$ ). Weiterhin hing das Kohärenzgefühl mit der Variable „*Grund nach Deutschland*“ negativ zusammen, d.h. diejenigen Mütter, die aus eigener Motivation nach Deutschland kamen, verfügen über ein höher ausgeprägtes Kohärenzgefühl als die Mütter, die z.B. wegen dem Beruf des Ehemannes oder für die Ausbildung ihrer Kinder nach Deutschland kamen ( $r_{pb}=-.24, p<.05, N=83$ ). Die südkoreanischen Mütter in Deutschland, die sich aus eigener Motivation für eine Auswanderung entschieden haben, wiesen erwartungsmäßig eine höhere Be-deutsamkeit auf als die ohne eigene Motivation ( $r_{pb}=-.30, p<.01, N=83$ ) (s. Tab. 7).

Des Weiteren zeigte sich, dass der GHQ-12 im positiven Zusammenhang mit der Ehedauer stand ( $r=.25$ ,  $p<.05$ ,  $N=82$ ). Die südkoreanischen Mütter in Deutschland verfügten über einen höher ausgeprägten allgemeinen Gesundheitszustand, je länger ihre Ehedauer ist (s. Tab. 7).

**Tabelle 7: Zusammenhang zwischen den Fragebögen und den soziodemografischen Daten der südkoreanischen Mütter in Deutschland**

	Alter	Jahr nach Deutschland	Ehedauer	Anzahl der Kinder <sup>a</sup>	Bildungsniveau in Südkorea	Bildungsniveau in Deutschland	Grund nach Deutschland
<b>SOC-13</b>	.19	-.22	-.26*	.04 <sup>b</sup>	.11 <sup>b</sup>	-.28 <sup>b</sup>	-.24*
<i>Verstehbarkeit</i>	.09	-.27*	-.33**	.15 <sup>b</sup>	.11 <sup>b</sup>	-.22 <sup>b</sup>	-.17
<i>Handhabbarkeit</i>	.15	-.20	-.23*	.06 <sup>b</sup>	.08 <sup>b</sup>	-.26 <sup>b</sup>	-.17
<i>Bedeutsamkeit</i>	.00	-.06	-.06	-.14 <sup>b</sup>	.08 <sup>b</sup>	-.28 <sup>b</sup>	-.30**
<b>GHQ-12</b>	-.21	.21	.25*	-.10 <sup>b</sup>	-.11 <sup>b</sup>	-.16 <sup>b</sup>	-.01
<b>F-SozU</b>	.04	.02	-.10	.13 <sup>b</sup>	-.03 <sup>b</sup>	-.16 <sup>b</sup>	-.03
<b>SozBel-erg</b>	.06	.07	.06	-.11 <sup>b</sup>	-.05 <sup>b</sup>	.27 <sup>b</sup>	.17
<b>Kb-SozU</b>	.15	-.10	-.17	.11 <sup>b</sup>	.17 <sup>b</sup>	-.11 <sup>b</sup>	-.09
<i>Kb-PU<sup>a</sup></i>	.10 <sup>b</sup>	.01 <sup>b</sup>	-.09 <sup>b</sup>	.08 <sup>b</sup>	.13 <sup>b</sup>	-.16 <sup>b</sup>	-.05 <sup>b</sup>
<i>Kb-SI<sup>a</sup></i>	-.02 <sup>b</sup>	.15 <sup>b</sup>	.04 <sup>b</sup>	.15 <sup>b</sup>	.09 <sup>b</sup>	-.01 <sup>b</sup>	.08 <sup>b</sup>
<i>Mig.Kb-SI</i>	.23	-.36**	-.23*	.07 <sup>b</sup>	.14 <sup>b</sup>	-.21 <sup>b</sup>	-.26*
<b>PaarZuf</b>	.11	-.06	.03	.04 <sup>b</sup>	-.08 <sup>b</sup>	-.07 <sup>b</sup>	-.04

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der Produkt-Moment-Korrelation und Rangkorrelation nach Spearman: \* $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$  bei zweiseitiger Testung

<sup>a</sup> Nicht Normalverteilt

<sup>b</sup> Korrelationskoeffizient nach Spearman

Die Subdimension beim Kb-SozU „*migrations- und kindbezogene soziale Integration (Mig-K-SI)*“ zeigte signifikante Zusammenhänge mit den Variablen „*Aufenthaltsdauer in Deutschland*“, „*Ehedauer*“ sowie „*Grund nach Deutschland*“: Die südkoreanischen Mütter haben eine höhere Ausprägung in der Wahrnehmung migrations- und kindbezogener sozialer Integration, je länger sie in Deutschland leben ( $r=-.36$ ,  $p<.01$ ,  $N=81$ ), je länger die Ehedauer ist ( $r=-.23$ ,  $p<.05$ ,  $N=82$ ) sowie wenn sie aus eigener Motivation nach Deutschland gekommen sind ( $r_{pb}=-.26$ ,  $p<.05$ ,  $N=83$ )(s. Tab.7).

#### ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER VARIABLE „RÜCKKEHRWUNSCH“ UND FRAGEBÖGEN SÜDKOREANISCHER MÜTTER IN DEUTSCHLAND

Hierbei wurde die einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, um die Zusammenhänge zwischen der Variable „*Rückkehrwunsch*“ (unabhängige Variable) und den Fragebögen von den Müttern (abhängige Variable) zu überprüfen (s. Tab. 8).

Tabelle 8: Zusammenhang der Variable „Rückkehrwunsch“ mit den Fragebögen der südkoreanischen Mütter in Deutschland

	A: Nein, ich will mit fester Arbeit lebenslang in Deutschland bleiben.		B: Nein, aber ich bin nicht sicher, ob ich in Deutschland weiter bleiben darf.		C: Ja, ich will irgendwann wieder zurück, weiß aber nicht, wann es genau passieren wird.		D: Ja, ich will wieder in ein- em geplanten Zeit- raum zurück, wenn die Angelegenheit in Deutschland erledigt ist.	
N	19		9		34		18	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>SOC-13</b>	63.68	10.39	60.78	10.12	61.50	10.06	58.28	13.40
<i>V</i> <sub>erstehbarkeit</sub>	23.21	5.71	21.90	4.81	22.09	4.52	19.56	6.20
<i>H</i> <sub>andhabbarkeit</sub>	19.53	3.39	19.11	3.79	19.50	3.82	18.33	4.45
<i>B</i> <sub>edeutsamkeit</sub>	20.95	3.47	19.78	3.87	19.91	3.20	20.39	4.54
<b>GHQ-12</b>	10.63	5.04	10.22	2.99	10.15	4.70	13.06	6.17
<b>F-SozU<sup>a</sup></b>	3.43	0.51	3.12	0.24	3.45	0.63	3.32	0.69
<b>SozBel-erg</b>	2.48	0.54	2.51	0.40	2.41	0.59	2.55	0.61
<b>Kb-SozU</b>	3.60	0.63	3.26	0.45	3.27	0.63	3.18	0.69
<i>Kb</i> <sub>-PU</sub> <sup>a</sup>	3.53	0.79	3.11	0.73	3.10	0.75	3.13	0.83
<i>Kb</i> <sub>-SI</sub> <sup>a</sup>	3.67	0.75	3.30	1.03	3.59	0.86	3.46	1.13
<i>M</i> <sub>ig,Kb-SI</sub>	3.61	0.75	3.37	0.68	3.13	0.81	2.94	0.73
<b>PaarZuf</b>	<b>3.34**</b>	0.77	<b>4.19**</b>	0.65	<b>3.54**</b>	0.61	<b>3.16**</b>	0.95

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$  bei zweiseitiger Testung

<sup>a</sup> Nach *Kruskal-Wallis H-Test* wegen mindestens einer Verletzung der Annahme von Normalverteilung oder Varianzhomogenität mindestens einer Teilstichprobe bei Gruppenverteilung nach *Willen nach Südkorea*

Die Analyse ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit und der Variable „Rückkehrwunsch“. Die südkoreanischen Mütter, die B (*Nein, aber ich bin nicht sicher, ob ich in Deutschland weiter bleiben darf*) angekreuzt haben, verfügten über höher ausgeprägte Paarzufriedenheit als andere. Danach folgten die Mütter, die C (*Ja, ich will irgendwann wieder zurück, weiß aber nicht, wann es genau passieren wird*) angekreuzt haben und anschließend die Mütter, die mit A (*Nein, ich will mit fester Arbeit lebenslang in Deutschland bleiben*) geantwortet haben. Die niedrigste Ausprägung der Paarzufriedenheit zeigten die Mütter, die D (*Ja, ich will wieder in einem geplanten Zeitraum zurück, wenn die Angelegenheit in Deutschland erledigt ist*) angekreuzt haben. Dabei konnte 14% der Varianz vom PaarZuf durch die Variable „Rückkehrwunsch“ erklärt werden ( $F[3,76]= 4.21, p<.01, \eta^2=.14$ ). Hinterher wurde durch den *Scheffé-Test* für die Post-hoc-Analyse deutlich, dass sich die untersuchten Mütter, die B (*Nein, aber ich bin nicht sicher, ob ich in Deutschland weiter bleiben darf*) angekreuzt haben, von den Müttern, die D (*Ja, ich will wieder in einem geplanten Zeitraum zurück, wenn die Angelegenheit in Deutschland erledigt ist*) beantwortet haben, signifikant unterschieden ( $p<.05$ ).

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER VARIABLE „TÄTIGKEIT“ UND DEN FRAGEBÖGEN SÜDKOREANISCHER MÜTTER IN DEUTSCHLAND

Um die Zusammenhänge zwischen der Variable „Tätigkeit“ und den Fragebögen der südkoreanischen Mütter in Deutschland zu überprüfen, wurde die einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt (s. Tab. 9).

Tabelle 9: Zusammenhang zwischen der Variable „Tätigkeit“ und den Fragebögen der südkoreanischen Mütter in Deutschland

N	Berufstätig		Ausbildung		Hausfrau	
	M	SD	M	SD	M	SD
<b>SOC-13<sup>a</sup></b>	65.62	8.18	61.22	10.67	59.26	11.84
<i>Verstehbarkeit</i>	23.27	4.79	21.44	5.59	21.26	5.60
<i>Handhabbarkeit</i>	20.35	3.58	18.00	4.42	18.89	3.77
<i>Bedeutsamkeit</i>	<b>22.00**</b>	2.80	<b>21.78**</b>	1.99	<b>19.11**</b>	3.86
<b>GHQ-12</b>	9.42	4.40	14.00	6.80	10.87	4.91
<b>F-SozU-14</b>	<b>3.59*</b>	.58	<b>3.04*</b>	.73	<b>3.36*</b>	.55
<b>SozBel-erg</b>	2.34	.54	2.61	.64	2.50	.54
<b>Kb-SozU</b>	<b>3.59*</b>	.58	<b>3.36*</b>	.57	<b>3.19*</b>	.63
<i>Kb-PU<sup>a</sup></i>	3.41	.88	3.11	.80	3.14	.71
<i>Kb-SI<sup>a</sup></i>	3.81	.99	3.56	.58	3.40	.90
<i>Mig.Kb-SI</i>	<b>3.55*</b>	.62	<b>3.41*</b>	.88	<b>3.04*</b>	.81
<b>PaarZuf</b>	3.57	.93	3.61	.73	3.44	.72

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$  bei zweiseitiger Testung

<sup>a</sup> Nach *Kruskal-Wallis H-Test* wegen Verletzung der Normalverteilung oder Varianzhomogenität mindestens einer Teilstichprobe bei Gruppenverteilung nach *Berufsstatus*

Wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist, zeigte sich zuerst ein signifikanter Zusammenhang der Variable „Tätigkeit“ der Mütter mit der Subdimension des Kohärenzgefühls „Bedeutsamkeit“. Die südkoreanischen Mütter in Deutschland, die berufstätig sind, wiesen die höchste Ausprägung der Bedeutsamkeit auf. Danach folgten die Mütter, die sich in Ausbildung befanden. Die niedrigste Ausprägung zeigten die südkoreanischen Mütter in Deutschland, die Hausfrauen waren. Hierbei konnte 15% der Varianz der Bedeutsamkeit durch die Variable „Tätigkeit“ aufgeklärt werden ( $F[2,79]=7.01$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2=.15$ ). Anschließend wurde durch den *Scheffé-Test* für die Post-hoc-Analyse deutlich, dass sich die untersuchten Mütter, die berufstätig waren, signifikant von den Müttern, die Hausfrauen waren, unterscheiden ( $p < .05$ ).

Die Variable „Tätigkeit“ hing des Weiteren mit der von den Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung (F-SozU-14) zusammen. Die südkoreanischen Mütter in Deutschland, die berufstätig waren, nahmen die soziale Unterstützung am höchsten wahr. Danach schließen sich diejenigen an, die Hausfrauen waren. Die niedrigste Ausprägung wiesen die Mütter auf, die sich in einer Ausbildung befanden. Die Variable „Tätigkeit“ klärte 7% der Varianz des F-SozU-14 auf ( $F[2,79]=3.17$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2=.07$ ). Darüber hinaus wies der *Scheffé-Test* für die Post-

hoc-Analyse nach, dass es lediglich einen tendenziellen Unterschied zwischen berufstätigen Müttern und jenen gab, die sich gerade in einer Ausbildung befanden ( $p=.057$ ).

Des Weiteren zeigte sich ein signifikantes Ergebnis in kindbezogener sozialer Unterstützung (Kb-SozU) sowie in der Subdimension des Kb-SozU „*migrations- und kindbezogene soziale Integration (Mig-Kb-SI)*“, die sich auf die Integration in die deutsche Gesellschaft bezieht (s. Kap. 4.3.5). Bezüglich des Kb-SozU und des Mig-Kb-SI wiesen die berufstätigen südkoreanischen Mütter in Deutschland wie bei dem F-SozU-14 die höchste Ausprägung auf. Danach folgten diejenigen, die sich in einer Ausbildung befanden. Zuletzt folgten die südkoreanischen Mütter, die Hausfrauen waren ( $F[2,79]=3.51, p<.05, \eta^2=.08$ )( $F[2,79]=4.05, p<.01, \eta^2=.09$ ). Durch die Post-hoc Analyse wurde des Weiteren deutlich, dass die untersuchten Mütter, die berufstätig waren, von jenen, die Hausfrauen waren, sowohl in dem Ausmaß des Kb-SozU ( $p<.05$ ) als auch des Mig-Kb-SI ( $p<.05$ ) unterscheiden.

#### ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAFISCHEN VARIABLEN UND DEN FRAGEBÖGEN DER KINDER MIT SÜDKOREANISCHEM MIGRATIONSHINTERGRUND IN DEUTSCHLAND

In Tabelle 10 finden sich die Korrelationen des KINDL<sup>R</sup> und des DoKSoC mit erhobenen soziodemografischen Daten der untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund. Wie aus dem Kapitel 6.1 zu entnehmen ist, wies der Gesamtwert des KINDL<sup>R</sup> einen Alterseffekt auf. Je älter die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland sind, umso niedriger ist die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder ( $r=-.30, p<.05, N=81$ ). Außerdem zeigte sich beim KINDL<sup>R</sup>, dass mit zunehmendem Alter der Kinder eine niedrigere Ausprägung in der Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „*Schule*“ einhergeht ( $r_s=-.45, p<.05, N=81$ ).

Im Vergleich dazu wies das Kinder-Kohärenzgefühl der Kinder keinen Alterseffekt auf, sondern die Subdimension des DoKSoC „*Bedeutsamkeit*“ hing mit der Variablen „*Selbst Migrationserfahrung*“ positiv zusammen. Die südkoreanischen Kinder, die nach der Geburt nach Deutschland kamen, erleben ein höheres Ausmaß an Bedeutsamkeit als jene, die nach der Zuwanderung ihrer Mütter in Deutschland geboren sind ( $r=.25, p<.05, N=79$ )(s. Tab. 10).

Sowohl bei dem KINDL<sup>R</sup> als auch dem DoKSoC wurden keine Effekte des Geschlechts des Kindes und der Anzahl der Geschwister nachgewiesen.

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen den Fragebögen der untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland und ihren soziodemografischen Daten

	Alter des Kindes	Geschlecht des Kindes	Geschwister <sup>a</sup>	Selbst Migrationserfahrung
<b>KINDL<sup>R</sup></b>	<b>-0.30*</b>	-.11	-.09 <sup>b</sup>	.03
<i>Körper<sup>a</sup></i>	-.19 <sup>b</sup>	-.10 <sup>b</sup>	-.20 <sup>b</sup>	-.08 <sup>b</sup>
<i>Psyche<sup>a</sup></i>	-.17 <sup>b</sup>	.05 <sup>b</sup>	.03 <sup>b</sup>	.09 <sup>b</sup>
<i>Selbst</i>	-.07	-.16	-.16 <sup>b</sup>	-.09
<i>Familie<sup>a</sup></i>	-.01 <sup>b</sup>	.04 <sup>b</sup>	-.00 <sup>b</sup>	.04 <sup>b</sup>
<i>Freunde</i>	-.09	-.00	.06 <sup>b</sup>	.18
<i>Schule<sup>a</sup></i>	<b>-.45**<sup>b</sup></b>	-.11 <sup>b</sup>	-.08 <sup>b</sup>	.05 <sup>b</sup>
<b>DoKSoC</b>	-.16	-.17	-.07 <sup>b</sup>	.20
<i>Verstehbarkeit</i>	-.11	-.16	-.17 <sup>b</sup>	.01
<i>Handhabbarkeit</i>	-.08	-.11	-.04 <sup>b</sup>	.19
<i>Bedeutsamkeit</i>	-.19	-.13	.05 <sup>b</sup>	<b>.25*</b>

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der Produkt-Moment-Korrelation und Rangkorrelation nach Spearman: \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$  bei zweiseitiger Testung

<sup>a</sup> Nicht Normalverteilt

<sup>b</sup> Korrelationskoeffizient nach Spearman

### ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN DER MÜTTER UND DEN FRAGEBÖGEN DER KINDER MIT SÜDKOREANISCHEM MIGRATIONS HinterGRUND IN DEUTSCHLAND

Die bivariaten Korrelationen zwischen den Fragebögen für Kinder und soziodemografischen Daten der Mütter sind in Tabelle 11 aufgeführt.

Tabelle 11: Zusammenhang zwischen den Fragebögen der Kinder und den soziodemografischen Daten der Mütter in Deutschland

	Alter der Mutter	Jahr nach Deutschland	Ehedauer	Bildungsniveau in Südkorea	Bildungsstand in Deutschland	Grund nach Deutschland
<b>KINDL<sup>R</sup></b>	-.16	-.07	.19	.10 <sup>b</sup>	-.29 <sup>b</sup>	-.06
<i>Körper<sup>a</sup></i>	.05 <sup>b</sup>	.03 <sup>b</sup>	.08 <sup>b</sup>	.03 <sup>b</sup>	-.29 <sup>b</sup>	.00 <sup>b</sup>
<i>Psyche<sup>a</sup></i>	-.07 <sup>b</sup>	-.11 <sup>b</sup>	.04 <sup>b</sup>	.02 <sup>b</sup>	-.24 <sup>b</sup>	.03 <sup>b</sup>
<i>Selbst</i>	-.05	-.12	.07	.05 <sup>b</sup>	-.14 <sup>b</sup>	-.09
<i>Familie<sup>a</sup></i>	-.09 <sup>b</sup>	-.09 <sup>b</sup>	.01 <sup>b</sup>	<b>.26**<sup>b</sup></b>	<b>.43**<sup>b</sup></b>	<b>-.25**<sup>b</sup></b>
<i>Freunde</i>	-.08	-.09	.05	-.08 <sup>b</sup>	-.04 <sup>b</sup>	.11
<i>Schule<sup>a</sup></i>	-.20 <sup>b</sup>	.17 <sup>b</sup>	<b>.36**<sup>b</sup></b>	.12 <sup>b</sup>	-.02 <sup>b</sup>	.04 <sup>b</sup>
<b>DoKSoC</b>	-.01	-.04	.13	.06 <sup>b</sup>	-.15 <sup>b</sup>	-.12
<i>Verstehbarkeit</i>	.00	.13	.18	.17 <sup>b</sup>	-.01 <sup>b</sup>	-.03
<i>Handhabbarkeit</i>	-.06	-.09	.04	.01 <sup>b</sup>	-.19 <sup>b</sup>	-.13
<i>Bedeutsamkeit</i>	.02	-.11	.10	-.06 <sup>b</sup>	-.14 <sup>b</sup>	-.11

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der Produkt-Moment-Korrelation und Rangkorrelation nach Spearman: \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$  bei zweiseitiger Testung

<sup>a</sup> Nicht Normalverteilt

<sup>b</sup> Korrelationskoeffizient nach Spearman

Die Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „Familie“ hing positiv mit dem Bildungsniveau der südkoreanischen Mütter in Deutschland zusammen. Je höher der Bildungsstand der Mütter ist, desto höher ausgeprägt ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder bezüglich der Familie. Dies gilt unabhängig davon, ob die Mütter den Bildungsstand in Deutschland ( $r_s = .43$ ,



$p < 0,01$ ,  $N=47$ ) oder in Südkorea ( $r_s = .26$ ,  $p < 0,05$ ,  $N=65$ ) erworben haben. Dann zeigte sich noch ein negativer Zusammenhang mit der als Dummy kodierten Variablen „Grund nach Deutschland“. D.h. die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund, deren Mütter aus eigener Motivation nach Deutschland kamen, verfügten über eine besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität bezüglich der Familie als jene, deren Mütter nicht aus eigener Motivation nach Deutschland kamen.

Des Weiteren wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „Schule“ und der Variable „Ehedauer“ der Mütter bestätigt. Je länger die Ehedauer der Mütter ist, desto höher ist die Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität bezüglich der Schule ihrer Kinder ( $r_s = .36$ ,  $p < 0,01$ ,  $N=66$ ).

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN UNTERSUCHTER KINDER MIT SÜDKOREANISCHEM MIGRATIONSHINTERGRUND UND DER VARIABLE „TÄTIGKEIT“ IHRER MÜTTER

Die Zusammenhänge des KINDL<sup>R</sup> und des DoKSoC mit der Variable „Tätigkeit“ der Mütter wurden anhand der einfaktoriellen Varianzanalyse sowie der Rangvarianzanalyse überprüft (s. Tab. 12).

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen der Variable „Tätigkeit“ der Mütter und den Fragebögen untersuchter Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland

N	Berufstätig		Ausbildung		Hausfrau	
	24		6		37	
	M	SD	M	SD	M	SD
<b>KINDL</b>	<b>73.96**</b>	8.20	<b>75.52**</b>	3.88	<b>67.91**</b>	9.22
<i>Körper<sup>a</sup></i>	70.05	13.29	77.08	3.23	68.07	17.35
<i>Psyche<sup>a</sup></i>	<b>83.33**</b>	7.96	<b>85.42**</b>	7.57	<b>73.99**</b>	14.25
<i>Selbst</i>	62.24	18.47	64.58	16.14	53.72	18.89
<i>Familie</i>	82.29	17.16	90.63	10.27	78.21	14.33
<i>Freunde</i>	73.44	15.77	61.46	19.93	68.58	17.08
<i>Schule<sup>a</sup></i>	72.40	13.28	73.96	9.20	64.86	18.83
<b>DoKSoC</b>	123.33	12.94	120.00	16.47	120.14	11.91
<i>Verstehbarkeit</i>	38.71	5.06	36.17	6.43	37.41	4.58
<i>Handhabbarkeit</i>	41.71	5.94	39.17	5.27	40.16	5.37
<i>Bedeutsamkeit</i>	42.92	4.87	44.67	6.38	42.57	5.79

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der Varianzanalyse und Kruskal-Wallis H-Test \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; zweiseitige Testung

<sup>a</sup> Nach Kruskal-Wallis H-Test wegen mindestens einer Verletzung der Normalverteilung oder Varianzhomogenität bei Gruppenteilung nach Tätigkeit der Mütter

Aus der Varianzanalyse ging hervor, dass die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund, deren Mütter sich in einer Ausbildung befanden, die höchste Ausprägung im Gesamtwert gesundheitsbezogener Lebensqualität aufwiesen. Dann folgten diejenigen, deren Mütter berufstätig waren. Über eine am geringsten ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität verfügten Kinder, deren Mütter Hausfrauen waren. Dabei konnten 13% der Varianz beim KINDL<sup>R</sup> durch die Variable „Tätigkeit“ erklärt werden ( $F[2,64]=4.67$ ,  $p=.01$ ,  $\eta^2=.13$ ). Anschließend wurde durch den *Scheffé-Test* für die Post-hoc-Analyse deutlich, dass sich die untersuchten Kinder in Deutschland, deren Mütter berufstätig waren, von jenen, deren Mütter Hausfrauen waren, in dem Gesamtwert des KINDL<sup>R</sup> signifikant unterscheiden ( $p<.05$ ).

Im Weiteren zeigte die Rangvarianzanalyse, dass die mittleren Ränge der Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „Psyche“ zwischen den untersuchten Müttern nach Tätigkeiten unterscheiden ( $\chi^2[2]=9.40$ ,  $p<.01$ ). Die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland, deren Mütter sich in einer Ausbildung befanden, zeigten die höchste Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität bezüglich der Psyche (*Mittlerer Rang*=45.33). Danach folgten diejenigen, deren Mütter berufstätig waren (*Mittlerer Rang*=40.98). Die geringste Ausprägung wiesen die Kinder auf, deren Mütter Hausfrauen waren (*Mittlerer Rang*=27.64) (s. Tab. 12). Danach wies der *Scheffé-Test* für die Post-hoc-Analyse auf, dass sich die untersuchten Kinder in Deutschland, deren Mütter berufstätig waren, von jenen, deren Mütter Hausfrauen waren, in der Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „Psyche“ signifikant unterscheiden ( $p<.05$ ).

## 6.2.2 Stichprobe in Südkorea

### ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN UND DEN FRAGEBÖGEN UNTERSUCHTER MÜTTER IN SÜDKOREA

In Tabelle 13 sind die bivariaten Korrelationen zwischen den Fragebögen der südkoreanischen Mütter in Südkorea und ihren erhobenen soziodemografischen Daten aufgeführt. Wie bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland hing die Ehedauer mit dem SOC-13 negativ zusammen. Je länger die Ehedauer ist, desto höher ausgeprägt ist das Kohärenzgefühl der Mütter in Südkorea ( $r_s=-.20$ ,  $p<.01$ ,  $N=185$ ). Dies gilt auch in der Subdimension des SOC-13 „Verstehbarkeit“ ( $r_s=-.26$ ,  $p<.05$ ,  $N=185$ ), und „Handhabbarkeit“ ( $r_s=-.23$ ,  $p<.01$ ,  $N=185$ ). Ge-

nauso wie bei den untersuchten Müttern in Deutschland stand die Bedeutsamkeit nicht im Zusammenhang mit der Variable „Ehedauer“.

Der GHQ-12 zeigte einen negativen Zusammenhang mit dem Alter der Mütter. D.h. je älter die südkoreanischen Mütter in Südkorea sind, desto höher ist ihre Ausprägung hinsichtlich ihres allgemeinen Gesundheitszustandes ( $r = -.26, p < .05, N = 187$ ). Auch stand der GHQ-12 im positiven Zusammenhang mit der Ehedauer. Je länger die Ehedauer ist, desto ausgeprägter war der allgemeine psychische Gesundheitszustand der untersuchten Mütter in Südkorea ( $r_s = .23, p < .01, N = 184$ ).

Ferner steht der SozBel-erg im positiven Zusammenhang mit der Variable „Ehedauer“. Je länger die Ehedauer ist, umso weniger nehmen die untersuchten Mütter in Südkorea soziale Belastungen wahr ( $r_s = .17, p < .05, N = 181$ ).

Des Weiteren zeigte sich, dass die Subdimension des Kb-SozU „kindbezogene soziale Integration“ (Kb-SI) und dem Bildungsniveau negativ zusammenhängt. D.h. je höher der Bildungsstand der Mütter ist, umso schwerer bekommen sie kindbezogene soziale Unterstützung ( $r_s = -.17, p < .05, N = 177$ ).

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen den Fragebögen und soziodemografischen Daten der südkoreanischen Mütter in Südkorea

	Alter	Ehedauer <sup>a</sup>	Anzahl der Kinder <sup>a</sup>	Bildungsniveau	Tätigkeit <sup>c</sup>
<b>SOC-13</b>	.05	<b>-.18*</b> <sup>b</sup>	.02 <sup>b</sup>	.01	.06
Verstehbarkeit	.11	<b>-.20**</b> <sup>b</sup>	.04 <sup>b</sup>	.03	.10
Handhabbarkeit	.04	<b>-.23**</b> <sup>b</sup>	-.04 <sup>b</sup>	-.02	.06
Bedeutsamkeit	-.04	-.05 <sup>b</sup>	.06 <sup>b</sup>	.01	-.01
<b>GHQ-12</b>	<b>-.23**</b>	<b>.23**</b> <sup>b</sup>	.05 <sup>b</sup>	-.03	-.14
<b>F-SozU-14</b>	-.07	-.04 <sup>b</sup>	.00 <sup>b</sup>	-.06	-.01
<b>SozBel-erg</b>	-.09	<b>.17*</b> <sup>b</sup>	-.03 <sup>b</sup>	.09	-.09
<b>Kb-SozU</b>	.00	-.05 <sup>b</sup>	-.08 <sup>b</sup>	-.14	-.08
Kb-PU <sup>a</sup>	-.05 <sup>b</sup>	-.04 <sup>b</sup>	-.05 <sup>b</sup>	-.11 <sup>b</sup>	-.05 <sup>b</sup>
Kb-SI <sup>a</sup>	.03 <sup>b</sup>	-.05 <sup>b</sup>	-.06 <sup>b</sup>	<b>-.17*</b> <sup>b</sup>	-.07 <sup>b</sup>
<b>PaarZuf</b>	-.06	-.05 <sup>b</sup>	.08 <sup>b</sup>	-.02	.13

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; zweiseitige Testung nach Pearson;

<sup>a</sup> Nicht Normalverteilt

<sup>b</sup> Korrelationskoeffizient nach Spearman

<sup>c</sup> Aufgrund geringer Anzahl sonstiger Antworten ( $N = 1$ ) wurde die Variable in eine Dummy Variable umgewandelt: Hausfrau und berufstätige Mütter.

### ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN UNTERSUCHTER KINDER IN SÜDKOREA UND IHREN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN

In Tabelle 14 finden sich die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den Fragebögen der Kinder und ihren soziodemografischen Daten. Wie bei den Kindern mit südkoreanischem

Migrationshintergrund in Deutschland (s. Kap. 6.2.1) hingen der KINDL<sup>R</sup> und das Alter des Kindes bei den untersuchten Kindern in Südkorea signifikant negativ zusammen. Je älter die Kinder sind, umso geringer ausgeprägt ist ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $r_s = -.20$ ,  $p < .01$ ,  $N = 189$ ). Dies gilt auch in den Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> „Körper“ ( $r_s = -.30$ ,  $p < .05$ ,  $N = 192$ ) und „Schule“ ( $r_s = -.30$ ,  $p < .05$ ,  $N = 192$ ).

Tabelle 14: Zusammenhänge zwischen Fragebögen der Kinder in Südkorea und ihren soziodemografischen Daten

	Alter des Kindes <sup>a</sup>	Geschlecht des Kindes	Anzahl der Geschwister <sup>a</sup>
<b>KINDL</b>	<b>-.20**<sup>b</sup></b>	.07	<b>-.17**<sup>b</sup></b>
<i>Körper<sup>a</sup></i>	<b>-.21**<sup>b</sup></b>	-.02 <sup>b</sup>	-.01 <sup>b</sup>
<i>Psyche<sup>a</sup></i>	-.12 <sup>b</sup>	.10 <sup>b</sup>	-.12 <sup>b</sup>
<i>Selbst</i>	-.11 <sup>b</sup>	-.01	<b>-.14**<sup>b</sup></b>
<i>Familie<sup>a</sup></i>	.01 <sup>b</sup>	.13 <sup>b</sup>	-.14 <sup>b</sup>
<i>Freunde<sup>a</sup></i>	-.02 <sup>b</sup>	.11 <sup>b</sup>	-.04 <sup>b</sup>
<i>Schule<sup>a</sup></i>	<b>-.25**<sup>b</sup></b>	.06 <sup>b</sup>	-.06 <sup>b</sup>
<b>DoKSoC</b>	-.04 <sup>b</sup>	.02	<b>-.17**<sup>b</sup></b>
<i>Verstehbarkeit</i>	-.07 <sup>b</sup>	.02	-.11 <sup>b</sup>
<i>Handhabbarkeit</i>	-.05 <sup>b</sup>	-.02	-.14 <sup>b</sup>
<i>Bedeutsamkeit</i>	.01 <sup>b</sup>	.05	<b>-.20**<sup>b</sup></b>

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der Produkt-Moment-Korrelation und Rangkorrelation nach Spearman: \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$  bei zweiseitiger Testung

<sup>a</sup> Nicht Normalverteilt

<sup>b</sup> Korrelationskoeffizient nach Spearman

Außerdem zeigte sich ein negativer Zusammenhang des KINDL<sup>R</sup> mit der Anzahl der Geschwister. Je weniger Geschwister die untersuchten Kinder in Südkorea haben, umso höher ausgeprägt ist ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $r_s = -.17$ ,  $p < .05$ ,  $N = 189$ ). Dies gilt auch in der Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „Selbst“ ( $r_s = -.14$ ,  $p < .05$ ,  $N = 193$ ) (s. Tab.14).

Wie bei den Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland wies der DoKSoC keinen Zusammenhang mit dem Alter des Kindes bei den untersuchten Kindern in Südkorea auf. Jedoch hing der DoKSoC mit der Anzahl der Geschwister negativ zusammen. D.h. je weniger Geschwister die untersuchten Kinder in Südkorea haben, desto höher ausgeprägt ist ihr Kinder-Kohärenzgefühl ( $r_s = -.17$ ,  $p < .05$ ,  $N = 190$ ). Bezüglich der Subdimension des DoKSoC stand die Bedeutsamkeit im negativen Zusammenhang mit der Anzahl der Geschwister ( $r_s = -.20$ ,  $p < .01$ ,  $N = 191$ ) (s. Tab.14).

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN UNTERSUCHTER KINDER IN SÜDKOREA UND SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN IHRER MÜTTER

Wie in Tabelle 15 aufgeführt, wies die Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „Schule“ einen positiven Zusammenhang mit dem Bildungsniveau der Mütter auf. Eine umso höhere Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezüglich der Schule zeigen die untersuchten Kinder in Südkorea, je höher das Bildungsniveau ihrer Mütter ist ( $r_s=.14, p<.05, N=185$ ).

Des Weiteren zeigten die Subdimensionen „Selbst“ und „Freunde“ einen negativen Zusammenhang mit der Variable „Tätigkeit der Mütter“. Die untersuchten Kinder in Südkorea, deren Mütter berufstätig waren, verfügten über eine höhere Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität bezüglich der Subdimensionen „Selbst“ ( $r_{pb}=-.16, p<.05, N=186$ ) und „Freunde“ ( $r_{pb}=-.15, p<.05, N=185$ ) als Kinder, deren Mütter Hausfrauen waren.

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen den Fragebögen untersuchter Kinder in Südkorea und soziodemografischen Daten ihrer Mütter

	Alter der Mütter	Ehedauer <sup>a</sup>	Bildungsniveau	Tätigkeiten <sup>c</sup>
<b>KINDL</b>	-.00	-.02 <sup>b</sup>	.10 <sup>b</sup>	-.08
<i>Körper<sup>a</sup></i>	-.01 <sup>b</sup>	-.01 <sup>b</sup>	.08 <sup>b</sup>	.09 <sup>b</sup>
<i>Psyche<sup>a</sup></i>	.03 <sup>b</sup>	-.03 <sup>b</sup>	-.05 <sup>b</sup>	-.02 <sup>b</sup>
<i>Selbst</i>	.04	-.08 <sup>b</sup>	.10 <sup>b</sup>	<b>-.16*</b>
<i>Familie<sup>a</sup></i>	.07 <sup>b</sup>	-.12 <sup>b</sup>	-.14 <sup>b</sup>	-.07 <sup>b</sup>
<i>Freunde<sup>a</sup></i>	.02 <sup>b</sup>	.01 <sup>b</sup>	.12 <sup>b</sup>	<b>-.15*,<sup>b</sup></b>
<i>Schule<sup>a</sup></i>	-.02 <sup>b</sup>	.02 <sup>b</sup>	<b>.14*,<sup>b</sup></b>	.02 <sup>b</sup>
<b>DoKSoC</b>	.03	.03 <sup>b</sup>	.05 <sup>b</sup>	-.06
<i>Verstehbarkeit</i>	.08	-.04 <sup>b</sup>	.03 <sup>b</sup>	-.02
<i>Handhabbarkeit</i>	-.02	.09 <sup>b</sup>	.01 <sup>b</sup>	-.06
<i>Bedeutsamkeit</i>	.01	-.01 <sup>b</sup>	.05 <sup>b</sup>	-.12

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; zweiseitige Testung nach Pearson;

<sup>a</sup> Nicht Normalverteilt

<sup>b</sup> Korrelationskoeffizient nach Spearman

<sup>c</sup> Aufgrund geringer Anzahl sonstiger Antworten ( $N=1$ ) wurde die Variable in eine Dummy Variable umgewandelt: Hausfrau und berufstätige Mütter

### 6.2.3 Zusammenfassung

In Kapitel 6.2 wurden die Ergebnisse der explorativen Korrelationsanalyse bezüglich der Fragebögen und der erhobenen soziodemografischen Daten von den Stichproben in Deutschland und in Südkorea dargestellt, um für die Hypothesenprüfung mögliche Störvariable zu identifizieren. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ✓ Bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland sind folgende Variablen als mögliche Störvariablen für die eingesetzten Fragebögen zu betrachten: „Ehedauer“ für den

SOC-13, den GHQ-12 und den Kb-SozU; „*Aufenthaltsdauer*“ für den SOC-13 und den Kb-SozU; „*Grund nach Deutschland*“ für den SOC-13 und den Kb-SozU; „*Rückkehrwunsch*“ für den PaarZuf; „*Tätigkeit*“ der Mütter für den SOC-13, den F-SozU-14 und den Kb-SozU.

- ✓ Bei den untersuchten Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland sind folgende Variablen als mögliche Störvariablen für die eingesetzten Fragebögen zu betrachten: „*Alter des Kindes*“ für den KINDL<sup>R</sup>; „*Selbst Migrationserfahrung*“ für den DoKSoC; „*Ehedauer der Mütter*“ für den KINDL<sup>R</sup>; „*Bildungsniveau (in Südkorea und Deutschland)*“ der Mütter für den KINDL<sup>R</sup>; „*Grund nach Deutschland*“ der Mütter für den KINDL<sup>R</sup>; „*Tätigkeit*“ der Mütter für den KINDL<sup>R</sup>.
- ✓ Bei den untersuchten Müttern in Südkorea sind folgende Variablen als mögliche Störvariablen für die eingesetzten Fragebögen zu betrachten: „*Alter*“ der Mütter für GHQ-12; „*Ehedauer*“ für den SOC-13, den GHQ-12 und den SozBel-erg; „*Bildungsniveau*“ der Mütter für den Kb-SozU.
- ✓ Bei den südkoreanischen Kindern in Südkorea sind folgende Variablen als mögliche Störvariablen für die verwendeten Fragebögen anzunehmen: „*Anzahl der Geschwister*“ für den KINDL<sup>R</sup> und den DoKSoC; „*Alter des Kindes*“, „*Bildungsniveau der Mütter*“ und „*Tätigkeit der Mütter*“ für den KINDL<sup>R</sup>.

## 7 ERGEBNISSE DER HYPOTHESENPRÜFUNG

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesentestung in der Reihenfolge der Fragestellungen vorgestellt. Die Beschreibung ist in zwei Abschnitte gegliedert. Im ersten Teil (Kapitel 7.1) werden die Ergebnisse, welche die Hypothesen von [H1] bis [H8] einzeln anhand von multivariaten Kovarianzanalysen geprüft wurden, präsentiert. Im zweiten Teil (Kapitel 7.2) werden die Ergebnisse der Analysen, in denen mittels Regressionsanalyse und Pfadanalyse die Hypothesen bezüglich des Moderatoreffekts sowie Mediatoreffekts des (Kinder-) Kohärenzgefühls ([H9] – [H18]) getestet werden, aufgeführt. Im Anhang (Tab. A-13; A-14) finden sich die Ergebnisse der Korrelationen aller eingesetzten Fragebögen.

### 7.1 ZUR WIRKUNG DER STÄRKE DES KOHÄRENZGEFÜHLS

Zur Analyse wurden die Mittelwerteunterschiede zwischen untersuchten Müttern mit stark und niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl bezüglich der generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten entsprechenden und gesundheitsrelevanten Variablen der Mütter (Kap. 7.1.1) und ihrer Kinder (Kap. 7.1.2) mittels multivariater (Ko)Varianzanalyse untersucht. Dadurch ist im Vergleich zu univariaten Methoden die relative Bedeutung einer abhängigen Variablen durch simultanen Vergleich mehrerer abhängigen Variablen zu ermitteln, um einen guten Überblick zu ermöglichen, inwieweit sich die relative Bedeutung des Kohärenzgefühls für eine Variable in Betracht von Stichproben in Deutschland und Südkorea darstellt. Das einzelne Ergebnis aus dem simultanen Vergleich mehrerer abhängiger Variablen wird getrennt beschrieben, wobei sich die Unterkapitel auf die abhängigen Variablen beziehen.

Die multivariate Kovarianzanalyse dient in der vorliegenden Untersuchung neben der Hypothesenprüfung auch dazu, die möglichen Störvariablen „ökonomisch“ zu kontrollieren, d.h. ohne die Gesamtzahl der Stichproben erhöhen zu müssen (Bortz & Schuster, 2010). So wurden die soziodemografischen Variablen, deren signifikanten Zusammenhänge mit Untersuchungsvariablen nachgewiesen wurden (Kap. 6.2), als Kovariaten in die Varianzanalyse aufgenommen, um den Einfluss der möglichen soziodemografischen Störvariablen herauszupartialisieren. Dabei können sowohl die metrischen Variablen als auch die Dummy-kodierten Nominaldaten einbezogen werden (Bortz & Döring, 2006). So werden die soziodemografischen Variablen, „Jahr nach Deutschland“, „Ehedauer“ und „Grund nach Deutschland“ bei

der Analyse abhängiger Variablen von den südkoreanischen Müttern in Deutschland als Kovariaten berücksichtigt. Bei den Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund sind es „Alter des Kindes“ und „Ehedauer“. Bei den untersuchten Müttern in Südkorea wird „Ehedauer“ als Kovariate berücksichtigt. Bei den Kindern in Südkorea sind es „Alter des Kindes“, „Tätigkeit der Mutter“ und „Zahl der Geschwister“. Darüber hinaus werden neben den Mittelwerten ( $M$ ) und Standardabweichungen ( $SD$ ) auch die um die Kovariaten bereinigten Mittelwerte ( $M_{adj}$ ) angegeben.

Die zwei soziodemografischen Variablen „Selbst Migrationserfahrung des Kindes“ und „Grund nach Deutschland der Mutter“, die eigentlich als Kovariaten bei der Kovarianzanalyse der abhängigen Variablen von Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund berücksichtigt werden sollten (s. Kap.6.2), wurden bei der Kovarianzanalyse außer Acht gelassen, weil die signifikante Wirkung ihrer Interaktion mit dem Faktor (hoch vs. niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl) bei mehreren abhängigen Variablen von Kindern mit Migrationshintergrund festgestellt wurde, d.h. weil die wichtige Voraussetzung für die Kovarianzanalyse, dass die Steigungen der Kovariaten in jeder Gruppe gleich sein muss, nicht garantiert werden kann (Bortz & Schuster, 2010; Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2010) (s. Kap.5.3).

Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte aufgrund des Medians des SOC-13 ( $MD=62.00$  von Deutschland und Südkorea) und des DoKSoC ( $MD=122.00$  von Deutschland und  $MD=119.00$  von Südkorea).

### 7.1.1 Wirkung der Stärke des Kohärenzgefühls auf Variablen von Müttern

#### ALLGEMEINER PSYCHISCHER GESUNDHEITZUSTAND

Hypothese [H1]:

Untersuchte Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl verfügen über ein höheres Ausmaß an allgemeinem psychischem Gesundheitszustand.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Wie der Tabelle 16 zu entnehmen ist, zeigte die multivariate Kovarianzanalyse, dass sich die südkoreanischen Mütter in Deutschland mit stark bzw. gering ausgeprägtem Kohärenzgefühl in Bezug auf Mittelwerte des psychischen Gesundheitszustandes signifikant unterscheiden. Die südkoreanischen Mütter in Deutschland mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl zeigen eine höhere Ausprägung des psychischen Gesundheitszustandes als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Der Anteil der Varianzerklärung des psychischen Gesundheitszustandes durch das Kohärenzgefühls



betrug 11% ( $F[1, 77]=9.17, p<.01, \eta^2=.11$ ). Die Kovariaten „Jahr nach Deutschland“, „Ehedauer“ und „Grund nach Deutschland“ zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit dem psychischen Gesundheitszustand (s. Tab. 16).

Tabelle 16: Effekt der Höhe des SOC-13 auf den GHQ-12 bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

a.v.: GHQ-12	Mütter in Deutschland				Mütter in Südkorea			
	$M_{adj}$	M	SD	N	$M_{adj}$	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	8.97**	8.76(**)	3.67	41	8.29**	8.17(**)	4.84	86
<b>SOC niedrig</b>	12.54**	12.76(**)	5.57	41	12.88**	13.00(**)	5.44	83

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p <.05$ ; \*\*  $p <.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p <.05$ ; (\*\*\*)  $p <.01$ .

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Bei den untersuchten Müttern in Südkorea sagte die Kovariate „Ehedauer“ den psychischen Gesundheitszustand der Mütter signifikant vorher ( $F[1, 166]=8.52, p<.01, \eta^2=.05$ ). Je länger die Ehedauer der Mütter ist, desto besser ist die Ausprägung ihres psychischen Gesundheitszustandes ( $b=.35, p<.05$ ). Nachdem der Effekt der Kovariate kontrolliert wurde, zeigte sich noch ein signifikanter Effekt bezüglich der Höhe des Kohärenzgefühls auf den psychischen Gesundheitszustand. Die untersuchten Mütter in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl verfügen über einen besseren psychischen Gesundheitszustand als jene mit niedriger Ausprägung des Kohärenzgefühls. Durch die Stärke des Kohärenzgefühls wurde 17% der Varianz des psychischen Gesundheitszustandes erklärt ( $F[1,166]=34.91, p<.01, \eta^2=.17$ ) (s.Tab.16).

**Fazit:** Die Hypothese [H1], dass Mütter mit hohem Kohärenzgefühl über ein höheres Ausmaß des psychischen Gesundheitszustandes als Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl verfügen, wurde sowohl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland aber auch jenen in Südkorea bestätigt. Die Effektgröße der Stärke des Kohärenzgefühls auf den psychischen Gesundheitszustand ist bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea größer als bei jenen in Deutschland.

### SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Hypothese [H2]:

Untersuchte Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl nehmen mehr soziale Unterstützung wahr.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Aus der multivariaten Kovarianzanalyse ging hervor, dass den Müttern mit hoher Ausprägung des Kohärenzgefühls mehr soziale Unterstützung zur Verfügung steht als jenen mit niedriger Ausprägung des Kohärenzgefühls. Die Stärke des

Kohärenzgefühls der Mütter klärt 21% der Varianz der sozialen Unterstützung auf ( $F[1,77]=20.91, p<.01, \eta^2=.21$ ). Die drei Kovariaten zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die soziale Unterstützung (s. Tab.17).

Tabelle 17: Effekt der Höhe des SOC-13 auf den F-SozU-14 bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

a.V.: F-SozU-14	Mütter in Deutschland				Mütter in Südkorea			
	$M_{adj}$	M	SD	N	$M_{adj}$	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	3.70**	3.67(**)	.51	41	3.69**	3.69(**)	.66	86
<b>SOC niedrig</b>	3.09**	3.12(**)	.54	41	3.00**	3.01(**)	.71	83

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p <.05$ ; \*\*  $p <.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p <.05$ ; (\*\*)  $p <.01$ .

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Wie die Tabelle 17 zeigt, unterschieden sich die untersuchten Mütter in Südkorea, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen, von jenen mit gering ausgeprägtem Kohärenzgefühl in der Verfügbarkeit der sozialen Unterstützung. Die untersuchten Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl nehmen soziale Unterstützung mehr wahr als jene mit niedriger Ausprägung des Kohärenzgefühls. Durch das Kohärenzgefühl konnten 20% der Varianz sozialer Unterstützung aufgeklärt werden ( $F[1,166]=41.83, p<.01, \eta^2=.20$ ). Durch die Kovariate konnte soziale Unterstützung der Mütter nicht vorhergesagt werden.

**Fazit:** Die Hypothese [H2], dass Mütter mit hohem Kohärenzgefühl mehr soziale Unterstützung als Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl wahrnehmen, wurde sowohl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland als auch jenen in Südkorea bestätigt. Der Effekt der Stärke des Kohärenzgefühls auf die wahrgenommene soziale Unterstützung ist bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland größer als bei jenen in Südkorea.

### SOZIALE BELASTUNG

Hypothese [H3]:

Untersuchte Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl nehmen weniger soziale Belastungen wahr.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Wie in Tabelle 18 zu sehen, zeigte die multivariate Kovarianzanalyse, dass die Höhe des Kohärenzgefühls einen signifikanten Effekt auf die Wahrnehmung der sozialen Belastung bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland hat. Die untersuchten Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl nehmen weniger soziale Belastungen wahr als jene mit schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Durch die Stärke des Kohärenzgefühls konnte 18% der Varianz sozialer Belastung aufgeklärt werden

( $F[1,77]=16.32, p<.01, \eta^2=.18$ ). Keine der drei Kovariaten sagte die sozialen Belastungen signifikant vorher.

**Tabelle 18: Effekt der Höhe des SOC-13 auf den SozBel-erg-K bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea**

a.v.: SozBel-erg	Mütter in Deutschland				Mütter in Südkorea			
	M <sub>adj</sub>	M	SD	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	2.21**	2.23(**)	.55	41	2.09**	2.08(**)	.50	86
<b>SOC niedrig</b>	2.72**	2.70(**)	.46	41	2.51**	2.52(**)	.57	83

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p < .05$ ; (\*\*)  $p < .01$ .

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Bei den untersuchten Müttern in Südkorea hat die Kovariate „Ehedauer“ eine signifikante Wirkung auf die sozialen Belastungen ( $F[1,166]=5.26, p<.05, \eta^2=.03$ ). Je kürzer die Ehedauer ist, desto mehr sind die Mütter sozialen Belastungen ausgesetzt ( $b=.03, p<.05$ ). Nachdem der Einfluss der Kovariate kontrolliert wurde, ließ sich der Effekt der Höhe des Kohärenzgefühls auf die soziale Belastung noch bestätigen. Die untersuchten Mütter in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl nehmen weniger soziale Belastungen wahr als jene mit schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl (s. Tab. 18). Die erklärte Varianz am SozBel-erg-K betrug 14% ( $F[1,166]=26.34, p<.05, \eta^2=.14$ ).

**Fazit:** Die Hypothese [H3], dass Mütter mit hohem Kohärenzgefühl weniger soziale Belastungen als Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl wahrnehmen, wurde sowohl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland als auch bei jenen in Südkorea bestätigt. Die Effektgröße der Stärke des Kohärenzgefühls auf die wahrgenommenen soziale Belastung ist bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland größer als bei jenen in Südkorea.

#### KINDBEZOGENE SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Hypothese [H4]:

Untersuchten Müttern mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl steht mehr kindbezogene soziale Unterstützung zur Verfügung.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Wie der Tabelle 19 zu entnehmen ist, erbrachte die multivariate Kovarianzanalyse für kindbezogene soziale Unterstützung ein signifikantes Ergebnis. Südkoreanischen Müttern in Deutschland mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl steht mehr kindbezogene soziale Unterstützung zur Verfügung als jenen mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Durch die Höhe des Kohärenzgefühls konnte 16% der Varianz kindbezogener sozialer Unterstützung aufgeklärt werden ( $F[1,77]=14.57, p<.01, \eta^2=.16$ ). Kei-

ne der drei Kovariaten stehen im Zusammenhang mit der kindbezogenen sozialen Unterstützung.

**Tabelle 19: Effekt der Höhe des SOC-13 auf den Kb-SozU bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea**

a.V.: Kb-SozU	Mütter in Deutschland				Mütter in Südkorea			
	M <sub>adj</sub>	M	SD	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	3.61**	3.61 <sup>(**)</sup>	.53	41	3.62**	3.62 <sup>(**)</sup>	.63	86
<b>SOC niedrig</b>	3.06**	3.06 <sup>(**)</sup>	.60	41	3.11**	3.11 <sup>(**)</sup>	.67	83

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten <sup>(\*)</sup>  $p < .05$ ; <sup>(\*\*)</sup>  $p < .01$ .

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Aus dem Ergebnis der multivariaten Kovarianzanalyse ließ sich bestätigen, dass die untersuchten Mütter in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl über mehr kindbezogene soziale Unterstützung verfügen als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Das Ausmaß des Kohärenzgefühls klärte 14% der Varianz am Kb-SozU auf ( $F[1,77]=26.57, p < .01, \eta^2=.14$ ). Hierbei wurde keine Wirkung von der Kovariate „Ehedauer“ auf die kindbezogene soziale Unterstützung nachgewiesen (s. Tab.19).

**Fazit:** Die Hypothese [H4], dass Mütter mit hohem Kohärenzgefühl mehr kindbezogene soziale Unterstützung als Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl wahrnehmen, wurde sowohl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland als auch bei jenen in Südkorea bestätigt. Der Effekt der Stärke des Kohärenzgefühls auf die kindbezogene soziale Unterstützung ist bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland größer als bei jenen in Südkorea.

Betrachtet man einzelne Subdimensionen des Kb-SozU bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland, unterscheiden sich Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl von jenen mit niedrig ausgeprägtem in den Subdimensionen „Praktische Unterstützung“ und „Soziale Integration“ signifikant (s. Tab. 20). Die untersuchten Mütter in Deutschland mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl nehmen mehr kindbezogene praktische Unterstützung ( $F[1,78]=15.16, p < .01, \eta^2=.16$ ) wahr und sind besser eingebettet in ein Netzwerk kindbezogener sozialer Interaktionen ( $F[1,78]=10.28, p < .01, \eta^2=.12$ ). Die Varianz der Subdimension „praktische Unterstützung“ konnte durch das Kohärenzgefühl mehr erklärt werden (16%) als die der „soziale Integration“ (12%). Die Höhe des Kohärenzgefühls zeigte jedoch keine Wirkung auf die Subdimension „migrationsbedingte soziale Integration“ ( $F[1,78]=2.27, n.s.$ ). Betrachtet man den Unterschied zwischen dem um die Kovariaten bereinigten Mittelwert und dem ursprünglichen Mittelwert in der Spalte „Migrationsbedingte soziale Integration“ in

Tabelle 20, dann ist zu erkennen, dass obwohl keine von den drei Kovariaten in einem signifikanten Zusammenhang mit den drei Dimensionen des Kb-SozU stand, sich der *F*-Wert für die Wirkung der Stärke des Kohärenzgefühls auf „*migrationsbedingte soziale Integration*“ erheblich durch das Kontrollieren von Kovariaten verringerte, so dass der Mittelwerteunterschied zwischen den Gruppen nicht mehr signifikant wurde ( $F[1,78]= 6.77, p<.05 \rightarrow F[1,78]=2.27, n.s$ ).

**Tabelle 20: Effekt der Höhe des SOC-13 auf die Subdimensionen vom Kb-SozU bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland**

Mütter in Deutschland	Praktische Unterstützung			Soziale Integration			Migrationsbedingte Soziale Integration			
	M <sub>adj</sub>	M	SD	M <sub>adj</sub>	M	SD	M <sub>adj</sub>	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	3.56**	3.54(**)	.79	3.89**	3.82(**)	.73	3.38	3.46(*)	.75	41
<b>SOC niedrig</b>	2.88**	2.90(**)	.61	3.21**	3.28(**)	.98	3.11	3.30(*)	.77	42

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p<.05$ ; (\*\*)  $p<.01$ .

Im Vergleich zu den südkoreanischen Müttern in Deutschland besteht der Kb-SozU bei den untersuchten Müttern in Südkorea aus zwei Subdimensionen (s. Tab. 21) (s. Kap.4.3.5). Dabei zeigte die multivariate Kovarianzanalyse, dass sich die untersuchten Mütter in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl von jenen mit schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl sowohl in den Subdimensionen des Kb-SozU „*praktische Unterstützung*“ ( $F[1,166]=25.53, p<.01, \eta^2=.13$ ) als auch „*soziale Integration*“ ( $F[1,166]=18.95, p<.01, \eta^2=.10$ ) unterscheiden. Die untersuchten Mütter in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl zeigen eine bessere Ausprägung sowohl hinsichtlich der Subdimension „*praktische Unterstützung*“ als auch der „*soziale Integration*“ als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Die durch das Kohärenzgefühl aufgeklärte Varianz der Subdimension „*praktische Unterstützung*“ (13%) ist größer als die der „*soziale Integration*“ (10%). Dies ist genauso wie bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland. Bei den Müttern in Südkorea zeigte die Kovariate ebenfalls keine Wirkung auf die Subdimensionen des Kb-SozU (s. Tab.21).

**Tabelle 21: Effekt der Höhe des SOC-13 auf die Subdimensionen vom Kb-SozU bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea**

Mütter in Südkorea	Praktische Unterstützung			Soziale Integration			N
	M <sub>adj</sub>	M	SD	M <sub>adj</sub>	M	SD	
<b>SOC hoch</b>	3.47**	3.47(**)	.66	3.78**	3.76(**)	.72	86
<b>SOC niedrig</b>	2.95**	2.93(**)	.71	3.26**	3.27(**)	.78	83

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p<.05$ ; (\*\*)  $p<.01$ .

PAARZUFRIEDENHEIT

Hypothese [H5]:

Untersuchte Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl sind zufriedener in der Paarbeziehung.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Erwartungswidrig erbrachte die multivariate Kovarianzanalyse, dass das Kohärenzgefühl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland keinen signifikanten Erklärungsbeitrag in Bezug auf die Paarzufriedenheit liefert ( $F[1,166]<1$ ). Aber sagte auch keine der drei Kovariaten die Paarzufriedenheit der südkoreanischen Mütter in Deutschland vorher (s. Tab. 22).

Tabelle 22: Effekt der Höhe des SOC-13 auf den PaarZuf bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea

	Mütter in Deutschland				Mütter in Südkorea			
	M <sub>adj</sub>	M	SD	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	3.57	3.55	.77	41	3.23**	3.24(**)	.88	86
<b>SOC niedrig</b>	3.44	3.45	.81	41	2.74**	2.73(**)	.81	83

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ).

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Im Vergleich zu südkoreanischen Müttern in Deutschland konnte hier bestätigt werden, dass eine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls von den untersuchten Müttern in Südkorea mit einer hohen Ausprägung ihrer Paarzufriedenheit einhergeht. Dabei wurde 8% der Varianz der Paarzufriedenheit erklärt ( $F[1,166]=14.33$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.08$ ). Die Kovariate hat keinen signifikanten Einfluss auf die Paarzufriedenheit (s. Tab.22).

**Fazit:** Die Hypothese [H5], dass Mütter mit hohem Kohärenzgefühl zufriedener in der Paarbeziehung als Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl sind, wurde nur bei den untersuchten Müttern in Südkorea bestätigt.

## 7.1.2 Wirkung der Stärke des Kohärenzgefühls von Müttern auf Variablen von Kindern

GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Hypothese [H6]:

Die Kinder südkoreanischer Mütter mit hohem Ausmaß des Kohärenzgefühls verfügen über eine stärker ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität.

**Südkoreanische Mütter und Kinder in Deutschland:** Hierbei ergab sich in der Kovarianzanalyse, dass die Kovariate „Alter des Kindes“ eine signifikante Wirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder hat ( $F[1,63]=7.59$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2=.11$ ). Je älter die untersuchten Kinder in Deutschland sind, desto schlechter schätzen sie ihre gesundheitsbezogene Lebens-

qualität ein ( $b=-1.83, p<.05$ ). Nachdem dieser Alterseffekt der Kinder auf KINDL<sup>R</sup> neutralisiert wurde, erbrachte die Kovarianzanalyse einen signifikanten Effekt der Höhe des Kohärenzgefühls von Müttern auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder. Die untersuchten Kinder, deren Mütter über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen, weisen eine stärkere Ausprägung an gesundheitsbezogener Lebensqualität auf als jene, deren Mütter eine niedrige Ausprägung des Kohärenzgefühls aufweisen. Dabei konnte lediglich 6% der Varianz gesundheitsbezogener Lebensqualität durch das Kohärenzgefühl der Mütter aufgeklärt werden ( $F[1,63]=4.29, p<.05, \eta^2=.06$ ). Die Differenz zwischen Mittelwerten und adjustierten Mittelwerten deutet darauf hin, dass die Fehlvarianz des KINDL<sup>R</sup> durch das Kontrollieren von Kovariaten reduziert wurde, so dass der Mittelwerteunterschied zwischen den Gruppen signifikant wurde ( $F[1,63]=1.09, n.s \rightarrow F[1,63]=4.29, p<.05$ ) (s. Tab. 23).

**Tabelle 23: Effekt der Höhe des SOC-13 auf den KINDL<sup>R</sup> bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland und in Südkorea**

	KINDL <sup>R</sup> von Kindern in Deutschland				KINDL <sup>R</sup> von Kindern in Südkorea			
	M <sub>adj</sub>	M	SD	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	72.76*	71.79	9.48	37	70.61	71.00	12.81	90
<b>SOC niedrig</b>	68.28*	69.48	8.38	30	69.22	68.82	12.29	89

**Anmerkung.** Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; zweiseitige Testung.  
Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\* $p < .05$ ; (\*\* $p < .01$ ).

**Südkoreanische Mütter und Kinder in Südkorea:** Ebenfalls hing hierbei die Kovariate „Alter des Kindes“ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammen ( $F[1,174]=4.76, p<.05, \eta^2=.03$ ). Je älter die untersuchten Kinder in Südkorea sind, desto niedriger ausgeprägt ist ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $b=-1.61, p<.05$ ). Jedoch zeigte die Höhe des Kohärenzgefühls der Mütter keine Wirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder ( $F[1,174] < 1$ ) (s. Tab. 23).

**Fazit:** Die Hypothese [H6], dass Kinder von Müttern mit hoch ausgeprägtem Kohärenzgefühl über eine stärker ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität als Kinder von Müttern mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl verfügen, wurde nur bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland bestätigt.

DIMENSIONEN GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

**Südkoreanische Mütter und Kinder in Deutschland:** Mittels der weiteren multivariaten Kovarianzanalyse wurde darüber hinaus der Effekt der Höhe des Kohärenzgefühls von südkoreanischen Müttern in Deutschland auf einzelne Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität ihrer Kinder überprüft (s. Tab. 24).

**Tabelle 24:** Effekt der Höhe des SOC-13 auf Dimensionen vom KINDL<sup>R</sup> bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland

Kinder in Deutschland N		SOC von Müttern hoch 37	SOC von Müttern niedrig 30
<b>Körper</b>	M <sub>adj</sub>	72.56	65.93
	M	71.28	67.50
	SD	14.09	16.61
<b>Psyche</b>	M <sub>adj</sub>	80.19	76.10
	M	79.39	77.08
	SD	12.40	13.16
<b>Selbst</b>	M <sub>adj</sub>	58.56	56.73
	M	58.28	57.08
	SD	18.87	19.05
<b>Familie</b>	M <sub>adj</sub>	83.44	77.51
	M	82.77	78.33
	SD	15.20	15.46
<b>Freunde</b>	M <sub>adj</sub>	70.45	68.74
	M	69.93	69.38
	SD	17.36	16.77
<b>Schule</b>	M <sub>adj</sub>	71.39	64.66
	M	69.09	67.50
	SD	16.13	17.48

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ).

Wie in Tabelle 24 zu entnehmen, ist der *F*-Wert aller Subdimensionen durch das Kontrollieren der Kovariaten zwar größer geworden, jedoch ergab sich lediglich eine tendenzielle Signifikanz bei den Subdimensionen „Körper“ ( $F[1,63]=3.12$ ,  $p=.08$ ,  $\eta^2=.05$ ) und „Schule“ ( $F[1,63]=3.09$ ,  $p=.08$ ,  $\eta^2=.05$ ).

Außerdem wies die Kovariate „Alter des Kindes“ einen signifikanten Zusammenhang mit den Subdimensionen „Körper“ ( $F[1,63]=7.33$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2=.10$ ), „Psyche“ ( $F[1,63]=6.35$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2=.09$ ) und „Schule“ ( $F[1,63]=9.18$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2=.13$ ) auf. Je älter die Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland sind, desto schwächere Ausprägungen zeigen sie hinsichtlich der Subdimensionen „Körper“ ( $b=-3.12$ ,  $p < .01$ ), „Psyche“ ( $b=-2.45$ ,  $p < .05$ ) und „Schule“ ( $b=-3.55$ ,  $p < .01$ ).



**Südkoreanische Mütter und Kinder in Südkorea:** Wie die Tabelle 25 zeigt, wirkt sich die Stärke des mütterlichen Kohärenzgefühls nicht auf einzelne Subdimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder aus.

Tabelle 25: Effekt der Höhe des SOC-13 auf Dimensionen vom KINDL<sup>R</sup> bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Südkorea

Kinder in Südkorea N		SOC von Müttern hoch 90	SOC von Müttern niedrig 89
<b>Körper</b>	M <sub>adj</sub>	67.47	67.31
	M	67.99	66.78
	SD	18.45	16.98
<b>Psyche</b>	M <sub>adj</sub>	83.52	82.54
	M	83.32	82.23
	SD	15.70	14.22
<b>Selbst</b>	M <sub>adj</sub>	57.17	52.34
	M	57.50	52.00
	SD	25.90	25.55
<b>Familie</b>	M <sub>adj</sub>	80.59	78.83
	M	80.90	78.51
	SD	16.24	16.62
<b>Freunde</b>	M <sub>adj</sub>	73.92	71.20
	M	73.78	71.33
	SD	17.43	19.14
<b>Schule</b>	M <sub>adj</sub>	61.00	63.10
	M	62.01	62.08
	SD	22.35	20.29

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; zweiseitige Testung.  
Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ).

Die Kovariate „Alter des Kindes“ steht jedoch im signifikanten Zusammenhang mit den Subdimensionen „Körper“ ( $F[1,174]=5.71$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2=.03$ ) und „Schule“ ( $F[1,174]=11.45$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2=.06$ ) sowie „Tätigkeit der Mütter“ (berufstätig vs. Hausfrau) mit der Subdimension „Freunde“ ( $F[1,174]=5.77$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2=.03$ ). Je älter die untersuchten Kinder in Südkorea sind, desto schlechter schätzen sie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität bezüglich der Subdimensionen „Körper“ ( $b=-2.51$ ,  $p < .05$ ) und „Schule“ ( $b=-4.19$ ,  $p < .01$ ) ein. Außerdem zeigten die untersuchten Kinder in Südkorea, deren Mütter berufstätig sind, eine höhere Ausprägung der Subdimension „Freunde“ als jene, deren Mütter Hausfrauen sind ( $b=-6.74$ ,  $p < .05$ ).

#### KINDER-KOHÄRENZGEFÜHL

Hypothese [H7]:

Die Kinder südkoreanischer Mütter mit hohem Ausmaß des Kohärenzgefühls verfügen über ein stärker ausgeprägtes Kinder-Kohärenzgefühl.

**Südkoreanische Mütter und Kinder in Deutschland:** Wie in Tabelle 26 zu ersehen, ging aus der multivariaten Kovarianzanalyse hervor, dass die Höhe des Kohärenzgefühls bei den süd-

koreanischen Müttern in Deutschland eine signifikante Wirkung auf das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder hat. Die südkoreanischen Kinder in Deutschland, deren Mütter über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen, zeigen eine höhere Ausprägung des Kinder-Kohärenzgefühls als diejenigen Kinder, deren Mütter ein niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl haben. Durch das mütterliche Kohärenzgefühl konnte 14 % der Varianz des Kinder-Kohärenzgefühls aufgeklärt werden. Die zwei Kovariaten, „Alter des Kindes“ und „Ehedauer“ hingen mit dem Kinder-Kohärenzgefühl von Kindern zwar nicht signifikant zusammen, jedoch sind sowohl der *F-Wert* für den Faktoreffekt auf den DoKSoC als auch der Anteil der Varianzerklärung nach dem Kontrollieren der Kovariaten größer geworden ( $F[1,63]=6.30$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2=.09 \rightarrow F[1,63]=10.45$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.14$ ) (s. Tab. 26).

Tabelle 26: Effekt der Höhe des SOC-13 auf den DoKSoC bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland und in Südkorea

	DoKSoC von Kindern in Deutschland				DoKSoC von Kindern in Südkorea			
	M <sub>adj</sub>	M	SD	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	N
<b>SOC hoch</b>	125.65**	124.61(*)	10.42	37	122.52	122.81	16.99	90
<b>SOC niedrig</b>	115.87**	117.14(*)	13.95	30	120.60	120.30	15.51	89

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung.  
Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p<.05$ ; (\*\*)  $p<.01$ .

**Südkoreanische Mütter und Kinder in Südkorea:** Bei der Überprüfung des Effekts des Kohärenzgefühls der untersuchten Mütter in Südkorea auf das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder erbrachte die multivariate Kovarianzanalyse erwartungswidrig kein signifikantes Ergebnis ( $F[1,174]< 1$ ). Außerdem haben die drei Kovariaten keinen signifikanten Einfluss auf das Kohärenzgefühl der Kinder (s. Tab.26).

**Fazit:** Die Hypothese [H7], dass Kinder von Müttern mit hoch ausgeprägtem Kohärenzgefühl über ein stärker ausgeprägtes Kinder-Kohärenzgefühl als Kinder von Müttern mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl verfügen, wurde nur bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland bestätigt.

#### DIMENSIONEN DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS

**Südkoreanische Mütter und Kinder in Deutschland:** Um die Wirkung des Kohärenzgefühls der Mütter auf einzelne Subdimensionen des Kinder-Kohärenzgefühls ihrer Kinder zu untersuchen, wurde noch eine weitere multivariate Kovarianzanalyse durchgeführt. Die Tabelle 27 zeigt die Ergebnisse der Analyse für die untersuchten Kinder in Deutschland. Die Kovariate „Alter des Kindes“ hing lediglich mit der Subdimension „Bedeutsamkeit“ signifikant zusam-

men ( $F[1,63]=4.96, p<.05, \eta^2=.07$ ). Je älter die untersuchten Kinder in Deutschland sind, desto niedriger ausgeprägt ist ihre Bedeutsamkeit ( $b=-.94, p<.05$ ).

Nach der Kontrolle des Alterseffekts der Kinder wurde gezeigt, dass die Höhe des Kohärenzgefühls bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland eine signifikante Wirkung auf die Subdimensionen des DoKSoC „Verstehbarkeit“ ( $F[1,63]=8.93, p<.01, \eta^2=.12$ ) und „Handhabbarkeit“ ( $F[1,63]=11.73, p<.01, \eta^2=.16$ ) hat. Bezüglich der Subdimension „Bedeutsamkeit“ wurde kein signifikantes Ergebnis sowohl mit als auch ohne Kovariaten erbracht ( $F[1,63]=1.39, n.s.$ ). Die untersuchten Kinder in Deutschland, deren Mütter eine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls zeigen, verfügen über eine hoch ausgeprägte Verstehbarkeit und Handhabbarkeit als diejenigen Kinder, deren Mütter ein niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl aufweisen. Dabei wurde die Varianz der Handhabbarkeit des DoKSoC durch das Kohärenzgefühl der Mütter mehr aufgeklärt (16%) als die der Verstehbarkeit (12%) (s. Tab. 27).

Tabelle 27: Effekt der Höhe des SOC-13 auf Dimensionen vom DoKSoC bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland

Kinder in Deutschland	Verstehbarkeit (DoKSoC)				Handhabbarkeit (DoKSoC)			Bedeutsamkeit (DoKSoC)		
	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	M <sub>adj</sub>	M	SD	M <sub>adj</sub>	M	SD
SOC hoch	37	39.36**	39.05(*)	4.15	42.68**	42.37(**)	5.04	43.61	43.19	5.31
SOC niedrig	30	35.79**	36.17(*)	5.36	38.09**	38.47(**)	5.48	41.98	42.50	5.73

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p<.05$ ; (\*\*)  $p<.01$ .

**Südkoreanische Mütter und Kinder in Südkorea:** Die Ergebnisse der Analyse für die Stichprobe in Südkorea sind in Tabelle 28 ersichtlich. Die Kovariate „Anzahl der Geschwister“ steht im signifikanten Zusammenhang mit der Subdimension „Bedeutsamkeit“ des Kinder-Kohärenzgefühls ( $F[1,174]=5.68, p<.05, \eta^2=.03$ ). Je weniger Geschwister das Kind hat, desto höher ausgeprägt ist die Bedeutsamkeit des kindlichen Kohärenzgefühls ( $b=-1.50, p<.05$ ). Des Weiteren zeigte die multivariate Varianzanalyse, dass die Höhe des Kohärenzgefühls der untersuchten Mütter in Südkorea keine Wirkung auf eine einzelne Subdimension des Kinder-Kohärenzgefühls hat, auch nachdem der Effekt der Kovariaten herausgerechnet wurde (s. Tab.28).

Tabelle 28: Effekt der Höhe von SOC-13 auf Dimensionen von DoKSoC bei südkoreanischen Müttern und Kindern in Südkorea

Kinder in Südkorea	Verstehbarkeit (DoKSoC)				Handhabbarkeit (DoKSoC)			Bedeutsamkeit (DoKSoC)		
	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	M <sub>adj</sub>	M	SD	M <sub>adj</sub>	M	SD
SOC hoch	90	39.88	40.00	6.26	40.05	40.14	6.34	42.59	42.68	6.40
SOC niedrig	89	39.65	39.53	5.22	39.40	39.31	5.81	41.55	41.46	6.41

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p<.05$ ; (\*\*)  $p<.01$ .

### 7.1.3 Wirkung der Stärke des Kinder-Kohärenzgefühls von Kindern auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität

#### KINDER- KOHÄRENZGEFÜHL AUF GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

Hypothese [H8]:

Die Kinder mit hohem Ausmaß des Kinder-Kohärenzgefühls verfügen über eine besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität als jene Kinder in beiden Ländern mit jeweils niedrig ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl.

**Südkoreanische Kinder in Deutschland:** Aus der univariaten Kovarianzanalyse ergibt sich, dass sich die Kovariate „Alter des Kindes“ in einem signifikanten Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder befindet ( $F[1,75]=4.21$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2=.05$ ). Je älter die Kinder sind, umso niedriger ausgeprägt ist ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $b=-1.05$ ,  $p<.05$ ).

Nachdem der Effekt der Kovariaten kontrolliert wurde, zeigte die univariate Kovarianzanalyse, dass sich die untersuchten Kinder in Deutschland mit stark ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl signifikant von Kindern mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl in Bezug auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheiden. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der untersuchten Kinder in Deutschland mit hoher Ausprägung des Kinder-Kohärenzgefühls ist besser ausgeprägt als die der Kinder mit schwach ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl. Durch das Kinder-Kohärenzgefühl konnten 19 % der Varianz gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder erklärt werden ( $F[1,75]=17.10$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.19$ ) (s. Tab.29).

Tabelle 29: Effekt der Höhe des DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> bei den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea

	KINDL <sup>R</sup> von Kindern in Deutschland				KINDL <sup>R</sup> von Kindern in Südkorea			
	M <sub>adj</sub>	M	SD	N	M <sub>adj</sub>	M	SD	N
<b>DoKSoC hoch</b>	74.62**	74.94(**)	7.06	37	76.45**	76.70(**)	11.24	90
<b>DoKSoC niedrig</b>	67.01**	66.79(**)	8.93	42	63.31**	63.60(**)	9.85	89

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p<.05$ ; (\*\*\*)  $p<.01$ .

**Südkoreanische Kinder in Südkorea:** Auch bei den untersuchten Kindern in Südkorea sagte die Kovariate „Alter des Kindes“ die gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant vorher ( $F[1,174]=4.15$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2=.02$ ). Je älter die untersuchten Kinder in Südkorea sind, umso niedriger ausgeprägt ist ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $b=-1.27$ ,  $p<.05$ ). Nachdem der Effekt der Kovariaten neutralisiert wurde, ergab die univariate Kovarianzanalyse ein signifikantes Ergebnis. Die untersuchten Kinder in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl verfügen über eine besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Das Kinder-Kohärenzgefühl klärte 28%

der Varianz gesundheitsbezogener Lebensqualität auf ( $F[1,174]=67.79, p<.01, \eta^2=.28$ ) (s. Tab.29).

**Fazit:** Die Hypothese [H8], dass Kinder mit hoch ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl eine höhere Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität als Kinder mit niedrig ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl zeigen, wurde sowohl bei den südkoreanischen Kindern in Deutschland als auch bei jenen in Südkorea bestätigt. Die Effektgröße der Stärke des Kinder-Kohärenzgefühls auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist bei den südkoreanischen Kindern in Südkorea größer als bei jenen in Deutschland.

KINDER-KOHÄRENZGEFÜHL AUF SUBDIMENSIONEN GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSQUALITÄT

**Südkoreanische Kinder in Deutschland:** Aus der multivariaten Kovarianzanalyse ergab sich, dass die Kovariate „Alter des Kindes“ mit den Subdimensionen „Psyche“ ( $F[1,75]=4.05, p<.05, \eta^2=.05$ ) und „Schule“ ( $F[1,75]=7.40, p<.01, \eta^2=.09$ ) signifikant zusammenhängen. Je älter die Kinder sind, desto schlechter schätzen Kinder ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität in Bezug auf die Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> „Psyche“ ( $b=-1.50, p<.05$ ) und „Schule“ ( $b=-2.51, p<.01$ ) ein (s. Tab. 30).

Tabelle 30: Effekt der Höhe des DoKSoC auf Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> bei den südkoreanischen Kindern in Deutschland

Kinder in Deutschland		DoKSoC hoch	DoKSoC niedrig
N		37	42
Körper	M <sub>adj</sub>	69.57	67.88
	M	69.93	67.56
	SD	14.79	15.45
Psyche	M <sub>adj</sub>	83.31**	74.53**
	M	83.28(**)	74.55(**)
	SD	8.60	13.69
Selbst	M <sub>adj</sub>	60.54	53.21
	M	60.81	52.98
	SD	18.67	18.58
Familie	M <sub>adj</sub>	84.29	78.87
	M	84.46	78.72
	SD	14.56	14.87
Freunde	M <sub>adj</sub>	76.60**	64.06**
	M	76.69(**)	63.99(**)
	SD	17.03	13.23
Schule	M <sub>adj</sub>	73.41**	63.90**
	M	74.49(**)	62.65(**)
	SD	15.05	15.52

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der uni- und multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der uni- und multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\*)  $p<.05$ ; (\*\*)  $p<.01$ .

Nach der Kontrolle der Kovariaten zeigte die Höhe des Kinder-Kohärenzgefühls eine signifikante Wirkung auf die Subdimensionen „Psyche“ ( $F[1,75]=11.06$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.13$ ), „Freunde“ ( $F[1,75]=12.63$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.15$ ) und „Schule“ ( $F[1,75]=8.42$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.10$ ), wobei die Varianz der Subdimension „Freunde“ am höchsten erklärt wurde (15%). Danach schlossen sich die der „Psyche“ (13%) und der „Schule“ (10%) an. Die untersuchten Kinder in Deutschland, die über ein stark ausgeprägtes Kinder-Kohärenzgefühl verfügen, weisen bessere Ausprägung der Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> „Psyche“, „Freunde“ und „Schule“ in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. In den Subdimensionen „Körper“, „Selbst“ und „Familie“ unterschieden sich die Kinder nach der Stärke ihres Kinder-Kohärenzgefühls hingegen nicht signifikant (s. Tab. 30).

**Südkoreanische Kinder in Südkorea:** Die multivariate Kovarianzanalyse für die Untersuchung der Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> zeigte, dass die Kovariate „Tätigkeit der Mütter“ mit der Subdimension „Freunde“ ( $F[1,174]=5.47$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2=.03$ ) und „Alter des Kindes“ mit den „Körper“ ( $F[1,174]=4.88$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2=.03$ ) sowie „Schule“ ( $F[1,174]=9.86$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.05$ ) signifikant zusammenhängen. Die untersuchten Kinder in Südkorea, deren Mütter berufstätig sind, weisen eine bessere Ausprägung der Subdimension des KINDL<sup>R</sup> „Freunde“ auf als jene, deren Mütter Hausfrauen sind ( $b=-6.05$ ,  $p<.05$ ). Außerdem sind die Subdimensionen „Körper“ ( $b=-2.22$ ,  $p<.05$ ) und „Schule“ ( $b=-3.65$ ,  $p<.01$ ) umso schlechter ausgeprägt, je älter die Kinder sind (s.Tab.31).

Tabelle 31: Effekt der Höhe des DoKSoC auf Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> bei den südkoreanischen Kindern in Südkorea

Kinder in Südkorea		DoKSoC hoch	DoKSoC niedrig
N		90	89
Körper	M <sub>adj</sub>	72.10**	62.62**
	M	72.15(**)	62.57(**)
	SD	17.66	16.47
Psyche	M <sub>adj</sub>	88.75**	77.43**
	M	88.68(**)	77.32(**)
	SD	10.04	16.89
Selbst	M <sub>adj</sub>	63.50**	45.93**
	M	64.03(**)	45.40(**)
	SD	25.92	22.16
Familie	M <sub>adj</sub>	85.93**	73.42**
	M	86.25(**)	73.10(**)
	SD	14.40	15.75
Freunde	M <sub>adj</sub>	79.64**	65.41**
	M	79.60(**)	65.45(**)
	SD	15.17	18.49
Schule	M <sub>adj</sub>	68.97**	55.04**
	M	69.51(**)	54.49(**)
	SD	21.20	18.65

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit der uni- und multivariaten Kovarianzanalyse \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; zweiseitige Testung. Irrtumswahrscheinlichkeit der uni- und multivariaten Varianzanalyse ohne Kovariaten (\* $p<.05$ ; (\*\* $p<.01$ ).

Nachdem der Effekt der Kovariaten kontrolliert wurde, lieferte die Analyse signifikante Unterschiede, anders als bei den südkoreanischen Kindern in Deutschland, in allen Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup>. Die untersuchten Kinder in Südkorea, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen, weisen eine bessere Ausprägung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Bezug auf alle Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> „Körper“ ( $F[1,174]=13.66, p<.01, \eta^2=.07$ ), „Psyche“ ( $F[1,174]=27.54, p<.01, \eta^2=.14$ ), „Selbst“ ( $F[1,174]=23.17, p<.01, \eta^2=.12$ ), „Familie“ ( $F[1,174]=29.91, p<.01, \eta^2=.15$ ), „Freunde“ ( $F[1,174]=31.23, p<.01, \eta^2=.15$ ) und „Schule“ ( $F[1,174]=22.00, p<.01, \eta^2=.11$ ) auf. Durch das Kinder-Kohärenzgefühl konnte die Varianz der „Freunde“ (15.2%) am höchsten aufgeklärt werden, und danach folgten die der „Familie“ (14.7%), „Psyche“ (13.7%), „Selbst“ (12%), „Schule“ (11%) und „Körper“ (7%) (s. Tab. 31).

#### 7.1.4 Zusammenfassung von Hypothesen [H1] bis [H8]

In Kapitel 7.1 wurden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung von [H1] bis [H8] vorgestellt, wobei sowohl die Wirkung des Kohärenzgefühls von den südkoreanischen Müttern in Deutschland und in Südkorea auf die ausgewählten Widerstandsressourcen/-defizite der Mütter sowie auf gesundheitsrelevante Variable ihrer Kinder, aber auch die Wirkung des Kinder-Kohärenzgefühls von den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht wurden:

- ✓ **[H1]:** Die südkoreanischen Mütter in Deutschland und in Südkorea, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügten, wiesen eine bessere Ausprägung des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes (GHQ-12) auf als diejenigen Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl.
- ✓ **[H2]:** Die südkoreanischen Mütter in Deutschland und in Südkorea, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügten, nahmen mehr soziale Unterstützung (F-SozU-14) wahr als diejenigen Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl.
- ✓ **[H3]:** Die südkoreanischen Mütter in Deutschland und in Südkorea, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügten, nahmen weniger soziale Belastungen (Soz-Bel-erg-K) wahr als jene, die ein niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl aufwiesen.

- ✓ **[H4]:** Die südkoreanischen Mütter in Deutschland und in Südkorea, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügten, nahmen mehr kindbezogene soziale Unterstützung (Kb-SozU) wahr als jene, die ein niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl aufwiesen.
- ✓ **[H5]:** Die südkoreanischen Mütter in Deutschland, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügten, unterschieden sich nicht von den Müttern, die ein niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl aufwiesen, und zwar in Bezug auf die Paarzufriedenheit (PaarZuf). Im Vergleich dazu wiesen die untersuchten Mütter in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl eine bessere Ausprägung der Paarzufriedenheit auf als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl.
- ✓ **[H6]:** Die hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls von den südkoreanischen Müttern in Deutschland ging mit einer hohen Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität (KINDL<sup>R</sup>) einher. Im Vergleich dazu wirkte sich das Kohärenzgefühl der Mütter in Südkorea nicht auf die gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder aus.
- ✓ **[H7]:** Die hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls von den südkoreanischen Müttern in Deutschland ging mit einer hohen Ausprägung des Kinder-Kohärenzgefühls (DoK-SoC) ihrer Kinder einher. Im Vergleich dazu wirkte sich das Kohärenzgefühl der untersuchten Mütter in Südkorea nicht auf das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder aus.
  - Bezüglich der Subdimensionen des DoKSoC zeigte sich, dass die Stärke des Kohärenzgefühls von südkoreanischen Müttern in Deutschland die Subdimensionen „Verstehbarkeit“ und „Handhabbarkeit“ des Kinder-Kohärenzgefühls ihrer Kinder beeinflusst, wobei die Handhabbarkeit mehr aufgeklärt wurde.
- ✓ **[H8]:** Die südkoreanischen Kinder in Deutschland und in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl wiesen eine bessere Ausprägung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL<sup>R</sup>) auf als jene, die über ein niedrig ausgeprägtes Kinder-Kohärenzgefühl verfügten.
- ✓ Bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland wurde durch die Stärke des Kohärenzgefühls die soziale Unterstützung am größten erklärt. Danach folgten soziale Belastung, kindbezogene soziale Unterstützung und allgemeiner psychischer Gesund-



heitszustand. Das Kohärenzgefühl der Mütter erklärte das Kinder-Kohärenzgefühl mehr als die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder.

- ✓ Bei den untersuchten Müttern in Südkorea wurde durch die Stärke des Kohärenzgefühls ebenfalls die soziale Unterstützung am größten aufgeklärt. Danach schlossen sich allgemeiner psychischer Gesundheitszustand, kindbezogene soziale Unterstützung, soziale Belastung und Paarzufriedenheit an.
- ✓ Das Kinder-Kohärenzgefühl erklärte die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei den untersuchten Kindern in Südkorea mehr als bei den Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland.

Einerseits ließ sich in Kapitel 7.1 bestätigen, dass das Ausmaß des (Kinder-) Kohärenzgefühls zum großen Teil gemäß dem theoretischen Konstrukt und den bisherigen empirischen Befunden entsprechend zur Erklärung der abhängigen Variablen bei den südkoreanischen Müttern und Kindern sowohl in Deutschland als auch in Südkorea beitragen konnte. Andererseits wurde aber auch deutlich, dass der Erklärungsbeitrag der Höhe des (Kinder-) Kohärenzgefühls für die abhängigen Variablen zwischen den Stichproben in Deutschland und in Südkorea unterschiedlich ist.

## 7.2 ZUR ROLLE DES KOHÄRENZGEFÜHLS BEIM GESUNDHEITSPROZESS

In Kapitel 7.2 wurden die unter Kapitel 3.3 aufgeführten Hypothesen [H9] bis [H18] zur Rolle des Kohärenzgefühls analysiert. Demnach wurde angestrebt, zu prüfen: 1. inwieweit das mütterliche Kohärenzgefühl den Zusammenhang zwischen gesundheitsrelevanter Variable und den generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten entsprechenden Variablen von Müttern und Kindern beeinflusst (Kap. 7.2.1), und 2. inwieweit sich das Kinder-Kohärenzgefühl auf den Zusammenhang zwischen den mütterlichen Variablen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder auswirkt (Kap. 7.2.2). In Kapitel 7.2.3 werden die gesamten Ergebnisse von Kapitel 7.2.1 und 7.2.2 im Pfadmodell überprüft.

### 7.2.1 Moderator- und Mediatoreffekt des mütterlichen Kohärenzgefühls

#### AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GHQ-12 UND F-SOZU-14

Hypothese [H9]:

Je mehr südkoreanische Mütter soziale Unterstützung wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Wie der Tabelle 32 zu entnehmen ist, wurde der Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen dem F-SozU-14 und dem GHQ-12 überprüft. Die multiple Regressionsanalyse zeigte, dass der Interaktionsterm aus dem F-SozU-14 und dem SOC-13 den GHQ-12 nicht vorhersagt. Demnach konnte kein Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen dem psychischen Gesundheitszustand und der sozialen Unterstützung bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland nachgewiesen werden. Ferner ist dem korrigierten Bestimmtheitsmaß  $R^2$  zu entnehmen, dass über Prädiktoren 27% der Varianz am GHQ-12 erklärt werden konnten (s. Tab. 32).

**Tabelle 32: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den F-SozU-14, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)**

Kriterium: GHQ-12		$R^2=.27; R^2_{\text{kor}}=.24; F(3, 79)=9.67, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
F-SozU-14	-.29**	-.28	.95	-.03	1.36	
SOC-13	-.51**	-.22	.05	-.50**	1.36	
F-SozU-14 * SOC-13		-.05	.07	-.06	1.00	

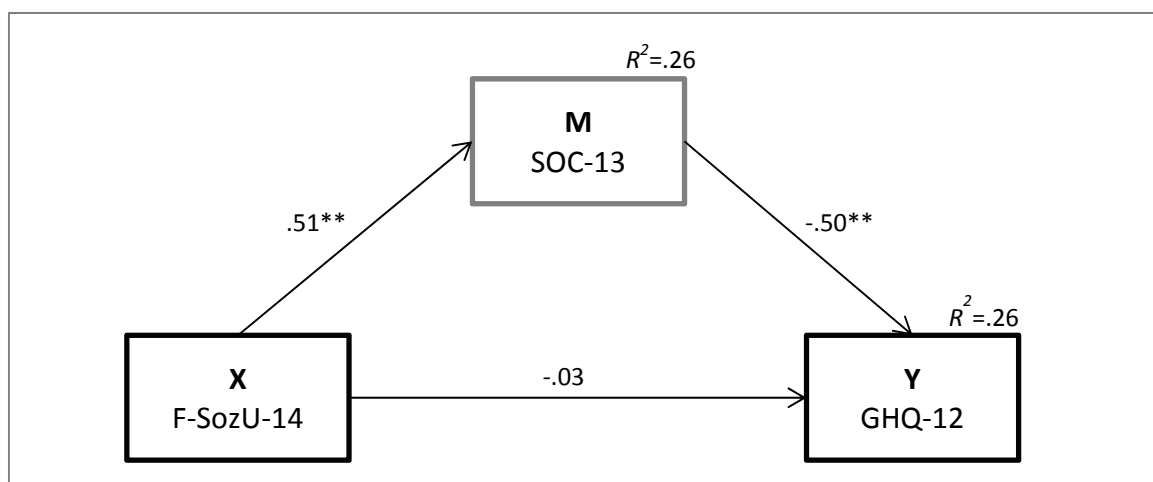
Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des  $t$ -Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Da sich kein Moderatoreffekt fand, wurde weiterhin der Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen dem psychischen Gesundheitszustand und der sozialen Unterstützung bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland analysiert (s. Tab. 33; Abb. 13).

**Tabelle 33:** Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem F-SozU-14 (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
X → M	9.65	1.79	.51**	29.14**	.27	.26
M → Y	-.23	.04	-.51**	28.99**	.26	.25
X → Y	-2.43	.90	-.28**	7.31**	.08	.07
X (M) → Y	-.27 (-.22)	.94 (.05)	-.03 (-.50**)	- 14.37**	- .26	- .24

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \* p < .05; \*\* p < .01



**Abbildung 13:** Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 zwischen dem F-SozU-14 (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)

Wie die Tabelle 33 zeigt, wurde der Effekt von dem F-SozU-14 (X) auf den GHQ-12 (Y) unterbrochen, wenn der SOC-13 (M) in die Regressionsgleichung aufgenommen wurde. Demnach kann es sich um einen totalen Mediatoreffekt des SOC-13 zwischen dem F-SozU-14 und dem GHQ-12 handeln. Nun soll die Signifikanz des indirekten Effekts von dem F-SozU-14 über den SOC-13 auf den GHQ-12 überprüft werden, d.h. es liegt schließlich ein Mediatoreffekt vor, wenn sich das Beta-Gewicht von dem F-SozU-14 nach der Kontrolle des Kohärenzgefühls signifikant verringert hat (Bühner & Ziegler, 2009; Urban & Mayerl, 2011). Aus dem Bootstrap-Verfahren ergab sich, dass ein indirekter Effekt des F-SozU-14 über den SOC-13 auf den GHQ-12 signifikant ist ( $b_{xm*my} = -.26$ ,  $p < .01$ , [95% KI  $-.40 \sim -.13$ ], zweiseitige Testung)(s. Abb. 13). Daher ist davon auszugehen, dass das Kohärenzgefühl der südkoreanischen Mütter in Deutschland zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand total mediiert.

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Wie in Tabelle 34 zu entnehmen, zeigte sich in der Moderatoranalyse, dass der Interaktionsterm aus dem F-SozU-14 und dem SOC-13 das Kriterium nicht vorhersagte. Demnach konnte ein Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand bei den untersuchten Müttern in Südkorea nicht bestätigt werden. Über den F-SozU, den SOC-13 und ihren Interaktionsterm wurden insgesamt 37% an Varianz des allgemeinen Gesundheitszustandes erklärt (s. Tab. 34).

**Tabelle 34: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den F-SozU-14, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea (N=186)**

Kriterium: GHQ-12		$R^2=.37; R^2_{\text{korr}}=.36; F(3, 182)=35.27, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
F-SozU-14	-.45**	-1.41	.53	-.19**	1.40	
SOC-13	-.58**	-.24	.03	-.48**	1.40	
F-SozU-14 * SOC-13		.02	.04	.03	1.01	

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Im Weiteren wurde nach einem Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls gesucht. Wie in Tabelle 35 zu entnehmen, wurde das Beta-Gewicht von dem F-SozU-14 (X) auf den GHQ-12 (Y) verringert, wenn der SOC-13 (M) in die Gleichung aufgenommen wurde. Jedoch blieb das Beta-Gewicht von dem F-SozU-14 zum GHQ-12 nach der Kontrolle des SOC-13 noch signifikant. So kann ein partieller Mediatoreffekt des SOC-13 vermutet werden. Dahingehend wies das Bootstrap-Verfahren einen signifikanten indirekten Effekt des F-SozU-14 über den SOC-13 auf den GHQ-12 nach ( $b_{xm*my}=-.26, p<.01, [95\% \text{ KI } -.35\sim-.18]$ , zweiseitige Testung). Somit ist davon auszugehen, dass der Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl anhand der untersuchten Mütter in Südkorea partiell mediiert wird (s. Tab. 35; Abb. 14).

**Tabelle 35: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem F-SozU-14 (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea (N=186)**

	B	SE(B)	Beta	F	$R^2$	$R^2_{\text{korr}}$
X → M	8.10	.95	.53**	71.72**	.28	.28
M → Y	-.29	.03	-.58**	95.31**	.34	.34
X → Y	-3.36	.50	-.45**	45.88**	.20	.20
X (M) → Y	-1.43 (-.24)	.52 (.03)	-.19** (-.48**)	- 53.05**	- .37	- .36

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

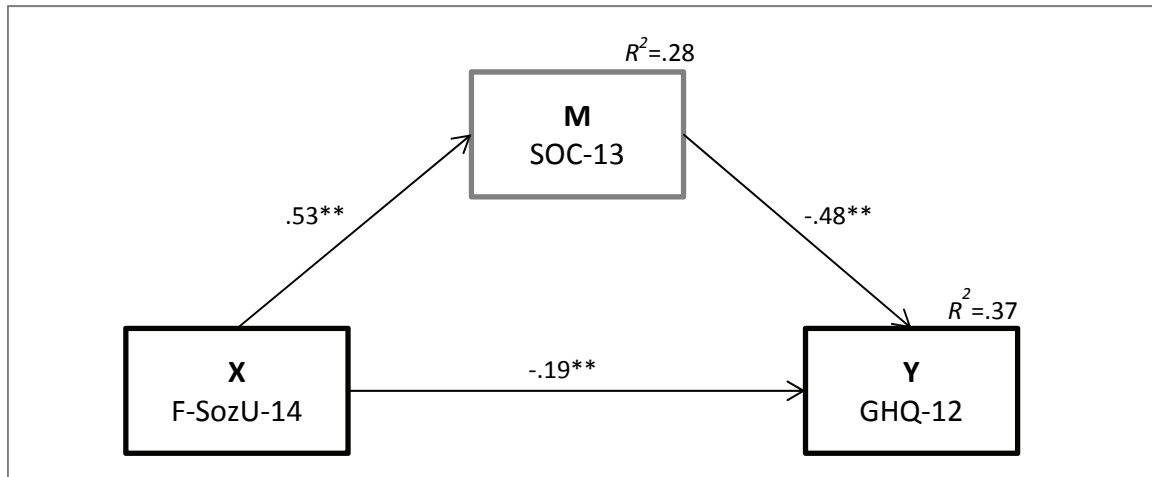


Abbildung 14: Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem F-SozU-14 (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea (N=186)

**Fazit:** Die Hypothese [H9], dass der Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl moderiert wird, wurde bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland aber auch in Südkorea nicht bestätigt. Es ließ sich hingegen feststellen, dass das Kohärenzgefühl zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand total bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und partiell bei jenen in Südkorea mediert.

#### AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GHQ-12 UND SOZBEL-ERG-K

Hypothese [H10]:

Je mehr südkoreanische Mütter soziale Belastungen wahrnehmen, umso niedriger ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Wie die Tabelle 36 zeigt, erbrachte der Interaktionsterm aus dem SozBel-erg-K und dem SOC-13 keine signifikante Wirkung auf das Kriterium. Somit wird deutlich, dass das Kohärenzgefühl der südkoreanischen Mütter in Deutschland keinen Moderatoreffekt auf den Zusammenhang zwischen der sozialen Belastung und dem psychischen Gesundheitszustand aufweist. Bei der Regressionsgleichung konnten insgesamt 27% der Varianz des GHQ-12 über Prädiktoren erklärt werden (s. Tab. 36).

Tabelle 36: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den SozBel-erg, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)

Kriterium: GHQ-12		$R^2=.27$ ; $R^2_{\text{kor}}=.25$ ; $F(3, 79)=9.89$ , $p<.01$			
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
SozBel-erg-K	.29**	-.26	1.10	-.03	1.53
SOC-13	-.51**	-.24	.05	-.54**	1.56
SozBel-erg-K * SOC-13		.07	.07	.10	1.04

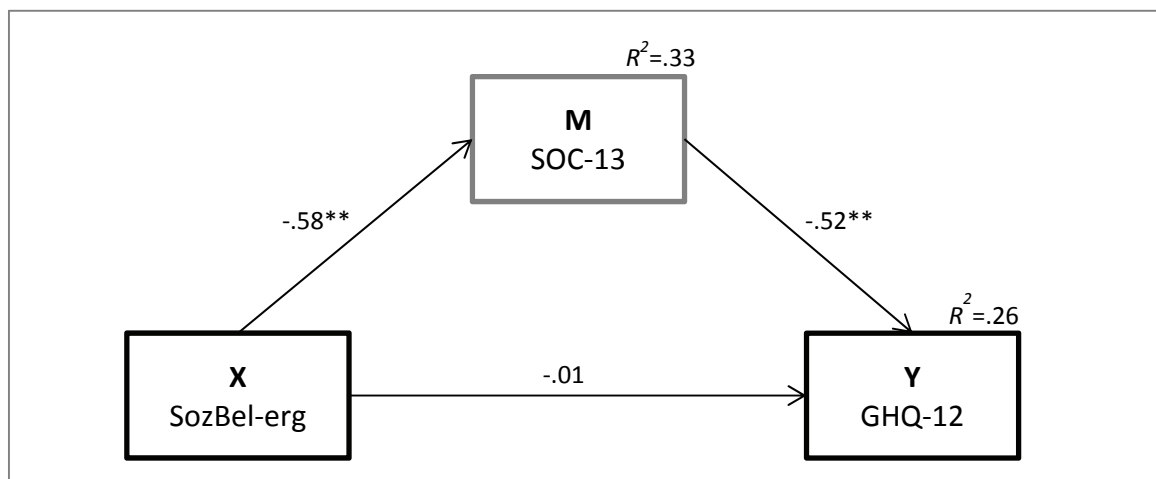
Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Des Weiteren wurde ein Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der sozialen Belastung und dem psychischen Gesundheitszustand herausgearbeitet. Wie die Tabelle 37 zeigt, wurde der Effekt von dem SozBel-erg (X) auf den GHQ-12 (Y) nicht mehr signifikant, wenn der SozBel-erg (X) und der SOC-13 (M) zusammen in die Gleichung aufgenommen wurden. Anschließend zeigte das Bootstrap Verfahren, dass der indirekte Effekt von dem SozBel-erg über den SOC-13 auf den GHQ-12 signifikant ist ( $b_{xm*my} = -.30$ ,  $p < .01$ , [95% KI .17~.49], *zweiseitige Testung*) (s. Abb. 15). Demnach ist von einem totalen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls auszugehen, d.h. das Kohärenzgefühl mediert vollständig zwischen der sozialen Belastung und dem psychischen Gesundheitszustand bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland.

**Tabelle 37: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem SozBel-erg-K (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)**

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korrr</sub>
X → M	-11.86	1.87	-.58**	40.41**	.33	.33
M → Y	-.23	.04	-.51**	28.99**	.26	.25
X → Y	2.67	.98	.29**	7.37**	.08	.07
X (M) → Y	-.10 (-.23)	1.08 (.05)	-.01 (-.52**)	- 14.32**	- .26	- .25

**Anmerkung.** Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$



**ABBILDUNG 15: Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 zwischen dem SozBel-erg-K (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)**

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Wie in Tabelle 38 herauszunehmen ist, zeigte bezüglich der Moderatoranalyse die multiple Regression, dass der Interaktionsterm aus dem SozBel-erg-K und dem SOC-13 keinen Einfluss auf den GHQ-12 hat. Demnach konnte kein Moderatoreffekt des SOC-13 auf den Zusammenhang zwischen dem SozBel-erg-K und dem GHQ-12

nachgewiesen werden. Insgesamt wurden 42% der Varianz des GHQ-12 bei der Regressionsgleichung erklärt (s. Tab. 38).

**Tabelle 38: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den SozBel-erg, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=185)**

Kriterium: GHQ-12		$R^2=.42; R^2_{korr}=.41; F(3, 181)=43.61, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
SozBel-erg-K	.56**	3.48	.65	.36**	1.37	
SOC-13	-.56**	-.19	.03	-.38**	1.36	
SozBel-erg-K * SOC-13		-.06	.04	-.08	1.01	

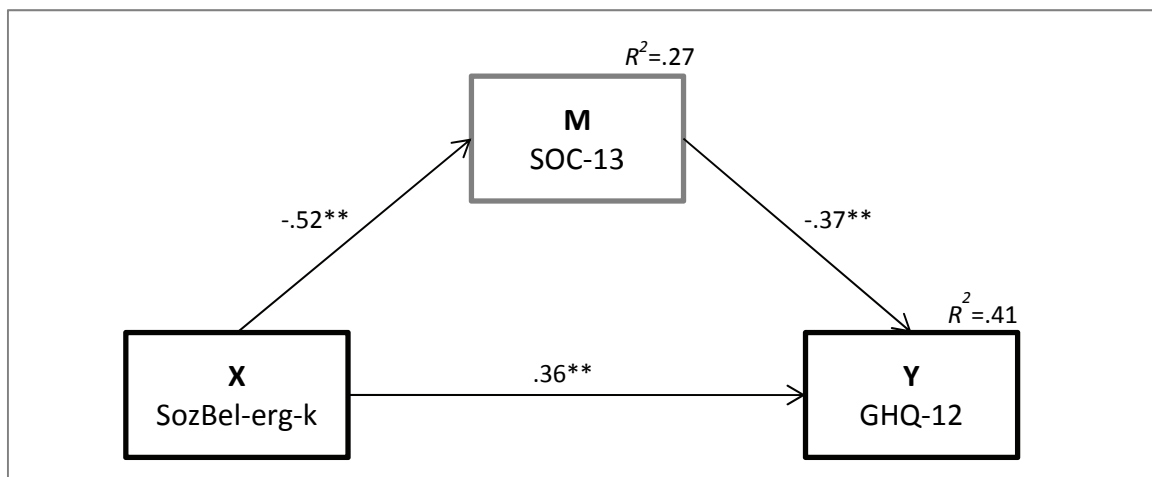
Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Des Weiteren wurde der Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der sozialen Belastung und dem psychischen Gesundheitszustand bei den untersuchten Müttern in Südkorea analysiert (s. Tab. 39; Abb.16).

**Tabelle 39: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem SozBel-erg-k (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=185)**

	B	SE(B)	Beta	F	$R^2$	$R^2_{korr}$
X → M	-10.12	1.24	-.52**	66.12**	.27	.26
M → Y	-.28	.03	-.56**	84.13**	.32	.31
X → Y	5.44	.60	.56**	82.18**	.31	.31
X (M) → Y	3.56 (-.19)	.65 (.03)	.36** (-.37**)	- 63.87**	- .41	- .41

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$



**Abbildung 16: Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem SozBel-erg-k (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=185)**

Wie in der Tabelle 39 zu ersehen, verringerte sich das Beta-Gewicht des SozBel-erg (X) durch Hinzunahme des SOC-13 (M) in die Gleichung, jedoch blieb es noch signifikant. Somit ist ein partieller Mediatoreffekt zu erwarten. Anschließend erbrachte das Bootstrap-Verfahren ei-

nen signifikanten indirekten Effekt des SozBel-erg-K über den SOC-13 auf den GHQ-12 ( $b_{xm*my}=.19, p<.01, [95\% \text{ KI } .12\sim.27], \text{ zweiseitige Testung}$ ), wobei 41% der Varianz des GHQ-12 über den SozBel-erg-K und den SOC-13 erklärt werden konnten. Daher ließ sich bestätigen, dass der Zusammenhang zwischen der sozialen Belastung und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl bei Müttern in Südkorea partiell mediiert wird (s. Abb.16).

**Fazit:** Die Hypothese [H10], dass der Zusammenhang zwischen der sozialen Belastung und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl moderiert wird, wurde bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland aber auch in Südkorea nicht bestätigt. Stattdessen wurde festgestellt, dass das Kohärenzgefühl zwischen der sozialen Belastung und dem psychischen Gesundheitszustand total bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und partiell bei jenen in Südkorea mediiert.

#### AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GHQ-12 UND Kb-SOZU

Hypothese [H11]:

Je mehr südkoreanische Mütter kindbezogene soziale Unterstützung wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Wie der Tabelle 40 zu entnehmen, zeigte der Interaktionsterm aus dem SOC-13 und dem Kb-SozU keinen Effekt auf den GHQ-12. Aufgrund dessen konnte der Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland nicht bestätigt werden. Durch den Kb-SozU, den SOC-13 und ihren Interaktionsterm konnten insgesamt 28% der Varianz des GHQ-12 aufgeklärt werden (s. Tab. 40).

**Tabelle 40: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den Kb-SozU, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)**

Kriterium: GHQ-12		$R^2=.28; R^2_{\text{kor}}=.25; F(3, 79)=10.30, p<.01$			
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
Kb-SozU	-.23*	.15	.88	.02	1.30
SOC-13	-.51**	-.24	.05	-.54**	1.30
Kb-SozU * SOC-13		-.10	.07	-.13	1.02

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

In der weiteren Analyse zum Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zeigte sich, dass sich der Effekt des Kb-SozU (X) auf den GHQ-12 (Y) auflöste, wenn der SOC-13 (M) in der Regressionsgleichung mit berücksichtigt wurde (s. Tab. 41). Somit kann es sich hierbei um einen tota-

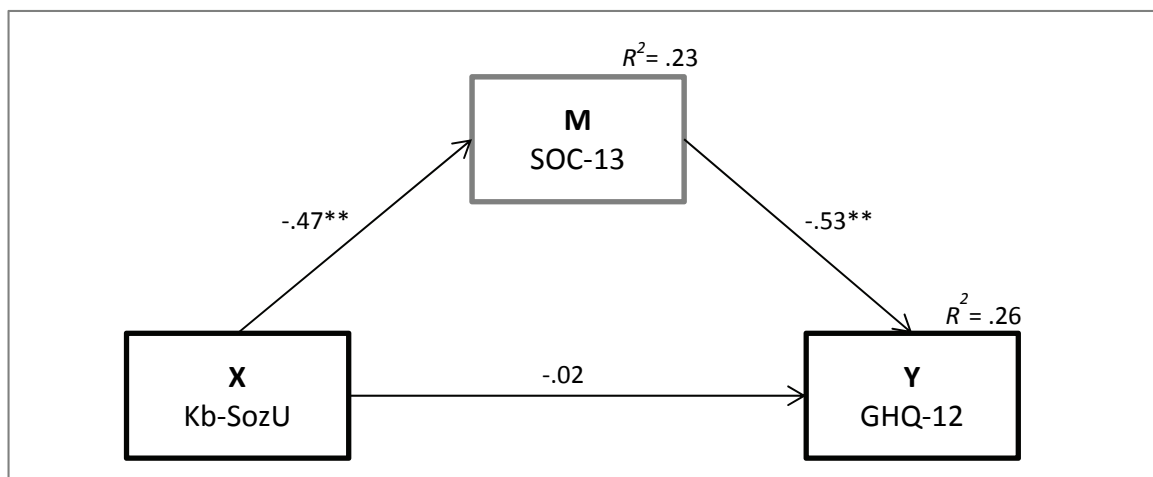


len Mediatoreffekt des SOC-13 zwischen dem Kb-SozU und dem GHQ-12 handeln. Anschließend ergab das Bootstrap-Verfahren zur Analyse des indirekten Effekts des Kb-SozU über den SOC-13 auf den GHQ-12 ein signifikantes Ergebnis ( $b_{xm*my} = -.25$ ,  $p < .01$ , [95% KI  $-.39 \sim -.13$ ], *zweiseitige Testung*) (s. Abb. 17). Demnach ist davon auszugehen, dass das Kohärenzgefühl zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland vollständig mediiert. Das Regressionsmodell mit dem Kb-SozU und dem SOC-13 klärte 26% der Varianz des GHQ-12 auf.

**Tabelle 41: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem Kb-SozU (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)**

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
X → M	8.62	1.78	.47**	23.56**	.23	.22
M → Y	-.23	.04	-.51**	28.99**	.26	.25
X → Y	-1.83	.88	-.22*	4.31*	.05	.04
X (M) → Y	.20 (-.24)	.89 (.05)	.02 (-.53**)	- 14.35**	- .26	- .25

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$



**Abbildung 17: Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem Kb-SozU (X) und GHQ-12(Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=83)**

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Wie der Tabelle 42 zu entnehmen, wurde der GHQ-12 durch den Interaktionsterm aus dem SOC-13 und dem Kb-SozU nicht vorhergesagt. Dies deutet somit an, dass der Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand bei den untersuchten Müttern in Südkorea nicht bestätigt werden konnte. Das Regressionsmodell mit dem Kb-SozU, dem SOC-13 und ihrem Interaktionsterm klärte 36% der Varianz des GHQ-12 auf (s. Tab.42).

Tabelle 42: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den Kb-SozU, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=179)

Kriterium: GHQ-12					
$R^2=.36; R^2_{korr}=.35; F(3, 175)=33.44, p<.01$					
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
Kb-SozU	-.38**	-1.33	.55	-.16*	1.22
SOC-13	-.58**	-.26	.03	-.52**	1.22
Kb-SozU * SOC-13		.03	.04	.05	1.01

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Ferner wurde der Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand untersucht. Wie die Tabelle 43 zeigt, verkleinerte sich der Effekt des Kb-SozU (X) auf den GHQ-12 (Y) durch Hinzunahme des SOC-13 (M) in die Gleichung, blieb jedoch noch signifikant. Somit ist von einem *partiellen* Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls auszugehen. Hinterher zeigte sich im Bootstrap-Verfahren, dass der indirekte Effekt von dem Kb-SozU über den SOC-13 auf den GHQ-12 signifikant ist ( $b_{xm*my}=-.21, p<.01, [95\% \text{ KI } -.30\sim-.14], \text{ zweiseitige Testung}$ ) (s. Abb. 18). Somit stellte sich heraus, dass der Zusammenhang zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl bei den untersuchten Müttern in Südkorea partiell mediiert wird.

Tabelle 43: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem Kb-SozU (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=179)

	B	SE(B)	Beta	F	$R^2$	$R^2_{korr}$
X → M	6.85	1.12	.42**	37.19**	.17	.17
M → Y	-.29	.03	-.58**	90.76**	.34	.34
X → Y	-3.14	.57	-.38**	29.93**	.15	.14
X (M) → Y	-1.37 (-.26)	.55 (.03)	-.17* (-.51**)	- 49.91**	- .36	- .36

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

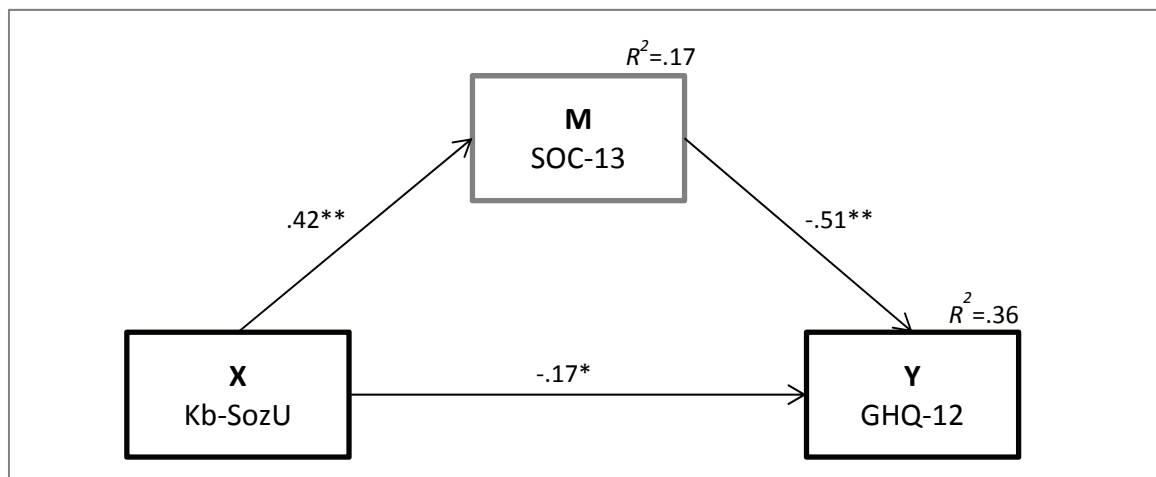


Abbildung 18: Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem Kb-SozU (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=179)

**Fazit:** Die Hypothese [H11], dass der Zusammenhang zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl moderiert wird, konnte bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland aber auch in Südkorea nicht bestätigt werden. Sondern ließ sich feststellen, dass das Kohärenzgefühl zwischen kindbezogener sozialer Unterstützung und allgemeinem Gesundheitszustand total bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland und partiell bei jenen in Südkorea mediiert.

AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GHQ-12 UND PAARZUF

Hypothese [H12]:

Je größer die Paarzufriedenheit südkoreanischer Mütter ist, umso höher ist die Ausprägung ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes. Und dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl moderiert.

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Wie die Tabelle 44 zeigt, wies der Interaktionsterm aus dem PaarZuf und dem SOC-13 keine Signifikanz auf. Somit konnte der Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit und dem psychischen Gesundheitszustand bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland nicht bestätigt werden (s. Tab. 44).

Tabelle 44: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den PaarZuf, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=82)

Kriterium: GHQ-12		$R^2=.27; R^2_{\text{kor}}=.24; F(3, 78)=9.36, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
PaarZuf	-.19	-.58	.65	-.09	1.08	
SOC-13	-.51**	-.23	.05	-.49**	1.05	
PaarZuf * SOC-13		-.04	.06	.06	1.03	

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Wie der Tabelle 45 zu entnehmen ist, konnte der Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der Paarzufriedenheit und dem psychischen Gesundheitszustand bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland ebenfalls nicht gefunden werden, da eine der Voraussetzungen für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts, der signifikante Effekt von dem Prädiktor X auf das Kriterium Y, nicht erfüllt wurde (s. Tab. 45, Abb. 19).

Tabelle 45: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=82)

	B	SE(B)	Beta	F	$R^2$	$R^2_{\text{kor}}$
X → M	3.04	1.52	.22*	3.99*	.05	.04
M → Y	-.24	.05	-.51**	27.43**	.255	.246
X → Y	-1.21	.71	-.19	2.88	.04	.02
X → Y	-.52	.64	-.08	-	-	-
(M) → Y	(-.23)	(.05)	(-.49**)	13.98**	.261	.243

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests(Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

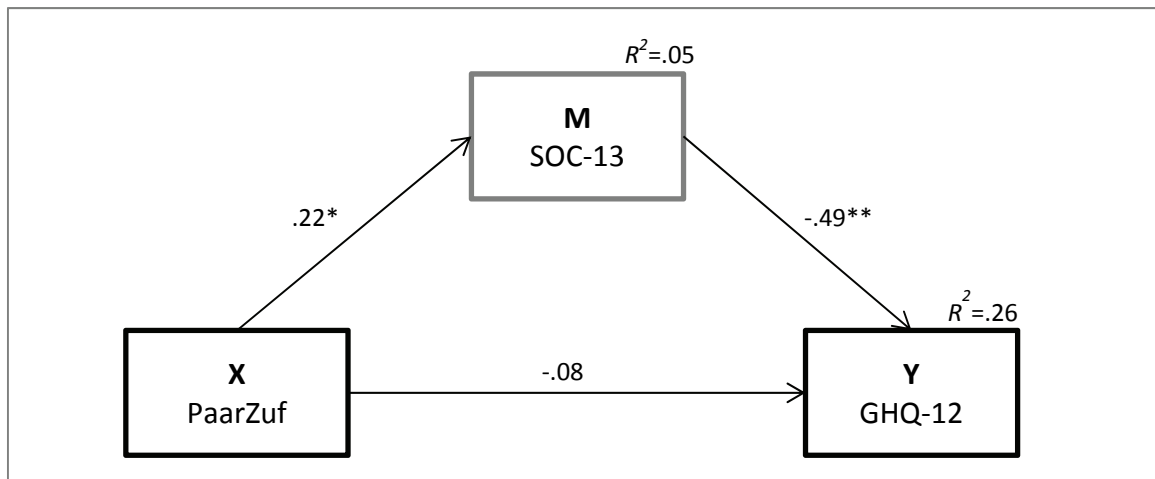


Abbildung 19: Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=82)

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Bezüglich des Moderatoreffekts zeigte die multiple Regression, dass der Interaktionsterm aus dem PaarZuf und dem SOC-13 keinen Einfluss auf den GHQ-12 hat. Somit konnte der Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit und dem psychischen Gesundheitszustand bei den untersuchten Müttern in Südkorea nicht bewiesen werden. Das Regressionsmodell mit dem PaarZuf, dem SOC-13 und ihrem Interaktionsterm klärte 35% der Varianz des GHQ-12 auf (s. Tab. 46).

Tabelle 46: Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls. Regression des GHQ-12 auf den PaarZuf, den SOC-13 und den Interaktionsterm bei den Müttern in Südkorea (N=184)

Kriterium: GHQ-12		$R^2=.35; R^2_{kor}=.34; F(3, 180)=32.26, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
PaarZuf	-.30**	-.66	.42	-.10	1.16	
SOC-13	-.58**	-.27	.03	-.54**	1.21	
PaarZuf * SOC-13		.01	.03	.02	1.05	

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Anschließend wurde der Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der Paarzufriedenheit und dem psychischen Gesundheitszustand bei den untersuchten Müttern in Südkorea weiter untersucht (s. Tab. 47; Abb. 20). Wie die Tabelle 47 zeigt, wurde der Effekt des PaarZuf (X) auf den GHQ-12 (Y) aufgelöst, nachdem der SOC-13 (M) in die Regression mit aufgenommen wurde. Aufgrund dessen kann hierbei ein totaler Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls erwartet werden. In einem weiteren Schritt überprüfte das Bootstrap-Verfahren die Signifikanz des indirekten Effekts von dem PaarZuf über den SOC-13 auf den GHQ-12 und bestätigte ihn als signifikant ( $b_{xm*my}=-.20, p<.01, [95\% \text{ KI } -.29\sim-.13], \text{ zweiseitige Testung}$ ).

Demnach ist es festzustellen, dass das Kohärenzgefühl zwischen der Paarzufriedenheit und dem psychischen Gesundheitszustand bei den untersuchten Müttern in Südkorea total mediiert (s. Tab. 47; Abb. 20).

Tabelle 47: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts von dem SOC-13 (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=184)

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
X → M	4.76	.88	.37**	29.13**	.14	.13
M → Y	-.29	.03	-.58**	93.91**	.34	.34
X → Y	-1.96	.45	-.31**	18.61**	.09	.09
X (M) → Y	-.66 (-.27)	.42 (.03)	-.10 (-.55**)	- 48.58**	- .35	- .34

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \* p<.05; \*\* p<.01

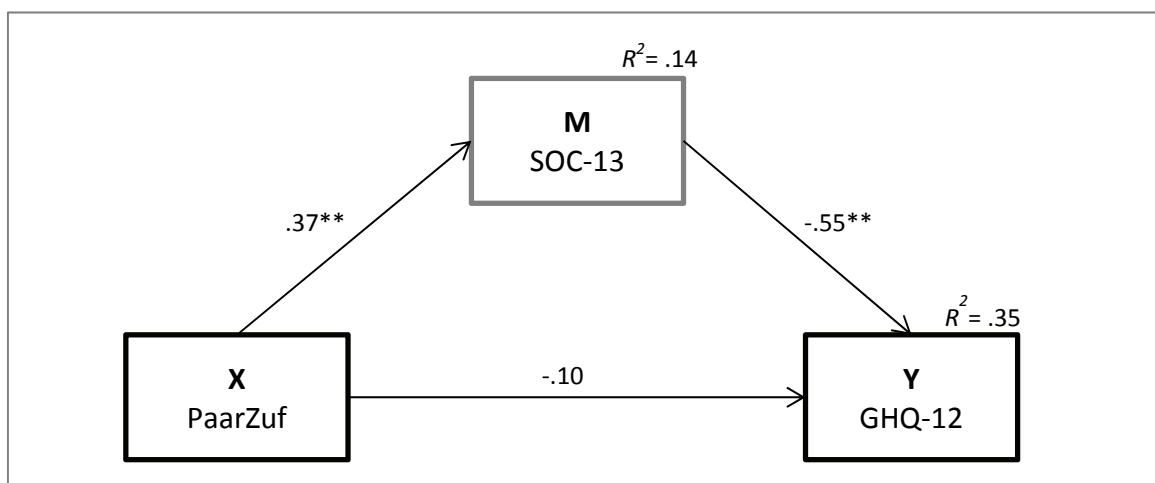


Abbildung 20: Analyse des Mediatoreffekts des SOC-13 (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem GHQ-12 (Y) bei den untersuchten Müttern in Südkorea (N=184)

**Fazit:** Die Hypothese [H12], dass der Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit und dem psychischen Gesundheitszustand durch das Kohärenzgefühl moderiert wird, wurde sowohl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland als auch bei jenen in Südkorea nicht bestätigt. Allerdings ließ sich feststellen, dass das Kohärenzgefühl zwischen der Paarzufriedenheit und dem psychischen Gesundheitszustand bei den untersuchten Müttern in Südkorea vollständig mediiert.

## 7.2.2 Moderator- und Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls

### AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KINDL<sup>R</sup> UND SOC-13

Hypothese [H13]:

Je stärker die Ausprägung des Kohärenzgefühls südkoreanischer Mütter ist, umso höher ist die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.

**Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland:** Wie in Tabelle 48 zu ersehen, wurde in der multiplen Regression gezeigt, dass der Interaktionsterm aus dem SOC-13 und dem DoKSoC das Kriterium nicht vorhersagt. Demgemäß konnte der Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland nicht bestätigt werden. Durch den SOC-13, den DoKSoC und ihren Interaktionsterm konnten 23% der Varianz des KINDL<sup>R</sup> aufgeklärt werden (s. Tab. 48).

**Tabelle 48: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den SOC-13, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)**

<i>Kriterium: KINDL<sup>R</sup></i>		$R^2=.23; R^2_{\text{korr}}=.19; F(3, 63)=6.23, p<.01$				
<b>Prädiktoren</b>	$r_{xy}$	<b>B</b>	<b>SE (B)</b>	<b>Beta</b>	<b>VIF</b>	
SOC-13	.25*	.09	.10	.12	1.22	
DoKSoC	.47**	.31	.08	.44**	1.15	
SOC-13 * DoKSoC		.00	.01	.04	1.14	

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des *t*-Tests (*Beta*) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Darüber hinaus wurde der Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls weiter untersucht. Wie in Tabelle 49 zu entnehmen, verschwand der Effekt des SOC-13 (*X*) auf den KINDL<sup>R</sup> (*Y*), wenn der DoKSoC (*M*) in der Regressionsgleichung mit berücksichtigt wurde. Aus diesem Grund konnte ein totaler Mediatoreffekt des DoKSoC zwischen dem SOC-13 und dem KINDL<sup>R</sup> vermutet werden. Das Regressionsmodell mit dem SOC-13 und dem DoKSoC klärte 23% der Varianz von dem KINDL<sup>R</sup> auf. Anschließend wurde der indirekte Effekt von dem SOC-13 über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> überprüft. Im Detail zeigte das Bootstrap-Verfahren, dass dieser indirekte Effekt signifikant ist ( $b_{xm*my}=.14, p<.01, [95\% \text{ KI } .49\sim.30]$ , *zweiseitige Testung*). Demnach konnte festgestellt werden, dass das Kinder-Kohärenzgefühl zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland total mediiert (s. Tab. 49; Abb. 21).

Tabelle 49: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SOC-13 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korrr</sub>
X → M	.38	.13	.34**	8.45**	.11	.10
M → Y	.33	.08	.47**	18.08**	.22	.21
X → Y	.20	.10	.25*	4.40*	.06	.05
X (M) → Y	.09 (.31)	.09 (.08)	.11 (.43**)	- 9.42**	- .23	- .20

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \* p<.05; \*\* p<.01

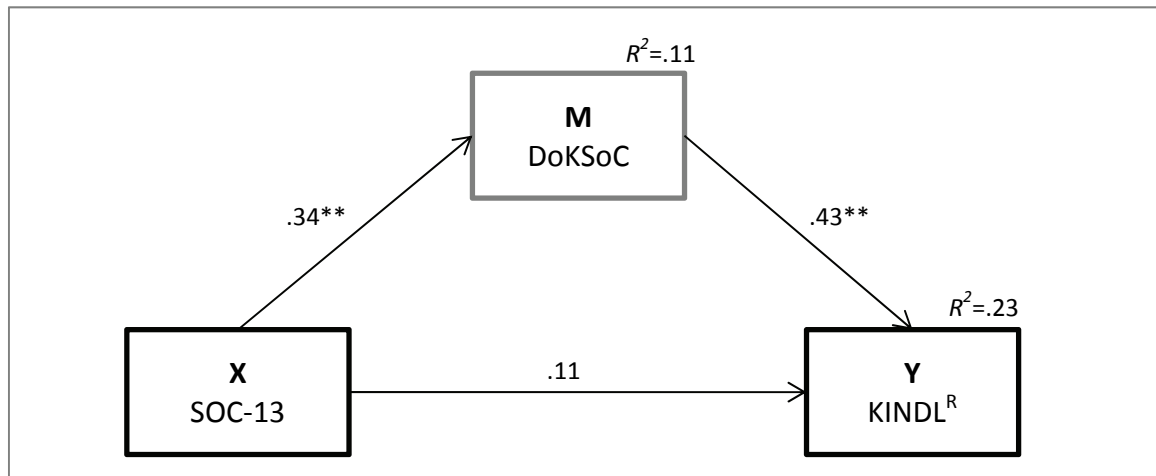


Abbildung 21: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SOC-13 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)

**Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea:** In der multiplen Regression zeigte sich, dass der KINDL<sup>R</sup> durch den Interaktionsterm aus dem SOC-13 und dem DoKSoC nicht vorhergesagt werden kann (s. Tab. 50). Somit konnte der Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea nicht bestätigt werden. Das Regressionsmodell mit dem SOC-13, dem DoKSoC und ihrem Interaktionsterm klärte 54% der Varianz des KINDL<sup>R</sup> auf.

Tabelle 50: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den SOC-13, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=182)

Prädiktoren	Kriterium: KINDL <sup>R</sup>				
	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
SOC-13	.13*	.07	.06	.06	1.01
DoKSoC	.73**	.56	.04	.73**	1.03
SOC-13 * DoKSoC		.00	.00	.01	1.02

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \* p<.05; \*\* p<.01

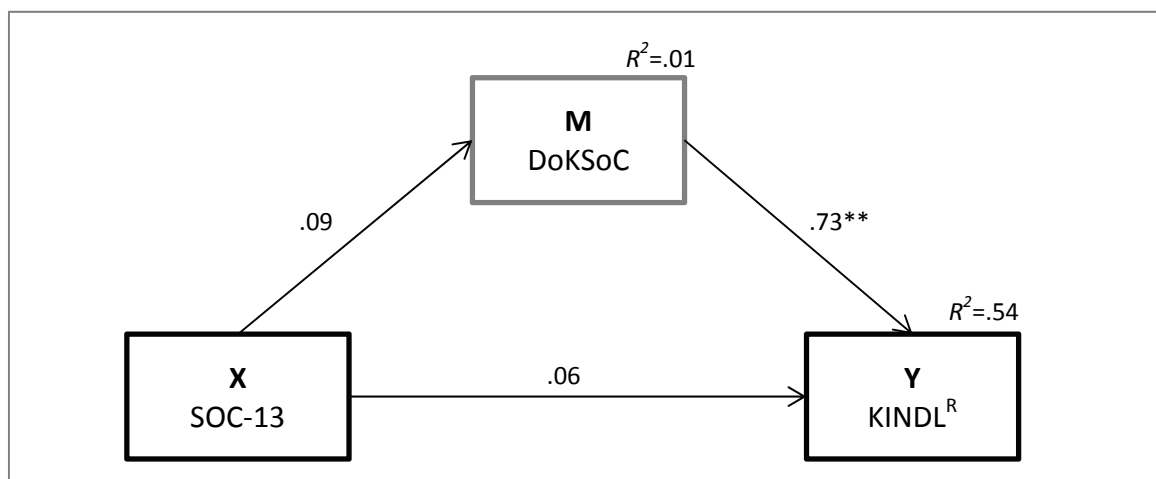
Die weitere Mediatoranalyse ist der Tabelle 51 zu entnehmen. Dabei zeigte sich, dass der Zusammenhang des SOC-13 (X) mit dem KINDL<sup>R</sup> (Y) und dem DoKSoC (M) nicht signifikant ist.

Somit ließ sich festhalten, dass sich kein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen dem mütterlichen Kohärenzgefühl und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea findet (s. Tab. 51; Abb. 22).

**Tabelle 51:** Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SOC-13 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=182)

	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	<i>Beta</i>	<i>F</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <sub>korrr</sub>
X → M	.14	.11	.09	1.61	.01	.00
M → Y	.57	.04	.73**	207.98**	.54	.53
X → Y	.15	.08	.13	3.09	.02	.01
X (M) → Y	.07 (.57)	.06 (.04)	.06 (.73**)	- 104.99**	- .54	- .54

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des *t*-Tests (*Beta*) und des *F*-Tests \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$



**Abbildung 22:** Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SOC-13 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=182)

**Fazit:** Die Hypothese [H13], dass der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl moderiert wird, konnte sowohl bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland als auch bei jenen in Südkorea nicht bestätigt werden. Allerdings ließ sich bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland feststellen, dass das Kinder-Kohärenzgefühl zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder vollständig mediiert.



AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GHQ-12 UND KINDL<sup>R</sup>

Hypothese [H14]:

Je stärker die Ausprägung des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes südkoreanischer Mütter ist, umso höher ist die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.

**Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland:** Wie in Tabelle 52 zu ersehen, ergab sich in der multiplen Regression, dass der Interaktionsterm aus dem GHQ-12 und dem DoKSoC keinen Effekt auf den KINDL<sup>R</sup> hat. Dementsprechend konnte der Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen dem psychischen Gesundheitszustand der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland nicht bestätigt werden. Das Regressionsmodell mit dem GHQ-12, dem DoKSoC und ihrem Interaktionsterm erklärte 28% der Varianz an dem KINDL<sup>R</sup>.

Tabelle 52: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den GHQ-12, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>		$R^2=.28; R^2_{\text{korrr}}=.25; F(3, 63)=8.16, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
GHQ-12	-.39**	-49.	.21	-.27*	1.21	
DoKSoC	.47**	.28	.08	.39**	1.15	
GHQ-12 * DoKSoC		-.01	.02	-.05	1.14	

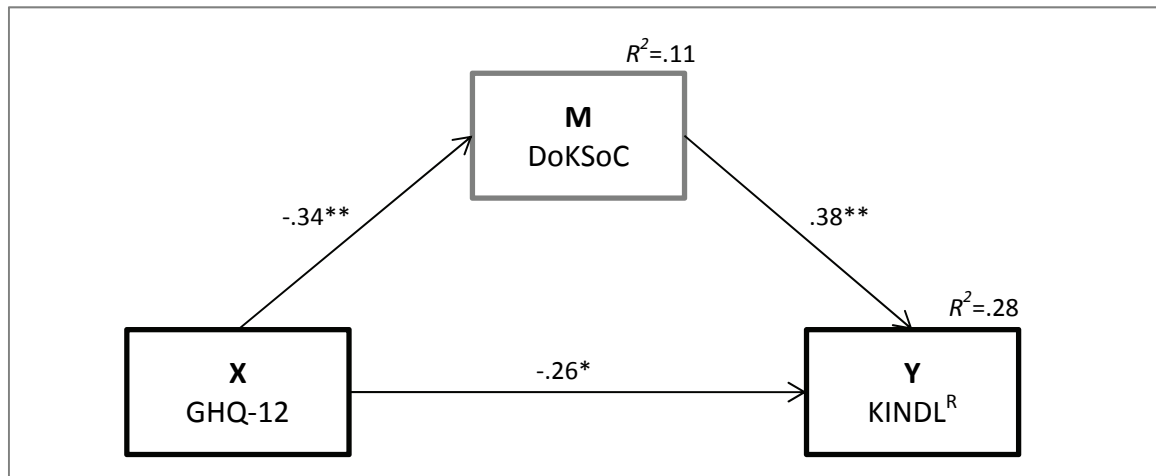
Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Im Weiteren wurde der Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen dem psychischen Gesundheitszustand der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität weiter untersucht. Wie die Tabelle 53 zeigt, verkleinerte sich der Effekt des GHQ-12 (X) auf den KINDL<sup>R</sup> (Y) durch die Hinzunahme des DoKSoC (M) in die Regressionsgleichung, jedoch blieb der Effekt noch signifikant. Somit kann es sich hierbei um einen partiellen Mediatoreffekt handeln. Anschließend wurde über das Bootstrap-Verfahren festgestellt, dass der indirekte Effekt von dem GHQ-12 über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> signifikant ist ( $b_{xm*my}=-.13, p<.01, [95\% \text{ KI } -.26\sim-.04], \text{ zweiseitige Testung}$ ). Demnach ist festzuhalten, dass der Zusammenhang zwischen dem psychischen Gesundheitszustand der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland partiell mediiert wird. Das Regressionsmodell mit dem GHQ-12 und dem DoKSoC klärte 28% der Varianz am KINDL<sup>R</sup> auf (s. Tab. 53, Abb. 23).

Tabelle 53: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem GHQ-12 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korrr</sub>
X → M	-.85	.29	-.34**	8.32**	.11	.10
M → Y	.33	.08	.47**	18.08**	.22	.21
X → Y	-.70	.21	-.39**	11.55**	.15	.14
X (M) → Y	-.47 (.27)	.20 (.08)	-.26* (.38**)	- 12.32**	- .28	- .26

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \* p&lt;.05; \*\* p&lt;.01

Abbildung 23: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem GHQ-12 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)

**Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea:** Wie die Tabelle 54 zeigt, ergab die Regressionsrechnung für die Moderatoranalyse, dass der Interaktionsterm aus dem GHQ-12 und dem DoKSoC keine Wirkung auf den KINDL<sup>R</sup> hat. Somit ist ein Mediatoreffekt des DoKSoC auf den Zusammenhang zwischen dem GHQ-12 und dem KINDL<sup>R</sup> auch nicht zu erwarten.

Tabelle 54: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den GHQ-12, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=181)

Prädiktoren	Kriterium: KINDL <sup>R</sup>				
	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
GHQ-12	-.07	-.00	.12	-.00	1.01
DoKSoC	.73**	.57	.04	.73**	1.01
GHQ-12 * DoKSoC		-.01	.01	-.05	1.00

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $r_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \* p<.05; \*\* p<.01

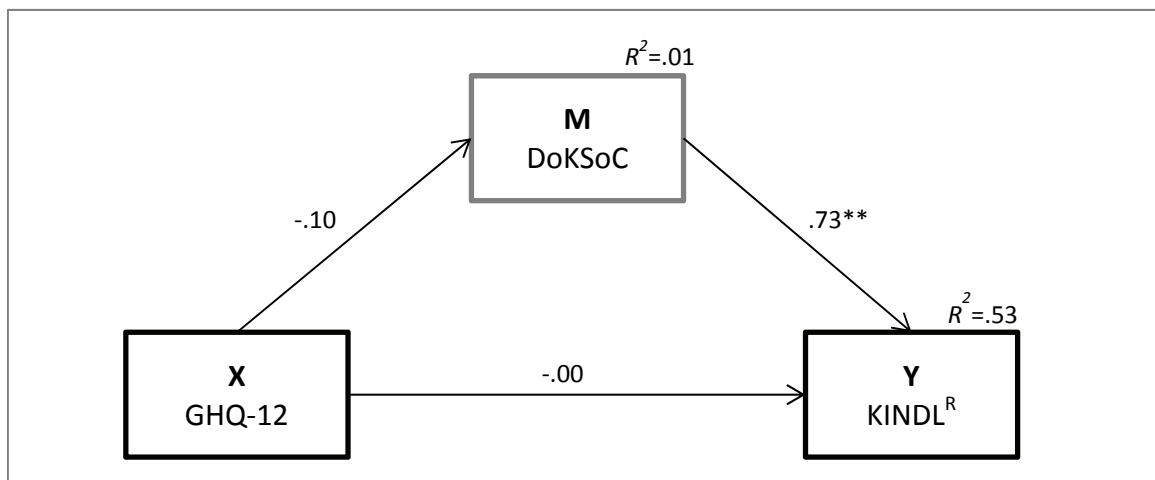
Im Weiteren konnte auch kein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen dem psychischen Gesundheitszustand der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea festgestellt werden, da die Voraussetzungen für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts, der signifikante

Effekt von dem Prädiktor (X) auf das Kriterium (Y) sowie auf den Mediator (M), nicht erfüllt wurden (s. Tab. 55, Abb. 24).

**Tabelle 55: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem GHQ-12 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=181)**

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
X → M	-.29	.22	-.10	1.79	.01	.00
M → Y	.57	.04	.73**	205.45**	.53	.53
X → Y	-.17	.17	-.07	.98	.01	.00
X (M) → Y	-.00 (.57)	.12 (.04)	-.00 (.73**)	- 102.15**	- .53	- .53

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \* p<.05; \*\* p<.01



**Abbildung 24: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem GHQ-12 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=181)**

**Fazit:** Die Hypothese [H14], dass der Zusammenhang zwischen dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl moderiert wird, konnte bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland als auch in Südkorea nicht bestätigt werden. Allerdings konnte bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland festgestellt werden, dass der Zusammenhang zwischen dem psychischen Gesundheitszustand der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl partiell mediiert wird.

AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KINDL<sup>R</sup> UND F-SOZU-14

Hypothese [H15]:

Je mehr soziale Unterstützung südkoreanische Mütter wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.

**Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland:** Wie in Tabelle 56 zu ersehen, wurde in der multiplen Regression zur Moderatoranalyse festgestellt, dass der KINDL<sup>R</sup> durch den Interaktionsterm aus dem F-SozU-14 und dem DoKSoC vorhergesagt wurde. Somit ließ sich bestätigen, dass sich ein Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland finden lässt. Das Regressionsmodell mit dem F-SozU-14, dem DoKSoC und ihrem Interaktionsterm konnte 26% der Varianz des KINDL<sup>R</sup> aufklären. Aufgrund der Bestätigung des Moderatoreffekts wurde die weitere Analyse zum Mediatoreffekt des DoKSoC ausgelassen.

Tabelle 56: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den F-SozU-14, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>		$R^2=.30; R^2_{\text{korr}}=.26; F(3, 63)=8.78, p<.01$			
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
F-SozU-14	-.04	-2.08	1.56	-.14	1.01
DoKSoC	.47**	.37	.08	.52**	1.04
F-SozU-14 * DoKSoC		.32	.13	.27*	1.05

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson( $R_{xy}$ ) und des  $t$ -Tests( $Beta$ ) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Um sich ein genaues Bild über den gefundenen Moderatoreffekt des DoKSoC auf den Zusammenhang zwischen dem F-SozU-14 und dem KINDL<sup>R</sup> zu machen, wurde die Post-hoc Analyse durchgeführt (s. Abb. 25) (s. Kap.5.3).

Die Post-hoc Analyse zeigte, dass der KINDL<sup>R</sup> und der F-SozU-14 bei den untersuchten Kindern mit einem stark ausgeprägten Kinder-Kohärenzgefühl positiv zusammenhängen. Das heißt, je mehr soziale Unterstützung südkoreanische Mütter in Deutschland wahrnehmen, umso stärker ausgeprägt ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder, die ein starkes Kinder-Kohärenzgefühl aufweisen. Jedoch war dies nicht signifikant ( $t=.92, n.s$ ). Hingegen wurde bei den untersuchten Kindern mit niedrig ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl aufgezeigt, dass der KINDL<sup>R</sup> und der F-SozU-14 in einem signifikant negativen Zusammenhang stehen ( $t=-2.50, p<.05$ ). Das bedeutet, dass je mehr soziale Unterstützung südkoreanische Mütter in Deutschland wahrnehmen, desto niedriger ausgeprägt ist die ge-

sundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder, die über ein niedrig ausgeprägtes Kinder-Kohärenzgefühl verfügen (s. Abb. 25).

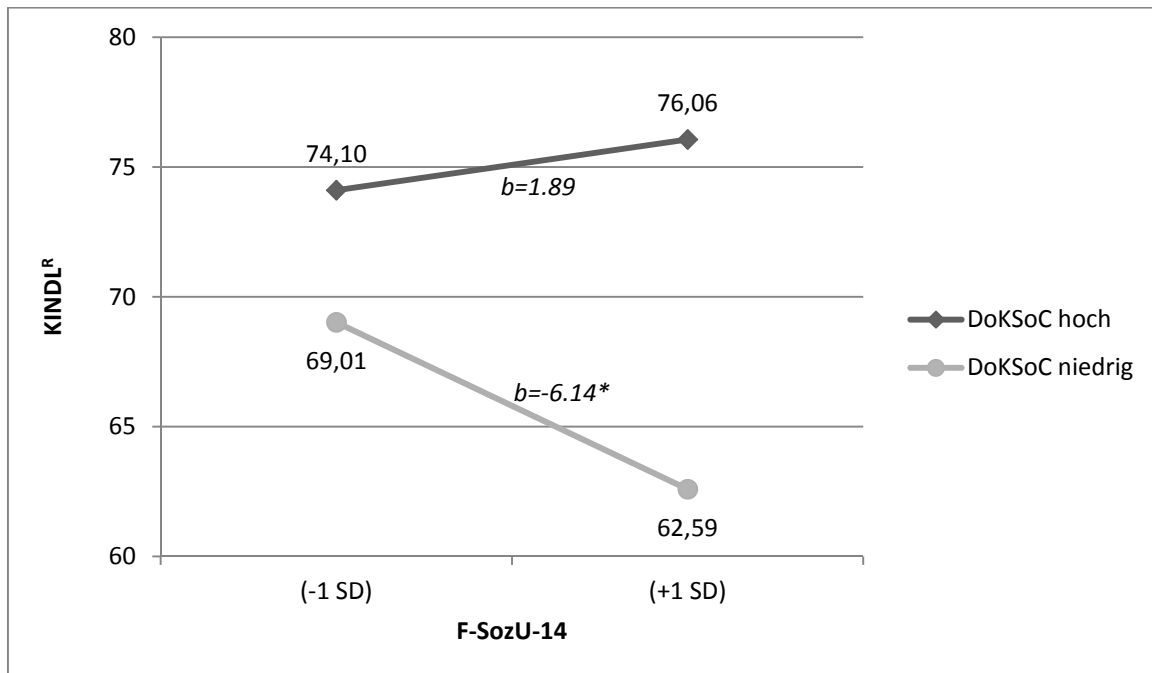


Abbildung 25: Post-hoc Analyse für den Moderatoreffekt des DoKSoC auf den Zusammenhang zwischen dem KINDL<sup>R</sup> und dem F-SozU-14 bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland

**Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea:** Wie der Tabelle 57 zu entnehmen ist, zeigte die Regressionsanalyse zum Moderatoreffekt, dass der KINDL<sup>R</sup> durch den Interaktionsterm aus dem F-SozU-14 und dem DoKSoC nicht vorhergesagt wird. Somit ist kein Moderatoreffekt des DoKSoC auf den Zusammenhang zwischen dem KINDL<sup>R</sup> und dem F-SozU-14 bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea zu erwarten (s. Tab. 57).

Tabelle 57: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den F-SozU-14, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=179)

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>		$R^2 = .54$ ; $R^2_{\text{kor}} = .53$ ; $F(3, 175) = 68.29$ , $p < .01$			
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE(B)	Beta	VIF
F-SozU-14	-.02	-.78	.86	-.05	1.01
DoKSoC	.73**	.58	.04	.74**	1.01
F-SozU-14 * DoKSoC		-.07	.05	-.06	1.01

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

In den weiteren Regressionsrechnungen zum Mediatoreffekt in Tabelle 58 ließ sich feststellen, dass der Prädiktor, F-SozU-14 (X), nicht im Zusammenhang mit dem Mediator, DoKSoC (M), sowie dem Kriterium, KINDL<sup>R</sup> (Y), steht, was die Voraussetzungen für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts darstellt (s. Tab. 58; Abb. 26). Daher konnte kein Mediatoreffekt

fekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea bestätigt werden.

Tabelle 58: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem F-SozU-14 (X) und dem KINDL<sup>R</sup>(Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=179)

	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	<i>Beta</i>	<i>F</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <sub>kor</sub>
X → M	1.86	1.61	.09	1.33	.01	.00
M → Y	.57	.04	.73**	201.99**	.53	.53
X → Y	.25	1.26	.02	.04	.00	.00
X (M) → Y	-.81 (.57)	.86 (.04)	-.05 (.73**)	- 101.36**	- .54	- .53

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des *t*-Tests (*Beta*) und des *F*-Tests \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

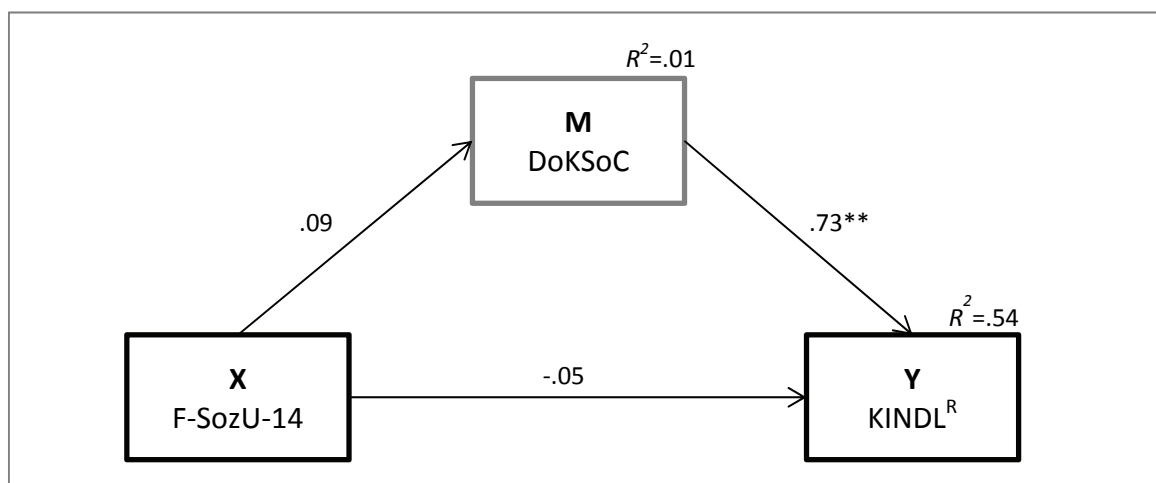


Abbildung 26: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem F-SozU-14 (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=179)

**Fazit:** Die Hypothese [H15], dass der Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl moderiert wird, wurde bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland bestätigt. Hingegen ließ sich weder der Moderatoreffekt noch der Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls beim Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea feststellen.

**AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KINDL<sup>R</sup> UND SOZBEL-ERG-K**

Hypothese [H16]:

Je mehr soziale Belastungen südkoreanische Mütter wahrnehmen, umso niedriger ist die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.

**Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland:** Wie in Tabelle 59 zu entnehmen, wurde in der Regressionsanalyse zum Moderatoreffekt aufgezeigt, dass der Interaktionsterm aus dem SozBel-erg-K und dem DoKSoC keinen Einfluss auf den KINDL<sup>R</sup> hat. Demgemäß ist kein Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Belastung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland nachzuweisen (s. Tab. 59).

**Tabelle 59: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den SozBel-erg-K, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)**

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>		$R^2=.23; R^2_{korr}=.19; F(3, 63)=6.13, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
SozBel-erg-K	-.18	-1.27	1.74	-.08	1.05	
DoKSoC	.47**	.32	.08	.45**	1.07	
SozBel-erg-K * DoKSoC		-.05	.15	-.04	1.03	

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Darüber hinaus legten die multiplen Regressionsanalyse zum Mediatoreffekt dar, dass der Prädiktor, SozBel-erg-K (X), weder mit dem Mediator, DoKSoC (M), noch mit dem Kriterium, KINDL<sup>R</sup> (Y), zusammenhängt, was die Voraussetzungen für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts darstellt. Aufgrund dessen ließ sich kein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Belastung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland feststellen (s. Tab. 60; Abb. 27).

**Tabelle 60: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SozBel-erg-K (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)**

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
X → M	-4.58	2.59	-.21	3.12	.05	.03
M → Y	.33	.08	.47**	18.08**	.22	.21
X → Y	-2.78	1.88	-.18	2.22	.03	.02
X (M) → Y	-1.31 (.32)	1.72 (.08)	-.07 (.45**)	- 9.27**	- .23	- .20

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

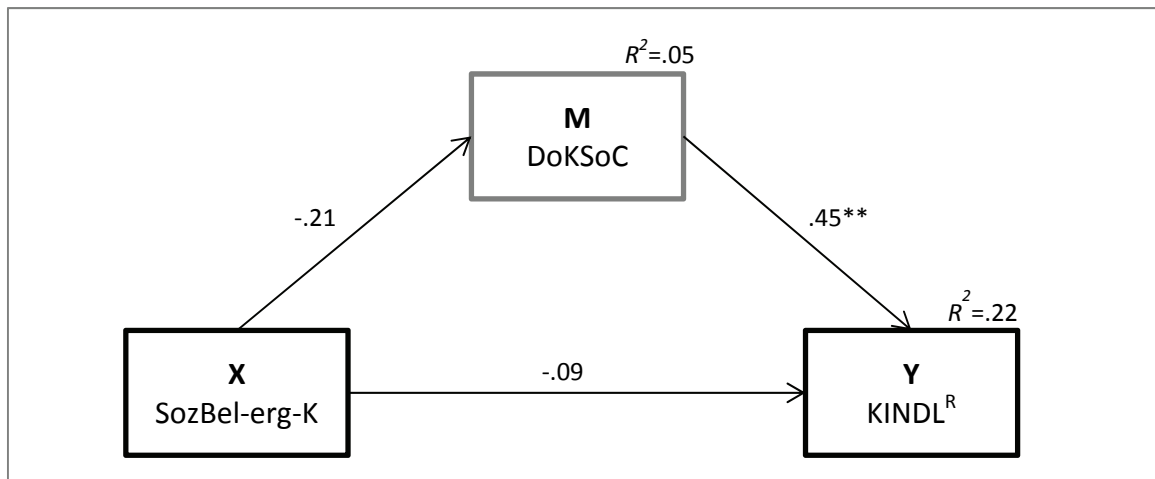


Abbildung 27: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SozBel-erg-K (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)

**Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea:** Aus der Regressionsanalyse zum Moderatoreffekt in Tabelle 61 ergab sich, dass der Interaktionsterm aus dem SozBel-erg-K und dem DoKSoC keine Wirkung auf den KINDL<sup>R</sup> hat. Folglich war festzustellen, dass kein Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Belastung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea besteht (s. Tab.61).

Tabelle 61: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den SozBel-erg-K, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=178)

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>					
$R^2 = .53; R^2_{\text{kor}} = .52; F(3, 174) = 65.69, p < .01$					
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
SozBel-erg-K	-.11 <sup>+</sup>	.06	1.16	.00	1.03
DoKSoC	.73**	.57	.04	.73**	1.03
SozBel-erg-K * DoKSoC		.04	.07	.03	1.00

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

In der weiteren Analyse zum Mediatoreffekt ließ sich feststellen, dass der SozBel-erg-K (X) mit dem KINDL<sup>R</sup> (Y) nicht korreliert, was die Voraussetzung für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts darstellt. Demzufolge ließ sich kein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Belastung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea bestätigen (s. Tab.62, Abb. 28).



Tabelle 62: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SozBel-erg-K (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=178)

	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	<i>Beta</i>	<i>F</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <sub>kor</sub>
X → M	-4.31	2.11	-.15*	4.17	.02	.02
M → Y	.57	.04	.73**	198.65**	.53	.53
X → Y	-2.42	1.66	-.11	2.13	.01	.01
X (M) → Y	.03 (.57)	1.16 (.04)	.00 (.73**)	- 98.76**	- .53	- .53

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des *t*-Tests (*Beta*) und des *F*-Tests \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

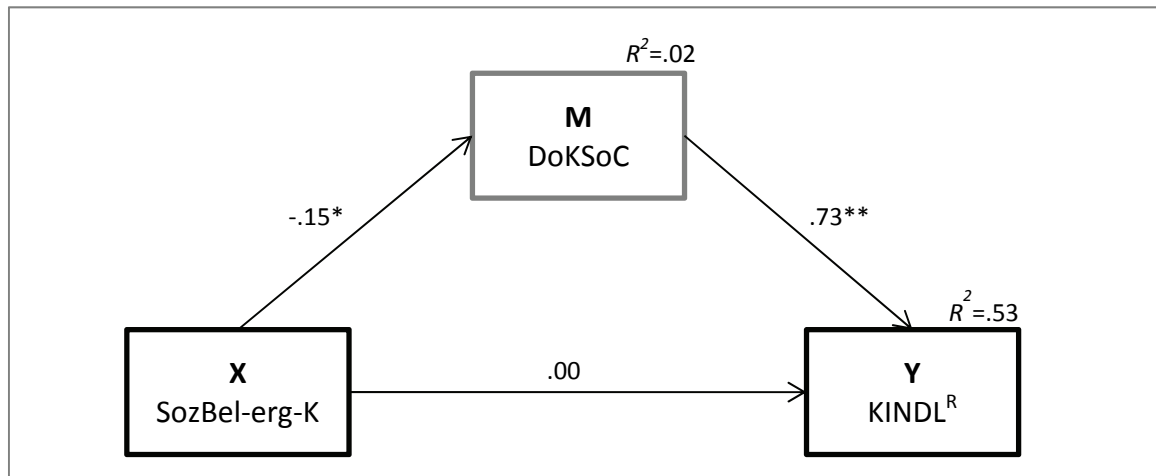


Abbildung 28: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem SozBel-erg-K (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=178)

**Fazit:** Die Hypothese [H16], dass der Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Belastung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl moderiert wird, konnte anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland, aber auch in Südkorea nicht bestätigt werden. Außerdem ließ sich kein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der sozialen Belastung der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den südkoreanischen Müttern und Kindern sowohl in Deutschland als auch in Südkorea feststellen.

#### AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KINDL<sup>R</sup> UND KB-SOZU

Hypothese [H17]:

Je mehr kindbezogene soziale Unterstützung südkoreanische Mütter wahrnehmen, umso höher ist die Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.

**Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland:** In der Regressionsanalyse zum Moderatoreffekt zeigte sich, dass der KINDL<sup>R</sup> durch den Interaktionsterm aus dem Kb-SozU und dem DoKSoC signifikant vorhergesagt wird (s. Tab. 63). Somit ließ sich bestätigen, dass sich ein Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Belastung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder feststellen lässt.

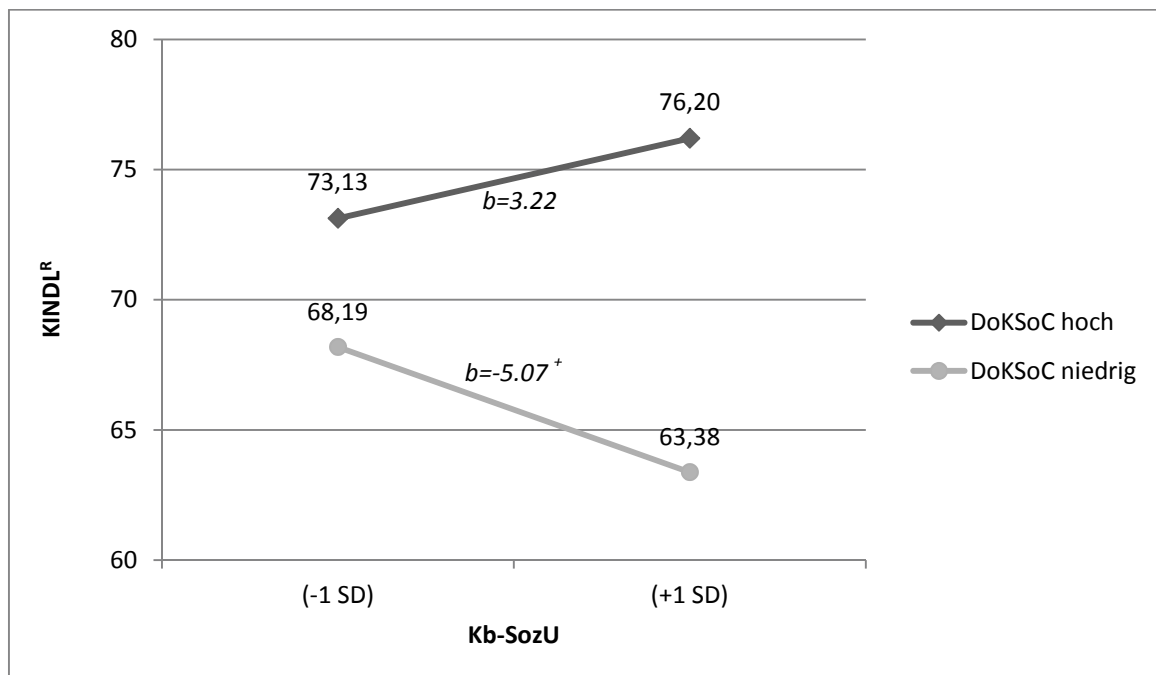
nommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland finden lässt. Das Regressionsmodell mit dem Kb-SozU, dem DoKSoC und ihrem Interaktionsterm konnte 23% der Varianz des KINDL<sup>R</sup> aufklären. Aufgrund der Bestätigung des Moderatoreffekts wurde hierbei die Analyse zum Mediatoreffekt des DoKSoC nicht durchgeführt.

**Tabelle 63: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den Kb-SozU, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)**

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>		$R^2=.27; R^2_{\text{kor}}=.23; F(3, 63)=7.72, p<.01$			
Prädiktoren	$r_{xy}$	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	<i>Beta</i>	<i>VIF</i>
Kb-SozU	-.10	-.86	1.65	-.06	1.14
DoKSoC	.47**	.33	.08	.46**	1.04
Kb-SozU * DoKSoC		.33	.16	.24*	1.03

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des *t*-Tests(*Beta*) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Um den signifikanten Moderatoreffekt des DoKSoC auf den Zusammenhang zwischen dem Kb-SozU und dem KINDL<sup>R</sup> genau zu klären, wurde die Post-hoc Analyse durchgeführt (s. Abb. 29).



**Abbildung 29: Post-hoc Analyse für den Moderatoreffekt des DoKSoC auf den Zusammenhang zwischen dem KINDL<sup>R</sup> und dem Kb-SozU bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland**

Die Post-Hoc Analyse wies nach, dass der KINDL<sup>R</sup> mit dem Kb-SozU bei den untersuchten Kindern mit stark ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl positiv zusammenhängt. Je mehr kindbezogene soziale Unterstützung südkoreanische Mütter in Deutschland wahrnehmen, umso besser ausgeprägt ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder. Allerdings

war dies nicht signifikant ( $t=1.51, n.s$ ). Bei den untersuchten Kindern mit niedrig ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl wurde aufgezeigt, dass der KINDL<sup>R</sup> mit dem Kb-SozU negativ zusammenhängt. Das heißt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl ist umso niedriger ausgeprägt, je mehr kindbezogene soziale Unterstützung ihre Mütter wahrnehmen. Hierbei wurde eine tendenzielle Signifikanz nachgewiesen ( $t=-1.71, p<.10$ ) (s. Abb.29).

**Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea:** In der Regressionsanalyse zum Moderatoreffekt in Tabelle 64 wurde nachgewiesen, dass der Interaktionsterm aus dem Kb-SozU und dem DoKSoC keinen Einfluss auf den KINDL<sup>R</sup> hat. Demgemäß ließ sich feststellen, dass kein Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea zu finden ist (s. Tab. 64).

Tabelle 64: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den Kb-SozU, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=172)

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>		$R^2=.57; R^2_{\text{kor}}=.56; F(3, 168)=73.27, p<.01$				
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF	
Kb-SozU	.06	-1.06	.94	-.06	1.03	
DoKSoC	.73**	.60	.04	.76**	1.03	
kb-SozU * DoKSoC		.01	.05	.01	1.01	

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Wie in Tabelle 65 zu entnehmen, hing der Kb-SozU (X) nicht mit dem KINDL<sup>R</sup> (Y) zusammen. Somit ist kein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der von Müttern wahrgenommen kindbezogenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea zu erwarten (s. Tab. 65; Abb.30).

Tabelle 65: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem Kb-SozU (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=172)

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>kor</sub>
X → M	3.51	1.75	.15*	4.03*	.02	.02
M → Y	.59	.04	.75**	219.48**	.56	.56
X → Y	1.01	1.40	.06	.58	.00	.00
X (M) → Y	-1.05 (.60)	.94 (.04)	-.06 (.76**)	- 110.53**	- .57	- .56

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

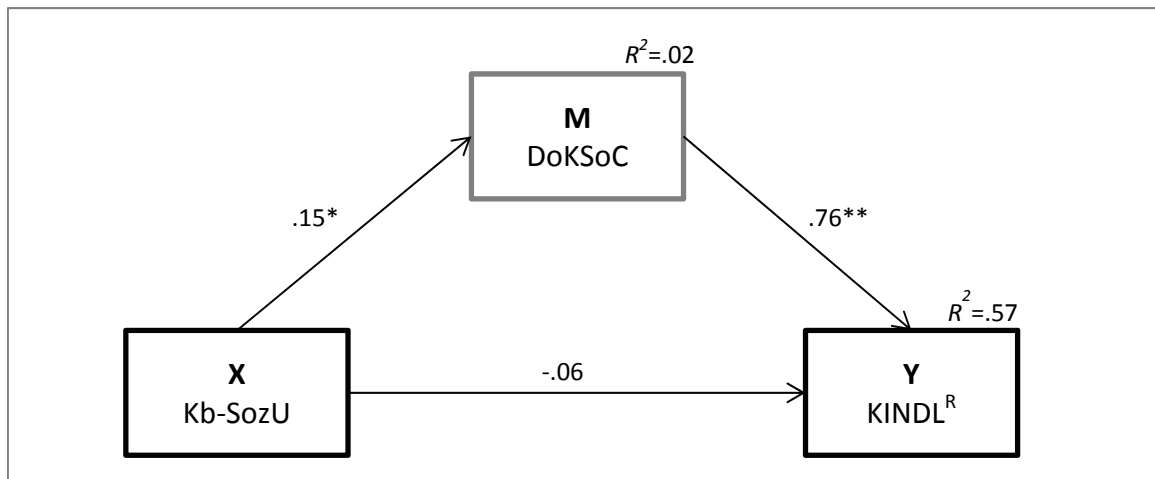


Abbildung 30: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem Kb-SozU (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=172)

**Fazit:** Die Hypothese [H17], dass der Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl moderiert wird, konnte anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland bestätigt werden. Bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea fanden sich hingegen weder ein Moderator- noch ein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls beim Zusammenhang zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder.

#### AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KINDL<sup>R</sup> UND PAARZUF

Hypothese [H18]:

Je zufriedener südkoreanische Mütter in der Paarbeziehung sind, umso höher ist die Ausprägung gesundheitsbezogener Lebensqualität ihrer Kinder. Und dieser Zusammenhang wird durch das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder moderiert.

**Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland:** Die Regressionsanalyse zum Moderatoreffekt zeigte, dass der KINDL<sup>R</sup> durch den Interaktionsterm aus dem PaarZuf und dem DoKSoC nicht vorhergesagt wird. Daher konnte festgehalten werden, dass kein Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland zu finden ist (s. Tab. 66).

**Tabelle 66: Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den PaarZuf, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=66)**

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>					
$R^2=.23; R^2_{\text{korr}}=.20; F(3, 62)=6.25, p<.01$					
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
PaarZuf	-.06	.80	1.35	.07	1.00
DoKSoC	.46**	.33	.08	.47**	1.01
PaarZuf * DoKSoC		-.10	.10	-.12	1.01

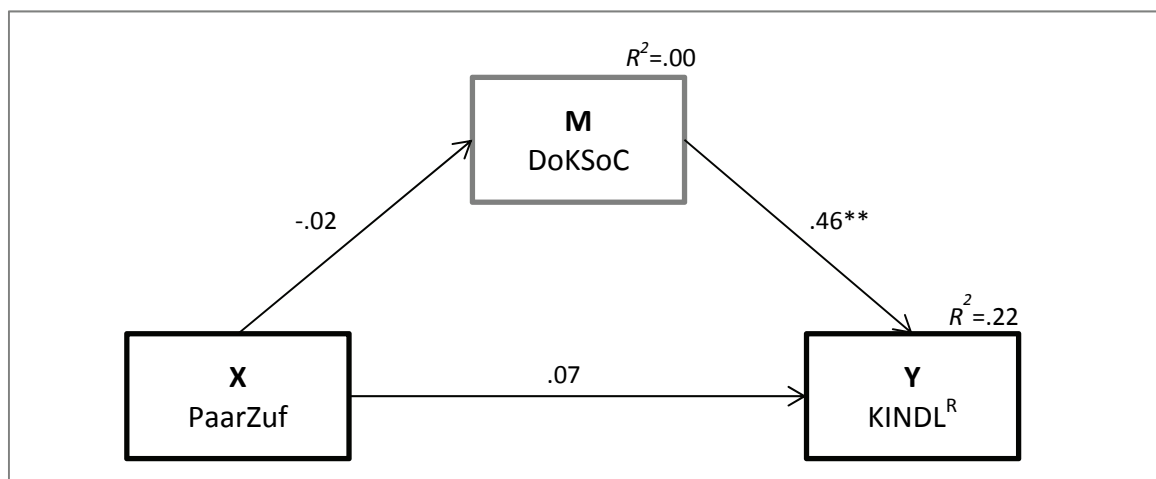
Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Durch die weiteren Regressionsrechnungen zum Mediatoreffekt in Tabelle 67 konnte nachgewiesen werden, dass der Prädiktor (X) weder das Kriterium (Y) noch den Mediator (M) vorhersagt, was die Voraussetzungen für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts darstellt. Demnach ist kein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland zu erwarten (s. Tab. 67; Abb.31).

**Tabelle 67: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=66)**

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
X → M	-.40	2.15	-.02	.04	.00	.00
M → Y	.33	.08	.46**	17.26**	.21	.20
X → Y	.75	1.52	.06	.28	.00	.00
X (M) → Y	.88 (.33)	1.35 (.08)	.08 (.46**)	- 8.76**	- .21	- .19

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$



**Abbildung 31: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=66)**

**Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea:** Die Regressionsanalyse zum Moderatoreffekt in Tabelle 68 zeigte, dass der Interaktionsterm aus dem PaarZuf und dem DoKSoC keinen Effekt auf den KINDL<sup>R</sup> aufweist. Dementsprechend konnte festgehalten werden, dass sich kein Moderator-

effekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea finden lässt (s. Tab. 68).

**Tabelle 68: Moderatoreffekt des kindlichen Kohärenzgefühls. Regression des KINDL<sup>R</sup> auf den PaarZuf, den DoKSoC und den Interaktionsterm bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=177)**

Kriterium: KINDL <sup>R</sup>					
$R^2=.52; R^2_{korr}=.51; F(3, 173)=61.22, p<.01$					
Prädiktoren	$r_{xy}$	B	SE (B)	Beta	VIF
PaarZuf	.16*	-.08	.77	-.01	1.07
DoKSoC	.72**	.56	.04	.72**	1.06
PaarZuf * DoKSoC		-.04	.05	-.04	1.01

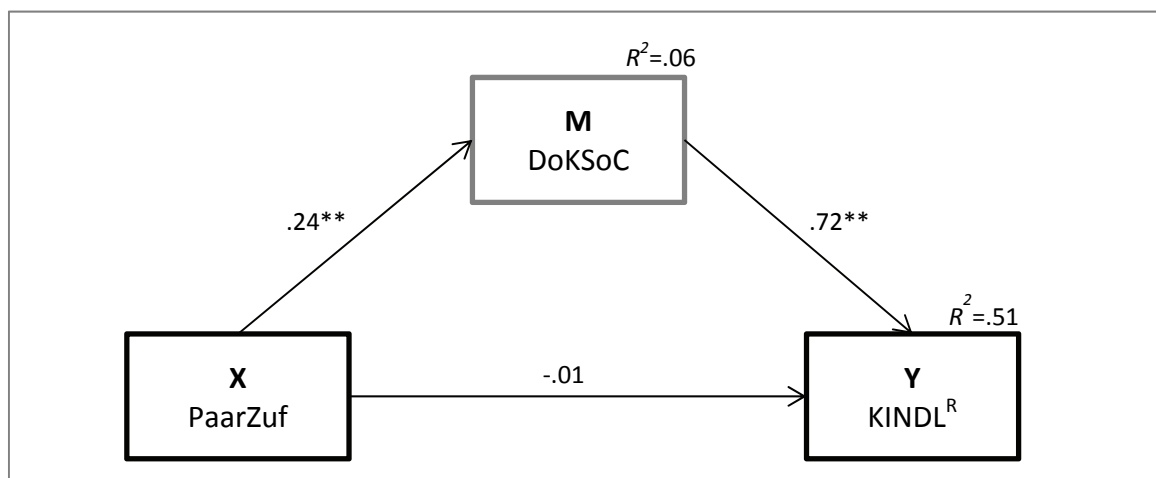
Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des Korrelationskoeffizienten nach Pearson ( $R_{xy}$ ) und des t-Tests (Beta) \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

Des Weiteren wurde der Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder untersucht. Wie in Tabelle 69 zu ersehen, fiel der Effekt des PaarZuf (X) auf den KINDL<sup>R</sup> (Y) von 0.16 auf -0.01 ab, wenn der DoKSoC (M) in der Regressionsgleichung mit berechnet wurde. Da dabei der Effekt des PaarZuf verschwand, kann es sich um einen totalen Mediatoreffekt handeln (s. Tab. 69; Abb. 32).

**Tabelle 69: Regressionen zur Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=177)**

	B	SE(B)	Beta	F	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
X → M	4.29	1.32	.24**	10.47**	.06	.05
M → Y	.56	.04	.72**	184.27**	.51	.51
X → Y	2.28	1.05	.16*	4.69*	.03	.02
X (M) → Y	-.13 (.56)	.77 (.04)	-.01 (.72**)	- 91.64**	- .51	- .51

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des t-Tests (Beta) und des F-Tests \*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$



**Abbildung 32: Analyse des Mediatoreffekts des DoKSoC (M) zwischen dem PaarZuf (X) und dem KINDL<sup>R</sup> (Y) bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=177)**

Anschließend wurde durch das Bootstrap-Verfahren festgestellt, dass der indirekte Effekt von dem PaarZuf über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> signifikant ist ( $b_{xm*my}=.17$ ,  $p<.05$ , [95% KI .07~.27], *zweiseitige Testung*). Demnach ließ sich anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea zeigen, dass die Beziehung zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl vollständig mediiert wird. Das Regressionsmodell mit dem PaarZuf und dem DoKSoC konnte dabei 51% der Varianz des KINDL<sup>R</sup> aufklären (s. Tab. 69; Abb. 32).

**Fazit:** Die Hypothese [H18], dass der Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch das Kinder-Kohärenzgefühl moderiert wird, konnte bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland und bei jenen in Südkorea nicht bestätigt werden. Allerdings fand sich ein totaler Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder nur bei den südkoreanischen Müttern und Kindern in Südkorea.

### 7.2.3 Beurteilung im Strukturmodell

In diesem Kapitel werden die Befunde bezüglich der Mediatoreffekte des (Kinder-) Kohärenzgefühls aus den Kapiteln 7.2.1 und 7.2.2 im Pfadmodell beurteilt. Anhand der Pfadanalyse wird nämlich darauf abgezielt, zu prüfen, inwieweit sich die Ergebnisse der Mediatoreffekten des (Kinder-) Kohärenzgefühls bei der simultanen Testung bestätigen lassen, um einen Überblick über die vorgefundenen vielseitigen Mediatoreffekte zu geben. Somit wurde das theoretische Konstrukt im Pfadmodell von den Ergebnissen aus einzelnen Mediatoranalysen in Kapitel 7.2.1 und 7.2.2 abgeleitet.

In den Pfaddiagrammen entspricht der Doppelpfeil dem Korrelationskoeffizient ( $r_{xy}$ ) und der gerichtete Pfeil dem Pfadkoeffizienten ( $b_{xy}$ ), der den *direkten* Effekt von einem Prädiktor, von dem der Pfeil ausgeht, auf das Kriterium, auf das die Pfeilspitze zeigt, angibt. Betrachtet man die Pfadmodelle I und II, dann ist es festzustellen, dass die Anzahl der Pfade ( $b_{xy}$ ) zwischen Variablen von Stichproben in Deutschland und in Südkorea dadurch variiert, je nachdem, ob es sich um einen *totalen* oder *partiellen* Mediatoreffekt handelt. Im Pfaddiagramm I zum Beispiel richtet der Pfeil von dem F-SozU-14 nur auf den SOC-13, weil dort ein *totaler* Mediatoreffekt des SOC-13 zwischen dem F-SozU-14 und dem GHQ-12 bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland nachgewiesen wurde, während bei den untersuchten Müttern in Südkorea ein *partieller* Mediatoreffekt bestätigt wurde, so dass im Pfaddiagramm II zwei Pfeile aus dem F-SozU-14 auf den SOC-13 und den GHQ-12 gemeinsam gerichtet sind (s. Abb. 33; s. Kap.7.2.1).

Im Pfadmodell mit mehreren Variablen kann jedoch der Mediatoreffekt im engeren Sinne, also nach in der vorliegenden Untersuchung genommenen Kriterien (Baron & Kenny, 1986) (s. Kap. 5.3), nur schwer beurteilt werden. Vielmehr wird sich bei den Pfadanalysen in diesem Kapitel auf den direkten sowie indirekten Effekt konzentriert werden, was eine wesentliche Voraussetzung für einen Mediatoreffekt darstellt (Urban & Mayerl, 2011).

Im Pfadmodell ist die Stichprobengröße zum Teil abweichend von der bei den einzelnen Mediatoranalysen, weil nicht vollständige Fälle bei der Berechnung des Pfadmodells von Anfang an ausgeschlossen waren. Aufgrund der unterschiedlichen Altersverteilung zwischen den Kindern in Deutschland (7-15) und Südkorea (7-12) (s. Kap. 5.2.2) wurde in Pfadmodellen III und IV das Alter des Kindes als Kontrollvariable für den KINDL<sup>R</sup> und den DoKSoC in das Strukturmodell einbezogen. Die anderen Kontrollvariablen, die allerdings in der Kovarianzanalyse

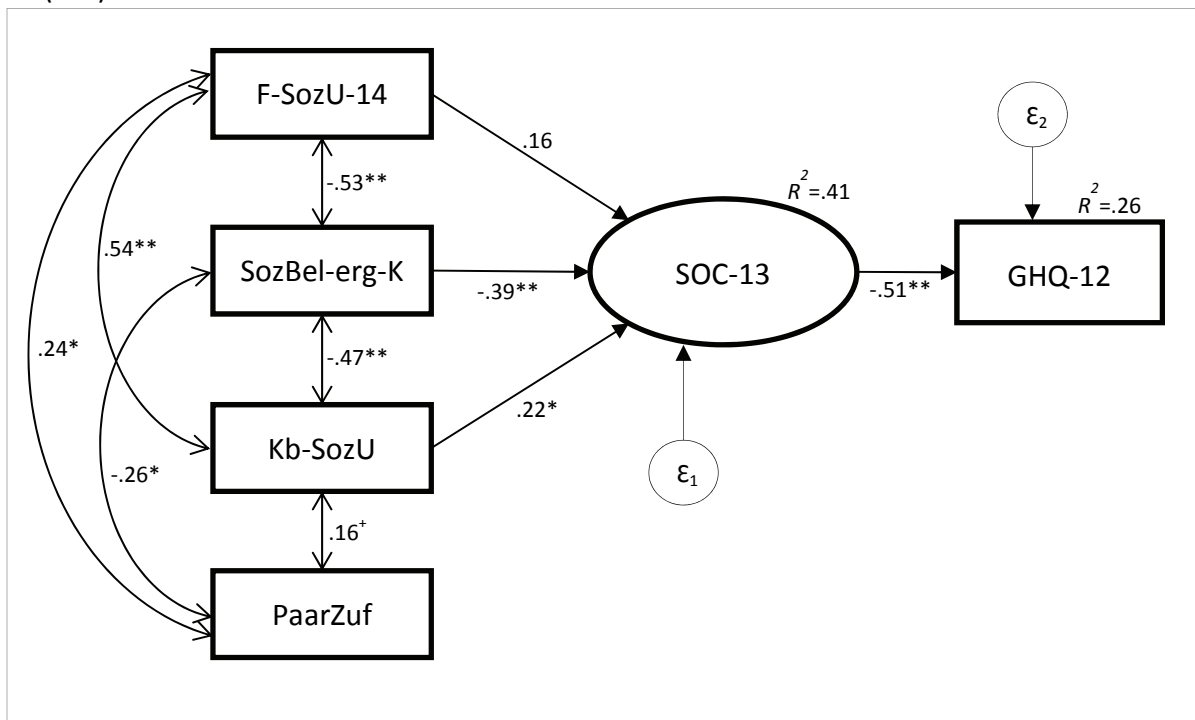


berücksichtigt wurden (s. Kap. 7.1), konnten im Pfadmodell nicht mit berechnet werden, weil die möglichen Störvariablen im Pfadmodell nicht *ökonomisch* zu kontrollieren sind, d.h. das Pfadmodell verlangt eigentlich eine große Stichprobe. Zudem sollte der Umfang der Stichprobe mit der Zunahme der Prädiktoren noch größer werden, sonst kann die optimale Schätzung des Modells nicht garantiert werden (Backhaus, 2006).

PFADANALYSE BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN

**Südkoreanische Mütter in Deutschland:** Bei der simultanen Überprüfung der Mediatoreffekte des Kohärenzgefühls zeigte sich im Pfadmodell I, dass insgesamt 41% der Varianz am SOC-13 und 26% am GHQ-12 erklärt werden (s. Abb. 33). Dabei wurde lediglich eine Kriteriumsvariable, der SOC-13, durch 3 Prädiktoren, die ebenfalls miteinander korrelieren, direkt vorhergesagt. Eine weitere Kriteriumsvariable, GHQ-12, wurde ausschließlich durch den SOC-13 wiederum direkt beeinflusst. Dabei ist festzustellen, dass sich der SozBel-erg-K als der stärkste Prädiktor für den SOC-13 erwies (s. Abb. 33).

Abbildung 33: Pfaddiagramm I bezüglich der Ergebnisse der Mediatoranalysen des SOC-13 bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland (N=82)



Anmerkung. Gütekriterien des Pfadmodells:  $\chi^2[5]=1.28, p=.94; \chi^2/df=.26; RMSEA=.00; NFI=.99; CFI=1.00$   
Irrtumswahrscheinlichkeit:  $^+p<.10; *p<.05; **p<.01$

Im Weiteren wurde der indirekte Effekt des F-SozU-14, des SozBel-erg-K und des Kb-SozU über den SOC-13 auf den GHQ-12 auf Signifikanz überprüft, der eine Voraussetzung für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts des SOC-13 ist. Damit lässt sich festhalten, ob die einzelnen gefundenen Mediatoreffekte des SOC-13 anhand der untersuchten Mütter in Deutschland in Kapitel 7.2.1 auch im Pfadmodell gültig sind. So zeigte das Bootstrap-Verfahren, dass der indirekte Effekt des Kb-SozU über den SOC-13 auf den GHQ-12 ( $b_{xm*my} = -.11$ ,  $p < .05$ , [95% KI  $-.21 \sim -.02$ ]) sowie der des SozBel-erg-K über den SOC-13 auf den GHQ-12 ( $b_{xm*my} = .19$ ,  $p < .01$ , [95% KI  $.08 \sim .33$ ]) im Pfadmodell auch signifikant sind, während der indirekte Effekt des F-SozU-14 über den SOC-13 auf den GHQ-12 im Pfadmodell keine Signifikanz mehr aufwies ( $b_{xm*my} = -.08$ , *n.s.*). Demnach konnte festgestellt werden, dass der Mediatoreffekt des SOC-13 zwischen dem F-SozU-14 und dem GHQ-12 bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland im Pfadmodell nicht nachzuweisen ist.

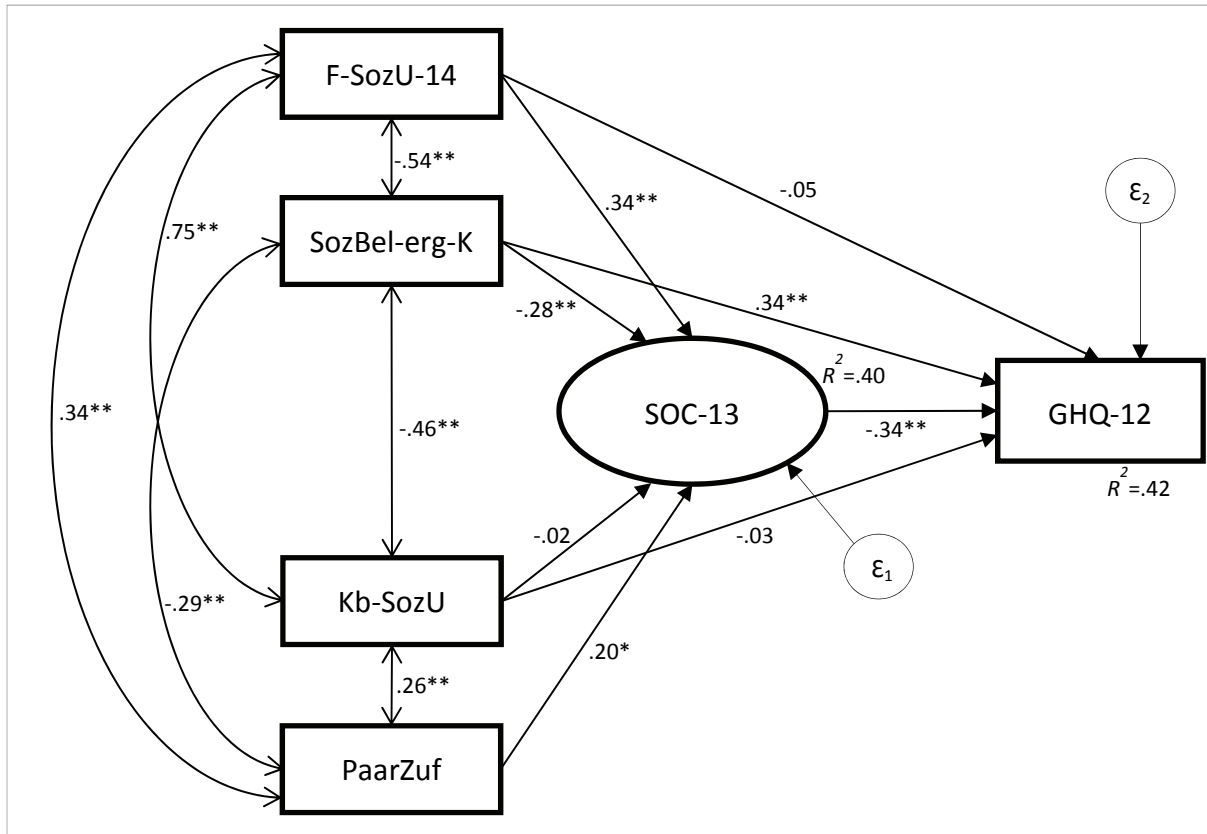
Im Übrigen wiesen alle fünf Gütekriterien zur Beurteilung der Gesamtstruktur des Pfadmodells I auf einen sehr guten Fit des Modells hin (s. Abb. 33; Kap. 5.3). Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass das Konstrukt des Pfadmodells I, das sich von den Ergebnissen einzelner Mediatoranalysen bei den untersuchten Müttern in Deutschland ableitete, anhand der erhobenen Daten empirisch bestätigen lässt (s. Abb. 33).

**Südkoreanische Mütter in Südkorea:** Bei der simultanen Überprüfung der Mediatoreffekte des Kohärenzgefühls wurde im Pfadmodell II gezeigt, dass insgesamt 40% der Varianz an dem SOC-13 und 42% an dem GHQ-12 aufgeklärt werden. Dabei wurden die zwei Kriteriumsvariablen, SOC-13 und GHQ-12, gemeinsam durch die Prädiktoren vorhergesagt. Der F-SozU-14 stellte sich als der stärkste direkte Prädiktor für den SOC-13 dar und der SozBel-erg-K sowie der SOC-13 sagten gemeinsam am Größten den GHQ-12 vorher (s. Abb. 34).

Überdies wurde der indirekte Effekt des F-SozU-14, des SozBel-erg-K, des Kb-SozU und des PaarZuf über den SOC-13 auf den GHQ-12 auf Signifikanz geprüft, um festzustellen, ob die einzelnen gefundenen Mediatoreffekte des SOC-13 bei den untersuchten Müttern in Südkorea auch im Pfadmodell gelten. So konnte mittels des Bootstrap-Verfahrens aufgezeigt werden, dass die indirekten Effekte des F-SozU-14 ( $b_{xm*my} = -.12$ ,  $p < .01$ , [95% KI  $-.23 \sim -.04$ ]), des SozBel-erg-K ( $b_{xm*my} = .10$ ,  $p < .01$ , [95% KI  $.04 \sim .19$ ]) und des PaarZuf ( $b_{xm*my} = -.07$ ,  $p < .05$ , [95% KI  $-.14 \sim -.02$ ]) über den SOC-13 auf den GHQ-12 auch im Pfadmodell gültig sind. Hingegen

blieb der indirekte Effekt des Kb-SozU im Pfadmodell nicht mehr signifikant ( $b_{xm*my}=-.08, n.s$ ). Demnach ließ sich der Mediatoreffekt des SOC-13 zwischen dem Kb-SozU und dem GHQ-12 anhand der untersuchten Mütter in Südkorea im Pfadmodell nicht bestätigen (s. Abb. 34).

Abbildung 34: Pfaddiagramm II bezüglich der Ergebnisse der Mediatoranalysen des SOC-13 bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea (N=172)



Anmerkung. Gütekriterien des Pfadmodells:  $\chi^2[1]=.39, p=.53; \chi^2/df= .39; RMSEA=.00; NFI=1.00; CFI=1.00$   
Irrtumswahrscheinlichkeit:  $^+ p<.10; * p<.05; ** p<.01$

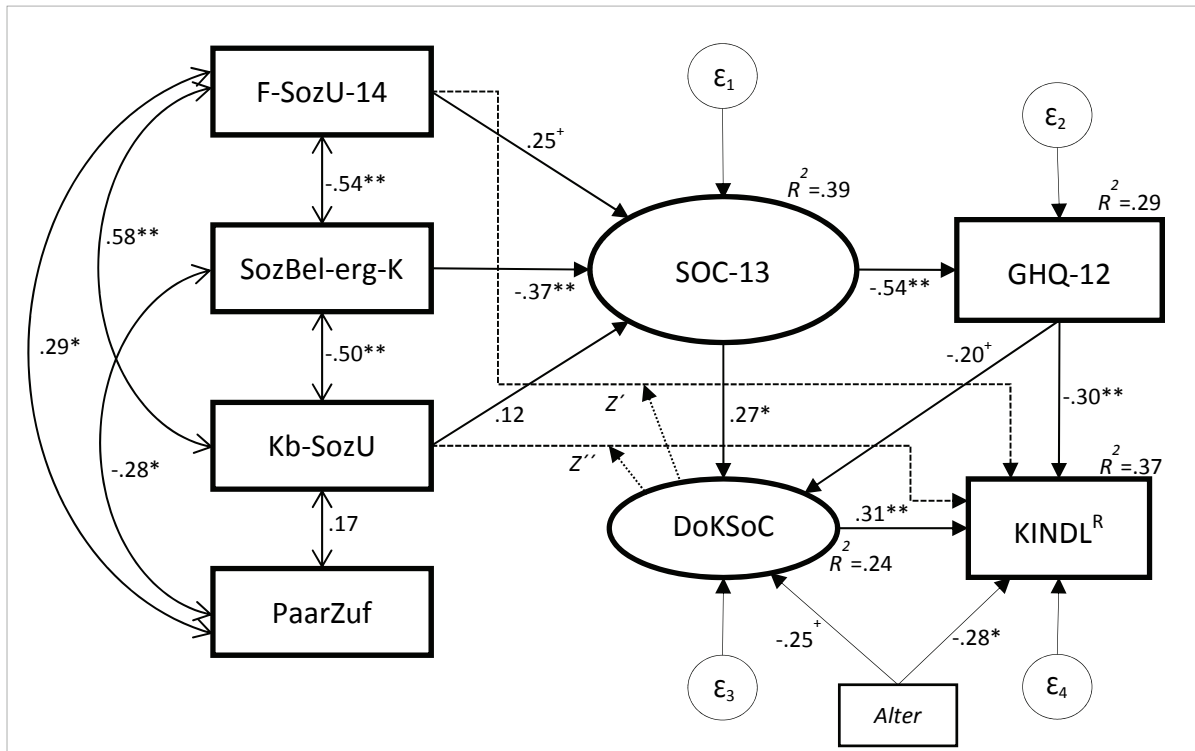
Des Weiteren ließ sich feststellen, dass die Gütekriterien zur Beurteilung der Gesamtstruktur des Pfadmodells II, der *Chi-Quadrat Test*,  $\chi^2/df$ , *RMSEA*, *NFI* sowie *CFI*, auf einen sehr guten Modellfit hinweisen (s. Kap. 5.3). Insgesamt ist es davon auszugehen, dass das Konstrukt des Pfadmodells II, das sich aus den Ergebnissen einzelner Mediatoranalysen bei den untersuchten Müttern in Südkorea herleitete, anhand der erhobenen Daten empirisch zu bestätigen ist (s. Abb.34).

PFADANALYSE BEI DEN MUTTER-KIND-DYADEN

**Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland:** Das Pfadmodell III zur simultanen Überprüfung der Mediatoreffekte des Kinder-Kohärenzgefühls wies bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland auf, dass der DoKSoC mit 31% Varianzaufklärung und der KINDL<sup>R</sup> mit 37% Varianzaufklärung vorhergesagt werden (s. Abb. 35).

Wie in Abbildung 35 zu ersehen, befinden sich im Pfadmodell III zwei gestrichelte Pfeile für den Moderatoreffekt des DoKSoC auf den Zusammenhang zwischen dem F-SozU-14 (Z') und dem KINDL<sup>R</sup> und auf den Zusammenhang zwischen dem Kb-SozU und dem KINDL<sup>R</sup> (Z''). Diese gestrichelten Pfeile wurden aber in der Pfadanalyse nicht mit berechnet, sondern lediglich zwecks besserer Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 7.2.2 abgebildet (s. Abb. 35).

Abbildung 35: Pfaddiagramm III bezüglich der Ergebnisse der Mediatoranalysen des DoKSoC bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (N=67)



Anmerkung. Gütekriterien des Pfadmodells:  $\chi^2[20]=16.53$ ,  $p=.68$ ;  $\chi^2/df=.83$ ;  $RMSEA=.00$ ;  $NFI=.91$ ;  $CFI=1.00$  (ohne Moderatoreffekt [Z])  
Irrtumswahrscheinlichkeit:  $^+p<.10$ ;  $*p<.05$ ;  $**p<.01$

Anschließend wurde die Signifikanzprüfung für den indirekten Effekt des SOC-13 und des GHQ-12 über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> vorgenommen, um Aufschluss darüber zu geben, ob die einzelnen nachgewiesenen Mediatoreffekte des DoKSoC bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland in Kapitel 7.2.2 auch im Pfadmodell wirksam sind. So ergab sich aus dem Bootstrap-Verfahren, dass sich der indirekte Effekt des GHQ-12 über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> auch im Pfadmodell signifikant bestätigen lässt ( $b_{xm*my}=-.06$ ,  $p<.05$ , [95%

KI  $-.20 \sim .00$ ]). Der indirekte Effekt des SOC-13 über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> ( $b_{xm*my} = -.08$ ) kann anhand des Bootstrap-Verfahrens jedoch nicht auf Signifikanz geprüft werden. Denn das AMOS ermittelt nur den *gesamten* indirekten Effekt (Bortz & Schuster, 2010). Im Pfadmodell III gibt es jedoch drei unterschiedliche indirekte Effekte des SOC-13 auf den KINDL<sup>R</sup> (über den DoKSoC; über den GHQ-12; über den GHQ und den DoKSoC) (s. Abb. 35). Dieser *gesamte* indirekte Effekt des SOC-13 auf den KINDL<sup>R</sup> ließ sich im Pfadmodell III signifikant bestätigen ( $b_{xm*my} = .28, p < .01, [95\% \text{ KI } .12 \sim .46]$ ).

Mithilfe der Pfadanalyse ließen sich zusätzlich noch einige indirekte Effekte von den mütterlichen Variablen auf die Variablen der Kinder feststellen, die bei den einzelnen Mediatoranalysen nicht zu finden waren (s. Abb. 35):

- Der indirekte Effekt des SOC-13 über den GHQ-12 auf den DoKSoC ( $b_{xm*my} = .11, p = .06, [95\% \text{ KI } -.01 \sim .29]$ );
- Der indirekte Effekt des SozBel-erg-K auf den DoKSoC ( $b_{xm*my} = -.14, p < .01, [95\% \text{ KI } -.30 \sim -.03]$ ) und auf den KINDL<sup>R</sup> ( $b_{xm*my} = -.10, p < .01, [95\% \text{ KI } -.25 \sim -.02]$ );
- Der indirekte Effekt des F-SozU-14 auf den DoKSoC ( $b_{xm*my} = .10, p < .05, [95\% \text{ KI } .01 \sim .25]$ ) und den KINDL<sup>R</sup> ( $b_{xm*my} = .07, p < .05, [95\% \text{ KI } .01 \sim .19]$ ).

Zudem zeigten alle fünf Gütekriterien zur Beurteilung der Gesamtstruktur des Pfadmodells III einen sehr guten Modellfit auf (s. Abb. 35; Kap. 5.3). Demnach kann festgehalten werden, dass das Konstrukt des Pfadmodells III, das sich von den Ergebnissen einzelner Mediatoranalysen bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland ableitete, anhand der erhobenen Daten empirisch bestätigen lässt (s. Abb. 35).

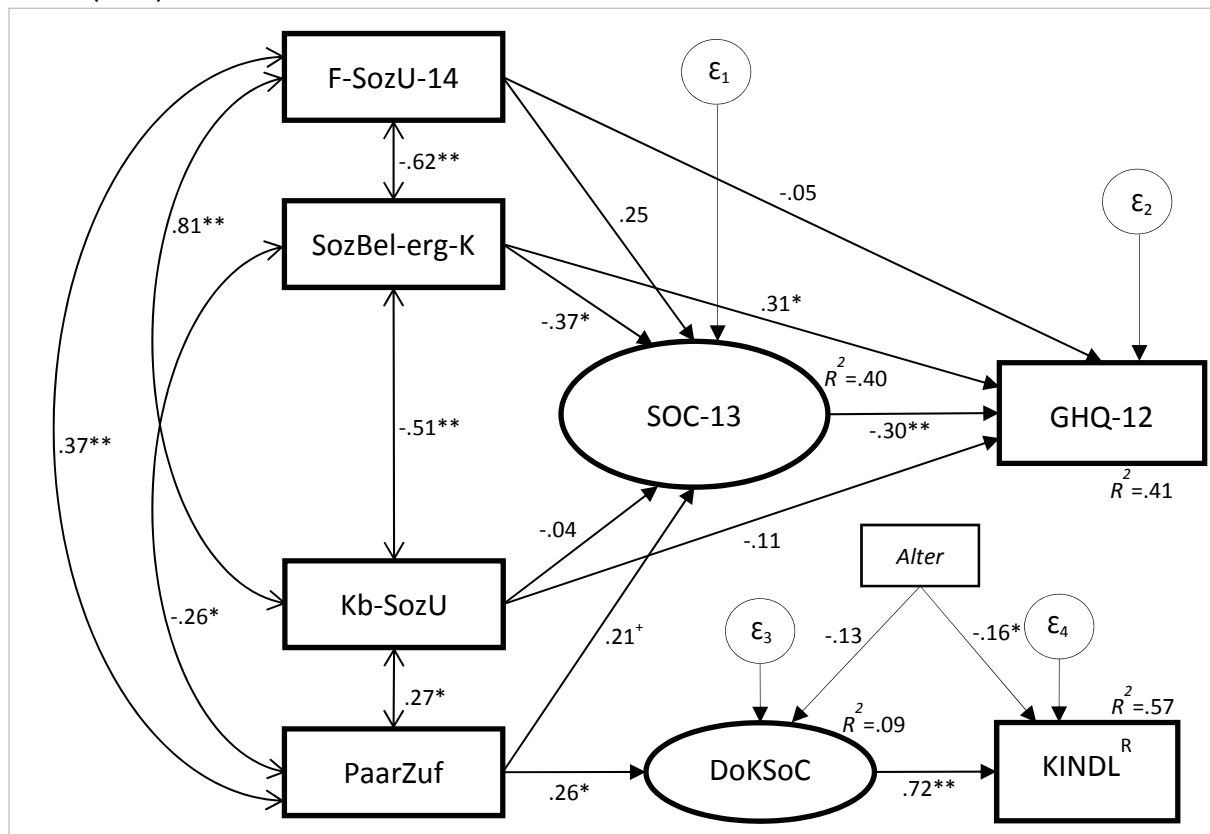
**Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea:** Bei der simultanen Überprüfung der Mediatoreffekte des Kinder-Kohärenzgefühls im Pfadmodell IV wurde aufgezeigt, dass 9% der Varianz an dem DoKSoC und 57% an dem KINDL<sup>R</sup> anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea erklärt werden konnten (s. Abb. 36).

Weiterhin wurde die Signifikanz des indirekten Effekts des PaarZuf über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> überprüft, um festzustellen, ob der gefundene Mediatoreffekt des DoKSoC zwischen dem PaarZuf und dem KINDL<sup>R</sup> auch im Pfadmodell IV gültig ist. Dahingehend wies das

Bootstrap-Verfahren auf, dass der indirekte Effekt des PaarZuf über den DoKSoC auf den KINDL<sup>R</sup> im Pfadmodell IV signifikant ist ( $b_{xm*my}=.19, p<.05, [95\% \text{ KI } .03\sim.32]$ ).

Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Gütekriterien zur Beurteilung der Gesamtstruktur des Pfadmodells IV, der *Chi-Quadrat Test*,  $X^2/df$ , *NFI* sowie *CFI*, einen guten Modellfit ergaben. Jedoch wies das Gütekriterium, *RMSEA*, einen akzeptablen Modellfit auf (s. Abb. 36; Kap. 5.3) (Backhaus, 2006). Somit lässt sich nur *bedingt* festhalten, dass das Konstrukt des Pfadmodells IV, das sich aus den Ergebnissen einzelner Mediatoranalysen bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea herleitete, anhand der erhobenen Daten empirisch zu bestätigen ist.

Abbildung 36: Pfaddiagramm IV bezüglich der Ergebnisse der Mediatoranalysen des DoKSoC bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea (N=165)



Anmerkung. Gütekriterien des Pfadmodells:  $X^2[18]=25.31, p=.12; X^2/df= 1.41; RMSEA=.05; NFI=.91; CFI=.97$   
Irrtumswahrscheinlichkeit:  $^+p<.10; *p<.05; **p<.01$

### 7.2.4 Zusammenfassung von Hypothesen [H9] bis [H18]

In Kapitel 7.2 wurden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung von [H9] bis [H18] dargestellt. Dabei wurde versucht, den Moderatoreffekt des (Kinder-) Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen den gesundheitsrelevanten Variablen (GHQ-12 bei Müttern und KINDL<sup>R</sup> bei Kindern) und den generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten entsprechenden Variablen von Müttern und Kindern zu finden. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass kein Moderatoreffekt des (Kinder-) Kohärenzgefühls anhand der vorliegenden Stichprobe nachgewiesen wurde, mit Ausnahmen von dem Moderatoreffekt des DokSoC auf den Zusammenhang zwischen dem F-SozU-14 und dem KINDL<sup>R</sup> (S. 139 f) sowie zwischen dem Kb-SozU und dem KINDL<sup>R</sup> (S. 144 f) anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland. Somit gelten die Hypothesen [H15] und [H17] bei der Stichprobe in Deutschland als bestätigt.

Es konnte anstatt des Moderatoreffekts festgestellt werden, dass sich mehrere Mediatoreffekte des (Kinder-) Kohärenzgefühls bei mehreren Zusammenhängen zwischen den Variablen finden.

Die totalen Mediatoreffekte des Kohärenzgefühls fanden sich bei einzelnen Mediatoranalysen anhand der südkoreanischen Mütter in Deutschland im Zusammenhang zwischen:

- ✓ der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (F-SozU-14) und dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand (GHQ-12);
- ✓ der wahrgenommenen sozialen Belastung (SozBel-erg-K) und dem GHQ-12;
- ✓ der wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung (Kb-SozU) und dem GHQ-12.

Anhand der untersuchten Mütter in Südkorea mediiert das Kohärenzgefühl partiell zwischen:

- ✓ dem F-SozU-14 und dem GHQ-12;
- ✓ dem SozBel-erg-K und dem GHQ-12;
- ✓ dem Kb-SozU und dem GHQ-12;
- ✓ der Paarzufriedenheit (PaarZuf) und dem GHQ-12 (totaler Effekt).

Anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland ließ sich feststellen, dass sich der Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls findet im Zusammenhang zwischen:

- ✓ dem Kohärenzgefühl von Müttern (SOC-13) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder (KINDL<sup>R</sup>) (totaler Effekt);
- ✓ dem GHQ-12 von Müttern und dem KINDL<sup>R</sup> (partieller Effekt).

Bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea konnte lediglich ein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls bestätigt werden im Zusammenhang zwischen:

- ✓ dem PaarZuf von Müttern und dem KINDL<sup>R</sup> (totaler Effekt).

Anschließend wurden die einzelnen Befunde der Mediatoreffekte des (Kinder-) Kohärenzgefühls gleichzeitig mit Hilfe der Pfadanalyse überprüft. Jede Pfadanalyse erbrachte einen guten Modellfit, d.h. es ist davon auszugehen, dass die aus einzelnen Mediatoranalysen abgeleiteten Beziehungen und ihre gesamte Konstrukte mit den in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Daten übereinstimmen. Ist eine ausreichend hohe Anpassungsgüte zu beobachten, wird dies als Evidenz für die Gültigkeit des Pfadmodells betrachtet. Jedoch darf das Pfadmodell aufgrund einer guten Modellanpassung nicht als bewiesen gelten (Bortz & Schuster, 2010).



## V. DISKUSSION UND AUSBLICK

### 8 DISKUSSION

Zentrale Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war es, den Gesundheitsprozess zugewanderter Mütter und ihrer Kinder im Vergleich zu jenen im Heimatland aus einer salutogenetischen Forschungsperspektive darzustellen. Damit richtet sich das Interesse dieser Arbeit auf die Suche nach den Unterschieden zwischen Stichproben bezüglich der Wirkung und der Rolle des Kohärenzgefühls im Gesundheitsprozess. Dabei wurde die Wirkung der Stärke des (Kinder-) Kohärenzgefühls auf die abhängigen Variablen, also die den generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten entsprechenden Variablen und die gesundheitsrelevanten Variablen von Müttern und Kindern, mittels der Varianzanalyse (Haupteffekt des Kohärenzgefühls) untersucht (s. Kap. 7.1). Anschließend wurde dann die konkrete Rolle des (Kinder-) Kohärenzgefühls beim Gesundheitsprozess mittels der Regressions- und Pfadanalyse (Moderator- und Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls) überprüft (s. Kap. 7.2).

Im Folgenden sollen die in der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Ergebnisse unter Berücksichtigung der Theorie und Fragestellungen genauer eingeordnet werden. Die Diskussion über die gefundenen Ergebnisse in Kapitel 8 wird in vier Teile unterteilt: In Kapitel 8.1 und 8.2 werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zum Haupteffekt des (Kinder-) Kohärenzgefühls auf die abhängigen Variablen diskutiert. In Kapitel 8.3 werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zur Rolle des Kohärenzgefühls der Mütter beim Gesundheitsprozess thematisiert. Das Kapitel 8.4 stellt die Diskussion über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zur Rolle des Kinder-Kohärenzgefühls beim Gesundheitsprozess der Kinder dar. Danach folgen in Kapitel 8.5 Hinweise auf die Grenzen der vorliegenden Studie. Abschließend folgen in Kapitel 8.6 ein Ausblick auf die zukünftigen Forschungen und ein Hinweis für die Praxis.

## 8.1 ZUR WIRKUNG DER STÄRKE DES MÜTTERLICHEN KOHÄRENZGEFÜHLS

Im Hinblick auf die Fragestellung I wurde versucht, die salutogenetische Annahme zu überprüfen, dass sich südkoreanische Mütter sowohl in Deutschland als auch in Südkorea mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl von jenen mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl in Bezug auf die den generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten entsprechenden sowie gesundheitsrelevanten Variablen unterscheiden. Dies ließ sich in der vorliegenden Untersuchung bei den meisten Variablen bestätigen.

Der positive Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit wurde in zahlreichen Studien auch aus nicht-westlichen Kulturen bestätigt (Bengel et al., 2001; Eriksson & Lindström, 2006; Franke, 1997) (s. Kap.1.5.4). Desgleichen zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung, dass die südkoreanischen Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl sowohl in Deutschland aber auch in Südkorea über einen besseren psychischen Gesundheitszustand im Vergleich zu jenen mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl verfügten. Auch wurde weiter anhand der untersuchten Mütter in beiden Ländern gezeigt, dass die Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl mehr (kindbezogene) soziale Unterstützung und weniger soziale Belastungen wahrnehmen als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Die Befunde zum Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und sozialer Unterstützung und Belastung stimmen mit mehreren Studien z.B. zu Ausländerinnen in Deutschland (Pourgholam-Ernst, 2002) oder bei einer Vergleichsstudie zu Eltern von Kindern mit und ohne Autismus (Pisula & Kossakowska, 2010) überein. Außerdem zeigte sich bezüglich der Subdimensionen der kindbezogenen sozialen Unterstützung, dass die südkoreanischen Mütter mit hoch ausgeprägtem Kohärenzgefühl in beiden Ländern mehr kindbezogene praktische soziale Unterstützung wahrnehmen und in das soziale Umfeld in Bezug auf die Kindererziehung integriert sind als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Somit wurde die salutogenetische Annahme bei den untersuchten Müttern unabhängig von der Migrationserfahrung bestätigt, dass nämlich das starke Kohärenzgefühl mit besser ausgeprägter psychischer Gesundheit, mit mehr wahrgenommener (kindbezogenen) sozialen Unterstützung und mit weniger wahrgenommenen sozialen Belastung einhergeht.

### 8.1.1 Zur Wahrnehmung sozialer Unterstützung und sozialer Belastung in der Migration

Zur Überprüfung der Stärke des Kohärenzgefühls auf die abhängigen Variablen wurde ein multivariater Mittelwertevergleich durchgeführt, um die relative Bedeutung der abhängigen Variablen für die untersuchten Mütter mit hoch und niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl zu ermitteln (Bortz & Schuster, 2010). Vergleicht man zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland und Südkorea den Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen durch die Stärke des Kohärenzgefühls im multivariaten Mittelwertevergleich, dann ist zu bemerken, dass es einen Unterschied gibt. Die Varianz der sozialen Unterstützung wurde bei den untersuchten Müttern in beiden Ländern durch die Stärke des Kohärenzgefühls am meisten aufgeklärt (21% für Deutschland; 20% für Südkorea). Bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland folgten anschließend die Varianz der sozialen Belastung (18%), der kindbezogenen sozialen Unterstützung (16%) und des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes (11%), und bei jenen in Südkorea die der allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes (17%), der kindbezogenen sozialen Unterstützung (13.7%) und schließlich der sozialen Belastung (13.5%). Besonders auffallend sind bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland im Vergleich zu jenen in Südkorea der höher aufgeklärte Varianzanteil bei der sozialen Belastung und der niedriger aufgeklärte Varianzanteil bei der psychischen Gesundheit durch die Stärke des Kohärenzgefühls.

Es soll zunächst das Ergebnis des Mittelwertevergleichs genau analysiert werden, um den möglichen Grund für die relativ mehr aufgeklärte Varianz der sozialen Belastung bei den untersuchten Müttern in Deutschland zu finden. Beim Mittelwertevergleich in Kapitel 6.1 ließ sich bestätigen, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland mehr soziale Belastung als jene in Südkorea wahrnehmen, während es keinen Mittelwerteunterschied in Bezug auf die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung gibt. Das bedeutet also, dass sie sich von ihnen nahe stehenden Personen mehr kritisiert, abgelehnter, eingeengter und überforderter fühlen als jene in Südkorea. An dieser Stelle tritt die Frage nach den potenziellen Quellen sozialer Unterstützung sowie Belastung bei den untersuchten Müttern in Deutschland auf. In jeder Fragebogenanleitung zur sozialen Unterstützung, sozialen Belastung sowie kindbezogenen sozialen Unterstützung wurde den untersuchten Müttern angezeigt, dass alle Bekannten wie Partner, Eltern, Familie, Verwandte, Freunde sowie Nachbarn usw. zu den bei der Befra-

gung berücksichtigenden Quellen sozialer Unterstützung und Belastung gehören (Fydrich et al., 2007). Angesichts dessen, dass der Migrationsprozess den Verlust der sozialen Netzwerke zur Folge haben kann (Herwartz-Emden, 2000) (s. Kap. 2.3.2), ist anzunehmen, dass der Umfang der potenziellen Quellen an sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland eingeschränkter ist im Vergleich zu jenen in Südkorea (Faltermajer, 2001; Leyendecker, 2011; Pourgholam-Ernst, 2002). Die südkoreanischen Mütter in Deutschland scheinen also trotz der geringeren Quellen an sozialer Unterstützung und sozialer Belastung im ähnlichen Maße soziale Unterstützung wahrzunehmen wie jene in Südkorea und andererseits mehr soziale Belastung als jene in Südkorea. Vor diesem Hintergrund ist es denkbar, dass die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung und Belastung unabhängig von dem Umfang der zur Verfügung stehenden Quellen ist. Diesbezüglich ist aber auch an geschlechtsspezifische Besonderheiten in Bezug auf die Reziprozität sozialer Unterstützung zu denken, dass sich nämlich Frauen in der Regel mehr bemühen, nach Möglichkeiten zu suchen, soziale Unterstützung zu erhalten und zu geben. Aber dadurch bestehen bei ihnen auch mehr Möglichkeiten, soziale Belastung wahrzunehmen, besonders in beengten sozialen Netzwerken (Carmel et al., 1991; Faltermajer, 2001; Franke et al., 2001; Fydrich et al., 2007) (s. Kap. 2.3.2). Zudem ist bei dem Punkt bezüglich der sozialen Belastung bei den untersuchten Müttern in Südkorea auch zu überlegen, dass das weibliche Geschlecht ganz unabhängig von der Migration bereits eher von sozialen Ungleichheitslagen betroffen ist (Razum & Neuhauser, 2008; Wimmer-Puchinger, Wolf, & Engleder, 2006). Dementsprechend wird auch besonders zugewanderten Müttern eine sogenannte dreifache Belastung zugesprochen, weil sie oftmals auf ungünstige Arbeitsplätze angewiesen, als Minoritätsangehörige rechtlichen und sozialen Diskriminierungen ausgesetzt und als Frau in der Familie und im Berufsleben benachteiligt sind (Nauck, 1993). Obwohl sich die soziale Belastung in der vorliegenden Untersuchung auf die subjektiv wahrgenommene soziale Belastung bezog, ist die Aussage von Nauck insofern für die untersuchten Mütter in Deutschland relevant, als dass ihre Berufsqualifikation in Deutschland nicht immer ohne Weiteres anerkannt wird. So ist das Bildungsniveau bei den untersuchten südkoreanischen Müttern in Deutschland proportional viel höher als das bei jenen in Südkorea. Der Hausfrauenanteil ist hingegen bei jenen Müttern in Deutschland viel höher als der bei jenen in Südkorea (s. Kap. 5.2.1). Außerdem ist in Bezug auf die soziale Unterstützung sowie soziale Belastung zu vermuten, dass die geringen Quellen an sozialer Unterstützung und Belastung bei den südkoreanischen Müttern in

Deutschland durch die neuen Möglichkeiten zur Wahrnehmung sozialer Unterstützung und sozialer Belastung im Internet wie soziale Netzwerke oder Video-Telefonie etc. zum großen Teil ausgeglichen werden (Weyer, 2008). Diese Möglichkeiten zur Wahrnehmung der neuen sozialen Unterstützungs- und Belastungsformen bei Migranten wurde in dieser Untersuchung allerdings nicht thematisiert, ist jedoch hinsichtlich zukünftiger Forschungsfragen von besonderer Relevanz.

Warum klärte dann die Stärke des Kohärenzgefühls die Varianz der sozialen Belastung bei den untersuchten Müttern in Deutschland mehr auf als bei jenen in Südkorea? Die hohe erklärte Varianz hierbei bedeutet mit anderen Worten, dass das Ausmaß der sozialen Belastung zur Unterscheidung zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland mit stark und schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl mehr beiträgt als das bei jenen in Südkorea. Die Ursache für den relativ hohen Varianzerklärungsanteil könnte demnach dadurch erklärt werden, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland mehr soziale Belastung als jene in Südkorea erleben, so dass sie mehr Lebenserfahrungen machen können, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert sind. Dabei wird das Ungleichgewicht zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland mit stark und schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl zunehmend größer, denn es ist wahrscheinlicher, dass die negativen Auswirkungen der sozialen Belastung bei denjenigen mit schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl erheblicher sind als bei jenen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Im Vergleich dazu sind die südkoreanischen Mütter in Deutschland mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl eher in der Lage, mit sozialer Belastung flexibel umzugehen, indem sie nach Antonovsky angemessenere Widerstandsressourcen zur Bewegung in die negativ-entropische Richtung auswählen und aktivieren (Antonovsky, 1997) (s. Kap.1.4; 1.4.3). Hierbei ist es denkbar, dass das Ausmaß wahrgenommener sozialer Unterstützung und Belastung nicht hauptsächlich vom Umfang potenzieller Quellen abhängt, sondern dass ihre Qualität und Intensität sowie die individuelle Fähigkeit, mehr Ressourcen und weniger Belastungen wahrzunehmen, eine wichtige Rolle spielen.

Aufgrund der bisherigen Forschungen ist davon auszugehen, dass Migranten mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl mehr über kulturell heterogene Netzwerke verfügen als jene mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Die kulturell homogenen Netzwerke können mit mehr Wahrnehmung von sozialer Belastung einhergehen. Denn je eingengter die sozialen Netzwerke sind, desto wahrscheinlicher ist es, mehr soziale Belastung wahrzunehmen (Fyd-

rich et al., 2007). Ying et al. (1997) wiesen bei N=2,234 südostasiatischen Flüchtlingen in den USA auf, dass die starke Orientierung an traditioneller Kultur mit einem niedrig ausgeprägten Kohärenzgefühl einherging. Die starke Orientierung an traditioneller Kultur führe, laut der Interpretation der Autoren, die Betroffenen zur Marginalisierung und Separation von der amerikanischen Gesamtgesellschaft (Berry, 1997, Berry, 2001), was zur Schwächung ihrer Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit beiträgt. In einer anderen Studie von Ying et al. (2001) wurde bei N=353 chinesischen Studierenden an amerikanischen Universitäten auf den Zusammenhang zwischen den Formen der sozialen Netzwerke und dem Kohärenzgefühl hingewiesen. Die chinesischen Studierenden, die ein rassistisch und ethnisch gemischtes soziales Netzwerk haben, wiesen ein höher ausgeprägtes Kohärenzgefühl auf als jene, deren soziale Netzwerke rassistisch gleich, rassistisch gemischt oder ethnisch gleich sind. Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass die Studierenden, die rassistisch und ethnisch gemischte soziale Netzwerke haben, die kulturelle Diversität in ihrer Umgebung besser wahrnehmen, sodass sie die Welt verstehbarer, handhabbarer und bedeutsamer erleben. Davon ausgehend ist anzunehmen, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland, die multikulturelle soziale Netzwerke haben, über ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen als die Mütter, deren Quellen für die soziale Unterstützung und Belastung eher ausschließlich aus dem südkoreanischen Bekanntenkreis stammen. Demgemäß wurde bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland noch eine Subdimension der kindbezogenen sozialen Unterstützung die „*migrationsbedingte soziale Integration*“ gesondert erhoben. Allerdings konnte die Stärke des Kohärenzgefühls die Subdimension nicht erklären. Dies ist wahrscheinlich einerseits auf die niedrige Reliabilität dieser Subdimension zurückzuführen, andererseits darauf, dass mehr als die Hälfte der südkoreanischen Mütter in Deutschland zum Zeitpunkt der Datenerhebung Hausfrauen waren, deren soziale Netzwerkformen insgesamt homogener erscheinen.

Die weitere Frage, weshalb die psychische Gesundheit bei den südkoreanischen Müttern weniger durch die Stärke des Kohärenzgefühls erklärt wurde als bei jenen in Südkorea, lässt sich dagegen nicht eindeutig beantworten. Es ist lediglich denkbar, dass die multivariate Varianzanalyse im Vergleich zur univariaten die relative Bedeutung mehrerer Variablen für die Unterscheidung der Stichproben ermittelt (Bortz & Schuster, 2010). D.h. die Varianz der sozialen Belastung *musste* bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland durch die Stärke

des Kohärenzgefühls in der multivariaten Varianzanalyse mehr aufgeklärt werden, so dass die Varianz der psychischen Gesundheit verhältnismäßig weniger aufgeklärt werden konnte.

### **8.1.2 Zur Paarzufriedenheit in der Migration – *Ist die Paarzufriedenheit keine Ressource?***

Interessant ist es, dass sich das starke Kohärenzgefühl der südkoreanischen Mütter in Deutschland nicht auf die Paarzufriedenheit auswirkt, obwohl diese bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland viel besser ausgeprägt ist als bei jenen in Südkorea. Stellt die Paarzufriedenheit keine Ressource für die untersuchten Mütter in Deutschland dar?

Im deskriptiven Mittelwertevergleich wurde aufgezeigt, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland im Hinblick auf die Paarzufriedenheit eine signifikant höhere Ausprägung aufweisen als jene in Südkorea (s. Kap. 6.1.6). Dies ist möglicherweise auf zwei Gründe zurückzuführen. Als erster Grund zeichnet sich die Tendenz zur Konzentration auf die Paarbeziehung bei Migrantenfamilien ab. Der Migrationsprozess führt Migrantenfamilien zum verstärkten familiären Zusammenhalt und somit zur Verstärkung der Paarbeziehung (Herwartz-Emden, 2000) (s. Kap. 2.3.3). Durch die Konzentration auf die Paarbeziehung könnte sich die Paarzufriedenheit, aber auch die psychische Gesundheit der südkoreanischen Mütter in Deutschland verbessern (Braune-Krickau et al., 2005; Kersh et al., 2006; Ochs et al., 2004; Reich, 2003; Volanen et al., 2004). Dies ist noch wahrscheinlicher, wenn man bedenkt, dass die untersuchten südkoreanischen Mütter in Deutschland eine Kernfamilie darstellen (s. Kap. 5.2.1). Der zweite Grund kann sich auf die Länge der Arbeitszeiten in Südkorea beziehen. Die Arbeitszeiten betragen in Südkorea 2,193 Stunden pro Jahr. Damit liegt Südkorea auf dem ersten Platz vor den OECD-Ländern (durchschnittlich 1,749 Std.) (OECD, 2011). Es ist daher nicht verwunderlich, wenn die Mütter in Südkorea mit den Arbeitszeiten ihres Mannes eher unzufrieden sind. Im Vergleich zu den Arbeitszeiten in Südkorea betragen die in Deutschland 1,419 Stunden pro Jahr. Es gibt also zwischen Südkorea und Deutschland einen großen Unterschied bezüglich der Arbeitszeiten. Beim Kontakt mit südkoreanischen Müttern in Deutschland ist nicht selten zu hören, dass sie mit ihrem Mann überhaupt deswegen zufrieden sind, weil ihr Mann in Deutschland im Vergleich zu Südkorea genug Zeit für die Familie hat.

Mit diesem deskriptiven Befund, dass die Paarzufriedenheit der untersuchten Mütter in Deutschland signifikant höher ausgeprägt ist als die der Mütter in Südkorea (s.o.), wurde die Annahme hypothesenfördernd noch verstärkt, dass sich die Paarzufriedenheit der südkoreanischen Mütter in Deutschland als eine wichtige generalisierte Widerstandressource darstellen könnte. Bei der Analyse zur Wirkung der Stärke des Kohärenzgefühls konnte jedoch die Hypothese anhand der südkoreanischen Mütter in Deutschland erwartungswidrig nicht bestätigt werden. Es konnte lediglich anhand der untersuchten Mütter in Südkorea gezeigt werden, dass die Mütter mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl über eine bessere Ausprägung der Paarzufriedenheit als Mütter mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl verfügen. Für die untersuchten Mütter in Deutschland würde das bedeuten, dass das Ausmaß ihrer Paarzufriedenheit weder relevant für ihre Lebenserfahrungen in der Migration ist, die ihr Kohärenzgefühl stärken oder aber schwächen, noch relevant für die Bewältigung der Stressoren im Rahmen der Migration ist.

Eine mögliche Erklärung dafür könnte darin liegen, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland ihre Zufriedenheit in der Paarbeziehung nur begrenzt wahrnehmen. Zur Formulierung der Items für die Paarzufriedenheit wurden nebenbei auch Überlegungen angestellt, durch welche Aspekte sich die südkoreanischen Mütter in Deutschland und Südkorea voneinander gut unterscheiden lassen (s. Kap. 4.3.6). Die untersuchten Mütter in Deutschland gaben zwar an, zufriedener in der Paarbeziehung zu sein, weil sie sehen, dass ihr Mann sich genug Zeit für die Familie, den Haushalt und die Kindererziehung nimmt. Jedoch könnte diese Angabe stark mit dem stetigen subjektiven Vergleich zur Situation in Südkorea verbunden sein. Lediglich rund 24% der untersuchten zugewanderten Mütter wollen (und dürfen) dauerhaft in Deutschland bleiben, sodass mehr als die Hälfte der untersuchten Mütter in Deutschland nach Südkorea zurückkehren wollen bzw. sollen (s. Kap. 5.2.1). Ihnen ist also bewusst, dass sie in Zukunft mit ihrem Mann in Südkorea leben werden, wo die Basis für ihre hohe Paarzufriedenheit, nämlich dass ihr Mann genug Zeit für die Familie hat, verloren gehen würde. Sie akzeptieren dies als einen normalen Teil ihres Lebens. Hingegen sind die untersuchten Mütter in Südkorea, die zufrieden in der Paarbeziehung sind, diejenigen, deren Bedürfnisse *trotz* der für die Paarzufriedenheit ungünstigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfüllt werden konnten. Wäre die kulturelle und gesellschaftliche Konstellation in Südkorea günstiger für die in der vorliegenden Untersuchung bezogene Paarzufriedenheit oder ähnlich dem Umstand in Deutschland, hätte das Ergebnis auch durchaus anders ausfal-



len können. In diesem Zusammenhang ist demnach davon auszugehen, dass die Bereitstellung, Erhaltung sowie Mobilisierung der Ressourcen von den kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst werden (Antonovsky, 1997; Erim et al., 2009; Faltermaier, 2001; Franke, 2010; Schneider, 2010; Ying & Akutsu, 1997).

## **8.2 ZUR WIRKUNG DES KOHÄRENZGEFÜHLS DER KINDER AUF IHRE GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT**

Es gibt relativ wenige Forschungen über das Kohärenzgefühl der Kinder im Vergleich zu den Personen im Erwachsenenalter. Dies ist umso erstaunlicher, wenn man der Annahme von Antonovsky (1997) folgt, dass der Grundstein des Kohärenzgefühls im Laufe der Kindheit und Jugend gelegt wird. Das ist wahrscheinlich zum Teil deswegen der Fall, weil Antonovsky noch erwähnt hat, dass sich das Kohärenzgefühl bis zum frühen Erwachsenenalter im Prozess der Ausformung befindet und danach stabil bleibt (Antonovsky, 1997).

Hinsichtlich des Kohärenzgefühls bei Kindern wies Margalit (1998) in ihrer Studie bei 187 vorschulischen Kindern, die sich aus 111 vorschulischen Kindern mit einem hohen Risiko an Lernbehinderung (davon 60 als Risikogruppe identifiziert und 51 nicht) und jenen ohne irgendeine Entwicklungsstörung ( $N=76$ ) zusammensetzten, darauf hin, dass die Kinder mit einem hohen Risiko an Lernbehinderung ein schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl zeigen als die Kinder ohne Entwicklungsstörung. Des Weiteren untersuchten Lengning et al. (2009) bei Kindern in der 3. und 4. Klasse ( $N=98$ ) Zusammenhänge zwischen der Ängstlichkeit und dem Kohärenzgefühl. Dabei wurde festgestellt, dass die hoch ängstlichen Kinder ein niedriger ausgeprägtes Kohärenzgefühl zeigen. Die Annahme, dass Kinder mit stark ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl über eine höher ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität verfügen als Kinder mit niedrig ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl, konnte sowohl bei den südkoreanischen Kindern in Deutschland als auch in Südkorea bestätigt werden. An dieser Stelle leistet die vorliegende Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Diskussion in Bezug auf das Kohärenzgefühl bei Kindern. Bei der differenzierten Betrachtung ist zu sehen, dass sich die untersuchten Kinder in beiden Ländern im Hinblick auf die Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> leicht unterscheiden. So zeigten die Ergebnisse zudem, dass das Kinder-Kohärenzgefühl bei den untersuchten Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund mit der gesund-

heitsbezogenen Lebensqualität insbesondere bezüglich der Psyche, der Freunde und der Schule positiv zusammenhängt, während das stark ausgeprägte Kinder-Kohärenzgefühl bei den untersuchten Kindern in Südkorea mit der höheren Ausprägung in Bezug auf die gesamten Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> (Körper, die Psyche, das Selbst, die Familie, die Freunde und die Schule) einhergeht.

Beim Vergleich der Mittelwerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den untersuchten Kindern in beiden Ländern zeigte sich, dass die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland über eine besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität als die Kinder in Südkorea verfügen, wobei auch das Alter der Kinder berücksichtigt wurde (s. Kap. 6.1.7). Insbesondere fand sich ein recht großer Unterschied in der Subdimension „Schule“. Dies ist möglicherweise auf die „harte Schulzeit“ in Südkorea zurückzuführen, in der die Schüler einem enormen Konkurrenzdruck ausgesetzt sind. Dadurch, dass die Schüler in Südkorea bei den PISA-Studien in den meisten Bereichen an der Weltspitze stehen, wurde mehrmals in deutschen Medien berichtet, dass die Kinder in Südkorea einem enormen Leistungsdruck ausgesetzt sind. Ein Beispielartikel ist bei SPIEGEL Online zu lesen: „Schülerdrill in Südkorea. Lernen heißt leiden“ (Kollenberg, 2010). Durch solche Belastungen in der Schule kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Schüler in Südkorea beeinträchtigt werden. Vergleicht man die gesamten untersuchten südkoreanischen Kinder mit der Normstichprobe in Deutschland im KINDL<sup>R</sup> weiter, dann wird deutlich, dass sie generell über eine niedriger ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität sowohl als die gesamte Normstichprobe aber auch als die Kinder aus den Migrantenfamilien in Deutschland verfügen (Ravens-Sieberer et al., 2007). Jedoch ist eine Interpretation in Bezug auf die Subdimensionen des KINDL<sup>R</sup> in der vorliegenden Untersuchung nur beschränkt möglich, da sich die interne Konsistenz der einzelnen Dimensionen als nicht ausreichend für die Interpretation erweist (s. Anhang).

### **8.3 ZUR ROLLE DES MÜTTERLICHEN KOHÄRENZGEFÜHLS BEIM GESUNDHEITSPROZESS**

Ein vorrangiges Ziel der vorliegenden Studie war es, den Unterschied zwischen Stichproben in Deutschland und Südkorea bei dem Gesundheitsprozess im Hinblick auf das Kohärenzgefühl zu suchen. Demnach wurde unter der Fragestellung II überprüft, ob das Kohärenzgefühl den Zusammenhang zwischen den generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten und der psychischen Gesundheit bei den südkoreanischen Müttern moderiert. Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass das Kohärenzgefühl nicht die Rolle des Moderatoreffekts, sondern die Rolle des Mediatoreffekts sowohl bei den untersuchten Müttern in Deutschland als auch bei jenen in Südkorea übernimmt.

Bei den Einzelanalysen zur Rolle des Kohärenzgefühls zeigte sich, dass das Kohärenzgefühl zwischen der psychischen Gesundheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, der sozialen Belastung und der kindbezogenen sozialen Unterstützung in Bezug auf die Mütter in Deutschland total mediiert. Es konnte auch bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea bestätigt werden, dass das Kohärenzgefühl zwischen der psychischen Gesundheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, der sozialen Belastung, der kindbezogenen sozialen Unterstützung partiell sowie der Paarzufriedenheit total mediiert.

#### **8.3.1 Rolle des Kohärenzgefühls als Mediatoreffekt statt Moderatoreffekt**

Um den Unterschied zwischen dem Moderator- und dem Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls besser verstehen zu können, wird angenommen, dass ein Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls gefunden worden wäre. Hätte sich ein Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit finden können, hätte dies dann für die südkoreanischen Mütter in Deutschland z.B. bedeuten können, dass das Kohärenzgefühl die Wirkung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die psychische Gesundheit beeinflusst (s. Abb. 37). Die Frage, in welche Richtung das Kohärenzgefühl diese Wirkung beeinflusst, lässt sich über die Post-hoc Analyse beantworten. Daraus hätte sich möglicherweise ergeben können, dass z.B. das stark ausgeprägte Kohärenzgefühl die positive Wirkung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die psychische Gesundheit fördert oder dass das schwach ausgeprägte Kohärenzgefühl die positive

Wirkung dessen nicht beschleunigt, auch wenn die Mütter ausreichende soziale Unterstützung wahrnehmen (s. Kap. 5.3; Kap. 8.3).

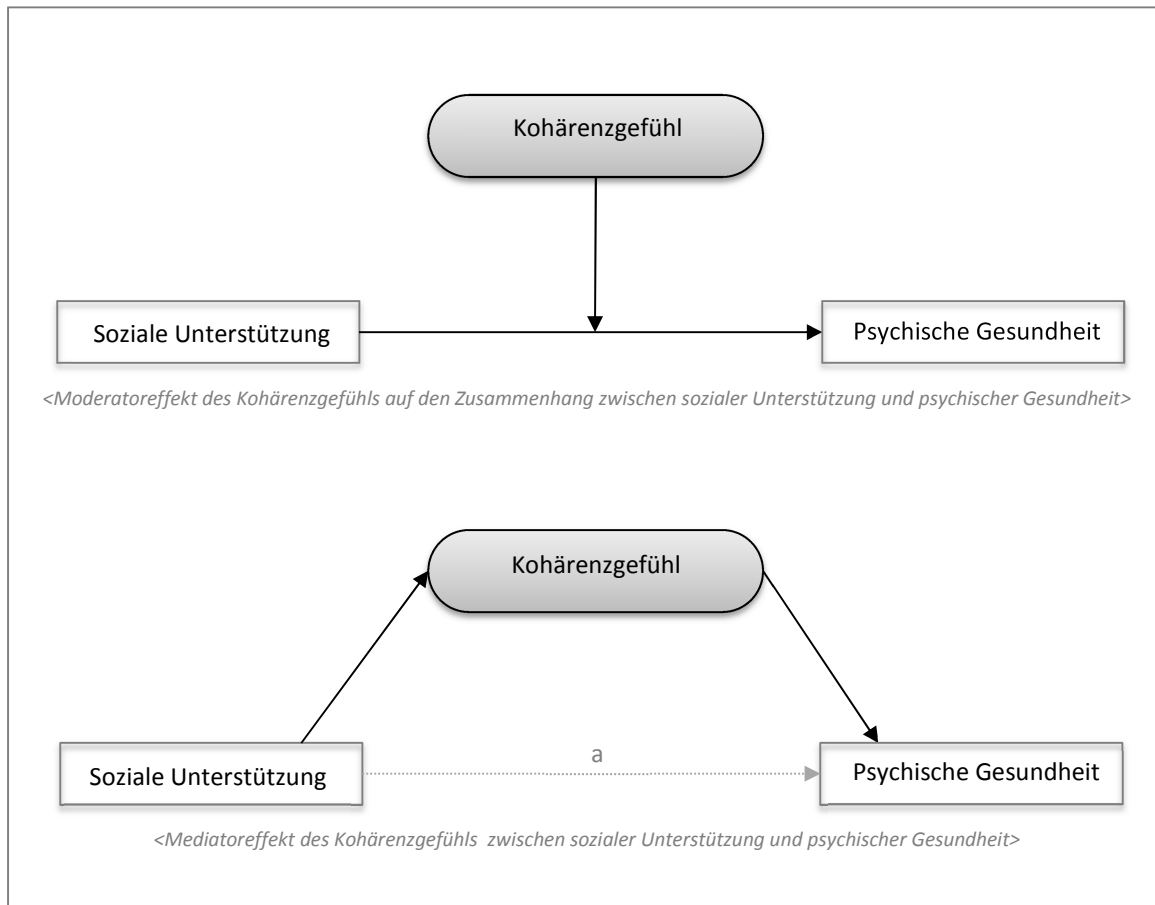


Abbildung 37: Beispiel zum Vergleich zwischen dem Moderator- und dem Mediatoreffekt

Der Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls scheint dem salutogenetischen Bewertungsprozess nach Antonovsky mehr als der Mediatoreffekt zu entsprechen, wobei davon ausgegangen wird, dass das Kohärenzgefühl eine dispositionale Lebensorientierung unabhängig von den jeweiligen Umständen stabil bleibt, auf Reize reagiert, die negative Wirkung von Reizen auf die Gesundheit abpuffert und die positive Wirkung fördert (Albertsen et al., 2001; Antonovsky, 1997; Franke, 2010; Hogh & Mikkelsen, 2005; Rothmann & Jackson, 2003).

Wie die Abbildung 37 zeigt, deutet der Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls an, dass die Wirkung zwischen zwei Variablen durch das Kohärenzgefühl vermittelt wird. Wenn dabei „a“ signifikant ist, handelt es sich um einen partiellen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls und wenn „a“ nicht signifikant ist, dann um einen totalen Mediatoreffekt. Der Mediatoreffekt schließt mit ein, dass das Kohärenzgefühl kein stabiles Konstrukt darstellt, sondern dass es sich durch äußere Bedingungen verändern kann (Albertsen et al., 2001; Hogh & Mikkelsen,

2005) (s. Kap. 1.4.2). Hogh und Mikkelsen (2005) fanden in einer dänischen Studie ( $N=4,000$ ) den Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der Gewalterfahrung am Arbeitsplatz und Stressreaktionen, Vitalität sowie psychischer Gesundheit. Für den Grund, warum ein Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls anstatt eines Moderatoreffekts gefunden wurde, interpretierten die Autoren, dass die Arbeitnehmer in hoch riskanten Arbeitsgruppen wie z.B. in psychiatrischen Einrichtungen, Krankenhäusern usw. durch die Gewalterfahrung am Arbeitsplatz möglicherweise noch negativer als in weniger riskanten Arbeitsgruppen beeinflusst werden. Das heißt, dass die Arbeitnehmer in riskanten Arbeitsgruppen noch größere Angst vor Gewalt haben und sich ihr Kohärenzgefühl deswegen durch die Gewalterfahrung direkt in negative Richtung bewegt. Somit mediiert dabei das Kohärenzgefühl zwischen der Gewalterfahrung und der Stressreaktion.

**<Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der psychischen Gesundheit und den generalisierten Widerstandsressourcen>**

Im Vergleich zu dem oben illustrierten Moderatoreffekt bedeutet der hier gefundene Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls, dass das Kohärenzgefühl der untersuchten Mütter in Deutschland sowohl mit ihrer psychischen Gesundheit aber auch mit ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung direkt zusammenhängt. Dabei hängen ihre wahrgenommene soziale Unterstützung und ihre psychische Gesundheit nicht direkt zusammen. Das heißt, je mehr soziale Unterstützung die untersuchten Mütter in Deutschland wahrnehmen, desto höher ausgeprägt ist ihre psychische Gesundheit. Allerdings zeigt sich dieser Zusammenhang nur dann, wenn ihr Kohärenzgefühl dementsprechend ausgeprägt ist, da es um einen totalen Mediatoreffekt geht. Ähnlich lässt sich bei den untersuchten Müttern in Südkorea auch aussagen, dass sie eine umso bessere psychische Gesundheit aufweisen, je mehr soziale Unterstützung sie in ihrer Umgebung wahrnehmen. Dieser Zusammenhang wird partiell durch ihr Kohärenzgefühl mediiert oder noch anders ausgedrückt, die wahrgenommene soziale Unterstützung der Mütter in Südkorea wirkt sich zum großen Teil indirekt über ihr Kohärenzgefühl auf ihre psychische Gesundheit und zum kleinen Teil unmittelbar aus.

Bezüglich kindbezogener sozialer Unterstützung wurde bei den untersuchten Müttern in Deutschland gezeigt, dass die psychische Gesundheit der Mütter umso höher ausgeprägt ist, je mehr sie über kindbezogene praktische Unterstützung verfügen und sich besser in das soziale sowie außerethnische Umfeld integrieren. Aufgrund der Befunde, dass es sich hierbei

um einen vollständigen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls handelte, ist jedoch davon auszugehen, dass die Korrelation zwischen der kindbezogenen sozialen Unterstützung und der psychischen Gesundheit der untersuchten Mütter in Deutschland nur über das entsprechende Ausmaß ihres Kohärenzgefühls existiert. Ebenfalls zeigten die Befunde, dass die untersuchten Mütter in Südkorea eine umso höher ausgeprägte psychische Gesundheit aufweisen, je mehr sie über kindbezogene praktische Unterstützung verfügen und sich besser in das soziale Umfeld integrieren. Dieser Zusammenhang wird durch ihr Kohärenzgefühl partiell mediiert. D.h. die Wirkung der von den untersuchten Müttern wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung auf ihre psychische Gesundheit erfolgt zum großen Teil auf Umwegen über ihr Kohärenzgefühl aber auch zum kleinen Teil ohne Umwege.

Wie der Diskussion in Kapitel 8.1.2 zu entnehmen ist, hing die Paarzufriedenheit mit dem Kohärenzgefühl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland nicht zusammen. Ebenfalls zeigten die Befunde der vorliegenden Untersuchung weiter, dass sich die Paarzufriedenheit der untersuchten Mütter in Deutschland nicht auf ihre psychische Gesundheit auswirkte. Dementsprechend fanden sich dabei weder Moderator- noch Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der Paarzufriedenheit und psychischer Gesundheit. Hingegen zeigte sich bei den südkoreanischen Müttern in Südkorea, dass ihre psychische Gesundheit umso höher ausgeprägt ist, je zufriedener sie in der Paarbeziehung sind. Jedoch existiert dieser Zusammenhang nur über das entsprechende Ausmaß ihres Kohärenzgefühls, da es sich hierbei um einen totalen Mediatoreffekt handelt.

Demgemäß konnten Ying et al. (1997) bei N=2,234 südostasiatischen Flüchtlingen in den USA zeigen, dass das Kohärenzgefühl zwischen generalisierten Widerstandsressourcen wie Alter, Sprachkompetenz oder Bildungsstand usw. und Depression, Angst sowie psychologischer Dysfunktion mediiert. Aufgrund ihrer Daten scheint es sowohl einen vollständigen als auch partiellen Mediatoreffekt zu geben, jedoch bezogen die Autoren diesen Unterschied nicht in die Interpretation ein. Ein weiteres Ergebnis brachte eine andere Studie von Ying, Lee und Tsai (2007)<sup>7</sup> hervor. Dazu wurden 353 chinesische Auslandsstudenten in den USA untersucht

---

<sup>7</sup> Hierbei muss erwähnt werden: Bei einigen zitierten Forschungsarbeiten wurde die Signifikanz des indirekten Effekts von dem Prädiktor über den Mediator auf das Kriterium nicht überprüft oder nicht angegeben, was eine wichtige Voraussetzung für den statistischen Nachweis des Mediatoreffekts darstellt. Daher kann nach den Kriterien in der vorliegenden Untersuchung nicht ganz sicher davon ausgegangen werden, ob es sich dabei um einen *wirklichen* Mediatoreffekt handelt.

und dazu in drei Gruppen unterteilt; in den USA geborene, im frühen Alter zugewanderte und im späteren Alter zugewanderte chinesische Studierende. Die Autoren konnten bestätigen, dass der Zusammenhang zwischen den Widerstandsressourcen wie der Zuwendung von den Eltern sowie Kommilitonen, und depressiver Verstimmung durch das Kohärenzgefühl in allen drei Gruppen vollständig mediiert wird, mit einer Ausnahme von dem Zusammenhang zwischen der Zuwendung von Kommilitonen und depressiver Verstimmung bei spät zugewanderten chinesischen Studierenden.

**<Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der psychischen Gesundheit und der Widerstandsdefizit>**

Des Weiteren wurde in der vorliegenden Untersuchung aufgezeigt, dass sich ein Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen sozialer Belastung und psychischer Gesundheit bei den untersuchten Müttern in beiden Ländern findet. Das bedeutet für die untersuchten Mütter in Deutschland nicht, dass das Kohärenzgefühl die negative Wirkung wahrgenommener sozialer Belastungen auf ihre psychische Gesundheit abpuffert. Jedoch bedeutet es, dass das Kohärenzgefühl sowohl mit der sozialen Belastung als auch mit der psychischen Gesundheit durchgehend zusammenhängt. Die Befunde deuten nämlich an, dass die psychische Gesundheit der untersuchten Mütter in Deutschland umso schlechter ist, je mehr sie soziale Belastung wahrnehmen. Ebenso, da es sich hierbei um einen totalen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls handelt, ist davon auszugehen, dass die negativen Wirkungen erfahrener belastender sozialer Beziehungen der südkoreanischen Mütter in Deutschland auf ihre psychische Gesundheit ausschließlich dann zu beobachten sind, wenn ihr Kohärenzgefühl dementsprechend niedrig ausgeprägt ist. Das bedeutet mit anderen Worten; dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl sich von wichtigen Personen weniger kritisiert, abgelehnt, eingeengt oder überfordert erleben, sodass es bei ihnen eher unwahrscheinlich ist, dass sich die soziale Belastung schließlich (über das Kohärenzgefühl) auf ihre psychische Gesundheit negativ auswirkt. Ähnlich erfahren die südkoreanischen Mütter in Südkorea, die mehr soziale Belastung wahrnehmen, eine Schwächung in ihrem Kohärenzgefühl, die wiederum ihre psychische Gesundheit in die negative Richtung lenken würde. Allerdings, da es sich bei den untersuchten Müttern in Südkorea um einen partiellen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls handelte, gibt es auch eine direkte Wirkung

sozialer Belastung auf ihre psychische Gesundheit, die in diesem Fall größer ist als die indirekte.

Die Ergebnisse stimmen mit dem Ergebnis aus der oben beschriebenen Studie von Ying et al. (1997) überein, wobei gezeigt wurde, dass das Kohärenzgefühl zwischen Widerstandsdefiziten und Depression, Angst sowie psychologischer Dysfunktion bei südostasiatischen Flüchtlingen in den USA mediiert. Ying et al. (2007) konnten auch in der oben beschriebenen Studie bei 353 chinesischen Studierenden in den USA nachweisen, dass der Zusammenhang zwischen der Herausforderung an der Hochschule und depressiver Verstimmung durch das Kohärenzgefühl partiell mediiert wird. Außerdem prüften Kivimäki et al. (2002) die Rolle des Kohärenzgefühls bei der Wirkung der Feindseligkeit auf die Befindlichkeitsstörung bei 433 weiblichen Staatsbeamtinnen in Finnland, wobei Feindseligkeit, das Kohärenzgefühl und gesundheitsrelevante Variablen getrennt mittels Cross-Lagged-Panel-Design mit 5-maligen Messzeitpunkten in einem Zeitraum von sieben Jahren erfasst wurden. Dabei konnte darauf hingewiesen werden, dass der Zusammenhang zwischen Feindseligkeit im ersten Zeitpunkt und der Abwesenheit von Krankheit im vierten Zeitpunkt sowie der selbst eingeschätzten Gesundheit im fünften Zeitpunkt durch das Kohärenzgefühl im dritten Zeitpunkt mediiert wird.

### **8.3.2 Zur Bedeutung des Kohärenzgefühls beim Gesundheitsprozess in der Migration – Unterschied in der Form des Mediatoreffekts**

Vergleicht man die Ergebnisse der Analyse zum Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen den südkoreanischen Müttern in Deutschland und Südkorea, so ist zu bemerken, dass ein Unterschied in der Form des Mediatoreffekts des Kohärenzgefühls besteht, also zwischen vollständigem und partiellem Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls.

In Anlehnung an Bühner & Ziegler (2009) könnte die Ursache für unterschiedliche Formen der Mediatoreffekte des Kohärenzgefühls zwischen den untersuchten Müttern in beiden Ländern vermutet werden. Sie weisen darauf hin, dass ein partieller Mediatoreffekt statt eines totalen auf drei mögliche Gründe zurückzuführen ist: Erstens könnte ein partieller Mediatoreffekt anstatt eines totalen Mediatoreffekts vorkommen, wenn der Prädiktor oder das Kriterium nicht eindimensional erfasst ist. Dies bedeutet, dass der totale Mediatoreffekt ei-



ner Mediatorvariable zwischen einem Prädiktor und einem Kriterium zu einem partiellen Mediatoreffekt werden kann, wenn noch ein weiteres Konstrukt z.B. ohne Absicht bei der Erhebung oder in der Operationalisierung des Prädiktors und des Kriteriums gemeinsam zu einem Teil miterfasst ist, das aber durch die Mediatorvariable nicht erklärt werden kann. Zweitens könnte der Grund darauf beruhen, dass sich die Mediatorvariable, der Prädiktor und das Kriterium nicht auf derselben Symmetrie-Ebene befinden. D.h. der partielle Mediatoreffekt tritt auf, wenn die Mediatorvariable lediglich einen Teil eines Konstrukts darstellt und sich der Prädiktor und das Kriterium dann auf einer höheren Konstrukt-Ebene befinden (S.692 f). Der dritte Grund kann darin gesehen werden, dass die Mediatorvariable den Effekt des Prädiktors auf das Kriterium nicht vollständig herauspartialisieren kann, wenn die Mediatorvariable nicht reliabel ist (Stelzl, 2005 zit. n. Bühner & Ziegler, 2009).

Aufgrund der Tatsache, dass sich der totale Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls bei den untersuchten Müttern in Deutschland fand, sind der zweite und dritte Grund hierfür eher unwahrscheinlich. Vielmehr könnte der Unterschied zwischen hier gefundenen partiellen und totalen Mediatoreffekten durch den ersten Grund besser erklärt werden. Die Abbildung 38 stellt den Unterschied zwischen partiellem und totalem Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls bei den untersuchten Müttern in beiden Ländern grafisch dar. Bei den untersuchten Müttern in Südkorea verfügten die Prädiktoren und das Kriterium (GHQ-12) über einen gemeinsamen Teil (Teil A in Abb. 38), der durch das Konstrukt des Mediators (SOC-13) nicht erklärt werden konnte. Deswegen blieb der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor und dem Kriterium nach der Kontrolle des Mediators noch signifikant, was auf einen partiellen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium (GHQ-12) schließen lässt (s. Abb. 38).

Hingegen konnte das Kohärenzgefühl bei den untersuchten Müttern in Deutschland den ganzen gemeinsamen Teil der Konstrukte von den Prädiktoren und dem Kriterium (GHQ-12) erklären (Teil B in Abb. 38). Somit ließ sich feststellen, dass das Kohärenzgefühl dabei total mediiert. Das heißt, dass es einen Unterschied zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland und in Südkorea in Bezug auf den gemeinsamen Teil zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium gibt, der durch den Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zu erklären ist. Was ist an diesem Unterschied beteiligt? Was bedeutet dies für den Gesundheitsprozess der Mütter in Deutschland, die sich gerade im Migrationsprozess befinden?

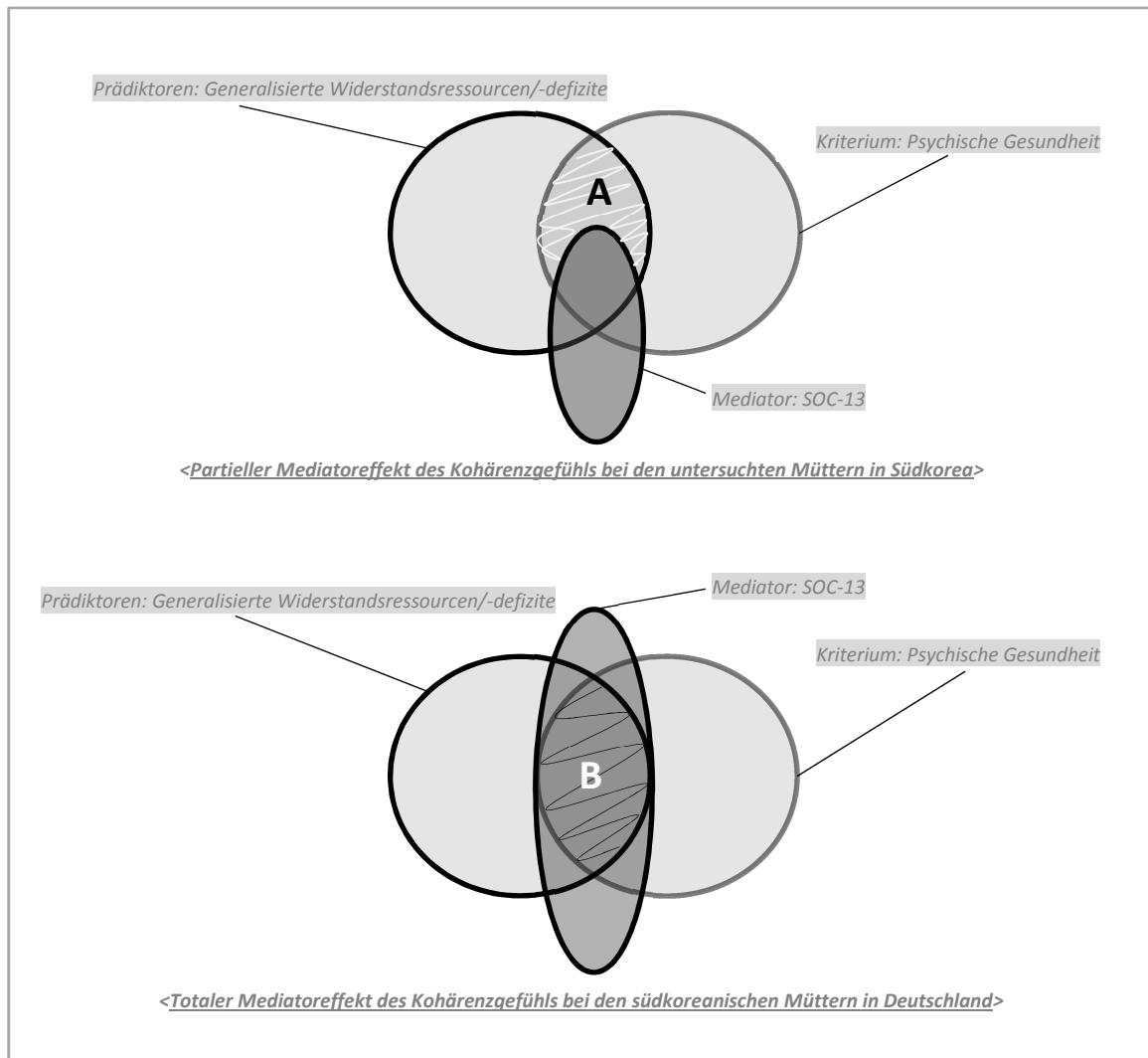


Abbildung 38: Unterschied zwischen dem partiellen und totalen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls (vgl. Bühner, 2009)

In Anlehnung an Bühner & Ziegler (2009) ist davon auszugehen, dass sich dieser Unterschied auf die divergenten Ausprägungen der Konstrukte der beteiligten Variablen zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland und Südkorea beziehen kann: Von den Variablen bezüglich der gefundenen Mediatoreffekte zeigte sich der Mittelwerteunterschied bei der sozialen Belastung und bei der Subdimension des Kohärenzgefühls „Verstehbarkeit“. Der Mittelwerteunterschied bezüglich der Verstehbarkeit scheint zur Erklärung für die unterschiedliche Form der gefundenen Mediatoreffekte zwischen den gesamten Prädiktoren und der psychischen Gesundheit eher passend zu sein, da sich die soziale Belastung nur auf den einzelnen Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen der sozialen Belastung und der psychischen Gesundheit bezieht. Obwohl kein Mittelwerteunterschied zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland und in Südkorea bezüglich des Kohärenzgefühls gezeigt wurde, könnte dies also auf den Mittelwerteunterschied zwischen den untersuchten Müttern in

Deutschland und in Südkorea in Bezug auf die Subdimensionen des Kohärenzgefühls zurückgeführt werden. Dabei zeigte sich, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland über eine niedriger ausgeprägte Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls als die untersuchten Mütter in Südkorea verfügten.

Zusammenfassend könnte davon ausgegangen werden, dass die Ausprägung des Konstrukts „*Verstehbarkeit*“ des Kohärenzgefühls bei den untersuchten Müttern in Deutschland im Migrationsprozess so verändert wurde, dass das Kohärenzgefühl den ganzen gemeinsamen Teil von den Prädiktoren und dem Kriterium erklären kann. Infolgedessen mediiert das Kohärenzgefühl total zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium (s. Abb. 38). Das würde mit anderen Worten bedeuten, dass der Zusammenhang im Rahmen des salutogenetischen Gesundheitsprozesses zwischen den generalisierten Widerstandsressourcen/-defiziten und der psychischen Gesundheit bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland mehr von dem Kohärenzgefühl abhängig zu sein scheint als bei jenen in Südkorea.

Die Dimension der Verstehbarkeit bedeutet das Ausmaß, in dem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, also als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information. Eine Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, mit denen sie in Zukunft konfrontiert wird, vorhersagbar sein werden, und auch bei ihrem überraschenden Auftreten zumindest eingeordnet und erklärt werden können (Antonovsky, 1997). Zugewanderte Mütter sowohl als Migranten aber auch als Vermittler kultureller Werte für ihre Kinder setzen sich mit den Diskrepanzen zwischen der Kultur der Herkunfts- und der Aufnahmegesellschaft auseinander (s. Kap. 2.3.1). Wird diese Diskrepanz nicht verringert, sondern sogar größer, erleben sie inkonsistente Erfahrungen, welche die Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls schwächen. Weiterhin postuliert Antonovsky (1997), dass die stark ausgeprägte Handhabbarkeit die stark ausgeprägte Verstehbarkeit voraussetzt (S. 38). Somit ist eine niedrig ausgeprägte Handhabbarkeit bei zugewanderten Müttern insofern zu erwarten, als dass die Auswahlmöglichkeiten der geeigneten Ressourcen zur Auseinandersetzung mit den Diskrepanzen zwischen den Werten der Herkunftskultur und der Aufnahmegesellschaft vor allem dann beschränkt sind, wenn die zugewanderten Mütter z.B. über nicht ausreichende Sprachfähigkeit oder kulturelle Kompetenzen verfügen (Leyendecker, 2003; Trommsdorff, 2005; Uslucan, 2011). In der vorliegenden Untersuchung fand sich jedoch kein Mittelwerteunterschied bezüglich der Handhabbarkeit zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland und Südkorea.

Was ist zu erwarten, wenn eine Person plötzlich anderen gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen ausgesetzt ist, wobei sie ihre Überzeugung, die Welt als konsistent und strukturiert zu betrachten, weniger oder nicht mehr sicher für richtig halten kann? D.h. wenn sich ihre Verstehbarkeit plötzlich in die negative Richtung bewegt? Antonovsky (1997) geht davon aus, dass die motivationale Komponente der Bedeutsamkeit das wichtigste Element im Hinblick auf die Erhaltung und die Veränderung des Kohärenzgefühls darstellt. Ohne hoch ausgeprägte Bedeutsamkeit können die hoch ausgeprägte Verstehbarkeit und Handhabbarkeit nicht lang aufrechterhalten werden. Also entscheidet die Bedeutsamkeit schließlich die Richtung der Veränderung des Kohärenzgefühls. Er postuliert weiterhin, dass die Verstehbarkeit als das zweite wichtige Element des Kohärenzgefühls zu betrachten ist, weil eine hoch ausgeprägte Handhabbarkeit eine hoch ausgeprägte Verstehbarkeit voraussetzt. Demnach sind diejenigen seltener zu finden, die ein geringes Ausmaß an Verstehbarkeit kombiniert mit einem hohen Ausmaß an Handhabbarkeit vorweisen. Das würde aber auch bedeuten, dass ein geringes Ausmaß an Verstehbarkeit die Verringerung der Handhabbarkeit verursachen kann. Im Falle der südkoreanischen Mütter in Deutschland würde es bedeuten, dass sich die Handhabbarkeit während der Migration in negative Richtung bewegen kann, wenn ihre in der Migration verminderte Verstehbarkeit nicht kompensiert wird (S. 37 f). Dies ist noch wahrscheinlicher, wenn sie auch über eine schwach ausgeprägte Bedeutsamkeit verfügen. Hingegen kann die verringerte Verstehbarkeit bei jenen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl insbesondere der Bedeutsamkeit in positive Richtung besser gelenkt werden. Diese Möglichkeiten zur negativen Veränderung der Handhabbarkeit durch die verringerte Verstehbarkeit benötigen in Zukunft noch weitere Längsschnittstudien.

Allerdings betont Antonovsky (1997), dass drei Subdimensionen des Kohärenzgefühls nicht getrennt zu bewerten sind. Trotzdem kann aber die Betrachtung der einzelnen Subdimension insofern von Bedeutung sein, als dass dadurch eine differenzierte Analyse ermöglicht wird, welche besonders bei Migrationsstudien notwendig ist, da die Komplexität des Migrationsprozesses und damit des Migrationserlebens in solchen Studien nicht selten vereinfacht wird (Knipper & Bilgin, 2009).

## 8.4 ZUR ROLLE DES KOHÄRENZGEFÜHLS DER KINDER BEIM GESUNDHEITSPROZESS

Bei der Fragestellung III ging es darum, zu prüfen, ob die mütterlichen Variablen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder in einem Zusammenhang stehen, und wenn dem so ist, welche Rolle das Kinder-Kohärenzgefühl dabei spielt (s. Kap. 3.3). Wie in Kapitel 8.3 diskutiert, wurde kein Moderatoreffekt des Kohärenzgefühls bei den untersuchten Müttern in Deutschland und Südkorea nachgewiesen. Im Vergleich dazu wurden zwei Moderatoreffekte des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und der von den Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung einerseits und zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und den von den Müttern wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung andererseits anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland gefunden (s. Abb. 37, S. 171). Der Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls bedeutet hierbei, dass das Kinder-Kohärenzgefühl zwar nicht mit der von den Müttern wahrgenommenen (kindbezogenen) sozialen Unterstützung zusammenhängt, aber sich auf den Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen (kindbezogenen) sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder auswirkt.

Außerdem ließ sich bestätigen, dass der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl sowie der psychischen Gesundheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland durch das Kinder-Kohärenzgefühl mediiert wird. Bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea konnte gezeigt werden, dass das Kinder-Kohärenzgefühl zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder mediiert.

### 8.4.1 Rolle des Kinder-Kohärenzgefühls als Moderatoreffekt

#### *<Soziale Unterstützung von Müttern, keine Ressourcen für Kinder mit Migrationshintergrund?>*

Bei den Einzelanalysen zum Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland zeigte sich, dass sich das Kinder-Kohärenzgefühl den Zusammenhang zwischen der von den Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder moderiert. Anschließend wurde aus der Post-hoc Analyse für den Moderatoreffekt deutlich, dass das

stark ausgeprägte Kinder-Kohärenzgefühl die Beziehung zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder derart fördert, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder mit stark ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl umso höher ausgeprägt ist, je mehr ihre Mütter soziale Unterstützung wahrnehmen. Allerdings verfehlt hierbei die Signifikanz. Des Weiteren wurde signifikant nachgewiesen, dass sich das niedrig ausgeprägte Kinder-Kohärenzgefühl auf den Zusammenhang zwischen der von den Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder so auswirkt, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder umso mehr in die negative Richtung bewegt, je mehr soziale Unterstützung ihre Mütter in der Umgebung wahrnehmen (s. Abb. 39; Abb. 25 in Kapitel 7.2.2).

Darüber hinaus wurde ein weiterer Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf die Beziehung zwischen der von den Müttern wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland nachgewiesen. Anschließend zeigte die Post-hoc Analyse für den Moderatoreffekt auf, dass das stark ausgeprägte Kinder-Kohärenzgefühl den Zusammenhang zwischen der von den Müttern wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder so begünstigen, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder mit stark ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl umso besser darstellt, je mehr die südkoreanischen Mütter in Deutschland über kindbezogene soziale Unterstützung verfügen. Es wurde hierbei allerdings keine Signifikanz nachgewiesen. Im Vergleich dazu beeinflusst das niedrig ausgeprägte Kinder-Kohärenzgefühl die Beziehung zwischen der von den Müttern wahrgenommenen kindbezogenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder, so dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität umso schlechter ausgeprägt ist, je mehr sie über kindbezogene soziale Unterstützung verfügen. Es wurde hier eine tendenzielle Signifikanz nachgewiesen (s. Abb. 39; Abb. 29 in Kapitel 7.2.2).

Die Abbildung 39 stellt das Ergebnis der Post-hoc Analyse für den gefundenen Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen den von den Müttern wahrgenommenen hohen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder dar. Dabei wird ersichtlich, wie das niedrig ausgeprägte Kinder-

Kohärenzgefühl die Wirkung der hoch ausgeprägten sozialen Unterstützung der Mütter auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder negativ beeinflusst.

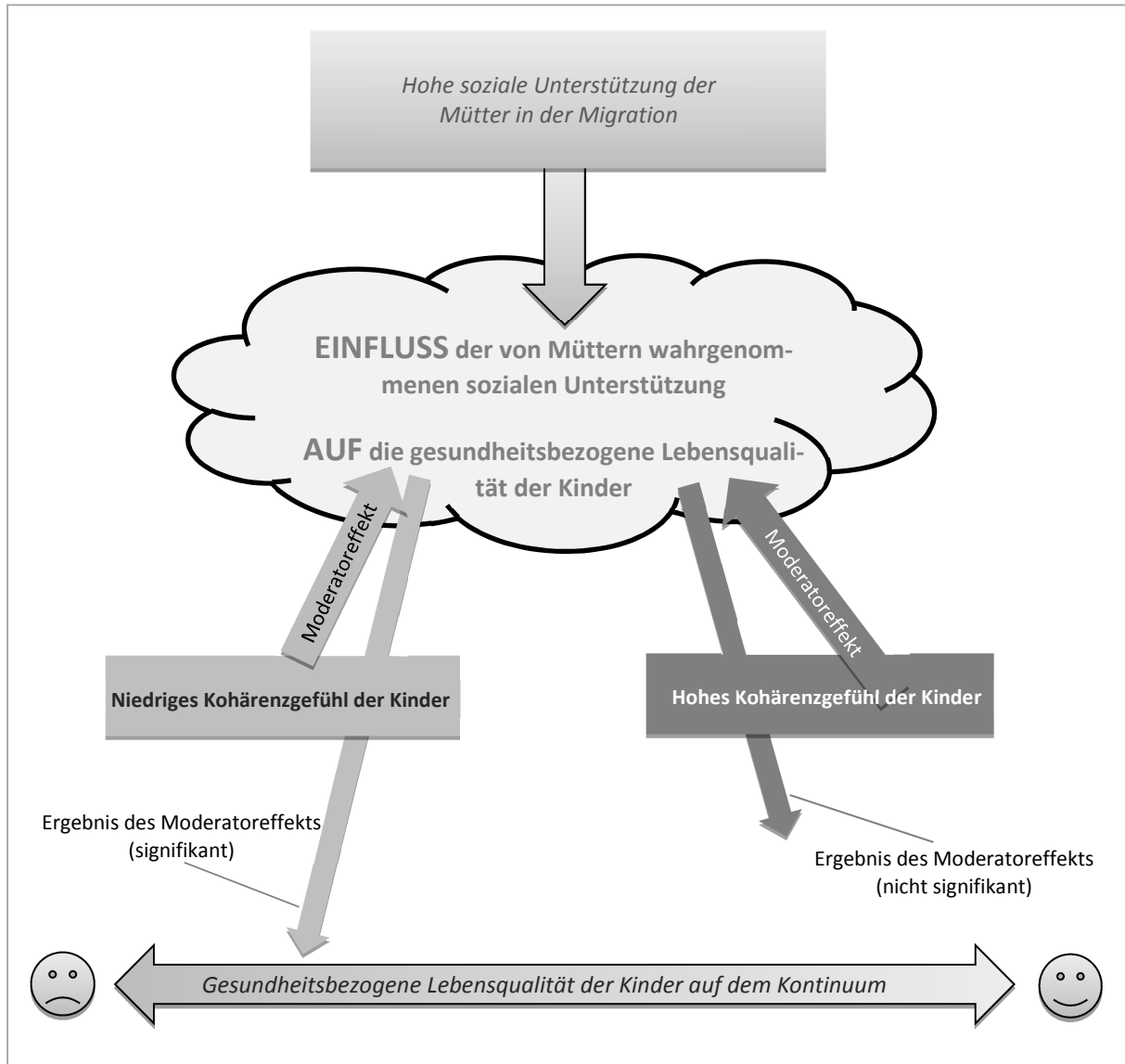


Abbildung 39: Post-hoch Analyse für den Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der von den Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland (s. S. 139, S.144 in Kapitel 7.2.2)

Was in den Ergebnissen der Post-hoc Analyse für den gefundenen Moderatoreffekt bei den untersuchten Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland von besonderem Interesse erscheint, ist der Umstand, dass sich die von den Müttern wahrgenommene soziale Unterstützung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder mit schwach ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl negativ auswirkt. Dieser Befund ist besonders beachtenswert insofern, als dass das Kinder-Kohärenzgefühl eine sehr aktive salutogenetische Rolle für die eigene gesundheitsbezogene Lebensqualität zu übernehmen scheint.

An dieser Stelle tritt die Frage auf, wie die von den Müttern wahrgenommene soziale Unterstützung zu einem negativen Faktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder umgewandelt werden kann. Denn die soziale Unterstützung ist allgemein als Ressource sowohl für die Mütter als auch für ihre Kinder insofern zu betrachten, als dass sie mit der psychischen Gesundheit im engen Zusammenhang steht (Pisula & Kossakowska, 2010; Volanen et al., 2004) und die psychische Gesundheit der Mütter die ihrer Kinder beeinflussen kann (Cederblad et al., 2003).

Wie schon in Kapitel 8.1 diskutiert, kann davon ausgegangen werden, dass die Größe potenzieller Quellen der sozialen Unterstützung bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland im Vergleich zu jenen in Südkorea beschränkter zu sein scheint. Außerdem sind bei Migranten nicht selten überwiegend die sozialen Netzwerke aus familiären und ethnisch homogenen Gruppen für die soziale Unterstützung bevorzugt (Nauck & Kohlmann, 1998). Davon ausgehend ist anzunehmen, dass sich die Quellen der sozialen Unterstützung der untersuchten Mütter in Deutschland zum großen Teil auf kleine Netzwerke beziehen und ein großer Teil davon daher lediglich aus denselben ethnischen Gruppen bestehen kann. Dies ist umso wahrscheinlicher, wenn man bedenkt, dass mehr als die Hälfte der untersuchten Mütter in Deutschland zum Zeitpunkt der Datenerhebung Hausfrauen waren (s. Kap. 5.2), denen soziale Kontaktmöglichkeiten eher begrenzt sind (Abele, 2001).

Vor diesem Hintergrund kann eine mögliche Erklärung für die oben gestellte Frage vermutet werden. Die soziale Unterstützung, die die untersuchten Mütter in sozialen Interaktionen mit kleinen ethnischen Gruppen wahrnehmen, können für das eigene Wohlbefinden hilfreich sein, wie die Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung zeigten (s. Kap. 8.1; 8.2). An diesen sozialen Interaktionen der Mütter für die soziale Unterstützung beteiligen sich aber auch ihre Kinder mehr oder weniger üblicherweise indirekt mit. Bei sozialen Interaktionen mit denselben ethnischen Personen erfahren also sowohl die Mütter als auch die Kinder die Herkunftskultur, die den Müttern besondere emotionale Unterstützung geben (Nauck & Kohlmann, 1998), und den Kindern die Möglichkeit eröffnen, mehr von ihrer Herkunftskultur zu erfahren (Yi, 2009). Sie nehmen aber auch dort verstärkt den Unterschied zwischen der heimatlichen Kultur und der Kultur der Aufnahmegesellschaft wahr. Das Problem besteht dann darin, dass die Kinder die Unstimmigkeiten zwischen den südkoreanischen und deutschen Kulturen mehr als ihre Mütter erleben und bearbeiten müssen, da sie an Institutionen in Deutschland mehr teilhaben (Leyendecker, 2003; Steinbach & Nauck, 2005). Nor-



men, Werte, Symbole und Verhaltensstandards, die bei den sozialen Interaktionen mit den ethnischen Gruppen gestern noch *selbstverständlich* waren, können heute für Kinder aus Migrantenfamilien in der Schule beim Unterricht oder beim Spielen mit Schulkameraden eine durchaus andere Bedeutung haben (s. Kap. 2.3.1).

Damit geht es in der vorliegenden Untersuchung nicht um die Frage, ob die kleinen Netzwerke aus den ethnischen Gruppen der Mütter Ressourcen für ihre Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund darstellen (Ying et al., 2001) oder inwieweit diese Unstimmigkeiten und eventuelle Diskrepanzen als gefährlich zu betrachten sind (Trommsdorff, 2005), sondern um die Frage, inwieweit das Erleben der aus den sozialen Kontakten der Mütter indirekt mit-erfahrenen Unstimmigkeiten von den Kindern bewertet wird.

Aus der salutogenetischen Perspektive stellen diese Unstimmigkeiten und Diskrepanzen für die Kinder einen Reiz dar, der einen *neutralen* Spannungszustand erzeugt. Dieser Spannungszustand wird anfangs als Stressor oder als Nicht-Stressor bewertet und dann, wenn er als Stressor eingeschätzt wird, im nächsten Schritt daraufhin überprüft, ob er bedrohlich, günstig oder irrelevant für das eigene Wohlbefinden ist. Die erlebten Unstimmigkeiten können schließlich sowohl gesundheitsschädliche als auch -förderliche Konsequenzen haben. Dabei steht das Kohärenzgefühl der Kinder im Mittelpunkt (Antonovsky, 1990; Franke, 2010; Kap. 1.2; 1.4.2). Vor diesem Hintergrund ist es denkbar, dass die untersuchten Kinder in Deutschland mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl die negative Seite der Unstimmigkeiten mehr als jene mit hoch ausgeprägtem Kohärenzgefühl wahrnehmen, so dass sie als Stressor bzw. als für das eigene Wohlbefinden bedrohlich bewertet werden. Dadurch bewegt sich ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität in eine negative Richtung. So fühlen sich jene Kinder in der Schule eher entfremdet und somit allein, sind weniger stolz auf sich und haben das Gefühl, dass sie sich nicht mit den Eltern verstehen (s. Items des KINDL<sup>R</sup> im Anhang D, E).

Im Vergleich dazu tendieren die untersuchten Kinder mit hoch ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl eher dazu, aus den Erfahrungen von Unstimmigkeiten mehr neutrale oder sogar positive Seiten wahrzunehmen und diese als Herausforderung für ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität anzunehmen. Auch wenn sie doch diese Unstimmigkeiten eher als Stressoren und für das eigene Wohlbefinden bedrohlich empfinden, sind sie in der Lage, sie differenziert zu betrachten, und sind überzeugt, dass ausreichende Widerstandsressourcen

vorhanden sind und sie flexibel und angemessen zur Bewältigung der aus den kulturellen Diskrepanzen herausgebildeten bedrohlichen Stressoren einzusetzen sind. So wirkt sich das Erleben der Diskrepanzen und Unstimmigkeiten bei den Kindern mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl in der Familie, im Selbst oder in der Schule auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nicht negativ aus. Ein Teil der Kinder ist sogar in der Lage diese Unstimmigkeiten als Chance zu betrachten und zu Ressourcen umzuwandeln (Uslucan, 2005).

#### 8.4.2 Rolle des Kinderkohärenzgefühls als Mediatoreffekt

##### *<Paarzufriedenheit der Mütter in Südkorea als Einflussfaktor für das Kohärenzgefühl ihrer Kinder>*

Anhand der untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea zeigte sich bei den weiteren Einzelanalysen zur Rolle des Kinder-Kohärenzgefühls, dass das Kinder-Kohärenzgefühl zwischen ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Paarzufriedenheit der Mütter total mediiert. Das würde bedeuten, dass je höher ausgeprägt die Mütter im Hinblick auf die Paarzufriedenheit sind, ihre Kinder eine desto bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigen. Allerdings ist diese Beziehung nur dann vorhanden, wenn das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder entsprechend ausreichend ausgeprägt ist. Hierbei ist die Paarzufriedenheit der Mütter in Südkorea als der wichtigste Einflussfaktor auf das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder zu betrachten, das sich wiederum auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt. Dies konnte jedoch bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland nicht bestätigt werden. Wie dem Ergebnis der Varianzanalyse zu entnehmen ist, wurde kein Zusammenhang zwischen der Paarzufriedenheit und dem Kohärenzgefühl bei den untersuchten Müttern in Deutschland nachgewiesen. Für die Erklärung wurde in Kapitel 8.1.2 darauf hingewiesen, dass die südkoreanischen Mütter in Deutschland die Zufriedenheit in der Paarbeziehung nur bedingt mit dem Vergleich zu der Konstellation in Südkorea wahrzunehmen scheinen, wohin sie in Zukunft zurückkehren wollen. Ebenfalls ist es denkbar, dass sich die Paarzufriedenheit auf das Kinder-Kohärenzgefühl ebenfalls nicht auswirkt, weil es sich bei der Paarzufriedenheit der südkoreanischen Mütter in Deutschland nicht um eine *wahre* Zufriedenheit handelt (s. Kap. 8.1.2).

**<Psychische Gesundheit und das Kohärenzgefühl der südkoreanischen Mütter in Deutschland als Einflussfaktor für das Kohärenzgefühl ihrer Kinder>**

Im Vergleich zu den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea konnte sich anhand der Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland bestätigen, dass das Kinder-Kohärenzgefühl total zwischen ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem Kohärenzgefühl der Mütter mediiert. Das heißt mit anderen Worten, dass die besser ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl ihrer Mütter einhergeht. Dieser Zusammenhang existiert jedoch, da es sich um einen vollständigen Mediatoreffekt handelt, nur über das stark ausgeprägte Kinder-Kohärenzgefühl. Ebenfalls wurde herausgefunden, dass die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund in Deutschland eine umso bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen, je besser die psychische Gesundheit ihrer Mütter ausgeprägt ist. Hierbei geht es um einen partiellen Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls, d.h. die Wirkung psychischer Gesundheit der Mütter auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder erfolgt zum kleineren Teil auf Umwegen über das Kinder-Kohärenzgefühl und zum großen Teil ohne Umwege.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass das Kohärenzgefühl sowie die psychische Gesundheit der südkoreanischen Mütter in Deutschland eine wichtige Determinante für das Kinder-Kohärenzgefühl ihrer Kinder darstellen, das wiederum die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder beeinflusst. Die Ergebnisse der Varianzanalyse anhand der südkoreanischen Mütter und ihrer Kinder in Deutschland deuteten auch an, dass die Stärke des Kohärenzgefühls der Mütter sowohl mit dem Kinder-Kohärenzgefühl als auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder positiv zusammenhängt. Dabei ließ sich allerdings nicht feststellen, wie der Mechanismus zwischen den Variablen der Mütter und der Kinder funktioniert (s. Kap. 7.1.2). Im Vergleich dazu konnte mittels der Mediatoranalyse darauf hingewiesen werden, dass sich das Kohärenzgefühl der Mütter zunächst nicht direkt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder, sondern ausschließlich auf das Kinder-Kohärenzgefühl auswirkt. Dieser Befund scheint durch eine Annahme von Antonovsky (1997) erklärt zu werden. Eine Annahme besagt nämlich, dass es wahrscheinlich ist, dass die Eltern die Lebenserfahrungen ihrer Kinder so beeinflussen, dass das Kinder-Kohärenzgefühl in dieselbe Richtung wie das Kohärenzgefühl der Eltern gelenkt wird (S. 99). Diese Erklärung allein ist jedoch nur begrenzt annehmbar. Dieser Befund hätte sich sonst auch bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea finden lassen können. D.h. es müsste noch weitere

Erklärungen dafür geben, warum dieser Zusammenhang nur bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland zu beobachten war.

An dieser Stelle scheint es wichtig zu sein, das Ergebnis der deskriptiven Analyse zum Mittelwertevergleich des Kinder-Kohärenzgefühls genau zu beobachten. Hinsichtlich der Kinder mit Migrationshintergrund wurden im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey Deutschlands (KiGGS) bei den 11 bis 17 Jährigen ( $N=7,557$ ) soziale, familiäre und personale Ressourcen erhoben, wobei der Bereich der personalen Ressourcen ein Item aus der Kohärenzgefühl-Skala enthielt. Dabei wurde aufgezeigt, dass die untersuchten Kinder mit Migrationshintergrund deutlich über niedriger ausgeprägte soziale und personale Ressourcen verfügen als jene ohne (Erhart et al., 2007). Beim Mittelwertevergleich in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich jedoch, dass es keinen Mittelwerteunterschied zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea im Hinblick auf das Kinder-Kohärenzgefühl gibt, auch wenn das Alter der Kinder kontrolliert wurde (s. Kap. 6.1.8). Ein wichtiger Hinweis zur Erklärung der oben gestellten Frage ergibt sich aber dann, wenn man die Mittelwerte der Subdimensionen des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen den südkoreanischen Kindern in Deutschland und in Südkorea vergleicht. Genauso wie bei dem Ergebnis der Analyse zum Mittelwertevergleich des Kohärenzgefühls zwischen den untersuchten Müttern in Deutschland und in Südkorea (s. Kap. 6.1.1) wurde aufgezeigt, dass die untersuchten Kinder mit südkoreanischem Migrationshintergrund über eine niedriger ausgeprägte Verstehbarkeit des Kinder-Kohärenzgefühls verfügen als diejenigen Kinder in Südkorea. Dabei wurde eine tendenzielle Signifikanz unter Kontrolle des Alters nachgewiesen. Trotz der tendenziellen Signifikanz war die Effektgröße in Bezug auf die Verstehbarkeit bei den untersuchten Kindern sogar größer als die bei den südkoreanischen Müttern (s. Kap. 6.1.8). Diese Befunde sind beachtenswert insofern, als dass darauf hingedeutet werden kann, dass sich die südkoreanischen Mütter und ihre Kinder in Deutschland gemeinsam in die negative Richtung im Hinblick auf die Verstehbarkeit des (Kinder-) Kohärenzgefühls im Vergleich zu jenen in Südkorea bewegen. Das könnte also die Möglichkeit zum intergenerativen Einfluss des Kohärenzgefühls von Müttern auf ihre Kinder im Migrationsprozess andeuten.

Dieser mögliche intergenerative Einfluss in Bezug auf die Verstehbarkeit ist möglicherweise auf die Besonderheiten des Sozialisationsprozesses und der Identitätsentwicklung in Migrantenfamilien zurückzuführen. Im Laufe des Sozialisationsprozesses insbesondere ab Schuleintritt des Kindes beinhaltet die Mutter-Kind-Beziehung in den Migrantenfamilien komplexere

Herausforderungen als bei Familien ohne Migrationshintergrund insofern, als sich zugewanderte Mütter und ihre Kinder als Minderheiten in der Aufnahmegesellschaft mit den Widersprüchen bei der intergenerativen Vermittlung von Werten und Verhaltensmustern der Herkunftskultur und der Aufnahmegesellschaft konfrontieren müssen (Leyendecker, 2003; Oerter, 2002; Razum & Neuhauser, 2008; Trommsdorff, 2005; Uslucan, 2011; Kap. 2.1.3). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Eltern in Migrantenfamilien besondere Anstrengungen unternehmen müssen, wenn sie die eigene Herkunftskultur an ihre Kinder weitergeben wollen. Diese Weitergabe kann nämlich nicht durch das System der Aufnahmegesellschaft erfolgen, sondern muss allein durch die Eltern oder die ethnische Gemeinde geleistet werden. Außerdem kann es noch deswegen schwieriger sein, weil sich Kinder mit Migrationshintergrund stärker an der Aufnahmegesellschaft als ihre Eltern orientieren (Steinbach & Nauck, 2005). Wenn dabei die für die Kinder gestellten Entwicklungsaufgaben der Eltern in Migrantenfamilien von normativen Entwicklungsaufgaben der Aufnahmegesellschaft abweichen, ergeben sich bei Kindern mit Migrationshintergrund Diskrepanzen zwischen häuslicher und außerhäuslicher Kultur (Herwartz-Emden et al., 2010; Leyendecker & Schölmerich, 2005; Trommsdorff, 2001; Kap. 8.3). In diesem Zusammenhang postuliert Antonovsky (1997), dass solche Diskrepanzen zwischen häuslichen und außerhäuslichen Normen und Werten im erzieherischen Bereich die konsistenten Lebenserfahrungen für Kinder verhindern können, welche die Verstehbarkeit fördern (S. 100).

Zusammenfassend kann darauf hingewiesen werden, dass der Migrationsprozess die Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls sowohl der Mütter als auch ihrer Kinder verringert, so dass ein enger Zusammenhang zwischen untersuchten Müttern und Kindern in Deutschland in Bezug auf das Kohärenzgefühl festgestellt werden konnte. Dies führte dazu, dass der Unterschied zwischen den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland und in Südkorea im Hinblick auf das Kinder-Kohärenzgefühl als Mediatorvariable beim Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder nachgewiesen wurde. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass der intergenerative Einfluss im Hinblick auf die Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland mehr vorkommt als bei jenen in Südkorea.

Der intergenerative Einfluss ist hierbei verwendet in dem Sinne, als dass das Ausmaß der Verstehbarkeit der Mütter die Verstehbarkeit ihrer Kinder zum gewissen Teil beeinflusst. Verfügen zugewanderte Mütter *trotz der Migration* über eine stark ausgeprägte Verstehbar-

keit, dann ist es wahrscheinlicher, dass sie die Diskrepanzen zwischen herkunftsländlicher und aufnahmegesellschaftlicher Kultur im erzieherischen Bereich mehr als geordnete, konsistente und strukturierte wahrnehmen als jene mit schwach ausgeprägter Verstehbarkeit. Somit neigen sie dazu, zu glauben, dass ihnen geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um mit diesen Diskrepanzen effektiv umzugehen (Antonovsky, 1997). Ihre Kinder übernehmen die Einstellungen der Mütter, so dass sie sich vergewissern, dass diese Diskrepanzen z.B. in der Schule und beim Spielen mit Freunden nicht unbedingt als chaotisch, ungeordnet und unerklärlich wahrgenommen werden müssen. Die Kinder tendieren nämlich dazu, zu glauben, dass ihnen ausreichende Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, um mit diesen kulturellen Diskrepanzen umzugehen. Diese Überzeugung ist für Kinder mit Migrationshintergrund besonders von Bedeutung, weil die Konfrontation mit den Diskrepanzen für sie unausweichlich ist. Diese Konfrontation stellt für sie einen unvermeidbaren Reiz im schulischen bzw. außerfamiliären Leben dar, der von ihnen bewertet werden muss, wie bereits in der Diskussion zum Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls aufgezeigt wurde (s. Kap. 8.4.1).

## 8.5 KRITISCHE ANMERKUNGEN ZUR METHODIK

Die erste Einschränkung der Arbeit kann in dem Querschnittsdesign der Studie gesehen werden. Insbesondere zielen die Moderator-/Mediatoranalyse sowie Pfadanalyse auf die Erklärung der kausalen Beziehung zwischen Variablen ab. Jedoch sind im Querschnittsmodell die Aussagen über kausale Beziehungen schwer zu belegen (Roe, 2012). Das würde bedeuten, dass es unmöglich ist, zu behaupten, dass die Befunde der Moderator-/Mediatoranalysen und Pfadanalysen endgültig als bewiesen gelten. Zum Beispiel ist aufgrund des Befundes, dass nämlich das Kohärenzgefühl zugewanderter Mütter zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und psychischer Gesundheit mediiert, nicht gänzlich die Richtung des Einflusses sicher festzustellen, ob nämlich die wahrgenommene soziale Unterstützung das Kohärenzgefühl bei dem Mediatoreffekt beeinflusst oder umgekehrt (s. Kap. 7.2.1).

Die weiteren Einschränkungen der Studie beziehen sich auf die Rekrutierungsstrategie. Die Erhebung in Südkorea wurde nur bei einer Grundschule (Primary School) in einer mittelgroßen Stadt vorgenommen, während der Wohnort bei der Erhebung in Deutschland nicht direkt erfragt wurde. So wurden die Fragebögen in Deutschland z.B. über südkoreanische Gemeinden oder Schulen in Großstädten an die südkoreanischen Mütter weitergeleitet. Der Wohnort kann aber für die psychische Gesundheit der Migranten von Bedeutung sein (Nauck & Niephans, 2001). Des Weiteren wurde die Erhebung in Südkorea von der Schulleitung über Klassenlehrerinnen an die Kinder in meiner Abwesenheit weitergeleitet. Danach gaben die Kinder die Fragebögen zu Hause an die Mütter weiter. Im Vergleich dazu wurden den Müttern bei der Erhebung in Deutschland die Fragebögen zum größten Teil beim direkten Kontakt mit mir weitergegeben. Trotz des Informationsbriefes ist es denkbar, dass die untersuchten Mütter in Südkorea die Fragebögen als eine Art von Hausaufgabe empfanden, so dass sie sich mehr als jene Mütter in Deutschland in Deutschland gezwungen sahen, die Fragebögen auszufüllen. D. h. die südkoreanischen Mütter in Deutschland schienen möglicherweise freiwilliger an der Befragung teilzunehmen. Auch der Unterschied im Alter zwischen den untersuchten Kindern in Deutschland (7-15) und Südkorea (7-12) kann als kritisch betrachtet werden (s. Kap. 5.2). Dafür wurde aber das Alter der Kinder bei der Kovarianzanalyse und der Pfadanalyse für die simultane Prüfung der einzelnen Mediatoreffekte kontrolliert.

Die dritte Beschränkung der Arbeit liegt in den Erhebungsinstrumenten. Alle Instrumente außer den selbstentwickelten Fragebögen (Fragen zu demografischen Daten; Kb-SozU; Paar-

Zuf) wurden ins Koreanische übersetzt, wobei mehrere Übersetzer die Fragebögen bis zur Rückübersetzung in Deutsche bearbeitet haben (s. Kap. 4.5). Jedoch wurde die Retest-Reliabilität zwischen Koreanisch und Deutsch nicht bei allen Fragebögen überprüft, sondern es wurde lediglich ein übersetzter Fragebogen, SOC-13, zur Überprüfung der Retest-Reliabilität bei N=9 herangezogen (Lee et al., 2002), wobei eine gute Stabilität erbracht werden konnte. Außerdem sind auch einige kulturelle Einflussfaktoren bei der Erhebung mittels eines Likert skalierten Fragebogens zu berücksichtigen, die das Ergebnis des Fragebogens beeinflussen können (Weiss, 2003). Chen, Lee und Stevenson (1995) wiesen darauf hin, dass japanische und taiwanische Schüler mehr als kanadische und amerikanische dazu tendieren, innerhalb ihrer Antworten in der Mitte der Ratingskalen anzukreuzen. Daher ist nicht ganz sicher davon auszugehen, dass es keine kulturellen Einflussfaktoren zwischen den untersuchten Kindern mit südkoreanischem Migrationshintergrund, die in Deutschland aufgewachsen sind, und jenen, die in Südkorea aufgewachsen sind, beim Ausfüllen der Fragebögen gibt. Ähnliche Ergebnisse wurden auch bei Erwachsenen beobachtet (Lee et al., 2002). Im Weiteren soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die interne Konsistenz bei den vielen Subdimensionen der Fragebögen nicht ausreichend für eine einzelne Interpretation der Subdimensionen war (s. Anhang Tab. A-1).

Weitere Einschränkungen betreffen potenzielle Störvariablen, die in Kapitel 6.2 identifiziert wurden. Diese Variablen wurden bei der Kovarianzanalyse kontrolliert. Jedoch konnten sie, da die Anzahl der Stichprobe in Deutschland nicht groß genug für das Strukturmodell war, bei der Pfadanalyse zur simultanen Prüfung der einzelnen gefundenen Mediatoreffekte nicht berücksichtigt werden (außer bezüglich des Lebensalters der Kinder). Außerdem konnten nicht alle potenziellen Einflussfaktoren aufgrund der Komplexität der Zusammenhänge im Hinblick auf die Migration und Mutter-Kind-Dyaden betrachtet werden.



## 8.6 AUSBLICK UND BEDEUTUNG FÜR PRAKTISCHE ARBEITEN

### 8.6.1 Ausblick für zukünftige Forschungen

Die Strategie der Stichprobenauswahl erscheint in der Migrationsforschung von besonderer Bedeutung. Die Migranten, die für die Datenerhebung relativ leicht zu erreichen sind und deren Sprachkompetenz gut ist, erscheinen als besser integriert. Die Migranten, die schwerer erreichbar sind, deren Sprachfähigkeit geringer ausfällt und die kaum Kontakte in der Aufnahmegesellschaft haben, sollten auch in die Studien mit einbezogen werden. Ansonsten erhöht sich das Risiko, dass die Ergebnisse der Studien ein verzerrtes Bild über Migranten widerspiegeln. Demnach muss der Tatsache Rechnung bei den Fragebogenerhebungen getragen werden, dass nicht alle Befragten gleichmäßig Deutsch verstehen. Daher wäre in nachfolgenden Studien anzustreben, die Daten bei migrationsrelevanten Studien in der jeweils eigenen Muttersprache der jeweils befragten Migrantengruppe zu erheben. Das hilft bei der Suche der Stichproben aber auch bei der Erhöhung der Zuverlässigkeit der Studien (Knipper & Bilgin, 2009; Zeeb & Razum, 2006).

Die Gruppe der Migranten ist zu heterogen, als dass sie unter dem einen Begriff „*Migranten*“ zusammengefasst werden können (Saladin & Bühlmann, 2006). In zukünftigen Studien sollten die Migranten möglichst differenziert betrachtet werden. Differenzierte Beobachtungen sind noch von besonderer Wichtigkeit, wenn es sich um das Themenfeld Gesundheit und Migration handelt (Wiedl & Marschalck, 2001). Im Forschungsbereich von Migration in Deutschland wurde jedoch *die Minderheit der Migranten* nicht selten vernachlässigt. Auch im Medienbereich wurden nicht selten Ergebnisse aus wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Migration nur sehr pauschalisiert wiedergegeben (Meier-Braun, 2011). So wird die Minderheit der Migranten in Deutschland häufig mit dem Bild assoziiert, das durch die Ergebnisse der Studien über Mehrheitsmigrantengruppen wie Migranten aus der Türkei dargestellt wurde. Beispielsweise gibt es in Deutschland sehr wenige Forschungsarbeiten über Migranten aus nordostasiatischen (wie Südkorea, Japan, China und Nordkorea) oder südostasiatischen Ländern (wie Vietnam, Philippinen und Thailand usw.). Insbesondere, wenn es um Migration und Gesundheit geht, sind sie rar. Seit Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes zum 1. Januar 2005 wurde ausländischen Studienabsolventen an deutschen Universitäten ermöglicht, einen Arbeitsplatz in Deutschland zu suchen. Angesichts dessen, dass die Hochschulabsolventen aus Südkorea, Japan, China und Vietnam in 2010 knapp 30% der aus-

ländischen Hochschulabsolventen aus den Nicht-EU Staaten ausmachen, ist ein allmählicher Anstieg dieser asiatischen Absolventen und Migrantengruppen noch zu erwarten (BAMF, 2012). Vor diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, noch mehr Forschung über Migration und Gesundheit gerade bei diesen ethnischen Gruppen durchzuführen.

So wäre es von besonderem Interesse, die Mutter-Kind-Dyaden aus unterschiedlichen nord-südostasiatischen Ländern im Hinblick auf das Kohärenzgefühl zu untersuchen. Das könnte z.B. bezüglich der Frage aufschlussreich sein, ob der Unterschied zwischen diesen Mutter-Kind-Dyaden in der Migration im Hinblick auf die Rolle des Kohärenzgefühls beim Gesundheitsprozess besteht, obwohl sie aus demselben Kulturkreis stammen, oder inwieweit die Beziehung zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und dem Kinder-Kohärenzgefühl der Kinder bei jeweiligen Mutter-Kind-Dyaden unterschiedlich ist.

Außerdem wurde das Thema Vaterschaft in Migrantenfamilien relativ wenig untersucht, obwohl dieses einen ebenso großen Einfluss auf die Kinder wie die Mütter zu haben scheint (Leyendecker, 2011; Westphal, 2011). Daher wäre in nachfolgenden Studien anzustreben, diese Vater-Kind-Dyaden in Migrantenfamilien in die Betrachtung einzubeziehen.

### **8.6.2 Bedeutung für praktische Arbeiten**

Die Ergebnisse zur Rolle des Kohärenzgefühls zwischen Stichproben in Deutschland und Südkorea tragen nicht nur zur theoretischen Diskussion bei, sondern geben auch Impulse zur Überlegung, wie die salutogenetische Sichtweise bei der praktischen Arbeit mit Migranten, insbesondere den Migrantenfamilien in Deutschland wirksam umgesetzt werden kann.

Ausgehend von den Ergebnissen der Analyse zum Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls wird deutlich, dass das Kohärenzgefühl einen wichtigen Faktor beim Gesundheitsprozess für südkoreanische Mütter in Deutschland und Südkorea darstellt. Dabei ließ sich aber auch feststellen, dass das Kohärenzgefühl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland noch eine wichtigere Rolle zu übernehmen scheint als bei jenen in Südkorea, insofern als dass das Kohärenzgefühl die Beziehung zwischen den Widerstandsressourcen/-defiziten und psychischer Gesundheit vollständig mediiert. Vor diesem Hintergrund kann in der vorliegenden Untersuchung darauf hingewiesen werden, dass ein hoher Stellenwert bezüglich der Förderung des Kohärenzgefühls besonders bei den zugewanderten Müttern in Bezug auf ihre psychische

Gesundheit besteht. Das starke Kohärenzgefühl wird nach Antonovsky (1997) gefördert durch Lebenserfahrungen, die durch Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation an Entscheidungsprozessen gekennzeichnet sind. Dafür könnten Trainingsprogramme zur Stärkung des Kohärenzgefühls (Franke & Witte, 2009) z.B. sprachlich wie inhaltlich modifiziert und angepasst werden, so dass sie in Zukunft auch in der sozialpädagogischen Arbeit mit Migranten eingesetzt werden.

Wenn man ergänzend die Befunde zum Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden heranzieht, wird ersichtlich, dass die Förderung des Kohärenzgefühls aus einer ganzheitlichen Sicht geplant werden sollte. Wie dargelegt wurde, wurde nur bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland aufgezeigt, dass sich das Kohärenzgefühl und die psychische Gesundheit südkoreanischer Mütter in Deutschland über das Kinder-Kohärenzgefühl auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder auswirken. Das würde im Hinblick auf den Mediatoreffekt bedeuten, dass das Kinder-Kohärenzgefühl mit dem Kohärenzgefühl sowie der psychischen Gesundheit der Mütter bei den südkoreanischen Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland enger als bei jenen in Südkorea zusammenhängt. Dies gibt einen wichtigen Anhaltspunkt für die Förderung des Kohärenzgefühls in der Migration. Die Trainingsprogramme zur Förderung des Kohärenzgefühls bei Migranten sollten nämlich nicht hauptsächlich auf die Einzelnen sondern auf die Mütter und ihre Kinder gemeinsam oder die ganze Familie abzielen. Außerdem, unter Einbeziehung der gefundenen Tendenz zur Abschwächung der Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls sowohl bei den untersuchten südkoreanischen Müttern in Deutschland als auch ihren Kindern, was auf einen intergenerativen Einfluss schließen ließ, wird die Bedeutung der ganzheitlichen Sichtweise bei der Förderung des Kohärenzgefühls noch ersichtlich. Es könnte daher der Versuch unternommen werden, Trainingsprogramme zur Förderung des Kohärenzgefühls (Franke & Witte, 2009) und des Kinder-Kohärenzgefühls in Eltern-Kind-Kursen oder Familienbildungsprogrammen für Migrantenfamilien (Springer, 2011) zu integrieren.

Dabei müssen Strategien zum Abbau von Zugangsbarrieren immer eingeplant werden. Dies erscheint noch von größerer Bedeutung, wenn man bedenkt, dass die Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls der südkoreanischen Mütter und ihrer Kinder in Deutschland niedriger ausgeprägt ist als jene in Südkorea. Denn eine hoch ausgeprägte Handhabbarkeit setzt eine hoch ausgeprägte Verstehbarkeit voraus. Das heißt, dass es der Person mit einer schwach ausgeprägten Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls schwerer fällt, solche potenzielle Res-

sources als einsatzfähige Widerstandsressourcen wahrzunehmen (Antonovsky, 1997; Franke, 2010). In ähnlicher Weise wurde in einigen Forschungsarbeiten darauf hingewiesen, dass die weniger integrierten (asiatischen) Migranten, die die Diskrepanz zwischen beiden Kulturen in der Migration nicht als geordnet und strukturiert zu betrachten scheinen, eine professionelle psychologische Unterstützungsmaßnahmen in der Aufnahmegesellschaft weniger in Anspruch nehmen (Kim, 2007; Zhang & Dixon, 2003). Zu den Strategien zum Abbau von Zugangsbarrieren sind beispielsweise die Niedrigschwelligkeit der Angebote durch muttersprachliche Informationsquellen, alltagsnahe und flexible Angebotsstrukturen, die Erhöhung der interkulturellen Kompetenz der Programmtrainern oder Einsatz gleichethnischer Fachkräfte mit Migrationshintergrund zu zählen (Gaitanides, 2011).

In der vorliegenden Untersuchung konnte der Moderatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls auf den Zusammenhang zwischen der von Müttern wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nur bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland bestätigt werden. Das Ergebnis zeigte, dass die Kinder mit niedrig ausgeprägtem Kinder-Kohärenzgefühl die von ihren Müttern wahrgenommene soziale Unterstützung so negativ wahrnehmen, dass sich ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität verringert. Davon ausgehend kann auf der einen Seite noch einmal die Bedeutung der Förderung des Kinder-Kohärenzgefühls bei Kindern mit Migrationshintergrund betont werden. Auf der anderen Seite konnte darauf hingewiesen werden, dass sich die von Müttern wahrgenommene soziale Unterstützung einen Reiz für ihre Kinder darstellen kann. Dabei wurde vermutet, dass die Kinder Unstimmigkeiten bezüglich der Werte, Normen, Symbole oder Verhaltensstandards zwischen südkoreanischer und deutscher Kultur zu erleben scheinen, indem sie sich an der sozialen Interaktion der Mütter innerhalb der ethnischen Gruppen indirekt beteiligen. Daher könnte ein denkbarer Interventionsansatz darin bestehen, den Aufbau von Kontakten und Netzwerken der Migrantenfamilien aus nicht gleichethnischen Gruppen zu fördern (Springer, 2011). Um das Erleben der Diskrepanzen der Kinder mit Migrationshintergrund im außerfamiliären Leben z.B. in der Schule zu mildern, sollte betont werden, dass es wichtig ist, die interkulturelle Kompetenz der Lehrer (Fischer, 2011) und die Teilhabe der Migranteneltern an der Schule ihrer Kinder zu fördern (Gomolla, 2011). Die Milderung der Diskrepanzen kann sich schließlich auf die Verstehbarkeit zugewanderter Mütter und ihrer Kinder positiv auswirken, indem sie dadurch mehr konsistente Erfahrungen machen.

Abschließend ist zu betonen, dass die vorliegende Arbeit erstmals darauf hinweisen kann, dass das Kohärenzgefühl eine noch bedeutendere Rolle bei zugewanderten Müttern und ihren Kindern beim Gesundheitsprozess als bei jenen ohne Migrationshintergrund spielt. Daher wäre es in Zukunft wünschenswert, die Förderung des Kohärenzgefühls als übergeordnetes Ziel in den Mittelpunkt der sozialpädagogischen Praxis und ihrer Interventionsangebote für Migranten zu legen.

## 9 ZUSAMMENFASSUNG

Migration führt Betroffene sowohl zu einem sozialen und kulturellen, aber auch zu einem gesundheitlichen Wandel. In der Diskussion über Migration ist es wichtig, den familiären Aspekt zu integrieren, weil Migration in der Regel ein Familienprojekt darstellt, das nicht mit einer Generation abgeschlossen ist. Die Migrantenfamilien stehen vor Herausforderungen, denn sie müssen die von der Migration ausgelösten Diskrepanzen zwischen der Herkunftskultur und der Kultur der Aufnahmegesellschaft und den Verlust sozialer Netzwerke im Heimatland bewältigen. Andererseits erleben aber auch die Migrantenfamilien eine Intensivierung der Beziehungen zwischen Familienmitgliedern. Alle diese Veränderungen durch Migration in den Migrantenfamilien sind als entscheidende Einflussgrößen für die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder zu betrachten. Vor diesem Hintergrund scheint es unerlässlich zu sein, die Thematik Migration und Gesundheit im Rahmen der Familie zu diskutieren.

Davon ausgehend wurden in der vorliegenden Untersuchung die Annahmen des Salutogenesekonzepts von Antonovsky aufgenommen. Ziel der Untersuchung war es, den salutogenetischen Gesundheitsprozess zwischen den südkoreanischen Müttern und ihren Kindern in Deutschland und jenen in Südkorea zu vergleichen. Dementsprechend wurden der Haupteffekt und die Rolle des Kohärenzgefühls im Zusammenhang zwischen den ausgewählten Variablen und der psychischen Gesundheit anhand der Stichproben von südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland und ebenso in Südkorea überprüft.

Befragt wurden in Deutschland insgesamt 83 südkoreanische Mütter und 81 Kinder sowie 193 Mütter und 189 Kinder in Südkorea. Um dem Ziel der vorliegenden Untersuchung nachzugehen, wurden das Kohärenzgefühl (SOC-13), der psychische Gesundheitszustand (GHQ-12), die soziale Unterstützung (F-SozU-14), die soziale Belastung (SozBel-erg-K), die kindbezogene soziale Unterstützung (Kb-SozU) sowie die Paarzufriedenheit (PaarZuf) bei den untersuchten Müttern und das Kinder-Kohärenzgefühl (DoKSoC) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KINDL<sup>R</sup>) bei den untersuchten Kindern erhoben. Insgesamt ließ sich kein Mittelwerteunterschied zwischen den Stichproben in Deutschland und Südkorea bezüglich der Variablen finden, mit Ausnahmen bei der sozialen Belastung und der Paarzufriedenheit. Dabei zeigten die untersuchten Mütter in Deutschland eine höher ausgeprägte soziale Belastung und Paarzufriedenheit auf als jene in Südkorea.

Bei der Hypothesenprüfung zeigte sich, dass die Stärke des Kohärenzgefühls eine wichtige Determinante für die psychische Gesundheit sowohl bei den südkoreanischen Müttern und ihren Kindern in Deutschland als auch bei jenen in Südkorea darstellt. Die südkoreanischen Mütter in beiden Ländern, die über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen, nehmen mehr soziale Unterstützung, kindbezogene soziale Unterstützung und weniger soziale Belastungen wahr. Jedoch konnte die Annahme, dass die Stärke des Kohärenzgefühls und die Paarzufriedenheit zusammenhängen, bei den untersuchten Müttern in Deutschland nicht bestätigt werden, während dieser Zusammenhang bei den Müttern in Südkorea signifikant bestand. Die Annahme, dass ein hoch ausgeprägtes mütterliches Kohärenzgefühl mit einem

besser ausgeprägten Kinder-Kohärenzgefühl und einer besser ausgeprägten gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder einhergeht, konnte nur bei den südkoreanischen Müttern und ihren Kindern in Deutschland bestätigt werden.

In weiteren Analysen konnte die Annahme zur Rolle des Kohärenzgefühls als Moderator nicht bestärkt werden. Stattdessen wurde ein Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen den Variablen nachgewiesen. So ließ sich bestätigen, dass das mütterliche Kohärenzgefühl zwischen den ausgewählten Variablen und der psychischen Gesundheit bei den untersuchten Müttern in Deutschland total mediiert, während sich ein partieller Mediatoreffekt des Kohärenzgefühls zwischen Variablen bei den untersuchten Müttern in Südkorea fand. Dieser Unterschied bezüglich der Form des Mediatoreffekts des Kohärenzgefühls führt zu der Vermutung, dass das Kohärenzgefühl bei den südkoreanischen Müttern in Deutschland eine wichtigere Rolle spielt als bei jenen in Südkorea.

Bei der Betrachtung der Mutter-Kind-Dyaden wurde überprüft, welche Rolle des Kinder-Kohärenzgefühls beim Zusammenhang zwischen mütterlichen Variablen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder spielt. Dabei konnte nur bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland bestätigt werden, dass das Kinder-Kohärenzgefühl den Zusammenhang zwischen der von den Müttern wahrgenommenen (kindbezogenen) sozialen Unterstützung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder moderiert. Dieses Ergebnis bestärkt die salutogenetische Annahme, dass das Kinder-Kohärenzgefühl beim Gesundheitsprozess eine aktive Rolle spielt.

Anschließend wurde nur bei den Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland ein Mediatoreffekt des Kinder-Kohärenzgefühls zwischen dem Kohärenzgefühl sowie der psychischen Gesundheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder gefunden. Davon ausgehend lässt sich vermuten, dass das Kohärenzgefühl und Kinder-Kohärenzgefühl bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Deutschland im engeren Zusammenhang zueinander stehen als das bei jenen Dyaden in Südkorea. Des Weiteren ließ sich nur bei den untersuchten Mutter-Kind-Dyaden in Südkorea nachweisen, dass das Kinder-Kohärenzgefühl zwischen der Paarzufriedenheit der Mütter und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder mediiert.

Abschließend werden in der Diskussion praxisbezogene Möglichkeiten diskutiert und es wird ein Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen skizziert. Dabei wird insbesondere auf die Bedeutung der Förderung des Kohärenzgefühls sowohl für zugewanderte Mütter als auch für ihre Kinder mit Migrationshintergrund hingewiesen.

## VI VERZEICHNISSE

### 10 LITERATURVERZEICHNIS

- Abele, A. E. (2001). Rollenvielfalt von Frauen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch* (S. 559–576). Göttingen: Hogrefe.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Child behavior checklist: Teacher's Report Form*. Burlington, VT: Dept. of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Child behavior checklist/4-18*. Burlington, VT: Dept. of Psychiatry, University of Vermont.
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage.
- Albertsen, K., Nielsen, M. L., & Borg, V. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: The main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress*, 15(3), 241–253.
- Al-Yagon, M., & Margalit, M. (2006). Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 21(1), 21–37.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (1. ed., 2. print.). *The Jossey-Bass health series*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6(2), 71–80.
- Antonovsky, A. (1991). Meine Odyssee als Stressforscher. In H.-H. Abholz (Hrsg.), *Rationierung der Medizin* (S. 112–130). Hamburg: Argument-Verlag.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3–14). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Antonovsky, A. (1993a). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Franke, A., Hrsg.): Dgvt-Verlag.
- Assion, H.-J. (2005). Migration und psychische Krankheit. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit. [Themen einer wissenschaftlichen Tagung ... unter dem Titel:*



- "*mensch.migration.mental health*" im Mai 2003 im Ruhrcongress Bochum...] (S. 133–144). Heidelberg: Springer Medizin.
- Assion, H.-J. (Hrsg.). (2005a). *Migration und seelische Gesundheit: [Themen einer wissenschaftlichen Tagung ... unter dem Titel: "mensch.migration.mental health" im Mai 2003 im Ruhrcongress Bochum...]*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Backhaus, K. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung ; mit 6 Tabellen* (11th ed.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (13th ed.). Berlin [u.a.]: Springer.
- Banks, M. H., Clegg, C. W., Jackson, P. R., Kemp, N. J., Stafford, E. M., & Wall, T. D. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53(3), 187–194.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise* (Erw. Neuaufl.). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Vol. 6*. Köln: BZgA.
- Berry, J. W. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21(3), 491–511.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34.
- Berry, J. W. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 615–631.
- Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Das Gesundheitswesen*, 65(3), 167–172.
- Boos-Nünning, U., & Karakasoglu, Y. (2005). Familialismus und Individualismus: Zur Bedeutung der Familie in der Erziehung von Mädchen mit Migrationshintergrund. In U. Fuhrer & H.-H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 126–149). Stuttgart: Kohlhammer.
- Borde, T., & David, M. (2007). Vorwort der Herausgeber. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale ; [unter dem Dach des bundesweiten Kongresses "Armut und Gesundheit" stattfindendes, 5. Migrations-Symposium der Charité Frauenklinik ... "Migration und seelische Gesundheit - psychische Potentiale und Belastungen"]* (S. 7–12). Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarb.). Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (Lehrbuch mit Online-Materialien)* (7., vollst. überarb. u. aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Braune-Krickau, K., Stadelmann, S., Wyl, A. von, Perren, S., Bürgin, D., & Klitzing, K. von. (2005). Elterliche psychische Belastung, konflikthafte Paarbeziehung und Verhaltensregulation dreijähriger Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 14(3), 181–190.
- Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München [u.a.]: Pearson Studium.
- Bundesamt für Familie Senioren Frauen und Jugend [BFSFJ]. (2000). *Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. 6. Familienbericht*. Berlin.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF]. (2012). *Migrationsbericht 2010: Des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung* (1st ed.). Berlin: Bundesministerium des Innern.
- Bundesministerium des Innern [BMI]. (2001). *Zuwanderung gestalten Integration fördern: Bericht der unabhängigen Kommission "Zuwanderung"*.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D. Y., & Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the kibbutz. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1089–1096.
- Cederblad, M., Ruksachatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S., & Höök, B. (2003). Sense of Coherence in a Thai Sample. *Transcultural Psychiatry*, 40(4), 585–600.
- Chen, C., Lee, S.-y., & Stevenson, H. W. (1995). Response style and cross-cultural comparisons of rating scales among east asian and north american students. *Psychological Science*, 6(3), 170–175.
- Cheung, G. W., & Lau, R. S. (2008). Testing Mediation and Suppression Effects of Latent Variables: Bootstrapping With Structural Equation Models. *Organizational Research Methods*, 11(2), 296–325.
- Chung, C. W. (2003). Factors of intention to take hormone replacement therapy in korean menopausal women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 9(4), 369–378.
- Chung, C. W., Kim, M. J., Rhee, M. H., & Do, H. G. (2005). Functional Status and Psychosocial Adjustment in Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy: (in Koreanisch). *Korean Journal of Women Health Nursing*, 11(1), 58–66.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.

- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden: Lehrbuch ; mit Online-Materialien* (1st ed.). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 800–809.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale. Research report / Folkhälsan Research Centre: Vol. 2007,1*. Turku.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381.
- Erim, Y., Morawa, E., Atay, H., Tagay, S., Aygün, S., & Senf, W. (2009). Traumaerlebnisse, Posttraumatische Belastungsstörung und Kohärenzgefühl bei türkischsprachigen Patienten einer psychosomatischen Universitätsambulanz. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 108-106.
- Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (1st ed., S. 93–112). Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch.
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. *Work & Stress*, 11(2), 134–147.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Ruoppila, I. (2003). The stability of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1151–1165.
- Filsinger, D. (2011). Integration von Familien mit Migrationshintergrund. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 48–67). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Fischer, V. (2011). Interkulturelle Kompetenz. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 334–358). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Fischer, V., & Springer, M. (2011). Einleitung. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 9–22). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Franke, A. (1993). Die Unschärfe des Begriffs "Gesundheit" und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 15–34). Tübingen: Dgvt-Verlag.

- Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In A. Franke (Hrsg.), *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, S. 169–199. Dgvt-Verlag.
- Franke, A. (2004). Gender Mainstreaming als Konzept der Gesundheitsförderung. In E. Göpel (Hrsg.), *Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann* (1st ed., S. 188–199). Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2., überarb. und erw.). Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit. Bern: Huber.
- Franke, A., & Kämmerer, A. (2001). Vorwort der Herausgeberinnen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch* (S. 5–8). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A., & Witte, M. (2001). *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen: Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Franke, A., & Witte, M. (2009). *Das HEDE-Training: Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese ; [mit CD-ROM]* (1st ed.). Bern: Huber.
- Fuhrer, U., & Mayer, S. (2005). Familiäre Erziehung im Prozess der Akkulturation. In U. Fuhrer & H.-H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 59–85). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuhrer, U., & Uslucan, H.-H. (2005). Immigration und Akkulturation als ein intergenerationales Familienprojekt: eine Einleitung. In U. Fuhrer & H.-H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 9–16). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur sozialen Unterstützung: F-SozU*. Göttingen ;, Bern ;, Wien [u.a.]: Hogrefe.
- Gaitanides, S. (2011). Zugänge der Familienarbeit zu Migrantenfamilien. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 323–333). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Gana, K. (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults? *Stress and Health*, 17, 77–83.
- Geiger, I. K., & Razum, O. (2006). Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4th ed., S. 739–746). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1991). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON.
- Gomolla, M. (2011). Partizipation von Eltern mit Migrationshintergrund in der Schule. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 458–472). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.

- Grayson, J. P. (2007). Sense of Coherence, Problem Freedom and Academic Outcomes of Canadian Domestic and International Students. *Quality in Higher Education*, 13(3), 215–236.
- Grøholt, E.-K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Köhler, L. (2003). Ist parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health*, (13), 195–201.
- Hååkansson, C., Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Scherstéén, B., & Nilsson, P. M. (2003). Self-rated Health in Middle-aged Women: Associations with Sense of Coherence and Socioeconomic and Health-related Factors. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(3), 99–106.
- Han, P. (2005). *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven ; 17 Tabellen und 9 Übersichten* (2nd ed.). UTB: Vol. 2118. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53, 87–97.
- Hassebrauck, M. (1991). ZIP-Ein Instrumentarium zur Erfassung der Zufriedenheit in Paarbeziehung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 22, 256–259.
- Herwartz-Emden, L. (2000). Einleitung: Geschlechtsverhältnis, Familie und Migration. In L. Herwartz-Emden (Hrsg.), *Einwandererfamilien: Geschlechterverhältnisse, Erziehung und Akkulturation* (1st ed., S. 9–52). Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch.
- Herwartz-Emden, L., & Küffner, D. (2006). Schulerfolg und Akkulturationsleistungen von Grundschulkindern mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 9(2), 240–254.
- Herwartz-Emden, L., & Riecken, A. (2001). Frauen in der Migration. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch* (S. 577–608). Göttingen: Hogrefe.
- Herwartz-Emden, L., Schurt, V., & Waburg, W. (2010). *Aufwachsen in heterogenen Sozialisationskontexten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hogh, A., & Mikkelsen, E. G. (2005). Is sense of coherence a mediator or moderator of relationships between violence at work and stress reactions? *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(5), 429–437.
- Holmbeck, G. N. (2002). Post-hoc Probing of Significant Moderational and Mediation Effects in Studies of Pediatric Populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 87–96.
- Karlsson, I., Berglin, E., & Larsson, P. A. (2000). Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery - a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1383–1392.

- Kersh, J., Hedvat, T., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(12), 883–893.
- Kim, B. S. K. (2007). Adherence to Asian and European American cultural values and attitudes toward seeking professional psychological help among Asian American college students. *Journal of Counseling Psychology, 54*(4), 474–480.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Nurmi, J.-E., Feldt, T., Keltikangas-Järvinen, L., & Pentti, J. (2002). Sense of coherence as a mediator between hostility and health. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(4), 239–247.
- Knipper, M., & Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Kollenberg, M. E. (2010). Schülerdrill in Südkorea: Lernen heißt leiden. *Spiegel Online*. Retrieved from <http://www.spiegel.de/schulspiegel/ausland/schuelerdrill-in-suedkorea-lernen-heisst-leiden-a-733533.html>. (zuletzt abgerufen am 27.11.12)
- Krentz, S. (2002). Intergenerative Transmission von Erziehungseinstellungen bei Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland und Israel. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 22*, 79–99.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health, 6*(3), 175–180.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Lee, J. W., Jones, P. S., Mineyama, Y., & Zhang, X. E. (2002). Cultural differences in responses to a likert scale. *Research in Nursing & Health, 25*(4), 295–306.
- Lengning, A., Mohn, K., & Franke, A. (2009). *Dortmunder Kinder-SOC. Fragebogen zur Erhebung des Kohärenzgefühls bei Kindern. Unveröffentlichte Arbeitsfassung*. Dortmund: Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität.
- Lengning, A., Mackowiak, K., Steinhoff, S., & Franke, A. (2009). Zusammenhänge zwischen Ängstlichkeit, Angstbewältigung und Salutogenese in der Kindheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17*(4), 151–157.
- Leyendecker, B. (2003). Die frühe Kindheit in Migrantenfamilien. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (3rd ed., S. 381–432). Bern [u.a.]: Huber.
- Leyendecker, B. (2011). Sozialisation und Erziehung: der Stellenwert der Familie. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 240–249). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.

- Leyendecker, B., & Schölmerich, A. (2005). Familie und kindliche Entwicklung im Vorschulalter: Der Einfluss von Kultur und sozioökonomischen Faktoren. In U. Fuhrer & H.-H. Us-lucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 17–39). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M., & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 58(03/04), 123–129.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440–442.
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine*, 44(6), 821–831.
- Margalit, M. (1998). Loneliness and Coherence Among Preschool Children with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31(2), 173–180.
- Meier-Braun, K.-H. (2011). Medien. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 177–207). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Nasermoaddeli, A., Sekine, M., Hamanishi, S., & Kagamimori, S. (2002). Job Strain and Sleep Quality in Japanese Civil Servants with Special Reference to Sense of Coherence. *Journal of Occupational Health*, 44(5), 337–342.
- Nauck, B. (1993). Erwerbstätigkeit und gesundheitliches Wohlbefinden ausländischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.), *Er-fahrungen des Fremden. Vorträge im Sommersemester 1992; [Sammelband der Vorträge des Studium Generale der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg]* (S. 57–76). Heidelberg: Heidelberger Verl.-Anst.
- Nauck, B. (1994). Erziehungsklima, intergenerative Transmission und Sozialisation von Jugendlichen in türkischen Migrantenfamilien. *Zeitschrift für Pädagogik*, 40, 43–62.
- Nauck, B. (1997). Intergenerative Konflikte und gesundheitsliches Wohlbefinden in türkischen Familien: Ein interkultureller und interkontextueller Vergleich. In B. Nauck (Hrsg.), *Der Mensch als soziales und personales Wesen: Vol. 13. Familien in verschiedenen Kulturen. 86 Tabellen* (S. 324–354). Stuttgart: Enke.
- Nauck, B. (1999). Sozialer und intergenerativer Wandel in Migrantenfamilien in Deutschland. In R. Buchegger (Hrsg.), *Migranten und Flüchtlinge. Eine familienwissenschaftliche Annäherung* (S. 13–69). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- Nauck, B. (2007). Integration und Familie. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 22-23, 19–25.

- Nauck, B., & Kohlmann, A. (1998). Verwandtschaft als soziales Kapital: Netzwerkbeziehungen in türkischen Migrantenfamilien. In M. Diewald, Y. Schütze, & M. Wagner (Hrsg.), *Verwandtschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge zu einem vernachlässigten Thema* (S. 203–235). Stuttgart: Enke.
- Nauck, B., & Niephans, Y. (2001). Intergenerative Konflikte und gesundheitliche Belastungen. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (1st ed., S. 217–250). Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch.
- Neumann, E., Elke, R., & Bierhoff, H. W. (2007). Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften. Der Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi). *Diagnostica*, 53(1), 33–47.
- Niebank, K., & Petermann, F. (2000). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4th ed., S. 57–94). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(1), 14–20.
- Ochs, M., Benedikt, G., Franck, G., Seemann, H., Verres, R., & Schweitzer, J. (2004). Primäre Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Paarbeziehung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152(5), 543–550.
- OECD. (2011). *Employment and Labour Markets: Key Tables from OECD: Average annual working time Hours per worker*. Retrieved from [http://www.oecd-ilibrary.org/employment/average-annual-working-time\\_20752342-table8](http://www.oecd-ilibrary.org/employment/average-annual-working-time_20752342-table8).
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(1), 1–12.
- Oerter, R. (2002). Kultur, Ökologie und Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5th ed., S. 72–104). Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. (2002). Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(7), 548–559.
- Park, C. S., Suh, I. S., Oh, J. A., & Choi, E. S. (2001). Sense of Coherence and Coping Resources of Working Nurses at Hospital: (in Koreanisch). *Korean Journal of Women Health Nursing*, 7(3), 348–358.
- Pisula, E., & Kossakowska, Z. (2010). Sense of Coherence and Coping with Stress Among Mothers and Fathers of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(12), 1485–1494.



- Pourgholam-Ernst, A. (2002). *Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen: Frauen und Gesundheit ; eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht*. Münster: Telos Verlag.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden 1* (2., Aufl.). Berlin: Springer.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5), 399–407.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2000). *KINDL: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Revidierte Form.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 810–818.
- Ravens-Sieberer, Wille, & Settertobulte. (2007). *Was fördert das gesunde Aufwachsen von Kindern in Familien?: Kurzbericht zur Studie. Eine qualitative Studie im Auftrag der AOK-Die Gesundheitskasse und des stern durchgeführt von der Gesellschaft für angewandte Sozialforschung (GE-F-A-S), Gütersloh unter wissenschaftlicher Leitung des WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion der Universität Bielefeld*.
- Razum, O., & Neuhauser, H. (2008). *Migration und Gesundheit: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- Razum, O., Spallek, J., & Zeeb, H. (2011). Migration und Gesundheit. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 555–574). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reich, G. (2003). Depression und Paarbeziehung. *Psychotherapeut*, 48(1), 2–14.
- Richardson, C. G., & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(11), 979–984.
- Roe, R. A. (2012). What ist wrong with mediators and moderators? *the european health psychologist*, 14(1), 4–10.
- Rohmann, E. (2000). *Gerechtigkeitserleben und Erwartungserfüllung in Partnerschaften*. Frankfurt: Lang.
- Rothmann, S., & Jackson, L. K. M. (2003). Burnout and job stress in a local government: The moderating effekct of sense of coherence. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 52–60.

- Saladin, P., & Bühlmann, R. (2006). *Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG; H+ die Spitäler der Schweiz.
- Sam, D. L., & Berry, J. W. (1995). Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, *36*(1), 10–24.
- Schendera, C. (2008). *Regressionsanalyse mit SPSS* (1st ed.). München: Oldenbourg, R.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, *52*(2), 87–96.
- Schenk, L., Ellert, U., & Neuhauser, H. (2007). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *50*(5-6), 590–599.
- Schenk, L., & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz*, *48*(3), 279–286.
- Schmitt-Rodermund, E., & Silbereisen, R. K. (2002). Akkulturation und Entwicklung: Jugendliche Immigranten. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5th ed., S. 893–906). Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.
- Schmitz, P. (1992). Acculturation styles and health. In S. Iwawaki, Y. Kashima, & K. Leung (Hrsg.), *Innovations in cross-cultural psychology. Selected papers from the tenth International Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology, held at Nara, Japan* (S. 360–371). Amsterdam ;, Berwyn, PA: Swets & Zeitlinger Inc.
- Schmitz, P. (2001). Akkulturation und Gesundheit. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (1st ed., S. 123–144). Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch.
- Schneewind, K. A. (2002). Familienentwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5th ed., S. 105–127). Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.
- Schneider, C. M. (2010). Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In H. Wydler, P. Kolip, & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4th ed., S. 21–41). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonovskys Sense of Coherence: Trait or State? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*(6), 296–302.
- Schönpflug, U. (2001). Intergenerational Transmission of Values: The Role of Transmission Belts. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *32*(2), 174–185.

- Schnitz, N., Kruse, J., & Tress, W. (1999). Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(6), 462–468.
- Schulz, U. (2002). Migration. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 363–366). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46(4), 208–213.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe.
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München [u.a.]: Pearson Studium.
- Seon-Heui Yi. (2009). *Probleme der Integration und Identität der koreanischen Minderheit in Deutschland*.
- Shiu, A. T.-Y. (1998). The Significance of Sense of Coherence for the Perceptions of Task Characteristics and Stress During Interruptions Amongst a Sample of Public Health Nurses in Hong Kong: Implications for Nursing Management. *Public Health Nursing*, 15(4), 273–280.
- Springer, M. (2011). Elterntrainings und Familienbildung. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 473–501). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Statisches Bundesamt [DESTATIS]. (2011). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2010 – (Fachserie 1 Reihe 2.2)*. Wiesbaden.
- Steinbach, A., & Nauck, B. (2005). Intergenerationale Transmission in Migrantenfamilien. In U. Fuhrer & H.-H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 111–125). Stuttgart: Kohlhammer.
- Stelzl, I. (2005). *Fehler und Fallen der Statistik: Für Psychologen, Pädagogen und Sozialwissenschaftler*. Münster [u.a.]: Waxmann.
- Straus, F., & Höfer, R. (2010). Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. In H. Wydler, P. Kolip, & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4th ed., S. 115–128). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl.
- Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L. M., & Johansson, S.-E. (2000). Impact of Ethnicity, Violence and Acculturation on Displaced Migrants: Psychological Distress and Psychosomatic Complaints among Refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(6), 357–365.

- Tait, R. J., French, D. J., & Hulse, G. K. (2003). Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(3), 374–381.
- Takayama, T., Asano, Y., Yamazaki, Y., Yoshii, K., Nagasaka, Y., Fukada, J., ... (1999). Sense of coherence, stressful life events and psychological health: (in Japanisch). *Nihon Kosho Eisei Zasshi*, 46(11), 965–976.
- Trommsdorff, G. (2001). Eltern-Kind-Beziehungen aus kulturvergleichender Sicht. In R. Pekrun & S. Walper (Hrsg.), *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie* (S. 36–62). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Trommsdorff, G. (2005). Eltern-Kind-Beziehungen über die Lebensspanne und im kulturellen Kontext. In U. Fuhrer & H.-H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 40–58). Stuttgart: Kohlhammer.
- Udris, I., & Rimann, M. (2010). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst?: Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In H. Wydler, P. Kolip, & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4th ed., S. 129–147). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl.
- Urakawa, K., & Yokoyama, K. (2009). Sense of Coherence (SOC) may Reduce the Effects of Occupational Stress on Mental Health Status among Japanese Factory Workers. *INDUSTRIAL HEALTH*, 47, 503–508.
- Urban, D., & Mayerl, J. (2011). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung* (4th ed.). Wiesbaden: VS-Verl.
- Uslucan, H.-H. (2005). Chancen von Migration und Akkulturation. In U. Fuhrer & H.-H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 226–242). Stuttgart: Kohlhammer.
- Uslucan, H.-H. (2011). Eltern-Kind-Beziehungen in (türkischen) Migrantenfamilien. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 250–260). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Volanen, S.-M., Lahelma, E., Silventoinen, K., & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *The European Journal of Public Health*, 14(3), 322–330.
- Volanen, S.-M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvu, M., & Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 433–441.
- Weiber, R., & Mülhhaus, D. (2010). *Strukturgleichungsmodellierung: Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank?: Eine transdisziplinäre Übersicht zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Westphal, M. (2011). Vaterschaft und Mutterschaft im interkulturellen Vergleich. In V. Fischer & M. Springer (Hrsg.), *Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien* (S. 231–239). Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl.
- Weyer, J. (2008). *Soziale Netzwerke: Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung* (2nd ed.). München: Oldenbourg, R.
- Wiedl, K. H., & Marschalck, P. (2001). Migration, Krankheit und Gesundheit- eine Einführung. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (1st ed., S. 9–34). Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch.
- Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H., & Engleder, A. (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 884–892.
- Ying, Y.-W., & Akutsu, P. D. (1997). Psychological Adjustment of Southeast Asian Refugees: The Contribution of Sense of Coherence. *Journal of Community Psychology*, 25(2), 125–139.
- Ying, Y.-W., Akutsu, P. D., Zhang, X., & Huang, L. N. (1997). Psychological Dysfunction in Southeast Asian Refugees as Mediated by Sense of Coherence. *American Journal of Community Psychology*, 25(6), 839–859.
- Ying, Y.-W., Lee, P. A., Tsai, J. L., Lee, Y. J., & Tsang, M. (2001). Network Composition, Social Integration, and Sense of Coherence in Chinese American Young Adults. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 3(3/4), 83–98.
- Ying, Y.-W., Lee, P. A., & Tsai, J. L. (2007). Attachment, sense of coherence, and mental health among Chinese American college students: Variation by migration status. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(5), 531–544.
- Zeeb, H., & Razum, O. (2006). Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 845–852.
- Zhang, N., & Dixon, D. N. (2003). Acculturation and Attitudes of Asian International Students Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31(3), 205–222.
- Zick, A. (2010). *Psychologie der Akkulturation: Neufassung eines Forschungsbereiches*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

# 11 TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: ÜBERBLICK ÜBER UNTERSUCHUNGSTRUMENTE .....	50
TABELLE 2: ROTIERTE KOMONENTENMATRIX BEI DEM Kb-SozU .....	58
TABELLE 3: RÜCKLAUF IN DEUTSCHLAND .....	66
TABELLE 4: RÜCKLAUF IN SÜDKOREA .....	67
TABELLE 5: MITTELWERTEVERGLEICH DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA IM ALTER VON 7 BIS 12 .....	84
TABELLE 6: MITTELWERTEVERGLEICH DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA IM ALTER VON 7 BIS 12.....	86
TABELLE 7: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN UND DEN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN DER SÜDKOREANISCHEN MÜTTER IN DEUTSCHLAND .....	90
TABELLE 8: ZUSAMMENHANG DER VARIABLE „RÜCKKEHRWUNSCH“ MIT DEN FRAGEBÖGEN DER SÜDKOREANISCHEN MÜTTER IN DEUTSCHLAND .....	91
TABELLE 9: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER VARIABLE „TÄTIGKEIT“ UND DEN FRAGEBÖGEN DER SÜDKOREANISCHEN MÜTTER IN DEUTSCHLAND .....	92
TABELLE 10: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN DER UNTERSUCHTEN KINDER MIT SÜDKOREANISCHEM MIGRATIONS-HINTERGRUND IN DEUTSCHLAND UND IHREN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN .....	94
TABELLE 11: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN DER KINDER UND DEN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN DER MÜTTER IN DEUTSCHLAND .....	94
TABELLE 12: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER VARIABLE „TÄTIGKEIT“ DER MÜTTER UND DEN FRAGEBÖGEN UNTERSUCHTER KINDER MIT SÜDKOREANISCHEM MIGRATIONS-HINTERGRUND IN DEUTSCHLAND.....	95
TABELLE 13: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN UND SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN DER SÜDKOREANISCHEN MÜTTER IN SÜDKOREA.....	97
TABELLE 14: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN FRAGEBÖGEN DER KINDER IN SÜDKOREA UND IHREN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN ..	98
TABELLE 15: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FRAGEBÖGEN UNTERSUCHTER KINDER IN SÜDKOREA UND SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN IHRER MÜTTER .....	99
TABELLE 16: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DEN GHQ-12 BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA .....	103
TABELLE 17: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DEN F-SozU-14 BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA .....	104
TABELLE 18: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DEN SozBEL-ERG-K BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA.....	105
TABELLE 19: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DEN Kb-SozU BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA .....	106
TABELLE 20: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DIE SUBDIMENSIONEN VOM Kb-SozU BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND .....	107
TABELLE 21: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DIE SUBDIMENSIONEN VOM Kb-SozU BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN SÜDKOREA .....	107

TABELLE 22: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DEN PAARZUF BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA .....	108
TABELLE 23: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DEN KINDL <sup>R</sup> BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN UND KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA .....	109
TABELLE 24: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DIMENSIONEN VOM KINDL <sup>R</sup> BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN UND KINDERN IN DEUTSCHLAND .....	110
TABELLE 25: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DIMENSIONEN VOM KINDL <sup>R</sup> BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN UND KINDERN IN SÜDKOREA.....	111
TABELLE 26: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DEN DOKSOC BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN UND KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA .....	112
TABELLE 27: EFFEKT DER HÖHE DES SOC-13 AUF DIMENSIONEN VOM DOKSOC BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN UND KINDERN IN DEUTSCHLAND .....	113
TABELLE 28: EFFEKT DER HÖHE VON SOC-13 AUF DIMENSIONEN VON DOKSOC BEI SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN UND KINDERN IN SÜDKOREA .....	113
TABELLE 29: EFFEKT DER HÖHE DES DOKSOC AUF DEN KINDL <sup>R</sup> BEI DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA .....	114
TABELLE 30: EFFEKT DER HÖHE DES DOKSOC AUF SUBDIMENSIONEN DES KINDL <sup>R</sup> BEI DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND .....	115
TABELLE 31: EFFEKT DER HÖHE DES DOKSOC AUF SUBDIMENSIONEN DES KINDL <sup>R</sup> BEI DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN SÜDKOREA .....	116
TABELLE 32: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN F-SozU-14, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) .....	120
TABELLE 33: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM F-SozU-14 (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) .....	121
TABELLE 34: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN F-SozU-14, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=186) .....	122
TABELLE 35: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM F-SozU-14 (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=186) .....	122
TABELLE 36: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN SozBEL-ERG, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) .....	123
TABELLE 37: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) .....	124
TABELLE 38: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN SozBEL-ERG, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=185) .....	125
TABELLE 39: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=185).....	125
TABELLE 40: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN Kb-SozU, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) .....	126

TABELLE 41: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM KB-SOZU (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83).....	127
TABELLE 42: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN KB-SOZU, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=179).....	128
TABELLE 43: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM KB-SOZU (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=179).....	128
TABELLE 44: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN PAARZUF, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=82).....	129
TABELLE 45: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=82).....	129
TABELLE 46: MODERATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES GHQ-12 AUF DEN PAARZUF, DEN SOC-13 UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=184).....	130
TABELLE 47: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS VON DEM SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=184).....	131
TABELLE 48: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN SOC-13, DEN DOKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67).....	132
TABELLE 49: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM SOC-13 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67).....	133
TABELLE 50: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN SOC-13, DEN DOKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=182).....	133
TABELLE 51: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM SOC-13 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=182).....	134
TABELLE 52: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN GHQ-12, DEN DOKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67).....	135
TABELLE 53: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM GHQ-12 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67).....	136
TABELLE 54: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN GHQ-12, DEN DOKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=181).....	136
TABELLE 55: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM GHQ-12 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=181).....	137
TABELLE 56: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN F-SOZU-14, DEN DOKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67).....	138
TABELLE 57: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN F-SOZU-14, DEN DOKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=179).....	139
TABELLE 58: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM F-SOZU-14 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=179).....	140
TABELLE 59: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN SOZBEL-ERG-K, DEN DOKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67).....	141



TABELLE 60: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DoKSOC (M) ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67) .....	141
TABELLE 61: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN SozBEL-ERG-K, DEN DoKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=178).....	142
TABELLE 62: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DoKSOC (M) ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=178) .....	143
TABELLE 63: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN Kb-SozU, DEN DoKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67) .....	144
TABELLE 64: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN Kb-SozU, DEN DoKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=172) .....	145
TABELLE 65: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DoKSOC (M) ZWISCHEN DEM Kb-SozU (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=172) .....	145
TABELLE 66: MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN PAARZUF, DEN DoKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=66) .....	147
TABELLE 67: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DoKSOC (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=66) .....	147
TABELLE 68: MODERATOREFFEKT DES KINDLICHEN KOHÄRENZGEFÜHLS. REGRESSION DES KINDL <sup>R</sup> AUF DEN PAARZUF, DEN DoKSOC UND DEN INTERAKTIONSTERM BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=177).....	148
TABELLE 69: REGRESSIONEN ZUR ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DoKSOC (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=177) .....	148

## 12 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: GRAFISCHE DARSTELLUNG DER HYPOTHESEN BEZÜGLICH DES MODERATOREFFEKTS DES KOHÄRENZGEFÜHLS (VON [H9] BIS [H12]) BEI SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	47
ABBILDUNG 2: GRAFISCHE DARSTELLUNG DER HYPOTHESEN BEZÜGLICH DES MODERATOREFFEKTS DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS (VON [H13] BIS [H18]) BEI SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN UND KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	49
ABBILDUNG 3: MITTELWERTEVERGLEICH DES KOHÄRENZGEFÜHLS ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	79
ABBILDUNG 4: MITTELWERTEVERGLEICH DES PSYCHISCHEN GESUNDHEITZUSTANDES ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	80
ABBILDUNG 5: MITTELWERTEVERGLEICH DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	80
ABBILDUNG 6: MITTELWERTEVERGLEICH DER SOZIALEN BELASTUNGEN ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND SÜDKOREA _____	81
ABBILDUNG 7: MITTELWERTEVERGLEICH DER KINDBEZOGENEN SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND SÜDKOREA _____	81
ABBILDUNG 8: MITTELWERTEVERGLEICH DER PAARZUFRIEDENHEIT ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	82
ABBILDUNG 9: MITTELWERTEVERGLEICH DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	83
ABBILDUNG 10: MITTELWERTEVERGLEICH DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA IM ALTER VON 7 BIS 12 _____	84
ABBILDUNG 11: MITTELWERTEVERGLEICH DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA _____	85
ABBILDUNG 12: MITTELWERTEVERGLEICH DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS ZWISCHEN DEN SÜDKOREANISCHEN KINDERN IN DEUTSCHLAND UND IN SÜDKOREA IM ALTER VON 7 BIS 12 _____	86
ABBILDUNG 13: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 ZWISCHEN DEM F-SozU-14 (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) _____	121
ABBILDUNG 14: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM F-SozU-14 (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=186) _____	123
ABBILDUNG 15: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) _____	124
ABBILDUNG 16: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=185) _____	125
ABBILDUNG 17: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM Kb-SozU (X) UND GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=83) _____	127
ABBILDUNG 18: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM Kb-SozU (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=179) _____	128

ABBILDUNG 19: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=82)	130
ABBILDUNG 20: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES SOC-13 (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM GHQ-12 (Y) BEI DEN UNTERSUCHTEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=184)	131
ABBILDUNG 21: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS VON DEM DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM SOC-13 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67)	133
ABBILDUNG 22: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM SOC-13 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=182)	134
ABBILDUNG 23: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM GHQ-12 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67)	136
ABBILDUNG 24: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM GHQ-12 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=181)	137
ABBILDUNG 25: POST-HOC ANALYSE FÜR DEN MODERATOREFFEKT DES DOKSOC AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM KINDL <sup>R</sup> UND DEM F-SozU-14 BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND	139
ABBILDUNG 26: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM F-SozU-14 (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=179)	140
ABBILDUNG 27: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67)	142
ABBILDUNG 28: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM SozBEL-ERG-K (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=178)	143
ABBILDUNG 29: POST-HOC ANALYSE FÜR DEN MODERATOREFFEKT DES DOKSOC AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM KINDL <sup>R</sup> UND DEM Kb-SozU BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND	144
ABBILDUNG 30: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM Kb-SozU (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=172)	146
ABBILDUNG 31: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=66)	147
ABBILDUNG 32: ANALYSE DES MEDIATOREFFEKTS DES DOKSOC (M) ZWISCHEN DEM PAARZUF (X) UND DEM KINDL <sup>R</sup> (Y) BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=177)	148
ABBILDUNG 33: PFADDIAGRAM I BEZÜGLICH DER ERGEBNISSE DER MEDIATORANALYSEN DES SOC-13 BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN DEUTSCHLAND (N=82)	151
ABBILDUNG 34: PFADDIAGRAM II BEZÜGLICH DER ERGEBNISSE DER MEDIATORANALYSEN DES SOC-13 BEI DEN SÜDKOREANISCHEN MÜTTERN IN SÜDKOREA (N=172)	153
ABBILDUNG 35: PFADDIAGRAM III BEZÜGLICH DER ERGEBNISSE DER MEDIATORANALYSEN DES DOKSOC BEI DEN UNTERSUCHTEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (N=67)	154
ABBILDUNG 36: PFADDIAGRAM IV BEZÜGLICH DER ERGEBNISSE DER MEDIATORANALYSEN DES DOKSOC BEI DEN UNTERSUCHTEN MUTTER-KIND-DYADEN IN SÜDKOREA (N=165)	156
ABBILDUNG 37: BEISPIEL ZUM VERGLEICH ZWISCHEN DEM MODERATOR- UND DEM MEDIATOREFFEKT	170
ABBILDUNG 38: UNTERSCHIED ZWISCHEN DEM PARTIELLEN UND TOTALEN MEDIATOREFFEKT DES KOHÄRENZGEFÜHLS (VGL. BÜHNER 2009)	176

ABBILDUNG 39: POST-HOCH ANALYSE FÜR DEN MODERATOREFFEKT DES KINDER-KOHÄRENZGEFÜHLS AUF DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER VON DEN MÜTTERN WAHrgENOMMENEN SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG UND DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT DER KINDER BEI DEN UNTERSUCHTEN MUTTER-KIND-DYADEN IN DEUTSCHLAND (S. S. 139, S.144 IN KAPITEL 7.2.2)

---

# VII ANHANG

## **A TABELLEN**

## **B BRIEFE FÜR ELTERN**

- B.1 ELTERNBRIEF IN DEUTSCHLAND
- B.2 ELTERNBRIEF IN SÜDKOREA
- B.3 ÜBERSETZUNG DES BRIEFES INS DEUTSCHE

## **C FRAGEBÖGEN FÜR MÜTTER IN DEUTSCHLAND**

- C.1 DEUTSCHE VERSION DER FRAGEBÖGEN

## **D FRAGEBÖGEN FÜR KINDER IN DEUTSCHLAND (DEUTSCHE VERSION)(8-11)**

## **E FRAGEBÖGEN FÜR KINDER IN DEUTSCHLAND (DEUTSCHE VERSION)(12-15)**

## **F FRAGEBÖGEN FÜR MÜTTER IN SÜDKOREA**

## **G FRAGEBÖGEN FÜR KINDER IN SÜDKOREA**

## A TABELLEN

**A-1: Mittelwerte, Standardabweichungen, Schiefe, Chronbach's Alpha und Normalverteilungen der eingesetzten Fragebögen**

	Mutter/Kind in Deutschland						Mutter/Kind in Südkorea					
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	$\alpha$	<i>sig.</i> <sup>1</sup>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	$\alpha$	<i>sig.</i> <sup>1</sup>
<b>SOC-13</b>	83	61.13	11.35	-.25	.84	.85	189	61.11	11.48	-.15	.81	.83
Verstehbarkeit	83	21.78*	5.47	.08	.69	.75	189	23.16*	5.17	-.07	.64	.59
Handhabbarkeit	83	19.11	4.03	-.39	.61	.37	189	18.52	4.36	-.20	.56	.27
Bedeutsamkeit	83	20.24	3.70	-.16	.62	.66	189	19.42	3.89	-.41	.50	.23
<b>GHQ-12</b>	83	10.82	5.10	.67	.85	.05	188	10.51	5.73	.61	.87	.07
F-SozU	83	3.38	0.61	-.13	.93	.76	186	3.36	0.76	.06	.95	.15
SozBel-erg	83	2.47*	0.55	.01	.86	.82	185	2.28*	0.57	.07	.88	.13
K-SozU	83	3.34	0.63	-.07	.80	.50	179	3.36	0.70	-.02	.77	.10
K-PU	83	3.22	0.77	.38	.71	.04	186	3.21	0.72	.05	.56	.01
K-SI	83	3.55	0.90	-.79	.83	.04	180	3.51	0.79	-.06	.63	.01
Mig.K-SI	83	3.24	0.79	-.31	.63	.14	-	-	-	-	-	-
PaarZuf	82	3.50**	0.79	-.47	.87	.18	184	3.02**	0.89	-.03	.88	.28
<b>KINDL<sup>R</sup></b>	81	70.65	8.93	-.41	.72	.47	189	69.34	12.81	-.05	.82	.70
Körper	81	68.60	14.92	-.70	.42	.03	192	66.47	17.99	-.40	.47	.02
Psyche	81	78.63**	12.26	-.81	.49	.02	193	82.31**	16.13	-1.61	.58	.00
Selbst	81	56.64	18.68	-.47	.63	.43	193	53.87	25.90	.05	.81	.05
Familie	81	81.71	14.85	-.80	.68	.01	192	79.26	16.79	-.75	.56	.00
Freunde	81	70.29	16.34	-.24	.50	.34	192	71.82	19.27	-.90	.60	.00
Schule	81	68.06*	16.18	-.48	.40	.02	192	61.52*	21.20	-.12	.53	.03
<b>DoKSoC</b>	81	121.45	12.35	-.30	.80	.79	190	121.29	16.18	.14	.87	.45
Verstehbarkeit	81	37.65*	4.74	-.66	.56	.36	191	39.60*	5.68	.23	.65	.12
Handhabbarkeit	81	40.63	5.65	-.02	.68	.38	192	39.66	6.02	.21	.66	.25
Bedeutsamkeit	81	43.17	5.35	-.40	.67	.49	191	41.92	6.45	-.22	.71	.82

Anmerkung. Irrtumswahrscheinlichkeit des *t*-Tests: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  bei zweiseitiger Testung.

<sup>1</sup> nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test,  $p < .05$ , zweiseitig.

**A-2: Trennschärfe des Kb-SozU bei den untersuchten Müttern in Südkorea**

	Skalenmittelwert. wenn Item wegge- lassen	Skalenvarianz. wenn Item wegge- lassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha. wenn Item wegge- lassen
PU1	16.78	11.882	.568	.727
PU 2	16.80	13.420	.574	.731
PU 3	17.23	13.998	.385	.771
SI 1	16.50	12.611	.537	.735
SI 2	16.31	13.214	.563	.731
SI 3	17.06	11.968	.524	.741

**A-3: Trennschärfe der Subdimension des Kb-SozU „Praktische Unterstützung bei den untersuchten Müttern in Südkorea**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item wegge- lassen
PU1	6.25	2.209	.346	.532
PU 2	6.30	2.663	.482	.334
PU 3	6.72	2.724	.325	.534

**A-4: Trennschärfe der Subdimension des Kb-SozU „Praktische Unterstützung“ bei den untersuchten Müttern in Südkorea**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item wegge- lassen
SI 1	6.90	3.431	.298	.707
SI 2	6.71	3.100	.561	.383
SI 3	7.46	2.462	.484	.456

**A-5: Trennschärfe des PaarZuf bei den untersuchten Müttern in Südkorea**

	Skalenmittelwert. wenn Item wegge- lassen	Skalenvarianz. wenn Item wegge- lassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha. wenn Item wegge- lassen
item_Zuf_1	9.19	8.046	.687	.859
item_Zuf_2	9.19	7.313	.706	.853
item_Zuf_3	9.18	7.004	.798	.814
item_Zuf_4	8.70	7.502	.748	.835

**A-6: Trennschärfe des Kb-SozU bei den untersuchten Müttern in Deutschland**

	Skalenmittelwert. wenn Item wegge- lassen	Skalenvarianz. wenn Item wegge- lassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha. wenn Item wegge- lassen
PU 1	26.84	25.249	.506	.772
PU 2	26.71	26.670	.496	.775
PU 3	26.86	27.263	.325	.796
SI-de1	27.13	25.587	.406	.788
SI 1	26.60	24.344	.621	.756
SI-de2	26.18	26.548	.398	.786
SI-de3	27.02	26.195	.490	.775
SI 2	26.39	24.349	.563	.764
SI 3	26.43	24.868	.583	.762

**A-7: Trennschärfe der Subdimension des Kb-SozU „Praktische Unterstützung“ bei den untersuchten Müttern in Deutschland**

	Skalenmittelwert. wenn Item wegge- lassen	Skalenvarianz. wenn Item wegge- lassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha. wenn Item wegge- lassen
PU 1	6.47	2.496	.537	.624
PU 2	6.34	3.153	.509	.660
PU 3	6.49	2.546	.567	.581

**A-8: Trennschärfe der Subdimension des Kb-SozU „migrationsbedingte soziale Integration“ bei den untersuchten Müttern in Deutschland**

	Skalenmittelwert. wenn Item wegge- lassen	Skalenvarianz. wenn Item wegge- lassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha. wenn Item wegge- lassen
SI-de1	6.84	2.737	.384	.636
SI-de2	5.89	2.946	.461	.509
SI-de3	6.73	3.075	.500	.469



**A-9: Trennschärfe der Subdimension des Kb-SozU „soziale Integration“ bei den untersuchten Müttern in Deutschland**

	Skalenmittelwert. wenn Item wegge- lassen	Skalenvarianz. wenn Item wegge- lassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha. wenn Item wegge- lassen
SI 1	7.22	4.074	.539	.914
SI 2	7.01	3.207	.744	.720
SI 3	7.05	3.339	.825	.644

**A-10: Trennschärfe des PaarZuf bei den untersuchten Müttern in Deutschland**

	Skalenmittelwert. wenn Item wegge- lassen	Skalenvarianz. wenn Item wegge- lassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha. wenn Item wegge- lassen
item_Zuf_1	10.43	6.073	.722	.832
item_Zuf_2	10.65	5.572	.717	.834
item_Zuf_3	10.74	5.353	.713	.839
item_Zuf_4	10.20	6.208	.755	.823

**A-11: Hauptkomponentenanalyse des Kb-SozU: Erklärte Gesamtvarianz**

Kompo- nente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten La- dungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3.613	40.141	40.141	3.613	40.141	40.141	2.378	26.422	26.422
2	1.535	17.060	57.201	1.535	17.060	57.201	2.172	24.133	50.555
3	1.145	12.719	69.920	1.145	12.719	69.920	1.743	19.365	69.920
4	.813	9.038	78.958						
5	.610	6.781	85.739						
6	.468	5.205	90.944						
7	.372	4.130	95.074						
8	.299	3.322	98.396						
9	.144	1.604	100.000						

**A-12: Hauptkomponentenanalyse des PaarZuf: Erklärte Gesamtvarianz**

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Ex- traktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2.946	73.649	73.649	2.946	73.649	73.649
2	.408	10.209	83.857			
3	.355	8.883	92.740			
4	.290	7.260	100.000			

A-13: Korrelationen zwischen Variablen bei den untersuchten südkoreanischen Müttern und Kindern in Deutschland

	SOC-13		Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit	GHQ-12	F-SozU-14	SozBel-erg-K	kb-SozU	kb-Praktische U	kb-Soziale Integration	Mig_SI	PaarZuf	KINDL	DokSoC
SOC-13	r	1	.92**	.91**	.73**	-.51**	.51**	-.58**	.47**	.44**	.34**	.31**	.22*	.25*	.34**
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
Verstehbarkeit	r	.92**	1	.80**	.46**	-.54**	.47**	-.49**	.45**	.47**	.28**	.30**	.19	.30*	.30*
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
Handhabbarkeit	r	.91**	.80**	1	.51**	-.47**	.51**	-.51**	.44**	.41**	.32**	.29**	.17	.21	.37**
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
Bedeutsamkeit	r	.73**	.46**	.51**	1	-.26*	.32**	-.49**	.30**	.23*	.27*	.19	.20	.11	.19
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
GHQ-12	r	-.51**	-.54**	-.47**	-.26*	1	-.29**	.29**	-.22*	-.18	-.18	-.15	-.19	-.39**	-.34**
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
F-SozU-14	r	.51**	.47**	.51**	.32**	-.29**	1	-.54**	.54**	.53**	.46**	.23*	.24*	-.04	.12
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
SozBel-erg-K	r	-.58**	-.49**	-.51**	-.49**	.29**	-.54**	1	-.47**	-.44**	-.40**	-.22*	-.26*	-.18	-.21
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
kb-SozU	r	.47**	.45**	.44**	.30**	-.22*	.54**	-.47**	1	.72**	.81**	.75**	.16	.10	.19
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
kb-Praktische U	r	.44**	.47**	.41**	.23*	-.18	.53**	-.44**	.72**	1	.36**	.31**	.18	-.08	.01
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
kb-Soziale Integration	r	.34**	.28**	.32**	.27*	-.18	.46**	-.40**	.81**	.36**	1	.43**	.09	.07	.23
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
Mig_SI	r	.31**	.30**	.29**	.19	-.15	.23*	-.22*	.75**	.31**	.43**	1	.10	.25*	.17
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	82	67	67
PaarZuf	r	.22*	.19	.17	.20	-.19	.24*	-.26*	.16	.18	.09	.10	1	.06	-.02
	N	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	66	66
KINDL	r	.25*	.30*	.21	.11	-.39**	-.04	-.18	.10	-.08	.07	.25*	.06	1	.50**
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	66	81	81
DokSoC	r	.34**	.30*	.37**	.19	-.34**	.12	-.21	.19	.01	.23	.17	-.02	.50**	1
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	66	81	81

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

**A-14: Korrelationen zwischen Variablen bei den untersuchten südkoreanischen Müttern und Kindern in Südkorea**

	SOC-13		Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit	GHQ-12	F-SozU-14	SozBel-erg-K	kb-SozU	kb-Praktische U	kb-Soziale Integration	PaarZuf	KINDL	DoKSoC
<b>SOC-13</b>	r	1	.90**	.89**	.76**	-.58**	.53**	-.52**	.42**	.42**	.35**	.37**	.15*	.10
	N	189	189	189	189	188	186	185	179	186	180	184	185	186
<b>Verstehbarkeit</b>	r	.90**	1	.73**	.50**	-.53**	.46**	-.43**	.34**	.34**	.29**	.34**	.12	.13
	N	189	189	189	189	188	186	185	179	186	180	184	185	186
<b>Handhabbarkeit</b>	r	.89**	.73**	1	.53**	-.56**	.44**	-.51**	.35**	.34**	.31**	.30**	.19*	.13
	N	189	189	189	189	188	186	185	179	186	180	184	185	186
<b>Bedeutsamkeit</b>	r	.76**	.50**	.53**	1	-.40**	.47**	-.37**	.38**	.40**	.31**	.30**	.09	-.01
	N	189	189	189	189	188	186	185	179	186	180	184	185	186
<b>GHQ-12</b>	r	-.58**	-.53**	-.56**	-.40**	1	-.45**	.56**	-.38**	-.34**	-.36**	-.30**	-.10	-.10
	N	188	188	188	188	188	186	185	179	186	180	184	184	185
<b>F-SozU-14</b>	r	.53**	.46**	.44**	.47**	-.45**	1	-.54**	.75**	.69**	.70**	.35**	.04	.10
	N	186	186	186	186	186	186	183	177	184	178	182	182	183
<b>SozBel-erg-K</b>	r	-.52**	-.43**	-.37**	-.37**	.56**	-.54**	1	-.47**	-.43**	-.43**	-.29**	-.12	-.16*
	N	185	185	185	185	185	183	185	177	184	177	181	181	182
<b>kb-SozU</b>	r	.42**	.34**	.35**	.38**	-.38**	.75**	-.47**	1	.91**	.93**	.26**	.05	.16*
	N	179	179	179	179	179	177	177	179	179	179	176	175	176
<b>kb-Praktische U</b>	r	.42**	.34**	.34**	.40**	-.34**	.69**	-.43**	.91**	1	.69**	.26**	-.04	.06
	N	186	186	186	186	186	184	184	179	186	179	183	182	183
<b>kb-Soziale Integration</b>	r	.35**	.29**	.31**	.31**	-.36**	.70**	-.43**	.93**	.69**	1	.22**	.11	.20**
	N	180	180	180	180	180	178	177	179	179	180	177	176	177
<b>PaarZuf</b>	r	.37**	.34**	.30**	.30**	-.30**	.35**	-.29**	.26**	.26**	.22**	1	.18*	.21**
	N	184	184	184	184	184	182	181	176	183	177	184	180	181
<b>KINDL</b>	r	.15*	.12	.09	.09	-.10	.04	-.12	.05	-.04	.11	.18*	1	.73**
	N	185	185	185	185	184	182	181	175	182	176	180	189	186
<b>DoKSoC</b>	r	.10	.13	-.01	-.01	-.10	.10	-.16*	.16*	.06	.20**	.21**	.73**	1
	N	186	186	186	186	185	183	182	176	183	177	181	186	190

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

## B BRIEFE FÜR ELTERN

### B.1 Elternbrief in Deutschland

## 어머님들 에게...

G.Vb.DI.010ub

안녕하세요,

설문에 참여해 주셔서 진심으로 감사 드립니다. 무엇보다, 여러 여건상 한분 한분 직접 찾아 뵈지 못하고 이렇게 글로 찾아 뵈수밖에 없는 점에 대해 죄송하단 말씀을 드리고 싶습니다. 그나마 이렇게 간접적으로 어머님과 자녀분을 만나뵈실수 있는 인연에 감사드리고 있습니다.

먼저, 본 연구는 한국과 독일에서 동시에 진행되는 „엄마와 아이들의 건강한 삶“에 관한 연구입니다. 본 연구의 중요한 목적은 독일에서 사시는 외국 출신 어머님들과 그 자녀들의 정신 건강의 증진과 건강과 연관된 삶의 질을 향상하는데 기여하기 위함입니다. 어머님과 자녀분이 작성 해주신 소중한 설문지는 박사 논문과 몇몇 학술 논문에 쓰여지게 됩니다.

지금 받아보신 설문지 모음은 „어머님을 위한 설문지“ 와 „아이들을 위한 설문지“ (Fragebogen fuer Kinder/Jugendliche), 총 2 개의 묶음으로 되어있습니다.

- ✓ „어머님을 위한 설문지“는 어머님이 읽고 답해주시고(약 9-10 분 소요),
- ✓ „아이들을 위한 설문지“는 자녀들중 한 명(만 7 세-11 세 또는 12 세-16 세 사이)에게 주시고 답하게 하시면 됩니다. (약 8-11 분 소요)
- ✓ 완성된 설문지는 3 주 이내에 우체통에 넣어주시면 됩니다. (우표는 봉투에 붙어있습니다)

이 설문지에서는 이름, 사는 도시, 전화번호 등등의 개인정보를 일체 묻지도 않고, 필요치도 않습니다. 또한 어머님과 자녀가 작성하는 모든 설문지 내용은 암호화 되고 전산화 되어서 철저히 보호 됩니다. 절대 안심하셔도 됩니다.

설문지에 관해 궁금 하신점, 연구 내용이나 결과에 궁금 하신점이 있으시면 밑에있는 연락처들중 저에게 (김민성, Min-Sung Kim) 연락 주시면 감사 하겠습니다.

다시 한번 진심으로 깊은 감사 드리며, 어머님과 가족분들의 삶에 따스한 봄기운과 같은 평안이, 때로는 역동의 도전적인 기운이 넘치기를 기원 합니다.

어느 흐린 날 아침,

독일 도르트문트에서 김민성 드림

## B.2 Elternbrief in Südkorea

## 어머님들 에게...

안녕하세요,

설문에 참여해 주셔서 진심으로 감사 드립니다. XXX 학생들과 어머님들과의 인연을 영광으로 생각하고 있습니다.

본 연구는 독일 도르트문트 대학교 재활 과학부 소속 재활 심리학 박사과정 안에서 지원을 받으며, 한국과 독일에서 동시에 진행되는 „엄마와 아이들의 정신 건강“에 관한 연구 입니다. 본 연구의 중요한 목적은 어머님들과 자녀들의 정신 건강 증진과 건강과 연관된 삶의 질을 향상하는데 기여하기 위함 입니다. 어머님과 자녀분이 작성 해주신 소중한 설문지는 독일 대학교 박사 논문과 몇몇 학술 논문에 사용 됩니다.

지금 받아보신 설문지 모음은 „1. 어머님을 위한 설문지“ 와 „2. 아이들을 위한 설문지“, 총 2 개의 설문지로 되어있습니다.

- ✓ „1.어머님을 위한 설문지“는 어머님이 읽고 답해주시고,
- ✓ „2.아이들을 위한 설문지“는 자녀들중 한 명(초등학교 2학년-6학년)에게 주시면 됩니다.
- ✓ 여러 명의 자녀들이 XXX 초등학교에 다니고 있어서 여러개의 설문지를 받으신 경우, 어머님의 설문지 한 부와 자녀들의 설문지 여러 부를 한 봉투에 넣어주시고 밀봉해 주시면 됩니다.
- ✓ 설문지 답하는데 소요되는 시간은 각각 10 분 내외입니다.

이 설문지에서는 이름, 전화번호 등등의 개인정보를 일체 묻지도 않고, 필요 하지도 않습니다. 또한 어머님과 자녀가 작성하는 모든 설문의 내용은 암호화 되고 전산화 되어서 철저히 보호 됩니다. 절대 안심하셔도 됩니다.

설문지에 관해 궁금 하신점, 연구 내용이나 결과에 궁금 하신점이 있으시면 밑에있는 연락처들중 저에게 (김민성, Min-Sung Kim) 연락 주시면 감사 하겠습니다.

다시 한번 진심으로 깊은 감사 드리며,어머님과 가족분들의 삶에 따스한 봄기운과 같은 평안이, 때로는 역동의 도전적인 기운이 넘치기를 기원합니다.

어느 맑은 날 아침,

독일 도르트문트에서 김민성 드림

### B.3 Übersetzung des Briefes ins Deutsche (B-1)

Guten Tag,

ich danke Ihnen herzlich für die Teilnahme an der Befragung. Ich bitte Sie um Ihr Verständnis dafür, dass ich Sie alle nicht besuchen kann. Ich bin jedoch sehr dankbar, in dieser Weise Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu dürfen.

Diese Befragung bezieht sich auf eine Doktorarbeit über das Thema „Gesundheit der Mütter und ihrer Kinder“, in die südkoreanische Mütter und ihre Kinder in Südkorea und in Deutschland gemeinsam einbezogen werden. Diese Arbeit zielt schließlich auf die Förderung der psychischen Gesundheit von (immigrierten) Müttern und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von ihren Kindern. Die Daten der Fragebögen, die dank der Hilfe von Ihnen und Ihren Kindern ausgefüllt sind, werden für meine Doktorarbeit verwendet werden.

Die Fragebögen bestehen aus zwei Teile: „Fragebögen für Mutter“ und „Fragebögen für Kinder/Jugendliche“.

- ✓ „Fragebögen für Mutter“ ist für Sie. Ich bitte Sie darum, die Fragebögen auszufüllen (Durchschnittsdauer etwa 9-10 min)
- ✓ „Fragebögen für Kinder/Jugendliche“ geben Sie einem ihrer Kinder (im Alter von 7-11 oder 12-16). Die Fragebögen sollten von Ihrem Kind gelesen und beantwortet werden (Durchschnittsdauer etwa 8-11 min)
- ✓ Wenn die beiden Fragebogeneinheiten fertig ausgefüllt sind, werfen Sie diese innerhalb drei Wochen in den Briefkasten ein (Der Umschlag ist schon frankiert.)

In dieser Befragung werden Sie nach Ihren personalen Informationen, wie Name, Wohnort, Telefonnummer usw., nicht gefragt und ich brauche diese Informationen auch nicht. Außerdem werden die beantworteten Inhalte durch die Codierung und die elektronische Datenverarbeitung streng vertraulich behandelt und gesichert. Sie brauchen sich keine Sorgen um die Sicherheit ihrer Daten zu machen.

Wenn Sie Fragen zu den Fragebögen, den Forschungsinhalten oder dem Ergebnis haben, melden Sie sich bitte bei mir. Über Ihre Fragen werde Ich mich sehr freuen

Ich danke Ihnen nochmal ganz herzlich für Ihre Teilnahme und wünsche Ihnen und Ihrer Familie einen schönen Frühling und viel Glück in Ihrem weiteren Leben.

Mit freundlichen Grüßen,  
Min-Sung Kim

# C FRAGEBÖGEN FÜR MÜTTER IN DEUTSCHLAND



## 어머니를 위한 설문지

G.Vb.DI.010ub

„어머니를 위한 설문지“는 총 6 개의 단락 (A, B, C, D, E, F) 8 쪽으로 구성되어 있습니다.

### A 어머님에 대한 질문들

- 생년월 \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 생
  - 종교 가톨릭 / 천주교 / 불교 / 기타: \_\_\_\_\_ / 종교 없음
  - 최종 학력: 한국에서 중졸 고졸 학사 석사 박사 없음  
독일에서 고졸 학사 석사 박사 \_\_\_\_\_ 학위를 위한 학업중 없음
  - 언제 독일에 오셨나요? \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월
  - 결혼은 언제 하셨나요? \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월
  - 가족거주 상황: 남편과 (설문에 참여하는 자녀와 함께 같이 살고 있습니다.  
남편과  (설문에 참여하는) 자녀는 같이 살고 있지 않고, 다른 곳(\_\_\_\_\_)에 살고 있습니다.  
기타: \_\_\_\_\_
  - 남편의 출신국가(현재 국적에 상관없이): 독일 / 한국 / 기타: \_\_\_\_\_
  - 설문에 참여하는 자녀와의 관계  
 설문에 참여하는 아이의 친 엄마입니다.  기타: \_\_\_\_\_
  - 독일에 오신 계기는 무엇인가요?  
 독일에서 나의 학업이나 작업 경험등을 통해 더 많은 기회를 얻기 위해서  
 남편이 (학업, 직장) 독일로 가야 했어서  
 기타: \_\_\_\_\_
  - 다시 한국에 돌아갈 계획이 있으신가요?  
 아니요, 이곳에 작업/일을 가지고 평생 독일에 살고 싶습니다.  
 아니요, 하지만 독일에 머무를수 있을지는 확실치 않습니다.  
 네, 언젠가는 돌아가고 싶습니다. 하지만 언제가 될지는 모르겠습니다.  
 네, 독일에서 계획한 일을 마무리하면 다시 돌아갈 것입니다.  
 기타: \_\_\_\_\_
  - 자녀들의 나이는 어떻게 되나요? (자녀들중 설문에 참여하는 아이의 번호에 동그라미 쳐주세요)
- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ① _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중학교 | ② _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중학교 | ③ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중학교 |
| ④ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중학교 | ⑤ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중학교 | ⑥ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중학교 |
- 지난 12 개 월동안 나는..  
...작업/직장, 프리랜서, 자영업 모두포함)을 가지고 있었습니다. ...학생이었습니다.  
...가정주부였습니다. 기타: \_\_\_\_\_
  - 오늘 날짜: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

**B 삶에 대한 인식조사를 위한 설문지**

k-SOC-13®

다음은 어머니 삶의 여러가지 관점에 관련된 질문들입니다. 각각의 질문마다 두개의 보기와 그 사이에 그 정도를 나타내는 1 부터 7 까지 숫자가 있습니다. 어머니에게 가장 잘맞는다고 생각하시는 숫자에 표시를 해주시길 바랍니다.

**1. 당신은 주변에서 일어나는 일들이 당신과 상관 없다고 느끼십니까?**

아주 드물다/ 전혀 그렇지 않다

1 2 3 4 5 6 7

매우 자주 그렇다

**2. 당신은 당신이 아주 잘 안다고 믿었던 사람의 행동을 보고 놀랐던 적이 있었습니까?**

전혀 그렇지 않았다

1 2 3 4 5 6 7

그런 일이 항상 생긴다

**3. 당신이 믿었던 사람들이 당신을 실망시켰던 적이 있었습니까?**

전혀 그렇지 않았다

1 2 3 4 5 6 7

그런 일이 항상 생긴다

**4. 지금까지 당신의 삶은...**

대체적으로 정확한 목표나 목적이 없었다

1 2 3 4 5 6 7

매우 정확한 목표와 목적이 있었다

**5. 당신은 부당한 대우를 받는다고 느끼십니까?**

매우 자주 그렇다

1 2 3 4 5 6 7

아주 드물다/ 전혀 그렇지 않다

**6. 당신은 익숙하지 않은 상황에 있고, 그 상황에서 무엇을 해야할지 모르겠다고 느끼적에 있습니까?**

매우 자주 그렇다

1 2 3 4 5 6 7

아주 드물다/ 전혀 그렇지 않다

**7. 당신이 매일 하는일은 당신에게...**

큰 기쁨과 만족감의 근원이다

1 2 3 4 5 6 7

고통과 지루함의 근원이다

**8. 얼마나 자주 당신의 감정과 생각이 복잡해 집니까?**

매우 자주 그렇다

1 2 3 4 5 6 7

아주 드물다/ 전혀 그렇지 않다



9. 당신은 당신이 정말 느끼고 싶지 않았던 기분을 느끼적이 있습니까?

매우 자주 그렇다	1	2	3	4	5	6	7	아주 드물다/ 전혀 그렇지 않다
-----------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

10. 많은 사람들이 특정한 상황에서 스스로를 불행한 사람처럼 느끼거나 비참한 실패자로 느낍니다. 아주 강한 성격의 소유자도 예외는 아닙니다. 당신은 과거에 얼마나 자주 이런기분을 느꼈습니까?

전혀 없었다	1	2	3	4	5	6	7	매우 자주 그랬었다
--------	---	---	---	---	---	---	---	------------

11. 어떤 일이 일어났을때 당신은 일반적으로 그 일의 중요성을(의미를)...

과대평가 한다/ 과소평가한다	1	2	3	4	5	6	7	알맞게 평가한다
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

12. 당신은 당신의 일상적인 일들이 얼마나 자주 의미가 없다고 느끼니까?

매우 자주 그렇다	1	2	3	4	5	6	7	아주 드물다/ 전혀 그렇지 않다
-----------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

13. 당신은 당신이 통제하기 힘든 기분을 얼마나 자주 느끼니까?

매우 자주 그렇다	1	2	3	4	5	6	7	아주 드물다/ 전혀 그렇지 않다
-----------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

**C 일반 건강척형을 위한 설문지**

k-GHQ-12®

다음은 어머니가 지난 4 주동안(오늘기준) 어머니의 일반적인 건강이 어땠는지를 질문합니다. 각각의 질문마다 4 개의 보기가 있습니다. 어머니에게 가장 잘맞는다고 생각하시는 보기에 표시를 해주시길 바랍니다.

1. 지난 4 주동안 당신은 걱정때문에 잠을 충분히 잘수 없었습니까?

① 전혀 그렇지 않았다	② 평상시보다 나쁘지 않았다	③ 평상시보다 더 안 좋았다	④ 평상시보다 훨씬 더 안 좋았다
--------------	-----------------	-----------------	--------------------

2. 지난 4 주동안 당신은 지속적인 압박감에 시달린다고 느꼈습니까?

① 전혀 그렇지 않았다	② 평상시보다 더 많이 느끼지 않았다	③ 평상시보다 더 많이 느꼈다	④ 평상시보다 훨씬 더 많이 느꼈다
--------------	----------------------	------------------	---------------------

3. 지난 4 주동안 당신은 당신이 했던일에 집중할수 있었습니까?

① 평상시 보다 좋았다	② 평상시보다 나쁘지 않았다	③ 평상시보다 더 안 좋았다	④ 평상시보다 훨씬 더 안 좋았다
--------------	-----------------	-----------------	--------------------

## 4. 지난 4 주 동안 당신은 당신이 어떤 것을 위해 필요한 사람이라고 느꼈습니까?

- ① 평상시 보다 많이 느꼈다    ② 평상시보다 적게 느끼지 않았다    ③ 평상시보다 적게 느꼈다    ④ 평상시보다 훨씬 더 적게 느꼈다

## 5. 지난 4 주 동안 당신은 당신이 가지고 있는 문제들과 부딪히 능력 있다고 느꼈습니까?

- ① 평상시 보다 많이 느꼈다    ② 평상시보다 적게 느끼지 않았다    ③ 평상시보다 적게 느꼈다    ④ 평상시보다 훨씬 더 적게 느꼈다

## 6. 지난 4 주 동안 당신은 어떤 결정을 내리기가 어려웠습니까?

- ① 전혀 그렇지 않았다    ② 평상시보다 나쁘지 않았다    ③ 평상시보다 더 안 좋았다    ④ 평상시보다 훨씬 더 안 좋았다

## 7. 지난 4 주 동안 당신은 당신이 가지고 있는 어려움을 해결할 수 없을 것 같은 느낌을 받았습니까?

- ① 전혀 그렇지 않았다    ② 평상시보다 더 많이 느끼지 않았다    ③ 평상시보다 더 많이 느꼈다    ④ 평상시보다 훨씬 더 많이 느꼈다

## 8. 지난 4 주 동안 당신은 당신의 모든 상황에 대체적으로 만족 했습니까?

- ① 평상시보다 더 많이 그랬다    ② 평상시와 같았다    ③ 평상시보다 더 적게 그랬다    ④ 평상시보다 훨씬 더 적게 그랬다

## 9. 지난 4 주 동안 당신은 당신이 일상적으로 해야만 하는 일들을 즐겁게 했습니까?

- ① 평상시보다 더 많이 그랬다    ② 평상시와 같았다    ③ 평상시보다 더 적게 그랬다    ④ 평상시보다 훨씬 더 적게 그랬다

## 10. 지난 4 주 동안 당신은 당신이 불행하고 외기소침 해진 느낌을 받았습니까?

- ① 전혀 그렇지 않았다    ② 평상시보다 더 많이 느끼지 않았다    ③ 평상시보다 더 많이 느꼈다    ④ 평상시보다 훨씬 더 많이 느꼈다

## 11. 지난 4 주 동안 당신은 자신감이 부족하다고 느꼈습니까?

- ① 전혀 그렇지 않았다    ② 평상시보다 더 많이 느끼지 않았다    ③ 평상시보다 더 많이 느꼈다    ④ 평상시보다 훨씬 더 많이 느꼈다

## 12. 지난 4 주 동안 당신은 스스로를 가치가 없다고 느꼈습니까?

- ① 전혀 그렇지 않았다    ② 평상시보다 더 많이 느끼지 않았다    ③ 평상시보다 더 많이 느꼈다    ④ 평상시보다 훨씬 더 많이 느꼈다

**D 사회적 지지(social support) 측정을 위한 설문지**

k-SOZU-14®

다음은 어머니의 사회적 지지의 정도를 알아보는 질문지입니다. 보기에서 나오는 „주변 사람들“은 어머니와 관계를 가지고있는 주위의 모든 사람들을 말합니다. (가족, 친구들, 아는 사람들, 동료, 이웃들 등등)

1. 내가 집에 없을때, 우리집의 화분이나 애완동물 등을 돌봐줄 사람들을 내 주변에서 쉽게 찾을수있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

2. 내 주변에는 조건없이 나를 있는 모습 그대로 받아들이는 사람들이 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

3. 내 주변에는 나를 많이 이해 해주고 안정감을 주는 사람들이 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

4. 나에게 어떤 상황에서도 도움을 청할수있는 믿음만한 사람이 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

5. 내가 무언가 필요로 할때 친구들이나 이웃으로 부터 문제없이 그것을 빌릴수있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

6. 마음속 이야기를 터 놓고 싶을때, 나에게 시간을 늘 내주고 잘 들어주는 사람들이 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

7. 나는 어떤 일들을(취미 활동 등등) 즐기어 같이 할수있는 많은 사람들을 알고있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

8. 내 주변에는 주저없이 나를 안아주고 토닥여 줄수있는사람들이 있다. (기쁠때나, 슬플때 혹은 반가울때 등등).

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

9. 내가 아플때, 나는 주변사람들에게 꼭 필요한 집안일들(ex. 장보기, 집안 청소등)을 주저없이 부탁할수있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

10. 내가 이런 저런 일들로 힘들때, 나는 주저없이 찾아갈수 있는 사람이 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

11. 나에게 기쁨과 슬픔을 함께 나누는 사람들이 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

12. 한변쯤 주저 없이 신나고 즐겁게 같이 보낼 수 있는 사람들이 내 주변에 꽤있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

13. 내 주변에는 믿을수있는 사람이 있고, 그 사람과의 친근감은 나를 편안하게 한다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

14. 내가 소속되었고, 자주 나가는 모임이 있다. (친구모임, 취미모임 등등)

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

#### E 사회적 부담측정을 위한 설문지

k-SozBel-erg-K-II®

다음은 어머니의 사회적 부담의 정도를 알아보는 질문지입니다. 보기에서 나오는 „주변사람들“은 어머니와 관계를 가지고있는 주위의 모든 사람들을 말합니다. (가족들, 친구들, 아는 사람들, 동료, 이웃들 등등)

1. 내 몸 상태나 기분이 좋지 않으면, 주변 사람들이 나를 잘 이해하지 못한다는 느낌이 든다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

2. 내가 어려움에 처해 있을때, 주변 사람들은 종종 어떻게 행동해야 할지 몰라한다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

3. 좋은 마음에서 우러나오는 주변 사람들의 조언들도 종종 나에게 전혀 도움이 되지 않는다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

4. 내 주위의 가까운 사람들중 때때로 나를 무시하는 사람들이 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

5. 주변 사람들의 시기와 질투가 나를 자주 힘들게 한다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

6. 내 주변의 사람들이 서로 서로 모든 것을 얘기할 것 같은 생각에, 누군가를 믿고 얘기하는 것이 자주 두렵다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

7. 내가 어떻게 지내는지, 주변 사람들이 너무 잘 알고 있다는 생각에, 가끔씩 답답하다는 생각이 든다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

8. 내 주변 사람들 중 많은 이들이 서로를 좋아하지 않는 것은 나를 힘들게 한다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

9. 내 주변 사람들이 서로 생각이 다르다는 이유로 서로를 반아들일 수 없는 모습들은 나를 슬프게 한다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

10. 마음을 터 놓을수있는 믿음만한 사람들이 내 주변에 더 많이 있었으면 좋겠다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

11. 나와 매일 함께 부딪히며 진심으로 가까이 하는 사람이 적다는 것이 가끔 아쉬울때가 있다.

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 조금 그렇다    ④ 상당히 그렇다    ⑤ 아주 정말 그렇다

**F 마지막 질문들...**

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	아주 정말 그렇다
• 부부가 하루 이틀쯤 집을 비워야할때, 내 주위에서 잠깐 내 아이를 돌봐줄 사람들을 쉽게 찾을수 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 주위 사람들을 통해 아이 교육과 양육에 관한 정보들을 많이 얻는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 아이의 교육과 양육에 관련된 문제가 생긴다면, 나는 어디서, 어떻게 전문가의 도움을 받을수있는지 알고있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	아주 정말 그렇다
내가 없을때에도 내 아이가 편하게 느끼며 잘 있을수있는 가족 (사람)을 알고있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
내 아이는 같은 토래의 친한 (외국인 가정 출신) 친구들이 있다...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 그리고 나도 그 아이의 부모와 어느 정도 좋은 관계를 유지하고 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
내 아이는 같은 토래의 친한 (한국가정 출신) 친구들이 있다...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 그리고 나도 그 아이의 부모와 어느 정도 좋은 관계를 유지하고 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	전혀 만족하지 않는다	만족하지 않는다	조금 만족한다	상당히 만족한다	아주 많이 만족한다
남편분의 아이교육/양육 참여도에 얼마나 만족하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
남편분의 가사일 참여도에 얼마나 만족하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
남편분의 여가시간의 정도와 활용에 대해서 얼마나 만족하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
남편분과의 전반적인 관계에 얼마나 만족하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

어머님을 위한 설문은 여기서 마칩니다.

완성된 설문지를 자녀가 작성한 설문지와 함께 봉투에 넣어주세요. 어머니의 설문지와 자녀의 설문지가 같이 있어야 합니다. 가능 하다면, 두개의 설문지를 클립이나 스테이플러 (호치키스)로 묶어 주시고 봉투에 넣어주시면 감사하겠습니다.

우편이 아닌, 자녀의 학교를 통해 전해주시는 경우에도, 봉투를 밀봉 해주시길 바랍니다.

진심으로 감사드립니다.

## C.1 Deutsche Version der Fragebögen für Mütter

### Teil A: Soziodemografische Daten

- Geburtsdatum \_\_\_\_\_
- Religion \_\_\_\_\_
- Bildungsstand \_\_\_\_\_
- Bildungsstand in Deutschland \_\_\_\_\_ \*
- Wann sind Sie nach Deutschland gekommen? \_\_\_\_\_ \*
- Wann haben Sie geheiratet? \_\_\_\_\_
- Wohnsituation
  - Ich wohne mit meinem Mann und meinen Kindern zusammen
  - Mein Mann (\_\_) oder Mein Kind (\_\_) wohnt nicht zusammen mit mir.
- Ich bin die leibliche Mutter des Kindes, das an der Befragung teilnimmt. (Ja/Nein)
  
- Hat eine von Ihren Familienmitgliedern Erfahrung, in einem Ausland zu bleiben\*\*
- Herkunftsland ihres Mannes (unabhängig von der aktuellen Nationalität) \_\_\_\_\_
  
- Warum kamen Sie nach Deutschland? \*
  - um meine Chancen durch berufliche Erfahrungen oder Studium zu vergrößern.
  - weil mein Mann wegen des Berufs oder Studiums nach Deutschland kam.
  - sonstiges: \_\_\_\_\_
  
- Haben Sie vor, nach Südkorea zurückzukehren? \*
  - Nein, ich will mit fester Arbeit lebenslang in Deutschland bleiben.
  - Nein, aber ich bin nicht sicher, ob ich in Deutschland weiter bleiben darf.
  - Ja, ich will irgendwann wieder zurück, weiß aber nicht, wann es genau passieren wird.
  - Ja, ich will wieder in einem geplanten Zeitraum zurück, wenn die Angelegenheit in Deutschland erledigt ist.
  - sonstiges: \_\_\_\_\_
  
- Wie alt sind Ihre Kinder?
  
- In den letzten 12 Monaten..
  - habe ich eine Arbeit
  - befand ich mich in einer Ausbildung
  - war Hausfrau
  - sonstiges: \_\_\_\_\_

---

Anmerkung. \* nur bei den untersuchten Müttern in Deutschland; \*\* nur bei jenen in Südkorea

### Teil B: SOC-13 zum Kohärenzgefühl

1. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert (äußerst selten oder nie/sehr oft).
2. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten? (das ist nie passiert/das kommt immer wieder vor)

3. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht? (das ist nie passiert/ das kommt immer wieder vor)
4. Bis jetzt hatte Ihr Leben...(überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck/ sehr klare Ziele und einen Zweck)
5. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden? (sehr oft/ sehr selten oder nie)
6. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen? (sehr oft/ sehr selten oder nie)
7. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle...(tiefer Freude und Zufriedenheit/ von Schmerz und Langweile)
8. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?(sehr oft/ sehr selten oder nie)
9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?(sehr oft/ sehr selten oder nie)
10. Viele Menschen- auch solche mit einem starken Charakter- fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder traurige Versager. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt? (nie/ sehr oft)
11. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung...(über-oder unterschätzen/ richtig einschätzen)
12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben? (sehr oft/ sehr selten oder nie)
13. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können? (sehr oft/ sehr selten oder nie)

### **Teil C: GHQ-12 zum allgemeinen psychischen Gesundheitszustand**

Dieser Bogen soll erfrage, ob Sie in den vergangenen vier Wochen (gerechnet von heute) irgendwelche Krankheitsbeschwerden hatten bzw. wie es ganz allgemein um ihre Gesundheit in den letzten vier Wochen bestellt war.

1. Haben Sie in den letzten Wochen wegen Sorgen weniger geschlafen? (Nein, gar nicht/ nicht schlechter als üblich/ schlechter als üblich/ viel schlechter als üblich)
2. Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt dauernd unter Druck zu stehen? (Nein, gar nicht/ nicht schlechter als üblich/ schlechter als üblich/ viel schlechter als üblich)
3. Haben Sie sich in den letzten Wochen auf das, was Sie gemacht haben, konzentrieren können? (besser als üblich/ so wie üblich/ schlechter als üblich/ viel schlechter als üblich)
4. Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, für etwas nützlich zu sein? (mehr als üblich/ so wie üblich/ weniger als üblich/ viel weniger als üblich)
5. Haben Sie sich in den letzten Wochen imstande gefühlt, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen? (mehr als üblich/ so wie üblich/ weniger als üblich/ viel weniger als üblich)



6. Ist es Ihnen in der letzten Woche schwergefallen, Entscheidungen zu treffen? (nein, gar nicht/ so wie üblich/ schwerer als üblich/ viel schwerer als üblich)
7. Haben Sie in den letzten Wochen den Eindruck gehabt, dass Sie mit Ihren Schwierigkeiten nicht zu Rande gekommen sind? (nein, gar nicht/ nicht schlechter als üblich/ schlechter als üblich/ viel schlechter als üblich)
8. Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt? (mehr als üblich/ so wie üblich/ weniger als üblich/ viel weniger als üblich)
9. Konnten Sie in den letzten Wochen Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen? (mehr als üblich/ so wie üblich/ weniger als üblich/ viel weniger als üblich)
10. Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt? (nein, gar nicht/ nicht schlechter als üblich/ mehr als üblich/ viel mehr als üblich)
11. Haben Sie in den letzten Wochen einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt? (nein, gar nicht/ nicht mehr als üblich/ mehr als üblich/ viel mehr als üblich)
12. Haben Sie sich in den letzten Wochen wertlos gefühlt? (nein, gar nicht/ nicht mehr als üblich/ mehr als üblich/ viel mehr als üblich)

#### **Teil D: SozU-F-14 zur sozialen Unterstützung**

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

*Antwortmöglichkeiten: Trifft nicht zu/ trifft eher nicht zu/ trifft teilweise zu/ trifft zu/ trifft genau zu*

1. Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.
5. Bei Bedarf kann ich ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.
6. Ich habe Freunde/ Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.
7. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.
8. Ich habe Freunde/ Angehörige, die mich einfach mal umarmen.
9. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.

12. Bei manchen Freunden/ Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.

### **Teil E: SozBel-erg-K zur sozialen Belastung**

*Antwortmöglichkeiten: Trifft nicht zu/ trifft eher nicht zu/ trifft teilweise zu/ trifft zu/ trifft genau zu*

1. Wenn es mir einmal schlecht geht, fühle ich mich von meinen Freunden/ Angehörigen oft nicht richtig verstanden.
2. Wenn ich in Problemen stecke, wissen meine Freunde/ Angehörigen oft nicht, wie sie sich verhalten sollen.
3. Oft helfen mir die gut gemeinten Ratschläge meiner Freunde/ Angehörige überhaupt nicht weiter.
4. Es gibt wichtige Menschen in meinem Umfeld, die mich gelegentlich wie Luft handeln.
5. Der Neid oder die Missgunst anderer Menschen meiner Person gegenüber belasten mich oft.
6. Oft habe ich Angst, jemandem etwas anzuvertrauen, weil sich meine Freunde/ Angehörigen gegenseitig alles erzählen.
7. Manchmal fühle ich mich eingeengt, weil meine Freunde/ Angehörigen zu gut wissen, wie es mir geht.
8. Ich finde es schwierig, dass sich manche meiner Freunde/ Angehörigen nicht leiden können.
9. Es macht mich traurig, dass sich die Menschen aus meiner Umgebung wegen ihrer verschiedenen Einstellungen nicht akzeptieren können.
10. Ich wünsche mir mehr Menschen, denen ich mich anvertrauen kann.
11. Ich bedauere manchmal, dass mir nur wenige Menschen wirklich nahe stehen, mit denen ich tagtäglich zu tun habe.

### **Teil F: Letzte Fragen (Kindbezogene soziale Unterstützung und Paarzufriedenheit)**

#### ***Kb-SozU***

*Antwortmöglichkeiten: Trifft nicht zu/ trifft eher nicht zu/ trifft teilweise zu/ trifft zu/ trifft genau zu*

1. Ich habe Menschen, die sich kurz um meine Kinder kümmern können, wenn ich nicht da bin.
2. Durch meinen Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps.
3. Ich weiß genau, wo ich professionelle Hilfe bekommen kann, wenn ich Probleme mit meinem Kind habe.
4. Ich kenne andere Familien, in denen sich mein Kind auch wohl fühlt, auch wenn ich nicht da bin.

5. Mein Kind hat Freunde in der Umgebung,
6. mit deren Eltern ich mich auch mal unterhalten kann.
7. Ich kenne deutsche/nicht südkoreanische Familien, in denen sich mein Kind auch wohl fühlt, auch wenn ich nicht da bin.\*
8. Mein Kind hat (deutsche/nicht südkoreanische) Freunde in der Umgebung,\*
9. mit deren Eltern ich mich auch mal unterhalten kann.\*

---

*Anmerkung. \* nur bei den untersuchten Müttern in Deutschland; \*\*nur bei jenen in Südkorea*

### **PaarZuf**

*Antwortmöglichkeiten: gar nicht zufrieden/ eher nicht zufrieden/ teilweise zufrieden/ ziemlich zufrieden/ sehr viel zufrieden*

1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner hinsichtlich des Ausmaßes seiner Teilnahme an der Kindererziehung?
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner hinsichtlich des Ausmaßes der Hilfestellung im Haushalt?
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner hinsichtlich des Ausmaßes der gemeinsamen Freizeit?
4. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Partner?

Sie haben es geschafft!

Bitte werfen Sie die ausgefüllten Fragebögen von Ihnen und ihrem Kind in den Briefkasten ein.

Wenn es geht, wäre ich Ihnen herzlich dankbar, wenn Sie die beiden Fragebogeneinheiten zusammenbinden könnten (mit einem Tacker usw.), damit die Fragebögen von Ihnen und Ihrem Kind nicht auseinander getrennt werden.

Vielen herzlichen Dank noch einmal für Ihre Mithilfe!

## D FRAGEBÖGEN FÜR KINDER IN DEUTSCHLAND (FÜR 8-11)

나이: 만 8-11 세

tu technische universität  
dortmund

## Fragebogen für Kinder

Health Related Quality Of Life for Children  
& Children's Sense of CoherenceKid-KINDL<sup>R</sup> & Doc SoC 8-11

Hallo,

wir möchten gerne wissen, wie es dir zurzeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten dich um deine Antwort.

- ✓ Lies bitte jede Frage durch,
- ✓ überlege, wie es in der letzten Woche war,
- ✓ kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die am besten zu dir passt.

Es gibt **keine richtigen** oder **falschen Antworten**. Wichtig ist uns deine Meinung. Im Folgenden sind zwei Beispiele A, B.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
<b>A</b> In der letzten Woche habe ich gerne Musik gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Ich esse gerne Eis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Tag/Monat/Jahr

8-11J

**Bitte sage uns zunächst etwas zu dir. Kreuze an oder trage ein !**



- ✓ Ich bin ein  Mädchen  Junge
- ✓ Ich bin \_\_\_\_\_ Jahre alt (geboren im: \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr)
- ✓ Wieviele Geschwister hast du?  0  1  2  3  4  5  über 5
- ✓ WELCHE SCHULE BESUCHST DU?
  - GRUNDSCHULE  HAUPTSCHULE  REALSCHULE  GESAMTSCHULE
  - GYMNASIUM  SONDERSCHULE  PRIVATER UNTERRICHT  \_\_\_\_\_

**1. Zuerst möchten wir etwas über deinen Körper wissen, ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war ich müde und schlapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ... dann etwas darüber, wie du dich fühlst ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mir langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Angst gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ... und was du selbst von dir hältst.**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fand ich mich gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. In den nächsten Fragen geht es um deine Familie ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben mir meine Eltern Sachen verboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. ... und danach um Freunde.**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich mit Freunden gespielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mochten mich die anderen Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen.**

<i>In der letzten Woche, in der ich in der Schule war ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mir der Unterricht Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Zum Schluss möchten wir erfahren, wie Du Dich selber siehst.**

	Stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
⇒ Wenn ich anderen etwas erzähle, verstehen sie was ich meine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Wenn mir jemand verspricht mir zu helfen, kann ich mich darauf verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich fühle mich auch bei Menschen fremd, mit denen ich täglich zusammen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Mir ist egal, was um mich herum passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Menschen die ich gut kenne, tun für mich sehr überraschende Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Menschen, denen ich vertraut habe, haben mich enttäuscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich finde mein Leben ganz schön langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
⇒ Ich weiß genau, was ich mir von der Zukunft wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich werde ungerecht behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ In meinem Leben sind schon Sachen passiert, mit denen ich nicht gerechnet habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Mein Leben wird todlangweilig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich weiß in jeder Situation, was ich tun soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Auch wenn einmal etwas Schlimmes passiert, glaube ich, dass es wieder gut wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Manchmal frage ich mich, warum ich überhaupt geboren worden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Wenn ein Problem auftaucht, verstehe ich schnell worum es geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Was ich jeden Tag mache, mache ich gerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgt eine Seite noch....

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
⇒ Ich habe einen genauen Plan, wie mein Leben weiter geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Wenn mir etwas Doofes geschieht, muss ich noch lange immer wieder darüber nachgrübeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich fühle mich durcheinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Wenn ich etwas Schönes erlebe, habe ich bestimmt noch lange etwas davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Manchmal habe ich Gefühle, die ich gar nicht haben mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich weiß, was ich in der Zukunft erreichen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich glaube, dass ich immer Freunde haben werde, auf die ich mich verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
⇒ Es kommt vor, dass ich nicht genau verstehe, was um mich herum los ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich habe mich in der Vergangenheit oft wie ein Pechvogel gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich weiß, was wichtig ist und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Wenn ich ein Problem habe, weiß ich schnell was ich tun muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich muss vieles tun, was mir sinnlos vorkommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich habe meine Gefühle gut im Griff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich stelle mir meine Zukunft sehr interessant vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Ich finde es schön, dass ich lebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Wenn mir etwas Doofes geschieht, habe ich das schnell ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Es ist mir wichtig, was ich im Leben mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Du hast geschafft! Vielen Dank für deine Hilfe!



## E FRAGEBÖGEN FÜR KINDER IN DEUTSCHLAND (FÜR 12-16)

나이: 만 12-16 세

tu technische universität dortmund

# Fragebogen für Jugendliche

Health Related Quality Of Life for Children & Children's Sense of Coherence  
Kiddo-KINDL 12-16/ Doc SoC G.BU.DI.004bk



Hallo,

wir möchten gerne wissen, wie es dir zurzeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten dich um deine Antwort.

- ✓ Lies bitte jede Frage durch,
- ✓ überlege, wie es in der letzten Woche war,
- ✓ kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die am besten zu dir passt.

Es gibt **keine richtigen** oder **falschen Antworten**. Wichtig ist uns deine Meinung. Im Folgenden sind zwei Beispiele. 😊

### Beispiel A:

	nie	selten	manchmal	oft	immer
In der letzten Woche habe ich gerne Musik gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Beispiel B:

	Stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
Ich esse gerne Eis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Tag/Monat/Jahr

12-16J

**Bitte sage uns zunächst etwas zu dir. Kreuze an oder trage ein !**

- ✓ Ich bin ein  Mädchen  Junge
- ✓ Ich bin \_\_\_\_\_ Jahre alt (geboren im: \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr)
- ✓ Wieviele Geschwister hast du?  0  1  2  3  4  5  über 5
- ✓ WELCHE SCHULE BESUCHST DU?
  - GRUNDSCHULE  HAUPTSCHULE  REALSCHULE  GESAMTSCHULE
  - GYMNASIUM  SONDERSCHULE  PRIVATER UNTERRICHT

**1. Zuerst möchten wir etwas über deinen Körper wissen, ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war ich müde und erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ... dann etwas darüber, wie du dich fühlst ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mir langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ... und was du selbst von dir hältst.**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich wohl in meiner Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. In den nächsten Fragen geht es um deine Familie ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. ... und danach um Freunde.**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich etwas mit Freunden zusammen gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich bei anderen „gut angekommen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen.**

<i>In der letzten Woche, in der ich in der Schule war ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich die Aufgaben in der Schule gut geschafft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mich der Unterricht interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F FRAGEBÖGEN FÜR MÜTTER IN SÜDKOREA

## 1. 어머니를 위한 설문지

C.Dd

„어머니를 위한 설문지“는 총 6 개의 단락 (A, B, C, D, E, F) 8 쪽으로 구성되어 있습니다.

## A 어머니에 대한 질문들

- 생년월: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 생. (만 \_\_\_\_\_ 세)
  - 종교:  기독교 /  천주교 /  불교 /  기타: \_\_\_\_\_ /  종교 없음)
  - 학력:  초등학교졸  중졸  고졸  학사  석사  박사/그 이상
  - 어머니나 남편분 혹은 자녀들중에 외국에서 일정 기간 거주한 경험이 있는 사람이 있습니까?  
(해외 여행은 제외)  
 아니요  예 (누가: \_\_\_\_\_ 거주한 나라: \_\_\_\_\_ 기간: \_\_\_\_\_)
  - 결혼은 언제 하셨나요? \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월
  - 남편의 출신국가(현재 국적에 상관없이):  한국/  기타: \_\_\_\_\_
  - 설문에 참여하는 자녀와의 관계  
 설문에 참여하는 아이의 친 엄마입니다.  기타: \_\_\_\_\_
  - 가족거주 상황:  
 남편과  (설문에 참여하는) 자녀와 함께 살고 있습니다.  
 남편과  (설문에 참여하는) 자녀는 같이 살고 있지 않고, 다른 곳 ( \_\_\_\_\_ )에 살고 있습니다.  
 기타: \_\_\_\_\_
  - 자녀들의 나이는 어떻게 되나요?(설문에 참여하는 아이의 번호에 동그라미 쳐주세요)
- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ① _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중고등학교 | ② _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중고등학교 | ③ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중고등학교 |
| ④ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중고등학교 | ⑤ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중고등학교 | ⑥ _____ 년 _____ 월생<br>초등학교/ 중고등학교 |
- 지난 12 개월동안 나는...  
 ...직업(회사원/ 공무원/ 프리랜서/ 자영업/ 사업/ 기타: \_\_\_\_\_)을 가지고 있었습니다.  
 ...학생이었습니다.  ...가정주부였습니다.  기타 \_\_\_\_\_
  - 오늘 날짜: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

## G FRAGEBÖGEN FÜR KINDER IN SÜDKOREA

tu technische universität  
dortmund

### 2. 어린이를 위한 설문지

Health Related Quality Of Life for Children  
& Children's Sense of Coherence



Kid-KINDL® & Doc SoC C.Dd

안녕?

우리는 우리 친구가 요즘 어떻게 지내는지 궁금해요. 그래서 우리 친구에게 물어볼 몇가지를 생각해 봤어요. 우리가 물어보는 것에 대답 해준다면 정말 고맷을 거예요. 방법은 아주 간단해요.

- ✓ 먼저, 물어보는 것들을 끝까지 잘 읽어 주세요.
- ✓ 그리고 나서 각각의 질문에 대해 스스로 지난주에 어땠는지를 생각해 보는 거예요.
- ✓ 그런 다음, 자신에게 가장 잘 맞다고 생각되는 하나의 답에 체크 하면 되는거죠.

우리가 물어 보는 것에는 맞는 답, 틀린 답이 없습니다. 정말 중요한건 자신의 생각이에요.

혹시 이해가 잘 안되는 질문이 있으면 부모님께 물어보거나, 우리에게 메일이나 전화로 물어 보세요. 다음 보기를 보며 연습 한번 해볼까요?

보기

	전혀 아니다	아주 가끔 그랬다	가끔 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
지난주에...나는 음악을 즐겨 들었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	중간 정도 그렇다	상당히 그렇다	아주 많이 그렇다
나는 게임을 좋아한다	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

시작하기 전에 먼저 우리 친구에 대해 물어볼게요. 동그라미 하거나 빈칸에 답해 주세요.

- ✓ 나는 여자/남자 입니다.
- ✓ 나는     년     월에 태어났습니다.(만     세)
- ✓ 형제가 몇이나 되나요? 오빠/형     명, 누나/언니     명, 동생     명
- ✓ 어떤 학교에 다니고 있나요? 초등학교/ 중학교/ 예술계 중학교/ 특수학교/기타:

오늘 날짜:     년     월     일

## 1. 먼저 신체에 대해 물어볼 거예요.

지난 주에 나는...	전혀 아니다	아주 가끔 그랬다	가끔 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
...아프다고(몸 상태가 좋지 않다고) 느낀적이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...머리가 아프거나 배가 아팠던 적이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...피곤하고 힘이 없었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...활력과 끈기가 있었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. 자, 이제 지난 주에 어떤 느낌으로 지냈는지에 관한 질문 이예요.

지난 주에 나는...	전혀 아니다	아주 가끔 그랬다	가끔 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
... 자주 웃고 재미있게 지냈다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 지루 했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 혼자라고 느꼈다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 두려움을 가진적이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. 이번에는 스스로를 어떻게 생각 하는지에 대해서 물어볼게요.

지난 주에 나는...	전혀 아니다	아주 가끔 그랬다	가끔 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
... 내 자신이 자랑스러웠다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 내가 괜찮은 사람이라고 생각했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 내 자신이 좋았다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 기발하고 좋은 생각들을 많이 했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. 다음 질문은 가족에 관한 거예요.

지난 주에...	전혀 아니다	아주 가끔 그랬다	가끔 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
... 나는 부모님과 서로 잘 이해하며 잘 지냈다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 나는 집에서 편안하다고 느꼈다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 우리 집에서 (가족안에서) 심한 다툼이 있었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 부모님이 나에게 무언가를 금지한적이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... 다음 질문은 주변 친구들에 관한 거예요.

지난 주에...	전혀 아니다	아주 가끔 그랬다	가끔 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
... 나는 친구들과 놀이를 함께 했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 친구들은 나를 좋아했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 나는 친구들과 서로 잘 이해하며 잘 지냈다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 나는 다른 사람들과 다르다고 (공통점이 없다고) 느꼈다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 이번엔 지난 주에 학교에서 어땠는지 물어볼게요.

지난 주에 나는 학교에서...	전혀 아니다	아주 가끔 그랬다	가끔 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
... 과제들을 잘 풀었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 수업이 재미 있었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 나의 미래에 대해 걱정을 했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 성적에 대해 걱정을 했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 마지막으로 우리친구가 스스로 자기 자신을 어떻게 보고, 느끼는지 알고 싶어요

	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	중간 정도 그렇다	상당히 그렇다	아주 많이 그렇다
⇒ 내가 다른 사람들에게 무엇을 설명하면, 그 사람들은 내가 무엇을 말하려는지 이해한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 누군가 나를 도와주겠다고 약속하면, 나는 그것을 믿을수있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 매일 같이있는 사람들도 낯설다고 느낀다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 내 주위에 무슨일이 일어나던, 나와는 상관이 없다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

다음장에 계속...

	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	중간 정도 그렇다	상당히 그렇다	아주 많이 그렇다
⇒ 내가 잘 아는 사람들은 아주 의외의 일들로 나를 놀라게 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 내가 믿는 사람들이 나를 실망시킨적이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 내 삶이 상당히 지루하다고 생각한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 내가 미래에 무엇을 원하는지 정확히 알고 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 부당한 대우를 받는다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 지금까지 살면서 나에게 생각지도 못한 일들이 일어난 적이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 앞으로 나의 삶은 정말 지루할것 같다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 어떤 상황에서도 내가 무엇을 해야하는지 알고있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	중간 정도 그렇다	상당히 그렇다	아주 많이 그렇다
⇒ 나에게 무슨 안 좋은 일이 생길 때에도 나는 상황이 다시 좋아질거라고 믿는다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 가끔 도대체 내가 왜 태어났는지 모르겠다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 무슨 문제가 생기면 나는 문제에 대한 책임을 금방 이해 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 내가 매일 하는 일들을 즐겁게 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 앞으로 내 삶에 대한 정확한 계획이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나에게 어떤 어처구니 없는 일이 생기면, 나는 오랫동안 그 일에 대해서 생각한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 혼란스럽다고 느낀다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

다음장에 계속...



	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	중간 정도 그렇다	상당히 그렇다	아주 많이 그렇다
⇒ 나는 어떤 멋진 경험을 하면, 확실히 그것의 여운을 오랜 시간 간직한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 가끔씩 내가 좋아하지 않는 기분이 들때가 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 내가 미래에 무엇을 성취할지 안다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나에게 믿을수 있는 친구들이 항상 생길 것이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 주위에서 일어나는 일들을 정확하게 이해하지 못할때가 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 과거에 운이 없었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 무엇이 중요하고, 무엇이 중요하지 않은지 알고있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 무슨 문제가 생기면, 나는 내가 무엇을 해야하는지 금방 안다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 의미없는 일들을 많이 해야한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 나의 감정을 잘 조절한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 나의 미래가 아주 흥미로울 것이라고 생각한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나는 내가 살아간다는 것이 멋지다고 생각한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 나에게 어떤 어처구니 없는 일이 생기면, 나는 그것을 금방 해결해 버린다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ 살아가면서 내가 무엇을 하는가는 나에게 중요하다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이제 모두 끝났습니다. 이 설문지를 엄마에게 주면 됩니다.

너무 고맙워요!