

BUNDESZENTRALE FÜR
GESUNDEITLICHE AUFKLÄRUNG



WHO-KOLLABORATIONSZENTRUM
FÜR GESUNDEITSERZIEHUNG

"MIGRATION UND GESUNDEIT"

ICP/HSR 603 c01/1
Oktober 1984

Internationaler Workshop für Gesundheitserziehung
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
in Zusammenarbeit mit
dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen
vom 30.10. - 2.11.1984 in Lahnstein bei Koblenz

4.1. Hintergrundpapier 2
Original Deutsch



PROBLEME IN DER GESUNDEITSERZIEHUNG
AUSLÄNDISCHER KINDER UND IHRER FAMILIE

Gesundheits- und Krankheitsverhalten im Vergleich

Maria Dietzel-Papakyriakou

Maria Dietzel-Papakyriakou / Franz-Josef Länd / Beate Hövelmann

KRANKHEITSVERHALTEN TÜRKISCHER ARBEITERFRAUEN. ERGEBNISSE EINER INTERVALLBEFRAGUNG

In der letzten Zeit, wie auch diese Tagung belegt, werden die gesundheitliche Lage und die medizinische Versorgung der ausländischen Familien aus verschiedenen Perspektiven und Motivationen thematisiert. Hierbei wird zu Recht vor einer der Realität nicht gerecht werdenden Überwertung kultureller Besonderheiten gewarnt. Trotz wohlmeinender Absicht besteht die Gefahr, daß an Stelle von alten Vorurteilen neue Klischees sich festigen, die dann neue Unzulänglichkeiten im Arzt-Patient Kontakt und im diagnostischen und therapeutischen Vorgehen produzieren.

Die Herausarbeitung von "spezifischen" und manchmal auffälligen Aspekten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens der Arbeitsmigranten soll die Erfassung möglicher Gemeinsamkeiten mit vergleichbaren Gruppen der deutschen Bevölkerung nicht behindern. Denn das Ziel einer Verbesserung der medizinischen Versorgung für die ausländischen Arbeiterfamilien kann letztlich nur im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion und der bestehenden Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung erfolgen.

Anmerkungen zur Intervallstudie



Unser Referat will einige Ergebnisse einer Intervallbefragung vorstellen, die wir von März bis Juni 1983 im dreiwöchigen Abstand mit 22 türkischen und 22 deutschen Frauen durchgeführt haben. Die Befragungen gingen einer größeren vergleichenden Studie zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten türkischer und deutscher Arbeiterfamilien voraus, die vom Institut für Sozialmedizin in Bochum

mit Unterstützung der Stiftung Volkswagenwerk durchgeführt wurde. Die hier vorgestellte Teiluntersuchung beschreibt Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung und Bewertung auftretender Symptome sowie ihrer Bewältigung im Alltag, in der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und den dort gemachten Erfahrungen.

Die Intervallbefragung orientiert sich am Konzept der morbiden Episoden. Deren Erfassung und analytische Abgrenzung bilden den Ausgangspunkt unserer symptomgebundenen Datenerhebung. Ausgangspunkt es darum, vor dem Hintergrund der familialen Belastungen qualitative Merkmale morbider Episoden zu erfassen und für den nachfolgenden quantifizierenden Ansatz Ausgangspunkte zu fixieren. In der Intervallbefragung wurden einige Tendenzen sichtbar, die durch die nachfolgende Hauptuntersuchung geprüft und zum Teil bestätigt wurden. Das bezieht sich im Besonderen auf die niedrigere Symptomtoleranz, die höhere Belastung mit morbiden Episoden, die davon ausgehenden ausgeprägteren Beeinträchtigungen der Alltagsroutinen und die geringeren Aktivitäten im Laiensystem bei den türkischen im Vergleich zu den deutschen Arbeiterfrauen.

Unser Bericht beschränkt sich auf solche Ergebnisse der Intervallstudie, die durch die ersten vorliegenden Resultate der Hauptstudie bekräftigt werden.

Die Untersuchungsgruppen wurden aus dem größeren Sample einer Vorstudie nach definierten Strukturmerkmalen der Familien ausgewählt. Es handelt sich um Arbeiterfamilien eines Wohngebietes, zu deren Haushalt mindestens zwei Kinder unter 14 Jahren zählten. Die Familienväter waren im bestimmenden Großbetrieb des Stadtteils beschäftigt. Familien, in denen chronische oder anderen schwere Erkrankungen existierten, wurden in die Stichprobe nicht aufgenommen. Der wohngebietsbezogene Ansatz schafft für die befragten Familien gleiche infrastrukturelle Bedingungen der medizinischen Versorgung.

Trotz der strukturellen Vorgaben bei der Bildung der Untersu-



chungsgruppen bleiben erhebliche Unterschiede bestehen. Die Interpretation der Daten hat deshalb die insgesamt wie auch im einzelnen schwierigere Lebenssituation der türkischen Familien zu berücksichtigen. Als Indikatoren für eine stärkere Belastung der türkischen Familien betrachten wir:

- die größere Kinderzahl mit einem größeren Anteil an Kleinkindern,
- die beengteren Wohnverhältnisse,
- die geringere Motorisierung,
- der höhere Anteil an Schichtarbeit bei den Männern.



Ein zentraler, für die Diskussion der Daten stets zu berücksichtigender Aspekt ergibt sich außerdem aus der unterschiedlichen Bedeutung von Krankheit in der Migration. Von ihr gehen wegen der marginalen sozialen Stellung und der politisch-rechtlichen Unsicherheit des Arbeitsmigranten zusätzliche Bedrohungen aus: Es wird von den Betroffenen deutlich wahrgenommen, daß Krankheit (besonders bei türkischen Migranten) in der Öffentlichkeit anderen Wertungen unterliegt, daß von "Krankheit" auch der aufenthaltsrechtliche Status beeinflußt werden kann, daß durch Erkrankungen die mit der Migration verbundenen persönlichen Zielsetzungen in hohem Maße in Frage gestellt werden können.

Entlang eines für die Untersuchung konzipierten Symptomregisters wurden das Vorkommen von Beschwerden, ihre Häufigkeit und ihre Dauer für den Zeitraum der jeweils zurückliegenden 3 Wochen erfragt. U.a. wurden erhoben:

- die im Zeitraum aufgetretenen Symptome und ihre Dauer;
- die vermuteten Ursachen für die berichteten Symptome;
- Formen der Bewältigung der Beschwerden;
- Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen des normalen Alltagsablaufs;
- Hilfenahmen im Laiensystem;
- Zeitpunkt des Übergangs ins medizinische Versorgungssystem;
- Zeitliche und geographische Merkmale der Inanspruchnahme;

- Wahlverhalten bezüglich Fachrichtung und Nationalität des Arztes;
- Aspekte des Arzt-Patient Verhältnisses.

Da eine gesonderte Befragung sämtlicher Familienmitglieder aus methodischen und finanziellen Überlegungen nicht in Frage kam, wurde die Frau jeweils zur gesundheitlichen Situation aller Familienmitglieder befragt. Wir gehen davon aus, daß die hiermit gewonnenen Daten hinreichend valide sind, da der zu erinnernde Zeitraum genügend kurz und die Befragte selbst in den Krankheitsprozeß einbezogen war. Allerdings erscheint die Reportage in bezug auf Beschwerden des Mannes lückenhaft. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, daß die Frau insbesondere bei banalen Alltagsbeschwerden des Mannes, im deutschen wie im türkischen Kollektiv, weniger in den Krankheitsprozeß einbezogen wurde. Deshalb wurden die Daten, die den Mann betreffen, nicht in die Auswertung hineingenommen.

Symptombelastung und Symptombewertung



Bei den türkischen Frauen kommen Kopfschmerzen als Einzelsymptom an erster Stelle der Nennungen, gefolgt von Erkältungskrankheiten, Zahnschmerzen und Rückenschmerzen. Das entspricht der Reihenfolge bei den deutschen Frauen, ausgenommen 'Zahnschmerzen', die von den deutschen Frauen sehr viel seltener berichtet werden. Der Unterschied zwischen beiden Kollektiven ergibt sich vor allem aus der Anzahl der Nennungen, die bei den türkischen Frauen insgesamt höher liegen, wie auch aus der berichteten Dauer der Symptome, die von ihnen häufiger als "ständig vorhanden" bezeichnet wurden.

Die türkischen Frauen schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein als die deutschen Frauen und berichten eine insgesamt größere Zahl morbider Episoden. Man muß allerdings hinzufügen, daß es innerhalb der Gruppe türkischer Frauen stark kontrastierende Unterschiede gibt: So existiert eine kleine Gruppe,

die auffallend wenig Symptome und morbide Episoden berichten; diese finden wir interessanterweise unter den Frauen mit längerer Aufenthaltsdauer.

Vermutungen über die Krankheitsentstehung folgen bei den türkischen wie bei den deutschen Frauen sich wiederholenden Schemata. Offensichtlich greifen aber die beiden Kollektive auf verschiedene Erklärungsmuster zurück. Während von den deutschen Frauen häufiger populärwissenschaftliche Deutungen angeboten werden, kommen bei den türkischen Frauen allgemeine Erklärungsmuster vor: "es kommt vom Wetter" oder "vom schlechten Wasser", aber auch solche Deutungen, die den Zusammenhang zum Leben in der Migration herstellen ("es kommt von der Nervosität", "Halsschmerzen kommen von der Traurigkeit" usw.).

Im Vergleich zu den deutschen Frauen zögern jedoch die türkischen Frauen, ihre Symptome zu erklären. Wir gehen davon aus, daß dies mit den veränderten Lebensbedingungen in der Migration und ihnen bis dahin unbekanntem Krankheitsbildern zusammenhängt. Darauf verweist die große Bedeutung, die dem Symptom 'Kopfschmerzen' beigegeben wird. Demgegenüber scheinen Symptome wie "Nervosität" oder "Gliederschmerzen" bei den türkischen Frauen etwas zu sein, mit dem man sich abfindet, und das, betrachtet man die Begründungen für die Nicht-Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei solchen Beschwerden, auch als etwas Unabänderliches und Schicksalhaftes hingenommen wird.

Soziale Beeinträchtigungen durch Beschwerden



Ein wichtiger Aspekt der Intervallbefragung war die Erkundung der von den Beschwerden ausgehenden sozialen Beeinträchtigungen. Es wurde versucht, die Beeinträchtigung als eine mehr oder weniger ausgeprägte Störung des normalen Alltagsablaufes zu erfassen. Vorweg muß daran erinnert werden, daß in beiden Kollektiven im Befragungszeitraum keine schwerwiegenden Krankheiten auftraten.

und nur 2 der türkischen und 5 der deutschen Frauen stundenweise berufstätig waren.

Legen wir einen solchen Maßstab sozialer Beeinträchtigung zugrunde, ergeben sich beachtliche Unterschiede. Offenbar wird, daß die türkischen Frauen bei ganz gleichartigen Symptombeschreibungen im Vergleich zu den deutschen Frauen sich bedeutend stärker beeinträchtigt fühlen. Für die türkischen Familien werden insgesamt mehr und qualitativ andere Beeinträchtigungen des Alltagsablaufes berichtet.

Die befragten türkischen Frauen scheinen durch die berichteten Beschwerden stärker gehindert zu sein, ihre normativen Verpflichtungen wahrzunehmen. Dabei stehen ihnen gleichzeitig geringere materielle oder soziale Ressourcen zur Verfügung. So bleiben ihnen auch nur begrenzte Möglichkeiten, wegen Krankheit von den familiären Verpflichtungen freigestellt zu werden. Dies wird durch die zeitlich verzögerte Arztinanspruchnahme oder die häufige Nichtrealisierung einer erwogenen Arztkonsultation zum Ausdruck gebracht.

Maßnahmen im Laiensystem



Die Maßnahmen im Laiensystem wurden nach dem Umfang von Selbstmedikation im weitesten Sinne, der Laienzuweisung und der Hilfenahmen im sozialen Netzwerk erhoben.

Die türkischen Befragten ergreifen bedeutend weniger Maßnahmen für sich und für ihre Kinder als die deutschen Frauen. Zwar hatte die laienmedizinische Versorgung der Familie durch die Frau im Herkunftsland im Rahmen der strukturellen Unterversorgung eine große Bedeutung. Diese Bedeutung und die mit ihr verbundene Kompetenz der türkischen Frau wird durch die Migration und die Berührung mit einem professionellen medizinischen Versorgungssystem jedoch offenbar zurückgedrängt.

Im Unterschied zu den deutschen Frauen wird die Wirksamkeit von Hausmitteln durch die türkischen Frauen mehrheitlich bezweifelt. Dabei stehen sie wahrscheinlich zum Teil vor neuen, ihnen unbekanntem Symptomen oder Beschwerdekomplessen für die sie weder über geeignete ätiologische Ordnungssysteme noch Bewältigungsstrategien verfügen. "Mitgebrachte Orientierungen" zur Symptombewertung und Bewältigung verlieren, abgeschnitten von den materiellen Ressourcen und den sozialen Netzwerken, denen sie entstammen. ihre Praktikabilität. Die Orientierung an den Möglichkeiten des professionellen medizinischen Systems füllen den entstandenen Leerraum aus.

Es muß hinzugefügt werden, daß bei den türkischen Familien, wie bereits erwähnt, mehr Symptome und morbide Episoden vorkommen. Zwar kann die "Routine" mit bestimmten Beschwerden auch Selbstbewältigungsfähigkeiten fördern, die Häufung von Erkrankungen kann aber gleichzeitig auch die Handlungsfähigkeit der durch familiäre Pflichten bereits überlasteten türkischen Frau entscheidend einschränken. Das heißt, die vermutlich höhere Symptombelastung der türkischen Familien, wie auch immer verursacht, trägt selbst zur Orientierung auf professionelle Hilfsangebote bei.

"Folkloristische" Bewältigungsmaßnahmen kommen bei den türkischen Frauen in unserer Untersuchung nicht vor. Da wo sie Maßnahmen selbst treffen, greifen sie genauso wie die deutschen Frauen auf bereits im Haus sich befindende oder auf selbstgekaufte Medikamente zurück. Bei Erkältungskrankheiten werden Hausmittel angewandt, die auch bei den deutschen Familien vorkommen (heisser Tee, Zitrone usw.). Auffällig ist jedoch, daß aufwendigere Maßnahmen wie Bäder, Gymnastik, Diät usw. nur von den deutschen Frauen erwähnt werden.

Wenn auch nicht ausgeschlossen werden kann, daß eine ausgeprägtere Tendenz zur "sozial erwünschten Antwort" bei den türkischen Frauen die in der Literatur höher bewerteten "kulturellen Besonderheiten" des Krankheitsverhaltens verdeckt, so halten wir die Ergebnisse in

der Grundaussage doch für verlässlich. Zumindest im Blick auf das alltägliche, an sogenannten banalen Erkrankungen ausgerichtete Krankheitsverhalten, finden wir keine auffälligen Unterschiede in den laienmedizinischen Maßnahmen. Freilich kann nicht ausgeschlossen werden, daß bei komplexeren und schwerwiegenden Erkrankungen andere Maßnahmenrepertoires und soziale Ressourcen bei beiden Kollektiven mobilisiert werden können.

Der Rat, zum Arzt zu gehen, kommt bei beiden Kollektiven in der Hauptsache vom Ehemann. In unserem Kollektiv wurden von den türkischen Frauen keine Verwandte oder ähnliche Bezugspersonen um Hilfe oder Ratschlag angegangen. Das soziale Netzwerk, das für Zuweisung von Maßnahmen im Laiensystem herangezogen wird, ist bei den türkischen Befragten, sowohl dem Umfang wie der Intensität nach, bedeutend begrenzter als bei den deutschen Frauen. Das heißt, in beiden Gruppen reduziert sich das sogenannte "Laiensystem" im Kern auf ein Zweipersonen-System. Darüber hinausgehende Maßnahmen bilden die Ausnahme. Hier gilt wiederum die Einschränkung, daß für ernsthaftere Erkrankungen möglicherweise deutlichere Unterschiede zutage treten können.

Übergang zum professionellen System



Wie unsere in der Hauptuntersuchung durchgeführte, von Symptomen unabhängige Einstellungsmessung bei deutschen und türkischen Familien zeigte, bringen die türkischen Frauen dem System der medizinischen Versorgung eine hohe Wertschätzung entgegen. Die verfügbare medizinische Versorgung gilt als einer der wenigen greifbaren Vorteile der Migration. Das hindert nicht daran, über die Möglichkeiten der Medizin, bestimmte Krankheiten zu heilen, Zweifel zu äußern. Das kommt z.B. bei Nennungen wie "Nervosität" oder "Schmerzen aus Traurigkeit" zum Ausdruck, bei denen mit der Feststellung, "der Arzt kann nicht helfen", weniger ein Votum gegen die Medizin, als vielmehr eine Einschätzung der eigenen Lebensumstände verbunden ist. Diese eher realistische Einschätzung hängt



mit scheinbar widersprüchlichen Ergebnissen zum Verhältnis beabsichtigter und tatsächlich erfolgter Inanspruchnahmen zusammen.

Die Orientierung der türkischen Frauen auf das medizinische Versorgungssystem erweist sich auch in der Intervallbefragung als stark ausgeprägt. Bei zwei Dritteln aller auftretenden morbiden Episoden wird im türkischen Kollektiv eine Arztkonsultation erwogen; sie wird jedoch nur in jedem zweiten Fall, und zeitlich meist stark verzögert, realisiert. Bei den deutschen Frauen sieht es anders aus: Nur bei der Hälfte der morbiden Episoden wird von ihnen eine Arztkonsultation in Erwägung gezogen, dann aber auch zum größeren Teil in etwa zwei Dritteln der Fälle und unmittelbar nach Auftreten der Beschwerden realisiert.

Beide Gruppen nennen Zeitmangel und andere organisatorische Gründe an erster Stelle als ausschlaggebend für die Unterlassung einer erwogenen Arztkonsultation. Bei den türkischen Frauen werden zusätzlich die Sprachschwierigkeiten deutlich problematisiert. Demnach spielen bei den türkischen Frauen für unterlassene Inanspruchnahmen nicht etwa höhere Symptomtoleranz oder Skeptizismus gegenüber der Medizin oder das Ausweichen auf Maßnahmen des Laiensystems die wesentliche Rolle.

Gefragt, wie lange nach dem ersten Auftreten der Beschwerden sie einen Arzt konsultiert haben, gaben die türkischen Frauen bei den meisten Fällen drei und mehr Tage bis zur Inanspruchnahme an. Die begleitenden Kommentare hierbei bringen eine bewußt abwartende Haltung zum Ausdruck. Wichtig ist hierbei zu erinnern, daß dieses Verhalten sich vor dem Hintergrund einer größeren Anzahl von morbiden Episoden und einer größeren Anzahl von berichteten Symptomen manifestiert. Bei den deutschen Frauen folgt hingegen der Entscheidung, zum Arzt zu gehen, eine vergleichsweise entschlossene und zeitlich rasche Realisierung.

Es soll noch erwähnt werden, daß es sich bei den in Anspruch genommenen Personen bei den deutschen und türkischen Frauen aus-

schließlich um Ärzte handelte. Paraprofessionelle Gruppen oder traditionelle Heiler spielen, auch wenn wir einen verdeckten Bereich annehmen, keine nennenswerte Rolle. Auch die in der Literatur bisweilen vertretene These, Ausländer würden häufiger den Arzt wechseln, bestätigt sich in unserer Untersuchung nicht.

6 / In bezug auf die eigene medizinische Inanspruchnahme findet sich bei den türkischen Frauen eine deutliche Orientierung auf türkische bzw. andere ausländische Ärzte; die Nationalität des Arztes ist dabei von größerer Bedeutung als die Fachrichtung. Zwar zeigen auch deutsche Frauen im Blick auf den Frauenarzt ein ausgeprägteres Wahlverhalten. Wegen insgesamt geringerer Mobilität fällt der zeitliche Aufwand für den Arztbesuch bei türkischen Frauen aber deutlich höher aus.

Für die Versorgung der Kinder findet sich hingegen eine stärkere Orientierung an der Fachrichtung. Hier wird nach unseren Daten die wohnungsnähere Versorgung durch deutsche Ärzte einer wohnungsfernen Versorgung durch Ärzte der eigenen Nationalität vorgezogen. Es muß jedoch auch festgehalten werden, daß in allen unseren Untersuchungen sich eine kleinere aber beachtliche Gruppe von türkischen Familien fand, die je nach lokalem Angebot zwischen 10% und 20% variierte, und die grundsätzlich türkischen Ärzten auch bei langen Wegen den Vorzug gab.

Arzt-Patient Kommunikation, Medikation.



Die Reportagen der türkischen Frauen deuten darauf hin, daß die Mitteilungen des Arztes nicht genau verstanden wurden. Hinweise auf Verständigungsschwierigkeiten mit dem Arzt geben die Antworten auf die Fragen nach der Zahl und der Identifizierung der durchgeführten Untersuchungen. So können die türkischen Frauen nur 2/3 der von ihnen erwähnten Untersuchungen auch identifizieren, deutsche Frauen tun es zu 100%. Ein ähnliches Bild zeigt die Wiedergabe von Diagnose und Therapie.



Ein gleich großer Anteil von deutschen und türkischen Frauen berichteten, von sich aus Fragen an den Arzt gestellt zu haben. Der Anteil ist bei den türkischen Frauen angesichts der oben angedeuteten Verständigungsschwierigkeiten und der größeren Asymmetrie in der Arzt-Patient Beziehung hoch zu bewerten. Dies ist nicht einfach Ausdruck der bestehenden Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Arzt; gleichzeitig wird darin deutlich, daß wir es bei den türkischen Frauen keineswegs mit "passiven Patientinnen" zu tun haben, an denen jede Aufklärung scheitern müsse. Der geringe Anteil zufriedenstellender Antworten durch den Arzt, das ist wichtig zu beachten, wird nicht gegen die medizinische Versorgung gewendet, sondern als irgendwie unvermeidbare Folge der Sprachprobleme, letztlich als "Schicksal der Migration" weitgehend hingenommen.

Die türkischen Frauen geben an, zu einem hohen Anteil die ärztlichen Anweisungen zur Medikation befolgt zu haben. Die Äußerungen widerspiegeln das bereits erwähnte Vertrauen zur Medizin und eine vor dem Hintergrund medizinischer Unterversorgung in der Türkei zu sehende Wertschätzung von Medikamenten. Die bisweilen von ärztlicher Seite beklagte fehlende Compliance türkischer Patienten dürfte daher mit der mangelnden Verständigung, nicht mit bewußter Weigerung zusammenhängen. Skeptische Äußerungen gegenüber der Wirksamkeit und Nützlichkeit von Medikamenten finden sich nur bei den deutschen Frauen, die auch in den symptomungebundenen Einstellungen zur Medizin in größerem Maße Skepsis gegenüber der Medizin "im allgemeinen" artikulieren.

Was andere Behandlungsmethoden angeht, berichteten die türkischen Frauen für sich selbst und für ihre Kinder ausnahmslos nur von Bestrahlung und Diät. Bei den deutschen Frauen kommen ausserdem Maßnahmen wie Atemtechnik, Gymnastik, Spülungen u.ä. vor. Solche wiederkehrend festgestellten Unterschiede können nicht durch die Art der Beschwerden erklärt werden. Hier vermuten wir, daß den behandelnden Ärzten bestimmte Maßnahmen bei der türkischen Klientel von vornherein als weniger praktikabel erscheinen und darum in geringerem Umfang angewendet werden.

Zusammenfassung einiger Ergebnisse:



Trotz der Ähnlichkeit von äußeren Aspekten des Inanspruchnahmeverhaltens weisen unsere Ergebnisse auf wichtige Unterschiede hin, die die Bedeutung und die Alltagsbindung des Krankheitsverhaltens betreffen.

- Bei ähnlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Erkältung) wird eine andere Bewertung der Symptome zum Ausdruck gebracht.
- Die davon ausgehende Beeinträchtigung des Alltags wird als schwerwiegender empfunden; bereits bestehende größere Problembelastungen werden durch geringere materielle und soziale Ressourcen zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme verschärft.
- Die Symptome werden eher auf allgemeine Ursachen zurückgeführt (Wetter, Nervosität, seelische Belastung), d.h. ihre Deutung weist eine größere Distanz zu den medizinischen Deutungen auf.
- Das auf die Bewältigung der Beschwerden gerichtete Verhalten wird weniger von Hilfen im Laiensystem, sondern von einer häufigen Erwägung einer Arztkonsultation charakterisiert; die mit der Migration verbundene Entwertung vorhandener Selbsthilfepotentiale dürfte hierfür verantwortlich sein.
- Die Erwägung eines Arztbesuches scheint stärker vom Grad der empfundenen Bedrohlichkeit der Symptome und nicht von der sozialen Beeinträchtigung abhängig zu sein.
- Dem beabsichtigten Arztbesuch stehen dann aber die situationalen Faktoren (wenig Zeit, große Kinderzahl) und migrationspezifischen und kulturellen Barrieren (Sprach- und Verständigungsprobleme, Schamgrenzen etc.) entgegen, die gleichzeitig Ursache erheblicher sozialer Beeinträchtigungen durch die Beschwerden sind.