



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

„Das Gesundheits- und Krankheitskonzept von Kleinkindern“

Verfasserin

Kerstin Plautz

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 02.05.2011

Studienkennzahl:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Mag. Dr. Berta Schrems

Kinder sind wie Blumen.
Man muss sich zu ihnen nieder beugen,
wenn man sie erkennen will.

von Friedrich Fröbel

DANKSAGUNG

An dieser Stelle ist es mir ein Bedürfnis mich bei all jenen zu bedanken, die mir bei der Verwirklichung dieser Arbeit hilfreich zur Seite gestanden sind.

Bedanken möchte ich mich bei meinen Eltern Barbara und Stelio, die mich auf meinem Weg in jeder Hinsicht unterstützt haben. Danke für euren Rückhalt und euer Vertrauen.

Danke Michael, für alles.

Besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Mag. Dr. Schrems. Vielen Dank für die großartigen Ideen, die endlose Geduld und zahlreiche Verbesserungsvorschläge.

Außerdem bedanke ich mich herzlich bei den Eltern, Kindern und Kollegen im Kindergarten. Danke für euer Vertrauen, die gute Zusammenarbeit und die großartige Unterstützung.

ZUSAMMENFASSUNG

In vorliegender Diplomarbeit wird das Gesundheits- und Krankheitskonzept von Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren dargestellt. Es soll gezeigt werden wie Kinder dieser Altersgruppe Gesundheit bzw. Krankheit wahrnehmen, wie man diese, aus Sicht der Kinder, beeinflussen kann und über welches Wissen, zum Thema Gesundheit und Krankheit, Kinder verfügen. Dazu werden subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte im Allgemeinen, klassische entwicklungspsychologische Grundlagen und die Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen der Kleinkindern sowie deren Bedeutung für die Pflege beschrieben. Diese Kenntnisse werden durch teilstandardisierte Interviews und teilnehmende Beobachtungen vertieft und ergänzt. Die Interviews und Beobachtungen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring ausgewertet, die Ergebnisse mit den theoretischen Erkenntnissen verglichen und diskutiert. Dadurch soll es erwachsenen Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, ermöglicht werden, die Sicht der Jüngsten zu verstehen und für ihre Bedürfnisse sensibilisiert zu werden. Die Ergebnisse zeigen, dass das Wissen der Kinder dieser Altersgruppe durch die entwicklungspsychologischen Ansätze teilweise unterschätzt wird. Ebenso wird klar, dass die Erfahrungen aus dem täglichen Leben der Kinder ebenso wie Dogmen der gesundheitsbewussten Gesellschaft bei der kindlichen Idee von Gesundheit und Krankheit eine Rolle spielen.

ABSTRACT

„Children’s concepts of health and illness”

The aim of the following diploma thesis is to describe the concepts of health and illness from children at the age of two to six years. The perception of health and illness, the children’s view of influence to them, and their knowledge about health and illness is going to be shown. Therefore the basics of developmental psychology, concepts of health and illness in general, and especially for children at the age of two to six years and their meaning to nursing will be described. Semi-structured interviews and participation observations reinforce and complete this knowledge. The qualitative analysis of content was used for analyzing the data. Thus adults, who work in health care/ public health, become acquainted with the needs and the point of view of this age class. The results show that the children’s knowledge is underestimated by developmental psychology approaches. It also becomes clear that the children’s daily experiences and health- conscious dogmata of society are an important part of children’s concepts of health and illness.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1. Klärung der Begriffe.....	5
2.2. Subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte und ihre Bedeutung für die Pflege.....	9
2.2.1. Subjektive Theorien in der Gesundheitswissenschaft.....	9
2.2.2. Subjektive Konzepte von Gesundheit bzw. Krankheit.....	10
2.2.3. Bedeutung subjektiver Konzepte für die Pflege, die Patientinnen und Patienten und die Wissenschaft	16
2.3. Entwicklungspsychologische Grundlagen	18
2.3.1. Kognitive Entwicklung	19
2.3.2. Sozial-emotionale Entwicklung.....	24
2.3.3. Körperliche Entwicklung	28
2.3.4. Bedeutung der entwicklungspsychologischen Grundlagen für die Entwicklung subjektiven Konzepte	30
2.4. Gesundheits- und Krankheitskonzepte aus der Sicht der Kinder	32
2.4.1. Kindliche Wahrnehmung von Gesundheit bzw. Krankheit	34
2.4.2. Faktoren, die aus kindlicher Sicht Gesundheit und Krankheit beeinflussen ...	36
2.4.3. Wissen der Kinder über Gesundheit und Krankheit	40
3. Methode des empirischen Teils.....	47
3.1. Forschungsdesign	49
3.1.1. Befragte und Setting	50
3.1.2. Datenerhebung	51
3.1.3. Datenauswertung	56
3.2. Gütekriterien	74
3.3. Ethische Überlegungen	78

4. Ergebnisse	81
4.1. Kindliche Wahrnehmung von Krankheit bzw. Gesundheit	81
4.2. Faktoren, die aus kindlicher Sicht Gesundheit und Krankheit beeinflussen.....	84
4.3. Wissen der Kinder zum Thema Gesundheit und Krankheit	87
4.4. Sonstige Erkenntnisse	92
5. Diskussion der Ergebnisse	95
5.1. Kindliche Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit	95
5.2. Faktoren, die aus kindlicher Sicht Gesundheit und Krankheit beeinflussen.....	97
5.3. Wissen der Kinder zum Thema Gesundheit und Krankheit	98
6. Kritische Reflexion der Arbeit.....	101
6.1. Grenzen der Arbeit	107
7. Quellenverzeichnis	109
7.1. Literaturverzeichnis.....	109
7.2. Abbildungsverzeichnis	119
7.3. Tabellenverzeichnis	119
8. Anhang	121
8.1. Elternbrief	121
8.2. Interviewleitfaden.....	123
8.3. Lebenslauf	125
8.4. Eidesstattliche Erklärung	127

1. EINLEITUNG

Gesundheit ist, laut WHO, „[...] ein Zustand des vollständigen geistigen, sozialen und körperlichen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (World Health Organization 2003). Diese Definition von Gesundheit ist eine der bekanntesten und für Erwachsene leicht nachvollziehbar. Doch wie definieren die Jüngsten unter uns Gesundheit? Was ist für sie ein wichtiges Kriterium um zu behaupten „Ich bin gesund.“, und in wie weit entspricht dieses kindliche Wissen den wissenschaftlichen Fakten zum Thema Gesundheit und Krankheit? Diese Frage wurde durchaus schon behandelt. Auffällig ist dabei, dass über die Altersstufe der zwei- bis sechsjährigen Kinder wenig Information vorhanden ist (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwinderman 2004; Lohaus, Albrecht, Seyberth 2002; Piko, Bak 2006; Pluhar, Piko, Kovacs, Uzzoli 2009; Schmidt, Fröhling 1998). Doch auch diese Altersgruppe ist eine Zielgruppe der Pflege, und wie bei der Pflege Erwachsener erleichtert Wissen über die Gesundheits- und Krankheitskonzepte den Umgang mit den Patientinnen und Patienten.

An dieser Stelle sei die Compliance genannt. Die Zusammenarbeit zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Pflegeperson sowie das Befolgen von medizinischen Anordnungen, hängen direkt mit der Auffassung von Gesundheit und Krankheit der Patientinnen und Patienten zusammen und beeinflussen die Ergebnisse der Behandlung maßgeblich (vgl. Becker 1984, 314). Vor allem für die Kinderkrankenpflege können neue Informationen über die kindlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit besonders von Bedeutung sein. Das Interesse der Wissenspsychologie am Unterschied von Laien- und Expertenwissen sowie der Versuch der Gesundheitspsychologie, Gesetzmäßigkeiten in subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien zu entdecken, trägt zur Erschließung wissenschaftlicher Grundlagen in der Gesundheitsforschung bei (vgl. Flick 1997, 199).

Darüber hinaus ist es für die Gesundheitsförderung und die Prävention von Risiken wichtig zu wissen, welche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit die Zielgruppe der Jüngsten besitzt, um optimal auf diese eingehen zu können (vgl. Flick 1997, 199).

Zum einen ist es der Mangel an Literatur sowie Erkenntnissen zum Thema Gesundheits- und Krankheitskonzepten von zwei- bis sechsjährigen Kindern, die dieses Thema besonders interessant machen, aber auch die Ambition neues Wissen zu erschließen und somit dazu beizutragen, dass Wissenslücken geschlossen werden ist Motivation dieser Arbeit. Nicht zuletzt motiviert das persönliche Interesse an diesem Themengebiet und die Tatsache, dass eine ausgebildete Kindergartenpädagogin und Studentin der Pflegewissenschaft durchaus geeignet erscheint, um dieses Thema zu behandeln.

FRAGESTELLUNG

Aufgrund der wenigen vorhandenen Erkenntnisse zum Thema Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kleinkindern, der Bedeutung dieser Erkenntnisse für die Kinderkrankenpflege, Gesundheitsforschung sowie die Gesundheitsförderung, ergeben sich folgende Fragen, die im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

- Wie nehmen zwei- bis sechsjährige Kinder Krankheit bzw. Gesundheit wahr?
- Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit und Krankheit aus kindlicher Sicht?
- Welches Wissen besitzen Kinder im Alter zwischen zwei und sechs Jahren über Gesundheit und Krankheit?

ZIELSETZUNG

Ziel der Arbeit ist es, den Forschungsstand und den Forschungsbedarf zum Thema Gesundheits- und Krankheitsverständnis von Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren aufzuzeigen. Dazu findet im theoretischen Teil eine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand zum Thema Gesundheits- und Krankheitsverständnis von Kindern statt, in dem sowohl aktuelle Studien berücksichtigt als auch klassische entwicklungspsychologische Ansätze verfolgt werden.

Zweites Ziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zur Erschließung dieses Themengebiets zu leisten. Die genannten Forschungsfragen werden im empirischen Teil der Arbeit beantwortet und sollen das Bild des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses von Kindern dieser Altersgruppe ergänzen sowie neues Wissen für die Kinderkrankenpflege, die Gesundheitsförderung und Risikoprävention liefern.

METHODIK

Für den theoretischen Teil der Arbeit erfolgte eine Literaturrecherche zum Thema Gesundheits- und Krankheitskonzept von Kleinkindern über den Online-Katalog der Universitätsbibliothek Wien und der Medizinischen Universität Wien sowie in den Datenbanken CINAHL und PubMed. Zusätzlich wurde mit der Suchmaschine Google Scholar recherchiert.

Einschlusskriterien waren:

- Sprachen: deutsch, englisch
- Alter: zwei bis sechs Jahre, Kinder, Kleinkinder bzw. Kinder im Vorschulalter

- Suchworte: concepts of illness - concepts of health - illness concepts - health concepts - children - preschooler - Krankheitskonzepte - Gesundheitskonzepte - subjektive Krankheitskonzepte - Kinder - Kleinkinder - Krankheitserfahrung (mittels Operatoren miteinander verknüpft)

Aus dem Ergebnis der Recherche wurden jene Artikel ausgewählt, bei denen ersichtlich war, dass Kinder direkt befragt wurden und nicht die Eltern das Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis ihrer Kinder einschätzen sollten. Außerdem wurden jene Artikel bevorzugt, deren Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer Kinder aus Mitteleuropa oder Ländern mit vergleichbaren Lebenssituationen waren. Durch diese Ausschlusskriterien kam es zu einer überschaubaren Anzahl an Artikeln.

Für den empirischen Teil wurde eine qualitative Forschungsmethode gewählt, sie wird am Beginn des empirischen Teils vorgestellt.

AUFBAU DER ARBEIT

Im ersten Teil der Arbeit werden die Begriffe, die für diese Arbeit grundlegend sind, eindeutig definiert bzw. abgegrenzt. Anschließend folgen eine Auseinandersetzung mit subjektiven Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepten, entwicklungspsychologischen Grundlagen sowie die Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche.

Im darauffolgenden Teil wird die Methodik des empirischen Teils dargestellt. Der Schwerpunkt dieses Teils liegt auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring und deren Anwendung für diesen speziellen Fall.

Im dritten Teil werden die Ergebnisse der empirischen Erhebung anhand zahlreicher Zitate und Zeichnungen der Kinder präsentiert, illustriert und anschließend diskutiert.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Im ersten Teil dieser Arbeit werden verwendete Begriffe definiert und die theoretischen Hintergründe des Themas Gesundheits- und Krankheitskonzepte im Allgemeinen behandelt. Die anschließende Auseinandersetzung mit grundlegenden entwicklungspsychologischen Erkenntnissen von der Geburt bis etwa zum sechsten Lebensjahr und die Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kleinkindern im Speziellen dienen als grundlegende Informationen für das Verständnis des kindlichen Denkens und legen den aktuellen Forschungsstand dar.

2.1. KLÄRUNG DER BEGRIFFE

Sowohl im alltäglichen Sprachgebrauch als auch in der wissenschaftlichen Literatur werden Begriffen oft unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben. Um Klarheit zu schaffen und Missverständnissen vorzubeugen werden im folgenden Abschnitt die zentralen Begriffe der Arbeit definiert.

„Grundsätzlich ist festzustellen, dass es keine allgemein anerkannte Definition von **Gesundheit** gibt.“ (Schwartz, Siegrist, von Troschke 1998, 9). Trotzdem soll versucht werden den Begriff Gesundheit für diese Arbeit abzugrenzen. Um Gesundheit möglichst objektiv zu definieren, scheint die Sicht der Medizin bzw. der Professionen am geeignetsten (vgl. Schwartz, Siegrist, von Troschke 1998, 8). Eine Definition von Gesundheit in der Medizin lautet Gesundheit ist die „Erfüllung [...] von objektivierbaren Normen und physiologischer Regulation bzw. organischer Funktionen [...]“ (Schwartz, Siegrist, von Troschke 1998, 8).

Laut dieser Definition ist ein Mensch dann gesund, wenn sein Körper funktioniert. Die eingangs erwähnte Definition von Gesundheit der WHO als „[...] Zustand des vollständigen geistigen, sozialen und körperlichen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (World Health Organization 2003) umfasst neben dem körperlichen „Funktionieren“ auch ein seelisches und soziales Wohlbefinden. Diese Definition ist nicht unumstritten, da dieser Zustand für die meisten Menschen, gegeben ihrer Lebensumstände, utopisch ist. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Tatsache, dass Gesundheit laut dieser Definition ein sehr statischer Zustand ist (vgl. Franke 1993, 15ff). Weniger statisch ist die Definition von Gesundheit der Pflegewissenschaftlerin Dorothea Orem. Orem, definiert Gesundheit als „einen Zustand der Person, der durch Solidität oder Ganzheit ihrer menschlichen Strukturen sowie körperlichen und mentalen Funktionalität gekennzeichnet ist.“ (Orem, 1991, 184). Gesundheit ist für Orem nicht gleichbedeutend mit Wohlbefinden, steht aber im Zusammenhang damit. Erfahrung von Zufriedenheit, Freude, Glücklich-Sein, geistige Erfahrungen sowie der persönlichen Entwicklung sind individuell wahrgenommene Zustände die Wohlbefinden ausmachen. Im Gegensatz zum Idealzustand Gesundheit kann Wohlbefinden auch bei Krankheit vorhanden sein (vgl. Orem 1997, 106ff; Orem 1997, 509).

Gesundheit setzt sich also aus mehreren Aspekten zusammen. Zum einen aus der **körperlichen Gesundheit**, also dem Fehlen von körperlichen Beschwerden oder Krankheiten bzw. Krankheitsanzeichen, die in der medizinischen Definition im Mittelpunkt stehen. Zum anderen aus der **psychischen Gesundheit**, welche sich durch fehlende Belastungen, Glück, Freude sowie Zufriedenheit und **sozialen Aspekten**, wie Selbstverwirklichung, Bewältigung der Lebensaufgaben etc. äußert (vgl. Bengel, Belz-Merk 1997, 23), die in der Definition der WHO dargestellt werden. Dazu kommt der Begriff des **Wohlbefindens**, der sowohl in Orem's Definition, als auch in jener der WHO den Aspekt der individuellen Sichtweise beinhaltet.

Im Gegensatz zum Begriff Gesundheit, bemerkt Franke, dass es zur Definition von **Krankheit** deutlich weniger wissenschaftliche Überlegungen gibt (vgl. Franke 2010, 59f).

Franke legt folgende Kriterien als Kennzeichen einer Krankheit fest:

- „das Vorhandensein von objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen und/oder seelischen Störungen bzw. Veränderungen, also das Vorliegen eines Befundes
- die Störung des körperlichen, seelischen oder sozialen Wohlbefindens
- eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung
- die Notwendigkeit professioneller (medizinischer) und sozialer, d.h. mitmenschlicher und gesellschaftlicher Betreuung“ (Franke 2010, 58).

Um die zentralen Begriffe der Arbeit, nämlich Gesundheitskonzepte und Krankheitskonzepte, festlegen zu können muss, neben Gesundheit und Krankheit, auch der Begriff Konzept geklärt werden. **Konzept** kommt vom lateinischen Wort „copiare“ und bedeutet zusammenfassen bzw. abfassen. Konzepte fassen geistige Vorstellungen von Phänomenen zusammen. Wichtig hierbei ist zu beachten, dass das englische Wort „concept“ die Übersetzung des Wortes „Begriff“ ist. Dies ist sicherlich auch ein Grund warum in der Literatur die Worte „theoretischer Begriff“ und „Konzept“ oft synonym verwendet werden. Theoretische Begriffe, also auch Konzepte können, je nachdem in welchem Zusammenhang sie benutzt werden, unterschiedliche Bedeutungen haben (vgl. Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, Mayer 2008, 113). Zum Beispiel kann mit dem Wort „Leiter“ sowohl eine Holzleiter, auf die man steigen kann um etwas in großer Höhe zu erreichen, als auch ein physikalischer Leiter oder den Leiter einer Abteilung, also der Vorsitzende, gemeint sein. Laut Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Mayer (2008) gibt es zwei Arten von Konzepten/theoretischen Begriffen und zwar konkrete Begriffe/Konzepte, mit denen Phänomene direkt beobachtet bzw. gemessen werden können (z.B.

Blutdruck) und abstrakte Begriffe/Konzepte. Bei Zweiterem ist das zugrunde liegende Phänomen nicht direkt beobachtbar und kann somit nicht direkt gemessen werden (z.B. Unruhe) (vgl. Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, Mayer 2008, 113).

Da Konzepte die Bausteine jeder **Theorie** sind (vgl. Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, Mayer 2008, 113; Meleis 2007, 37) und in der Literatur nicht immer eindeutig zwischen den Begriffen Konzept und Theorie unterschieden, wird je nach der zugrundeliegenden Literatur entweder der Begriff Konzept oder Theorie verwendet.

Fügt man die bisher definierten Begriffe zusammen, kommt man zur Erkenntnis, dass **Gesundheits- und Krankheitskonzepte** geistige Vorstellungen bzw. Zusammenfassungen von Gesundheit und Krankheit sind. Ein Gesundheits- bzw. Krankheitskonzept ist also ein Konzept über die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Neben dem Bezugssystem der Professionisten, das zur objektiven Definition der Konzepte Gesundheit bzw. Krankheit herangezogen wurde, gibt es zum einen das Bezugssystem der Gesellschaft und jenes der betroffenen Person, also das subjektive Bezugssystem (vgl. Schwartz, Siegrist, von Troschke 1998, 8). Gesundheit aus gesellschaftlicher Sicht bezieht sich auf das Gesundheitssystem bzw. Regelungen der Gesetzgebung und ist im Rahmen dieser Arbeit nicht von Bedeutung. Ganz im Gegenteil zum Bezugssystem der betroffenen Person, also der subjektiven Sicht von Gesundheit und Krankheit, auf die im folgenden Kapitel detailliert eingegangen wird (vgl. Schwartz, Siegrist, von Troschke 1998, 8ff). Konzepte von Gesundheit und Krankheit gehören zu den abstrakten Konzepten, deren zugrunde liegende Ereignisse nicht direkt beobachtbar und somit nicht direkt messbar sind. Um Gesundheit und Krankheit messbar zu machen, müssen diese Begriffe operationalisiert werden. Es muss also festgelegt werden, was gemessen werden soll.

2.2. SUBJEKTIVE GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSKONZEPTE UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE PFLEGE

Was sind subjektive Konzepte von Gesundheit bzw. Krankheit und worin zeigen sie sich? Sind die Gründe für eine unterschiedliche Auffassung geschlechtsspezifisch, schichtspezifisch oder hängen sie von der Region ab? Verändern sich subjektive Konzepte und wodurch ändern sie sich? Wie beeinflusst die unterschiedliche Auffassung von Gesundheit und Krankheit pflegerische oder medizinische Interventionen? Diese Fragen sollen im folgenden Kapitel geklärt werden. Nach einer Auseinandersetzung mit subjektiven Konzepten werden einzelne Aspekte zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten behandelt und ihre Bedeutung für die Pflege thematisiert.

2.2.1. SUBJEKTIVE THEORIEN IN DER GESUNDHEITSWISSENSCHAFT

Hauptaufgabe der Wissenschaft ist die Theoriebildung. Franke (2010) geht davon aus, dass auch jeder Mensch im Laufe seines Lebens Theorien über sich und die Welt entwickelt. „Er oder sie reflektiert über sich selbst und die Umwelt und bildet Annahmen und Argumentationsstrukturen über Vorgänge Zusammenhänge und eigenes und fremdes Handeln und Erleben.“ (Franke 2010, 235). Eben diese Theorien bezeichnet sie als subjektive Theorien(vgl. Franke 2010, 235). Die Thematik der subjektiven Theorien und somit auch subjektiven Konzepte, hat ihren Ursprung in der Psychologie (vgl. Filipp, Aymanns 1997). Subjektive Theorien, Lagentheorien oder Alltagstheorien

wurden in der Wissenschaft allerdings vernachlässigt. (vgl. Franke 2010, 235). Als Grund für diese Vernachlässigung nennt Flick (1998) die zentralen Bestandteile subjektiver Theorien. Diese sind Orientierungsgewissheit, Rechtfertigung und Selbstwertstabilisierung. Sie erfordern, laut Flick andere Bewertungsmaßstäbe als wissenschaftliche Theorien (vgl. Flick 1998, 14). Dadurch werden jedoch die eigentlichen Betroffenen, die Nicht-Fachleute oder Laien ignoriert (vgl. Franke 2010, 235). Für die Erforschung subjektiver Theorien spricht, dass das Subjekt konsequent in die Forschung einbezogen wird und seine Sichtweise im Mittelpunkt steht. Eine Rückmeldung der befragten Personen ist möglich und fördert somit den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis. Durch die kommunikative Validierung findet eine Sicherung der Geltungsbegründung statt (vgl. Flick 1987, 126).

In den 1980er Jahren wurde das Thema der subjektiven Theorien für die Gesundheitswissenschaften entdeckt. Ausgangspunkt dazu war die Untersuchung von Rolf Verres (1986) zum Thema „Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen.“

2.2.2. SUBJEKTIVE KONZEPTE VON GESUNDHEIT BZW. KRANKHEIT

Da der Schwerpunkt, dieser Arbeit auf subjektiven Konzepten von Gesundheit und Krankheit von Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren liegt, erfolgt in der Darstellung der subjektiven Konzepte von Gesundheit und Krankheit allgemein nur einen kleinen Überblick über vorhandene Erkenntnisse.

SUBJEKTIVE KONZEPTE VON GESUNDHEIT

Unter subjektiven Konzepten versteht man zum einen „die persönliche Auffassung und Definition von Gesundheit sowie die persönliche Sichtweise über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit“ (Waller 2006, 14). Die Erkenntnisse aus der Erforschung subjektiver Gesundheitskonzepte werden meist „Gesundheit als ...“-Konzepte gefasst. Claudine Herzlich leistete auf diesem Gebiet Pionierarbeit, sie teilte die Erkenntnisse aus ihrer Untersuchung in

- „Gesundheit als Vakuum
- Gesundheit als Reservoir
- Gesundheit als Gleichgewicht“ (Herzlich 1973, 63)

Menschen, die ihre Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit sehen und diese somit ausschließlich an diesem einen negativen Aspekt festmachen, nehmen **Gesundheit als Vakuum** wahr. Eine Person, die ihre Gesundheit als Vakuum betrachtet könnte meinen gesund zu sein „Wenn mir nichts weh tut“ (Franzkowiak 2003, 227). Die logische Folge daraus ist, dass die Gesundheit durch jede Krankheit zerstört wird (vgl. Herzlich 1973, 63). **Gesundheit als Reservoir** zu definieren bedeutet, dass eine Person mit einem gewissen Maß an Gesundheit ausgestattet ist und zum Beispiel durch ihren Lebensstil darauf Einfluss hat, wie voll bzw. leer dieses Reservoir ist. Gesundheit leistet also Widerstand gegen Krankheit (vgl. Herzlich 1973, 63). Eine typische Aussage einer Person, die Gesundheit als Reservoir sieht, ist „Wenn ich im Stress, z.B. wenn in der Firma tausend Sachen gleichzeitig geregelt werden müssen, trotzdem fit bleibe und auch noch ein bisschen Sport machen kann.“ (Franzkowiak 2003, 227). Gesundheit als Reservoir zu sehen ist die Grundlage des Konzeptes der **Gesundheit als Gleichgewicht**. Bei dieser Vorstellung ist absolute Gesundheit selten zu erreichen, Krankheiten werden als Störungen gesehen, die ausgeglichen werden können. Menschen empfinden Gesundheit als eine persönliche Norm, die unmittelbar bewusst ist (vgl. Herzlich 1973, 63).

Ich bin gesund „Wenn alles harmonisch läuft - in meiner Beziehung und überhaupt mit meiner Umgebung, und wenn ich mich irgendwie so richtig ausgeglichen fühle.“ (Franzkowiak 2003, 227) meint eine Person, die Gesundheit als Gleichgewicht betrachtet.

Diese Konzepte werden von Franzkowiak (2003) ergänzt durch:

- „Die Gesundheit als funktional Fitness
- Gesundheit als Selbstzwang
- Gesundheit als ‘Loslassen’ und Befreiung“ (Franzkowiak 2003, 227)

Gesundheit als funktionale Fitness meint Gesundheit als „Gebrauchsgut“, um die Rollen des Alltags und die Aufgaben zu erfüllen (vgl. Franzkowiak 2003, 227). Die Aussage „Wenn mein Haushalt tiptop in Ordnung halten kann und auch noch Zeit und Spaß hab, mit den Kindern zu spielen und mal mit meinem Mann auszugehen“ (Franzkowiak 2003, 227), zeigt was Gesundheit für diese Person bedeutet. Die Kontrolle über den Körper und das Selbst zu haben und nicht abgeben zu wollen, ist kennzeichnend für Menschen die **Gesundheit als Selbstzwang** sehen. Menschen in dieser Gruppen gehen davon aus, dass Gesundheit aus einem gesunden Lebensstil resultiert. „Wenn ich ausreichend schlafe, wenig Alkohol trinke und aufpasse, dass ich mich mit netten Menschen umgebe“ (Franzkowiak 2003, 227) ist die Aussage einer Person, die ihre Gesundheit als Selbstzwang wahrnimmt. Etwas weniger streng nehmen es Menschen, die **Gesundheit als „Loslassen“ und Befreiung** sehen. Die Aussage eines Menschen dessen Konzept von Gesundheit als „Loslassen“ und Befreiung bezeichnet wird, könnte lauten: „Wenn ich’s mir gut gehen lasse - nicht so streng mit mir, sondern genieße, auch mal’n Gläschen trinke; immer locker“ (Franzkowiak 2003, 227) ist. Diese Menschen genießen das Leben und versuchen Entspannung zu erleben (vgl. Franzkowiak 2003, 227).

Neben der Abwesenheit von Krankheit als Definition für Gesundheit zeigen sich folgende drei Dimensionen: funktionelle Fitness, körperliche Stärke bzw. psychisches Wohlbefinden (vgl. Faltermaier 1998, 80; Franke 2010, 239).

Überraschend erscheint, dass ein positives Konzept von Gesundheit bei Laien überwiegt. Das heißt, dass Gesundheit in den meisten Fällen nicht ausschließlich als Abwesenheit von Krankheit bezeichnet, sondern auch mit positiven Aspekten verbunden wird (vgl. Franke 2010, 237f).

SUBJEKTIVE KONZEPTE VON KRANKHEIT

Die subjektive Vorstellung von Krankheit beinhaltet Ideen darüber, wie die Patientin oder der Patient über ihre bzw. seine Krankheit, deren Ätiologie und die Behandlung denkt. Die Erforschung der subjektiven Vorstellungen zum Thema Krankheit stand im Gegensatz zu subjektiven Vorstellungen von Gesundheit weniger häufig im Mittelpunkt des Forschungsinteresses (vgl. Franke 2010, 236ff). Faller definiert subjektive Krankheitstheorien als „[...] Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung [...]“ (Faller 1997, 265).

Ebenso wie bei den subjektiven Gesundheitskonzepten gibt es einige Krankheitskonzepte, die in “Krankheit als ...” Gruppen zusammengefasst wurden und mit den Konzepten von Gesundheit zusammenhängen. Sie lauten wie folgt:

- „Krankheit als Destruktion
- Krankheit als Befreiung
- Krankheit Aufgabe“ (Flick 1998, 24)

Für Menschen die Gesundheit als Vakuum betrachten, die also denken, dass sie nur dann gesund sind, wenn sie nicht krank sind, zerstört jede Krankheit ihre Gesundheit. Sie sehen **Krankheit als Destruktion**. Menschen die Gesundheit als funktionale Fitness betrachten, sehen **Krankheit als Befreiung** an. Dieses Konzept von Krankheit als Befreiung war in Flicks ursprünglich Ausführungen (1998) Gesundheit als Reservoir zugeordnet. Durch die Ergänzung der mit

aktuelleren Konzepten von Gesundheit erscheint die Zuordnung zum Konzept Gesundheit als funktionale Fitness passender, da dieses Konzept den Aspekt der Leistung bzw. Aufgaben ausdrücklich beinhaltet. Menschen, die diese Überzeugung vertreten, meinen, dass eine Erkrankung die Betroffene oder den Betroffenen von ihren oder seinen alltäglichen Pflichten befreit und die Möglichkeit bietet eine Ruhepause einzulegen. Diese Ansicht wird um so unwahrscheinlicher je schwerer die Krankheit ist. Ihre **Krankheit als Aufgabe** sehen Menschen, die ihre Gesundheit als Gleichgewicht betrachten. Sie sind davon überzeugt, dass Krankheit eine Störung ist, die ausgeglichen werden kann (vgl. Flick 1998, 24f).

Raspe und Ritter (1982) kamen im Rahmen ihrer Studie zum Krankheitsbild von Patientinnen und Patienten mit chronischer Polyarthrits zu dem Schluss, dass Menschen nicht *eine* konkrete Erklärung für ihre Erkrankung haben, sondern dass sie sich wie bei einem Mosaik viele kleine Erklärungsbausteine zu einem großen Gesamtbild zusammenbauen, die sogenannte „Mosaiktheorie“ (vgl. Raspe, Ritter 1982, 1200ff). Ferner untersuchten Raspe und Ritter (1982) das medizinische Fachwissen über die Erkrankung der Patientinnen bzw. Patienten und kamen zu dem Ergebnis, dass die Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer ihr Wissen über ihre Erkrankung als gut einschätzen, obwohl es im medizinischen Sinne teilweise unkorrekt war (vgl. Raspe, Ritter 1982, 1200ff).

Ein wichtiger, aber kaum untersuchter Aspekt bei subjektiven Konzepten von Krankheit ist der Zusammenhang mit religiösen, spirituellen oder transzendentalen Deutungen. Bei diesen Vorstellungen wird Krankheit als Strafe für ein Vergehen, göttliche Erziehungsmethode oder Bewährungsprobe gesehen. Die Frage nach dem Sinn der Krankheit ist hier von zentraler Bedeutung (vgl. Franke 2010, 241).

MÖGLICHE GRÜNDE UNTERSCHIEDLICHER AUFFASSUNG VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind komplexe Konstrukte mit kognitiven und emotionalen Inhalten (vgl. Flick, Röhsch 2008, 14). Sie sind so unterschiedlich wie die Menschen selbst und hängen von Alter, Geschlecht Gesundheitszustand und sozialer Schicht ab (vgl. Faltermaier 1998, 80; Flick 1997, 191). „Art und Dauer der Erkrankung, Lebensgeschichte und Persönlichkeit, herrschende Wissenschaftstheorie, magisches Denken, [und] reaktives Kausalbedürfnis“ (Becker 1984, 318) haben Einfluss darauf, wie sich subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit verändern (vgl. Becker 1984, 318).

Ein Beispiel für schichtspezifische sowie geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit zeigt sich in den Untersuchung von Claudine Herzlich (1973), die schon zuvor als Grundlagen der Gesundheitskonzepte herangezogen wurde. Herzlich untersuchte die Gesundheitsvorstellungen der Pariser Mittelschicht und stellte fest, dass das Konzept Gesundheit als Gleichgewicht, am häufigsten als Definition für Gesundheit genannt wurde. Ein weiterer Vergleich zwischen den von Herzlich befragten Frauen und Männern zeigt, dass Frauen deutlich häufiger als Männer Gesundheit als Gleichgewicht beschreiben. Die befragten Männer beschrieben ihre Gesundheit eher als Vakuum bzw. Reservoir (vgl. Herzlich 1973, 18ff). Schulze und Welters (1998) stellten fest, dass das Gesundheitsverständnis junger Frauen und Männer (20 - 29 Jahre) sich weniger stark unterscheidet, als dass älterer Frauen und Männer (60 - 69 Jahre) (vgl. Schulze, Welters 1998, 88ff). Dass die Art der Erkrankung die Auffassung von Krankheit beeinflusst, wurde schon beim Konzept Krankheit als Befreiung erwähnt (vgl. Flick 1998, 24f). Franke (2010) stellt fest, dass eindeutige Symptome, wie zum Beispiel Fieber, starke und langandauernde Schmerzen sowie extreme Müdigkeit, für die es keine vernünftige Erklärung gibt, dazu führe, dass Menschen sich als krank bezeichnen. Symptome die weniger eindeutig sind führen hingegen zu

Unsicherheit und werden erst durch eine ärztliche Diagnose zur Krankheit (vgl. Franke 2010, 240).

Die Untersuchung von subjektiven Konzepten gewährt einen Einblick in das Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten der Menschen, da davon ausgegangen wird, dass Menschen mit ihrem Handeln Absichten verfolgen und Annahmen darüber haben, was zielführend und sinnvoll ist. Genau dieses Wissen ist notwendig um Handlungen von Personen verstehen zu können. Von der Erforschung subjektiver Konzepte und dem dadurch gewonnenen Wissen kann zum einen der Forscherdrang befriedigt werden, zum anderen haben die dadurch gewonnen Informationen Einfluss auf Gesundheitsvorsorge, Therapie und Rehabilitation (vgl. Franke 2010, 236).

2.2.3. BEDEUTUNG SUBJEKTIVER KONZEPTE FÜR DIE PFLEGE, DIE PATIENTINNEN UND PATIENTEN UND DIE WISSENSCHAFT

An dieser Stelle soll die Frage geklärt werden, warum subjektive Theorien und Konzepte von Gesundheit und Krankheit von Patientinnen und Patienten für die Pflege, die Patientinnen und Patienten sowie für die Wissenschaft von Bedeutung sind.

Für die Pflege, ebenso für die Medizin, bedeutet eine Erforschung der subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte eine mögliche Qualitätssteigerung in der Versorgung. Die Kenntnis subjektiver Konzepte ermöglicht die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen, da auf ihre Bedürfnisse gezielter eingegangen werden kann (vgl. Flick 1998, 28). Eine Steigerung der Compliance ist zu erwarten, da eine unterschiedliche Auffassung von Gesundheit und Krankheit die Hauptursache für Non-Compliance ist (vgl. Becker 1984, 341; Franke 2010, 236f).

Die Kenntnis subjektiver Gesundheits- und Krankheitskonzepte sind in der Kinderkrankenpflege grundlegend um einen altersgemäßen Umgang zu ermöglichen und den Kindern unnötige Angst, Furcht und Schuldgefühle zu nehmen, um so die Arbeit mit den kleinen Patientinnen und Patienten erheblich zu erleichtern (vgl. Perrin, Gerrit 1981, 841; Myant, Williams 2005, 806). Durch die Kenntnis über subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte können präventive Maßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitserziehung der Zielgruppe angepasst und diese somit konkret angesprochen werden (vgl. Flick 1998, 27). Es handelt sich dabei um eine Präventivmaßnahme damit sie gar nicht erst zu Patientinnen bzw. Patienten werden, was nicht nur der Pflege bzw. Medizin zu Gute kommen würde.

Für die Patientinnen und Patienten selbst sind die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit von Bedeutung, da sie Einfluss darauf haben wie sie sich die Veränderungen erklären und welche Faktoren als Ursache der Veränderung definiert werden. Ob bzw. wann die Behandlungsbedürftigkeit erkannt wird und in Folge dessen auch, ob und wann die Patientinnen oder Patienten professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Für die Rolle als Patientin oder Patient haben subjektive Vorstellungen von Gesundheit bzw. Krankheit einen Einfluss auf Kooperation, Vertrauen und Compliance der Betroffenen (vgl. Dörner 1975, 153ff).

Weiters wird durch die Erforschung subjektiver Konzepte ein Einblick in die Wahrnehmung und Bewältigung von Gesundheit und Krankheit im gesellschaftlichen Wandel sowie der Vergleich zwischen verschiedenen Kulturen ermöglicht (vgl. Herzlich 1998, 172ff; Schmidt, Fröhling 1998, 34). Neben dem entwicklungspsychologischen Interesse sind diese Erkenntnisse für die Psychologie als Grundlage der Psychotherapie entscheidend (vgl. Thommen, Blaser, Ringer, Heim 1990, 173) und leisten einen Beitrag für die emotionale Verarbeitung von Krankheit (vgl. Bischoff, Zenz 1989, 13). Erkenntnisse zu subjektiven Konzepten tragen zur Erschließung der Wissenschaft an sich und der Gesundheitsforschung bei (vgl. Flick 1997, 199) und leisten somit einen Beitrag zur (Weiter-) Entwicklung des wissenschaftlichen Gesundheitsbegriffes (vgl. Flick 1998, 28). Neben dem

allgemeinen Erkenntnisinteresse sind neue Ergebnisse darüber, wie Gesundheit und Krankheit von Kindern gesehen wird, besonders für die entwicklungspsychologische Forschung von Bedeutung (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 34).

Die grundlegenden Kenntnisse der entwicklungspsychologischen Forschung auf der kognitiven, sozial-emotionalen und körperlichen Ebene werden im folgenden Kapitel ausführlich behandelt.

2.3. ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Das Wissen um diese Entwicklungsvorgänge ist grundlegend um verstehen zu können, warum Kinder Gesundheit bzw. Krankheit so sehen wie sie es tun. Eine ausführliche Darstellung der Grundlagen der Entwicklungspsychologie soll es ermöglichen, einen Rahmen für die Interpretation der Ergebnisse zu schaffen, die Ergebnisse einzuordnen, zu vergleichen und sie kritisch zu reflektieren. Da für diese Arbeit der Fokus auf der Altersgruppe der Kleinkinder liegt, werden im Folgenden entwicklungspsychologische Grundlagen von der Geburt bis etwa zum sechsten Lebensjahr dargestellt. Dazu wird auf die kognitive Entwicklung und in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Sprache, die sozial-emotionale Entwicklung sowie die körperliche Entwicklung eingegangen.

Wie Gesundheit und Krankheit von Kindern wahrgenommen wird, hängt stark mit den kognitiven Fähigkeiten des Kindes zusammen. Gesundheit und Krankheit sind, wie schon festgestellt wurde, abstrakte Begriffe und somit nicht direkt beobachtbar. Damit ein Kind ein Konzept zu Gesundheit oder Krankheit entwickeln kann, muss es also in der Lage sein sich Dinge, die es nicht sehen kann, vorzustellen. Diese Fähigkeit erlangt ein Kind um den zweiten Geburtstag und baut sie von da an kontinuierlich aus (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 22f).

Neben der Fähigkeit sich Dinge vorzustellen muss das Kind auch in der Lage sein seine Vorstellungen mitzuteilen. Der einfachste Weg, die Vorstellung seines persönlichen Konzeptes kommunizieren zu können, ist das Sprechen. Da der Fokus dieser Arbeit auf kindlichen Konzepten liegt, interessiert vor allem die Meinung der Kinder. Um die kindlichen Vorstellungen zu erfahren ist es wichtig zu wissen wann ein Kind in der Lage ist, sich verständlich verbal auszudrücken, um ihre oder seine Konzepte von Gesundheit bzw. Krankheit mitzuteilen.

2.3.1. KOGNITIVE ENTWICKLUNG

Jean Piaget, ein Schweizer Entwicklungspsychologe, hat sich intensiv mit der kognitiven Entwicklung des Menschen auseinandergesetzt und festgestellt, dass sich diese in folgende vier Stufen unterteilen lässt. Er unterscheidet die sensumotorische Phase (Geburt bis zweites Lebensjahr), das voroperatorische anschauliche Denken (zweites bis siebentes Lebensjahr), das Stadium der konkreten Operationen (siebentes bis zehntes Lebensjahr) und das Stadium der formalen Operationen (ab dem elften Lebensjahr) (vgl. Piaget, Inhelder 1972). Durch die in den Forschungsfragen festgelegte Altersgruppe liegt das Augenmerk auf der Entwicklung bis zum sechsten Lebensjahr, also auf den ersten beiden Phasen.

Die **sensumotorische Phase** (Geburt - 24. Lebensmonat) unterteilt Piaget in sechs aufbauende Stadien, deren Benennung von Montada besonders eindeutig formuliert wurden (vgl. Montada 1995, 191; Piaget, Inhelder 1972, 17ff).

1. Stadium: „*Übung angeborener Reflexmechanismen*“ (Montada 1995, 191) (erstes Lebensmonat): Erste Schemata werden festgelegt. In dieser Phase findet aber auch eine erste Differenzierung von Handlungen statt. Das Kind bemerkt, dass sich das Saugen an der Brust der Mutter anders anfühlt, als

jenes an einer Flasche oder am eigenen Daumen (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 17ff).

2. Stadium: „*Primäre Kreisreaktionen*“ (Montada 1995, 191) (ein bis vier Monate): Primäre Kreisreaktionen beinhalten üblicherweise Manipulationen am eigenen Körper. Eine Handlung, die schon einmal zu einem angenehmen Ereignis geführt hat, wird wiederholt. Dies geschieht allerdings nicht bewusst, wie zum Beispiel das Daumenlutschen oder der Versuch nach etwas zu greifen (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 19f).

3. Stadium: „*Sekundäre Kreisreaktionen*“ (Montada 1995, 191) (vier bis acht Monate): Im Gegensatz zu den primären Kreisreaktionen bezieht das Kind in dieser Phase Gegenstände aus dem Umfeld ein. Es entdeckt, dass bestimmte Handlungen wiederholt zu ein und demselben Ergebnis führen (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 20f).

4. Stadium: „*Anwendung bekannter Schemata in neuen Situationen*“ (Montada 1995, 191) (achtes bis zwölftes Lebensmonat): In dieser Phase kann der Beobachter wahrnehmen, dass das Kind testet, wozu es einen Gegenstand gebrauchen kann. Mehrere Handlungsschemata werden für einen Gegenstand angewandt, dadurch spezifizieren sich diese und werden dem Gegenstand optimal angepasst. Ein Baustein wird zum Beispiel vom Kind in den Mund genommen, durch den Raum geworfen, geschüttelt usw. (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 21f).

5. Stadium: „*Tertiäre Kreisreaktionen*“ (Montada 1995, 191) (zwölftes bis 18. Lebensmonat): Handlungsschemata, mit dem Ziel eines bestimmten Ereignisses, werden aktiv entdeckt und kombiniert. Die weit entfernte stehende Flasche wird zum Beispiel mit Hilfe der Tischdecke näher herangezogen, um darauf zugreifen zu können (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 21f).

6. Stadium: „*Übergang zum Handeln in der Vorstellung*“ (Montada 1995, 191) (18. bis 24. Lebensmonat): Diese Phase unterscheidet sich von den anderen dadurch, dass praktisches Ausprobieren für das Kind nicht mehr notwendig ist, um eine Vorstellung über das Ergebnis der Handlung zu gewinnen. Dadurch

eröffnet sich für Kinder eine neue Art zu lernen, die Beobachtung als Grundvoraussetzung für das Lernen am Modell (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 22f).

In der darauf folgenden Phase des **voroperatorischen anschaulichen Denkens** (zweites - sechstes Lebensjahr) wird die Fähigkeit, sich eine Gegebenheit bzw. ein Ereignis ausschließlich in Gedanken vorzustellen, kontinuierlich optimiert. Dadurch wird das Kind in seinem Denken unabhängiger vom direkten Beobachten von Dingen und Vorgängen. Die Logik wird verbessert und Symbole sowie Zeichen werden in den Denkprozess miteinbezogen. Piaget geht jedoch davon aus, dass dieses symbolische Denken nicht unbedingt den Regeln der Erwachsenenlogik folgt und spricht von repräsentativem Denken. Zum Beispiel repräsentiert ein Vorschulkind den Begriff „Auto“ durch das Wort Auto, durch seine Vorstellung eines Autos, durch Lenkradbewegungen oder durch ein Automodell. Weiters ist diese Phase vom Egozentrismus und der mangelnden Reversibilität gekennzeichnet. Das Kind ist noch nicht in der Lage, einen Sachverhalt aus verschiedenen Blickwinkeln bzw. Perspektiven zu betrachten, auch die Umkehrbarkeit von Handlungen im Denkprozess ist dem Kind noch nicht möglich. Besonders deutlich wird dies bei einem Experiment, bei welchem dem Kind zuerst zwei gleichgroße Gefäße mit der gleichen Menge Flüssigkeit gezeigt werden. Das Kind stellt fest, dass sich in beiden Gefäßen dieselbe Menge an Flüssigkeit befindet. Wird vor den Augen des Kindes die Flüssigkeit aus einem dieser Gefäß in ein höheres mit einem geringeren Durchmesser (verschieden hohe Flüssigkeitssäulen entstehen) umgeschüttet und das Kind befragt, in welchem Gefäß sich mehr Flüssigkeit befindet, antworten die Kinder zumeist, dass sich im Gefäß in dem die Flüssigkeit höher steht mehr Flüssigkeit befindet. (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 61f; Rossmann 2001, 93ff).

Ein Kind mit fünf Jahren benötigt, wenn man Piagets Erkenntnisse in Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit und Krankheit bringt, also keine konkrete Beobachtung mehr, um sich eine Meinung darüber zu bilden, warum

es krank wird und was die Ursachen für Ansteckung sind, es kann sich seine Theorie dazu selbst ausdenken.

ENTWICKLUNG DER SPRACHE

Um die Konzepte der Kinder zu untersuchen müssen zuerst Informationen gewonnen dazu gewonnen werden. Die einfachste Möglichkeit, um die Meinung der Kinder zu erhalten, ist sie danach zu befragen. Um eine Befragung durchzuführen ist es allerdings wichtig zu wissen, ab wann Kinder dazu in der Lage sind sich angemessen verbal auszudrücken und ihre Vorstellungen somit adäquat mitzuteilen. Da vor allem für den empirischen Teil der Arbeit zahlreiche Interviews mit den Kindern durchgeführt wurden, ist es offensichtlich, dass der theoretische Hintergrund der Entwicklung der Sprache von elementarer Bedeutung für diesen Forschungsprozess ist.

Entwicklungspsychologen gehen davon aus, dass sich die Nervenversorgung der Kehlkopfmuskulatur im Laufe der Evolution immer weiter entwickelt hat bis zur heutigen Stimmlippenmuskulatur, durch die eine besonders feine Regulierung der Stimme möglich ist. Dabei sind der Trakt über dem Kehlkopf, der als Resonanzraum dient, und die Flexibilität der Artikulationsorgane sowie ein charakteristisch rechtwinkliger Knick zwischen Resonanzraum und Kehlkopf, der sich erst in den ersten beiden Lebensjahren vollständig ausbildet, physiologische Grundlagen für den Spracherwerb (vgl. Rossmann 2001, 79ff).

Im ersten halben Jahr des menschlichen Lebens ist Schreien und vorsprachliches Vokalisationsverhalten weitgehend reflektorisch und dient dazu, die Beherrschung des Vokalisationsapparat zu trainieren. Durch die Tatsache, dass in allen Sprachgruppen das Muster des Spracherwerbes nach demselben Schema abläuft, wird angenommen, dass der Mensch ein angeborenes genetisches Programm besitzt, das ihm ermöglicht, Sprache zu erlernen. Der

schon beschriebenen Schreiperiode folgt eine Lallphase, in der bestimmte Laute produziert werden, darauf folgt das erste Wort, welches oft schon vor dem ersten Geburtstag gesprochen wird. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass das reine Imitationslernen alleine nicht ausreicht, um den Spracherwerb zu erklären (vgl. Rossmann 2001, 79ff). Im Alter von sechs bis zwölf Monaten können Kinder im Normalfall verschiedene Laute gezielt von sich geben oder nachahmen. Um den ersten Geburtstag beherrscht ein Kind einfache Worte wie „Mama“ und „Dada“. Mit 16 Monaten beträgt der durchschnittliche Wortschatz zehn Worte, mit 17 Monaten 20 Worte, mit 18 Monaten verbessert sich der Wortschatz deutlich. So haben Kinder mit 21 Monaten schon 50 Worte, und am Ende des zweiten Lebensjahres schon bis zu 200 Worte im Repertoire. Mit zwei Jahren sollte das Kind in der Lage sein, Zweiwortsätze mit Subjekt und Verb, Objekt und Verb oder Subjekt und Objekt bilden zu können. Dieser große Fortschritt ab dem 18. Lebensmonat geht mit einem wichtigen Ereignis in der kognitiven Entwicklung einher. Das Kind hat zu diesem Zeitpunkt die Fähigkeit erworben, sich Vorstellungen von Dingen zu machen, auch wenn diese nicht direkt beobachtbar sind, und sucht Bezeichnungen für alle ihm vorstellbaren Gegenstände. Das „Fragealter“ kann, bei geduldiger Beantwortung, den Wortschatz des Kindes schon gegen Ende des zweiten Lebensjahres um 100 Worte pro Monat vergrößern, der passive Wortschatz hingegen ist viel größer (vgl. Rossmann 2001, 79ff). Mit zweieinhalb Jahren bilden Kinder in der Regel Dreiwortsätze, die ein Jahr später schon von beeindruckender grammatikalischer Komplexität sind. Ein fünfjähriges Kind spricht schon fast wie ein Erwachsener. Es kann Wünsche äußern, Dinge vorschlagen, Fragen stellen und gestellte Fragen beantworten. Nicht nur die grammatikalischen Fähigkeiten steigern sich enorm, auch der Wortschatz nimmt beachtlich zu. Zu Beginn der Schulzeit beträgt der aktive Wortschatz eines durchschnittlichen Kindes 2.500 Worte, verstehen hingegen kann es 13.000. Im Vergleich dazu hat ein gebildeter erwachsener Europäer einen aktiven Wortschatz von 20.000 Worten und einen passiven von 25.000 (vgl. Rossmann 2001, 95ff).

Der Erwerb von Sprache setzt weder formales Training noch besonders hohe Intelligenz voraus, Hirnschäden bzw. geistige Behinderung können das Erlernen der Sprache verhindern (vgl. Rossmann 2001, 95ff).

Der aktive Wortschatz eines Kindes mit zwei Jahren umfasst etwa 200 Worte, die es in der Mitte des zweiten Lebensjahres zu Dreiwortsätzen verknüpft (vgl. Rossmann 2001, 79ff). Diese begrenzte Anzahl an aktiv verfügbaren Worten und die noch nicht ausgereifte Fähigkeit Sätze zu bilden scheint zu sehr einzuschränken um so etwas komplexes Konzept wie Gesundheit oder Krankheit umfassend zu beschreiben. Daher ist es notwendig den jüngeren Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern eine Möglichkeit zu bieten sich auch nonverbal mitzuteilen.

2.3.2. SOZIAL-EMOTIONALE ENTWICKLUNG

Die Entwicklung, die ein Kind in den ersten Lebensjahren, besonders in den ersten Lebensmonaten, durchläuft, ist beeindruckend. Eine fürsorgliche Betreuung ist grundlegend, um dem Kind die Möglichkeit zu geben, seine eigenen Erfahrungen zu sammeln (vgl. Mietzel 2002, 115f). Da die komplexen Konstrukte von Gesundheit und Krankheit neben kognitiven auch emotionale Inhalte haben (vgl. Flick, Röhsch 2008, 14), beleuchtet dieses Kapitel die sozial-emotionale Entwicklung des Menschen.

Die sozial-emotionale Entwicklung soll anhand des Modells von Erik H. Erikson erläutert werden. Nach Erik Erikson umfasst diese acht psychosoziale Krisen, die es zu bewältigen gilt. Diese lauten „Urvertrauen versus Misstrauen (erstes Lebensjahr), Autonomie versus Scham und Zweifel (erstes - drittes Lebensjahr), Initiative versus Schuldgefühl (viertes - fünftes Lebensjahr), Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl (sechstes Lebensjahr bis zur Pubertät), Identität versus Identitätsdiffusion (13. – 18. Lebensjahr), Intimität versus Isolierung (frühes Erwachsenenalter), Generativität versus Stagnation (mittleres

Erwachsenenalter) und Ich-Integrität kontra Verzweiflung (spätes Erwachsenenalter)“ (Erikson 1988, 36ff). Wie auch schon in den Kapiteln zuvor, liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung des Kindes bis zum sechsten Lebensjahr, daher wird ausschließlich auf die ersten vier psychosozialen Krisen nach Erikson im Detail eingegangen.

URVERTRAUEN VERSUS MISSTRAUEN (1. LEBENSJAHR)

Das Vertrauen eines Säuglings in ihre Pflegeperson im Sinne einer Bezugsperson, ist Grundlage um Selbstvertrauen und Sicherheit zu entwickeln. Dabei ist es wichtig ein günstiges Verhältnis zwischen Vertrauen und Misstrauen zu entwickeln, um drohenden Gefahren und vertrauensunwürdigen Personen angemessen zu begegnen (vgl. Erikson 1988, 36ff). Interessant dabei ist, dass ein neugeborenes Kind Fremde wenige Stunden nach der Geburt von der Mutter unterscheiden kann, zwei Tage nach der Geburt erkennt es ihr Gesicht und 14 Tage danach den Geruch ihm bekannter Personen. Trotz dieser Fähigkeit legt das Kind keinen Wert darauf, wer seine Grundbedürfnisse stillt, wichtig ist nur, dass sie gestillt werden. Das bedeutet, dass dem Kind egal ist, wer es füttert, Windeln wechselt, etc. für das Kind ist nur wichtig, dass es versorgt wird. Erst mit etwa einem halben Jahr kann beobachtet werden, dass ein Kind eine bestimmte Person bevorzugt, sie also zu seiner Bezugsperson macht. Einher geht dieser Entwicklungsschritt mit dem Stadium der Sekundären Kreisreaktionen, das Kind erlangt in diesem Stadium die Fähigkeit ein geistiges Bild von Dingen zu haben, die gerade nicht direkt sichtbar sind, das heißt, das Kind weiß, dass eine Person auch dann existiert, wenn es sie gerade nicht sieht (vgl. Mietzel 2002, 126; Piaget, Inhelder 1972, 22f; Rossmann 2001, 77).

AUTONOMIE VERSUS SCHAM UND ZWEIFEL (ERSTES BIS DRITTES LEBENSJAHR)

Die Bestätigung der Selbständigkeit des Kindes steht im Mittelpunkt dieser Entwicklungsphase. Die neurologischen und muskulären Entwicklungsgrundlagen, um zu sprechen und zu gehen sowie um zu lernen den Stuhlgang zu kontrollieren, sind vorhanden. Das Kind entdeckt, was es kontrollieren kann und was nicht. Dabei ist es wichtig, eine Atmosphäre zu schaffen, in der das Kind mit dem Gefühl autonom und selbständig zu handeln, Entdeckungen machen kann, ohne bei Misserfolgen die Selbstachtung zu verlieren (vgl. Erikson 1988, 36). Die Entdeckung der eigenen Person ist fundamental. Grundzüge des Selbstkonzepts entwickeln sich schon in der sensumotorischen Phase (Geburt bis zweites Lebensjahr), wenn das Kind lernt seine Arme und Beine zu kontrollieren und beginnt sich von seiner Umwelt abzuheben. Durch die Summe dieser und ähnlicher Erfahrungen, bekommt das Kind ein Gefühl für das „ich“ (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 22f; Rossmann 2001, 77ff). Ob das Kind diese Erkenntnis bereits erlangt hat, ist am Verhalten eines Kindes bei der Interaktion mit seinem eigenen Spiegelbild zu erkennen. Während des ersten halben Lebensjahres nimmt ein Kind sein Spiegelbild als Spielgefährten war, der vermeintliche Freund wird angelächelt und sein Verhalten interessiert beobachtet. Erst ab einem Alter von sechs Monaten experimentiert das Kind vor dem Spiegel und wiederholt bestimmte Bewegungen, um zu testen, was das Spiegelbild kann. In dieser Phase, die während Piagets viertem Stadium stattfindet, ist dem Kind noch nicht klar, dass es sich selbst im Spiegel sieht. Erst ab dem 18. Lebensmonat, während des sechsten Stadiums der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget, ist zu beobachten, wie sich das Verhalten des Kindes gegenüber seinem Spiegelbild verändert. Das Kind hat gelernt, dass Dinge auch dann existieren, wenn sie nicht direkt sichtbar sind, wie zum Beispiel der eigene Körper (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 25f; Rossmann 2001, 102f). Um diesen Zeitpunkt bestimmen zu können führten Lewis und Brooks 1978 ein Experiment durch. Sie baten die

Mütter ihren Kindern unbemerkt einen roten Farbtupfen auf die Nasenspitze zu malen um danach die Reaktion der Kinder gegenüber ihrem Spiegelbild zu beurteilen. Dabei wurde beobachtet, dass Kinder, denen bewusst war, sich selbst im Spiegel zu sehen, auf ihre Nasenspitze greifen. Alle Kinder, die angesichts des roten Punktes auf ihre Nase gegriffen haben, waren älter als ein Jahr. 25% der Kinder über eineinhalb und 75% der zweijährigen Kinder zeigten dieses Verhalten (vgl. Lewis, Brooks 1978, 205ff). Dieser Entwicklungsschritt, das Bewusstsein des eigenen Selbst ist, wie die Fähigkeit sich nicht sichtbare Dinge vorzustellen, grundlegend, um von sich behaupten zu können gesund bzw. krank zu sein. Ohne das Bewusstsein der eigenen Person ist es natürlich unmöglich, von sich zu behaupten gesund oder krank zu sein.

Entgegengesetzt zu der neu erlebten Autonomie und der Entdeckung des „ich“ sind die Gefühle Scham und Zweifel, sie können bei fehlenden Grundlagen entstehen, wenn sich nicht ausreichend Urvertrauen entwickeln konnte, das Kind zu wenig Freiraum bekam, die Sauberkeitserziehung zu streng bzw. zu früh war oder wenn der Wille des Kindes gebrochen wurde (vgl. Erikson 1988, 36ff).

INITIATIVE VERSUS SCHULDGEFÜHL (VIERTES BIS FÜNFTES LEBENSJAHR)

Das Ich-Bewusstsein des Kindes wird in dieser Entwicklungsphase vollständig entfaltet. Geht das Kind aus dieser Krise gestärkt hervor, gelingt es ihm Initiative zu ergreifen und die Welt zu erkunden. Helfend dabei sind die sowohl die körperliche Geschicklichkeit, als auch die kognitiven Fertigkeiten wie zum Beispiel das Sprachvermögen. Charakteristisch für diese Phase ist die Identifikation des Kindes mit den Eltern. Demnach werden diese vom Kind idealisiert als groß, mächtig und wissend wahrgenommen. Neben den Eltern dienen auch andere idealisierte Leitbilder, wie etwa Polizisten, dem Kind zur Orientierung, um erste Ansätze eines Gewissens auszubilden. Das Kind entdeckt seine Welt und ist wissbegierig. Geprägt ist diese Krise außerdem von

den einfallsreichen Fantasien der Kinder sowie Freundschaften außerhalb der Familie. Probleme entstehen, wenn Kinder denken, mit Anderen konkurrieren zu müssen, um anerkannt zu werden. Ein übertrieben streng ausgebildetes Gewissen kann Schuldgefühle auslösen (vgl. Erikson 1988, 36ff).

Schuldgefühl ist ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit der Ursache von Krankheit. Kinder mit übermäßig ausgeprägtem Schuldgefühl könnten im extremsten Fall davon ausgehen, dass sie selbst ihre Krankheit oder die Krankheit anderer Menschen verursacht haben. Dazu kommt, dass phantastische Vorstellungen der Kinder ihre alltäglichen Vorstellungen und somit auch die Konzepte von Gesundheit und Krankheit prägen können (vgl. Erikson 1998, 36ff)

2.3.3. KÖRPERLICHE ENTWICKLUNG

Da Gesundheit neben dem sozialen und seelischen Wohlbefinden auch körperliches Wohlbefinden beinhaltet ist der Schwerpunkt dieses Kapitels die körperliche Entwicklung. Gesundheit hängt mit der „normaler“ körperlichen Entwicklung zusammen: Um Beurteilen zu können was der Norm entspricht, bzw. was nicht, ist es wichtig zu wissen wie die körperliche Entwicklung in der Regel abläuft.

Die körperliche Entwicklung beschreibt die direkt beobachtbaren Veränderungen des Kindes wie etwa die Entwicklung der körperlichen Gestalt vom Baby zum Kleinkind. Ein weiteres zentrales Thema ist die Frage, welche Möglichkeiten das Kind hat mit Hilfe des eigenen Körpers mit seiner Umwelt in Verbindung zu treten (vgl. Mietzel 2002, 102).

Die körperliche Entwicklung vom Neugeborenen zum Erwachsenen ist die Körperproportionen betreffend besonders markant. Es kommt zu einer deutlichen Vergrößerung des Körpers im Verhältnis zum Kopf. Während der

Kopf eines Neugeborenen ein Viertel der gesamten Körperlänge ausmacht, ist es beim erwachsenen Menschen nur mehr ein Achtel. Im Vergleich dazu sind die Arme und Beine bei der Geburt relativ kurz. Sie vervierfachen ihre Länge im Laufe der Entwicklung im Gegensatz zum Kopf, dessen Höhe sich nur verdoppelt. Sieht man von der fetalen Entwicklung ab, entwickelt sich der Körper in der frühen Kindheit am schnellsten. Innerhalb von fünf Monaten verdoppelt ein Säugling sein Gewicht und wächst jeden Monat um durchschnittlich zweieinhalb Zentimeter (vgl. Mietzel 2002, 104f). Mit zweieinhalb Jahren beträgt die Körpergröße eines europäischen bzw. amerikanischen Kindes ca. 90 Zentimeter, das Gewicht liegt bei etwa 14 Kilogramm. Das bedeutet, dass Kinder in diesem Alter schon die Hälfte ihrer endgültigen Körpergröße erreicht haben. Sowohl die Zunahme an Körpergröße als auch an Gewicht ist in den ersten zweieinhalb Lebensjahre doppelt so groß wie in den darauffolgenden. Die anschließend im Vorschulalter, stattfindende körperliche Veränderung ist hauptsächlich eine Streckung (vgl. Rossmann 2001, 91f). Ein Meilenstein der körperlichen Entwicklung ist der erste selbstständige Schritt. Doch der Prozess von angeborenen Reflexen zum ersten Schritt ist eine große Herausforderung. Ein Kind kann etwa einen Monat nach der Geburt seinen Kopf und wenig später auch seine Brust von der Unterlage abheben. Dabei verbessert es kontinuierlich seinen Gleichgewichtssinn, um im Alter von drei Monaten mit Hilfe vorübergehend zu sitzen. Mit einem halben Jahr kann ein Kind in der Regel ohne Hilfe sitzen um die ersten Stehversuche mit Hilfe mit acht Monaten zu starten. In Folge lernt das Kind relativ schnell mit Hilfestellung zu gehen, worauf etwa einen Monat später der erste selbstständige Schritt folgt. Mit einem Jahr gelingt es den meisten Kindern einige Schritte alleine zu gehen (vgl. Mietzel 2002, 107ff). Sobald die Herausforderung des ersten Schrittes gemeistert ist, stehen Kinder kaum mehr still. Die motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten verbessern sich in der Vorschulzeit rasant. Grund dafür ist eine Kombination aus körperlichen Reifungsprozessen und der steten Übung. Mit etwa fünf Jahren wirken die Bewegungen von Kindern schließlich im Großen und Ganzen wie die von Erwachsenen (vgl. Rossmann 2001, 92f).

Um eine optimal Entwicklung auf allen Ebenen gewährleisten zu können, ist es von enormer Bedeutung auf die ganzheitliche Förderung der Entwicklung zu achten. Damit ein Kind seine Umwelt erkunden kann, ist es demnach wichtig neben den körperlichen Voraussetzungen auch die sozial-emotional Kompetenz sowie die kognitiven Fähigkeiten zu besitzen.

2.3.4. BEDEUTUNG DER ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHEN GRUNDLAGEN FÜR DIE ENTWICKLUNG SUBJEKTIVEN KONZEPTE

Die Entwicklung des Kindes bietet einen Rahmen um individuelle Unterschiede und universelle Merkmale zu erkennen zu können. Durch diesen Rahmen ist es zum einen möglich die im anschließenden Teil dargestellten Ergebnisse der Studien zu Gesundheits- und Krankheitskonzepten von Kindern einzuschätzen und richtig einzuordnen. Zum Anderen kann die Methodik des empirischen Teiles mit Hilfe dieser Kenntnisse an die Fähigkeiten der Kinder angepasst werden, wodurch eine bessere Qualität der Ergebnisse erwartet wird.

Des Weiteren sind diese Kenntnisse notwendig um festzustellen, wie Kinder Gesundheit bzw. Krankheit wahrnehmen, welche Faktoren Gesundheit und Krankheit aus kindlicher Sicht beeinflussen und welches Wissen Kinder über diese beiden Konzepte besitzen. Die für die Forschungsfragen bedeutenden Ereignisse in der Entwicklungspsychologie finden etwa um das zweite Lebensjahr statt. Auf der kognitiven Ebene lernt das Kind sich Dinge vorzustellen, die es nicht direkt beobachten kann (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 22f). Für die abstrakten Begriffe Gesundheit und Krankheit ist diese Fähigkeit unbedingt nötig. Die Entwicklung der Sprache hat gezeigt, dass die Fähigkeiten eines zweijährigen Kindes sich verbal auszudrücken, alleine nicht ausreichen werden, um die Komplexität der subjektiven Konzepte von Gesundheit und

Krankheit ausreichend zu kommunizieren (vgl. Rossmann 2001, 79ff). Daher ist es wichtig den Jüngsten eine Möglichkeit zu geben, ihre Ansicht über Gesundheit und Krankheit darzulegen.

Mit diesem Entwicklungsschritt der kognitiven Entwicklung geht ein weiteres, für die Arbeit relevantes Ereignis, einher. Auf der sozial-emotionalen Ebene lernt das Kind sein eigenes „ich“ kennen (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 22f; Rossmann 1996, 77ff). Sich von seiner Umwelt abgrenzen zu können und das Wissen des eigenen Selbst ist grundlegend um Konzepte wie Gesundheit und Krankheit zu entwickeln. Mit diesem neuen Bewusstsein erforscht das Kind in der darauffolgenden sozial-emotionalen Phase wissbegierig seine Umwelt und entwickelt sein Gewissen. Im Zusammenhang mit der Entwicklung des Gewissens ist die Thematik der Schuld zentral. Für diese Arbeit ist die Schuldfrage bei der Vorstellung von Krankheitsursache ebenso bedeutungsvoll wie die einfallsreichen Phantasien des Kindes, die Ursache für nicht realistische Vorstellungen sein können (vgl. Erikson 1998, 36ff).

Die körperliche Entwicklung liefert den Rahmen dafür, welche Fertigkeiten das Kind besitzt, um seine Umwelt manipulieren zu können. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse helfen im Zusammenhang mit denen der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung eine alternative Methode der Befragung für die Jüngsten zu finden.

Die Entwicklungspsychologie beschreibt die „normale“ Entwicklung des Kindes, dabei verstehen sich alle Altersangaben als ungefähre Zeiträume, die selbstverständlich nicht für jedes Kind exakt zutreffen. Neben den kognitiven Aspekten ist es bedeutsam, die Rolle der sozialen-emotionalen Erfahrungen und der körperlichen Entwicklung nicht aus den Augen zu verlieren, denn nur wenn sich alle diese Bereiche gemeinsam entfalten, kommt es zu einer ausgewogenen Entwicklung auf kognitiver, sozial-emotionaler und körperlicher Ebene. Die entwicklungspsychologischen Grundlagen sind das Basiswissen für Prävention und Intervention, sie stellen elementares Wissen für die Planung und Durchführung des empirischen Teiles dar.

2.4. GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSKONZEPTE AUS DER SICHT DER KINDER

Nachdem die allgemeine Bedeutung von subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie die grundlegenden entwicklungspsychologischen Erkenntnisse dargelegt wurden, wird nun ein Überblick über die vorhandene Literatur zum Thema Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern der Altersgruppe zwei bis sechs Jahre gegeben. Die Suche nach Literatur zum Thema für die gewünschte Altersklasse gestaltet sich jedoch schwierig, da diese zumeist gar nicht oder nur am Rande behandelt wird (vgl. Bibace, Walsh 1980; Koopman, Baars, Chaplin, Zwinderman 2004; Lohaus, Albrecht, Seyberth 2002; Piko, Bak 2006; Pluhar, Piko, Kovacs, Uzzoli 2009; Schmidt Fröhling 1998). Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien zum Thema Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren dargestellt. Zur besseren Übersicht wird versucht, die Studien im Sinne der Forschungsfragen zu gliedern. Tabelle 1 gibt zusätzlich einen Überblick in welcher Studie für die Forschungsfragen relevante Ergebnisse dargestellt werden. Da für diese Arbeit nur die Ergebnisse der jüngsten Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern von Bedeutung sind, werden nur diese vorgestellt. Dies gilt für alle in dieser Arbeit beschriebenen Studien, bei denen auch andere Altersklassen untersucht wurden.

Welches Wissen besitzen Kinder im Alter zwischen zwei und sechs Jahren über Gesundheit und Krankheit?	Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit und Krankheit aus kindlicher Sicht?	Wie nehmen zwei- bis sechsjährige Kinder Krankheit bzw. Gesundheit wahr?	Stichprobe Anzahl der Kinder (durchschnittliches) Alter der Kinder	Methode Datenerhebung Datenauswertung	Jahr	Autor	Titel
X	X	X	25 Kinder 5 Jahre	qualitative strukturierte Interviews qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	1998	Schmidt, Lothar R.; Fröhling, Heike	Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen
X		X	20 Kinder 4,7 Jahre	quantitativ strukturierte Interviews Inhaltsanalyse	2005	Myant, Katherine A.; Williams Joanne M.	Children's Concepts of Health and Illness: Understanding of Contagious Illnesses, Non-Contagious Illnesses and Injuries
	X		26 Kinder 5 Jahre 5 Monate	quantitativ semistrukturierte Interviews Zuordnung zur kognitiven Entwicklungsstufe	1980	Bibace, Roger; Walsh, Mary E.	Development of Children's Concepts of Illness
X			26 Kinder 5,5 Jahre	quantitativ semistrukturierte Interviews Zuordnung zur kognitiven Entwicklungsstufe	1981	Perrin, Ellen C.; Gerrity Susan P.	There's a Demon in Your Belly: Children's Understanding of Illness.
X				Vergleich mehrerer Studien	1999	Solomon, Gregg E. A.; Cassimatis, Nicholas L.	On Facts and Conceptual Systems: Young Children's Integration of Their Understanding of Germs and Contagion
X			22 Kinder 6 Jahre	quantitativ standardisierte Interviews statistische Auswertung	2004	Koopman, Hendrik M.; Baars, Rolanda M.; Chaplin, John; Zwinderman, Koos H.	Illness through the eyes of the child, the development of children's understanding of the causes of illness

Tabelle 1 Übersicht der Studien im Zusammenhang mit den Beantworteten Forschungsfragen

2.4.1. KINDLICHE WAHRNEHMUNG VON GESUNDHEIT BZW. KRANKHEIT

Schmidt und Fröhling (1998) gehen in der Studie „Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen“ der Frage nach, wie Kinder Gesundheit und Krankheit definieren. Sie befragten insgesamt 147 Kinder und Mütter nach ihrem Verständnis zum Thema Gesundheit und Krankheit. Die Kinder waren zwischen fünf und 16 Jahren alt. Die mittels vollstrukturierten Fragen und wenig standardisierten Nachfragen erhobenen Daten wurden mit dem inhaltsanalytischen Auswertungsschema nach Mayring ausgewertet (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 36).

Laut ihren Untersuchungen verbinden etwa 12% der untersuchten fünfjährigen Kinder (n=25) Gesundheit mit einer positiven Befindlichkeit, 20% geben an, gesund zu sein, wenn sie im Freien spielen und Sport betreiben können, 8% der Fünfjährigen definieren Gesundheit darüber, den Kindergarten besuchen zu können. Knapp ein Viertel der Untersuchten (24%) definieren Gesundheit als ein Fehlen von Krankheit. 12% meinen gesund zu sein, wenn sie keine Schmerzen bzw. Beschwerden haben und 4% der Kinder geben an, dass Gesundheit für sie heißt, keine medizinische Versorgung zu benötigen (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 37). Auf die Antwort der übrigen 20% wird nicht explizit eingegangen. Kinder definieren Krankheit über: Schmerzen im Allgemeinen, Fieber, Übelkeit bzw. Unwohlsein, sich schlecht fühlen, nicht mögliche Handlungen, im Bett liegen und zum Arzt gehen müssen sowie Medizin nehmen. Auffallend dabei ist, dass 20% der befragten Kinder auf die Frage „Was bedeutet das Wort Krankheit?“ keine Antwort geben konnten (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 40).

Auch die Studie „Children's Concepts of Health and Illness: Understanding of Contagious Illnesses, Non-Contagious Illnesses and Injuries“ von Katherine A. Myant und Joanne M. Williams aus dem Jahr 2005 befasst sich im ersten Teil

mit der Frage, wie Kinder Gesundheit bzw. Krankheit definieren. Dabei orientieren sich Myant und Williams nicht an Jean Piagets Theorie zur kognitiven Entwicklung des Menschen, da sie der Meinung sind, dass das Wissen der Kinder zum Thema Krankheit dadurch unterschätzt wird. Sie gehen davon aus, dass Kinder ein intuitives Verständnis für Biologie haben und dieses ihr Wissen zum Thema Gesundheit und Krankheit beeinflusst (vgl. Myant, Williams 2005, 806f). Um ihre Annahmen zu bestätigen untersuchten sie 83 Kinder in vier Altersgruppen. Die Gruppe der durchschnittlich Vier- und Fünfjährigen, die für diese Arbeit von Bedeutung sind, setzt sich aus 20 Kindern mit dem Durchschnittsalter von 4,7 Jahren zusammen. Die weiteren untersuchten Altersgruppen waren die Sieben- und Achtjährigen, die Neun- und Zehnjährigen und die Elf- und Zwölfjährigen. Die Kinder wurden einzeln in einem ruhigen Raum abseits des Klassenzimmers interviewt. Die Interviews wurden transkribiert und mittels Inhaltsanalyse ausgewertet. Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden einer bestimmten Punktezahl und somit einer Kategorie zugeordnet und statistisch ausgewertet (vgl. Myant, Williams 2005, 808f).

Etwa 40% der befragten Kinder aus der Altersgruppe der Vier und Fünfjährigen konnten Krankheit nicht definieren, keines der Kinder bot eine psychologische Definition (z.B. traurig sein) von Krankheit an, circa 10% definieren Krankheit über eine Handlungskomponente (z.B. nicht in die Schule gehen) und 50% über Symptome. Auf die Frage wie Gesundheit definiert wird, wussten etwa 60% der befragten Vier- und Fünfjährigen keine Antwort, eine psychologische Definition (z.B. glücklich sein) gab kein Kind zur Antwort, ungefähr 35% der Kinder definieren Gesundheit über eine Handlungskomponente wie etwa gesunde Ernährung, für die restlichen 5% ist Gesundheit die Abwesenheit von Symptomen (vgl. Myant, Williams 2005, 810).

Nur in zwei der Studien (vgl. Myant, Williams 2005, Schmidt, Fröhling 1998) fanden sich kindliche Definitionen von Gesundheit bzw. Krankheit. Aus beiden Studien ist ersichtlich, dass die Frage nach einer Definition von Gesundheit

bzw. Krankheit für Kinder besonders schwer ist. Etwa 60% der Kinder konnten nicht erklären was Gesundheit für sie heißt, zwischen 20% und 40% der Kindern konnten Krankheit nicht definieren (vgl. Myant, Williams 2005, 808ff; Schmidt, Fröhling 1998, 37ff). Die Erkenntnis, dass es Kindern schwer fällt die beiden Konzepte zu definieren, könnte ein Grund dafür sein, warum sich Definitionen für Gesundheit bzw. Krankheit nur in zwei Studien fanden. Bei der Definition von Gesundheit spielt in beiden Studien die Handlungskomponente eine wichtige Rolle, ebenso wie die Ansicht, dass Gesundheit das Fehlen von Krankheit, Schmerzen oder sonstigen Symptomen ist. Die Handlungskomponente, also das nicht machen können (z.B. nicht in den Kindergarten gehen) oder machen müssen (z.B. im Bett liegen), ist bei der Definition von Krankheit ein wichtiger Aspekt, ebenso die Definition über diverse Symptome (vgl. Myant, Williams 2005, 808ff; Schmidt, Fröhling 1998, 37ff).

2.4.2. FAKTOREN, DIE AUS KINDLICHER SICHT GESUNDHEIT UND KRANKHEIT BEEINFLUSSEN

Roger Bibace und Mary E. Walsh gewinnen in der Studie „Development of Children’s Concepts of Illness“ ein detailliertes Bild vom Krankheitsprozess. Die Studie aus dem Jahr 1980 ist eine vielzitierte Grundlage zahlreicher Arbeiten, die sich mit dem Thema Gesundheits- und Krankheitskonzepten von Kindern auseinandersetzen. Obwohl die Studie nicht zu den aktuellsten zählt, hat sie, zumindest die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung betreffend, nichts an Aktualität eingebüßt. Bibace und Walsh nehmen Piagets Modell der kognitiven Entwicklung des Menschen als Basis für ihre Untersuchungen. Insgesamt wurden 72 Kinder im Alter von vier, sieben und elf Jahren (jeweils 24 Kinder, davon je zwölf Buben und zwölf Mädchen) mittels dem „Concept of Illness Protocol“, welches aus zwölf Fragensets bestand, befragt. Die Durchführung der Interviews fand im schulischen Umfeld statt. Die Kinder wurden unter

anderem nach ihrer Ansicht über diverse bekannte Krankheiten (z.B. Erkältung, Kopfschmerzen, ...) befragt. Sie sollten erklären, warum sie selbst oder Freunde bzw. Verwandte krank werden, wie sie eine bestimmte Krankheit definieren, und Ursachen für die Krankheit nennen. Bei unklaren Antworten der Kinder fragten die Interviewerinnen bzw. Interviewer nach (vgl. Bibace, Walsh 1980, 913). Die Ergebnisse wurden dem jeweiligen kognitiven Entwicklungsstand, dem voroperatorischen anschaulichen Denken (zweites bis siebentes Lebensjahr), dem Stadium der konkreten Operationen (siebentes bis zehntes Lebensjahr) und dem Stadium der formalen Operationen (ab dem elften Lebensjahr) zugeteilt. Diese Hauptgruppen wurden wieder unterteilt. Das voroperatorisch anschauliche Denken wurde in Phenomenism und Contagion unterteilt, zusätzlich gab es die Kategorie Incomprehension (Unverständnis). Das Stadium der konkreten Operationen wurde in die Untergruppen Contamination und Internalization geteilt, das Stadium der formalen Operationen in die Kategorien Physiologic und Psychophysiologic (vgl. Bibace, Walsh 1950, 914f). Das Stadium der formalen Operationen ist auf Grund der Altersgruppe für diese Arbeit jedoch nicht von Bedeutung.

Diese Untersuchungsgruppe der Kategorie Phenomenism zeichnet sich durch eine sehr kindliche Erklärungsweise von „Krankheit“ aus. Die Ursache für Krankheit ist ein externes konkretes Phänomen, das gleichzeitig mit der Erkrankung aufgetreten sein könnte, aber zeitlich und örtlich nicht in Bezug dazu steht. Die Kinder können nicht erklären, wie diese Ereignisse die Krankheit verursachen (vgl. Bibace, Walsh 1980, 914). Ein Beispiel dafür wäre die Sonne als Erkältungsursache zu nennen. Die Begründung, wie die Sonne die Erkältung auslöst könnte: „It just does that's all.“ (Bibace, Walsh 1980, 914) lauten. Im Gegensatz dazu meinen Kinder, die der Kategorie Contagion zugeordnet wurden, dass die Ursache für eine Krankheit ein Objekt oder ein Mensch in ihrer Nähe bzw. Magie ist, eine Berührung als Krankheitsauslöser kommt jedoch nicht in Frage. Ein Kind wird gefragt: „How do people get colds?“, und antwortet: „From outside.“, „How do they get them from outside?“, „The just do that's all, They come when someone else gets near you.“ „How?“ „I don't know - by magic I think“ (Bibace, Walsh 1980, 914). Kinder, die dem Stadium

Containment zugeordnet werden können, befinden sich in ihrer kognitiven Entwicklung im Stadium der konkreten Operationen, das laut Piaget erst ab dem siebenten Lebensjahr erreicht wird (vgl. Piaget, Inhelder 1972). Bibace und Walsh stellen in dieser Phase fest, dass die Kinder zwischen dem Krankheitsauslöser und der Art und Weise von Wirkung unterscheiden können. Krankheitsauslöser kann eine Person, ein Objekt oder eine externe Tätigkeit sein, die als schlecht bzw. schädlich bezeichnet wird (vgl. Bibace, Walsh 1980, 914). Ein von ihnen befragtes Kind erklärt auf die Frage, was eine Erkältung sei: „It's like in the wintertime. [...] You're outside without a hat and you start sneezing. Your head would get cold - the cold would touch it - and then it would go all over your body" (Bibace, Walsh 1980, 914). Kennzeichnend für die Kategorie Internalization ist, dass die Krankheit im Körper lokalisiert wird. Der Krankheitsauslöser wird als externe Person oder externes Objekt beschrieben, zusammen hängen diese beiden Ereignisse laut der Befragten durch Prozesse wie Schlucken oder Inhalieren. Obwohl die Krankheit als Problem im Körper gesehen wird, ist die Vorstellung über die Funktion der inneren Organe noch vage (vgl. Bibace, Walsh 1980, 914). Auf die Frage, was die Ursache einer Erkältung sein könnte, antwortet ein befragtes Kind: „The bacteria gets in by breathing. Then the lungs get too soft (child exhales), and it goes to the nose." (Bibace, Walsh 1980, 914).

4% der 24 interviewten Vierjährigen wurden der Kategorie Incomprehension und keiner der Befragten der Kategorie Phenomenism zugeteilt. Der Stufe Contagion wurden 54% der Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer zugeteilt. 38% der befragten Vierjährigen können der Kategorie Contamination zugeordnet werden. Besonders beeindruckend ist, dass 4% der befragten vierjährigen Kinder in die Kategorie Internalization fielen (vgl. Bibace, Walsh 1980, 914), also in einem für ihr Alter zu hohes Stadium der kognitiven Entwicklung.

Auch Schmidt und Fröhling befragten die Kinder im Rahmen ihrer Studie, welche Faktoren Gesundheit bzw. Krankheit beeinflussen. Gesundheitsfördernd

wirken aus Sicht der Fünfjährigen gesunde Ernährung (28%), warme Bekleidung (24%), Bewegung bzw. Sport (20%), frische Luft (12%) und, was nur in dieser Altersgruppe auffallend häufig genannt wird (28%), das Einnehmen von Medikamenten/Hustensaft/Medizin (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 39). Da 60% der befragten Kinder dieser Studie Krankheit nicht definieren konnten, ist es wenig überraschend, dass knapp die Hälfte der untersuchten Fünfjährigen keine Krankheitsursachen nennen konnte. Als Ursachen für Krankheit gaben die Kinder Ansteckung bzw. Kontakt mit Kranken, Bakterien/Bazillen, natürliche Umwelteinflüsse wie etwa Kälte oder Nässe, Unachtsamkeit, falsche Ernährung sowie unangemessene Bekleidung an (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 41).

Die Frage nach Krankheitsauslösern scheint für die Kinder in Schmidt und Fröhlings Studie (60% der Befragten gaben keine Antwort) schwerer zu beantworten, als für die Befragten in der Studie von Bibace und Walsh (4% der Befragten gaben keine Antwort). Eine eindeutige Ursache für diese Diskrepanz ist nicht ersichtlich. Intensiven Präpilot- und Pilotstudien von Bibaces und Walshs „Concept of Illness Protocol“ könnten eventuell. ein Grund dafür sein (vgl. Bibace, Walsh 1980, 914; Schmidt, Fröhling 1998, 41).

Mehr als die Hälfte der von Bibace und Walsh befragten Kinder machten ein Objekt oder einen Menschen in ihrer Nähe bzw. Magie als Krankheitsauslöser aus. Ein weiteres Drittel ist in der Lage zwischen dem Krankheitsauslöser und der Art und Weise der Wirkung dieses Auslösers zu unterscheiden (vgl. Bibace, Walsh 1980, 914). Schmidt und Fröhling listen in ihrer Studie konkrete Krankheitsauslöser wie Ansteckung bzw. Kranken, Bakterien, Unachtsamkeit, etc. auf. Magische Auslöser für Krankheit sind in der Auflistung jedoch nicht angeführt (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 419). Als Ursache dieses Unterschiedes könnte die lange Zeitspanne zwischen den beiden Studien sein. Berücksichtigt man, wann die beiden Studien durchgeführt wurden, stellt man fest, dass zwischen Bibaces und Walshs Untersuchungen und denen von Fröhling und Schmidt 18 Jahre vergangen sind. In dieser relativ langen Zeit hat sich der

gesellschaftliche Umgang mit Krankheit dahin gehend verändert, dass Menschen einen offeneren Umgang mit diesem Thema pflegen, was sich unter anderem in den Aussagen der Kinder widerspiegeln könnte. Da die Kinder fachlich richtige Informationen über die Ursache einer Krankheit bekommen, ist es nicht mehr möglich sich magische Theorien darüber zurecht zulegen. Auch die Kampagnen wie zum Beispiel die des Fonds Gesundes Österreich oder des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds mit klingenden Namen wie „Mein Herz und ich. Gemeinsam gesund“, „Gesundes Niederösterreich: Tut gut“ oder „Schau auf dich“ (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2005a; NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, o.D.) tragen zur Aufklärung bei. Ziel dieser Kampagnen ist, es die Eigenverantwortung der Menschen zu steigern, ein Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil zu schaffen und somit die Gesundheit zu fördern (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2005b, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, o.D). Dagegen spricht jedoch, dass auch die befragten Kinder in aktuelleren Studien den magischen Aspekt in Bezug zum Thema Gesundheit und Krankheit erwähnen (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwinderman 2004, 336; Perrin, Gerrity 1981, 844).

Bei den Aspekten, die man tun kann, um Gesund zu bleiben, ist der gesunde Lebensstil (gesunde Ernährung und Bewegung) herausragend. Interessant ist allerdings, dass 28% der von Schmidt und Fröhling befragten Kinder angaben Medikamente zu nehmen um gesund zu bleiben (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 39)

2.4.3. WISSEN DER KINDER ÜBER GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Ellen C. Perrin und Susan Gerrity veröffentlichten 1981 die Studie „There's a Demon in Your Belly: Children's Understanding of Illness“. Sie untersuchten Kinder aus dem Kindergarten und aus der zweiten, vierten, sechsten und achten Schulstufe mittels zweiteiligen semistrukturierten Interviews. Die acht

Fragen des ersten Teils dienten dazu, das Verständnis der Kinder zum Thema Krankheit zu erforschen. Dabei wurde der Fokus wie bei der Studie von Bibace und Walsh auf den Krankheitsprozess gelegt. Die Kinder wurden nach Krankheitsursachen, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten gefragt. Mit den Fragen des zweiten Fragenblocks wurde die kognitive Entwicklung der Kinder eingeschätzt. Die darin beinhalteten Fragen orientierten sich stark am Modell der kognitiven Entwicklung nach Piaget. Unter diesen Fragen ist auch die im Kapitel kognitive Entwicklung erwähnte Umschüttungsaufgabe, bei der unterschiedlich hohe Flüssigkeitssäulen mit der gleichen Menge Flüssigkeit durch Gefäße mit unterschiedlichem Durchmesser erzeugt werden. Die Antworten der Kinder wurden in hierarchische Kategorien unterteilt, die von „0: No answer or a response unrelated to the question“ bis „6: Organized description of mechanism(s) underlying illness/ recovery; abstract principles“ (Perrin, Gerrity 1981, 843) reichten. Insgesamt nahmen 128 Kinder an der Untersuchung teil, 26 davon (Durchschnittsalter 5,5 Jahre) fallen in die für diese Arbeit relevante Altersgruppe (vgl. Perrin, Gerrity 1981, 842f).

Die befragten Kinder erreichten im Durchschnitt Werte von 1,5 bis 3,2 Punkte, mit einem Mittelwert von etwa 2,6. Das bedeutet, dass die Antwort eines durchschnittlich 5,5 Jahre alten Kindergartenkindes zwischen den Kategorien „2: Circular, magical, or global response“ und „3: Concrete, rigid responses with a „parrot- like“ quality; little comprehensions by the child; enumeration of symptoms, actions or situations associated with illness“ (Perrin, Gerrity 1981, 843) liegt. Das heißt, dass die Kategorie, der die 5,5 Jahre alten Kinder zugeordnet wurden, zwischen Antworten liegt, die gängigen Klischees, magischen oder allgemeinen Inhalten entsprechen, und solchen, die greifbare, starre, nachgeahmte Antworten mit wenig eigenem Verständnis beinhalten. Die Aufzählung von Symptomen, Situationen und Handlungen, die mit Krankheit assoziiert werden, werden mit Krankheitsursachen gleichgestellt (vgl. Perrin, Gerrity 1981, 844).

Myant und Williams untersuchten in ihrer Studie neben Definitionen für Gesundheit und Krankheit, das Wissen der Kinder über konkrete Krankheitsbilder. Den befragten Kindern wurden nacheinander sechs Krankheiten (Erkältung, Windpocken, Asthma, Zahnschmerzen, Beule und gebrochenes Bein) anhand von kurzen Beschreibungen und einem dazupassenden Comic präsentiert, darüber wurden sie mittels standardisierter Fragen befragt (vgl. Myant, Williams 2005, 808f).

Die Ergebnisse der Definitionen von den sechs angegebenen Krankheiten variierten stark nach Altersgruppe und Krankheit. Die jüngsten Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer hatten schlechtere Durchschnittswerte als die älteren Kinder. Von den Krankheitsbildern war Asthma durch alle Altersgruppen die unbekannteste Krankheit. Etwas leichter fiel die Definition von Zahnschmerzen, Unfälle (gebrochenes Bein, Beule) waren in der Altersgruppe der Vier- und Fünfjährigen ähnlich bekannt wie Windpocken. Am realistischsten war die Definition von Erkältung. Die Definition der Krankheiten erfolgte hauptsächlich über Symptome. Die Auslöser einer Krankheit waren bei Zahnschmerzen und Unfällen deutlich eher an der physischen Komponente der Krankheit definiert. Im Gegensatz dazu war die Ätiologie von Asthma, Erkältung und Windpocken weniger Kindern bekannt. In einer weiteren Auswertung wurde die Richtigkeit der Messungen der Krankheitsursachen untersucht. Die Krankheitsursachen von Erkältung und Asthma erreichten dabei einen Wert von 0 und wurden somit komplett missverstanden oder nicht angegeben. Windpocken waren ebenfalls dem Großteil der Kinder unbekannt, die Ursache von Zahnschmerzen und Unfällen wurde jedoch im Großen und Ganzen in den Grundzügen verstanden. Die Krankheitsprävention in der Altersgruppe der vier- und fünfjährigen Kinder tendiert bei allen Krankheitsbildern eher dazu, unbekannt zu sein. Auch die korrekte Einschätzung der Inkubationszeiten der sechs Krankheitsbilder gelang den Kindern kaum, ebenso eine korrekte Einschätzung der Genesungszeit (vgl. Myant, Williams 2005, 810ff).

Ganz im Gegensatz zu Myant und Williams argumentieren Solomon und Cassimatis (1999) in ihrer Arbeit „On Facts and Conceptual Systems: Young Children’s Integration of Their Understanding of Germs and Contagion“ gegen die These, dass Kinder die biologische Theorie der Krankheitserreger verstehen. Für diese Arbeit wurden mehrerer Studien herangezogen, in denen Vorschüler dazu befragt wurden, ob sie sich durch biologische Erreger (z.B. Bakterien) bzw. durch nicht biologische Erreger (z.B. Pfeffer) anstecken können. Solomon und Cassimatis kommen zum Schluss, dass Kinder in diesem Alter die Theorie, dass Bakterien Krankheiten verursachen, nicht richtig auffassen. Junge Kinder sind nicht in der Lage Krankheitserreger als grundlegenden Prozess der Ansteckung zu erkennen, da ihr Wissen zwar hoch entwickelt aber inkomplett ist. Durch dieses unvollständige Verständnis kann nicht festgestellt werden, ob Vorschüler eine naive Theorie zur Biologie besitzen. Durch die Behauptung, dass Kinder kein Verständnis für die Theorie biologischer Krankheitserreger haben, da ihr Wissen unvollständig ist, drängt sich die Frage auf, wie viel Wissen ein Mensch besitzen muss um behaupten zu können eine korrekte biologische Theorie zu verstehen (vgl. Solomon, Cassimatis 1999).

Ein weiteres Beispiel für die Einschätzung des kindlichen Wissens über Gesundheit und Krankheit entstand bei der Entwicklung des “Through the eyes of the child“ (TEC) Modells, von Koopman, Baars, Chaplin und Zwinderman (2004) angewandt. Die Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer waren zwischen sechs und zwölf Jahre alt. 80 Kinder mit Diabetes Mellitus und 78 gesunde Klassenkameraden wurden mittels 18 standardisierter Fragen zum Thema Ätiologie, Behandlung und Prävention von Krankheit befragt. Die dabei gewonnenen Daten wurden statistisch ausgewertet. Die Autoren haben sich neben anderen theoretischen Grundlagen an Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung des Menschen orientiert (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwinderman 2004, 364f).

Die erste Phase ihres TEC Modells deckt sich mit der sensumotorischen Phase Piagets und trägt den bezeichnenden Namen *Invisible*, also unsichtbar. Die Autoren halten fest, dass Kinder in dieser Phase im Zusammenhang mit Krankheit nicht die Fragen Was? Warum? Wie? stellen. Kinder würden auf Fragen danach auch nicht antworten, hätten aber wohl Assoziationen dazu (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwiderman 2004, 336). Die Phase des voroperatorischen anschaulichen Denkens wird im TEC Modell in die Abschnitte *Distance* (Abstand) und *Proximity* (Nachbarschaft, Umgebung) geteilt. In der Phase Distance wird Krankheit über externe Aktivitäten definiert. Die Aussage „When you leave the window open, your blankets get cold which can make you a little bit sick“ (Koopman, Baars, Chaplin, Zwiderman 2004, 367) charakterisiert dieses Denken eindeutig. Auch das magische Denken, also der Glaube, dass Worte, Handlungen oder Taten auf magische Weise Ereignisse/Dinge beeinflussen, obwohl sie sich jeglicher allgemein gültigen Regeln von Ursache und Wirkung entziehen, spielt in diesem Alter eine Rolle bei der Definition von Krankheit (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwiderman 2004, 336). In der darauffolgenden Phase Proximity beziehen die Kinder andere Menschen, Objekte, Ereignisse und ihre direkte Umwelt in ihre Beschreibung von Krankheit mit ein. Ansteckung durch Nähe wird zum Thema, und die Kinder beschreiben sich als Opfer. Die Begründungen, warum Krankheiten entstehen, werden immer konkreter (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwiderman 2004, 336ff). „Well, for example when somebody else has a cold and you get close and the next day she is better and you have a cold.“ (Koopman, Baars, Chaplin, Zwiderman 2004, 367) ist die Aussage eines Kindes aus dieser Gruppe, die die Phase des TEC Modells treffend beschreibt.

Schmidt und Fröhling (1998) stellten ihren Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern die Frage nach der für sie schlimmsten Krankheit. Der Großteil der Kinder (insgesamt 88%) nannte Erkältungskrankheiten, Krankheiten des Magen- Darmbereichs, Kinderkrankheiten und sonstige Erkrankungen als schlimmste Krankheit. Für 8% der Kinder war Krebs und für

4% der befragten Fünfjährigen war AIDS die schlimmste bekannte Krankheit (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 42).

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass das Wissen der Kinder zum Thema Gesundheit und Krankheit seinen Ursprung in ihrem alltäglichen Leben hat. Kinder verbinden die Erfahrungen ihrer unmittelbaren Umgebung bzw. Nachbarschaft sowie Menschen, Ereignisse und Objekte ihrer direkten Umwelt zu ihre persönlichen Theorien zum Thema Gesundheit und Krankheit. Die Ursache für Zahnschmerzen oder ein gebrochenes Bein sind den Kindern im Gegensatz zu Ursachen für Windpocken und Asthma geläufiger. Die Frage nach Krankheitsursachen wird von Kindern durch allgemein gängige, nachgeahmte Phrasen beantwortet, diese werden von den Kindern nicht kritisch hinterfragt. Symptome, Situationen und Handlungen, die mit Krankheit assoziiert werden, werden mit Krankheitsursachen gleichgesetzt. Diese Theorien werden mit zunehmender kognitiver Entwicklung immer konkreter. Die Nennung präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten sowie eine korrekte Einschätzung der Inkubationszeit einzelner Krankheiten war den Kindern nicht möglich (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwinderman 2004, 366f; Myant, Williams 2005, 810ff; Perrin, Gerrity 1981, 844). Neben Erkrankungen, die Kinder aus persönlicher Erfahrung kennen, nannten einige Kinder Krebs und AIDS als schlimmste Krankheit (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 42).

Die Behauptung, dass Kinder aufgrund ihrer naiven Theorien kein korrektes Wissen über biologische Vorgänge, wie Ansteckung, besitzen, hängt davon ab, wie exakt das Wissen über biologische Vorgänge sein muss, um einen Expertenstatus zu erlange (vgl. Solomon, Cassimatis 1999). Die Ansichten der Kinder stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit. Es versteht sich von selbst, dass davon ausgegangen wird, dass die befragten Kinder Experten für dieses Thema sind.

Die Ausführungen des ersten Teiles sind die Basis für die empirische Arbeit, die im folgenden Abschnitt vorgestellt wird.

3. METHODE DES EMPIRISCHEN TEILS

Da sich die Forschungsfragen vor allem auf die kindlichen Erfahrungen zum Thema Gesundheit und Krankheit beziehen und die kindliche Sicht zu diesen Themen erörtert wird, ist der qualitative Forschungsansatz optimal (vgl. LoBiondo-Wood, Haber 2005, 220). In der qualitativen Forschung werden die Erfahrungen der Menschen ganzheitlich, subjektiv und systematisch erfasst. Es existiert nicht nur eine einzige, wahre Realität; die Wirklichkeit wird durch die Wahrnehmungen des Einzelnen und dessen Interpretation festgelegt. Individuelle Zusammenhänge sind grundlegend. Der qualitative Ansatz ermöglicht es der Vielfältigkeit der Kinder und deren subjektiven Wahrheiten gerecht zu werden und sie ganzheitlich erfassen zu können (vgl. Mayer 2002, 71f).

In der qualitativen Forschung haben sich mehrere Forschungsansätze entwickelt, die bedeutendsten sind die Phänomenologie, Grounded Theory, objektive Hermeneutik und die Ethnographie. In der Phänomenologie, der Lehrer konkreter Erscheinungen, steht die tiefgehende Erforschung einzelner Phänomene im Mittelpunkt. Ziel der Grounded Theory ist es Theorien sozialer Prozesse und für das Verhalten von Menschen zu beschreiben. Im Mittelpunkt objektiv hermeneutischer Untersuchungen steht der verborgene Inhalt von Aussagen und Handlungen (vgl. Mayer 2002, 74f).

Für die Erforschung subjektiver Konzepte von Gesundheit und Krankheit scheint der ethnographische Ansatz besonders geeignet. Die Ethnographie ist der Vorgänger der Ethnologie. Das zentrale Anliegen der Ethnographie ist es „das Leben und die Sozialstrukturen fremder Kulturen aus deren Sichtweise zu verstehen“ (Fischer 2003, 3). Die Kenntnisse hinsichtlich der ethnographischen Vorgehensweise in dieser Arbeit stützen sich auf das Werk „Ethnographische Pflegeforschung“ von Janice M. Roper und Jill Shapira (2004).

Wie schon erwähnt wird in der ethnographischen Forschung besonderes Augenmerk auf kulturelle bzw. soziale Gruppen gelegt, deren Sichtweisen es zu verstehen gilt (vgl. Creswell 2009, 93ff). Der kulturelle, soziale Blickwinkel wird betrachtet und analysiert, um zu erkennen, was die Lebenswelt der untersuchten Gruppe ausmacht. Das Forschungsfeld ist der Ort an dem die Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer leben (vgl. Mayer 2002, 75f). Die Forscherin oder der Forscher nimmt am alltäglichen Leben der untersuchten Gruppe über einen längeren Zeitraum (mehrere Monate) teil, um die Sicht eines Insiders zu bekommen. Anschließend distanziert sie oder er sich von den Erlebnissen und analysiert die gewonnenen Daten (vgl. Roper, Shapira 2004, 17).

Typische Methoden der Ethnographie sind die teilnehmende Beobachtung, Interviews, und die Dokumentenanalyse (historische Berichte, visuelle Aufzeichnungen, schriftliche Berichte etc.), die miteinander kombiniert werden können. Feldaufzeichnungen beinhalten Gefühle und Erfahrungen der Untersuchenden oder des Untersuchenden und werden ebenfalls zur Analyse herangezogen (vgl. Roper, Shapira 2004, 15). Die Verwendung verschiedener qualitativer Verfahren zur Beantwortung einer Forschungsfrage wird als methodeninterne Triangulation bezeichnet (vgl. Mayer 2002, 75f). Die so gewonnenen, von verschiedenen Quellen ausgehenden, Daten werden dazu verwendet, die Validität der Daten zu garantieren bzw. bestärken (vgl. Roper, Shapira 2004, 38). Im Gegensatz dazu werden bei der methodenübergreifenden Triangulation qualitative mit quantitativen Verfahren kombiniert (vgl. Mayer 2002, 75f). Die flexible Handhabung methodologischer Prinzipien (vgl. Flick 2002, 217f) ist ein wichtiger Aspekt für die vorliegende Arbeit, da dadurch auf die Fähigkeiten der Kinder bestmöglich eingegangen werden kann.

Eine unvoreingenommene Fallbetrachtung bedeutet in diesem Fall eine themenzentrierte ethnographische Arbeit, bei der ein konkretes Problem, nämlich das Konzept von Gesundheit und Krankheit, in einem speziellen Kontext, in diesem Fall das Alter der Kinder, in einer kleinen Gruppe erörtert wird. Dazu werden vor dem ersten Kontakt mit den

Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern Fragen formuliert, von denen angenommen wird, dass sie die erwarteten Ergebnisse bringen. Die Fokussierung auf konkrete Fragestellungen ermöglicht es, die Untersuchung im Gegensatz zu zuvor beschriebenen, klassischen ethnographischen Forschungsarbeiten, in relativ kurzer Zeit abzuschließen (vgl. Roper, Shapira 2004, 20f).

Themenzentrierte ethnographische Forschungsarbeiten tragen selbstverständlich dieselben Merkmale wie die konventionelle ethnographische Forschung. Dabei werden einzelne Personen oder Gruppen mit ganzheitlichem Blickwinkel beschrieben, um ihre Überzeugungen und Handlungsweisen darzustellen. Diese liegen dem beobachtbaren Verhalten zugrunde und sind für die ethnographische Forschung von Interesse. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse und deren Vergleich mit anderen Individuen, Gruppen oder ähnlichen Situationen, ermöglichen ein besseres Verständnis dieser Sachverhalte und unterstützen ein „mit anderen Augen zu sehen“ bzw. das Handeln oder den Glauben anderer Menschen zu verstehen, welches ein Hauptanliegen der ethnographischen Forschung ist (vgl. Roper, Shapira 2004, 23).

3.1. FORSCHUNGSDESIGN

Dieser Teil der Arbeit beinhaltet die Darstellung der Befragten und des Settings. Anschließend folgt die Beschreibung der Datenerhebung und eine intensiver Auseinandersetzung mit der Auswertung der Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.

3.1.1. BEFRAGTE UND SETTING

Die Daten von 17 Kindern wurden ausgewertet. Elf Kinder wurden interviewt, sechs Kinder in zwei Gruppen beim Rollenspiel beobachtet. Das Alter der Kinder, die an den Interviews teil nahmen, lag zwischen drei Jahren und elf Monaten und fünf Jahren und elf Monaten. Die Kinder die am Rollenspiel bzw. der Beobachtung teilnahmen waren zwischen zwei Jahren und fünf Monaten und drei Jahren und zehn Monaten alt. Es wurden ausschließlich Daten der Kinder verwendet, deren Eltern ihre schriftliche Einverständnis mittels Elternbrief (siehe Anhang) gegeben haben. Die Kinder wurden im kollektiv und vor der jeweiligen Befragung/Beobachtung/Zeichnung einzeln über die Details des Vorhabens informiert und gaben mündlich ihre Einverständnis.

Alle Kinder, die an der Untersuchung teilnahmen, besuchten einen KIWI-Kindergarten. Diese zeichnen sich besonders durch ihr pädagogisches Konzept aus. Alle Kindergartengruppen, in denen die Datenerhebungen stattfanden, sind alterserweiterte Gruppen. Das heißt, dass Kinder im Alter von einem bis sechs Jahren gemeinsam ihren Alltag mit zwei Kindergartenpädagoginnen bzw. Kindergartenpädagogen und einer Kinderbetreuerin bzw. einem Kinderbetreuer verbringen. In jedem KIWI- Haus wird das offene Arbeiten praktiziert. Für die Kinder bedeutet das, dass sie frei wählen können, an welcher bzw. ob sie überhaupt an einer Aktivität, die von den Pädagoginnen und Pädagogen angeboten wird, teilnehmen möchten und wie sie ihren Tag gestalten (vgl. Kinder in Wien o.D.a; Kinder in Wien o.D.b; Kinder in Wien o.D.c).

Alle Kinder die an der Untersuchung teilnahmen wurden durch die Verfasserin, welche auch die Befragungen und Beobachtungen durchführte, in ihrem Kindergartenalltag betreut. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Menschen besteht die Gefahr die eigene Persönlichkeit und eigenen Erfahrungen mit ins Feld zu nehmen. Die dadurch entstandene Verzerrung beeinflusst das, was wahrgenommen wird. Diese Tatsache lässt sich vor allem bei der Zusammenarbeit mit Kindern nicht verhindern. Um dem entgegenzuwirken soll eine bewusste Offenheit für unterschiedliche Auffassungen, eine

Auseinandersetzung mit der „Kultur“ und eine aktive Erfahrung der neuen Umgebung bzw. mit Menschen mit anderem sozioökonomischen Status die Basis sein. Dabei ist es wichtig sich des persönlichen Päckchens bewusst zu werden (vgl. Roper, Shapira 2004, 128).

3.1.2. DATENERHEBUNG

Ausgehend vom entwicklungspsychologischen Grundwissen, dem durch die Literaturrecherche erworbenen Wissensstand und persönlichen Erfahrungen im Umgang mit Kindergartenkindern wurde für die jüngeren Kinder (im Alter von zwei bis drei Jahren), die noch nicht in der Lage sind, sich ausreichend verbal auszudrücken, ein Rollenspiel angeboten. Mehrere Kinder erhielten einen Spielimpuls (z.B. eine kranke Puppe) in einer vorbereiteten Umgebung (z.B. Puppenecke/ Rollenspielbereich). Dazu wurden die Kinder, wenn sie mochten, in die vorbereitete Umgebung eingeladen. Hier wurde ihnen mit wenigen Sätzen eine kranke Puppe vorgestellt und das Spiel konnte beginnen. Ihr Handeln wurde durch eine teilnehmende Beobachtung und gleichzeitig stattfindende Gespräche während des Spiels festgehalten. Dabei sollte das Gesagte aufgenommen und anschließend transkribiert werden. Von den Beobachtungen wurde ein Gedächtnisprotokoll angefertigt.

Die älteren Kinder, im Alter von vier bis sechs Jahren, wurden mittels teilstandardisierten Interviews befragt. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) wurde auf Grund der theoretischen Erkenntnisse formuliert und beinhaltet Fragen

- zur kindlichen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit
- über Faktoren, die Gesundheit und Krankheit aus Sicht der Kinder beeinflussen
- zum Wissen der Kinder über die Konzepte Gesundheit und Krankheit

Um die Kinder möglichst ungezwungen in ein Gespräch einzubinden gab es die Möglichkeit, zuvor Zeichnungen zum Thema Krankheit und Gesundheit anzufertigen, und dann während des Interviews darüber zu sprechen. Das Interview wurde wie bei den jüngeren Kindern aufgenommen, transkribiert und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die anonymisierten Zeichnungen werden, wenn die Eltern ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung gegeben hatten und die Kinder ebenfalls damit einverstanden waren, zur Illustrierung der Ergebnisse genutzt.

Die Begeisterung der Kinder über die Interviews war so groß, dass keines der Kinder bereit war, davor eine Zeichnung anzufertigen, auf die im Interview eingegangen werden konnte. Dafür fertigten einige Kinder nach dem Interview bzw. ohne direkte Aufforderung Zeichnungen an. Die Gespräche über den Inhalt der Zeichnungen waren in der Regel nicht auswertbar, weil die Kinder sich kaum zum Inhalt ihren Zeichnungen äußerten. Sie konnten dazu aber motiviert werden ihren Werken Titel zu geben. Somit ergaben sich keine Daten, die zur Interpretation herangezogen werden konnten. Auf den Zeichnungen der jüngeren Kinder war nichts zu erkennen, weshalb von einer Interpretation der Zeichnungen im Rahmen der Datenauswertung abgesehen wird. Um die Arbeit der Kinder wertzuschätzen werden einige der Zeichnungen trotzdem abgebildet, sodass einen umfassender Einblick in die Sicht der Kinder gewonnen werden kann.

Die Erhebung der Daten erfolgte an einem normalen Kindergarten tag, es wurde darauf geachtet, dass keine besonderen Ereignisse wie zum Beispiel Ausflüge, Besuch des Fotografen, etc. am selben Tag geplant waren. Die Kinder wurden am Vormittag im Morgenkreis (eine kurzes Zusammenkommen aller Kindergartenkinder und Pädagoginnen einer Gruppe um gemeinsam den Tagesablauf und die Aktivitäten des Tages zu besprechen) darüber informiert welche Aktivitäten stattfinden, und hatten die Möglichkeit, sich freiwillig zum Interview bzw. zum Rollenspiel zu melden.

Ein Kind brach das Interview ab.

INTERVIEWS MIT KINDERN

Um ein Interview durchzuführen muss die Interviewte oder der Interviewte sich selbst bewusst sein, das heißt wissen, dass er oder sie selbst existiert und sich von anderen Personen abgrenzt, und er oder sie muss in der Lage sein sich zu erinnern. Sobald Kinder diese Fähigkeiten erlangt haben, sind die Daten der Interviews nicht weniger entwickelt als Daten aus Interviews mit Erwachsenen, sondern einfach anders (vgl. Docherty, Sandelowski 1999, 178). Sowohl auf kognitiver als auch auf sozial-emotionaler Ebene sind normal entwickelte Kinder im Laufe ihres zweiten Lebensjahres dazu in der Lage. Die Fähigkeit sich verbal mitzuteilen ist jedoch vor allem Anfang des zweiten Lebensjahres noch nicht ausreichend entwickelt (vgl. Piaget, Inhelder 1972; Erikson, 1988; Rossmann 2001). Kinder ab etwa zwei Jahren sind in der Lage Erfahrungen aus ihrem alltäglichem Umfeld in Interviews mitzuteilen. Dabei können folgendes Probleme auftreten:

- Kinder haben eine eigene Auffassung darüber, was die Interviewerin oder der Interviewer wissen will (vgl. Docherty, Sandelowski 1999, 180).

Zum Beispiel antwortet ein Kind auf die Frage was Gesundheit bedeutet:
„Dass ich fröhlich bin, dass ich spiele, dass ich zur Mama renn wenn ich fröhlich bin, knuddeln mit der Mama, das macht mich alles fröhlich“ (Fall 12, 129- 130)

- Der Wahrheitsgehalt kindlicher Aussagen ist nicht immer gegeben (vgl. Fuhs 2000, 93).

I: „Mhm, und war da Papa schon mal krank?“

K: Schüttelt den Kopf (Fall 10, 26- 27)

- Kinder können bewusst unangenehme Erfahrungen vorenthalten um negative Resonanz zu vermeiden (vgl. Docherty, Sandelowsky 1999, 180).

- Kinder können soziale erwünschte Antworten geben (vgl. Trautmann 2010, 98).
- Kinder, deren Meinung in ihrem alltäglichen Leben nicht ernst genommen wird, neigen dazu ständig „ja“ zu sagen bzw. sehr kurze Antworten zu geben (vgl. Trautmann 2010, 98).
- Die zeitliche Distanz vom Ereignis zum Interview hat ebenfalls Einfluss darauf wie gut sich Kinder erinnern können (vgl. Docherty, Sandelowsky 1999, 180).
- Freie Erinnerungen sind für Kinder, die jünger als vier Jahre alt sind, besonders schwer (vgl. Docherty, Sandelowsky 1999, 182).
- Sowohl der Zweck des Interviews, als auch die Art des Ereignisses, das im Interesse des Interviews steht, haben einen Einfluss darauf, wie gut sich Kinder erinnern (vgl. Docherty, Sandelowsky 1999, 180).
- Die Kommunikation zwischen Kindern und Erwachsenen ist in ein Sorge-Herrschaftsverhältnis eingebunden, der Erwachsene gilt dabei als kompetent und rational, das Kind als lernend bzw. unwissend und irrational, auch im pädagogischen Bereich geschulte Erwachsene ist dieses Problem ein Thema (vgl. Fuhs 2000, 93).
- Um eine Wechselbeziehung mit den Kindern aufzubauen, muss die Art der Befragung ihren Bedürfnissen angepasst sein (vgl. Irwin, Johnson 2005, 824f).
- Dopplung der Kommunikation zwischen dem beschreibbaren Sagbaren und dem was nur gezeigt werden kann, dem Unsagbaren. Kinder wissen also mehr sind aber nicht in der Lage es verbal auszudrücken (vgl. Fuhs 2000, 90).

K: *„Da pixpix hat mich raus gehaut das Virus, raus,“*

I: *„Was hat das Virus raus gehaut?“*

K: „Das pixpix, das hat man gemacht und dann hat das ganz raus gemacht.“

I: „Ahaaaa ... was is ein pixpix?“

K: „Das is pixpix, da so, so.“ (deutet auf Oberarm) (Fall 3, 15- 19)

Das heißt, die Herausforderung Kinder zu Interviewen ist nicht zu unterschätzen. Die Tatsache, dass Kinder während eines etwa zehnminütigen Interviews nicht still sitzen, zwei Mal auf die Toilette müssen, mitten im Interview plötzlich Hunger bekommen, der sofort gestillt werden muss, oder ohne ersichtlichen Anlass das Thema wechseln macht die Aufgabe - Interview mit Kind - zu einer Herausforderung. Neben diesen kleinen Unterbrechungen, kam es auch zu einigen der beschriebenen Probleme. Bei einer unterschiedlichen Auffassung darüber, was für die Beantwortung der Frage von Bedeutung ist, wurden die Kinder, nachdem sie mit ihrer Ausführung fertig waren, freundlich darauf hingewiesen. Die Frage wurde wiederholt bzw. umformuliert und ergab in den meisten Fällen eine zum Thema passende Antwort. Der Wahrheitsgehalt einiger weniger Aussagen ist relativ. Es entstand allerdings nicht der Eindruck, dass die Kinder bewusst gelogen haben. Einige Kinder neigten dazu, „ja“ zu sagen, sie wurden motiviert ein bisschen mehr zu erzählen, was in der Regel den gewünschten Erfolg brachte. Im Gespräch mit den Kindern wurde deutlich, dass zeitlich kurz zurückliegende Ereignisse das Wissen eindeutig beeinflusst. Nachfragen bei den Eltern bestätigten diese Vermutung. Das Sorge-Herrschaftsverhältnis, das im alltäglichen Umgang mit Kleinkindern nicht zu vermeiden ist, hatte eventuell Einfluss auf die Interviews. Um diesen Einfluss zu minimieren, wurde den Kindern erklärt, dass ein Buch darüber entstehen soll, wie sie über Gesundheit und Krankheit denken und dass ihre Hilfe dazu unbedingt notwendig ist. Dadurch waren die Kinder motiviert und wussten, dass ihre Meinung ernst genommen wird. Sie halfen gerne „das Buch“ zu schreiben. Oft entstanden Situationen, in denen die Interviewerin trotz Nachfrage nicht verstand, was die Kinder sagen wollten. Die Kinder wurden dazu aufgefordert etwas mehr darüber zu erzählen. Sie beantworteten geduldig

weitere Nachfragen, sodass ein Großteil der Unklarheiten beseitigt werden konnte. Dass Akzeptanz des kindlichen Verhaltens der beste Weg ist um authentische Aussagen zu bekommen (vgl. Irwin, Johnson 2005, 829), kann nur bestätigt werden.

3.1.3. DATENAUSWERTUNG

Wolcott zeigt drei Aspekte der qualitativen Datenauswertung auf. Die *Beschreibung*, bei der man sich an die Feldnotizen hält und davon ausgeht, dass sie „für sich selbst“ sprechen. Die *Analyse*, die als quantitative Seite der qualitativen Forschung beschrieben wird, und die *Interpretation*, also die Deutung oder Auslegung, der Daten (Wolcott 1994, 10ff).

Da sich die befragten Kinder in diesem Alter noch nicht so differenziert wie Erwachsene ausdrücken können, war vor allem bei den Interviews ein reines Beschreiben nicht möglich. Die Aussagen der Kinder sind sehr speziell, da sie in ihrer eigenen Sprache sprechen und vieles erst nach oftmaligem Nachfragen bzw. im Zusammenhang mit der Interaktion im Interview klar wird. Zum Beispiel hat ein Kind, dessen Muttersprache nicht deutsch ist, beschrieben es habe ein „pix pix“ gehabt. Durch den Akzent des Kindes, den fehlerhaften Satzbau und dem ohne Zusammenhang in den Raum geworfenen Satzfragment war nicht eindeutig klar, was es mit „pix pix“ meint. Erst durch Nachfragen drückte das Kind mit seinem Zeigefinger gegen den Oberarm und bemühte sich um einen neuen Satz. Erst dadurch und durch die spätere Beschreibung der Wirkung des „pix pix“ war klar, dass dem Kind eine Spritze verabreicht worden war.

Solche und ähnliche unklare Situationen finden sich sehr häufig, weshalb es sinnvoll erscheint die Daten zu analysieren. Von einer Interpretation der Daten wird abgesehen, weil auf Grund entwicklungspsychologischer Grundlagen davon ausgegangen werden kann, dass Kinder in diesem Alter kaum latente

Inhalte mitsenden, Pausen aus bestimmten Gründen machen bzw. das Thema mit Hintergedanken vom Interview auf etwas anderes lenken (siehe Kapitel 2.2 Entwicklungspsychologische Grundlagen). Außerdem steht die Sichtweise des Kindes im Mittelpunkt der Untersuchung, die durch eine Interpretation von Erwachsenen verändert würde. Unklare Inhalte wurden mit Hilfe des Kindes oder der Eltern geklärt.

DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE

Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, Material, welche aus Kommunikation entstanden ist, zu analysieren. Im Wesentlichen ist dabei sprachliche Kommunikation gemeint, es ist jedoch auch die Analyse von Musik, Bildern, Beobachtungen, etc. möglich. Das Material der qualitativen Inhaltsanalyse muss fixiert, das heißt in irgend einer Art protokolliert sein, um ein systematisches Vorgehen gewährleisten zu können. Eine freie Interpretation der Daten ist bei dieser Methode nicht vorgesehen. Um Verständnis und Nachvollziehbarkeit sicherzustellen, ist es wichtig sich an die vorgegebenen Regeln zur Analyse zu halten. Durch diese Regelgeleitetheit kann den sozialwissenschaftlichen Methodenstandards entsprochen werden. Um die Texte nicht einfach zu referieren, ist es im Weiteren wichtig auch theoriegeleitet vorzugehen, was bedeutet, das zu analysierende Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung zu bearbeiten und mit Hilfe des Theoriehintergrundes zu interpretieren (vgl. Mayring 1997, 12). Der Gesichtspunkt, dass das zu interpretierende Material nicht ausschließlich zur Analyse dient, sondern auch Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation getroffen werden können und damit Absichten des Senders bzw. die Wirkung auf den Empfänger interpretiert werden können, ist bei der Arbeit mit Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren und für die gegebene Themenstellung nicht von Relevanz.

Im konkreten Fall werden die Interviews transkribiert, die Beobachtungen wurden grundsätzlich schriftlich festgehalten. Die Zeichnungen der Kinder haben einen von ihnen festgelegte Titel. Durch die klar strukturierte Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ist ein systematisches sowie ein regelgeleitetes Vorgehen gegeben. Mit dem im ersten Teil der Arbeit dargestellten, theoretischen Hintergrund wird die Interpretation der Ergebnisse der Analyse vor dem jeweiligen Theoriehintergrund ermöglicht.

Die Systematik dieser Methode und das konkret dargestellte Analyseinstrument, also die Tatsache, dass im Falle der Interviews direkt mit dem verbalen Material gearbeitet wird, sind die Stärken der qualitativen Inhaltsanalyse. Außerdem sei noch erwähnt, dass durch diese Methode auch große Mengen an Datenmaterial verarbeitet werden können (vgl. Mayring 1995, 213; Mayring 2003, 475).

Ein Nachteil ist, dass die qualitative Inhaltsanalyse nur eine Auswertungstechnik ist und mit Datenerhebungstechniken kombiniert werden muss. Auch ihr größter Vorteil, die Systematik, kann, wenn sie zu starr angewandt wird, zu suboptimalen Ergebnissen führen (vgl. Mayring 1995, 213).

TECHNIK DER QUALITATIVEN INHALTSANALYSE

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode die es ermöglicht qualitative Daten systematisch zu interpretieren (vgl. Mayring 1997, 42). Das in Abbildung 1 Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 1997, 54) dargestellte Ablaufmodell (vgl. Mayring 1997, 54) dient zur Orientierung und kann an das jeweilige Material bzw. die jeweilige Fragestellung angepasst werden. Es dient dazu, eine spezielle Analysetechnik festzulegen. Durch die Zerlegung in einzelne Interpretationsschritte wird die Analyse nachvollziehbar, intersubjektiv überprüfbar und somit für andere Gegenstandsbereiche nutzbar gemacht (vgl. Mayring 1997, 53).

In Folge wird auf die einzelnen Analyseschritte eingegangen um sie theoretisch sowie praktisch zu erörtern. Die dargestellten Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse werden anschließend praktisch umgesetzt (vgl. Mayring 1997, 53).

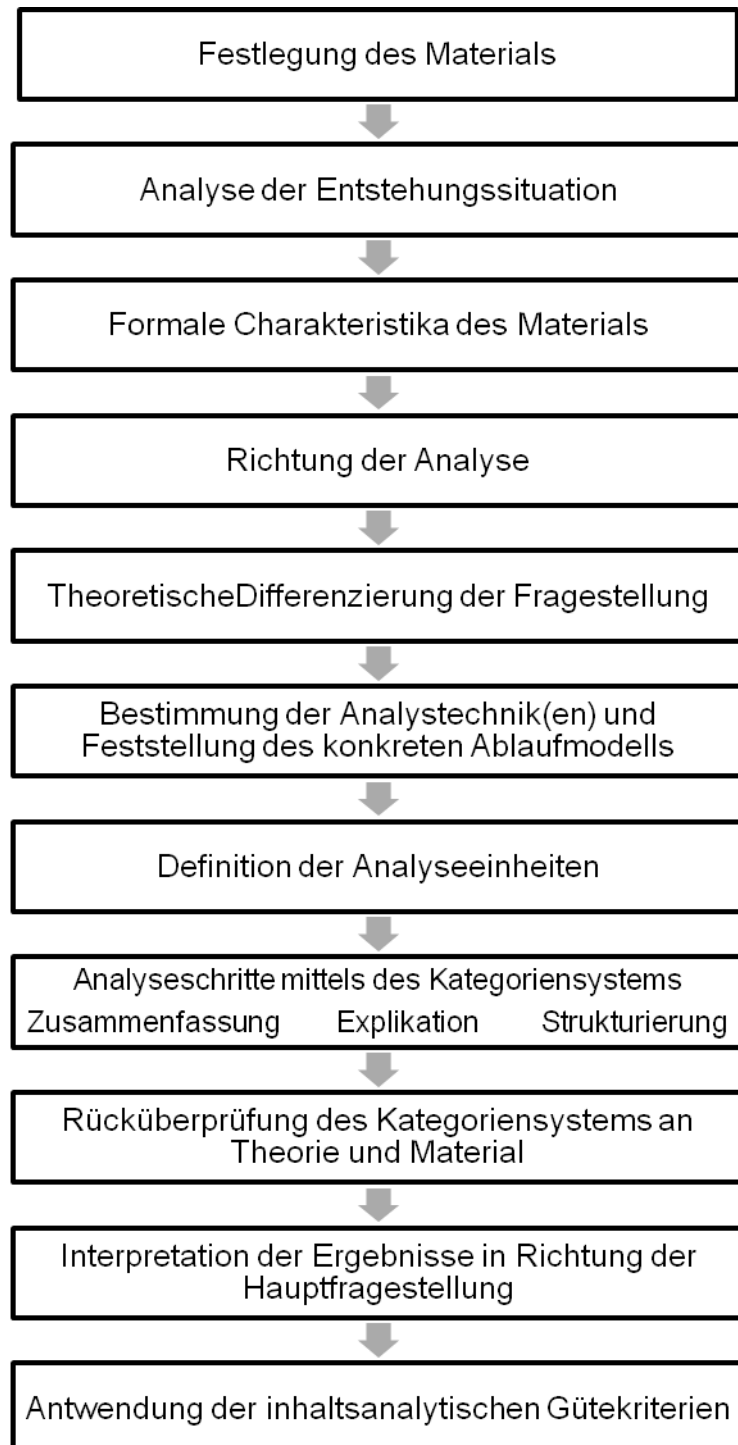


Abbildung 1 Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell
(Mayring 1997, 54)

BESTIMMUNG DES AUSGANGSMATERIALS

Zu Beginn der Auswertung muss genau **festgelegt** werden welches **Material** Grundlage der Analyse sein soll. Der einmal festgelegte „Corpus“ sollte anschließend weder verändert noch erweitert werden. Das Problem, dass eine Auswahl aus großen Materialmengen getroffen

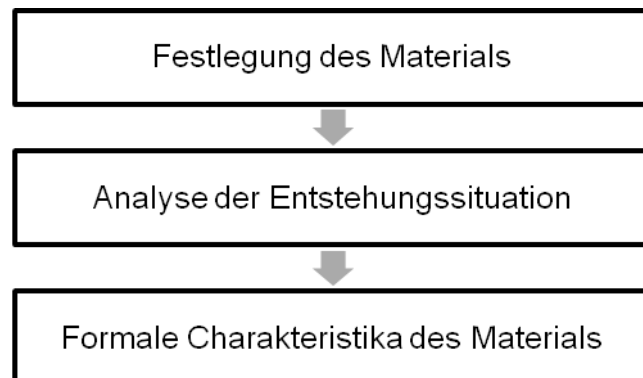


Abbildung 2 Allgemeines inhaltsanalytisches

Ablaufmodell (Mayring 1997, 54)

werden muss, ist für diese Arbeit nicht von Bedeutung, da die Menge der erhobenen Daten überschaubar ist (vgl. Mayring 1997, 47).

Der Analyse liegen alle vollständig durchgeführten Interviews zu Grunde. Es handelt sich um zwölf Tonbandaufnahmen und zwei Beobachtungen sowie Zeichnungen, die allerdings nicht zur Analyse herangezogen wurden, da sich keine Möglichkeit bot, gemeinsam mit den Kindern auf die Zeichnungen näher einzugehen. Um die Arbeit der Kinder Wert zu schätzen, werden sie verwendet, um ihre Aussagen zu illustrieren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Untersuchung meldeten sich nach der Präsentation des Angebots im Morgenkreis freiwillig zum Interview bzw. Rollenspiel und fertigten teils von sich aus teils nach Aufforderung Zeichnung an. Sofern die Eltern mittels Einverständniserklärung ihre Erlaubnis erteilt hatten und die Kinder ebenfalls zustimmten, wurden die Zeichnungen der Kinder einbehalten. Ansonsten wurden die Zeichnungen mit nach Hause gegeben. Gleiches galt für Interview und Rollenspiel.

Konkret handelt es sich um:

Fall 1: Interview Mädchen 5 Jahre 6 Monate

Fall 2: Interview Bub 4 Jahre 4 Monate

Fall 3: Interview Bub 4 Jahre 9 Monate

Fall 4: Interview Bub 4 Jahre 8 Monate

Fall 5: Tonbandaufnahme+ Beobachtungsprotokoll Rollenspiel Mädchen 2 Jahre 7 Monate, Mädchen 2 Jahre 11 Monate, Bub 2 Jahre 5 Monate

Fall 6: Interview Mädchen 4 Jahre 7 Monate

Fall 7: Interview Bub 4 Jahre 1 Monat

Fall 8: Interview Mädchen 5 Jahre 0 Monate

Fall 9: Interview Mädchen 5 Jahre 5 Monate

Fall 10: Interview Mädchen 3 Jahre 11 Monate

Fall 11: Abgebrochen

Fall 12: Interview Mädchen 5 Jahre 11 Monate

Fall 13: Tonbandaufnahme+ Beobachtungsprotokoll Rollenspiel Bub 3 Jahre 10 Monate, Bub 3 Jahre 10 Monate, Bub 3 Jahre 10 Monate

Die **Analyse der Entstehungssituation** beinhaltet eine genaue Beschreibung von wem und unter welchen Bedingungen die vorhandenen Daten produziert wurden. Von Interesse dabei sind die Verfasserin bzw. der Verfasser und die an der Entstehung des Materials beteiligten Personen. Weiters sowohl der geistige als auch der emotionale Handlungshintergrund der Verfasserin bzw. des Verfassers, die Zielgruppe für die das Material verfasst wurde, die Situation in der das Material entstanden ist und der sozio-kulturelle Hintergrund der Verfasserin bzw. des Verfassers (vgl. Mayring 1997, 47).

Wie schon erwähnt war die Teilnahme an der Untersuchung, sofern die Eltern der Einverständniserklärung zugestimmt haben, freiwillig. Bei den Unterhaltungen handelte es sich um halbstrukturierte Interviews. Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an die im theoretischen Teil gewonnenen Erkenntnisse erstellt (siehe Anhang), die Reihenfolge und genaue Formulierung der Fragen war jedoch offen. Die Interviews wurden persönlich von der Verfasserin dieser Arbeit im Büro der Kindergartenleitung oder im Gruppenraum durchgeführt. Das Rollenspiel fand in der Puppenecke statt. Nach einem vorgegebenen Spielimpuls, wurden die Kinder beobachtet und gleichzeitig befragt. Die Zeichnungen wurden entweder selbständig oder nach der Aufforderung, etwas zum Thema Krankheit und Gesundheit zu zeichnen, angefertigt.

Die Beziehung zwischen den Kindern und der Interviewerin war, durch die regelmäßige Betreuung der Kinder, vertraut. In einem Fall nahm ein Betreuer als primäre Bezugsperson beim Rollenspiel teil. Dieser stellte suggestive Fragen, die nicht zur Auswertung herangezogen wurden. Dies hatte zur Folge, dass nur Teile der Rollenspiele ausgewertet werden konnten.

Abschließend werden **formale Charakteristiken des Materials** definiert. Dazu wird festgelegt in welcher Form das Material vorliegt. Dabei ist es nicht zwingend, dass der Basistext vom Autor selbst verfasst wurde, er sollte aber in niedergeschriebener Form vorhanden sein. Außerdem werden die dafür notwendigen Protokollierungsregeln festgelegt (vgl. Mayring 1997, 47f).

Die Interviews wurden mit Tonband aufgezeichnet und daraufhin verschriftlicht. Dabei wurde vollständig und wörtlich transkribiert. Unvollständiges, Unverständliches sowie Wiederholungen wurden festgehalten und Auffälligkeiten bzw. erklärende Gesten (wie z.B. pixpix und gleichzeitiges Drücken mit dem Zeigefinger auf den Oberarm) notiert. Der Interviewer wurde mittels „I“ und die Kinder mittels „K“ symbolisiert. Von den Beobachtungen des Rollenspiels wurde ein Gedächtnisprotokoll angefertigt. Die Unterhaltungen

während des Rollenspiels wurden ebenfalls aufgezeichnet und wie die Interviews transkribiert.

FRAGESTELLUNG DER ANALYSE

Nachdem das Ausgangsmaterial ausreichend beschrieben wurde, ist als Nächstes festzuhalten, was daraus zu analysieren ist. Die Festlegung der Fragestellung ist in zwei Teile gegliedert.

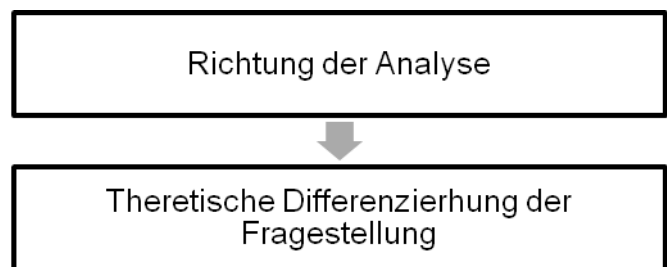


Abbildung 3 Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 1997, 54)

Zum Ersten die **Richtung der**

Analyse. Dabei geht es darum zu beschreiben, unter welchem Gesichtspunkt die Daten ausgewertet werden. Soll etwas über den Gegenstand, den emotionalen Zustand, den sozio-kulturellen Hintergrund oder die Intention der Kommunikatorin bzw. des Kommunikators ausgesagt werden (vgl. Mayring 1997, 50ff).

Nachdem das Ausgangsmaterial dargestellt wurde, ist nun die Fragestellung, die Grundlage der Analyse sein soll, festzuhalten. Die ethnographische Grundhaltung gibt die **Richtung der Analyse** an. Die Frage nach der Wahrnehmung einer sozialen Gruppe, nämlich der Kinder (im Alter zwischen zwei und sechs Jahren), im Bezug darauf, wie die Konzepte von Gesundheit bzw. Krankheit, steht im Mittelpunkt.

Der zweite Aspekt ist die **theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung.** Dabei geht es um die theoretisch begründete inhaltliche Fragestellung, also um die Forschungsfrage/n. Diese Theoriegeleitetheit ermöglicht es, an schon vorhandene Erkenntnisse anzuknüpfen und sie in die neuen Erkenntnisse mit einzubeziehen. Sie ist neben der Regelgeleitetheit ein wichtiges Merkmal der Inhaltsanalyse. Zusammengefasst bedeutet das, dass die Fragestellung vor der

Analyse genau geklärt sein und mit dem theoretischen Hintergrund in Beziehung gebracht werden muss (vgl. Mayring 1997, 50ff).

Die Bedeutung subjektiver Konzepte für die Kinderkrankenpflege, Gesundheitsforschung sowie Gesundheitsförderung wurde im theoretischen Teil dieser Arbeit ausführlich beschrieben. Außerdem wurde gezeigt, dass wenig Information zum Thema Gesundheits- und Krankheitskonzepten von Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahre vorhanden ist. In diesem Zusammenhang ist es nun von Interesse, weitere Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu erschließen. Daraus ergeben sich folgende Fragen

- Wie nehmen zwei- bis sechsjährige Kinder Krankheit bzw. Gesundheit wahr?
- Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit und Krankheit aus kindlicher Sicht?
- Welches Wissen besitzen Kinder im Alter zwischen zwei und sechs Jahren über Gesundheit und Krankheit?

ABLAUFMODELL

Im Anschluss an die Formulierung der Fragestellung der Analyse wird das Ablaufmodell und somit eine spezielle Analysetechnik festgelegt. Die Zerlegung der einzelnen Interpretationsschritte stellt die größte Stärke der Inhaltsanalyse dar, denn erst dadurch sind sowohl

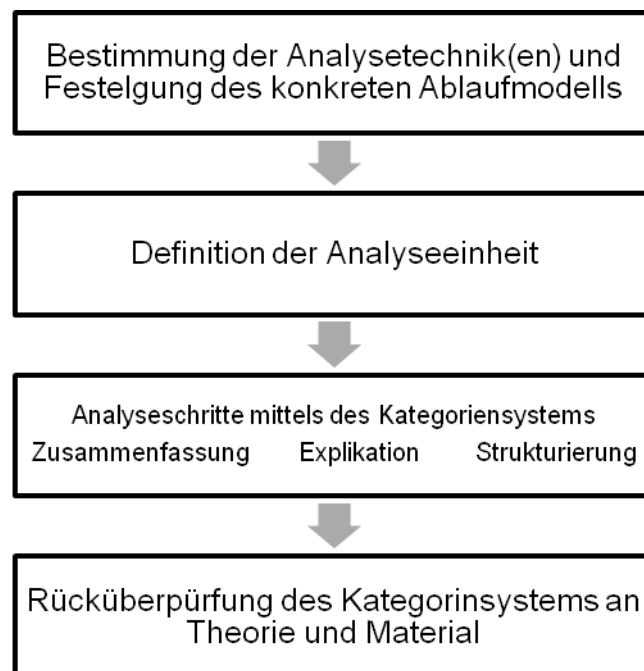


Abbildung 4 Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 1997, 54)

Nachvollziehbarkeit als auch intersubjektive Überprüfbarkeit gegeben. Dazu müssen die Analyseeinheiten: Kodiereinheit, Kontexteinheit und Auswertungseinheit festgelegt werden. Die **Kodiereinheit** bestimmt den kleinsten auszuwertenden Materialbestandteil, also die Mindestgröße, die ein Textteil haben muss, um als Kategorie zu gelten (vgl. Mayring 1997, 53).

Da die Kinder auf Fragen oft nur mit einem Wort bzw. mit einem Nicken oder Kopfschütteln geantwortet haben, besteht die Kodiereinheit aus einem Wort bzw. einer Geste

Die **Kontexteinheit** ist genau das Gegenteil, also der größte auszuwertende Textbestandteil der eine Kategorie zu Grunde liegen kann (vgl. Mayring 1997, 53).

Für diesen Fall können durchaus mehrere Zeilen des transkribierten Textes eine Kontexteinheit darstellen, da Fragen häufig mit Aneinanderreihungen von Adjektiven bzw. Substantiven beantwortet wurden.

Mit Hilfe der **Auswertungseinheit** wird die Reihenfolge festgelegt, in der die Einheiten kodiert werden.

Die genaue Definition der Analyseeinheiten ist für etwaige quantitative Analyseschritte von Bedeutung. Ziel ist die Entwicklung eines Kategoriensystems, welches unter Beachtung der Fragestellung/en und dem Material durch Regeln definiert wird, sowie die Rücküberprüfung des Systems (vgl. Mayring 1997, 53).

Abschließend werden die so entstandenen Ergebnisse unter Berücksichtigung der Hauptfragestellung analysiert und die Qualität der Ergebnisse mittels spezieller inhaltsanalytischer Gütekriterien bewertet.

Grundformen des Interpretierens

Mayring geht von folgenden drei Grundformen des Interpretierens aus:

- **Zusammenfassung:** Ziel ist es, das Material so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben. Die dabei entstandene überschaubare Menge an Daten bildet das Ausgangsmaterial jedoch immer noch ab (vgl. Mayring 1997, 58).
- **Explikation:** Im Falle der Explikation werden zu unklaren Textpassagen Materialien hinzugezogen, um die fragliche Stelle zu deuten bzw. zu erläutern (vgl. Mayring 1997, 58).
- **Strukturierung:** Ziel der Strukturierung ist es, einzelne Aspekte herauszufiltern und unter bestimmten Kriterien zu ordnen. Der dadurch entstandene Querschnitt ermöglicht es, das Material auf Grund bestimmter Kriterien einzuschätzen (vgl. Mayring 1997, 58).

Für diese Arbeit scheint die Zusammenfassung die optimale Analyseverfahren zu sein. Das Material, also die Interviews und Beobachtungen, wird so auf das wesentliche reduziert. Durch diese Reduktion kann die kindliche Sprache, die für Außenstehende ohne Hintergrundinformation oft schwer zu verstehen ist, in eine allgemein Verständliche umgesetzt werden, ohne den Inhalt zu verändern. Mit unklaren Textpassagen ist nicht zu rechnen, da diese sofort mit Hilfe der Kinder bzw. deren Eltern geklärt wurden. Eine reine Strukturierung erscheint ebenfalls nicht zielführend, da die Ergebnisse der Untersuchung möglichst unverändert dargestellt werden sollen, um das Konzept von Gesundheit und Krankheit von Kleinkindern einzuschätzen. Jede zusätzliche Zuordnung und Interpretation würde das Rohmaterial verändern.

DIE INTERPRETATIONSMETHODE DER ZUSAMMENFASSUNG

Als Interpretationsmethode dieser Arbeit wurde die Zusammenfassung gewählt. Laut Mayring ist das Grundprinzip der inhaltsanalytischen Zusammenfassung „[...], daß die jeweilige Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau festgelegt wird, auf die das Material durch Einsatz der Makrooperatoren transformiert wird.“ (Mayring 1997, 59). Der Weg zu dieser Abstraktionsebene erfolgt schrittweise, wie in Abbildung 5 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 1997, 60) dargestellt, mit Hilfe der von Mayring festgelegten Regeln und den darin beinhalteten Makrooperatoren.

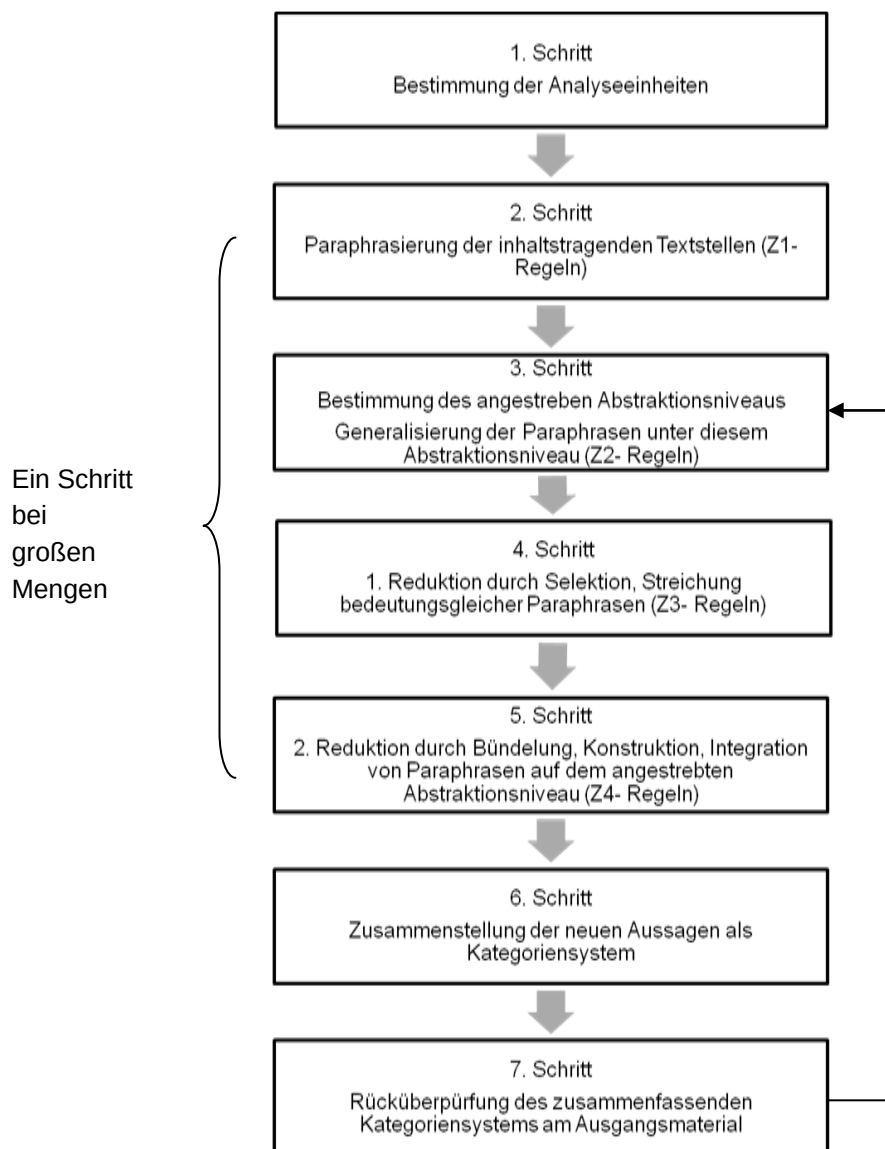


Abbildung 5 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 1997, 60)

Im 1. Schritt, die **Bestimmung der Analyseeinheiten**, wird die Größe der zu analysierenden Einheiten festgelegt. Hier wird zwischen der zuvor beschriebenen, Kodiereinheit, der Kontexteinheit und der Auswertungseinheit unterschieden (vgl. Mayring 1997, 59ff).

Im 2. Schritt, **Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen**, werden die zuvor bestimmten kurzen Analyseeinheiten so umgeschrieben, dass nur der Inhalt bestehen bleibt. Ausschmückende Textpassagen und Ausdrücke werden gestrichen. Alle so entstandenen Paraphrasen sollen auf einer Sprachebene sein. Die Z1- Regeln, die in Folge beschrieben werden liefern eine genaue Anleitung für dieses Vorgehen (vgl. Mayring 1997, 59ff).

Der 3. Schritt ist die **Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus- Generalisierung der Paraphrasen unter diesen Abstraktionsniveaus**. Alle Paraphrasen müssen zu diesem Zeitpunkt auf einem einheitlichen Niveau sein. Nach der ersten Bestimmung der Abstraktionsebene werden nun alle Paraphrasen, die sich unter diesem Niveau befinden, verallgemeinert (Makrooperator Generalisation). Falls bei der Generalisierung Unklarheiten entstehen, können theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen werden. Auch hierfür gibt es klare Richtlinien (Z2 Generalisierung auf das Abstraktionsniveau) (vgl. Mayring 1997, 59ff).

Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen ist der 4. Schritt. Nachdem alle Paraphrasen verallgemeinert wurden, entstehen oft gleiche oder inhaltsgleiche Paraphrasen, die nun gestrichen werden können. Bei der Reduktion durch Selektion wird entschieden, welche Paraphrasen inhaltstragend und bedeutend sind. Diese werden weiter unverändert für den nächsten Schritt der Reduktion verwendet. Die hier verwendeten Makrooperatoren sind Auslassen und Selektion, sie folgen den Z3- Regeln (vgl. Mayring 1997, 59ff).

Der 5. Schritt **Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau** ist ein weiterer Reduktionsschritt. Es werden inhaltsähnliche Paraphrasen zu einer einzelnen zusammengefasst oder eine neue Paraphrase gebildet, welche die Aussagen

mehrer Paraphrasen zusammenfasst. Falls das Resultat noch nicht kompakt genug ist, gibt es die Möglichkeit das Abstraktionsniveau noch höher festzulegen und den Schritt der Reduktion erneut zu wiederholen. Dieses Vorgehen kann so oft wiederholt werden, bis die Zusammenfassung kompakt genug ist. Die Z4- Regeln und somit die Makrooperatoren Bündelung, Konstruktion und Integration sichern einen geregelten Ablauf dieses Schrittes (vgl. Mayring 1997, 59ff).

Im nächsten Schritt der **Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem** werden die bisherigen Ergebnisse zum ersten Mal überprüft. Die Aussagen eines Kategoriensystems müssen das Ausgangsmaterial repräsentieren, das heißt alle Paraphrasen sowie die Aussagen des Ausgangsmaterials müssen sich in diesem System wiederfinden. Die Kategorienbildung, ein entscheidender Schritt in der qualitativen Inhaltsanalyse. Ziel der induktiven Kategorienbildung ist die Zusammenfassung, die direkt aus dem Material resultiert. Im vorliegenden Fall war es nicht möglich eine rein induktive Kategorienbildung zu verwirklichen, auch wenn diese als fruchtbarer und bedeutsamer gesehen wird (vgl. Mayring 1997, 59ff). Die aus dem Forschungsstand resultierenden Fragestellung haben ebenso wie die Fähigkeiten der Kinder einen gewissen Rahmen vorgegeben. Aus diesem Grund könnten eventuell Aspekte nicht zur Sprache gekommen sein, die somit auch nicht in die Auswertung einfließen.

Im abschließenden 7. Schritt, **Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial** werden die nun vorhandenen Ergebnisse nochmals mit dem ursprünglichen Ausgangsmaterial verglichen. Ist das Endresultat noch nicht kompakt genug, kann eine weitere Zusammenfassung durchgeführt werden, indem man das angestrebte Abstraktionsniveau nochmals höher setzt und die nachfolgenden Interpretationsschritte erneut durchläuft. Durch diese neuerliche Reduktion müssten sowohl Schritt sechs und sieben wiederholt werden (vgl. Mayring 1997, 59ff).

Die von Mayring formulierten Interpretationsregeln welche sich auf die vier Schritte der Materialreduktion beziehen sind in Tabelle 2 Interpretationsregeln (Mayring 1997, 62) dargestellt.

„Z.1: Paraphrasierung“	„Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Bestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen! Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene! Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!“
„Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau“	„Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, so daß die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind! Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise! Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen! Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen in Zweifelsfällen zuhilfe!“
„Z3: Erste Reduktion“	„Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten! Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden! Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)! Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen in Zweifelsfällen zuhilfe!“
„Z4: Zweite Reduktion“	„Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen! Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand (Konstruktion/ Integration) zusammen! Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen! (Konstruktion/ Integration) Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen in Zweifelsfällen zuhilfe!“

Tabelle 2 Interpretationsregeln (Mayring 1997, 62)

Anhand einiger Auszüge aus mit den Kindern durchgeführten Interviews, sollen Beispiele für die praktische Umsetzung des Ablaufmodells gezeigt werden.

I: „[...] was das für dich heißt? Gesundheit, wenn wer nicht weiß was Gesundheit is wie würdest ihm das erklären?“

K: „Das man gesund ist, dass man niemanden anstecken kann.“

I: „Und noch was?“

K: „Das man nicht verkühlt is.t“

I: „Und noch was?“

K: „Das man nicht Bauchweh hat.“

I: „Und noch was?“

K: „Das man nicht Unfall hat, nicht ins Spital fahren muss.“ (Fall 12, 131-139)

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
12	3	236	Das man gesund ist, dass man niemanden anstecken kann	Keine Ansteckung als Gesundheitsdefinition	K1: Wahrnehmung von Gesundheit Definition von Gesundheit - Keine Ansteckung möglich - Abwesenheit von Krankheit (Erkältung, Bauchschmerzen, Unfall)
12	3	237	Das man nicht verkühlt ist	Abwesenheit von Krankheit als Gesundheitsdefinition	
12	3	238	Das man nicht Bauchweh hat	Abwesenheit von Krankheit als Gesundheitsdefinition	
12	3	239	Das man nicht Unfall hat, nicht ins Spital fahren muss.“	Abwesenheit von Krankheit als Gesundheitsdefinition	

I: „Was kannst du denn da machen, dass du gesund bleibst? Fallt dir da was ein?“

K: Nickt

I: „Was denn? Hmm? Was tust du damit du gesund bleibst?“

K: „Trinken.“

I: „Und was noch?“

K: „Essen.“

I: „Super noch was?“

K: „Zähne putzen.“

I: „Aha und was noch?“

K: „Schlafen.“

I: „Ohhh super und noch was?“

K: „Trinken.“ (Fall 10, 45- 54)

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
10	1	195	Trinken	Trinken als Krankheitsprävention	K3: Faktoren die Gesundheit beeinflussen Krankheitsprävention durch: Alltägliche Aspekte (Trinken, Essen, Schlaf)
10	1	196	Essen	Essen als Krankheitsprävention	
10	2	198	Schlafen	Schlafen als Krankheitsprävention	
10	2	199	Trinken	Trinken als Krankheitsprävention	

- I: „[...] So und wenn jetzt wer krank ist, ganz egal was er hat was tut ma denn damit er wieder gesund wird?“
- K: „Ein Tee machen.“
- I: „Einen Tee machen fällt dir sonst noch was ein?“
- K: „Fiebermessen.“
- I: „Fiebermessen und sonst noch was?“
- K: „Eincremen wenn er ein Auweh hat.“
- I: „Eincremen, sonst noch was?“
- K: „Ein Pflaster drauf geben damit, damit man sich nicht am Aua anhaut.“
(Fall 9, 44- 52)

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
9	1	161	Ein Tee machen	Tee um gesund zu werden	K 4: Faktoren die Krankheit beeinflussen Heilung durch: Krankheitsbezogene Aspekte (Tee trinken, Fiebermessen, Eincremen, Pflaster)
9	1	162	Fiebermessen	Fiebermessen um gesund zu werden	
9	1	163	Eincremen wenn er ein Auweh hat	Eincremen um gesund zu werden	
9	2	164	Ein Pflaster drauf geben, damit man sich nicht am Aua anhaut	Pflaster um gesund zu werden	

- I: „Warum glaubst’n du, warst du krank und die Mama war gesund?“
- M: „Zuerst war immer meine Mama gesund, dann hat sie mich angesteckt, dann war ich krank.“
- I: „Und wie funktioniert das mit dem Anstecken? Hast da eine Idee?“
- M: „Wir haben uns immer miteinander geküsst.“

I: „Oje, und da is es passiert?“

M: Nickt

I: „Mhm, also woher kommt das Fieber dann?“

M: „Von den Küssen.“ (Fall 9, 63- 70)

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
9	2	166	Zuerst war immer meine Mama gesund dann hat sie mich angesteckt, dann war ich krank	Ansteckung durch Körperkontakt (Küssen)	K 5: Wissen zum Thema Ansteckung durch Körperkontakt • Küssen
9	2	167	Wir haben uns immer miteinander geküsst	Ansteckung durch Körperkontakt (Küssen)	
9	2	168	Von den Küssen	Ansteckung durch Körperkontakt (Küssen)	

3.2. GÜTEKRITERIEN

QUALITATIVE GÜTEKRITERIEN

Gütekriterien der qualitativen Forschung gewährleisten die Qualität der Forschungsergebnisse. Die qualitativen Gütekriterien lauten wie folgt:

- Verfahrensdokumentation: Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses durch genaue Beschreibung
- Argumentative Interpretationsabsicherung: Argumente für die Interpretationen, logische Schlussfolgerungen

- Nähe zum Gegenstand: in die Lebenswelt begeben
- Kommunikative Validierung: Ergebnisse dem Betroffenen, aber auch im Forscherteam vorlegen und diskutieren (vgl. Mayer 2002, 79f)

Im Rahmen der Diplomarbeit wurde der Forschungsprozess im Detail erörtert und nachvollziehbar dargestellt. Dadurch soll das Gütekriterium der *Verfahrensdokumentation* erfüllt werden. Alle Schritte, sowohl der Datenerhebung als auch der Datenauswertung, werden klar dargestellt, um die *argumentative Interpretationsabsicherung* zu gewährleisten. Da die Daten im Kindergarten gemeinsam mit den Kindern erhoben werden, ist die *Nähe zum Gegenstand* gegeben. Die *kommunikative Validierung* zu gewährleisten gestaltet sich bei dieser Aufgabenstellung etwas schwierig, da weder eine kritische Auseinandersetzung der Ergebnisse mit den Kindern noch mit dem Forscherteam stattfinden kann, da die Kinder zu jung sind und das Forscherteam nicht vorhanden ist. Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand findet jedoch eine theoriegeleitete bzw. empirische Validierung statt.

INHALTSANALYTISCHE GÜTEKRITERIEN

Außer den schon erwähnten klassischen qualitativen Gütekriterien gibt es speziell für die qualitative Inhaltsanalyse Gütekriterien, die wie folgt lauten:

- Intercoderreliabilität: Übereinstimmung verschiedener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Anwendung sowie der Konstruktion von Kategorien.
- Semantische Gültigkeit: Übereinstimmung zwischen dem, was tatsächlich aufgezeichnet wurde und dem, was von den Befragten gemeint wurde.
- Stichprobengültigkeit

- Korrelative Gültigkeit: Überprüfung, ob die Validierung durch einen etwaigen Zusammenhang mit einem anderen/ äußeren Kriterium gegeben ist.
- Vorhersagegültigkeit: Ist nur möglich, wenn sich angemessene Vorhersagen aus dem Material ableiten lassen.
- Konstruktvalidität: Lässt sich mittels „bisherige Erfolge mit ähnlichen Konstrukten und/oder Situationen, Erfahrungen mit dem Kontext des vorliegenden Materials, etablierte Theorien und Modelle, Repräsentative Interpretationen und Experten“ (Mayring 1997, 112) überprüfen.
- Stabilität: Überprüfbar durch erneuerte Anwendung des Instruments der Analyse.
- Reproduzierbarkeit: Überprüfung, inwieweit die Ergebnisse die Selben bleiben, wenn man Umstände bzw. Analysierende ändert.
- Exaktheit: Inwieweit entspricht die Analyse bestimmten funktionellen Standards.
- Fehlertheorie: Wo könnten außerdem noch Fehler aufgetreten sein (vgl. Mayring 1997, 111ff).

Das Problem der *Intercoderreliabilität* stellt sich nicht, da die Untersuchung im Rahmen dieser Diplomarbeit nur von einer Person durchgeführt wurde. Zur Überprüfung der *semantischen Gültigkeit* wurden Textpassagen, denen auf Grund der Analyse eine bestimmte Bedeutung zugeschrieben wurde, ausgewählt, mit dem Konstrukt verglichen und auf Homogenität geprüft. Da keine allzu große Auswahl an Interviewpartnern zur Verfügung stand, wurden alle Kinder, deren Eltern die Einverständnis gegeben haben, und die dazu bereit waren, zu einem Interview herangezogen. Eine Auswahl mittels spezieller Kriterien zur Ziehung der *Stichprobe* konnte also nicht erfolgen. Die Überprüfung der *korrelativen Gültigkeit* sowie die der *Konstruktvalidität* findet im Zusammenhang mit der Diskussion bereits bekannter Ergebnisse statt.

Aufgrund der kleinen Stichprobe ist eine *Vorhersagegültigkeit* nicht gegeben. Die Überprüfung der *Stabilität* sowie der *Reproduzierbarkeit* ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich (vgl. Mayring 1997, 111ff). Um die Exaktheit zu überprüfen nennt Krippendorff folgende Quellen der Nicht-Reliabilität: die Auswertungseinheit, die Person, die die Analyse durchgeführt hat, die einzelnen Kategorien sowie die Kategoriedifferenzierung. Da sich die Überprüfung der Auswertungseinheit auf signifikante Unterschiede des ausgewerteten Materials von einer Person auf das Material der restlichen auswertenden Personen bezieht, ist es in diesem Fall ein irrelevantes Kriterium. Die Analytikerin wird mittels Intercoderreliabilität überprüft und ist daher ebenso irrelevant als Ursache für nicht vorhandene Reliabilität. Die einzelnen Kategorien sowie die Kategoriedifferenzierung waren durch die Forschungsfrage angedeutet (vgl. Krippendorff 2004, 211ff). Weitere Fehlerquellen können durch die besonders nahe Beziehung der interviewten Kinder zur Interviewerin aufgetreten sein. Die Sprache der Kinder war nicht immer einfach zu verstehen, durch Nachfragen könnten die Kinder beeinflusst worden sein. Sicherlich waren einige Erkenntnisse auch durch einen aktuellen Anlass, wie zum Beispiel eine zeitlich kurz zurückliegende Impfung oder die aktuelle Erkrankung eines Familienmitglieds, präsent und würden zu einem anderen Zeitpunkt nicht in dieser Form geäußert werden. Trotz größter Bemühungen sind auch Fehler in der Auswertung nicht ausgeschlossen, da jeder Schritt des Ablaufmodells die Möglichkeit bietet, Fehler zu machen (vgl. Mayring 1997, 112).

3.3. ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

Die Tatsache, dass die Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer dieser Arbeit Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren sind, fordert besondere ethische Überlegungen. Kinder sind besonders verletzlich, da sie manipulierbar, verführbar und ausnutzbar sind. Sie können nicht abschätzen was für sie selbst bzw. ihre Entwicklung schädlich ist, und sind somit auf den Schutz aus ihrem soziales Umfeld unbedingt angewiesen. Um das Wohlergehen der Kinder zu gewährleisten ist es als unbedingt notwendig, sich vor Augen zu führen, dass Kinder unverwechselbare, einzigartige, vulnerable Wesen sind (vgl. Maio 2008, 37).

Das forschungsethische Handeln wird über den Informed Consent, den Datenschutz und dem „Nicht Schadens Prinzip“ gewährleistet (vgl. Körtner 2004, 180ff).

In Fall dieser Untersuchung geben die Eltern ihr Einverständnis mittels Elternbrief (siehe Anhang). Durch den Elternbrief wurden die Eltern darüber aufgeklärt, welchem Zweck die Studie dient, was von den Kindern gefordert wird, welche Verfahren enthalten sind und wie die Ergebnisse des Projektes genutzt werden (vgl. Roper, Shapira 2004, 134). Die Kinder, deren Eltern der Untersuchung zugestimmt haben, müssen ebenfalls damit einverstanden sein, interviewt oder beim Spiel beobachtet zu werden bzw. ihre Zeichnungen aus freien Stücken zur Verfügung stellen. Da die Kinder nicht lesen können, war in ihrem Fall die Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung nicht möglich. Daher wurden sie, bevor das Projekt gestartet wurde, im Kollektiv und vor dem jeweiligen Interview bzw. der Beobachtung oder Zeichnung ebenfalls über den Zweck der Studie, die Anforderungen, die Verfahren sowie über den Verwendungszweck der Ergebnisse kindgerecht informiert (Informed Consent). Alle Daten werden anonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben (Datenschutz). Die Kinder konnten das Spiel oder die Interviews jederzeit abbrechen oder ihre Zeichnungen einbehalten. Respekt gegenüber den Kindern

und ihrer Meinung sowie die Berücksichtigung der Würde und Einzigartigkeit sind grundlegend. Die persönliche Themenstellung erfordert desweiteren einen sensiblen und einfühlsamen Umgang. Die Beiträge und Meinungen der Kinder werden wertgeschätzt und keineswegs als selbstverständlich betrachtet („Nicht Schadens Prinzip“).

4. ERGEBNISSE

Neben der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes ist es ein Ziel dieser Arbeit, einen Beitrag zur Erschließung des Themengebietes zu leisten. Dazu wurden Interviews durchgeführt und ausgewertet. Die Formulierung und Reihenfolge der Fragen wurde der individuellen Situation angepasst. Schüchternen Kindern wurden die Eingangsfragen zu einem späteren Zeitpunkt, an dem die anfängliche Unsicherheit überwunden war, erneut gestellt. Unklare Fragen wurden umformuliert bzw. ebenfalls zu einem späteren Zeitpunkt erneut gestellt.

Die Ergebnisse der Interviews werden im folgenden Teil den Forschungsfragen entsprechend gegliedert dargestellt.

4.1. KINDLICHE WAHRNEHMUNG VON KRANKHEIT BZW. GESUNDHEIT

ASSOZIATIONEN ZU GESUNDHEIT

Im folgenden Abschnitt wurde bewusst die Formulierung Assoziation, das in Verbindung bringen mit etwas, verwendet. Definition, also die Beschreibung oder Bestimmung von etwas, scheint nicht passend, da die Kinder Assoziation zu Gesundheit bzw. Krankheit geschildert haben. Die Kategorienbildung ist das Ergebnis der Befragung und enthält daher, ebenso wie die Aussagen der Kinder, Assoziationen.



Abbildung 6 gesundes Selbstportrait

Die Fragen nach einer Assoziation von Gesundheit waren folgende:

- Was heißt Gesundheit für dich?

Wie ist das, wenn du gesund bist?

- Tun wir so, als wüsste ich nicht, was Gesundheit ist, wie würdest du mir erklären was Gesundheit bedeutet? (siehe Interviewleitfaden)

Die Fragen wurden von den Kindern in der Regel als besonders schwer zu beantworten empfunden. Vor allem die jüngsten Befragungsteilnehmerinnen und Befragungsteilnehmer konnten diese Fragen nicht beantworten, die

meisten Kinder bemühten sich jedoch um eine Antwort.

„Is jetzt eine schwierige Frage.“ (Fall 1, 14)

Der Großteil der Kinder assoziiert Gesundheit mittels negativer Umschreibungen. Dabei wurden das Fehlen von Krankheit, Verletzung und Schmerzen, die nicht notwendige Einnahme von Medikamenten, kein Funktionsverlust sowie kein Aufenthalt im Krankenhaus genannt. Weiters definierte ein Kind Gesundheit darüber, dass im gesunden Zustand niemanden anstecken kann.

„Das du nicht kaputt wirst [...] dass du nicht mehr brauchst viel Wasser trinken [...]“ (Fall 3, 120- 122)

„Wenn ich Tabletten nicht nehm.“ (Fall 6, 93)

„Das is damit ma keinen Husten hat [...] kein Schnupfen [...] und dass die Augen immer aufbleiben [...] und das ma gesund bleibt.“ (Fall 9, 90- 96)

„Das man gesund ist und niemanden anstecken kann [...] das man nicht verkühlt ist [...] das man nicht Bauchweh hat [...] das man nicht speiben muss [...] das ma nicht Unfall hat, nicht ins Spital fahren muss“ (Fall 12, 133- 143)

Aber Gesundheit wurde auch positiv definiert und zwar über Funktionalität und positiver Befindlichkeit wie „stark sein“ und psychisches Wohlbefinden. In einigen Fällen blieb die Antwort gleichbedeutend (Gesundheit ist Gesundheit) bzw. wurde die Antwort mit Erlebnissen verbunden (Gesundheit ist wenn man geimpft ist, etc.).

„Wenn man an die frische Luft geht.“ (Fall 1, 21)

„Dass ich fröhlich bin, dass ich spiele, dass ich zur Mama renn [...]“ (Fall 12, 129)

ASSOZIATION ZU KRANKHEIT

Die Assoziation zu Krankheit fiel den Kindern schwerer als die zu Gesundheit. Deutlich mehr Kinder konnten folgende Fragen nicht beantworten.

- Was heißt Krankheit für dich? Wie ist das, wenn du krank bist?
- Tun wir so, als wüsste ich nicht, was Krankheit ist, wie würdest du mir erklären was Krankheit bedeutet?

Häufig wurde diese Fragen mittels Symptomen umschrieben (Krankheit ist Husten, Schnupfen, etc., Krankheit ist Verletzung, etc.)

„Dann sag ich krank sein ist spucken, anstecken [...] und wenn man alles hat is das auch schwierig[...] Dann kann ich sagen dass Krankheit nicht is wenn man stilles Bauchweh hat, eh, hmm was fällt mir noch ein? Wenn ma verkühlt is, sonst weiß ich nix“ (Fall 12, 116- 124)

Aber Krankheit wurde auch über Schmerz, Funktionsverlust und schlechtes Befinden definiert.

„Krank sein heißt, dass [...] du, dass dir weh tan, dann wird auuuuuu, dann wird wirklich weh [...] wir werden wir kaputt“ (Fall 3, 114- 117)

„Der Fuß tut weh, ganz schlimm [...] der Arm tut ganz schlimm weh [...] dann wenn der Magen bricht [...]“ (Anm.: dann wenn man sich übergiebt) (Fall 6, 69-77)

„Muss ma zu Hause bleiben, kann man fernschaun [...]“ (Fall 12, 83)

4.2. FAKTOREN, DIE AUS KINDLICHER SICHT GESUNDHEIT UND KRANKHEIT BEEINFLUSSEN



Abbildung 7 krankes Selbstportrait

FAKTOREN DIE GESUNDHEIT BEEINFLUSSEN

Die Antworten auf die Frage

- Was kann man tun damit man gesund bleibt?

fielen weniger zahlreich aus als die Antworten auf die Frage nach den Faktoren, welche Krankheit beeinflussen. Auch hier gab es Kinder, die nicht antworteten. Der überwiegende Großteil der Antworten kann der Kategorie „gesunde

Lebensweise“ zugeordnet werden. Genannt wurde gesunde Ernährung. Häufiger kamen dabei die Themen Trinken, Schlaf, Bewegung/Spiel, Hygiene in Form von regelmäßigem Zähneputzen sowie adäquate Kleidung zur Sprache.

„Ja, viel Obst essen [...] viel Gemüse essen“ (Fall 1, 65- 67)

„Muss ma sich gut abziehen“ (Anm.: anziehen) (Fall 2, 46)

„muss ich dann viel Wasser trinken“(Fall 3, 92)

„Trinken [...] essen [...] Zähne putzen [...] schlafen“ (Fall 10, 46- 52)

„ Essen [...] trinken, spielen“ (Fall 12, 99- 101)

Ein Kind erwähnte

„Tabletten [...] Ja so kleine weiße, die so klein sind“ (Anm.: drückt Daumen und Zeigefinger fest zusammen) (Fall 6, 53- 57).

Nach Rücksprache mit der Mutter bestätigte sich die Vermutung, dass es sich um homöopathische Globuli handelt.

FAKTOREN DIE KRANKHEIT BEEINFLUSSEN

Wie schon erwähnt war es für die Kinder leichter über Dinge zu sprechen, die Krankheit beeinflussen. Die Fragen

- Was kann man tun damit man wieder gesund wird?
- Warum glaubst du bleiben manche Menschen gesund und warum werden andere krank?

wurden oft ausführlich behandelt. Besonders häufig kam die Einnahme von Medikamenten zur Sprache

„Eine Medizin geben [...] eine süße“ (Fall 1, 36- 38)

„Sie haben mir Hustensaft gegeben [...] eee wie heißt das nochmal?

Schnupfentropfen für die Nase - Nasentropfen“ (Fall 9, 19- 22)

Mit einem Besuch beim Arzt, pflegerische Maßnahmen und Hausmittel wurde ebenfalls versucht diverse Krankheiten zu behandeln:



Abbildung 8 kranke Prinzessin mit Dingen die sie wieder gesund machen

„Es is nicht gut gwordn, dann bin ich zum Papa mich mim Papa zun sein Arzt gegang, weil dort hat er mich den Rücken untersucht, dann bin ich zu Mamas Arzt gegang dann zu mein Arzt“ (Fall 4, 29- 31)

Kind steckt kranker Puppe Finger ins Ohr macht nach kurzer Zeit piep piep-piep (Anm.: stellt Fiebermessen nach) (Fall 5)

Ich glaub, wir haben also Soletti gegessen, das is auch gut, Wasser trinken, ja und dann hamma paar Sachen auch noch gemacht, die wo ich mich nicht ganz erinnern kann [...]“ (Fall 12, 54- 56)

„Ein Kirschi drauf gelegt und ich hab Bauchweh gehabt und dann hat sie immer mein Krischi drauf gelegt [...] auf das Bauch“ (Anm.: ein Kirschi ist ein Kirschkernkissen) (Fall 13, 47- 50)

Auch die Ansicht der selbständigen Heilung wurde des öfteren vertreten

„Einfach so ist sie dann wieder gesund geworden [...]“ (Fall 2, 27)

„In drei Wochen is ihr wieder besser gang [...] von selber“ (Fall 4, 24- 26)

Ein weiter Aspekt ist erneut die gesunde Lebensweise.

„viel Wasser trinken“ (Fall 1, 40)

Zwei Kinder füttern der kranken Puppe zuvor klein geschnittenes Obst, decken die Puppe gut zu und klopfen auf den Rücken der Puppe (Fall 5)

Ebenso wurde Zuwendung in jeder Form erwähnt.

„Und der Papa und ich mussten dauernd ihr das bringen was sie haben wollte [...] ich brangt ihr (der Mutter) Wasser und ein Brot [...]“ (Fall 1, 49- 52)

„Eincremen wenn er ein Auweh hat“ (Fall 9, 50)

4.3. WISSEN DER KINDER ZUM THEMA GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Um zu erfahren ob die Kinder selbst oder die Mitglieder ihrer Familien schon einmal krank waren wurden folgende Fragen gestellt:

- War schon mal jemand aus deiner Familie krank?
- Warst du schon einmal krank?

Erwähnenswert ist, dass die meisten Kinder denken, dass ihre Eltern noch nie krank waren. Vor allem die Väter werden aus Sicht der Kinder nicht krank. Kranke Mütter und Geschwister hingegen wurden von den Kindern öfter erwähnt. Tabelle 3 stellt die Verteilung der kranken Familienmitglieder im Überblick dar.

	Vater	Mutter	Geschwister
krank	3	5	4
nie krank	7	6	2

Tabelle 3 Krankheiten der Familienmitglieder

Konkret wurde nur von drei Vätern berichtet, die schon einmal krank waren. Im Gegensatz zu sieben Vätern, die noch nie krank waren. Bei den Müttern ist diese Differenz nicht ganz so gravierend. Fünf Mütter waren aus Sicht ihrer Kinder schon einmal krank, sechs nicht. Vier Geschwisterkinder waren laut Aussage der Kinder schon einmal krank zwei noch nie.

Auf sonstige Familienmitglieder wurde nur im Einzelfall hingewiesen.

„Die Mama war nach dem Skifahren krank“ (Fall 1, 43)

I: *„War die Mama schon mal krank, weißt du das?“*

K: *„Nein“*

I: *„Der Papa?“*

K: *„Nein“*

I: *„Warst du schon einmal krank?“*

K: *„Ja“ (Fall 5, 65- 70)*

„Der X. (Anm.: Bruder) war schon mal krank“ (Fall 6, 22)

„Nein (Anm.: der Vater war noch nie krank) - aber mein Opa is ganz krank“ (Fall 6, 37)

„Der (Anm.: Bruder) hat immer Schnupfen und Husten“ (Fall 7, 22)

I: *„Mhm, und war da Papa schon mal krank?“*

K: *Schüttelt den Kopf (Fall 10, 26-27)*

Ebenso wussten die meisten Kinder genau, dass sie schon krank waren.

I: *„Warst du schon amal krank*

K.?*“*

K. *„Ja“*



Abbildung 9 Krankenhaus

I: „Ja, was hast'n du da gehabt wie du krank warst?“

K: „Fieber und ich muss brechen“ (Anm.: das Kind muss sich übergeben)
(Fall 6, 4- 7)

KRANKHEITEN DER KINDER UND IHRER FAMILIEN

Die Frage nach Krankheitsfällen in der Familie wurde erweitert, um zu erfahren welche Krankheiten den Kindern geläufig sind. Die Kinder wurden folgendes gefragt:

- War schon mal jemand aus deiner Familie krank? Wie ist das, wenn jemand aus deiner Familie krank ist? Was kann man/ Was kannst du tun, damit er oder sie wieder gesund wird?
- Warst du schon einmal krank? Was hast du gehabt?
- Wie du XXX (von einigen Kindern ist der Interviewerin eine Krankheit/ Verletzung bekannt) gehabt hast, wie war das?

Unter den Krankheiten, die die Kinder selbst hatten, finden sich bis auf eine Viruserkrankung ausschließlich alltägliche Erkrankungen bzw. Symptome wie Husten und Schnupfen, Fieber, Bauchschmerzen, Erbrechen, Kopfschmerzen, Ohrenschmerzen, Rückenschmerzen, diverse Verletzungen, Augenentzündung und Erkältung.

„Ehm - Husten hab ich jetzt noch immer Buachiweh haben ich in der Früh gehabt [...] und gestern Abend hab ich Kopfweh gehabt“ (Fall1, 28- 30)

„Virus [...] ja [...] aber er hat mich Gott sei Dank, dass er mich nicht kaputt gemacht hat“ (Fall 3, 9- 13)

„ Ehm Fieber [...] Schnupfen [...] und noch und noch Rückenweh“ (Fall 4, 7- 16)

„Hmmm aber ich hab schon mal gekotzt“ (Fall 8, 10)

Die Krankheiten ihrer Angehörigen sind bis auf eine Ausnahme ähnlich, : Fieber, Kopfschmerzen, Husten, Halsschmerzen, Erkältung, Erbrechen, Fußschmerzen, Augenentzündung, Bauchschmerzen und Verletzung. Ein Kind nannte, wenn auch mit einer naiven Ausdrucksweise, Krebs als Krankheit.



Abbildung 10 Rettungsauto und Kind mit gebrochenem Alles

„Ein Krebs hat ihn in den Hals gefressen“ (Fall 6, 34)

„Der (Anm.: Bruder) hat immer Schnupfen und Husten“ (Fall 7, 22)

„Sie (Anm.: Schwester) hat auch mal gekotzt [...] Weil sie zu viele Rosinen gegessen hat“ (Fall 8, 19- 22)

„Mhm, der (Anm.: Vater) hatte schon mal Verkühlung“ (Fall 12, 60)

„Ja sie (Anm.: Mutter) hat sich mal am Bein weh getan, da warma walken“ (Fall 12, 66)

SCHLIMMSTE BEKANNTE KRANKHEIT

Auf die Frage

- Welche ist die allerschlimmste Krankheit die du kennst?

nannten die Kinder Krankheiten, die sich meist mit den eigenen bisherigen Erkrankungen bzw. Krankheiten aus ihrem sozialen Umfeld deckten. Wie zum

Beispiel Fieber, eine Vireuserkrankung, Erkältung, Bauchschmerzen und Rückenschmerzen.

Für ein Kind waren Feuchtblattern, und für ein anderes alle Krankheiten auf einmal, das schlimmste Leiden,, das sie sich vorstellen konnten.

„Weiß nicht - vielleicht wenn ma alles hat.“ (Fall 12, 72)

Einige Kinder nannten keine allerschlimmste Krankheit.

KRANKHEITSURSACHEN

Die Frage:

- Warum glaubst du, wirst du krank?

konnte vor allem von den zwei- und dreijährigen Kindern nicht beantworteten werden. Die Frage, warum sie selbst, Mutter, Vater oder Geschwister krank waren, wurde selten beantwortet. Die von den Kindern gegebenen Antworten waren zum Teil durchaus realistisch wie zum Beispiel:

„Sie (Anm.: Schwester) hat auch mal gekotzt [...] Weil sie zu viele Rosinen gegessen hat“ (Fall 8, 19- 22)

Neben äußeren Einflüssen wie Nahrungsmittel, schlechtes Wetter, inadäquate Kleidung, zu viel Arbeit, wurden auch innere Ursachen wie schlechter Schlaf als Krankheitsauslöser genannt.

„Hmmm... hab ich nicht gut geschleift (Anm.: geschlafen).“ (Fall 3, 62)

„Wenn ma zu lang draußen bleibt im Winter“ (Fall 2, 41)

*„Weil sie immer so viel arbeitet“
(Fall 9, 36)*

*„Einmal in der Nacht hab ich mal
zu viel gegessen, habe ich
gespuckt in der Nacht zwar.“
(Fall 12, 31)*

Aber annähernd ebenso viele
Kinder nannten Ansteckung
bzw. damit assoziierte Begriffe
als Krankheitsursache:



Abbildung 11 „kotzendes Kind“

„Weil ich ihnen nicht ein Bussi gebe.“ (Fall 1, 88)

*„Die Mama war auch mal krank, da die X. wo immer mit Rauch mit der Titarette
(Anm.: Zigarette), die hat die Mami angesteckt“ (Fall 4, 19- 20)*

„Ja weil ich die Mama nicht angesteckt hab“ (Fall 12, 75)

4.4. SONSTIGE ERKENNTNISSE

In diesem Abschnitt werden Ergebnisse, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten sowie besonderes herausragende Ergebnisse behandelt.

Besonders zeichnete sich ein Kind durch detailliertes Wissen über die Funktion einer Impfung aus:

K: *„Ja zu hier hinein (deutet auf seinen Bauch) sind diese Stückn die sagen pipipip nein und da Virus geht hier hinein und stoßt den Bauch und stoßt und stoßt und das geht wirklich schwer kaputt wirklich“*

I: *„Aber ich versteh das noch nicht mit dem pipipip? Kannst du das nochmal erklären bitte?“*

K: *„Die Stücken sagen dem Virus pipipipi nein“*

I: *„Wer sagt dem Virus was?“*

- K: „Pipipipip sage die Stückn nein, nein, nein“
- I: „Welche Stücke?“
- K: „Diese die dich hinein sind“ (Kind drückt mit dem Zeigefinger auf den Oberarm)
- I: „Aaaa von der Spritze die?“
- K: „Ja sagen die“ (Fall 3, 76- 87)

Ein Kind drückte aus, dass Krebs eine unheilbare Krankheit ist, nannte es aber nicht als schlimmste bekannte Krankheit. Interessant erscheint, dass in diesem Fall eine möglicherweise korrekte Einschätzung der Prognose formuliert wurde.

- K: „Ein Krebs hat ihn in den Hals gefressen. [...] Aber er is noch nicht gestorben“
- I: „Und wird der X. wieder gesund?“
- K: „Nein“ (Fall 6, 34- 38)

Die Kinder erklärten Theorien über Ansteckung, welche relativ detailliert, wenn auch nicht gänzlich real sind:

- I: „Hmmm sag einmal woher kommt der Virus?“
- K: „Weiß ich nicht.“
- I: „Der war einfach so da?“
- K: „Er bleibt hinaus und kommt er und geht hinauf und kommt hier hinein von dem Mund und da (deutet auf die Hände) und geht ins Bauch und stört so, aber das geht schwer kaputt, wirklich schwer schwer, schwer, schwer.“ (Fall 3, 129- 134)
- I: „Ok aber du hast ja gesagt, der is dann im Bauch der Virus oder?“
- K: „Ja“
- I: „Und was macht der dort?“
- K: „Der wie ein Kugel und der Kugel hat so eine was und stoßt so hinaus und hinein und stoßt noch einmal hinaus.“ (Gestikuliert wild um den Bauch)
- I: „Und hast du das in deinem Bauch gespürt?“

K: „Ja“

I: „Hmmm“

K: „Und das dann hat der Pix pix das raus geschmisst wo es kalt ist.“

I: „Aha und was passiert dann mit dem Virus wenn er draußen ist?“

K: „Geht er weg!“

I: „Mhm und was macht er dann wenn er weg geht?“

K: „Geht in seinen Haus wieder“ (Fall 3, 137- 149)

I: „Und wie funktioniert das mit dem Anstecken?“

K: „Wenn ma sich die Hand gibt kommt dann das da rüber, dann is das angesteckt“

I: „Und wie funktioniert das genau, wenn du mir jetzt die Hand gibst was passiert da?“

K: „Kommt das irgendwie da rüber“

I: „Zu mir?“

K: „Mhm“ (Fall 12, 76- 81)

I: „[...] und wenn man gesund ist?“

K: „Kann man niemanden anstecken.“ (Fall 12, 91- 92)



Abbildung 12 krankes Selbstportrait

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die an der Untersuchung teilnehmenden Kinder in der Altersgruppe von zwei bis sechs Jahren waren durchaus in der Lage, ihr Sicht der Dinge darzulegen. Alle Kinder befanden sich, laut Jean Piagets Theorie zur kognitiven Entwicklung des Menschen, in ihrer Entwicklung im Stadium des voroperatorisch anschaulichen Denkens. Somit war es für ihre Vorstellung nicht mehr nötig, direkte Beobachtungen zu machen. Die Beantwortung der Fragen sollte aus entwicklungspsychologischer Sicht nicht überfordernd gewesen sein (vgl. Piaget, Inhelder 1972, 61f). Auch auf sozial-emotionaler und sprachlicher Ebene war die Entwicklung so weit fortgeschritten, dass es theoretisch möglich war, auf die gestellten Fragen zu Antworten (vgl. Erikson, 36ff; Rossmann 2001, 95ff)

5.1. KINDLICHE WAHRNEHMUNG VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Wie durch die Ergebnisse der Literaturrecherche zu erwarten, fiel es einigen befragten Kindern schwer eine Antwort auf die Frage nach ihren Assoziationen von Gesundheit und Krankheit zu finden (vgl. Myant, Williams 2005, 810; Schmidt, Fröhling 1998, 37ff). Durch gezieltes Nachfragen und einer veränderten Fragestellung gelang es trotzdem einige Ergebnisse zu gewinnen, die im Großen und Ganzen denen der Literaturrecherche entsprechen. Oft wurde Gesundheit als das Nichtvorhandensein einer Krankheit oder über Funktionalität definiert. Die Frage nach einer Definition für Krankheit fiel den Kindern besonders schwer, viele Kinder konnten diese Frage nicht beantworten. Erklärbar wäre dieses Phänomen, das auch Schmidt und Fröhling

(1998) in ihrer Studie beschreiben, durch die Tatsache, dass Kinder in diesem Alter in der Regel noch wenig Erfahrung mit Krankheit gemacht haben.

Erkrankungen der Eltern beeinflussen die Wahrnehmung der Kinder zum Thema Gesundheit und Krankheit offensichtlich nicht. Die konkrete Erfahrung eines Kindes mit kranken Eltern ist nicht bekannt. Grund dieser Verzerrung kann die Idealisierung der Eltern durch die Kinder sein, wie sie im Modell der sozial-emotionalen Entwicklung von Erikson (1988) beschrieben wurde (vgl. Erikson 1988, 36ff).

Da sowohl in der Studie von Bibace und Walsh (1980), Perrin und Gerrity (1981) als auch in der Studie von Koopman, Baars, Chaplin und Zwinderman (2004) gezeigt wurde, dass eine magische Komponente im Zusammenhang mit kindlichen Konzepten von Gesundheit und Krankheit vorkommt, ist es auffällig, dass keines der im Rahmen dieser Arbeit befragten Kinder eine magische Erklärung lieferte (vgl. Bibace, Walsh 1980, 914f; Koopman, Baars, Chaplin, Zwinderman 2004, 336; Perrin, Gerrity 1981, 844).

Die Aussage der Kinder, dass Krankheit oft von selbst verschwindet, wird nicht als magische Sichtweise gesehen, da keines der Kinder in diesem Zusammenhang unrealistische Erklärungen wie Magie, Dämonen, Monster, etc. erwähnt hat.

Eines der ältesten Kinder der Untersuchung lieferte eine psychologische Definition von Gesundheit. Das ist besonders hervorzuheben, da psychologische Definitionen von Gesundheit nicht typisch sind für die Altersgruppe der Zwei- bis Sechsjährigen (vgl. Myant, Williams 2005, 810; Schmidt, Fröhling 1998, 37).

5.2. FAKTOREN, DIE AUS KINDLICHER SICHT GESUNDHEIT UND KRANKHEIT BEEINFLUSSEN

Die Vorstellungen darüber, was getan werden kann um Gesundheit zu erhalten, beziehen sich auf die Erlebniswelt der Kinder. Klassische Aspekte wie gesundes Essen und viel Trinken wurden genannt. Diese Tätigkeiten des alltäglichen Lebens, sind auch laut der Kinder in der Untersuchung von Schmidt und Fröhling (1998) nötig um gesund zu bleiben (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 39). Der Aspekt des Trinkens wurde besonders häufig genannt, es scheint selbstverständlich zu sein, viel Wasser bzw. Tee zu trinken und dadurch seine Gesundheit zu fördern. Das entspricht dem aktuellen Gesundheitsbewusstsein und ist auch in der Gesellschaft deutlich wahrzunehmen. Im Gegensatz zu vor etwa zehn Jahren ist der Stellenwert des Trinkens nicht nur subjektiv deutlich gestiegen. Wasser bzw. Tee avancierte von einem einfachem Getränk zur Quelle von Wohlbefinden, Energie, Ausdauer, Konzentration, etc. (vgl. Coca-Cola HBC Austria Ges.m.b.H; Rauch Fruchtsäfte GmbH & Co OG).

Der Einsatz homöopathischer Arzneien ist ebenfalls ein Ansatz, der mit dem aktuellen Gesundheitsbewusstsein der Gesellschaft einher gehen könnte (Merkur Versicherung AG/market-Marktforschung Ges.m.b.H 2006). Im Gegensatz zu Schmidt und Fröhling (1998) konnte in der vorliegenden Untersuchung nur in diesem einem Fall festgestellt werden, dass die Einnahme von Medikamenten aus Sicht eines Kindes dem Erhalt der Gesundheit dient (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 40).

Die Frage nach den Assoziationen zu Krankheit fiel den Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern besonders schwer. Daher ist es logisch, dass auch die Frage danach, was getan werden kann um gesund zu werden, wenn bereits eine Krankheit aufgetreten ist, als besondere Herausforderung empfunden wurde.

Krankheit verschwindet aus Sicht der Kinder häufig von selbst, ist das nicht der Fall, ist die Einnahme von Medikamenten das Heilmittel Nummer eins. Aber auch Zuwendung sowie Hausmittel wirken heilsam.

5.3. WISSEN DER KINDER ZUM THEMA GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Die befragten Kinder selbst erkrankten aus ihrer Sicht an alltäglichen Kinderkrankheiten wie Husten, Schnupfen, Bauchschmerzen etc., ein Kind nannte eine Viruserkrankung. Ihre Familien haben, bis auf die Ausnahme eines an Krebs erkrankten Familienmitgliedes, die selben Erkrankungen.

Krankheitsauslöser, die von den Kindern genannt wurden, hatten, auch wenn die Vorstellung darüber sehr naiv war, durchwegs einen wahren Kern. Im Gegensatz zu Myant und Williams (2005) konnte nicht festgestellt werden, dass die an der Untersuchung teilnehmenden Kinder die Ursache einer Erkältung völlig missverstehen (vgl. Myant, Williams 2005, 810ff) Schlechte Ernährung, die falsche Kleidung und eine relativ unkonkrete Theorie der Ansteckung durch Körperkontakt wurden genannt. Bei diesen naiven Theorien zur Ansteckung spielte die magische Komponente, wie sie in den Studien von Koopmann, Baars, Chaplin Zwinderman sowie Perrin und Gerrity erwähnt wurde, keine Rolle. Kein Kind erklärte Krankheitsphänomene mittels Magie (vgl. Koopman, Baars, Chaplin, Zwindermann 2004, 336; Perrin, Garrity 1981, 844).

Die von den Kindern genannten Krankheitsauslöser, wie unpassende Kleidung, falsche oder schlechte Ernährung, schlechtes Wetter etc., stimmen mit den Ergebnissen der von Schmidt und Fröhling (1998) überein (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 40). Zusätzlich nannten einige Kinder aber auch zu wenig Schlaf und zu viel Arbeit als Ursachen einer Krankheit.

Die Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer machen externe Objekte als Krankheitsauslöser aus, sie erklärten sehr detailliert wie Krankheitserreger übertragen werden und in ihrem Körper gelangen. Laut Bibaces und Walshs Studie würden diese Kinder der Kategorie Internalization zugeordnet, die dem kognitiven Entwicklungsstadium der konkreten Operationen entspricht. Das heißt, dass die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit dieser Kinder dem kognitiven Entwicklungsstand eines Sieben- bis Zehnjährigen entsprechen (vgl. Piaget, Inhelder 1972).

Erwähnenswert ist außerdem, dass den Kindern bewusst ist, dass sie selbst bzw. ihre Geschwister krank waren. Die Eltern werden aus Sicht ihrer Kinder jedoch nicht krank. Eine mögliche Begründung für diese Tatsache könnte die Idealisierung der Eltern durch ihre Kinder sein (vgl. Erikson 1988, 36ff).

Mit dem Wissen, dass Herz- Kreislauferkrankungen und Krebs zu den häufigsten Todesursachen in Österreich im Jahr 2009 zählten (vgl. Statistik Austria 2010), sind die schlimmsten Krankheiten aus Sicht der Kinder eher harmlos. Erkältungserkrankungen, Schmerzen und Kinderkrankheiten sind die Krankheitsbilder von denen die Kinder meinen, sie seien am schlimmsten. Auch in der Studie von Schmidt und Fröhling (1998) wurden Erkrankungen dieser Art besonders häufig genannt. Im Gegensatz zur eben genannten Studie wurde von den Kindern, die im Rahmen dieser Arbeit befragt wurden, weder Krebs noch AIDS als schlimmste bekannte Krankheit angeführt (vgl. Schmidt, Fröhling 1998, 42).

Interessant ist, dass obwohl ein Kind das Thema Krebs angesprochen hat und sich des tödlichen Ausgangs dieser Krankheit bewusst war, Krebs nicht als schlimmste bekannte Krankheit genannt hat. Auch die Tatsache, dass das Kind eine mögliche Prognose über den Verlauf der Krankheit beschrieb, ist erwähnenswert.

Die Behauptung, dass Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren kein Verständnis für biologische Vorgänge, wie etwa Ansteckung durch biologische

Erreger (z.B. Bakterien), besitzen (vgl. Solomon, Cassimatis 1999), konnte definitiv nicht untermauert werden.

6. KRITISCHE REFLEXION DER ARBEIT

In diesem Abschnitt folgt die kritische Auseinandersetzung mit den Inhalten dieser Arbeit. Neben Piagets Modell liegt das Hauptaugenmerk auf der kritischen Reflexion der durchgeführten Interviews.

Das Modell der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget ist umstritten, da die Fähigkeiten der Kinder in dieser Theorie unterschätzt werden. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass Piaget den Kindern eine animistische Denkweise unterstellt (vgl. Amann, Wipplinger 2001, 106ff). Grund dafür ist sicherlich die veränderte Situation in der Kinder heute aufwachsen, der offener und bewusster Umgang mit Themen, die zur Zeit Piagets noch tabu waren. Trotzdem ist Piagets Modell brauchbar um einen Überblick zu gewinnen und sich grundlegendes Wissen zur kindlichen Entwicklung anzueignen. Alternativ zu Piagets Theorie hat Lawrence Kohlberg sich ebenfalls mit der kognitiven Entwicklung des Menschen auseinander gesetzt. Der Schwerpunkt Kohlbergs Forschungsarbeit liegt jedoch auf der moralischen Entwicklung des Menschen und scheint daher nicht geeignet (vgl. Kohlberg 2007). Weiters ist zu betonen, dass sich die Altersangaben die im Teil der entwicklungspsychologischen Grundlagen behandelt, als ungefähre Grenzen verstehen. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass jedes Kind sich gleich, nach einem bestimmten Zeitplan entwickelt.

Auch wenn Trautmann in seinem Werk den Interviews mit Kindern der Altersgruppe der Zwei- bis Sechsjährigen wenig Beachtung schenkt, da er sich hauptsächlich auf Kinder im Schulalter bezieht, sollen die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews anhand seiner Kriterien kritisch reflektiert werden (vgl. Trautmann 2010).

Ist jede Frage erforderlich? (Trautmann 2010, 91) Der Interviewleitfaden wurde durchdacht und so konstruiert, dass unnötige Fragen und solche, auf die keine Antwort erwartet werden kann, ausgeschlossen wurden. Es wurde besonders darauf geachtet, die Interviews so kurz wie möglich zu halten, da die Aufmerksamkeitsspanne der Kinder altersbedingt relativ kurz ist. Das kürzeste Interview dauerte vier Minuten und 23 Sekunden (Aufnahme eines Gespräches beim Rollenspiel), das längste Interview dauerte elf Minuten und 32 Sekunden.

Enthält das Interview Wiederholungen? (Trautmann 2010, 91) Im Leitfaden nicht festgelegte Wiederholungen sind vorhanden, vor allem wenn die Kinder kurz abgelenkt oder unaufmerksam waren, wurden Fragen wiederholt. Auch wenn der Eindruck entstand, dass die anfängliche Schüchternheit, die in dieser neuen Situation durchaus trotz einer guten Beziehung vorhanden war, überwunden war, wurden die eingangs gestellten Fragen wiederholt und bewirkten oft inhaltsreichere Antworten.

Kann man die zu erfragenden Informationen auch auf eine andere Weise erhalten? (Trautmann 2010, 91) Da eine schriftliche Form der Befragung ebenso wie eine Gruppendiskussion aufgrund altersgemäßer Kenntnis bzw. Gesprächskultur unmöglich waren, scheinen das Einzelinterview bzw. das Rollenspiel und dabei geführte Gespräche die sinnvollste Art der Datenerhebung.

Sind alle Fragen einfach und eindeutig formuliert und auf den Sachverhalt bezogen? (Trautmann 2010, 91) Die Eindeutigkeit der Formulierungen der Fragen konnten erst im Interview selbst festgestellt werden. Die Fragen wurden zuvor so einfach wie möglich gehalten. Mit Beispielen und einer neu formulierten Frage wurden eventuelle unverständliche/missverständliche Fragen geklärt.

Sind die Fragen zu allgemein formuliert? (Trautmann 2010, 92) Die Formulierung der Fragen wurde bewusst einfach gehalten. Dabei wurde darauf geachtet, dass sie so allgemein formuliert sind, dass die Kinder mit den Erzählungen über ihre Erfahrungen einen Beitrag dazu leisten können.

Trotzdem wurde versucht sie so konkret zu formulieren, dass die Forschungsfragen beantwortet werden können.

Kann der Befragte die Fragen potentiell beantworten? (Trautmann 2010, 92) Die Fragen wurden so verfasst, dass es möglich war sie zu beantworten. Trotzdem wurden vor allem die Fragen nach der kindlichen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit von einigen Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern als schwierig empfunden. Während der Durchführung der Interviews zeigte sich, dass es den Kindern leichter fiel diese Fragen zu beantworten, wenn sie nicht als Eingangsfragen gestellt wurden.

Besteht die Gefahr den Befragten in Verlegenheit zu bringen? (Trautmann 2010, 92) Dass das Thema Gesundheit und Krankheit durchaus die Möglichkeit bietet indiskrete Fragen zu stellen ist offensichtlich, daher wurde während der Interviews besonders auf eine sensible Umgangsweise geachtet.

Erleichtern Gedächtnisstützen oder andere Hilfsmittel die Durchführung? (Trautmann 2010, 92) Die Anzahl der Fragen war überschaubar und die Erstellung des Interviewleitfadens sowie die Durchführung der Interviews geschah durch dieselbe Person. Daher waren keine Hilfsmittel für die Durchführung der Interviews nötig.

Für die, während des Rollenspiels, aufgenommenen Gespräche, waren eine Puppe und eine Vorbereitete Umgebung (Puppenecke) hilfreich. Diese Hilfsmittel gaben den jüngeren Kindern die Möglichkeit Dinge mitzuteilen, die aufgrund mangelnder Kenntnis nicht verbal ausgedrückt werden konnten.

Da die Zeichnungen nach den Interviews anfertigt wurden, waren sie keine Hilfsmittel für die Durchführung der Interviews.

Sind die Antwortvorgaben auch von Sicht der Befragten angemessen? (Trautmann 2010, 91) Die Fragen waren sehr offen gehalten, es wurde versucht die Kinder bei der Beantwortung nicht zu beeinflussen, dennoch wurde bei der Transkription festgestellt, dass die Interviewerin immer wieder mit bestätigendes/ermutigendes Wort auf verunsicherte Antworten reagierte.

Kann das Ergebnis der Befragung durch die Abfolge der Fragen beeinflusst werden? (Trautmann 2010, 94) Bei der Durchführung der ersten Interviews zeigte sich, dass die Kinder die Frage nach der Definition von Gesundheit und Krankheit als Eingangsfrage nicht oder nur mit großer Mühe beantworten konnten. Wurde die Frage in der Mitte oder am Ende des Interviews gestellt, fiel den Kindern die Beantwortung der Frage leichter, daher wurde beschlossen, die Kinder eingangs über ihre persönlichen Erfahrungen zum Thema Gesundheit und Krankheit zu befragen.

Sind Fragen suggestiv formuliert? (Trautmann 2010, 94) Suggestivfragen wurden vermieden, auch auf bewusst suggestiv formulierte Fragen zu einem fortgeschrittenerem Zeitpunkt des Interviews wurde aufgrund des Alters der Kinder verzichtet. In einem Fall wurde während eines Interviews von einem Betreuer eine Suggestivfrage gestellt, diese Passage des Textes wurde nicht zur Auswertung herangezogen.

Ist die Polung der Fragen ausgewogen? (Trautmann 2010, 94) Auf eine ausgewogene Polung, also Fragestellungen die den Kindern eine Hilfestellung bieten das Spannungsfeld ganzheitlich zu bedenken und zu interpretieren (vgl. Trautmann 2001, 94), wurde nicht geachtet.

Sind die Eröffnungsfragen richtig formuliert? (Trautmann 2010, 95) Da es den Kindern nicht möglich war eine schriftliche Einverständniserklärung zu geben, begann jedes Interview mit einer kurzen kindgerechten Erklärung, wozu das Interview benötigt wird, ob es dem Kind recht ist das Interview aufzunehmen (in ALLEN Fällen wurde das Diktiergerät auf Wunsch der Kinder ausgiebig getestet). Die Kinder wurden außerdem darüber informiert, dass sie das Interview jederzeit abbrechen können, wenn sie das möchten. Der Übergang zum Interview erfolgte fließend.

Wie schon zuvor beschrieben, wurde nach den ersten Interviews festgestellt, dass die Fragen nach der Definition von Gesundheit und Krankheit als besonders schwer empfunden wurde.

Ist der Abschluss des Interviews genügend durchdacht? (Trautmann 2010, 95) Zum Abschluss des Interviews wurden die Kinder mit einem aufrichtigem Dank verabschiedet. Einige Kinder, die den Wunsch äußerten, genossen es ihr Interview bzw. Teile davon, nach getaner Arbeit noch einmal anzuhören

Trautmann formuliert weitere Kriterien guter Interviews, diese sind „Kommunikative Souveränität, Nichtbeeinflussung des Interviewpartners, Spezifik der Zielgruppe und deren Sichtweise, Die Einflüsse von Raum, Zeit und Biorhythmus, Erfassung des Individuellen Verständnisses, Gründlichkeit und Solidität“ (Trautmann 2010, 95f).

ad Kommunikative Souveränität (Trautmann 2010, 95) Trotz großer Bemühungen gelang es nicht immer eine non-direktive Gesprächshaltung einzunehmen, die Kinder wurden gebeten sich zu konzentrieren, noch einmal gründlich darüber nachzudenken, ordentlich zu sitzen etc.

ad Nichtbeeinflussung des Interviewpartners (Trautmann 2010, 96) Wie schon zuvor erwähnt, wurde bei der Transkription der Interviews festgestellt, dass die Interviewerin die Kinder bei unsicheren Antworten immer wieder bestärkte. Durch eine flexible und individuelle Gestaltung des Interviews wurde versucht das Gespräch zu leiten ohne die Kinder dabei in ihrem Erzählfluss zu beeinflussen.

ad Spezifik der Zielgruppe und deren Sichtweise (Trautmann 2010, 96) An dieser Stelle wird erneut betont wie wichtig „psychologisches Wissen über kindliche Denk- und Sprachkultur“ (Trautmann 2001, 96) ist. Die ausführliche Auseinandersetzung mit den entwicklungspsychologischen Grundlagen im theoretischen Teil der Arbeit ist daher ein wichtiger Aspekt dieser Diplomarbeit.

ad Die Einflüsse von Raum Zeit und Biorhythmus (Trautmann 2010, 96) Die Interviews wurden bis auf ein Interview am Vormittag durchgeführt, da die Kinder in der Regel in dieser Zeit am produktivsten sind. Die Interviews wurden im Büro der Kindergartenleitung durchgeführt, während diese im Kinderdienst

war. Das Büro ist ein einladend gestalteter, offener, großer Raum, der allen Kindern bekannt war.

Ein Interview wurde auf Wunsch des Kindes in der Schlafstunde (Zeitraum von 12:30 bis 14:00 Uhr, in der die jüngeren Kinder Mittagsruhe halten) im Gruppenraum geführt. Dieser Zeitpunkt ist aufgrund des natürlichen Biorhythmus des Kindes weniger günstig, die Qualität des Interviews wurde dadurch nicht außerordentlich gemindert. Das Kind war älter und konnte die Ablenkungen, die in dieser Situation entstanden, gut ausblenden.

ad Erfassung des Individuellen Verständnisses (Trautmann 2010, 96) Natürlich sind die Kinder immer wieder vom Thema abgekommen, berichteten weniger relevante Erlebnisse, teilweise führten diese Exkurse zu für dieses Thema nicht relevanten Inhalten, teilweise aber auch zu besonderen Erkenntnissen.

ad Gründlichkeit und Solidität (Trautmann 2010, 96) Die Interviews wurden wörtlich transkribiert, wichtige, inhaltstragende Gesten der Kinder wurden mittranskribiert.

Die ethnographische Grundhaltung, mit der die Datenerhebung durchgeführt wurde, sowie die persönliche Beziehung zu den Kindern, die durch die schon zuvor stattgefundenene Betreuung vorhanden war, und durch die Zusammenarbeit mit den Kindern intensiviert wurde, führte dazu dass sich die Untersuchung auch zu einer besonderen persönlichen Erfahrung entwickelte.

6.1. GRENZEN DER ARBEIT

Trotz gründlicher Literaturrecherche, muss betont werden, dass die Darstellung der grundlegenden Theorie nicht allumfassend ist, da die Recherche, Auswahl und Beurteilung der Literatur von einer Person durchgeführt wurde und die Arbeit dadurch Einschränkungen aufweisen kann.

Auf die Probleme, die bei Interviews mit Kindern entstehen können, soll an dieser Stelle noch einmal hingewiesen werden.

Die Befragten wurden durch die Interviewerin im Kindergartenalltag betreut. Trotz der ständigen Bemühung um einen respektvollen Umgangs kommt es zu einem sogenannten Sorge-Herrscherverhältnis zwischen der Interviewerin und den Befragten. Die Antworten, die der Kinder gegenüber eines Erwachsenen, noch dazu gegenüber einer Betreuungsperson, sind von diesem Verhältnis geprägt. Es kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass dieses Verhältnis die Interviews beeinflusst hat.

Der Wahrheitsgehalt der von den Kindern angegebenen Informationen wurde nicht überprüft und ist somit fraglich. Es wird jedoch nicht davon ausgegangen, dass die Kinder bewusst Unwahrheiten erzählt haben. Trotzdem kann es dazu gekommen sein, dass sozial erwünschte Antworten gegeben wurden oder Inhalte verschwiegen wurde, weil eine negative Reaktion darauf befürchtet wurde.

Trotz des guten Verhältnisses zu den Kindern war die Situation eines Interviews etwas Besonderes und führte zu einer gewissen Aufregung bei den Kindern. Diese Tatsache kann ebenso wie aktuelle Ereignisse und die Tagesverfassung der Kinder Einfluss auf die Ergebnisse der Untersuchung haben. Die Erlebniswelt jedes einzelnen Kindes, also die Erinnerung an eine kurz zurückliegende Erkrankung, eine Impfung in den letzten Tagen, die plötzliche Erkrankung eines Familienmitglieds, ist Grundlage dieser Informationen.

Auch nach sorgfältiger Planung und Durchführung der Studie bieten sich ausreichend Möglichkeiten Fehler zu machen, die Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben.

Aufgrund der Anzahl der geführten Interviews ist eine Verallgemeinerung der gewonnenen Daten nicht möglich. Jedoch konnten im Abgleich mit bereits vorliegenden Ergebnisse aus anderen Untersuchungen einige Erkenntnisse bestätigt werden.

Das Wissen um subjektive Konzepte von Kleinkindern erleichtern den Umgang mit kleinen Patientinnen und Patienten. Die Kenntnis darüber, was Krankheit bzw. Gesundheit aus Sicht der Kinder bedeutet, verbessert die Compliance und steigert die Versorgungsqualität, sie ist grundlegend für den Umgang mit kranken Kindern. Außerdem können präventive Maßnahmen, den Kindern dieser Altersgruppe mit Hilfe der Kenntnis ihrer subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, angepasst werden.

Dazu sollen die im Rahmen dieser Arbeit gewonnen Erkenntnisse einen kleinen Beitrag leisten.

7. QUELLENVERZEICHNIS

7.1. LITERATURVERZEICHNIS

Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (2001): Abenteuer Psyche. Wilhelm Braumüller, Wien

Bartholomeyczik, Sabine; Linhart, Monika; Mayer, Hanna; Mayer, Herbert (2008): Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. Urban& Fischer München, Jena

Becker, Hans (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt- Patienten- Beziehung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 34/ 313- 321

Bengel, Jürgen; Belz- Merk, Martina (1997): Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Hogrefe- Verlag Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 23- 41

Bibace, Roger; Walsh, Mary E. (1980): Development of Children's Concepts of Illness. In: Pediatrics 66/ 912- 917

Bischoff, Claus; Zenz, Helmut (1989): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Toronto

Coca- Cola HBC Austria Ges.m.b.H (o.D.): Römerquelle. Wohlbefinden. Das richtige Trinken.
http://www.roemerquelle.at/rq_neu/de/wohlbefinden/wohlbefinden.php
(24.04.2011)

Creswell, John W. (2009): Qualitative inquiry and research design, choosing among five traditions. Sage Publications, California

Docherty, Sharron; Sandolewski, Margarete (1999): Focus on Qualitative Methods. Interviewing Children. In: Research in Nursing & Health 22/ 177- 185

Dörner, Klaus (1975): Wie werde ich Patient oder Sozialisation zum Patienten. In: Dröner, Klaus: Diagnosen der Psychiatrie. Campus, Frankfurt 150- 177

Erikson, Erik H. (1988): Der vollständige Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Faller, Hermann (1997): Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 45/ 264- 278

Faltermaier, Toni (1998): Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung. Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In: Flick, Uwe (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim und München. 70- 87

Filipp, Sigrun- Heide; Aymanns, Peter (1997): Subjektive Krankheitstheorien. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Hogrefe- Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 3- 22

Fischer, Heidi (2003): Ethnographie, ethnographische Feldforschung und die teilnehmende Beobachtung. Ein kurzer Überblick. Grin, Norderstedt

Flick, Uwe (1987): Das Subjekt als Theoretiker? Zur Subjektivität Subjektiver Theorien. In: Bergold, Jarg; Flick, Uwe (Hg.): Ein-Sichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen 125- 134

Flick, Uwe (1997): Gesundheitsvorstellungen im Alltag. Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaft. In: Weitkunat, Rolf; Haisch, Jochen; Kessler, Manfred (Hg.): Public Health und Gesundheitspsychologie, Huber, Bern 191- 200

Flick, Uwe (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, Uwe (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim und München 7- 30

Flick, Uwe (2002): Qualitative Sozialforschung, Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH Reinbeck bei Hamburg

Flick, Uwe; Röhnsch, Gundula (2008): Gesundheit auf der Straße, Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Juventa, Weinheim und München

Fonds gesundes Österreich (2005a): Lebensstil-Kampagnen.
<http://www.fgoe.org/infos-und-aufklaerung/kampagnen> (30.04.2011)

Fonds gesundes Österreich (2005b): Gesundheitsförderung.
<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung> (30.02.2011)

Franke, Alexa (1993): Die Unschärfe des Begriffes „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In: Franke, Alexa; Borda, Michael (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. dgvt, Tübingen 15- 35

Franke, Alexa (2010): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Toronto

Franzkowiak, Peter (2003): Subjektive Gesundheit. Alltagskonzeption von Gesundheit. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Peter Sabo Schwabenheim, 226- 229

Fuhs, Burkhard (2000): Qualitative Interviews mit Kindern. Überlegungen zu einer schwierigen In: Methode. Heinzel, Frederike: Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa Verlag, Weinheim und München 87- 104

Herzlich, Claudine (1973): Health and Illness. A social psychological analysis. Academic Press, London

Herzlich, Claudine (1998): Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, Uwe (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa Verlag, Weinheim und München 171- 180

Irwin, Lori G.; Johnson, Joy (2005): Interviewing Young Children: Explicating Our Practices and Dilemmas. In: Qualitativ Health Research 15/ 6/ 821- 831

Kinder in Wien (o.D.a): Alterserweitertes Arbeiten. <http://www.kinderinwien.at/docs/alterserweiterung.pdf> (29.10.2009)

Kinder in Wien (o.D.b): KIWI- Qualität. <http://www.kinderinwien.at/kiwi-qualitaet.html> (29.10.2009)

Kinder in Wien (o.D.c): Offenes Arbeiten. http://www.kinderinwien.at/docs/offenes_Arbeiten.pdf (29.10.2009)

Kohlberg, Lawrence; Althof, Wolfgang (Hg.) (2007): Die Psychologie der Lebensspanne. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Koopman, Hendrik M.; Baars, Rolanda M.; Chaplin, John; Zwinderman, Koos H. (2004): Illness through the eyes of the child. The development of children's understanding of the causes of illness. In: Patient Education and Counseling 55/ 363- 370

Körtner, Ulrich H. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Facultas Universitätsverlag, Wien

Krippendorff, Klaus (2004): Content Analysis, An introduction to its methodology. Sage Publications, California

Lewis, M ; Brooks, J (1978): Self knowledge and emotional development. In: Lewis, M; Rosenblum R A. The development of affect. Plenum, New York 205-226

LoBiondo- Wood, Geri; Haber, Judith (2005): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. Urban& Fischer, München, Jena

Lohaus, Arnold; Albrecht, Regine; Seyberth, Hannsjörg W. (2002): Einwilligungsfähigkeit bei Kindern. Ergebnisse einer empirischen Studie und zukünftige Forschungsperspektiven. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 150/ 1502- 1507

Maio, Giovanni (2008): Gibt es eine ethisch legitime Forschung mit Kindern? In: Pediatrca 19/ 2/ 36- 37

Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas, Wien

Mayring, Philipp (1995): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst; Keupp, Heiner; von Rosenstiel, Lutz; Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch Qualitativer Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags Union, Weinheim 209- 213

Mayring, Philipp (1997): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Deutscher Studien Verlag Weinheim

Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe, von Kradroff, Ernst, Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg 468- 475

Meleis, Afaf I. (2007): Theoretical Nursing, Development and Progress. Lippincott, Philadelphia

Merkur Versicherungs AG/market-Marktforschungs Ges.m.b.H. (2006): Merkur Gesundheitsmonitor 2006. Naturheilmittel liegen Voll im Trend! http://www.merkur.at/cms/dokumente/1007081_130190/f1f81c2e/Gesundheitsmonitor_28_Naturheilmethoden.pdf (30.03.2011)

Mietzel, Gerd (2002): Wege in die Entwicklungspsychologie, Kindheit und Jugend. Verlagsgruppe Beltz, Weinheim

Montada, Leo (1995): Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In: Oerter, Rolf; Montada, Leo (Hg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim 519- 560

Myant, Katherine A.; Williams Joanne M. (2005): Children's Concepts of Health and Illness: Understanding of Contagious Illnesses, Non- Contagious Illnesses and Injuries. In: Journal of Health Psychology 10/ 6/ 805- 819

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (o.D.): Gesundes Niederösterreich <http://www.gfnoe.at/content/ueberuns/index.php> (30.04.2011)

Orem, Dorothea E. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein, Berlin

Orem, Dorothea E. (1991): Nursing: Concepts of Practice. Mosby, New York

Perrin, Ellen C.; Gerrity Susan P. (1981): There's a Demon in Your Belly: Children's Understanding of Illness. In: Pediatrics 67/ 841- 849

Piaget, Jean; Inhelder, Barbara (1972): Die Psychologie des Kindes. Walter-Verlag AG, Olten

Piko, Bettina F.; Bak, Judit (2006): Children`s perceptions of health and illness, images and lay concepts in preadolescence. In: Health Education Research, 21/ 643- 653

Pluhar, Zsuzsanna F.; Piko; Bettina F.; Kovacs, Szilvia, Uzzoli, Annamaria (2009): Air pollution is bad for my health, Hungarian children's knowledge of the role of environment in health and disease. In: Health& Place, 15/ 239- 246

Raspe, Hainer H.; Ritter Norbert (1982): Laientheorien, paramedizinische Behandlung und subjektive Medikamentencompliance bei Patienten mit einer chronischen Polyarthrit. In: Verhandlungen Deutsche Gesellschaft Innere Medizin 88/ 1200- 1204

Rauch Fruchtsäfte GmbH & Co OG (o.D.): Nativia Tea. <http://www.rauch.cc/marken-werbung/nativa/nativa-tea/> (24.04.2011)

Roper, Janice M.; Shapira, Jill (2004): Ethnographische Pflegeforschung. Verlag Hans Huber, Bern

Rossmann, Peter (2001): Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Hans Huber Verlag, Bern

Schmidt, Lothar R.; Fröhling, Heike (1998): Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen. In: Flick, Uwe (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa Verlag, Weinheim und München 33- 44

Schulze, Christa; Welters, Ludger (1998): Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In: Flick, Uwe (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim und München 88- 104

Schwartz, Friedrich W.; Siegrist, Johannes; von Troschke, Jürgen (1998): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (Hg.): Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Schwarzenberg München, Wien, Baltimore 8- 31

Solomon, Gregg E. A.; Cassimatis, Nicholas L. (1999): On Facts and Conceptual Systems: Young Children's Integration of Their Understanding of Germs and Contagion. In: Developmental Psychology 35/ 1/ 113- 126

Statistik Austria (2010): Gestorbene insgesamt seit 1970 nach Todesursachen, absolut. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/021985.html (28.03.2011)

Trautmann, Thomas (2010): Interviews mit Kindern, Grundlagen, Technik, Besonderheiten Beispiele. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Thommen, Martin; Blaser, Andreas.; Ringer, Christoph; Heim, Edgar (1990): Zum Stellenwert subjektiver Krankheitstheorien in der Problemorientierten Therapie (POT). In: Psychotherapie, Psychochomatik, Medizinische Psychologie 40/ 172- 177

Verres, Rolf (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Springer Verlag, München

Waller, Haiko (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Grundlagen und Praxis. Kohlhammer Stuttgart

Wolcott, Harry F. (1994): Transforming qualitative Data. Description, analysis and interpretation. Sage Publications, California

World Health Organization (2003): WHO definition of health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (29.04.2011)

7.2. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 1997, 54)	59
Abbildung 2 Allgemeines inhaltsanalytisches	60
Abbildung 3 Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 1997, 54)	63
Abbildung 4 Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 1997, 54)	64
Abbildung 5 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 1997, 60)	67
Abbildung 6 gesundes Selbstportrait	82
Abbildung 7 krankes Selbstportrait	84
Abbildung 8 kranke Prinzessin mit Dingen die sie wieder gesund machen	86
Abbildung 9 Krankenhaus	88
Abbildung 10 Rettungsauto und Kind mit gebrochenem Alles	90
Abbildung 11 „kotzendes Kind“	92
Abbildung 12 krankes Selbstportrait	94

7.3. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Übersicht der Studien im Zusammenhang mit den Beantworteten Forschungsfragen	33
Tabelle 2 Interpretationsregeln (Mayring 1997, 62)	70
Tabelle 3 Krankheiten der Familienmitglieder	87

8. ANHANG

8.1. ELTERNBRIEF

LIEBE ELTERN!

Mein Name ist Kerstin Plautz, viele von Ihnen kennen mich von meinen regelmäßigen Aushilfstätigkeiten als Pädagogin. Wie Sie vielleicht wissen, studiere ich das IDS Pflegewissenschaften. Mein Studium neigt sich dem Ende zu und die abschließende Diplomarbeit, in der ich die Themen Kinder und Gesundheit verbinden möchte, steht vor der Tür. Daher wende ich mich mit einem besonderen Anliegen an Sie.

Das Thema meiner Diplomarbeit ist „Das Gesundheits- und Krankheitskonzept von Kleinkindern.“. Die Arbeit enthält neben dem aktuellen Forschungsstand auch einen empirischen Teil, d.h. Interviews und Beobachtungen.

Bei den Interviews werden die Kinder zum Thema Gesundheit und Krankheit befragt (z. B.: warum sie meinen, krank zu werden, wie es für sie ist, krank zu sein und was die Folgen des Krankseins sind bzw. was passieren muss, damit sie wieder gesund werden). Die Interviews werden von mir persönlich durchgeführt, anonymisiert, transkribiert und im Hinblick auf das Gesundheits- und Krankheitskonzept der Kinder bearbeitet. Wenn die Kinder wollen, können sie Zeichnungen zum Thema anfertigen, die ebenfalls in die Datenauswertung einfließen werden. Für die Beobachtungen soll den jüngeren Kindern die Möglichkeit gegeben werden, sich bei einem Rollenspiel einzubringen. Dazu

werde ich mich mit den Kindern in der Puppenecke eine kranke Puppe kümmern und die Kinder während des Spiels beobachten. Die Beobachtungen werden schriftlich festgehalten, anonymisiert und bearbeitet.

Um diese Aufgabe zu bewältigen, brauche ich Ihre bzw. die Unterstützung Ihres Kindes. Dazu würde ich, natürlich nur mit Ihrem Einverständnis und dem Ihres Kindes die Interviews und Beobachtungen durchführen.

Wenn Sie mehr zu dieser Untersuchung wissen möchten oder andere Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne persönlich oder unter meiner E- Mailadresse (kplautz@gmx.net) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind/ meine Kinder unter Einhaltung der o.a. Vorgangsweise an der Untersuchung teilnimmt.

☐ JA

☐ NEIN

Unterschrift

Name des Kindes

8.2. INTERVIEWLEIDFADEN

WIE NEHMEN KINDER KRANKHEIT BZW. GESUNDHEIT WAHR?

- Was heißt Krankheit für dich? Wie ist das, wenn du krank bist?
- Tun wir so, als wüßte ich nicht, was Krankheit ist, wie würdest du mir erklären was Krankheit bedeutet?
- Was heißt Gesundheit für dich? Wie ist das, wenn du gesund bist?
- Tun wir so, als wüßte ich nicht, was Gesundheit ist, wie würdest du mir erklären was Gesundheit bedeutet?

WELCHE FAKTOREN BEEINFLUSSEN GESUNDHEIT UND KRANKHEIT AUS KINDLICHER SICHT?

- Was kann man tun damit man wieder gesund wird?
- Warum glaubst du bleiben manche Menschen gesund und warum werden Andere krank?
- Was kann man tun damit man gesund bleibt?

WELCHES WISSEN BESITZEN KINDER ÜBER GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

- Warum glaubst du, wirst du krank?
- Warst du schon einmal krank? Was hast du gehabt?

- Wie du XXX (von einigen Kindern ist der Interviewerin eine Krankheit/ Verletzung bekannt) gehabt hast, wie war das?
- War schon mal jemand aus deiner Familie krank? Wie ist das, wenn jemand aus deiner Familie krank ist? Was kann man/ Was kannst du tun, damit er/ sie wieder gesund wird?
- Welche ist die allerschlimmste Krankheit die du kennst?

8.3. LEBENSLAUF

CURRICULUM VITAE

PERSÖNLICHE DATEN:

Name: Kerstin Plautz
Adresse: Ziegelofengasse 9, 2542 Kottingbrunn
Geburtsdatum: 10. Februar 1986
Geburtsort: Mödling

AUSBILDUNG:

Sept.1992	Volksschule in Wr. Neudorf
Sept. 1993.– Jun. 1996	Volksschule in Kottingbrunn
Sept. 1996- Jun. 2001	Bundesrealgymnasium Gröhrmühlgasse in Wr. Neustadt
Sept. 2001- Mai 2006	Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik Kenyongasse in Wien
Sept. 2003- Mai 2006	zusätzliche Ausbildung zum Erzieher an Horten

Mai 2006	Reife- und Diplomprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg
Okt. 2006- Juni 2011	Studium des IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
Okt. 2007- laufend	Studium des Diplomstudiums Pharmazie an der Universität Wien

BERUFLICHE TÄTIGKEIT:

Juli 2005	Kinderfreunde, Kottlingbrunn, Kinderbetreuerin (Ferialpraktikum)
Aug. 2006- Nov.2007	Kinder in Wien (KIWI), Kindergartenpädagogin (Teilzeit)
Nov. 2007- laufend	Kinder in Wien (KIWI), Kindergartenpädagogin (geringfügige Beschäftigung)

8.4. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Kerstin Plautz, versichere

- dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift