

Project Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538
Erasmus+ project, Strategic Partnerships
for vocational education and training

Inter Health

Intercultural Competences
for Healthcare Professionals



Erasmus+

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

KRANKHEITSÜBERZEUGUNGEN IM INTERKULTURELLEN GESUNDHEITSWESEN

Kulturell unterschiedliche Gruppen erleben eine Last von ungedeckten gesundheitlichen Bedürfnissen, die ihren Überzeugungen und Einstellungen entspringen. Das Verständnis der Krankheitsanschauung eines Patienten ist entscheidend für die Diagnose und das Management einer Krankheit. Es ist bemerkenswert, dass Leiden die Wahrnehmung des Patienten ist, krank zu sein, während Krankheit auf einen veränderten körperlichen Zustand oder einen von der westlichen biomedizinischen Wissenschaft abweichenden Prozess hinweist. 1, 2 Krankheit hat drei Definitionen. Zwei von ihnen haben sich bis zum 18. Jahrhundert durchgesetzt und Krankheit als "Bosheit, Verderbtheit, Unmoral" oder als "Unannehmlichkeit, Unlust, Verletzlichkeit" beschrieben. Der dritte und moderne Begriff, der aus dem 17. Jahrhundert stammt, bedeutet den Zustand der Krankheit. Nach der medizinischen Definition ist Krankheit eine Abweichung von einer biologischen Norm oder ein pathologischer Prozess mit einer Objektivität, die es dem Gesundheitspersonal ermöglicht, zu sehen, zu berühren, zu messen usw. Leiden ist ein Gefühl oder eine persönliche Erfahrung von Ungesundheit und liegt in der Person des Patienten. Der Unterschied zwischen Leiden und Krankheit besteht darin, dass Leiden oft Krankheit begleitet oder in Abwesenheit von Krankheit existiert, während Krankheit hauptsächlich in den frühen Stadien (Krebs, Diabetes, usw.) unentdeckt sein kann.

Im Allgemeinen erklärt der Kulturkontext die vererbte, unbestrittene und strukturierte Art und Weise, wie Individuen Krankheiten verstehen und darauf reagieren. 1-4 Es gibt drei Hauptkulturen in Bezug auf Krankheitsüberzeugungen, denen sich Gesundheitsfachkräfte bewusst sein sollten, da sie Gesundheitseinstellungen prägen.

Gemäß der "personalistischen Kultur" ist Krankheit mit Übertretungen moralischer und spiritueller Art verbunden. Die allgemeine Überzeugung ist, dass der Kranke entweder eine Bestrafung verdient oder ein Opfer böser Geister ist, aus Gründen, die nur auf ihn bezogen sind, wie zum Beispiel ein Widerspruch zu den üblichen Gepflogenheiten, usw. Der Fall von einem Baum wird zum Beispiel als Folge von übernatürlichem Handeln gegen das Individuum. Diese Kultur findet sich hauptsächlich in Amerika, Afrika (südlich der Sahara), Ozeanien und in indigenen Völkern Asiens. 5

In der "naturalistischen Kultur" wird Krankheit durch Energieungleichgewicht mit der natürlichen Umgebung (Gleichgewichtsmodell) verursacht, hauptsächlich aufgrund von übermäßiger Hitze oder übermäßiger Kälte usw. Zum Beispiel stehen Personen in vielen lateinamerikanischen Gemeinschaften nicht barfuß auf einem kalten Boden, wäscht sich die Hände nicht nachdem er eine Wand getüncht hat. Darüber hinaus umfasst das alte Ayurveda-System in Indien Arzneibücher aus Kräutern und Mineralien sowie Ernährungsratschläge. Der Glaube an naturalistische Krankheitsursachen findet sich bei Menschen in Südindien und China.

Schließlich besagt die Keimtheorie oder das biomedizinische Modell, das die Grundlage der westlichen Medizin bildet, dass Tumoren, abnormale Zellen und Chemikalien die Ursachen von Krankheiten sind. Nach diesem Modell haben spezifische Krankheiten spezifische Ursachen. Daher hat jede Krankheit unterscheidende und universelle Merkmale für alle Menschen. Unter Berücksichtigung aller oben genannten Krankheitsüberzeugungen ist es für Gesundheitsfachkräfte von entscheidender Bedeutung, dass sie ein klares Verständnis davon haben, was die Menschen als Krankheitsursachen ansehen, und dass alle damit verbundenen Verhaltensweisen diesen Ansichten folgen. 5,6

Krankheitsüberzeugungen und -wahrnehmungen unterscheiden sich von Kultur zu Kultur. In westlichen Ländern zum Beispiel erkennt das biomedizinische Modell Adipositas als eine Determinante für negative

Gesundheitsergebnisse, während in Nigeria Frauen zur Verbesserung der Fertilität gemästet werden. In anderen Kulturen spiegelt Adipositas Reichtum und gutes Leben wider. Folglich wird der Ausdruck "Variabilität" dem Begriff "normal" vorgezogen, der im biomedizinischen Modell weit verbreitet ist. 6

Gemäß dem vorherrschenden biomedizinischen Modell in der westlichen Welt wird eine Krankheit durch die Bewertung messbarer biologischer Variablen erklärt, die jedoch unter den Populationen unterschiedlich sein können. Zum Beispiel ist Osteoporose bei Frauen stark mit der Kalziumaufnahme verbunden, was impliziert, dass Frauen Milch trinken müssen, während dies nicht mit südasiatischen Frauen vereinbar ist, die ca. 80% Laktoseintoleranz haben. Ebenso wird im westlichen biomedizinischen Modell das Wachstum von Kindern nach Größe und Gewicht berechnet, jedoch kann diese Berechnung Risiken für andere ethnische Gruppen mit geringerer Größe beinhalten. 6 Freedman et al., 7 zeigten in einem Zeitraum von 30 Jahren, dass die Prävalenz von Übergewicht bei den 6- bis 11-jährigen weißen Kindern etwa 3-fach (4% bis 13%), aber 5-fach (4% bis 20%) stieg.) unter Kindern mit dunkler Hautfarbe. Dieselben Forscher führten diese Ergebnisse auf rassische und ethnische Unterschiede zurück, die die Lebensweise, die Gewohnheiten und die Kultur betreffen. Bemerkenswerterweise müssen Gesundheitsfachkräfte mit spezifischen Krankheiten konfrontiert sein, die in bestimmten Gebieten oder Populationen häufiger vorkommen, wie z. B. Sichelzellenanämie bei Menschen mit dunkler Hautfarbe. 6

In nichtwestlichen Gesellschaften wird Krankheit eher durch soziale als durch biologische Prozesse determiniert, wobei traditionelle Heiler die Personen sind, die eine Krankheit behandeln, während in westlichen Gesellschaften Ärzten der Vorzug einer Behandlung gegeben wird. 6, 8-11 Marshall et al., 9, die sich mit einer afro-karibisch orientierten Gemeinde auseinandersetzten, zeigten, dass diese sich immer noch auf Kirchenführer verlassen, und sich in Gesundheitsfragen von diesen beraten lassen. Atwine et al., 11 im Jahr 2011 führte eine deskriptive Studie mit Fokus-Gruppe Interviews von Teilnehmern mit Diabetes Mellitus II (10 Frauen und 7 Männer) im Alter von 39-72 Jahren in Uganda durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten die Symptome von Diabetes als Hauptgrund für die Suche nach Hilfe für traditionelle Heiler. Außerdem stellten sie fest, dass die Teilnehmer mit Hilfe ihrer Verwandten und Freunde Hilfe von verschiedenen Gesundheitseinrichtungen erhalten hatten. Laut Aborigo et al. 10 bleiben traditionelle medizinische Hauptansprechpartner im Gesundheitsbereich, insbesondere in ländlichen Gemeinden mit niedrigem Einkommen. Die gleichen Forscher, die in Nordghana Interviews mit traditionellen Heilern führten, die Erfahrung im Umgang mit geburtshilflichen Komplikationen hatten, zeigten, dass die meisten Heiler ihre Bereitschaft bekundeten, mit den formellen Gesundheitsdiensten zu arbeiten. Daher entsteht die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen allen Betreuungssystemen in kulturellen Gemeinschaften. 11-13

In der Tat kann eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen und den traditionellen Heilern hilfreich sein, um Informationen von allen kulturellen Seiten zu erhalten, um verschiedene Behandlungsansätze zu integrieren. Murdoch-Flowers et al., 14, die 17 Erwachsene, im Mohawk-Territorium Kanadas lebende Kahnawake erforschten, zeigten, dass kulturbasierte Präventionsprogramme in Bezug auf Diabetes Mellitus die Modifikation von gesunden Verhaltensweisen einschließlich mentaler, physischer, spiritueller und sozialer Dimensionen erleichtern können. In ähnlicher Weise veranschaulichten O 'Mahony et al., 15 die sozioökonomischen und kulturellen Faktoren zusammen mit sozialer Stigmatisierung als Hauptdeterminanten für 30 in Kanada lebende Einwanderer- und Flüchtlingsfrauen, um Entscheidungen über Gesundheitsversorgungspraktiken zu treffen. Das Verständnis, dass Kultur alle Krankheitsbereiche wie Symptommanagement, Gesundheitssuche, Prävention, Therapietreue, klinische Versorgung und Kooperation oder die Nutzung informeller Dienste betreffen kann, ist grundlegend für die Entwicklung transkultureller

Pflegemaßnahmen. Boyle erklärte 1999, dass "transkulturelle Pflege eine Wissensquelle ist, die bei der Bereitstellung von kulturell relevanter Pflege hilft"

Darüber hinaus sollte nach Mull et al., 5 die Ausprägung von Anzeichen und Symptomen einer Krankheit von einer kulturellen zu einer anderen unterschieden werden, so dass Gesundheitsfachkräfte dazu angehalten werden sollten, über körperliche Untersuchung oder medizinische Aufzeichnungen hinauszugehen. Für Gesundheitsfachkräfte ist es unerlässlich, das Leben von Patienten in Übereinstimmung mit ihrem sozialen Umfeld (naturalistische Kultur) oder ihren traditionellen Krankheitsüberzeugungen (personalistische Kultur) zu untersuchen, wenn sie ihre Symptome beschreiben. Diese werden als sie als Konsequenz soziokultureller Glaubenssätze verstehen, wenn das Problem außerhalb des Bereichs der körperlichen Krankheit liegt oder wenn sich der Patient über Symptome beschwert, die nach dem biomedizinischen Modell "unmöglich" sind. 4

In der Zwischenzeit kann das Bewusstsein für die oben genannten Kulturen den Gesundheitsexperten helfen, die Rolle des Patienten beim Krankheitsmanagement einzuschätzen. In der personalistischen Kultur, in der angenommen wird, dass Krankheit und Tod aus Handlungen eines Agenten stammen, wird angenommen, dass der Patient eine passive Rolle einnimmt. In der naturalistischen Kultur, in der die Erhaltung der Gesundheit durch die Vermeidung von krankheitsverursachenden Verhaltensweisen gewährleistet ist, sind die Patienten in der Regel präventiv agierend gegen Krankheiten. 5, 6 Minas et al., 17 die in einer Stichprobe von 444 türkischen Einwanderern in Melbourne die Glaubenssätze über körperliche und psychische Erkrankungen untersuchten, zeigten, dass Überzeugungen in natürlichen Ursachen häufiger vorkamen als in übernatürlichen Ursachen. Der Glaube an übernatürliche Ursachen blieb jedoch trotz Modernisierung bestehen. Die gleichen Forscher kamen zu dem Schluss, dass ein besseres Verständnis der Vielfalt von Krankheitsüberzeugungen im klinischen Prozess und bei der Entwicklung effektiver Gesundheitsdienste und -strategien wertvoll ist.

Darüber hinaus ist es nicht selten, dass soziale, religiöse und kulturelle Überzeugungen den Zugang zu Gesundheitsdiensten einschränken. Niedrige Raten von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen wie Brustuntersuchungen, Mammographien und Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen wurden bei muslimischen Immigranten beobachtet. 18-22 Shirazi et al., 23, die 53 nicht-englischsprachige und muslimische afghanische Frauen der ersten Generation untersuchten, die 40 Jahre und älter waren und keine Brustkrebserkrankung aufwiesen, zeigten ein geringes Wissen über Brustkrebs, niedrige Screening-Raten und ein mangelndes Bewusstsein für Symptome, Risikofaktoren und Screening-Verfahren. Zu den wichtigsten Hindernissen für das Screening gehören: fehlende kulturelle Brustgesundheitserziehung, Sprachschwierigkeiten, geringe Gesundheitskompetenz und Peinlichkeit. Vahabi et al., 24, die 30 Frauen in Toronto erforschten, zwischen 21 und 69 Jahre alt, im Ausland geboren und selbst als Muslime mit guten Englischkenntnissen identifiziert, zeigten, dass Gesundheitspraktiken und Überzeugungen in ihren Heimatländern einen Einfluss auf die Nutzung von Screening-Dienste hatten. Lee-Lin et al., 25 zeigten, dass eine aufklärende Intervention Überzeugungen und Screening-Einstellungen bei chinesisch-amerikanischen Einwanderinnen veränderte, die in den letzten 12 Monaten nicht an der Mammographie teilgenommen hatten.

Chukwunke et al., 26 erforschten das Gesundheitssuchverhalten von Patienten und den primären Gesundheitsdienst in zehn Gesundheitszentren in fünf östlichen Bundesstaaten der Bundesrepublik Nigeria. Die Ergebnisse zeigten eine Unterauslastung der primären Gesundheitsversorgung, da die Teilnehmer das bereitgestellte Gesundheitssystem nicht akzeptierten, die traditionelle Medizin aber bevorzugten. Die Mehrheit der Teilnehmer glaubte, dass Krankheiten durch übernatürliche Wesen, das Handwerk von Nachbarn oder Rache von einem beleidigten Gott verursacht werden. de-Graft Aikins¹³ untersuchte 26 städtische und 41 ländliche Menschen mit Diabetes mellitus Typ II mit unterschiedlichen Profilen (Geschlecht, Alter, Bildung,

sozioökonomischer Status, Diabetesstatus) in Städten (Accra, Tema) und ländlichen Städten (Nkoranza und Kintampo), in Ghana. Die Ergebnisse zeigten, dass die meisten Teilnehmer das biomedizinische Management als ideale Selbsthilfepraxis bevorzugten. Die hohen Kosten der biomedizinischen Versorgung führten jedoch zu medizinischer Untätigkeit. Eine große Herausforderung für die Angehörigen der Gesundheitsberufe besteht darin, ihr Engagement für das biomedizinische Management durch Bereitstellung erschwinglicher Arzneimittel und psychosoziale Unterstützung zu maximieren. Die begrenzte Verfügbarkeit von westlichen Medikamenten zusammen mit der Überzeugung, dass Medikamente teuer sind, gelten als die wichtigsten Determinanten für das Fortbestehen der traditionellen Medizin. 27 Laut Cocks et al. 28 verwenden fast 27 Millionen Südafrikaner indigene Heilmittel, von denen man glaubt, dass sie böse Geister abwehren und viel Glück bringen.

Schließlich zeigen Berichte kulturell unterschiedlicher Gruppen die Notwendigkeit von Personal aus Gesundheitsberufen die Angehörige der jeweiligen ethnischen Gruppe sind, deren Überzeugungen kennen und de ihre Sprache sprechen. 24

Ein anderer Ansatz, dass emotionale und psychologische Zustände die Ätiologie und Aufrechterhaltung von Krankheiten beeinflussen, hat in den letzten Jahrzehnten viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen. 29,30 Pessimismus und "negative" Emotionen (z. B. Angst, Wut, Angst, Depression) wurden als Risikofaktor für eine schlechte psychische und physische Gesundheit identifiziert 31. Weniger Studien haben untersucht, ob Optimismus auf die Art und Weise zurückzuführen ist, wie Individuen erklären. Ursachen von sowohl guten als auch schlechten Lebensereignissen, können die Gesundheit schützen. Ein optimistischer Erklärungsstil ist geprägt von der Überzeugung, dass die Zukunft angenehm sein wird, weil man wichtige Ergebnisse kontrollieren kann 31. Ein pessimistischer Erklärungsstil wurde mit einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit verbunden und ist geprägt von der Ansicht, dass Probleme dauerhaft sind und die eigenen Mängel widerspiegeln. Frühere Forschungen haben Verbindungen zwischen Pessimismus, Hoffnungslosigkeit und Risiko von Herzerkrankungen nahegelegt. 32,33,34 Weitere Beweise, die emotionale und psychologische Faktoren mit Krankheit in Verbindung bringen, sind aus einer Vielzahl experimenteller, klinischer und epidemiologischer Forschung hervorgegangen. 35, 36 Das Spektrum der Studien reichte von Untersuchungen zellulärer Phänomene, die für die autonom-endokrin-immunologische Integration relevant sind, bis hin zu epidemiologischen Studien über psychosoziale Faktoren und Gesundheit. 31 Im Rahmen dieses Ansatzes werden die Zuschreibungen von Krankheit, Krankheit, Ursachen, angewandten Bewältigungsmechanismen und Bedenken mit der Überzeugung verknüpft, dass emotionale Faktoren mit Krankheit zusammenhängen.

Das konventionelle Stress-Vulnerabilitätsmodell postuliert, dass psychologische Stressreaktionen durch ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und psychosozialen Ressourcen entstehen, und viele für diese Transaktion relevante Faktoren wurden identifiziert, einschließlich der Chronizität und Vorhersagbarkeit der Stimulation, Kontrollmöglichkeiten, psychologische Bewältigung und Verfügbarkeit der sozialen Unterstützung 29. Im Gegensatz dazu sind die Mechanismen, durch die Stressreaktionen das Krankheitsrisiko erhöhen können, wenig verstanden, und die Forscher sind häufig gezwungen, auf eine schlecht definierte "biologische Prädisposition" zurückzugreifen, um individuelle Unterschiede in der Anfälligkeit für Krankheiten oder Variationen im klinischen Verlauf zu berücksichtigen. In diesem Bericht wird argumentiert, dass mehrere unterschiedliche kognitiv-behaviorale und psychophysiologische Vermittlungsprozesse postuliert werden können und dass diese für verschiedene Arten von Einfluss auf die Gesundheit relevant sind (akute und chronische Effekte, kausale und fasilitatorische Prozesse, Auswirkungen auf die Ätiologie, Erhaltung, Rückfall oder Wiederholung) .30



Fig. 1. Herkömmliches Stress-Verwundbarkeits-Modell

Step toe, A. The links between stress and illness.
Journal of psychosomatic research., 1991;13(6): 633-644.

Alle oben genannten Forschungsdaten zeigen:

- a) die Notwendigkeit der Durchführung von Aufklärungskampagnen in Gebieten oder Ländern, in denen das soziokulturelle Modell vorherrscht und die Kenntnisse in Gesundheitsfragen begrenzt sind
- b) die Hervorhebung der Forderung, evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln, indem Informationen über Heterogenität innerhalb einer kulturellen Gruppierung oder einer ethnischen Minderheit gewonnen werden
- c) betonen die Notwendigkeit eines gründlichen Verständnisses der Überzeugungen der Patienten im Gesundheitswesen
- d) Maßnahmen erforderlich sind, um gesundheitsbezogene Faktoren zu ermitteln, um kulturell begründete Interventionen durchzuführen
- e) mit Gesundheitsfachkräfte zusammenzuarbeiten die sich der Diversität von Krankheitsüberzeugungen bewusst sind.

References

1. Boyd K. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:9–17.
2. White P. The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. **HTS Teologiese Studies / Theological Studies**, 71, jul. 2015. Available at: <http://www.hts.org.za/index.php/HTS/article/view/2762>. Accessed: 05 Jan. 2018
3. Chrisman NJ. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Cult Med Psychiatry*.1977; 1(4):351-377.
4. Pachter LM. Culture and clinical care. Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *JAMA*. 1994;271(9):690-694.
5. Mull JD. Cross-cultural communication in the physician's office. *West J Med*. 1993;159(5):609-613.
6. Ibeneme S, Eni G, Ezuma A, Fortwengel G. Roads to Health in Developing Countries: Understanding the Intersection of Culture and Healing. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*. 2017;86:13-18.
7. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Ogden CL, Dietz WH. Racial and ethnic differences in secular trends for childhood BMI, weight, and height. *Obesity (Silver Spring)*. 2006; 14(2):301-308.
8. Hoff W. Traditional healers and community health. *World Health Forum*. 1992; 13(2-3):182-187.
9. Marshall J, Archibald C. The Influence of Spirituality on Health Behaviors in an Afro-Caribbean Population. *ABNF J*.2015; 26(3):57-62.
10. Aborigo RA, Allotey P, Reidpath DD.The traditional healer in obstetric care: A persistent wasted opportunity in maternal health. *Soc Sci Med*.2015; 133:59-66.
11. Atwine F, Hultsjö S, Albin B, Hjelm K. Health-care seeking behaviour and the use of traditional medicine among persons with type 2 diabetes in south-western Uganda: a study of focus group interviews. *The Pan African Medical Journal*. 2015; 20:76.
12. Mbwambo ZH, Mahunnah RL, Kayombo EJ. Traditional health practitioner and the scientist: bridging the gap in contemporary health research in Tanzania. *Tanzan Health Res Bull*. 2007; 9(2):115-120.
13. de-Graft Aikins A. Healer shopping in Africa: new evidence from rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences. *BMJ : British Medical Journal*. 2005; 331(7519):737.
14. Murdoch-Flowers J, Tremblay MC, Hovey R, Delormier T, Gray-Donald K, Delaronde E, Macaulay AC. Understanding how Indigenous culturally-based interventions can improve participants' health in Canada. *Health Promot Int* 2017 Sep 14. doi: 10.1093/heapro/dax059.
15. O' Mahony JM, Donnelly TT, Raffin Bouchal S, Este D. Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *J Immigr Minor Health*. 2013; 15(2):300-314.
16. Boyle JS. Transcultural nursing at Y2K: some thoughts and observations [comment]. *J Transcult Nurs*. 1999; 10(1):8.
17. Minas H, Klimidis St, Tuncer C. Illness causal beliefs in Turkish immigrants, *BMC Psychiatry*.2007;7:34.
18. Matin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. *Women Health*. 2004;39(3):63–77.
19. Alrawi S, Fetters MD, Killawi A, Hammad A, Padela A. Traditional healing practices among American Muslims: Perceptions of community leaders in Southeast Michigan. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 14(3): 489–496.
20. Yao N, Hillemeier MM. Disparities in Mammography Rate Among Immigrant and Native-Born Women in the U.S.: Progress and Challenges. *Journal of immigrant and minority health/Center for Minority Public Health*. 2014; 16(4):613-621.
21. Padela AI, Gunter K, Killawi A, Heisler M. Religious values and healthcare accommodations: voices from the American Muslim community. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(6):708-715.
22. Shirazi M, Champeau D, Talebi A. Predictors of breast cancer screening among immigrant Iranian women in California. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006; 15(5):485–506.
23. Shirazi M, Bloom J, Shirazi A, Popal R. Afghan immigrant women's knowledge and behaviors around breast cancer screening. *Psycho-Oncology*. 2012 doi: 10.1002/pon.3216.

24. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):868.
25. Lee-Lin F, Pedhiwala N, Nguyen T, Menon U. Breast Health Intervention Effects on Knowledge and Beliefs Over Time Among Chinese American Immigrants—a Randomized Controlled Study. *J Cancer Edu*. 2015; 30(3):482-489.
26. Chukwunke FN, Ezeonu CT, OnyireBN, Ezeonu Po. Culture and biomedical care in Africa: the influence of culture on biomedical care in a traditional African society, Nigeria, West Africa. *Niger J Med*. 2012; 21(3):331-333.
27. Busia K. Medical provision in Africa: past and present. *Phytother Res*. 2005; 19(11):919-923.
28. Cocks M, Moller V. Use of indigenous and indigenized medicines to enhance personal well-being: a South African case study. *Soc Sci Med*. 2002; 54(3):387-397.
29. Steptoe, A. The links between stress and illness. *Journal of psychosomatic research.*, 1991;13(6): 633-644.
30. Ogden, J. *Health Psychology, A textbook*. Philadelphia: Open university Press, 1991.
31. Kubzansky, L. D., Sparow, D., Vokonas, P. & Kawachi, I. Is the Glass Half Empty or Half Full? A Prospective Study of Optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63: 910–916.
32. Dykema, J., Bergbower, K., Peterson, C. Pessimistic explanatory style, stress, and illness. *J Soc Clin Psychol*. 1995; 14: 357–71.
33. Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J. T. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med*. 1996; 58:113–21.
34. Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R., Salonen, J. T. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1997; 17:1490–5.
35. Bhatti Z, Salek M, Finlay A. Major life changing decisions and cumulative life course impairment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25: 245–246.
36. Puchalski, C. M. The role of spirituality in health care. *BUMC Proceedings*.2001; 14: 352–357.