

„Bisschen Schweiz, bisschen Kosovo“. Erleben von Schweizer Migranten mit Diabetes mellitus Typ 2 aus dem ehemaligen Jugoslawien: Eine qualitative Studie in Anlehnung an die Grounded Theory

„A Little Bit of Switzerland, a Little Bit of Kosovo“. Swiss Immigrants from Former Yugoslavia with Type 2 Diabetes. A Qualitative Study' in Analogy to Grounded Theory

Autoren

A. Wenger¹, C. Mischke²

Institute

¹ Pflegeentwicklung, Kantosspital St. Gallen, St. Gallen, Schweiz

² Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz

Schlüsselwörter

- Diabetes mellitus Typ 2
- transkulturelle Pflege
- Migration

Key words

- diabetes mellitus type 2
- transcultural nursing
- migration

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1548879>
 Online-Publikation: 13.8.2015
 Gesundheitswesen 2015;
 77: 736–741
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Aline Wenger, Master of Science in Pflege
 Pflegeentwicklung
 Kantosspital St. Gallen
 Rorschacherstraße 95
 9000 St. Gallen
 Schweiz
 wenger@gmail.com

Zusammenfassung



Die Zahl der Schweizer Migrationsbevölkerung, die an Diabetes mellitus Typ 2 (DM II) erkrankt, nimmt stetig zu. Die kulturelle Herkunft dieser Patienten präsentiert sprachliche, wirtschaftliche und kulturelle Barrieren und stellt an das Gesundheitswesen neue Herausforderungen. Für eine hochwertige und kultursensible Behandlung und Pflege ist ein vertieftes Wissen über das subjektive Erleben der Erkrankung aus Sicht der Schweizer Migrationsbevölkerung elementar. Hierzu liegen jedoch kaum Erkenntnisse vor. Um ein tieferes Verständnis für das Erleben und den alltäglichen Umgang mit der Krankheit zu gewinnen, wurde ein qualitativer Ansatz in Anlehnung an die Grounded Theory nach Corbin und Strauß (1996) gewählt. Das theoretische Sampling für die 5 Interviews mit Betroffenen aus dem ehemaligen Jugoslawien erfolgte im Rahmen des iterativen Prozesses. Das zentrale Phänomen zeigte sich im Spannungsfeld durch das Leben in 2 Kulturen. Die Betroffenen wohnen in der Schweiz und verbringen jährlich mehrmals längere Zeit im Herkunftsland. Das Krankheitsmanagement in den beiden Lebensalltagen weicht voneinander ab. Unterschiede zeigen sich im Tagesrhythmus oder im Verständnis der eigenen sozialen Rolle und beeinflussen bspw. das Ernährungs- und Therapieverhalten ebenso wie das subjektive Krankheitserleben. Die Studie zeigt, dass in ein erfolgreiches Selbstmanagementprogramm für Diabetespatienten aus dem ehemaligen Jugoslawien beide Alltagswelten integriert werden müssen.

Einleitung



DM II ist eine der weltweit verbreitetsten chronischen Erkrankungen mit einer ansteigenden Prävalenz. In der Schweiz leben ca. 350 000

Abstract



Type 2 diabetes is on the increase among the Swiss immigrants. The cultural background of patients presents new linguistic and sociocultural barriers and gains in importance for health care. In order to develop patient-centred care, it is necessary to focus on different sociocultural aspects in everyday life and experiences of immigrants from the former republics of Yugoslavia with diabetes who have rarely been studied in Switzerland. Based on these insights the needs for counselling can be identified and nursing interventions can be designed accordingly. Using the Grounded Theory approach, 5 interviews were analysed according to the Corbin and Strauss coding paradigm. The central phenomenon found is the experience to live in 2 different cultures. The complexity arises from the tension living in 2 cultural backgrounds at the same time. It turns out that in the country of origin the immigrants adjust their disease management. The changing daily rhythm and the more traditional role model affect aspects of their disease management such as diet and/or drug therapy. The different strategies impact the person's roles, emotions, their everyday lives and their families. It provides an insight into the perspective of Swiss immigrants from the former republics of Yugoslavia suffering from diabetes. Many questions are still unanswered and further research will be required.

Menschen mit DM II [1,2]. Laut des Schweizer Gesundheitsobservatoriums ist DM II die Nebendiagnose, welche bei der Hospitalisierungsrate (Anzahl Behandlungsfälle auf 1000 Personen) der Schweizer Migrationsbevölkerung am deut-

lichsten über derjenigen der Schweizer Bevölkerung liegt. Bei der männlichen Migrationsbevölkerung aus¹ Osteuropa liegt die Hospitalisierungsrate mit der Nebendiagnose DM II bei 3,4, bei den Schweizern hingegen bei 2,3. Bei den Frauen aus Osteuropa (3,0) tritt diese Nebendiagnose mehr als doppelt so häufig wie bei Schweizerinnen (1,4) auf [3]. Die hohe Prävalenz und Inzidenz des DM II sowie die gravierenden Spätfolgen geben dieser Krankheit einen hohen sozioökonomischen Stellenwert.

Für Betroffene bedeutet DM II lebenslange Verhaltensänderungen, deren Umsetzung u. a. von der individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung, die der Erkrankung zugeschrieben wird, beeinflusst werden [4]. In einem Migrationsland wie der Schweiz scheinen daher kultursensible Erkenntnisse über den Umgang chronischer Erkrankungen wie dem DM II für eine effektive Gesundheitsversorgung zentral. Studien zeigen, dass ein tieferes Verständnis über das Erleben und die Bedeutung der Krankheit im Lebenskontext von Menschen mit Migrationshintergrund ein wesentliches Element für eine erfolgreiche Integration der Erkrankung in den Alltag der Betroffenen zu sein scheint [5–8]. Bezogen auf Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien (im Folgenden: Migranten), die aufgrund der geografischen Nähe im Jahresverlauf lange Zeiten im Herkunftsland verbringen, verlangt dies entsprechend Wissen über beide Lebenskontexte. Über das Erleben und den Umgang mit DM II von Migranten liegen aber bisher kaum Erkenntnisse vor. Ziel war es daher, ein tieferes Verständnis über das Erleben und den alltäglichen Umgang der Krankheit der betroffenen Migranten zu gewinnen.

Methodik

Es wurde ein qualitatives Design in Anlehnung an die Grounded Theory gewählt, um so Einblick in das Erleben und die Krankheitsbedeutung aus der Perspektive der Betroffenen zu erhalten. Hierzu wurden Prozesse hinsichtlich der Identität und Diskurse in den sozialen und kulturellen Kontexten der Befragten erfasst und ein zentrales Phänomen identifiziert [9–11]. So konnten die subjektive Wahrnehmung der Migranten sowie die persönlichen Bewältigungsstrategien herausgearbeitet werden.

Eingeschlossen wurden volljährige Personen mit Migrationshintergrund mit einem diagnostizierten DM II, die bereits an der Diabetesberatung eines kantonalen Spitals eingebunden waren. Die Teilnehmer mussten kognitiv und sprachlich in der Lage sein, ein Interview auf Deutsch zu führen. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte mit Hilfe des theoretischen Samplings als iterativer Prozess. Hierbei verliefen Datenerhebung, -fixierung und -analyse zirkulär. Die theoretischen Überlegungen aus den Analysen führten jeweils zur Auswahl des nächsten Interviewpartners, d. h. die aus der Analyse des ersten Falles entstandenen Kategorien leiteten das nächste Sampling ein. Gleichzeitig ermöglichte das iterative Vorgehen aus den Analysen zu vertiefende Themen für die Folgeinterviews zu identifizieren. Das Sampling war abgeschlossen, wenn für die Theoriebildung eine Datensättigung vorliegt [12].

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte in Zusammenarbeit mit einer Diabetesberaterin, welche Deutsch sowie serbokroatisch beherrscht und sicherstellte, dass die Teilnehmer die Informationen voll umfänglich verstanden. Die Teilnehmer meldeten sich freiwillig.

Zur Datenerhebung wurden narrativ ausgerichtete Interviews durchgeführt, dies ermöglichte den Befragten frei über ihr Erleben mit der Erkrankung DM II zu sprechen. Der offen formulierte Interviewleitfaden wurde, bedingt durch das iterative Vorgehen, stetig modifiziert und verfeinert. Die Interviews wurden digital aufgenommen, pseudonymisiert und transkribiert. Während der Datenerhebung wurden kontinuierlich Memos geschrieben, um die sich entwickelnde Theorie zu präzisieren.

Für die Datenanalyse war das Verfahren der gegenstandsbezogenen Theoriebildung mit den 3 Phasen des offenen, axialen und selektiven Kodierens leitend [12]. Im offenen Kodieren wurden aus dem Datenmaterial Kode identifiziert, die in einem weiteren Schritt abstrahiert zu Kategorien zusammengefasst wurden. Dabei wurden Kode verwendet, die Ausdrücke darstellen, welche die Migranten selbst gebraucht haben („in vivo codes“). Diese Kategorien wurden in Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen betrachtet und entwickelt. Im axialen Kodieren wurden die Kategorien auf Zusammenhänge und Verbindungen untersucht und setzten sich entsprechend neu zusammen. Aus diesen Kategorien wurden im weiteren Analyseverlauf die zentralen Phänomene herausgearbeitet [11]. Unterstützt wurden diese Prozesse durch das kontinuierliche Verfassen von Memos, sie bildeten die zentrale Verbindung zwischen Datenerhebung, Datenanalyse und der Entwicklung des zentralen Phänomens [12]. Die Analyse erfolgte mit Hilfe der Software MAXQDA 10.

Um eine hohe Qualität der Studie zu erreichen, wurden die Kriterien Originalität, Glaubwürdigkeit, Resonanz und Nutzen angewendet [13]. So erfolgte u. a. eine transparente und nachvollziehbare Dokumentation des Forschungsprozesses und im Rahmen von regelmäßigen Forschungskolloquien und Gesprächen mit Fachpersonen wurde das Vorgehen, die Datenanalyse, die Ergebnisse und deren Interpretation reflektiert und diskutiert. Die Forscherin erstellte während des ganzen Forschungsprozesses fortlaufende theoretische Memos und Diagramme. Die Resultate wurden vor Abschluss der Untersuchung Fachpersonen vorgestellt, um die Nachvollziehbarkeit, den Nutzen sowie die Glaubwürdigkeit zu überprüfen.

Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission des Kantons St. Gallens (EKSG 12/124/1B) geprüft.

Ergebnisse

An der Studie nahmen 2 Männer und 3 Frauen zwischen 53 und 64 Jahren teil, sie lebten zum Interviewzeitpunkt im Durchschnitt seit 6,8 Jahren in der Schweiz (Tab. 1). Bei allen Teilnehmern handelte es sich um Migranten der ersten Generation. Die Interviews fanden nach Wunsch der Teilnehmenden in der Diabetesberatung statt. Sie dauerten im Durchschnitt 52 min. und fanden im Zeitraum Oktober–Dezember 2012 statt.

In der Analyse konnte als zentrales Phänomen das Spannungsfeld zwischen dem Leben mit der Erkrankung in 2 Kulturen identifiziert werden: Die Betroffenen halten sich mehrmals im Jahr über längere Zeiträume in ihrem Herkunftsland auf. *„halbe Zeit hier (...) Beispiel 2-3 Monate in Bosnien, zurück 3 Monate hier und gehe noch einmal nach Bosnien.“* (1: 768). Sie erleben ihr Leben als ein *„Bisschen Schweiz, bisschen Kosovo“* (3:155). Der jeweilige Lebensort prägt nicht nur den Alltag, sondern beeinflusst auch Krankheitswahrnehmung, intervenierende Bedingungen und Strategien im Umgang mit dem DM II. Unterschiedliche Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf sind die Folge. Die Ursachen für ihren DM II suchen sie in beiden Lebensalltagen. So geben sie

¹ einschließlich ehemaliges Jugoslawien

einerseits Stress bedingt durch traumatische Erlebnisse im oder durch den Krieg an. Andererseits nennen sie aber auch Stress im Zusammenhang mit der Familie und Arbeit, Ernährungsgewohnheiten, Übergewicht oder iatrogene Ursachen als ursächliche Faktoren (◉ Abb. 1).

Leben mit DM II in der Schweiz (vgl. dunkel unterlegte Textfelder in ◉ Abb. 1)

Als intervenierende Bedingungen, welche den Alltag und die angewendeten Strategien beeinflussen, beschreiben die Befragten verschiedene Unterstützungssysteme, die sie in ihrem Alltag tragen. Hierzu gehört die Familie, denn die Koordination und Wahrnehmung der vielen im Krankheitsmanagement notwendigen Termine, wäre ohne den Zusammenhalt der Familie kaum möglich. Aber auch das Schweizer Gesundheitssystem und die Schweiz an sich bilden wichtige Komponenten, durch die sie sich als Person mit DM II unterstützt und aufgehoben fühlen. Als weitere förderliche Bedingung bezeichnen sie die eigene Sprachkompetenz, die ihnen den Kontakt mit dem Schweizer Gesundheitswesen erleichtert. Die angewendeten Strategien der Betroffenen, um mit ihrer Krankheit in der Schweiz umzugehen, beziehen sich vor allem auf die Ernährung, das Krankheitsmanagement und den Umgang mit Stress.

Die Betroffenen beschreiben, dass ihre Ernährung seit der Diagnose von Verzicht geprägt ist. „Muss aufpassen, ... und das ist alles. Aufpassen und dann kein Problem. Meine neues Hobby ist jetzt aufpassen“ (2:567). Dies ist nicht einfach, denn das gemein-

same Essen hat für sie eine hohe sozial-kulturelle Komponente. Das Essen mit Familie und Freunden steht über dem Einhalten von Ernährungsrichtlinien, umso wichtiger wird hier die familiäre Unterstützung. Alleinstehenden, die sich oft mit Bekannten zum Essen treffen, fehlt diese Kontrollinstanz. Medikamentöse Therapien und andere medizinische Verrichtungen, wie die täglichen Kontrollen des Blutzuckers prägen den Alltag in der Schweiz. „Morgen aufstehen, Kilo, Blut, Blutzucker, Zucker spritzen, Tabletten, Dialyse Morgen. 12 Uhr wieder Dialyse, Zucker kontrollieren, spritzen. Abend wieder Dialyse, spritzen Zucker“ (4:257).

Wie bei den Ursachen für die Erkrankung fällt im Umgang mit der Krankheit auf, dass sich viele Strategien der Befragten auf das Stressmanagement beziehen. Ziel ist es, den erlebten Stress im Zusammenhang mit der Krankheit zu reduzieren und möglichen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit auszuweichen. Grob lassen sich ihre Strategien in „Ablenken“, „Bewegung“ und „Strategien im Zusammenhang mit Stress und Familie“ zusammenfassen. So lenken sich die Betroffenen durch Haushaltsarbeiten, einkaufen oder fernsehen ab: „(...) wenn ich arbeite, studiere ich nicht“ (3:808). Weiter berichten die Betroffenen, dass die Familie einerseits ursächlich für Stress ist. Andererseits nutzen sie die Familie als Ressource, denn sie hilft beim Ablenken oder bildet eine Rückzugsmöglichkeit.

Die eigene Krankheitswahrnehmung ebenso wie die Krankheit selbst und die angewendeten Strategien wirken sich im Alltag aus, denn erforderliche Verhaltensänderungen oder krankheits-

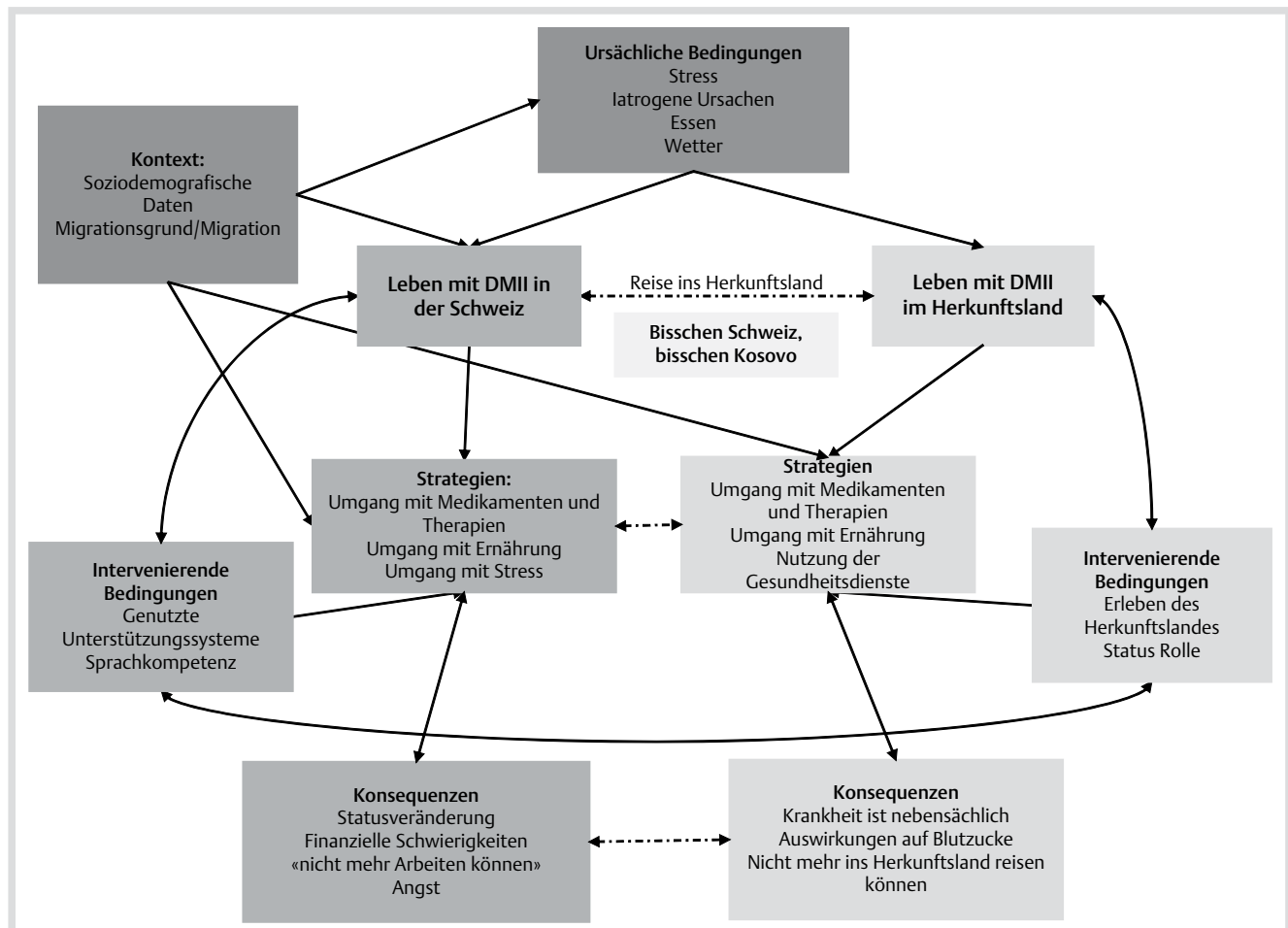


Abb. 1 Kodierparadigma „Bisschen Schweiz, bisschen Kosovo“.

bedingter Arbeitsplatzverlust, bergen die Gefahr von finanzieller Unsicherheit und Statusveränderung. Trotz der früher erlebten hohen Arbeitsbelastung beschreiben die Betroffenen die Arbeit als einen wichtigen Bestandteil ihres Lebens in der Schweiz und sie verbinden „arbeiten zu können“ mit „gesund sein“. *„Zu Hause ganzer Tag krank, das ist Stress. Es geht mir besser, wenn ich arbeite. Wenn ich gesund bin, ich gehe arbeiten...“* (4: 425). Auch berichten die Befragten, dass sie aufgrund ihrer Krankheit und den Spätfolgen ihre früheren Rollen, u. a. als Ernährer, Familienoberhaupt, nur noch teilweise oder gar nicht mehr ausfüllen. Dies ist für Betroffene und Angehörige schwierig auszuhalten und verursacht Angst und Hilflosigkeit.

Auch der Umgang mit den verschiedenen Spätfolgen beschäftigt sie, selbst wenn sie diese nicht immer in Zusammenhang mit ihrem DM II setzen. Meistens haben sie eigene Erklärungen für die Ursache von Folgeerkrankungen, wie Stress oder Medikamente. Das Auftreten von Spätfolgen erleben Betroffene als Teufelskreis. Stress ist für die Migranten für die Krankheitsentstehung verantwortlich. Wiederum erleben sie durch die Folgen und die „auferlegten Regeln“ im Umgang mit der Krankheit erneut Stress. Der Erneute Stress, so ihre Annahme, schlägt sich wieder in erhöhten Blutzuckerwerten nieder.

Leben mit DM II im Herkunftsland (vgl. hell unterlegte Textfelder in ◻ Abb. 1)

Anders als Migranten bspw. in den USA halten sich die Schweizer Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien aufgrund der geografischen Nähe über längere Zeiträume im Jahr in ihrem Herkunftsland auf, auch wenn die eigentliche Migration bereits lange zurückliegt. Die Ergebnisse zeigen, dass soziale Wertvorstellungen und Strategien im Umgang mit der Erkrankung zwischen dem Lebensalltag in der Schweiz und den intermittierenden Wohnort im Herkunftsland sehr variieren.

Eine veränderte Wahrnehmung des eigenen sozialen Status und der sozialen Rolle bilden intervenierende Bedingungen im Umgang mit DM II im Herkunftsland. Während sie in der Schweiz als Migranten häufig Angst vor finanziellen Unsicherheiten haben, scheinen diese im Alltag des Herkunftslands nicht existent bzw. verdrängt zu werden. Sie besitzen in der Schweiz kleine Wohnungen, im Herkunftsland häufig Häuser. Durch tiefere Preise erleben sie den Alltag im Herkunftsland weniger belastend. So genießen sie dort ihre Rolle als Gastgeber, zu der auch das Ausrichten von großen Feiern mit reichlichem Essen gehört. Der Wechsel in traditionelle Rollenbilder wird vom Umfeld erwartet, dabei wird vor allem die traditionelle Frauenrolle von den Betroffenen als belastend erlebt.

Die bekannten Strategien aus der Schweiz werden von Betroffenen im Herkunftsland flexibel auf die intervenierenden Bedingungen angepasst und so variiert das Krankheitsmanagement an den beiden Lebensorten. Ein veränderter Tagesrhythmus und das Übernehmen alter Rollenmuster ziehen unregelmäßige Medikamenteneinnahmen und Insulininjektionen mit sich. Ein Gefühl „von nicht mehr krank sein“ führt zur Vernachlässigung von medizinisch notwendigen Interventionen: *„Wenn ich gehen Mazedonien, nur Dialyse machen und keine Schreiben, keine Blutdruck, Zucker. (...) Ah Rest frei, das ist gut“* (4:301-313). Die Ernährung hat im Herkunftsland eine noch gewichtigere Bedeutung als in der Schweiz. Das traditionelle Essen, die tieferen Preise und die Rolle als Gastgeber bringen mit sich, dass die Schweizer Ernährungsempfehlungen und deren Einhaltung in den Hintergrund rücken. Bei krankheitsbedingten Krisen hindern sie lange Anreisewege und mangelndes Vertrauen in die Gesundheitsdienste

des Herkunftslandes diese in Anspruch zu nehmen, lieber warten sie bis zur Rückkehr in der Schweiz.

Die abweichende Krankheitswahrnehmung und der veränderte Umgang mit der Krankheit im Herkunftsland haben Konsequenzen. So verliert zwar die Kontrolle von physischen Parametern an Relevanz: *„Wenn ich nach Mazedonien gehe, ich kein Zucker messen...“* (4:185). Dennoch merken sie, dass ihr Leben im Herkunftsland ihren Blutzucker negativ beeinflusst. Da sie sich im Herkunftsland gesünder fühlen, rücken diabetesbezogene Gesundheitsprobleme erst ins Bewusstsein, wenn ein Reagieren darauf unausweichlich erscheint. Hier zeigt sich die Ambivalenz in ihrer Krankheitswahrnehmung, denn die Befragten äußern auch Ängste, dass sie zukünftig krankheitsbedingt nicht mehr ins Herkunftsland reisen können.

Diskussion



Fleming et al. (2008) weisen darauf hin, dass Kultur nur ein Aspekt im Krankheitsmanagement und in der Alltagsgestaltung ist. Diese Feststellung lässt sich auch in der durchgeführten Untersuchung machen. Der kulturelle Aspekt allein kann das individuelle Krankheitsmanagement nicht vollständig beschreiben. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Trennung der verschiedenen Aspekte schwierig ist. Frühere Studien über Gesundheitsüberzeugungen von Menschen mit Diabetes weisen daraufhin, dass sich die Betroffene vor allem mit der Bedeutung der Krankheit im Alltag und mit ihren subjektiven Erklärungsversuchen für die Krankheit auseinandersetzen. Faktoren, welche ihre Gesundheit positiv beeinflussen könnten sind für die Betroffenen eher zweitrangig [19].

Die Ergebnisse zeigen ebenfalls die subjektiven Überzeugungen, Erklärungen und die angewendeten Strategien der Migranten. Im Erleben der Migranten mit der Erkrankung DM II zeigt sich das Spannungsfeld der Alltagsgestaltung in 2 Kulturen als zentrales Phänomen. Durch die geografische Nähe zum Herkunftsland halten sich die Migranten häufig für mehrere Monate im Jahr im Herkunftsland auf. Für Migranten mit DM II bedeutet dies, mit ihrer Erkrankung in 2 unterschiedlichen Alltagswelten zu leben: dem „hier und heute“ in der Schweiz und dem „Festhalten an Tradition und sozialem Rollenverständnis“ der Vergangenheit des Herkunftslandes. Die Alltagsgestaltung in diesen 2 Kulturen wird von den Betroffenen als Spannungsfeld erlebt, in dem sowohl Krankheitswahrnehmung, beeinflussende Faktoren, eingesetzte Strategien wie auch die sich daraus ergebenden Konsequenzen je nach Aufenthaltsort variieren. Während in der Schweiz die Einhaltung von Ernährungs- und Verhaltensregeln eher gelingt, fällt die Umsetzung im Herkunftsland schwer. Die soziokulturelle Bedeutung von Essen und Trinken ist im Herkunftsland mit Tradition und Status verknüpft, diese erschweren oder verhindern das Einhalten von bekannten Selbstmanagementstrategien. Andere Studien mit Migranten bestätigen diese scheinbare Inkompatibilität von Traditionen und diabetischen Ernährungsempfehlungen, fokussieren dabei aber das Leben und Selbstmanagement im Aufnahmeland [5, 14]. Studien, die wie in der hier vorliegenden Untersuchung Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Ernährungsrichtlinien bei Aufenthalten im Herkunftsland identifizieren, fehlen bis lang. Die Ernährung bewahrt die ursprünglichen Traditionen und gewinnt im Heimatland an Bedeutung. Dabei fällt vor allem der soziale Aspekt der Ernährung auf. Tradition und ein selbstverständliches Anpassen eines scheinbar von ihrem alten sozialen Umfeld

Tab. 1 Soziodemografische Daten der Stichprobe.

Geschlecht	Jahrgang	Schulbildung	Zivilstand	D.M 2	Nationalität	Konfession	in der Schweiz seit	Migrationsgrund
männlich	1956	9 Jahre	verheiratet, 3 Kinder, 2 Enkel	1995	Bosnien	Moslem	1995	Fluchtmigration
männlich	1952	9 Jahre	geschieden, 2 Kinder	2000	Bosnien	serbisch-orthodox	1973	Arbeitsmigration
weiblich	1958	4 Jahre	verheiratet, 3 Kinder, 7 Enkel	1998	Kosovo	Moslem	1981	Arbeitsmigration
weiblich	1959	4 Jahre	verheiratet, 2 Kinder, 1 Enkel	1989	Mazedonien	Moslem	1995	Fluchtmigration
weiblich	1948	8 Jahre	getrennt, 2 Kinder, 3 Enkel	2008	Serbien	serbisch-orthodox	1995	Fluchtmigration

erwarteten Rollenverständnisses erschweren zudem die Kontinuität ihres „Schweizer“ Krankheitsmanagements im Herkunftsland. Studien beschreiben dieses Phänomen vor allem im Alltag von Migranten im Aufnahmeland [14, 16] allerdings lagen in diesen Studien zwischen Aufnahme- und Herkunftsland deutlich höhere geografische Entfernungen, die kaum mehr als einen Jahresurlaub in der Heimat zuließen. Möglicherweise fördert ein gleichmäßig verteiltes Leben in 2 Kulturen und an 2 Lebensorten das Trennen von neuen und alten Lebensgewohnheiten einschließlich der damit verbundenen Rollenerwartungen. Untersuchungen hierzu fehlen bislang. Für ein effektives Gesundheitsmanagement von Migranten mit DM II in der Schweiz scheint dies jedoch ein Thema von hoher Relevanz zu sein.

Aber auch der krankheitsbedingte Verlust von sozialen Rollen im Lebensalltag Schweiz belastet Betroffene. Als Teil eines strukturierten Systems nimmt die Familie auch im Alltag Schweiz eine zentrale Stelle ein, sie fungiert als soziozentrierte Gesellschaft und unterstützt die Betroffenen in Krankheitsmanagement und Alltagsbewältigung [15]. So zeigen die Ergebnisse, dass die Ernährungsempfehlungen kaum umgesetzt werden können, wenn die familiäre Unterstützung und das Verständnis der Familie fehlt, dies bestätigt auch eine andere Studie [17]. Wen et al. (2004) [18] zeigen zudem, dass Migranten mit einem hohen Maß an familiärer Unterstützung weniger Schwierigkeiten in der Umsetzung der Diättempfehlungen hatten. Die Einbindung von Partnern und Familie scheint daher ein zentraler Aspekt für die Diabetesberatung zu sein und sollte, wie die Ergebnisse zeigen, nicht nur auf den Lebensalltag Schweiz begrenzt sein. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die Sprachkompetenz als elementar für das Zurechtfinden im Schweizer Gesundheitswesen erachtet wird. Die Studienteilnehmer befürworteten eine Diabetesberaterin, welche dieselbe Muttersprache wie sie spricht. Dies zeigt sich auch in anderen Studien, wo Patienten professionelle Dolmetscherdienste vorziehen, da die Angehörigen als zu wenig neutral oder selektiv in ihren Übersetzungen wahrgenommen wurden [18].

Limitationen und Ausblick

Die Studie bietet einen ersten Einblick in das Erleben der chronischen Erkrankung DM II aus Sicht von Migranten. Dennoch verlangt die Übertragbarkeit der Ergebnisse Vorsicht, dies ist nicht zuletzt der Teilnehmerzahl von 5 geschuldet. Bedingt durch die zeitliche Begrenzung im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit, kann eher von ersten Annahmen als von einer konzeptionellen Dichte (selektive Kodieren) ausgegangen werden. Außerdem erschwerte die Sprachkompetenz der Studienteilnehmer eine Vertiefung der angesprochenen Themen. Die Ergebnisse sind deswegen als vorläufig zu betrachten, dennoch geben sie wichtige Hinweise für weitere Forschungen und zeigen in welchem Spannungsfeld sich die Schweizer Migranten aus dem ehemaligen

Jugoslawien bewegen. Die Erfassung der individuellen Situation in der Schweiz und im Herkunftsland nimmt den ersten Schritt in der gemeinsamen Arbeit von Patienten und Behandlungsteams ein. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf der Alltagsgestaltung im Herkunftsland liegen, um Strategien, wie den Umgang mit der Ernährung oder das Krankheitsmanagement, anzupassen.

Fazit

- ▶ Patientenedukation, Begleitung und Behandlung an die 2 Lebens- und Aufenthaltsorte anpassen
- ▶ Soziales Netzwerk der Betroffenen in Schulung und Behandlungen aktiv mit einbeziehen
- ▶ Ergebnisse sollen Behandlungsteams sensibilisieren für die unterschiedliche Alltagsgestaltung im Herkunftsland und die Probleme, die sich durch das Spannungsfeld im Leben in 2 Kulturen ergeben

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Nam S, Chelsa C, Stotts NA et al. Barriers to diabetes management: Patient and provider factors, Diabetes Research and Clinical Practice. Diabetes Res Clinical Pract 2011; 93: 1–9
- 2 Schweizerische Diabetesgesellschaft. Facts and Figures (2012). Im Internet: <http://www.diabetesgesellschaft.ch/diabetes/facts-figures/> Stand: 17.05 2012
- 3 Moreau-Gruet F, Luyet S. Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen – Obsan Bulletin 1/2012; Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2012
- 4 Lorig KR, Holman H. Selfmanagement Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. Ann Behav Med 2003; 26: 1–7
- 5 Kohinor MJE, Stronks K, Nicolaou M et al. Considerations affecting dietary behaviour of immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study among Surinamese in the Netherlands. Ethnicity & Health 2011; 16: 245–258
- 6 Carballo M, Siem F. Migration and diabetes: the emerging challenge. Diabetes Vioce 2006; 51: 31–35
- 7 Jansà M, Diaz M, Franch J et al. Anthropologic study of immigrant patients with T 2 DM from Morocco to Spain. European Diabetes. Nursing 2010; 7: 24–28
- 8 Peek ME, Cargill A, Huang ES. Diabetes health disparities: a systematic review of health care interventions. Med Care Res Rev 2007; 64: 101–156
- 9 Richards L, Morse JM. Readme first for a user's guide to qualitative methods. 2nd (ed.). London: Thousand Oaks Sage 2007
- 10 Strübing J. Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. (2. Aufl.) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008
- 11 Strauss A, Corbin J. Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1996
- 12 Mey G, Mruck K. Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. Grounded Theory. (2. Aufl.) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011; 11–42

- 13 Charmaz K. Grounded Theory konstruieren. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. Grounded Theory. (2. Aufl.) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011; 89–107
- 14 Hjelm K, Nyberg P, Isacsson Å *et al.* Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *J Adv Nurs* 1999; 30: 1147–1159
- 15 Heigl F, Kinéebanian A, Josephsson S. I think of my family, therefore I am: Perceptions of daily occupations of some Albanians in Switzerland. *Scand J Occup Ther* 2011; 18: 36–48
- 16 Hjelm K, Bard K, Nyberg P *et al.* Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 627–643
- 17 Wallin AM. Living with diabetes within the framework of Swedish primary health care: Somalian and professional perspectives. (Doctoral dissertation). Jönköping Hälsohögskolan 2009
- 18 Wen LK, Parchman ML, Shepherd MD. Family support and diet barriers among older Hispanic adults with type 2 diabetes. *Family Medicine* 2004; 36: 423–430
- 19 Hjelm K., Bard K., Nyberg P *et al.* Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. *J Adv Nurs* 2005; 50: 47–59