

Kultur og helse

- i hvilken grad former kulturen vårt forhold til helserelaterte spørsmål?

Ingrid Rønholt Einarsveen, kull H00

Innhold

INNHold	2
INNLEDNING	3
METODE	5
HVA ER HELSE?	6
HVA ER SYKDOM?	7
ILLNESS OG DISEASE	7
SYKDOMMERS OPPHAV	9
HVA ER KULTUR?	11
Å TILPASSE SEG EN NY KULTUR–ET HELSERELATERT SPØRSMÅL ? 13	
HELSEKULTUR OG HELSEOMSORGSSYSTEMET	14
MEDISINSKE SYSTEMER	16
VESTLIG BIOMEDISIN	16
AYURVEDISK MEDISIN	17
TRADISJONELL KINESISK MEDISIN	17
UNANIMEDISIN	18
MANGLENDE KULTURFORSTÅELSE – ET KOMMUNIKASJONSPROBLEM?	22
KULTURELL KOMPETANSE	25
SYKDOMSPRESENTASJON	26
ÅRSAKER TIL VARIERENDE HELSESTATUS	27
KONKLUSJON	28
REFERANSER	29

Innledning

Jeg skal bli lege. For å kunne gjøre en god jobb i fremtiden, leser jeg. Anatomi, fysiologi, patologi, farmakologi og ortopedi er, blant andre, fag som skal læres. Hvor langt kommer jeg som lege med denne kunnskapen alene? Sannsynligvis vil jeg komme et stykke på vei. Men vil jeg nå mitt mål? *Hva er målet for legegjerningen?* Vil jeg behandle flest mulig, best mulig på kortest mulig tid? Ja takk, gjerne det! Flest mulig og BEST mulig er en målsetting. Hva er egentlig god behandling og hva er best behandling?

Man har etter hvert blitt klar over, at for å gjøre en god jobb som lege, må man kommunisere. Kommunisere *med* pasienten. Kommunisere for å *forstå* pasienten? *Er det viktig å forstå pasienten for å kunne gi god behandling?* Hvordan kan vi forstå et menneske i løpet av en 20 minutter lang konsultasjon? Dette er viktige spørsmål man stiller seg i den situasjonen jeg er i. Disse vil ikke belyses i denne oppgaven, men jeg nevner dem, fordi disse er noe av bakgrunnen til at jeg har valgt å ta for meg denne problemstillingen.

Konsultasjonen er et av helsearbeiderens viktigste hjelpemidler. Med konsultasjon mener jeg her ethvert møte mellom pasient og behandler i det øyemed at behandleren søker å bistå pasienten i de helseproblemer vedkommende fremlegger. Til dette møtet kommer både helsearbeider og pasient med sine kulturelle og faglige verdier, synspunkter og forventninger. Det er ingen selvfølge at det mellom partene er enighet om hva god helse er, men de har et felles mål om å oppnå bedre helse. Stort sett er gjensidig forståelse et godt redskap og en nødvendighet for å oppnå compliance.

Det er vanskelig nok å forstå mennesker fra vår egen kultur. Både som medmenneske og som helsearbeider. Sykdomsoppfatninger og - forklaringer er ikke entydige i det norske samfunnet. Det er store variasjoner mellom lekfolk og helsepersonell, og mellom de forskjellige grupper av helsepersonell.

En stadig økende pasientgruppe i vårt samfunn har en annen kulturbakgrunn enn helsearbeideren. Deres oppfatninger av sykdom og helse er delvis formet i et samfunn der man har et annet syn på hva som er sykdom, hvorfor sykdom oppstår og hvordan sykdom bør behandles, hvis den skal behandles. Dette faktum, at vi som norske helsearbeidere, kommer til å møte flere og flere pasienter med en annen "helsekultur" enn vår egen, er bakgrunnen for at jeg ønsker å se nærmere på hvordan kulturen former vårt forhold til helserelaterte spørsmål. Et viktig aspekt å ha med seg i denne sammenheng, er at det også kan finnes andre årsaker til forskjeller i helseoppfatning og helsestatus i denne pasientgruppen, enn dem som kan tillegges kulturelle variasjoner. Oppgaven vil likevel stort sett ha en generell medisinsk antropologisk vinkling.

Problemstillingen jeg ønsker å konsentrere oppgaven om er: **I hvilken grad former kulturen vårt forhold til helserelaterte spørsmål?** Jeg ønsker å belyse problemstillingen gjennom å ta for meg hva kultur, helse og sykdom er, og hvordan dette takles og forstås i forskjellige kontekster. Bakgrunnen for dette er at jeg antar at kunnskap om og en viss forståelse for dette, vil øke vår evne til kommunikasjon med pasienter og dermed lette vår vei mot målet for konsultasjonen og behandlingen.

Andre spørsmål jeg søker å belyse gjennom oppgaven, vil være:
Bør pasienter fra andre kulturer behandles annerledes enn norske pasienter? I tilfelle hvordan og hvorfor? Er det nyttig med kunnskap om andre kulturer i møte med disse pasientene, eller kommer vi i fare for å kategorisere pasienter fremfor å individualisere dem? I hvilken grad har det å være fremmedkulturell en betydning for helsesituasjon?

Allerede nå vil jeg antyde at kulturell kompetanse er et fortrinn som helsearbeider i møte med fremmedkulturelle pasienter. Denne kompetansen bør også innebære at man vet å forstå at kultur er en dynamisk faktor som ikke er gitt en gang for alle for et menneske, men at man er i stadig utvikling i forhold til den kultur man kommer fra, lever i og møter. Enhver pasient er unik og må behandles deretter. I tillegg kan enkelte generelle fakta når det gjelder sykdomsoppfatninger være greie å ha i bakhodet.

Metode

Da dette er en ren litteraturstudie, vil jeg i denne metodedelen først og fremst fokusere på hvordan utvalget av litteratur er fremkommet og hvilke kildekritiske avveininger som er foretatt.

Som hjelpemiddel i litteratursøkeprosessen, har jeg brukt BIBSYS. Jeg har også benyttet meg av databasene Medline/PubMed og Ethnomed, og funnet artikler som omhandler emnet.

Litteraturutvalget er gjort med tanke på å få en bred tverrfaglig representasjon. Blant de kildeforfattere jeg har valgt å bruke, er leger, sosialantropologer, medisinske antropologer, fysioterapeuter, psykologer og sykepleiere. Jeg har bevisst valgt å benytte meg av litteratur skrevet av forskjellige helsearbeidere og å benytte meg av både norsk og utenlandsk litteratur.

Jeg har ikke brukt Cochrane library som verktøy i prosessen, og dette kan kanskje regnes som en svakhet ved det litteraturutvalget som er gjort.

Omfanget av litteratur er selektivt og enkelte artikler som kunne belyst problemstillingen, kan være utelatt.

Jeg mener likevel at den litteratur som refereres i oppgaven bør kunne gi et dekkende bilde av den problemstilling jeg søker å belyse.

Hva er helse?

Diskusjonen om hva helse egentlig er, er stadig offer for debatt. Som et utgangspunkt, har jeg valgt å ta med to definisjoner, som søker å forklare dette begrepet.

1. I følge World Health Organization (WHO): ”Tilstand av total fysisk, psykisk, sosial og åndelig velvære, ikke bare fravær av sykdom eller skade” (1).

2. I følge Dubo: ”Perfekt helse er en illusjon. Å være i live betyr å kjempe for tilværelsen i et stadig samspill mellom menneskene og omgivelsene.. frihet fra sykdom og fra livskampen er uforenlig med livsprosessen. Helse er en tilstand som stadig må tilstrebes og tillempes ettersom det samfunn og miljøet en lever i forandrer seg” (1).

Begrepet er vidtfavnende og omstridt. Helse er heller ikke et begrep som finnes på alle språk. I de språkene hvor ordet finnes, må det sies å være et relativt begrep. Det finnes menings- og tolkningsforskjeller om dette som varierer innenfor grupper etter alder, kjønn og sosioøkonomi (2). I følge WHO er helse ikke synonymt med fravær av sykdom, det innebærer også en tilstand av total fysisk, psykisk, sosial og åndelig velvære. Helse er multidimensjonalt. Det inkluderer fysisk, psykologisk og sosialt velvære. Mennesker kan være ved god helse i noen områder av livet mens de er syke på andre. Helse og sykdom oppleves ikke nødvendigvis i fravær av hverandre (3). Forskjeller i syn på hva helse er, kan trolig være en kilde til misforståelse mellom innvandrere og helsearbeidere (4).

Kommentar: Definisjonen til WHO må sees på som et utopisk mål for god helse, da det for de aller fleste av oss (om ikke alle) er en umulighet å være i en slik tilstand som den som her beskrives. Dubos definisjon av perfekt helse, er ikke nødvendigvis annerledes enn den WHO angir, men han uttrykker i klartekst at dette er et mål som må betraktes som en illusjon. Det livet vi er satt til å leve her på jorden, er ikke forenlig med å oppnå den perfekte helse slik WHO beskriver den. Ingen av disse definisjonene sier i klartekst at helsen kan oppleves som god selv om andre faktorer tilsier at den ikke skulle være det. Vi vet av erfaring, at god helse ikke er ensbetydende med mangel på påvisbar patologi. Helse er et multifaktorielt spørsmål, der både soma, psyke, sosiale forhold og åndelighet spiller inn, men man trenger ikke å ”være på topp” innenfor alle disse områdene for å føle at man er ved god helse. Selv om det for de fleste, er vanskelig å presisere nøyaktig hva de legger i begrepet helse, vil mange intuitivt ha en følelse av hva de forstår med helse på den måten at det er enkelt å svare på om helsa er god eller dårlig. Hva som er god og dårlig helse, varierer selvfølgelig fra person til person, og kulturen har stor innvirkning på den enkeltes oppfatning av dette. Blant mennesker og kulturer vil det være forskjellige oppfatninger av hvilken av helsedeterminantene som er viktigst å opprettholde for å ha god helse. Hvert medisinsk system vil ha sitt eget spesielle syn på hva helse og god helse er.

Hva er sykdom?

Sykdom kan defineres på utallige måter. Mellom kulturer og innenfor kulturer vil det være mange forskjellige oppfatninger av hva som kan betraktes som en sykdomstilstand. Symptomer vi i vårt samfunn vil oppfatte som tegn på en patologisk og unormal tilstand, vil andre steder være så hyppig forekommende at de betegnes som en normalt tilstand som det ikke bør tas spesielle hensyn til (2).

Innenfor biomedisinen vil sykdom ofte være ensbetydende med en patologisk tilstand i organer, vev eller psyke. Den kan enten forringe pasientens mulighet til å fungere eller den kan være påvisbar gjennom testing som blodprøver og billeddiagnostikk. Biomedisinen definerer også en del tilstander som disponerer for sykdommer senere i livet som sykdomstilstander. Som eksempler på dette kan nevnes høyt blodtrykk, høyt kolesterol og fedme.

Sykdomsoppfatningen er kulturbetinget, og er vanskelig å endre i møte med en ny kultur (5). Dette kan føre til problemer når innvandrere møter det norske helsevesen, som representerer en helt annen form for sykdomsforståelse, og også presenterer en rekke sykdommer, som for innvandreren er ukjente. Ulik oppfatning hos pasient og behandler om hvor syk pasienten er og eventuelt om pasienten er syk i det hele tatt, kan føre til problemer i den videre kommunikasjon og behandlingsprosess (1).

Illness og disease

I vårt norske språk, finnes ikke mange ord som beskriver sykdomstilstanden. Ordet sykdom brukes i oversettelsen av begge de engelske ordene, illness og disease. Det hevdes at det er et skarpt skille mellom disse to begrepene (5).

Illness er pasientens egen definisjon av seg selv som syk, ut i fra de symptomer han oppfatter som sykdom. "Illness refers to the psychosocial experience and meaning of perceived disease"(5). På mange måter kan illness beskrives som oppførsel og opplevelse av disease.

Disease er behandlerens oppfatning og beskrivelse, og for norske helsearbeidere vil det gjerne være den biomedisinske definisjon av sykdom. Den relaterer seg til de anerkjente klassifikasjonssystemer for sykdom (4). "Disease refers to a malfunctioning of biological and/or psychological processes" (5). Sammenhengen mellom begrepene kan beskrives på mange måter. Enkelte forskere forklarer det som at illness er det pasienten har på venteværelset, mens disease er en merkelapp han får av legen (6).

Det er viktig å merke seg at de to tilstandene kan oppstå uavhengig av hverandre. Det er for eksempel mulig å føle seg syk (illness) uten at en lege eller annen behandler vil være i stand til å finne noe som faktisk er galt (disease). Det motsatte kan også være tilfelle. Da vil pasienten ha en sykdom (disease) som ikke gir symptomer som han reagerer på som en unormal tilstand, og dermed verken føle eller definere seg som syk.

Det kan også være sånn at illness gir disease. Man kan da fort komme inn i en ond sirkel. For eksempel vil angst (illness) kunne gi økt hjertefrekvens (disease). Pasienten vil kunne oppfatte dette symptomet som alvorlig, og få ytterligere angst, som vil gi ytterligere kroppslige plager. På denne måten kan vi komme inn i en ond sirkel, der både situasjonen når det gjelder disease og illness forverres (5).

Illness er kulturelt betinget. Den begynner med en syks persons oppdagelse og forståelse av diseases første symptomer (5). Denne subjektive opplevelsen av sykdom inkluderer: Kroppslige forandringer, funksjonelle forandringer, uvanlige kroppsfenomener, sanselige endringer, ubehagelige symptomer, uvanlige følelsesmessige reaksjoner og uvanlig oppførsel (6).

Disease er også kulturelt betinget, og kan variere mellom de forskjellige medisinske systemer. Disease angår individer, også når hele folkegrupper angripes, mens illness er et fenomen som også angår miljøet rundt pasienten (5). Dette kan eksemplifiseres med et barn i en familie som får en influensa. De andre familiemedlemmene blir ikke smittet, får ikke influensasymptomer og har derfor ingen disease. Likevel vil hele familien til en viss grad omstille seg for å tilpasse seg at en av medlemmene er syk. På denne måten vil de alle sammen få en slags illness. I noen kulturer defineres både den syke selv og nærmeste familie som syke (5).

Både asiatisk medisin og vestlig skolemedisin er opptatte av disease. Det vil riktignok være forskjellige diseasebegreper. Asiatiske leger er generelt mer opptatt av illness enn vestlige leger. Dette medfører at en del pasienter med asiatisk bakgrunn er mye mindre opptatt av prøvesvar enn hva norske pasienter er, fordi de ikke er vant til å betrakte dette som et kriterium for å defineres som syk (5).

Kommentar: Både illness og disease er kulturelt betinget. Dette tyder på at kulturen i høy grad former vårt forhold til helse relaterte spørsmål.

Sykdommers opphav

Forklaringene på hvordan og hvorfor sykdommer oppstår, er også svært sprikende mellom kulturer og mellom de ulike helseprofesjoner. Den indiske psykologen og psykoanalytikeren Kakar som har analysert helbredetradisjonene i India, hevder at det største og viktigste skillet mellom medisinske tradisjoner går mellom dem som mener at alt kan måles og registreres, og dem som mener at det ikke er slik. Han mener også at det innenfor alle nasjoner finnes representanter for begge varianter, og at det største skillet innen sykdomsforståelse ikke går mellom landene, men mellom hvilken av disse to retningene man tilhører (7). Den medisinske antropologen Foster hevder noe av det samme. I følge ham, går det viktigste skillet mellom tradisjoner som mener at sykdommer skyldes biologiske fenomener som mennesket i prinsippet ikke kan gjøre noe med og dem som mener at sykdommer er styrt av vesener, enten andre mennesker, ånder eller makter (8). Ut i fra oppfatningen om sykdommers årsak trekkes et skille mellom naturalistiske og personalistiske systemer (4). Et naturalistisk system er et system som bygger på den naturalistiske filosofien som hevder at alle fenomener er ledd i en strengt årsaksbundet natursammenheng, og som forneker overnaturlige fenomeners inngrep i verden. Et personalistisk system vil være bygget opp rundt tankegangen om at virkeligheten er bygget opp av en rekke bevisste, selvvrkende enheter. Innenfor et naturalistisk system vil sykdommer være "skjebnebestemt" mens det i et personalistisk system åpnes for at mennesket selv har stor innvirkningskraft på egen sykdom.

Disse forskjellene i hvordan man oppfatter sykdommers opphav og opprinnelse er viktige, fordi de representerer en viktig kommunikasjonsbarriere i møte mellom behandler og pasient.

Antropologen og allmennpraktikeren Cecil G. Helman nevner fire områder hvor lekfolk legger sykdomsetiologien (6). Lekfolk samsvarer her med den del av helseomsorgssystemet som Kleinman omtaler som den folkelige sektor (se senere).

Det første området er i individet selv. Årsaken til at sykdommen har oppstått finnes altså inne i pasienten. Et eksempel på dette som er kjent fra vår biomedisinske forståelse, er gener som kan medføre sykdom. Det kan også være en moralsk defekt som gjør at pasienten blir syk. En umoralsk livsstil med for mye røyk og alkohol, kan føre til hjerte-karsykdommer.

Et annet område der sykdomsårsaken kan ligge, er i det naturlige miljøet eller de umiddelbare omgivelsene til den syke personen. Som eksempler på dette, kan nevnes forskjellige allergener. Virus bør også nevnes som en faktor her, forutsatt at det har en virulensfaktor som gjør at alle som angripes blir syke. Hvis ikke denne forutsetningen er tilstede må det første området også trekkes inn i bildet; nedsatt motstand hos pasienten av en eller annen grunn gjør at virusets patogene virkning gir utslag.

I den vestlige kultur er det vanlig med en underliggende overbevisning om at sykdom ofte er forårsaket av pasienten selv. Man kan ha ført en usunn livsstil eller unnlatt å ta de nødvendige forholdsregler for å opprettholde en god helse. Dette synet gjør at en del vestlige pasienter har skyldfølelse fordi de mener sykdommen er selvpåført. Undersøkelser på området viser at grad av skyldfølelse varierer med sosioøkonomisk klasse, der de med best økonomi, i størst grad føler ansvar for egen helse, og dermed

også føler mest skyld når helsa svikter (6). Dette fenomenet er ikke fremtredende på samme måte hos pasienter tilhørende andre kulturer.

Disse to første områdene er vanlig å betrakte som medvirkende i patogenesen i den vestlige verden. I andre kulturer, er det i tillegg vanlig å tro at sykdommer kan oppstå som følge av interpersonlige forhold/det sosiale miljø (6). I vår vestlige medisinske tradisjon har det de siste 20 – 25 årene blitt snakket en del om de såkalte ”samsykdommene”. Dette er samlivssykdommer og samfunnssykdommer, kort sagt sykdommer som oppstår på grunn av dårlig fungerende samspill mellom mennesker (9). Forklaringer på hvordan forholdet til andre mennesker virker inn på sykdomsforekomster er nokså luftige (4). Det er lettere å påvise sammenhengen i epidemiologiske studier enn i det enkelte sykdomstilfellet, der man ofte forklare sykdom på en biologisk måte.

I andre medisinske kulturer, som en del av innvandrerne i Norge er kjent med, har man på en helt annen måte konkrete forklaringer på hvorfor sykdom oppstår som følge av mellommenneskelige forhold. En forklaring på dette kan være svart magi. Dette er noe det snakkes lite om. Årsakene til dette er flere. Pasienter med denne oppfatning er ofte klar over at denne ikke deles av legen, og ser derfor heller ingen grunn til å dele dette synet med denne behandleren. (4). En annet moment er at svart magi kan forsterkes ved at man snakker om det, og derfor bør stillties i størst mulig grad. For å unngå svart magi, er det viktig å unngå å vekke negative følelser som misunnelse og sinne. Denne typen følelser kan få den som er grepet av dem til å kontakte en magiker for at vedkommende skal benytte sine teknikker for å gi sykdom til den som er opphavet (4). En annen forklaring som kan gis i forholdet sosiale relasjoner og sykdom, er en så konkret ting, som at noen har tilført gift i pasientens mat. Også i forhold til dette er det å vekke negative følelser hos andre noe som bør unngås. Forestillingen om det onde øyet, er en annen teori innenfor dette området av årsaksforklaringer. Oppfatningen er beskrevet i muslimske kulturer. Det onde øyet, ”nazar” er en ond kraft som finnes mellom mennesker og kan aktiveres på flere måter, både overlagt, ved et uhell eller på grunn av ubetenksomhet. Denne kraften kan, som de to ovenstående, utløses på bakgrunn av negative følelser. Denne oppfatningen fører til at det i mange kulturer ikke snakkes om og skrytes av ting som er bra, fordi dette kan vekke sjalusi og misunnelse (4).

Det er også vanlig å legge skylden for sykdom til den overnaturlige verden. Og dette er det fjerde nivået som omtales i Helmans modell. En del regner at både guder, djevler og ånder kan være årsak til deres sykdom. Innen hver kulturkrets vil en nok finne personer som ikke i noen tilfelle vil trekke inn religiøse vurderinger. Men det fins neppe noe samfunn hvor ingen av medlemmene vil ta slike vurderinger med (4).

Kommentar: Den kultur man tilhører vil ha innvirkning på hvordan sykdom forstås og i hvilket av de fire områdene Helman nevner som mulige forklaringer på etiologi man plasserer årsaken.

Hva er kultur?

Opprinnelig kommer ordet kultur fra det latinske ordet for å dyrke (lat. Colere). Fortsatt brukes ordet på denne måten når vi snakker om kulturlandskap, men det brukes også på mange andre måter, og må derfor ha en rekke betydninger. Kluckhohn og Kroeber fant i 1952 150 forskjellige definisjoner på kultur, og det er ingen grunn til å tro at dette tallet har minnet med årene. Det er blitt forsøkt å kategorisere de forskjellige definisjonene. Det kan skjelles mellom syv forskjellige måter ordet "kultur" blir brukt på. Disse måtene er: Artsmessig, ekspressivt, hierarkisk, superorganisk, holistisk, pluralistisk og hegemonisk (3).

Andre vil hevde at det grovt sett er to måter å bruke begrepet kultur på. Den første er det **verdiorienterte kulturbegrep** som omfatter det vi tradisjonelt oppfatter som kultur, så som billedkunst, litteratur, teaterkunst, musikk og lignende. Dette kulturbegrepet er etter hvert blitt utvidet til også å omfatte idrett, undervisning og kunsthåndverk. Kort sagt, alle samfunnets sektorer. Den andre måten å bruke ordet kultur på, er det **beskrivende (analytiske) kulturbegrep**. Dette er det kulturbegrep jeg ønsker å konsentrere denne oppgaven om. Det beskrivende kulturbegrep omfatter egenart i levemåte innenfor en gruppe, både nedarvede og tillærte (2).

I 1871 definerte antropologen Edward Tylor kultur på denne måten: "Kultur er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn (2).

Ut i fra denne definisjonen, kommer det klart frem at kultur er et tillært fenomen, og ikke medfødt.

I den senere tid, har den norske antropologen Arne Martin Klaussen definert kultur på en annen måte: "De ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den foregående generasjon, og som man forsøker å bringe videre – oftest noe forandret – til neste generasjon (2).

Kultur er ikke statisk og uforanderlig, men i stadig endring, både i samfunnet som helhet og i det enkelte individ som representerer en kultur.

Det er lett å gå i den fellen at man likestiller kultur og samfunn. Kultur er ikke det samme som et samfunn. Et samfunn er en gruppe mennesker som har et visst forhold til hverandre. Kulturen er samfunnsmedlemmenes felles atferdsmønster slik det viser seg i det de gjør og sier, i det materielle, redskapene, bosettingsmønstrene etc. Selv om kulturen ikke er det samme som samfunnet, er det klart at den må være samfunnsmessig. Kultur er et sett av redskaper som hjelper oss å kommunisere med hverandre (3). Kulturen gir oss en rekke retningslinjer for hvordan vi skal leve i verden, og kan sammenlignes med sansene våre. Kulturen er stemmen vi snakker med, øynene vi ser med, ørene vi lytter med, nesen vi lukter med og huden vi føler med. Via sansene både mottas og presenteres kulturen (3).

Jeg ønsker her å presisere at jeg i denne oppgaven ønsker å se på kultur som det sett av normer, oppførsel, handlinger og væremåte vi som gruppe benytter oss av for å

kommunisere innenfor et gitt samfunn og som læres som del av sosialiseringprosessen inn i dette samfunnet.

Ingen av oss tilhører en enkelt kultur. Vi er alle medlemmer av flere forskjellige kulturer innenfor forskjellige samfunn (jobb, skole, familie, venner) der vi kjenner uttrykksmåten, som kan variere fra den ene sammenhengen til den andre. For å kunne fungere i samfunn, er det viktig å kjenne dette samfunnets kultur (3).

Vi kan også snakke om større kulturelle systemer så som vestlig kultur, asiatiske kulturer, amerikansk kultur etc. Når mennesker med forskjellig bakgrunn når det gjelder disse kulturelle systemene møtes, kan det by på enda større utfordringer enn man opplever når mennesker fra forskjellige subkulturer innen en slik "hovedkultur" møtes. Det kan lettere oppstå et kommunikasjonsproblem fordi både språk, uttrykksmåter, virkelighetsoppfatning og bakgrunn er svært forskjellige.

I et flerkulturelt samfunn og i flerkulturelle møter er det viktig at begge parter forsøker å bli bevisst både sine egne og motpartens "usynlige" kulturelle verdier. Det er ofte disse som skaper kommunikasjonsvansker. Det er viktig å påpeke at dette ikke krever at man oppnår en "kulturell enighet" eller felles kultur for at samhandlingen skal fungere. Geertz uttaler: "Man trenger ikke bli som dem for å forstå dem" (10). Hva som skal til for å forstå et fremmed kulturelt fenomen, er derimot ikke et enkelt spørsmål å besvare, men man kommer et godt stykke på vei ved å skaffe seg kunnskap om den konteksten fenomenet står i.

Når man søker å forstå og tolke andre kulturer, er det to hovedretninger man kan legge seg på. Den ene er **etnosentrisme**, der man tolker alt man ser ut i fra egne verdier og målestokker, altså at man tar et fenomen ut fra dets opprinnelige kontekst. Den andre og motsatte måten, er **kulturrelativisme**, der man forstår kulturen ut i fra kulturen selv. I de fleste tilfeller vil antagelig en forståelse som bygger mest på den siste måten være den riktige å velge i møte med pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn behandleren. En etnosentrisk holdning kan føre til feiltolkninger, fordømmelser og konflikter. Etnosentrisme kommer av manglende kontakt med eller kunnskaper om andre kulturer (11). Den kulturrelativistiske holdning innebærer at man ser alle kulturer som likeverdige, og ikke hever sin egen kulturelle oppfatning over andres. Møtes pasienten på denne måten, vil det være lettere å få til en god dialog, fordi man ikke har et nedsettende syn på pasientens forståelse av sykdommen. Det er samtidig en utopi og tro at en skal klare å fjerne seg fullstendig fra etnosentrisme, da det er så godt som umulig for oss å sette egne verdier til side når vi møter andre mennesker.

Kommentar: Kultur, slik begrepet blir definert i denne oppgaven, er nå presentert. Dette bør muliggjøre å vurdere problemstillingen: "I hvilken grad former kulturen vårt forhold til helsesrelaterte spørsmål?"

Å tilpasse seg en ny kultur—et helsereelatert spørsmål

Alle flyktninger, innvandrere og gjestearbeidere i Norge har opplevd det å være fremmed, og har valgt forskjellige strategier for å tilpasse seg det nye samfunnet og den nye kulturen. Det er identifisert tre interkulturelle faktorer av betydning i denne prosessen: Følelse av identitet, opplevd diskriminering og ”acculturation”(12).

”Acculturation” refererer til den overgangsprosessen som skjer når mennesker fra to forskjellige kulturer møtes. Prosessen kan skje i enten en av eller begge de opprinnelige kulturene (3). Resultatet av prosessen deles gjerne inn i fire kategorier:

1. integrasjon (personene tar opp litt av en ny kultur og beholder litt av den gamle)
2. separasjon (den gamle kultur bevares, og dette vanskeliggjør kommunikasjon med de som tilhører den nye og fremmede kulturen)
3. assimilering (mye av den opprinnelige kultur forsvinner og den nye gjøres til personens ”egen kultur”)
4. marginalisering (den gamle kultur gis opp, samtidig som man ikke makter eller får tillatelse til å delta i den nye kultur) (3).

Denne prosessen vil for alle som opplever den være en stressfaktor med innvirkning på både de fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved helse (13). Ved studier av de forskjellige acculturation-strategiene konkluderes det med at det er et hierarki innenfor disse når det gjelder stressnivå. Marginalisering er den strategien som medfører høyeste grad av stress, mens separasjon og assimilering følger etter. Integrasjon er den strategi som gir det laveste nivå av stress, selv om man må være klar over at en slik tilpasningsprosess vil medføre stress for enhver som opplever den (3).

Kommentar: Ikke bare kultur i seg selv, men også ”kulturendringsprosess” og møte mellom kulturer, vil i høy grad ha innvirkning på helsen og dermed også på helsereelaterte spørsmål.

Helsekultur og helseomsorgssystemet

Den senere tid er det også blitt snakket om helsekultur, som et selvstendig kulturelt system med egne kommunikasjonsformer og uttrykksmåter (5). Det er likevel ikke slik at helsekulturen er en universell kultur uten variasjoner fra menneske til menneske og fra samfunn til samfunn. Derfor er det nyttig å sette seg nærmere inn i de forskjellige helsekulturers bestanddeler, for derigjennom å kunne komme nærmere et svar på problemstillingen jeg drøfter i denne oppgaven.

Kleinman omtaler dette systemet som ”health care system” eller helseomsorgssystemet. Innenfor det totale helseomsorgssystem finnes tre sektorer som alle tar stilling til årsaker til sykdom, behandling av sykdom og definerer/redefinerer av den sykes rolle i samfunnet. Ethvert helseomsorgssystem omhandler følgende helserelaterte problemstillinger:

- Opplevelse av illness på personlig eller sosialt nivå
- Helsesøkende oppførsel
- Pasient/behandlerforhold
- Behandlingsprosess
- Definerer av sykerolle

(5).

Mange faktorer virker inn på det totale helseomsorgssystemet: De institusjoner det omfatter, de forskjellige sosiale roller, interpersonlige forhold, omgivelser med innvirkning på samhandling i systemet, økonomi og politikk (5).

Systemet er bygget opp av dikotomiene pasient/behandler og lidelse/behandling (5).

Kleinman, som er både antropolog og psykiater, beskriver det generelle helseomsorgssystem som bestående av tre sektorer: Den personlige sektor, den folkelige sektor og den profesjonelle sektor (5). Man har etter hvert blitt klar over at den profesjonelle sektor, som av mange blir sett på som det eneste helseomsorgssystem, bare kommer i kontakt med en liten del av de sykdomstilfeller som finnes (4). Dette innebærer at lekfolks sykdoms- og helseoppfatninger stort sett formes utenfor den profesjonelle sektor, og derfor ikke er sammenfallende med ”den profesjonelle oppfatning”. Dette gjelder innenfor alle kulturer, men den konkrete oppfatningen som den gjennomsnittlige lekmann sitter med varierer fra kultur til kultur, akkurat som den profesjonelle oppfatning varierer. Med dette mener jeg, at selv om verken en pasient med norsk eller pakistansk bakgrunn har samme oppfatning av årsaken til at sykdom har oppstått som legen, har de ikke nødvendigvis sammenfallende oppfatning av hva denne årsaken er.

Den personlige sektor utgjøres av det nære, sosiale nettverket: Pasienten selv, pasientens hushold og andre slektninger, naboer og de man omgås i andre sosiale sammenhenger. Selv om denne sektoren innenfor helseomsorgssystemet tradisjonelt er blitt lite vektlagt, har den en svært viktig rolle når det gjelder vurdering av symptomer, vurdering av om de andre sektorene bør konfereres, behandling og definerer av den sykes rolle i samfunnet. Dette er hovedsakelig en kvinnesektor. Det ligger vanligvis i kvinne- og morsrollen og ta seg av syke med pleie og omsorg. Kvinnekulturen innebærer å tilegne seg en del kunnskap om sykdommer.

De fleste sykdommer behandles innenfor den personlige sektor. Det er også i denne sektor man bryr seg mest om de helsespørsmål som ikke omfatter sykdom, men søker å opprettholde den gode, sunne helse. Den personlige sektor evaluerer den jobben som gjøres i de andre sektorene når disse konfereres, og er en viktig faktor når det gjelder om behandlingsforslag som foreskrives fra disse, skal følges opp (5).

Den folkelige sektoren omfatter en rekke kategorier helbredere. Disse beskrives i litteraturen som "halvprofesjonelle". Deres basis er personlige egenskaper eller uformelt ervervete kunnskaper fremfor formell utdanning og stilling. Den sektoren består både av hellige og sekulære helbredere og har relasjoner til begge de andre sektorene (4,5).

I den profesjonelle sektor fins behandlere som er godtatt av samfunnet. Disse kan tilhøre alle de medisinske systemer som omtales senere i oppgaven. Stillingen deres medfører at de har status og autoritet i kraft av det arbeidet de gjør. Utenom dette er teoriene de sverger til som bakgrunn for sin praksis svært varierende.

Kommentar: Selv om helseomsorgssystemene er inndelt i de samme sektorer innenfor forskjellige kulturer vil den kulturen de eksisterer innenfor ha innvirkning på den gjeldende helsekultur og dermed de aktuelle helserelaterte spørsmål.

Medisinske systemer

Det finnes i verden i dag en rekke medisinske systemer som jobber side om side. De medisinske systemer tar for seg oppgaver innenfor det totale helseomsorgssystem. Det er vanlig å nevne fire store medisinske systemer. I vår kultur er det et dominerende system, som av mange blir sett på som det eneste seriøse og ordentlige medisinske system, den vestlige biomedisin. Dette kommer tydelig til uttrykk ved at de andre medisinske systemene og andre typer behandlere omtales som ”alternativ medisin”. Dette er et svært vidtfavnende og lite presist begrep, som omfatter behandlere innenfor alle de andre store medisinske systemer, samt behandlere innenfor mer eller mindre seriøse behandlingstradisjoner. De forskjellige medisinske systemene varierer i sine sykdomsforklaringer, diagnostiseringsmetoder, sykdomsdefinisjoner og behandlingsteknikker. Dette betyr at det innenfor de ulike systemer, gis forskjellige svar på de helserelaterte spørsmål.

Vestlig biomedisin

Den vestlige medisin har mange betegnelser: legenes medisin, biomedisin, skolemedisin, moderne, vitenskapelig og allopatisk medisin. Det sistnevnte brukes ofte av engelsktalende asiater – både lekfolk og leger - og er en kjent benevnelse for mange innvandrere (2). Biomedisinen liker å påberope seg å være det eneste medisinske system som bygger på det vestlige naturvitenskapelige paradigme. Det er likevel viktig å merke seg at heller ikke biomedisinen er en enhetlig lære. I dag utvikles biomedisinen også utenfor vesten, og påvirkes av den kulturelle kontekst den utøves i. I biomedisinen er man opptatt av de funn som kan fremstilles ved blant annet prøvetakning, billeddiagnostikk og funksjonsundersøkelser. Behandling kan være både medikamentell og ikke-medikamentell. De medikamenter som benyttes er fremstilt av en egen legemiddelindustri.

I andre kulturer er det vanlig at de medisinske systemene blir sett på som mer likeverdige, og en og samme pasient kan benytte seg av flere typer behandlere. Dette gjelder både ved en og samme lidelse, og at man ønsker forskjellig type behandler til forskjellig type sykdom. Dette gir pasientene en større autoritet og makt enn vi er vant til i vår kultur, da pasienten har mulighet til å velge en annen behandling hvis han er misfornøyd med den jobben som blir gjort (4). I vesten er pasienten ofte prisgitt legens dyktighet og kunnskap, og vet at det er med fare for å bli uglesett han kontakter en såkalt ”alternativ behandler”. Dette kan føre til at pasienten unnlater å fortelle sin behandler innen vestlig medisin at han også benytter seg av andre behandlere for å få bukt med sykdommen, enten fordi han tror sykdommen har flere aspekter som bør behandles forskjellig eller fordi han ønsker å prøve flere typer behandling fordi han er usikker på hvem som gir den beste behandlingen. Dette kan være vanskelig for behandleren å forholde seg til og vanskeliggjøre den nødvendige kommunikasjonen (4).

De tre andre hovedsystemene som bør omtales er ayurvedisk medisin, kinesisk medisin og unanimesisin.

Ayurvedisk medisin

Ayurvedisk medisin blir betraktet som indernes og hinduenes medisin, og selve ordet ayurveda betyr vitenskapen om livet. Vitenskapen er basert på både indisk filosofi, medisin og psykologi. Den omfatter følgende medisinske spesialiteter: Allmennmedisin, geriatri, gynekologi, oftalmologi, otorinolaryngologi, pediatri og kirurgi. I følge myter kommer kunnskapen fra Brahma, skaperen. Læren går ut på at legeme, ånd, sjel og omgivelsene rundt må være i harmoni for at et godt liv skal opprettholdes. Alt i verden er sammensatt av fem elementer; jord, vann, ild, luft og eter. Også mat består av disse elementene, og klassifiseres i tillegg til smak, gjennom ti motsetningspar: Tung/lett, kald/varm, fuktig/tørr, mild/skarp, kompakt/mobil, myk/hard, ren/slimete, glatt/ru, liten/stor eller fast/flytende. Kroppen har syv bestanddeler: matsaft, blod, kjøtt, fett, ben, benmarg og sæd. Disse produseres fra føden som inntas. Fordøyelsen foregår i tre stadier. Den første er en søt reaksjon der kroppsvæsken "kapha" produseres. Denne er hovedsakelig lokalisert til brystet. Den andre reaksjonen foregår i tynntarm, er sur, og produserer "pitta", som lokaliseres til fordøyelsessystemet. "Vata" er den tredje kroppsvæske som produseres ved en bitter reaksjon i tykktarmen. Kapha, pitta og vata utgjør de tre kroppsvæsker, tridosha.

Innenfor Ayurvedamedisinen anser man at det er tre ting som fører til at sykdom oppstår. En predisponerende årsak virker gjennom de tre kroppsvæskene på de syv kroppsbestanddelene slik at en person blir syk.

Diagnosen stilles på bakgrunn av forståelse for den predisponerende årsaken, tidlige indikasjoner og aktuelle symptomer. En grundig anamnese tas opp og man undersøker fordøyelse, puls, urin og avføring.

Behandlingen består i kostholdsveiledning og medisiner som skal hjelpe til med å gjenopprette harmonien i organismen.

Tradisjonell kinesisk medisin

Også i kinesisk medisin er balanse et viktig element. Man søker å oppnå harmoni mellom de forskjellige energier i kroppen, og disse må være i likevekt for å opprettholde en god helse. Sammenhengen mellom miljø og helse vektlegges i dette systemet.

Innenfor kinesisk medisin blir helse definert ved spesifikke karakteristika som ikke bare omfatter fravær av ubehag og smerte, men også tilfredsstillende regelmessighet i søvn, appetitt og seksualliv. Innen dette medisinske systemet vektlegger man vaner, livsstil og kosthold.

Sykdom defineres som en forstyrrelse eller ubalanse i samspillet mellom fysiske, fysiologiske og psykologiske særtrekk hos hele personen. Utøvere av den tradisjonelle kinesiske medisin bruker kinesisk medisinsk teori til å identifisere en tilstand.

Utøveren benytter grovt sett fire klassiske metoder som ble systematisert i kinesisk medisinsk litteratur rundt det fjerde århundre f. Kr. Disse omfatter:

- Utspørring om sykdommen, forløp, tilstand nå, hva som påvirker positivt/negativt.
- Lytte til pasientens stemme
- Observere pasientens ansiktsuttrykk, hudfarge, kroppsspråk og tungens farge, form, belegg
- Kjenne pulsen og kartlegge kvalitet, kraft, hastighet og rytme (4).

Etter at tilstanden er kartlagt, velges behandlingsmetode. Hver pasient sees på som unik og behandlingen er tilpasset den enkelte, basert på deres grunntilstand og kliniske bilder. Dette medfører at pasienter med samme symptomer innenfor den vestlige medisin, vil få både forskjellig diagnose og behandling av en behandler innen den kinesiske medisin. Behandlingsmetoder er akupunktur, urtemedisin, kostholdsveiledning og andre tradisjonelle teknikker (4).

Unanimedisin

Unanimedisinen kan sees på som en sammensmelting av arabisk og asiatisk folkemedisin, samtidig som dette medisinske systemet oppfattes som den ”muslimske medisin”. Også i Unanimedisinen er likevektsprinsippet rådene. Man må opprettholde balansen mellom varme og kulde, og tørrhet og fuktighet.

I følge denne lære er det fire kroppsvæsker: Blod, spytt, gul galle og sort galle. Kroppsvæskene oppstår ved fordøyelse av mat. Den første fordøyelsen skjer i magesekken. Der skilles det ut en næringsrik del, ”kaylus”, og en mindre næringsrik del; spytt. ”Kaylus” går via portvenen til leveren, og her skjer den andre fordøyelsen som deler ”kaylus” i tre porsjoner. Skummet blir til gul galle, sedimentet blir sort galle og den mest næringsrike porsjonen er blod. Blodet passerer gjennom vena cava superior til hjertet. Den mest flytende væsken går til nyrene for ekskresjon. Blodet distribueres til organene via arteriene. I blodårene skjer den tredje fordøyelsen, mens den fjerde foregår vel fremme i organene.

Alle disse væskene er knyttet til et naturelement, et organ og et temperament. (Se figur):

Naturelement	Kardinalvæske	Egenskaper	Organ	Temperament	Årstid/klima
jord	svart galle	kald og tørr	milt	melankolsk (godmodig)	høst
vann	slim	kald og fuktig	hjerne/blære	flegmatisk (rolig)	vinter
luft	blod	varm og fuktig	hjerte	sangvinsk (blid)	vår
ild	gul galle	varm og tørr	lever	kolerisk (oppfarende)	sommer

Hvert menneske blir født med en unik sammensetting av kroppsvæskene som er bestemmende for menneskets personlighet.

Varme og kulde i Unani-medisinen må ikke oppfattes som uttrykk for temperatursvingninger, men snarere som egenskaper ved blant annet fødemidler, medikamenter og spesielle tilstander:

”Varme” fødeemner	”Kalde” fødeemner
Alle typer kjøtt og fisk Gulrøtter, auberginer, salat*, løk, chillipepper, jams Epler*, bananer, druer*, mango*, meloner, oliven De fleste nøtter, korinter, rosiner, dadler, fiken	Kål, blomkål, slangeagurk, poteter, gresskar, salat, spinat Sitrusfrukt, fersken, pærer, ananas, plommer, lychier, vannmelon, druer
Hirse, sago, belgfrukter, hvete Smør, olje Sukker, honning Te og kaffe Krydder, unntatt koriander	Bygg, ris Ost, yoghurt, melk Eddik Eggehvite

* Unntatt når de er sure eller umodne, da er de ”kalde”

(1).

En gravid kvinne er for eksempel varm, og bør derfor innta ”kalde fødemidler” for å opprettholde balansen. Dette kan by på visse problemer i forhold til de kostholdsråd vi i vestlig medisin er vant til å gi gravide, da nesten alle proteinholdige matvarer blir ansett som varme. Sykdommer er stort sett varme (infeksjoner, gastroenteritter, malaria, hudutslett og nyresmerter). Unntak er reumatoid artritt, smerter i fortennene og noen typer diaré. De varme sykdommene blir ansett som de mest alvorlige. Det er også viktig å merke seg at de medisiner som brukes i vestlig medisin, oppfattes som varme innenfor dette systemet. Det å skrive ut en resept til en pasient som oppfatter sin tilstand som varm, kan derfor oppfattes som uforsvarlig, og uten skikkelig kommunikasjon med og informasjon til pasienten, vil man sannsynligvis oppleve at behandlingen ikke gjennomføres.

Sykdom oppfattes innenfor dette systemet å oppstå på grunn av manglende likevekt mellom varme-kulde og de fire kroppsvæsker.

Mennesket blir sett på som en helhet uten skille mellom kropp og psyke, i motsetning til den kartesianske dualismen i vestlig tankegang (2). Det vi i vestlig biomedisin vil oppfatte som et psykisk problem, kan av andre tolkes som et rent somatisk anliggende. Jeg vil gå nærmere inn på hvordan dette kan føre til problemer i behandler-pasientkommunikasjonen (2).

Behandlerne innen Unanimedisinen kalles hakimer og er ofte utdannet ved egne unani-høyskoler, men man kan også møte hakimer som har ervervet sin kunnskap fra sin far som var hakim. Den formelle opplæringen tilsvarer det vestlige medisinske studium når det gjelder både varighet og kompleksitet. Dagens hakim-utdanning består av fysikk, kjemi, biokjemi, botanikk, zoologi, anatomi og kirurgi, i tillegg til at de lærer om de diagnostiske prosedyrer som brukes i den vestlige biomedisin (4).

For å kunne stille en diagnose vurderes pasientens opprinnelige temperament opp mot det nåværende temperamentet. Huden på de terminale falanger er kroppens best balanserte område, og hakimen føler seg her frem til forståelse av lidelsen, gjerne ved å sammenligne med en frisk person. Det brukes av og til moderne laboratorietester i diagnostiseringsprosessen. Enkelte hakimer vil også benytte seg av stetoskop for å lytte på respirasjons- og hjertelyder. Palpasjon av pasientens puls later likevel til å være hakimens viktigste diagnostiseringsredskap: ”Slagene man kjenner med pekefingeren, gir en pekepinn om kroppsvæskenes tilstand. Med langfingeren kjenner man om gallen har noe med sykdommen å gjøre. Ringfingeren kan avgjøre om spyttet er som det skal. På grunn av forestillinger om forskjeller mellom kjønnenes kretsløpsystemer, tar hakimen pulsen på høyre hånd hos mannlige pasienter og på venstre hos kvinnelige. Han hevder å kunne diagnostisere inntil tyve lidelser med denne metoden”(1). Ved å kjenne på pulsens frekvens, slagkraft, dilatasjon og pauser, kan hakimen fastslå hvilken av kroppsvæskene som er den dominerende.

Behandlingens mål er å gjenopprette den tapte balansen. Dette gjøres gjennom diettveiledning og medikamenter. En hakim vil alltid foreskrive medikamenter til sin pasient. Disse er det enten hakimen selv som fremstiller, eller man kan få tak i dem på egne Unani-apoteker. Man tror at kroppen innehar en selvoppholdelseskraft som jobber for å opprettholde balansen. Hakimens oppgave er å assistere denne kraften. Behandlingen har to funksjoner. Den skal både kurere den oppståtte lidelsen og virke preventivt på mulige fremtidige lidelser. (4).

Det er viktig å ha klart for seg at pasientene vi møter ikke nødvendigvis sverger til ett medisinsk system, men er vant til å forholde seg til flere systemer ved siden av hverandre. Felles for disse, for oss ukjente, medisinske systemene er at kostholdet og fordøyelsen har en svært sentral plass i forhold til hva vi er vant til.

De medisinske systemer, jobber alle etter en felles mal: Pasient møter behandler. En rekke tiltak blir gjort for å stille diagnose. Behandling igangsettes.

De tar altså stilling til en rekke helserelaterte spørsmål: *Hva er god helse? Hva er sykdom? Hvordan stille diagnose? Hvordan behandle?* Likevel er metodene som benyttes svært ulike. Dette kan forvirre en pasient som er vant til en annen type behandler enn den han møter i en ny kultur.

Hvordan bør helsearbeidere ta hensyn til dette? Det kan ikke forventes at helsearbeidere skal sette seg inn i andre medisinske systemers diagnostiseringsmetoder og begynne å bruke disse, selv om de har en kulturrelativistisk holdning. For de fleste vil dette være en trussel mot deres faglige integritet og et brudd på lojaliteten overfor det medisinske system man tilhører. Likevel kan man være dette bevisst, og være grundig i de undersøkelsene som gjøres, fordi man vet at en del fremmedkulturelle pasienter er vant til dette. Kulturell kunnskap er nyttig ved valg av behandling (14). Den vestlige medisin har mer avventende diagnostiseringsmetoder, og dette kan av enkelte pasienter oppfattes som usikkerhet hos behandler (1). Det å gjennomføre en undersøkelse der man både tar på og inspiserer pasienten nøye, fremfor å bare konsentrere seg om prøver og billediagnostikk, vil også være den beste konsultasjon innenfor vestlig medisin.

Kommentar: De ulike medisinske systemer tar stilling til de samme helserelaterte spørsmål, men svarene som gis er i høy grad forskjellige.

Manglende kulturforståelse – et kommunikasjonsproblem?

Jeg har tidligere nevnt, at kultur kan betraktes som de sett av kommunikasjonsmidler et menneske er i besittelse av. Dette vil selvfølgelig også være gjeldende for en pasient som skal forsøke å kommunisere til legen og presentere den ”illnessen” vedkommende har. Miskommunikasjon eller mangel på kommunikasjon er en hyppig hindring for adekvat profesjonell helseomsorg (5).

For å kunne samhandle effektivt med pasienter med en annen kulturbakgrunn, bør helsearbeideren ha kunnskap om andre kulturers måte å kommunisere på (1). Dette gjelder både de verbale og nonverbale kommunikasjonskanaler. Det å tilegne seg denne kunnskapen er en utfordring, da vi av erfaring vet, at også det å kommunisere med mennesker som tilhører noenlunde samme kultur som oss ofte kan by på problemer.

Vi mennesker bruker språket på to forskjellige måter. Den ene er for å uttrykke opplevelser, tanker og følelser. Den andre er for å formidle vår egen modell av verden (1). Kultur kan oppfattes som en skjerm mellom mennesket og verden utenfor. Ved hjelp av denne, kan vi sile og sortere hva vi vil legge merke til og hva vi overser. Dette er kulturbetinget og en ubevisst prosess som hjelper enkeltmennesket med å strukturere sin verden og beskytte nervesystemet mot den strøm av informasjon det potensielt mottar (1).

Det er mange måter å tenke på. I vår vestlige verden er det vi liker å se på som den ”logiske” tankegang som er dominerende, og det er denne som ligger bak all vår kommunikasjon i møte med andre (1). Det å sette seg inn i en helt annen type tankegang, er så godt som umulig, men det å være åpen og klar over at ikke alle nødvendigvis synes at vår logikk er logisk kan være en nyttig ting å ta med seg i det møte et behandler-pasientforhold er.

Ikke bare språket skiller oss fra mennesker fra andre kulturer, også språkets innhold er varierende. Dette gjelder også ord med betydning i helsesammenheng. De skandinaviske språk er rike på ord som betegner forskjellige sinnstilstander, og vi kan derfor i teorien skjelne mellom følelser som angst, depresjon, utmattethet, tretthet etc. I en del andre språk og kulturer finnes ikke alle disse forskjellige ordene, man har isteden en fellesbetegnelse for alle disse forskjellige tilstandene (1). Hva sier dette oss? Det kan være at vi her i Skandinavia har vært mer opptatt av den psykiske helse, og derfor brukt mer tid på å skjelne mellom følelser og lidelser også språkmessig. Det kan også være at vi har et større spekter av følelser enn det man har i andre kulturer, og at man i disse faktisk ikke har behov for å navnsatte disse tilstandene, fordi de faktisk ikke finnes.

Det er en sannhet at man innenfor mange andre medisinske systemer enn det vi i Norge er best kjent med, i en helt annen grad enn oss er opptatt av å somatisere lidelser. Dette betyr at lidelser som vi vil betrakte som psykiske og som for oss arter seg som for eksempel en depresjon, for en del andre kanskje vil sees på som en fysisk lidelse med magen som senter (2).

Hvordan man griper en slik situasjon an er avhengig av toleransen hos både pasient og behandler. Skal man inngå et kompromiss for å forstå den andres forklaring og dermed også lidelse, for så å behandle i samsvar med dette, eller skal man søke å overføre egen oppfatning av hva som er problemet? Dette siste vil sannsynligvis være vanskelig, da det er stor sannsynlighet for at magesmertene er reelle og bør behandles for akkurat det de er, fordi disse pasientene gjennom sosialisering har lært seg å reagere på denne måten. Som behandler skal man være seg bevisst den makt som ligger i denne rollen. Som lege kan man definere problem, diagnose og behandling på bakgrunn av egen forståelse av situasjonen (2). Den profesjonelle kan virke overkjørende hvis man ikke er åpen for pasientens forklaring. En pasient som føler seg misforstått eller latterliggjort av legen, vil ha vanskeligere for å følge opp en forordnet behandling, og man vil ikke nå konsultasjonens mål.

Når det gjelder nonverbal kommunikasjon finnes det både medfødt og tillært kroppsspråk. Det medfødte kroppsspråket er universelt så her kan man ikke si at det går et skille mellom kulturene. Eksempel på dette kan være utvidelse av pupillene som ikke er viljestyrt (1).

Den tillærte nonverbale kommunikasjonen er derimot en viktig del av den kommunikasjonsforskjellen som finnes mellom kulturene. Denne nonverbale kommunikasjonen er en del av kommunikasjonen vi har mindre kontroll over, og ut i fra dette er det rimelig å konkludere med at denne kommunikasjonen er et sannere uttrykk for tanker og følelser (1). Det er dermed viktig å fokusere på denne når man søker å forstå en man kommuniserer med.

Når det gjelder denne typen kommunikasjon er det viktig å være klar over at det varierer mellom kulturer hvilken betydning som legges i de forskjellige uttrykksmåtene. Et smil kan benyttes både for å uttrykke glede og for å skjule vanskelige følelser. Stemmens volum er i enkelte kulturer en klar indikator på de følelsene som ligger bak det som formidles, mens det i andre kulturer er helt normalt og snakke med høyt volum uten at det er spesielle bakenforliggende følelser som tilsier dette (1). Graden av øyekontakt varierer også med kulturene. I enkelte kulturer vil det være vanlig å se hverandre intenst og lenge inn i øynene, mens dette er svært uvanlig for oss i Norge (1).

Det er viktig å være klar over ting som at en og samme kroppsbevegelse kan ha vidt forskjellige betydninger. Eksempel på dette er å riste på hodet som kan bety både ja og nei, ettersom hvem avsender er. Også det å sette tommelen opp kan oppfattes både som et positivt og negativt tegn alt etter hvor man kommer fra (1).

Enkelte kulturer har en mye større tradisjon for gestikulering enn vi er vant til (1). Dette kan virke skremmende og voldsomt på oss. Helsearbeidere må også være vare for pasientens ønske om personlig rom og hvilken samhandlingsavstand som er den optimale (1). Trækker vi over denne intimitetsgrensen før tillit er bygget opp, kan det være vanskelig å oppnå denne tilliten senere. Også aksept av fysisk berøring varierer. Fordi helsearbeidere i sin kommunikasjon og konsultasjon ofte er avhengig av dette for å gjennomføre undersøkelsen tilstrekkelig, er det viktig å gjøre dette på en måte som ikke virker truende og påtrengende for pasienten. De fleste pasienter vil riktignok være forberedt på dette når de oppsøker en helsearbeider, men det er viktig å gjøre dette på en sensitiv og varsom måte.

Alle mennesker har en tendens til å tolke egen kulturs kroppsspråk som allmenngyldig (1). Det at dette språket i hovedsak er ubevisst, vanskeliggjør sannsynligvis også muligheten til å være seg bevisst dette noe feilaktige synspunktet, og derigjennom kunne gjøre noe med det. Hall hevder at risikoen for feiltolkning av kroppsspråket øker med økt ulikhet mellom kulturene, og at det derfor er viktig å møte pasienten med åpenhet og en spørrende holdning (1).

”Det er flere årsaker til at det oppstår kommunikasjonsproblemer mellom helsearbeider og pasienter fra ulike kulturer:

1. Manglende felles språk
 2. Manglende felles symboler, verdier og mål
 3. Mangelfull nyansering av språk.”
- (1).

Til dels kan noen av disse problemene løses ved bruk av tolk. Man er da avhengig av en tolk som er språkmektig i begge de to språkene som kommuniseres og som evner å forstå symbolbruk på en måte som er forståelig for begge parter i kommunikasjonssituasjonen (1). Det å uttrykke seg på et fremmed språk er ofte krevende, og ved manglende nyansering, kan pasienten feilaktig oppfattes infantil og også komme til kort når det gjelder å beskrive sin sykdomstilstand. Det å være syk, er også en faktor som vil virke negativt inn på pasientens evne til språkbeherskelse, noe som vil forverre kommunikasjonen ytterligere.

I kommunikasjon med pasienter som snakker enten gjennom tolk eller på et fremmed språk, vil dette kunne by på problemer fordi ordvalget vil være annerledes enn det helsearbeideren selv ville valgt for å beskrive en lignende situasjon.

Det finnes også teorier på at dårlig språkbeherskelse kan være en indirekte årsak til en del helseproblemer. Dette kan antakeligvis forklares ved at det å ikke mestre språket og dermed ikke få uttrykt opplevelser, tanker og følelser og presentere seg som den man er, kan gi et negativt selvbilde. Et slikt selvbilde kan føre til dårlig psykisk helse som igjen kan gi nedsatt fysisk helse (1).

Kulturell kompetanse

I USA hevder Liaison Committee on Medical Education (LCME) at det er et økende behov for forståelse av hvordan mennesker fra forskjellige kulturer og trossystemer forstår helse og sykdom. Det hevdes også at mangel på denne kunnskapen, kan føre til at enkelte pasienter får begrenset adgang til helsetjenester og at det kan medføre økt risiko for pasientsikkerheten (15). Flere metoder er utviklet for å fremme den kulturelle kompetansen i helsevesenet.

Malcolm MacLachlan har utviklet en teori som han kaller ”The Problem Portrait Technique” (PPT) som er en metode for å finne ut av i hvilken grad individet korrelerer med stereotypien (3). En pasient vil alltid være et selvstendig individ som er påvirket av en kultur, men vedkommende er ikke kulturen og er ikke nødvendigvis som helsearbeideren som har satt seg inn i dennes kulturelle bakgrunn, forventer (3). ”Hvis du arbeider i en multikulturell sammenheng, ville du ikke ha elsket å oppdage et sett regler (generaliseringer) for arbeid med en kulturell gruppe i forhold til en annen?”, spør MacLachlan (3).

”Men mennesker er ikke fanget av den naturlige kunnskap i sitt samfunn. De adopterer den, former den og modifiserer ettersom det passer deres interesser” (5). Et av nøkkelspørsmålene i en hver konsultasjon bør være: ”Hva tror du selv det kan være?” fordi det kan være viktig å ta tak i pasientens egen forståelse av sykdommen. I en situasjon der pasient og behandler kommer fra så forskjellige kulturer at det er grunn til å tro at det finnes et stort avvik i deres forklaringsmodeller, kan det være nyttig og bruke PPT for å få kartlagt pasientens forståelse av situasjonen. Også etter denne metoden bør man først få tak i pasientens beskrivelse av egen tilstand. Når dette er kommet frem, bør man stille det ovennevnte spørsmål for å få tak i pasientens tanker. Selv om spørsmålet stilles, kan man ikke alltid være sikker på at det blir gitt et fullstendig svar, og derfra kan man følge opp med følgende spørsmål: Hva tror andre i din familie at sykdommen skyldes? Hvordan tror du andre mennesker i Norge (land konsultasjonen finner sted i) og Pakistan (land pasienten opprinnelig hører hjemme i) forklarer din sykdom? Med disse spørsmålene kan man få tak i sykdomsforklaringer som pasienten vegrer seg for å komme med, fordi han vet at legen ikke sverger til de samme teorier. Spør man derimot om andres meninger, kan pasienten få såpass avstand til dette, at det er enklere å fortelle. Man kan også fortsette med spørsmål om hva andre mennesker i nærmiljøet (naboer, kollegaer, venner) synes og hva pasienten tror at de fleste allmennpraktikere i Norge ville sagt om årsaken til problemet. Når dette er gjort, kan man be pasienten gradere årsakene etter hva han/hun personlige mener om årsaken til at sykdommen er oppstått (3).

En viss forståelse av pasientens tanker om sykdom, vil være et godt redskap, for å gi den rette informasjon og behandling som følges opp av pasienten. Det er essensielt å ha en åpen dialog og vise respekt for pasientens synspunkter (1).

Sykdomspresentasjon

Et annet aspekt som bør tas i betraktning i møte mellom helsearbeider og pasient fra forskjellige kulturer er hvordan sykdom presenteres. Mest sannsynlig er dette svært kulturelt betinget. Ubevisst gjør alle pasienter et valg i det de presenterer sin sykdom og sine symptomer for legen (4). Innenfor de medisinske systemer og innenfor kulturer finnes det en rangering av symptomer som er mer eller mindre uttalt. Dette er noe vi oppdras inn i uten at vi er klar over det, og det å kunne forstå disse malene for sykdomspresentasjon kan være en nøkkel for å bli tatt alvorlig av helsearbeideren, og få den rette behandlingen. Dette er selvfølgelig et problem i møte mellom behandler og pasient med forskjellig kulturell bakgrunn (3).

Det er i alle kulturer viktig å være ”passe” syk og gå inn i den rollen som forventes av en som er så syk (4). Hva som regnes som ”passe” varierer selvfølgelig fra kultur til kultur. Dette kan medføre at en del utenlandske pasienter blir oppfattet å overreagere på sin sykdom. Helsearbeidere kan begå den feilen å tro at disse pasientene har en lavere smerteterskel enn de norske pasientene, mens dette snarere er et uttrykk for at pasienten er sosialisert inn i en medisinsk kultur der smerte uttrykkes på en mye mer ekspressiv måte enn vi er vant til (4). En annen årsak til det som kan oppfattes som en overreaksjon, kan være det at vi reagerer på forskjellige symptomer med frykt. Noe vi innenfor vestlig medisin oppfatter som et normalt eller ganske ufarlig symptom, kan av andre oppfattes som veldig skremmende (4).

Årsaker til varierende helsestatus

Kultur har en innvirkning på individets oppfatning av helse og sykdom. Det er likevel på sin plass og nevne noen andre faktorer med innvirkning på helsen, som kan ha betydning når det gjelder forskjeller i helse i forskjellige kulturer.

Av de pasientene som vi møter i Norge med en annen kulturbakgrunn enn den gjennomsnittlige nordmann, har flesteparten opplevd situasjoner, som i større eller mindre grad har innvirkning på deres helse. Som tidligere nevnt, vil også møte med en ny kultur i seg selv, ha innvirkning på helsen (1, 4).

I tillegg kan disse pasientene ha flyttet til Norge på bakgrunn av situasjoner i hjemlandet som har hatt negativ innvirkning på deres helse. Dette kan være krigssituasjoner, forfølgelse, tortur, naturkatastrofer etc.

Det er også en diskusjon på om genetiske variasjoner mellom personer som ”tilhører” forskjellige kulturer kan være årsaken til et annerledes sykdomsbilde (3). I noen tilfeller kan dette kanskje medføre riktighet, men det er i dag umulig å snakke om rasene som rene genetiske enheter (3). Overgangen er flytende, og forskjellen ligger nok heller i uttrykksmåter og forskjellige opplevelser enn i rene genetiske årsaksforklaringer. Rasene kan heller ikke betraktes som et skille når det gjelder kulturtilhørighet.

Konklusjon

Jeg tror det kan levnes liten tvil til spørsmålet om kultur har innvirkning på helse. I all litteratur hevdes dette, og det betegnes som en viktig barriere i kommunikasjonen mellom helsearbeider og pasient. Er det så et nyttig redskap for helsearbeideren og sette seg inn i fremmede kulturer? Vil de gjennom denne kunnskap forstå den enkelte pasient?

Jeg tror vi kan si at kunnskap om kulturer er godt hjelpemiddel på veien mot å forstå pasientens syn på helse og sykdom og kanskje også deres forventninger til behandleren og behandlingen. Den frustrasjonen mange helsearbeidere opplever i møte med pasienter med en annen kulturell bakgrunn, kan nok i stor grad unngås hvis man forstår pasienten i den rette kulturelle kontekst. Det kan også være nyttig å bli bevisst sin egen kultur og egen helsekultur. For de fleste av oss er dette ubevisste mønstre som vi til daglig ikke ofrer en tanke. Som helsearbeidere trekker vi denne kulturen med oss inn i profesjonen, som middel for å kommunisere med de menneskene vi møter i behandlingssituasjonen. Hvis man er bevisst sine egne kulturelle synspunkter og samhandlingsformer, er det også enklere å prøve å forstå hvordan den andres kulturelle bakgrunn virker inn på dennes opplevelse og forståelse av møtet.

Likevel må man aldri glemme at individ og kultur er to forskjellige ting, og det er ikke gitt at et individ som lever innenfor en kultur vi har kjennskap til, handler etter de forventningene vi har ut i fra de kunnskaper vi har tilegnet oss.

Referanser

1. Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo. Universitetsforlaget AS. 1996
2. Eriksen TH, Sørheim TA. Kulturforskjeller i praksis – Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo. Ad Notam Gyldendal. 1994.
3. MacLachlan M. Culture and Health. Chisester. John Wiley & Sons. 1997.
4. Austveg B. Helsearbeid og innvandrere – Mangfold, sunnhet og sykdom. Oslo. Tano A.S. 1989
5. Kleinman A. Patients and Healers in the Contest of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. London. University of California Press, Ltd. 1980.
6. Helman CG. Culture, health and illness. Oxford. Reed Educational and Professional Publishing Ltd. 2000.
7. Kakar S. Shamans, Mystics and Doctors. A Psychological Inquiry into Indian and its Healing Traditions. Boston. Beacon Press. 1982.
8. Foster GM. Disease Etiologies in Nown-Westerns Medical Systems. Am Anthorologist 1976. 78:733-783.
9. Hjort PF, Waaler HT. Helsen i Norge 1950 – 98. Available at:URL; [http://www.verdikommisjonen.no/publikasjoner/samfunnet_og_dets_verdier.htm#Helsen i Norge 1950 – 98](http://www.verdikommisjonen.no/publikasjoner/samfunnet_og_dets_verdier.htm#Helsen%20i%20Norge%201950%20%E2%80%93%2098). Accessed November 29, 2004.
10. Gertz C. The interpretation of cultures. New York. Basic books. 1973.
11. Eliason MJ. Ethics and transcultural nursing care. Nurs Outlook.1993 Sep-Oct;41(5):225-8.
12. Virta E, Sam DL, Westin C. Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: a comparative study of their psychological adaptation. Scand J Psychol. 2004 Feb;45(1):15-25.
13. Sam DL, Berry JW. Acculturative stress among young immigrants in Norway. Scand J Psychol. 1995 Mar;36(1):10-24
14. Hodes RM. Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad. West J Med. 1997 Jan;166(1):29-36.

15. Crosson JC, Deng W, Brazeau C, Boyd L, Soto-Greene M. Evaluating the effect of cultural competency training on medical student attitudes. *Fam Med.* 2004 Mar;36(3):199-203.