

Har ikke ord for depresjon

Mange somaliske kvinner med depresjon oppsøker ikke hjelp. De vet ikke at de kan få hjelp, eller forstår ikke at de trenger det.

Forfattere

Janet Ververda

Høgskolelektor

Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge

Naima Ismail

Sykepleier

Nøkkelord

Somalia

Kulturkompetanse

Depresjon

fremmedkulturell

Sykepleien Nett 2017 105(1)(54-57)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienn.2017.59772>

HOVEDBUDSKAP

I Somalia finnes det ikke ord for depresjon. Man er enten frisk eller gal. Mangelen på et rikt sosialt liv gjør at mange somaliere i Norge blir slitne, isolerte og deprimerede. Noen har en depresjon uten at de skjønner hva det er. Kulturkompetente sykepleiere spiller en viktig helsefremmende rolle i møte med somaliske kvinner.

I denne artikkelen ser vi på hvordan kulturkompetanse kan fremme en god relasjon mellom unge somaliske kvinner og sykepleiere, noe som kan bedre forståelsen av depresjon blant somaliske kvinner. I dagens samfunn kan man som sykepleier regne med å møte pasienter med innvandrerbakgrunn med en form for psykisk sykdom, slik som depresjon. På grunnlag av Josepha Campinha-Bacotes teori om kulturkompetanse, argumenterer vi for at en god relasjon hjelper sykepleieren å møte utfordringer i samarbeid med pasienter med flerkulturell bakgrunn.

Innvandrerers helse

«Ved inngangen til 2013 var det 171 600 personer med flyktningbakgrunn bosatt i Norge. De utgjorde 3,4 prosent av Norges befolkning, og 28,9 prosent av alle innvandrere i Norge. Somalia har nå passert Irak som den største gruppen med personer med flyktningbakgrunn», ifølge Statistisk sentralbyrå (1). I en undersøkelse basert på fem spørsmål som har som formål å avdekke psykiske helseproblemer (Hopkins Symptoms Checklist-5), antas det at 9 prosent av hele befolkningen og 27 prosent av innvandrerbefolkningen har psykiske vansker. Det er ingen forskjell på kjønn. Blant innvandrere og etterkommere er andelen med psykiske problemer 23 prosent blant menn og 31 prosent blant kvinner (2).

Den høye andelen av innvandrere fra ikke-vestlige land med angst og depresjon tyder på at også somaliske kvinner er mer utsatte for slike sykdommer. De somaliske innvandrerne er svært unge med en høyere andel menn enn kvinner. En økning av somaliske innvandrere til Norge kan bidra til en økning av pasienter med angst og depresjon i Norge (3).



«Forståelsen man har for psykisk lidelse, er påvirket av hvilken kultur man tilhører.»

Åtte av ti somaliere i Norge vurderer sin helse som god eller meget god. En årsak til at de vurderer helsen som god, kan komme av at psykisk helse er et tabubelagt tema, eller at de har for dårlig kunnskap om helse og sykdommer generelt.

Ifølge somalier Ayaan Yasin, som jobber ved Primærmedisinsk verksted i Oslo, forstår de fleste somaliere ikke hva som skjer med dem når de er deprimerte. Mange oppsøker ikke hjelp fordi de ikke vet at de kan få det, mens andre ikke vet at de trenger hjelp (4).

Kultur og depresjon

Forståelsen man har for psykisk lidelse, er påvirket av hvilken kultur man tilhører. For den somaliske befolkningen er religion, kultur og identitet viktig. Også den somaliske kulturen betrakter mennesker med psykisk lidelse som «syke» (3).

Praksis viser at de fleste unge somaliske kvinner som kommer til Norge, ikke kommer med familien sin. De fleste unge somaliske kvinner har en kollektivistisk oppdragelse i motsetning til i vestlige land, der flertallet vokser opp med en individualistisk oppdragelse. Denne forskjellen i oppdragelse innebærer store utfordringer i familielivet til flyktningfamilien og kan være en årsak til depresjon. Med en kollektivistisk oppdragelse blir de unge kvinnene oppdratt til at alt de gjør, både negativt eller positivt, påvirker hele familien. De blir oppdratt til å ta vare på familiens ære og ikke bringe skam over familien.

En slik livssituasjon kan føre til depresjon. Man føler at man ikke er et selvstendig individ som har frihet til å ta egne valg, men er hele tiden forpliktet til familiens normer og regler. Med en slik oppdragelse kan årsakene som fremkaller depresjon, være annerledes enn hvis de unge kvinnene hadde vært oppdratt i en individualistisk husstand. De somaliske kvinnene vokser opp med flere regler, større ansvar og mindre frihet.

Depresjon er tabu

De unge kvinnene kan føle at det ikke er rom for deres tanker, følelser, drømmer og planer, med mindre de også involverer resten av familien. Selv om de føler at det ikke er plass til deres planer, avgjørelser og valg, aksepterer likevel de unge kvinnene dette i taknemlighet til og av respekt for foreldrene og de resterende familiemedlemmene.

Det er ukjent hvor mange som har depresjon i Somalia fordi temaet er tabubelagt. Derfor blir det snakket svært lite om depresjon, noe som medfører at befolkningen har mangel på kunnskap. Konsekvensene kan være at de unge kvinnene blir slitne, trøtte, triste og eventuelt negative og mister konsentrasjonen i løpet av skoledagen. Årsaken kan være depresjon.



«Kultur påvirker både menneskets livsstil, personlig identitet og forhold til andre medmennesker.»

Videre kan det føre til at de presterer dårligere enn andre skoleelever fordi de går gjennom skoledagen uten at lidelsen er anerkjent. Lærerne og eventuelt foreldrene kan tolke det som at de unge kvinnene ikke er engasjerte og interesserte i å lære, når det i realiteten skyldes depresjon. Dårlig kunnskap om alvoret ved depresjon eller mangel på generelle fakta om depresjon kan være årsaken til at de fleste unge somaliske kvinner ikke selv oppfatter symptomene på sykdommen før den er moderat eller alvorlig. I det somaliske samfunnet kan det å oppsøke hjelp, gi dem følelsen av å være svake eller flau.

Kulturkompetanse

Definisjonen av «kultur» er at det er en sammensetning av tro, verdier, ideer, språk, kommunikasjon, normer og regler. Kultur påvirker både menneskets livsstil, personlig identitet og forholdet til medmennesker. Kultur kan bli praktisert på ulike måter, for eksempel gjennom musikksmak, kunst, kleskode eller etikette (5).

Når man skal ta hensyn til et menneskes atferd, behov og kulturelle holdninger, trengs det kulturkompetanse for å kunne gi effektiv helsehjelp. Ved å definere «kulturkompetanse» som en prosess, kan man kontinuerlig utvikle og forbedre sin kompetanse i helsevesenet. Til dette er Campinha-Bacotes kulturkompetansemodell et godt anvendbart redskap (6). Modellen er utviklet for at sykepleiere lettere skal forstå hva kulturkompetanse innebærer samt hvordan man oppnår kompetanse eller forbedrer kompetansen innenfor en kultur.

Modellen består av fem punkter som sammen utgjør ordet «ASKED» og innebærer «Have I ASKED Myself The Right Questions?». Spørsmålene omhandler kulturkompetanse i møte med flerkulturelle individer. Hvert spørsmål tar for seg hvert sitt punkt i modellen. Nedenfor går vi dypere inn på punktene i ASKED.

Kulturell bevissthet

«Awareness» eller «kulturell bevissthet» dreier seg om menneskets personlige fordommer, stereotyper og forutsetninger for å forstå medmennesker med en annen kulturbakgrunn. Kulturbevissthet er delt inn i fire forskjellige nivåer av kulturkompetanse som sammen gir ulike former for bevissthet:

- «Bevisstløs inkompetanse» betyr å ikke være bevisst over egen mangel på kunnskap om kulturkompetanse. Helsepersonellet er ikke bevisste på at kulturforskjeller eksisterer mellom pasientene deres og dem selv. Det kalles også «kulturelt blindpunkt-syndrom».
- «Bevisst inkompetanse» betyr at man er klar over at man mangler kunnskap om kulturkompetanse. Helsepersonellet er klar over kulturforskjellene mellom dem og pasientene, og det faktum at kulturen spiller en rolle under samhandlingen. Selv om helsepersonellet er klar over kulturforskjellene, vet helsepersonellet fortsatt ikke hvordan de skal kommunisere med sine pasienter.
- I motsetning til bevisstløs inkompetanse handler «bevisst kompetanse» om å lære om kulturen til pasienten. Helsepersonellet har kompetanse og erfaring om tverrkulturell samhandling, og samtidig er de klar over at den må respekteres og forstås for å bli vellykket.
- «Bevisstløs kompetanse» er nivået som oftest er vanskelig å oppnå. Helsepersonellet har evnen til spontant å gi kulturellt omsorg til sine pasienter, uten at de er bevisste på at de utfører slik omsorg.

Kulturelle ferdigheter

Punktet «Skills» eller «kulturelle ferdigheter» i modellen handler om hvordan en sykepleier lærer og gjennomfører en kulturell vurdering og utfører helsehjelp basert på fysiske vurderinger. Målet er at helsepersonellet formulerer en gjensidig akseptabel og relevant kulturell behandlingsplan basert på relevante kulturopplysninger, som er innsamlet under kartleggingen.

Med tanke på at kulturen i de forskjellige gruppene stadig forandrer seg, er det nødvendig med mange kulturelle møter for å oppnå et høyt ferdighetsnivå. Gjennom kulturelle møter får helsepersonellet utviklet ferdighet i å gjennomføre en kulturell vurdering av hver pasient ved å lytte med interesse uten å være dømmende.

Kulturell kunnskap

«Knowledge» eller «kulturell kunnskap» handler både om å søke og få kunnskap om forskjellige kulturgrupper. Mennesker er ikke bare ulike når det kommer til for eksempel utseende og fingeravtrykk, men også når det gjelder erfaring, kunnskap og muligheter. På grunn av forskjeller mellom kulturer kan det oppstå feildiagnostisering. Det er derfor viktig å ha kunnskap om kulturbundne sykdommer for å opprettholde diagnostisk klarhet. Kulturbundne sykdommer er sykdommer som varierer fra kultur til kultur. For eksempel kan somaliske kvinner fortelle at de er slitne, mens tyrkiske kvinner klager over hodepine. I begge tilfeller kan det være snakk om depresjon.

Disse ulikhetene impliserer at helsepersonellet aldri blir utlært i kulturkunnskap. Pasienten kan heller ikke forvente at helsepersonellet har kunnskap om vedkommendes kultur. Kulturkunnskapen oppnås når hver pasient kartlegges (7, 9).

Kulturelle møter

«Encounters» eller «kulturelle møter» handler om både verbal og nonverbal kommunikasjon med pasienter som har forskjellig kulturbakgrunn. Når helsepersonellet er bevisst på den ulike bakgrunnen og kommunikasjonen, kan et kulturelt møte med pasienter fra en annen kulturbakgrunn forebygge fordommer og stereotyper om en kulturgruppe.

Kulturelle ønsker

«Desire» eller «kulturelle ønsker» betyr at helsepersonell er villig til å lære fra sine pasienter og andre kulturinformanter, det vil si gjensidig læring. I slike tilfeller respekterer sykepleieren de kulturelle forskjellene samtidig som vedkommende klarer å se de kulturelle likhetene. Ønsket om å oppnå kulturkompetanse er drivstoffet til selve reisen mot kulturkompetansen. Det er viktig for målgruppen at sykepleieren holder et kartleggingsmøte. Under kartleggingen blir sykepleieren mer kjent med kulturen som påvirker de somaliske kvinnene. Når sykepleiere jobber med flerkulturelle individer er det viktig at de har et multikulturelt syn på verden (7).

Råd om kommunikasjon

For unge somaliske kvinner kan det være vanskelig å åpne seg for sykepleiere som de ikke har en relasjon til. Ved at sykepleieren lytter aktivt, kan de unge kvinnene føle seg sett og hørt. Det er viktig å huske på at det nonverbale viser hvorvidt sykepleieren er innstilt på å lytte og hjelpe eller ikke (8). Det er viktig at sykepleieren stiller spørsmål som kan bedre forståelsen og hjelpe sykepleieren med å oppnå kulturkompetanse eller forbedre slik kompetanse. Det å stille spørsmål vil også gi sykepleieren innsikt i de unge kvinnenes forståelse, erfaringer, tanker og følelser.

Under kartleggingen kan dessuten sykepleieren stille spørsmål ut ifra det hun allerede vet om kulturen. Når kvinnene ser hvor engasjert sykepleieren er i å forstå situasjonen, kan det gjøre at de føler seg trygge og mer komfortable med å åpne seg mer. I slike tilfeller er det viktig å fortelle dem om taushetsplikten. Sykepleieren kan også ta i bruk gruppemøter, der flere unge kvinner med somalisk bakgrunn møtes, diskuterer temaer og setter dem i perspektiv.

Still spørsmål

Hvis sykepleieren stiller generelle spørsmål til de unge somaliske kvinnene om den somaliske kulturen, kan de få følelsen av at sykepleieren er eller prøver å bli kulturkompetent i deres kultur, og prøver å forstå situasjonen deres. Slike spørsmål er nødvendige for at sykepleieren skal få et klarere bilde av det som blir meddelt, og avdekke hva problemet er. De kan også gi de unge kvinnene følelsen av at sykepleieren er interessert, noe som fører til at de vil åpne seg mer. Til slutt sitter sykepleieren igjen med en relevant og effektiv behandlingsplan for de unge somaliske kvinnene.



«På grunn av forskjeller mellom kulturer kan det oppstå feildiagnostisering.»

Spørsmålene sykepleieren stiller, kan også gi utfordringer ved at kvinnene er ukomfortable med spørsmålene og oppfatter dem som for personlige og noe sykepleieren ikke har noe med. Det er derfor viktig at sykepleieren tilrettelegger for de unge kvinnene og gir dem den tiden de trenger slik at de kan føle seg trygge og komfortable. Kommunikasjonen kan bli problematisk hvis det er språklige problemer. Da må sykepleieren bruke mer tid på å forklare under kartleggingen og/eller i behandlingsperioden. De må også ta i bruk en sertifisert tolk hvis det skulle være nødvendig.

Når sykepleieren og de unge somaliske kvinnene får utviklet sine erfaringer og kunnskaper, skaper det et godt samarbeid (9). I denne situasjonen er dialog- og kommunikasjonsdelen sentral for hele prosessen. Det er gjennom dialog med kvinnene at sykepleieren får den informasjonen som er viktig for å undervise effektivt om depresjon.

Lær om kulturen

I Norge kan menn og kvinner samarbeide i et samfunn der det i stor grad er likestilling mellom kjønnene. I Somalia er samfunnet bygd opp annerledes. Der har menn høyere anseelse enn kvinner, og samarbeidet mellom kjønnene er minimalt. Kvinnene i slike samfunn samhandler bare med menn fra familien, slik som far, bror, ektemann og så videre. Hvis sykepleieren har kompetanse i disse sidene ved kulturen, kan vedkommende forebygge isolasjon og heller fremme integrering. Sykepleieren bør forklare de unge kvinnene at kvinner i den vestlige verdenen er like mye engasjert i samfunnet som menn, i motsetning til den østlige verdenen, der kvinnene holder seg hjemme.

Det å gå på skolen kan effektivisere integreringen i den norske kulturen. Derfor er det svært sannsynlig at de unge kvinnene sykepleieren møter på, har erstattet mye av den somaliske kulturen med den norske kulturen. Selv om dette kan være positivt, kan det i seg selv være en årsak til depresjonen: De unge kvinnene kan føle at de står mellom to kulturer, der begge har en stor rolle og betydning i livene deres.

Få kulturkompetanse

Det viktigste under det første møtet mellom sykepleieren og somaliske kvinner er å forklare taushetsplikten, slik at kvinnene føler seg trygge. Noen trenger lengre tid sammen med en helsesøster eller sykepleier før det skapes trygghet. Gruppemøter kan også hjelpe når helsepersonellet skal informere om depresjon for å fremme kunnskap.

Når kvinnene er sammen med andre i samme situasjon, kan gruppemøter hjelpe til å få i gang en diskusjon. Som oftest kan det være vanskelig å åpne seg foran fremmede, spesielt foran noen som ikke går gjennom det samme eller vet hvordan ens egen situasjon er. Derfor kan gruppemøter hjelpe ved at medlemmene har en felles forståelse og derfor åpner seg. Med gruppemøtene dannes det et nettverk som trolig fortsetter å fungere etter at gruppen blir avsluttet.

Ha et åpent sinn

Det er også viktig at sykepleieren kartlegger i hvilken grad de unge somaliske kvinnene er påvirket av sin kultur, og hva de påvirkende faktorene kan være. Det at et individ er flerkulturelt, kan både by på utfordringer og fordeler. En flerkulturell livsstil kan føre til vanskeligheter med å forstå enkelte situasjoner og områder i en annen kultur eller livsstil. Et flerkulturelt syn kan også bringe med seg fordeler for helsepersonellet, som at man møter en annen kultur eller livsstil med et åpent sinn.

Kartleggingen kan synliggjøre hvordan de unge kvinnene er påvirket av kulturen sin. En utfordring kan være å få de unge kvinnene til å forstå at depresjon ikke er en straff fra Gud eller noe som er svært uvanlig. Det er derfor nødvendig med informasjon om at, og hvordan, den enkelte er påvirket av sin kultur, slik at sykepleieren er forberedt på fokuset til undervisningsfremlegget om depresjon og hvilket tema som er nødvendig å informere om.

En sykepleier, som skal jobbe med de unge kvinnene, skal derfor samle inn relevant informasjon som for eksempel hvor lenge de har oppholdt seg i landet, hvor mye av den norske kulturen og miljøet de har tatt til seg og hvor mye av sin egen kultur de har beholdt. Slike opplysninger kan gi sykepleieren et innblikk i kvinnes ferdigheter og hjelpe dem med å forstå den informasjonen og undervisningen de skal få om depresjon.

Kunnskap om sykdom

Bakgrunnen til de somaliske kvinnene kan i stor grad påvirke deres syn på og kunnskap om depresjon. Også deres forventninger til behandling og pleie i det norske helsevesenet kan påvirkes (9, 10). I Somalia er nærmest 100 prosent av befolkningen sunnimuslimer. Religionen islam har stor innflytelse på livsstilen og kulturen, som igjen påvirker deres sykdomsforståelse og tolkning.

«Sykepleieren bør forstå den tette sammenhengen mellom religion og sykdom.»

Psykiske lidelser som depresjon er ofte kultur- eller religionsbundete sykdommer. Det vil si at de unge somaliske kvinnene vet om depresjon, er basert på kulturens eller religionens oppfatning, tolkning og forståelse. Den vanligste oppfatningen, tolkningen eller forståelsen av psykiske lidelser som går igjen i de fleste kulturer som den somaliske, er at lidelsen er en straff fra Gud.

Depresjon ignoreres

Når en sykdom, som depresjon i Somalia, er tabubelagt, fører dette til at den blir ignorert i stedet for å bli snakket om. Dette kan være en av årsakene til at de unge kvinnene har lite eller feil informasjon om sykdommen. Mangel på kunnskap er ofte forårsaket av redsel for å oppsøke informasjon i tilfelle familiens hemmelighet kommer ut til lokalsamfunnet, og dermed påvirker familiens ære.

Sykepleieren bør derfor forstå den tette sammenhengen mellom religion og sykdom. Eksempler kan være at de unge kvinnene tror behandlingen strider imot deres religion eller kultur, at de har fått informasjon tidligere om at sykdommen ikke kan behandles, og/eller at depresjon ikke blir sett på som en alvorlig sykdom eller anses som en sykdom i det hele tatt. Derfor er det viktig at sykepleieren får et klart bilde av de somaliske kvinnenes kunnskapsnivå og får vite eventuelle behandlinger kvinnene har mottatt. Det er også viktig å kartlegge hvorfor kvinnene avstår fra behandling. Disse momentene kommer frem når sykepleieren har kulturkompetanse. Kulturkompetanse er dermed en forutsetning for å oppnå en god relasjon. Den gode relasjonen hjelper kvinnene med å snakke om tabubelagte temaer. På denne måten jobber den kulturkompetente sykepleieren i høyeste grad helsefremmende.

Fremme og forebygge

Helsefremming skal først og fremst gi kvinnene økt kontroll, kunnskap og forståelse om sykdommen, noe som igjen skal føre til bedre helse. De somaliske kvinnene kan tidligere ha blitt feilinformert om depresjon. Derfor er det viktig at de sammen med sykepleieren kritisk vurderer den helseinformasjonen de har. I slike tilfeller er den forebyggende sykepleierfunksjonen aktuell. Sykepleieren må forebygge komplikasjoner av feilinformasjonen de allerede har fått eller kan komme til å få senere i forløpet.

Sykepleieren kan forebygge ved å hjelpe de unge kvinnene med å skille mellom fakta om depresjon fra eventuelle kulturelt betingete myter om sykdommen.

Les også: [Reduserer språkbarrierer på sykehus](#)

Referanser:

1. Statistisk sentralbyrå. Personer med flyktninger bakgrunn. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger> (Nedlastet 10.12.2016).
2. Blom S. Innvandreres helse: Dårligere helse blant innvandrerne. Samfunnspeilet 2011/2. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/daarligere-helse-blant-innvandrerne> (Nedlastet 13.12.2016).
3. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Somaliere i Norge: en arbeidsgrupperapport. 2009. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/aid/publikasjoner/rapporter_og_planer/2009/r_somaliere_i_norge.pdf (Nedlastet 30.01.2016).
4. Lindland H. Vet ikke hva depresjon er. Tilgjengelig fra: http://rop.no/artikler/Etter_dato/-_vet_ikke_hva_depresjon_er (Nedlastet 25.01.2016).
5. Papadopoulos I, Helman C, Purnell L. Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners. Elsevier Limited. 2006.
6. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues. Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates. 2007.

7. Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2005.
8. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2007.
9. Snelvedt T. Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I Brinchmann BS (red.). Etikk i sykepleien. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2012.
10. Hanssen I. Interkulturell sykepleie. NJ Kristofferson, Nortvedt F, Skaug EA (red.). Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.