

”Jeg ved det godt, men.....”

## Tyrkiske indvandrerkvinders refleksioner over ”Den Motiverende Samtale” – seks kvalitative interviews med kvinder med diabetes type 2

Helene Herlow Jensen, B.Pt., KAS Herlev

Lise Overgaard Jensen, B.Pt., Frederiksberg Hospital

Jeanette Præstegaard, PT, MSc., Stud.ph.d, CVU Øresund, Fysioterapeutuddannelsen

Jensen HH, Jensen OL (2006, 23. marts 2006).

”Jeg ved det godt, men.....” Tyrkiske indvandrerkvinders refleksioner over ”Den Motiverende Samtale”  
- seks kvalitative interviews med kvinder med diabetes type 2.

Forskning i Fysioterapi (online), (4. årg.) s: 1-11. URL: <http://www.fly.dk/sw83384.asp>

### Perspektivering

Nedenstående artikel forsøger via seks kvalitative interviews at besvare, hvilke refleksioner tyrkiske indvandrerkvinder diagnosticeret med diabetestype 2 har gjort sig over ”Den Motiverende Samtale” i forbindelse med den behandling, de har modtaget på en diabeteskole i Storkøbenhavn.

I fremtiden bør ”Den Motiverende Samtale” anvendes som et motiverende redskab, men med fokus på at begrebet motion bliver mindre abstrakt. I forhold til de tyrkiske kvinder vil det sige, at der er behov for mere handling og mindre snak, f.eks. i form af en ”Motiverende Handling” sideløbende med ”Den Motiverende Samtale”.

Dette betyder, at det fremover vil være et vigtigt indsatsområde for fysioterapeuter, som arbejder med denne patientgruppe. For at være kompetent er det nødvendigt, at fysioterapeuten som udgangspunkt tilegner sig speciel viden om den muslimske kultur og gennem denne viden tilrettelægger interventionen med hensynstagen

til kvindernes specielle behov. Fysioterapeuten er bl.a. uddannet til at arbejde med kropslig læring (33), hvormed det abstrakte og intellektuelle i motionsbegrebet mindskes. Dette kunne bl.a. foregå som holdtilbud, hvormed en form for gruppeomsorg kunne etableres.

Diabetesskoler bør således ansætte fysioterapeuter til at udvikle forskellige former for motionstilbud samt forske i motionens betydning for behandlingen af diabetes type 2. Set i et større perspektiv ville det generelt have relevans for forebyggelsen af livsstilssygdomme, hvis fysioterapeuter i højere grad byder ind på markedet og i praksis er med til at udvikle, definere og implementere sundhedsbevarende koncepter som f.eks. ”Motion på recept”.

Ligeledes ville det have stor sygdomsprofylaktisk værdi at få implementeret sunde spise- og motionsvaner hos de tyrkiske børn og dermed ændre på den traditionelle opfattelse af kost, motion og bevægelse.

## Baggrund

Prævalensen af diabetes type 2 er i de senere år steget voldsomt hos den danske befolkning og sygdommen betegnes i dag som en folkesygdom<sup>1</sup> med deraf følgende samfundsøkonomiske konsekvenser (1). Det er påfaldende, at der blandt indvandrere fra tredjeverdenslande ses en hyppigere forekomst af sygdommen end hos danskere. Især kvinder blandt førstegenerations-indvandrere tilhører en sårbar gruppe, idet de ofte er mere socialt isolerede, har problemer med analfabetisme, mangler dansk kundskaber og i højere grad end mændene, er arbejdsløse (1-3). Det er derfor sandsynligt, at flere indvandrere i fremtiden vil opsøge det danske sundhedsvæsen, heriblandt fysioterapeuter, i forbindelse med behandling af sygdommen.

Der findes i dag veldokumenterede behandlingstiltag, som både kan forebygge og udskyde debuten af diabetes type 2. Disse består primært af livsstilsændringer med rygestop, ændrede motions- og kostvaner. For patienter diagnosticeret med diabetes type 2 er behandlingen den samme evt. kombineret med antidiabetisk medicin, samt behandling af følgesygdomme (1,4-6)

I forhold til vores virke som fysioterapeuter har vi valgt at koncentrere os om den sundhedsfremmende effekt fysisk aktivitet, samt råd og vejledning om motion, kan have på sygdommen.

I tre forskellige træningsstudier foretaget af henholdsvis Albright et al.(4), Ferrara et al. (7) og Özdirenç et al. (8) konkluderede forskerne uafhængigt af hinanden, at fysisk aktivitet er et effektivt tiltag i behandlingen af diabetes type 2 både i forhold til forbedring af glukose metabolismen, foruden øgning af den funktionelle kapacitet.

Kim et al. (9), Oldroyd et al. (10) og Chakravarthy et al. (11) har foretaget studier, hvor træning kombineres med råd og vejledning. Resultaterne indikerer, at både fysisk aktivitet og individuelt tilpasset råd og vejledning omkring motion, bør implementeres i behandlingen af diabetes type 2.

I andre studier omhandlende effekten af råd og vejledning som behandlingsmetode konkluderer Allen (12), Gerstle et al. (13), Whittemore et al. (14), Jones et al. (15), Kirk et al. (16) og Loretto et al. (17), at råd og vejledning har en positiv

effekt i forhold til at implementere varige livsstilsændringer. De påpeger endvidere, at det i denne sammenhæng er vigtigt med familiens deltagelse samt at tilpasse vejledningen individuelt – gerne ved anvendelse af adfærdsmodeller.

I Danmark benytter man ofte råd og vejledning som en del af behandlingen til diabetespatienter – f.eks. i form af "Den Motiverende Samtale" (DMS) (18), hvor behandlerpersonalet via dialog med patienterne forsøger at finde løsningsforslag til eventuelle livsstilsændringer (19,20). Overfor danske patienter medfører denne intervention ofte gode resultater (21), men hvorvidt dette også er tilfældet hos patienter med indvandrerbaggrund vides ikke med sikkerhed.

## Formål

Formålet med projektet er, at undersøge om "Den Motiverende Samtale", som anvendes til danske patienter diagnosticeret med diabetes type 2, også kan anvendes til patienter med anden etnisk oprindelse end dansk.

## Materiale og Metode

Projektets formål er at forstå og beskrive indvandrerpatienters refleksioner over DMS, derfor er den kvalitative metode valgt, idet den er velegnet til at udforske meningsindholdet i sociale fænomener, som de opleves af de involverede deltagere (22). Af hensyn til projektets omfang fokuseres der på tyrkiske indvandrerkvinder diagnosticeret med diabetes type 2.

Indledningsvis blev der foretaget et fokusgruppinterview (22) med fem danske diabetespatienter for at samle baggrundsviden om det at leve med en diagnose som diabetes type 2. Til interviewet blev der udarbejdet en interviewguide ud fra forforståelsen, samt den læste litteratur (tabel 1, side 3). Informanterne blev informeret både mundtligt og skriftligt om deres rettigheder og anonymitet, hvorefter de underskrev en samtykkeerklæring (22) før interviewets begyndelse.

Herefter blev der foretaget seks semistrukturerede enkeltinterview (22) med tyrkiske indvandrerkvinder. Denne interviewform blev valgt ud fra den tanke, at kvinderne ville have lettest ved at være åbne og mere personlige, når der kun var få personer til stede.

<sup>1</sup> Folkesygdomme er sygdomme, som er meget udbredte i befolkningen. De er ofte betinget af livsstilsfaktorer såsom tobak, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker, alkohol, kost. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet findes der otte folkesygdomme: Diabetes 2, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar sygdomme, osteoporose, muskel- og skeletlidelser, astma og allergiske sygdomme, psykiske lidelser og KOL (<http://www.folkesundhed.dk/?id=208>, 06.04.2005).

**Tabel 1:** Temaer fra interviewguides

Fokusgruppe-interview	Enkeltinterviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personlige data</li> <li>- Forventninger til diabeteskolen/ behandlingen</li> <li>- Råd og vejledning; hvordan</li> <li>- Livsstilsændringer; hvilke og hvordan</li> <li>- Familien som støtte/ forhindring</li> <li>- Motion; hvorfor, hvilken, hvordan</li> <li>- Sundhed; hvilken betydning, hvilken forståelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personlige data</li> <li>- Forventninger diabeteskolen/ behandlingen</li> <li>- Råd og vejledning; hvordan</li> <li>- Livsstilsændringer; hvilke og hvordan</li> <li>- Familien som støtte/ forhindring</li> <li>- Motion; hvorfor, hvilken, hvordan</li> <li>- Sundheds- og kropsofattelse</li> </ul>

Interviewguiden til enkeltinterviewene blev ligeledes udarbejdet ud fra forforståelsen og den læste litteratur (tabel 1). Spørgsmålene var derfor udformet så enkle som muligt med hensynstagen til informanternes evne til at svare på abstrakte spørgsmål. Derudover blev der anvendt tolk, da størstedelen af de tyrkiske kvinder havde svært ved at tale og forstå dansk.

Med hensyn til informeret samtykke blev kvinderne informeret mundtligt af tolken ved den indledende rekruttering og derefter lige før interviewets begyndelse. Det skriftlige samtykke blev udeladt, idet flertallet af de tyrkiske kvinder var analfabeter. I stedet blev samtykket optaget på bånd i overensstemmelse med Helsinkideklarationen stk. B, pkt. 22 (22).

Da projektet foregik på en diabeteskole på et offentligt hospital i Københavns-området, blev samtlige deltagere til begge interview rekrutteret af afdelingens overlæge ud fra hendes personlige kendskab til informanterne. Hun valgte bl.a. ud fra deres motivation, samt om der kunne forventes et stabilt fremmøde. Se tabel 2, side 4 for præsentation af samtlige informanter.

Alle rådata blev transskriberet ud fra "slightly modified verbatim mode" (22) og herefter analyseret efter metoden "systematisk tekstkondensering". Dette blev valgt, idet metoden er velbeskrevet og teoretisk forankret, hvilket giver en større klarhed over analyseprocessen, da man følger faste procedurer (22). Analysen indeholder fire trin:

- 1) Gennemlæsning af transskriberinger, dannelse af helhedsindtryk samt tematisering: Efter fælles diskussion fremkom der henholdsvis syv temaer for fokusgruppen og syv temaer for enkeltinterviewene.
- 2) Dekontekstualisering: Identifikation af de meningsbærende enheder.

- 3) Kondensering af de meningsbærende enheder: Hermed opstod der fire kodegrupper for *fokusgruppeinterviewet*:

- Behandling
- Livsstilsændringer
- Social kontekst
- Sygdom, sundhed & opfattelse af diabetes.

For *enkeltinterviewene* fremkom der tre kodegrupper:

- Sygdomsindsigt og sygdomsforståelse
- Kulturens indflydelse på behandlingen
- Tanker om sundhed.

Til alle kodegrupper blev materialet sorteret i dertil hørende subgrupper indeholdende kunstige citater til beskrivelse af indholdet.

- 4) Rekontekstualisering: Teksten sammenfattes til en helhed.

## Resultater

Resultaterne vil blive beskrevet først for fokusgruppeinterviewet som en samlet helhed, og dernæst for enkeltinterviewene inden for hver af de ligestillede kodegrupper.

### Fokusgruppeinterview

De vigtigste resultater, som kommer frem under interviewet, er bl.a., at informanterne føler, at det giver stor trykthed at få behandling og information af professionelt personale, såsom sygeplejersker og diætist. Netop information og viden om sygdommen og dens konsekvenser er meget vigtig for informanterne, idet denne viden giver dem en større forståelse for, hvorfor det er nødvendigt med livsstilsændringer.

I forbindelse med det at skulle ændre livsstil påpeger informanterne endvidere, at livsstilsændringer er en tilvænningsproces, hvor man skal lære at tage ansvar for sig selv, sin sygdom og dermed også behandlingen

Tabel 2: Oversigt over informanterne

Oversigt over informanter fra fokusgruppeinterviewet					
	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5
Køn	Mand	Kvinde	Kvinde	Mand	Mand
Alder	59	63	54	59	64
Tidspunkt for diagnose	Juli 2004	Januar 1998	Maj 1995	Oktober 2004	November/december 2004
Social status	Gift	Gift	Gift	Single	Gift
+/- medicin for Diabetes	+ insulin	- medicin	+ insulin	+ piller	+ piller
+/- rygning	Har tidligere røget men er stoppet	Har aldrig røget	Har aldrig røget	Ryger 1-2 cigaretter dgl.	Har tidligere røget men er stoppet.

Oversigt over informanter fra enkeltinterviewene						
	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Alder	54 år	66 år	56 år	53 år	43 år	43 år
Social status	Gift (mand 75 år)	Gift (mand 66 år)	Gift (mand 58 år)	Gift (mand 60 år)	Gift (mand 49 år)	Enke siden 1997
Børn	6 børn i alderen 15-35 år	8 børn i alderen 30-48 år	4 børn i alderen 19-33 år	3 børn i alderen 21-31 år	4 børn i alderen 10-23 år	2 børn i alderen 22-25 år
Tidspunkt for diagnose	Har haft diabetes i ca. 15 år	Har haft diabetes i ca. 10 år	Har haft diabetes i 1½ år	Har haft diabetes i 8 år	Har haft diabetes i ca. 1½ år	Har haft diabetes i ca. 10 år
Årsag til at sygdommen blev opdaget	Opdagede første gang sin diabetes i forbindelse med graviditet	Opdagede sygdommen pga. hyppig vandladning	Opdagede sygdommen tilfældigt – følte sig varm og dårlig om aftenen	Pt. syntes hun svedte meget og gik til lægen som konstaterede diabetes type 2	Moderen havde været meget syg pga. cancer. Pt. gik til lægen, hvor hun fik konstateret diabetes type 2	Følte varme i hænder og fødder og gik til lægen som konstaterede diabetes type 2
Hvor lang tid har pt. modtaget behandling på diabeteskolen	Pt. har været i behandling på diabeteskolen i ca. 2 år	Pt. har været i behandling på diabeteskolen i ca. 2 år		Pt. har været i behandling på diabeteskolen i ca. 3 år		
Tidspunkt for immigrering til Danmark	Har boet i Danmark siden 1999		Har boet i Danmark i 14 år	Har boet i Danmark siden 1989	Har boet i Danmark siden 1987	Har boet i Danmark siden 1978
+/- arbejde	- arbejde	- arbejde	- arbejde, men går i skole	- arbejde	Har tidligere arbejdet men er nu pensioneret	+ arbejde
+/- analfabet	Pt. kan læse lidt tyrkisk.	+ analfabet	Pt. kan læse lidt tyrkisk	+ analfabet	Pt. kan læse tyrkisk	Pt. kan læse dansk og tyrkisk
Vægt	Estimeret BMI > 25	Estimeret BMI > 25	Estimeret BMI > 25	Estimeret BMI > 25	Estimeret BMI > 25	Estimeret BMI > 25

af den. Derudover giver informanterne udtryk for, at det har været lettest at ændre på kostvaner, hvor det er sværere at få implementeret motionsvaner i dagligdagen. Dette begrundes de bl.a. med, at der mangler konkrete motionstilbud med professionel vejledning, så netop deres "handicap" bliver tilgodeset.

### **Enkeltinterview**

#### *Sygdomsindsigt og sygdomsforståelse*

De tyrkiske kvinder har alle modtaget information og lader til at forstå det nødvendige i at foretage livsstilsændringer. De er klar over, hvilke faktorer der kan forværre sygdommen, ud over den eksisterende risiko for at udvikle alvorlige følgesygdomme, hvis de ikke tager hensyn til deres diabetes. Derimod er det vanskeligt at gennemskue deres sygdomsindsigt, idet de ved nærmere udspørgen ikke præcist kan redegøre for f.eks. sygdomsudløsende fakta. Langt de fleste informanter ved ikke, hvordan de har fået sygdommen, mens andre mener, at det både kan skyldes fysiske og psykiske årsager: *"Jeg ved det ikke rigtig, om det er pga. de ting, jeg spiser eller er det psykisk...men det kan også godt være pga. min far – genetisk?"* (Informant 3, L 122-123). Derudover nævner størstedelen af informanterne, at de lider af flere andre sygdomme, og at disse på lige fod med diabetes påvirker deres dagligdag i negativ retning.

Informanterne er enige om, at man selv bærer ansvaret for behandlingen af sygdommen og overholdelsen af de anviste retningslinier. En enkelt mener dog, at det er lægens ansvar og giver ham skylden for, at hun ikke får det bedre. Hun afsluttede interviewet med at spørge: *"Kan I hjælpe mig med at finde en god læge?"* (Informant 2, L 278).

#### *Kulturens indflydelse på behandlingen*

Der er mange kulturelle forhindringer, som gør det sværere at ændre livsstil.

En af disse er familien, som kan være en begrænsende faktor, da det er manden og til dels de ældste familiemedlemmer, som bestemmer over den enkelte og derfor skal give tilladelse til f.eks. at dyrke motion. I det hele taget spiller familien en stor rolle, og især børnene fremhæves som en vigtig støtte og hjælp i forbindelse med livsstilsændringer. Manden bliver som oftest kun nævnt sekundært i denne sammenhæng.

Kosten er en anden kulturel hindring, idet der stadig er tradition for at servere mad med meget olie/ fedtstof i, og at man anses som en dårlig vært, hvis man ikke gør dette. Ligeledes er det uhøfligt ikke at spise den mad,

som serveres, og mange af kvinderne føler sig derfor presset til at tage lidt, selvom det strider imod deres anbefalede diæt: *"Hvis jeg ikke spiser noget, så bliver de kedede af det og spørger, om jeg ikke kan lide deres mad? Derfor tager jeg lidt af det."* (Informant 6, L 258-260). Mange af informanterne fortæller dog, at de med diætistens hjælp gradvist er i gang med at foretage kostændringer, og at dette er lettere end at implementere motion i dagligdagen.

En tredje kulturel hindring er, at mange ser ned på tyrkiske kvinder, som motionerer, og at det f.eks. ikke er velset i Tyrkiet at gå tur i landsbyen. Hvorfor det forholder sig sådan, kan informanterne ikke rigtig redegøre for. Nogle af informanterne afviser også ovenstående og mener, at de gerne må dyrke motion. Fælles for alle informanterne er, at ingen af dem decideret har dyrket motion, da de boede i Tyrkiet. Det fremstår som om, at der ikke er tradition for at motionere i Tyrkiet.

Dertil kommer, at kvinderne i Tyrkiet traditionelt bevæger sig langsomt, når de går. Dette begrundes bl.a. med, at kvinderne ofte går i høje hæle og fine kjoler og således ikke kan bevæge sig hurtigt.

Som svar på hvilken behandling informanterne har modtaget på diabetesskolen, fortæller de alle først og fremmest om den medicinske behandling, frem for de råd og den vejledning, de har modtaget. Omkring informationen om livsstilsændringer er det især vejledningen om kosten, der har gjort indtryk, mens kun få af dem på eget initiativ nævner vejledningen omkring motion.

#### *Tanker om sundhed*

Informanterne har tilsyneladende en god viden om, hvilken kost de bør spise. Flere kan formulere en forståelse for "rigtig og forkert kost" i forhold til diabetes og er i høj grad bevidste om, hvornår diæten ikke er overholdt.

Ligeledes er de klar over vigtigheden af at bevæge sig, selvom de færreste kunne give en forklaring herpå. På spørgsmålet om, hvilken effekt motion har på diabetes, svarer hovedparten dog, at det har indflydelse på blodsukkerniveauet, blodtrykket, vægttab samt velvære. Flere af kvinderne fortæller, at de dagligt motionerer i form af gåture, mens andre, der har forsøgt, oplyser, at de bliver trætte og får ondt i kroppen. Flere har overvejet at melde sig ind i motionscentre, gå i svømmehal osv., men enten har de ikke råd, eller også mangler de konkrete tilbud tilpasset specielt til deres behov. Andre har ikke dyrket motion, da de huslige pligter har

optaget al deres tid, eller også har familien ikke givet tilladelse til det.

I forhold til at skulle definere sundhed volder dette store problemer for størstedelen af informanterne, og umiddelbart forbinder de ikke sundhed med sunde kostvaner og motion. I stedet handler sundhed i langt højere grad om hele familiens trivsel og psykisk velvære: "...det er en god ting at leve sundt. Når man føler sig sund, så føler hele familien sig også på den måde. Når man bliver syg, så bliver hele familien også påvirket af det." (Informant 5, L 89-90).

## Diskussion

### Metode og materiale

De valgte former for interviews fungerede tilfredsstillende, idet fokusgruppeinterviewet gav mulighed for diskussion, mens enkeltinterviewene lagde op til større fortrolighed og mere personlige spørgsmål.

I gennem hele processen højnede det den interne validitet (22) at være to personer om projektet, da alle resultater blev diskuteret indtil enighed. Derudover blev samtlige resultater løbende holdt op mod den kontekst, hvorfra meningen kom, for at sikre "troskab" mod informanternes udsagn.

Ligeledes højnede det den interne validitet, at rekrutteringen foregik uden forfatterens indblanding, da dette mindskede risikoen for at være forudindtaget ved interviewene.

Brugen af tolk kan derimod påvirke den interne validitet i negativ retning, da oversættelsen kan være misvisende og mindre nuanceret end det oprindelige udsagn fra informanten.

I forhold til intern og ekstern validitet (22) kunne flere interviews have gjort projektet mere validt, idet erfaringerne fra de første interviews efterfølgende medførte flere detaljer og bedre spørgeteknik. Dog blev Malteruds anvisninger (22) mht. antal af informanter overholdt ved både fokusgruppe- og enkeltinterviews.

Med hensyn til projektets eksterne validitet var rekrutteringen af informanter til fokusgruppen i overensstemmelse med Malteruds anvisninger (22), idet gruppen gerne må være specifikt sammensat, når en konkret hypotese undersøges.

En vilkårlig udvælgelse af informanter til enkeltinterviewene ville nødvendigvis ikke højne den eksterne validitet, da

nogle af informanterne, ifølge diabeteskolen ville føle sig overset, hvis de blev fravalgt, mens andre ikke ville møde op trods udvælgelse.

### Fokusgruppeinterview

Det er vigtigt for sundhedspersonalet at få viden om, hvad patienterne betragter som effektiv behandling, således at den behandling, som disse patienter tilbydes, kan optimeres bedst muligt. Idet der er evidens for, at motion har positiv effekt på sygdommen, er det betænkeligt, at det netop er på dette område, at livsstilsændringerne har været svære at gennemføre. Idet der er specifikt fagpersonale til at hjælpe med f.eks. kostændringer, kan man undre sig over, hvorfor der ikke er ansat fysioterapeuter til at vejlede om motion, og hvilken betydning dette evt. kunne have på implementeringen af motion hos informanterne.

Fysioterapeuten har via sin uddannelse en bred teoretisk baggrund med kendskab til både adfærdsmodeller, som f.eks. Antonovskys "Sense of Coherence" (23) og "Stages of Change" (24) med flere, samt andre pædagogiske tilgangsvinkler til behandling, herunder DMS. Ifølge resultaterne fra projektet har DMS vist sig at have en god effekt som motivator til kostændringer og burde således også være brugbar i forhold til at ændre motionsvaner. Fysioterapeuten er med sin ovenfor nævnte baggrund fagligt bedre rustet til at afholde motiverende samtaler omkring træning og motion, end f.eks. sygeplejersker og læger, hvilket kunne forklare den manglende succes mht. implementering af sunde motionsvaner.

Det, som fysioterapeuten kan tilbyde, er konkrete øvelser og individuel vejledning, så den enkelte patients behov bliver tilgodeset. Dette kunne også foregå som holdtilbud, hvor diabetespatienterne kunne have glæde af at træne sammen med andre ligestillede.

### Enkeltinterview

#### Sygdomsindsigt og sygdomsforståelse

Det lader til, at informanterne har forstået informationen og også taget den til sig, men den dybere forståelse har de ikke opnået, idet de kun reproducerer budskabet, men tilsyneladende ikke reflekterer over det. Dette kan dels skyldes, at hovedparten er analfabeter og derfor ikke tænker særlig abstrakt, men måske også, at informationen ikke har været fyldestgørende nok. Der er brug for, at de fortsat bliver informeret, men på et niveau, hvor de kan følge med. Det er vigtigt, at denne information foregår som en dialog, så man forsøger at inddrage og ansvarliggøre patienterne. Behandleren skal være opmærksom på

kvindernes abstraktionsniveau og gøre undervisningen så håndgribelig som mulig, f.eks. ved brug af konkrete eksempler, billeder osv.

Endelig kunne det være interessant at have udspurgt kvinderne i større grad om religionens rolle i deres sygdom. I den muslimske kultur er der tradition for at betragte sygdom som Allahs straf, og uanset hvilken behandling man har søgt, kommer helbredelse fra Allah (25,26).

Det faktum, at kvinderne tydeligt gør opmærksom på deres andre sygdomme, understøttes af Ehlers (27), der påpeger, at sygdom kan fylde meget i ens liv og dermed ubevidst "blive en slags lynafleder for alle mulige andre problemer". Idet disse kvinder, som tidligere nævnt, stammer fra en anden kultur, bor langt fra hjemlandet, mangler dansk-kundskaber, er analfabeter og ofte er socialt isolerede, er det ikke utænkeligt, at dette netop er situationen for nogle af dem. Ved at være syge får de mere opmærksomhed fra familien, og de føler sig måske mere betydningsfulde og bemærket i forhold til, hvis de ikke var syge.

Som forklaring på de tyrkiske informanternes adfærd mht. eget ansvar omkring sygdommen kan man inddrage Antonovskys adfærdsmodel "sense of coherence"<sup>2</sup> (23), som bygger på observationer af menneskelig adfærd, og hvordan vi som mennesker agerer i forhold til almen patologisk viden og sygdomsætiologi (28,29). I modellen indgår komponenter som begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (23).

Netop disse tre begreber kan forsøges overført til de tyrkiske informanter. Idet de ikke har opnået fuld forståelse, har den givne information og behandling sandsynligvis hverken været håndterbar eller meningsfuld. Dermed har informanterne svært ved selv at tage ansvar for deres behandling og livsstilsændringer.

#### *Kulturens indflydelse på behandlingen*

Resultaterne viser, at det er vigtigt at foretage interventioner, hvor hele familien inddrages, hvilket underbygges af Jeppesen (30), samt af resultatet fra studiet foretaget af Gerstle et al. (13). Dels fordi der er brug for at ændre på de traditionelle opfattelser omkring kost og motion, men også fordi det er manden, som er familiens overhoved og træffer beslutningerne (26,30,31), mens børnene yder kvinden den nødvendige støtte. Helt konkret betyder det, at de interventioner, som Diabetesskoler eller fysioterapeuter

foretager, *skal* inkludere manden og gerne børnene. Dette er nødvendigt for at give kvinderne mulighed for at opnå succes med at ændre livsstil, idet den tyrkiske kultur er karakteriseret ved gruppeomsorg frem for enkeltomsorg som i Danmark (26,32).

Med hensyn til kostændringer og den begyndende implementering har det haft god effekt at inddrage en diætist, som via undervisning med bl.a. billeder og pjecer har gjort de nødvendige ændringer håndgribelige.

For at implementere motion og gøre dette mere naturligt for kvinderne ville det være en stor fordel at kunne tilbyde konkrete motionstilbud. I forhold til at kunne respektere og forstå deres kultur betyder det, at der er behov for at lave rene kvindehold, hvor træningen er tilrettelagt dels efter deres fysiske formåen og under hensynstagen til deres sygdom.

Endvidere bør en del af træningen være rettet mod at øge kvindernes kropsbevidsthed og deres forståelse for effekten af fysisk aktivitet på både krop og sind. Hvis ikke kvinderne til fulde får en forståelse for, at fysisk aktivitet har en god virkning på deres helbred, vil det heller ikke være muligt at ændre på deres traditionelle opfattelse af motion. Kort sagt skal det give mening for dem at bevæge sig.

Dette underbygges af Antonovskys studier, som viser, at det er meningsfuldheden, som afgør i hvilken retning, man bevæger sig på kontinuet "godt helbred – dårligt helbred". En høj grad af meningsfuldhed kan påvirke til såvel høj begribelighed som håndterbarhed (23).

Fysioterapeuten har forudsætninger for at undervise og uddanne såvel danske, som patienter fra andre kulturer (33). Fysioterapeuter har dels en teoretisk viden om sygdomme, behandlingen af disse, samt er specialiseret i at træne med såvel raske som syge mennesker. For at kunne tilgodese den aktuelle patientgruppe optimalt er det dog vigtigt, at vi får yderligere viden om deres kulturelle baggrund, og hvilke kulturelle forhindringer, der kunne opstå i forbindelse med en eventuel intervention, hvis behandlingen skal blive en succes.

Forklaringen på, at patienterne nævner medicinsk behandling før råd og vejledning, kan være, at man i Tyrkiet ofte behandler patienterne passivt ved at give flere forskellige slags medicin på én gang. Dette bevirker, at de

<sup>2</sup> Oversat: Oplevelse af sammenhæng

tillægger behandling som f.eks. tabletter og injektioner større værdi end råd og vejledning (25). Derfor er der forsat behov for at informere de tyrkiske kvinder om, at livsstilsændringer er lige så nødvendige, som medicinsk behandling, og på denne måde gradvist forsøge at skabe et holdningsskifte.

#### *Tanker om sundhed*

Det er påfaldende, at informanterne tilsyneladende har større viden om sund kost, end de har om motion. Dette kan skyldes, at der fra Diabetesskolen er blevet lagt mere vægt på kostændringer fremfor motionsvaner i og med, at de har inddraget en diætist, men ikke en fysioterapeut (eller lignende fagperson). Derudover er der ikke tradition for at dyrke motion i kvindernes hjemland, og mange af de adspurgte har konkurrerende lidelser, som de mener forhindrer dem i fysisk aktivitet pga. smerter og andet ubehag.

Grunden til, at de tyrkiske kvinder ikke forbinder sundhed med motion og sund kost, samt har svært ved at redegøre for, hvorfor motion er vigtigt, kan være, at mange af dem, som tidligere nævnt, er analfabeter og dermed har et lavt abstraktionsniveau. Dette medfører, at de muligvis kan reproducere budskabet, men ikke nødvendigvis forstår indholdet til fulde, og derfor heller ikke formår at ændre deres vaner. Budskabet skal være begribeligt, før det danner mening (23).

Med ovenstående in mente skal fysioterapeutens formidling i forbindelse med en given intervention holdes på et basalt niveau. Råd, vejledninger og instruktioner skal være i passende mængder og let forståelige.

Begrebet sundhed har tidligere været beskrevet med udgangspunkt i sygdom og blev således fremstillet som "fravær af sygdom" (34). WHO har defineret sundhed som: "Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity" (35). For informanterne handler sundhed ikke blot om fravær af sygdom eller om egen individuel tilstand, men i højere grad om hele familiens trivsel. Denne måde at opfatte sundhed på kan forklares ud fra kulturen, hvor man mere har gruppeomsorg og mindre egenomsorg (26,32).

Yderligere kan man forklare deres tanker om sundhed ud fra Steen Wackerhausens (36) beskrivelse af et "åbent sygdomsbegreb". Heri karakteriseres syge mennesker uanset kulturbaggrund ved, at de ikke kan leve op til og handle på de krav, som stilles til dem i det omgivende

samfund, hvilket også stemmer overens med de tyrkiske kvinders manglende compliance i forhold til at dyrke motion og spise korrekt. Det "åbne sygdomsbegreb" lægger også op til, at oplevelse af sygdom ikke kun afhænger af individet men i høj grad også af den kulturelle, religiøse og samfundsmæssige kontekst (36). Netop derfor er det vigtigt, at sundhedspersonalet er opmærksom på, hvilke forudsætninger patienterne har for at kunne modtage og agere på information, som skal virke sundhedsfremmende. I og med, at der ikke er fuld compliance, tyder det på, at sundhedspersonalet ikke har givet informationen på et (for informanterne) forståeligt niveau. Personalet og informanterne har måske haft forskellige tanker om, hvad der fremmer sundheden og, hvordan denne tilstand af sundhed kan opnås.

Begrebet sundhed skal betragtes som en personlig oplevelse, som en proces eller en måde at eksistere på, og kan derfor ikke måles eller ændres af sundhedspersonalet. I stedet er det nødvendigt at spørge det enkelte menneske om, hvordan han/ hun opfatter egen sundhed. Der igennem kan personalet forsøge at opnå forståelse og ved hjælp af vejledning få patienten til selv at ændre sin opfattelse og adfærd (37).

## **Konklusionen**

For de danske informanter har "Den Motiverende Samtale" med fagpersonalet på Diabetesskolen motiveret dem til at foretage positive livsstilsændringer, men de mangler konkrete motionstilbud med professionel vejledning, for at implementere motion fuldstændigt i dagligdagen.

For de tyrkiske informanter har DMS kun delvist haft samme positive effekt som behandlingsredskab.

De tyrkiske kvinder har en begyndende forståelse for kostlægningsens betydning, men en ringe forståelse for og indsigt i motionens betydning og effekt i forhold til behandlingen af diabetes type 2. De mangler forsat råd og vejledning, som bør formidles mere håndgribeligt og konkret. Derudover skal interventionen inddrage hele patientens familie, hvis det skal være muligt at overvinde de hæmmende kulturelle forhindringer og øge deres forståelse for behandling baseret på vestlig kultur. Endvidere mangler kvinderne konkrete tilbud om motion, som tilgodeser deres kulturelle krav i form af hold kun for kvinder.

Det er således nødvendigt, at sundhedspersonalet har forståelse for og viden om patienternes kulturelle baggrund, hvis tyrkiske indvandrerkvinder med diabetes type 2 skal have optimalt udbytte af "Den Motiverende Samtale".



## Referenceliste

Udarbejdet ud fra Vancouver Reference system:

<http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouv.pdf>

1. DSAM. *Type 2-diabetes i almen praksis - en evidensbaseret vejledning*. 6. udg. Dansk selskab for almen medicin; 2004. s. 5-8, 19-45.
2. Jacobsen ET, Karise S, Dyhr L. *Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen - rapport fra et pilotprojekt*. DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. s. 11-12.
3. Petersen JV. *Type 2 diabetes hos indvandrere*. For praktiserende læger - lægemagasinet 2004;1:11-16.
4. Albright A, Franz M, Hornsby G, Kriska A, Marrero D, Ullrich I et al. *Exercise and Type 2 Diabetes*. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32(7):1345-1360.
5. Skive L. *Motionsmanualen. Motion - nutidens lægemiddel*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med P.L.O og DSAM; 2003. s. 10-11.
6. Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*. [Online]. 2005 [fundet d. 20.1.06]; [209-212]. Tilgængelig via: URL: [http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/Fysisk\\_aktivitet\\_haandbog2udg/fysisk\\_aktivitet\\_haandbog2udg.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/Fysisk_aktivitet_haandbog2udg/fysisk_aktivitet_haandbog2udg.pdf)
7. Ferrara CM, McCrone SH, Brendle D, Ryan AS, Goldberg AP. *Metabolic effects of the addition of aerobic exercise in older men*. *Int J Sport Nutr Exerc Metab* 2004;14:73-80.
8. Özdirenc M, Biberoglu S, Ozcan A. *Evaluation of physical fitness in patients with type 2 diabetes mellitus*. *Diabetes Res Clin Pract* 2003;60(3):171-176.
9. Kim CJ, Hwang AR, Yoo JS. *The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behaviour in participants with type 2 diabetes*. *I J Nur Stud* 2004;41(8):833-841.
10. Oldroyd JC, Unwin NC, White M, Imrie K, Mathers JC, Alberti KGMM. *Randomised controlled trial evaluating the effectiveness of behavioural interventions to modify cardiovascular risk factors in men and women with impaired glucose tolerance: outcomes at 6 months*. *Diabetes Res Clin Pract* 2001;52(1):29-43.
11. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. *An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions*. *Mayo Clin Proc* 2002;77:165-173.
12. Allen NA. *Social cognitive theory in diabetes exercise research: an integrative literature review*. *Diabetes Educ* 2004;30(5):805-819.
13. Gerstle JF, Varenne H, Contento I. *Post-diagnosis family adaptation influences glycemic control in women with type 2 diabetes mellitus*. *J Am Diet Assoc* 2001;101(8):918-922.
14. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL, Roy C. *Lifestyle changes in type 2 diabetes: a process model*. *Nurs Res* 2002;51(1):18-25.
15. Jones H, Edwards L, Vallis TM, Ruggiero L, Rossi SR, Rossi JS et al. *Changes in diabetes self-care behaviours make a difference in glycemic control*. *Diabetes Care* 2003;26:732-737.
16. Kirk AF, Higgins LA, Hughes AR, Fishert BM, Mutrie N, Hillis S et al. *A randomized controlled trial to study the effect of exercise consultation on the promotion of physical activity in people with type 2 diabetes: a pilot study*. *Diabet Med* 2001;18:877-882.
17. Loretto CD, Fanelli C, Lucidi P, Murdolo G, Cicco AD, Parlanti N et al. *Validation of a counselling strategy to promote the adaption and the maintenance of physical activity by type 2 diabetic subjects*. *Diabetes Care* 2002;26(2):404-407.
18. Mabeck CE, Kallerup H, Maunsbach M. *Den motiverende samtale*. [Online]. 1999 [fundet d. 25.03.2005]; Tilgængelig via: URL:<http://dsam.dk/bibliotek/vejledning.asp?ID=6>
19. Dalum P, Sonne TF. *Hvordan taler man om livsstil? En bog om sundhedsadfærd og motiverende samtale*. Tobaksskaderådet; 2000.
20. Herholdt DS. *Motivationssamtalen*. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
21. *Samtale med Overlæge Jette Vibe Petersen d. 15.03.05 og d. 05.04.05*
22. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
23. Antonovsky A. *Helbredets mysterium - at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
24. Finnell DS. *Addictions services: use of the transtheoretical model for individuals with individuals with co-occurring disorders*. *Community Ment Health J* 2003;39(1):3-15.
25. Elverdam B. *Fra tradition til institution: muslimske indvandrerkvinders møde med dansk hospital og praksislæge*. Århus: Aarhus Universitetsforlag; 1991. S. 31-32, 186-193.
26. Mertz A. *Kultur, sundhed, og sygdom - om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard Danmark; 1992. s. 23, 35-38.

27. Ehlers L. *Ondt i livet – kvinder og de nye sygdomme*. 2. udg. København: Nordisk Forlag A/S; 2000.
28. Conn VS. *Older adults and exercise – path analysis of self-efficacy related constructs*. *Nurs Res* 1998;47(3):180-193.
29. Gochmann DS. *Handbook of health behavior research 1 – personal and social determinants*. New York: Plenum Press; 1997.
30. Jeppesen EZ. *En kvalitetsvurdering af det danske sundhedsvæsens omsorg for tyrkiske indvandrerkvinder i forbindelse med graviditet og fødsel*. Århus: Århus Universitetsforlag; 1990.
31. Sørensen TB. *Familier i Danmark - kommunikation og familiemønstre blandt danskere, tamiler og tyrkere*. Århus: Forlaget Gestus; 1999. s. 45-50, 117-118, 174.
32. Hanssen I. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. 2. udg. Oslo: Universitetsforlaget; 1996. s. 10-12.
33. *Bekendtgørelse nr. 236 af 30/03/2001 om fysioterapeutuddannelsen*. [Online]. 2001 [fundet d. 27.01.06]; Tilgængelig via: URL:<http://kbhfys.dk/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=592>
34. Sørensen AS, Dalgård C. *Sundhed mellem biologi og kultur – en bog om nye sundhedsbegreber*. København: Nordisk forlag A/S; 1999. s. 101-103.
35. WHO. *Definition of health*. [Online]. 1948 [fundet d. 15.01.06]; Tilgængelig via: URL:<http://www.who.int/about/definition/en/>
36. Wackerhausen S. *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse*. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. s. 45-50.
37. Fridlund B, Hildingh C. *Qualitative research methods in the service of health*. Lund: Studentlitteratur; 2000. s. 13-15.

## Abstract

Helene Herlow Jensen, PT. Lise Overgaard Jensen, PT. Jeanette Præstegaard, PT, MSc, stud. ph.d., CVU Øresund, Fysioterapeutuddannelsen

*"I am aware of that but....."*

*Reflections of Turkish female immigrants on "The Motivating Interview"  
– Six qualitative interviews with women with Diabetes Type 2*

**Background:** The prevalence of diabetes type 2 in Denmark has in recent years increased to a point to where the condition is regarded as a "national disease". Still, a strikingly higher incidence of the illness is found among immigrants from the Third World – hereof especially among first generation immigrant women. "The Motivating Interview" is, when applied as part of the treatment for Danish diabetes patients an attempt to motivate the patient into making lifestyle changes towards a physically more active life with healthier diet habits. In relation to Turkish immigrants there is now research to support this.

**Purpose:** To evaluate whether "Motivating Interviews", which are applied for Danish patients diagnosed with Diabetes Type 2, also can be applied to people with another ethnic origin than Danish.

**Method and Material:** The project is a qualitative study based on six semi-structured single interviews with six women of Turkish origin, who are diagnosed with diabetes type 2. This base is supplemented by a focus group interview with five Danish patients that share this diagnosis. All the informants have completed treatment at a Diabetes school. The analysis of the material is based on "Systematic Text Condensation" as described by Kirsti Malterud.

**Results:** While motivating interviews performed by diabetes school-staff has produced positive lifestyle

changes for the majority of the Danish informants, due to cultural obstacles full compliance does not occur among the women of Turkish origin. They have incipient understanding of the significance of a change of diet, but a poor knowledge of the importance and effects of physical exercise.

**Conclusion:** While the method has generally entailed positive results among the Danish patients, it has only produced partial effect within the group of Turkish descent. The latter requires more advice and counseling in order to be able to implement the recommended lifestyle changes into their daily life. To make this possible, it is necessary that the health-staff has comprehension and knowledge of the cultural background of the patients. It applies to both patient groups, that there is a need for concrete offers of physical exercise under professional guidance.

**Perspective:** "The Motivating Interviews" should continue to be applied to women of Turkish descent, but with certain cultural adjustments. There is a need to establish concrete offers of physical exercise designed for Danish as well as Turkish patients. Physical therapists must actively participate in the development, establishment and implementation of these offers of physical exercise.

**Keywords:** Physiotherapy, Diabetes type 2, "The Motivating Interview", Qualitative study, Turkish immigrant.