

Psykisk helse blant asylsøkere

En kvalitativ studie om psykisk helse blant kurdiske asylsøkere som har kommet til Norge og for tiden har eget bosted.

Mental Health among asylum seekers

A Qualitative study about mental health among Kurdish asylum seekers who have arrived Norway and currently have private residence

Chia Almassy Kermashani



Høgskolen i **Hedmark**

Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark (Elverum)

Avdeling for folkehelsefag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2013

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Summary	5
Forord	6
1.0 Innledning.....	7
1.1 Hensikt og forskningsspørsmål.....	7
2.0 Bakgrunn	9
2.1 Egen forforståelse	9
2.2 Definisjoner	10
3.0 Tidligere forskning	12
4.0 Teoretisk referanseramme	15
4.1 Sykdom og psykisk helse	15
4.2 Posttraumatisk stresslidelse, PTSD.....	17
4.2.1 Symptomer på PTSD	17
4.3 Flukt og asyl	18
4.4 Eksil.....	20
4.4.1 Eksil og helse	20
4.4.2 Eksil som en straff.....	21
4.5 Kultur	22
4.6 Salutogenese	24
5.0 Metode.....	26
5.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn.....	26
5.2 Litteratursøk	29
5.3 Rekruttering av informantene.....	29
5.4 Det kvalitative forskningsintervju.....	29
5.5 Dataanalyse	31
5.6 Etske overveielser.....	33
5.7 Studiens gyldighet	34
6.0 Presentasjon av funn.....	36
6.1 Tapsfølelse.....	38
6.1.1 Følelse av savn.....	39
6.1.2 Flukt	40
6.1.3 Krig.....	41
6.1.4 Eksil.....	41

6.2 Usikkerhet	42
6.2.1 Livet på vent	43
6.2.2 Utrygg på opphold.....	43
6.2.3 Håpløshet og venting.....	44
6.3 Integrering	44
6.3.1 Meningsløshet	45
6.3.2 Sosial isolasjon.....	45
6.3.3 Manglende rettigheter	46
6.3.4 Språk.....	48
6.3.5 Uforutsigbar inntekt	48
6.4 Kultur	49
6.4.1 Tradisjon	49
6.4.2 Familie	50
7 Drøfting	51
7.1 Psykisk helse blant asyløkere.....	51
7.2 lokalsamfunnet og familiens betydning	55
7.3 Forventninger til å bli ny borger	57
7.4 Håp tross lidelsen	57
7.5 Mestring	59
8.0 Konklusjon	62
9.0 Litteraturliste	63
Vedlegg 1	68
Vedlegg 2	70
Vedlegg 3	72
Vedlegg 4	73

Antall ord: 21233

Tittel

En kvalitativ studie om psykisk helse blant kurdiske asylsøkere som har kommet til Norge og for tiden har eget bosted.

Forfatter

Chia Almassy Kermashani

Sammenheng

Det er mange innvandrere i Norge, og det kommer mange flere hit hvert år. Helsevesenet blir mer avhengig av denne kunnskapen til helsepersonell for å møte utfordringer som kan komme i møte mellom innvandrere med psykiske lidelser og helsepersonell. Tidligere forskning er klare i sine konklusjoner om at innvandrere eller asylsøker som har måttet flykte fra landet sitt, opplevd krig og mange andre traumer vil være i større fare for å slite psykisk. Det stilles stor krav til helsevesenet både nasjonalt og internasjonalt i forhold til behandling av innvandrere som trenger helsehjelp og kvaliteten av den hjelpen innvandrere mottar. Derfor trengs det å forske på asylsøker og deres psykiske helse. Hensikten med studien er å se på psykisk helse blant asylsøkere og hvordan de beskriver det. Det jeg ønsket å få fram i studien er ulikheter og eventuelt utfordringer som helsepersonell kan møte i arbeid med asylsøkere med psykisk uhelse.

Jeg mener at denne studien har vært positiv der fem kurdiske asylsøkere har fått muligheten til å tale om sin opplevelse av hva psykisk helse/uhelse er. Studien er inspirert av en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med vekt på en deskriptiv design. Det ble brukt en åpen intervjuguide og ble analysert etter prinsipper i kvalitativ innholdsanalyse.

Alle informantene ga uttrykk på at de er kjent med psykisk uhelse. De snakket om deres opplevelse av psykisk helse, og mener det har vært mange faktorer som har påvirket deres syn og muligheten til å stå fram for å søke om hjelp og behandling. Flere av informantene ser på psykiske lidelse som tabu og stor svakhet hos den enkelte som lever med det. Alle informantene hadde vært innom helsevesenet og noen av dem hadde vært innom psykiatrien. De mente at det var vanskelig å få fram hva de sliter med og kvaliteten på den hjelpen de fikk-ble beskrevet dårlig. Noen ønsket gjerne hjelp til sin psykiske uhelse, men deres syn på psykisk uhelse kan gi det norske helsevesenet store utfordringer til å imøtekomme den hjelpen de trenger med tanke på asylsøkerens syn på ovennevnte tema. Det som er overraskende og likt hos asylsøkerne var deres vilje til å integrere seg og bli en del av samfunnet, noe som i seg selv kan påvirke deres syn på psykisk helse. Asylsøkerne mente at så lenge de står uten asyl og en usikker framtid så vil fortiden være en trussel og vil ikke føre til at deres psykiske helse blir bedre.

Title

A Qualitative study about mental health among Kurdish asylum seekers who have arrived Norway and currently have private residence

Author

Chia Almassy Kermashani

Summary

There are many immigrants in Norway, and many more come here every year. One of the significant challenges for the Health department has been to bridge an understanding between the health professionals and the immigrants suffering from mental complications. Thus the health department is increasingly utilizing the knowledge they are provided in order to better their services.

Previous research have been afforded to understanding the affects of war and other traumatic experiences asylum seekers have endured and the extent to which these influence their mental health. The researchers stress that individuals who have been subject to such past and are at refuge in a foreign country, are in greater danger of struggling mentally. Nonetheless, the demand for more refined and appropriate health care services dealing with asylum seeker's health condition continues to be on the rise both nationally and internationally. Therefore, it remains important to conduct proper research on specific applicants and their mental state. The aim of this study is to highlight the differences and possible challenges health professionals may encounter when working with asylum seekers with mental health issues.

What wanted to convey in the study are differences and possible challenges that health professionals may encounter when working with asylum seekers with mental health problems. Significantly, this research has been able to shed light on five Kurdish asylum seekers in Norway with different experiences and health conditions, whom have been willing to share the specifics of their conditions. The study is inspired by a hermeneutic-phenomenological approach with emphasis on a descriptive design. It used an open interview guide, which were subsequently used to analyzed according to the principles of qualitative content analysis.

All the participants expressed that they are familiar with mental health problems. They talked about their experience of mental health, and believed there have been many factors that have influenced their views and the opportunity to come forward to seek help and treatment. Several of the participants view mental illness as taboo and great weakness within the individual living suffering from it. All interviewees had visited health care and some of them had been through psychiatry. They believed that it was difficult to receive appropriate help in order to cope with the mental struggles. Nevertheless, they expressed their disappointment in the quality of the overall health services they had received. However, some of the applicants continue to be in denial of their mental issues due to their culture describing it as a taboo. Consequently, such issue further solidifies the challenges the Norwegian health care faces in order to provide tailored assistance and help.

Surprisingly, the asylum seekers indicated a unified attitude towards integration in the country and showed strong will to become a part of the Norwegian society. Such adjustments are ideal to help those who deny their mental condition to acknowledge it, thus accept necessary help. Asylum seekers believed that as long as they are without asylum and an uncertain future as the past would be a threat and will not lead to improving their mental issues.

Forord

Denne studien har vært en lang prosjekt for meg og gjennom prosessen har jeg beriket meg kunnskap om innvandrere/asylsøker med forskjellige kulturer, religion og etnisitet. Jeg håper at det bidrar til økt oppmerksomhet rundt menneskets grunnleggende behov og deres psykiske helse, men spesielt asylsøkere som jeg mener er mer utsatt i samfunnet vårt. For dette arbeidet ønsker jeg å takke flere. Stor takk til min frue og mine 2 nydelige barn som har vært tålmodig med meg og støttet meg gjennom helle studiet. Jeg vil takke min veileder Sevald Høye, Førsteamanuensis ved høghskolen Hedmark, for konstruktive samtaler og god veiledning gjennom store deler av arbeidet. En stor takk til arbeidsgruppen der medstudenter og lærere har vært til stor hjelp i idefasen av studien, og bidratt til lærerike diskusjoner. Stor takk til mine venner som har vært med og motivert meg gjennom studien. Det empiriske data er det viktigste materiale og kjernen ved denne studien, og derfor vil jeg takk hver og en av informantene som har latt seg intervjuet og delt sine opplevelser. Deltakerne fra studiet ytret positiv tilbakemelding for å være med i studiet og var veldig opptatt av at deres ståsted i samfunnet ble diskutert gjennom dette studiet. Ikke minst deres psykiske helse. Jeg retter stor takk til personale fra asylmottaket for godt salmearbeid og tilrettelegging i forhold til møte med informantene og intervjuene. Jeg håper at dette studiet har bidratt til økt bevissthet og kunnskap til å sette mer fokus på asylsøkernes psykisk helse, slik at deres psykiske helse blir bedre ivaretatt.

Jeg mener at alle kan bidra i samfunnet til å hindre at mennesker blir behandlet likt, uansett ståsted eller identitet.

Strømmen, august 2013

Chia Almassy Kermashani

1.0 Innledning

Asylsøkere er mennesker som forlater sitt land, familie, kultur og disse faktorene kan være det mest betydningsfull i livet. Det er blitt omtalt ofte i de siste årene både nasjonalt og internasjonalt om hvorvidt asylsøkeres rettigheter om helse, spesielt psykisk helse blir ivaretatt. Hvert år kommer store gjennomstrømning av innvandrere til Norge, og det er nok i seg selv grunn til at en ser det som nødvendig å skaffe kunnskap om innvandreres psykiske helse, med tanke på hvordan innvandrere/asylsøkere blir møtt av helsepersonellet. Tabellen nedenfor viser en oversikt på hvor mange asylsøkere som kom til Norge de siste 10 årene.

År	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Antall	9785	9053	10064	17226	14431	6528	5320	5402	7950	15613

www.udi.no

Det er mange grunner til å forske på overnevnt tema. Tidligere forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traume, og Institutt for samfunnsforskning har vist at det er behov for å skaffe mer kunnskap om overnevnte folkegruppe (Gulbrandsen, Garratt, Linnestad, Lie, Sveaass, Meyer, Schanche, 2004 og Brekke, Sveaass, Vevstad, 2010)

Formålet med denne forskningen er først og fremst å skaffe nyere data om denne folkegruppen som per i dag bor i et fremmed land. Spørsmålet om de sliter med psykiske lidelser før ankomst til landet, eller om det har oppstått etter at de har oppholdt seg i landet over en periode. Hva er årsaksfaktorer til eventuelt psykiske lidelser, og om de får den hjelpen de trenger. I studien har jeg valgt kurdiske asylsøkere som er bosatt på Østlandet. Studiet vil være en kvalitativ tilnærming og gjennom det vil jeg forsøke å forske på deres opplevelse, erfaring og beskrivelse av deres psykiske helse.

1.1 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studiet er å belyse asylsøkeres (kurdere) psykisk helse. De asylsøkere som er utvalgt er personer som har fått enten avslag, endelig avslag eller venter på behandling av deres søknad om oppholdstillatelse. Det er mange påkjenninger for asylsøkere å leve i frykt og usikkerhet, ettersom mange kan ha opplevd allerede frastøting fra det samfunnet de har kommet fra. Det er mange forskningsspørsmål som jeg kunne ta for meg å forske på, men jeg har valgt å forske på opplevelsen av psykisk helse blant asylsøkere som har allerede bodd i landet i noen tid. Litteratur og forskning har gjennom de siste 10-15 årene vist at helsevesenet

har store utfordringer med å møte innvandrere eller asylsøkere på en god og forsvarlig måte, og til å gi den hjelpen de behøver (Brunvatne,2006). I Sykepleien (2006, nr 9) henvises i en artikkel at forskning fra Skandinavia som viser at helsepersonell helst vil slippe utenlandske pasienter. Mange mener at helsepersonell unngår utenlandske pasienter på grunn av den store kulturforskjellen og lite kunnskap fra helsepersonellet sin side om ulike kulturer, religioner (Fonn, 2006)

”Å ha forkunnskap om pasientens kulturelle egenart er nyttig. Når man stiller spørsmål som viser at man har en viss forståelse for pasientens kultur, vil det øke pasientens tillit og familien til hjelperen” (Hummelvoll, 2004, s. 523). Disse menneskene kommer fra en helt annen kultur, og for helsepersonell som møter de, blir det lettere å danne relasjoner om man har noe forkunnskap om deres kulturelle art, eksempel deres kultur eller religion.

Med utgangspunkt fra egen erfaring, litteratur og diskusjon med veilere og medstudenter har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål;

Hvordan opplever og beskriver kurdiske asylsøkere sin psykiske helse?

2.0 Bakgrunn

2.1 Egen forforståelse

Det at innvandringen i Norge har endret seg fra arbeidsinnvandring til flyktning-innvandring/asylinnvandring, etter at Norge innførte innvandringsstopp i 1975, har ført til at den største andelen av de som kommer til Norge er flyktninger eller asylsøkere. Disse menneskene som kommer har ofte en traumatisk opplevelse bak seg. Derfor er det viktig at helsepersonell forbereder seg på å møte de problemene som disse menneskene med flyktning- og innvandrerbakgrunn har med seg når de kommer til Norge (Cullberg, 2003)

Jeg er sykepleier med grunnutdanning, videreutdanning i psykiske helsearbeid fra Norge, og har de siste 6 årene jobbet på forskjellige enheter både i spesialhelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Gjennom egen erfaring har jeg selv opplevd mye av hvordan det er å være asylsøker/flyktning som barn, ungdom, senere voksen, og konsekvensen av å bo i eksil i et fremmed land. Jeg mener at dette prosjektet er veldig interessant og nødvendig å forske på. Min erfaring innenfor dette feltet og ikke minst min profesjon og kunnskap om temaet, kan bli en god ressurs til bruk i arbeid for innhenting av god og riktig informasjon fra informantene.

Sosial- og helsedirektoratet ba i 2004 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten å utrede et prøveprosjekt for systematisk identifisering av asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp, (Blom, 2004) noe som jeg kommer inn på senere i kapitel tidligere forskning.

Disse asylsøkerne kan enten bli en del av det samfunnet vi lever i, eller returneres tilbake til det samfunnet de har kommet fra. Helsepersonell bør skaffe nødvendig kunnskap til å møte asylsøkerne på god helsepremisser som ikke skader de mer enn de er.

I Sosial- og helsedirektoratets veileder for helsetjenester til asylsøkere og flyktninger (IS-1022) fra 2010 står det at helsetjenesten skal søke å verne om innvandrernes helse med respekt for hver enkeltes egenart, kulturelle og religiøse bakgrunn, og søke å styrke den enkeltes mulighet for egenomsorg (Hlsedirektoratet.no).

Det er forskjell når det gjelder organiseringen av helsetilbudet til hver enkelte asylsøker, og asylsøkernes minimale rettigheter av medisinsk hjelp i ulike opphold situasjoner. Med dette mener jeg der de oppholder seg under behandling av deres søknad og eventuelt innvilgelse av asyl, med avslag eller endelig avslag på deres asyl søknad. Ifølge Brunvatne, 2006 er det avgjort at det største helseproblemet blant asylsøkere er av psykisk art. En stor andel asylsøkere har posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og angst. For å kunne oppnå

bedret psykisk helse trenger asylsøkerne forhold som fremmer *mestring*. Det innebærer at tilværelsen er trygg og forståelig, at den er håndterbar, slik at individet selv kan påvirke den. I tillegg må det som skjer, virke meningsfullt (Brunvatne, 2006). Litteraturen viser at disse menneskene kan være i en større fare for å slite psykisk enn de som ikke har innvandringsbakgrunn. Grunner til dette er deres traumatiske opplevelse under flukten, og ikke minst eksiltilværelsen der de oppholder seg. Eksiltilværelsen kan spesielt for traumatiserte gi, eller forverre, en psykisk lidelse. Det er energikrevende å forstå og tilpasse seg en ny kultur med dens gjeldende normer, verdier og språk som er forskjellige fra ens egen. Dette kommer i tillegg til de psykiske problemene. Eks: Personen har kanskje både bekymringer og savn av hjemlandet, familie og venner, og det kan i seg selv forårsake psykiske problemer eller forverre det de allerede sliter med (Varvin, 2003).

2.2 Definisjoner

Asylsøker

Det er en person som uanmeldt og på egen hånd kommer til landet han/hun ønsker å søke asyl. Vedkommende ber myndighetene om vern og status som flyktning. Personen blir kalt asylsøker inntil søknaden er avgjort for å endre vedkommende status til noe annet, eventuelt flyktning. (Varvin, 2003).

Asyl

Et hvert fristed eller land for personer som med rette frykter forfølgelse på grunn av rase, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilknytning til en særlig sosial gruppe. Asyl innebærer blant annet at vedkommende vernes mot å bli sendt tilbake til det området som han/hun har flyktet fra, grunnet at vedkommende frykter forfølgelse. Så lenge man ikke har asyl så har man ikke samme rettigheter på lik linje med en som har asyl. Med det samme man får asyl får man visse rettigheter som man ikke har hatt før asylet, og ikke mist deres status vil også bli endret til flyktning. (Varvin, 2003).

Flyktning

”En flyktning er som oftest en person som er blitt forfulgt i hjemlandet på grunn av sin rase, religion, nasjonalitet, gruppetilhørighet eller politiske oppfatning. En person som har fått status som flyktning av FNs høykommissær for flyktninger og som overføres til Norge i henhold til gjeldende avtale mellom Norge og FN, kalles en overføringsflyktning eller kvoteflyktning” (Hanssen, 2005, s 125). I juridisk sammenheng dekker flyktning overføringsflyktninger og asylsøkere som har fått asyl. I flyktningarbeidet blir begrepet brukt til asylsøkere som har fått asyl, overføringsflyktninger og de som har fått opphold på humanitært grunnlag. (Varvin, 2003, Brunvatne, 2006).

3.0 Tidligere forskning

Det ble i 2010 utarbeidet en rapport av Institutt for samfunnsforskning (Brekke, Sveaass, Vevstad, 2010) om hvordan Norge og noen andre land identifiserer sårbare innvandrere, og hvilken hjelp de får ved behov. Som for eksempel de asylsøkere som har vært utsatt for tortur eller andre traumatiske hendelser før de søkte om beskyttelse. Det kommer fram i rapporten at det er helt nødvendig å forske på feltet, og refereres til at per i dag gjøres det lite for å identifisere sårbare asylsøkere. Rapporten er grundig og legger vekt på at det bør forskes for å identifisere sårbare asylsøkere og det krever tid, økonomi og ressurs å få det til. Etter å ha lest rapporten så blir jeg mer motivert til å forske på temaet som jeg har valgt.

Sosial og helsedirektoratet ba i 2004 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten å utrede et prøveprosjekt for systematisk identifisering av asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp (Gulbrandsen, Garratt, Linnestad, Lie, Sveaass, Meyer, Schanche, 2004). Dette prosjektet inneholdt data fra en del forskning som er gjort om psykisk helse blant asylsøkere. Forfatterne bak prosjektet ser behov for kartlegging på bakgrunn av teoribøkene og forskning om temaet. De mener at for å kartlegge en slik problematikk er man helt avhengig av helsepersonell i hvert asylmottak, det vil si helsesøster eller sykepleiere. De regnet også ut den økonomiske kostnaden som var en av hovedfaktorene/hindrene for mindre arbeid innen feltet psykisk helse blant asylsøkere

En annen forskningsstudie som er utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Psykisk helse i mottak, utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøker (Jakobsen, Sveaass, Johansen, Skogøy, 2007). Studien baserer seg på utprøving av en rekke kartleggingsinstrumenter som er utviklet og brukt tidligere i undersøkelser om psykisk helse. Undersøkelsen dokumenterte signifikante forskjeller i symptombelastning mellom forskjellige asylsøkergrupper. Forskningen viser at noen av disse forskjellene kan ha sammenheng med variasjoner i svake lese- og skriveferdigheter. Deltakerne i undersøkelsen rapporterte omfattende overgrepserfaringer. Forfatterne bak denne forskningen ser nødvendigheten for mer forskning i dette feltet, og gjerne kvalitativ ettersom mange av deltakerne har lese og skrive problemer

Statistisk sentralbyrå har utført mange undersøkelser i forhold til befolkningens holdning til innvandring og innvandringspolitikken. Jeg mener at funnene i undersøkelsene kan

sammenlignes med psykisk helse blant innvandrere som bor i landet. Undersøkelsen viser til at personer som har sosial kontakt med innvandrere har mer innvandrervennlige holdninger enn personer som mangler slik kontakt. Jo flere arenaer for kontakt og jo flere innvandrere som omfattes av den, desto mer velvillig er holdningene. Hva som er årsak og virkning her er imidlertid ikke kjent. Andelen som mener at flyktninger og asylsøkere bør ha uendret eller lettere adgang til å få opphold i Norge økte med 8 prosentpoeng fra 2003 til 2004. 6 prosent mener det bør bli lettere å få opphold, mens 44 prosent mener at adgangen til opphold bør være som i dag. Dette framgår av Statistisk sentralbyrås undersøkelse av holdninger til innvandrere og innvandring for 2004 (Blom, 2004).

I 2003 var andelen som mente at adgangen til opphold burde være "som i dag" 37 prosent. At færre nå mener det bør bli vanskeligere å få opphold i landet (47 prosent mot 56 prosent i 2003), må ses i lys av de faktiske innstrammingsiltakene som er innført det seneste året og nedgangen i antall asylsøkere. Mens tallet på asylsøkere i 2003 var på 15 600 personer (nærmere 2 000 lavere enn i toppåret 2002), ventet tallet for 2004 å bli i underkant av 9 000. UDI, (2004) viser at tallet på asylsøkere i 2004 ble 7950. Undersøkelsen viser også at holdningen til etablerte innvandrere forble uendret fra i fjor. To tredjedeler av befolkningen er helt eller nokså enig i at innvandrere flest gjør en nyttig innsats i norsk arbeidsliv. En like stor andel mener at innvandrere flest beriker det kulturelle livet i Norge. Fire av ti mener på den annen side at innvandrere flest misbruker de sosiale velferdsordningene, og at innvandrere er en kilde til utrygghet i samfunnet. Ni av ti mener likevel at innvandrere bør ha samme mulighet på arbeidsmarkedet som nordmenn (Blom, 2004).

Denne studien er blitt gjort på bakgrunn av mange studier i vestlige land, og gjennomført i UK (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Forekomsten av alvorlig psykisk lidelse i 7000 flyktninger bosatt i vestlige land: En systematisk gjennomgang. Forfatterne søkte på psykiatriske undersøkelser som var basert på intervjuer av uselekterte flyktninger, og som inkluderte dagens diagnoser av post-traumatisk stress lidelse, alvorlig depresjon, psykotiske sykdommer, eller generalisert angstlidelse. De gjorde datamaskin-assisterte søk, skannede referanselister, søkte tidsskrifter, og korresponderte med forfattere til å bestemme utbredelsen av disse mentale lidelser, og å utforske potensielle kilder til heterogenitet. For eksempel diagnostiske kriterier, prøvetaking metoder, og andre kjennetegn. Funnet: 20 kvalifiserte undersøkelser hadde gitt resultater for 6743 voksne flyktninger fra syv land med betydelig

forskjell i vurdering og prøvetaking metoder. I de større studiene ble 9% (8-10%) diagnostisert med posttraumatisk stresslidelse og 5% (4-6%) med alvorlig depresjon, med bevis for mye psykiatrisk komorbiditet (samtidige sykdommer). Fem undersøkelser av 260 flyktningbarn fra tre land ga en prevalens på 11 % (7-17 %) for post-traumatisk stress lidelse. Større og mer grundige undersøkelser rapportert lavere prevalens som gjorde studier med mindre optimale design, men heterogenitet vedvarte selv i funn fra større studier. Forfatterens tolkning av studiet mente at flyktninger bosatt i vestlige land kan være omtrent ti ganger mer sannsynlig å ha posttraumatisk stress lidelse enn alder-matchet generelle befolkningen i disse landene. Worldwide, titusenvis av flyktninger og tidligere flyktninger bosatt i vestlige land har sannsynligvis post-traumatisk stress lidelse.

4.0 Teoretisk referanseramme

Teoretiske referanserammen i denne studien inneholder teori om sykdom og psykiske helse med et humanistisk grunnsyn. Videre kommer det teori om PTSD, flukt, eksil, kultur og Salutogenese som i forskningen kommer fram som en grunddel. Forskningsspørsmålet er ute etter asylsøkeres opplevelse og beskrivelse av psykiske helse. Gjennom teorien skal jeg komme med kunnskap som allerede finnes om asylsøkernes opplevelse av psykiske helse, og det blir interessant å forske videre gjennom forskningsfunnet om teorien stemmer eller kan forklare noe av det som kommer fram i funnet.

4.1 Sykdom og psykisk helse

Det finnes flere slags gåter, i følge (Gadamer, 2003). Ikke minst er selve helsen gåtefull. Han spør videre om hva er psykiske helse? Det vet vi egentlig ikke sier han. Når psykiske helse er der, skjuler den seg og vi merker den ikke. I motsetning kjenner vi altfor godt den psykiske uhelsen. Fordi når den kommer, det er da vi blir så opptatt av helsen, noe som vi har mistet eller savnet. Psyken, den psykiske helsen og psykiatriske virksomheten trekker seg unna ansvaret å etablere kategorier, og lar seg ikke så lett å fange. Derfor blir psykiske helse gåtefullt.

Fortsatt preges den vestlige tankemåte at kropp og sjel som atskilte enheter. Oppfatningen kan gjerne betegnes som den kartesianske dualisme, som kan spores helt tilbake til Sokrates, Platon og den tidlige kristendommen. Den franske filosofen Descartes som levde på 1600-tallet gjorde et strengt skille mellom sjelen, som den udødelige enhet, og kroppen som forgjengelige enhet. Descartes hadde et mekanisk syn på menneskekroppen; kroppen som en maskin. Denne ideen har også vært vår fremste medisinske vitenskaps syn på kroppen helt til vår egen tid. Dualismen har vært ansett som en naturlig og universell måte å se menneske på, selv om den humanistiske tradisjonen aldri har godtatt dette. Dualismen påvirket naturvitenskapelig medisin slik at det ble bare kroppen som ble behandlet, og sjelen ble religionens og filosofiens område. Og i nyere tid ser vi at psykiatrien og psykologien kom til å konsentrere seg om sjelen, og etter hvert kroppen. (Eriksen og Sørheim, 2003).

I overnevnte problemstilling er begrepet psykisk helse sentralt og det har blitt definert forskjellig i mange av bøkene. Jeg ønsker derfor å ha en definisjon av det, og senere

konsentrere meg om informantenes syn, tanke og beskrivelser på hva psykisk helse er for dem.

Psykiske helse kan ses på som en prosess der interpersonlige faktorer utvikler seg ved tilpasning til omgivelsene. Psykisk helse som begrep er flertydig og har forbindelser til livskvalitet, lidelse og håp. Kontinuumet helse – uhelse ligger til grunn for det holistiske perspektiv der en tenker at mennesket kan bevege seg mellom disse punktene. Et helhetsperspektiv på disse begreper vil være å se mennesket som dynamisk, mestrende og tilpassningsdyktig. I det medisinske perspektiv kan det være naturlig å forstå sykdom som det motsatte av helse (Hummelvoll, 2006). Det helhetlige perspektivet søker en forståelse for at mennesket er en helhet der det fysiske, psykososiale og åndelige innvirker ved psykisk sykdom. Det er et skille mellom psykisk sykdom og lidelse. Når et menneske er i tvil til helsen sin eller ikke føler seg bra, besøker man lege eller helsepersonell, og i dette møtet og alle andre sammenhenger der vedkommende blir nevnt blir han/hun kalt pasient. Ordet pasient sier i seg selv noe om sykdomsforståelsen ved at opprinnelsen fra det latinske ordet ”pati” betyr å lide, tåle eller utholde (Snoek & Engedal, 2009). Sykdom og engelske *disease* står for den naturvitenskapelige og objektive perspektiv. Lidelse og engelske *illness* representerer det subjektive, opplevelses- og erfaringsbaserte perspektiv (Hummelvoll, 2006).

Før 1950-tallet dominerte den medisinske sykdomsmodellen innenfor en helsetjeneste som ofte ble oppfattet som lukket virksomhet. Etter 1950 ble de rådende forståelsesmåtene gjenstand for debatt og en fikk kritiske innspill både fra psykiatrien selv og utenfra, blant annet samfunnsvitere. Felles for de samfunnsvitenskapelige forståelsesmåtene omkring psykiske lidelser er at en ønsker å se fenomenene omkring psykisk lidelse i en sosial og kulturell sammenheng (Norvoll, 2002). Snoek og Engedal (2009) hevder at tross bred kunnskapsutvikling har vi ikke noen fullgod forklaring på hva psykisk lidelse egentlig er sammenlignet med de somatiske sykdommene. De mange synsvinklene kan medføre uklare grenser mellom det å være syk eller frisk.

Man ser at skjevfordelingen av psykisk helse gjenspeiles i internasjonal forskning. En systematisk litteraturstudie av europeisk undersøkelser viste sosialt skjevfordeling som vanligste syn på psykiske lidelser. I studien viste det seg at grupper med lav status var mer

utsatt enn grupper med høy sosial status (Fryers, Melzer og Jenkins 2003). For eksempel anslo Fryers og hans medarbeidere at angst og depresjon var 1,5 til 2 ganger høyere blant grupper med lav sosial status sammenlignet med grupper med høyere sosial status (Norvoll, 2013).

4.2 Posttraumatisk stresslidelse, PTSD

Ifølge ICD-10 kan Posttraumatisk stresslidelse komme som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, og som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste.

PTSD, eller posttraumatisk stress lidelse har typiske trekk som omfatter episoder der traumet blir gjenopplevd gang på gang i form av påtrengende minner som også kalles for flashbacks. Det forekommer også ofte som mareritt. Disse opplevelsene oppfattes som livstruende eller svært traumatiske. Hendelser som kan føre til utvikling av PTSD er krig, store ødeleggelser, terroristangrep, voldtekt, tortur, alvorlige ulykker, folk som må oppholde seg i flyktningleir, naturkatastrofer og flyktninger som har opplevd traumatiske hendelser (Cullberg 2003). PTSD kjennetegnes av tre hovedtrekk; gjenopplevelse av traumet, nedsatt engasjement i omverdenen og autonom irritabilitet (Cullberg 2003).

4.2.1 Symptomer på PTSD

Den traumatiske opplevelsen gjenoppleves i flashbacks, det vil si i våken tilstand gjennom påtrengende minner, og gjennom stadig tilbakevendende mareritt. Gjenopplevelsene fører med seg sterk angst, store problemer med å få sove og kroppslige plager. Personer med PTSD kan ha hukommelsestap rundt deler av den traumatiske opplevelsen, det vil si at deler av opplevelsen er borte fra minnet eller er svært uklart og forvirrende (Cullberg 2003).

Personen bruker mye energi på å unngå tanker, følelser og aktiviteter som han/ hun knytter til den vonde hendelsen. Han/ hun føler seg hele tiden anspent, skvetten og overfølsom. De kan være irritable, ukonsentrerte og få plutselige sinneutbrudd. Dette kan gi seg utslag i fysiske endringer som økt blodtrykk, rask puls og ansente muskler. Det er vanlig at personer med

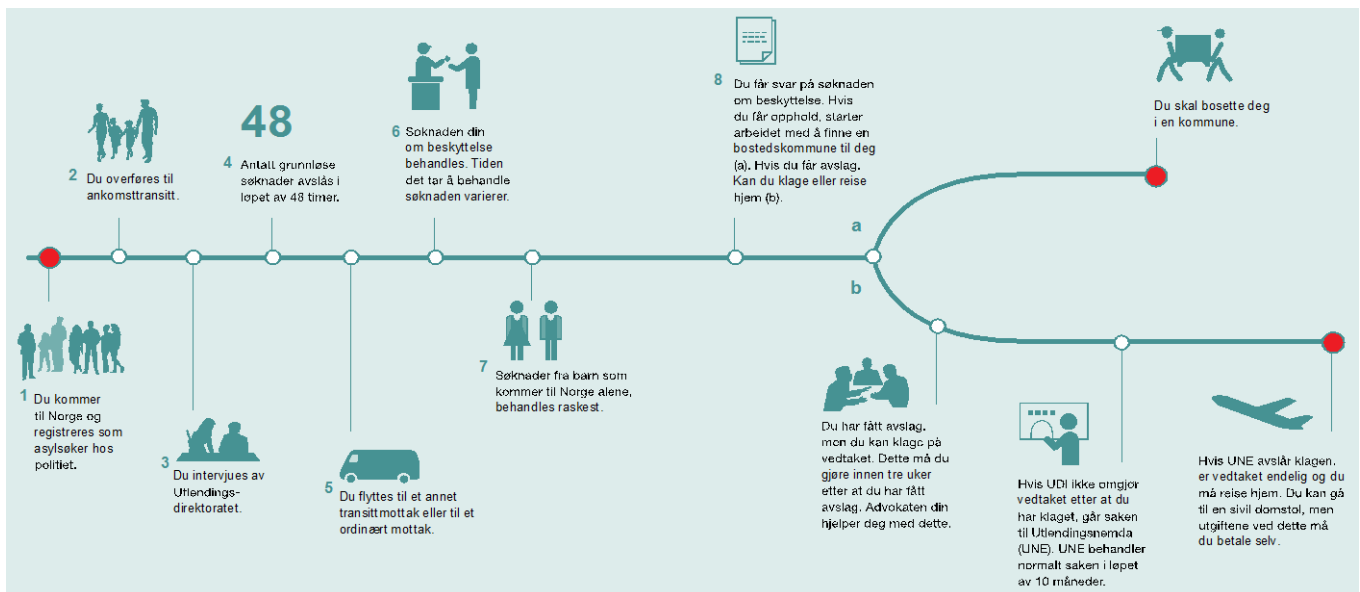
PTSD viser minsket interesse for aktiviteter de tidligere likte, og minsket evne til å føle og vise kjærlighet og nærhet til andre mennesker. De kan også miste interessen for seg selv og sin egen helse og virke likegyldige. Noen viser tegn på PTSD rett etter hendelsen, men hos noen kan det gå opptil 6 måneder før symptomene viser seg i form av søvnproblemer, angst eller depresjon. Lidelsen kan da lett bli oversett dersom personen ikke forteller om de plagsomme gjenopplevelsene og marerittene. Personene sliter ofte med skyldfølelse for ting de burde ha gjort i situasjonen, eller ting de ikke burde ha gjort. De kan ha overdrevet oppfattelse av egen skyld i situasjonen og trenger hjelp til å se mer realistisk på situasjonen (Engelstad og Engedal, 2006). Det er ikke uvanlig når man har vært utsatt for så store belastninger som nevnt ovenfor, at det fremkommer selvmordstanker (Cullberg 2003).

4.3 Flukt og asyl

Hvert år flykter mange tusen fra eget hjemland etter et ønske, og det er å finne et bedre liv. Flukten er en opprivende prosess, som ikke bestemmes av personen som flykter, og det kommer til å berøre alle livets sider. Gjennom flukten vil nære bånd bli revet over, for eksempel familiemedlemmer som man har daglig kontakt med eller personer man har et intimt forhold til. Flukt prosessen er på mange måter belastende, og for å komme gjennom det er man ofte nødt til å skjule sine helseproblemer og passe seg for at andre ikke ser ens lidelser, det vil si at smertene må lukkes inne, (innkapsles), noe som også gjelder barn som er under flukt. Flukt innebærer også brudd med tradisjonelle kulturer, religion og andre verdier som man ønsker å ha med seg dit man flykter. Når man kommer til et nytt sted møter man sannheten om at man ikke nødvendigvis kan praktisere sine tradisjonelle normer, ettersom det samfunnet man kommer til kan kreve forandring som kan også gå mot ens prinsipper og synet på livet (Varvin, 2003).

Hver asylsøker som kommer til landet blir intervjuet av UDI. Dette intervjuet vil først og fremst handle om asylsøkerens bakgrunn og grunnlag for eventuelt innvilgelse av oppholdstillatelse i landet. Det gis ofte oppholdstillatelse av humanitære grunner, det vil si at asylsøkeren har en alvorlig sykdom, men psykiske lidelse regnes sjelden som sykdom under det grunnlaget (Brunvatne, 2006) De fleste av asylsøkere som kommer til Norge har enten ektefelle og barn med seg eller har de nærmeste i hjemlandet. Mens de venter på oppholdstillatelse prøver de å lære norsk og eventuelt skaffe arbeid og inntekt. Det verste er

angsten for negativ svar på asylsøknaden, og ved endelig avslag er det redselen for å bli hentet av politiet for uttransportering. Manglende mulighet til å ta kontroll over eget liv, og manglende mulighet til å planlegge for framtiden, er nedbrytende for den psykiske helse. Det som er en ytterlig belastning på psykisk helse er at staten fjernet norskopplæringen som var på dagtid. Alle som arbeider med asylsøkere ser at det er stort tap da norskundervisningen ble fjernet i 2003. Det har ført til større passivitet og dårligere psykisk helse, ettersom asylsøkere føler at det er meningsløst å stå opp om morgenen. (Brunvatne, 2006).



Bildet ovenfor er hentet fra utlendingsdirektoratet, og viser saksgangen i søknader om beskyttelse (asyl).

Det er den prosessen som enhver av informantene ser det som veldig stressende, utfordrende og belastende i forhold til deres psykiske helse. Det oppleves av de fleste at det brukes så lang tid å få svar på søknaden deres, og ventetiden oppleves som vanskelig. Under asylprosessen forteller en av informantene at man er som en spiker på veggen inntil man får tilbakemelding på asylsøknaden. Gjennom asylintervjuet brukes tolk som skal tolke asylsøkerens sak, begrunnelse til å søke asyl. Asylsøkerne pleier å fortelle om alt inkludert helsen både fysisk og psykisk for å ha best mulig grunnlag til asyl. Tolken og asylsøkeren kommer fra samme land, og for asylsøkeren vil det være veldig vanskelig å stole på tolken om eventuelt hans/hennes tale kommer fram, ettersom det er mange faktorer som kan påvirke intervjuet og tolken. Tolken og asylsøkeren kan ha to ulike ståsteder, politisk bakgrunn i hjemlandet, og det vil i seg selv påvirke tolkens evne til å tolke helt og nøyaktig det asylsøkeren forteller under intervjuet (Alberdi, F., 2002).

I følge utlendingsforskriftens § 17-2 ”*Intervjuet skal tilrettelegges på en måte som sikrer at saken blir mest mulig opplyst*”. Under asylintervjuet skal saksbehandler legge til rette for at asylsøker fritt får fortelle hvorfor han eller hun søker asyl, og hva han eller hun frykter dersom en må returnere til sitt hjemland (UDI, Årsrapport 2008). Dette sikrer at saksbehandleren forsikrer seg om kvaliteten under intervjuet, men når det gjelder tolkens evne i overnevnte situasjon er det vanskelig for asylsøkerne å føle trygghet om det.

I de senere årene har flere mottak blitt desentralisert eller delvis desentraliserte. Det innebærer at asylsøkere bor i leiligheter i enten byer eller tettsteder. Deres administrative og økonomiske tilhørighet er fortsatt mottakers kontor. For svært mange er dette en boform som er bedre for trivsel og helse (Brunvatne, 2006).

4.4 Eksil

Ordet eksil kommer fra latin og betyr jaget fra sin jord. Å leve i eksil er å leve i landflyktighet, å være landsforvist (Brunvatne, 2006).

4.4.1 Eksil og helse

Å leve i eksil vil si å måtte leve i en annen kulturell kontekst, slik at eventuelle traumatiske opplevelser fra hjemlandet suppleres med savn, sorg og fravær av relevant kulturelle og språklig kompetanse (Brunvatne, 2006).

Mange innvandrere som flykter fra sitt land blir nødt til å forlate sin kultur og den tradisjonen de har levd med. De mister det meste av sitt sosiale felleskap, og må være med å bidra i det nye samfunnet de kommer til. Når de ikke får bli en del av samfunnet, blir tendensen for gettoisering høyere og videre sosial isolasjon som igjen har vist i forskning at det påvirker deres helse. Ceviks studie av det tyrkiske immigrasjons samfunnet i Belgia er et eksempel der isolasjon etterhvert fikk konsekvenser for sykeligheten blant immigrantene. (Varvin, 2003). Psykiske lidelser blant asylsøkere er et faktum, og hvordan eksiltilværelsen i det landet de oppholder seg vil være helt avgjørende for hvordan deres helse utvikler seg. Største

helseproblemet blant asylsøkere er av psykisk art. En stor andel av asylsøkere har PTSD, depresjon og angst. PTSD innebærer plagsomme gjenopplevelser av traumet, ofte som flashback og mareritt. Økt irritabilitet og stor søvnmangel er vanlig. Depresjonen kan bli betydelig slik at faren for selvmord ofte forekommer. De fleste av asylsøkere har opplevd traumer før de kommer til Norge.

For å kunne oppnå bedret psykisk helse trenger asylsøkerne forhold som fremmer mestring. Dette er forhold som gir en opplevelse av sammenheng (Antonovsky 1987). Dette innebærer at tilværelsen er trygg og forståelig, og at den er håndterbar, slik at individet selv kan påvirke den. I tillegg må det som skjer, virke meningsfullt. Uheldigvis er forholdene for asylsøkere helt motsatt, og sammenfall av uheldige faktorer belaster den psykiske helse hos hver og en av dem. Eksempler på faktorer som kan påvirke deres psykiske helse er traumer i hjemlandet før, under eller etter flukten. Usikkerhet om framtiden vil gi utrygghet, passivt venting på asylmottak eller der de oppholder seg, og videre fravær fra sosialt nettverk. (Brunvatne, 2006).

4.4.2 Eksil som en straff

I den gamle Roma hadde en romersk borger som skulle dømmes til døden, isteden anledningen til å forlate romerske område for livstid. Det var en alternativ til dødsdom og henrettelse. Når vedkommende hadde flyktet, ble han erklært fredløs på romersk jord. Også hvis vi ser tilbake til middelalderens nordmenn så hadde de skikken med å erklære en person fredløs som et alternativ til dødsstraff. Individer som ikke klarte å komme seg til et fremmed land, måtte leve i utmark og fjell, isolert fra samfunnet. Det å forvises til eksil var betraktet som en alvorlig straff. I dag ser vi at det er politiske og religiøse forfølgelse som fører til at millioner av mennesker må leve i eksil (Brunvatne, 2006)

Et liv i eksil er en stor utfordring til hver enkelte innvandrere, og kan få negative helsemessige konsekvenser. Når man lever i eksil er det snakk om tap, savn og sorg, men det innebærer også nye muligheter. Den psykiske helse til mennesker som lever i eksil, bestemmes av flere forhold. Traumatiseringen før man har kommet til eksillandet, forhold i eksillandet, men også av vedkommende personlige mestringsevne. Migrasjon og liv i eksil utgjør en kompleks av

psykososial prosess som kan ha varig virkning på identitet og selvoppfattelse. Felles trekk for alle innvandrere er at de forlater sitt hjemland ved et oppbrudd og med tap av nære personer, nettverk og kultur. De kommer til et nytt land hvor de utgjør en minoritet som må tilpasse seg en annen kultur. (Brunvatne, 2006).

I forhold til norsk lov har helsevesenet samme ansvar for helsetjenester til asylsøkere som til den øvrige befolkningen, både når det gjelder primærhelsetjenesten og spesialhelsetjenesten, herunder psykisk helsevern. Helsetjenesten skal søke å verne om innvandrernes helse med respekt for hver enkeltes egenart, kulturelle og religiøse bakgrunn, og søke å styrke den enkeltes mulighet for egenomsorg. Sosial- og helsedirektoratets veileder (IS-1022) 2004. (helsedirektoratet.no). Kommuner med asylmottak bør kvalitetssikre helsetjenestetilbudet til asylsøkere. Spesielt når det gjelder psykisk helse og smittevernarbeid. Det vil organiseres best ved en tilrettelagt helsetjeneste. sosial- og helsedirektoratets veileder skal legges til grunn for arbeidet med flyktninger og asylsøkere (Brunvatne, 2006).

De innvandrerne som kommer hit har ofte en traumatisk opplevelse bak seg. Derfor er det viktig at helsepersonell forbereder seg på å møte de problemene som disse menneskene med flyktning- og innvandrerbakgrunn har med seg når de kommer til Norge (Cullberg, 2003). Litteraturen viser at disse menneskene kan være i en større fare for å slite psykisk enn de som ikke er asylsøkere. En grunn til dette er deres traumatiske opplevelse under flukten, og ikke minst eksiltilværelsen der de oppholder seg (Varvin 2003).

4.5 Kultur

Kulturelt betingede oppfatninger av sykdom blir beskrevet av Travelbee (2001) som at alle er formet av den kulturen man lever i, og våre reaksjoner på sykdom alltid vil være preget av kulturelt betingete oppfatninger. ”Kultur er den komplekse helheten som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn” (Eriksen og Sørheim, 2003, s 37).

”Denne definisjonen ble foreslått av den engelske antropologen Edward Tylor alt i 1871, er fremdeles nyttig, selv om det i over hundre år har vært ført lange og til dels spissfindige diskusjoner om hva kulturbegrepet bør bety. Et viktig poeng hos Tylor var at forskjellene mellom folkeslagene ikke var medfødte, men at de skyltes at mennesker som levde i forskjellige samfunn hadde skaffet seg forskjellige ferdigheter og kunnskaper fordi samfunn og naturmiljø krevde det”(Eriksen og Sørheim, 2003, s 37).

Ettersom det internasjonale samfunnet har blitt mer multikulturelt, og siden 1970-årene har det vært stadig økende interesse for kulturelle perspektiver (Smith 1998, Bowers 1998). Noen av de meste sentrale samfunnsvitenskapelige bidragene om kulturens betydning for helse og sykdom og behandling er gitt av sosialantropologien. Sykdom og helse er en grunnleggende del av alle folkeslags kulturelle repertoar, fordi alle samfunn gjør erfaringer med kropp, sykdom og død, og prøver å finne måter for å håndtere dette på. I mange kulturer blir mennesker med psykiske lidelser sammenlignet med gale, onde eller unaturlige problematikker. (Norvoll, 2013).

Helsearbeidere i Norge i dag vil i sitt arbeid møte mange mennesker fra ulike etniske grupper og kulturer, for eksempel: det å være minoritetsgrupper som stammer ifra vår egen kultur, asylsøkere, flyktninger, innvandrere og turister som søker behandling og pleie av helsetjenestene i Norge. Når man som pasient blir innlagt eller kommer i kontakt med helsevesenet, vil adferd og tenkning bli utfordret på en ny måte. Hvilke kulturelle aspekter som får betydning for disse menneskene i møte med helsevesenet, vil i stor grad være person og situasjonsavhengig. Det man også må ta med i betraktningen er at omsorgsbehovene vil være forskjellige, for eksempel om det er en ung skandinaver eller en middelaldrende mann/kvinne ifra Asia (Hanssen, 2005).

Storfamilier er mer vanlig i mange deler av verden, blant annet i Sørøst-Asia, Nord-Afrika og Midtøsten. Selv om sønnene har flyktet for eksempel til Norge, tilhører de fortsatt storfamilien. Dette innebærer at voksne har plikter og rettigheter. De bærer fortsatt på et økonomisk og sosialt ansvar. Selv om sønnene har rettigheter har de først og fremst plikter overfor familien; økonomisk ansvar for sine foreldre og ugifte yngre søsken, mange har også ansvar for å gifte bort sine søstre selv om de bor på et annet kontinent. Hvis de ikke oppfyller

de ovennevnte kravene kan mange oppleve å bli utstøtt fra fellesskapet som selvsagt er belastende (Eriksen og Sørheim, 2004)

Store grupper med innvandrere som kommer til landet er analfabeter grunnet mangel på tilgang til skolesystemet. I mange kulturer så har disse menneskene vant til å bruke muntlig kommunikasjon og brukt slektninger, venner og naboer for å få hjelp til å finne ut hvordan de kan søke helsehjelp og andre behov. Disse menneskene kommer til landet og da er det andre type problemer som de møter i en ny kontekst, da er det mange som kunne ønske seg venner, mor, bror eller noen nære personer som de kan regne med å få hjelp fra i landet. (Eriksen og Sørheim, 2003). Innvandrere er svært ulike grunner til immigrere, og i Norge blir de forskjellige migrantene møtt på forskjellige måter. Dette vil resultere i betydning av migrantenes tilpasning til sitt nye bosetningssamfunn og for deres psykisk helse. Slike utfordringer vil i sin tur gi nye oppgaver og behov for nye kunnskap for psykiske helseprofesjoner for den psykiske helsetjenesten (Norvoll, 2013).

4.6 Salutogenese

Aaron Antonovsky (1923-1994). Han blir omtalt av mange som Salutogenesens far. Han er kjent for sin forskning på forholdet mellom stress, helse og velvære. Sentralt i hans arbeid var betydningen av å fokusere mer på hva som skaper helse - salutogenese enn hva som forårsaker sykdom – *patogenese*. Salutogenese betyr det som produserer helse. Antonovsky var opptatt av Opplevelse av sammenheng (OAS) som består av tre komponenter: - Begripelighet - Håndterbarhet – Meningsfullhet.

Begripelighet (forståelig) som menes i hvilken grad en oppfatter det en utsettes for, som sammenhengende, som ordnet, strukturert og tydelig informasjon, i stedet for støy - kaotisk, uordnet, tilfeldig, støy og uforklarlig. Med håndterbarhet mente han hvilke ressurser som er tilgjengelige for å mestre utfordringen en står i, og hvordan disse brukes. Dette handler om egne ressurser og i hvor stor grad en får støtte eller praktisk tilrettelegging av andre. Meningsfullhet er en opptatt av oppgaver som personen verdsetter å engasjere seg i. Meningsfullhet bidrar til motivasjon for handling (Antonovsky, 2012).

Antonovsky (2000) hevder at sterk opplevelse av sammenheng i livet har positiv betydning for en persons helse. Helse kan defineres som opplevelse av sammenheng. Hvordan en opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening, til sammen utgjør

altså opplevelse av sammenheng og bidrar til grad av mestring, helse og velvære. Helse utvikles når disse tre komponentene får virke på hverandre i et gjensidig samspill.

Høy grad av håndterbarhet krever høy grad av begripelighet. Men den viktigste er meningsfaktoren som er følelses- og motivasjonsfaktoren. Den er drivkraften i livet. Den som har stor grad av opplevelse av sammenheng, har tillit til at det finnes struktur og orden, og tilstreber handlinger for å oppnå dette. Å ha sterk opplevelse av sammenheng er å være motivert for å takle stress, å ha tro på at en kan forstå, og at ressursene er tilgjengelig. Opplevelse av sammenheng representerer en måte å tenke, være, føle og handle på som gir retning og sammenheng i livet.

5.0 Metode

Metodevalg skal bestemmes av problemstillingen (Friis & Vaglum, 2002). Vilhelm Aubert definerer metode slik: ”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder” (Dalland, 2002 s.71). For å få tak i disse gruppenes syn på psykisk helse kan det vurderes flere metoder. Jeg kommer til å bruke en eksplorativ metode å forske på ettersom jeg ønsker å finne ut om asylsøkernes opplevelser, erfaringer og tanker om psykisk helse. Det er fordeler og ulemper med å ha en forforståelse når man forsker om et tema. Når man forsker, vil eget forforståelse ved datainnsamling og ved analysefasen kan ved en kvalitativ undersøkelse være ubevisst og utydelighet i skillet mellom informant og egne oppfatninger. Det er feilkilde som enhver ubevist kan feile. (Kvale, 2006). En felle kan være å vurdere kvalitet fremfor en mer nøytral prosess der en får frem informantenes opplevelse. Her vil jeg derfor skrive ned mine tanker og refleksjoner om tema og min egen posisjon i forhold til det som skal studeres.

5.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Kvale (2006) skriver at man ikke skal forsøke å identifisere bestemte problemer men prøve å løse de. Man skal heller være åpen for og utforske uventede tanker og resonnement, og bruke tiden på å forfølge disse. I litteraturen blir vitenskapelig perspektiv på det kvalitative forskningsintervju lagt frem som en fortolkning av menneskers erfaring. Derfor bygges undersøkelsen på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Innenfor hermeneutikken og fenomenologien tar man utgangspunkt i en form for livsverden perspektiv, som i følge Husserl betyr den verdenen som personer daglig erfarer, lever i, snakker om og tar for gitt (Thomassen, 2006). Et forskningsintervju har en karakter som er eksplorativ, og som blir kjennetegnet ved at utgangspunkter er åpne og at man har en begrenset forhåndsdefinert problemstilling (Friis & Vaglum, 2002, Foss & Ellefsen, 2005).

Den fenomenologiske tradisjonen blir beskrevet som refleksiv, deskriptiv, fordomsfri og nøytral i forhold til objektet. Det var Husserl som gav utgangspunkt til livsverden fenomenologien, ”*Han ville nå to mål; dels en sikker og utvetydelig kunnskap, dels kunnskap om opplevd erfaring*” (Olsson og Sørensen, 2003). For å forstå et fenomen slik det egentlig fremtrer for oss, må vi i følge Husserl sette til side alle våre oppfatninger og forutgående viten. Et fenomen kan undersøkes og forstås fra mange ulike perspektiver; det kan sanses, det

kan erfares, det kan observeres, vi kan fantasere om det. Siktemålet er å komme frem til det særegne ved fenomenet – det som ikke endrer seg uavhengig av hvordan vi nærmer oss fenomenet – fenomenets *vesen*. Fenomenologien er opptatt av å gjengi det autentiske, det umiddelbare, det sanselige – uten et teoretiserende språk som bringer avstand til forholdet med det som skjer og opplevelsen av det som skjer. Fenomenologi har en deskriptiv innretning, og ønsker å gjengi den enkeltes opplevelse av de fenomener som omgir dem på en så sannferdig måte som mulig – og uten innvirkning av vår egen forståelse og oppfatning av de samme fenomener (Kvale, 2006)

Hermeneutikk betyr å fortolke eller tolke noe, og stammer fra det greske ordet *hermeneuein* (Thomassen, 2006). Innenfor den hermeneutiske arbeidsmåten er begreper slik som fortolkning, forforståelse og mening sentrale. Det går ut på å forstå og fortolke på hvilken måte menneskers eksistens vises i det talte og skrevne språket (Olsson og Sørensen, 2003). Hensikten med dette er å fange opplevelser, fortolke, uttrykke og forstå sammenhenger, og muligheten til å forklare. Ved å fortolke, vil man forsøke å komme til en dypere forståelse ved å anvende spørsmål med ordene hva, hvordan, hvor og hvorfor. For at forståelsesprosessen i en hermeneutisk tolkning skal komme i gang, er forforståelsen et produktivt utgangspunkt. For å komme i gang med en studie, må man ha en viss forståelse av fenomenet eller temaet. Derfor vil det å reflektere, tydeliggjøre og kreativt bruke forforståelsen vår være utgangspunktet fra et hermeneutisk ståsted (Thomassen, 2006).

Forforståelsen går ut på at man ikke skal møte teksten uten forutsetning, ettersom enhver forståelse forutsetter en annen forutgående forståelse, altså en fordom. Man kan ikke forstå dersom man ikke har et ståsted og forstå ut fra. I følge Gadamer (2010) blir derfor fordommer et positivt og nødvendig begrep. Hummelvoll (2012) gir eksempelet på at forståelse for tidligere perioder og kulturer er umulig uten at vi tar utgangspunkt i egen periode. Det handler om å utvikle en ny helhetsforståelse konstant – og denne prosessen går fra helhetsforståelse gjennom delforståelse til en ny helhetsforståelse. I møte med forskjellige tema i beskrivelsene oppstår delforståelse og disse virker inn på egen forforståelse, slik at en ny helhetsforståelse oppstår.

Den hermeneutiske sirkel er normativ i den forstand at den er uavsluttet og åpen, og vil alltid danne nye forståelser. Derfor slutter meningsfortolkningen når man har nådd en indre enhet i teksten som er uten logiske motsigelser (Kvale 2006). Tolkningen av et intervju slutter når innholdet i de ulike temaene skaper meningsfulle mønstre som inngår i en sammenhengende enhet (Hummelvoll, 2012). En god hermeneutiker vil bruke fordommene sine aktivt for å mestre å gå inn i den hermeneutiske sirkel på en god måte. For å få til dette er det nødvendig at man setter fordommene sine på prøve, og inngangsposisjonen sin på spill. Man må også kunne sette seg inn i fordommene sine, og ha empati (Hummelvoll, 2012). Man kan beskrive den hermeneutiske sirkel som et møte mellom to horisonter, hvor min livsverden tolker teksten, og informantens livsverden er forfatter av teksten. For å få en fullstendig forståelse av det forutsetter man en horisont sammensmelting. Det dreier seg om at leseren regulerer horisonten sin ved å trenge dypere inn i tekstens opprinnelige forestillingsverden. I nåtidsprosessen blir fortid og nåtid forent ved at informanten og forskeren møter hverandres forståelse. I følge Hummelvoll (2012) er det denne tilnærmingen mellom leserens og tekstens horisont som er det endelige resultatet av den hermeneutiske spiral. Til tross for dette er en forståelse ikke fullkommen før den kan brukes på noe. Applikasjon dreier seg om å kunne anvende en historisk hendelse eller en tekst på sin egen samtid (Gadamar, 2010). Det behøver ikke nødvendigvis å være en bestemt handling, men at forståelsen kan omsettes til noe håndterlig. Ved å omsette forståelsen til en type praksis eller bruke et begrep på en treffende måte, kan man for eksempel bruke forståelsen til praktisk bruk.

Ovennevnte metode har jeg valgt fordi jeg har intervjuet informanter og ønsker å få fram deres tanker, livsverden og gjennom det fortolke hvordan oppleves psykisk helse for dem. Jeg har valgt en fenomenologisk-hermeneutisk metode ettersom jeg ser det som viktig at jeg setter mine fordommer til side gjennom deler av forsknings prosessen. Jeg kommer til å bruke min forforståelse i analyse delen. Metoden er kjent til å gå i dybden, tolke og forstå grunnleggende menneskelige særegenheter og fenomener hos informantene, noe som jeg ønsker her hos asylsøkerne. Som nevnt tidligere kommer jeg til å sette egen erfaring eller forforståelse i parentes gjennom forskning for å finne ut om hvordan mine informanter beskriver deres opplevelse av psykiske helse. Etter hvert som man legger erfaringer til tidligere erfaringer vil ens opplevelse av fenomenet utvide og utvikle seg mot stadig ny kunnskap om fenomenet (Kvale 2006)

5.2 Litteratursøk

Jeg begynte med å gå grundig gjennom sekundærlitteraturen om asylsøkere, innvandrere og psykisk helse. Ved å se gjennom referanser i sekundærlitteraturen fant jeg ytterligere interessante bøker og artikler. Jeg fortsatte med manuelle søk blant annet i Swemed, Ovid, PsychINFO, Cochrane, Bibsys, Helsebiblioteket og Google Scholar. Søkeordene jeg brukte var blant annet ”asyl”, ”asylsøker”, ”asylum seekers”, ”innvandrere”, ”flyktning”, ”refugee”, ”psykisk helse”, ”innvandrere og psykisk helse”, ”kultur”, ”flukt”, ”eksil”, ”håp”, og ”ptsd”. Jeg har brukt primærlitteratur gjennom helle studiet. Jeg har fokusert på å søke etter både nasjonalt og internasjonalt forskning for å belyse emnet best mulig.

5.3 Rekruttering av informantene

Jeg har forsøkt å forholde meg til at det skulle være asylsøkere fra 3 nasjoner, men så har jeg ikke fått det til tross for mye arbeid fra asylmottakets ansatte, spesielt min kontakt person. I siste forsøk har jeg prøvd å ringe informanter som kanskje ikke hadde fått informasjonsskriftet, eller har hatt problemer til å gi tilbakemelding, men uten lykke for å få asylsøkere fra 3 nasjoner. Jeg har derfor nå begrenset forskningen til kurdiske asylsøkere, grunnet at alle de 5 informantene jeg har intervjuet er kurdere.

Jeg har hentet dataene i form av intervjuer og tatt opp med lydbånd og notater. All data har kommet fram gjennom samtaler med asylsøkere. Å ha en samtale er en grunnleggende menneskelig kommunikasjonsmåte. Intervjuet mellom meg og asylsøkerne var slik at jeg stilte spørsmål og de svarte. Gjennom konversasjon var det lærerikt å lære å kjenne på deres erfaringer, følelser, håp og om den verden de lever i. Forskningsintervjuet var basert på samtale om deres opplevelse av psykisk helse og hvilke faktorer som påvirker deres psykiske helse. Informantene som er blitt valgt til denne forskningen er blitt innhentet ved hjelp av asylmottakenes ledelse, noe som har begrenset min tilgang om hvem som skulle intervjues. Utvalget av informantene ble asylsøkere som har oppholdt seg en stund i landet.

5.4 Det kvalitative forskningsintervju

I et kvalitativt forskningsintervju er målet å legge til rette for en dialog der man skal få fram respondentens tanker, holdninger, opplevelser, meninger og erfaringer. I følge Kvale (2006)

er hensikten med det kvalitative forskningsintervju å finne ut av respondentens beskrivelser av deres livsverden rundt en bestemt problemstilling. Gjennom intervjuene har jeg mål og ønske å få frem informasjon, som på best mulig måte kan belyste den aktuelle problemstilling. Dersom forskeren har en evne til innlevelse og kunnskap om temaet det blir forsket på, kan det være en forutsetning for at det blir gjort gode refleksjoner og diskusjoner rundt problemstillingen. Å skape tillit og en trygg ramme for respondenten er en viktig del av forskerens arbeid, og fører til at samtale blir meningsfulle og fremmer dialogen som likeverdig.

Kvale (2006) nevner også en bevisst naivitet, for å ivareta eventuelle nye og uventede meninger og synspunkter. Han mener at hensikten til den bevisste naiviteten kan gi en virkning for intervjuguiden, som burde bli sett på som veiledende i stedet for styrende.

I forhold til denne naiviteten ønsker jeg gjennom intervjurunden å møte mest mulig forutsetningsløst. Jeg var åpen og våken for uventete dreininger i intervjuet slik at jeg kunne forfølge disse ved å stille meg utforskende i forhold til det. Ulike personer kan fremheve ulike opplevelser i forhold til tilsynelatende like temaer og problemstillinger. Slikt sett synes denne naiviteten å kunne bidra til å bedre få frem det unike ved hvert individ, fremfor å farge innholdet i diskusjonene med mine egne erfaringer og forforståelse. Bevisstheten i forhold til egen forforståelse er viktig under intervjuene helle veien.

I metodelitteratur blir det argumentert for at forskeren burde kjenne til det feltet han/hun forsker på godt. Det er viktig at man har et bevisst forhold til sin egen forståelse og være klar over hvordan den kan påvirke innholdet og forståelsen i forskningsarbeidet (Kvale, 1984, Fog, 1994).

Forskningsintervjuene velger jeg en blanding av noen åpne og semistrukturert spørsmål til intervjuguiden, med spørsmål som kan få belyst problemstillingen på best mulig måte. Ved forberedelsene til forskningsintervjuene opplevde jeg som forsker en trygghet i å kunne forberede meg til intervjuene. Jeg har gjennom arbeidet med intervjuguiden diskutert hvert spørsmål med min veileder for å kvalitetssikre spørsmålene før jeg bruker de under intervjuene. Denne forberedelsen var lærerik for meg. Jeg var trygg og håpet gjennom det å få best mulig nærhet til studiens problemstilling under gjennomføring perioden av forskningsintervjuene. Intervjuguiden ble utviklet på basis av flere momenter. Sentralt ligger

problemstillingen til grunn for guiden. Videre synes litteraturgjennomgangen som sentralt der jeg fikk et innblikk i liknende studier, hva som var utforsket og hva som trengte ytterligere forskning. Ved litteraturgjennomgangen identifiserte jeg temaer, jeg syntes var viktig å stille spørsmål ved og utforske. Litteratursøket ligger i så måte til grunn for både problemstillingen og intervjuguiden. Egen forforståelse representerer forskerens eget syn og viser egen nysgjerrighet. Forforståelsen presenteres i eget kapittel og er i dette tilfellet sentralt i idéfasen ved studien, og et viktig moment ved utarbeidelsen av problemstilling og intervjuguide. Det er gjennomført et prøveintervju ved eget arbeidssted. Prøveintervjuet hadde til hensikt å prøve ut og forbedre intervjuguiden.

I perioden før og under gjennomføringen av forskningsintervjuene hadde jeg et fokus på kvalitetskriterier som er beskrevet av Kvale (2006). Innledningsvis i intervjuene var jeg opptatt av å få frem hvordan intervjupersonenes opplevelse var. Både hvordan de opplevde å bli intervjuet, og i forhold til hvordan de opplevde å bli intervjuet om deres opplevelse av sin psykiske helse. Som forsker ønsket jeg å være genuint interessert i hva de intervjuede fortalte. Jeg kommuniserte aktivt tilbake ved å gi oppmerksomhet under intervjuet ved å nikke, eller stille korte kommentarer, utforskende eller oppklarende i forhold til spørsmålene.

Ved intervjusituasjonene ble det brukt en digital diktafon, og det ble gjort korte notater. Disse notatene var nyttige ved analysearbeidet som er beskrevet i neste kapittel ved at jeg bedre kunne ta hensyn til viktig informasjon som stemmenyanser, ansiktsmimikk og kroppsspråk. Intervjuene ble i etterkant transkribert. Gjennom studietiden blir materialet i form av lydopptak og utskrifter bevart innelåst. Ved studiens avslutning blir utskrifter makulert, og lydopptak og lagrede filer makulert og slettet.

5.5 Dataanalyse

Hensikten med kvalitativ forskningsintervju er å finne ut hvilke tolkninger og beskrivelser som har blitt lagt fram av intervjupersonens livsverden. Det er en sammenheng mellom tolkning og beskrivelse. Jeg velger å bruke Graneheim og Lundman analysemetode, som systematisk trinn for trinn analyserer data som kommer fram gjennom intervjuene Graneheim og Lundman (2004). Analytiske tolkningskontekster inneholder selvforståelse, kritisk forståelse og teoretisk forståelse. Selvforståelse handler om å gjengi informantens selvforståelse, og det er viktig at informantens stemme kommer frem. Gjennom denne studien

ønsker jeg å prøve å få frem hva informanten selv oppfatter som meningen med sine utsagn slik jeg forstår dem. Min tolkning vil baseres på fagbakgrunn, erfaring og allmennkunnskap, som kan berike tolkningen av et sitat som kommer fra informanten. I den teoretiske forståelsen vil jeg fortolke det informanten sier i lys av teori. Denne tolkningen går lengre enn kritisk forståelse og selvforståelse (Kvale, 2006).

I følge Friis og Vaglum (2002) er målet med analysen å gjøre datamaterialet tilgjengelig for tolkning. Ved denne fasen av studien stiller jeg altså spørsmålet om hva dataene egentlig forteller om, og de fenomenene som undersøkelsen skulle kaste lys over.

En foreliggende analyseprosedyre opplever jeg som en fordel med tanke på at jeg, forskeren, ved foreliggende studie er i en læringssituasjon. Godt samarbeid med veileder fremstår også som en stor ressurs og vil ved denne studien gjør analysearbeidet til en spennende fase av arbeidet. I analysen støtter jeg meg til den kvalitative innholdsanalysen beskrevet av Graneheim og Lundman (2004). Analysemetoden gir en oversikt over viktige trinn i analyseprosessen. Metoden er empirisk orientert og innehar en eksplorativ tilnærming, og synes derfor å egne seg til utforskning av det materielle jeg vil belyse. Analysen tar tak i innholdets aspekter og beskriver det synlige og det opplagte. Metoden egner seg til å få frem forklaringer på hva teksten inneholder, og en tar også høyde for å granske tekstens latente innhold i form av underliggende meninger som ikke kommer eksplisitt til uttrykk ved eventuelt intervjuer.

Ut fra Graneheim og Lundman (2004) fremstilling av kvalitativ innholdsanalyse vil beskrive hvordan analysearbeidet går for seg:

Første trinn består i å lese igjennom materialet noen ganger for å få en helhetsforståelse. Innhente materiale som består av lydopptak og omgjort til tekster som jeg kunne analysere. Essensen vil da bli ført sammen til en tekst som utgjør enheten til analysen. Jeg har selv gjennomført arbeidet med transkriberingen. Ved arbeidet fikk jeg gjenoppleve intervjuene og mulig oppmerksom på nye ting som hendte under intervjuene. Litteraturen fremhever fortrinnet ved at forskeren selv bearbeider materialet for best mulig nærhet og forståelse (Dalland, 2000).

Trinn to består i å dele teksten i meningsbærende enheter. Arbeidet blir sikkert krevende fordi råmaterialet vil fremstå ustrukturert og mangfoldig. Arbeidet består i å lage en oversikt over

hva materialet egentlig handler om, før jeg videre kan løfte frem enkelte temaer i en fortellende og beskrivende tekst. Hoveddelen av arbeidet vil jeg skrive og gjennomføre på datamaskin, hvor jeg ønsker å samle meningsfortetninger i henhold til valgt analysemetode. Jeg kommer likevel til å skrive materialet ut hvor jeg kan lettere se og sortere meningsfortetningene på en stor bordflate. Det samlede materialet vil fremstå som mer oversiktlig og håndterbart.

Tredje trinn handler om å kondensere de meningsbærende enhetene. Jeg håper etter å ha satt mange sider med skrift rundt omkring, gjorde at jeg satt etter hvert med koder basert på de kondenserte meningsenheter. Ved denne del vil jeg foreta en reduksjon, fokusering, forenkling, abstraksjon og omforming av materialet slik at jeg står igjen med koder som gir meg en bedre oversikt og forteller meningsinnholdet. Fjerde trinn består i å sortere, organisere søken etter en ny abstrahert helhetsforståelse. Ved trinn fire sammenliknes de ulike kodene basert på forskjeller og likheter og de ble sortert i kategorier og underkategorier. Arbeidet ble kontinuerlig tatt opp med veileder for drøfting og diskusjon, med fokus på eventuell revisjon av kategoriene og underkategoriene slik det fremkommer i litteratur vedrørende kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundmann, 2004). Malterud (1996) forteller hvordan vi kan løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det for sammenlikning med andre deler av stoffet.

Ved diskusjon over koder, kategorier og underkategorier klarte jeg å nærme meg også materialets tema. Trinnet besto av at prosessen igjen nærmet seg sammenhengen og helheten. Jeg ønsket tidlig i analyseprosessen å se helheten. Ved å veksle mellom helheten og de abstraherte delene, kunne jeg forsøke å få frem essensen i det empiriske materialet.

5.6 Etiske overveielser

Søknad til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ble sendt 18.02.13 og Godkjent 07.03.13. Henviser til NSD (vedlegg nr 4) som kan ses helt på slutten av oppgaven. I påfølgende periode sendte jeg henvendelse til et asylmottak, om å intervju informanter til forskningsprosjektet mitt, og forespørsler om forskningsintervjuer, vurdert og godkjent av respektive ansvarlig fra UDI. Informasjonsskriv, samtykkeark og forespørsel ble først sendt til UDI og asylmottaket. Asylmottaket videresendte til utvalgte asylsøkere, som kunne selv ta kontakt om det var aktuelt å delta i intervju. Vedlagt intervjuguide ble brukt som støtte og

jeg noterte stikkord og korte setninger i løpet av intervjuene. Intervjuene startet med en kort innledning der informanten og jeg gikk igjennom informasjonsskrivet, der jeg mottok et undertegnet eksemplar av min skriftlige forespørsel om deltakelse i intervju.

Gjennom hele forskning har jeg vært veldig opptatt av å sikre studieobjektene anonymitet. Dette fordi informasjonen om personer er sensitive og kan medføre uheldige konsekvenser for studieprosjektet. I mitt prosjekt kommer det til å bli slik at jeg intervjuer mennesker og følger reglene for informert samtykke. Informert samtykke betyr at personene orienteres i en forståelig form om deres bidrag og deltagelse, og det som angår dem i forskningsprosjektet. Det er viktig å være sikker på alminnelige samtykke, det vil si at de som deltar i prosjektet er kompetente og forstår hensikten med deltagelse og konsekvensene. Som forsker for prosjektet er jeg pliktet til å følge taushetsplikten, og opplysninger om personer som deltar i forskningsprosjektet skal håndteres med forsiktighet. Jeg skal informere om hvordan opplysningene av deltakerne beskyttes og oppbevares. Anonymitet av deltakerne skal følges, det vil si at ingen utenforstående for vite hvem som har gitt hvilke data til forskeren (www.etikkom.no). Selv om informantene har skrevet under informert samtykke så innebærer det at informantene deltar på frivillig basis i undersøkelsen. Informantene kan når som helst trekke seg fra undersøkelsen, og det er viktig for å forhindre utilbørlig påvirkning og tvang (Kvale, 2006).

5.7 Studiens gyldighet

Som beskrevet i den metodologiske tilnærmingen har jeg gjennom en fenomenologisk inspirert beskrivelse og en hermeneutisk tolkning forsøkt å løfte funnene til et teoretisk nivå. Studiens funn kan på denne måte også få betydning og nytte også utover det konkrete forskningsfeltet. Jeg håper at studien vil fremheve og belyse asylsøkernes psykiske helse og videre diskusjon til å skape bedre kunnskap om deres helse. Det kvalitative metode egner seg bedre til å granske dybden innenfor et tema når en ønsker å forstå et fenomen. Studier baserer seg på et begrenset utvalg informanter og vil derfor ikke kunne representere hele populasjonen asylsøkere, (Kvale, 2006).

En skal være opptatt av om at undersøkelsens kvalitet og om resultatene kan stoles på for å få Reliabilitet. Som forsker kan en ved et slikt kvalitativt studie si at jeg selv er instrumentet

gjennom helle studien (Kvale, 2006). Prosessen som studiet har vært med på forberedelser og gjennomføring ligger til grunn for studiens reliabilitet. Jeg er uerfaren med forskningsarbeid og veien har derfor vært utfordrende og vanskelig. Min veileder har vært en god støtte i arbeidet, og brukt hans erfaring gjennom studiet. Jeg brukte god tid, og var veldig engasjert til å dvele ved de forskjellige fasene ved studiet, som var positivt for studiets kvalitet. Manglende erfaring har nok gjort ferden gjennom studiet mer kronglete og tidkrevende, men jeg tilskriver dette som en del av læresituasjonen og utdannelsen

Gjennom studiet har jeg lært av spørsmålet om undersøkelsen måler det en ønsker å måle (Friis, Vaglum, 2002). Angående dette spørsmålet brukes begrepet validitet som knyttes til hele gjennomføringen av studiet. Det siktes her til metodevalg, utvalgets troverdighet, forskerens kompetanse, kvalitet på analyse og sluttproduktet i form av en rapport. En intersubjektiv validering kan forstås som en konsensus mellom forsker og informant. Fremstillingens nøyaktighet og objektivitet i en kunnskapsteoretisk sammenheng vil ha betydning for studiens validitet (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

Jeg har vært opptatt av utvalgsriterier gjennom studiet, og studiets utvalg sikret at de jeg intervjuet kunne besvare studiets spørsmål. Selv har jeg mange år erfaring som både flyktning, og har jobbet flere år i klinisk arbeid der jeg har møtt mange innvandrere, og innehar dermed en god for forståelse rundt temaet. En intersubjektiv validitet ble sikret i intervjuene der jeg gjerne oppsummerte hva jeg hadde forstått ut fra informantenes fortellinger. I tillegg stilte jeg spørsmål underveis i intervjuene for å sikre at min forståelse var nærmest mulig informantens. Kommunikativ validering dreier rundt dialogen ved intervjusituasjonene. Gyldig kunnskap kommer frem når motstridende påstander diskuteres i en dialog (Kvale, 2006). Kvale beskriver hvordan tolkningen av intervjuene kan fremskaffe emner og forhold som er hentet fra intervjusituasjonene, men som går utover informantenes forståelse ved selve intervjuet. Samarbeidsdialogen under intervjuene ligger dermed til grunn for den kommunikative validiteten. Min erfaring fra intervjuene er at dialogen innehar en sentral plass ved forskningsintervjuene. Gjennom en tilbakelemt posisjon, samtidig som jeg viste interesse for informantenes fortellinger, syntes dialogene som fruktbare møter. Flere av informantene gav tilbakemelding på at intervjuet var lærerikt, beroligende, støttende og nyttig. Jeg gav informantene mye rom og tid, samtidig som dialogen hadde en god flyt. Min opplevelse er at datamaterialet inneholder flere erfaringer og historier og gir et rikt bilde av asylsøkeres opplevelse av psykisk helse.

6.0 Presentasjon av funn

Informantenes skildringer gjennom intervjuene fremstilles oppsummert i tabell 1. Med bakgrunn i materialet er det kommet fram to temaer. Første tema handler om informantenes opplevelser av tidligere traumer og strev i fortiden. Det andre temaet dreier seg om nye traumer som informantene opplever nå i påvente av innvilgelse av asyl og asylprosessen. Disse to temaene kommer på bakgrunn av sitater, kategorier og underkategorier som kan ses under tabell 1. Jeg har ikke gått inn spesifikk i hvilken psykisk lidelse som er vanligst hos informantene, ettersom mitt mål i prosjektet er å finne ut hvordan informantene opplever og beskriver deres psykiske helse. Med bakgrunn fra hoved kategoriene ble det utviklet underkategorier, og disse blir rundet videre i de påfølgende temaer. Alle informantene opplevde at det å sette oppmerksomheten rundt psykiske helse og asylsøkere, burde forskes på og tas høyt prioritert ettersom de fleste som kommer hit har allerede opplevd noe som kan ha påvirket deres psykiske helse.

Informantene ønsker at forskningen kan påvirke samfunnet og ikke minst myndighetene slik at asylsøkerne blir bedre tatt imot i framtiden. Det som kommer tydelig frem blant de fleste informantene er livssituasjonen de lever i, der de mener at deres hverdag er stille og uverdig ettersom det ikke er noe aktivitet eller noe meningsbærende som de kan utføre i løpet av dagen. Informantene forteller at psykiske helse er underprioritert i deres kultur. De kommer fra et samfunn hvor de basale behov må prioriteres. Livet består av å overleve fysisk, at man ikke klarer helt å sette oppmerksomheten rundt det psykiske. Likevel prøver informantene indirekte å komme inn på hvordan de opplever psykisk helse gjennom å fortelle om hva som har påvirket positiv og negativ i deres liv. Alle informantene mente at psykiske helse er noe som ikke er prioritert i deres kultur, og er derfor vanskelig å definere. Selv om informantene opplevde at begrepet psykiske helse var ukjent for dem, så har de i de siste årene fått med seg hva det er, og hvordan kan man få hjelp hvis man eventuelt sliter psykisk. Nederst i tabellen og videre i studiefunnet prøver informantene å forklare hva psykiske helse er og hvordan den beskrives.

Tabell 1 nedenfor viser oversikt over sitater, underkategorier, kategorier og temaer basert på analysen etter forskningsintervjuer.

Sitat	Underkategorier	Kategorier	Tema
<p>”Jeg var frisk og kunne nesten ikke huske at jeg hadde vært trist, inntil en natt kom våre fiender med våpen og bombarderte landsbyen jeg og familien bodde i og mistet mange venner”.</p> <p>”Fjellet føles mer som hjem for meg og kanskje mange andre kurdere, fordi det var det eneste stedet som jeg kunne flykte til og føle meg trygg”.</p> <p>”Jeg flyktet fra hjemlandet for 35år siden opp til fjellet og ble gerilja i håp å skaffe et bedre framtid for meg, familien og mine landsmenn, men hadde jeg vist at flukten skulle være på 35år, så hadde jeg revurdert det”.</p> <p>”Jeg var så red for bli forlatt og send tilbake fra der jeg flyktet fra, og aksepterte å bli slått og leve uten mat og drikke lange strekninger under flukten”.</p> <p>”Når vi søkte beskyttelse I nabolandet og bodde I eksil, så tenkte jeg at krigen skulle bli ferdig veldig snart og vi skulle reise tilbake til hjemmene og familiene våre som ikke klarte å flykte fra krigen. Den siste krigen fikk meg og en del av familien til å leve elendig I eksil I 3år”.</p>	<p>Følelse av savn</p> <p>Krig</p> <p>Flukt</p> <p>Eksil</p>	Tapsfølelse	Strev i fortiden
<p>”Jeg er så redd at jeg og barna mine ikke får opphold/asyl, og modighetene sender oss tilbake, men jeg vil ikke tilbake, skal ikke tilbake, heller vil dø her enn å bli sendt tilbake”.</p> <p>”Så lenge jeg ikke har fått asyl, kan ikke jeg være trygg her. jeg har hørt at det er mange som har blitt sendt tilbake fra der jeg kommer fra, har ikke lyst på noe fordi jeg tenker og tenker”.</p> <p>”Hvor lenge skal jeg holde på håpet, det er ikke en dag eller uke, det er mest håpløshet som jeg lever med og jeg er red for at det vil til slutt at livet av meg”.</p>	<p>Livet på vent</p> <p>Utrygg på opphold</p> <p>Håpløshet og venting</p>	Usikkerhet	Å være asylsøker
<p>”Jeg var full aktiv i hjemlandet med jobb, skole og aktiv deltager I det samfunnet jeg levde I før jeg kom til Norge, og håpet er å fortsette med det her også når muligheten kommer”.</p> <p>”Jeg føler meg bundet/fengslet hjemmet og får ikke noe å gjøre for å fylle dagen min med mening, jeg føler at det er andre som bestemmer over livet mitt og mine ønsker”.</p> <p>”De eneste som jeg har kontakt med I landet er ansatte I asylmottaket, og kontakten skjer I forbindelse med nødvendige hjelp som økonomisk støtte. Det betyr så mye når en ansatte tar seg til en te/kaffe hos meg”.</p> <p>”Jeg ønsker å har rettigheter som alle andre i landet, rett til velge, jobbe, lære språket og ha friheten til å reise ditt jeg ønsker. Er det mye å be om?”. ”Jeg har ingen frihet til å leve slik jeg vil, men med innvilgelse av asyl vil jeg få min frihet til å reise akkurat hvor jeg ønsker”.</p> <p>”Jeg har vært flere ganger på legebesøk med tolk, og føler ikke at disse medisinene som legen min rekvirerer til meg hjelper, og det lager tvil hos meg om språket og tolken”.</p> <p>”Den dårlige økonomien gjør at jeg ikke kan unne meg noe jeg ønsker enn billig mat som mange andre som ikke ville spist det jeg spiser”.</p> <p>”Mine barn lever under strengt økonomi og er begrenset på hva de kan ønske seg på grunn av situasjonen jeg lever i uten verken jobb eller asyl”.</p>	<p>Meningsløshet</p> <p>Sosial isolasjon</p> <p>Manglende rettigheter</p> <p>Språk</p> <p>Uforutsigbar inntekt</p>	Integrering	
<p>”Å leve med en ny kultur er veldig krevende, ettersom jeg har vokst med et en kultur som er så annerledes og mot den samfunnet jeg lever i nå”.</p> <p>”Jeg er vokst opp med en varm kultur der vi hadde så nær kontakt med naboene mine, men her er folket så kalde og tilbakeholden i kontakt”.</p> <p><u>Familie</u> ”Jeg har mistet far, søster og brødrene mens jeg levde på flukt og eksil. Det drar meg ned så mye psykiske at jeg fikk aldri sett de igjen, og fortelle dem at jeg var så glad I dem og savner dem enormt”. ”Alt er annerledes her, fordi jeg var alltid med venner og familie i fritiden, men her er det så vanskelig å danne kontakt med folk her”.</p>	<p>Tradisjon</p> <p>Familie</p>	Kultur	

6.1 Tapsfølelse

Gjennom intervjuene oppsummerte de fleste av informantene at deres kvalitet av psykiske helse er et resultat av fortiden, men livet er ikke bare fortiden og det er framtiden som er viktigere i deres liv. 4 av 5 mente at det var faktorer fra fortiden og oppholdet her i landet uten asyl som har påvirket at de til å slite psykisk, mens 1 av 5 mente at oppholdet her i landet uten asyl er grunnen til at vedkommende sliter psykisk.

”Jeg har levd med psykiske lidelser i mange år før jeg kom til Norge og legger ikke skjul på det, men jeg har blitt verre her i landet uten å få hjelp som jeg fikk før jeg kom hit”.

Det er et sitat fra en av informantene jeg intervjuet som opplevde frustrasjon over at hun blir bare verre uten å føle at noen bryr seg. Det informantene er mest opptatt av er nåtiden og framtiden. De fleste av informantene er klar over at fortiden har påvirket deres psykiske helse, men det at de må fortsette alene uten å få hjelp er mest utfordrende framover. Det er synlig at hver og av de som i dag bor i landet uten asyl gjenopplever det som har skjedd med de i fortiden og tapsfølelse i forhold til hjemmet deres, familie og venner vil følge de i langt tid. Det er flere ting som de ser for seg som kan få dem til å vinne følelsene som de ikke har hatt på mange år, eksempel: at de blir sett som mennesker, få den hjelpen de trenger, ikke minst få asyl eller fast opphold i landet.

”Når man er sulten så føler du at du ikke føler deg bra og er helt avhengig til å spise for å komme deg igjen, og det i realiteten at når du er mett så tenker du på andre ting enn mat, fordi man ikke er sulten lenger”.

Dette sitatet er fra en av informantene som sammenligner å være sulten og slite psykisk på denne måten ovenfor. Vedkommende fortalte videre å ikke ha levd med psykiske lidelser hele livet, og det er ikke forsvarlig at en periode av fortiden skal være grunnen til å avgjøre hvordan han skal ha det resten av livet. Informantene viser frustrasjon over at opplevelsene fra fortiden deres blir karakterisert for å være hovedgrunnen til deres psykiske lidelser av helsepersonella de har møtt. Det som de igjen mener er nøkkelen til å komme ut av dagens situasjon er ikke bare avhengig av deres ressurs, men er også avhengig av hvordan de blir tatt imot både fra myndighetens side og helsevesen. Helhetlig er asylsøkerne mer opptatt av framtiden og hva som venter de. Blir det en repetisjon av fortiden eller noe bedre som kan

hjelp de ut av dagens situasjon og gi dem de glade følelsene tilbake som de ikke har hatt på mange år.

6.1.1 Følelse av savn

Alle informantene som har vært med å bli intervjuet forteller om opplevelser som er vanskelig å leve med. Disse opplevelsene påvirker deres psykiske helse negativt, og de er deprimerte over langt tid. Opplevelse kan være forskjellige, enten man er redd, usikkert, utrygg eller føler at det er alltid elendigheter som forfølger de.

” Jeg var frisk og kunne nesten ikke huske at jeg hadde vært trist, inntil en natt kom våre fiender med våpen og bombarderte landsbyen jeg og familien bodde i og mistet mange venner”. Vedkommende forteller at en episode som skjedde for over 20 år siden og gjenopplever det helle tiden både i søvnen og når hun går i sine tanker. Selv om det er en sitat fra en av intervjuede så har det sammenheng, likhet med hva alle de andre intervjuede fortalte om traumer som de har opplevd enten grunnet krig, flukt eller undertrykkelse i eksil landet. Mange av informantene har mistet venner og familie uten at de fikk se dem på mange år, og flere av de på grunn av krig, flukt og eksiltiden der de måtte oppholde seg i et annet land. Flere av informantene blir veldig triste og gråter til tider under intervjuet, fordi de føler at de gjenopplever tapet ved å fortelle om tap av deres familie og venner. Det viser seg at det er klar og synlig at de fleste av asylsøkerne sliter med psykisk helse per dags dato. Flere av de savner den tiden de hadde bra og begynner å tvile på om de noen gang kan bli bedre psykisk og kan klare seg for eventuelt å komme tilbake til arbeidslivet eller leve et bedre liv. Informantene forteller at det å ha en god psykisk helse ville være nesten umulig, ettersom det de har opplevd så mye vondt i fortiden, og ikke minst deres framtid ikke bærer på noe bedre.

” Jeg var alltid urolig når mannen min dro på jobb eller ungene mine dro til skolen, grunnet uroligheter utenfor huset mitt og faren for å ikke se de igjen”.

Under fortelling av dette sitatet ovenfor krymper asylsøkeren kroppen sin innover seg når hun forteller om sin opplevelse av hvor utrygg det har vært for henne og familien i hjemlandet. Hun sier selv om hun og familien hadde det mye bedre både økonomisk og sosialt enn her i

Norge, men tanke på tryggheten i Norge kom viktigere fram for de når de flyktet fra landet sitt. Selv om hun er blitt betrygget av ansatte fra asylmottaket og skole ansatte der ungene hennes går, så kommer tider der hun ennå ikke vil slippe ungene sine ut av synet sitt. Denne sitatet gir meg en klar begrunnelse for hvorfor mange av asylsøkerne ikke klarer å ta til seg trygghetsfølelsen, og det kan fort være at de ikke har levd i trygge omstendigheter før de kom hit til landet. Flere av asylsøkerne frykter en mørk framtid for både seg selv og barna ettersom deres framtid er ennå uklar med tanke på eventuelt enn retur til der de kommer fra. Det er klart at alle informantene ønsker å oppleve følelsen av trygghet, og savnet er stort.

6.1.2 Flukt

Alle informantene har blitt drevet på flukt fra hjemlandet sitt, og har delvis vært flyktning et eller annet sted/land før ankomst til Norge. Alle forteller om skrekkene historier under flukten, fordi de har krysset mange lands grenser til å nå hit Norge.

”Jeg var så red for bli forlatt og send tilbake fra der jeg flyktet fra, og aksepterte å bli slått, seksuelt misbrukt og leve uten mat og drikke lange strekninger under flukten”.

Personene som hjalp asylsøkerne videre under flukten krevde store summer av penger noe som ikke alle hadde det. Vedkommende mente at å bli slått eller være uten mat en stund hadde mere sjans til å overleve enn risken om å bli send tilbake til hjemlandet og forvente eventuelt tortur, fengsel og kanskje å bli henrettet. Flukten i seg selv er tungt, men det som skremmer asylsøkerne mest er tanken å bli sendt tilbake og risikere straff som følge av de har flyktet fra landet ulovlig eller politiske årsaker. Samtlige av informantene mener at de ble drevet til flukt uten deres ønske eller forvarsel, og de har risikert livene deres under flukten mange ganger.

”Jeg flyktet fra hjemlandet for 35år siden opp til fjellet og ble gerilja i håp å skaffe en bedre framtid for meg, familien og mine landsmenn, men hadde jeg vist at flukten skulle være på 35år, så hadde jeg revurdert det”.

Vedkommende begrunner det med at han forlot sin familie, venner og hjemlandet i håp i å returnere tilbake til de om kort tid, men krigen ble lengere og myndighetene i hjemlandet ble ikke utskiftet inntil nå. Under flukten får de fleste av asylsøkerne venner og dessverre har de

mistet mange av dem mens de kriget mot fiender. En forteller at han fikk tross flukten kontakt med sine landsmenn gjennom brev og andre kontakter som senere klarte å hjelpe fruen sin i flukten til å slutte seg til han i fjellet. De fleste av informantene har blitt drevet på flukt en eller flere ganger på grunn av krig. Sitatet ovenfor er et eksempel på at en flukt kan variere fra en kort periode eller så lenge man lever. Å leve i flukt har lagt et arr i hver og en av asylsøkerne og grunn nok til å se at de har slitet med psykiske lidelse over lang tid. Flere av asylsøkerne kunne ønske å ta tiden tilbake og heller la være å flykte. Grunnen er at de mener at livet deres er endt i flukt og ikke noe annet. De mener at de like gjerne kunne blitt igjen enten overleve eller miste live som deres landsmenn og familie enn å drive på flukt helle livet. De er lei av å flykte fra land til land og håper på at det blir slutten av dere flukt ved å få lov til å bli her i landet.

6.1.3 Krig

Jeg har allerede notert noe ovenfor om informantenes opplevelser, konsekvenser, og tragedier krig har forårsaket. Alle informantene forteller at det ikke bare de som har oppvokst med krig, men at deres foreldre har hatt det slik før dem også. Flere av informantene forteller at de har opplevd episoder under krigen som kommer til å forfølge dem resten av livet. De måtte forlate sine hjem, venner og en del av familien under flukten fra krigen.

”Fjellet føles mer som hjem for meg og kanskje mange andre kurdere, fordi det var det eneste stedet som jeg kunne flykte til og føle seg trygg”.

Flere av informantene forteller under intervjuet at de husker elendigheter som sult, kulde, hette varme og alle de menneskene som døde under krigen uten å ha noen som helst sjanse for å redde seg selv. En ting som de forteller er at rundt og omkring fjellet var det trygg og fiendene kunne ikke nå de så lenge de var der. På grunn av alle krigen og flukten har alle intervjuede en eller flere ganger i livet sitt opplevd eksil i nabolandene.

6.1.4 Eksil

”Når vi søkte beskyttelse i nabolandet og bodde i eksil, så tenkte jeg at krigen skulle bli ferdig veldig snart og vi skulle reise tilbake til hjemmene og familiene våre som ikke klarte å flykte fra krigen. Den siste krigen fikk meg og en del av familien til å leve elendig i eksil i 3år”.

I eksil måtte tiden de bo i ørken områder eller øde steder som var veldig langt fra offentligheten. De måtte bo i telt med flere andre familier, og rundt leiren deres var det satt opp gjerder slik at det var begrenset hvor mye man kunne bevege seg. Det var bare veldedighet organisasjoner som støttet dem med mat og livsopphold, og man fryktet hver dag hva som skulle skje med dem dag etter dag, ettersom krigen ikke var langt fra nabolandenes grenser og det var der de oppholdt seg i flyktningeleirene. Flere av informantene forteller om opplevelser der de har blitt slått og mishandlet under eksilet og det har påvirket de for resten av livet. En av informantene forteller om, kan det virkelig kommer en tid der hun kan få hjelp til å leve et normalt liv tross psykiske lidelsen. I spørsmål om hvordan det føles å leve i eksil i Norge, opplever alle informantene at det er det beste stedet som alle kunne ønske for et eventuelt eksil tilværelse. De ønsker ikke å definere oppholdet i Norge som eksil dersom de hadde fått asyl og kunne bo permanent i landet. Informantene føler at menneskene som jobber rundt de i asylmottak systemet er veldig vennlige og gjør så godt de kan og er hjelpsomme. Det som forteller mange av informantene om er framtiden. De forteller at de må legge fortiden bak seg og sette lyset mot framtiden, men hva bringer framtiden har asylsøkerne forskjellige meninger om på grunn av usikkerheten.

6.2 Usikkerhet

Informantene forteller om livet og usikkerheten, og eventuelt hva som framtiden og livet bringer de til. De forteller om usikkerheten om å ikke få asyl eller bli transportert uten deres vilje eller autonomi. De fleste av asylsøkerne som jeg har intervjuet har søkt om politisk asyl, og forteller at de tenker veldig mye på om de får asyl eller eventuelt hvilken framtid venter de. Flere av asylsøkerne forteller at de blir så sliten psykisk med tanke på hva som venter de dersom de ikke får asyl i Norge.

”Jeg er så redd med tanke på at jeg og barna mine ikke får opphold/asyl, og modighetene sender oss tilbake, men jeg vil ikke tilbake, skal ikke tilbake, heller vil dø her enn å bli sendt tilbake”.

Sitatet er en av de intervjuedes opplevelse av egen og sine barns situasjon, men flere andre av informantene deler den meningen om at de heller vil dø her enn å bli sendt tilbake.

Informantene håper alle sammen om et bedre liv og få en sikkerhet fra myndighetene at de kan få asyl og slippe å tenke på å bli sendt tilbake ditt de har flyktet fra.

”Jeg er bare 20år og bør tenke at jeg har hele framtiden foran meg, men det skremmer meg at framtiden min er så utrygg og usikker uten asyl.

Alle informantene sier at de får en tak over hodet og en lav støtte økonomisk til å leve uavhengig, men de er mere opptatt av et mer sikkert og trygg framtid slik at de kan leve som alle andre, som å oppleve trygghet, gå på skole, lære språket, føle verdighet og uavhengighet.

6.2.1 Livet på vent

Grunnet lang venting på svar på deres asyl søknad blir mange av informantene sliten av ventingen. De opplever at så lenge man ikke har fått svar på sin asyl, så blir deres liv satt på vent, og det er den verste delen av å vente på ukjent framtid uten å ha noe peiling hva skjer. Alle informantene forteller at de opplever at nåtiden er så ustabil at de blir psykisk syke av ventingen, ikke minst hva de venter på.

”Jeg gjør ingenting og bare venter og venter, dagene og måneder går uten at jeg nyter noe av livet, og det påvirker meg så mye psykiske at jeg virkelig ikke har lyst å leve”.

Det informantene forteller er utfordringene til å holde ut psykisk i ventetiden. Men det er ikke bare vente tiden som påvirker de. Andre ting som kan påvirke informantene psykisk er svaret på deres asyl, fordi den også kan være negative noe som vil si at all ventetiden har vært bortkastet. Samtlige av informantene mener at de i løpet av ventetiden blitt psykiske syk, og det er mange grunner til det. Det som påvirker de mest er at de ikke har noe å våkne til, verken aktivitet eller noe som helst på dagsplanen sin.

6.2.2 Utrygg på opphold

Asylsøkerne forteller om episoder som har hendt i livet deres og dets påvirkning om hvorvidt de føler seg trygge i forskjellige situasjoner. De forteller om at informasjonen de får fra asylmottak ansatte ikke er betryggende på noen måte, tross det at ansatte ved asylmottaket er veldig hjelpelig og gjør alt de kan for å hjelpe de i forhold til tryggheten. En mente at det er

veldig vanskelig å videreføre informasjon til asylsøkerne, og han mente at selv om han gir en informasjon til en av asylsøkerne, så har han opplevd at asylsøkeren har spurt om det samme fra nesten alle de andre som jobber i asylmottaket.

”Så lenge jeg ikke har fått asyl, kan ikke jeg være trygg her. jeg har hørt at det er mange som har blitt sendt tilbake fra der jeg kommer fra, har ikke lyst på noe fordi jeg tenker og tenker”.

Flere av de intervjuede forteller det samme om tankekaoset hver eneste dag og kveld, og hvor mye det påvirker deres søvn og kvalitet på deres psykiske helse. De mener at de har brukt så mye tid og ressurs til å komme til Norge, og slik kunne de ikke forstille seg å være her.

6.2.3 Håpløshet og venting

Informantene opplever at håpløshet er noe av livet deres og situasjonen de lever i. Det er noe felles som jeg kjenner igjen hos alle informantene, på grunn av akkurat den situasjonen de befinner seg i. Håpløsheten varer dessverre over lang tid på grunn av den lange ventetiden uten å ha noe peiling om deres egen framtid. Det er flere av de som ennå ikke har fått svar på deres asyl, og det gjør at det er håpløst å tenke positiv grunnet at det er noen av de som har ventet på svar på asylsøknaden sin i over et år uten svar eller i verste fall avslag på deres asyl. Informantenes beskrivelse av deres situasjon og at de selv også har bekreftet verbalt er at de sliter psykisk grunnet lang perioder uten noe positivt håp på livet.

”Hvor lenge skal jeg holde på håpet, det er ikke en dag eller en uke, det er mest håpløshet som påvirker meg psykisk, og jeg er red for at det vil til slutt ta livet av meg”.

Informantene opplever frustrasjon over situasjonen de lever i, og flere av de beskriver at i løpet av den ventetiden har en eller flere ganger tenkt suicid. De forteller at det er den eneste utveien som de opplever som en løsning for å få dem fri fra den håpløsheten de lever i, men de ikke tør å gjennomføre det grunnet barna eller familien deres.

6.3 Integrering

Informantene forteller gjennom intervjuene om hvor viktig er det for dem å bli en del av det samfunnet som de lever i. Selv om de per i dag er veldig isolert fra hverdagslige oppgaver, arbeid, kommunikasjonen med naboer og folk i området så fortsetter de med det sterke ønske

å bli en del av samfunnet i nær framtid. De forteller om at samfunnet som per i dag de lever i er veldig bra for de som er deltager i det. De som ikke får være deltager er asylsøkere og de må vente på siden av samfunnet. Det informantene lever opptil er at de prøver å tenke positiv at en dag de kan bli en del av samfunnet, og det er absolutt det som får informantene til å holde ut i den tunge tiden.

”Jeg var full aktiv i hjemlandet med jobb, skole og aktiv deltager i det samfunnet jeg levde i før jeg kom til Norge, og håpet er å fortsette med det her også når muligheten kommer”.

Tross alt håpløshet, elendighet informantene lever i så har de ikke mistet håpet om å bli en del av det samfunnet i framtiden i håp til å skaffe seg et bedre liv for seg selv og familien.

6.3.1 Meningsløshet

”Jeg føler meg bundet/fengslet hjemmet og får ikke noe å gjøre for å fylle dagen min med mening, jeg føler at det er andre som bestemmer over livet mitt og mine ønsker”.

Informantene opplever at livet deres leves på andres bestemmelser, og ikke deres så lenge de ikke har asyl for å bestemme deres egen framtid selvstendig. Språket oppleves av hver av de som grunnleggende behov, ikke bare for å snakke med det, men også som en ressurs til framtiden og arbeidslivet. Alle informantene er avhengig av å kommunisere med omverden gjennom tolker, og flere av asylsøkerne har lite tillit til at tolkene forteller om eventuelt sykdom og vedkommende ord og mening kommer fram.

”Jeg ønsker ikke å bli sett lav på eller føler meg som et offer i samfunnet, gi meg sjansen til og muligheten til å oppleve at jeg er likestilt som alle andre i samfunnet.

Mange av informantene opplever at de blir sett på som offer, stakkarer og det går innpå dem. De vil bli sett på som alle andre i samfunnet og folk ikke synes synd på de, for det vil bare gjøre dem verre enn det er per dag.

6.3.2 Sosial isolasjon

Av alle informantene som jeg har intervjuet så er det bare en av de som har fått asyl nylig. Vedkommende forteller om hvor stort forandring har skjedd i livet hans og familien. De får besøk fra forskjellige personer i helsevesenet, skole systemet og stønad systemet. De andre

som ikke har asyl forteller om hvor isolert de lever i landet. De har ikke venner eller noen bekjente som kan være sammen med dem. Det er noen som får sjansen til å gå på norsk kurs og det er kun bare få. Gjennom å gå på kurset så får man noe sosial som betyr enorm for de fleste. Det oppleves at informantene opplever og beskriver om det livet som de lever i er ren sosial isolasjon, og det har sammenheng med at de ikke kan språket. Flere av informantene forteller at de føler seg verbalt handikappet, fordi de ikke kan snakke norsk eller for eksempel engelsk.

”De eneste som jeg har kontakt med i landet er ansatte i asylmottaket, og kontakten skjer i forbindelse med nødvendige hjelp som økonomisk støtte. Det betyr så mye når en ansatte tar seg til en te/kaffe hos meg”.

Asylsøkerne har begrenset rettigheter til sosial støtte, medisinsk, økonomisk før de har fått asyl og de binder disse faktorene som grunnleggende at de lever i sosial isolasjon. En av de grunnene til at de tenker veldig mye er også langt fra sosial nærvær og familie, og flere av de opplever at de lever konstant i sosial isolasjon.

6.3.3 Manglende rettigheter

Informantene forteller at de får info om de klare retningslinjer og lover som er statsfestet om hvilken rettighet asylsøkere har under asyl perioden. Mange av informantene blir forvirret at loven sier noe og asylsøkerne opplever noe annet, blant annet arbeidstillatelse og skole tilbud for å lære språket. De mener at det er forskjellbehandling, og det er noen som får tilbud mens andre ikke får det. Det tar innpå de som ikke får tilbud om det på lik linje. *”Jeg ønsker og ha rettigheter som alle andre i landet, rett til velge, jobbe, lære språket og ha friheten til å reise ditt jeg ønsker. Er det mye å be om?”.*

Informantene opplever til tider at de ikke kan vente lengre enn det, fordi det er urettferdig å leve slik som de lever. Flere av informantene forteller om de ikke har fått noe bedre enn de de hadde før de flyktet til Norge.

”Det finnes ikke verre situasjon som jeg kan leve i enn det jeg lever i per dag. jeg lever i håp for å få et beder liv uten at å ha noe tro eller håp på at det kan skje meg”.

Selv om de har så mange drømmer og ønsker som de ønsker å realisere i påvente av eventuelt innvilgelse av asyl, så innebærer at informantene må tenke på ulempene som kan de bli påført dersom de ikke får innvilget asyl. Informantene opplever at de har lite tro på at de blir rettfærdig behandlet, fordi de mener at deres bakgrunn burde gi dem asyl og de rettighetene som de har krav på som individer. Informantene beskriver om hvordan det er å leve med fysiske og psykiske lidelse uten å få hjelp til det. Her forteller asylsøkerne igjen om hvor mye deres hjelpe tilbud i forhold til helsen er avhengig av asyl.

”Jeg har hatt tannverk i over 5 måneder og har ikke penger til tannlegebesøk, og når jeg henvender meg til asylmottaket får jeg beskjed at jeg får hjelp når jeg har fått asyl”.

Det er bare et eksempel på at informantene lever med lidelser og sykdom og må vente i lange perioder på hjelp. *”Jeg trodde at håpet var bedre å få hjelp her i vesten, men fikk bedre hjelp i hjemlandet tross fattigdom og elendigheter jeg levde i”.* Dette føles veldig vondt for asylsøkerne fordi de har hatt andre forventninger til det landet de lever i enn det de får nå. Asylsøkerne forteller at de føler seg til tider helt fortvilet om den medisinske hjelpen de får, og opplever møtet med helsevesen utfordrende for å få den hjelpen de trenger.

”Jeg har ingen frihet til å leve slik jeg vil, men med innvilgelse av asyl vil jeg få min frihet til å reise akkurat hvor jeg ønsker”.

Informantene klager på at det er vanskelig med å bevege seg fritt både i landet og eventuelt utlandet ettersom de ikke har mulighet til det. Grunner til det mener de er at det er vanskelig å reise rundt, språket, dårlig økonomi, asyl, og et reisebevis som de ikke har for å reise utenlands. Disse faktorene mener informantene har påvirket deres frihet til å bevege seg fritt. Det som blir tatt opp hos informantene i forhold til hindring av deres frihet er at de ikke ser noen muligheter for reise fra det området de tilhører til, og den økonomiske delen er også et hinder som ikke gir mulighet eller rom for å reise rundt. De er også engstelig til å bevege seg langt fra den kommunen de bor i ettersom de ennå venter på innvilgelse av asyl og språket er et annet hinder, noe som de ikke kan i tilfelle de går seg bort eller ikke finne tilbake til hjemmene sine.

6.3.4 Språk

”Jeg har vært flere ganger på legebesøk med tolk, og føler ikke at disse medisinene som legen min rekvirerer til meg hjelper, og det lager tvil hos meg om språket og tolken”.

De opplever at det er veldig vanskelig å komme seg ut av husene deres, så lenge de ikke lærer seg språket og det er noe som de opplever at det påvirker dem negativt i forhold til trygghet og helse situasjonen de lever i. Det å ikke språket og være avhengig av tolk samtidig ikke føler at samtalen med legen med tolk har hjulpet, bidrar til utrygghet hos asylsøkerne. Flere av dem forteller at de drar til senter, kaffe, og sosiale steder i nær området der de bor og ser masse folk, men uten å si et ord på flere timers opphold blant folk i senteret, fordi de ikke kan snakke språket. Informantene forteller at tilgangen til å lære språket eller praktisere det, vil påvirke dem positivt med tanke på deres sosiale kontakt med andre, som videre være positivt for deres psykiske helse.

6.3.5 Uforutsigbar inntekt

Økonomien til informantene er veldig begrenset, og de får så mye penger at det ikke rekker engang til mat hvis de ikke er veldig forsiktige med forbruket. Informantene forteller at de kjøper alltid det billigste av mat og klær, og til tider mat som er gått ut på dato for å ikke bli uten mat resten av uken eller måneden. *”Den dårlige økonomien gjør at jeg ikke kan unne meg noe jeg ønsker enn billig mat som mange andre ikke ville spist det jeg spiser”.*

Det dårlige og lave økonomien er absolutt noe som informantene tar opp under intervjuene, der de mener har forårsaket at livet deres er mer utfordrende og vanskelige enn folk vanlig.

”Mine barn lever under strengt økonomi og er begrenset på hva de kan ønske seg på grunn av situasjonen jeg lever i uten verken jobb eller asyl”. Det er ikke bare seg selv som informantene tenker på, men deres barn som må leve slik, og det er vanskelig for informantene å forklare for barna hvorfor de ikke får det de ønsker. Det kommer fram i intervjuene at mange av informantene blir påvirket psykisk ettersom de har barn og ikke har muligheter til å forsørge barna sine godt nok.

6.4 Kultur

Av alle jeg har intervjuet så har bare en av de som har familie i landet. Det er klar sammenheng av informantenes savn av familie og deres psykiske helse.

” Å leve med en ny kultur er veldig krevende, ettersom jeg har vokst med en kultur, og mye som jeg ser og opplever her i landet er så annerledes og nytt for meg”.

Det er noe med kulturen deres og det sterke båndet mellom informantene og deres familie at det er deres sterke ønske om å kunne leve med familien, eller i hvert fall at de kunne fritt besøke familien og være sammen med dem. Blant damene som jeg har intervjuet kommer det fram at deres sosiale samvær har vært først og fremst familien ettersom de aldri har vært i arbeidslivet. Informantene svarer likt på svaret om å være adskilt fra familien har påvirket deres psykiske helse, og det er negativt påvirkning i form av psykiske belastninger og lidelse. Flere av informantene beskriver at den verste følelse som de husker er minner fra da de måtte forlate familiene sine uten en gang å ta farvel. De har forlatt sitt land, familiene sine på grunn av enten krig eller politiske grunner.

6.4.1 Tradisjon

”Jeg er vokst opp med en varm kultur der vi hadde så nær kontakt med naboene våres, men her er folket så kalde og tilbakeholden i kontakt”.

Informantene er veldig opptatt av de forskjellige tradisjonene som de har oppvokst med. Når de forteller om livet deres både fra fortiden, nå og framtiden, så forteller de om hvor mye de er bundet til tradisjoner. Flere av asylsøkeren er veldig opptatt av å tenke mye på deres familie og venner de har forlatt, når de har kommet hit til Norge. De vil veldig gjerne hjelpe deres familie slektninger ettersom det er vanlig hos disse informantene å tenke på familien som en stor helhet. De er veldig opptatt av hvordan folk i hjemlandet tenker om dem her i Norge.

”Jeg vil så snart jeg har fått asyl å starte på skole og bli til noe stort, slik at min familie, slektningene og mine landsmenn være stolt av meg”.

Det er veldig vanlig hos informantene å vise at de har kommet til vesten, og ikke har kastet bort sjansen til å oppnå store mål. Informantene forteller at det er vanlig at folk i hjemlandet forventer mer av de som bor i vesten i forhold til utdanning, rikdom noe som ikke alle har mulighet til å oppnå det i hjemlandet.

6.4.2 Familie

”Jeg har mistet far, søster og brødrene mens jeg levde på flukt og eksil. Det drar meg ned psykiske så mye for at jeg fikk aldri møte de igjen, og fortelle dem at jeg var så glad i dem og savner dem enormt”.

Alle informantene opplever at det er vanskelig å bo langt fra deres familie. Noen av de har ikke sett familiene deres på noen år mens andre på mange år. De informantene forteller er at kurdere er et stor familie, og det betyr veldig mye for dem å møte de her i Norge når de ikke har egen familie her. En forteller at hun har mistet nesten helle familien sin, mens hun har bodd i eksil i alle disse årene. Asylsøkerne forteller om en stor savn til familiene deres, både for de som er mistet og de som lever ennå og ikke får mulighet til så dem igjen.

”Alt er annerledes her, i hjemlandet var jeg alltid med venner og familie i fritiden, men her er det så vanskelig å danne kontakt med folk her”.

Informantene forteller om at det veldig vanskelig å komme i kontakt med andre her, noe som de kunne trengt veldig, ettersom de bor langt fra familiene deres.

7 Drøfting

I diskusjonsdelen har jeg prøvd å drøfte studiets funn i lys av teori, tidligere forskning og egen erfaring om temaet. Det har kommet en del fram i funnet som allerede er kjent i tidligere teori og forskning om asylsøkere, eller generelt innvandrere. Det er blant annet hvordan innvandreres psykiske helse er blitt påvirket av krig, eksil, flukt og andre faktorer som for eksempel å leve med en fremmed kultur (Jakobsen, Sveaass, Johansen, Skogøy, 2007). Noen av de grunnleggende behovene som er viktig å se hos asylsøkerne er håp, livskvalitet, autonomi, kultur, og mestring. Asylsøkerne håper å skaffe seg en framtid der deres ønsker går i oppfyllelse. Håp som en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige (Travelbee, 2001). Det viser seg at asylsøkerne styrke kommer til gode gjennom deres håp. Jeg mener det som asylsøkerne savner er grunnleggende for alle, og det er viktig å respektere eksistensen av verdiene hos hver enkelte.

Gjennom denne forskningen har det kommet fram at asylsøkeres opplevelse av psykisk helse er ulikt i forhold til personer med vestlige opprinnelse. Funnene dreier seg om at asylsøkerne ser fortsatt på psykisk helse som et tabu og i forhold til deres fortid, tidligere traumer, nåtiden (livet i eksil), framtiden og dens innvirkning på deres psykiske helse.

7.1 Psykisk helse blant asylsøkere

Asylsøker er en person som uanmeldt og på egen hånd kommer til landet han/hun ønsker å søke asyl, lengre definisjon i underkapittel 2.2. Det som kommer fram gjennom studiens funn er at asylsøkerne på mange måter er lik alle andre i samfunnet vårt, men forskjellen er at mange av asylsøkerne har vært utsatt for hendelser som har påvirket deres psykiske helse. Travelbee (2001) forholder seg til ethvert menneske som et unikt individ. Mennesker er uerstattelige og enestående, og at alle individer er forskjellige fra alle andre mennesker. Hun er her inspirert av humanistisk psykologi, og det ligger i ordet humanisme at mennesket settes i sentrum. Innvandring har gjennom årene blitt mer og mer vanlig og derfor blir det nødvendig å forske på dem og deres psykiske helse.

Innvandrere, migrasjon og psykiske helse går helt tilbake til slave-tiden og en var opptatt av å forske på det, men det var tidligst i første halvdel av sjuende århundre vitenskapene kom inn

for å forske på feltet. Land som var sentralt og er fortsatt i dag i forskningen er USA, Canada, Australia og Storbritannia (Alberdi, F. 2002). Siden den tiden har forskningen resultert at innvandrere blir møtt på en bedre forståelse om deres kulturelle bakgrunn, sykdom synet, men man er alltid under utvikling for å forbedre seg (UDI, Årsrapport 2008). Det som kommer fram tydelig i funnet er hvordan det er å være asylsøker, eventuelt sammenhengen mellom asylsøker perioden og deres psykiske helse. Asylsøkerne har opplevd mange traumer i fortiden og usikkerheten i nåtiden gjør det verre for mange av de som allerede sliter psykisk. Informantene ser positiv på livet tross usikkerheten rundt livet deres, og på denne måten klarer de å opprettholde en stabil psykisk helse.

Asylsøkerne knytter deres psykiske helse mot deres savn av kultur, familie og landet de har måttet flykte fra, i tillegg kommer alle traumene de har opplevd under innvandringen og flukten. Asylsøkerne forteller at lidelse er en del av livet. Travelbee (2001) sier selv om mennesker har gått gjennom en rekke erfaringer som er fellesmenneskelige, er den enkeltes opplevelser høyst personlige. De fleste av informantene fortalte om traumer og episoder som de har opplevd, og det viser i mindre eller større grad at det har satt preg på livet deres for alltid. Dette forsterkes av tidligere forskning som er gjort av (Brekke, Sveaass, Vevstad, 2010, (Jakobsen, Sveaass, Johansen, Skogøy, 2007). Mange av asylsøkerne er analfabeter og søker kun om akutte helsehjelp via asylmottaket, ettersom de ikke veit hva som av hjelp de kan få mens de er asylsøker. Dette gjør vanskelig for de å få fram deres tale om kvaliteten av helsen deres. Asylsøkerne ønsker sterkt å unngå å utale seg om sin lidelse, fordi de er redde at dette kan påvirke deres asylsøknad og fare for innvilgelse av asyl. Informantene har gjennom vedlegg 2 og 3 fått bekreftelse på at de kan snakke om deres psykiske helse og blitt betrygget at deres info ikke blir å kjenne igjen i min studie. Selv om flere av informantene forteller verbalt at de sliter psykisk, så vil de ikke selv bekrefte det som psykiske lidelse, fordi de kommer fra et kulturperspektiv, som definerer psykisk helt annerledes enn det man ser i vesten. Noen andre av informantene begrunner det, som lite kjennskap til psykisk helse.

Blant asylsøkerne ser man at fattigdom, sosiale misere, voldopplevelser og konflikter representerer meget kjente traumatiserende forhold for utvikling av psykiske lidelser. Mennesket produserer lidelser, og det ser man hos asylsøkere og innvandrere med posttraumatiske lidelses-former i møte med vårt eget helsevesen Skårderud F, (Haugsgjerd S,

Stänicke E. 2010). Asylsøkerne lever under strenge og dårlige økonomiske forhold og de må leve på rimelige mat og nødvendige saker. Det er et klart tegn på informantenes tale at deres økonomi påvirker noe på deres psykiske helse. Det kommer fram at forekomsten av psykiske lidelser er større blant innvandrere fra lav og midlere intakt enn innvandrere fra høyinntektsland (Thapa, 2005). I min studie er ikke høy og lav inntekt undersøkt som bakgrunns informasjon. Asylsøkerne lever i lange perioder med usikre omgivelser og framtid og dette gjør at deres psykiske helse forverres over tid, og det viser min studie også. De mener at de ikke får den hjelpen de trenger, og lever i en utrygg periode i eksiltiden. Mange av asylsøkerne har allerede opplevd sterke vold episoder gjennom krig, flukt, og eksil perioder i andre land før de kom til Norge, og de blir stående stille i hjemmene sine uten hjelp i påvente av asyl. Eksiltilværelsen kan spesielt for traumatiserte gi eller forverre deres psykiske lidelse (Varvin 2003).

Utfra informantenes psykiske lidelser så sliter de fleste med angst, depresjon og ptsd som samstemmer med tidligere studier som er gjort. Fazel, Wheeler & Danesh, 2005 henviser i deres studie til de psykiatriske lidelsene blant asylsøkerne som er angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse som oftest er kartlagt, men forekomsten varierer sterkt fra studie til studie, noe som er forståelig ettersom de materielle omstendigheter og kvaliteten på forskningsmetoder varierer. Informantene forteller om hvordan det er å være isolert fra aktivitet, sosial nettverk og vanlige rutiner som de har pleid å være vant til. Det mener jeg i seg selv kan føre til isolasjon og senere kan påvirke deres psykiske helse. Forskning viser at psykiske lidelser hos asylsøkere og flyktninger i noen grad henger sammen med påkjenninger i eksilsituasjonen, blant annet manglende sosialt nettverk, mangel på meningsfulle oppgaver i hverdagen, tap av roller, nedgang i økonomisk status (Varvin, 2003). De fleste informantene bekrefter at de sitter i lange dager, uker og til og måneder passiv, og det reduserer deres håp på eventuelt en lysere framtid. Slike faktorer kan ha mer å si for den psykiske helsen enn påkjenninger asylsøkerne har opplevd før og under flukt eller migrasjonen (Larsen, 2010). Dette kommer fram klart i informantenes tale at de kan leve med påkjenninger fra fortiden, så lenge de får leve i sikkerhet i asyl landet, med den hjelpen de behøver.

Asylsøkerne delte sine tanker, følelser, erfaringer og hvordan deres psykiske helse var før de kom til landet, og per i dag som asylsøker. Mange av asylsøkerne er opptatt av hvordan de blir møtt i samfunnet og dens påvirkning på deres psykiske helse, og det viser seg at samfunnet asylsøkerne oppholder seg i kan også være en trussel for deres psykiske helse, blant annet hvordan de blir møtt av naboer eller lokalsamfunnet (Blom, 2004). En av informantene sier

seg lei av at folk som han møter ser på han som et offer, og isteden kunne vedkommende fått en sjanse til å bevise at han ikke har gitt opp livet og ikke er offer heller.

Informantene mente å være asylsøker vil i seg selv være en ulempe til å få psykiske lidelse, grunnet begrensninger på hva man har lov til og aktivitetssituasjonen. Dette kunne jeg kjenne igjen meg i fra tidligere situasjon i livet mitt som asylsøker og støtter informantene på hvor urolig man lever under usikkerheten for framtiden i asylsøker perioden. Man kan tenke positivt og holde motet oppe over en tid, men uten en rekkende hånd og hjelp vi man før eller senere falle i psykiske lidelser.

Etter egen erfaring så kjenner jeg til hvordan det føles å være asylsøker, det føles som om man ikke er verdig nok til å leve med rettigheter, glede seg, humøret er langt nede og man føler seg til tider totalt verdiløs. Det kunne jeg kjenne igjen hos informantene fra intervjuene deres. Asylsøkerne synes at det er energikrevende å forstå og tilpasse seg en ny kultur med dens gjeldende normer, verdier og språk som er forskjellige fra ens egen. Dette kommer i tillegg til de psykiske problemene personen har, både bekymringer for og savn av familie og venner (Varvin, 2003). Informantene definerer veldig likt om hva psykiske lidelse er og hvordan det oppleves. Asylsøkernes binder deres opplevelse av psykisk helse til deres kultur, flukt, utsettelse for krig og asylsituasjon de levde og asylsituasjonen de lever i nåtiden. Det kommer fram et skille mellom asylsøkernes opplevelse av psykisk helse og vestlig tankegang, og det var at asylsøkerne kun var opptatt av tak over hodet, sikkerhet, asyl, livsopphold i asyl perioden, men ikke så opptatt av kvaliteten av det de ønsket. utfordringer som påvirker asylsøkerens psykisk helse kan tolkes mest som dagens situasjon, som å sitte fast alene uten å føle og få en riktig støtte i den vanskelige situasjonen de lever i (Hanssen, 2005).

Å komme som innvandrere eller asylsøker til et nytt land innebærer utfordringer, muligheter, men også problemer. Selv om mange får muligheter til å realisere nye mål, føler likevel de fleste at de må forandre seg mye for å kunne leve i en annen kultur. Dette er noe som strider imot asylsøkernes tradisjon, og over tid kan det bli en belastning der det påvirker deres psykiske helse. Mange får større eller mindre psykiske problemer i denne prosessen. Plagene behøver ikke å være så lenge, og de kan forsvinne når en belastning er borte eller et problem er løst. Informantene peker på en viktig endring i deres asylstatus, og mener at så lenge de ikke har fått asyl, så vil ikke deres psykiske plager bedre seg eller forsvinne.

Asylsøkerne som kjenner noen her i landet tar ofte initiativ, får hjelp av familie og venner eller finner noen å snakke med. Tenker man på den måten, kan problemer som virker store og

vanskelige bli lettere å forholde seg til for innvandrerne (Varvin, 2003). Asylsøkerne blir i dag behandlet ulikt og ikke som flyktninger, og det vil i seg selv bety generelt redusert hjelp i forhold til det de trenger. Det har blitt forsket på belastninger og helsemessige forhold hos flyktninger som flykter innen sitt eget land (internt fordrevne), eller bor årevis i flyktningleirer under kummerlige (elendige) forhold. Det viser seg at det er stor risiko for nye overgrep, og dermed vil forskjellene i livsbetingelser mellom asylsøkere og flyktninger sannsynligvis ikke være så store. Det vil si at grader av usikkerhet vil være høy i begge gruppene, men asylsøkerne får mye mindre hjelp enn flyktninger (De Jong, Komproe, van Ommeren, El Masri, Araya, Khaled, van de Put & Somasundaram, 2001). Utfordringene som er nevnt ovenfor er hovedfaktorer på asylsøkernes psykisk uhelse (varvin, 2003)

Det som kommer fram tydelig hos asylsøkerne i studiet er at asylsøkernes passivitet var synlig faktor til psykisk lidelse, og grunnen var at de ikke har noe å gå til eller se fram til i hverdagen. Dette gjør at de føler seg unyttige og mindreverdige til tider. Prosessen er veldig lang og for asylsøkere som sliter med psykiske uhelse. Flere av asylsøkerne har kjent på hvor belastende og nedtrykkene det er under asylprosessen. Informantene forteller om det å ha opplevd så mye traumer på grunn av krig, vold fra fortiden, og gå gjennom det under asylintervjuet ga en flashback fra det som har skjedd med dem tidligere, og opplevde det veldig traumatisk (Varvin, 2003).

7.2 lokalsamfunnet og familiens betydning

Informantene forteller om sin isolasjon tross friere forhold enn å bo i asylmottak, og det er blant annet å bo i eget hjem i lokalsamfunnet. For mange kan det bety en bedre sosial liv, men for andre kan et plutselig brudd med familie og ingen sosial kontakt med naboer i lokalsamfunnet bety sosial isolasjon. Dette beviser viktigheten med sosial nettverk av sine landsmenn. Studiet viser ingen tegn til asylsøkernes integreringsfremgang i det norske samfunnet, ikke engang har kontakt med naboene som bor rundt dem. Viser til Agderforskning der det det kommer fram at forholdet mellom lokalsamfunnet og asylmottakene er varierende bra (Drangslund, 2010), men informantene i min studie opplever ikke det er noe kontakt mellom dem og folk i lokalsamfunnet. Asylsøkerne opplevde til tider at de blir sett ned på, og igjen viser dette geografisk boenhet i landet har veldig mye å si for den sosiale kontakten mellom asylsøkere og folk i lokalsamfunnet. Informantene kommer fra stor familiekultur og det er veldig avgjørende for deres psykiske helse. Flere av informantene

mente at familien er det viktigste å støtte seg til når de sliter psykisk. Informantene peker på viktige momenter i studiefunnet der de forteller at psykisk lidelse var tabu og familien gjør sitt for å hjelpe til, men samtidig passe på at verken helsevesenet eller andre naboer og bekjente skal oppdage det. Flere av asylsøkerne som har kommet i kontakt med helsepersonell i Norge føler seg lite forstått ettersom asylsøkerne er tilbakeholdne om deres psykiske helse og helsepersonellers vestlige syn på psykisk helse. Asylsøkerne tar ofte hensyn til sin familie før de kan si noe om deres psykiske helse og det begrenser på hva som kommer fram i møte mellom asylsøkeren og helsepersonell. Viser til studien av Høye og Severinsson, 2009 der det kommer fram samhandlingen mellom familiemedlemmene og den syke personen under møte med helsevesenet. Det viser seg også i min studie at det er mangel på forståelse av psykisk uhelse mellom asylsøkerne og helsepersonell. Det som gjør situasjonen utfordrende for helsepersonell er at asylsøkerne prøver å gjøre sitt for å ikke brette om deres psykisk helse.

Blant asylsøkerne er familien det selve fundamentet for samfunnets funksjon, der samhandling kontrolleres av et sterkt familiehierarki. For hver beslutning som skal tas er det familiens overhode (far, bestefar, onkel eller eldste bror) som blir spurt og respektert. Det har ingen betydning om hvor langt avstand har asylsøkerne fra familien, fortsatt er det familien som bestemmer måten de skal leve på (Hansen, 2005). Asylsøkerne mente at kulturen ikke bare har påvirkning på dere psykisk helse, men også påvirker deres tankegang og opplevelse av sykdom og livet. Informantene forteller om familiens rolle til støtte ved eventuelt psykiske plager, og det er noe som de forteller at de husker det når de var barn og vokst opp med den tradisjonen. Mennesker pleier fra barndommen å være avhengig av trygge omgivelser. Det finnes gode dokumentasjon for at trygge bånd til familien er en buffer mot lidelse, men utrygge bånd er nær knyttet til symptomer og lidelse. Dette er blant annet dokumentert i den tilknytningstradisjonen i forskning om psykisk helse (Smith, 2002) Trygghet bidrar til at menneskers evner til å tåle psykisk smerter bedre og regulere det på godt vis, både ens gode og dårlige følelser (Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke E. (2010). Dette igjen støtter opp om asylsøkernes tankegang om viktigheten av familien ved psykiske lidelser.

Jeg opplevde gjennom intervjuene at asylsøkernes savn til familien som veldig stort, ettersom de har lite sosial støtte familiær i landet. Asylsøkerne mente at det første man kunne regne med når man slet psykisk, var familien. Det viser seg at avstanden fra familien og asylsøkernes mangel på evne til å søke hjelp fra helsevesenet, påvirker negativt deres psykiske helse.

7.3 Forventninger til å bli ny borger

Det jeg merker hos asylsøkerne er deres styrke og vilje til å starte et nytt liv. Tross tider med psykiske lidelse og hindringer til å se fram til framtiden, så planlegger mange av dem allerede hvordan de skal bli en ny borger i landet. Ved blant annet å bidra i det norske samfunnet.

Enhver av asylsøkerne ønsker å få asyl snarest og komme i gang med integrering i samfunnet, blant annet å gå på skole, lære seg språket og eventuelt skaffe seg jobb og aktiviteter i dagliglivet. Det er noen integreringsveier å velge for innvandrere i Norge. Men informantene i studiet ønsker å tillates for å praktisere egne kulturforskjeller, forutsatt at de støtter opp sosialdemokratiske kjerneverdier i landet (Eriksen og Sørheim, 2003). De fleste av informantene føler at å leve langt fra hjemlandet, og i en voksen alder omstille seg til et nytt liv. Kultur og system blir utfordrende i det nye landet, men de respekterer det fordi det er slik det er hvor hen man flytter til. Asylsøkerne mente at de ikke har planlagt flukten fra hjemlandet til Norge, og har mindre kontakt med familien, og derfor blir de nødt til å danne seg en ny familie fra landsmenn/kvinner i eksil landet (Eriksen og Sørheim, 2003). Noen av informantene fortalte at de følte seg så lettet over å møte andre landsmenn her i Norge, fordi å ha kontakt med landsmenn gir en mening om at man ikke er helt adskilt fra hjemlandet.

Informantenes venting og eksiltilværelse uten sosial kontakt har påvirket deres psykiske helse. Flere av informantene bekrefter at de har hatt depresjoner og andre psykiske lidelser grunnet passiv venting og isolasjon i eksil tiden. De fleste av informantene har opplevd traumer gjennom flukten sin og på vei hit til landet. Studier viser at innvandrere som har vært utsatt for traumer trenger spesialiserte tolker og helsepersonell som har bred erfaring i feltet i arbeid for å danne en riktig forståelse om psykisk helse og opplevelsen av å være asylsøker. Flere av informantene fortalte at de ikke fikk riktig hjelp til sin psykiske uhelse i møte med leger, helsevesenet i landet. Dette forsterkes med studie som er gjort av Sveaass, 2006, der det refereres til utfordringer og møte mellom asylsøkere, flyktninger og helsevesenet. Jeg mener at helsevesenet har en stor utfordring til å kvalitetssikre den hjelpen de tilbyr asylsøkere og innvandrere generelt. Dette på grunn av mitt studie og flere tidligere studier.

7.4 Håp tross lidelsen

Det kommer tydelig fram i studiet at informantene har håp og styrke til å komme seg på bena, og bli en del av det samfunnet de lever i. Travelbee, (2001) hevder at håp er en sjelelig tilstand som kan karakteriseres av et ønske om å avslutte noe eller å oppnå et mål, sammen

med en viss forventning om at det som er ønsket er oppnåelig. Det er håpet asylsøkerne lever opptil tross lidelsen. Asylsøkerne har tro på at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si bli mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom de oppnår det de ønsker.

Travelbees engasjement i forhold til lidelse har gitt meg en god grunn til å være stolt som sykepleier. Hun mener at den som håper, vil tro at livet vil endre seg til det bedre dersom han/hun når fram til sitt ønske, og det er det asylsøkerne ønsker og håp som kommer i deres tale. Videre mener hun at dersom ønsket oppfylles vil vedkommende oppleve livet som mer meningsfylt, glededyt og behagelig, men om den som håper, kan forvente å oppnå det han/hun ønsker seg, kan sannsynligheten for at det vil skje, være større eller mindre. Tross håpløshet så håper asylsøkerne på det minste som kan bringe de nærmere deres mål. Den som mangler håp vil ikke se noen utsikter til forandringer eller forbedringer i livet, og heller ikke noen løsninger på problemene, eller veier ut av vanskelighetene (Travelbee, 2001). De fleste av asylsøkerne definerer håpet som en mestringsstrategi som øker deres motivasjon til å kjempe seg fram. De føler at håpet forhindrer at frykten og angsten overtar og skygger for mulige handlingsalternativer, men det krever veldig mye energi å holde på håpet over lang tid. Håpet er en strategi som kan, i seg selv, lede til forhøyet livskvalitet, og som kan ha en direkte innvirkning på menneskets immunforsvar (Bastøe, 2004).

Asylsøkerne lever et liv der de er veldig avhengig av hjelp fra andre. Travelbee (2001) deler håpets karakteristika i ulike grupper. Hun skriver om at håpet er sterkt relatert til avhengighet av andre, videre mener hun at det er mange mennesker som lyder og ikke ber om hjelp fordi de vil være uavhengige, og det er en del av deres personlighet. Dette samstemmer med studiefunnet og asylsøkernes håp under eksiltiden og uten asyl. Det kulturelle aspektet er også en viktig del blant asylsøkerne der de ikke ber om hjelp til psykiske lidelser (Hansen, 2005). Travelbee (2001) skriver også om at håpet er fremtidsorientert. Den som håper, ønsker at livssituasjonen skal forandre seg, og det samstemmer med funnene i studiet. Asylsøkerne har tatt valg og håp er også relatert til valg. Den som håper vil ha tro på at enkelte valg står åpne for han/hun, relaterer også håpet til ønsker. Asylsøkernes ønsker vil ikke legge noen konkrete planer for å realisere deres ønsker på grunn av så mye usikkerhet de lever i, før de innser at det er svært liten sannsynlighet for at deres ønske vil noensinne bli virkelighet.

Asylsøkerne har problemer med tillitt i kontakt med de som tilbyr dem hjelp, og håpet har en nær sammenheng med tillit og utholdenhet. Med tillit menes det at det er trygt å tro på at andre mennesker er i stand til å bidra med hjelp i nødens stund, og at det er sannsynlig at de

vil gjøre det. Ettersom asylsøkerne venter over lengere perioder på et positiv svar fra UDI, så settes deres utholdenhet på prøve, og hvor lenge de kan holde ut uten å bli utsatt for psykiske lidelser. Utholdenhet er evnen til å forsøke flere ganger, og til å fortsette å jobbe for å løse problemene sine, lindre sine plager eller endre sin status eller tilstand. Håpet er relatert til mot, og her kan det være vanskelig for asylsøkerne å beholde motet i søkeprosessen. Travelbee (2001) mener at de som håper, har mot, den som er modig, er redd, men klarer å overskride frykten sin for å nå målet sitt.

7.5 Mestring

Det oppleves at informantene er veldig avhengig av tilrettelegging i deres første tid under innkomsten for å mestre aktiviteter som oppleves utfordrende. Mange av informantene sliter til tider psykisk grunnet fortiden (Brekke, Sveaass, Vevstad, 2010), men asylsøkerne føler ikke at det er noe hinder til å utføre daglige ting som eventuelt står på planen deres. Ut fra studiefunnet så kommer det fram at psykiske plager ikke er bare forholdene de har levd i, men dagens leve situasjon påvirker det også, blant annet lange ventetiden eller konsekvensene ved avslag på deres asyl. Jeg mener at disse asylsøkerne har sterke ressurser og styrke, som tross det de har opplevd i fortiden har motet til å be om en ny sjanse til å leve et normalt liv. De oppleves verken fullt friske eller syke, men det er tegn på at de trenger psykisk helsehjelp til å mestre livet rundt omstendighetene de lever i. Ut fra livsvilkårene vil asylsøkerne ha ulike holdninger om nye situasjoner synes påvirkelige, forutsigbare og overkommelige på dere liv. Dette gir ulikt pågangsmot i asylsøkernes møte med sykdom/psykiske lidelse. Kunnskap om hver enkeltes ståsted, vil hjelpe helsepersonell til å se hvem som trenger ekstra støtte for å sette inn tiltak (Antonovsky, 2012). Asylsøkerne har lite kjennskap til hvilken hjelp de kan få under asyl perioden, grunnen kan være at mange av dem er analfabeter, og det gjør det vanskelig for dem å be om hjelp (Jakobsen, Sveaass, Johansen, Skogøy, 2007). Det gjør at deres psykiske helse kan forverres uten å få tilstrekkelig hjelp i den perioden. Jeg mener at det er grunn nok til å se etter de svakeste i samfunnet der asylsøkerne utgjør en del av det. Helsepersonells faglig kunnskap trengs i feltet, og ikke bare den utvekslingen som går gjennom asylsøkerne og ansatte ved asylmottakene. Disse asylsøkerne viser gjennom intervjuene at de vil komme seg videre i livet og få hjelp til å bli friskere.

Empowerment innebærer støtte og styrking i forhold til å påvirke sin livssituasjon (Antonovsky, 2012). Jeg opplevde at asylsøkerne trenger noen som skal bidra til å styrke

deres ønske til å mestre ting på. Helsepersonell kan opptre da som veileder slik at asylsøkeren som sliter psykisk, kan opparbeide deltakende kompetanse om sin sykdom. Kunnskap om salutogenese og Empowerment kan gi et strukturert grunnlag for konsultasjonen med at asylsøkeren kan motvirke en oppgitt holdning hos helsepersonell, fordi informantene i studiet fortviler om hjelpen de får i møte med det norske helsevesenet. Møter med kunnskap om asylsøkerne trengs slik at helsepersonell kan hjelpe asylsøkerne på en verdig måte som igjen kan bidra med å se sterke sider hos personer som sliter med psykiske helse, som trenger ekstra støtte (Brunvatne, 2006, Helsedirektoratet.no). Jeg mener på bakgrunn av studiefunnet kan Empowerment-prosessen gi asylsøkerne større styrke til å mestre sykdom, der det forutsetter en arena fri for bruk av makt, men asylsøkernes egne verdier og ressurser står i fokus Antonovsky. 2012. Asylsøkerne kommer fra det Asia, der autonomi har helt annet ståsted enn det vestlige. Store, eldre, mest kunnskapsrike bestemmer over de yngre, fattige og folk med lav utdanning (Hansen, 2005)

Informantene savner å få en klarhet i deres livssituasjon. Det må gjøres begripelig nok for asylsøkerne om hvilken behandling/oppfølging han/hun skal få. Jeg mener at rammen er viktig for å kunne forstå. Viktig å gi et bilde på hva som skal skje eller hvilken tjeneste som skal ytes. Asylsøkerne sliter med mye som kan hindre dem til å søke hjelp, for eksempel språket, motivasjon, håpløshet over deres situasjon (Jakobsen, Sveaass, Johansen, Skogøy, 2007). Det er derfor det kreves ekstra kjennskap til asylsøkernes kultur av helsepersonell, mottaksansatte eller offentlige personell som kommer i kontakt med dem. Det er viktig å bruke god tid til å gi informasjon om behandlingsplan, dagsplan, ukeplan eller månedlig kalender. Oppfølgingen må gjøres forutsigbar for personen. Helsepersonell kan hjelpe til, slik at asylsøkerne kan ta kontroll over eget livet, bli en aktiv aktør, selv om en sliter med psykiske lidelser. Asylsøkerne vil ha hjelp til å finne ut hva som er viktig i livet, Verdier, leveregler og levesett. Viktig å tilrettelegge og legge planer for asylsøkerne og ikke minst prioritere planene fremover.

Mennesker håndterer livssituasjonen veldig ulikt og noen trenger veldig mye hjelp mens andre trenger litt, derfor mener jeg at asylsøkernes håndterbarhet for å leve med deres psykiske uhelse er viktig (Antonovsky, 2012). Informantene oppleves ulikt, noen er i stadier der de trenger hjelp til alt, mens andre trenger hjelp til noe. Asylsøkerne må lære å ta opp noe av det han/ hun har mistet, sosiale ferdigheter, tidligere interesser, dagliglivsferdigheter,

skole/ arbeid og familie/ sosialt nettverk, kultur og fritid. Få nødvendig støtte i det daglige, DVS både selv be om hjelp og å bli tilbudt nødvendig hjelp for å klare hverdagen.

Asylsøkerne kommer fra en annen kultur som er annerledes om grensesetting enn det man ser i vesten, men de kan lære å sette grenser for seg selv, i forhold til venner, og folk de omgår. Det er viktig å lære personen å be om hjelp ved tilbakefall av sine psykiske lidelser. Mange av asylsøkerne har nesten gitt opp livet, grunnet det som allerede nevnt ovenfor. De trenger å oppleve mening i livet sitt for mestre det minste. Asylsøkerne lever under strenge omstendigheter med tanke på den usikre framtiden de lever i. Meningen handler først og fremst om at personen skal sees, anerkjennes og verdsettes. Selvfølelsen skal styrkes. For å gi den hjelpen hver og en av dem trenger er man nødt til å finne ut hva den enkelte personen liker å gjøre, hva det er som gjør dem motivert og glad. Positive opplevelser gir motivasjon for å gå videre. For at mennesker skal ønske seg noe i livet, må de få en smak av det (Makarenko, 1988).

Medinnflytelse i hverdagen er viktig motivasjon. Asylsøkerne er ekspert på seg selv og har viktig kunnskap om sitt eget liv. For å gi psykisk hjelp til asylsøkere trengs engasjerte behandlere som kan videre skape engasjement hos dem, og skaper motivasjon til å gå videre. Formidling av fremtidshåp vil være vesentlig for meningsfullheten. Alle mennesker hører til et sted. Det å bidra til at individet bevarer sine viktige relasjoner, roller og tilhørighet er uhyre viktig for å gjøre livet meningsfullt (Antonovsky, 2012). Asylsøkerne har opplevd og tapt så mye at de trenger å få kjenne til verdier som er grunnleggende for å tenke positiv igjen, og det er blant annet kontroll på indre følelser, sosiale relasjoner. Ulike indre og ytre faktorer som fysiske, psykologiske, åndelige, kulturelle, økonomiske, sosial støtte og egoidentitet må vinnes tilbake for å ha en god psykisk helse blant asylsøkerne. Det kommer helt fram hos asylsøkerne at de mangler det meste av godene som er nevnt ovenfor. Sosial støtte og egoidentitet defineres som de mest avgjørende mestringsressurser blant asylsøkerne. Asylsøkerne ønsker at de en dag i framtiden kan bli selvstendig, og den dagen de mestrer ting selv alene, vil det gi dem et verdig liv framover. Asylsøkerne er opptatt av grunnleggende følelser som blant annet selvstendighet, følelse av egenverd, opplevelse av kontroll over eget liv, bli klar over å lære og ta i bruk egne ressurser i et nytt miljø og nytt samfunn (Antonovsky, 2012).

8.0 Konklusjon

Dette studiet har vært et langt prosjekt for meg og jeg har gjennom mange år tenkt å få sjansen til å realisere det til virkelighet. Det føles veldig godt etter å ha klart gjennom dette studiet sette fokuset på asylsøkere som er veldig sårbare og ofte glemt uansett hvor de holder til. Ikke minst at et utvalg av asylsøkere har talt om sitt ståsted og bidraget deres har vært fenomenalt for studiets videre forskning. Gjennom innledningen og drøftingen har jeg løftet opp viktigheten av helsepersonells kunnskap om asylsøkerne opplevelse av psykisk helse og faktorer som påvirker deres psykiske helse som en viktig del for videre forskning.

Asylsøkernes tilværelse uten sosial støtte og lange ventetider på asyl er viktige funn i studiet. Det som viser seg i studiefunnet er at asylsøkernes psykisk helse er avhengig av deres Kultur, hvor integrert de er i det norske samfunnet, men Usikkerhet om framtiden og Tapsfølelse fra fortiden er også faktorer til å slite psykisk. Disse faktorene som er nevnt ovenfor er viktige å forske videre på, for å få en god forståelse av asylsøkernes psykisk helse.

Mitt håp og ønske er å sette fokus på at vi mennesker på mange måter er ulikt, men også likt når det gjelder grunnleggende behov. Jeg har referert gjennom studiet over tidligere forskning og det har blitt gjort en god del for å sette fokus på asylsøkernes opplevelse av psykisk helse. Jeg er også enig med tidligere forskningskonklusjon at vi har en lang vei igjen for å skaffe nok tilfreds kunnskap til å møte asylsøkerne på verdig premisser. Det har vist seg at studiets funn er noe lik resultatet av tidligere forskning, men det har også kommet fram en del nye funn som man kan forske ytterligere på i framtiden. Jeg håper at min studie ikke bare setter fokus på asylsøkerens psykisk helse men generelt deres tilhørighet og plass i samfunnet.

9.0 Litteraturliste

1. Alberdi, F. (2002). Migration, psykisk lidelse og forandring. I: Alberdi, F., Nørregard, C., Kastrup, M. & Kristensen, M. (eds.) *Transkulturel Psykiatri*. København: Hans Reitzels forlag.
2. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.
3. Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen; til norsk ved Ane Sjøbu*. Oslo: Gyldendal akademisk
4. Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask; på dansk ved Amnon Lev*. København: Hans Reitzel Forlag
5. Berge, G. (2011). *I velferdsstatens venterom*. Avgitt til Justis- og politidepartementet, Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
6. Bastøe, L-K. H. (2004). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: Mekki, T. E. & Pedersen, S. (red.) *Sykepleieboken 1*. Akribe AS.
7. Blom, S. (2004). Holdninger til innvandrere og innvandring. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Avdeling for personstatistikk/Seksjon for demografi og levekårsforskning.
8. Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Gyldendal Norske Forlag AS, 1.utgave, 1. Opplag 2006.
9. Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug
10. Dalland, O. (2002). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

11. De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., Masri, M. E., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundaram, D. (2001). *Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings*. *The Journal of the American Medical Association*, 286(5), 555-562.
12. Drangslund, Ellingsen, Hilde, Karlsen (2010). *Asylmottak og lokalsamfunn*. Kristiansand, Agderforskning.
13. Eriksen, T.H, Sørheim, T.A (2003). *Kulturforskjeller i praksis – perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
14. Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review*. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
15. Foss, C., Ellefsen, B. (2005). *Helsetjeneste-forskning- Perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
16. Friis, S., & Vaglum, P. (2002). *Fra idè til prosjekt- en innføring i klinisk forskning, 2. utg.* Oslo: Tano og Aschehoug.
17. Gadamer, H.G. 2010. *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk; oversatt av Lars Holm-Hansen; [innledning ved Espen Schaaning]*. Oslo: Pax.
18. Graneheim, U. H., Lundmann, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education today*, 24, ss. 105-112.
19. Hanssen, Ingrid. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo. Gyldendal akademisk.

20. Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
21. Hummelvoll, J. K., Barbosa da Silva, A. (1996). *Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den den psykiatriske sykepleiers livsverden i kommunehelsetjenesten*. *Vård i Norden* , ss. 16: 25-32.
22. Høye, Severinsson. 2009. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study.
23. Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern. Hermeneutisk metode, søskens opplevelse, pårørendesamarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
24. Kristoffersen, N. J. & Breivne, G. (2005). *Lidelse, håp og livsmot. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
25. Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
26. Kvale, S. (1984). *Om tolkning av kvalitativ forskningsintervju*.
27. Larsen, B, I. (2010). *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente*. 06/2010. Helsedirektoratet Avdeling minoritetshelse og rehabilitering (Postmottak 6020PHMR)
28. Makarenko, A. (1988). *Vejen til livet / Anton Makarenko; oversatt av Ragna Grøngaard*. København: Sputnik.
29. Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.

30. Norvoll, R. (2002). *Gap mellom utdanning og yrke*. Tidsskriftet Sykepleien.
31. Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse*. Samfunnsvitenskapelige perspektiver. 1. Utgave, 1. Opplag 2013. Gyldendal Akademisk
32. Olsson, H og Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver. til norsk ved Gunnar Bureid*. Oslo : Gyldendal akademisk
33. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke E. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp – samfunn*. Gyldendal Norske Forlag AS, 1.utgave, 1.opplag.
34. Smith, Lars. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
35. Snoek, J. E., & Engedal, K. (2009). *Psykiatri*. Trondheim: Akribe.
36. Sveaass N. & Johansen L.E.E. (2006). Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktningers møte med psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 43 (12):1282-91.
37. Thapa, S.B., Hauff, E. (2005). *Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries*. Oslo: health study. *Psychiatric epidemiol* 40: 78-84
38. Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
39. Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
40. Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
41. www.ettikom.no

42. www.Helsedirotoratet.no
43. www.kunnskapscenteret.no/Publikasjoner/_attachment/1158?_ts=11a8266c042&download=true
44. www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/PsykiskHelseMottak.pdf
45. www.ssb.no
46. www.samfunnsforskning.no/content/download/30802/621181/file/R_2010_14%20web.pdf
47. Varvin, S. (2003), Flukt og eksil. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Registrere ut fra observasjon: Kjønn: Mann Kvinne

Hvor gammel er du?

Har du familie eller er du alene her i landet?

1. Føler du deg frisk fysisk eller har du noen fysiske skader?

- Da mener jeg om du har smerter i kroppen.
Egen notat: For det kan framskaffe psykiske lidelser.

2. Kan du fortelle meg om hva psykisk helse er for deg?

A. Hva er god psykisk helse for deg?

B. Hva er dårlig psykisk helse for deg?

3. Hvordan opplever du å bo i eksil adskilt fra din familie?

4. Kan du fortelle litt om hvordan det er å leve i eksil uten asyl?

A. Føler du livet her i landet uten asyl har påvirket din psykiske helse?

B. Vil innvilgelse av asyl påvirke din psykisk helse?

5. Hvordan var din psykisk helse før du kom hit?

- A. Opplever du at din psykiske helse per i dag er et resultat på hvordan du har hatt det før eller det er andre opplevelser her i landet som er grunnen?

6. Kan du fortelle hva som må til for at du skal oppleve at du får en god psykisk helse?

7. Kan du fortelle litt om din økonomiske situasjon, og eventuelt dens påvirkning på din psykiske helse?

Egen notat: da mener jeg hvilke ulemper dine økonomisk situasjon kan ha for din psykisk helse!

8. Hva innebærer håp for deg, og hva er det viktigste du håper på i din situasjon som asylsøker?

Jeg kommer i tillegg til å bruke Kvaales intervjumetode ved å bruke korte tilleggsspørsmål gjennom intervjuet dersom det blir behov for det.

Vedlegg 2

Forespørsel om å være med i undersøkelse om psykisk helse blant asylsøkere.

Jeg er en sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og er student på Høgskolen i Hedmark. Jeg holder på Master i psykisk helsearbeid. I denne forbindelsen ønsker jeg å rette denne forespørselen til utvalgte asylsøkere som er kurdere/iranere/afghanere med persisk som morsmål. Undersøkelsen går på psykisk helse blant asylsøkere.

Helsemyndigheter i landet ønsker at alle som befinner seg i landet skal få den omsorgen det trenges. I denne forbindelsen ønsker jeg å spørre deg om opplevelse av din psykiske helse, og eventuelt hvilken hjelp er å få der du oppholder deg.

Hvordan undersøkelsen foregår?

I denne undersøkelsen vil du bli spurt om hvordan du har det eller hvordan har hatt det. Du vil få denne informasjonsarket med en samtykkeark på ditt eget språk der du skal undertegne for å være med i undersøkelsen. Etter det vil det bli satt opp tid til individuelt intervju cirka 1 til 1 ½ time. Dere som blir intervjuet vil ikke trenge tolk, ettersom intervjueren kommer til å intervju dere på deres eget språk. Intervjuet vil foregå der du selv ønsker frivillig. De som har lesevanskeligheter vil få tilbud av meg til å lese høyt gjennom informasjonsarket og samtykkearket slik at de er innforstått med hva undersøkelsen innebærer.

Hva skjer med svarene du gir?

Hver deltaker vil få et annet navn/nummer, og gjennom intervjuet vil ikke ditt navn bli nevnt. Jeg som er den eneste som er knyttet til prosjektet er underlagt taushetsplikt. Alle data vil bli oppbevart forsvarlig, slik at det blir bare meg som intervjuer og min veileder som får tilgang til det. Alle sammenhenger hvor svarene dine blir brukt (publiseringer eller lignende) vil svarene være anonymiserte og ingenting vil kunne spores tilbake til deg.

Hensikten med dette prosjektet og svarene du/dere gir vil gjøre det mulig å lære mer om psykisk helse hos asylsøkere. Dette er viktig kunnskap som vil kunne bidra til å skape et bedre helsetilbud til asylsøkere i Norge. Prosjektet er blitt vurdert av NSD/ Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

De som har sagt seg villige til å delta i undersøkelsen vil bli spurt om hendelser som det kan være vanskelig å snakke om. Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan trekke deg fra denne når som helst uten at du trenger å begrunne dette nærmere. Jeg vil gjøre deg oppmerksom på at din deltagelse i denne undersøkelsen har ingen innvirkning på din asylsøknad eller tilgang til helsehjelp for øvrig. Dette prosjektet vil bli finansiert privat av meg selv.

Prosjektlederen kan kontaktes ved eventuelt henvendelser om prosjektet mandag-fredag klokken 09:00-15:00.

Chia Kermashani
Sykepleier/Master-kandidat
Institutt for sykepleie og psykisk helse
Høgskolen i Hedmark
Mobtlf 41574211
E-post: fatimachia@hotmail.com

Prosjektleder/veileder:

Sevald Høye
Førsteamanuensis
Høgskolen i Hedmark
Terningen Arena, Hamarveien 112
2418 Elverum
Tlf: 62430202
E-post: sevald.hoye@hihm.no

Vedlegg 3

SAMTYKKE-ERKLÆRING

Jeg har lest informasjonen om min deltagelse i undersøkelsen 'psykisk helse blant asylsøkere', og erklærer med dette at jeg frivillig deltar i spørreundersøkelsen. Jeg gir mitt samtykke til at jeg kan bli kontaktet og intervjuet i forbindelse med dette prosjektet.

.....

Sted og dato

.....

Underskrift

Vedlegg 4

norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hatalet Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Sevald Høye
Institutt for sykepleie og psykisk helse
Høgskolen i Hedmark
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 07.03.2013

Vår ref:33447 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33447	<i>Psykiske lidelse hos asylsøkere</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Sevald Høye</i>
Student	<i>Chia Kermashani</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Chia Kermashani, Strømsveien 55, 2010 STRØMMEN

5

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 33447

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Ombudet bemerker at informasjonsskrivet og prosedyrene rundt formidling av forespørsel virker god og gjennomtenkt.