

Waali - ulike grader av galskap

Galskap som fenomen i norsk-somalisk miljø – en kvalitativ studie



Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering: psykisk helsearbeid

Masteroppgave 30 studiepoeng

Student Asmaa Jama

Veileder Kristine Rørtveit

Dato 11.11.2017

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2017

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Asmaa Jama

VEILEDER: Kristine Rørtveit, førsteamanuensis, Universitet i Stavanger.

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Waali - ulike grader av galskap

Galskap som fenomen i norsk-somalisk miljø - en kvalitativ studie

Engelsk tittel: waali - Different degrees of madness

Madness as a phenomenon in the Norwegian-Somali environment - a qualitative study

EMNEORD/STIKKORD: mental helse Somalia, psykiske lidelser Somalia, norsk-somaliere og psykisk lidelser, kultur, transkulturell omsorg, stigma,

ANTALL SIDER: 62

STAVANGER: 11.11.2017

Forord

Mitt mastergradsløp har vart i 4 år og har vært utrolig spennende. Jeg har kombinert studiet med mitt arbeid innenfor psykisk helsearbeid i kommunal sektor, som psykisk helsearbeider. Jeg ønsker å takke alle de syv informantene som lot seg bli intervjuet og har gjort det mulig for meg å skrive min masteroppgave. Jeg hadde ikke klart å holde motivasjonen oppe uten min fantastiske mann Mahad, takk for all støtte og tålmodighet. Jeg ønsker å takke min veileder Kristine Rørtveit som har gitt meg mange gode råd på veien, hjulpet meg ut av frustrasjonsanfallene, fortvilelse og som har brukt både tid og krefter på meg. Og sist, men ikke minst ønsker jeg å takke mine nærmeste venner som har holdt ut med meg og som alltid oppmuntret meg til å fortsette.

Etter å ha skrevet ferdig denne masteroppgaven sitter jeg igjen med følelse av takknemlighet, ydmykhet og troen på egen vilje og pågangsmot. Det som virket umulig å få til, til tider, er nå komplett og forseglet. Jeg klarte det.

*” Psykiatrien er en ung gren av den medisinske vitenskap,
og det er ikke mer enn 100-200 år siden det vi i dag kaller psykiatriske sykdommer,
ble oppfattet som besettelse, synd eller umoral”*

Odd Steffen Dalgard, psykiater

Stavanger 11.11.2017

Asmaa Jama

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	8
1.1 Somalia – kort historisk kontekst	8
1.2 Somalias psykiske helsesituasjon.....	8
1.3 Somaliere i Norge	9
1.4 Psykisk helse og uhelse	10
1.5 Psykisk lidelser og den tradisjonelle somaliske forståelsen	11
1.6 Bakgrunn for valg av problemstilling og min forforståelse.....	13
1.7 Studiens hensikt og mål	14
1.8 Problemstilling og forskningsspørsmål	14
1.9 Begrepsforklaring	15
2.0 Relevant tidligere forskning og teoretisk rammeverk	16
2.1 Tidligere forskning	16
2.2 Teoretisk rammeverk.....	19
2.2.1 Kultur	19
2.2.2 Transkulturell omsorg	20
2.2.3 Stigma	21
2.2.4 Kjølvannet av stigmatiseringen	23
3.0 Metode	24
3.1 Metode – veien til målet	24
3.1.1 Kvalitativ metode	24
3.2 Datainnsamling.....	25
3.2.1 Utvalg og rekruttering av informanter.....	26
3.2.2 Presentasjon av informantene	27
3.2.3 Intervjuguide.	27
3.2.4 Intervjusituasjonen	28
3.3 Analyse – kvalitativ innholdsanalyse	28
3.3.1 Analyseprosessen	29
3.4 Studiens troverdighet	32
4.0 Forskningsetiske overveielser	34
4.1 Formaliteter og tilgang til feltet	34
4.2 Etske overveielser	34

4.3 Forskerrollen	35
5.0 Resultatdel	37
5.1 Måten å forstå psykiske lidelser på	37
5.2 Begrepsbruk - galskap og waali.....	39
5.3 Ingen snakker om psykiske lidelser	41
5.4 Oppsøker ikke psykisk helsetjenester – en runde dans	42
5.5 Lite tro på medisinsk behandling	44
6.0 Diskusjon	46
6.1 Synet på psykiske lidelser	46
6.2 Synet på mennesker med psykiske lidelser	49
6.3 Synet på å motta hjelp for psykisk lidelse	50
7.0 Konklusjon	56
7.1 Waali – ulike grader av galskap.....	56
7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	57
8.0 Referanser	59

Vedlegg 1: Intervjuguide – 1 side

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD – 2 side

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring – 2 sider

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I det somaliske språket finnes det ikke medisinske termer som dekker biomedisinske begreper som ”psykisk lidelse” eller begreper som angst, depresjon, bipolar og schizofreni, som uten videre kan oversettes direkte i en terapeutisk sammenheng. Ordet waali, som direkte oversatt betyr ”gal” er brukt om psykiske lidelser.

Mål: Målet med studien er å undersøke og bringe frem ny kunnskap om norsk-somalierens holdninger og oppfatninger til psykiske lidelser.

Problemstilling: Hvordan beskriver norsk-somaliere sine holdninger til psykiske lidelser?

Metode: Dette er en kvalitativ studie, hvor semistrukturerte dybdeintervju har blitt anvendt som metode for datainnsamling. Utvalget er strategisk og består av syv informanter fra Somalia. I analysen av datamateriale ble kvalitativ innholdsanalyse benyttet som analysemetode.

Funn: Funnene er presentert under studiens hovedtemaet ”waali – ulike grader av galskap” der forskningsspørsmålet blir besvart og studiens problemstilling belyst. Studiens funn viste at norsk-somaliere har en annen oppfatning om psykiske lidelser enn den vestlige tradisjonelle forståelsen. Psykiske lidelser er nært knyttet til Gud, ånder og det onde øye. Studien viste at somaliere har et begrenset begrepsapparat, begrepet waali blir generelt brukt om psykiske lidelsene. Psykiske lidelser blir gradert i ulike nivåer ut i fra alvorlighetsgraden, psykose er på det høyeste nivå av galskapens nivå. Personer som har psykisk lidelser blir omtalt som gale. I studien har det fremkommet at psykiske lidelser forbindes med stigma, noe som er medvirkende årsak til at norsk-somaliere lite grad oppsøker psykisk helsetjenestene for behandling.

ABSTRACT

Background: In the Somali language, there are no medical terms which covers biomedical concepts as “mental disorder” or concepts as anxiety, depression, bipolar and schizophrenia, which can easily be translated directly in a therapeutic context. The word “waali” which directly translated means “mad” is used for mental disorders.

Aim: The goal with this study is to research and to bring forth new knowledge on Somali-Norwegians attitudes and conceptions to mental disorder.

Problem statement: How do Norwegian-Somalis describe their attitudes to mental disorders?

Method: This is a qualitative study in which semi-structured depth interviews have been used as a method of data collection. The committee is strategic and consists of seven informants from Somalia. In the analysis of data, qualitative content analysis was used as the analytical method.

Result: The findings are presented during the study, the main topic "waali - different degrees of madness", where research question is answered and the problem is highlighted. The findings of the studies showed that norwegian-somalis have a different perception of mental illness than western traditional understanding. Mental disorders are closely related to God, spirits and evil eyes. The study also showed that Somalis have a limited concept of mental health disorders. The term "waali" is generally used for mental illness. People who have mental disorders are referred to as mad. Mental disorders are graded in different levels based on the severity; psychosis is at the highest level of madness level. People who have mental disorders are referred to as mad. In the study, it has been found that mental disorders are associated with stigma, which is contributing to the fact that most norwegian-somalis do not seek mental health services for treatment.

1.0 INNLEDNING

1.1 Somalia - kort historisk kontekst

Somalia er en islamsk republikk som ligger i Øst-Afrika mellom to hav, Rødehavet og Det indiske hav. Somaliere har tradisjonelt sett vært et nomadefolk som har bebodd store områder av Afrikas horn som i dag utgjør Somalia, Djibouti, Kenya og det østlige Etiopia. Det somaliske folk har sterk etnisk identitet, det vil at somaliere uansett hvor i verden de er født, bor eller hvilke pass de har, vil de først og fremst identifisere seg med sin etniske tilhørighet og hevde å være somaliere. Det som knytter somaliere sammen og som gir dem en felles etnisk identitet er felles språk, felles religion og felles kulturarv, nomadekulturen som er arvelig betinget (Nes, Skoug og Strømstad 2005).

I 1960 ble Somalia selvstendig etter kolonisering (f.o.m 1880-tallet) av Storbritannia i nord og Italia i sør. De første 9 årene etter koloniseringen fungerte Somalia som en demokratisk republikk, men i 1969 tok diktatoren Siyad Barre makten i et kupp og innførte et autoritært regime som førte landet inn i krig med nabolandet Etiopia i 1977 som Somalia tapte. Borgerkrigen i Somalia begynte først i nord og senere i sør i 1991, samme år som Siyad Barre styrtet og døde (Nes, Skoug og Strømstad 2005). En ødeleggende borgerkrig som landet ikke har klart å komme seg ut av, en borgerkrig som har vært kontinuerlig siden 1991 og som har drevet 1,2 millioner somaliere over landegrenser som flyktninger (Globalis 2015). Mange somaliere har opplevd krig og annen organisert vold som juling, tortur, voldtekt og har vært vitne til forferdelige vold mot familie eller venner (WHO 2011). De første flyktningene fra Somalia kom til Norge i 1978, utover på 1980-tallet kom det stadig flere politiske flyktninger og da borgerkrigen i Somalia brøt ut økte antallet asylsøkere betydelig i 1990-tallet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2009).

1.2 Somalias psykiske helsesituasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) jobber for å bedre helsetilstanden til verdens befolkning og fastslår at det er en menneskerett å ha tilgang til rimelige helsetjenester (FN-sambandet). På grunn av årelang konflikt, utbredt fattigdom og hyppige tørkekatastrofer er folkehelse og standarden på helsetjenester i Somalia blant de dårligste i Afrika sør for Sahara (WHO 2010). WHO har produsert en analyse av landets psykiske helse situasjonen. Psykisk helse har vært og er fremdeles en underfinansiert og neglisjert sektor i Somalia. Det er manglende midler på grunn av dårlig tildeling av

ressurser og hele byrden av psykiske syke er overlatt til familien og dermed til lokalsamfunnet. Det er anslått at utbredelsen av psykiske lidelser i Somalia er høyere enn i andre lavinntekt og krigsherjede land. En av tre personer er eller har vært rammet av en psykisk lidelse. Det er mange faktorer som kan forklare den høye frekvensen, som generelle usikkerhet som fortrenghing og vold, krigstraumer, fattigdom, arbeidsledighet og rusmisbruk (WHO 2010).

Mennesker med psykiske lidelser blir stigmatisert, diskriminert og sosialt isolerte. Nedverdiggende og farlig kulturpraksis som å tilbakeholde psykiske syke med kjettinger er ikke bare utbredt, men også sosialt og medisinsk godkjent (WHO 2010). Tradisjonelle healere spiller en viktig rolle, men de er ikke medisinsk involvert i noen reell rehabilitering av pasienter. Ingen lovgiving, retningslinjer eller styringsmekanismer er på plass i noen av regionene av landet, noe som fører til en kontekst hvor menneskerettighetene brytes og fremfor alt akseptert (WHO 2010). Psykisk helsevern i Somalia er minimal, det er mangel på riktig utstyr og geografisk dekkningen er begrenset for å ta alle behovene i landet. Åtte psykiatriske sentre ble rapportert å eksistere i hele Somalia. Disse sentrene har alle ulike funksjoner og tilbyr ulike tjenester i henhold til områdene, personalets kvalifikasjoner og omfanget av støtte fra eksterne. Polikliniske tjenester er tilgjengelig i syv av de åtte sentrene. Lengden på innleggelsesoppholdet varierer. Det er rapportert at folk har oppholdt seg fra en periode på tre uker opp til 18 år (WHO 2010).

Tilgjengeligheten på de essensielle legemidlene for medisinsk behandling og for å håndtere de mest akutte og aggressive tilfeller er svært begrenset i de psykiatriske sentrene. Det er også store utfordringer når det gjelder kapasiteten på helsepersonell som kan foreskrive legemidler og forsvarlig bruk av disse. Disse legemidlene er tilgjengelige på uregulerte private markedet, men kvaliteten er tvilsom og det er derfor ingen garanti for at medisinene har effekt. Det er rapportert at det er kun tre autoriserte psykiatere som er i arbeid i de psykiatriske sentrene, men er deres profesjonelle bakgrunn ikke er opp til internasjonal standard (WHO 2010).

1.3 Somaliere i Norge

Ferske tall fra SSB viser at det er over 36000 personer med somalisk bakgrunn i Norge pr. januar 2016. De er den tredje største innvandrergruppen etter polske og svenske (Statistisk Sentralbyrå 2016). Somaliere er en relativt ny innvandrergruppe i Norge,

omslag halvparten har bodd mindre enn 5 år i landet. De fleste som kommer til Norge er under 40 år og med så stor andel av unge personer i den innvandrerguppe samt hyppige barnefødsler vil den somaliske befolkningen øke i årene framover (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2009).

I følge Djuve og Kavli (2000, s. 71) utgjorde somaliere den gruppen flyktninger som hadde størst hyppighet av nervøse lidelser av de fire flyktninggruppene som deres undersøkelse omfattet. I en annen studie av levkår blant flyktninger i Norge (Djuve og Hagen 1995, s. 88) fremkommer det at somaliere er en av seks flykningsgrupper med høyest andel psykiske problemer samtidig som de ikke oppsøker hjelp. Disse problemene kan forklares av ulike faktorer, og i den samme levkårsundersøkelsen oppgir somaliere selv arbeidsløshet og mangel på annen sysselsetting som mest utslagsgivende. En annen forklaring på den høye hyppigheten av psykiske problemer hos somaliere er den ensomheten det å leve i diaspora med spredning av familien i flere kontinenter. En annen medvirkende faktor til den høye forekomsten av psykiske problemer kan være vanskeligheter i å ivareta relasjonen til og plikten til å hjelpe nære familiemedlemmer, mangel på sosialt nettverk og tilpasningsproblemer i det nye gjennomorganiserte vertslandet (Hjelde 2008). Migrasjon ser også ut til å øke risikoen for psykiske lidelser for voksne innvandrere fra ikke vestlige-land, særlig for angst og depresjon (Hummelvoll 2012).

1.4 Psykisk helse og uhelse

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet. Helse er ikke noe man enten har eller ikke har, en statisk tilstand, men noe man må arbeide for å beholde og/eller å forbedre, en bevegelse (Hummelvoll 2012). Antonovsky (2013) definerer helse som et kontinuum, grader av helse, der man kan bevege seg i retning mot høyere grad av helse på et kontinuum der den ene polen utgjør høy grad av helse og den andre lav grad av helse. Grad av mestring, helse og livskvalitet vil avhenge av hvordan mennesket opplever virkeligheten. Det vil si at man kan oppleve å ha god helse selv om man ikke er fri for symptomer og plager. Det motsatte vil være å klassifisere mennesker som syke eller friske, hvor man defineres som frisk ved god helse og fravær av sykdom. Det salutogene perspektivet fokuserer på de faktorer som bringer personen så nær helse- og velværesiden som mulig (Antonovsky 2013).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert god psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand og ikke bare fravær av sykdom og vansker. Sammenfattet kan man si at god psykisk helse synes å være menneskets oppfatning om og forholdet til seg selv og andre mennesker, evnen til å arbeide og evnen til å mestre livets normale påkjenninger (Hummelvoll 2012).

Den amerikanske sykepleieren og antropologen Pasquali (1989) definerer psykisk lidelse slik;

...psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig enkel måte (Hummelvoll 2012, s. 30).

Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte, eller som på annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet i sine omgivelser. Tilstanden(e) kan komme brått og gå over en viss tid eller utvikle seg gradvis og kan vedvare lang tid (Haugsgjerd et al. 2012). Begrepet omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Psykiske lidelser har en negativ innvirkning på personens liv, alt fra opplevelsen av å ha mistet rollen som medborger med tilbørighetsfølelse i samfunnet, bli diskriminert, føle ensom og isolert, og at man ikke mestrer hverdagslivets utfordringer. Psykiske lidelser kan medføre en betydelig redusert funksjonsevne i hjem og skole/arbeid og tap av livskvalitet (Ulland, Thorød og Ulland 2015). Psykisk uhelse er noe alle kan erfare i ulike sammenhenger, livsfaser og livssituasjoner, og ikke noe som kun rammer spesielle mennesker. Det finnes ingen garanti om at ikke du eller jeg ikke kan oppleve depresjon, mani, psykose eller angst (Karlsson og Borg 2013).

1.5 Psykiske lidelser og den tradisjonelle somaliske forståelsen

Psykiske lidelser er kjent for alle for mennesker i alle kulturer, men lidelsene får sine ytringsformer og årsaksforklaringer farget av det samfunnet og den kulturen de opptrer innenfor (Hummelvoll 2012). Mennesker er farget av den kulturen de lever i. Synet på psykiske lidelser hos en kultur er også med å forme de psykiske helsetjenestene.

Helsesystemet vil være preget av samfunnets kultur, historie og økonomi i vid forstand og utgjør en viktig del av overordnede kulturelle tenkemåter og systemer. Ved å bli kjent med kulturen, hvordan de psykiske helsetjenestene er bygd opp i Somalia, vil det bli lettere å forstå holdningene til psykiske lidelser i den somaliske befolkningen i Norge. Blom (2008) slår fast at andelen av befolkningen som rapporterer psykisk helseplager i Norge er størst blant personer med innvandrerbakgrunn. 19% av de med somalisk bakgrunn har i følge disse rapportene psykiske problemer. Samtidig er et underforbruk av de psykiske helsetjenestene blant somaliere (Hjelde og Fangen 2006).

I den somaliske kulturen har somaliere generelt tre ulike årsaksforklaringer på psykiske lidelser. I følge Slikkerveer (1990) ses psykisk lidelser som en tilstand som har med tro og relasjoner å gjøre, spesielt relasjonen til Gud, men også til ånder (jinn) og til andre mennesker, gjennom hekseri og det onde øyet. For mange er sykdom og lidelser prøvelse eller Guds straff for å ikke ha levd opp til Guds ord. Denne relasjonen til Gud er permanent kilde for forståelse av helse og sykdom, spesielt psykisk helse og uhelse. Relasjonen til jinn er sentralt i forståelsen av psykiske lidelser. Jinn kan være onde og har makt til å påvirke mennesker og gjør dem skade ved å ta bolig i personen dersom jinn blir sint eller såret og forårsake waali (galskap). Jinn må drives ut ved tradisjonell medisin som er å resitere koranen på personen for at personen skal bli helbredet. I den somaliske kulturen er relasjonen til og forpliktelser overfor andre mennesker svært viktige. Dersom relasjonen og forpliktelsene ikke blir ivaretatt kan det føre til psykiske tilstander som er preget av sterke emosjonelle følelser som kan føre til waali (galskap). Av alle sosiale relasjoner er relasjonen til egne foreldre viktigst og dermed også mest forpliktende. Manglende respekt, og omsorg for foreldrene kan medføre en forbannelse som kan bringe alvorlige lidelser, herunder psykiske lidelser (Hjelde 2007).

For de fleste somaliere er vanskeligheter og sykdom- og ikke minst psykiske lidelser uløselig knyttet til Gud. Det vil at Gud har gitt menneskene både friskhet og sykdommer, både gode og ikke så gode dager. Både helse og sykdom er i Guds hender. Det man i Norge ville oppfattet som psykisk lidelse, vil nødvendigvis ses som et medisinsk problem, men som et religiøst problem, skjebnebestemt av Gud. Av den grunn vil de fleste somaliere først henvende seg til Gud gjennom å resitere koranen eller få en Sheikh eller imam til å resitere (Slikkerveer 1990).

I følge Slikkerveer (1990) består medisinsk forståelsesmåte i Somalia av en sammensetning av tre hovedtyper medisin. Behandling basert på urter og trær, behandling basert på Islamsk religion og behandling basert på piller og sprøyter. Disse

kalles tradisjonell medisin, transisjonell medisin og moderne medisin. Tradisjonell medisin består av både av den relasjonelle medisinen som behandler forholdet til Gud, forholdet til ånder og forholdet til mennesker og den behandlingen som behandler sår, brudd og lignende med urter og med tradisjonelle mekaniske metoder som brenning. Transisjonell medisin er en type overgangsmedisin- som er verken tradisjonell eller moderne medisin, men apotekvarer som ofte er utvannet eller falske. Tradisjonell og transisjonell medisin er tilgjengelig over hele landet. Moderne medisin derimot som er autoriserte farmasøytiske preparater og biomedisinske helsetjenester er lite grad tilgjengelig. I den somaliske kulturen er ikke moderne medisin noe man tenker vil hjelpe eller helbrede psykiske lidelser (Slikkerveer 1990).

1.6 Bakgrunn for valg av problemstilling og min forforståelse

Temaet for denne masteroppgaven er knyttet opp mot holdninger mot psykiske lidelser i det somaliske miljøet i Norge. I det somaliske språket finnes det ikke medisinske termer som dekker biomedisinske begreper som ”psykisk lidelse” eller begreper som angst, depresjon, bipolar og schizofreni, som uten videre kan oversettes direkte i en terapeutisk sammenheng. Ordet waalli, som direkte oversatt betyr ”gal” er den eneste tilstand som anerkjennes som psykisk sykdom (Hjelde 2007).

Jeg er en kvinnelig sykepleier med somalisk bakgrunn. Jeg har interesse og engasjement for psykisk helsearbeid og jobber med mennesker som har psykiske lidelser. Jeg har lang erfaring innenfor psykisk helsearbeid og har jobbet både på i første og andrelinjetjeneste ved en stor norsk by. Jeg kjenner til hvordan mennesker med psykiske lidelser kan bli gjenstand for sladder og bli degradert og diskriminert i det somaliske miljøet. Dette er noe som har formet min forforståelse om at personer av somalisk opprinnelse med psykisk lidelser skjuler det. Jeg har erfart at de ikke ønsker at noen skal oppdage det og skjuler det for å unngå de negative holdningene de kan møte. Min forforståelse tilsier at somaliere har en annen type oppfatning av psykisk lidelser enn det som er den gjeldende vestlige forståelsen samt at de ikke bruker de psykiske helsetjenestene som finnes, på grunn av det synet om at man er ”gal” dersom man har psykiske lidelse. Dette kan medfører at flere norske-somaliere med psykiske lidelser ikke får den behandlingen og oppfølgingen de har behov for.

Alle grupper av befolkningen skal få tilbud om likeverdige helsetjenester, uavhengig av deres kulturbakgrunn, tro og tilhørighet. Denne retten er regulert av pasient- og brukerrettighets lov (2014-2015). Lovens formål er å bidra til å sikre

befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. For å kunne få likeverdig helsetjenester som majoriteten, må helsetjenestene tilpasses den nye gruppen av befolkningen. Det norske samfunnet blir mer flerkulturelt preget og det er klare kulturelle forskjeller i hvordan psykiske lidelser forstås og hvordan man forholder seg til helse, sykdom og ulike helseplager. I dette ligger en spesiell utfordring for helsetjenesten og for helsepersonell på mange måter.

1.7 Studiens hensikt og mål

For å kunne gi hensiktsmessig og tilpasset behandling og oppfølging er det behov for mer kunnskap om somaliernes reaksjoner og tankegang når det gjelder psykiske lidelser og behandling. I studien ønsker jeg å se på hvordan galskap som fenomen oppfattes hos personer fra et somalisk miljø, gjennom dybdeintervjuer om psykiske lidelser med hensikt å avstigmatisere psykiske lidelser hos personer med somalisk bakgrunn. Dette for å møte og se pasienten eller brukeren mest mulig ut fra vedkommende sin kulturelle bakgrunn og dermed kunne legge best mulig til rette for et passende behandlingstilbud.

Målet: Målet med studien er å bringe frem ny kunnskap om norsk-somalierens holdninger til psykiske lidelser

1.8 Problemstilling og forskningsspørsmål

Holdningene til psykiske lidelser blant den somaliske befolkningen er avgjørende for hvor åpne personer med psykiske problemer er om sin lidelse. Ingen ønsker å bli utestengt og stigmatisert og dersom kjennskap til deres psykiske lidelser fører til slike negative holdninger, har de ikke annen utvei enn å fortie og skjule det. Jeg ønsker å undersøke dette nærmere og gjennomfører denne studien som tar utgangspunktet i følgende tema ”holdninger til psykisk lidelser hos norsk-somalier”. Ut i fra dette ble følgende problemstilling formulert;

Hvordan beskriver norsk-somalier sine holdninger til psykiske lidelser?

Ut i fra valgt problemstillingen har følgende forskningsspørsmål kommet til syne:
Hvordan oppfattes psykiske lidelser og hvordan omtales mennesker med psykiske lidelser i den somaliske kulturen?

1.9 Begrepsavklaring

Holdning - En holdning er en oppfatning eller innstilling en person har. Holdning sitter gjerne dypere enn en mening. En mening kan lett endres, men den henger som regel sammen med de holdningene vi har. Holdninger utvikles i samspill med omgivelsene og påvirkes av erfaringene en gjør. Holdninger kan også være et resultat av opplevelser, erfaringer eller kunnskap. Holdninger kan endres gjennom bevisstgjøring. Endringen kan skje ved å bli bevisstgjort hvilke holdninger en selv har. Måten en oppfører seg mot en sak eller person er påvirket av holdningene en besitter med (Bostad og Paulsen 2010).

Førstegenerasjonsinnvandrere brukes i studien om personer som er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge (Eriksen 2001).

Psykiske lidelse - betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som for eksempel depresjon, ADHD, schizofreni eller bipolar lidelse (Hummelvoll 2012)

Kultur – er det som er lært, delt og overført- oftest noe forandret- til neste generasjon. Det som ligger i kultur begrepet er verdier, holdninger, normer, moralske koder og livsmåter som personer tilegner seg som medlemmer av samfunn eller i en enkelt gruppe (Hummelvoll 2012).

Stigma –et stigma består av de egenskapene som tillegges en person, og de stereotype oppfatningene man tillegger de som hører til i samme gruppe, eller har samme type diagnose. Stigma er negative forestillinger knyttet til en betegnelse, men det kan også være utstøting (Goffman 2009).

2.0 RELEVANT FORSKNING OG TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Tidligere forskning

For å undersøke hva som har blitt utført av forskning om dette temaet ble det foretatt et litteratursøk. Jeg har valgt litteratursøk på norsk gjennom universitets bibliotek, både alene og i samråd med bibliotekar gjennom deres tilgang til databaser som Google Scholar, Oria, Idunn, SveMed, Norart og Helsebiblioteket. I tillegg har jeg gjort litteratursøk gjennom Tidsskift for psykisk helsearbeid, Tidsskrift for Norsk psykologforeningen og Statistisk sentralbyrå. Følgende søkeord ble brukt, også kombinert; ”psykisk helse” AND somali, Psykiatri AND somali, Somalia psykiske, somaliere i Norge, psykisk helsearbeid AND somaliere, mental helse i Somalia, psykisk helse AND somaliere, somalisk, somalisk kultur. Annen litteratur er tilegnet gjennom kildehenvisninger i lest litteratur, diverse nettsider, samt litteraturtips fra masterseminarene, veileder og personer jeg har vært i kontakt med gjennom forskningsprosessen.

Resultater av aktuelle søk, resulterte i flere artikler og rapporter som omhandlet somaliere i Norge. På SveMed+ fikk jeg opp 6 artikler på søkeordet somalisk og med søkeordet somalisk AND psykisk helse fikk jeg opp kun en artikkel. Idunn ga 75 treff på artikler som omhandlet generelt om somaliere, søkeordet somali og psykisk helse derimot ga kun 4 treff. Søkeordet psykisk helse og somali ga 7 treff på Oria. Det endte med at jeg valgte 4 artikler fra søkeresultatet, da jeg ønsket forskning som var mer rettet mot min problemstilling. Artikkene som ble valgt er presentert under.

Somalierens forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil: betydningen av det relasjonelle (del I) (Hjelde 2007) & Somalierens forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil (del II): Konsekvenser for psykisk helsearbeid (Hjelde 2008)

Studien tok sikte på å undersøke somalieres egen forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i møte med de psykiske helsetjenestene i Norden. Artikkene tar opp hva oppbrudd, diaspora med splitting av familien samt livet i eksil betyr for somalierens forståelse og praksis når det gjelder psykisk lidelse og behandling. Disse to artikkene er bygget på intervju i samtaleform med seks somaliske menn og kvinner i Oslo og syv i Helsingfors, samt deltagende observasjon av fem fokusgruppediskusjoner

mellom seks somaliske menn i Oslo og intervjuer av helsepersonell innenfor ulike helsetjenester i Oslo. I studien ble det avdekket at forståelsen av psykisk lidelser og sykdomsatferd hos somaliere er knyttet til relasjonen til Gud, til jinn og til nære personer. For somaliere er det helt sentralt å være omgitt av nær familie, slekt og kjente personer de har godt forhold og tillitt til. Når en person får psykiske problemer er det hele familien som diskuterer tilfellet og hva man burde gjøre med den syke. Den syke går til anbefalt hjelp, men aldri alene, alltid fulgt av minst ett familiemedlem. For den psykiske helse vil det være av stor betydning at somaliere i eksil kan oppfylle sine sosiale, økonomiske og andre forpliktelser overfor nær familie, spesielt foreldrene og kjernefamilien. Å være i meningsfylt arbeid og aktiviteter som også gir økonomisk uavhengighet vil muliggjøre oppfyllelse av de forpliktelsene en har overfor sine familiemedlemmer. Forpliktelsene for en som er i eksil kan være å hjelpe/underholde familiemedlemmer der de befinner seg eller søke familieforening der loven gir rom for det. I tillegg er det av stor betydning at det er tilgang til kjent behandlingstilbud, religiøsmedisinske helbredere man har tillit til der man bor, noe som er ikke tilfellet når man bor i Norden. I eksil møter somaliere et helt annet og ukjent hjelpeapparat, samtidig som mange er uten sin familie og slektsnettverk til å råde og hjelpe dem. De psykiske helsetjenestene i Norden er ukjent for de fleste somaliere og forbindes med å være gal. Det å reise til hjemlandet for religiøs og eventuelt annen tradisjonell behandling er vanlig hos somaliere.

Oppfølging, respekt og empowerment - somalierens forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter (Hjelde og Fangen 2006)

Tross for dokumentert hyppighet i psykiske lidelser oppsøker somaliere i Norge i liten grad psykisk helsevesenet. Det er et faglig og etisk problem dersom somaliere ikke forstår den hjelpen de blir tilbudt og hjelperne ikke har kunnskap om somalierens reaksjoner og oppfatninger. På bakgrunn dette ønsket forfatterne av denne artikkelen å undersøke hvilken forståelse og praksis somaliere i eksil selv utviser når det gjelder å hjelpe andre somaliere i psykososiale vanskeligheter. Artikkelen undersøker også likhetene og forskjellene mellom somalisk støtte og praksis i eksil, og forståelsen og praksisen fra den norske velferdsstaten. Artikkelen presenterer elementer av de eksisterende norske psykiske helsetjenestene som støtter somaliske praksis og forståelser, og hvordan de kan brukes og styrkes enda bedre for å nå til somaliere som har behov for hjelp. For at somaliere skal få likeverdige og lovfestende helsetjenester

som majoritetsbefolkningen må hjelpetilbudet organiseres og tilpasses bedre. Rapporten viser at det er en grunnleggende gjensidig tillit mellom somalisk hjelper og de som mottar hjelpen. Hjelperer fungerer som toveis kunnskapsformidlere mellom somaliere og tjenestetilbudet. Psykoedukasjon er eksempel på formidling av viktig nyttig kunnskap til somaliere. Det fremkommer i rapporten at de helsetjenestene i Norge som nyter tillit, omtales positivt og oppsøkes i stor grad av somaliere er helstasjoner og legevakten. For mange somaliere er disse to helsetjenestene mest gjenkjennelig om måten det var organisert i Somalia, hvor man kom når man ville og satt og ventet på tur – ofte i lang tid. Somaliere i Norge vil ikke oppnå samme rettigheter og tjenestetilbud som majoritetsgruppen ved å holde på lik behandling på likt sted til likt tid. Tilpasning og organisering av tjenestetilbudet med sikte på å tilby fleksibilitet, respekt og empowerment kan sikre et likeverdig tjenestetilbud.

Oppsøkende arbeid blant pasienter med somalisk bakgrunn: Et prosjekt i psykisk helsevern i Oslo. Pilotprosjektet (Ayazi 2006) har avdekket at pasienter med somalisk bakgrunn som lider av alvorlige sinnslidelser vanskelig lar seg hjelpe av det ordinære behandlingssystemet. Prosjektet ble startet etter Tøyen DPS, politiet og Uteseksjonen (Oslo gamle bydel) ble oppmerksomme på en gruppe personer med bakgrunn fra Øst-Afrika/ Somalia som hadde psykiske vansker og som ikke var tilknyttet til DPS. Fra erfaringer hadde de også fått med seg at pasienter med bakgrunn fra Øst-Afrika ofte og raskere falt ut av behandlingen. Alle pasientene som deltok i prosjektet var menn. Prosjektet hadde to mål: å utrede behov for oppfølging hos denne pasientgruppen og å prøve ut en oppsøkende arbeidsmodell for å arbeide fleksibelt og tett mot et begrenset antall personer fra denne pasientgruppen. Psykolog og somalisk linkworker arbeidet tett sammen. Prosjektet konkluderte at det er behov for psykososial oppfølging av en gruppe personer med somalisk bakgrunn som vanskelig lar seg hjelpe av det ordinære behandlingssystemet. Det ordinære behandlingsapparatet på sin side hadde ofte lite kunnskap til denne målgruppens kultur. Ved å ansette helsepersonell med somalisk bakgrunn kunne de etablere kontakt, skape tillit og oppdage behov for psykologisk og psykiatrisk behandling hos denne gruppen pasienter. Etnisk match mellom behandler og pasient kan redusere underbruk av helsetjenester og gi bedre behandlingsresultat hos etniske minoriteter.

2.2 Teoretisk rammeverk

2.2.1 Kultur

Begrepet kultur er et mangetydig som begrep og det er vanskelig å gi en fullgod definisjon av begrepet. I ordet opprinnelige betydning (lat. cultura) står det for å dyrke eller å foredle. Begrepet er komplisert og benyttes i mange sammenhenger, ofte knyttes begrepet til verdier, regler og normer som gjelder for en gruppe mennesker, andre assosierer det med aktiviteter som dans, kunst, teater (Hummelvoll 2012).

Klausen (1992) definerer kultur slik;

Kultur er de ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den foregående generasjon, og som man forsøker å bringe videre – oftest noe forandre – til den neste generasjon (s. 27).

I denne studien benyttes begrepet kultur som det tillærte, mer eller mindre overførte og erfarte. På bakgrunn av slikt syn på begrepet kultur vil man påstå at man blir født inn i en kultur. Gjennom påvirkning, læring og erfaring vil man danne et personlig og identitetstilknyttet forhold til den kulturen man lever i, noe som er med å forme den enkeltes måte å oppfatte, forstå og handle i den virkeligheten man lever i. Dette er med i utviklingen av vår identitet og hvordan det spiller inn i våre liv, kan skje både bevisst og underbevisst (Hummelvoll 2012). Ut ifra den nevnte forståelsen av kultur, har mennesker en felles menneskelig bevissthet innenfor enkelte grupperinger og samhold, som språk, væremåte, tankemønstrene, vanene og erfaringene som gjør at de forstår hverandre. Kultur er noe alle mennesker har felles da alle mennesker er like kulturelle. På annen side er de ulike oppfatningene, ferdighetene, væremåtene, skikkene og tradisjonene, som mennesker har tilegnet seg som medlemmer av samfunn, forskjellig fra hverandre. Kultur viser til det kognitive, det lærte og symbolske aspektet ved menneskelivet der alle kulturer har koder for å oppfatte, tolke og skape sammenheng i livet og i hverdagen (Hummelvoll 2012).

Å immigrere til et fremmed land som informantene i denne studien har gjort vil medføre et kulturskifte (Hummelvoll 2012). I det nye landet møter immigrantene nye kulturelle ytringer og tilpasse seg etter disse. Her vil det nødvendigvis skje en kulturell endring der immigrantene vil skape noe nytt på grunnlag av den arven de hadde med seg og det nye de tar til seg i vertslandet. Gjennom samvær og samhandling med

majoriteten kan immigrantene lære nye verdier, trosoppfatninger og holdninger (Hummelvoll 2012).

2.2.2 Transkulturell omsorg

Madeleine Leininger er den første sykepleieteoretikeren som systematisk fokuserer på omsorg i et kulturelt perspektiv og er grunnleggeren av teorien Culture Care Theory. Leininger observerte det hun beskrev som kulturelt sjokk da hun jobbet som klinisk sykepleie i 1950-tallet på veiledningssenter for barn med vansker med mange kulturelle bakgrunner. I samarbeid med barna og deres foreldre identifiserte hun en grunnleggende mangel på kunnskap om barnas kultur (Leininger og McFarland 2005). Hun definerer kultur som en lært, delt og overført kunnskap om verdier, tro og livssyn i en enkelt gruppe, og som påvirker tanker, valg og handlinger på en bestemt måte eller i et bestemt mønster. Omsorg blir beskrevet som det lærte og overførte kulturelle måtene å bistå, støtte, aktivere og hjelpe mennesker om syke, friske eller døende, med medfølelse og respekt for å forbedre en tilstand eller hjelpe å møte døden eller funksjonshemming. Hun fastslår at omsorg er pleie og at omsorg er hjertet og sjelen i sykepleien (Leininger 1995, s. 9-10).

Leininger (1995) presiserer at en av de største utfordringene i sykepleie er å oppdage hvordan de sammensatte kulturelle faktorer kan gjøre en forskjell i å forstå andre og å gi meningsfylt og tilfredsstillende pleie og omsorg. Det vil si at kunnskap om den enkeltes kultur er nødvendig for å kunne tilpasse pleie og omsorg til brukerne. Basert på egen teori Cultural Care Theory utviklet hun transkulturell sykepleie, der hovedmålet er å tilpasse pleie og omsorg med pasientens kulturspesifikke forventninger og omsorgsbehov. Leininger (1995) definerer transkulturell sykepleie slik;
”Transcultural nursing is a formal area of study and practice in nursing focused upon comparative holistic cultural care, health, and illness patterns of individuals and groups with respect to differences and similarities in cultural values, beliefs, and practices with the goal to provide culturally congruent, sensitive, and competent nursing care to people of diverse culture” (Leininger 1995, s. 4).

Transkulturell sykepleie handler om å yte en helhetlig og hensiktsmessig omsorg på tvers av kulturer. Kompetanse til å bistå enkelt personer eller grupper for å opprettholde eller gjenvinne helse og livskvalitet og om å forstå, identifisere og respektere omsorgsforskjeller og likheter i ulike samfunn og kulturer. Kunnskap om

brukerens kultur vil hjelpe helsepersonell til få bedre forståelse for brukernes handlinger, holdninger, tankemønster og beslutninger, samtidig skal den som yter omsorg og pleie ha innsikt i egen kulturelle bakgrunn. Mangel på kunnskap om brukernes kultur kan medføre at behandlingen ikke blir like effektiv, at pasienten viser lite samarbeidsvillig og andre negative holdninger. (Leininger 1995). For å kunne tilegne seg kunnskap om brukernes kultur må den som yter omsorg være aktiv, observerende, lyttende og i tillegg skaffe seg bakgrunnskunnskap om den enkelte brukeren sin kultur. Leininger utviklet *Sunrisemodellen* som et verktøy i den transkulturelle sykepleien. Den brukes som en kognitiv veileder for å identifisere kulturelle faktorer som kan påvirke den enkeltes personens helse. Målet er å finne de faktorene som er hensiktsmessige for brukernes helse og velvære, opprettholde dem og forsøke å tilpasse de faktorene som påvirker helse og velvære negativt. Denne modellen gjør det mulig å få et helhetlig bilde av brukerens helse- og omsorgsbehov. En kan velge om en vil fokusere på individet, familie, en gruppe, et samfunn eller en institusjon avhengig av hvilke nivå kartleggingen skal være (Leininger 1995).

2.2.3 Stigma

Ordet stigma kommer fra antikkens grekere, som brukte visuelle hjelpemidler på personer for å avsløre noe usedvanlig og dårlig ved den enkeltes moralske status. Disse tegnene ble skåret eller brent inn i huden, et "brennemerke, merkelapp, stempel" som skulle signalisere at bæreren var kriminell, slave, smittsom, umoralsk eller forræder og som burde unngås eller stenges ute fra felleskapet (Goffman 2009). Norske myndigheters behandling av taterne, med blant annet tvangssterilisering og nazistenes krav om at jødene skulle bære "jødestjernene" er eksempler på stigmatisering (Dybvig et al. 2004). Goffman (2009) beskriver stigma som en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept, hvor andres reaksjoner ødelegger en normal identitet. Samfunnet setter opp måter å dele mennesker inn i kategorier, og det bestemmer hvilke egenskaper som skal oppfattes som vanlig, normal og naturlig for medlemmene av hver av disse kategoriene. Goffman (2009) hevder at når man står overfor et fremmed menneske, vil man allerede med utgangspunkt i vedkommende sin utseende være i stand til å forutsi hvilke kategorier en tilhører og hvilke egenskaper denne besitter. Ved å støtte seg til disse første inntrykkene og omfavner dem til normative forventninger, og til og med rettferdige krav uten spesiell oppmerksom eller

ettertanke oppstår stigma. Et stigma består altså av relasjonen mellom en eller flere egenskaper en tillegger en person og generaliserte forestillinger en tillegger andre som tilhører de ulike kategoriene. Det er denne relasjonen som endrer egenskapen til et negativt stigma, som potensielt kan bidra til uønskede sosiale konsekvenser (Goffman 2009)

Goffman (2009) skiller mellom tre ulike former for stigma. Det er stigma av karaktertrekk, fysisk stigma og stigmatisering av gruppeidentitet. Karaktertrekk stigma er individuelle karakterer eller egenskaper som oppfattes som eller forbindes med svak vilje, unaturlige lidenskaper og tanker og uærlighet. Karaktertrekk stigma forekommer når mennesket tilegnes en merkelapp på grunn av de observerbare individuelle forskjellene eller atferd som gjør at en er annerledes enn befolkningen for øvrig. Et eksempel på dette kan være psykiske lidelser, der mennesker med psykiske lidelser plasseres i identitetsbar gruppe som skaper og opprettholder en adskillelse mellom ”oss og dem”. Fysisk stigma referer til kroppslige misdannelser og synlige funksjonshemminger, som for eksempel Down Syndrom. Etnisk bakgrunn, religion, hudfarge og nasjonalitet er eksempel på stigmatisering av gruppeidentitet (Goffman 2009).

Dersom en person er bærer av et merke eller en egenskap som ikke er ”normalt” i majoritetens øyne, vil det ifølge Goffman (2009) kunne rettferdiggjøre diskriminering og devaluering av personen på en dehumaniserende måte. Personen som kategoriseres som bærer av et stigma, kategoriseres motsetning til den normale, som en avviker og derfor uønsket. Personen blir plassert i en bestemt avvikskategori og gir vedkommende den behandlingen som anses å være passende for den kategorien man har med å gjøre. Avviket er derfor ikke en del av handlingen, men i den reaksjonen som andre har på den. En konsekvens av merkingen er at den stigmatiserte blir utestengt fra sosiale sammenhenger ved at folk fokuserer på stempelet og ikke de andre egenskapene ved personen. Mennesker som er stemplet vil oppleve diskriminering og statustap, noe som fører til ulikheter i sosiale forhold (Goffman 2009). Stigma har gradsforskjeller i det merkingen kan variere med i hvilken grad den setter personen utenfor. Den merkede person kan bli sterkere eller svakere tilknyttet en rekke negative egenskaper, og avvisingen kan være mer eller mindre uttalt (Lyngstad 2000). Når den merkede personen identifiserer seg med de negative egenskapene som forbindes med stigmaet,

kalles selvstigma. Resultat av selvstigmaet kan være i følge Dybvig (2004) en svekket evne til å kreve sin rettferdighet, tilbaketrekking fra felleskapet, håpløshet og unnlater å søke hjelp. Og for noen kan dette utvikle seg til at man mister troen på at man kan bli bedre.

2.2.4 Kjølvanet av stigmatiseringen

Forskningen, både nasjonalt og internasjonalt har dokumentert at stigmatisering av personer med psykisk lidelser er til stede og negative konsekvenser for deres livskvalitet (Lyngstad 2000, Dybvig et al. 2004). "Stop exclusion - dare to care" er et tydelig signal fra WHO som tar opp kampen mot stigmatiseringen av mennesker med psykiske lidelser. Det handler om å bry seg i en positiv forstand (WHO 2001). En kartlegging av stigma, tabuer og diskriminering erfart av mennesker med psykiske helseproblemer i England og Wales viser at 47 % var blitt trakassert eller nedverdiget på offentlige steder og 14 % var blitt fysisk angrepet, 34 % var blitt sagt opp eller hadde følt seg tvunget til å slutte i arbeid og 26 % hadde flyttet til nytt bosted på grunn av trakassering. For enkelte med psykiske lidelser vil det være sykdommen selv eller behandlingen av den som signaliserer en ytre forskjell. Det å ha blitt sett oppsøke en psykiatrisk behandlingstjeneste kan også merke personen som annerledes, noe som igjen knytter den merkede personen til negative egenskaper, som farlig, udyktig og lite troverdig (Lyngstad 2000). Fordommer og diskriminering hindrer mennesker med psykiske lidelser i å delta i arbeidsliv og sosiale sammenhenger. Diskrimineringen vises både i subtile og markante handlinger og uttalelser, som diskriminerende språk og ekskluderende væremåter og forskjellbehandling. Mennesker med psykisk lidelser har ofte dårligere levekår enn innbyggerne for øvrig, noe som kan ses i sammenheng med handlingene og holdningene som dem møter i samfunnet.

3.0 METODE

Under dette kapitlet vil jeg først beskrive og begrunne den metodiske tilnærmingen som ble valgt for gjennomføringen av studien. Der etter en nærmere presentasjon av hvilke datainnsamlingsmetoder som er benyttet og på hvilke måter utvalget foretatt. Videre vil det fokuseres på bearbeidingsprosessen og analysens gjennomføringsdel slik at studiens troverdighet ivaretas. Vurderinger begrunnes gjennom hele forskningsprosessen for å styrke studiens troverdighet.

3.1 Metode – veien til målet

Metode er et redskap for å finne veien til ny kunnskap. Den opprinnelige greske betydningen av ordet metode er veien til målet. For å finne veien til noe eller vise veien, må man vite hva målet er (Kvale og Brinkmann 2012). I følge Thornquist (2010) dekker begrepet metode de framgangsmåtene som brukes i forskning, i innsamling og bearbeiding av informasjon. Videre hvordan man får svar på studiens problemstilling. Forskningsmetode er en del av vitenskapsteorien. Vitenskapsteori handler om krav som har blitt satt til vitenskap og metoder for at disse skal bli sett som vitenskapelige. Det er måten å forvalte innhenting og håndtering av kunnskapen på som bestemmer hvorvidt den holder vitenskapelig mål.

Min teoretiske forankring for valg av metode er fenomenologien.

Fenomenologien er en erfaringsorientert tradisjon der oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet; ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den (Thornquist 2010). Fenomenologi representerer en forståelsesform der menneskets erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud 2013). I følge Kvale og Brinkmann (2012) er fenomenologisk perspektiv åpent for intervjupersonens sine erfaringer, framhever presise beskrivelser, prøver å se vekk fra kunnskapen som en hadde fra før og søker etter beskrivningen sin sentrale betydning. I dette perspektivet er det subjektet, deres erfaring og livsverden som står sentralt, subjektivitet blir sett som forutsetning for å forstå (Thornquist 2010). Denne studien undersøkte informantenes opplevelser og erfaringer om holdningene til psykisk lidelser blant personer med somalisk bakgrunn.

3.1.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning der målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener for å få frem forståelse,

mening, holdninger og erfaringer (Malterud 2013). Ved valg av metode har jeg tenkt gjennom hvordan jeg best mulig kan velge en metode som er adekvat i forhold til å besvare studiens problemstilling samt hvordan best mulig få belyst det aktuelle temaet som undersøkes. Den kvalitative forskningsmetoden er et virkemiddel for utvikling av kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved det aktuelle fenomenet, ikke å reprodusere forståelse som vi allerede har. Kvalitativ metode er også særlig hensiktsmessig hvis man skal undersøke fenomener som en ikke har mye kunnskap om (Malterud 2013). Studiens problemstilling og forskningsspørsmål er sammensatte og komplekse i dynamiske prosesser der målet er å utvikle bedre forståelse. På grunnlaget av det har jeg valgt kvalitativ tilnærming som metode. Det er flere datainnsamlingsstrategier innenfor kvalitative forskningsmetoder for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av data. Datamaterialet i kvalitative metoder består av tekster fra samtaler, observasjoner eller skriftlig kildemateriale.

3.2 Datainnsamling

I denne studien ble det kvalitative forskningsintervjuet anvendt til innsamling av data. Jeg valgte et design basert på semistrukturert dybdeintervju, som har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, stikkord til eventuelle oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene kunne komme også spontant fra intervjueren som følger opp intervjupersonens svar, noe som krever aktiv lytting fra intervjueren (Kvale og Brinkmann 2012). De samme spørsmålene i intervjuguiden ble stilt til alle informantene. Men for å komme i dybden på det aktuelle temaet ble det stilt noen oppfølgingsspørsmål til enkelte av informantene med bakgrunn i informantenes informasjon.

En av de viktigste årsakene for valg av denne formen for datainnsamling er at jeg bedre kan få frem informantenes opplevelser, erfaringer og holdninger til det aktuelle temaet, når intervjuet ikke er strukturert. Semistrukturert intervju vil si at det er verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema samtale og blir ofte kalt ”en samtale med hensikt”. En samtale med formål om å vite noe man ikke visste fra før eller bidra til åpne opp for nye spørsmål angående studiens problemstilling (Malterud 2013). Et semistrukturert dybdeintervju blir brukt når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Denne intervjuformen søker informasjon fra informantens egen livsverden, her med særlig vekt på meningen med fenomenene som blir skrevet. Denne intervjuformen ligger nær opp til en samtale i dagliglivet, men både

en særegen tilnærming og teknikk er nødvendig (Kvale og Brinkmann 2012). Det er ikke et mål om å ha en god samtale i seg selv, intervjuer anvender samtalen som et middel til nå frem beskrivelser fra intervjupersonen som forskeren deretter skal tolke.

3.2.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Det empiriske data er forskerens kilde til svar på de spørsmålene som følger av problemstillingen. Derfor må forskeren sørge for utvalgsstrategi der datamaterialet inneholder data om det fenomenet som undersøkes (Malterud 2013). Jeg hadde i forkant bestemt meg for å intervju et utvalg på 6-8 informanter med hensikt å kunne få svar på forskningsspørsmålet og belyst problemstillingen. Kriteriene for utvalget i studien var at de måtte være personer med somalisk bakgrunn, bestå av både menn og kvinner, jevnt fordelt. For å få innsikt i temaet holdninger til psykiske lidelser blant norsk-somaliere var det et kriterium at informantene kom til Norge i ung-voksen eller voksen alder. Dette for å fange opp holdningene til psykiske lidelser i den somaliske kulturen, den kulturen de er farget av. Informantene måtte kunne snakke godt norsk og bodd i Norge minst 8 år for å redusere misforståelser og feiltolkninger.

For å komme i kontakt med informanter med somalisk bakgrunn tok jeg kontakt med lederen i en somalisk interesseorganisasjon. Via telefon-kontakt ble det etablert kontakt med denne personen som ville hjelpe til med rekrutteringen av informanter. Personen rekrutterte mannlige informanter, samtidig som han selv ønsket å stille opp til et intervju. I telefon samtale med denne personen fikk jeg også kontaktinformasjon til kvinnelige informanter som muligens kunne stille opp til intervju. Utvalget er strategisk ved at informantene representerer egenskaper som er relevante for studiens problemstilling (Malterud 2013). Framgangsmåten for å velge ut informanter var basert på snøballmetoden. Snøballmetoden benyttes når forskeren først kommer i kontakt med personer som egenskapen som kan belyse studiens problemstilling, deretter kommer i kontakt med flere informanter som har tilsvarende egenskaper ved at første informant foreslår personer som forskeren kan intervju (Thagaard 2011). Informantene er av somalisk opprinnelse med den kulturbakgrunnen jeg ønsket å undersøke holdningene i.

Et informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene ble utformet, samt en intervjuguide som skulle danne grunnlaget for det kvalitative forskningsintervjuet. Informantene fikk informasjonsskriv om studiens hensikt og overordnede mål samt informasjon om frivillig deltagelse og muligheten til å trekke seg. Informantene fikk også informasjon om hvordan data skal håndteres. Skriftlig samtykke ble gitt,

undertegnet av både informantene og forsker. Informantene ble kontaktet vi telefon-samtaler etter de hadde fått beskjed og samtykket til å bli kontaktet. Rekrutteringen endte med syv informanter med de egenskapene og kvalifikasjonene som er relevante for studiens problemstilling og teoretisk perspektiv.

3.2.2 Presentasjon av informanter

I denne studien bestod utvalget av syv personer med somalisk bakgrunn i alderen mellom 34 år til 65 år. Av de syv informantene har fire høyere utdanning, en har lav utdanning og to av informantene har ingen utdanning. To av informantene jobber tett med mennesker med psykiske lidelser. I følge Graneheim og Lundman (2004) øker muligheten for å belyse studiens problemstilling fra ulike aspekter ved å velge informanter med ulike erfaringer. Alle informantene i studien er førstegenerasjonsinnvandrere fra Somalia. Alle er integrert i det norske samfunnet mer eller mindre grad og snakker godt norsk. Personer med høyere utdannelse er ofte mer villige til å være informanter, noe som kan føre til skjevhet i datamaterialet. I følge Thagaard (2011) kan forskeren gå glipp av informasjon dersom personer med spesielle kjennetegn sjelden representeres i forsknings studier. Ved å representere informanter med både lavere og høyere utdannelse vil jeg få mer variert mangfold i erfaringer og opplevelser.

Tabell 1: Karakteristika av informantene som deltok i studien (n=7)

Informant nr.	Kjønn	Alder	Utdanningsnivå	Botid i Norge
1	Kvinne	34 år	Universitet	11 år
2	Mann	65 år	Universitet +*	33 år
3	Kvinne	60 år	Videregående	24 år
4	Kvinne	50 år	Grunnskole	17 år
5	Mann	60 år	Universitet	29 år
6	Kvinne	53 år	Barneskole	27 år
7	Mann	54 år	Universitet	29

+* = høyeste utdanningsnivå av informantene

3.2.3 Intervjuguide

På forhånd ble det utformet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1). En intervjuguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som skal studeres, da intervju spørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at fenomenet som skal studeres blir belyst fra ulike perspektiver og vinkler. Dette for at jeg bedre kan få frem informantenes opplevelser og erfaringer (Kvale og Brinkmann 2012). Spørsmålene i intervjuguiden er

formulert med tanke på å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Spørsmålene er formulert opp mot problemstillingen og har en deskriptiv form med hovedsakelig hva og hvordan.

3.2.4 Intervjusituasjonen

For å forberede meg til intervjuprosessen foretok jeg to testintervjuer i forkant. Jeg anså det som hensiktsmessig å sette meg inn i intervjusituasjonen samt bli kjent med digitalopptakeren, lydopptak er velegnet når materialet består av samtaler.. Det var da jeg forstod hvor krevende aktiv lytting kunne være under intervjuet, noe som er viktig for å være lydhør til det som sies og hvordan det sies (Kvale og Brinkmann 2012).

Intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene etter deres ønske, noe som var naturlig og avslappende for dem. Vi hadde en uformell prat før lydopptakeren ble slått på. Dette kan gjøre at atmosfæren ikke blir så anspent mellom intervjupersonen og meg (Kvale og Brinkmann 2012). Jeg introduserte meg, sa kort om formålet med intervjuet og hva lydopptakeren skal brukes til. Intervjuene foregikk på norsk og ble tatt opp på digitalopptaker. Tidsbruken på intervjuene varierte mellom 25-60 min. Samtalene ble transkribert i sin helhet kort tid etter hver samtale. I følge Kvale og Brinkmann (2012) betyr å transkribere å transformere, skifte fra en form til en annen - oversettelser fra talespråk til skriftspråk. I transkripsjonen av intervjusamtalen til en skriftlig form innebærer en abstraksjon der stemmeleie, intonasjon og åndedrett går tapt.

Intervjusamtalene blir strukturert slik at de er bedre egnet for analyse. Etter å ha transkribert intervjusamtalene i sin helhet ble de analysert og kodet etter innholdsanalyse basert på fenomenologisk tilnærming (Malterud 2013).

3.3 Analyse – kvalitativ innholdsanalyse

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved å organisere, fortolke og sammenfatte datamaterialet. (Malterud 2013). Med utgangspunkt i problemstillingen stiller man spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som man gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Man skal avklare betydningen av for forståelsen og den teoretiske referanserammen i forhold til studiens funn, og drøfte resultatene opp mot eksisterende teorier. Analysen skal foregå slik at man kan identifisere systematikken som har vært fulgt i prosessen slik at det er mulig for andre senere å følge forskerens vei og forstå de valgene som er gjort og konklusjonen. Analysen skal ikke bare gjennomføres, men også formidles (Malterud

2013). I fenomenologien er det vanlig å analysere meningsinnhold. Målet å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Forskeren er opptatt av innholdet i datamaterialet og ønsker å forstå den dypere mening med folks tanker (Kvale og Brinkmann 2012).

For å systematisere og strukturere datamaterialet har jeg tatt utgangspunktet analysemetoden systematisk tekstkondensering. Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis fenomenologisk analyse og modifisert av Malterud (2013). Denne analysemetoden egner seg godt for en deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra flere informanter der forskeren forsøker å sammenfatte informasjon fra de forskjellige informantene. Formålet med denne metodeanalysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud 2013). Materialet i denne studien er sammenfattet i matriser og analysert i flere trinn. Jeg har valgt å følge de fire trinnene som representeres av analysemetoden systematisk tekstkondensering. I følge (Malterud 2013) er disse fire:

1. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold
2. Meningsdannende enheter - Koder, kategorier og begreper
3. Kondensering
4. Sammenfatning.

3.3.1. Analyseprosessen

Når datamaterialet skal sammenfattes og fortolkes, stilles kravene om relevans, validitet og refleksivitet på prøve. Under følgende kapittel vil jeg beskrive hvordan jeg har gått fram for å utføre analysen av datamaterialet.

Trinn 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

I det første trinnet av analysen leser forskeren gjennom hele materialet og blir godt kjent med datamaterialet, uten å systematisere. Dette er for å få et helhetsinntrykk. Først når forskeren har lest alt, er tiden inne for å lete etter sentrale og interessante temaer (Malterud 2013). Etter at transkriberingen var gjennomført, leste jeg gjennom intervjuene et par ganger. Først alene og så sammen med min veileder noterte jeg meg de foreløpige temaene som jeg skimte umiddelbart i datamaterialet. Deretter leste jeg gjennom hvert enkelt intervju igjen flere ganger, og denne gangen noterte jeg meg temaer som gikk igjen hos den enkelte informant. Fem foreløpige temaer ble identifisert

første trinn av analysen. I dette trinnet dannet jeg meg oversikt over de generelle tendensene i materialet samtidig som jeg fikk en pekepinn på hvilke teoretiske perspektiver som lå i materialet.

Trinn 2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Det andre trinnet av analysen går ut på å organisere den delen av materialet som man skal studere nærmere, identifisere de meningsdannende enheter i materialet. Her skiller forskeren ut det som er relevant for problemstillingen og begynner å sortere den delen av teksten som kan tenkes å belyse studiens problemstilling (Malterud 2013). I dette trinnet tok jeg deretter utgangspunkt i de foreløpige temaene jeg hadde satt opp i forhold til hver enkelt informant i første trinn av analysen. Jeg startet med informant 1 der jeg valgte ut tekst som på en eller annen måte inneholdt meningsbærende enheter til ett eller flere av temaene fra første trinn. Deretter utførte jeg det samme med de øvrige 6 informantene. Da jeg identifiserte og systematiserte de meningsbærende elementene, hadde jeg de foreløpige temaene fra forrige trinn i bakhodet. Jeg gjennomførte kodingen ved å merke de meningsbærende tekstbitene og så klippe dem ut av råmaterialet. De delene av teksten som ble klippet ut av fra sin opprinnelige sammenheng ble organisert under kodegrupper som samler tekstbiter som har noe til felles. For å ivareta et helhetlig perspektiv ble informasjon fra hver enkel informant satt inn i den sammenhengen som utsnittet av teksten var en del av (Malterud 2013).

Trinn 3. Kondensering – fra kode til mening

I analysens tredje trinn skal kunnskapen som ble etablert i andre analysetrinn sammenfattes. Mening skal hentes ut ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud 2013). I denne fasen arbeider man med den enkelte kodegruppen som enhet, der en gjennomgår hver kodegruppe og omskriver det konkrete innholdet i tekstbiten til abstrakt mening. Deretter sorterer man materialet i tilsvarende subgrupper som synliggjør ulike nyanser av innholdet i gruppen som virkemiddel for kondensering (Malterud 2013). I denne fasen av analysen abstraherte jeg den kunnskapen som hver av kodegruppene representerte. Ved å studere tekstbitene under hver kodegruppe og noterte jeg stikkord som jeg oppfattet som relevante subgrupper for å arbeide videre med teksten med sikte på å komme nærmere å belyse studiens problemstilling. Den delen av materialet der jeg ikke hadde identifisert

meningsbærende enheter ble lagt til side. De identifiserte meningsbærende enhetene ble sortert og fortettet i grupper etter koder. Da dette var gjort satt jeg igjen med et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter bestående av fem kodegrupper. Videre i analyseprosessen ble hver kodegruppe gjennomgått som enhet og innenfor den enkelte kodegruppe så jeg at denne omfattet mange nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter. Materialet ble derfor sortert innenfor den enkelte kodegruppe i tilsvarende subgrupper og deretter var det subgruppen som utgjorde analyseenheten.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	koder	Subtema	Tema	Hovedtema
Ingen snakker om psykiske lidelser i det somaliske miljøet. De har ikke nok kunnskap til å snakke om det heller.	Flere tallet har ikke kunnskap om psykisk lidelser.	Mangel på kunnskap	Måten å forstå psykiske lidelser på	Synet på psykisk lidelse	Psykisk lidelser – ulike nivåer av galskap
Tror ikke de kan forskjellen på de ulike psykiske lidelsene. Uansett om du er deprimert, manisk, psykotisk eller har angst, du er syvende og sist gal.	Om du er deprimert, manisk, psykotisk eller har angst, du er syvende og sist gal.	Galskap/ diagnose ?	Oppsøker ikke psykisk helsevesenet		
Ingen snakker om psykiske lidelser i det somaliske miljøet. De har ikke nok kunnskap til å snakke om det heller. Jeg tror ikke at mine venninner vet selv hva slags psykisk lidelser deres mødre har, vi har ikke begreper for de ulike psykisk lidelsene.	Ingen snakker om psykisk lidelser i det somaliske miljøet. De har ikke nok kunnskap til å snakke om det heller.	Stigma/tabu	Ingen snakker om psykisk lidelser.	Synet på mennesker med psykisk lidelse	
Man ser at de befinner seg ulike nivåer av galskap, de ser forskjellen på hvem som er voldelig og hvem er mer passiv i sin lidelse, men vi har ikke forskjellige begreper for det.	Det finnes ikke ulike begreper for de ulike psykisk lidelsene, man ser at de befinner seg i ulike nivåer av galskap.	Språk for psykisk lidelse	Begrepsbruk – waali og galskap		
Når det gjelder de som får psykisk lidelser her i Norge, er det også slik at første behandlingsmetode er Koranen, oppsøke Sheikh og holde dem hjemmet. Jeg har selv sett det. Det kan godt hende at de sender vedkommende til Somalia også.	De som får psykisk lidelser i Norge må gjennom det religiøse behandlingsregimet og holdes hjemmet. Det kan hende at de sendes til hjemlandet.	Førstelinje-behandling.	Lite tro på medisinsk behandling	Synet på å motta hjelp for psykisk lidelse	

Tabell 2. Analyseprosessen; eksempel fra arbeidet med å analysere datamaterialet

Trinn 4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I analysens fjerde og siste trinn ble bitene som ble dekontekstualiserte i analysens foregående trinn satt sammen igjen – rekontekstualisere. Ved rekontekstualisering settes

delene inn i en ny sammenheng som samtidig er tro mot den sammenhengen deler av datamaterialet ble hentet ut fra. Det er i denne prosessen det skapes ny kunnskap samtidig som funnene blir validert opp mot helheten (Malterud 2013). I denne fasen ble arbeidet som ble gjennomført i de foregående trinn av analysen sammenfattet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan formidles med andre. Sammenfatningen består av kunnskap fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Ut ifra de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene laget jeg en analistisk tekst for hver kodegruppe som representerer resultatene i min studie.

3.4 Studiens troverdighet

Det vil være naivt av meg å tro at jeg ikke er farget av min forforståelse og erfaringer. Alle ledd i forskningsprosessen i denne studien, som datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon av funn vil være påvirket av meg som person (Malterud 2013). Intensjonen og målsetningen i denne studien og i all forskning er å formidle et sikkert og sannferdig bilde av den virkeligheten en har studert. Det er flere faktorer som avgjør hva som er troverdig forskningsresultat. For at forskningsresultater skal være så troverdige som mulig, må studien vurderes i forhold til de framgangsmåtene som anvendes for å genere funn (Graneheim og Lundman 2004). Begrepene knyttet til troverdighet i kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode er ulike. Siden dette er en kvalitativ studie vil begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet bli brukt for å beskrive ulike sider ved studiens troverdighet (Graneheim og Lundman 2004).

Gyldighet omhandler fokus på forskningen og referer til tillit overfor hvilken grad en metode undersøker det den skulle undersøke og om tolkningene en har kommer til er gyldige (Kvale og Brinkmann 2012). Det er derfor viktig å spørre seg selv om metoden en har brukt, representerer en hensiktsmessig vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen. I tillegg være klar over hvordan valgene og vurderingene en har gjort under hele forskningsprosessen påvirker den kunnskapen en kommer fram til. Mengden data som trengs for å besvare studiens problemstilling på en troverdig måte, er avhengig av kompleksiteten av fenomenene som studeres, samt kvaliteten på datamaterialet (Graneheim, Lindgren og Lundman 2017). Et annet aspekt av troverdighet er pålitelighet, som er knyttet til om studien er utført på en pålitelig og systematisk måte (Kvale og Brinkmann 2012). For å ivareta studiens gyldighet og pålitelighet har de valgene og vurderingene som ble tatt, blitt gjort rede for metodedelen og trinnvis forklart i analysen. Jeg har gitt en inngående beskrivelse av konteksten og en detaljert

fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen, noe som i følge Granheim, Lindgren og Lundman (2017) øker studiens troverdighet. Dette gjør mulig for en annen forsker å følge veien jeg har gått i studien for å komme fram til resultatene (Granheim og Lundman 2004, Kvale og Brinkmann 2012). I Intervjuene var det lagt opp til at informantene kunne fortelle det de ønsket om det spørsmålet som ble stilt til dem åpent. I intervjusituasjonen var jeg oppmerksom på å ikke snakke eller spørre for mye for å unngå påvirkning. Der jeg ble usikker om jeg hadde forstått riktig sjekket jeg min egen oppfatning med spørsmålet som ”kan du utdype det?” eller ”kan du forklare det nærmere?”. Dette for at råmaterialet i størst mulig grad skulle representere en felles forståelse mellom meg og informanten. I transkriberingen ble hele samtalen skrevet ned. Jeg lyttet på samtalerne flere ganger, både før og etter transkriberingen. For meg var dette en måte å ivareta helheten, å huske betydningen og sammenhengen ordene stod i, for å formidle informantenes stemmer. Men også for å ikke trekke forutsatte konklusjoner basert på min forforståelse.

Dersom resultatene av en intervjustudie oppfyller vilkårene om pålitelighet og gyldighet, gjenstår spørsmålet om resultatene kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner, studiens overførbarhet (Kvale og Brinkmann 2012). Det vil si at forståelsen som utvikles innenfor en studie, også kan være gyldig i andre kontekster enn den som studien er utført i. Det er naturlig å stille seg spørsmålet om funne i denne studien har overføringsverdi og kan være nyttig i andre sammenhenger. I denne forskningsstudien er resultatene sammenfallende med andre undersøkelser på området, noe som kan være med å styrke studiens troverdighet. Men overførbarheten til funnene i denne studien kan diskuteres ettersom utvalget er for lite (n7) (Granheim, Lindgren og Lundman 2017). Det er derfor viktig å være klar over mulige begrensinger funnene i studien kan ha. Det kan få uheldige og utilsiktede konsekvenser hvis en benytter funnene til å generalisere til det enkelte individer, noe som kan være feilaktige og misvisende for de personene en møter. En ulempe med denne datainnsamlingsmetoden er at informantene kan komme med det han eller hun anser som strategisk riktig svar. Det kan også framstå som negativt ettersom ikke alle får de samme oppfølgingsspørsmålene.

4.0 ETIKK OG FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

4.1 Formaliteter og tilgang til feltet

Det er formålet med forskningsstudien som avgjør hvor man skal søke godkjenning fra. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, biologisk materiale eller helseopplysninger med formål om å fremskaffe seg ny kunnskap om helse og sykdom skal forhånd godkjennes av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Malterud 2013). I denne forskningsstudien trengte jeg ikke å søke godkjenning fra (REK). På bakgrunn av personopplysningene som ble behandlet i denne forskningsstudien måtte prosjektet meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Personopplysninger er opplysninger som direkte eller indirekte kan brukes til å identifisere enkeltpersoner (Universitetet i Oslo 2012), i dette tilfellet informantens navn og tlf. nr. NSD behandlet søknaden og jeg fikk skriftlig tilbakemelding om at personvernombudet vurderte prosjektet at det kan gjennomføres (vedlegg 2).

4.2 Etiske overveielser

En intervjuundersøkelse innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier utgjør viktige deler av kunnskapen som utveksles og utvikles. Det er derfor viktig at forskeren er kjent med de etiske utfordringene som dette kan medføre (Malterud 2013). I henhold til Kvale og Brinkmann (2009) er det nødvendig å reflektere over og vurdere etiske problemstillinger gjennom alle stadier av forskningsprosessen. Spesielt i en kvalitativ forskningsstudie der man studerer fenomener i en liten minoritetsgruppe, vil det stilles ekstra krav til at forsker overholder de forskningsetiske retningslinjene (Thagaard 2011). I kvalitativt forskningsintervjuet er det viktig å være oppmerksom på at det foreligger et asymmetrisk maktforhold i kvalitative forskningsintervju. Intervjueren definerer intervjusituasjonen. Det er forskeren som starter samtalen og bestemmer hvilke temaer som skal følges opp, samt avslutter intervjuet. Sentrale forskningsetiske forpliktelser i kvalitativ forskningsstudie er at forskeren ivaretar konfidensialitet, innhenter informert samtykke, vurdere konsekvenser og klargjør sin egen rolle i studien (Kvale og Brinkmann, 2009).

Informantene i studien er anonymiserte. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Datamaterialet er oppbevart på en sikker plass, slik at ingen andre personer kan få tilgang til dem. Identifiserende

opplysninger og lydopptak slettes etter prosjektsslutt (Kvale og Brinkmann 2012). Med hensyn til deres anonymitet blir ikke informantenes utdanning eller yrke oppgitt i studien. Informantene tilhører som presentert tidligere en minoritetsgruppe og dersom deres utdanning eller yrke blir oppgitt kan de bli identifiserbare innen gruppen. Det ble innhentet informert samtykke i forkant av intervjuene (vedlegg 3). Informantene fikk informasjon om undersøkelsens formål og framgangsmåte samt deres rett til å trekke seg når som helst i forskningsprosessen. Informert samtykke sikrer informantene en viss kontroll over egen deltakelse. (Kvale og Brinkmann 2012). I følge Thagaard (2011) skal informantene informeres dersom noen andre enn den som intervjuer skal analysere datamaterialet, noe som ikke er tilfellet i denne studien. Om studien hadde konsekvenser med hensyn til informantene ble tatt i betraktning. I forskningsstudien bør risikoen for å skade en informant være lavest mulig (Kvale og Brinkmann 2012). Ingen av informantene trakk seg underveis eller etterpå. De fleste av informantene ga uttrykk for at det var nyttig og viktig tema å ta opp og begynne å snakke om. På slutten av hvert intervju fikk informantene mulighet til å supplere dersom det var noe de tenkte var relevant for studien som ikke var tatt opp. Flere av informantene benyttet seg av anledningen. Ingen av informantene har meddelt opplevd stress eller belastning av å delta studien.

4.3 Forskerollen

Når man studerer et fenomen, et felt eller et miljø som man kjenner godt kan det medføre feltblindhet. Feltblindhet kan medføre at man ubevisst leter etter bekreftelser på egne erfaringer og forforståelse slik at viktige budskap om spor som kan lede til ny kunnskap blir neglisjert (Malterud 2013). Forskerens erfaringer, faglige interesser og motiver er med å påvirke alle ledd i forskningsprosessen. I kvalitativ studie er målet at resultatene skal reflektere informantenes erfaringer og meninger. Forskeren må derfor etterstrebe å være minst mulig synlig i materialet og være bevisst om sin forforståelse og påvirkning (Thagaard 2011).

Når jeg forsker på dette temaet er det viktig å være bevisst på min egen forforståelse, jamfør bakgrunn for valg av problemstilling. Forforståelsen betyr at man allerede har gjort seg opp en mening om hvordan et fenomen er før man undersøker det. Min forståelse er en drivkraft som gir meg motivasjon og styrke til studien, men mangel på bevissthet om min forforståelse kan ha innvirkning på oppgavens gyldighet og

pålitelighet. Jeg må derfor forsøke å legge min forforståelse i parentes i møte med data for å være åpen for nye funn og uforventet resultat. Det å være bevisst og reflektert til min innflytelse på materialet vil redusere at jeg legger mine egne tolkninger i informantenes erfaringer og fortellinger (Malterud 2013). Å studere fenomener i egen kultur kan by på store utfordringer knyttet til å få innsikt i de sidene av kulturen som informanten så vel som forskeren tar for gitt. Det er fordi forskeren deler mange av de samme erfaringene som informanten. Det er derfor viktig å oppnå et perspektiv hvor forskeren kan se sin egen kultur med andres øyne. Dette for å lettere kunne stille spørsmål ved forhold som er selvfølgelig for informantene (Thagaard 2011).

5.0 RESULTATDEL

I det følgende kapittelet presenterer jeg studiens resultater.

Gjennom intervjuene delte informantene sine erfaring, meninger, deres livsverden og deres utsagn danner grunnlag for data om holdningene knyttet til psykiske lidelser hos norsk-somalierne. Målet med dette kapittelet er å videreformidle informantenes utsagn og stemme. kapitlet er bygd opp av informantene sine utsagn, meningsbærende enheter, resultatet av abstraheringen og analyseresultatet. Informantene er nummerert fra 1-7.

Analysen av det empiriske materialet ga fem subtema, måten å forstå psykiske lidelser på, begrepsbruk - galskap og waali, ingen snakker om psykiske lidelser, oppsøker ikke psykisk helsevesenet – en runde dans og lite tro på medisinsk behandling. Disse temaene vil danne overskriftene.

5.1 Måten å forstå psykiske lidelser på

Studien viser at somaliere har en annen oppfatning om psykiske lidelser. Medisinske forklaringer kan bidra til forståelse av årsaken til psykiske lidelser, men ut ifra somaliernes forståelse vil årsaken ligge hos den enkelte. Somaliere vil som oftest årsaksforklare psykiske lidelser gjennom guds straffedom for noe man har gjort tidligere eller at ånder tatt hus i personens kropp. Ved besettelse av ånder blir bestemte vers i koranen resitert på personen for å drive ut åndene. De fleste av informantene sa at mangel på kunnskap om psykiske lidelser er med å skape ulike årsaksforklaringer på psykiske lidelser. Det har kommet frem at noen av informantene har endret synet på psykiske lidelser etter de kom til Norge.

Informantene nevnte flere ulike årsaksforklaringer til psykiske lidelser. Ånder og det onde øye ble nevnt av alle informantene som årsaksforklaring av psykiske lidelser hos somaliere. Informant 4 meddelte at;

Mange somaliere tror også at det er forårsaket av jinn, ånder. Hvis det er jinn så må man residere Koranen på personen for å drive det ut. Man starter alltid med å oppsøke Sheikh, lese koranen på personen. Med tiden blir personen verre og verre, noen blir voldelig og skader andre. De blir da lenket fast hjemme og blir passet på der. Det er også en annen forklaring på psykiske lidelser og det er det onde øyet.

Informant 2. som også jobber innenfor psykisk helsevesenet bekrefter en slik oppfatning om psykiske lidelser hos somaliere og forklarer mer om det onde øye. Det

onde øye er en annen forklaringsmåte for uhell og sykdom. Flere av informantene har sagt noe omkring den oppfatningen. Det onde øye ble beskrevet som ubevisst skadelig kraft i mennesker som virker gjennom blikk. Lidelser kan også forstås slik at den skjer gjennom åndevesener, jinn, som tar bolig i personen. Sykdommer og lidelser kan oppfattes som straffedom som man ikke har herredømme over. Informant 2 beskrev hvordan det onde øye virker;

Somaliere har annen type oppfatning når det gjelder psykiske lidelser. Den oppfatningen er for eksempel at folk flest tror det onde øye, det vil si at hvis du har noe som andre ikke har, de ser på det, vil ha det, blir misunnelige, og at det kan ramme deg (...) ved magesmerter kan man si at noen har øyet meg dersom du har spist foran noen som er sultne og ikke har mat. Så når noen blir psykiske syke tror de at lidelsen kommer av at den syke har enten gjort ugjerning mot noen eller har blitt besatt av ånder.

Fler tallet av informantene formidlet en endring på synet til psykiske lidelser etter de kom til Norge. I følge informantene har endringene kommet av ervervet kunnskap om psykisk lidelser samtidig som de har tatt til seg holdningene om psykiske lidelser i den vestlige kulturen. De av informantene som endret måten de så på psykiske lidelser fortalte at de ble mer åpne og forståelsesfulle og mindre dømmende ovenfor mennesker med psykiske lidelser. Personer med psykiske lidelser oppfattes ikke som farlige lenger, redselen for å bli skadd av dem var redusert eller fraværende. Informant 3 fortalte;

Synet mitt på psykiske lidelser har endret seg etter jeg kom til Norge, når jeg tenker tilbake ser jeg nå hvor lite kunnskap jeg hadde om psykiske lidelser, det som virket svært alvorlig og uheldelig virker i dag enkelt og håndterlig. Jeg ser de med psykiske lidelser på samme måte som de uten psykiske lidelser, men før jeg kom til Norge var jeg redd for mennesker med psykiske lidelser, redd for at de kan skade meg, jeg trodde at psykiske lidelser var noe man ikke ble bedre av, at man var fortapt.

Denne endringen kommer av ervervet kunnskap om psykiske lidelser i følge informantene. Når man har kunnskap om psykiske lidelser er det lettere å forstå, lettere å snakke om det og lettere å forholde til mennesker med psykiske lidelser. Informant 1 har også opplevd endring i synet på psykiske lidelser og forklarte grunnen til endringen.

Jeg vet nå at det finnes psykiske lidelser, at de som har det trenger behandling, og at man må være åpen om det, det er en forståelse som jeg har fått etter jeg kom til Norge. Før visste jeg ikke at det fantes psykiske lidelser, det var liksom noe man ikke snakke om. I dag er jeg mye mer åpen, i dag hadde jeg snakket med min onkel om det, i dag har jeg bedre forståelse fordi jeg har kunnskap om psykiske lidelser.

5.2 Begrepsbruk - galskap og waali

Ulike grader av galskap ble reflektert over. Alle syv informantene fortalte at somaliere tror at mennesker med psykiske lidelser befinner seg i ulike grader av galskap og at hvor gal en person er, avhenger av hvilke galskapsnivå vedkommende befinner seg i. Galskapsnivået baseres på hvor psykisk ustabil personen er. Det finnes ikke mange ord som beskriver de ulike psykiske lidelsene. Ordet waali som direkte oversatt har betydningen ”galskap” blir generelt brukt om psykisk lidelser. Studien viser at de som har eller får psykisk lidelser blir omtalt som gale. Psykose er mer allmenkjent som galskap da personen har mistet all kontroll og det er ikke mer å gjøre for den personen, personen er da på øverste nivå av galskap.

Informant 1 var klar i sin meddelelse om at psykiske lidelser ikke er noe som er akseptert og anerkjent som lidelse hos somaliere flest. Det finnes ikke ulike benevnelser eller begreper på de ulike psykiske lidelsene, men graderinger av galskapens nivå.

Vi somaliere snakker ikke om psykisk lidelser. Man tenker ikke at psykisk lidelser finnes, jeg oppfatter ikke at folk godkjenner psykisk lidelser som at du er syk. Så lett spørsmål som om er de deprimerte, vil de svare garantert nei og vil si at de ikke er gale. Vi bruker generelt ordet waali som betyr gal, de fleste psykiske lidelser blir omtalt som gal. Det finnes ikke ulike begreper på psykiske lidelser, men man ser at de befinner seg i ulike grader av galskap.

Denne informanten delte de samme oppfatningene med resten av utvalget, hvor alle forklarte at psykiske lidelser blir generelt oppfattet og forklart som galskap. Å ha problemer eller vansker med det psykiske helsen blir sett som en svakhet, en uheldig tilstand som setter personen merkelappen ”gal”.

Informant 5 forklarte nærmere når galskap starter;

Galskap starter når personen begynner å snakke med seg selv og der ifra blir det verre. Så havner personen i den høyeste grad av galskap, det er når personen får befalinger fra stemmene.

Informant 6 ga også sin forklaring på når galskap begynner. En forklaring som er veldig lik forklaringen ovenfor og for øvrig fleste av informantenes.

Galskap begynner når de begynner å snakke med seg selv, når familiemedlemmene begynner å merke underlig oppførsel, men kanskje de utestående ikke ser det, det er begynnelsen på galskap. Familien vil da sette i gang med å skaffe hjelp til vedkommende, de tenker automatisk at det er ånder, forbannelse eller onde øyet som må drives ut. Kun de nærmeste får vite det. De holder de hjemme.

På spørsmål om hvordan mennesker med psykisk lidelser blir omtalt sa informant 3

Vi sier at personen har blitt gal. Vi tror ikke at personen kan bli seg selv igjen, men at personen er på en måte fortaapt og vil alltid være gal.

Er man først regnet som gal, kan man ikke regnes som frisk igjen eller bli fullstendig medlem av samfunnet igjen. Flere av informantene nevner at personer med psykiske lidelser kan bli utsatt for diskriminering i form sosial tilbaketrekking. Folk kan bevisst unngå personen eller velge å ikke respondere deres tiltale eller kontakt.

En av informantene presiserte at psykiske lidelser ikke eksisterer. Denne informanten godkjente ikke psykisk lidelse som en lidelse, men heller som en tilstand av galskap. I følge av denne informanten kan ikke en som er psykisk syk hevde om å være syk, å ha det vondt fysisk er godkjent som sykdom. Hun sa følgende;

Psykisk lidelser er samme som å være gal. De er ikke syke, de er gale. Det er forskjell på å være gal og å være syk. En person som er syk har fysisk sykdom. Når du har psykisk lidelser så er du ikke syk, men gal.

Informant 7 forklarer noe mer når det er greit å omtale en person gal. Han brukte ordet ”løs skrue”. Det er andre informanter som også brukte denne benevnelsen som en tidlig stadiet av galskap. Informanten sa følgende

Hvis det er en person som har alvorlig psykisk lidelse er det mer vanlig å si at personen er gal. Når man sier at en person en mangler skrue, så er det ikke så alvorlig som å si personen er gal, det kommer an på nivået. Dersom personen oppfører seg bare annerledes, men helt ikke så gal sier man at han eller hun mangler en skrue. Galskap har grader, å mangle en skrue er ikke så farlig. Når man sier personen er gal er når personen har kommet til det nivået at en mister hele balansen. Det er forskjell på en som snakker bare med seg selv og som blottes seg selv og voldelig. Vi sier at alle snakker med seg selv, men de galne snakker høyt. Det går en grense på når en person omtales som gal. Det hender at somaliere ikke ser det nødvendig for en som er deprimert å gå til legen eller ta medisiner, man venter til det blir mer alvorlig.

Informant 2 som har helsepersonell bakgrunn svarer dette når han blir spurt om hvordan psykiske lidelser omtales hos somaliere;

Psykiske lidelser blir omtalt som waali, galskap, men spesielt psykose blir omtalt som waali, det er det ikke noe annet man kan gjøre lenger, da sier man at personen er gal og da aksepterer man også det i den forstanden at personen er gal. Men alt annet som man finner forklaring på skjuler man innad familien, i håp om at det skal forsvinner. Vi har ikke mange ord som beskriver de ulike psykiske lidelsene.

5.3 Ingen snakker om psykiske lidelser

Informantene beskrev at psykiske lidelser blir ofte skjult innad i familien. I følge av de fleste informantene blir mennesker med psykisk lidelser isolerte og bortgjemte. Dette for å unngå at den syke personen blir stemplet som gal. Kun en av informantene i studien fortalte at det er åpenhet rundt psykiske lidelser blant norsk-somalier. Denne informanten representerer den religiøse siden og har av den grunn en annen oppfatning enn resten av informantene. Denne informanten kommer i kontakt med de som er psykisk syke eller som får psykisk problemer lenge før de kommer i kontakt med psykisk helsetjenestene. De andre seks informantene fortalte at det er vanskelig å snakke om psykiske lidelser. Flere av informantene oppgir stempeling som en konsekvens. Av den grunn vil man ikke anerkjenne sine problemer da det kan medføre stigmatisering i form av ekskludering, utestengning fra både arbeidslivet og andre sosiale sammenhenger.

De fleste av informantene fortalte at psykiske lidelser er noe man skjuler innad familien, både den lidende og familien tier om dette. Informant 1 som jobber innenfor psykiske helsevesenet formidlet en forklaring på hvorfor personer med psykiske lidelser skjuler sin lidelse og uttrykte sin forståelse. Informanten uttrykte følgende;

De fleste skjuler at de sliter med psykiske lidelser, eller at familiemedlemmer har psykiske problemer fordi tror ikke at det finnes noe som heter psykiske lidelser. Og det kan hende at de tror at det er deres feil at de er syke og at alle andre skal se ned på dem, så det er flere faktorer som tvinger dem til å skjule synes jeg. Siden de ikke har kunnskap om psykisk lidelser, tenker de at det må være noe med meg, noe jeg har gjort som har gjort at jeg har blitt syk.

Informantene forklarte at det er vanskelig å snakke om noe man ikke har kunnskap om, noe man vil helst fortie om og skjule. Informant 1 utdypet det noe nærmere om hvorfor ingen snakker om psykiske lidelser;

Vi snakker ikke åpent om psykiske lidelser. Vi er flaue over psykiske lidelser. Man kan si at det er ganske sårt å snakke om psykiske lidelser. Personen som har psykisk lidelse vil ikke at det skal komme ut, det er mange følelser involvert. De ønsker ikke å bli assosiert med galskap. De er redde for å bli gjenstand for sladder, miste venner eller bli ekskludert. Det hender at ektefellen skjuler at han har symptomer eller går på medisiner av frykt for å miste konen. Psykiske lidelser er noe av det verste, det og tuberkulose. Og det er de to sykdommene somalier skjuler og holder for seg selv.

Flere av informantene uttrykte forståelse for at de skjuler sine lidelser. At det er en måte å overleve i en kultur hvor psykiske lidelser er noe av det verste man kan ha. En kultur der psykiske lidelser forbindes med skam. Informant 5 sa følgende på spørsmål om det er åpenhet rundt psykiske lidelser;

Nei, man snakker ikke om psykiske lidelser. Vi snakker åpent når personen er så dårlig at personen har blitt gal, når personen er på det alvorligste grad av galskap.

Når personen er på det høyeste grad av galskap er det naturlig å snakke om psykiske lidelser, galskapen. I følge av alle informantene er det når personen når det høyeste nivå av galskap at familien åpent sier at personen har blitt gal. Da er det umulig å skjule for omgivelsene.

Informant 2 svarer utfyllende på om det er åpenhet om psykisk lidelser blant somaliere;

psykiske lidelser er tabubelagt hos somaliere, de skjuler stor sett sine lidelser, de sier ikke fra til andre. familier til den rammende sier ikke fra til andre, de søker ikke hjelp, de skjuler vedkommende, førstelinjebehandling som de oppsøker er prester/sheiker, de leser koran på den syke, det kan hjelpe noen, men det hjelper ikke de med alvorlig sinnslidelser, de trenger medisiner. Hos somaliere er det slik at de kommer først i kontakt med helsevesenet etter lang tid, etter alt annet er prøvd.

Denne informanten med lang erfaring i psykisk helsevesenet meddelte bekymring relatert til stigmatiseringen knyttet til psykiske lidelser og hvor lite kunnskap somaliere har om psykisk lidelser. Informanten uttrykte at det er stort behov for å jobbe med holdningene til psykiske lidelser blant somaliere. For å få til dette må det til indre personer som snakker om og underviser om psykiske lidelser i følge informanten. Informanten presiserte at det trenges flere somaliere som jobber innenfor psykisk helse slik at de kan jobbe med somaliere med psykiske lidelser.

5.4 Oppsøker ikke psykisk helsevesenet – en runde dans

Studien viste at norsk-somaliere lite grad oppsøker psykisk helsevesenet for behandling. Informantene formidlet en felles forståelse at somaliere ikke oppsøker psykiske helsetjenester og at det som brukes mest her i Norge er den tradisjonelle behandlingsmetoden som går ut på å resitere koranen på den syke. Personer med psykiske lidelser blir ivaretatt av familien hjemme, mest kvinnene. En av informantene som jobber innenfor psykisk helsevernet sa at man sjeldent treffer de psykisk syke somaliske damene. Han forklarte at det etterspørres etter somalisk damer innen psykisk helsetjenester, grunnen til dette er at de skjules, gjemmes bort. Dermed ser man flere

menn enn damer. Damene skal passes på, de skal beskyttes. To av informantene fortalte at de har en opplevelse av at somaliere i Norge har forstått viktigheten av å oppsøke behandling fra psykisk helsetjenesten i tidlig fase. Og at mange somaliere ser at psykiske lidelser er noe som kan behandles og leves med.

Informant 3 sa følgende;

Når det gjelder de som får psykiske lidelser her i Norge, er det også slik første behandlingsmetode er Koranen, oppsøke Sheikh og holde de hjemmet, jeg har selv sett det. Det kan godt hende at de sender vedkommende til Somalia også.

I følge av informantene er det vanlig blant somaliere å behandle personer med psykiske lidelser hjemme, med religiøse og tradisjonelle metoder. Familien finner ut sammen hva som må og trenges å gjøre. Som oftest er første behandlingsmetode koranen, som den lidende skal lese bestemte verser og utføre religiøse ritualer som bønn. Å oppsøke Sheikh for å få koranen resitert på den lidende er også en måte å behandle psykiske lidelser. I håp om at personen skal bli kurert holdes den lidende hjemmet. I mellomtiden kan personen bli svært dårlig. Familien kan da bli tvunget til å oppsøke psykisk helsetjenester eller sende den lidende til hjemlandet. Informant 2 beskriver den lange prosessen somaliere går gjennom før de oppsøker psykisk helsevesenet for en runde dans.

Noen ganger er det slik at familien tar først den syke til alle andre behandlingsmetoder før de tilslutt oppsøker skolemedisin, og da er personen svært dårlig. Ofte er det en runde dans før man oppsøker lege.

Før somaliere oppsøker hjelp i psykiske helsetjenestene blir alle andre behandlingsmetoder prøvd.

Informant 2 sa noe om hvorfor norsk-somaliere ikke oppsøker hjelp i psykisk helsetjenestene;

Psykiske lidelser er tabubelagt hos somaliere, de skjuler stor sett sine lidelser, de sier ikke fra til andre. familier til den rammende sier ikke fra til andre, de søker ikke hjelp, de skjuler vedkommende, førstelinjebehandling som de oppsøker er prester/Sheiker, de leser koranen på den syke, det kan hjelpe noen, men det hjelper ikke de med alvorlig sinnslidelser, de trenger medisiner. Hos somaliere er det slik at de kommer først i kontakt med helsevesenet etter lang tid, etter alt annet er prøvd.

Ved å holde den lidende hjemme vil både familien og den lidende unngå å få stigma på seg. Flere av informantene fortalte at somaliere har vanskeligheter med å ta sine lidende familiemedlemmer til psykisk helsevesenet selv om de ser at vedkommende er psykotisk. Familien tenker at så lenge den lidende er påkledd og ikke har blitt så gal at

han blottes seg selv, skal de ikke legges inn. Dersom man oppsøker hjelp i psykisk helsetjenester vil man bli stemplet som gal.

Informant 4 belyste konsekvensen av å ikke oppsøke hjelp tidlig

Man må sette behandlingen i gang med en gang, for vi somaliere venter for lenge med å oppsøke hjelp. Personen blir svært dårlig mens familien oppsøker tradisjonelle behandlingsmetoder, og når man oppsøker lege er personen så syk at det er for sent, personen er så syk at vedkommende er fare for seg selv og for andre, eller så har de allerede skadet noen.

Informantene forklarte at somaliere generelt må bli flinkere til å oppsøke psykisk helsetjenester ved psykisk lidelser. De meddeler bekymring om at personer med psykiske lidelser ikke kommer i kontakt med psykisk helsetjenesten etter lang tid og at det reduserer muligheten til å bli bedre eller frisk igjen.

En oppsummerende uttalelse av informant 5;

Det første familien oppsøker når de ser at personen begynner å bli dårlig er Sheik eller Imam. Det å resitere koranen på vedkommende er første behandlingsmetode. Det er selvfølgelig noen som oppsøker psykisk helsetjenestene, men flere tallet oppsøker religiøse ritualer eller andre overtroiske behandlingsmetoder.

På grunn av mangel på kunnskap om psykiske lidelser får ikke personen rett behandling rask nok, noe som kan føre til at personen kan havne i en mer alvorligere tilstand. Og i verste fall skade noen. I følge av de fleste informantene oppsøker norsk-somaliere med psykisk helsetjenestene når alt annet er prøvd, det er siste utvei. De fleste av informantene omtaler den tradisjonelle behandlingsmetoden som førstelinjebehandling ved psykisk lidelser.

5.5 Lite tro på medisinsk behandling

Funnene viser at norsk-somaliere har lite tro på medisinsk behandling. Fler tallet av informantene fortalte at norsk-somaliere med psykiske lidelser ikke tar sine foreskrevne medisiner. Dette på grunn av at de ikke tror at medisinsk behandlingen hjelper.

Informantene forklarte at medisinsk behandling er derimot noe som norsk-somaliere med psykiske lidelser frykter. Spesielt frykt mot depot injeksjoner. En informant med helsepersonell bakgrunn forklarte at denne frykten kommer av at de tror at injeksjonen vil skade hjernen og at personen vil miste seg selv. Denne frykten for injeksjoner er så stor blant personer med somalisk bakgrunn at vedkommende blir smuglet ut av landet til hjemlandet eller andre land for å unngå å bli medisineret.

Informant 4 sa følgende;

Jeg har inntrykk av at somaliere ikke tar sine forskrevne medisiner som du skal. Jeg har hørt at de med psykiske sykdommer ikke liker å ta medisiner.

Informant 6 bekrefter dette og supplerer med følgende utsagn

Jeg har en oppfatning at somaliere sjeldent tar sine medisiner mot psykiske lidelser. De tror at personen endrer seg, mister seg selv og blir en gående zombie, at du bare eksisterer. De har ikke den oppfatningen at medisiner vil hjelpe dem, tvert imot tror de at de blir dårligere av medisinene, de har frykt for å ta tabletter og få depot injeksjoner.

De tok ikke de foreskrevne medisinene for sine lidelser på grunn av mangel på kunnskap i følge av de fleste av informantene. En indikasjon på at de har en annen årsaksforklaring på psykiske lidelser og dermed ikke har troen på at medisiner vil hjelpe. Flere av informantene sa at det virker som de lidende og familiene deres visste hvilke tradisjonelle behandlingstiltak de skal foreta seg og har mer tiltro til disse tiltakene enn medisiner. Noen av informantene fortalte både de lidende og de nærmeste nekter å innse og akseptere lidelsen.

Informant 2 med helsepersonell bakgrunn forklarte nærmere frykten for medisiner, spesielt depot injeksjoner;

Somaliere liker ikke depot injeksjoner. De har sett at mennesker som får depot injeksjoner går på merkelig måte på grunn av de ekstrapyramidale bivirkninger, og somaliere sier at de menneskene har blitt zombier og de tror at injeksjonene skader hjernen. Hvis vedkommende får injeksjon, blir de smuglet ut av landet til hjemlandet eller andre land for å unngå depot injeksjoner. I stedet for å klage på tvangsvedtaket på depot injeksjonen, rømmer de fra landet, det er veldig vanlig.

Flere av informantene fortalte at det er naturlig for somaliere å ty til religionen for hjelp da psykiske lidelser knyttes av mange til ånder eller straff fra Gud. Dette fordi ut ifra årsaksforklaringene til psykiske lidelser hos somaliere vil ikke medisinsk behandling være et alternativ. Dersom en tror man er besatt av ånder eller blitt straffet av Gud er det mer naturlig å søke hjelp og veiledning i religionen, for å drive ut åndene eller søke tilgivelse og helbredelse fra Gud ved å resitere Koranen og vise anger for sine ugjerninger. En Imam eller en Sheik vil være det første de oppsøker.

6.0 DISKUSJON

Målet med studien var å undersøke og bringe frem ny kunnskap om norsk-somalierens holdninger og oppfatninger til psykiske lidelser, med hensikt å avstigmatisere psykiske lidelser hos personer med somalisk bakgrunn. Studiens problemstilling var; *hvordan beskriver norsk-somalierne sine holdninger til psykiske lidelser?* og i bakgrunn av det ble forskningsspørsmålet ”*hvordan oppfattes psykiske lidelser og hvordan omtales mennesker med psykiske lidelser i den somaliske kulturen?*” utformet.

Forskningsspørsmålene vil bli reflekter, argumentert og diskutert i lys av studiens funn, oppgavens teoretiske rammeverk og relevant tidligere forskning med tilsiktet målet å besvare studiens problemstilling. Diskusjonsdelen er strukturert gjennom studiens tre tema og disse vil danne overskriftene; Synet på psykiske lidelser, Synet på mennesker med psykiske lidelser og synet på å motta hjelp for psykisk lidelse.

6.1 Synet på psykiske lidelser

I studien har det fremkommet at den grunnleggende kulturelle forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser hos fleste somaliere er knyttet til ulike åndelige krefter, relasjonen til Gud, til jinn og til andre mennesker gjennom det onde øye. Mennesker vil som regel alltid forsøke å finne årsaksforklaringer på sykdom og lidelse. Årsaksforklaringene er farget av det samfunnet og kulturen de opptrer innenfor (Hummelvoll 2012). Hos somaliere er forklaringene ofte bundet til en oppfatning på at høyere krefter kan påføre sykdom, spesielt psykiske lidelser. Ved symptomer på tilstander som innenfor en biomedisinsk forståelsesramme ville blitt forstått som psykisk sykdom, angis hos somaliere å tilhøre til islamsk religion (Hjelde 2007), noe som samsvarer med funnene i denne studien. Flertallet av informantene i denne studien forklarte at psykiske lidelser ofte blir oppfattet som en besettelse, forbannelse eller forårsaket av det onde øye. For å forstå hvorfor psykiske lidelser er knyttet til religion, Gud og ånder må det sees i sammenheng med at somalisk kulturell identitet er nært knyttet til Islam. I Hjelde (2007) sin undersøkelse om somalierens forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil, uttrykte alle informantene at det er en sterk forbindelse mellom Islam, Gud og helse. Det er Gud som gir både helbredelse og lidelse. De fleste somaliere ber til Gud om å få være friske og prøver å leve opp til Guds ord gjennom koranen. Informantene i denne forskningsstudien fortalte at befolkningen flest i Somalia ikke har kunnskaper om psykiske lidelser, bortsett fra at det er knyttet til det åndelige og religion. Disse forklaringene kan være til hjelp hvor den lidende og

familien får følelsen av å forstå hva som har hendt og hvorfor det hendte. Dette gir muligheten til å ha noe å forholde seg til. I følge informantene får familien en framgangsmåte på hvordan den lidende skal behandles, noe som gir håp om tilfriskning og helbredelse. Det kan tenkes at det å ha en forklaring kan hjelpe den lidende og familien til å finne mening i og holde ut lidelsen. For å forstå hvorfor andre mennesker tenker og handler som de gjør er det viktig å kjenne til hvilke briller de ser gjennom. Hvilke kulturer og tradisjon de er farget av.

I følge Leininger (Leininger 1995) er kultur med å påvirke tanker, valg og handlinger på en bestemt måte eller i et bestemt mønster. Leininger legger vekt på forskjeller og likheter mellom ulike befolkningsgrupper. Og påpeker nødvendigheten av at den som yter helsehjelp setter seg inn i ulike kulturer for å få kjenneskaper til ulike sykdomsforståelse og ulikt syn på helse. Akseptere at ikke alle ser verden på samme måte som en selv, og dermed ikke tro at en selv sitter på alle svarene om hva som er rett og galt. Et viktig prinsipp i transkulturell omsorg er å forstå og respektere kulturelle forskjeller og ta vare på brukere fra enhver kultur som medmenneske. I tillegg skal den som yter pleie eller omsorg oppdage innsikt i sin egen kulturelle bakgrunn og kunne bruke denne kunnskapen i sin utøvelse (Leininger 1995). Informantene formidlet at flest somaliere har en forståelse av psykiske lidelser som ikke samsvarer med den vestlige medisinske forståelsen som et helsepersonell med vestlig bakgrunn besitter med. For at den som yter helsehjelpen skal kunne gi kulturspesifikk og helhetlig omsorg til personer med somalisk bakgrunn, må hun/han sette seg inn i brukerens kultur og forståelsesramme. Det vil si en omsorg som passer inn hjelpsøkerens livstil og trosoppfatninger (Leininger 1995). På denne måten vil hjelperen klare å identifisere de kulturelle faktorene som er hensiktsmessige for brukerens helse og velvære, og bevare dem. Samarbeid med brukeren er viktig for å evaluere om de faktorene en har identifisert skal opprettholdes, tilpasses eller omgjøres. Det skal i følge Leininger (1995) sikre hensiktsmessig og helhetlig omsorg. I følge Hummelvoll (2012) handler omsorg å se den andre, hans/hennes behov og situasjonen og handle ut fra en innlevende forståelse. Når den som yter pleie eller omsorg kjenner til norsk-somalieres livsverden, blir det lettere å forstå deres forklaringer og oppfatninger på psykiske lidelser. På den måten vil hjelperen unngå å tolke forklaringene som overtro og feie det under teppet, noe som kan ødelegge tilliten mellom psykisk helsetjenestene og somaliere med hjelpebehov. Dette kan også resultere at norsk-somalier ikke oppsøker psykiske helsetjenestene og går med ubehandlet sykdom.

Men er det virkelig slik at mennesker er et produkt av deres kultur? Og vil det si at alle som tilhører i den samme kulturen deler de samme oppfatningene, verdiene og troen? I følge Eriksen (2001) er kultur det som gjør kommunikasjon mulig. Jeg vil si at kultur er det som gjør at vi forstår hverandre, ikke bare verbalt, men også mentalt og åndelig. Det å ha de samme oppfatningene og fellesforståelse på ting og verden. Se verden gjennom med de samme brillene. Selv om man har lært det norske språket, vil man fremdeles ikke ha de samme oppfatningene om psykisk lidelser som den vestlige kulturen har. Informant 6 i studien snakke godt norsk og har bodd i Norge over 20 år, men har likevel oppfatninger om at mennesker med psykiske lidelser ikke er syke, men gale og knytter lidelsen til religion. Det kan godt tenkes at kultur gjør kommunikasjon mulig, men kultur er også noe mer enn det som gjør kommunikasjon mulig. Kultur er det tillærte, mer eller mindre overførte og erfarte (Hummelvoll 2012). Det vil være naturlig å tenke at denne informantene oppfatter og forstår psykisk lidelser i den virkeligheten hun lever i, en virkelighet formet av hennes kultur. Fler tallet av informantene fortalte at deres holdninger og oppfatninger om psykisk lidelser har endret seg etter de kom til Norge. Endringene ble beskrevet som mer forståelse og mindre skepsis og frykt til mennesker med psykiske lidelser. Andre endringer som ble nevnt er forståelse om at psykiske lidelser er noe man kan leve med og som kan behandles med medisiner. Andre nevnte økt kunnskap om psykisk lidelser som grunn til endringene. Jeg vil hevde at endringene som fler tallet av informantene formidler er konsekvens av kulturendring og økt kunnskap. I følge Hummelvoll (2012) vil det skje forandringer i de strukturerte systemene i en etnisk gruppe gjennom samvær og samhandling med mennesker fra forskjellige kulturer. Flere av informantene oppfatter, tolker og skaper sammenhenger noe annerledes enn utgangspunktet. Det vil si at i tillegg til deres tradisjonelle verdier og oppfatninger har de også tatt til seg nye, ervervet gjennom det nye samfunnet. Informant 2 som tok sin utdanning innenfor psykisk helse i Somalia har ikke endret sin forståelse om psykiske lidelser etter han kom til Norge, i følge han. Denne informantene hadde kunnskap om psykiske lidelser og hans oppfatninger om psykiske lidelser var allerede samsvar med de oppfatningene det norske samfunnet har.

På den andre siden oppstår problemet når kulturen tolkes uten å ta hensyn til menneskene bak. Jeg ønsker å være tydelig på at fokusering på kulturforskjeller kan skape kulturelle stereotypier. Hummelvoll (2012) skriver at kulturelle stereotypier innebærer at man antar at alle medlemmer av en etnisk gruppe er like, uten å ta hensyn til individuelle forskjeller. Tendenser til å operere med stereotype oppfatninger om

mennesker fra en bestemt kultur vil også føre til at man ikke tar hensyn til at kulturer endrer seg over tid, som de endringene fler tallet av informantene formidlet. Et slikt utgangspunkt kan blende den som yter hjelp og lett føre til ”oss” og ”de” tenkning. Dersom man tenker at alle somaliere har de samme oppfatningene, verdiene og holdningene kan det skape avstand og fremmedgjøring. Innen for samme kultur finnes det mennesker med forskjellig identitet, forståelsesramme og livshistorie, noe som også krever ulik behandling og tilnærming.

6.2 Synet på mennesker med psykiske lidelser

I studiens funn har framkommet av fler tallet av informantene at psykiske lidelser ikke er noe man snakker om i det somaliske miljøet. Alle informantene fortalte at det ikke finnes ulike begreper på psykiske lidelser. Ordet waali som direkte oversatt har betydningen ”galskap” blir generelt brukt om psykisk lidelser. Personer som har eller får psykisk lidelser blir omtalt som gale. Alle informantene meddelte at somaliere flest graderer psykiske lidelser, galskap, i ulike nivåer, avhengig av hvor psykisk ustabil personen er. På høyeste grad av galskap finner man psykose. Personer med psykiske lidelser blir holdt hjemmet og familien tier om det til det er umulig å skjule for omgivelsene.

Psykiske lidelser er knyttet til skam og mennesker med psykiske lidelser kan bli utsatt for stigmatisering, i form av stempling som avvik og utestengelse av felleskapet. Skam er nær knyttet til selvfølelsen og opptrer når man føler at en selv er dum og uverdig. En person føler skam fordi han er noe galt (Dybvig et al. 2004). Flere av informantene fortalte at personer med psykiske lidelser tenker at lidelsen er selvforskyldt, noe man har gjort for å fortjene det. Personen vil begynne å tro at det er noe med han, noe galt. Når man identifiserer seg selv med de egenskapene som forbindes med stigmaet, en begynner å tro på de negative egenskapene andre tillegger en oppstår selvstigma. Selvstigma er ødeleggende for personens selvbylde og handlingskraft. Personen begynner å tenke at det er noe galt med han, at psykiske lidelser er en iboende feil, tegn på en moralsk svakhet (Goffman 2009). Det blir en skam å ha denne feilen. En feil det er mulig og hensiktsmessig å skjule for omgivelsene, i hvert fall så lenge det lar seg gjøre. Alle informantene i studien fortalte om et miljø hvor man ikke snakker om psykiske lidelser. Psykiske lidelser er noe man skjuler for alle, familien gjemmer bort og ivaretar det syke familiemedlemmet hjemmet og fortier om det, noe som samsvarer med Hjelde og Fangen (2006) sine funn. Ved å ikke snakke

om psykiske lidelser og ha en slik hysj-hysj holdning, vil stigmaet opprettholdes og forsterkes. Funn i studien indikerer at det er behov for å avstigmatisere psykiske lidelser i det somaliske miljøet.

Ordet galskap blir generelt brukt om psykiske lidelser, noe som er også forenlig med Hjelde (2007) sine funn. I følge av alle informantene i studien omtales mennesker med psykiske lidelser som gale eller at de har en løs skrue, mangler skrue. I følge informantene er ikke det å mangle skrue eller ha løs skrue like farlig som å være gal, i galskapens nivåer. Mennesker med psykiske lidelser vil uansett bli stemplet med et stigma. I følge av informantene vil stemplet ”gal” definere personen, og personen vil alltid være gal. Psykiske lidelser blir sett som kronisk, en gang psykisk syk, alltid psykisk psyk. Dette er med å forsterke behovet for å hemmeligholde lidelsen sin for å unngå stemplet og stigmatiseringen. Stigmatiseringen kommer til uttrykk i form av språket som anvendes når norsk-somalier omtaler psykiske lidelser og mennesker som har psykiske lidelser. Det er denne stigmaet somaliere vil unngå ved å sørge for at ingen andre enn nærmeste familien skal vite at deres familiemedlem har fått psykisk lidelse. I følge Goffman (1992) spiller alle ulike roller i livet sitt og gjennom rollene gir mennesker andre det inntrykket av seg som de helst ønsker. Hverdagen er bygget opp som et skuespill eller forestilling og alle har forskjellige roller å spille, uansett om man er opptreder eller publikum. Når en person kommer sammen med andre, vil han handle målrettet for å gi de andre det inntrykk det er i hans interesse å formidle og som er forventet. Ved å skjule og fortie om lidelsen vil familien og det lidende familiemedlemmet klare å formidle et bestemt bilde av hvordan de er og har det, et bilde de må presentere i det somaliske miljøet – en fasade, også kalt en frontstage (Goffman 1992). Denne fasen opprettholdes for omgivelsene for å unngå stigmaet knyttet til psykisk lidelse. Informant 2 uttrykte forståelse for at mennesker med psykiske lidelser velger å skjule sine lidelser og nevner noen av de faktorene hun mener tvinger dem til det. Blant annet for å unngå stigmatisering og bli dømt, dømt for å ha gjort noe som har medført lidelsen, en ugjerning. For å opprettholde sin status og omdømme vil mennesker med psykiske lidelser bli tvunget til å skjule og fortie som sin lidelse, en overlevelsesstrategi.

6.3 Synet på å motta hjelp for psykisk lidelse

Studien viste at flest somaliere med psykiske lidelser eller påbegynnende psykiske lidelser vegrer seg for å søke hjelp. Det gjelder også familien til den lidende.

Tradisjonelle behandlingsmetoder mot psykisk lidelser anses å være mest brukt hos somaliere i Norge. I studien har det fremkommet en felles forståelse blant informantene om at flest norsk-somaliere med psykisk lidelser ikke tar sine foreskrevne medisiner da det er lite tiltro på medisinsk behandling. Blant flere av informantene er det formidlet frykt for depot injeksjoner blant somaliere. Som konsekvens av frykten for depotinjeksjoner flykter mange fra Norge til andre land, fortrinnsvis til Somalia.

Siden psykiske lidelser blir årsaksforklart gjennom religion og Gud, er det også naturlig å tenke at behandlingen inkluderer religion og Gud, gjennom å resitere fra koranen eller få en imam/sheik til å resitere (Hjelde og Fangen 2006). I følge Slikkerveer (1990) bruker somaliere tradisjonelle behandlingsmetoder for å behandle forholdet til Gud, forholdet til ånder og forholdet til mennesker, noe som også fremkom i denne studien. Funnene viste at den tradisjonelle behandlingen blir også mest brukt i Norge. Behandlingen foregår hjemmet der den lidende blir holdt, ivaretatt og passet av familien. Den lidende ofte vender seg familien sin for råd og veiledning for tar beslutninger sammen. I den somaliske kulturen tar familien av seg den syke (Ayazi 2006). Hele familien diskuterer og finner ut sammen hva man burde gjøre med og for den syke. I følge Kleinman (1980) består helseomsorg-systemet i alle samfunn tre overlappende behandlingssystemer, den profesjonelle, den folkelige og den private sektor. Den profesjonelle sektoren består av de offentlige, autoriserte og lovregulerte helseprofesjoners virksomhet, den folkelige sektoren av mennesker som har spesialisert seg på religiøse eller jordbundne behandlingsformer, som healere. I den tredje, den private sektor, omfatter individet, familien og det sosiale nettverk. Norsk-somaliere tilhører ofte den private sektoren på den måten at sykdomsforståelse og beslutninger angående helse foretas i familien. Hjelpeapparatet i Somalia er mer preget av en folkelig sektor med tradisjonell behandling. Noe som kan vanskeliggjøre for norsk-somaliere å søke råd og behandling i den norske profesjonelle sektoren (Hjelde 2013). Når somaliere oppsøker hjelp går de aldri alene, men alltid fulgt av minst ett familiemedlem (Hjelde 2007). I møte med norsk-somaliere er det avgjørende å inkludere familien i behandlingsforløpet. De fleste av informantene forklarte at familien passer på det syke hjemmet. Når helsepersonell møter brukere av somalisk opprinnelse er det viktig å tenke at den lidende er forlengelsen av sin familie som også må bli sett, hørt og betrygget at deres familiemedlem er trygg og ivaretatt. For somaliere er det ikke vanlig å gå alene, personen har med seg en ledsager til møter, konsultasjoner eller undersøkelser, en trygghet. En grunnleggende forutsetning for å nå frem med hjelp er at

personen er trygg på at hjelperen vil han vel. I følge Hummelvoll (2012) kommer tryggheten frem ved at hjelperen viser omsorg og ved å aktivt forsøke å finne personen der vedkommende er- gjennom empatisk forståelse.

Tross for dokumentert hyppighet i psykiske lidelser oppsøker somaliere i Norge i liten grad psykisk helsevesenet (Hjelde og Fangen 2006). Flertallet av informantene er tydelige på at stigma i forhold til å oppsøke hjelp fra psykisk helsetjenestene er utbredt i det somaliske miljøet. Å bli innlagt i psykiatrisk sykehus eller gå til psykolog er sterk stigmatiserende for somaliere, noe som har sammenheng med at psykiske lidelser er tabubelagte blant somaliere, noe som er i overensstemmelse med Hjelde og Fangen (2006) sine funn. Tanken om at psykiske lidelser er noe selvforskyldt hos somaliere forsterker stigmaet rundt lidelsen. Funn i studien tilsier at norsk-somaliere med psykiske lidelser forsøker å unngå å henvende seg til psykisk helsetjenestene på grunn av frykt for å bli stemplet som gal av andre somaliere. Motstanden skyldes stigmaet somaliere flest har om psykiske lidelser og stigmaets konsekvens. Ved stigmatisering blir personen karakterisert som avviker og tillegges egenskaper og de stereotype oppfatningene samfunnet tillegger de som hører til i samme gruppe, i dette tilfellet å bli omtalt som gal (Goffman 2009). Informantene oppga tilbaketrekking og sosial eksklusjon som følge dersom andre får kjennskap til at personen har psykiske lidelser. Omgivelsene ser bare sykdommen og ikke personen bak, noe som reduserer personen bare til å være den ”gale”. Goffman (2009) mener at stigmatisering oppstår på grunn av frykt for det ukjente, usikkerheten en kjenner på i møte med avvikende atferd i sosiale sammenhenger. Flertallet av informantene nevner at man prøver å unngå å møte personer med psykiske lidelser. Informant 5 sa at i møte med mennesker med psykiske lidelser må man ordlegge seg annerledes og tenke før man snakker. Det kan virke som i bakgrunn av det informanten meddelte at en må anstrenge seg og etterstrebe for å ikke si noe som ikke passer seg for med psykisk lidelse. Informant 6 sa at hun ikke klarer å forholde seg til mennesker som har psykiske lidelser, og at det er bedre å ikke vite hvis hun kan velge. Dette tilsier at informanten fokusere kun på stemplet og ikke de andre egenskapene ved personen. Informantenes forklaringer underbygges av Goffmans (2009) teori om frykten for å forholde seg til det ukjente. Slippe å kjenne på følelsen av usikkerhet i møte med personer som blir kategorisert som bærer av et stigma, noe som skaper en grobunn for stigmatisering og forsterkes av stigmatiseringsprosesser.

På den andre siden har somaliere bakgrunn fra et svært undertrykkende statlig system som de ikke hadde tillit til, noe som skaper vanskeligheter for mange å forstå og

opparbeide tillit til det gjennomorganiserte norske systemet (Hjelde og Fangen 2006). Fagpersoner innenfor helse- og sosialtjenesten gir uttrykk for at det er vanskelig å hjelpe somaliere (Hjelde og Fangen 2006). På sin side har det ordinære behandlingsapparatet ofte lite kjennskap til denne befolkningens kultur (Ayazi 2006). Dersom den som yter omsorg er oppmerksom på bakgrunnen somaliere har, vil hjelperen oppdage at det ikke er somaliere som er vanskelige å hjelpe, men de får det vanskelig – i hver fall hvis helsepersonell ikke klarer å imøtekomme og forstå dem. For å være i stand til å hjelpe somaliere må den som yter hjelpen forsøke å leve seg inn i deres livsverden (Hummelvoll 2012). Nettopp fordi kulturer koder virkeligheten på sin egen måte, vil norsk-somaliere handle ut fra andre forutsetninger enn den norske majoriteten. Kan det tenkes at det har noe med å gjøre deres kulturelle og historisk bakgrunn? Somalier i Norge har opplevd en stor overgang fra et samfunn oppløst av krig til et samfunn som har form av å være gjennomorganisert velferdsstat (Hjelde og Fangen 2006). Samtidig som de kom fra et samfunn preget av en folkelig sektor med tradisjonell behandling i form av religiøse ritualer og andre tradisjonelle behandlingsformer. Flere av informantene fortalte at det er ukjent for norsk-somaliere å oppsøke medisinsk hjelp for psykiske lidelser. I tillegg har ikke norsk-somaliere kjennskap til hvordan psykisk helsevesenet er organisert eller hvilke behandlingstilbud som tilbys. Alle informantene ga uttrykk for at det er vanskelig for norsk-somaliere å finne ut hvor og hvordan man kan søke psykisk helsetjenester. Dette kan være en hindring i tilgangen til bruken av psykisk helsetjenestene. Pasient- og brukerrettighetsloven (Norges 2014-2015) skal sikre for at alle som bor i Norge skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester. For at helsetjenestene skal kunne yte denne likheten må tjenestene tilpasses til den enkelte brukeren uavhengig av etnisitet. Dermed er det ikke hensiktsmessig å behandle alle likt. Ut fra det som kom frem i studien oppnår ikke norsk-somaliere samme rettigheter og tjenestetilbud som majoritetsbefolkningen, noe som også Hjelde og Fangen funnet i sin studie (2006).

En annen forklaring på hvorfor norsk-somaliere ikke oppsøker psykisk helsetjenestene er som tidligere nevnt lite tiltro på medisinsk behandling. Informantene ga uttrykk for at medisiner ikke er noe somaliere tror kan brukes i behandling av psykiske lidelser, også funnet i Hjelde (2008) sin studie. I studien kom det frem at norsk-somaliere henvender seg først til psykisk helsetjenesten når alt annet av tradisjonelle behandlingsmetoder er prøvd. Når vedkommende først oppsøker medisinsk behandling er hans tilstand svært alvorlig, og personen kan være fare for seg selv eller

for andre. Dette stemmer overens med Ayazi sine funn (2006). Informant 2 forklarte at psykisk helsetjenestene er siste utvei og at personen som oftest er psykotisk i det tidspunktet. Dersom man setter seg inn i det somaliske forståelse av psykiske lidelser, kan man forstå hvorfor man oppsøker medisinsk behandling først når personen er psykotisk, det høyeste nivået av galskap som informantene forklarte. I følge informantene aksepterer familien i den forstand at personen er gal. Når man lenger ikke har noe å tape og håpet om tilfriskning er kanskje nesten ute. Men kanskje også når somaliere snakker åpent om psykiske lidelsene. Alle informantene fortalte at den eneste gangen man snakket åpent om psykiske lidelser var når den lidende var kommet til det høyeste grad av galskapsnivået. Da er det ikke lenger mulig å skjule for omgivelsene og familien akseptere i den forstand at personen har blitt gal. Da er personen fortapt, kronisk gal. En studie av innleggelser ved en avdeling innenfor akutt psykiatrisk helsevern i Oslo (Berg og Johansen 2004) viste at pasienter med ikke-vestlige bakgrunn var sykere ved innleggelsestidspunktet enn etniske nordmenn. Noe som kan indikere at de kommer senere til behandling, noe som er forenlig med denne studiens funn. Når det kommer til sykdomsutvikling er det påvist en klar sammenheng mellom hvor lenge personen går ubehandlet med psykose og prognosen av lidelsen (TIPS; 2010). Personer som har gått med ubehandlet sykdom lenge vil ha dårligere prognose av lidelsen enn de som får tidlig hjelp. Når norsk-somaliere med psykiske lidelser henvender seg til psykiske helsevesenet etter lang tid med ubehandlet sykdom, kan de føle at medisinsk behandling ikke hjelper på grunn av langkommet sykdomsutvikling. Dette kan være med å øke deres mistillit til medisinsk behandling og dermed også oppsøking av psykiske helsetjenestene.

Ikke bare har somaliere lite tillit til medisinsk behandling, de er spesielt redde for å få sprøyter. Informantene var tydelige på at somaliere har en forestilling om at depot injeksjoner kan skade hjernen slik at personen mister seg selv, blir til en annen – noe som understøttes av studien av Hjelde (2008). Fire av informantene brukte zombie som metafor for å beskrive hvordan man kan bli av injeksjoner. Noe som kan ha sammenheng med de ekstrapyramidale bivirkningene av medisinene, som stiv og sløv. Blant somaliere er det å sende familiemedlemmer med psykisk lidelser til hjemlandet for behandling et kjent fenomen (Hjelde 2008), noe informantene i denne studien også har godt kjennskap til. Som informantene i denne studien uttrykte kan en grunn til dette være frykten for sprøyter. Informant 2 forklarte at norsk-somaliere flest er redde for å bli innesperret dersom de blir innlagt på psykiatrisk avdeling. Det kan tenkes at denne

frykten henger sammen med de erfaringene de har gjort seg i Somalia, hvor de som blir innlagt kan forbli der opptil 18 år (WHO 2010). Frykten for å bli innesperret og få sprøyte er så stor blant mange norsk-somaliere at de frykter fra Norge til andre land, aller helst til Somalia. Informant 2 forklarte at mange norsk-somaliere ikke forstår at de kan klage på en tvangsmedisinering – istedenfor reiser de vekk fra Norge. Dette bør sees i sammenheng med norsk-somaliernes manglende kjennskap til det norske helsesystemet, spesielt psykisk helsetjenestene. En annen mulig forklaring på at norsk-somaliere med psykisk lidelser sendes tilbake til hjemlandet kan være å komme seg til kjent miljø, omgitt av mange familiemedlemmer og i tillegg oppsøke behandling de har tillit til (Hjelde 2008).

7.0 KONKLUSJON

I denne studien var målet å undersøke og bringe frem ny kunnskap om norsk-somalierens holdninger og oppfatninger til psykiske lidelser, med hensikt å avstigmatisere psykiske lidelser hos personer med somalisk bakgrunn. For å belyse studiens problemstilling; *hvordan beskriver norsk-somalierne sine holdninger til psykiske lidelser?* best mulig og oppnå studiens mål vil forskningsspørsmålet; *hvordan oppfattes psykiske lidelser og hvordan omtales mennesker med psykiske lidelser i den somaliske kulturen?* bli besvart under studiens hovedtema som overskrift; Waali – ulike grader av galskap.

7.1 Waali – ulike grader av galskap

Funn fra studien viste at somaliere flest har en annen forståelsesramme på psykiske lidelser enn den vestlige medisinske tradisjonen i Norge. I den somaliske kulturen er psykiske lidelser bundet med forholdet til Gud, forholdet til jinn og forholdet til mennesker. Symptomer på psykiske lidelser blir ut fra dette av mange norsk-somalierne ikke sett på som en medisinsk tilstand, men knyttes til religion og Gud. Funn fra studien viste at på bakgrunn av årsaksforklaringene til psykiske lidelser blir behandlingen også ofte knyttet til religion og Gud. I følge av alle informantene i studien er førstelinjebehandling på psykiske lidelser tradisjonell behandling i form av religiøse ritualer, som resitering av koranen på den syke. Behandlingen skjer ofte hjemme hvor den syke blir holdt og ivaretatt av familiemedlemmer. Personer som er psykisk dårlige gjemmes bort fra omgivelsene og man tier om det. Psykiske lidelser er ikke noe man snakker om. Dette henger sammen med det sosiale stigmaet som er knyttet til psykiske lidelser i den somaliske kulturen, men også mangel på begreper. I studien har det fremkommet at norsk-somalierne har et begrenset begrepsapparat på psykiske lidelser. Ordet waali – galskap- blir generelt brukt om psykiske lidelser. Psykiske lidelser graderes i ulike nivåer av galskap ettersom hvor langt i sykdomsutviklingen personen har kommet, og dermed hvor psykisk ustabil personen er. På det høyeste nivået av galskap finner man psykose. Det som er felles for alle informantene er at de meddelte at mennesker med psykiske lidelser blir omtalt som gale eller at de har løs skrue. Flere av informantene forklarte at når personen blir omtalt som at han/hun har en løs skrue, befinner personen seg i et lavere grad av galskapsnivået. Flere av informantene var

også enstemmige om at personer med psykiske lidelser blir stigmatisert på ulike måter, som utestengelse fra felleskapet eller andre sosiale sammenhenger.

Andre funn som har fremkommet i studien var at norsk-somalier lite grad oppsøker de psykiske helsetjenestene. Informantene forklarte at norsk-somalier har lite tro på medisinsk behandling, noe som igjen har sammenheng med oppfatningen av psykiske lidelser. Flertallet av informantene i studien meddelte også en fellesforståelse om at norsk-somalier med psykiske lidelser ikke tar sine foreskrevne medisiner og en utbredt frykt for depot injeksjoner blant somalier. Frykten for depot injeksjonene er basert på engstelsen for å miste seg selv. Jeg ønsker å konkludere sist med at kulturelle holdninger og sosialt stigma mot psykisk lidelser, kombinert med frykt og lite tro på medisinsk behandling forhindrer norsk-somalier oppnåelsen av likeverdige helsetjenester som majoriteten.

Jeg har i starten av studien bevitnet min forforståelse om holdningene knyttet til psykiske lidelser i det somaliske miljøet. De fleste av mine forutfattete oppfattelser bekreftes av funnene fra studien. Det er likevel bemerkelsesverdig å nevne at flertallet av informantene sier at de verken ser ned på eller tror mindre om mennesker med psykiske lidelser. Flere av informantene forklarte at de viser mer omsorg og omtanke til personer med psykiske lidelser. Dette er et overraskende og uventet funn som har endret noe av min forforståelse. Dette har gitt meg håp og motivasjon om at norsk-somalier er klare til å endre holdningene til psykiske lidelser og mennesker med psykiske lidelser.

7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Funn fra studien viste at det er behov for å normalisere og allmenngjøre av psykiske lidelser blant personer med somalisk bakgrunn. Denne normaliseringen og bevisstgjøringen om psykisk lidelse kan begynne allerede når personen er ny i landet. Der psykoedukasjon og opplysninger om psykiske lidelser bringes på bane på deres morsmål ved hjelp av en person som kjenner systemet godt, både i Somalia og Norge. På den måten vil også overgangen mellom det kjente og ukjente bli mykere og redusere den psykiske stressen som migrasjonssprosessen kan medføre. Helsetjenestene og helsepersonell bør tilegne seg økte kunnskaper og forståelse om norsk-somalieres forståelsesramme på psykiske lidelser. Slik kan hjelperen bedre reflektere, utvikle arbeidsmåter, relasjoner og derigjennom bedre forstå enkeltindivider med somalisk bakgrunn. Helsetjenestene kan etterstrebe og inkludere det kjente i behandlingen, både familien til brukeren og den religiøse behandlingsmetoden. Det kjente og trygge som

individet har lit til gjør det muligens mer tryggere å motta behandling fra det ukjente og utrygge.

I forhold til videre forskning vil det være interessant å få til en studie der helsetjenestene åpner opp og inkluderer den religiøse behandlingen inn i den medisinske. De psykiatriske avdelingene kunne prøve å ha imamen/sheik med på behandlingsforløpet, der de kommer inn, snakker med den innlagte og eventuelt resiterer koranen på vedkommende. Studien kunne ta for seg hele behandlingsforløpet for å se om tiltaket kan trygge og motivere norsk-somalier til å ta imot medisinsk behandling. En annen interessant forskningsstudie vil være å undersøke om norsk-somalier endrer sine oppfatninger om psykiske lidelser etter de kom til Norge. Er det endringer? Er det forskjell på de med høy og lav utdanning?

8.0 REFERANSER

- Antonovsky, Aaron 2013. *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. 2009. "Somaliere i Norge " I *En arbeidsgrupperapport*. Oslo: Regjeringen.
- https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/aid/publikasjoner/rapporter_og_planer/2009/r_somaliere_i_norge.pdf.
- Ayazi, Touraj. 2006. "Oppsøkende arbeid blant pasienter med somalisk bakgrunn ; et prosjekt i psykisk helsevern i Oslo." *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, no. 43 (12):1330-1332.
- Berg, J. E., and E. Johansen. 2004. "Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger?" *Tidsskrift; Den norske legeforening* no. 124:634-6.
- Blom, S. 2008. Innvandreres helse 2005/2006. SSB-rapport.
- Bostad, Tove, and Trine Merethe Paulsen. *Najonal digital læringsarena* 2010. Available from <https://ndla.no/nb/node/25440>.
- Djuve, Anne Britt, and Kåre Hagen. 1995. "Skaff meg en jobb." I *Levekår blant Flyktninger i Oslo*. Oslo: Fafo.
- Djuve, Anne Britt, and Hanne Cecilie Kavli. 2000. "Styring over eget liv: Levekår og flytteaktivitet blant flyktninger i lys av myndighetenes bosettingsarbeid." I. Oslo: Fafo.
- Dybvig, S., J.O. Johannessen, Kjær. R, Lyngstad G., and Gerd-ragna Bloch Thorsen. 2004. Stigma - antistigma : stigmatisering av personer med psykiske lidelser, hvordan kan det bekjempes?
- Eriksen, T.H, red. 2001. *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- FN-sambandet. *Verdens helseorganisasjon (WHO)*. Available from Hentet 26.08-2017
- <http://www.fn.no/Om-FN/FNs-organisasjoner-fond-og-programmer/Verdens-helseorganisasjon-WHO>.
- Globalis. *Somalia*. FN-SAMBANDET, 2015.10.15 2015 [lesedato 2017.01.11. Available from <http://www.globalis.no/Konflikter/Somalia>.
- Goffman, Erving. 1992. *Vårt rollespill til daglig; en studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax Forlag A/S.

- Goffman, Erving 2009. *STIGMA, om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Graneheim, U.H, and B. Lundman. 2004. "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness." *Nurse Education Today* no. 24 (2):105-112.
- Granheim, U.H. , B.M. Lindgren, and B. Lundman. 2017. "Granheim U.H. Lindgren B.M. Lundman B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper." *Nurse Education Today* no. 56:29-34.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson, and Jon A. Løkke. 2012. *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hjelde, K. H. 2008. "Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* no. 5 (1):24-33.
- Hjelde, K. H. 2013. "Migrasjon, kultur og psykisk helse." I *Samfunn og psykisk helse; Samfunnsvitenskapelige perspektiver* Red av R. Norvoll, s. 166-187. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hjelde, Karin Harsløf. 2007. "Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil: betydningen av det relasjonelle." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* no. 4 (4):350-358.
- Hjelde, Karin Harsløf , and Katrine Fangen. 2006. "Oppfølging, respekt og empowerment: Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter " *Norsk tidsskrift for migrasjonsforskning* no. 7 (2):79-99.
- Hummelvoll, Jan Kåre 2012. *HELT - ikke stykkevis og delt* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karlsson, Bengt, and Marit Borg. 2013. *Psykisk helsearbeid; Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Klausen, A. M. 1992. *Kultur: mønster og kaos* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Pasients and Healers in the Context of Culture; An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kvale, Steinar, and Svend Brinkmann. 2012. *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Leininger, M. M. 1995. *Transcultural Nursing; Concepts, Theories, Research and Practices*. 2nd ed. utg. McGraw-Hill, Inc.
- Leininger, M. M, and M. R. McFarland. 2005 *Culture Care Diversity and Universality; A worldwide nursing theory*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.
- Lyngstad, Gunnar Dreyer 2000. "Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats?" *Tidsskrift; Den norske legeforening* no. 18 (120):2178-81. doi: <http://tidsskriftet.no/2000/08/kronikk/stigma-og-stigmatisering-i-psykiatrien-et-omrade-som-krever-innsats>.
- Malterud, Kristi. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nes, Kari, Tove Skoug, and Marit Strømstad. 2005. *Somalierne I Norge: perspektiver på integrering, språk og religion*. Oplandske Bokforlag.
- Norges Lov. 2014-2015. Pasient- og brukerrettighetsloven; 2.juli. nr.63. 1999. Oslo: Gyldendal Juridisk
- Pasquali, E.A., H. M. Arnold, and N DeBasio. 1989. *Mental health nursing: a holistic approach*. University of Michigan: Mosby.
- Slikkerveer, L. J. . 1990. *Plural Medical Systems in the Horn of Africa; The Legacy Of "Sheikh " Hippocrates*. London Kegan Paul international
- Statistisk Sentralbyrå. *hvor kommer innvanderne fra?* 2016. Available from <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>.
- Thagaard, Tove 2011. *systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, Eline. 2010. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- TIPS;. *Hvorfor er det viktig å oppdage og behandle alvorlig psykisk lidelse tidlig?* 2010. Available from <http://www.tips-kompetansesenter.no/default.aspx?pagelid=50>.
- Ulland, Dagfinn, Anne Brita Thorød, and Erna Ulland. 2015. *Psykisk helse : Nye arenaer, aktører og tilnærminger* Oslo: Universitetsforlaget.
- Universitetet i Oslo. *Personvernombudet for forskning (NSD)* 2012 [lesedato 12.Oct.2017. Available from <https://www.uio.no/for->

ansatte/arbeidsstotte/personvern/meir-om-
personvern/personvernombud.

WHO. *mental health: stop exclusion - dare to care* 2001 [lesedato 29.09.17.

WHO. *A SITUATION ANALYSIS OF MENTAL HEALTH IN SOMALIA* 2010

[lesedato 2016.11.04. Available from

http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2010_EN_736.pdf?ua=1.

INTERVJUGUIDE

Først gi litt informasjon om studien, hvordan data skal behandles, anonymitet, rett til å trekke seg, informert samtykke.

Informert om gangen i intervjuet. Bli litt kjent med informanten.

Innledende spørsmål;

Når kom du til Norge?

Utdanningsnivå

Yrke

Alder

Kjønn

Utfyllende spørsmål

* Hva tenker du om psykiske lidelser /hva er din oppfatning av psykiske lidelser?

* Kjenner du noen som har psykisk plager/lidelser?

* Hva tenker du om folk som har psykiske lidelser

* Har du venner eller bekjente som har eller har hatt psykiske lidelser?

- og kan du fortelle litt om de?

* Hva tror du forårsaker psykiske lidelser?

* Hvordan omtales psykiske lidelser og problemer blant somaliere?

* Er det åpenhet/lukkethet om psykiske lidelser blant somaliere?

✓ Er det åpenhet/lukkethet rundt psykisk helse? Hvordan kommer dette til uttrykk?

Er det psykiske problemer (eventuelt lidelser) som er mer akseptable å ha/snakke om enn andre?

* Har synet ditt på psykiske lidelser endret seg etter du kom til Norge?

Spør om det er noe informanten har lyst til å tilføye



Kristine Rørtveit
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 27.02.2017

Vår ref: 52170 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.01.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

52170	<i>En kvalitativ studie om norsk-somalierens holdning til psykiske lidelser</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kristine Rørtveit</i>
Student	<i>Asmaa Jama</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Asmaa Jama asma_jama@hotmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 52170

Formålet med studien er å bringe frem ny kunnskap om holdningene til psykisk helse i det somaliske miljøet i Norge.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men dato for anonymisering må endres til 31.12.17, jf. meldeskjema. Videre bør veileders kontaktinformasjon tilføyes.

Vi gjør oppmerksom på at det ikke bør legges opp til at intervjudeltakerne uttaler seg om identifiserbare personers psykiske lidelser i intervjuet (jf. spm 4 i intervjuguiden). Forsker bør legge opp til at personer i intervjuet snakker om sine erfaringer på et mer generelt grunnlag.

Personvernombudet tar høyde for at det vil kunne bli behandlet sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn og helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.

En kvalitativt forskningsstudie om norsk-somalierens holdninger til psykisk lidelser

Jeg studerer Master i helsevitenskap, fordypning i psykisk helsearbeid ved Universitet i Stavanger, og er nå i gang med min masteroppgave. I den forbindelse er jeg interessert i å undersøke hvordan norsk-somalier ser på det å ha psykisk lidelse.

Hensikten med studien er å bringe frem ny kunnskap om norsk-somalierens holdninger til psykiske lidelser. Jeg ønsker å finne ut hvilke holdninger et utvalg av norsk-somalier har til psykisk lidelser. I min studie ønsker jeg å se nærmere på hva utvalget tenker om psykisk lidelser og tenker om personer med psykiske lidelser. Målet er å avstigmatisere psykiske lidelser hos personer med somalisk bakgrunn. For å få innsikt i temaet holdninger til psykisk lidelser blant norsk-somalier, vil det være viktig å samtale med personer som har somalisk bakgrunn og som har vokst opp i Somalia.

Prosjektets metode er individuelt intervju. Samtalen vil bli tatt opp på digitalopptaker for videre bearbeiding/analyse.

Hvis du etter å ha lest denne informasjonen ønsker å delta, ber jeg deg skrive under vedlagte samtykkeerklæring. Dine rettigheter som deltaker i undersøkelsen er:

- ✓ Alle opplysninger du gir blir anonymisert.
- ✓ Ingen opplysninger om deg vil bli gitt til andre. Heller ingen informasjon om personer du nevner vil bli gitt til andre, og de vil bli anonymisert på lik linje som deg som deltaker.
- ✓ Deltakelsen er frivillig, og du kan trekke deg når som helst; før eller i løpet av prosjektperioden uten begrunnelse.
- ✓ Alt datamateriale vil bli oppbevart trygt og slettet etter prosjektets slutt (2017).

Hvis du har spørsmål om forskningsprosjektet, kan du kontakte Masterstudent Asmaa Jama Telefonnummer: ~~46430107~~, mellom kl. 09.00 – 15.00 frem til prosjektets slutt.

Med hilsen Masterstudent og sykepleier Asmaa Jama

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter herved å ha fått skriftlig informasjon om prosjektet, samt blitt informert om mine rettigheter i forbindelse med forskningsprosjektet, og jeg ønsker å delta i prosjektet.

Dato, sted:

Masterstudent

Informant