

MASTEROPPGAVE

MAPSD5900

Mai 2019

Frisk fra depresjon – hva holder en frisk?

En kvalitativ oppgave rundt erfaringer med hva som holder en frisk fra depresjon.

John Edmund Kvalø Smedtorp

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har gjort meg svært ydmyk ovenfor forsker-faget, det har gitt meg gåsehud over det fantastiske i mennesket, og det har forandret meg og min yrkesuttøvelse - det i seg selv er ikke noe småtteri, så det har vært vel verdt tiden.

En stor takk til dere som stilte opp og lot meg intervju dere – å dele som dere gjorde er stort, raust og modig. Erfaringene og historiene fra deres liv, er det som er grunnlaget for denne oppgaven, og det kunne aldri skjedd uten dere. Tusen takk!

Tusen takk til min veileder Dag Willy Tallaksen, som har gitt meg svært verdifull lærdom, utvikling og veiledning – og noen av de beste samtalene jeg har hatt. Du er en bra mann!

Alle timene jeg har sittet og arbeidet med denne oppgaven har jeg mottatt støtte og tålmodighet fra min fantastiske kone, og vært omgitt av mine tre flotte barn – For en lykke dere er!

Kongsvinger 11. mai 2019

John Edmund Kvalø Smedtorp

Sammendrag

Depresjon er en tiltagende utfordring med tanke på sykdomsbelastning og arbeidsdeltakelse i vårt land og globalt. Et høyt antall av de som har vært deprimert en gang, vil bli deprimert igjen...og igjen. Ut fra så vel et folkehelseperspektiv, som et samfunnsøkonomisk perspektiv, så er dette bekymringsverdig.

Innsikt i mekanismer og komponenter som kan forebygge depresjon og tilbakefall ved depresjon, vil være svært viktig kunnskap å tilegne seg. Håpet med denne studien er at den skal kunne bistå inn i dette feltet. Dette for å kunne være et bidrag til å utforme best mulige tilnærminger og intervensjoner, i det psykiske folkehelsearbeidet, for årene som skal komme.

Studien har et kvalitativt forskningsdesign, med en fenomenologisk tilnærming. Hvor det med semistrukturerte intervjuer er intervjuet 9 informanter som har vært deprimert, og deres erfaring rundt hva som nå holder de friske.

Studien har sett funnene opp mot det teoretiske begrepet empowerment (eller i oppgaven; myndiggjøring) og sosiologen Aaron Antonovskys teori om salutogenese – og herunder «a sense of coherence» eller den norske oversettelsen «opplevelse av sammenheng».

Funnene viser at erfaringene til informantene i denne studien peker mot så vel en dreining mot større myndiggjøring og en større opplevelse av sammenheng. Et øvrig funn som beskrives av informantene er en økt grad av selvaksept og selvmedfølelse, som er med på å understøtte en økt egenomsorg. Til sammen argumenteres det for at disse faktorene er medvirkende inn i forebygging og forsvar mot tilbakefall av depresjon.

Nøkkelord: salutogenese, sense of coherence, empowerment, myndiggjøring, depresjon, forebygging, folkehelse.

Abstract/summary

Depression is an increasing challenge when it comes to burden of disease and labor-participation in Norway and globally. A high amount of individuals who has been ill with depression once, will be depressed again...and again. From a perspective of public health, as well as a socioeconomically perspective, this is worryingly.

Insight in mechanisms and components which can prevent depression, and relapse of depression, will be knowledge well worth gaining. The hope of this study is that it will be able to contribute to this field. This for it to be able to be a part of shaping the best possible approaches and interventions, in the field of mental public health-work, for the years to come.

The study has a qualitative research-design, with a phenomenological approach. It has been used semi-structured interviews to interview a total of 9 informants, who has been depressed, about their experience on how to stay well.

The study has seen the findings against the theoretical concept of “empowerment” and the sociologist Aaron Antonovsky’s theory of salutogenesis – and thereunder “a sense of coherence”.

The findings indicate that the informants has experienced a rotation towards being empowered and an experience of a bigger sense of coherence. Another finding described by informants is an increased self-acceptance and self-compassion, which is supporting an increased self-care. Together it is argued that these factors is contributing in to the prevention and defence against relapse of depression.

Keywords: salutogenesis, sense of coherence, empowerment, depression, prevention, public health.

Innhold

Forord.....	I
Sammendrag.....	II
Abstract/summary.....	III
1.0 Innledning.....	1
1.1 Studiens hensikt.....	1
1.2 Psykisk helse i Norge; hvor er vi og hvor vil vi?.....	1
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.4 Avgrensning.....	3
1.5 Litteratursøk.....	3
1.6 Oppgavens oppbygning.....	3
2.0 Teoretisk rammeverk.....	4
2.1 Tidligere forskning.....	4
2.2 Forståelse av depresjon.....	6
2.3 Å holde seg frisk – Salutogenese.....	8
2.4 Å styre seg selv – Empowerment.....	10
3.0 Metode.....	12
3.1 Innledning.....	12
3.2 Forskerens forforståelse.....	13
3.3 Valg av design og metodisk tilnærming.....	15
3.4 Kvalitativ tilnærming.....	15
3.5 Intervju som metode.....	16

3.6 Utvikling av intervjuguiden.....	17
3.7 Rekruttering av informanter.....	17
3.8 Gjennomføring av intervjuer.....	19
3.9 Transkripsjon.....	20
3.10 Analyse.....	20
3.11 Vitenskapelige kriterier og kvalitativ forskning.....	24
3.12 Etske hensyn.....	25
4.0 Funn - Innledning.....	26
4.1 Selvstyre/autonomi.....	27
4.1.1 Mot.....	27
4.1.2 Selvinnsikt.....	27
4.1.3 Mestringstro.....	28
4.1.4 Proaktivitet.....	28
4.2 Grensesetting.....	29
4.2.1 Selvhevdelse.....	30
4.2.2 Egenomsorg.....	30
4.2.3 «Ikke mer dårlig samvittighet!».....	31
4.3 Selv-aksept.....	32
4.3.1 Tilfredshet.....	32
4.3.2 «Fuck skam!».....	33
5.0 Diskusjon – Frisk fra depresjon – hva holder en frisk?.....	34
5.1 Myndiggjøring sett ut fra makt og avmakt.....	34
5.2 Salutogenese – depresjon som begripelig og meningsfull.....	36

5.3 Hva med selv-aksept?.....	39
5.4 Hva holder en frisk fra depresjon?.....	40
6.0 Oppsummering og konklusjon.....	42
Litteraturhenvisning.....	45
Vedlegg.....	49
Vurdering fra «Norsk senter for forskningsdata» (NSD).....	49
Intervjuguide.....	53
Rekrutterings-tekst fra facebook.....	54
Informasjonsbrev til informanter.....	55

1.0 Innledning

1.1 Studiens hensikt

Å forebygge psykiske lidelser er en viktig oppgave for samfunnet. Psykiske lidelser er den sykdomsgruppen som står for størst behandlingstkostnader og produksjonstap i Norge per (Folkehelseinstituttet (FHI), 2017). Depresjon står igjen for halvparten av de psykisk lidelsene (Norsk helseinformatikk (NHI), 2019). Tilbakefall for depresjon er samtidig vanlig hos opptil 50 prosent av de som har vært syke (Helsebiblioteket, 2019), og den kognitive kapasiteten kan være nedsatt mange måneder etter sykdommen og således påvirke mestring og produktivitet (Hammar et.al 2010).

Kanskje viktigere for den enkelte; psykiske lidelser betyr lidelse for den det gjelder, og langt fra alle får god og riktig behandling – realiteten er at bare 1 av 4 fire får behandling (NHI, 2019), hvilket vanskelig kan ses på som godt nok.

Å kunne ha kunnskap og verktøy for å forebygge depresjon og tilbakefall av depresjon, vil naturlig nok da måtte ses på som en svært viktig oppgave.

Hvem sitter da på erfaringene om hva som holder en frisk fra depresjon? De som utforskes i denne oppgaven er de med førstehånds-erfaring med å være syke med depresjon, som har blitt friske og som har forholdt seg friske over tid.

Kan bedre innsikt i disse sine erfaringer hjelpe oss å formulere morgendagens tilnærminger til depresjon?

1.2 Psykisk helsearbeid i Norge - hvor er vi og hvor skal vi?

Denne oppgaven skrives med tanke på et ønske om å bidra til framtidens psykiske helsearbeid i Norge. Regjeringens strategi for god psykisk helse for årene 2017–2022 (Statsministerens kontor, 2017) legger da også vekt på viktigheten av det helsefremmende og forebyggende arbeidet - hvilket også er formålet med å stille de spørsmålene som stilles i denne oppgaven; hva er helsefremmende og hva forebygger depresjon?

Depresjon er en sykdom som er den ledende årsaken til uførhet globalt og er samtidig en betydelig bidragsyter til den generelle globale sykdomsbelastningen (World health

organization (WHO), 2018). Ergo vil innsatsen for å forebygge depresjon være en betydelig del av det psykiske folkehelse-arbeidet.

Å fremme god psykisk og vise til hva som gjør det, vil være kjernen av det psykiske folkehelsearbeidet (Statsministerens kontor, 2017).

I regjeringens strategi for god psykisk helse trekkes det fram hva som er faktorene som fremmer det friske - herunder nevnes blant annet mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening og positive relasjoner. Dette vil være faktorene som fremmer den gode psykiske helsen.

En sentral del av veien videre er derav akkurat å se på hva som gjør oss friske, og fremme dette.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Som behandler i Helse sør-øst sin leveranse «arbeidsrettet behandling for angst og depresjon», så er møtet med den deprimerte en daglig foreteelse. Jeg ser på min oppgave som todelt: Først bidra til at den som er syk blir frisk eller friskere, deretter bistå med refleksjon og verktøy for å bygge en langvarig friskmelding – eller sagt på en annen måte: forebygge tilbakefall. Man møter dog sjelden pasienter på nytt og det ligger stadig en undring der rundt hvorvidt behandlingen en gir, vil ha en effekt over tid. Å møte igjen de som har forblitt friske over tid, er meg ikke forunt i det daglige.

Ut fra dette er problemstilling for oppgaven:

Livet etter depresjon – Hva holder deg frisk?

Herunder er forskningsspørsmål:

- Tenker man annerledes etter en depresjon?
- Hva er viktig for å holde seg frisk?

1.4 Avgrensning

Denne oppgaven er begrenset til å ta for seg erfaringene til ni informanter som har vært syke med moderat depresjon. Fire av informantene har hatt tilbakefall av depresjon.

Alle informantene har blitt friskmeldt og kommet seg tilbake til arbeid og sine respektive hverdager, og har når de blir intervjuet, vært friskmeldte i 1-4 år. Ingen av informantene er under behandling eller har vært dette etter at de ble friskmeldt. Spørsmålsstillingene tar for seg å utforske hvilken lærdom informantene føler de har tatt med seg, som hjelper de å forebygge å få tilbakefall med depresjon. Spørsmålene vil således ikke ta for seg informantenes erfaringer med å stå i depresjonen eller hva som hjalp de å bli friske.

Det er blitt brukt et nettverksutvalg, hvor det utvidede sosiale nettverket på sosiale medier er blitt benyttet. Alle informantene har selv meldt seg frivillig til å delta.

1.5 Litteratursøk

Forskningen til denne oppgaven har blitt funnet gjennom søk i databaser tilknyttet Oslomet sine nettsider, hvor det har blitt kryssset av for samtlige databaser innunder plattformen Ebscohost. Søkordene som er blitt benyttet er «depression», «salutogenese» og «coping».

Øvrig litteratur som er benyttet er funnet gjennom søk i ORIA (Oslomet-bibliotekets søkebase), ut fra søk på aktuelle teoretiske begreper som «empowerment» og «salutogenese», samt kjerneord fra mine funn – herunder «skam», «aksept», «makt/avmakt», «autonomi» og «mestring». Metode-litteraturen som er benyttet er i hovedsak pensumlitteratur fra studiet. Jeg har lest og vurdert en del av litteraturen som har kommet opp ved søk på disse nøkkelordene. Jeg har deretter benyttet meg av primærkildene ved referansehenvisninger ut fra litteraturlistene.

1.6 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 tar for seg en introduksjon til bakgrunn for oppgaven, samt en kobling til det psykiske folkehelsearbeidet som er en del av den nåværende regjeringens uttalte strategi på feltet. Problemstilling og forskningsspørsmål presenteres.

I kapittel 2 presenteres tidligere forskning, depresjon som sykdom , samt de teoretiske begrepene som studiens problemstilling ses opp i mot – herunder empowerment og salutogenese.

Kapittel 3 er studiens metode og analyse-kapittel, mens kapittel 4 ser på resultatet av analysen.

Kapittel 5 inneholder diskusjonen av funnene opp mot nevnte teoretiske begreper og eksisterende forskning. Kapittel 6 tar for seg studiens oppsummering og konklusjon.

2.0 Teoretisk rammeverk

Tidligere forskning

Tidligere forskning som har kommet fram gjennom litteratursøk har vist at forskning spisset inn mot deprimerte sin forståelse av egen sykdom, opplevelse av sammenheng, og personlige forståelse av hva som virker som salutogene faktorer i forebyggingen av tilbakefall, er tilsynelatende begrensede. Studiene som anses som tette opp mot problemstillingen i denne studien er begge artikler fundert på kvalitative sykepleierforskning fra Sverige (Skärsäter et.al 2003 og Nunstedt et.al 2012). Disse utforsker henholdsvis kvinners opplevelser av å hankses med alvorlig depresjon ut fra et perspektiv fundert på salutogenese, samt erfaringer som pasienter med alvorlig depresjon har rundt det å forstå og hankses med sykdommen.

I begge disse artiklene er det rekruttert informanter fra institusjoner og disse omtales som pasienter, hvilket jeg også vil gjøre i dette avsnittet.

Hoved-kategorier og tilhørende sub-grupper som kommer fram i artikkelen knyttet til kvinners opplevelser med alvorlig depresjon er som følger:

«Selvhjelp»	Å finne rom for seg selv. Å bli bekreftet. Å bli sett.
«Mestring»	Ha personlige strategier Å gå gjennom en prosess med overgang til å se seg selv og egne behov annerledes.

	Å bli myndiggjort
«Motta sosial støtte»	Å vinne tilbake kontroll over hverdagen med hjelp av familie og venner. Å være en del av et fellesskap. Motta informasjon.
«Å finne mening»	Å reflektere over en eget liv. Å ha tro på framtiden.

Herunder understrekes det viktigheten av at pasientenes prosess består av både en kognitiv og emosjonell forståelse, som de så kan omsette i helsefremmende handling. Oppgaven her tar også for seg hvordan psykiatriske sykepleiere kan myndiggjøre pasientene i denne prosessen, da denne anses som vital for at pasientene skal oppnå å bli frisk igjen (Skärsäter et.al 2003)

Denne artikkelen anses således som relevant inn mot at den ser direkte på pasienters opplevelse og forståelse og er opptatt av hvilke komponenter som kommer fra pasientens egne erfaringer. Herunder er også artikkelen og funnene vinklet mot så vel salutogenese som myndiggjøring.

Artikkelen til Nunstedt m.fl fra 2012 understreker viktigheten av at pasientens tilfriskning vil avhenge mye av dennes forståelse av egen sykdom og herunder evne til å omsette denne forståelsen til å mestre sykdommen. Hoved-kategoriene og tilhørende sub-grupper er presentert under:

«tiltagende innsikt»	Erfare, men ikke forstå. Å lide av depresjon gir forståelse og innsikt.
«strategier for forståelse og mestring»	Å bruke sammenligninger og perspektiver. Å snakke om og sette ens problemer i perspektiv gjennom ord. Å tilegne seg forståelse gjennom refleksjon. Å styrke ens forståelse med informasjon og og viten.
«omsette forståelse i handling».	Å stole på ens egen forståelse. Å stole på kunnskapen til andre.

Forståelsen pasientene her hadde for sin sykdom varierte og ledet således til en forskjell i hvordan disse håndterte sin sykdom. Således konkluderes det her med viktigheten av å understøtte pasientens forståelse av egen sykdom og videre hvordan dette omsettes i mestring av depresjonen (Nunstedt et.al 2012).

Begge disse artiklene er fra nokså like forskningsmiljøer og Skårseter er da også medforfatter til artikkelen fra 2012. Således er det her rom for en kritikk av disse presentert sammen. På den annen side så er artiklene fra vårt nærmeste naboland, hvilket om ikke annet kan tenkes som nære oss i kultur og forståelse av begreper.

2.1 Forståelse av depresjon

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene og 3-5 prosent av befolkningen har til enhver tid en depresjon. Depresjon rammer flere kvinner enn menn - 15-25 prosent av alle kvinner mot 10 prosent av alle menn, vil i løpet av livet ha en behandlingstrengende depresjon (NHI, 2019). Depresjon er vanligere i store byer, enn i mindre byer og på landet - undersøkelser viser en forekomst som er nesten halvannen ganger så stor hos kvinner i Oslo, som kvinner i Sogn og Fjordane (Kringlen et.al 2001 og 2006).

Depresjon forstås i oppgaven som en sykdom. I motsetning til forbigående tristhet og nedstemthet vil en depresjon være en gjennomgripende psykisk lidelse som typisk vil vedvare fra 3 til 6-9 måneder, avhengig av alvorlighetsgraden (Malt, Retterstøl & Dahl, 2006).

Depresjon beskrives ICD-10 til å ha følgende kjernesymptomer:

- Nedsatt stemningsleie
- Anhedoni (interesse – og gledesløshet)
- Nedsatt energi, slitenhet

Forøvrig beskrives følgende ledsagende symptomer:

- Redusert selvtillitt og selvfølelse
- Økt skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord/selvmordsforsøk
- Konsentrasjonsvansker/ambivalens
- Søvnforstyrrelser (tidlig oppvåkning/innsøvningsvansker/sove mye)
- Psykomotoriske endringer (agitasjon/retardasjon)
- Appetitt eller vektforandringer (vekttap/økt vekt). (ICD-10)

Man vil skille mellom mild, moderat og alvorlig depresjon. I denne studien fokuseres det på moderat depresjon som vil klassifiseres ut fra at man har to av kjernesymptomene og 4 ledsagende symptomer. (ICD-10).

Årsaker til depresjon settes i mange tilfeller i sammenheng med opplevelser som kan beskrives som vonde, smertefulle eller skamfulle (FHI 2015).

Det kan knyttet til et faktisk tap som samlivsbrudd, tap av helse eller arbeidskapasitet, men det vil også kunne henge sammen med individets forventninger til en selv eller andre (FHI, 2015).

Depresjon knyttes og mot arv og miljø. Opplevelser av tap og skuffelser i barndom, mangelfull validering fra nære omsorgspersoner, lav selvfølelse eller følelse av hjelpeløshet er alle faktorer som vil kunne være med å skape en sårbarhet for utvikling av depresjon (Berge & Repål, 2015).

Risikoen for utvikling av depresjon vil også påvirkes av om man har vært utsatt for belastninger av psykologisk eller sosial karakter. Herunder opplevelse av svik, utstøting eller mobbing. Det at en selv ikke strekker til i forhold til egne krav, mål eller forventninger til en selv, vil også representere en betydelig risikofaktor (FHI, 2015)

Av biologiske forhold som kan være medvirkende årsaker til depresjon kan nevnes lavt stoffskifte, d-vitaminmangel, langvarig insomni, CFS/ME, kroniske smerter, og mangel på lys ved vinterdepresjon. Disse vil således måtte ekskluderes i forbindelse med diagnostisering (Malt et.al. 2006).

Behandling av depresjon skjer typisk ved bruk av en kombinasjon av antidepressive medikamenter og psykoterapi. Dette vil vurderes ut fra hvilken grad av depresjon man har.

Mild til moderat depresjon vil gjerne behandles med bruk av støttesamtaler, rådgiving og psykoterapi. Moderate til alvorlige depresjoner gjerne en kombinasjon av psykoterapi og antidepressiva (Malt et.al 2006).

Av psykoterapi vil det ofte vises til kognitiv terapi, som har vist seg effektiv i behandling av depresjon (NHI, 2016).

Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009) legger også opp til bruk av selvhjelpsmateriale og programmer på internett eller nettbrett/telefon for pasienter med mild til moderat depresjon.

2.3 Å holde seg frisk – Salutogenese

Hva holder en frisk? Hvorfor dukker noen under mens andre lever vel?

Sosiologen Aron Antonovsky stilte seg disse spørsmålene etter sitt møte med kvinner som hadde overlevd konsentrasjonsleirene under andre verdenskrig og så ut til å ha klart seg fint i etterkant. Hvilke faktorer og egenskaper var det som holdt disse kvinnene fra å gå under?

Antonovsky utviklet ut fra disse spørsmålene, og fra et kritisk syn på medisinen den gang skarpe skille mellom frisk og syk (Antonovsky, 1987) modellen salutogenese. Antonovsky så på en helsetilstand som et kontinuum mellom absolutt sykdom og fullstendig sunnhet, hvor ytterpunktene var helse og uhelse. Herunder vil det kunne være klargjørende med følgende forenklede sammenligning av begrepet salutogenese opp mot det mer tradisjonelle patogenese (Gassne, 2008).

Salutogenese:	Patogenese:
<ul style="list-style-type: none">- Forstå helse og helsefremmende prosesser- Oppdage mestringsfaktorer- Se på kompetanse og ressurser	<ul style="list-style-type: none">- Forklare sykdom og sykdomsprosesser- Identifisere risikofaktorer- Se på negative årsakssammenhenger

<p>- Stille spørsmål om hva som gjør at personen håndterer situasjonen</p>	<p>- Stille spørsmål som bekrefter eller avkrefter sykdom</p>
--	---

Salutogenese flytter således fokuset spesielt mot prosesser og elementer som anses som helsefremmende; og herunder hvordan vi mennesker kan relatere oss til stress på en slik måte at vi opprettholder eller øker vår opplevelse av helse og velvære (Antonovsky, 2012)

Et livsløp vil by på varierende grad av utfordringer og stress. Fortolkningen av stress trenger ikke være ensidig negativ - stress vil også kunne bidra til å fremme utvikling, avhengig av hvordan vi fortolker og setter det i kontekst (Gassne, 2008). En depresjon eksempelvis kan fortolkes som svakhet og noe skammelig. Samtidig kan det også, relatert til kontekst, ses på som at vi har vært for sterke for lenge, og at det derav fordrer en periode med fokus på egenomsorg og støtte (eget eksempel).

Opplevelse av sammenheng (heretter forkortet OAS) er kjernen i Antonovsky sin salutogenese-teori og kan ses på som svaret på spørsmålet om hva som skal til for å opprettholde eller fremme helse (Antonovsky, 2012).

Tanken her er at i møte med stress oppstår det en spenning som må betjenes. Antonovsky legger her til grunn at man da benytter seg av det han kaller generelle motstandsressurser. Disse kan være personlige, materielle, sosiale og kulturelle ressurser som individet innehar. De generelle motstandsressursene hjelper oss å gjøre stressorene forståelige, til å betjene dem, samt til å oppleve den aktuelle prosessen som mer eller mindre meningsfull (Antonovsky, 2012).

Antonovsky beskrev OAS til å bestå av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Gassne, 2008).

- Begripelighet, omhandler personens opplevelse av det stresset og stimuli som individet eksponeres for. Opplevs det kognitivt som forståelig og som klar og tydelig informasjon, eller som uforståelig og kaotisk? Er erfaringen at det som skjer er forståelig, så vil framtidig stress kunne fortolkes dit hen, og således kunne plasseres i

en sammenheng, og bli noe som er forklarlig. Det vil ikke måtte bety at det som skjer er ønskelig, men at det kan forstås (Antonovsky, 2012).

- Håndterbarhet: Har individet en opplevelse av å kunne håndtere og holde ut stress og krevende livssituasjoner? Opplever en å ha tilgjengelige ressurser som man har kontroll over? Opplever en stor grad av håndterbarhet, vil en kunne vurdere seg selv som en aktør som kan agere på egen vegne, framfor en passiv rolle som offer (Antonovsky, 2012).
- Meningsfullhet, omhandler både et kognitivt og et emosjonelt element. Det vil si i hvilken grad individet opplever at livet er forståelig og hvorvidt det er motivasjon til å engasjere seg og gjøre en innsats. Samt på hvilke måte individet opplever mening i prosessene som de selv deltar i sammen med andre (Antonovsky, 2012).

Alle. De tre komponentene i OAS er alle viktige, om enn i noe ulik grad.

Sterk motivasjon, som er en del av komponenten meningsfullhet, anses som særs viktig. En holdning fundert på engasjement, interesse og motivasjon fører til ønsket om å forstå situasjonen og ta i bruk ens ressurser. Et tilfelle derimot preget av motivasjon men manglende ressurser, kan derfor ende med å svekke OAS - hvilket betegner alle komponentene sin viktighet (Antonovsky, 2012).

En sterk OAS betegnes av Antonovsky som en kapasitet til å ta i bruk ens gitte ressurser i krevende situasjoner, og være fleksibel i møte med stress og krevende situasjoner.

Antonovsky peker også på at en sterk OAS ikke er en bestemt mestringsstil, men en kapasitet til å ta i bruk passende ressurser i en bestemt situasjon (Antonovsky, 2012).

Å styre seg selv – Myndiggjøring

I følgende kapittel, og gjennom studien, brukes begrepet *myndiggjøring* som den norske oversettelsen av det engelske *empowerment* - Å gi noen myndighet, eller bidra til å tilføre myndighet eller makt til noen, anses til å være godt i tråd med det engelske *empowerment*.

Det er sagt om myndiggjøring:

«...Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring...».
(Bufdir, 2017 - NOU 1998:18).

Her trekkes koblingen direkte mellom empowerment og motsetningene makt og maktesløshet.

Myndiggjørings-begrepets opphav knyttes blant annet til borgerrettighetsbevegelsen i USA på 60-tallet og kvinnebevegelsen (Askheim, 2012). Et navn som også dukker opp er Paolo Freire, en brasiliansk pedagog, som jobbet ut fra tanken om at utdanning ville styrke myndigheten til folk, med tanke på å gå til kamp mot kreftene som undertrykker dem (Mæland, 2010). I hans tilfelle dreide dette seg om fattige landarbeidere i Brasil 60-tallet. Den røde tråden som trekkes fram hos disse gruppene er at det er individer og grupper som har befunnet seg i en avmaktssituasjon, og hvordan de så har beveget seg mot økt selvtillit, bedre selvbilde, rettigheter, kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2012).

Hva så med myndiggjøring og helse? I hvor stor grad skal man som helsearbeider balansere myndiggjørings-perspektivet opp mot den kunnskapen man besitter som profesjonell? Sosiologen Ivan Illich kritiserte datidens helsesyn rundt tanken om at medisinen i sin mer paternalistiske form, fremmer avhengighet og hjelpeløshet blant folk, slik at de blir mindre i stand til å ta vare på seg selv (Illich, 1974). En kan argumentere for at Illich sine tanker understøttes av Ottawa-charteret, som kom 12 år senere på den første Internasjonale Konferansen om Helsefremming i Ottawa, Canada, i 1986. Her skrives det om: «...*prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse...*» (World health organization (WHO), ikke oppgitt årstall).

I skjæringspunktene mellom myndiggjøring og paternalisme trekkes det dog fram en rekke kritiske spørsmål. Vil paternalisme bare holde pasienten hjelpesløs i behov for stadig nye helsetjenester, eller trenger man den profesjonelle til å passe på seg for å få tryggheten til å tåle verden? Hva om frihet og autonomi blir for skummelt å håndtere? Og hvis man er forventet å drive sin egen prosess, vil ikke det da uthule helse-profesjonenes kredibilitet; kanskje da når man implisitt også kritiserer ens egen praksis som ekspert eller spesialist? (Askheim & Starrin, 2007). Videre vedrørende psykisk lidelse i form av eksempelvis en

depresjon, som da også skaper en indre dialog hvor pasienten opprettholder sin egen lidelse med ubegrunnet negativt selvsnakk — Risikerer en ikke ved en empowerment-holdning at pasienten overleses med for mye ansvar for sin egen tilheling og således risikerer å sitte med ”skylda” om denne ikke blir frisk – ”Jeg var ikke flink nok?” (Askheim & Starrin, 2007). Et annen kritikk som rettes mot empowerment, er hvorvidt det er en utilitaristisk posisjon, med et ønske om størst mulig lykke til flest mulig? Eller er det bare en politisk floksel som pakker inn det å spare penger på å dytte ansvaret over på enkeltindividet for å fikse seg sjøl, i en nyliberalistisk tanke om personlig frigjøring? (Ekeland & Heggen, 2010).

Om psykisk lidelse og myndiggjøring kan en også se på maktforholdet mellom behandler og pasient. Hvis samarbeidet mellom behandler og pasient har som mål at pasientens ressurser skal fremmes, er ikke da kommunikasjonen disse i mellom best tjent med et mest mulig likt forhold i makt og status? (Ekeland & Heggen, 2010).

Psykiske lidelser, i denne studiens tilfelle depresjon – hvilket vi har hørt er et svært betydelig helseproblem i hele verden – er en tanke: Skal man spare helsetjenestene for økonomisk belastning, fremme friske arbeidstagere og forsørgere, og fremme en frisk befolkning, så vil et standpunkt kunne være at vi trenger mennesker som er myndiggjort til å fremme en egen bærekraftig helse. Blir man frisk av en depresjon, eller forebygger tilbakefall ved å bli avhengig av behandlere eller medisiner? Eller blir man langvarig frisk, av troen på at dette mestret jeg og dette kan jeg mestre igjen?

3.0 Metode

I dette kapittelet ønskes det å redegjøre for forsknings-prosessen, som ledet fram til funnene i dette studiet. Herunder betraktninger rundt forforståelse, valg av metode, rekruttering av informanter, utforming og gjennomføring av intervjuer og ikke minst analysearbeidet som ledet fram til mine funn og min diskusjon.

Kapittelet avslutte smed en drøfting av etiske hensyn.

3.1 Innledning

Informantene sine opplevelser og erfaringer lar seg vanskelig måle. De er høyst reelle mennesker som har delt historier i forbindelse med dette studiet. Historier om å glemme seg selv til fordel for andre, om relasjoner som har brutt ned mer enn de har bygd opp, om å vokse

opp og ikke føle seg bra nok, men også historier om å være unike mennesker i hver sin unike kontekst.

Informantene har opplevelser og erfaringer fra sin kontekst, som denne oppgaven er ment å studere beskrivelsen av - det er disse erfaringene som er fundamentet for denne studien. Således er metoden som er valgt for oppgaven fundert på et fenomenologisk perspektiv, hvilket vil ta for seg å undersøke informantenes livsverden og realitet slik de selv ser den og oppfatter at den er (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.2 Forskerens forforståelse

Forforståelsen er det en som forsker har med seg, av erfaringer, verdier, overbevisninger o.s.v, inn i prosjektet (Malterud, 2017).

Det er forskeren som utformer og stiller spørsmålene, henter ut de meningsbærende elementene og analyserer funnene. Senere i denne oppgaven presenteres funnene og det diskuteres, før denne oppgaven sendes ut i verden. Hvem er så denne personen som skal fortolke erfaringene til informantene i dette prosjektet?

Skribenten bak dette studiet er 42 år gammel norsk mann som har vokst opp med tre eldre søstre. Det foreligger en dreining politisk, verdimessig og faglig som nok er farget mye av en oppveksthistorie med mobbing og en bakgrunn fra en lavinntekts-familie; hvilket kan være med å forklare at gjennom hele prosessen har det vært med et engasjement for problemstillinger knyttet opp mot makt og avmakt.

Med i vurderinger og tanker ligger nok mange ideer og tanker med opphav i lang utdanning og yrkeserfaring som sykepleier på akuttinstitusjon og i psykiatrisk team i kommune, og i senere år som behandler av lettere psykiske lidelser. Dette er faktorer som nok bevisst eller ubevisst vil påvirke både følelser og fortolkninger i møtet med informantenes historier. Forskningsprosessen og resultatet av denne, vil uansett bli påvirket av forskerens person (Malterud, 2017). Historien til den som forsker vil nok kunne gi en styrke i form av at det engasjerer i møte med informantene, og fremmer et ønske om at funnene skal bety noe. Samtidig er det viktig at engasjementet, følelsene og verdiene ikke kommer i veien for det faktiske i funnene (Malterud, 2017).

Forskeren er utdannet innen kognitiv terapi og har praktisert siste 5 år, 5 dager i uken, som kognitiv terapeut, i behandling av pasienter i gruppen det forskes på. Herunder ligger en

overbevisning om å ville jobbe for å fremme pasientens mestringskompetanse gjennom en dialog fundert på kunnskap og humanistiske verdier, hvilket ses i tråd med empowerment-begrepet og herunder tanken om å fremme hjelp til selvhjelp – å kunne styre seg selv videre. Ligger det da en fordel av flere tusen timer med individuelle terapisantaler? Trygghet i settingen, det å skape tillit, framgangsmåter for å skape refleksjon, utfordre og hjelpe pasienter til å se seg selv og egne mekanismer utenfra er gunstige grep som terapeut. Men forsker-rollen er ikke en terapeut-rolle, og vil en da sette denne rollen til side for en forsker-rolle, når en setter seg ned i en kjent setting ovenfor en informant og skal spørre om erfaringer knyttet til depresjon? Samtidig foreligger det også en grunnutdanning som sykepleier – sykepleiere som blant annet har som særegen funksjon å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov (Norsk sykepleierforbund (NSF), ikke oppgitt årstall); således en nokså uforbeholden plikt til å involvere seg og innta en aktiv rolle for å hjelpe, kanskje kontra den objektive forsker-rollen?

Motivet for oppgaven, og kanskje også antagelsen om hva funnene vil bli, kan nok dreie mye rundt å se om verdigrunnlaget en besitter, er i sammenheng med kognitiv terapi og således en bekreftelse av funnene fra denne oppgaven. Bakgrunnen som kognitiv terapeut og behandler av den aktuelle pasientgruppen, vil kunne gi fordeler av kunnskap om symptomer, behandling og faktorer som fremmer tilfriskning og forhindrer tilbakefall. Samtidig vil dette også bli det en risikerer å spørre etter og se etter i funnene. Dette vil måtte belyses og gjøres synlig i diskusjonen, slik at dette motivet og disse antagelsene ikke styrer diskusjonen og således risikerer at en størst mulig objektivitet komprimeres.

Hvem jeg er og står for, har jeg forsøkt å være bevisst og belyse, gjennom arbeidet med dette studiet. Det er således forsøkt å gjøre mine vurderinger, analyser og konklusjoner mest mulig gjennomsiktede og forståelige. Noe annet anses til å være uforenlig med å beholde en kredibilitet som forsker.

3.3 Valg av design og metodisk tilnærming

Valget av design på denne oppgaven er formet av målet om at informantene skal få gi sin beskrivelse av hvordan det har vært å ha en depresjon, hvordan informantene opplevde at de kom seg ut av depresjonen og erfaringene de har tatt med seg. Et forskningsdesigns hensikt er å forme en overordnet plan for hva og hvem som skal undersøkes og hvorfor dette er viktig å undersøke (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Dette er således en deskriptiv studie hvor hensikten har vært å få tak i informantenes egenopplevelse. Dette ledet til valget av en kvalitativ tilnærming med semi-strukturerte intervjuer. Dette vurderes som en adekvat design for å få tak i svarene jeg etterspør i min problemstilling og mine forskningsspørsmål.

Er således en kvalitativ tilnærming egnet for å utforske problemstillingen i denne oppgaven? Den kvalitative tilnærming vil søke å få vite mer om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, verdier og samhandling (Malterud, 2017). Jeg vil finne ut hvorfor mine informanter har gjort de valgene de har gjort, og hvordan de resonerer rundt erfaringene, og kanskje lærdommen, de har tilegnet seg – dette er erfaringer det anses at ikke kan la seg fange opp av en kvantitativ tilnærming. Skal jeg legge grunnen for ny forståelse av hva de som har blitt friske av depresjon har tilegnet seg av mulig viktig kunnskap for de mange; ja da trengs kvalitativ metode for å utforske problemstillingen, hvor svarene jeg finner nok kan være både sammensatte og komplekse (Malterud, 2017).

3.4 Kvalitativ tilnærming

Denne studien fordrer den individuelle erfaringen til de som har opplevd det problemstillingen etterspør – herunder også fordi hva disse erfaringene består av er ukjent for forskeren, og det er utfordrende å finne det beskrevet fra andre kilder. Således trengs en forskningsmetode som vil fange opp de dynamiske prosessene som utformes unikt i det enkelte individ i dennes kontekst (Malterud, 2017) – dette kan igjen bidra til utformingen av ny kunnskap, ved å gjøre medisinske problemstillinger, som den i denne studien, tilgjengelig for ny innsikt og forståelse.

Kvalitativ metode vil kunne møte informanter med spørsmål som «hva betyr det...?», «hva innebærer det...?», eller «hvordan opplevdes det...?», hvor målet vil være forståelse framfor forklaring (Malterud, 2017). Kunnskapen man etterspør med kvalitativ forskningsmetode vil

kunne vise oss hva noe består av, hva det kan kalles og hvordan det forholder seg til noe annet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er i denne studien ingen klar hypotese – den vil i tilfelle kunne bli utviklet som et resultat av det som dette studiet tar for seg – derav er det et riktig valg med kvalitativ forskningsmetode (Malterud, 2017). Gir denne oppgaven grunnlaget for en hypotese vil kvantitativ forskningsmetode derimot kunne benyttes for å teste den ut.

3.5 Intervju som metode

Ved å velge intervju som metode, så er hensikten å innhente informasjon om informantens livsverden og herunder dennes fortolkninger av fenomenene jeg undersøker (Kvale & Brinkmann, 2015).

Å se på hvordan informanten forstår sin egen situasjon, hva denne tenker og føler, hvordan vedkommende forstår det som har hendt, er data som kan hentes ut fra informanten gjennom intervju som metode. Herunder det ønskelig å gå dypt inn i informantens erfaringer ved å gi denne et trygt rom for å hente fram det som vil kunne vurderes som personlige (Malterud, 2017). Dette er kjente utfordringer ved intervju som metode rundt det å lage en setting som fremmer tillit, fortrolighet og trygghet (Malterud, 2017). Dette vil igjen være viktig for å skape rom for at informanten føler at denne fritt kan dele av sine erfaringer, og assosiere inn tanker og betraktninger.

Samtidig så vil intervjuet være styrt av forskerens spørsmålsstillinger, agendaen bak studiet, forforståelse og det som er ønskelig å finne ut mer av – hvilket fremmer viktigheten av å også tenke rundt det en ikke spør om og konsekvensene av det. Dette er en prosess som fordrer en refleksivitet rundt veien fram til spørsmålene i intervjuet, analysen og senere diskusjonen (Malterud, 2017)

Intervjuet i dette tilfelle - semistrukturert - vil møtes i landskapet mellom de strukturerte lukkede spørsmål og den åpne samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er i dette studiet også noe spesifikt som en vil finne kunnskap om, hvorav informanten besitter denne informasjonen, eller erfaringer rundt fenomenet. Det er således en struktur og et mål, hvilket er det som skiller intervjuet fra den åpne samtale (Kvale & Brinkmann, 2015).

Tidligere beskrevet forforståelse vil kunne gi en risiko for at intervjuet styres mot områder der en antar at svarene vil falle, og det er herunder viktig med en åpen struktur med åpne spørsmål, samtidig som strukturen gjør det tydelig hva det er en undersøger (Malterud, 2017).

3.6 Utvikling av intervjuguiden

Intervjuguiden er formulert ut fra en tanke om å få til et semistrukturert intervju.

Herunder få til å fange opp intervjuobjektets erfaringer, tanker og meninger (Kvale & Brinkmann, 2015), uten å styre informanten mot forskerens forutinntatthet med ledende spørsmål.

Det var ønskelig med en samtale som ville sikre svarene på de faktiske spørsmål. Samtidig måtte det tillates rom for å be om utdypninger, ta tak i ord og uttrykk hos informanten, oppsummere og få bekreftelser, og gi rom for digresjoner og assosiasjoner (Malterud, 2017).

Listen med spørsmål har blitt kortet ned i dialog med veileder. Spørsmål rundt spesifikke temaer som arbeid og relasjoner ble tatt bort, på bakgrunn av akkurat nevnte argumenter, rundt å ikke styre informanten i retning av forutinntatthet.

Spørsmålene ble derav holdt mest mulig åpne, med ønske om å tillate informantene å styre sine egne retninger ut fra egne erfaringer med depresjon.

3.7 Rekruttering av informanter

Studien har som beskrevet vært på utkikk etter informanter som var tilbake igjen i jobb etter depresjon og utbrenthet, som hadde ikke hadde hatt tilbakefall, og var friskmeldt og tilbake i jobb og privatliv.

Det oppsto således et spørsmål om den mest hensiktsmessige måten å nå flest mulig mennesker med budskapet om tanken bak prosjektet og informantene jeg etterlyste. Valget falt således på å benytte det sosiale mediet «Facebook», og da med ønske om å gjøre et nettverksutvalg, hvor en når kontakter og deres kontakter igjen o.s.v. (Johannessen et.al., 2010).

Det ble så lagt ut et innlegg som forklarte hva jeg lette etter og hva min hensikt med oppgaven var (se vedlegg).

Responsen var betydelig og etter 24 timer hadde mer enn 20 personer tatt kontakt, med melding på meldingstjenesten Messenger. De som tok kontakt var entusiastiske rundt temaet, og uttrykte alle det som framsto som et ektefølt ønske om å bidra med sine erfaringer.

Jeg endte opp med å gjennomføre 9 intervjuer. Dette antallet var ikke bestemt på forhånd. Opplevelsen var at trinnvis så gjentok svarene fra informantene seg, og det var ikke noe nytt som kom fram. Kan man si at det da var en metning (Malterud, 2017) i form av at det ikke lenger var noe mer som ville tre fram fra materialet, hvis jeg hadde fortsatt intervjuene? Påstanden vil være nei. Det vites ikke hvorvidt resultatet vil vært annerledes, eller om det hadde kommet til mer informasjon, om det hadde blitt intervjuet femten eller tyve informanter. Hvorvidt det hadde blitt et annerledes resultat med andre spørsmål, eller en annen og mer erfaren forsker, vil også være et spørsmål som forblir ubesvart. Det jeg kan si ut fra svarene og historiene til de ni informantene, og materialet som ligger i de transkriberte materialene, er at utvalget oppleves stort nok til å belyse problemstillingen (Kuzel, 1999).

Ønsket med mitt utvalg var å få til et strategisk utvalg, med den hensikt at materialet jeg ble sittende igjen med på en best mulig måte kunne belyse min problemstilling (Malterud 2017). Basert på egen erfaring og teori ble det gjort et utvalg av hvem som ble plukket ut av de som meldte seg ut fra, som må anses som strategisk med tanke på å treffe informanter som hadde erfaringer og kjennetegn tett på hva studien etterspurte (De nasjonale forskningsetiske komiteene (etikkom), 2010).

Jeg trengte erfaringer fra mennesker som har faktiske erfaringer med å ha stått i en depresjon eller vært utbrent, som har kommet seg tilbake til arbeid og til det livet de ønsker å leve, og som hadde erfaringer med å unngå tilbakefall. Informantene jeg valgte ble således trukket ut med tanke på å gi meg funn som kunne besvare det som omfattes av mine spørsmål.

Utvalgsstrategien anses således som den best egnete for min oppgave og det jeg ønsker å finne ut

Utvelgelsen skjedde så ved at jeg forsøkte å få til en spredning i alder, geografi og bakgrunn.

Det er en klar overvekt kvinner - 7 av 9 - som kan reflektere at det er en overvekt kvinner som får diagnosen depresjon (FHI, 2015).

De som ble valgt ut, og de aller fleste som meldte seg, hadde høy utdanning - herunder definert som 3 år på høyskole eller mer. Dette kan reflektere nettverket som ble benyttet i det aktuelle nettverksutvalget, og det vil derav kunne argumenteres for at dette er en skjevhet i utvalget – per juni 2018 har 33,4 prosent av nordmenn høyere utdanning (Statistisk sentralbyrå (SSB), 2018).

Mitt utvalg representerer således et mindretall av befolkningen, og dette fordrer å bli tatt inn og problematisert i diskusjonen – vil informanter med høy utdanning forholde seg annerledes til en depresjon og det å for eksempel finne informasjon og benytte seg av tilbud? Vil de med høyere utdanning ha lettere for å ville delta i forskning, prate om sine erfaringer og fremme sine meninger?

For øvrig er det en spredning fra 30-60 år i alder.

Avviker da mitt utvalg fra normalpopulasjonen, eller kan det tenkes å være for homogent – dette i en slik grad at det går utover nyansene i mine funn?

Svakheter i utvalget vil tas inn igjen i diskusjonen.

Ingen av informantene har vært til behandling hos meg.

Deltakere som ikke ble tatt med inn i studiene fikk en høflig skriftlig beskjed med stor takk for at de meldte seg.

3.8 Gjennomføring av intervjuer

Alle informanter hadde på forhånd blitt informert om hensikten med studiet, hvilke temaer som skulle berøres og derav hvorfor deres erfaringer var etterspurt.

4 av intervjuene ble avholdt på mitt kontor, mens de øvrige 5 intervjuene ble avholdt på steder informantene valgte. Jeg har tidligere møtt tre av informantene.

Innledningsvis i intervjuet ble det kort informert om meg selv, antall spørsmål, lydopptak.

Intervjuguiden har blitt fulgt, samtidig som det er blitt brukt en rekke oppfølgings- og oppklarings-spørsmål for å best få tak i meningen som ligger bak utsagnene til informantene, hvilket således også har vært relevant for å framstille informantenes utsagn på en mest mulig riktig og troverdig måte (Kvale & Brinkmann, 2015).

Pasienter har blitt oppfordret til å ta kontakt med meg ved spørsmål eller tilføyelser, samt forespurt om det er ønskelig å få tilsendt den ferdige oppgaven i etterkant.

Intervjuene har blitt tatt opp på digital båndopptager. Intervjuene hadde en varighet mellom 40 og 90 minutter.

3.9 Transkripsjon

Transkripsjon av intervjuene er en prosess som er imperativ for å gjøre intervjuene tilgjengelige for den senere analysen (Malterud, 2017).

I de transkriberte intervjuene er alle ord tatt med, alle opphold i setningene er markert, og uttalte følelsesutbrudd som latter er tatt med i parentes – («latter»). Ingen egennavn er tatt med i de transkriberte intervjuene, hvilket medfører at navn på mennesker, steder eller andre markører som kunne vært brukt til å identifisere informantene, er utelatt i teksten.

Transkriberingen har medført et omfattende skriftlig materiale, hvor hvert av de ni intervjuene endte opp på et gjennomsnitt av ti sider per intervju. Intervjuene har tatt 3-4 timer hver å transkribere, og er utført av forfatteren selv. Dette har vært opplevd som en omfattende prosess som har gitt en veldig nærhet til materialet, og videre god drahjelp inn i i arbeidet med analyseprosessen.

3.10 Analyse

Styrende for min analyse må være å fremme kredibilitet, gjennom å tydeliggjøre at hvordan jeg kom fram til mitt resultat ikke var en tilfeldig prosess preget av tilfeldige beslutninger, synsing, eller en ustrukturert prosess. Såleis vil dette medføre å fremme at leseren gis tilgang og innsikt i hvordan prosessen fram til mitt resultat er gjennomført og herunder hvilke betingelser som ligger til grunn for denne ferden - dette kalles intersubjektivitet (Malterud, 2017).

Da jeg er en novise i forsker-faget benytter jeg i min analyse en systematisk tekstkondensering, som er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017). Tverrgående analyse åpner for å fortolke og sammenfatte flere informanternes erfaringer gjennom både deres forskjeller og likheter, hvilket sammenfaller godt med det materialet jeg besitter.

I tråd med metoden, som beskrevet av Malterud (Malterud 2017), så har jeg jobbet meg gjennom materialet som følger:

Steg 1.

For å holde materialet overkommelig, startet jeg gjennomgangen med 5 av 9 intervjuer.

Første del legger opp til en gjennomgang av materialet i sofakroken, hvor man i størst mulig grad tilsidesetter ens forforståelse og teoretiske referanserammer, men har problemstillingen bak øret.

Etter første gjennomgang sitter jeg igjen med tre foreløpige temaer, som jeg opplever kom til intuitivt ut fra helheten av tekstene:

- Aktiv prosess
- Posjonere og prioritere
- Selv-aksept

Steg 2.

Her legges opp til en mer inngående gjennomgang av tekstene linje for linje, for å finne fram til det som betegnes som meningsbærende elementer (Malterud, 2017). Hva i teksten belyser problemstillingen? Hva er mer irrelevant?

Frisk fra depresjon - hva holder meg frisk?

Ok, der har vi spørsmålet mitt til materialet; hvilke elementer er det informantene beskriver som sier noe om dette?

Jeg skriver ned elementer i form av ord eller bruddstykker på små notislapper som jeg legger utover på gulvet og deretter putter litt løselig i forskjellige grupper som jeg aner ikke vil være endelige.

Noen meningsbærende elementer faller naturlig innunder temaene fra steg 1, mens andre er mer vanskelige å tematisere.

Den inngående gjennomgangen av teksten gir grunnlag for en bedre kjennskap til informantens beskrivelser av egen virkelighet, eller empiri om du vil. Gjentakende revisjon koker materialet ned til nye kode-grupper:

- Selvstyre/autonomi
- Grensesetting
- Selv-aksept

Følgende tabell gjør rede for hovedkategoriene og tilhørende sub-grupper (sub-grupper presenteres videre under tabellen):

Hovedkategorier:	Subgrupper
Selvstyre/autonomi	<ul style="list-style-type: none"> - Mot - Selvinnsikt - Mestringstro - Proaktivitet
Grensesetting	<ul style="list-style-type: none"> - Selvhevdelse - Egenomsorg - Fuck skam
Selv-aksept	<ul style="list-style-type: none"> - Egenomsorg - Tilfredshet

De reviderte kode-gruppene er ikke langt fra temaene fra steg 1. Jeg har snudd og vendt på temaene, flyttet på lappene mine med meningsbærende elementer - var det noe mer eller underliggende jeg ikke så? Var det flere kode-grupper som tredde fram? Nei, jeg fant ingen flere større overskrifter.

Steg 3.

Jeg har nå mine tre kode-grupper, hvor alle mine lapper/meningsbærende elementer ligger sortert under.

Herfra er målet å gjøre en sortering ut fra kode-gruppene rundt hvilke nyanser av disse som er representert i de meningsbærende elementene (Malterud, 2017) - nyansene da representert i sub-grupper. Eksempelvis fant jeg i en gjennomgang av kode-gruppe «selvstyre/autonomi» at det var hensiktsmessig å dekke dette opp i følgende sub-grupper:

- Mot
- Selvinnsikt
- Mestringstro
- Proaktivitet

Ord jeg står inne for at var en god oppsummering av nærmere 30 meningsbærende elementer.

Videre knyttet til kode-gruppe «grensesetting» kom følgende sub-grupper for å oppsummere sammensetningen av denne:

- Selvhevdelse
- Egenomsorg
- Fuck skam

Kode-gruppe «selv-aksept» ga seg utslag i sub-gruppene:

- Egenomsorg
- Tilfredshet

Herfra lager jeg, ut fra min analysemetode, kunstige sitater som er sammensatt av de meningsbærende elementene fra hver sub-gruppe - dette kalles et kondensat. Kondensatet er ment å oppsummere innholdet i sub-gruppene til en form som bærer med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017).

Sub-gruppene har blitt organisert på nytt under to «resultatet-kategorier». Disse har, slik jeg ser det, klare tråder til de opprinnelige temaene fra steg 1. Samtidig bærer de i seg det som har tredd fram for meg gjennom analysen, og er såleis mitt resultat:

- Myndiggjøring
- Selv-aksept

Sub-gruppene figurerer fordelt under disse, og blir presentert sammen med kondensatene i neste hovedkapittel - «Resultat», og senere i oppgavens diskusjons-kapittel.

3.11 Vitenskapelige kriterier og kvalitativ forskning

På bakgrunn av oppgavens bruk av kvalitativ metode, er det valgt å se oppgaven i lys av vitenskapelige kriterier som gjort rede for av Malterud, i hennes artikkel om kvalitative metoder i medisinsk forskning (Tidskriftet, 2002); herunder begrepene relevans, validitet og refleksivitet.

Studiens relevans ses i sammenheng med at depresjon og tilbakefall ved depresjon vil være en av vår tids største helse-utfordringer, målt i såvel lidelse som samfunnsøkonomi (WHO, 2018).

Å se på innfallsvinkler for å bedre behandling og forebygging er slik jeg ser det av høy relevans i såvel et nasjonalt som et globalt perspektiv. Herunder å identifisere myndiggjørende komponenter for pasienter og mennesker i risiko for depresjon og tilbakefall ved depresjon, vil anses til å kunne ha relevans for framtidens forståelse og behandling. Relevans som vitenskapelig kriterium handler såleis om hvorvidt kunnskapen kan tilføre noe nytt (Malterud, 2017).

Å validere er å sette spørsmål ved (Kvale & Brinkmann, 2015). Således det å stille spørsmål til ens eget arbeid gjennom oppgaven en gjennomgående holdning for å vise hva våre resultater gir gyldig kunnskap om (Malterud, 2017). Hva gir såleis mitt materiale muligheten til å si noe om, og hvilken overførbarhet har min oppgave til feltet der ute? Her er det da nyttig å differensiere mellom intern og ekstern validitet.

Intern validitet kommer inn på hvorvidt metoden og framgangsmåten har vært relevant for å komme til gyldige svar til spørsmålene vi har spurt, eller om de har bommet på å fange opp det relevante fra mine informanternes erfaringer.

Ekstern validitet tar for seg hvorvidt det jeg finner ut er overførbart til en større sammenheng. Er eksempelvis mitt utvalg av informanter i antall, alder og bakgrunn overførbare til å tenke at det som gjelder for de, vil være relevant for alle som har kommet seg gjennom en depresjon i Norge? Vil jeg få de samme resultatene hvis jeg intervjuer 9 svensker eller spanjoler?

Således løpende være kritisk til ens egne tolkninger og diskusjoner, og presentere alternative måter å forstå det på; «Er teoriene jeg har lagt til grunn for oppgaven egnet til å forstå det jeg ønsker å lære noe om?» «Er utvalget av informanter representative i forhold til å besvare min problemstilling?»

I kvalitative studier er det ikke antall deltagere som er avgjørende, men at personene som intervjues har kunnskaper og erfaringer om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015). I min oppgave er informantene valgt ut på bakgrunn av sin førstehåndskunnskap med depresjon, og de har dertil også erfaringer som går direkte inn i det jeg vil undersøke: hvordan holde seg frisk, eller unngå tilbakefall fra depresjon.

3.12 Ethiske hensyn

Personopplysningsloven stiller krav om samtykke til å delta i eksempelvis forskningsintervjuer.

Fritt informert samtykke er å regne som et av de helt sentrale krav ved forskning på mennesker, der forskningen innebærer registrering av data og/eller noen form for ubehag, ubeleilighet, eller risiko for dem det forskes på. Det skal ikke forskes på individer eller grupper uten at disse uttrykkelig tillater at forskningen kan finne sted. At dette samtykket skal være fritt og informert, innebærer at de det forskes på ikke skal være under noen form for press idet de gir sitt samtykke ("fritt" eller "frivillig"), og at de gir samtykket på grunnlag av viten om den forskningen som skal gjennomføres ("informert") (etikkom, 2015).

Informantene har selv kontaktet forfatteren av studiet og meldt seg frivillig til å delta, etter at de har lest om studiet og dets innhold på Internett (Facebook). Det har blitt gitt informasjon om innhold og forutsetninger for intervjuet når sted og tidspunkt ble avtalt, samt i intervjusituasjonen. Herunder mulighet til å trekke seg fra intervjuet eller deltakelsen i studiet på et hvilket som helst tidspunkt, uten konsekvenser. Frivillig deltakelse var en absolutt forutsetning.

Ivaretagelsen av informantenes sikkerhet og integritet anses som et absolutt kriterium for å kunne hevde at studien er forsvarlig. Følgende punkter trekkes fram som risikomomenter informanter i forskningsintervjuer kan bli utsatt for:

- Psykisk uro
- Misbruk
- Fordreining
- Gjenkjennelse

(Malterud, 2017).

Disse punktene har blitt holdt oppe som rettesnorer i prosessen.

Informanter har blitt oppfordret til å ta kontakt med spørsmål eller supplementter i etterkant av intervjuer.

Digitale opptak har blitt lagret på datamaskin med sikkerhetsnivå godt nok for helseforetak Helse sør-øst, til transkripsjoner var unnagjort - deretter er de slettet.

Alle informanters anonymitet er sikret med full anonymitet i de transkriberte intervjuene, ved at alle egennavn, geografiske detaljer eller øvrig personlig informasjon er utelatt.

Kontaktinfo og navn på informanter er slettet og navn er nå kun tilgjengelig med initialer på transkripsjonene, som er nedlåst i arkivskap. Dette materialet vil bli makulert når studiet er avsluttet.

Punktene knyttet til vern mot fordreining er forsøkt ivaretatt gjennom en størst mulig grad av gjennomsynlighet i analysen og øvrig prosess.

4.0 Funn - Innledning

I denne studien er det forsøkt å finne fram til hva mennesker som har blitt friske fra depresjon opplever å ha lært, som igjen har hjulpet de å unngå tilbakefall. Resultatene er basert på intervjuer med 9 informanter som tidligere har vært diagnostisert med moderat til alvorlig depresjon, vært sykmeldt og nå er tilbake i sin hverdag med sine nye erfaringer.

Presentasjonen som følger tar for seg resultatene av analysen og presenteres under overskriftene av kode-grupper og sub-grupper som tidligere presentert.

4.1 Selvstyre/autonomi

Første kode-gruppe er selvstyre/autonomi.

Informantene beskrev gjennomgående aktive grep de selv gjorde underveis og i etterkant av sykdommen, som til sammen utgjorde elementer som handlet om mot, selvinnsikt, mestringstro og pro-aktivitet.

4.1.1 Mot

Mot i møte med depresjonen, og mot i møte med faren for tilbakefall, ble beskrevet av alle informantene i forskjellige formuleringer. Dette ble beskrevet som et mot opparbeidet av erfaringer, men da også et valg om å innta en holdning preget av å ikke finne seg i å være redd.

«Jeg er ferdig med å frykte tilbakefall, og har bestemt meg for at jeg ikke lenger gidder å være redd. I det ligger også å ta kampen mot vonde følelser framfor å passivt ta de imot»

Såleis ble det ved flere tilfeller brukt metaforer som refererte til en kamp mot noe inne i informantene. I dette lå også beskrivelser om å velge en aktiv offensiv holdning i motsetning til en mer passiv holdning.

Noen av informantene hadde ikke hatt tilbakefall, mens andre hadde opplevd flere. Dette forandret ikke at denne holdningen vedrørende mot, forekom i variasjoner hos alle informantene.

4.1.2 Selvinnsikt

Informantene hadde alle utsagn rundt det å ha oppnådd mer innsikt i seg selv, gjennom depresjonen. Dette dreier mye rundt hva som er viktig for dem, med tanke på å ta valg til det beste for seg selv.

«Depresjonen har gjort meg mer bevisst på mine egne verdier og hva som er viktig for meg. Bevissthet rundt dette har gjort meg mer trygg på hva som er gode valg for meg, min psykiske helse og min livskvalitet».

Her ligger utsagn om å styre seg selv videre i forhold til hva som de har funnet er viktig å ha tilstede i livet sitt videre, og da også hva som er uviktig eller uønsket å ha med videre.

En informant trakk fram at hun hadde innsett at mye av verdiene hun hadde styrt etter nok ikke hadde vært hennes, men deler av familien og slekten sine. Innsikten hadde vist at hennes verdier nok gikk i en nokså diametralt annen retning, og at det ga henne mer frihet og tilfredshet å leve i forhold til egne verdier, framfor andres.

4.1.3 Mestringstro

Flere av informantene beskrev hvordan depresjonen i perioder hadde tatt fra de troen på at de hadde evner, at de hadde oppnådd noe av verdi eller noengang ville klare å få til noe.

«Å være bevisst det jeg mestrer og har mestret, så er det lettere å tro på framtiden og min egen evne til både å takle motgang og lykkes med det jeg foretar meg».

Ut av dette hadde det, av forskjellige omstendigheter, vokst fram en tanke om å hente inn minner og objektive bevis på at versjonen som den depressive tankegangen presenterte, ikke var valide. At da å tvertimot hente inn bevissthet om det de hadde fått til og oppnådd, ble beskrevet å gi energi og kraft...og troen på at de igjen ville og kunne mestre.

«Jeg er bedre på å hente inn positive tanker om meg selv og hva jeg har fått til; og da også bruke mindre tid på å fokusere på småting som har gått galt eller ikke funket».

4.1.4 Proaktivitet

«Jeg er mer klar over faresignaler og forsøker å være proaktiv ved å leve sunt, be om hjelp når jeg trenger det, og være bevist på å ha en positiv indre dialog»

Informantene beskrev et aktivt forhold til det å forbli frisk. I dette lå beskrivelser, fra fire av informantene, rundt at de ikke anså at depresjonen de hadde stått i var noe som var over; heller at det var en tilstand som kunne vende tilbake om de ikke var i forkant ved å aktivt forebygge tilbakefall.

Således ble det beskrevet flere grep informantene tok i form av hensyn til eksempelvis å få nok søvn, trene regelmessig, være forsiktig med alkohol, bruke naturen og være bevisst på regelmessig og sunt kosthold:

«Jeg kan ikke slurve med søvnen; begynner jeg å slurve, så merker jeg raskt at jeg blir mer negativ og mindre hyggelig mot meg selv - jeg er heller kjedelig og går tidlig hjem fra en fest, enn å droppe søvn»

En annen komponent under punktet proaktivitet, er informantenes forskjellige beskrivelser av bevissthet rundt å være obs på faresignaler og korrigere disse når de dukket opp:

«Jeg vet at hvis jeg begynner å utsette ting i hverdagen - oppgaver på jobb eller hjemme - så kan det være et tegn på at jeg er for stressa. Da setter jeg meg gjerne ned med ukeplanen og avlyser avtaler».

Andre faresignaler informantene beskrev var det å være obs. på økt negativt selvsnakk - selvmobbing eller selvkjeft. Også det å monitorere graden av grubling og bekymringstanker var noe som en av informantene understrekte viktigheten av.

Tre av informantene var inne på det å ha en lav terskel for å oppsøke profesjonell hjelp hvis de kjente behov for dette. En informant beskrev nytten av å kjenne en god terapeut og en fastlege som hun hadde tillit til:

«Kjenner jeg faresignalene melde seg, så vet jeg at jeg kan tromme sammen teamet mitt».

4.2 Grensesetting

Alle informanter beskrev en holdningsendring i forhold til det å posjonere ut av sin kapasitet og prioritere seg selv og egen helse på en annen måte enn de hadde gjort før de ble syke. Denne kategorien handlet mye om å sette grenser ovenfor seg selv og ovenfor omgivelsene. I dette lå det også en kommunikasjon fra informantene til seg selv, om deres behov var viktige å ivareta – de var viktige.

4.2.1 Selvhevdelse

Under denne overskriften ligger informanters beskrivelser rundt det å bli tydeligere i forhold til å uttale egne behov og grenser:

«For meg har det vært viktig og ikke alene bli styrt av andres behov...også det å fri seg fra andres vurderinger. Det har gitt meg frihet til å styre meg selv og bestemme over hva som er bra for meg».

I dette ligger ofte grep rundt det å si mer nei, avlyse avtaler, verbalisere behov for egentid og regulere hvilke relasjoner som er gode for en og hvilke en ønsker mindre av.

En informant beskrev det kort og konsist:

«Nå er jeg tydelig på hva som passer meg og hva som ikke passer meg».

Herunder var også det å hevde seg selv som et menneske som sto fritt til å si noe om at jeg velger å følge hva jeg ønsker og liker, uavhengig om det kanskje ble opplevd at andre ikke var enige i deres prioriteringer. To informanter trakk fram frasen:

«Gi mer faen».

I dette la de det å fri seg fra tanken om hva andre måtte mene om hvordan de valgte å leve sitt liv.

4.2.2 Egenomsorg

Å gi seg selv omsorg, eller å pleie seg selv var et element som samtlige informanter trakk fram. Flere var da også inne på at dette var en form for kommunikasjon til seg selv:

«Å vise omsorg for meg selv er viktig, for å fortelle meg selv at jeg er viktig å bevare; det kan være det å legge inn mer pauser, gi meg selv lov til å vegetere foran tv'en, legge lista lavt og

legge lite planer - ved å gi meg selv rom for å ikke måtte prestere, så føles det som å gi meg en tilbakemelding om jeg er vel verdt å stelle pent med».

Fire informanter gir beskrivelser om å ha hatt diskusjoner med seg selv, knyttet til å skille egenomsorg fra egoisme.

«Jeg pleide å tenke at det å prioritere meg selv gjorde meg til et dårlig menneske - en egoist!»

Bak denne legitimeringen av egenomsorg, lå det hos tre informanter, en rasjonalisering som var basert på tankeeksperimentet: «hva ville jeg sagt til en god venn i samme situasjon?» Med dette var alle de tre enige om at hvis det hadde vært en god venn i samme situasjon, så ville de ofte gitt råd i retning av:

- Prioritere egne behov
- Stelle pent med seg selv
- Slappe av mer
- Gjøre gode ting for seg selv

Således så tok de inn rasjonelle argumenter i en diskusjon hvor følelsene tidligere hadde vunnet fram med utsagn om at egenomsorg gjorde dem til egoistiske individer.

4.2.3 Ikke mer dårlig samvittighet!

«Jeg kan være mer fornøyd med å ikke gjøre noenting og legge lista lavt. Jeg gir mer faen og velger ikke å ha dårlig samvittighet for det»

5 av 9 informanter gir uttrykk for at en viktig del av deres prosess har vært å legge fra seg dårlig samvittighet. Dette handler ofte om å kunne legge fra seg tanker om å yte når de ikke har kapasitet til å yte, eller prestere for omverdenen når en egentlig trenger å ta vare på egne behov. Herunder ligger også utsagn rundt å legge fra seg det de tenker er stemmer fra omgivelsene og samfunnet, som krever og forventer. Den dårlige samvittigheten har i dårlig perioder gitt seg utslag i det en kan betegne som selvkjeft. Dette vil si at de har gitt seg selv

kjeft for alt de burde ha gjort eller må gjøre - ofte her dreier dette seg om pålegg de har gitt seg selv, mer enn faktiske andre som er inne og gir kjeft.

Prosessen fram til å gi slipp på den dårlige samvittigheten er av to av informantene beskrevet som en aktiv indre diskusjon mellom informanten og den dårlige samvittigheten - den dårlige samvittigheten som en følelse, mot informantens mer objektive fornuft. Det beskrives da at det har blitt mulig å konkludere med at den dårlige samvittigheten ikke er berettiget.

«Jeg fant at jeg hadde lite dekning for å påstå at jeg var egoistisk og lat - jeg kom fram til at følelsen av dårlig samvittighet var feil».

Dårlig samvittighet ble også trukket fram som å være en svært omfattende og energikrevende øvelse av en informant. Det å gi slipp på denne ble veldig befriende.

«Når jeg valgte bort den dårlige samvittigheten, så ble det så tydelig hvor mye den hadde tyngt meg. Jeg kjente det så godt i kroppen, hvordan jeg ble lettere».

4.3 Selv-aksept

Selv-aksept som kode-gruppe er preget av utsagn farget av at informantene har fått en innstilling ovenfor seg selv preget av medfølelse, vennlighet og raushet. Herunder også holdningsendringer ovenfor eget selvbilde.

4.3.1 Tilfredshet

Tilfredsheten som kategori har kommet til gjennom utsagn formulert rundt begrepet «bra nok», hvilket har forekommet i 6 av 9 intervjuer. Dette formuleres ikke så mye som et konkret mål, men mer som en erkjennelse som har blitt til gjennom prosessen med å gå fra deprimert mot frisk. Det er en tilfredshet med den man er og det man har, som formidles med vennlighet ovenfor en selv.

«Jeg har blitt mer tilfreds når jeg har diskutert meg fram til at jeg er bra nok. At jeg er sårbar, har dårlige dager og iblant vonde følelser...men det er greit liksom...jeg er bare et menneske jeg og...».

Herunder beskrives av flere av informantene at de har inntatt ikke bare en mer støttende holdning ovenfor seg selv, men at de også snakker til seg selv med en annen stemme - et annet toneleie. Setninger med negativt fortegn, selvdevaluering og nedsettende kommentarer kunne være noe som forekom underveis i depresjonen:

«Fy faen så jævlig ubrukelig du er!» var en setning en informant beskrev å bruke om seg selv og da med et sinne rettet mot seg selv. Et utrop som vedkommende aldri ville brukt om andre. Motsatsen var mer preget av en kommunikasjon med seg selv preget av at det vedkommende gjorde var bra nok og ikke noe som skulle vurderes eller dømmes.

4.3.2 «Fuck skam»

Utropet i overskriften er et sitat fra en informant. Vedkommende var tydelig på sin nåværende mening om, og holdning til skam.

«Det er viktig å betjene skammen. Det er hard jobbing som må gjøres, men jeg blir flinkere og flinkere. Jeg viser sårbarheten, holder ikke ting inni meg, og nekter å skamme meg over hvem jeg er og hva jeg står for».

1 av informantene beskrev hvordan hun opplevde at hun ikke kunne komme videre mot å bli bedre, før hun hadde betjent skammen vedkommende følte; følte over å være en som ikke klarte å være det andre klarte, en som ikke bidro til samfunnet. Før denne skammen ble ugyldiggjort eller satt til side, så kom ikke vedkommende videre til å jobbe med depresjonen. Å kvitte seg med skammen ble nevnt av 4 informantene. Skammen gikk da mye inn i akkurat det å ikke duge, ikke være sterk nok, ikke bidra og ikke å mestre livet. Skammen opprettholdt et negativt selvbilde, som igjen opprettholdt en negativ indre dialog, som igjen opprettholdt depresjonen.

For noen var skam også noe de kunne identifisere langt bakover i livet:

«...jeg kjenner en sånn skam for ja, ting jeg har sagt eller gjort feil, asså veldig sånn selv, det er ingen som visste om det. Det er ikke noe jeg snakker om, men jeg ser det nå, det er sånn det har vært gjennom hele oppveksten, følt en veldig stor, ja, skam da, for meg sjøl».

Å betjene skammen dreide seg om et aktivt valg om å ikke anerkjenne skammen som valid i informantenes liv:

«Jeg nekter å skamme meg. Jeg har ikke noe å skamme meg over!»

5.0 Diskusjon - Frisk fra depresjon - hva holder en frisk?

Det er i denne studien valgt å intervju informanter med erfaringer med det å være deprimert og hvordan informantene selv ser på hvilke erfaringer og kunnskaper som de opplever at de har fått, som gjør at de holder seg friske og unngår tilbakefall. Dette vil bli belyst i forhold til studiens problemstilling, studiens bakgrunn, teori, og funnene som ble presentert i forrige kapittel. Dette vil også bli sett på artikler funnet etter analysen, som er hentet inn for å bedre kunne belyse funnene rundt selv-aksept.

Først diskuteres funn sett i lys av de to teoretiske begrepene empowerment eller myndiggjøring, og salutogenese. Funnene rundt selv-aksept blir vurdert opp mot forskning. Deretter ses funnene i lys av tidligere forskning og deretter nye søk som er gjort i lys av funnene. Kapittelet rundes av med å diskutere om funnene kan være med på å belyse problemstillingen.

5.1 Myndiggjøring sett ut fra makt og avmakt.

Myndiggjøring, er her definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO (Ottawa charter), ingen dato angitt). Hvilket er en definisjon som anses som nærliggende til det mine informanter har oppnådd – «...det har gitt meg frihet til å styre meg selv og bestemme hva som er bra for meg selv...».

Depresjon har blitt referert til som en form for «antihumanisme» (Psykologtidsskriftet, 2004) - Dette ut fra at det er en sykdom som virker motsatt av et humanistisk perspektiv. Der

humanismen verner om menneskets iboende verdighet (Norman, 2007), vil depresjonen, med symptomer som selv-devaluering, nedsatt selvbilde og selvkjeft, trykke menneskeverdet ned, gjøre at en mister seg selv som støttespiller, og hvor en ikke lenger har rom for toleranse i forholdet til seg selv. Således kan en i billedlig forstand se for seg depresjonen som en fysisk størrelse som den syke er i kamp mot (Psykologtidsskriftet, 2004); i kapittel 4.2.3 beskrives da også eksempelvis hvordan to informanter beskriver en aktiv diskusjon med sin dårlige samvittighet – Hvem har da rett til å definere og dele ut dårlig samvittighet?

Informantene i denne studien beskriver en endring mot å bli bevisst den indre dialogen og korrigere denne, mot å få mer tro på egne evner til å mestre, til å hevde seg selv og avvise skam – «Nå er jeg tydelig på hva som passer meg og hva som ikke passer meg», «jeg nekter å skamme meg, jeg har ikke noe å skamme meg over!»

Myndiggjøring beskrives ofte i relasjoner mellom mennesker, mellom menneske og samfunnsstrukturer (Ekeland og Heggen 2010). I forhold til depresjon, vil det her argumenteres for et perspektiv om makt og avmakt i relasjonen mellom depresjonen og den som er syk med depresjon. Kan en argumentere for at makten som depresjonen har over den syke, er i stand til å påtvinge den syke depresjonens vilje? Hvis ja, så utøver depresjonen makt, slik som makt er definert av Max Weber i 1922 (Ekeland og Heggen 2010); makt der definert som: «mulighet til å påtvinge andres adferd ens egen vilje». Depresjonen som en tenkt personliggjort størrelse, vil ha som formål å bryte mennesket og menneskeverdet ned – å ta fra den syke troen på at en framtid er mulig og at det en har oppnådd har noen verdi. «Jeg kjente ikke meg selv igjen», sa en informant. Vedkommende var vant til å være selvsikker, ha tro på egne evner, være beslutningsdyktig og handlingskraftig – kontrasten til å bli redusert til usikker, ambivalent og passiv inne i sykdommen, ble beskrevet som både skremmende og fremmedgjørende.

«Maktutøving blir manifestert ved at en får viljen sin gjennom der det er uenighet, ved at en dytter andre synspunkt til side». Der dette sitatet er hentet fra en bok om politikk i U.S.A (Dahl 1961), så anses overførbarheten til informanter i Norge per 2018/2019 som relevant; kampen mellom depresjonens symptomatikk og pasienten, blir et spørsmål om hvem som vinner fram med sine synspunkter. Den mildt deprimerte vil ennå kunne finne argumenter mot depresjonens stemme som sier at en er håpløs og udugelig, den moderat deprimerte vil tvile, den alvorlig deprimerte vil ofte ha gitt opp og hengitt seg til depresjonens synspunkter – på den annen side vil motsatsen til depresjonens synspunkter kunne være:

«Å være bevisst på det jeg mestrer og har mestret, så er det lettere å tro på framtiden og min egen evne til å både takle motgang og lykkes med det jeg foretar meg». Informanten her vil man kunne argumentere for at dytter depresjonens synspunkter til side og inntar en støttende holdning ovenfor seg selv.

Begrepet makt, når det er til fordel for depresjonen, vil såleis kunne sies å kunne representere et potensielt angrep på den deprimerte sitt selvverd og selve selvet – selvet da karakterisert som menneskets varige opplevelse av egen personlighet og identitet (Store norske leksikon). Depresjon vil derav hensette den deprimerte i en tilstand av avmakt; depresjonen har vunnet fram og den deprimerte kjemper ikke mot, men gir opp og erkjenner sin manglende verdi som menneske.

Men informantene har da på den annen side, også en annen opplevelse av begrepet makt.

Å gå fra en depressiv tilstand til å bli frisk, slik som informantene har erfaring med, vil være en bevegelse fra avmakt mot makt. Dette ved at den deprimerte gradvis tar tilbake retten til å definere sin egen verdi gjennom en dialog med mellom seg selv depresjonen – «...å ta kampen mot vonde følelser framfor å passivt ta de imot...» eller «...å vise omsorg for meg selv er viktig, for å fortelle meg selv at jeg er viktig å bevare...». Begge sitatene fra kapittelet med funn, indikerer en aktiv rolle framfor en passiv rolle. En aktiv rolle med mål om å bevare og styrke seg selv som individ. Makt som en positiv kraft som virker til fordel for informantene, i deres kamp mot depresjonen:

«Makt er evnen til å nå sine mål, om så mot andres vilje og interesser, og kan også bety det å ha autoritet eller myndighet over noe. Desto mer man oppnår av sine egne mål på tvers av andres vilje og interesser, desto mer makt har man» (Jusleksikon, 2011). Jeg argumenterer igjen for overførbarheten til mine informanter og herunder deres kamp mot størrelsen depresjon. Hvis målet er å vinne over depresjonen og dennes vilje, så er mye makt positivt i denne forstand, for å styrke opplevelsen av å bli myndiggjort og således fri seg fra det depressive maktgrepet: «For meg har det vært viktig og ikke alene bli styrt av andres behov...også det å fri seg fra andres vurderinger. Det har gitt meg frihet til å styre meg selv...».

5.2 Salutogenese – depresjon som begripelig og meningsfull

Forstår jeg hva som skjer med meg? Har jeg kontroll over livet mitt? Er jeg i stand til å gjøre det som trengs for å mestre situasjonen jeg står i? Hvordan man møter livet er et valg, som en

kan si er avledet av vår holdning til livet (Antonovsky, 1987). For å illustrere dette viser Antonovsky til begrepet «sense of coherence», ofte forkortet til SOC – på norsk kan man oversette dette til «opplevelse av sammenheng» - heretter OAS.

OAS er et uttrykk for i hvilken grad en person har tillit til at omgivelsene, verden og livet kan anses som begripelig, håndterbart og meningsfullt (Antonovsky, 1987).

Informantene i denne oppgaven har beskrevet depresjon og hvordan denne som sykdom og en betraktelig skikkelse i deres liv, kan ta vekk håp, mening, selvverd og tro på egen mestring.

Uten forståelsen for depresjonens natur, som beskrevet i forrige kapittel som omtaler makt og avmakt i møte med depresjon, så vil det også være vanskelig å motarbeide en depresjon eller forebygge et tilbakefall. Hvis vi ser på sub-kategoriene som beskrevet under funn, så er det nærliggende å kunne sortere disse innunder Antonovsky sine tre begreper. Hvis vi tillater oss å utdype disse:

- Begripelighet - som viser til menneskets subjektive opplevelse av egne ressurser til å yte motstand.
- Håndterbarhet som er personens egen vurdering av tilgjengelige ressurser og tro på at situasjonen kan la seg løse.
- Meningsfullhet – som betegner personens motivasjon for å takle situasjon.

(Kassah, Tingvoll & Nordahl-Pedersen, 2016).

Videre er da her sub-kategoriene forsøkt kategorisert innunder begrepene:

Begripelighet: Mot, selvinnsikt, selvhevdelse
Egenomsorg, Proaktivitet
Håndterbarhet: Mestringstro, Ikke mer dårlig samvittighet, Selv-aksept, Tilfredshet, Fuck skam,
Meningsfullhet...

Når en her trekker fram funnene (i form av sub-gruppene) hentet fra informantene, er det for å argumentere for at funnene kan relateres til Antonovskys teori om salutogenese:

Begripelighet da som informantenes egne opplevelse av at de har ressurser til å yte motstand mot størrelsen depresjon, og at de opparbeider en tro på at de selv kan løse situasjonen; de erfarer å håndtere egen situasjon.

Informantene har gjennom sine erfaringer beskrevet ny innsikt i seg selv, og sykdommen de har vært gjennom, som er tenkt at har gitt dem nye ressurser for å fremme motstand mot tilbakefall av depresjon.

I salutogenese vil man vektlegge bruken av eksisterende og/eller potensielle motstandsressurser (kan også kalles beskyttelsesfaktorer eller mestringsressurser) (Langeland, 2009). Informantene beskriver i funnene flere eksempler på hvordan de har fornyet tro på egen mestring og styrke – Eller nedenunder et eksempel på håndterbarhet:

«Å være bevisst det jeg mestrer og har mestret, så er det lettere å tro på framtiden og min egen evne til takle motgang og lykkes med det jeg foretar meg». Således et utsagn som kan fortelle om så vel en tro på egne ressurser og en tro på at en med disse kan håndtere situasjoner som livet bringer.

Om en skal se på begripelighet, beskrives det i del-kapittel 4.1.1, om flere informanters nyopparbeidede mot. Dette som en holdning om at de med sitt nyfunnede mot, har gjort at de ikke bare opplever seg i stand til å til å yte motstand, men at det også her dukker opp tanker om å nekte å være redd og ta opp kampen mot vonde følelser.

Hvorfor står så kolonnen rundt meningsfullhet tom? Meningsfullhet beskrives av Langeland (2009) som den viktigste av Antonovsky sine tre nevnte begreper. Den beskrives som drivkraften i livet, hvor den er med på å fremme en tilbøyelighet til å skape struktur og til å søke videre etter ressurser. Med dette er den da også tenkt å være med på å styrke de øvrige to begrepene; håndterbarhet og begripelighet (Langeland 2009). Således vil jeg tolke dette dithen at meningsfullhet er motivasjonen som fremmer informantene til å drive videre, og utvikle videre, sin evne til å stå imot utfordringer og vansker (som et tilbakefall av depresjon) og således med dette igjen videreutvikle sin OAS. Med dette tenker jeg at den tomme kolonnen over vil fylles av alle de øvrige ressursene som består av informantenes motstandskraft og mestringstro.

I min jobb ser jeg det som det viktigste jeg kan bidra med, vil være å bistå pasientene mine med å finne fram til innsikt, bevissthet og verktøy for å drive seg selv videre. Herunder og først bli friske, deretter leve slik at man forebygger og unngår tilbakefall, eller da i verste fall vet hvordan en kan møte det, hvis man skulle bli syk på nytt. Herunder ser jeg det å ha en

sterk OAS, som sammenfallende med det å stå rustet mot depresjonen, eller å ha kapasitet til å foreta seg helsefremmende handlinger (Tellnes 2007). Jeg ser det slik at mine informanter gjennom sin depresjon, sin tilfriskning og erfaringene heretter, har fått en styrket OAS – dette gjennom en prosess som har bygd oppunder håndterbarhet og begripelighet og derav bygge større motivasjon for å kunne takle depresjonen – i kapittel 4.1.4 beskriver da også 4 informanter depresjonen som noe de ikke anså som over, men noe de aktivt måtte forholde seg til – en innsats en kan tenke at en sterk OAS vil bidra til.

Vil dog denne styrken opprettholdes, og vil den fortsette å styrkes? Hva predikerer i så tilfelle at dette fortsetter å vokse og styrkes, framfor det motsatte?

5.3 Hva med selv-aksept?

Empowerment og salutogenese er inkludert i denne studien på bakgrunn av at disse var tenkt at ville kunne være relevante for antatte funn, hvilket det i de to foregående kapitlene også argumenteres for. Selv-aksept var dog et funn som ikke var antatt. En ser at informantene beskriver erfaringer preget av mer raushet, støttende holdning og medfølelse ovenfor seg selv. Er det da holdepunkt i forskningen for å tenke at dette er et aspekt som burde berøres med tanke på å holde seg frisk fra depresjon? Påstanden det vil argumenteres for er ja. Det å gi uttrykk for medfølelse ovenfor seg selv trekkes fram som noe som deprimerte vil kunne profitere på (Dietrich et.al. 2016). Terapiretningen *CFT - compassion-focused therapy* trekkes her fram som en terapiform som er gunstig spesielt for pasienter med høy grad av akkurat skam og selvkritikk, og videre har lovende men ennå mangelfulle resultater å vise i følge en metaanalyse (Leaviss, J., & Uttley, L. 2014). Terapiformen handler da også akkurat om det å hjelpe pasienter med å forholde seg medfølelende til egne vanskeligheter og tilby verktøy som kan bidra til å jobbe med utfordrende omstendigheter og følelser (Kolts, 2016).

Her kommer da også terapiformen *ACT – acceptance and commitment therapy* inn, som i en metaanalyse viser positive resultater (Davis et.al. 2015), men understreker behovet for mer forskning. ACT framholder en holdning ovenfor vonde og vanskelige hendelser, følelser og tanker, som er tenkt å være fundert på å akseptere egne reaksjoner, men ikke la de komme i veien for å leve i takt med egen verdier – dette være seg traumer, smerter eller depresjon, med det som medfølger (Hayes et.al. 2012).

Således er det med begge disse retningene, CFT og ACT, begge interessante med tanke på funnene som indikerer en endring i innstilling ovenfor seg selv. For øvrig begge retninger som

beskrives til å tilhøre den tredje bølgen av kognitiv terapi (Öst, 2008), etter den første bølgen med adferdsterapi i 1920-årene og den andre bølgen kognitiv terapi i 1970-årene.

Har dog disse retningene en riktig plass ved siden av empowerment og salutogenese?

5.4 Hva holder en frisk fra depresjon?

Hva er det så denne studien antyder?

Overordnet antyder funnene depresjon som bevegelse - bevegelse mellom motsatsene makt og avmakt.

Bevegelsen mot avmakt ser ut til å innebære en overlevering av makt til depresjonen som en størrelse, og at denne størrelsen myndiggjøres på bekostning av den deprimerte, og i dette vinner definisjonsmakt over virkeligheten til den som er rammet.

I praksis kan det se ut som denne overleveringen av makt antyder at den deprimerte mister kontroll over definisjonen av egen selvverd, egen støttende indre dialog og troen på egen mestring. Funnene ser ut til å antyde at dette har en konsekvens i svekket egenomsorg, mangel på selvhverdelse, passivitet, økt dårlig samvittighet og skam.

I motsatt tilfelle, som med informantene i dette studiet, ser de ut til å ha beveget seg ut av depresjon og mot makt, hvilket har forflyttet myndigheten fra depresjonen tilbake til individet. Informantene beskriver at det å bli myndiggjort gir tilbake gjennom mot og mestringstro.

De handler til det beste for seg selv, hvilket også handler om kunnskap og innsikt. Hvilket vises ved at funnene antyder en forsterket OAS, ved at de har økt kapasitet til å foreta helsefremmende handlinger – «Jeg er mer klar over faresignaler og forsøker å være proaktiv ved å leve sunt, be om hjelp når jeg trenger det, og være bevisst på å ha en positiv indre dialog»

Men er kunnskap og makt tilgjengelig for alle?

Min fremste kritikk av denne studien går på utvalget, som med få unntak har tatt for seg informanter med høy utdannelse – høy utdannelse som vi har sett ikke er representativt for sammensetningen i befolkningen (SSB, 2018). Herunder ligger også en kritikk av Antonovsky, som trekker fram både kunnskap, intelligens, fysiske og biokjemiske ressurser og kultur som mestringsressurser som er relevante for å opprettholde helse og unngå sykdom (Antonovsky, 2012). Hva så med de jeg ikke har med i min studie? Er en sterk OAS kun

tilgjengelig for en gruppe som de som er inkludert som informanter i denne studien? Ikke de uten ressurser, kunnskap og en sosiokulturell bakgrunn med tilgjengelige mestringsressurser? Er man da diskriminert fra makt og opplevelse av sammenheng fra man blir født, og ut fra det kulturelle segmentet man faller inn under?

Som tidligere forskning tilsier (Skärsäter et.al 2003 og Nunstedt et.al 2012) så snakker begge disse om å understøtte prosessen til pasientene i disse studiene, i henhold til økt myndiggjøring i sin prosess, og forståelse av egen sykdom og hvordan dette kan omsettes i mestring.

Men hvordan understøtter man prosessen mot mer myndiggjøring?

Er dette det som pedagogen Paulo Freire snakket om i sitt verk «De undertryktes pedagogikk» (Freire, 2007)? Freire sin metode beskrives som undervisning basert på møtet mellom lærer og elev. Det er da når dette møtet lykkes, at de som er uvitende, passive og undertrykte, kan utvikle selvtillit og bli kritiske og aktive - eller myndiggjort.

Vil myndiggjøring som beskrevet av Freire, kunne trumfe mangelen på medfødte mestringsressurser hos deprimerte uten dette? Eller hva med de hvor kulturen eller miljøet ikke har kunnet bidra med mestringsressurser? Vil det å støtte opp under myndiggjøringen til de som ikke har dette, kunne styrke makten og opplevelse og sammenheng, og således gi de samme muligheter som hos mine informanter? Eller er det slik at at noen har tapt kampen mot depresjon, eller håpet om en sterk OAS før de engang blir syke?

På den annen side; informantene som modig delte av sin historie og sine erfaringer til denne studien, er da til tross for sin høye utdanning, heller langt fra en homogen gruppe. Hvem sa at tilgjengelige mestringsressurser var en selvfølge for mine informanter? Eller at makt, myndighet og opplevelse av sammenheng til enhver tid var gitt?

En øvrig bakgrunn for kritikk av oppgaven opp mot eksisterende kunnskap, eller kanskje likeså mye et spørsmål, er mangelen på sosial støtte og nærhet til andre som kategori eller sub-gruppe. Det er gjennom hele livet ansett at disse to er beskyttende mot utvikling av psykiske lidelser ([FHI, 2015](#)). Dog kommer ikke disse fram i intervjuene med informantene, i noen slik grad, at de er inkludert i oppgaven.

Dette kan nok skyldes spørsmålsstillinger eller forskerens fokus under intervjuene, men de er da likevel relevant å etterspørre.

Det er neppe slik at sosial støtte og nærhet til andre, ikke er relevante for noen av informantene i denne studien.

Det å motta sosial støtte trekkes fram som en av fire relevante komponenter for å mestre depresjon i en av forsknings-artiklene (Skärsäter et.al 2003). Det er også i dette kapittelet blitt trukket fram det å bistå pasienter med å bli myndiggjort og få forståelse for egen sykdom som viktig sett fra forskning fra institusjons-psykiatrien (Skärsäter et.al 2003 og Nunstedt et.al 2012). Kan man da her også anta viktigheten av at støtte vil være viktig for den deprimerte - i det tilfelle støtte fra den profesjonelle utøveren?

Støtte fra en selv i form av aksept og medfølelse, av seg selv og med seg selv, er en etablert kategori i denne studien. Det antydes også av meta-analyser, at terapiformer fundert på akkurat aksept og medfølelse, vil kunne være en effektiv form for hjelp for deprimerte og videre i forebygging av depresjon (Dietrich et.al. 2016, Leaviss, J., & Uttley, L. 2014 og Davis et.al. 2015).

Mottatt fra eksternt eller internt hold, så kan en argumentere for at begreper som støtte, aksept og medfølelse er viktige for den deprimerte. På den annen side; er ikke dette viktig for oss alle? Er det så bortfallet av støtte, aksept og medfølelse en vel så gjerne kan snu det til at vi skal være på vakt mot? Depresjonen, som beskrevet, vil ta støtten, aksepten og medfølelsen, der er det ikke noe å hente. Hvor skal da disse tre komme fra?

Diskusjonen peker mot at myndiggjøring og salutogenesens OAS, trenger med seg støtte, aksept og medfølelse, hvis man da skal favne det som informantene i denne studien legger til grunn – Makt, kunnskap og støtte.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Ønsket med dette studiet har vært å danne et bilde av hva som informanter med erfaring med å ha vært deprimert, opplever er med på å holde de friske og unngå tilbakefall. Eller sagt på en annen måte: hva kan være med på å styrke motstandskraften mot depresjon?

Håpet er at disse informantenes erfaringer kan være med å danne grunnlag for forebyggende tiltak, terapeutiske tiltak, psykoedukasjon med mer. Dette fundert på den nåværende og framtidige helse- og samfunns-utfordringen som depresjon som fenomen utgjør.

Jeg ønsket å få svar på min problemstilling gjennom semistrukturerte intervjuer av mine 9 informanter, som hadde førstehånds-erfaring med det jeg etterspurte i min problemstilling.

Funnene omhandler i stor grad indre prosesser hos informantene rundt endring av holdning rettet mot depresjonen og for en selv. Dette tydeliggjort ved sub-gruppene mot, selvinnsikt, mestringstro, selvhevdelse, egenomsorg. Dette sammen med en samtidig dreining mot mer selv-aksept og tilfredshet ovenfor seg selv og den man er.

Diskusjonsdelen av oppgaven trekker fram parallellene til det teoretiske bakteppet for oppgaven: empowerment og salutogenese.

Det argumentert for at informantene har en bevegelse fra avmakt mot makt og i større grad ser seg selv som myndiggjort til å innta en aktiv rolle i kampen mot depresjonen – dette da også ut fra styrkingen av egenomsorg og mestringstro.

Salutogenese-perspektivet springer ut fra dette med en styrking av opplevelsen av sammenheng som oppleves til å ha blitt styrket hos informantene – dette med konsekvensen at de i større grad framstår til å ha tilegnet seg større innsikt, bevissthet og verktøy for å drive seg selv videre i en helsefremmende retning.

I materialet fra intervjuene trer det også fram en kategori som omhandler det å ha med seg selv-aksept og medfølelse ovenfor seg selv inn i det å holde seg frisk fra depresjon. Dette omhandler da også å være raus med seg selv og omtale seg selv i støttende ordlag, da kanskje i motsatt retning i forhold til hva en depresjon medfører.

Det er presentert forskning som peker mot funnen i denne studien kan ha relevans med tanke på å mestre depresjon. Forskningen som er funnet fram til for dette studiet er dog beskjeden. Dette kan ha sammenheng med forfatterens ennå beskjedne kunnskap på feltet, men gitt størrelsen på utfordringene samfunnet vårt har med depresjon, vil behovet for ytterligere forskning på området anses som betydelig.

Kan man legge til grunn at jeg som forfatter av denne studien har vært nok bevisst forforståelsen jeg bar med meg inn i denne oppgaven? Har kunnskapsbasen og erfaringen med kognitiv terapi vært tellende for funnene og diskusjonen? Eller har mitt verdisett trukket studiet i retning av en diskusjon rundt makt/avmakt?

Analysen har vært forsøkt gjort mest mulig gjennomiktig, med dertil prosessen som har ledet fram til hovedkategorier og sub-kategorier. Det er argumentert for tilknytningen til de teoretiske forankringspunktene empowerment, salutogenese, samt tilknytningen til funn rundt selv-aksept. Ingenting ved diskusjonen i seg selv favoriserer direkte en terapiretning, men peker mot viktigheten av å understøtte myndiggjøring, en økt OAS og

støtte/aksept/medfølelse. Forforståelsen hadde da heller ikke tatt høyde for kategorien selv-aksept, som kom fram i analysen.

Veien videre med tanke på tematikken på denne oppgaven vil måtte dreie seg om å finne tiltak for å forebygge depresjon, eller tilbakefall for depresjon fundert på funnene. Og se på hva som opprettholder en sterk OAS over tid er et viktig punkt for videre søk i forskningen og videre studier. Effekten av støttende tilnærminger i tråd med selv-aksept og selv-medfølelse mot depresjon er også et punkt som ville vært relevant å utforske videre i nye studier. Hvis en basert på funnene fra denne oppgaven kunne bygge en forebyggende tilnærming, vil et neste interessant steg være og se på hvordan de som fikk en jevnlig tilføring av en slik tilnærming, hadde klart seg mot de som ikke fikk det, da kanskje ut fra et kvantitativt perspektiv.

Litteraturhenviing:

Antonovsky A. (2012) *Helsens mysterium – den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Askheim O.P. & Starrin, B. (2007) *Empowerment i teori og praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bergbom I., Häggström L. & Fridlund B. (2003) *Women's Conceptions of Coping with Major Depression in Daily Life: A Qualitative, Salutogenic Approach*, *Issues in Mental Health Nursing*, 24:4, 419-439, DOI: [10.1080/01612840305313](https://doi.org/10.1080/01612840305313)

Berge, T. & Repål, A. (2015) *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
Bufdir (1997, 16. juli) *NOU 1998:18 Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Hentet fra:

<https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002586>

Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). *A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 84 (1): 30-36.

De forskningsetiske komiteene (2015, 17. juni). *Samtykke*. Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010, 15. januar). *Utvalgsstrategi*. Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/3-utvalgsstrategi/>

Diedrich, A., Hofmann, S., Cuijpers, P., Berking, M. (2016) Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. Vol.82 2016, pp. 1-

10. <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.brat>.

Ekeland T., Heggen K. (2010) *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet (2017, 7. juni) *Ikke-dødelige sykdommer koster samfunnet mest*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/ikke-dodelige-sykdommer-koster-samfunnet-mest/>

Folkehelseinstituttet (2015, 6. februar) *Fakta om depresjon*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/depresjon---faktaark/>

- Folkehelseinstituttet (2015, 1. mars). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>
- Freire P. (1999) *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lunds universitet, Socialhögskolan Hammar, Å., Sørensen, L., Årdal, G., Ødegaard, K. J., Kroken, R., Roness, A. & Lund, A. *Enduring cognitive dysfunction in unipolar major depression: A test–retest study using the Stroop paradigm*. Scandinavian Journal of Psychology. Aug2010, Vol. 51 Issue 4, p304-308. 5p. 1 Chart, 2 Graphs. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00765.x
- Hayes, S.C. Strosahl, Kirk D. & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Helsebiblioteket (2018, 13. april) *Depresjon hos voksne*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne>
- Helsedirektoratet (ingen dato angitt) *Nasjonale retningslinter for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Illich, I. (1974). *Medical Nemesis*. London: Calder & Boyars
- Johanessen, A., Tuft, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jusleksikon (2011, 11. desember). Hentet fra: <https://jusleksikon.no/wiki/Makt>
- Kassah B.L.L., Tingvoll W., Nordahl-Pedersen H. (2017) *Forebyggende helsearbeid - sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kolts, R. (2016). *CFT made simple: a clinician's guide to practicing compassion-focused therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V (2001) *A Norwegian psychiatric epidemiological study*. American Journal of Psychiatry 158,1091–1098
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V (2006) *Mental illness in a rural area. A Norwegian psychiatric epidemiological study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 41, 713–719
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kuzel, A., *Sampling in qualitative inquiry*, In: Miller W, Crabtree B, editors. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1999:33-45.

Langeland, E. (2009) *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. Sykepleien Forskning, 4, 288-296

Leaviss, J., & Uttley, L. (2014). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927–945. doi:10.1017/S0033291714002141

Malterud K., (2017) *Kvalitative forsknings-metoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud K., (2002) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskriftet – Den Norske legeforening, Utgave 25, 20. oktober 2002, Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 2468-72.

Malt U.F., Retterstøl N. & Dahl A. A. (2006) *Lærebok i psykiatri* (2. utgave, 4. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk)

Mykletun A, Knudsen A.K. & Mathiesen K.S. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norman R., (2007) *Humanisme*. Oslo: Humanist forlag.

Norsk forening for kognitiv terapi (ingen dato angitt) *Depresjon*. Hentet fra: <https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/ulike-typer/depresjon/>

Norsk helseinformatikk (2016, 21. mars) *Kognitiv terapi ved depresjon*. Hentet fra: <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/kognitiv-terapi-ved-depresjon/>

Norsk sykepleieforbund (ingen dato angitt). *Sykepleie, et selvstendig og allsidig fag*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Nunstedt, H., Nilsson, K., Skärsäter, I., & Kylén, S. (2012). Experiences of Major Depression: Individuals' Perspectives on the Ability to Understand and Handle the Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(5), 272–279. <https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.3109/01612840.2011.653038>

Psykologtidsskriftet. (2004, 1. april). *Kurs i mestring av depresjon – forebygging av tilbakefall*. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/04/kurs-i-mestring-av-depresjon-forebygging-av-tilbakefall>

Store norske leksikon: <https://snl.no/selvet>

Statsministerens kontor (2017, 25. august) *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2018, 8. juni) *Befolkningens utdanningsnivå*. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/utniv/>

Tellnes G. *Salutogenese – hva er det? Michael* 2007;4:144–9.

Tidsskriftet – Den norske legeforening (2002, 20. oktober). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Hentet fra:

<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

World health organization (2018, 22. mars) *Depression*. Hentet fra:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World health organization (ingen dato angitt). *The Ottawa charter for health promotion*.

Hentet fra: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Öst, Lars-Göran (2008). "Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis". *Behaviour Research and Therapy*. 46 (3): 296–321.

Vedlegg

Vurdering fra Norsk senter for forskningsdata (NSD):

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 574585 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

BAKGRUNN

På bakgrunn av meldeskjemaet og korrespondanse med student forstår NSD det slik at behandlingen av personopplysninger er gjennomført, ettersom intervjuene ble gjennomført i desember 2018 til januar 2019.

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse, og alminnelige personopplysninger frem til 31.05.2019.

NSD vurderer at følgende brudd på personvernforordningen har forekommet: Prinsippet om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5 a), kravet om lovlig behandlingsgrunnlag (art. 6, 9, 10), informasjonsplikten (art. 13 eller 14), sikkerhet ved behandlingen (art. 32), og rådføringsplikten (personopplysningsloven § 9-11).

Behandlingen av personopplysninger har startet før prosjektet er meldt til og vurdert av NSD. Fordi behandlingen av personopplysninger har vært gjennomført uten at et lovlig behandlingsgrunnlag er dokumentert finner vi at det er brudd på kravet om lovlig behandlingsgrunnlag (art. 6). Dette innebærer også at det har forekommet brudd på prinsippet om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5 a).

Utvalget har fått informasjon om hva deltakelse i prosjektet innebærer, men denne oppfyller ikke kravene til hva denne må inneholde. Dette innebærer et brudd på informasjonsplikten (art. 13). Etter korrespondanse med studenten er det avtalt at han vil gi oppdatert informasjon til utvalget.

Behandlingen av personopplysningene er blitt gjort på private enheter, og i følge vedlagte retningslinjer fra behandlingsansvarlig institusjon, er dette ikke tillatt ved behandling av særlige kategorier av personopplysninger. Dette medfører derfor et brudd på sikkerhet ved behandlingen (art. 32). Avviket er rettet opp i ved at lydopptakene nå er slettet fra private enheter.

Personopplysninger er behandlet før NSD har vurdert prosjektet. Behandlingen av særlige kategorier har startet uten at behandlingsansvarlig har rådført seg med (meldt inn prosjektet og fått veiledning fra) institusjonens personvernombud eller NSD. Dette medfører et brudd i relasjon til rådføringsplikten (personopplysningsloven § 9-11).

NSD vurderer avviket til å ha middels personvernulempe, da det her er snakk om særlige kategorier av personopplysninger om helse hvor sikkerheten ved behandlingen ikke har vært god nok.

Avviket er rettet opp i ved at prosjektet nå er meldt til og vurdert av NSD, og at informasjon ettersendes utvalget. Deltakerne kommer altså til å motta tilstrekkelig informasjon, det er samlet inn få personopplysninger, det er kun student som har tilgang til personopplysningene og disse blir behandlet i en kort periode. Lydopptakene er allerede transkribert, og opptak slettet. Avviket er etter NSD sin vurdering ikke av en slik art at Datatilsynet må varsles.

INSTITUSJONENS ANSVAR

Vi minner om at det er behandlingsansvarlig institusjon (OsloMet) som er ansvarlig for at behandling av personopplysninger foregår i samsvar med personvernregelverket.

Institusjonen er ansvarlig for å sikre korrekt kunnskapsoverføring til sine studenter og ansatte. Dersom institusjonen har behov for ytterligere opplæring om personvern i forskning er NSD tilgjengelig for å gi veiledning.

NSD SIN VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 29.04.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan fortsette.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet har innhentet samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Nye samtykker vil nå innhentes.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den videre behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen*
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål*
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet*
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet*

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17

Intervjuguide:

1. Kan du fortelle litt om hva du tenker ledet fram til at du ble syk med depresjon?
2. Hvordan husker du det å stå oppe i depresjonen?
3. Hva tenker du selv hjalp deg ut av depresjonen?
4. Når viste du at du var frisk?
5. Hva er det viktigste du føler du lærte av å være deprimert?
6. Hva tenker du er viktig for at du nå holder deg frisk?
7. Lever du annerledes nå enn du gjorde før du ble syk?
8. Tenker du annerledes nå enn du gjorde før du ble syk?
9. Har du tro på at du vil mestre det hvis du skulle oppleve depresjon på nytt?

Rekrutterings-tekst fra facebook:

«Kjære venner.

I senere år har jeg, som behandler, snakket med mange flotte mennesker som har hatt tøffe perioder i livene sine, og slitt med blant annet depresjon og utbrenthet. Jobben min holder jeg veldig høyt og den gjør meg ydmyk og takknemlig - derav er det også svært viktig for meg lete etter hvordan jeg kan skjønne mer og lære mer.

I forbindelse med min masteroppgave i psykisk helsearbeid er jeg nå på utkikk etter å lære fra de som sitter med førstehåndskunnskap om depresjon og utbrenthet - de som har kjent det på kroppen. Jeg håper med dette å tilegne meg mer kunnskap om hva vi i framtiden kan gjøre, for å styrke tilbudet rundt såvel forebygging som behandling.

Jeg trenger således hjelp til å komme i kontakt med 8-10 personer for intervjuer. Jeg leter etter deg eller de som har vært sykmeldt på grunn av depresjon/utbrenthet, blitt friskmeldt, og nå opplever at hverdagen fungerer igjen - Jeg lurer på hvordan du tenker du klarte det og hva du nå gjør som holder deg «frisk».

Setter pris på alle som vil delta og kan hjelpe meg ut fra egne erfaringer, eller har noen i nettverket sitt som de kunne spørre.

Intervjuet blir utført av meg og tar 1-2 timer. Jeg kommer dit du/de er, men må begrense meg til 10 mil ut fra Oslo eller Kongsvinger.

Kjempeglad for de som vil sette av litt tid til å dele av sine erfaringer, så lover jeg å gjøre mitt beste for at det jeg finner ut skal bety noe for framtiden».

Informasjonsbrev til informanter:

«Vil du delta i forskningsprosjektet

”Frisk fra depresjon – hva holder meg frisk ”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut mer om hva som forhindrer tilbakefall ved depresjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Med min masteroppgave ønsker jeg å finne mer ut om hvilke erfaringer, som mennesker som har blitt friske fra depresjon, har gjort seg. Tilbakefall fra depresjon er vanlig, men jeg ønsker å snakke mer med deg som har vært frisk over en viss tid, og høre mer om hva du tenker at holder deg frisk.

Med dette ønsker jeg å finne ut mer om hva som kan hjelpe oss og gjøre behandlingen bedre for pasienter som sliter med depresjon, eller plages med tilbakevendende depresjon.

Herunder er mitt hovedspørsmål og problemstilling for oppgaven:

Livet etter depresjon – Hva gjorde deg frisk og hva holder deg frisk?

Herunder er hovedpunktene for hva jeg lurer på:

- *Hva opplevde du hjelp deg til å bli frisk igjen?*
- *Hva tenker du er viktig for å holde deg frisk?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Oppgaven skrives som en del av min masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Oslo Storbyuniversitet – Oslomet. Oppgaven skrives under veiledning av førstelektor Dag Willy Tallaksen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du som får dette skrivet har meldt deg frivillig etter at du har sett mitt innlegg som har blitt spredt, blant min utvidede vennekrets, på sosiale medier. Jeg etterspurte her mennesker med erfaring med å ha hatt depresjon, samt erfaring med å ha vært frisk over tid. Det er dine erfaringer som er grunnlaget for min masteroppgave.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelsen vil medføre at du møter meg til et intervju som vil vare mellom 45-90 minutter anslagsvis.

Det vil være 10 spørsmål som er ment å utforske dine erfaringer med å være syk med depresjon, det å bli frisk og hvordan du tenker du har holdt deg frisk.

Intervjuet vil bli tatt opp på en digital diktafon og deretter skrevet ut ordrett – alle personlige detaljer (navn, steder, personlige detaljer) vil bli utelatt i den skriftlige teksten. Deretter vil tekstene bli analysert og presentert i oppgaven. De digitale opptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Intervjuene vil bli diskutert med veileder Dag Willy Tallaksen ved Oslomet, men vil da også bli anonymisert.*
- Alle opptak og intervjuer oppbevares innelåst i arkivskap. Ditt navn forekommer ingen steder i materialet utover at jeg husker selv hvem jeg har intervjuet ut fra det anonymiserte materialet.*

Deltakere vil således ikke på noen måte kunne identifiseres i den ferdige oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.19. Opptakene blir da slettet, anonymiserte transkripsjoner av intervjuene oppbevares deretter i arkivskap i ikke mer enn 5 år, med tanke på eventuelle oppfølgingsstudier. Deretter vil det bli makulert. Det er kun U.T som vil ha tilgang til de transkriberte intervjuene. Igjen; det vil ikke være mulig å identifisere deg ut fra materialet, da alle navn, steder og detaljer vil anonymiseres.

På oppdrag fra Oslo Storbyuniversitet - Oslomet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Oslo Storbyuniversitet – Oslomet ved Dag Willy Tallaksen (epost: dwtall@oslomet.no, telefon: +47 67 23 65 01 / 924 66 995, eller direkte med U.T – Edmund Kvalø Smedtorp (epost: jeks@oppfrisk.no, telefon 95177044)*
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen (epost: personvernombud@oslomet.no, telefon: 67 23 55 34*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.*

Med vennlig hilsen

John Edmund Kvalø Smedtorp»

