

MASTEROPPGAVE
Ernæring, helse- og miljøfag
2009

Mental health literacy
En kvalitativ studie av sykepleierstudenters kunnskaper om depresjon

Henriette Riley
Avdeling for helse, ernæring og ledelse

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Psykiske lidelser har en høy forekomst på verdensbasis, og depresjon er den mest vanligste av disse lidelsene. I år 2020 er depresjon forventet å nå andre plass på WHO sin liste over de mest utbredte sykdommene i verden. I Norge regnes depresjon for å være en av de største folkesykdommene. Å kunne gjenkjenne symptomene på depresjon er viktig allmenndannede kunnskap å ha i det forebyggende helsearbeidet rettet mot mental helse. *Mental health literacy* (MHL) dreier seg i korthet om graden av allmenndannende kunnskaper, handlingskompetanse og adekvate holdninger som et menneske har til mental helse og psykiske lidelser. Graden av MHL blir gjerne determinant for hvordan og av hvem man søker adekvat helsehjelp for psykiske lidelser.

Problemstilling: *Hvilke kunnskaper om fenomenet depresjon har 1. års sykepleiestudenter, diskutert i lys av teorirammen for begrepet mental health literacy?*

Forskningsspørsmålene som ble brukt for å operasjonalisere problemstillingen var: (1) I hvilken grad er informantene i stand til å identifisere den psykiske lidelsen depresjon på bakgrunn av en ledende narrativ tekst som beskriver symptomer hos et menneske med en alvorlig depressiv episode? (2) Hva kan, etter informantenes mening, være god hjelp til vedkommende ved slike lidelser? (3) Hvilke kunnskapsbærende og holdningspregede meninger har informantene om lidelsen depresjon? Funn er diskutert i lys av teorirammen for MHL.

Metode: Det ble foretatt 21 individuelle dybdeintervjuer av 1. års sykepleierstudenter ved et studiested i Norge. Intervjuene hadde et strukturert design, hvor bruken av et såkalt stimulusmateriale (et beskrivende case som omhandlet en person med symptomer på depresjon) stod sentralt. På bakgrunn av dette materialet skulle informantene tilkjennegi hvilket problem de mente personen hadde. Det videre intervjuet fulgte opp svarene som ble avgitt, samt forskningsspørsmålene nevnt i avsnittet over. Funnanalysen ble gjennomført etter Malterud (2003) sin metode for systematiske tekstkondensering av kvalitative intervjudata.

Tolkede funn: Et flertall av informantene ser ut til å gjenkjenne lidelsen depresjon på bakgrunn av stimulusmaterialet. Dog tyder det på at ikke alle informantene er inneforstått med hvor alvorlig en slik tilstand faktisk kan være. Flestparten av informantene uttrykte at

personlig samtale er den beste hjelpen til mennesker som lider av depresjon. Det nære nettverkets involvering fremheves av mange informanter å være den viktigste førsteinstans som kan gi slik hjelp. Flesteparten av informantene oppgir psykodynamiske forklaringer på utviklingen av depresjon, mens informantenes holdninger til denne lidelsen i samfunnet ser ut til å variere med den enkeltes faktakunnskap og personlige erfaringer om dette temaet.

Avslutning: Flesteparten av de 21 informantene kan trolig sies å ha relativ høy grad av MHL, som innebærer at de evner å: (A) lese og forstå en tekst om et helserelatert tema, (B) kategorisere lidelsen til å være depresjon på bakgrunn av ervervet kunnskap, og (C) forstå at den deprimerte trenger å oppsøke adekvat helsehjelp for sin lidelse. Disse informantene befinner seg således trolig på *interactive* MHL-nivå (på nivå to av tre hierarkiske nivåer for MHL). Mastergradens funn gir allikevel grunnlag for å foreslå at det bør legges mer vekt på undervisning som kan bidra til å øke sykepleierstudenters MHL.

Summary

Background and purpose: Mental disorders have a high prevalence worldwide, and depression is the most common of these disorders. In the year 2020 depression is expected to reach second place on the WHO's list of the most widespread diseases in the world. In Norway, depression is considered to be one of the largest public diseases. Being able to recognize the symptoms of depression is important general education knowledge to have in the preventative health care directed towards mental health. Mental health literacy (MHL) is, in brief, knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management and prevention. The degree of MHL is often determined by how and from whom one seeks adequate health care for psychiatric disorders.

Issues: *What general education knowledge about depression do 1st year nursing students have?*

The following research questions were used to operationalize the approach: (1) To which extent are 1st year nursing students able to identify depression as a mental disease on the basis of a leading narrative text describing the symptoms of a person suffering from depression? (2) What could, in the opinion of the informants, constitute meaningful help to those who suffer from depression? (3) What degree of knowledge and what kind of attitudes do the informants possess about those suffering from depression? Results are discussed in light of the theoretical framework for MHL.

Method: Twenty-one individual in-depth interviews of 1st year nursing students studying in Norway were conducted. The interviews had a structured design, where the use of narrative advertising (a case describing a person with symptoms of depression) was of central importance. On the basis of this material, the informants should indicate what problem they thought that person had. In the follow-up interview responses were submitted, as well as the research questions mentioned in the paragraph above. The results were analysed according to a method described by Malterud (2003), which essentially is the method for systematic text condensation data gathered from qualitative interviews.

Interpreted findings: A majority of the informants seem to have recognized that the person described in the narrative text was suffering from depression. It is likely, however, that not all

of the informants understood how serious this condition could be. Most of the informants seem to believe that conversation is the best support to those suffering from depression. The involvement of the person's nearest personal network is cited by many informants to be the most important first responders that can provide such help. Most of the informants provide psychodynamic explanations for the development of depression, while the informants' attitudes to this disease in the community seem to vary with personal experiences and individual knowledge about this subject.

Ending: A dominant fraction of the 21 informants seemed to have relatively high degree of MHL, as reflected by their ability to: (a) read and comprehend a health text, (b) categorize a person's disease as being depression on the basis of its typical symptoms, and (c) suggest that depressed people need to seek professional help. These informants are thus probably on the *interactive MHL-level* (on level two of the three hierarchical levels for MHL). However, the findings of this master project provide a basis for suggesting more emphasis be put on teaching that can prove helpful in increasing nursing students' level of MHL.

Førord

Det er mange som fortjener en takk når oppgaven nå er slutført. Først min hovedveileder førsteamanuensis dr. scient. Sverre Pettersen ved Høgskolen i Akershus for din utrolige tilgjengelighet og faglige støtte. Jeg vil også takke min biveileder førstelektor Dag Willy Tallaksen ved Høgskolen i Akershus for ro og faglig trygghet når jeg har opplevd at arbeidsprosessen har være på utrygg grunn. Takk også til mine informanter for at dere brukte av deres fritid til å la dere intervju av meg.

En spesiell takk går til Ragnhild og Sjur. Ragnhild for din hjelp med ordstillinger og tilbakemeldinger, samt positive oppmuntringer gjennom prosessen. Sjur for at du har vist meg vei i en ukjent verden, og for at du tålmodig har kommet med tilbakemeldinger på arbeidet mitt. Elin, Hanne og Gunnhild: takk for fine refleksjoner rundt temaer tilknyttet psykisk helsearbeid og psykiske helsevern, - og ikke minst hjelp til god avkobling. Takk også til Hege og Silje for hjelp med datatekniske finesser. Til slutt, takk til den nærmeste familien for tiltroen dere har vist meg gjennom hele arbeidet med oppgaven.

Oslo, september 2009

Henriette Riley

Innhold

Sammendrag	iii
Summary	v
Forord	vii
1 INNLEDNING	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Masteroppgavens struktur	2
1.3 Mental helse	3
1.4 Psykiske lidelser	3
1.4.1 Depresjon	4
1.4.2 Forståelse av depresjon – et psykodynamisk perspektiv	6
1.4.3 Depresjonens utredning og behandling	7
1.5 Vektlegging av psykisk helsearbeid i sykepleieutdanningen	9
1.6 Mental Health Literacy	10
1.7 Begrunnelse for mitt valg av problemstilling	18
1.8 Problemstilling for oppgaven	19
1.8.1 Avgrensning av studien	20
2 METODE	21
2.1 Hermeneutikk	21
2.1.1 Forskerens forforståelse og bakgrunnskunnskap	22
2.2 Forskningsdesignet - stimulusmaterialet	23
2.3 Studiens utvalg	26
2.3.1 Valget av 1. års sykepleierstudenter som informanter	26
2.3.2 Rekruttering av informanter	27
2.4 Pilottest	28
2.5 Gjennomføring av intervjuene	29
2.6 Transkripsjon av intervjuene	30
2.7 Organisering og analyse av transkripsjonene	31
2.7.1 Fase 1: Lesing for helhetsinntrykk	32
2.7.2 Fase 2: Fra helhetsinntrykk til meningsbærende enheter	32
2.7.3 Fase 3: Fra kode til mening	33
2.7.4 Fase 4: Fra mening til vurdering innenfor rammen for MHL	34
2.8 Ethiske betraktninger	35

3	PRESENTASJON AV FUNN OG TOLKNINGER	37
3.1	Gjenkjenner informantene den psykiske lidelsen depresjon på bakgrunn av beskrivelsen gitt i stimulusmaterialet?	37
3.1.1	Kategori 1: Identifiserer depresjon	37
3.1.2	Kategori 2: Forutgående hendelse	39
3.2	Hva mener informantene kan være god hjelp til Marit som lider av depresjon?	40
3.2.1	Kategori 1: Samtale som god hjelp	40
3.2.2	Kategori 2: Det nære nettverket	41
3.2.3	Kategori 3: Profesjonell hjelp	43
3.2.4	Kategori 4: Arbeidsleder	44
3.3	Informantenes kunnskapsbærende og holdningspregede meninger om depresjon	45
3.3.1	Kunnskapsbærende meninger	45
3.3.2	Holdningspregede meninger	48
3.4	Helhetlig oppsummering av mine funn	53
4	DISKUSJON	55
4.1	Metodediskusjon	55
4.1.1	Stimulusmaterialet	55
4.1.2	Intervjuspørsmålene	56
4.1.3	Intervjukonteksten	58
4.1.4	Bruken av 1. års sykepleiestudenter som informanter	59
4.1.5	Intervjuanalysen	59
4.2	Funndiskusjon	61
4.2.1	Informantenes evne til å identifisere den psykiske lidelsen depresjon	61
4.2.2	Informantenes meninger om hva som kan være god hjelp til vedkommende som beskrives i stimulusmaterialet	63
4.2.3	Informantenes kunnskapsbærende og holdningspregede meninger om temaet depresjon	65
4.3	Funn vurdert i lys av teorirammen for MHL	67
4.3.1	Informantenes evne til å gjenkjenne spesifikke kjennetegn ved den psykisk lidelsen depresjon	68
4.3.2	Informantenes meninger om hvor - og hos hvem - man kan søke adekvat helsehjelp for depresjon	68

4.3.3	Informantenes meninger om utløsende risikofaktorer og årsaker til utvikling av depresjon.....	69
4.3.4	Informantenes meninger om personer i samfunnets ulike holdninger til depresjon som en psykisk lidelse.....	70
4.3.5	Befinner informantene seg på functional MHL-, interactive MHL- eller critical MHL-nivå?.....	71
4.4	Min studies validitet.....	73
5	OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER.....	75
5.1	Mine funns mulige implikasjoner for sykepleierutdanning.....	75
5.2	Mine funns implikasjoner for samfunnet.....	76
5.3	Forslag til videre forskning.....	77
5.4	Avsluttende kommentar.....	77
	LITTERATURLISTE.....	81
	Vedlegg 1. Søknad til dekanus.....	87
	Vedlegg 2. Informasjon om intervju for masterprosjekt.....	91
	Vedlegg 3. Intervjuguide.....	93
	Vedlegg 4. Intervjuguide for forsker.....	95
	Vedlegg 5. Eksempel på transkripsjon.....	97
	Vedlegg 6. Analyse fase 2, del 1.....	101
	Vedlegg 7. Eksempel på analyse fase 2, del 2.....	103
	Vedlegg 8. NSD godkjenning.....	105

Figurliste

Figur 1. Stimulusmaterialet. Et fiktivt case som beskriver en person som lider av en alvorlig depresjon – både i norsk oversettelse og i original engelsk utgave av Jorn et al. (1997).....	25
Figur 2. Intervjuguidens hovedspørsmål.	26
Figur 3. Abstraksjon fra meningsbærende enheter til kategorier gjennomført i fase 3 av analysen.....	34
Figur 4. Svarkategorier i henhold til forskningsspørsmålene.....	54
Figur 5. Modell over trinnene i min analytiske prosess for påstanden om at informantene innehar interactive HML.....	72

Tabelliste

Tabell 1. Kjønn- og aldersfordelingen hos informantene (N=21).....	30
--	----

1 INNLEDNING

Studien er en kvalitativ undersøkelse av 1. års sykepleiestudenter sine kunnskaper om fenomenet depresjon diskutert i lyset av teorirammene for begrepet *mental health literacy*. Intervjuene i studien er gjennomført mellom to og tre måneder etter høstsemesterstart (H2008) for informantene.

1.1 Introduksjon

Psykiske lidelser er en av de store folkehelse sykdommene i de vestlige land, og verdens helseorganisasjon (WHO) fastslår at også den globale *mentale* helsen bør fremmes (WHO, 2005). Det påpekes at forebygging av psykiske lidelser er praktisk mulig, og rangeres av WHO med høy prioritet for å styrke den globale helsen totalt (ibid). WHO understreker at det å fremme den mentale helsen er et samfunnsansvar, og de oppfordrer derfor til at slik forebyggende arbeid skal prioriteres innenfor en rekke sektorer som utdanning, arbeid, urban planlegging og samfunnsutvikling. Fokuset i dette arbeidet skal være resursorientert for å øke bevisstheten og det aktive engasjement omkring temaet hos den enkelte samfunnsborger (ibid).

Globalt anslår WHO at omlag 121 millioner mennesker kan ha symptomer på en depressiv lidelse, og at denne lidelsen er en av de vanligste årsakene til arbeidsuførhet (WHO, 2008b). Den spesifikke diagnosen; *alvorlig depressiv episode* antas å være den psykiske lidelsen som forårsaker flest sykdomsbelastede leveår (ibid). Hyppigheten av ulike depressive diagnoser varierer mellom ulike land og kulturer, og det er derfor vanskelig å eksakt tallfeste forekomsten av lidelsen. Dette kan hovedsaklig skyldes ulik diagnostisk praksis og kriterier (Børve & Dalgard, 2003). I Norge kalkulerer Nasjonalt Folkehelseinstitutt at mellom seks og 12 prosent av befolkningen til en hver tid er rammet av en depressiv lidelse (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2008b).

Mental health literacy (MHL) omhandler i korte trekk menneskers kunnskap, oppfatning og holdninger til mental helse, psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom (Jorm, et al., 1997). Begrepet og dets innhold er en del av den offisielle strategiske folkehelsepolitikken i flere land, blant annet i Australia og Canada (Bourget & Chenier, 2007). Etter at MHL ble en del av folkehelsepolitikken i Australia er det dokumentert økt kunnskap fra landets

befolkning om temaet (Jorm, et al., 2006). Min masterstudie vil benytte MHL som teoretisk ramme, noe som trolig ikke er brukt tidligere i norske studier om folks kunnskap om mental helse.

I oppgaven vil mental helse og psykiske lidelser ofte bli brukt som begreper. Mental helse blir benyttet når det ”friske” mennesket omtales og beskriver *velvære* hos den enkelte. Psykisk lidelse blir benyttet som en samlebetegnelse for det som kan kalles de *lettere psykiske lidelsene* (depresjon, angst, fobi og somatoforme lidelser). Dette er psykiske plager av en slik art og karakter, at de kvalifiserer til en diagnose. Depresjon kan sies å være en samlebetegnelse for ulike depressive episoder som er innenfor gruppen av lettere psykiske lidelser. En *alvorlig depressiv episode* er en spesifikk diagnose (Shdir, 2005; WHO, 2007). Når begrepet depresjon omtales i oppgaven, menes uavhengig depresjonstilstander *uten* psykotiske symptomer. Psykiatrisk sykdom er mer *alvorlige psykiske lidelser* og innebefatter tilstander med psykotiske symptomer. Jeg ber likevel leseren være oppmerksom på at når informantene i masteroppgaven taler om sykdom, så må sykdomsbegrepet forstås innenfor rammene av lidelse. Ved diagnostiske beskrivelser i masterstudien er disse utelukkende bygget på diagnosesystemet til *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) (Shdir, 2005; WHO, 2007).

1.2 Masteroppgavens struktur

I kapittel 1 vil det foreligge en beskrivelse av temaets aktualitet, samt det teoretiske rammeverket for oppgaven (MHL). Kapittelet avsluttes med en presentasjon av prosjektets problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål. I kapittel 2 beskrives studiens undersøkelsesmetode, utvalg og analyseform, mens det påfølgende kapittel 3 presenterer studiens funn. Kapittel 4 vil inneholde en diskusjon både av forskingsmetoden og studiens hovedfunn i henhold til forskningsspørsmålene. Til slutt i dette kapittelet diskuteres studienes mest sentrale funn sett i lys av den teoretiske rammen for begrepet MHL, slik indikert i problemstillingen. Avslutningsvis følger en oppsummering av masterstudien (kapittel 5).

1.3 Mental helse

Mental helse omhandler i grove trekk det enkelte menneskets grad av *velvære*. Mental helse blir av WHO definert slik:

Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community (WHO, 2008a).

Definisjonen viser at det ikke utelukkende er fokus på sykdom og behandling. Den kan forstås som om det også bør jobbes mot stigmatisering og diskriminering av de som har en psykisk lidelse eller psykiatrisk sykdom, at man videre bør forsøke å forebygge slike lidelser, og at man utvikler helsetjenester hvor brukermedvirkning er i fokus (ibid).

Den mentale helsen blir påvirket av stressfaktorer som de fleste mennesker, på en eller annen måte og i varierende grad, blir utsatt for gjennom hele livet (WHO, 2008a). Stressfaktorenes påvirkning handler om hvordan man mestrer tanker, følelser, adferd og hverdagens krav tilknyttet ulike livsaspekter (Lien, 2007). Når et menneske har psykiske vanskeligheter, er dette ofte mentale belastninger som ikke kvalifiserer til en diagnose, men som er *normale* reaksjoner tilknyttet ulike livssituasjoner. Når psykiske vansker blir så fremtredende at dagliglivets aktiviteter blir hemmet hos den berørte, kan dette imidlertid kvalifisere til en diagnose, og dermed kalles en *psykisk lidelse* (ibid). Omtrent halvparten av befolkningen vil i løpet av livet utvikle en eller annen form for psykisk lidelse (Elvsaas, Wæhrens & Norderhaug, 2007).

1.4 Psykiske lidelser

På verdensbasis er det høy forekomst av psykiske lidelser. Internasjonale studier viser at så mange som 30-50 prosent av befolkningen globalt vil i løpet av livet utvikle en psykisk tilstand som krever behandling (Dahlberg, Waern & Runeson, 2008; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). En norsk undersøkelse utført av Kringlen et al. (2001) med et utvalg bosatt i Oslo, viste at utbredelsen av psykiske lidelser blant informantene i studien sannsynligvis forekom i omtrent tilsvarende skala. Samlet sett er de lettere psykiske lidelser (depresjon, angst, fobi og somatoforme lidelser) utbredt i så stor grad her i landet, at de kan regnes for å være en av de store folkesykdommene (Lunde, 2001).

En psykisk lidelse er egentlig en samlebetegnelse for en rekke tilstander som oftest gir seg til kjenne ved avvikende atferd og tankegang hos en person, samt følelsesuttrykk eller måter å snakke på som kan være vanskelig for omgivelsene å forstå. Ofte vil den som er rammet havne utenfor det man gjerne betrakter som "samfunnsfellesskapet" (Haugsgjerd, Karlsson, Løkke & Jensen, 2004). Psykiske lidelser opptrer gjerne som en kombinasjon av påvirkning fra biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Hvilke av faktorene som trolig veier tyngst, debatteres hyppig i de ulike fagmiljøene (Bourget & Chenier, 2007). Psykiske lidelser er sykdommer som er kategorisert i det internasjonale diagnosesystemet *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* (Shdir, 2005, WHO, 2007). Siden en psykisk lidelse først og fremst kjennetegnes ved avvikende atferd og ikke på et organisk grunnlag, blir betegnelsen lidelse gjerne benyttet fremfor sykdom (Sosial- og helsedepartementet, 1996). De mest alvorlige psykiske lidelsene kalles imidlertid *psykiatriske sykdommer*. Dette er tilstander med psykotiske symptomer som realitetsbrist, vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Slike tilstander rammer en langt mindre del av befolkningen enn hva som er tilfelle med de lettere psykiske lidelsene (Lunde, 2001).

1.4.1 Depresjon

Depresjon er den mest vanlige psykiske lidelsen på verdensbasis (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008a). Per i dag er den på fjerde plass i WHO's liste over de mest utbredte sykdommene (Elvsaa et al., 2007). WHO anslår at omlag 121 millioner mennesker globalt er rammet av en depressiv lidelse, og dessuten at 25 prosent av disse ikke har tilgang til effektiv behandling for denne (WHO, 2008b). I år 2020 er depresjon estimert til å nå andreplass på WHO sin liste over de mest utbredte sykdommer i verden, uavhengig av kjønn. I tillegg kan depresjon bli den menneskelige lidelsen som reduserer flest antall friske leveår og stå for de største samfunnsmessige sykdomskostnadene (Elvaas et al., 2007; WHO, 2008b). ODIN-studien, som ble publisert i 2001 (Ayoso-Mateos, et al. 2001), bekrefter at depresjon er en svært vanlig tilstand hos mange mennesker i Europa. Særlig gjelder dette for folk bosatt i byene. I 2001 ble det publisert en studie som viste at Norge ikke skiller seg fra andre land når det gjelder depresjonshyppigheten (Kringlen et al., 2001). Dessuten viste studien at en større andel av etterkrigs- enn førkrigsgenerasjonen har hatt depresjon. Det kan også se ut som om depresjon oppstår tidligere i livet hos enkelte mennesker i nåtid enn hva den gjorde før (ibid). Omlag hver femte kvinne og hver syvende mann i Norge vil i løpet av livet kunne bli rammet av en depresjon som krever behandling (NOU 2000: 3, 2000). Dette kan få store

konsekvenser. For de berørte kan det gi større nedsettelse av livskvaliteten enn hva kroniske somatiske lidelser som diabetes, astma, angina pectoris og leddgikt kan bidra til (Moussavi et al., 2007). Beregninger utført av Nasjonalt folkehelseinstituttet viser at depresjon koster Norge omlag 44 milliarder kroner årlig i form av tapt arbeidsinntekt og økt sykefravær (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008b). Dette viser at det er et behov i samtiden for både å kunne iverksette forebyggende tiltak mot, samt tilby behandling for depresjonen.

Depresjon kan forekomme som en enkel episode eller følge et mønster med tilbakevendende episoder. Det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 har ulike graderinger av depresjon, avhengig av alvorlighetsgrad og tilleggssymptomer (Shdir, 2005; WHO, 2007). Gruppen innenfor ICD-10, F32.0, F32.1 og F32.2 omhandler depresjon uten psykotiske symptomer. Innenfor disse tre F32-gruppene skilles det mellom: *mild depressiv episode*, *moderat depressiv episode* og *alvorlig depressiv episode*. Den diagnostiske inndelingen gjøres etter hvor alvorlig tilstanden til pasienten er. Det er tre hovedkriterier som er felles for alle gruppene: (1) vedvarende senket stemningsleie, (2) tap av evnen til å føle glede og interesse, og (3) tretthet og redusert energi (Helsedirektoratet, 2009; Shdir, 2005; WHO, 2007). Disse hovedsymptomene må være fremtredende de fleste av dagene og ikke forandre seg med konteksten. Ved alle de tre diagnostiske inndelingene må episoden vare i minst to uker (Cullberg, 2003; Helsedirektoratet, 2009; Shdir, 2005; WHO, 2007). I tillegg til hovedkriteriene er det syv relaterte symptomer som kan variere i antall og alvorlighetsgrad: forstyrret søvnmønster, manglende konsentrasjonsevner, initiativløshet og ubeslutsomhet, redusert selvtillit og selvfølelse, dårlig appetitt, selvmordstanker eller selvmordshandlinger og uro eller psykomotorisk retardasjon. Omfanget og antallet av symptomene er avgjørende for om det er en mild, moderat eller alvorlig depresjon (ibid).

Ved en *mild depressiv episode* er, i tillegg til hovedkriteriene, minimum to av de relaterte symptomene vanligvis til stede. Den berørte vil sannsynligvis være i stand til å fortsette med de fleste aktiviteter, men vil vanligvis være bekymret for symptomene. Ved *moderat depressiv episode* er minimum tre, helst fire, av symptomene til stede og mer fremtredende enn ved mild depressiv episode. Symptomene fører til at vedkommende sannsynligvis får problemer med å opprettholde sitt normale aktivitetsnivå. Ved *alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer* må minst fire av de overnevnte symptomene være svært fremtredende og plagsomme for den berørte. De vanligste symptomene er tap av selvaktelse og en forestilling om egen verdiløshet eller skyld. Ved denne tilstanden kan selvmordstanker og selvmordshandlinger forekomme, samt somatiske symptomer

(Helsedirektoratet, 2009; Shdir, 2005; WHO, 2007). Disse overnevnte tilstandene reflekterer forhold rundt det som tidligere er omtalt som *lettere* psykiske lidelser, og som utgjør en av de største folkehelseutfordringene i samfunnet (Lunde, 2001). Masterstudien dreier seg tematisk om F32.2, som er kategorisert som *alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer*.

Som nevnt, øker faren for suicid ved depressive lidelser (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008d). Suicid, eller selvmord, er en bevisst handling som et depressivt menneske kan foreta seg for å skade seg til døde (Cullberg, 2003). Symptomer som kan indikere selvmordsfare er endringer i stemningsleiet, følelse av håpløshet og mye angst (Helsedirektoratet, 2009). Studier har vist at omlag 60 prosent av de som tar sitt eget liv har hatt eller har en depresjon (Lonnqvist, 2000 i Goldney, Fisher, Wilson & Cheok, 2002). På verdensbasis er det gjennomsnittlig 800 000 mennesker som årlig tar sitt eget liv (WHO, 2008c). Grunnlaget for den norske selvmordsstatistikken er medisinsk dødsattest eller dødsmelding fra lensmann til offentlig lege (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, (SSFF) 2008). Fra 1970-tallet var det i Norge en klar økning i forekomsten av selvmord, mens det fra begynnelsen av 1990- årene har det vært en betydelig reduksjon i dette antallet (Mehlum et al., 2006). Dødsårsaksstatistikken for 2007 viste at det i Norge var registrert 485 personer som utførte skadelige handlinger på seg selv, hvor årsak og utfall kunne karakteriseres som suicidalt (Statistisk sentralbyrå, 2009). Fra 2006 til 2007 var det imidlertid en nedgang på ca ni prosent i antall registrerte dødsfall som følge av selvmord. Denne reduksjonen innebærer i stor grad menn som tar selvmord ved bruk av skytevåpen (ibid). Selv om det har vært en statistisk nedgang, kan selvmord sies å være et alvorlig folkehelseproblem (Mehlum et al., 2006). Dette viser at det fortsatt kan være rom for flere forebyggende tiltak vedrørende psykisk helse i befolkningen.

1.4.2 Forståelse av depresjon – et psykodynamisk perspektiv

Innenfor nåtidens behandling av psykiske lidelser eksisterer det et mangfold av teoretiske rammeverk, både for forståelsen av lidelsene og tilhørende behandling. Den *psykodynamiske* forståelsen av depresjon har sin forankring i den vitenskapsteoretiske tradisjonen *hermeneutikk* (Cullberg, 2003). Hermeneutikken beskriver virkeligheten som fortolket og kontekstuel avhengig. Dette gjør at kunnskapsforståelsen også er relasjonelt betinget, og hvert enkelt menneske bør forstås på egne premisser (ibid).

Sigmund Freud sin framstilling av psykoanalysen kan sies å være ”stamfar” til grunnlaget for det dynamiske perspektivet på psykisk helsearbeid (kommunalt arbeid rettet

mot psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom, herunder også helsefremmende og forebyggende tiltak og psykisk helsevern (psykisk helsetjeneste på spesialistnivå) (Cullberg, 2003; Lien, 2007). Depresjon ble av Freud beskrevet som fordreide eller fornektede sorgprosesser. For eksempel kan reaksjonene på å miste et kjærlighetsobjekt eller en kjærlighetsforbindelse bli rettet innover den det gjelder for (Cullberg, 2003).

Den psykodynamiske tenkningen søker etter det fellesmenneskelige i det enkelte individet. Det er interessen for det enkelte mennesket og hva som rører seg i det indre hos nettopp *denne* personen som er betydningsfylt. En psykisk lidelse blir sett i sammenheng med det enkelte mennesket sitt liv og erfaringer. Når en psykisk lidelse opptrer, blir den forstått som en overlevelsestrategi (Haugsgjerd et al., 2004). Dette innebærer en forståelse av at fenomener er i stadig bevegelse og blir påvirket av utenforstående faktorer som ikke alltid er synlige. Forståelsen av virkeligheten utfordrer oss til å forsøke å forstå hva som virker inn på den aktuelle situasjonen. Ved en psykodynamisk forståelse av depresjon, vil den første tilnærmingen være å stille spørsmål ved hvilke situasjoner som kan ha utløst depresjonen (ibid). En psykodynamisk forståelse kan også være en del av flere elementer i en faglighet. I de senere årene har det utviklet seg en rekke metoder, retninger og teorier innenfor denne tradisjonen, deriblant *kognitiv terapi* (ibid). Ved kognitiv terapi retter behandlingen seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handling og følelser (Helsedirektoratet, 2009). Statens helsetilsyn utgav i 2000 kliniske retningslinjer for utredning og behandling av depressive lidelser (NOU 2000: 3, 2000). I disse anbefalingene ble bruk av antidepressiv medikasjon anbefalt som første intervensjon ved milde til moderate depresjoner (ibid). I 2005 ble det vurdert at disse retningslinjene var moden for revisjon, og den nye utgaven ble presentert i begynnelsen av 2009. Det største skillet fra de gamle retningslinjene er at flere psykososiale perspektiver og behandlingsmetoder er tatt med (Helsedirektoratet, 2009). Muligens indikerer dette en form for paradigmeskifte vedrørende behandling av depresjoner, siden psykologisk behandling i større grad blir vektlagt.

1.4.3 Depresjonens utredning og behandling

Omtrent halvparten av alle mennesker som er deprimerte går ikke primært til legen for å formidle dette problemet, mens de som gjør det fremhever ofte først og fremst somatiske plager (NICE, 2004). Dette gjør at depresjon ofte er vanskelig å fange opp og diagnostisere. Samtidig er årsaken til tilstanden gjerne sammensatt av psykologiske, sosiale og biologiske faktorer (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008b), noe som heller ikke letter utredningen. Dersom

det i primærhelsetjenesten er mistanke om depresjon, skal omfattende områder ved den berørte og dens livssituasjon kartlegges, som fysiske, psykiske og materielle vansker og behov, anamnese (somatiske, psykisk og familiært), selvmordsfaren, bruk av rusmidler, negative livshendelser, relasjonsvansker og om den berørte har barn som får ivaretatt sine behov (Helsedirektoratet, 2009). Informasjonen som fremkommer av denne kartleggingen skal bidra til å identifisere depresjonen og dens alvorlighetsgrad. Et viktig aspekt ved utredningen er å se på den enkeltes grad av funksjonstap eller ”hverdagsmestring” (ibid). For å gjennomføre denne type kartlegging, anbefaler Helsetilsynet å benytte standardiserte hjelpemidler som *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) (Montgomery & Åsberg, 1979) og *Becks depresjonsinventorium-II* (BDI-II) (Beck & Steer, 1993).

Behovet til den enkelte berørte skal legges til grunn for hvilke tjenester som skal gis, og hvordan disse skal utformes, noe som indikerer medvirkning i valg av behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2009). Deres retningslinjer tilsier at god behandling av depresjon skal være preget av samhandling og samordning med en kontinuitet i behandlingsrelasjonen. Behandlingen ved alvorlig depressiv episode skal i de fleste tilfeller foregå i primærhelsetjenesten (ibid). Likevel kan det bli aktuelt med henvisning til spesialisthelsetjenesten dersom tilstanden vedvarer, den berørte eller pårørende ber om henvisning, eller om behandlingen foretatt i primærhelsetjenesten viser seg å ikke ha den ønskete effekten. I de mest alvorlige tilfeller kan henvisning til akutt psykisk helsevern (akuttpsykiatrisk avdeling på spesialisthelsetjeneste nivå) være nødvendig. Innleggelse i psykisk helsevern er aktuelt dersom den berørte tilkjenner selvmordstanker eller planer, har psykotiske symptomer eller viser alvorlig tegn til selvforsømmelse (Helsedirektoratet, 2009).

Målet med behandling av depresjon skal være frihet fra depressive symptomer, slik at den berørte skal fungere fullt ut sosialt. Et grunnprinsipp i behandlingen er at tiltakene skal bygge opp under og utvikle den enkeltes opplevelse av mestring. Det finnes flere behandlingsmetoder som kan være like effektive for behandling av depresjon, og ved valg av metode skal den berørte tas med i vurderingen. Det finnes ulike former for strukturerte psykologiske behandlingsmetoder, blant annet kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi, opplevelsesorientert psykoterapi og psykodynamisk psykoterapi (Helsedirektoratet, 2009). Disse psykologiske terapiformene har alle følgende fellesnevner; behandlingen skal være preget av et gjensidig samarbeid mellom pasient og terapeut; terapeuten må være aktiv og støttende; informasjon om depresjon og hvordan den kan forstås

og mestres, være strukturert og rettet mot pasientens behov, og til slutt at pasienten må lære spesifikke metoder for å mestre sitt problem (Castonguay & Beutler, 2006).

Depresjonslidelser kan også behandles farmakologisk med antidepressiva. Når denne type behandlingen begynner, skal det fremlegges god informasjon om når den kan ventes å ha effekt, behandlingens tidsplan, betydningen av å ta medikamenter som er forskrevet, samt mulige bivirkninger og seponeringssymptomer (Helsedirektoratet, 2009). Den vanligste gruppen av antidepressiva som benyttes i dag er serotonin-reopptakshemmere (SSRI) medikamenter (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007). En kombinasjon av behandling med antidepressiva og strukturert psykologisk behandling har vist seg å være nyttig ved alvorlig depressiv episode, siden kombinasjonen ofte fungerer bedre enn behandlingsformene enkeltvis (NICE, 2004; Simon, Pilling, Burbeck, & Goldberg, 2006). Det er også dokumentert bedre effekt av bruken av antidepressiva ved alvorlig depressiv episode enn ved lettere depresjoner (NICE, 2004). Under behandling av en depresjon er det viktig å avgjøre hvor sterke pasientens selvmordstanker eventuelt er og la disse komme til uttrykk med ord fra vedkommende (Cullberg, 2003). For å forebygge selvmord bør den berørte og de pårørende rådes til å være oppmerksomme på symptomer som kan øke faren for selvmord (Helsedirektoratet, 2009). Den behandlingsansvarlige bør også jevnlig sjekke om pasienten opplever en bedring. Dette kan gjøres ved å gjenta bruken av spørreskjemaene MADRAS og BDI (Helsedirektoratet, 2009). Behandling ved bruk av strukturerte psykologiske metoder som kognitiv terapi, atferdsterapi med målrettet aktivisering eller inter-personlig terapi, har vanligvis et tidsperspektiv på mellom 16 til 20 behandlinger, over en periode på seks til ni måneder. Denne behandlingen bør tilbys alle deprimerte som ikke ønsker behandling med antidepressiva (ibid).

1.5 Vektlegging av psykisk helsearbeid i sykepleieutdanningen

Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er et stort fagfelt innenfor både internasjonalt og nasjonalt helsevesen. Den mest tallrike gruppen ansatte innenfor denne sektoren i Norge er offentlig godkjente sykepleiere. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at psykisk helsevern for voksne i Norge hadde i 2007 engasjert 1,57 offentlig godkjente sykepleiere per 1000 innbyggere i alderen 18 år og eldre (Statistisk sentralbyrå, 2007). Statistikken viser at det har vært en jevn økning i antall ansatte offentlig godkjente sykepleiere i denne sektoren de senere årene. Rammeplan for sykepleierutdanning i Norge har som overordnet målsetning: ”å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum” (Utdannings- og

forskningsdepartementet, 2003, s. 3). Videre skal sykepleiere utdannes til: ”å stille spørsmål som utvikler kunnskaper, ferdigheter og holdninger” (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003, s. 3). Det helsefremmende og forebyggende arbeidet, både med friske og utsatte mennesker, er vektlagt i denne rammeplanen (Ibid).

For å beskrive arbeidsgivers forventninger til funksjonsdyktighet overfor nyutdannede offentlig godkjente sykepleiere, benytter rammeplanen betegnelsene *handlingskompetanse* og *handlingsberedskap* (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003). Handlingskompetanse beskriver områder der det forventes at yrkesutøver skal fungere selvstendig etter endt utdanning. I hovedsak er handlingskompetanse rettet mot pasienten, pårørende og dreier seg om de grunnleggende sykepleiefaglige funksjoner. Handlingsberedskap beskriver områder der den nyutdannede offentlig godkjente sykepleieren skal ha kunnskaper, men mangler kompetanse til å handle selvstendig. Etter at arbeidsgiver har tilrettelagt for opplæring, samt etter- og videreutdanning, kan det imidlertid forventes handlingskompetanse innenfor disse områdene (ibid).

Sykepleiestudenten skal i løpet av grunnutdanningen ha mottatt 15 studiepoeng innenfor psykisk helsearbeid, hvor også en praksisperiode av åtte ukers varighet innenfor fagfeltet er innebefattet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003). Rammeplanen for utdanningen har derimot ikke spesifisert innholdet i temaene som omfatter mental helse, psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom. Dette gjør at de enkelte høyskolene og universitet står relativt fritt i sin utforming av fagplanen (for eksempel hva som skal undervises i, hvordan og hvor mye). Som felles målsetning skal imidlertid studentene ha kjennskap til: ulike diagnoser; hvordan en psykisk lidelse påvirker et menneske; hvilke tjenestetilbud og behandlinger som finnes, samt lovverket for psykisk helsevern. Disse målsetninger reflekterer i stor grad teorirammene for begrepet *mental health literacy* (Bourget & Chenier, 2007).

1.6 Mental Health Literacy

Mental health literacy (MHL) kan betraktes som en utvidelse av basisbegrepet *health literacy* (HL). Begrepet HL har blitt benyttet i helselitteratur de siste 30 årene (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999; Nutbeam, 2000), og kan ifølge American Medical Association defineres som:

...a constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health care environment (i Safeer & Keenan, 2005, s. 462).

Helsefremmende allmenndannelse er den norske oversettelsen som trolig best dekker begrepet health literacy (Pettersen, 2003, 2009). Begrepet innbefatter menneskers evner til å kunne lese, forstå og fortolke alle typer helserelatert informasjon (ibid). Nutbeam (2000) kategoriserer HL i 3 hierarkiske nivåer:

- Første nivå: *Functional health literacy*

Å ha lese- og skriveferdigheter gode nok til å kunne erverve seg kroppslig kunnskap, og til å kunne handle adekvat når enkle helseråd blir gitt

- Andre nivå: *Interactive/communicative health literacy*

Å ha kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter til å kunne ta grep for å forbedre sin egen helse. Dette inkluderer også at man kjenner til hvordan man kan anvende ulike instanser i helsevesenet

- Tredje nivå: *Critical health literacy*

Å kunne kritisk evaluere den helseinformasjon man mottar. Videre dreier det seg om å engasjere seg i helsefremmende virksomheter både på familiært, lokalt, nasjonalt og internasjonalt plan

(Pettersen, 2003, 2009)

For å oppnå HL er man i utgangspunktet avhengig av å kunne lese og skrive og å ha ervervet seg basal vitenskapelig kunnskap om kropp og helse. På neste nivå står interaktiviteten i sentrum, det vil si evnen til å kunne oppsøke rett behandlingssted når et helseproblem oppstår; at man selv er i stand til å skaffe seg informasjon om hva som gir god helse, og å kunne føre en hensiktsmessig helsedialog med helsepersonell som man gjerne møter under slik informasjonssøkende virksomhet. Det høyeste nivå av HL er i følge Nutbeam (2000) å kunne være kritisk sorterende overfor alle typer helsepåstander, både medisinske og ikke fullt så medisinske.

Pasienter med lav HL har også vist seg å få dårligere behandling i helsevesenet, trolig på grunn av deres mangelfulle evne til å uttrykke seg faglig presist om sitt helseproblem (ibid). I tillegg til dette, viser også forskning at personer med lav HL gjerne blir hjelpetrengende gjengangere i landets helsevesen (American Medical Association, 1999; Finsbråten & Pettersen, 2009; Nutbeam, 2000; Pettersen, 2009; Williams, Davis, Parker, & Weiss 2002).

MHL ble trolig i følge Bourget & Chenier (2007) første gang introdusert som begrep i forskningslitteraturen i 1997 av den australske forskeren Anthony Jorm og hans kollegaer. De definerte MHL slik:

...knowledge and believes about mental disorders which aid their recognition, management or prevention. Mental health literacy includes the ability to recognise specific disorders; knowing how to seek mental health information; knowledge of risk factors and causes, of self-treatment, and of professional help available; and attitudes that promote recognition and appropriate help-seeking (Jorm et al., 1997, s. 182).

Begrepet viser til en rekke faktorer innenfor feltet psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, både for befolkningen generelt og den enkelte spesielt. Det presiseres hvordan kunnskap og oppfatninger av psykisk helse kan bidra til å oppdage, mestre og/eller hindre en psykisk lidelse. Begrepet refererer også til hvordan den enkelte og nettverket (de nærmeste menneskene i livet, som familie og venner) rundt kan oppdage spesifikke lidelser, samt vite hvordan og hvor en kan søke tilhørende adekvat helsehjelp. MHL inkluderer kunnskaper om risikofaktorer og årsakssammenhenger og hva som for den enkelte kan være god egenbehandling. Begrepet refererer også til holdninger som befolkningen bør ha for å være i stand til å tidlig oppdage psykiske lidelser. Dessuten innebærer MHL en bevisst vilje hos den lidende og nettverket rundt til å ville benytte seg av profesjonell helsehjelp (Lauber, Nordt, Falcato & Rossler, 2003). Mitt forslag til oversettelse av MHL til norsk er i masteroppgaven er *allmenndannende kunnskap om mental helse, psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom*.

På samme måte som for begrepet HL, kan i følge Bourget & Chenier (2007) menneskers MHL også kategoriseres i tre hierarkiske nivåer. Nivå tre er det øverste, og forutsetter maksimum kompetanse i de to foregående. *Functional MHL* omhandler de mest grunnleggende ferdighetene, som det å kunne lese og skrive, ha basal fysiologiske og anatomisk kunnskap, og å kunne fortolke enkle råd gitt om mental helse, psykiske lidelser og

psykiatrisk sykdom. *Interactive MHL* dreier seg om evnen til å kunne oppsøke kilder til adekvat hjelp, motta og handle i tråd med råd gitt om mental helse, psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom. Dette inkluderer også hvordan man forebygger psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom, foretar tidlig intervensjon, og hvordan man mestrer å ha en psykisk lidelse eller psykiatrisk sykdom – både hos den det gjelder og hos pårørende. *Critical MHL* er evnen til kunne kritisk vurdere all oppsøkt og mottatt informasjon om mental helse, psykiske lidelser og psykiatrisk sykdommer, samt å kunne handle fornuftig i forhold til denne i hverdagen (Bourget & Chenier, 2007).

MHL dreier seg altså om hva som burde være allmenndannende kunnskap og ferdigheter vedrørende menneskers mentale helse. Mange mente, da rammeverket for MHL først ble presentert, at samfunnets strategier for å oppnå denne kompetansen, i stor grad var blitt neglisjert (Jorm, 2000). En så derfor nødvendigheten av å operasjonalisere begrepet slik at rammeverket kunne anvendes i opplæringsmessige kontekster, og at innholdet hadde relevans til hverdagen for personer med psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom (ibid).

Før selve begrepet MHL ble introdusert som begrep, var det nok sannsynlig gjort en rekke forskningsstudier med tangens til det teoretiske rammeverket for MHL-begrepet, uten at selve ordet MHL ble brukt (Jorm et al., 1997). Da begrepet for første gang ble introdusert i 1997, omhandlet imidlertid definisjonen av MHL kun basiskunnskapene skrive- og leseferdigheter, samt tilgang på og bruk av helseinformasjon vedrørende mental helse, psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom. I de senere årene har innholdet i MHL blitt utvidet, slik vist innledningsvis i dette underkapittelet. I flere land i dag, for eksempel Australia og Canada, er MHL blitt en strategisk del av den offisielle folkehelsepolitikken (Bourget & Chenier, 2007).

I år 2000 ble det publisert en studie som hadde til hensikt å introdusere MHL-begrepet overfor et bredere publikum (Jorm, 2000). I denne publikasjonen argumenteres det for at menneskers evner til å gjenkjenne symptomer på psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom, enten hos seg selv eller andre, vil være påvirket av hvilket MHL-nivå den enkelte tilskuer befinner seg på. Den høye forekomsten av psykiske lidelser i mange samfunn gjør at de fleste i befolkningen vil komme i nær kontakt med noen som er rammet, eller at de selv kan bli rammet av en psykisk lidelse (ibid). Depresjon er, som tidligere nevnt, den mest utbredte psykiske lidelsen på verdensbasis. Litteraturen henviser til viktigheten av at man prøver å forebygge lidelsen, alternativt at man oppdager og behandler den på et så tidlig tidspunkt som mulig. Særlig er dette viktig, som tidligere vist, fordi funksjonsnedsettelsen og faren for

selvmord er stor ved depressive tilstander (Goldney & Fisher, 2008; Helsedirektoratet, 2009; Jorm, 2000). Det viser seg at fastleger har vanskeligheter med å fange opp symptomene på mange psykiske lidelser, noe som antyder at opplæring til kunnskap om hvordan psykiske lidelser oppdages kan være et forsømt område innenfor profesjonelle deler av helsevesenet (Jorm, 2000).

Studien som introduserte MHL-begrepet i 1997 kartla også menneskers evner til å gjenkjenne psykiske lidelser (alvorlig depressiv episode) og psykiatrisk sykdom (schizofreni), samt hvilke behandlingsformer som de mente var til nytte for de som var rammet. Studien var utført i Australia, og benyttet kvantitative telefonintervju gitt til et representativt utvalg av den voksne befolkningen. Det ble brukt en narrativ fortelling som ”verktøy”, hvor symptomer på en alvorlig depresjon og schizofreni var beskrevet. Funnene viste at kun 39 prosent av utvalget gjenkjente symptomene på depresjon (Jorm et al., 1997). De konkluderte derfor med, at dersom tidlig intervensjon ved psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom skal være mulig, må befolkningens nivå av MHL økes betraktelig. Dette innebar også at publikums forståelse for nødvendigheten av å motta profesjonell behandling innenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern måtte forbedres. Senere er varianter av denne metoden blitt anvendt, i en rekke studier, blant annet av Dahlberg et al., (2008); Goldney, Fisher & Wilson (2001); Griffiths, Christensen & Jorm (2009); Lauber et al. (2003); Wang & Lai (2008).

En sveitsisk studie utført av Lauber et al. (2003) kartla menneskers holdninger og evne til gjenkjennelse av en alvorlig depressiv episode. Resultatene viste at tilstanden i liten grad ble gjenkjent som en psykisk lidelse. En alvorlig depressiv episode ble heller ikke vurdert å være en psykisk lidelse, men heller en psykologisk tilstand som opptrer ved livskriser (ibid). En oppfølgingsstudie utført i 2005 hadde til hensikt å se på universitetsstudenters evne til å gjenkjenne symptomer på alvorlig depressiv episode og schizofreni. Resultatene viste at hele 90 prosent gjenkjente symptomer på depresjons- tilstanden, men også i denne studien hevdet flertallet at depresjon ikke er en sykdom (Lauber, Ajdacic-Gross, Fritschi, Stulz, & Rossler, 2005). Til tross for denne høye gjenkjenningsprosenten, var det forskjell mellom respondentenes gjenkjenneevne når man kontrollerte for hvilke fag studentene studerte. Respondenter som tok medisinske og psykologiske fag hadde en høyere gjenkjenningsrate enn studenter innrullert i naturvitenskaplige, økonomiske eller filosofiske studier. Studien konkluderer med at denne observerte forskjellen trolig også kan gjelde for ulike yrkesgrupper i samfunnet, og de foreslo at opplæringsprogram i videregående skole kunne bidra til å øke nivået av MHL (Lauber et al., 2005). Dahlberg et al. (2008) sin svenske studie, som var

inspirert av studien til Jorm et al. 1997, viste at det kun var en tredjedel som gjenkjente og vurderte depresjon som en psykisk lidelse. Denne studien hadde delt respondentene inn i tre grupper; mennesker med symptomer på psykiske lidelser med og uten kontakt med helsevesenet og mennesker som tilsynelatende hadde god mental helse. Litt over 30 prosent av respondentene i alle gruppene foreslo at rådgivning ville være god behandling, mens kun én prosent foreslo bruk av antidepressiva. Mennesker som hadde vært i kontakt med helsevesenet foreslo i større antall enn respondentene i de andre to gruppene at fastlegen kunne være til hjelp. I denne gruppen var også dem som var mest positive til å anvende medisinsk behandling (som antidepressiva og/eller sykehusinnleggelse). Samme gruppe var også minst positiv til full rekonvalesering uten profesjonell behandling. Studien konkluderes med at gjenkjenning av symptomer på depresjon ikke avhenger av ens egen mentale helsehistorie, men at den har betydning for hva en personlig mener er god hjelp til mennesker som lider av depresjon (Dahlberg et al., 2008).

I Pakistan er det også gjort en lignende studie som den svenske. Denne viste at 19 prosent av de spurte gjenkjente en depressiv episode, og at høy utdanning og bostedsstatus var positivt assosiert med denne gjenkjennelsen (Kausar, 2005). En Canadisk undersøkelse har også studert menneskers evner til å kjenne igjen symptomer på en depressiv episode. Resultatene viste at hele 76 prosent av informantene klarte dette (Wang et al., 2007).

Til tross for at depresjon er gjenkjent av mange i flere studier, argumenteres det for at det likevel trengs forbedring av menneskers MHL. Det er fortsatt mange som har misforståelser vedrørende denne lidelsen (Wang, et al., 2007). For eksempel mener flere som har vært informanter i slike kartleggingsstudier, at det er greit å *ikke* søke adekvat profesjonell helsehjelp for sine psykiske problemer (herunder ved alvorlig depressiv episode) (ibid), til tross for at det kan vises til svært gode resultater av slik behandling. Studien viste at hele 43 prosent av utvalget betraktet depresjon som en indikasjon på at man har en *svak* personlighet (ibid). Samme studie viste også at menn hadde lavere MHL enn kvinner, og flere menn foreslo at inntak av alkohol som en mulig god mestringsstrategi (ibid). Missoppfattninger vedrørende behandling og mestring av depresjonstilstander ble også funnet i Griffiths et al., (2009) sin studie. I denne studien ble smertestillende medikamenter og alkohol foreslått som hjelpemidler.

Utviklingen av menneskers MHL, med alvorlig depressiv episode som gjenkjenningsindikator, har også vært studert. I Australia ble det gjennomført en studie, hvor hensikten var å se om det i perioden 1998-2004 hadde vært en forbedring blant folk vedrørende

gjenkjennelsen av depresjon. Resultatet viste at det hadde vært en signifikant bedring av denne evnen (Goldney, Fisher, Del Grande, & Taylor, 2005). Noe av denne forbedringen kunne trolig skyldes at det i Australia hadde vært fokusert sterkt på dette helseområdet i den perioden studien hadde pågått. Det hadde blant annet vært iverksatt opplæringsprogrammer overfor befolkningen som hadde til hensikt å øke deres kunnskaper, endre deres holdninger og gi informasjon om hvordan man kunne hjelpe mennesker med depresjonstilstander. Evalueringen av disse programmene viste at de i stor grad hadde maktet å nå disse målene (Kitchner & Jorm, 2002). I 2008 gjennomførte Goldney, Dunn, Del Garde, Crabb & Taylor (2009) en oppfølgingsstudie. Studien konkluderte med at folks kunnskap om og forståelse av depresjon hadde hatt en betydelig økning fra 1998 til 2004, for så å stabilisere seg. Tilliten til både behandlere og behandlingstilbud innenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern sank mellom 2004 og 2008. Likevel var tilliten fortsatt større en den var i 1998 (Goldney et al., 2009).

Studier har vist at det er behov for at opplæringsprogrammer om MHL bør bli tilpasset ulike aldersgrupper (Farrer, Leach, Griffiths, Christensen & Jorm, 2008). Dette sammenfaller også med den svenske helsekommunikasjonsforskeren Gunilla Jarlbro (2004) sine anbefalinger om at helsekampanjer bør skreddersys til målgruppens forutsetninger.

Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly, & Kitchener (2006) sin artikkel oppsummerer hva man den gang visste om MHL i den australske befolkningen. Etter at Australia fikk MHL inn som en del av den strategiske folkehelsepolitikken har befolkningens MHL økt (ibid). Dette kan skyldes diverse opplæringsprogram som ble iverksatt på ulike arenaer i samfunnet. Studien til Jorm et al. (2006) foreslo at det fortsatt var forbedringspotensial når det gjaldt befolkningens MHL, særlig evnen til gjenkjennelse av symptomer på psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom. En persons nære nettverk har ofte vanskelig for å gjenkjenne de første symptomene på en psykisk lidelse og psykiatrisk sykdom hos vedkommende. Fortsatt var det store forskjeller i hva australske innbyggere mente kunne være god hjelp ved slike tilstander, noe som trolig kunne føre til at flere lar være å søke adekvat profesjonell helsehjelp for sin psykiske lidelse.

Stigmatiserende holdninger overfor psykiske lidelser og psykiatriske sykdommer, samt mennesker som har ervervet en av disse tilstandene, kan være en barriere mot å søke profesjonell hjelp. Dette fremkom som funn i Jorm et al., (2006) sin studie. Forskerne oppsummerte således med at det per 2006 i Australia var behov for ytterligere kunnskap om hvordan en kan redusere stigma og legge til rette for å bedre forebyggingen av psykiske

lidelser og psykiatrisk sykdom. Det ble også stilt et avsluttende, provokatorisk spørsmål om hvorvidt den påståtte økte MHL i befolkningen faktisk hadde bidratt til øke den lidendes vilje til å søke profesjonell hjelp ved slike tilstander – kort sagt: og om den mentale helsen i Australia egentlig var blitt noe forbedret på dette området (ibid.).

Hvordan MHL i forhold til depresjon kan økes i befolkningen, er vist i en studie av Chang (2008). Her ble det sammenlignet bruk og effekt av en henholdsvis narrativ og en argumenterende tilnærming. Den argumenterende tilnærmingen gav faktaopplysninger om symptomer på depresjon og avsluttet med tips for mestringsstrategier for lidelsen. Eksempler på mestringsstrategier var viktigheten av å meddele andre hvordan du har det, at du tar kontakt med fastlege og behandlere med psykologisk kompetanse, og at du benytter deg av støttetelefoner. Ved den narrative tilnærmingen utførte profesjonelle aktører et skuespill basert på Jorm et al. (1997) sitt ”stimulusmateriale”. Som avslutning ble det også her som ved den argumenterende tilnærmingen, fremlagt tips på hvordan en kunne mestre å forholde seg til en depresjon. Det ble benyttet to ulike skuespill og to ulike versjoner av argumenterende tilnærming. Den narrative tilnærmingen var mest effektive til å øke MHL hos utvalget, trolig fordi en slik erfaringsbasert strategi gir økt sympati for den som led av depresjon. Dessuten kan enkelte deltakere se seg selv eller andre kjente igjen i denne fortellingen (Chang, 2008).

Ett av WHO sine mål for å styrke mental helse er å fjerne tabuer som er forbundet med psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom, slik at de kan oppnå samme status som andre helseproblemer (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008b; WHO, 2009). For at det skal være mulig å forebygge og forbedre behandlingen av depresjon er det viktig at symptomer blir gjenkjent, ikke bare av den berørte selv, men også av vedkommendes nettverk (Goldney et al., 2001). Dersom MHL blir forbedret i befolkningen vil dette trolig kunne øke befolkningens aksept for å gi best tilgjengelige og kunnskapsbaserte helsehjelpen til personer med psykiske lidelser og psykiatriske sykdommer. Dette vil sannsynligvis også kunne føre til at en klarer å benytte seg av støttepersonene som flere mennesker har i sitt mellommenneskelige nettverk. Studier utført på begynnelsen av 1990-tallet, viste at mennesker med depresjon i mild form har god nytte av personstøtte fra sitt nettverk (Goldberg & Luxly, 1992 i Jorm, 2000).

I Norge er det trolig gjort lite forskning som har benyttet den teoretiske rammen for HL og MHL. Likevel kan MHL sannsynlig ses i sammenheng med ulike tiltak innenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern som er utført i Norge. Da St. melding 25, kalt *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* ble publisert i 1996, var dette begynnelsen på en opprustning av norsk psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Det er

senere kommet flere stortingsmeldinger og strategiplaner som har hatt til hensikt å forebygge og hindre at spesielle livsstilstilstander utvikler seg videre hos enkelte til å bli et psykisk problem, lidelse eller sykdom. *Folkehelsemeldingen* (St. meld 16 2002-2003), *Strategiplan for barn og unges psykiske helse* og *Nasjonal plan for selvhjelp* er eksempler på to publikasjoner som hevder dette (Norsk folkehelseinstitutt, 2008a). Alle planene vektlegger å styrke den mentale helsen og forbygge psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom i befolkningen.

Som en del av dette satsningsområdet er det utviklet undervisningsprogram for videregående skole i Norge som har til hensikt å øke kunnskapsnivået om mental helse hos norske skoleelever, samt skape større åpenhet om psykiske lidelser (Tollefsen & Ibabao, 2008). *Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom* (VIP) er et opplæringsprogram som er rettet mot elever i første klasse i videregående skole. VIP legger opp til et tverrfaglig samarbeid mellom skole og helsetjenesten. Hensikten er å kunne gi hjelp til ungdom som har det vanskelig, samt å gjøre psykisk helsetjeneste mer tilgjengelig i skolen (Lien, 2007). STEP og Venn1.no er lignende programmer. Disse interaktive programmene henvender seg til elever i andre og tredje klasse i videregående skole.

I Norge viser trolig paragrafene 3-5 i Pasientrettighetsloven (1999) plikten om å ta i betraktning pasienters MHL. Loven sier at informasjon som gis til pasienten skal være tilpasset den individuelle behov. Helsepersonell er videre ansvarlige for å sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene de har mottatt.

1.7 Begrunnelse for mitt valg av problemstilling

Min masteroppgave innen Ernæring, helse- og miljøfag, er knyttet til satsningsområdet for forskning innen Høgskolen i Akershus' forskningsprogram *Helse- og ernæringskommunikasjon*. Studiet har en forebyggende og helsefremmende profil, med forankring i folkehelsearbeid og folkehelsevitenskap (Høgskolen i Akershus, 2007).

Min faglige bakgrunn er vernepleier, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Arbeidserfaringen har jeg i hovedsaklig far psykiatriske sykehus og rusomsorg. Under videreutdanningen ble det klart for meg at teori ikke alltid er i samsvar med praksis. Min erfaring er fortsatt at det er mulig å bidra til å bedre situasjonen for den enkelte pasient, men at systemet gav lite rom for de store endringene. Det var vanskelig for meg å føle at jeg ikke fikk gjort en tilstrekkelig jobb. Alt dette var motivasjonsfaktorer til å søke opptak som

masterstudent, for på det grunnlaget å kunne bli bedre kvalifisert for stillinger med større påvirkningsmuligheter overfor systemet.

Gjennom min yrkeserfaring har jeg gjentatte ganger møtt mennesker som er deprimerte, og ofte har innleggelse i sykehus kommet som følge av deres forsøk på å begå selvmord. Min overbevisning er at flere av disse dramatiske hendelsene kunne ha vært forhindret dersom mennesker med psykiske vansker hadde blitt ”sett” og ”fanget opp” av medmennesker på et tidlig tidspunkt i lidelsesprosessen – og dersom vedkommende selv viset hvordan søke adekvat helsehjelp.

Min masteroppgave er en kvalitativ studie av 1. års sykepleiestudenters kunnskaper om depresjon. Videre vil deres kunnskaper bli diskutert i lys av teorirammene for begrepet MHL. Som tidligere nevnt i dette kapitlet, er psykisk helsearbeid og psykisk helsevern et undervisningstema som inngår i grunnutdanningen i sykepleie (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003). Dette legitimerer bruken av denne studentgruppen som informanter. For øvrig er trolig min studie den her i landet som belyser MHL.

1.8 Problemstilling for oppgaven

Ut i fra overnevnte teoretiske redegjørelser og forskning tilknyttet begrepene depresjon og MHL, ble følgende problemstilling valgt for min studie:

Hvilke kunnskaper om fenomenet depresjon har 1 års sykepleiestudenter, diskutert i lys av teorirammen for begrepet mental health literacy?

Følgende forskningsspørsmål er formulert:

1. I hvilken grad kan informantene *identifisere* den psykiske lidelsen *depresjon*?
2. *Hva* kan etter deres *mening* være god hjelp til vedkommende ved slike lidelser?
3. Hvilke *kunnskapsbærende* og *holdningspregede meninger* har informantene om dette temaet?

Datainnsamlingen vil bli gjennomført to til tre måneder etter sykepleiestudentenes studiestart. Dette tilsier at informantene neppe har ervervet seg spesifikk sykeleiefaglig kompetanse innen noen av fagfeltet. *Kunnskapsbærende* meninger betyr i denne sammenheng hva informantene mener er årsaken til depresjon, og hvordan de tror fremtidsutsiktene kan være for et menneske

med denne lidelsen. *Holdningspregede* meninger dreier seg om hvordan informantene selv vil forholde seg til en depresjon, og hvordan de tror andre samfunnsborgere vil forholde seg til en slik lidelse.

1.8.1 Avgrensning av studien

Som vist i tidligere avsnitt, er den teoretiske rammen og føringene for MHL nokså omfattende. Dette gjør at min funndiskusjon vil ha et avgrenset hovedfokus på: (1) hvordan kan kunnskap og oppfatninger om mental helse hos den enkelte sykepleiestudent bistå til å oppdage, mestre og/eller hindre at depresjon oppstår hos andre og dem selv? (2) hvilke kunnskaper om depresjon kan regnes som adekvat helsehjelp? (3) hvilke kunnskaper har informantene om depresjonens forutgående risikofaktorer og årsakssammenhenger? (4) hvilke holdninger har informantene til depresjon som kan hindre stigma og fremme viljen til å ville benytte seg av profesjonell helsehjelp ved slike lidelser (Bourget & Chenier, 2007; Jorm et al. 1997; Lauber et al., 2003). Disse punktene reflekterer de vesentligste kriteriene for MHL.

2 METODE

I dette kapitlet vil jeg gi en presentasjon av studiens metode og utvalg, samt beskrive hvordan analysen av intervjuene ble gjennomført. Jeg har valgt å starte med å redegjøre for en sentral vitenskapsteoretisk posisjon som preger hele min metodiske tilnærming, nemlig hermeneutikk.

2.1 Hermeneutikk

En studies vitenskapsteoretiske forankring har betydning for hva forskeren søker informasjon om, og den danner grunnlaget for forståelsen som forskeren utvikler (Thagaard, 2006). Innenfor vitenskapsfilosofiske retninger er det ulike oppfatninger om hva ”sann” kunnskap er og hvordan en kommer frem til slik kunnskap (kalt epistemologi; hvordan kunnskap innen et felt er skapt; Pettersen, 2009). Ofte skilles det grovt mellom to vitenskapsteoretiske retninger; positivisme og hermeneutikk (Haugsgjerd et al, 2004). Positivismen hevder at kunnskap er ”positivt gitt” og objektivt tilgjengelig for alle som studerer fenomenet – uavhengig av forskerens innstillinger, fordommer eller holdninger til det (Ringdal, 2007). Positivismen kan sies å preges av kvantitative tilnærminger, hvor kunnskap i første omgang innhentes i form av tall (Thagaard, 2006). Innenfor hermeneutikken tolker man menneskelige virksomheter, som for eksempel deres tale eller tekst. Denne tradisjonen fordrer en personlig delaktig, åpen og subjektiv forskerrolle (Ryen, 2006).

Moderne hermeneutikk forsøker å lage en metodelære for *fortolkning av fenomener*, samtidig som den søker å beskrive *hvilke vilkår* som må være tilstede for at forståelse av *mening* skal være mulig. To av de mest sentrale hermeneutikerne i nyere tid er den tyske filosofen Hans Georg Gadamer, og den franske filosofen Paul Ricoeur (Gilje & Grimen, 2007). Innenfor samfunnsvitenskap er hermeneutikken ofte benyttet som vitenskapsteoretisk forankring, siden datamaterialet som gjerne blir innsamlet innenfor disse fagfeltene ofte er ment å gjenspeile meningsfulle, menneskelige fenomener og aktiviteter, som muntlige ytringer, handlinger og tekster. Hermeneutikken prøver å søke dypere mening i alt dette, spesielt det som ikke umiddelbart er synlig. For å komme frem til denne meningen, *fortolkes* slike handlinger og uttrykksformer. Dette gjør at det ikke er entydig *sannhet* som søkes innenfor denne vitenskapsteoretiske tradisjonen. Fenomenene kan derimot tolkes ulikt på flere nivåer i analyseprosessen (Thagaard, 2006). I den hermeneutiske tradisjonen er tanken at det

forskeren forstår alltid blir forstått på grunnlag av andre forutsetninger. En forsker vil aldri kunne møte verden forutsetningløst - uten fordom. Når en tekst eller handling skal tolkes, vil forskeren alltid bringe denne forforståelse, eller for-dommen inn i forståelsesprosessen. Forskeren sin forforståelse er nødvendig for at forståelse skal være mulig. Dette fordi en må starte med en ide om hva oppmerksomheten skal være rettet mot. Fenomenet som det forskes på må ses i sammenheng med konteksten. Denne gir en bestemt subjektiv mening som er med på å skape forståelse. Den *hermeneutiske sirkel* er begrepet som ofte blir benyttet for å peke på forbindelser som er mellom fenomenet, forforståelsen og konteksten for fortolkningene. Sirkelen viser til at fortolkningsprosessen er kontinuerlig i bevegelse mellom helheten og delene, og hvordan fortolkningen av menneskelige fenomener må begrunnes (Gilje & Grimen, 2007).

I min masterstudie har informantene først ytret seg muntlig om stimulusmaterialet. Deretter ble ytringene transkribert til tekst og videre tolket av meg som forsker – med min forforståelse om temaet. Dessuten har jeg forsøkt å ”løfte” mine tolkninger av informantenes ytringer opp til enda et nytt tolkningsnivå ved å diskutere sentrale funn i lys av teorirammen for MHL. De to første prosessene kalles vanligvis for en *annengrads* tolkning, eller *dobbelthermeneutikk* (Gilje & Grimen, 2007; Thagaard, 2006). Sannsynligvis kan mitt ”løft” betraktes å være en form for ”trippelhermeneutikk”. Det er etter mitt syn viktig at leseren av oppgaven vurderer funn og tolkninger på bakgrunn av min forforståelse og den konteksten som er involvert i dette hermeneutisk pregede masterprosjektet.

2.1.1 Forskerens forforståelse og bakgrunnskunnskap

Som beskrevet ovenfor, kan forforståelsen være det som gir oss mulighet til å forstå og fortolke verden. Dette gjør at mitt perspektiv og posisjon i forhold til studiens tema får betydning for hvilken kunnskap som utvikles. Min forforståelse preger hele studiens forløp, fra planlegging til ferdigstilling. Dog er den spesielt aktivt deltakende i intervjusituasjonen og analysefasen. Gjennom hele prosessen har jeg søkt å være aktiv reflekterende.

Ofte kan det sies at forforståelsen er en viktig motivasjon for å sette i gang forskning (Malterud, 2003). Fra barndomsårene har jeg gjennom min mors arbeid tilbrakt tid sammen med mennesker med psykiatriske sykdommer. Dette har gjort at jeg tidlig fikk interesse for mental helse, psykisk lidelser og psykiatrisk sykdommer. Ved valg av høyere utdanning var ønsket mitt å kunne bli kvalifisert til arbeid innenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Etter endt bachelorutdanning i vernepleie og senere videreutdanning i psykisk

helsearbeid, har min yrkeserfaring i hovedsak vært fra psykiatrisk sykehus. Dette gjør at jeg ofte har møtt mennesker som har depressive lidelser i suicidale faser, eller at de har hatt depresjon som tilleggsdiagnose til andre psykiatriske sykdommer. Som nevnt innledningsvis har jeg flere ganger stilt meg spørsmål om de dramatiske hendelsene tilknyttet depresjonene (suicidal atferd), kunne vært unngått dersom den enkelte og vedkommendes nettverk tidlig hadde kunnet gjenkjenne symptomene, samt visst hvor og når det burde søkes adekvat helsehjelp for tilstanden. Til tross for at jeg ved masterutdanningen til en viss grad kan sies å ha endret faglig fokus - fra behandling til forebygging – vil mine tidligere erfaringer prege denne studien.

Mitt grunnsyn i forståelsen av depresjon bygger på en psykodynamisk tilnærming med innsalg av medisinsk tenkning. Mitt menneskesyn er at helheten må ses i sammenheng med delene for å skape forståelse, noe som er i tråd med den hermeneutiske filosofien (Gilje & Grimen, 2007). Hovedfokus for kurativ behandling, er etter mitt syn, at det enkelte mennesket selv skal være aktivt deltakende i valg av metoder og under prosessen, i den grad dette er mulig.

Gjennom arbeidet med informantene og funnanalysen har jeg etter beste evne forsøkt å møte informantene med en åpen og ydmyk holdning samt vært tro mot deres meninger i utsagnene. Til tider har det vært utfordrende å stille seg selv på utsiden, noe som har gjort at jeg ofte har måttet stoppe opp å tenke meg om en ekstra gang.

Rammeverket for metode og teori benyttet i denne studien er preget og inspirert av diverse internasjonale studier. Jeg har valgt å ikke se på resultatene fra de internasjonale studiene om MHL, før etter at min funnanalyse var gjennomført. Dette ble gjort for at resultater fra andre MHL-studier i minst mulig grad skulle prege min analyse.

2.2 Forskningsdesignet - stimulusmaterialet

Et forskningsdesign er en plan eller en skisse for hvordan forskeren legger opp sin undersøkelse (Ringdal, 2007). Min studie tar i første omgang sikte på å kartlegge 1. års sykepleiestudenters kunnskaper og holdningspregede meninger om den psykiske lidelsen depresjon. Dernest diskuterer jeg funnene i lyst av teorirammene for MHL. Det metodiske rammeverket for min studie er basert på forskningsopplegget som ble brukt første gang av Jorm et al. (1997). Samme metode er helt eller delvis blitt benyttet i en rekke andre undersøkelser (Dahlberg et al., 2008; Goldney, et al., 2001; Griffiths et al., 2009; Lauber et al., 2003; Wang & Lai, 2008). I disse undersøkelsene er imidlertid et kvantitativ design benyttet,

mens i min studie er opplegget til Jorm et al. (1997) forsøkt omformet til en kvalitativ tilnærming, ved bruk av forskningsintervjuer gjennomført i en norsk kontekst. Studien min har et eksplorerende, induktivt metodisk design, med en hermeneutisk overordnet forankring. Det ble benyttet forskningsspørsmål for å søke svar på oppgavens problemstilling (Thagaard, 2006). Et forskningsintervju er en spesifikk form for samtale. Forskjellen på en vanlig samtale og et organisert forskningsintervju er den metodiske bevisstheten rundt spørreformen, fokuseringen på den dynamiske interaksjonen som er mellom informanten og intervjueren, samt den kritiske og analytiske innstillingen til det som blir sagt av informantene (Kvale, 2001). I min studie ble det benyttet det Thagaard, (2006) kaller et *relativt strukturert opplegg*. Dette opplegget er kjennetegnet ved at spørsmålenes utforming og rekkefølge er gitt på forhånd.

Ved intervjuets start fikk informanten utdelt et *stimulusmateriale* med tilhørende spørsmål. De øvrige spørsmålene i intervjuguiden utviklet seg videre fra dette utgangspunktet. Dessuten ble det stilt oppklarende og utdypende spørsmål der hvor det viste seg å være naturlig eller nødvendig for å holde fokus på temaet. Informantene stod for øvrig fritt til å utforme sine svar. Stimulusmaterialet som jeg brukte hadde følgende norske ordlyd (originalen til Jorm et al., 2007 er også med):

Norsk versjon av stimulusmaterialet (forskerens egen oversettelse)

Marit er i 30 årene. Hun har følt seg unormalt trist og ulykkelig de siste fem ukene. Til tross for at hun tilstodighet er trett, har hun problemer med å få sove nesten hver eneste natt. Marit har hatt dårlig appetitt som også har ført til at hun har gått ned i vekt. På jobben har hun vanskelig for å konsentrere seg og utsetter ofte å foreta nødvendige valg. Dagligdagse gjøremål er gjerne vanskelig for Marit å gjennomføre. Hennes arbeidsleder har fått rede på alt dette, og er bekymret for hennes nedsatte arbeidsevne.

Original engelsk versjon (Jorm et al, 2007)

Box 1: Depression vignette

Mary is 30 years old. She has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. Even though she is tired all the time, she has trouble sleeping nearly every night. Mary doesn't feel like eating and has lost weight. She can't keep her mind on his work and puts off making decisions. Even day-to-day tasks seem too much for her. This has come to the attention of her boss, who is concerned about Mary's lowered productivity.

After being shown the vignette and having it read out to them, respondents were asked two open-ended questions:

- * "What would you say, if anything, is wrong with Mary?" and
- * "How do you think Mary could best be helped?"

The rest of the interview consisted of questions to determine the respondents' knowledge of and views about:

Figur 1. Stimulusmaterialet. Et fiktivt case som beskriver en person som lider av en alvorlig depresjon – både i norsk oversettelse og i original engelsk utgave av Jorm et al. (1997).

Stimulusmaterialet er ment å gi en narrativ beskrivelse av et menneske som lider av en *alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer*. Som introdusert innledningsvis, er sykdommens karakteristika klassifisert i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 under F 32.2 (Shdir, 2005; Who, 2007). De videre hovedspørsmålene som ble utformet i

intervjuguiden (figur 2) fulgte i stor grad mønsteret i den engelske originalen til Jorn et al. (1997).

- | INTERVJUGUIDE | |
|---------------|--|
| • | Mener du det er noe i veien med Marit? |
| • | I så fall; hva mener du det kan være? |
| • | Hvordan tror du Marit best kunne ha blitt hjulpet? |
| • | Hvilke mennesker mener du vil kunne hjelpe Marit i den situasjonen hun nå befinner seg i? |
| • | Hvordan tror du fremtidsutsiktene er for Marit? |
| • | Hvilke faktorer tror du kan ha bidratt til at Marit har havnet i den situasjonen hun er i? |
| • | Hvordan tror du at andre rundt Marit reagerer og tenker om situasjonen som hun befinner seg i? |
| • | Hvordan tror du at folk generelt i samfunnet forholder seg til slike <i>problemer</i> som Marit har? |

Figur 2. Intervjuguidens hovedspørsmål.

Oppfølgende og oppklarende spørsmål som ble gitt til informantene er ikke tatt med i Figur 2.

2.3 Studiens utvalg

I kvalitative studier baserer valg av informanter seg ofte på *strategiske utvalg*. Det vil si at utvalget blir valgt ut fra egenskaper og kunnskaper som personene i utvalget kan forventes å ha, hvilket gjør det mulig for forskeren å samle inn informasjon som kan gi svar på forskningsspørsmålene og den tilhørende problemstillingen (Thagaard, 2006). Mitt strategiske valg falt på 1. års sykepleierstudenter.

2.3.1 Valget av 1. års sykepleierstudenter som informanter

Den høye forekomsten av psykiske lidelser gjør at flertallet av den norske befolkningen enten selv vil utvikle en psykisk lidelse, eller vil komme i kontakt med noen som er rammet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008a). Tilsvarende er det sannsynlig at offentlig godkjente sykepleiere vil være en yrkesgruppe som profesjonelt ofte kan komme i kontakt med mennesker med depressive symptomer. En annen yrkesgruppe som også dette gjelder for, er

offentlig godkjente vernepleiere. Sykepleiestudenter ble valgt som informanter fremfor vernepleiestudenter, hovedsakelig fordi jeg selv er utdannet vernepleier og følgelig ville unngå å la min erfaring og fordommer i for sterk grad prege gjennomføringen av min masterstudie. Hensikten med å velge sykepleiestudenter var *ikke* å vurdere studenter i denne helsefaglige utdanningskategoriens potensielt mangelfulle innsikt i temaet for oppgaven; jeg var *kun* ute etter å kartlegge: (1) deres *kunnskap* etablert *før* emneundervisning om depresjonslidelser var bli gitt i sykepleierstudiet, og (2) deres eventuelle erfaringer med og nåværende holdninger til fenomenet depresjon. Andre utvalg med lignede forutsetninger for å svare på forskningsspørsmålene kunne i så måte vært valgt i stedet, for eksempel avangselever i videregående skole.

2.3.2 Rekruttering av informanter

Det ble sendt skriftlig søknad til dekanus for sykepleieutdanningen ved den aktuelle høgskolen om tillatelse til å gjennomføre studien (vedlegg 1). Denne søknaden ble godkjent og videresendt til studieleder ved den aktuelle utdanningen. I samarbeid med studieleder ble det avtalt et passende tidspunkt for presentasjon av min studie overfor studentene. Jeg møtte opp i en forelesning for 1. klassestudentene hvor jeg presenterte meg selv og studien, samt inviterte dem til deltakelse i prosjektet. Under presentasjonen ble det benyttet PowerPoint som visuelt hjelpemiddel og ”reklame”. Presentasjonen beskrev litt om min bakgrunn, både utdanning og yrkeserfaring. Videre ble det informert om hva et kvalitativt forskningsintervju generelt innebar, og hva samtykket til deltakelse i studien ville medføre for informantene. I tillegg fikk informantene vite at det ved intervjuenes start ville bli utdelt en lesetekst som skulle danne grunnlag for det videre intervjuet. Under denne klasseromspresentasjonen gav jeg ingen informasjon om hva intervjuet tematiske ville dreie seg om. Dette ble gjort fordi jeg ikke ønsket at deltakerne på forhånd skulle kunne innhente kunnskap om det aktuelle temaet (depresjon og MHL). Sykepleiestudentene ble også informert om at dersom de ønsket det, skulle jeg presentere studiens funn for dem når studien i sin helhet var avsluttet og publisert som masteroppgave.

Sykepleiestudentene ble også fortalt at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd, men at opptakene ville bli slettet senere når prosjektet var avsluttet, publisert og evaluert. Det ble dessuten informert om at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra studien, uten å oppgi grunn. Tilsvarende ble de gjort oppmerksom på at dersom de lot seg intervju, ble dette regnet som deres samtykke til at de ville delta i min studie.

Umiddelbart etter min presentasjon ble det delt ut et informasjonsskriv (vedlegg 2) som inneholdt den overnevnte informasjonen, pluss en påmeldingsliste hvor studentene kunne melde sin interesse. Rundt 50 studenter var til stede under presentasjonen. Av disse var det 23 stykker som ønsket å være mine informanter ved å oppgi navn, sin e-postadresse og sitt mobiltelefonnummer.

Senere ble det også sendt en tilsvarende invitasjon og informasjon i en felles e-post til alle 1. års sykepleierstudenter ved studiestedet. Dette for å eventuelt rekruttere studenter som ikke hadde vært tilhørere under mitt muntlige fremlegg. Det ble imidlertid ikke rekruttert flere studenter enn de 23 som umiddelbart meldte sin interesse.

Hver av de påmeldte studentene ble ca. 2 uker senere kontaktet av meg per mobiltelefon for å avtale et passende tidspunkt for gjennomføring av intervjuet. Jeg fikk ordnet intervjutidspunkt med 18 av de 23 studentene på denne måten. De resterende fem ble oppringt tre ganger, uten at det ble oppnådd kontakt. Disse fikk tilsendt e-post. Tre av de fem studentene bekreftet at de fortsatte ville delta som informanter, og intervjutidspunkt ble deretter avtalt. Totalt rekrutterte jeg 21 sykepleierstudenter som informanter til min intervjustudie. Min oppfatning var at disse informantene var villige til å tilpasse seg mine rutiner og opplegg for å finne et passende tidspunkt for intervjuene, samt at de virket positivt innstilt til å være deltaker i et forskningsintervju.

2.4 Pilottest

Hensikten med en pilottest av et kvalitativt forskningsintervju er å vurdere om innhold i intervjuguiden og struktur for selve intervjuet virker slik forskeren ønsker (Ringdal, 2007). Oftest bruker man fag- og/eller forskningskompetente personer som informanter i slike tester. På den måten får man gjerne konstruktive tilbakemeldinger på forhold som kan føre til nødvendige revisjoner av ens planlagte strategi. Man kan også bruke informanter som har noenlunde lik bakgrunn som informantene i den aktuelle målgruppen for intervjuet (Kvale, 2001). Pilottesten min hadde to hensikter for det første; å teste ut om fortellingen og de tilhørende spørsmålene fungerte sammen, dernest å gi meg trening i forskerrollen under selve intervjuene. Pilottesten ble gjennomført som to separate intervjuer; ett foretatt med en arbeidskollega innen psykisk helsevern som kjenner dette fagfeltet godt (offentlig godkjent psykiatrisk sykepleier), og ett med en sykepleierstudent. Begge fikk anledning til å gi tilbakemeldinger på hva de syntes fungerte bra og mindre bra med intervjuet. Etter at pilottesten var gjennomført og tilbakemeldingene vurdert, besluttet jeg å ta med følgende

tilleggsspørsmål i intervjuguiden: *Hvordan tror du at folk generelt i samfunnet forholder seg til slike problemer som Marit har?* Dette spørsmålet ble stilt for å supplere spørsmål 7 i intervjuguiden (se figur 2), og for å kunne besvare mer utfyllende på forskningsspørsmål 3 (se kapittel 1.8).

2.5 Gjennomføring av intervjuene

Som en påminnelse til informantene om det planlagte intervjutidspunktet, ble det sendt en e-post til hver av deltakerne noen dager i forveien. Det viste seg dog at dette ikke var en hensiktsmessig måte å nå informantene på; de fleste responderte ikke på disse henvendelsene. I stedet ble det sendt en sms dagen før vårt avtalte intervju, og da kom de 21 informantene som avtalt.

I forkant av intervjuets start drev forskeren ”small talk” med informantene som et forsøk på å skape og ivareta trygghet rundt settingen. Det ble bevisst lagt vekt på samtaler om informantenes opplevelse av å være i den nye situasjonen som 1. årsstudent, for eksempel deres ”frykt” for forestående eksamener. Alle informantene ble også tilbudt te eller kaffe som et forsøk på å oppnå en avslappet stemning. Selve intervjuene ble gjennomført i ulike grupperom ved den aktuelle høgskolen. Det var ingen andre enn forskeren og informantene til stede under intervjuene.

Før opptakene av intervjuet startet ble informasjonen som opprinnelig var gitt ved vervingspresentasjonen min, repetert overfor informantene. Jeg vektla at studiens hensikt kun var å kartlegge deres meninger og holdninger der og da til et faglig felt, og at jeg *ikke* skulle ”evaluere” det de ble spurt om, ei heller ”rapportere” svarene deres til noen intern eller ekstern faglig eller administrativt instans.

Intervjuguiden (vedlegg 3) var lagt opp slik at informantene i starten av intervjuet ble presentert for min norske oversettelse av stimulusmaterialet til Jorm et al. (1997) (se figur 1, kapittel 2.2) Etter at de hadde lest teksten, stilte jeg dem et spørsmål om *hva* de mente det beskrevne kunne være for et ”*problem*”. De videre spørsmålene fulgte malen nedskrevet i intervjuguiden (se figur 2, kapittel 2.2). Etter at alle hovedspørsmål i intervjuguiden (pluss eventuelle oppklarende og forfallende tilleggsspørsmål) var gjennomgått, ble informantene bedt om å komme med eventuelle tilføyninger. Tilslutt ble hovedpunktene for hva som var blitt sagt under hvert intervju oppsummert av meg, slik at informanten nå hadde en siste mulighet til å komme med oppklaringer og tillegginformasjon dersom det skulle vise seg nødvendig.

Helt til slutt i hvert av intervjuene spurte jeg informantene om de kjente hverandre godt eller hadde kontakt utover ordinær studiesituasjon. Jeg informerte dem om at dersom de fortalte dem som senere ville bli intervjuet om hva temaet og opplegget før intervjuet var, ville mitt forskningsopplegg i stor grad bli mislykket. Det ble derfor presisert at studien var avhengig av at informantene var lojale overfor meg på dette punktet, noe alle forsikret meg om at de ville være.

Under intervjuene benyttet forskeren seg eksklusivt av en utvidet intervjuguide (vedlegg 4). Her hadde jeg rom til å notert stikkord for hvert av forskningsspørsmålene, samt noen deskriptive spørsmål om informantene (alder, og eventuell tidligere utdanningsarbeidsbakgrunn). I tillegg til å gi meg informasjon av denne art, gav det meg også mulighet til å skrive ned eventuelle interessante non-verbale budskap som latter, kroppsspråk, ansiktsuttrykk, etc. En siste bakgrunnsvariabel var at hver enkel informant ble spurt om de hadde gjennomgått opplæringsprogram vedrørende mental helse og psykiske lidelser, som for eksempel VIP-prosjektet for videregående skole. Som nevnt handler disse opplæringsprogrammene i hovedsak om å sette mental helse på dagsorden i den obligatoriske undervisningen i videregående skole (Lien, 2007; Tollefsen & Ibabao, 2008). Dersom noen av informantene hadde deltatt i slike opplæringsprogram, kunne det vært spennende og sett hva dette kunne hatt av innvirkning for meninger og kunnskap tilknyttet denne studien.

Til sammen ble det gjennomført 21 intervjuer med henholdsvis 4 mannlige og 17 kvinnelige informanter. Intervjuene varte fra 9:38 – 25:19 minutter. Den yngste informanten var 19 år, mens den eldste var 42 år. Fordelingen av kjønn og alder på informantene er vist i Tabell 1 under. Da intervjuene var ferdig, fikk hver av deltakerne et FLAX-lodd som takk for innsatsen.

Tabell 1. Kjønn- og aldersfordelingen hos informantene (N=21)

Kjønn	Alder																
Kvinner (n=17)	19	19	19	20	20	20	21	21	21	21	22	25	29	30	35	35	42
Menn (n=4)	22	25	30	40													

2.6 Transkripsjon av intervjuene

En Ipod av merket Apple, med tilhørende mikrofon, ble benyttet til opptak av intervjuene. Transkripsjonsprosessen er å omgjøre lydbåndopptakene til tekst. Dette er en form for ”kunstig” omkonstruksjon av den opprinnelige kommunikasjonen (Kvale, 2001). Når

materialet skulle transkriberes, ble opptakene lagt over i dataprogrammet iTunes for programvaren Mac og transkribert derfra. Båndopptakene hadde meget god kvalitet, og det var lett å høre hva informantene sa.

Transkripsjonen ble gjennomført i *Word for Mac*, hvor hver linje nedskrevet ble nummerert i starten, slik at man enkelt kunne gjenfinne tekstsekvenser som jeg mente kunne brukes til sitater for meningsbærende enheter. Intervjutranskripsjonene utgjorde til sammen ca 50 A4-sider, skrevet med enkel linjeavstand og standardmarger (se eksempel på transkripsjon – vedlegg 5).

For å skille mellom informantens og min stemme, ble *kursiv* benyttet når transkripsjonen skulle vise at det var jeg som snakket. Når informantene tok korte pauser i sin tale, ble dette markert med ”prikker”(.....). Dersom pausene var lange, ble dette markert inn i transkripsjonen med: *lang pause*. I tilfeller hvor informanter uttrykte seg svært bestemt, ble utropstegn (!) satt etter utsagnene.

Alle intervjutranskripsjonene ble gjort umiddelbart etter at hvert intervju var avsluttet. Siden transkripsjon handler om å omgjøre muntlig språk til tekst, hvilket ikke alltid er like enkelt rent språklig, har jeg vært nødt til å plassere noen komma og punktum i tekstene for å bedre lesbarheten (Kvale, 2001). Forøvrig har jeg forsøkt å skriftlig gjengi det som framkom under den opprinnelige samtalen med informantene.

2.7 Organisering og analyse av transkripsjonene

Organisering av den transkriberte teksten innebærer å tolke og abstrahere det informantene har formidlet i den hensikt å skape ny kunnskap om det aktuelle temaet for samtalen (Malterud, 2003). Denne prosessen krever en systematisk og kritisk refleksjon hos forskeren, samtidig som nærhet til materialet opprettholdes (ibid). I masteroppgaven er *meningsbærende enheter* utsagn fra informantene som kan besvare forskningsspørsmålene. *Koder* brukes når meningsbærende enheter blir oppdaget for å kunne lage fellesbetegnelse for hva informanten *egentlig* sier (benyttet i fase 2). Når kodene skal abstraheres blir de omgjort til *kategorier*. Kategorier er hva som til slutt tolkes som fellesnevner blant informantenes utsagn (benyttes i fase 3). For nærmere oversikt over denne prosessen se fig. 3.

Selve analysen av tekstmaterialet ble gjennomført i fire faser etter Malterud (2003) sin metode for systematisk tekstkondensering for kvalitative data. Den første fasen var å lese igjennom hele transkripsjonen og danne seg et helhetsinntrykk. Etter dette, ble meningsdannende enheter forsøkt identifisert, for så å abstrahere de enkelte meningsdannende

enhetene. Til slutt ble materialet sammenfattet for å kunne gi mening (Malterud, 2003). Studien har en induktiv tilnærming siden materialet skaper de meningsbærende enhetene og kategoriene. Formålet med denne organiseringen er å utvikle kunnskap om informantenes meninger og holdninger til depresjon, for så å ha et grunnlag for videre diskusjon av funnene i lys av den teoretiske rammen for MHL. I en hermeneutisk prosess, som min tekstanalyse må sies å være og nærmere beskrevet i kapittel 2.1, vil forskerens egen forforståelse alltid kunne påvirke tolkningen (ibid) (nærmere beskrevet i kapittel 2.1.1). Min bruk av denne har sannsynligvis variert i følgende fire faser av analysen:

2.7.1 Fase 1: Lesing for helhetsinntrykk

For å få et helhetsinntrykk av transkripsjonene, ble alle intervjuene lest igjennom hver for seg. Meningen i denne fasen var å åpent reflektere over hva tekstene faktisk formidlet (Malterud 2003). Her ble det etter beste evne forsøkt å *ikke* la min forforståelse være fremtredende. Det ble lagt vekt på å se etter lignende utsagn hos informantene og gjøre notater tilknyttet disse, *uten* bevisst å systematisere tekstsekvensene på dette stadium i analysen.

2.7.2 Fase 2: Fra helhetsinntrykk til meningsbærende enheter

Det andre trinnet i organiseringsprosessen var å se etter *meningsbærende enheter* (Malterud, 2003). Siden intervjuene ble gjennomført med et strukturert opplegg, ble alle intervjuetranskripsjonene lest igjennom på nytt, men denne gangen med fokus på hva informantene hadde svart på hvert spørsmål i intervjuguiden. Under denne systematiske og sekvenserte gjennomlesningen, fikk hver av de meningsbærende enhetene en egen fargeoverstreking som tilsvarte det aktuelle spørsmålet informantene hadde fått fra intervjuguiden. Hver av de meningsbærende enhetene ble kodet i kolonner på et A3-ark. Når en kode fremkom, ble nummeret på informantintervjuet og nummereringen av de linjene hvor tekstsekvensen var hentet fra, skrevet i kolonnen for å skape systematikk (se eksempel på denne prosessen i vedlegg 6).

Det neste som ble gjort, var at jeg forsøkte å finne svar på forskningsspørsmålene ut i fra det hver enkelte informant hadde fortalt. På nytt ble det brukt et A3-ark for hver informant, hvor arket ble delt inn i kolonner etter de tre forskningsspørsmålene. Intervjuetranskripsjonen ble skrevet ut på nytt, uten innhold av markeringer fra tidligere analyser. Når det nå fremkom meningsdannende enheter under gjennomlesningen av

intervjuene som besvarte forskningsspørsmålene, ble disse understreket og skrevet inn i kolonner for de tilhørende forskningsspørsmålet på det nye A3-arket. En kode har til hensikt å fange opp og klassifisere meningsdannende enheter som kan besvare studiens problemstilling (Kvale, 2001; Malterud, 2003). Organiseringen av kodene i fase 2 er vist i vedlegg 7. I tillegg til denne organiseringen av svar på forskningsspørsmålene, inneholdt hvert ark en rute hvor utsagn fra informanten ikke kunne kodes på samme vis som de andre. Disse ”kodeløse” meningene inneholdt likevel informasjon som kunne bidra til å besvare forskningsspørsmålene.

Den avsluttende delen av fase 2 besto i å systematisere de meningsbærende enhetene ytterligere. Hvert av intervjuene ble lest igjennom nok engang, men denne gangen ble A3-arket inndelt etter forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmål 1 og 2 ble plassert på hvert sitt A3-ark, mens forskningsspørsmål 3 ble skrevet på to A3-ark; det ene arket for kunnskapsbærende meninger, mens det andre skulle påføres holdningspregede meninger. Som også gjennomført tidlig i fase 2, ble nummeret på informantintervjuet og nummereringen av de linjene hvor tekstsekvensen var hentet fra, skrevet i kolonnen. Dette ble gjort for at forskeren skulle gjenfinne sitater til videre bruk i fase 3 og fase 4. På denne måten kom kategoriene oversiktlig frem, samt at antallet informanter som havnet i hver enkelt kategori lot seg kvantisere (kaldt *meningskategorisering*; Kvale, 2001).

Ved avslutningen av fase 2 var meningsdannende enhetene blitt til koder. Gjennom hele fase 2 ble mine egne tanker og undringer underveis i prosessen nedskrevet på egne ark. Disse ”undringene” var trolig preget av min forforståelse (nærmere beskrevet i kapittel 2.1.1).

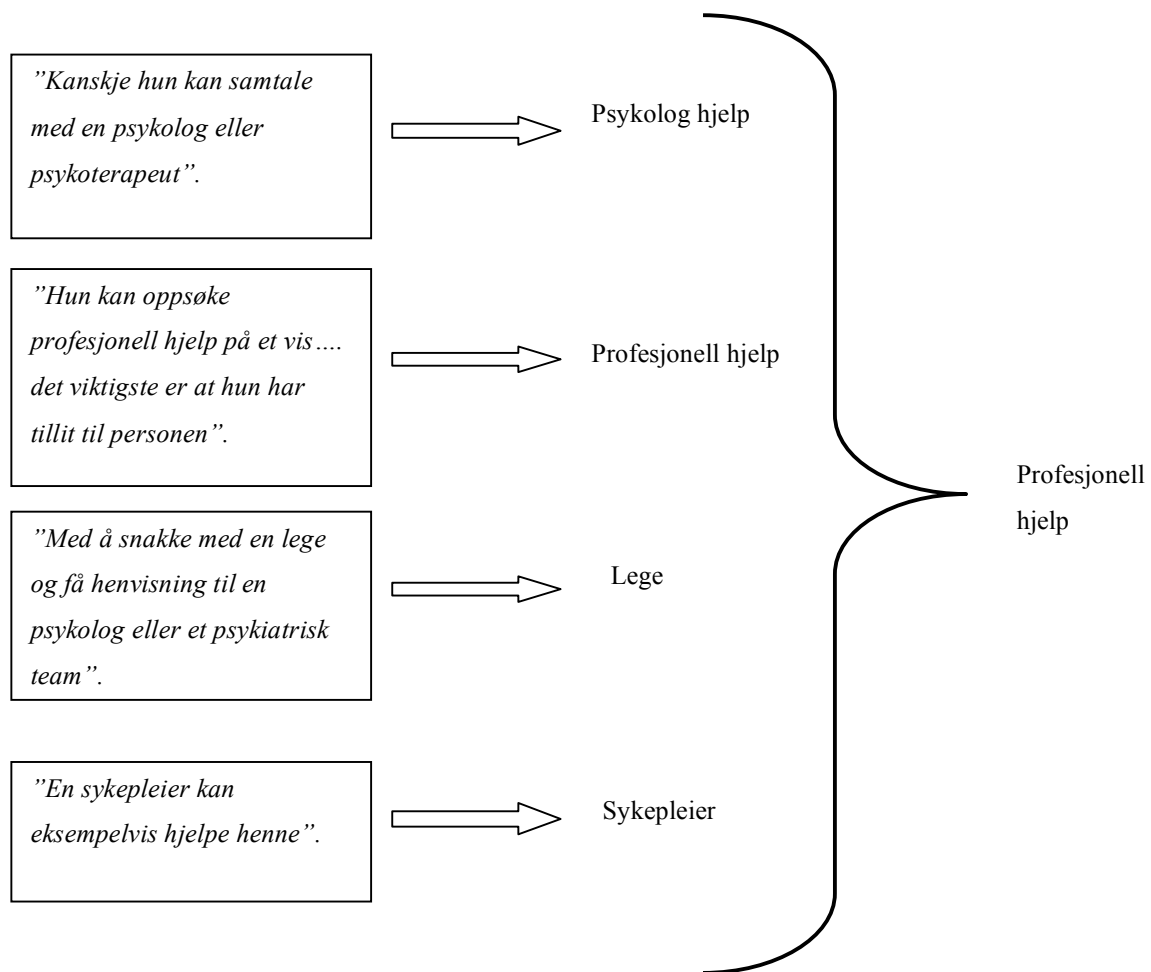
2.7.3 Fase 3: Fra kode til mening

Fase 3 hadde til hensikt å *abstrahere* den kodete kunnskapen (Malterud, 2003). I denne fasen ble noen av kodene fra fase 2 slått sammen til *kategorier* og inndelt etter rekkefølgen på forskningsspørsmålene. Under hvert av forskningsspørsmålene, ble de tilhørende kategoriene skrevet, med tilhørende eksemplifiserende sitater fra informantene. Dette gjentok seg for alle forskningsspørsmålene. Alle 21 informantene ble sitert.

Etter første skrivning, utgjorde mine intervjutolkninger 14 sider tekst og 26 utviklede kategorier. På nytt ble materialet nøye gjennomlest og analysert sammen med veileder. Etter runder med refleksjoner viste det seg, at flere kategorier med fordel enten kunne slås sammen, eller fjernes. Kategoriene som ble slått sammen hadde klare likhetstrekk, mens kategoriene som ble forkastet ble ansett for ikke å være nødvendige for å besvare problemstillingen og

forskningsspørsmålene, eller at det var mindre enn 5 informanter som havnet inn under kategorien. Eksempel på denne abstraksjonen er vist i figur 3. Sluttproduktet av dette ble 12 kategorier fordelt på de tre forskningsspørsmålene som blir presentert som *funn* i kapittel 3.

MENINGSBÆRENDE ENHETER KODER: FASE 2 KATEGORI:FASE 3



Figur 3. Abstraksjon fra meningsbærende enheter til kategorier.

2.7.4 Fase 4: Fra mening til vurdering innenfor rammen for MHL

Fase 4 hadde som mål å *sammenfatte* abstraheringene. I denne fasen ble studiens kategorier vurdert i forhold gyldighet og den sammenhengen kunnskapen er hentet fra (Malterud, 2003).

Først ble kategoriene som er presentert i fase 3 relatert til de tre forskningsspørsmålene. Deretter ble de mest sentrale funn som fremkom diskutert i lys av det teoretiske begrepet for MHL.

I diskusjonen av funn ble det som tidligere var fremkommet av meninger relatert til de tre formulerte forskningsspørsmålene. Hvert av forskningsspørsmålene ble diskutert separat i egne punkter, hvor funn, teori og forskning ble koblet sammen. I et eget punkt ble det reflektert over hvilke nivå av MHL informantene kunne befinne seg på.

MHL er i følge Jorm et al., 2006 sammensatt både av kunnskaper og ferdigheter om forhold som påvirker og berører en persons mentale helse. Trolig kan MHL anses å være et vidtspennende teoretisk begrep. Diskusjonen om informantenes nivå av MHL ble inndelt i åtte punkter. Muligens kan disse punktene gjenspeile *kriterier* for MHL. Etter denne inndelingen viste det seg hensiktsmessig å komprimere kriteriene til fire punkter. Disse fire kriterier var trolig mest relevant i denne studien. Avslutningsvis ble det diskutert hvilket nivå av MHL informantene kunne befinne seg på; *functional MHL*-, *interactive MHL*- eller *critical MHL*.

2.8 Ethiske betraktninger

Som et grunnprinsipp har deltakerne som er med i et forskningsopplegg krav på konfidensialitet. Dette innebærer at all informasjon som fremkommer vil bli behandlet anonymt og utilgjengelig for andre enn forsker (Thagaard, 2006). I utgangspunktet inneholder ikke min innsamlede mengde informasjon dokumentasjon på forhold som i etterkant vil kunne få negative konsekvenser for den enkelte deltaker eller utfordre det generelle personvernet. Alle intervjuamtalene mine var gjensidig taushetsbelagt, noe informantene fikk informasjon om, både i skriftlig og muntlig form. Momenter som hevdes av informantene vil derfor *kun* bli publisert innenfor rammen som settes for masteroppgaver og forskning av denne typen (Thagaard, 2006). Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplige datatjenester (NSD), og prosjektet er ikke meldepliktig til Regional etisk komité (vedlegg 8).

Intervjuene ble, som nevnt, tatt opp på lydbånd. Dette materialet er under studiet blitt sikkert oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og vil bli slettet etter at transkriberingen, analysen og evalueringen av studien er foretatt. Den transkriberte samtalen er fullstendig anonymisert. Informantenes navn er byttet ut med nummer.

Et fåtall av informantene presenterte egne erfaringer som kan betraktes å være av privat karakter. Disse ble ikke transkribert og brukt i min analyse.

Studien er et ledd i forskeren min mastergrad, og dette ble tilkjennegjort i møtet med informantene. Det var heller ingen relasjon (bekjentskap, vennskap, familie, etc.) mellom dem og meg.

3 PRESENTASJON AV FUNN OG TOLKNINGER

I det følgende kapittelet vil det bli gitt en presentasjon av studiens funn i henhold til oppgavens forskningsspørsmål. Under hvert av forskningsspørsmålene vises svarkategoriene som utviklet seg gjennom fortolkningsarbeidet med intervjutranskripsjon. Hver kategori starter med en redegjørelse for den tilhørende abstraksjonen. Jeg har valgt å sitere enkelte ”typiske” informantutsagn, som jeg mener eksemplifiserer mine kategoriske tolkninger. Når ordet *sykdom* omtales i dette kapittelet må det forstås i rammene for begrepet lidelse, uttalt fra informantene. I presentasjonen av sitatene er det et bevisst valg å være ordknapp i mine påfølgende vurderinger. Hver av kategoriene vil bli diskutert i kapittel 4.

3.1 Gjenkjenner informantene den psykiske lidelsen depresjon på bakgrunn av beskrivelsen gitt i stimulusmaterialet?

Til det første forskningsspørsmålet utviklet det seg to svarkategorier. Disse fremkom under min tolkning av informantenes svar på spørsmål 1 og 2 i intervjuguiden (se vedlegg 3).

3.1.1 Kategori 1: Identifiserer depresjon

Femten av de 21 informantene hevdet etter mine tolkninger, at Marit som ble beskrevet i stimulusmaterialet, var i en *depressiv tilstand*. Av disse informantene var det et fåtall som helt i begynnelsen av intervjuet uttrykket dette, mens flesteparten av informantene kom fram til at lidelsen måtte være depresjon som følge av egen resonnering fremlagt senere i intervjuene. Seks informanter mente å kjenne seg igjen i situasjonen som var beskrevet. Disse gav uttrykk for å gjenkjenne symptomene, enten hos seg selv, eller hos andre. Informantene som ble plassert innenfor denne kategorien, benyttet alle begrepet *depresjon* i vurdering av tilstanden. Eksempler på dette var:

Informant 10 (Linje 3-5): *Det er ikke normalt å skulle føle seg slik hver dag, selvsagt går det an å ha oppturer å nedturer, men det virker som hun sliter med noe mer. Det første jeg egentlig tenkte på var depresjon.*

Informant 13 (Linje 3-6): *Ja, det virker som om hun kanskje er litt deprimert eller utbrent. Om du er deprimert, vil du ofte ikke gjøre ting, alt dagligdags er veldig tungt å gjennomføre.....du sover veldig mye....*

Informant 16 (Linje 3-6): *En skal kanskje være litt forsiktig med å si at hun er syk, men at hun kanskje kan være litt deprimert, og at hun sliter litt psykisk, men det behøver jo ikke å være noen sykdom. Det er veldig skummelt å si at man er psykisk syk. Man kan jo være trist og lei seg uten å være syk....*

Informant 21 (Linje 4-6): *Jeg har følt det slik selv i blant. Plutselig bli trist av ingenting, føler at ting ikke er bra, blir veldig sliten, får ikke sove, orker ikke spise. Jeg synes dette er tegn på depresjon, jeg.*

Informant 22 (Linje 13-15): *Det kan jo være at det har skjedd noe, noe som gjør at hun havner i en kjemisk ubalanse i hodet, som kan gi henne depresjon eller noe slikt. Jeg regner med at det er en depresjon hun har fått.*

Informant nr 10 mener muligens at noe er ”galt” med personen som stimulusmaterialet beskriveren og relaterer dette til å være en depresjon. Sitatet er tatt fra en informant som helt fra begynnelsen av intervjuet gjenkjenner symptomer på en depresjonstilstand.

Informant nr 13 kan trolig sies å ha en noe mer tilbakeholden mening om at tilstanden er en depresjon. Denne informanten kan være et eksempel på en som bruker betegnelsen depresjon uten å anse denne tilstanden til å være en sykdom men heller en reaksjon på en belastende hverdag. Vedkommende sammenligner utbrenthet med det å være *litt* deprimert.

En lignende beskrivelse kan trolig sies å ha bli gitt av informant nr 16. Denne informanten betrakter depresjon som en relativ vanlig hendelse som kan opptre ofte, og derfor ikke vurderer tilstanden som en sykdom. Vedkommende vegrer seg trolig for å mene at depresjon er en sykdom.

Informant nr 21 trekker egne erfaringer inn for å konkludere med at stimulusmaterialet handler om en person med depresjon.

Informant nr 22 kan sies å eksemplifisere en mer medisinsk tilnærming i sitt synspunkt på hva stimulusmaterialet presenterer. Når informanten mener at tilstanden er en depresjon, underbygges dette frem ved å trekke inn patologiske aspekter ved denne tilstanden.

Min samlede tolkning i denne kategorien er at et klart flertall av informantene assosierte tilstanden som var beskrevet i stimulusmaterialet med lidelsen depresjon. Det varierte likevel hvordan tilstanden beskrives av informantene vedrørende grad av alvorlighet. Heller ikke alle karakterisere depresjon som en lidelse.

3.1.2 Kategori 2: Forutgående hendelse

Seks informanter hevdet at en *forutgående hendelse* kunne være årsak til tilstanden beskrevet i stimulusmaterialet. Informantene i denne kategorien nevnte eksempelvis opplevelse av ulike former for tap, problematiske relasjoner og opplevd voldtekt som mulige årsaksforklaringer. ”Psykisk overbelastning” ble også nevnt i denne forbindelsen. Følgende sitater eksemplifiserer denne kategorien:

Informant 4 (Linje 4-5): *Ja, jeg tenker at enten har hun opplevd noe, eller så har hun dårlig samvittighet for noe.*

Informant 15 (Linje 5-7): *Det kan jo være noe i privatlivet hennes. Jeg får et inntrykk av at det kanskje ligger noe bak, men det kan jo være på jobben, og. Jeg tenker at det er en hendelse som har skjedd.*

Informant 17 (Linje 11-12): *Hun sover dårlig, altså jeg tenker noe psykisk; ikke noe sykdom, men noe psykisk.*

Informant 19 (Linje 10-13): *Ja, kjærlighetssorg, eller kanskje hun har mistet noen hun er glad i; om det er et kjæledyr eller et menneske. Ja, kanskje det har skjedd et dødsfall, eller kanskje hun har problemer med seg selv.*

Informant nr 4 mener trolig at en spesiell opplevelse har hatt stor negativ innvirkning på Marit. Det kan også virke som om denne informanten mener at vedkommende selv kan ha forårsaket tilstanden.

Innformant nr 15 uttrykker at noe muligens ikke er som det skal være i privatlivet til Marit. På en annen side, har informanten ingen forslag til hvilken hendelse dette kan ha vært.

Informant nr 17 mener, etter mine tolkninger, at tilstanden ikke indikerer en definert sykdom, men noe ”psykisk”. Denne informanten er sannsynligvis ikke kjent med at det er en

sammenheng mellom betegnelsene psykisk og sykdom, og atskiller følgelig disse to begrepene.

Informant nr 19 foreslår ulike tapshendelser i mennesket livsløp som en mulig forklaring på Marits tilstand.

Samlet sett, er min tolkning at et mindretall av informantene mente stimulusmaterialet gjengir en tilstand som er fremkommet som følge av ulike personlige belastninger.

3.2 Hva mener informantene kan være god hjelp til Marit som lider av depresjon?

Til dette forskningsspørsmålet ble det foreslått ulike alternativer til hva som kunne være god hjelp for den deprimerte. Følgende svarkategorier utviklet seg under min tolkning av informantenes svar på spørsmål 3 og 4 i intervjuguiden (se vedlegg 3).

3.2.1 Kategori 1: Samtale som god hjelp

Det å kunne ha noen å snakke med ble nevnt av hele 19 informanter. Flere av informantene nevnte at det viktigste da, var at man snakket med noen som en har tillit til. Eksempler på utsagn fra informantene i denne kategorien var:

Informant 2 (Linje 7-8): *Hun må i alle fall få snakket med noen, kanskje få ryddet opp i problemene sine.... få satt ord på det som skjer rundt livet hennes.*

Informant 15 (Linje 18-20): *Kanskje prate med noen som hun stoler på; om det er noe som plager henne; om det er noen på jobben hun kan prate med, eller om det er noen i familien.*

Informant 16 (Linje 21-25): *Det er viktig at hun får prate med noen som tar henne på alvor... Og det bør jo en fastlege eller en psykolog gjøre.... Men det er vel ikke alltid at det skjer.*

Informant 21 (Linje 27-28): *Det er viktig at hun får støtte. For det er veldig vanskelig å komme seg ut av dette alene, føler jeg....(lang pause).... Hun trenger noen å prate med om hva som er galt. At noen setter seg ned og hører på hva hun har å si; det er viktig.*

Informantene mente at samtalen har størst betydning som hjelp til Marit. Informant nr 2 hevder at det viktigste er at *problemene* blir løst, og at dette ikke kan gjøres av vedkommende alene. Denne informanten synes det er viktig å få satt ord på følelser, og at en da må ha noen å meddele disse følelsene til.

Tillit blir sterkt vektlagt hos informantene, noe utsagnet fra informant nr 15 trolig viser. Denne informanten vektlegger tillit under samtalen som den viktigste ingrediens for at hjelpen skal bli effektiv for vedkommende.

Informant nr 16 mener at det må være noen som kan ta Marit på alvor, og nevner i denne sammenheng ulike helseprofesjoner som kunne være aktuelle for henne å oppsøke. Likevel er trolig denne informanten tvilende til om helsearbeidere vil kunne være til hjelp for damen i den beskrevne situasjonen. Noen informanter var faktisk usikre på hvilke roller helsevesenet kan ha for personer med depresjon.

Det synes viktig at vedkommende som yter hjelp er lydhør for hva mottakeren har å si, noe informant nr 21 nevner. Informanten vektlegger et aspekt ved den mottatte hjelpen; at den berørte får en aktiv rolle.

Min samlede tolkning av utsagnene i denne svarkategorien er at det varierte hvem informantene mente det ville være gunstigst å snakke med. En fellesnevner var likevel at hjelpen måtte komme fra et menneske som den deprimerte hadde tillit.

3.2.2 Kategori 2: Det nære nettverket

Femten av informantene mente sannsynligvis at nære venner og de nærmeste familiemedlemmene burde være viktige hjelpeinstanser for Marit, hvilket helhetlig kan betraktes som mennesker i hennes *nære nettverk*. Det nære nettverket ble hyppig nevnt av informantene som den første hjelpeinstansen som Marit burde ty til, både når det gjaldt å få direkte hjelp og for å kunne få støtte til å navigere frem til rett hjelpeinstans innen helsevesenet. Her er noen sitater fra denne svarkategorien:

Informant 3 (Linje 53-55): *Når jeg tenker meg om, så kanskje familie og venner først..... Det er kanskje de du henvender deg til først. Så om du ikke kommer noen vei med det, så kan du kanskje henvende deg videre etter det.*

Informant 6 (Linje 25-26): *At venner kan være der sammen med henne, snakke sammen, kanskje lage god mat sammen, siden hun har gått ned i vekt.*

Informant 10 (Linje 25-27): *Det å ha noen rundt seg er viktig, at hun får en følelse av at hun er viktig. Noen hun kan stole på; om det er gamle venner eller familie, eller om det er noen nye venner hun kan binde seg til som hun føler tillit til.*

Informant 17 (Linje 31-34): *Hadde jeg vært Marit, så ville jeg prøvd å ta kontakt med de rundt meg, prøvd å ta kontakt med dem og snakke med dem, i alle fall....Og om ikke det hadde hjulpet, så tror jeg at jeg ville gått til legen.*

Informant 18 (Linje 35-40): *Vi hører jo stadig vekk om folk som møter den berømte veggen.... Jeg tror vel at noen unngår det fordi de har noen rundt seg som kanskje fanger opp de signalene, da. Det er kanskje litt tilfeldig hva som gjør at noen blir virkelig dårlige og noen kommer seg videre; litt tilfeldig hvem en har rundt seg, og hvem en tyr til, og om en har noen å ty til.*

Informant nr 3 mener tydeligvis at mennesker som kan hjelpe Marit i første omgang er de som hun har en nær og privat relasjon til. Dersom disse ikke kan bidra, vil hjelp fra det profesjonelle helsevesenet være nyttig.

Informant nr 6 foreslår at venner kan hjelpe ved å bidra med aktivisering. Informanten foreslår noe som kan ha en helsemessig gunstig effekt på mange i lignede situasjoner som beskrevet; nemlig det å lage mat sammen med venner.

Dette underbygges trolig av utsagnet til informant nr 10 som vektlegger det sosiale aspektet; at det er viktig å ikke være alene når man har det vanskelig. Eksempelet fra informant nr 10 viser også at tillit i relasjoner kan være en avgjørende positiv faktor.

Sitatet til informant 17 dreier seg om at den berørte selv bør ta kontakt med sitt nettverk. Informanten mener at dersom hjelp fra nettverket ikke når frem, bør det profesjonelle helsevesenet kontaktes. Dette var forøvrig et moment som ble nevnt av mange informanter. Det kan være avgjørende for utfallet, i følge informant 18, om de som er rundt den deprimerte (det nære nettverket) faktisk klarer å fange opp signalene om at noe galt. Samlet sett, mener trolig et flertall av informantene at det nære nettverket er den viktigste "førstehjelpen" for Marit.

3.2.3 Kategori 3: Profesjonell hjelp

Femten informanter kom med utsagn som kunne tyde på at ulike former for *profesjonell* hjelp ville være nyttig for Marit. Av disse, var det åtte informanter som spesifiserte at konsultasjon hos en lege ville kunne hjelpe vedkommende. Psykolog ble også nevnt av mange, men få av informantene utdypet hva en psykologs oppgave eller hjelpebidrag kunne være i dette tilfellet. Eksempler på sitater vedrørende dette var:

Informant 2 (Linje 7-12): *En legesamtale for å få en henvisning videre til en sosionom eller psykolog, noen å snakke med som kan få utreda dette noe mer. Jeg tror ikke hun skal ha noen medisiner her. Man må prøve å finne ut grunnen her før man skal medisinere. En lege kan finne ut om hun trenger noen å prate med, tror jeg.*

Informant 9 (Linje 37-40): *Hun bør jo kanskje gå til en lege. Hun er, for trist og ulykkelig. Det kan jo være mangel på noen vitaminer eller mineraler, og....sjekke ut at det ikke er noe galt før man gjør noe videre. Det må jo være veldig viktig.*

Informant 15 (Linje 22-25): *Om hun snakker med venner eller familie og kommer frem til at hun virkelig har problemer, da; om hun kanskje må søke videre hjelp til noen som kan litt mer om det; en psykolog eller en lege.*

Informant 18 (Linje 18-21): *Jeg tror det må være en person med en helsefaglig utdanning; en som kan se helheten i hennes situasjon.... Og kanskje en i dette tilfellet som har kompetanse på dette med mentale og de psykiske ting. Jeg tror at det har mye med den personlige egenskapen hos den enkelte helsefaglige personen å gjøre.*

Sitatet fra informant nr 2 kan tyde på at hjelp fra en som har kunnskaper til å navigere henne videre til rett instans innen helsevesenet er gunstig for Marit. Fastlegen menes å være den som kan bidra med dette. Informantens utsagn er således et eksempel på at psykologisk behandling bør vektlegges. Både psykolog og sosionom blir foreslått som aktuelle profesjonelle hvor man kan få hjelp. Det foreslås også at slike personer bør kontaktes *før* eventuell medikamentell blir vurdert.

Informant nr 9 vektlegger å først kartlegge biologiske faktorer, siden depresjonen muligens kan skyldes mangler på vitaminer eller mineraler i Marits kropp. Således er denne

informantenes utsagn et eksempel på å skille mellom fysiske og psykiske årsaksforklaringer. Informanten kommer også med flere somatiske årsaksforklaringer på Marits tilstand.

Informant nr 15 ser ut til å mene at tilstanden i første omgang bør kartlegges i samarbeid med det private nettverket. Dersom de kommer fremt til at noe er galt, bør det profesjonelle helsevesenet kontaktes. Dette er et typisk sitat for informantene som er plassert i denne kategorien.

Informant nr 18 er opptatt av at hjelpen bør komme fra helsepersonell som evner å se tilstanden i en helhetlig kontekst. Her vektlegges det psykiske aspektet. Helsepersonell sine individuelle forutsetninger og egenskaper anses også av vedkommende å være viktig for å kunne gi Marit god behandling. Informanten vurderer trolig at det beste for henne vil være en helhetlig form for behandling, noe som imidlertid ikke var et særlig representativt svar blant informantene i denne kategorien.

Sett under ett, er min tolkning at femten av informantene mente det profesjonelle helsevesenet vil kunne tilby god hjelp til mennesker med depresjon. Profesjonell hjelp ble foreslått dersom det ikke hjalp for den deprimerte å snakke med mennesker i det nære nettverket. Informanter som hevdet at en lege kunne være til god hjelp, hadde mer konkrete meninger om hva slags *type* hjelp legen kunne gi enn informanter som var mer uspesifikke i sine henvisningsforslag til profesjonelle instanser.

3.2.4 Kategori 4: Arbeidsleder

Elleve av informantene anser *arbeidslederen* på jobben til Marit som en viktig ressurs i situasjonen hun befinner seg i. Denne lederen nevnes også som en inngangsport til å få videre hjelp. Følgende sitater viser eksempler fra denne kategorien:

Informant 1 (Linje 11-13): *Det er jo arbeidslederen hennes som har fått vite om det her, eller har registrert det. Så da er det kanskje veldig viktig at hun må ta tak i det. I alle fall sørge for at det blir tatt tak i av nettverket.*

Informant 6 (Linje 10-11): *Arbeidslederen er jo bekymret for henne. Han kan jo sette seg ned å prate med henne. Kanskje sende henne videre til bedriftshelsetjenesten.*

Informant 17 (Linje 46-49): *Denne arbeidslederen burde jo ta litt tak i dette her.... Det ville i alle fall jeg ha gjort, om jeg hadde sett dette her. Du vil jo ha medarbeidere som har det greit på jobben sin og som gjør en god jobb.*

Informant nr 1 mener at arbeidsleder vil være en god hjelp, også for å navigere Marit videre til hennes nære nettverk.

Informant nr 6 nevner at bedriftshelsetjenesten kan yte hjelp. Informanten anser arbeidsplassen og de ressurser som finnes der som en viktigste hjelpearena for Marit. Denne meningen uttrykker flere informanter i denne kategorien.

Informant nr 17 vektlegger arbeidsmiljøet. Informanten mener trolig at det er et lederansvar å yte hjelp av denne art til en medarbeider.

Samlet sett, kan det tyde på at omtrent halvparten av informantene gav uttrykk for at en arbeidsleder har et ansvar overfor Marit. At et menneske ikke har det bra med seg selv, kan bli spesielt synlig i en arbeidssituasjon, hvilket også er poengtert i stimulusmaterialet. Det kan derfor stilles spørsmål ved om informantene i denne kategorien hadde foreslått at en arbeidsleder burde være til god hjelp for Marit dersom ikke ordet ”arbeidsleder” hadde vært nevnt i dette.

3.3 Informantenes kunnskapsbærende og holdningspregede meninger om depresjon

Denne delen tar for seg min kategorisering av informantenes *kunnskapsbærende og holdningspregede meninger* om den alvorlige depressive episoden som rammer Marit beskrevet i stimulusmaterialet (spørsmål 5, 6 og 7 i intervjuguiden med tilhørende tilleggsspørsmål – se vedlegg 3). Av kunnskapsbærende meninger utviklet det seg, i min tolkning av informantenes svar, to svarkategorier, mens det av holdningspregede meninger utviklet seg fire.

3.3.1 Kunnskapsbærende meninger

På spørsmål om hva informantene mente kunne være faktorer som bidro til at en person havnet i den situasjonen som stimulusmaterialet beskrev, oppga de fleste informantene ulike årsaksforklaringer. En gruppes svar har fått samlebetegnelsen psykodynamiske årsaksforklaringer (kategori A1). Den andre gruppen nevnte at bedringsutsiktene for Marit var avhengig av hvilken hjelp vedkommende kunne få (kategori A2).

3.3.1.1 Kategori A1: Psykodynamiske årsaksforklaringer

Hele 19 av informantene hevdet på forskjellig vis at en overordnet hendelser og/eller belastninger på ulike arenaer i livet kunne være årsak til Marits situasjon. Tretten av disse informantene igjen spesifiserte at vedkommende sin jobbsituasjon kunne være en årsak. Tolv informanter foreslo familiære problemer. Følgende utvalgte sitater viser eksempler på dette:

Informant 2 (Linje 64-66): *Hun er jo i 30 årene. Og om jeg bare tenker i mitt hode; det kan være problemer med samboer, ektefelle, kjæreste, eller familien.*

Informant 10 (Linje 18-20): *Kanskje hun ikke har mann og barn. Jeg tenker kanskje at hun er ensom.*

Informant 18 (Linje 67-69): *Det kan være veldig mye forskjellig. Det kan være at hun har opplevd en slags personlig krise. Det kan være at hun har opplevd ett eller annet som gjør at hun blir trist og ulykkelig.*

Informant 21 (Linje 62-64): *Det kan jo være noe på jobben, at hun har en veldig krevende jobb, og at hun dermed føler at hun ikke strekker til.*

Informant 23 (Linje 37-38): *Kanskje hun har mistet noen som hun er glad i, eller det kan være flere ting som har hopet seg opp. Så blir det bare nok til slutt.*

Informant nr 2 vektlegger aldersaspektet til Marit. Det kan forstås at uoverensstemmelser i privatlivet hennes (ensomhet, mangel på egen etablert familie) kan være en forklaring på den psykiske tilstanden hun befinner seg i. Informant nr 10 hentyder noe av det samme (ensomhet).

Informant nr 18 er litt mer vag i sin formulering, selv om ord som ”personlig krise”, ”trist” og ”ulykkelig” er brukt for å beskrive Marits problemer. Denne informanten vektlegger således en hendelse i hennes liv som mulig årsak, noe som var typiske meninger hos flere av informantene plassert i denne kategorien.

Informant nr 21 hevder at jobbrelaterte vanskeligheter kan være årsak til depresjonen. Stort press og krav som personen ikke klarer å innfri, utarter seg til en depresjonstilstand.

Informant nr 23 vektlegger det helhetlig bildet av situasjonen som personen befinner seg i; at den totale belastningen til slutt blir for overveldende og fører til en depressiv tilstand. Lignede helhetstenkning hadde også flere av informantene.

En samlet tolkning i denne kategorien kan tyde på at ulike situasjoner, tilstander eller belastninger for vedkommende blir ansett å kunne være årsaker til den beskrevne situasjonen.

3.3.1.2 Kategori A2: Bedringsutsikter avhenger av hjelp

Femten informanter mente sannsynligvis at både typen hjelp, og om den virket, ville være avgjørende for hvordan fremtiden vil bli for Marit. Her er noen eksempler på hvordan dette fremkom under intervjuene:

Informant 2 (Linje 34-36): *Jeg tror at dersom hun kommer tidlig til en utredning, vil fremtidsutsiktene hennes være kjempe gode. Jeg mener om hun får hjelp før det går så langt at hun blir suicidal, og ting blir veldig tungt for henne, og hun kanskje går inn i en veldig dyp depresjon, da blir det mye vanskeligere å komme opp igjen.*

Informant 4 (Linje 64-67): *Man må jo tenke at det går bra med henne; om det er en større depresjon, slik at man må ha medisiner og et større apparat rundt.... Men det kommer til å gå bra. I sosialdemokratiske Norge er det alltid et nettverk rundt av ressurser, sånn helsefaglig, som vil ta vare på deg.*

Informant 7 (Linje 20-22): *Om hun tar imot hjelp og prøver å forandre seg, så ser det ut som det kan gå bra. Men om hun ikke tar imot hjelp og fortsetter som hun gjør nå, så er hun kommet inn i en ond sirkel som bare blir verre og verre..... fordi det ser ikke ut som hun kan komme seg ut av dette selv.*

Informant nr 2 hevder at tidsaspektet for når helsevesenet intervensjoner kan ha betydning for hvordan den berørtes tilstand vil utarte seg i fremtiden. Trolig mener informanten at dersom depresjonen etter hvert blir mer alvorlig enn stimulusmaterialet beskriver, vil en eventuell bedringsprosess kompliseres.

Informant nr 4 henviser til det helhetlige aspektet ved det norske velferdssystemet, som har som oppgave å hjelpe mennesker som blir rammet av sykdom.

Informant nr 7 betoner viktigheten av at den berørte er åpen for å ta imot hjelp, og at det må være en vilje hos vedkommende til å endre situasjonen sin for at bedring skal kunne skje.

Min samlede tolkning er at i overkant halvparten av informantene mener at Marits fremtidige liv avhenger av hvilken *type* hjelp hun mottar.

3.3.2 Holdningspregede meninger

Til spørsmålet i intervjuguiden som angikk deres *holdningspregede meninger* til lidelsen depresjon, kom omtrent samtlige av de 21 informantene med utsagn som handlet om hvordan de trodde andre personer vanligvis tenker og reagerer på den beskrevne situasjonen. De fire kategoriene som utviklet seg var: perspektivavhengig (B1), distanse (B2), egosentrisk samfunn (B3) og psykiske lidelser er tabubelagt (B4). Informantene nevnte forøvrig uttrykket psykisk lidelse hyppigere enn begrepet depresjon i denne delen av intervjuet.

3.3.2.1 Kategori B1: Perspektivavhengig

Seksten informanter mener at synspunkter på og kunnskap om temaet beskrevet i stimulusmaterialet, kan bety mye for hvordan man betrakter mennesker i en slik situasjon. Eksempler på slike utsagn er:

Informant 1 (Linje 57-60): *Det kommer litt an på hva slags bakgrunn de har, hva slags grunnlag de har for å vurdere det dem ser. Noen har kanskje opplevd det selv og kjenner seg igjen, og vet at hun ikke velger å ha det slik, mens andre har kanskje flydd igjennom livet uten noen problemer, og dermed ikke takler det så bra.*

Informant 2 (Linje 115-117): *Vi tilegner oss stadig mer kunnskap om psykisk lidelser, og det er lettere å godta det nå en hva det var før. Om det er akseptert, kommer litt an på generasjon. Jeg tenker min alder, da. Jeg er jo 30 år, og de som er yngre, det er litt mer vanlig nå. Du er liksom ikke gal i hodet om du har hatt en depresjon.*

Informant 7 (Linje 42-44): *Jeg tror at mange som ser at folk er ulykkelige og triste, kanskje ikke helt vet hvordan de skal hjelpe. At de derfor prøver å unngå det, og tenker at de sikkert får hjelp av noen andre. Jeg tror at mange er redde for å ta tak i ting.*

Men jeg tror at mange prøver å ta tak i ting, men at de ikke vet helt hvordan de skal gjøre.

Informant 17 (Linje 71-72): *Å spørre rett ut om du har det greit, da går du innenfor, du bryter en grense. De fleste vil klare alt selv, og ønsker at alt skal være greit.*

Informant 22 (Linje 108-111): *Det er ikke sikkert at folk vet hvordan de skal hjelpe. Det kommer helt an på om det er en hendelse som gjør dette her, eller om det er brudd på et eller annet, eller oppbrudd i noe forhold.*

Informant nr 1 ser ut til å mene at egne erfaringer - og hvordan de er opplevd og håndtert - har betydning for hvordan en selv vil håndtere og takle andre mennesker som er deprimerte. Dette synspunktet kan sies å være typisk for flere av informantsvarene i denne kategorien.

Informant nr 2 mener at synet på depresjon og deprimerte kan være et aldersfenomen; de yngre har lettere for å akseptere denne tilstanden. Informanten antyder at det er større hyppighet av depresjonslideleser nå enn før, og at det helst berører yngre mennesker. Større utbredelse av depresjon skaper muligens også mer kunnskap om sykdommen hos den yngre generasjonen, hvilket igjen kan føre til økt forståelse og toleranse. Lignede utsagn forekommer hos flere av informantene i denne kategorien.

En tolkning av sitatet fra informant nr 7 kan være at det ikke bestandig er lett å vite hvordan tilstander som depresjon skal håndteres. Det blir derfor enklere å la være å tre inn i omsorgs- eller hjelperollen.

Informant nr 17 sier at det ikke er lett å be andre fortelle om hvordan de har det, og dersom det likevel skjer, trår man over en personlig intim grense. Det kan tenkes at denne informantene mener at det ville vært bedre om den deprimerte selv kunne be om hjelp.

Informant nr 22 antyder at omgivelsenes forståelse og inngripen avhenger av ens kjennskap til forløpet; hvordan Marits liv har vært. Dersom problemet hennes kan forstås, så vil det lettere kunne få aksept. Flere informanter i denne kategorien var inne på dette i lignende utsagn.

Min samlede vurdering av utsagnene i denne kategorien er at kunnskap om depresjon, eller direkte/indirekte erfaringer som man har med sykdommen, har betydning for hvilke holdninger informantene mener mennesker i samfunnet etablerer til psykiske lidelser og deprimerte personer.

3.3.2.2 Kategori B2: Distanse

Ni informanter kom med utsagn som kunne tolkes som om de mente at mange mennesker nok ville ta avstand fra personer med psykiske problemer lik som er beskrevet i stimulusmaterialet. En årsak til dette kunne være, at en ikke vet hvordan en skal forholde seg til personer med en slik sykdom, eller at man heller ikke har innsikt i hvordan man konkret kan hjelpe slike personer (sitat):

Informant 5 (Linje 55-56): *Når alt er i orden, er det veldig flott og greit. Men så fort man har litt problemer, så er det lett å bare trekke seg unna. Det kan være veldig vanskelig for noen å spørre, og da trekker de seg heller bort i stedet for å gå inn på henne.*

Informant 10 (Linje 106-109): *Jeg tror vel ikke at samfunnet i Norge vil erkjenne at det finnes, fordi vi har det jo så fint. Vi har penger, og vi har jo alt liksom..... Men det er jo ikke slik.... Det er mange som sliter. Det er mange mørke tall i forhold til dem som går og søker hjelp, da.*

Informant 11 (Linje 43-45): *Om man skal gå ut fra at hun har noen psykiske problemer, så tror jeg at folk viser avstand til folk som har problemer, slik. I alle fall om de ikke kjenner dem. Om de bare ser dem på gaten, så tror de bare at de er "klin gærne".*

Informant 22 (Linje 98-99): *Dessverre vil nok folk ta avstand til å begynne med. For det virker som hun er veldig trist, og da skygger ofte folk unna, stort sett.*

Informant nr 5 mener trolig at det er vanskelig for friske å forholde seg til mennesker som er deprimerte.

Informant nr 10 mener at depresjon er en tilstand som det blir tatt lite hensyn til i samfunnet. Flere av informantene i denne kategorien, mente at relasjonen man har til den deprimerte selv er vesentlig for hvordan en forholder seg til lidelsen. Dersom man ikke har en relasjon til den sykdomsberørte, er det enkelt å bare trekke seg unna. Utsagnet til informant nr 11 viser eksempel på dette.

Informant nr 22 mener trolig også at det er lett å trekke seg unna når et ukjent menneske er i et nedsatt stemningsleie. Det kan tyde på at man gjerne vil distansere seg fra personer med depresjon.

Samlet sett, ser i underkant av halvparten av informantene ut til å mene at mennesker vil kunne distansere seg fra den deprimerte som en løsning for dem selv, muligens fordi en ikke vet hvordan man skal forholde seg til eller hjelpe vedkommende.

3.3.2.3 Kategori B3: Egosentrisk samfunn

Syv av informantene hevdet at mange mennesker kan ha en så krevende hverdag at de har nok med seg selv. De vil derfor ikke engasjere seg i et annet menneskes depresjonstilstand. Informantene mente trolig at det sjelden var tid eller overskudd igjen hos mange til å vise omsorg overfor mennesker som Marit, fordi samfunnet og arbeidsmarkedet i dag stiller så høye funksjonskrav til den enkelte. Denne svar kategorien kan eksemplifiseres med følgende tre informantsitater:

Informant 2 (Linje 92-98): *Jeg tror nok at folk hadde brydd seg etter hvert, men det kommer helt an på hvor mye ressurser de har til å forholde seg til det, da. Om hun bare har venninner som er gift og har tre barn, eller om hun har venner som ikke har familie. Det er ikke så lett å hjelpe en venninne om du selv har en familie som trenger deg. Man må ha energi til det.*

Informant 13 (Linje 69-71): *Det er nok mange som ikke takler at andre har problemer.... Folk føler de har nok med seg selv, og da vil de ikke påta seg andre sine problemer.*

Informant 16 (Linje 92-95): *Jeg tror at det er mye mas og jag i samfunnet. Vi har en stressende hverdag, alle har nok med seg selv. Tiden må strekke til for egen del, og man har ikke tid til andre som har problemer.*

Flere av informantene i denne kategorien synes å vektlegge at andre sine personressurser har betydning for hvor og hvordan man hjelper mennesker som er i en depressiv tilstand. Det kan trolig tenkes at selv om noen i det nære nettverket skulle blir involvert, ville likevel andre ”energiske” instanser eventuelt kunne tre inn. Informant nr 2 eksemplifiserer muligens dette.

Informant nr 13 hevder omtrent det samme, men poengterer samtidig at folk flest ofte har nok med seg selv og helst trekker seg unna personer som ikke har det psykisk bra.

Informant nr 16 påpeker at samfunnet og arbeidslivet stiller så store krav til en, at det ikke blir overskudd til å hjelpe mennesker med problemer.

Alt i alt, tyder trolig informantsvarene i denne kategorien på at samfunnets høye krav til den enkeltes funksjonsnivå vil kunne innvirke på menneskers vilje og anledning til å stille opp for mennesker med depresjon.

3.3.2.4 Kategori B4: Psykiske lidelser er tabubelagt

Tolv informanter hevdet at samfunnet ikke i tilstrekkelig grad aksepterer personer med psykiske lidelser. De mener selve temaet er tabubelagt, og at det sjelden godtas at man ”ikke er på topp”. Fire informanter mente imidlertid at det er større åpenhet rundt psykiske lidelser i dag enn før. Her er noen eksempler på utsagn fra denne kategorien:

Informant 1 (Linje 63-65): Det begynner vel kanskje å bli mer åpenhet. Men samtidig så er det litt tabubelagt. Man skal liksom være så sterk i alle sammenhenger. Da er du perfekt. Er du deprimert, er det en defekt.

Informant 2 (Linje 103-109): Fortsatt er jo ikke psykiske lidelser så veldig omtalt. Men det kommer jo veldig nå. Det er ikke så hemmelig lenger å ha en psykisk lidelse. Så jeg tror at per i dag ville hun fått mer hjelp enn hva hun ville fått for 10 år siden. Vi er mer åpne, vi ser mer, vi vet litt mer symptomer.... Vi har kanskje vært der selv og tør å snakke om det. Før var det mer forbundet med ”hysj, hysj”. Det var skam, og du ble sendt på skogen om du hadde en psykisk lidelse.

Informant 6 (Linje 101-104): Psykisk lidelser, deprimert. Jeg tror de vil sette dem i en slik bås. Det er jo negativt å ha det slik!

Informant 21 (Linje 90-93): I helsevesenet ligger liksom psykiske lidelser helt nederst på rangstigen i forhold til hjerteproblemer. For eksempel; har du hjerteproblemer, så stakkars deg, men har du en psykisk lidelse, så er du liksom nederst på stigen.

Informant nr 1 ser ut til å mene at psykiske lidelser er tabubelagt i samfunnet. Dog er det tegn på økt åpenhet rundt dette. Informanten vektlegger at dagens samfunn dyrker idealet om ”å være sterk” – i alle livets sammenhenger.

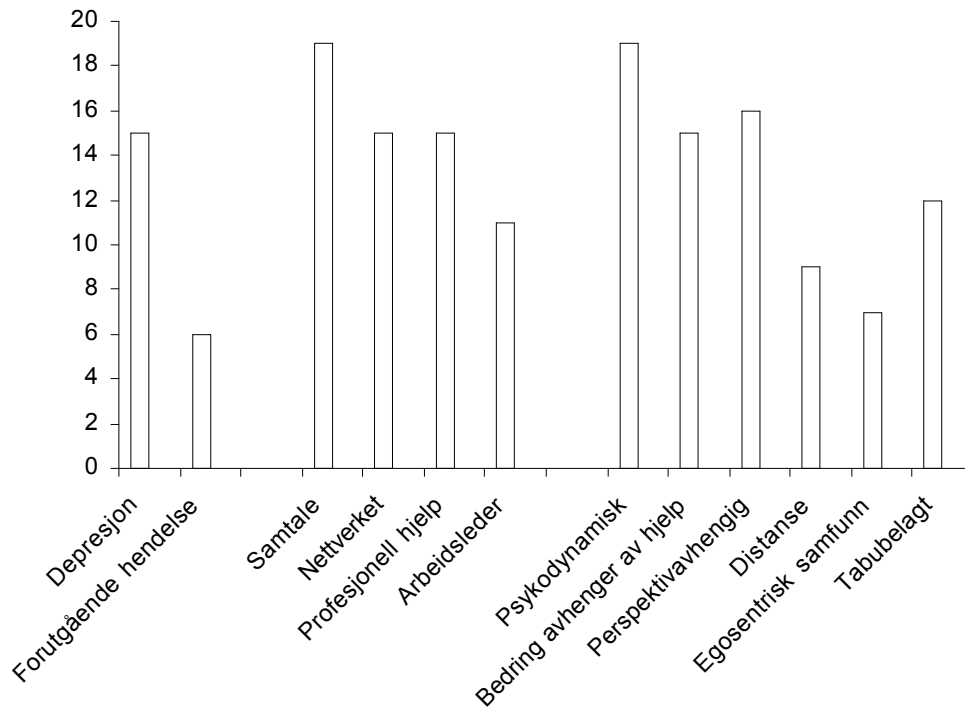
Informant nr 2 påpeker at det i de senere årene har vært en bedring i hvordan andre forholder seg til psykiske lidelser generelt. Det er mer åpenhet rundt selve temaet. Mye gjenstår likevel før psykiske lidelser får samfunnsaksept på lik linje med somatiske sykdommer. Andre informanter i denne kategorien hadde tilsvarende synspunkter.

Informant nr 6 mener sannsynligvis at det er lett å erverve seg stigmatiserende holdninger overfor mennesker med depresjon. Informanten påpeker at depresjon ofte blir assosiert med noe negativt.

Sitatet til informant nr 21 hevder at psykiske lidelser og psykiatriske sykdommer er rangert nederst i det uoffisielle hierarkiet for ”sykdomsstatus” innen helsevesenet. Samlet sett, mener trolig vel halvparten av informantene at det ennå ikke er full samfunnsaksept for det å ha psykiske lidelser.

3.4 Helhetlig oppsummering av mine funn

Figur 4 viser alle de overnevnte kategoriene som etter min tolkning fremkom under analysen av intervjuene:



Figur 4. Antall svar i kategorier i henhold til forskningsspørsmålene

Som det fremgår av figur 4, har enkelte kategorier flere/færre informanter enn andre. De kategoriene som gav mest fremtredende informasjon for å kunne besvare forskningsspørsmålene, vil bli vektlagt i oppgavens funndiskusjon (kapittel 4.2).

4 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg starte med å gi en vurdering av min studies metodiske styrke og svakheter. Deretter følger en diskusjon av mine funn. Denne diskusjonen relateres i hovedsak til forskningsspørsmålene. Avslutningsvis vil enkelte sentrale funn bli diskutert i lys av teorirammen for MHL.

4.1 Metodediskusjon

I det følgende vil det bli diskutert sider ved det metodiske verktøyet som er benyttet i studien.

4.1.1 *Stimulusmaterialet*

Studiens stimulusmateriale var utviklet av Jorm et al. (1997). Dette gav retningslinjer for hvordan innsamling av data kunne foregå. Jorm og kolleger hadde gjennomført sin studie som en kvantitativ tilnærming i en Australsk kontekst, noe som medførte at flere justeringer måtte til for at metoden kunne anvendes i min norske målgruppe. En av utfordringene var å omgjøre deres design til en kvalitativ studie. Min inspirasjonskilde til denne strategien var en rekke internasjonale studier med ”vri” på Jorm et al. (1997) metodikken (Dahlberg et al., 2008; Goldney et al., 2001; Lauber et al., 2003; Wang & Lai, 2008). Stimulusmaterialet og tilhørende spørsmål som er benyttet i alle de nevnte studiene, ble først oversatt fra engelsk til norsk – med enkelte tilpasninger. Intervjuguiden ble imidlertid laget med åpne spørsmål uten kategoriserte svaralternativer. I følge Thagaard (2006) har slike intervjuer et relativt strukturert opplegg. Til tross for at fremgangsmåten min preges av strukturering, er mine intervjuer kontekstuell forskjellig fra den kvantitative fremgangsmåten brukt av Jorm et al. (1997). Det kan stilles spørsmål ved om jeg i tilstrekkelig grad har mestret denne metodiske justeringen. Kvantitative og kvalitative tilnærminger er ofte ulikt vitenskapsteoretisk forankret. En overgang fra den ene formen for metode til den andre innebærer således ikke bare tilpasninger av spørsmålsformen, endring av svarkategorisering, datainnsamling og analysemetode; det dreier seg i vesentlig grad også om hvordan man selv som forsker posisjonerer seg i forhold til tolkningen av funn (Merriam & Merriam. 1998).

Et stimulusmateriale er ment til å igangsette tanker og meninger hos informantene (Wibeck, 2000). Hensikten ved å benytte stimulusmaterialet i denne studien var at informantene skulle bruke dette som et ”mentalt initierende” utgangspunkt for å besvare

spørsmålene i intervjuet. Informantene skulle svare på om de mente det var noe ”galt” med personen som stimulusmaterialet beskriver, samt formidle holdninger og tanker som de hadde om mulig behandling, årsak og fremtidsutsikt for vedkommende.

Stimulusmaterialet skulle diskutere et menneske som hadde en *alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer* (Jorm et al., 1997). Hovedkriteriene som må være tilstede for at denne diagnosen skal bli stilt (ut fra ICD-10) er at mennesket som er rammet, lider av et vedvarende senket stemningsleie, tap av evnen til å føle glede og interesse, samt tretthet og redusert energi. I tillegg bør tilstanden ha vedvart i mer en to uker (Helsedirektoratet, 2009; Shdir, 2005; WHO, 2007). Tilsvarende beskrev stimulusmaterialet en person som hadde følt seg unormalt trist og ulykkelig, har nedsatt gledesfølelser og redusert energi, samt at denne tilstanden har vart i fem uker. Informantene ble således etter min mening presentert for hovedkriteriene og varigheten til en alvorlig depressiv episode. Sammen med hovedkriteriene må minst fire tilleggskriterier være fremtredende tilstede for at F 32.2-diagnosen kan gis (ibid). I stimulusmaterialet beskrives personen som betydelig preget av disse fire tilleggskriteriene; nedsatt initiativ og besluttsomhet, søvnforstyrrelser, nedsatt konsentrasjon og redusert appetitt. Det kan tenkes at stimulusmaterialet ikke viser at vedkommende har fremtredende dystre tanker om fremtiden eller redusert selvfølelse og selvtillit. Muligens kunne dette vært utdypet mer i stimulusmaterialet for å tydeliggjøre den depressive tilstanden hos informanten.

Informantenes tolkning av stimulusmaterialet skapte grunnlag for å innta ulike posisjoner overfor spørsmålene i intervjuguiden. Det kan tenkes at informantene ville svart ulikt på mine spørsmål om behandling, årsak, fremtid og holdninger til depresjon dersom de på forhånd var klar over at stimulusmaterialet faktisk beskrev en alvorlig depressiv episode.

4.1.2 Intervjuspørsmålene

Individuelle intervjuer ble valgt for at informantenes spontanitet og ikke-forutinntatte kunnskaper om det anliggende temaet i størst mulig grad ikke skulle prege deres ytringer. Dernest kunne denne 1:1-settingen ved innsamlingen av data føre til at informantene følte seg mer fri, ubundet og ikke lot seg påvirke av andre informanter, slik det trolig ville ha blitt i et gruppeintervju eller i en fokusgruppe. Dog kan det argumenteres for at siden spørsmålenes rekkefølge er bestemt på forhånd, gir dette ikke informantene tilstrekkelig grad av frihet til å uttrykke seg. Dette kan og ha begrenset hvor ”dypt” man har nådd i hvert enkelt intervju. På en annen side, vil trolig et strukturert opplegg som mitt kunne gjøre det lettere å sammenligne

informantenes meninger om samme fenomen. Slikt gir også mulighet for forskeren til å stille oppklarende spørsmål til informantene underveis i intervjuet.

Enkelte spørsmål i intervjuguiden kunne muligens vært formulert annerledes. Eksempelvis ble informantene stilt et spørsmål om hvordan de tror *andre* enn dem selv tenker og reagerer på situasjonen som stimulusmaterialet beskriver. Denne formuleringen gjør at informantene svarer på dette spørsmålet på et upersonlig grunnlag, noe man helst bør unngå i denne typen intervju (Kvale, 2001).

Et viktig aspekt ved intervjumetoden var at informantene på forhånd ikke skulle vite hva de ville bli spurt om, annet enn at det angikk mental helse. Muligens kan dette ha ført til at enkelte informanter ble nervøse og usikre, noe som kan ha forhindret den spontane responsen som var ønsket at de skulle gi på mine mange spørsmål. På en annen side, ble informantene under selve rekrutteringsfasen presentert for min faglige bakgrunn, både utdannings- og yrkesmessig (vernepleier med videreutdanning i psykisk helse og arbeidserfaring fra psykisk helsevern), hvilket trolig gav en indikasjon på hva som ville bli studiens hovedtema. I hvilken grad denne mentale forberedelsen kan ha redusert informantenes spontanitet under samtalen blir kun spekulasjon.

Et forskningsintervju skal i følge Kvale (2001) være preget av den metodiske bevisstheten rundt spørreformen og dynamikken mellom informant og forsker. I denne studien ble det valgt å benytte båndopptaker for å kunne ha fullt fokus på dialogen og ikke på journalistisk memorering eller stenografering av hva som ble sagt. Likevel kan det stilles spørsmål ved om jeg evnet å fange opp, og bearbeide hva informantene faktisk formidlet av non-verbale, diskursive elementer i tilstrekkelig grad (kroppsspråk, pauser, latter, grimaser, etc.; Jeffersen, 1985). Dette er uttrykk som kan nyansere meningene i transkripsjonene. Korte notater ble imidlertid nedskrevet underveis for å dokumentere spesielle inntrykk og uttrykk under hvert enkelt intervju. Disse notatene ble skrevet inn sammen med transkripsjonen. Disse tilleggsnotatene kan ha vært en styrke for det videre arbeidet med å tolke og kategorisere intervjuene.

Et annet aspekt ved intervjuene i denne studien er om informantene faktisk forsto alt det faglige som ble formidlet, både via stimulusmaterialet og forskeren – eller om de kun ”jattet med”. Mitt inntrykk gjennom intervjuene var imidlertid at informantene fremsto som reflekterte og kunnskapsrike, med klare forståelsesrammer for og holdninger til temaet i studien. De viste etter min vurdering stor grad av modenhet under intervjusettingen, til tross for at flere av informantene kan sies å være nokså unge voksne.

4.1.3 Intervjukonteksten

En av forskerens utfordringer under et intervju er å skape en atmosfære som innbyr til fortrolighet (Thagaard, 2006). For å rekruttere informanter, ble det valgt å gjennomføre en muntlig presentasjon av studien. Dette medførte at alle som ble intervjuet hadde møtt meg på forhånd. Det utviklet seg likevel ikke noen relasjon mellom oss i etterkant av rekrutteringen og fram til selve intervjuet. Ved begynnelsen av hvert intervju forsøkte jeg å skape en trygg og avslappet stemning. Dette ble gjort ved å bedrive såkalt ”small talk”, samt tilby informantene te eller kaffe. Hovedønskene mine var å bidra til en så ”myk” start som mulig på intervjuene, samtidig som jeg ville at informantene skulle etablere tillit til meg som forsker. Det kan imidlertid tenkes at den frivillige deltakelsen kan ha bidratt til å skape umiddelbar tillitt mellom oss. Thagaard (2006) hevder for eksempel at ”pågående atferd” fra informantene overfor forskeren under et intervju viser at de ikke opplever seg selv i en underordnet rolle. Det var også mitt generelle inntrykk av informantene i denne studien. Kvale (2001) sier videre at intervjuer kan påvirkes av omgivelsene som de gjennomføres i. Alle intervjuene i min studie ble gjennomført i diverse grupperom ved informantenes høgskole, rammer som informantene trolig var godt kjent med.

Det kan ikke utelukkes at informantene kjenner og har kontakt med hverandre utover det å være student innen samme utdanning. Informantenes eventuelle vennskap kan derfor sies å være en potensiell usikkerhet ved studiedesignet. Informantene kan ha fortalt hverandre om hva de ville bli spurt om i det kommende intervjuet. Dette problemet ble tatt opp på slutten av hvert intervju. Mitt generelle inntrykk var at informantene forsto og respekterte alvoret ved å svekke studiens troverdighet (studiens tillit) og bekreftbarhet (kvaliteten på funn og tolkninger) på denne måten (informantene måtte ikke gi informasjon om innholdet i intervjuet til andre informanter).

Bruk av båndopptaker som dokumentasjon på forskningsintervjuer kan skape ”angst” eller ”snakkevegning” hos informanter og følgelig begrense hva de er villige til å formidle i slike situasjoner (Malterud, 2003). Imidlertid ble informantene informert ved rekruttering, både i muntlig og skriftlig form, om at intervjuene ville bli registrert på denne måten. I tillegg fikk informantene vite at deres navn og studiested ikke ville bli nevnt i forbindelse med opptakene (full konfidensialitet), ei heller i den ferdige rapporten (masteroppgaven). Ved gjennomføring av intervjuene ble det bevisst valgt å forsøke å neglisjere nærværet av båndopptakeren.

4.1.4 Bruken av 1. års sykepleiestudenter som informanter

Informantene i studien var sykepleiestudenter i 1. årskull ved en høgskole i Norge. Ved å invitere deltakere til et forskningsintervju, vil man kunne få en seleksjon, noe som også trolig gjelder for denne studien. Ofte er det de mest studie-, tema- og forskningsmotiverte som selekteres som informanter til studier av denne typen (Malterud, 2003). Min totale oppfatning etter gjennomføringen av de 21 intervjuene var at informantene hadde hatt en positiv innstilling og vilje til å svare på alle spørsmålene.

Mine informanter kan i forskningssammenheng trolig karakteriseres som et *bekvemmelighetsutvalg* (Kvale, 2001). Myndige sykepleiestudenter er en gruppe hvor det ikke kreves annet samtykke til å delta som intervjuinformanter enn tillatelse fra utdanningens dekanus og dem selv. Informantene er i kraft av deres utdannings faglige innhold, formelle profesjonsstatus og senere yrkesutøvelse, viktige bidragsyttere i samfunnet vedrørende forbyggende psykisk helsearbeid.

Opprinnelig var det meningen å ekskludere informanter som hadde jobberfaring innen helsevesenet. Dette ble vurdert for å kunne ivareta et allmenndannende kunnskapsperspektiv om tilstanden depresjon. Under rekrutteringen ble dette kriteriet omgjort i samråd med veilederne. Alle sykepleiestudenter, uansett skolebakgrunn og jobberfaring, skulle kunne delta i studien, hvilket ville gi mulighet for ”bredde” i informasjonen. Informantene ble spurt om alder og om de hadde jobberfaring fra helsevesenet. Disse bakgrunnsvariablene ble imidlertid ikke benyttet i vesentlig grad under tolkningen og analysen av intervjuene. En annen faktor som heller ikke ble tatt med i analysen var informantens kjønn. Det er vist at kvinner i langt større grad enn menn benytter seg av sosial støtte som mestringsstrategi i vanskelige situasjoner (Brudal, 2006). Det kan også tyde på at kvinner i størst grad inntar en mer hjelpsøkende og emosjonell holdning i disse situasjonene (ibid). I min studie er det betydelig flere kvinnelige enn mannlige informanter. Det kan ikke utelukkes at ved en jevnere kjønnsfordeling kunne funn kanskje blitt noe annerledes.

4.1.5 Intervjuanalysen

Malterud (2003) sin systematiske analyse for kvalitative data ble vurdert som hensiktsmessig å bruke i min studie. De fire trinnene for kvalitativ analyse av transkriberte intervjuer ble fulgt (ibid). Denne analyseformen krever en bevissthet rundt systematikken, samt refleksjonen gjennom hele prosessen for å kunne komme frem til ny kunnskap. Min analytiske fremgangsmåte kan sies å bære preg av *systematisk tekstkondensering* (ibid). En slik

analyseform forsøker å sammenfatte informasjonen fra alle informantene i studien. Systematisk tekstkondenseringen ble valgt for å kunne se etter fellestrekk av *meninger* og *kunnskap* som informantene har om fenomenet depresjon. Videre ble tekstkodene diskutert i lys av den teoretiske rammen for begrepet MHL (Jorm et al., 1997).

Tolkningen av mine funn kan kalles for en *annengrads* analyse (Gilje & Grimen, 2007; Thagaard, 2006). Den bygger på at informantene i første instans har tolket stimulusmaterialet, videre at jeg tolker informantenes tolkninger ved hjelp av min forforståelse. Dette kan sies å være en typisk hermeneutisk prosess, hvor tolkningene bygger på meninger i menneskelige uttrykk. Det kan også sies at analysen har en *uttalt tolkende posisjon*, siden informanten på forhånd ikke var klar over hva studiets hensikt i sin helhet var (Malterud, 2003). Informasjonen som informantene hadde fått i forkant, dreide seg kun om min studie- og yrkesbakgrunn og hvordan intervjuene ville foregå rent teknisk (bruk av båndopptaker, fremvisning av stimulusmaterialet, og henvisning til selve intervjustedet). Siden min faglige og yrkesmessige forforståelse er sterkt fremtredende i denne analysen - og gjennom hele forskningsprosessen for øvrig - var det en utfordring å prøve å være så lojal som mulig mot informantenes muntlige utsagn (Malterud, 2003). Det kan stilles spørsmål ved om jeg har evnet denne prosessen i tilstrekkelig grad – noe som kan være en utfordring under gjennomføringen av alle typer kvalitativ forskning forøvrig (ibid).

Båndopptakene fra intervjuene hadde bra kvalitet. Det var ikke vanskelig å gjenhøre hva informantene hadde sagt. Til tross for dette, vil det alltid kunne skje en endring av språket når de muntlige båndopptakene blir omgjort til tekst. Oftest vil en stringent oversettelse av muntlig tale til tekst bli diffus og lite klargjørende for leserne av en forskningsrapport; justeringer må derfor i mange tilfeller gjøres for å skape flyt og konsistens i tekstuttrykket (Malterud, 2003). En utfordring i denne studien har vært å skriftlig gjengi informantenes meninger og holdninger så nært opp til informantenes orale presentasjon som mulig, uten at nødvendig setningskonstruksjon og tegnsetting i sitatene har ødelagt dette inntrykket. Hvert intervju ble transkribert umiddelbart etter gjennomføringen, noe som gjorde at ”intervjustemningen” var friskt i minnet hos forskeren.

4.2 Funndiskusjon

Følgende fire funn er etter min vurdering fremtredende:

1. Et flertall av informantene ser ut til å gjenkjenne symptomene som beskrives i stimulusmaterialet som en depresjon. Dog kan det tyde på at mange av disse informantene ikke er inneforstått med hvor alvorlig denne tilstanden kan være.
2. Flesteparten av informantene mener at personlig samtale er den beste hjelpen overfor den som lider av depresjon. Det nære nettverket som den deprimerte kan ha fremheves av mange informanter å være de viktigste samtalepartnerne. Det er rimelig å anta at dette gjelder både for å kunne gi vedkommende en umiddelbar støtte, og for å kunne få hjelp til å oppsøke rett hjelpeinstans innen helsevesenet.
3. Flesteparten av informantene oppgir psykodynamiske forklaringer på utviklingen av depresjon.
4. De fleste informantene mener at holdningen til depresjon i samfunnet vil variere med den enkeltes faktakunnskap om og personlige erfaringer med denne psykiske lidelsen.

I det følgende kapitlet vil jeg først diskutere disse fire fremtredende funn relatert til de tre forskningsspørsmålene i oppgaven. Dernest følger en overordnet diskusjon av funn sett i lys av teorirammen for MHL.

4.2.1 Informantenes evne til å identifisere den psykiske lidelsen depresjon

Informantene som mener å gjenkjenne depresjonstilstanden, benyttet begrepet *depresjon* under intervjuet. Det varierte imidlertid *når* under intervjuene at ordet depresjonen ble uttrykt av informantene. Noen hevdet helt fra starten av at det var en person som hadde en depresjon, mens andre resonnererte seg frem til dette underveis. Det kan tyde på at den førstnevnte informantgruppen hadde en eller annen form for erfaring med denne lidelsens uttrykk som de relaterer symptomene beskrevet i stimulusmaterialet til.

Et mindre antall informanter mente, slik jeg tolker utsagnene, at en eller annen *forutgående hendelse* kan ha vært årsak til symptomene som stimulusmaterialet beskriver. Informantene i denne kategorien forklarte symptomene som utløst av dramatiske og/eller voldsomme hendelser skjedd i vedkommendes liv, som for eksempel tap av en nær relasjon. Ulike former for personlige belastninger over tid er også påpekt av noen informanter å være

årsak til symptomene. Muligens kan dette skyldes at disse informantene gjerne helst vil ”normalisere” den beskrevne tilstanden til vedkommende i stimulusmaterialet.

Til tross for at flere av informantene så ut til å gjenkjenne at Marit hadde en depresjon, kan det virke som om disse neppe er inneforstått med *hvor alvorlig* denne tilstanden kan være for den berørte. Flertallet av informantene vurderte ikke tilstanden som en definert lidelse. Dette kom i analysen blant annet frem ved at informanter sa ordene *depresjon*, og *ikke sykdom* i én og samme setning. Som tidligere omtalt er ulike alvorlighetsgrader av depresjon klassifisert innenfor det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (Shdir, 2005; WHO, 2007). Stimulusmaterialet beskriver faktiske symptomer på det som kan karakteriseres som en klinisk *alvorlig* depressiv episode. Dette innebærer at informantene i min studie helst skal kunne gjenkjenne en alvorlig form for depresjon, hvor den berørte vil trenge behandling (Jorm et al. 1997). Siden flere av informanter *ikke* så ut til å vurdere depresjon som en lidelse, kan det trolig stilles spørsmål ved om depresjon vil bli vurdert av de samme personene som en tilstand som krever profesjonell behandling. Muligens kan dette indikere et allment behov for å rette opp denne mulige misforståelsen av alvorlighetsgraden knyttet til en slik tilstand.

Måten mange informanter benyttet ordet depresjon under intervjuene, kan tyde på at begrepet har mistet mye av sin diagnostiske presisjon. Begrepet er kanskje heller blitt et moteord for trivielle tilstander som tristhet, nedstemthet og ”generell depp”. Noen informanter benyttet frasen ”litt deprimeret” i sin beskrivelse. Muligens kan dette funnet vise en holdning blant informantene henimot å *uskyldiggjøre* depresjonstilstanden. I tillegg mente flere av informantene at tilstanden i hvert fall ikke er uvanlig i befolkningen. I faglitteraturen benyttes ofte ordet *lidelse* fremfor ordet *sykdom* ved beskrivelse av depresjon, siden flere av symptomene også er kjennetegn på avvikende atferd (Sosial- og helsedepartementet, 1996). Muligens kan fraværende karakteristikker av depresjon som sykdom være medvirkende til at mange informanter ikke vurderte symptomene i den retningen.

Lignende resultater som mine er fremkommet i flere internasjonale studier. Disse viser at det ofte er en høy gjenkjennelsesrate for depresjon, men at de undersøkte målgruppene ofte har enkelte missoppfatninger, blant annet at depresjon ikke er en lidelse eller sykdom, men heller en mild avvikende psykologisk tilstand (Jorm et al., 1997; Jorm et al., 2006; Lauber et al., 2003; Lauber et al., 2005; Wang et al., 2007).

4.2.2 Informantenes meninger om hva som kan være god hjelp til vedkommende som beskrives i stimulusmaterialet

Studiens funn tyder på at mange av informanter mener at *samtale* om situasjonen kan være til god hjelp for Marit. Dette ble hevdet både av de kvinnelige og mannelige informantene. Det kan synes som om denne samtalen må være preget av tillit og fortrolighet. Samtalens nytte vektlegges også av Cullberg, (2003) og Børve & Dalgard, (2003), som presiserer nødvendigheten av å motta støtte og hjelp fra andre når en befinner seg i en depressiv tilstand. Informantene vektla det nære personnettverket som den innstansen man først bør henvende seg til for ”å snakke med noen”, noe som kan sies å være i tråd med den *psykodynamiske* tenkningen. Noen informanter presiserte at de selv ville ha hjulpet dersom noen i deres eget private nettverk hadde de samme symptomene. At personnettverket er viktig som støtte i første instans, er for øvrig i overensstemmelse med annen forskningslitteratur (Cullberg, 2003). Manges vilje til å ville hjelpe sine nærmeste dersom en depressiv tilstand oppstår hos noen av dem, støttes også av Myrvold (2008). Denne rapporten tar for seg den norske befolkningens holdninger til og kunnskap om mental helse, psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom. To av Myrvolds (2008) sine konklusjoner er at *nærhet* er viktig for engasjementet rundt temaet, og at et flertall av respondentene ville ha engasjert seg dersom en av deres nærmeste skulle bli rammet. Mine informanter så imidlertid ut til å ville vektlegge hjelp fra nettverket i så stor grad, at de kan komme til å overføre et for stort ansvar for vurdering og oppfølging til ”lekfolk”; personer som kan ha svært ulike forutsetninger for å kunne hjelpe et menneske i en alvorlig depressiv tilstand. Et annet aspekt kan være, at nære pårørende ofte kan være en del av selve ”problemet” til den deprimerte, noe som ytterligere kan komplisere både de pårørendes og vedkommendes situasjon.

Ofte vil mennesker i det nære personnettverket være dem som først merker forandringer hos den deprimerte. Evnen til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter forsvinner ofte ved denne lidelsen (Helsedirektoratet, 2009; Shdir, 2005; WHO, 2007). Det kan synes som om flere av informantene mente at dersom det nære nettverket ikke kan bidra med tilstrekkelig hjelp, kan profesjonell hjelp bli nødvendig. De gangene informantene nevnte uttrykket ”profesjonell hjelp”, ble dette konkretisert blant annet med ord som fastlegen eller psykolog. Trolig vektla informantene som mente at fastlege kunne være til god hjelp, at vedkommende er i stand til å vurdere om det kan utelukkes fysisk sykdom som årsak til problemet. Dette kan være en relevant strategi, siden flere av symptomene på depresjon samsvarer med symptomer på enkelte somatiske sykdommer (Helsedirektoratet, 2008; NOU

2000; 3,2000; Shdir, 2005;). Dette gjør at mine informanternes forslag til å involvere fastlegen for å utelukke/bekreftede somatisk sykdom, på den ene siden kan ses på som et godt initiativ, mens på den annen side kan gi avsporing fra den opprinnelige tilstanden. Teksten i stimulusmaterialet beskriver etter min vurdering, klare tegn på en alvorlig depressiv episode. De informantene som nevnte psykolog som hjelpeinstans vurderte trolig psykologiske utredninger og tiltak som naturlige behandlingsstrategier. Flere informanter nevnte også at andre instanser innen det profesjonelle helsevesenet kunne være aktuelle å benytte seg av for å få hjelp, skjønt de nevner i liten grad *hvilke* instanser dette faktisk kunne være, ei heller konkret *hva* helsevesenet eventuelt kunne bidra med. Muligens kan dette tyde på at informantene vet for lite om hvordan en depresjon kan eller bør behandles.

I de senere årene har det vært en økning i bruk av antidepressive medikamenter (SSRI), på folkemunnet gjerne kalt *lykkepiller* (Nasjonalt forlikehelseinstitutt, 2007, 2008c). Behandling av en alvorlig depressive episode med antidepressiv medikasjon har i flere tilfeller vist seg å ha god effekt (Cullberg, 2003; NOU 2000; 3, 2000; Helsedirektoratet, 2009). Medikamentell behandling ble ikke foreslått av mange informanter i min studie, verken med positiv eller negativ omtale. Muligens kan dette tyde på to ting; enten at informantene ikke har vært oppmerksomme på den økte bruken av antidepressiva eller at de ikke assosierer stimulusmaterialet med en tilstand som er alvorlig nok til at den krever medisinsk behandling av en slik art. Begreper synonyme med *suicidal* blir heller ikke hyppig nevnt av informantene, til tross for at forskning viser at depresjon ofte kan være en medvirkende faktor til at mennesker velger å ta sitt eget liv (Lonnqvist, 2000 i Goldney et al., 2002; NOU 2000; 3, 2000; Helsedirektoratet, 2009). Sannsynligvis har informantenes fravær av forslag til medisinsk behandling sammenheng med at de ikke kobler symptomene beskrevet i stimulusmaterialet sammen med en alvorlig behandlingstrengende lidelse.

Flere av informantene hevdet, på ulikt vis, at arbeidslederen som man har på jobben, kunne være nyttig for mennesker med depresjon. Det tyder på at informantene anser at en slik leders arbeidsoppgave også er å være behjelpelig og støttende overfor arbeidstakere som er i vanskelige livssituasjoner. Dette synspunktet kan sies ha en nyttig overføringsverdi, siden informantene selv (som snart blivende offentlig godkjente sykepleiere) vil kunne få lederroller innen helsevesenet.

Mange av mine informanter vektla at den som lider av en alvorlig depressiv episode skulle selv kunne ta initiativ og komme med egne ønsker om behandling, uavhengig av eventuelt nærvær av tilgjengelige hjelpeinstanser. Dette betyr trolig at informantene

vektlegger en *brukerorientert* tilnærming (Vatne, 2003). Denne tilnærmingen kan sies å være i samsvar med statlige føringer for hvordan behandling av depresjon bør foregå (Helsedirektoratet, 2009). Likevel kan det være vanskelig i noen tilfeller å forvente at et slikt initiativ lar seg gjennomføre for en person med en alvorlig depressiv episode. Dette fordi ”lidelsestrykket” vil kunne hindre den berørte å ta slike adekvate initiativ (Shdir, 2005; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008b; WHO, 2007).

Det profesjonelle helsevesenet ble også nevnt av mange informanter som instanser som kunne gi helsehjelp. Min tolkning var at instansene ble nevnt som et *supplement* dersom det nære nettverket ikke var i stand til å gi fullstendig hjelp. En uheldig side ved dette kan bli at flere mennesker som trenger behandling for sin depressive lidelse, vil kunne komme nokså sent i gang med adekvat klinisk behandling, hvilket dessverre kan komplisere og redusere utsiktene til bedring (NOU 2000; 3, 2000; Helsedirektoratet, 2009).

4.2.3 Informantenes kunnskapsbærende og holdningspregede meninger om temaet depresjon

Ordet *problem* ble ofte uttrykt av informantene som en ingrediens i årsaks til depresjon. Hendelser som skyldes mellommenneskelige forhold var for noen informanter i min studie et slikt *problem*. Familieproblemer av ulike slag er eksempler på psykodynamiske forklaringer på depresjonsutviklingen. Flere informanter mente at ulike typer av personlige livskriser kunne være utløsende faktorer til depresjonen. Trolig ble mitt krav til informantene om å avgi ”svar” i den litt stressende intervjukonteksten noe ambisiøs; det er ofte vanskelig selv for profesjonelle innen psykisk helsevern å få tak i depresjonens konkrete årsaksforløp (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2008b).

Noen av informantene ser ut til å mene at årsaken til lidelsen må være sammensatt, for eksempel at ulike hendelser har hopet seg mentalt opp og tilslutt utløst depresjonen. Det foreligger flere kjente og mulige årsaker til lidelsen depresjon, men dog er det faglig enighet for tiden om at depresjon oftest utløses av personlige mentale belastninger over tid (Cullberg, 2003; Jorm et al., 1997; Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2008b).

Et flertall av informantene mente sannsynligvis at bedringsprosessen for en depressiv episode er avhengig av kvaliteten på hjelpen som mottas. Da informantene vurderte fremtidsutsiktene til den deprimerte, virket det som om de trådte inn i en rolle hvor omsorg sto sentralt. Muligens kan dette gjenspeile en gryende sykepleierfaglig yrkesidentitet hos informantene.

Hvordan samfunnets holdning til depresjon oppfattes var i følge flere av mine informanter påvirket av den enkeltes erfaringer og kunnskaper om dette temaet. Muligens har egne opplevelser vedrørende lidelsen depresjon (direkte og indirekte) spilt en viktig rolle for hvordan informantene antar at andre mennesker tenker om og reagerer på deprimerte mennesker. Samtidig antyder mine funn at slike erfaringer vil kunne utgjøre et godt grunnlag for å være i stand til å hjelpe deprimerte. Trolig er mine og Myrvold (2008) sine funn sammenfallende. Konklusjonen til sist nevnte var at erfaringsmessig nærhet til personer med depresjon er viktig for å opprettholde engasjement og åpenhet omkring psykiske lidelser generelt.

Mange informanter mente at folks mangel på kunnskap om og aksepterende holdninger til depresjon trolig kunne føre til at den lidende vegrer seg for å søke hjelp. Dersom man ikke vet hvordan en skal forholde seg til en person med depresjon, er det lettere å ta avstand fra og unngå både problemet og vedkommende. Et nevnt aspekt var at lidelses symptomer gjerne setter vedkommende i en tilstand som gjør at de hun eller han blir ”tunge” å omgås med; man orker simpelthen ikke å forholde seg til personer som er konstant triste. Flere av informantene kom med utsagn som trolig indikerte at mange friske mennesker helst vil ha distanse til den deprimerte, nettopp fordi en ikke vet hvordan en skal forholde seg til vedkommende når de depressive symptomene gir sine sterkeste uttrykk.

Til tross for at de fleste informantene så ut til å mene at det er vanskelig å forholde seg til mennesker som har en depressiv lidelse, kunne det også virke som om de mente at det i den senere tid var blitt større aksept og toleranse i samfunnet for slike mennesker. Økt allmennkunnskap om lidelsen kunne muligens bidra til å fjerne stigmatiserende holdninger som mange trolig har til dem. I Australia har de oppnådd gode resultater av kampanjer for å øke allmennkunnskapen om psykiske lidelser, inkludert depresjon (Kitchner & Jorm, 2002).

Et annet holdningsaspekt omkring depresjon, som flere av mine informanter så ut til å være opptatt av, var de mange uheldige konsekvensene av hverdagens store forventninger og krav til individet. Det kunne virke som om informantene mente at et hektisk og krevende arbeids-, fritidstids- og hverdagsliv gir mange lite rom og overskudd til å kunne hjelpe andre mennesker. Noen av informantene hevdet at det er en ensidig *dyrking* av det *friske* mennesket i moderne samfunn, og at det ut fra dette idealet skapes et bilde av hvordan en *bør* fungere – og ikke fungere. Kringlen et al., (2001), fant i sin studie med et utvalg av den norske etterkrigs generasjonen at det har vært en økning i antallet mennesker som får depresjoner, og at lidelsen oppstår tidligere i livsløpet for mange. Muligens kan kombinasjonen av disse

forholdene indikere at samfunnet preges av individualisme og ”friskhets” krav. Etter min mening bør ikke slike ideologier hindre økt satsning på allmenndannende kunnskap om psykiske lidelser i moderne samfunn.

Det kunne virke som om mange av informantene benyttet et psykodynamisk perspektiv da de fremla sine forklaringer på tilstanden beskrevet i stimulusmaterialet. I Freud sin klassiske forståelse av depresjon var denne tilstanden betraktet som en sorgreaksjon, hvor aggresjon etter tap av en relasjon ble rettet inn mot individet selv (Haugsgjerd, 1990). At informantene i min studie vektla et dynamisk aspekt kom eksempelvis frem ved at de betonet selve ”samtalen” så sterkt. Likeså kunne den psykodynamiske tenkningen gjenfinnes i deres søken etter årsaksforklaringer på tilstanden (ibid). Et grunnleggende moment i denne tenkningen er observasjonen av hvordan vi mennesker ser ut til å reagere på mellommenneskelig atferd som skjer i ulike relasjonelle sammenhenger (ibid). Informantene i min studie virket å være opptatt av at slike observasjoner og reaksjoner faktisk kan gi forklaringer på *hvorfor* depresjon oppstår. Muligens kan det stilles spørsmål ved om det fremtredende psykodynamiske perspektivet kan være med på å skape en handlingsvegring; alt skal ”snakkes om” og ikke handles i forhold til. De private aktørene i den enkeltes liv blir således tildelt en ansvarsfull rolle under denne ”snakkingen”. Muligens kan dette bidra til en noe defensiv innstilling og handling overfor den deprimerte.

4.3 Funn vurdert i lys av teorirammen for MHL

Som tidligere utredet i oppgavens innledende kapittel, henviser MHL til kunnskap og ferdigheter som både det psykiske helsevern og psykisk helsearbeid har som prioriteringsfelter (Lauber et al., 2003). Den høye forekomsten av psykiske lidelser og depresjon spesielt i samfunnet, gjør at de fleste vil komme i kontakt med noen som er rammet – eller at det skjer med oss selv (Jorm, 2000; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008a). Dette viser nødvendigheten av at man vet hvordan fremme mental helse og forebygge psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom, samt hvordan slike utviklede lidelser og sykdommer bør behandles. I følge Jorm et al. (2000) er MHL sammensatt av både kunnskap og ferdigheter om forhold som berører et menneske sin mentale helse. Det å ha MHL innebærer i hovedtrekk: (1) å ha evne til å gjenkjenne spesifikke kjennetegn på psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom; (2) å vite hvor man kan søke informasjon om mental helse; (3) å ha kunnskap om utløsende risikofaktorer for psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom; (4) å ha kunnskap om mulige årsaker til utviklingen av psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom; (5) å vite hvordan man kan

bedrive selvhjelp; (6) å vite hvem man kan søke profesjonell hjelp hos; (7) å ha holdninger som anerkjenner at psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom faktisk eksisterer hos mange mennesker i samfunnet, og (8) å ha holdninger som bidrar til at personer som har psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom kan få adekvat hjelp innen helsevesenet (Jorm et al. 1997, s. 182). Til overskrifter i den kommende drøftningen har jeg valgt å bruke ordlyden i noen av disse overstående punktene, som gjerne kan karakteriseres som *innholdskriterier* for MHL. Dessuten vil jeg forsøke å diskutere hvilket nivå innenfor hver av undergruppene for MHL; functional MHL, interactive MHL, og critical MHL (Bourget & Chenier, 2007) som mine informanter trolig plasserer seg på.

4.3.1 Informantenes evne til å gjenkjenne spesifikke kjennetegn ved den psykisk lidelsen depresjon

Evnen til å kunne *gjenkjenne* en psykisk lidelse og psykiatrisk sykdom er basalt i det teoretiske rammeverket for MHL. Depresjon er den psykiske lidelsen som er mest utbredt i befolkningen, og en konsekvens av en ubehandlet depressiv tilstand kan i ytterste utfall være suicid (selvmord) (Fisher et al., 2002; Lonqvist, 2000 i Goldney; Goldney & Fisher, 2008; Jorm, 2000). For å kunne forebygge, gjenkjenne og eventuelt behandle depresjonen så tidlig som mulig i utviklingsforløpet, er det vesentlig at den enkeltes MHL er på et funksjonelt nivå (Goldney & Fisher, 2008; Jorm, 2000). Om man gjenkjenner depresjon, eller er i stand til å kunne registrere tidlige varselsignaler på denne lidelsen, enten hos seg selv eller andre, avhenger trolig av den enkeltes MHL (Jorm, 2000). Dette innebærer også at tilstandens alvorlighetsgrad må kunne *vurderes*. Min studie viste at informantene var i stand til lese og reflektere over stimulusmaterialet. Dog tyder det på at flertallet av dem ikke er inneforstått med hvor *alvorlig* tilstanden som de leste om faktisk er for mange. Lignende funn er vist i andre internasjonale studier, hvor det er brukt samme stimulusmateriale som mitt (Jorm et al., 1997; Jorm et al., 2006; Lauber et al. 2003; Lauber et al., 2005; Wang et al., 2007).

4.3.2 Informantenes meninger om hvor - og hos hvem - man kan søke adekvat helsehjelp for depresjon

MHL dreier seg også om evnen til å oppsøke adekvat helsehjelp, samt å kunne benytte seg av den hjelpen man får på en fornuftig måte. En slik strategi vil direkte engasjere og involvere den psykisk lidende. I tillegg kan også vedkommendes nære nettverk bli berørt av dette

(Jorm, 1997). Majoriteten av informantene mente at det å kunne samtale med noen om sin situasjon var den beste hjelpen vedkommende kunne få, mens profesjonell hjelp var alternativet. Imidlertid var profesjonell hjelp aktuelt bare dersom hjelpen fra personnettverket ikke hadde positiv effekt. Hjelp fra profesjonelle aktører i helsevesenet, anses tydeligvis ikke nødvendig før senere ut i lidelsesforløpet, sannsynligvis fordi nettverkshjelpen tildeles stor betydning og prioritet. Et vesentlig trekk ved depresjon er at profesjonell behandling kan vise til gode bedringsresultater, både i et psykologisk og medisinsk perspektiv (Cullber, 2003; Børve & Dalgard, 2003; Helsedirektoratet, 2009; NOU 2000; 3, 2000), noe mine informanter tydeligvis ennå ikke er gjort kjent med. En litt spekulativ vurdering av mine funn er at majoriteten av informantene trolig mener at det hjelpende nettverket bør ha høy grad av MHL. Dette innebærer at nettverkspersoner også bør kjenne sin begrensning (eller ha selvkritisk evne) i et slik anliggende; hvis effekten uteblir, så blir det nødvendig å kontakte profesjonell helsehjelp. Slike avveininger og avgjørelser fordrer etter mitt syn et høyt nivå av MHL.

Få informanter foreslo konkrete behandlingsmetoder for depresjon. Internasjonale studier konkluderer med at allmuens innsikt i, holdning til og forståelse for behandlinger gitt innenfor psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, har et stort forbedringspotensial (Dahlberg et al., (2008); Goldney, et al., (2001); Lauber et al., (2003); Wang & Lai (2008). Studien til Dahlberg et al. (2008) viste at mennesker som selv hadde hatt kontakt med behandlingsapparatet, oftere foreslo medikamenter og sykehusinnleggelse som behandlingsalternativer for psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom enn de som ikke hadde hatt slik kontakt. Hvorvidt informanter i min studie hadde slik førstehåndskjennskap til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, har jeg ingen kjennskap til.

Som oppsummering til dette punktet, kan det virke som om majoriteten av mine informanter er på et MHL-nivå som gjenspeiler bevisstheten om at en deprimert person faktisk trenger å oppsøke helsehjelp fra andre.

4.3.3 Informantenes meninger om utløsende risikofaktorer og årsaker til utvikling av depresjon

MHL refererer også til den enkeltes kunnskaper om risikofaktorer for lidelser og sykdommer, evnen til å kunne se mulige årsakssammenhenger, og hva som kan være god egenbehandling for den enkelte (Lauber et al., 2003). I min studie kom nær sagt alle informantene med psykodynamiske årsaksforklaringer på tilstanden beskrevet i stimulusmaterialet. Min tolkning samsvarer med lignende undersøkelser, hvor det er vist at ulike psykososiale aspekter har

innvirkning på andres meninger og syn på årsakssammenhenger vedrørende psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom (Jorm, 2000; Nakane et al., 2005). Ikke alle informantene ville karakterisere disse som potensielle utløsende faktorer for en psykisk lidelse. Tilstanden til Marit ble heller ikke ansett som en lidelse, følgelig mente mange at det ikke var nødvendig for henne å søke adekvat hjelp for å bli ”frisk”. Denne vurderingen finner antagelig støtte hos Farrer et al. (2008) som i sin studie viser til at opptil 70 prosent av de som faktisk lider av en psykisk lidelse lar være å søke adekvat helsehjelp. Informantenes meninger og påstander om sammenhenger mellom depresjon og livshendelser kan trolig i verste fall føre til at mange mennesker overhode ikke oppsøker profesjonell hjelp for sin utviklede depresjon. Mange av mine informanter oppfyller således trolig ikke innholdskriteriene for MHL nevnt innledningsvis i dette underkapittelet.

4.3.4 Informantenes meninger om personer i samfunnets ulike holdninger til depresjon som en psykisk lidelse

MHL innebærer videre å være delaktig i å fremme positive og aksepterende samfunns holdninger til mennesker med psykiske lidelser og psykiatriske sykdommer. Slike holdninger kan bidra til at mennesker med symptomer på slikt ”oppdages” og behandles tidlig. MHL innebærer også *vilje* til å ville benytte seg av profesjonell psykisk helsehjelp for sitt anliggende (Lauber, 2003). I min studie har sannsynlig hver informant en holdning til depresjon som samsvarer med mengden faktakunnskap vedkommende har om denne lidelsen. I tillegg virker informantenes egne erfaringer direkte eller indirekte med depresjon ut til å ha bidratt til holdningsdannelsen. Enkelte av mine informanter mener muligens at øket MHL vil kunne endre den noe negative holdningen enkelte har til depresjon. Wang & Lai (2008) sin studie konkluderte med at økt kunnskap om depresjon minsker sjansen for å etablere stigmatiserende holdninger til denne lidelsen.

Rundt halvparten av informantene i min studie mente sannsynligvis at det å ha en psykisk lidelse ikke er like akseptert blant folk flest som det er å ha en somatisk sykdom. Internasjonal forskning viser at et slikt syn kan skape barrierer for den enkelte mot å søke profesjonell hjelp for sin psykiske lidelse (Jorm et al., 2006). Om man selv derimot har kjennskap til noen som lider av depresjon, kan det være et godt utgangspunkt for utvikling av en positiv innstilling til og samfunnsaksept for denne lidelsen (Wang et al., 2007). Dette var flere av mine informanter inne på under intervjuene. Derimot viser studier som har prøvd å kartlegge kunnskapsøkningens effekt, sprikende resultater vedrørende hva hjelper mot

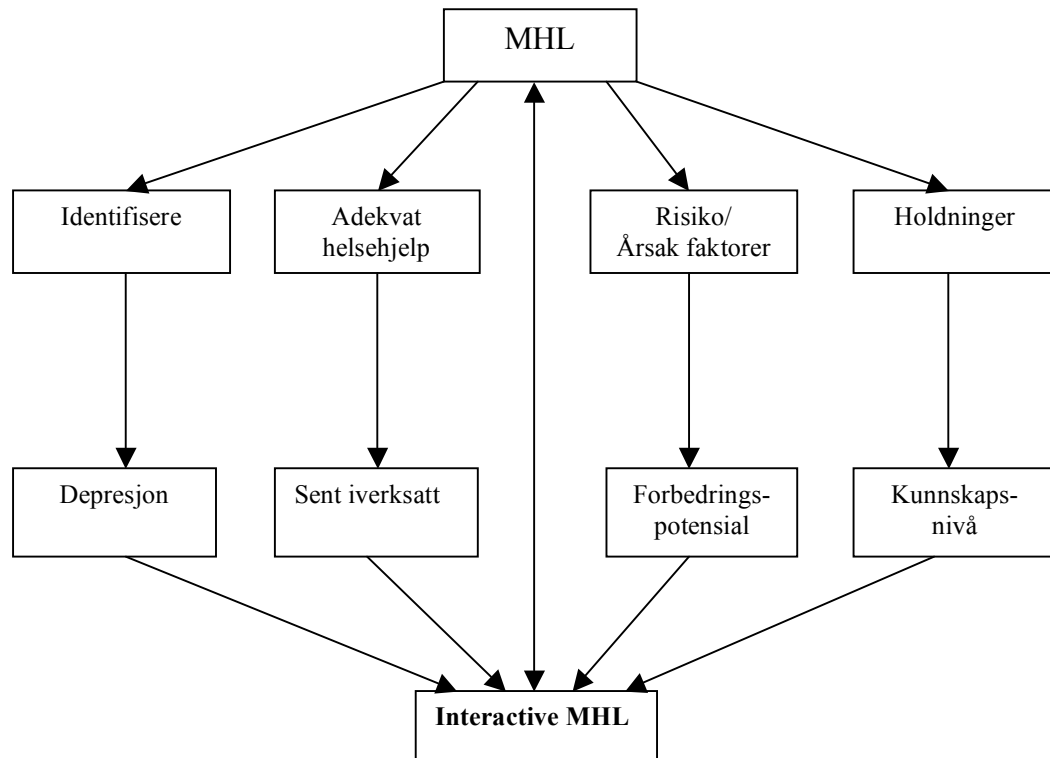
etablering av negative og stigmatiserende holdninger, både overfor depresjon og de mennesker som lider av den. Enkelte hevder at det finnes lite evidens for at økt allmennkunnskap om psykiske lidelser vil kunne redusere forekomsten av slike holdninger (Deitrich et al., 2006 i Wang et al., 2007; Lauber et al., 2003;). Andre igjen argumenterer for at målrettet opplæring for å øke befolkningens MHL vil kunne bidra til det motsatte (Bourget & Chenier, 2007). Jorm et al. (2006) påpeker at det er behov for mer forskning omkrin dette temaet.

4.3.5 Befinner informantene seg på *functional MHL*-, *interactive MHL*- eller *critical MHL*-nivå?

Som presentert innledningsvis i denne masteroppgaven, gjenspeiler *functional MHL*-, *interactiv MHL*- og *critical MHL* henholdsvis tre hierarkiske nivåer av MHL. Å befinne seg på det øverste nivå, *critical MHL*, å kunne kritisk vurdere informasjon og fremsatte påstander om mental helse, forutsetter at man innehar de allmenndannende kunnskapene, ferdighetene og holdningene som ligger implisitt i de to foregående nivåene, (*functional* og *interactive MHL*) (Borget & Chenier, 2007; Finbråten & Pettersen, 2009; Nutbeam, 2000, 2008; Pettersen, 2003, 2009). Informantene i denne studien har blitt tatt opp som studenter i en helsefaglig høyskoleutdanning, noe som i utgangspunktet indikerer at deres lese- og skriveferdigheter bør være gode. Det betyr at informantene har høy *functional MHL*. Flere internasjonale studier har imidlertid vist at mange mennesker i ulike samfunn kan ha lav *functional health literacy*, noe som også påpekes i deres helsetilstand i negativ grad. (Bourget & Chenier, 2007; Finbråten & Pettersen, 2009; Fredriksen & Pettersen, 2009; Nutbeam, 2000; Pettersen, 2009; Vassnes & Pettersen, 2009).

I min studie kom omtrent alle informantene med forslag til hvordan Marit kunne få hjelp. Et flertall av informantene hadde sympati overfor henne og viste vilje til å finne løsninger. Enkelte av informantene kom likevel med utsagn som ikke kunne karakteriseres som helseråd eller løsningsforslag. Å ha *interactive MHL* krever at en har kunnskaper som gir mulighet til å *handle* og *behandle* i samsvar med kunnskapsbasert psykisk helseråd, hvilket innebærer kunnskap og ferdigheter om hvordan man forebygger psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom hos en selv og andre, hvordan man tidlig intervenserer, samt hvordan man i hverdagen takler psykiske lidelser eller psykiatrisk sykdom, både personlig og hos mennesker i sine nære omgivelser (Bourget & Chenier, 2007). Det er rimelig å anta at mine

informanter innehar en viss grad av *interactive MHL*, vurdert etter disse kriteriene. Prosessen for denne tolkningen vises i figur 5.



Figur 5. Modell over trinnene i min analytiske prosess for påstanden om at informantene innehar interactive MHL

I tolkningen tilknyttet det første forskningsspørsmålet fremkom det at flertallet av informantene evnet å *identifisere* den psykiske lidelsen *depresjon*. Dette er det grunnleggende kriteriet for *MHL* (figur 5). Det neste steget i *MHL*-prosessen var å tolke hva informantene mente kunne være *adekvat helsehjelp* (forskningsspørsmål 2). Her fremkom det at adekvate helseinitiativ trolig kan bli noe *sent iverksatt* fordi informantene gir engasjement og inngripen fra det private nettverket til den deprimerede høy prioritet. Figur 5 illustrerer også at mine fortolkninger av svarene på forskningsspørsmål 3 gikk i to retninger, hvor den første retningen gjenspeiler hva informantene anså som *risiko* eller *årsaksfaktorer*. I tilknytning til dette, har trolig informantenes kunnskapsnivå et *forbedringspotensial*. Den andre fortolkningsretningen omfatter *holdninger* til lidelsen depresjon. Informantene så ut til å mene at hvordan mennesker i samfunnet posisjonerer seg i forhold til lidelsen depresjon, vil være

avhengig av den enkeltes *kunnskapsnivå* vedrørende denne lidelsen. Samlet sett, tyder mine funn som nevnt på at informantene i denne studien befinner seg innenfor det andre nivået for MHL; *interactive MHL*.

For å kunne heve informantenes nivå av *interactive MHL*, kan det være fornuftig å bruke ulike undervisningsformer. Eksempelvis kan det benyttes en narrativ tilnærming, slik anbefalt av Chang (2008). Undervisningen bør bygge på historier sett fra et brukerorientert perspektiv. En narrativ tilnærming vil kunne øke forståelsen av, observasjonsevnen overfor og innsikten i, hvordan ulike psykiske lidelser og psykiatrisk sykdom kan arte seg i hverdagen for folk. Dette kan resultere i at man handler mer i samsvar med gjeldende helseråd – som igjen kan bidra til økt interaktivitet (eller *interactive MHL*) overfor personer med depresjon.

Det kan tenkes at med økt *interactive MHL*, vil informantene etter hvert kunne nå det høyeste nivået for MHL; *critical MHL*. Siden mine informanter utdanner seg til sykepleiere, vil det å kunne kritisk vurdere informasjon og fremsatte påstander om mental helse, sannsynligvis være avgjørende for om de mestrer å utføre yrket sitt i samsvar med retningslinjer for og krav til *kunnskapsbasert psykisk helsearbeid* (Bourget & Chenier, 2007). Etter å kun ha gjennomført to-tre måneder av sin sykepleierutdanning, vil jeg dog påstå at mine informanter jevnt over ikke befant seg på et *critical MHL*-nivå.

4.4 Min studies validitet

En forskningsstudies validitet dreier seg om hvorvidt kunnskapen som er frembrakt kan være gyldig og generaliserbar (Ringdal, 2007). Validitetsbegrepet kan deles inn i *intern validitet*, som refererer til i hvilken grad kunnskapen er gyldig for menneskene i konteksten som studien er gjennomført i (sykepleierutdanningen ved en høyskole), og *ekstern validitet*, som dreier seg om i hvilken grad studiens kunnskap kan overføres til andre mennesker i tilsvarende eksterne kontekster (andre sykepleierutdanninger ved andre høyskoler) (Malterud, 2003). Metoden som er benyttet i denne studien har, som tidligere vist, sitt utspring i Jorm et al. (1997) sin kvantitative studie. Denne metoden er benyttet i en rekke internasjonale studier, deriblant Dahlberg, et al. (2008); Goldney, et al., (2001); Lauber et al., (2003); Wang & Lai, (2008). På den ene siden, kan min anvendelse av det samme stimulusmaterialet som brukt i disse studiene, indikere ekstern validitet for min studie. Men det kan likevel stilles spørsmål om overføringsgraden er fullt og helt sammenlignbar, siden både test- og funnanalysebetingelsene er tydelig annerledes i kvalitative forskningsdesign enn de er i kvantitative (Kvale, 2001; Malterud, 2003).

I min studie har det trolig vært en seleksjon av informanter i utgangspunktet, noe som kan svekke den interne validiteten. Det er ofte slik, at de som melder seg som deltakere i slike forskningsintervjuer som mine, gjerne er de ”flinkeste”, mest forskningsinteresserte og fagorienterte personene i målgruppen (Malterud, 2003). Kunnskapen som utviklet seg fra mine intervjuer, kan derfor strengt tatt anses å være gyldig for informantene i utvalget. Den behøver ikke være representativ for samtlige sykepleiestudenter, verken ved studiestedet eller den nasjonale populasjonen (Malterud, 2003). Generaliseringer er imidlertid ikke hensikten med kvalitative studier av fenomener (Kvale, 2001). Min induktivt pregede studie kan være nyttig for andre som arbeider og/eller forsker i fagfeltet psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, ikke minst som inspirasjon og kilde. Studien er trolig den første av sitt slag her i Norge, både når det gjelder bruken av det tekstmessige stimulusmaterialet i den metodiske tilnærmingen, og med MHL som teoretisk rammeverk. Således står funnene mine på egne bein i den konteksten de er skapt. Overføringsverdien bør derfor vurderes deretter.

5 OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER

Flertallet av mine informanter synes å gjenkjenne tilstanden depresjon. Dog er trolig ikke alle inneforstått med hvor alvorlig denne tilstanden kan være. Likeledes ser de ut til å ville vektlegge samtalens og nettverkets betydning som hjelpetiltak (basert på psykodynamisk tenkning), noe som kan bli et hinder mot at mennesker med depresjon søker ekstern psykologisk og medisinsk hjelp når lidelsen er på et tidlig utviklingsstadium. Et flertall av mine informanter ser ut til å mene at holdninger til depresjon i samfunnet varierer med den enkeltes faktakunnskap og erfaringer innen dette feltet. Mine funn vurdert i et MHL-perspektiv antyder at informantene jevnt over trolig befinner seg på hierarkisk nivå to av MHL, *interactive MHL*.

5.1 Mine funns mulige implikasjon for sykepleierutdanning

Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er et stort og stadig voksende fagfelt innenfor sykepleie (Statistisk sentralbyrå, 2007). Rammeplan for sykepleierutdanning viser det til at innenfor det helsefremmende og forebyggende fagfeltet skal studenten etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å forstå risikofaktorer av individuelle og/eller miljømessige karakter. I tillegg skal den offentlig godkjente sykepleieren ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom. Hun og han skal kunne delta i helsefremmende arbeid og fokusere på å styrke positive faktorer hos individet og i miljøet. Dette innebærer å kunne anvende kunnskap om sykdommer (Utdanning og forskningsdepartementet, 2003). Ved å tolke målsetninger og kursinnhold med adresse til psykisk helsevern i Rammeplan for sykepleierutdanning (Utdanning og forskningsdepartementet, 2003), ser det ut til at MHL er ett av flere formål med denne profesjonsutdanningen – uten at dette begrepet er nevnt. I løpet av den obligatoriske praksisperioden innenfor psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid som studentene skal ha, vil de ha møtt på mennesker som er rammet av en psykisk lidelse eller sykdom. Dette viser at utdanningen vektlegger handlingskompetanse innenfor fagfeltet hos studentene.

Det kan imidlertid stilles spørsmål om en kan forvente at offentlig godkjente sykepleier som *ikke* jobber kontinuerlig innenfor psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid skal kunne inneha denne avanserte formen for kunnskap, holdninger og ferdigheter som MHL indikerer (for eksempel *critical MHL*). Ved å sammenligne kriteriene for *critical MHL* med

mål i Rammeplan for sykepleieutdanning (som vist eksempler på i oppgavens innledning), kan det virke som om det er ønskelig at sykepleierstudentene etter endt utdanning faktisk skal ha ervervet seg *critical MHL* (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003). Med henblikk på ressurser som er tilgjengelig og faglige prioriteringer som gjøres innenfor nåværende nasjonale rammer for sykepleierutdanning, kan det trolig stilles spørsmål ved om et slikt utdanningsmessig mål er oppnåelig for studentene. Selve grunnkonseptet *health literacy* er fraværende i alle eksisterende rammeplaner for helsefagutdanninger i Norge (Pettersen, 2003; Finbråten & Pettersen, 2009).

På grunn av den *vide* formuleringen av målsetninger når det gjelder undervisning om temaet mental helse, psykisk lidelse og psykiatrisk sykdom, står den enkelte høyskole relativt fritt til å utforme og vektlegge det faglige innholdet i studentundervisningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003). Etter min mening bør sykepleierundervisningen tilrettelegges med en bevist og prioritert målsetning som reflekterer MHL. Dette vil kunne gjøre kommende sykepleiere rustet til å møte utfordringer vedrørende mentale helse og psykiske lidelser – både i profesjonelle og hverdagslige sammenhenger. Høy grad av MHL (på alle de tre impliserte hierarkiske nivåene) er ikke bare relevant for offentlig godkjente sykepleiere som skal jobbe innenfor fagfeltet psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Kunnskap om, positive holdninger til og handlingskompetanse i feltet mental helse er relevant å ha også innenfor andre sykepleierfaglige felter.

5.2 Mine funns implikasjon for samfunnet

Den enkeltes nivå av MHL vil kunne påvirke håndteringen av lidelsen depresjon, både hos en selv og hos andre i samfunnet (Borget & Chenier, 2007). De fleste informantene mente at den enkeltes kunnskapsnivå har stor betydning for hvordan depresjonslidelsen kan gjenkjennes, vurderes, evalueres, håndteres, behandles og forebygges. Den høye forekomsten av psykiske lidelser i mange samfunn i dag (Dahlberg, et al., 2008; Kringlen et al., 2001; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008a), legitimerer sannsynligvis strategier for å øke MHL hos befolkningen. Økt MHL kan føre til at depresjonssymptomer oppdages tidligere, samt at lidelsens prognose og behandlingsmuligheter blir mer allment kjent. Dette kan gi en samfunnsmessig gunstig effekt, blant annet i form av redusert frekvens av sykemeldinger og arbeidsuførhet som følge av depresjon (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008b). En annen litt mer overordnet effekt av økt MHL hos befolkningen kan være at man i større grad allmenngjør og ufarligstempler psykiske lidelser. Følgelig vil flere kunne våge å benytte seg

av kunnskapsbasert hjelp fra det offentlige helsevesenet – uten å føle seg stigmatisert med et negativt fortegn.

5.3 Forslag til videre forskning

Enkelte sykepleierstudenter i min studie syntes å ha missoppfatninger av depresjonsbegrepets innhold. Slike feilaktige oppfatninger kan muligens være utbredt i befolkningen også. En større nasjonal kvantitativt basert kartleggingsstudie, inneholdende kunnskaps- og holdningstester vedrørende MHL, kunne derfor vært utført med relevante utvalg. Min studie av 1. års sykepleierstudenter inviterer muligens til å foreta en oppfølgingsstudie av ferdigutdannede studenter for å evaluere deres MHL-nivå etter endt grunnutdanning. Jeg ser heller ingen grunn til å ikke utprøve stimulusmaterialet overfor andre grupper helsefagstudenter, for eksempel studenter i vernepleierutdanning. For øvrig er det rimelig å anta at forskning rundt den generelle kunnskapen om hva *health literacy* innebærer som mestringskompetanse, burde vært utført i Norge. Selv om mine funn tyder på at mange informanter neppe har høy grad av *critical MHL*, så kunne det vært interessant å finne ut *hvem* som eventuelt kan inneha en slik kompetanse – og tilsvarende; hvordan den *kritiske* ferdigheten innen *critical MHL* faktisk utføres i praksis hos slike personer.

5.4 Avsluttende kommentar

Mitt helhetsinntrykk av informantene som deltok i min studie er at de har relevant kunnskap om og reflekterte holdninger til forhold som angår den psykiske lidelsen depresjon. Dette lover godt for dem selv som fremtidige offentlig godkjente sykepleiere. Siden antallet mennesker som får psykiske lidelser i samfunnet ser ut til å øke, noe som ikke er en ønskelig situasjon, er mine funn jevnt over positive. At alle mennesker i samfunnet burde erverve MHL på øverste hierarkiske nivå for å kunne takle en slik stigende utfordring, er dog trolig for mye forlangt. Det forhindrer likevel ikke ansvarlige samfunnsmyndigheter fra å prioritere generell opplæring for MHL – hvilket med fordel kunne starte med elevene i obligatorisk skole.

Det er etter mitt syn grunn til å dvele litt – en siste gang – med fordringene vedrørende begrepsinnholdet i de tre hierarkiske nivåene av MHL. Første nivå; *functional MHL*, mener jeg er udiskutabelt; i Norge er det rimelig å anta at de fleste kan lese og skrive og trolig forstå enkle råd om mental helse. Imidlertid kan det muligens stilles spørsmål om det neste nivået,

som er *interaktiv MHL*, fordrer en viss form for ”omsorgsmotivasjon” og kunnskaper utover det allmenndannende. For *critical MHL* er det, derimot, svært sannsynlig at mange fagfolk med god utdanning innen psykisk helsevern *ikke* innehar et høyt ferdighetsnivå etter begrepets kriterier. Her fordres det relativt god kompetanse innen vitenskapsteori og erfaring med forskning, hvilket man ikke kan forvente at alle profesjonsutdannende sykepleiere har. For å inneha høy grad av *critical MHL* vil det i dette perspektivet implisere at man har evne til å kritisk vurdere informasjon om psykisk helse og ta adekvate helsefremmende valg på bakgrunn av vitenskapelig basert informasjon om psykisk helse. Muligens er slik kunnskap noe som en offentlig godkjent sykepleier eksplisitt erverver seg gjennom et masterstudium og doktorgrad.

Health literacy-bevegelsen internasjonalt har den senere tid dessuten teoretisert at *critical health literacy* innebærer kritiske ferdigheter av mer samfunnspolitisk karakter, som for eksempel viljen til å ta initiativ for å bedre *andres* helse. Dette kan for eksempel være å engasjere seg i helsesaker lokalt, nasjonalt og globalt (Nutbeam, 2000, 2008, Pettersen, 2009, Finbråten & Pettersen, 2009). Således har man registret i undersøkelser at mange mennesker har intensjoner om det sistnevnte (høy aksjonerende *critical health literacy*), mens mange i liten grad har kunnskap om og ferdigheter i kritisk, vitenskapelig basert vurdering av helseinformasjon (Pettersen & Solberg, 2003; Pettersen & Fredriksen, 2009; Pettersen & Vassnes, 2009). Muligens er dette ”aksjonerende” engasjementet noe som også kan overføres til *critical MHL*.

I studien til Myrvold (2008) er et av hovedfunnene, som tidligere nevnt, at flere vil engasjere seg i temaet psykisk helse dersom det berørte dem direkte. Mine funn viser, som nevnt flere ganger i oppgaven, et psykodynamisk grunnsyn blant de fleste informantene når det gjelder å ville ”årsaksforklare” lidelsen depresjon. Initiativet som informantene foreslår som hjelp overfor personen i stimulusmaterialet, kan stort sett oppsummeres i den trivielle frasen ” *dette må vi snakke om*”. Slik jeg ser det, er tiltaket som det er å *kun* snakke om problemene til den deprimerte, ikke særlig tungtveiende faglig eller kritisk fundert i forhold til kompetansekriteriene for *critical MHL*. Informantenes vektlegging av at det nære nettverket bør gjennomføre samtalene kan som nevnt i visse tilfeller bare gjøre det vondt verre for den deprimerte (Haugsgjerd, 1990).

En kan spørre seg om hvor informantenes kunnskap om at ” *dette må vi snakke om*” – faktisk kommer fra? Sannsynligvis har massemedias ”lekmannsmåte” å omtale psykisk helse på en rolle i dette (Pettersen, 2005). Hvorvidt det psykodynamiske grunnsynet preger

opplæringen i mental helse innen enkelte helse- eller sosialfaglige grunnutdanninger i Norge, har jeg ingen grunn til å påstå. På den annen side, ville trolig andre mer faglig begrunnede forslag til løsningsstrategier for den deprimerte beskrevet i stimulusmaterialet forutsette solid profesjonsutdanning og kunnskap innen psykisk helse. I lys av dette, kan man som nevnt spekulere på om det øverste nivå av MHL, *critical MHL* er et nærmest uoppnåelig nivå for de fleste vanlige mennesker.

I oppsummeringen av intervjuene har jeg hevdet at informantene kunne befinne seg på MHL-nivå 2; *interactive MHL*. Slik jeg også ser det, kan trolig mange av informanter være på ulike nivåer innen *interactive MHL*. Selve kunnskaps-, holdnings- og ferdighetsinnholdet som reflekteres i kriterier for dette begrepet (evnen til å kunne oppsøke kilder til adekvat hjelp, motta og handle i samråd med helseråd gitt om psykisk helse, hvordan man forebygger psykiske lidelser, foretar tidlig intervensjon og hvordan man mestrer å ha en psykisk lidelse, både hos den det gjelder og hos de nære menneskene rundt vedkommende) kan imidlertid, etter mitt syn, være ideelle mål for kunnskapsfremmingen om mental helse i Norge.

LITTERATURLISTE

- Ad Hoc Committee on Health Literacy. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V. Dalgard, O. S., Casey, P. et al. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of psychiatry*, 179, 308-316.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bourget, B. & Chenier, R. (2007). *Mental health literacy in Canada: Phase One Draft Report Mental Health Literacy Project*. Retrieved April 7th 2008 from:
http://www.camimh.ca/files/literacy/MHL_REPORT_FINAL.pdf
- Brudal, L. F. (2006). *Positiv psykologi: empati, flyt, kvinne og mann, humor*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Børve, T. A. & Dalgard, O. S. (2003). I: Weisæth, L. & Dalgard, O. S. (Red.), *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. (2. opplag). (s. 237-258). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Chang, C. (2008). Increasing Mental Health Literacy via Narrative Advertising. *Journal of Health Communication*, 13(1), 37-55.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. (5. utg. 3. opplag). Oslo: Tano Aschehoug.
- Dahlberg, K. M., Waern, M. & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care. *BioMed Central Public Health*, 8(8). Retrieved Mai 5th 2008 from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18184424>
- Elvsaa, I. K. Ø., Wæhrens, A. H. & Norderhaug, I. N. (2007). *Behandling av depresjon med kosttilskudd*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Finsbråten, H. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien* 97(5), 60-63.
- Farrer, J., Leach, J., Griffiths, K. M., Christensen, H. & Jorm A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *Bio Med Central Public Health*, 8(125). Retrieved June 5th 2008 from:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/125>
- Gilje, N. & Grimen, H. (2007). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. (12. opplag). Oslo: Universitetsforlaget.
- Goldney, R. D & Fisher, L. J. (2008). Have Broad-Based community and Professional Education Programs Influenced Mental Health Literacy and Treatment Seeking of those with Major Depression and Suicidal Ideation? *The American Association of Suicidology*, 38(2), 129-142.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Del Grande, E. & Taylor, A. W. (2005). Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *The Medical Journal of Australia*, 183(3), 134-137.

- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H. & Cheek, F. (2002). Mental Health Literacy of those with Major depression and Suicidal Ideation: An Impediment to Help Seeking. *The American Association of Suicidology*, 32(4), 394-403.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J. & Wilson, D. H. (2001). Mental Health Literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Journal of Affective Disorders*, 64, 277-284.
- Goldney, R. G., Dunn, K. I., Dal Grande, E., Crabb, S. & Taylor, A. (2009). Tracking depression-related mental health literacy across South Australia: a decade of change. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(5), 476-483.
- Griffiths, K. M., Christensen, H. & Jorm, A. F. (2009). Mental Health Literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BioMed Central, Public Health*, 9, 92.
- Haugsgjerd, S., Karlsson, B., Løkke, J. A. & Jensen, P. (2004). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. (2. utg., 2. opplag). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugsgjerd, S. (1990). *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (Høringsutkast). IS-1561.
- Helsedirektoratet (2008). *Angst og depresjon. Hva er depresjon?* Publisert 11.09.2007, Sist endret: 25.02.2008. Retrieved April 1th 2009 from: http://www.helsedirektoratet.no/psykiskhelse/fakta_om_psykisk_helse/angst_depresjoner/hva_er_depresjon__79126
- Høgskolen i Akershus (2007). *Studieplan for masterstudium i ernæring, helse- og miljøfag*. (kull 07-09). Retrieved April 1th 2009 from: <http://www.hiak.no/index.php?ID=347>
- Jarlbrog, G. (2004). *Hälsokommunikation –en introduktion*. (2. opplag). Lund: Studentlitteratur.
- Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. I: T. V. Dijk (Ed.), *Handbook of Discourse Analysis* (3edn), s. 25-34. London: Academic Press.
- Jorm, A.F. (2000). Mental Health Literacy. Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M. & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3-5.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rogers, B. & Pollitt, P. (1997). "Mental Health Literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about their effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kausar, S. (2005). A study investigating mental health literacy in Pakistan. *Journal of Mental Health*, 14, 167-187.
- Kitchener, B. A & Jorm, A. F. (2002). Mental first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behaviour. *BioMed Central Psychiatry*, 2(10). Retrieved Mai 8th 2008 from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/2/10>
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epistemological Study. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098. Retrieved Mai 8th 2008 from: <http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/158/7/1091>
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (4. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N. & Rossler, W. (2005). Mental Health Literacy in an educational elite – an online survey among university students. *BioMed Central Public Health*, 5(44). Retrieved April 20th 2008 from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/44/abstract>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato., & Rossler, W. (2003). Do People recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 248-251.
- Lien, M. V., (2007). *Lærerveiledning. Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP*. Oslo: Sekretariatet Psykisk helse i skolen.
- Lunde, E. S. (2001). Større åpenhet om psykiske lidelser. *Samfunnsspeilet*, (5). Retrieved August 21th 2008 from: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200105/04/index.html>
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F., et al., (2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi*. Oslo: Nasjonalt senter for helsetjenester.
- Merriam, S. B., & Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389.
- Moussavi, S., Chatterij, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Uston, B. (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Myrvold, T. M. (2008). Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger. NIBR-rapport 2008:16. Retrieved January 8th from: <http://www.nibr.no/publikasjoner/rapporter/985/>
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2007). *Antidepressiver - fakta om serotonin-reoptakshemmere (SSRI)*. Publisert 24.01.2006, oppdatert 26.09.2007. Retrieved April 8th 2009 from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:56672::1:5647:5::0:0
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2008a). *Forekomsten av psykiske plager og lidelser*. Publisert 12.12.2003, oppdatert 22.02.2008. Retrieved April 20th 2008 from: http://fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2667:1:0:0::0:0
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2008b). *Depression – faktaark*. Publisert 02.12.2003, oppdatert 19.02.2008. Retrieved April 20th 2008, from: http://fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2343:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:41924::1:5569:7::0:0
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2008c). *Legemiddelforbruket I Norge 2003-2007*. Retrieved Mars 20th 2009, from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1134:1:0:0::0:0&MainLeft_5583=5603:68740::1:5585:1::0:0
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2008d). *Forebygging av selvmord – faktaark*. Publisert 16.11.2004, oppdatert 25.06.2008. Retrieved April 6th 2009 from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5670&MainArea_5661=5670:0:15,2336:1:0:0::0:0&MainLeft_5670=5544:49751::1:5675:3::0:0
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (SSFF) (2008). *Statistikk. Litt om norsk selvmordsstatistikk*, 03.03.2004, verifisert, 14.08.08. Retrieved April 21th 2009 from: <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/statistikk/forklaring.html>

- Nakane, Y., Jorm, A. F., Yoshioka, K., Christensen, H., Nakane, H. & Griffiths, K. M. (2005). Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *Bio Medical Central Psychiatry*, 5 (33). Retrieved April 20th 2008, from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1253516>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). *Depression: Management of depression in primary and secondary care – NICE guidance*. London: National Institute of Clinical Excellence.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- NOU 2000: 3. (2000). *Stemningslidelser – Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om Pasientrettigheter*. LOV 2007-12-21 nr 123.
- Pettersen, S. (2003). Er også naturfagdidaktikk god for helsen? In B. Bungum & D. Jorde (Eds.), *Naturfagdidaktikk. Perspektiver - Forskning – Utvikling*, 273-288. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pettersen, S. (2005). Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NORDINA*, 1(1), 5-16.
- Pettersen, S. (2009). Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon. I: A. Holthe & B. U. Wilhelmsen, (Eds), *Mat og helse i skolen*, (s. 87-100). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pettersen, S. & Fredriksen A. M. (2009). Scientific literacy is intrinsic to Health literacy. Paper oralt presentert ved *The ESERA (European Science Education Research Association) 2009 Conference*, Istanbul, Turkey, August 31th – September 4th, 2009.
- Pettersen, S. & Solberg, J. (2003). Students of Health Sciences' Evaluation of Media reports of Health Research: A Norwegian Study. In: J. Lewis, A. Magro, and L. Simonneaux, (Eds.), *Biology education for the real world. Student – teacher – citizen* (pp. 293-307). Toulouse-Auzeville: Enfa.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryen, Anne (2006). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. (2. opplag). Bergen: Fagbokforlaget.
- Safeer, R. S. & Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.
- Simon, J., Pilling, S., Burbeck, R. & Goldberg, D. (2006). Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. *British Journal of Psychiatry*, 189, 494–501.
- Sosial- og Helsedirektoratet (Shdir) (2005). *Det internasjonale statistiske klassifikasjonene av sykdommer og beslektede helseproblemer ICD-10*. (Norsk utgave 2005, 10. Revisjon). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet med tillatelse fra Verdens helseorganisasjon, WHO. Retrieved April 28th 2008 from: <http://www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm>
- Statistisk sentralbyrå (2007). *Psykisk helsevern for voksne. Årsverk, etter stillingskategori 2007*. Retrieved Mai 6th 2009 from: http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=speshelsepsyk
- Statistisk sentralbyrå (2009). *Selv mord etter dødsårsak. 1976-2007*. Retrieved April 22th 2009 from: <http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2009-04-07-09.html>

- St.melding. nr 25 (1996-1997) (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykisk lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Thagaard, T. (2006). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tollefsen, A.W. K., & Ibabao, V.A. (2008). Psykisk helse hos barn og unge. Om det som har vært, og om det som skal komme. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 1,42-51.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2003). *Rammeplan for 3-årig sykepleierutdanning*. Retrieved August 27th 2008 from: www.regjeringen.no/Upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/126188809-10-200602190-52.pd
- Vatne, S. (2003). *Pasienten først? Om brukermedvirkning i et omsorgsperspektiv*. (3. opplag). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vassnes, S & Pettersen, S. (2009). Fastlegers erfaringer med pasienters health literacy. Oralt fremlegg (PP-presentasjon) under *Den nasjonale nettverkskonferansen i kunnskapsbasert praksis*, Høgskolen i Bergen, 24. april, 2009.
- Wang, J. L. & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 191-196.
- Wang, J. L., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B. W. et al. (2007). Depression Literacy in Alberta: Findings From a General Population Sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(7), 442-449.
- World Health Organization, (WHO) (2005). *Promoting mental health. Concepts – Emerging Evidence- Practice*. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. WHO 2005
- World Health Organization, (WHO) (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. (10 revision, version for 2007). Retrieved March 23th 2009 from: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- World Health Organization, (WHO) (2008a). *WHO urges more investments, services for mental health*. Retrieved April 21th 2008 from: http://www.who.int/mental_health/en/
- World Health Organization, (WHO) (2008b). *Depression*. Retrieved April 20th 2008 from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html
- World Health Organization, (WHO) (2008c). *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved April 20th 2008 from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- World Health Organization, (WHO) (2009). *WHO initiative on depression in public health*. Retrieved April 6th 2009 from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/depressioninph/en/print.html
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppeintervjuer som undersøkelsesmetode*. Linköping: Studentlitteratur.
- Williams, M.V., Davis, T.C., Parker, R.M., & Weiss, B.D. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*, 34(5), 383-389.

Vedlegg 1. Søknad til dekanus

Masterstudent i Ernæring-, helse- og miljøfag, AY, HIAK

Henriette Riley

Bjerregaards gate 31 a

0174 OSLO

Oslo, 27.08.2008

████████████████████
██
██
██
██
██

SØKNAD OM Å FÅ BENYTTET SYKEPLEIERSTUDENTER SOM INFORMANTER I MITT MASTERSTUDIUM

Undertegnede er 2. årsstudent ved masterstudiet i *Ernæring-, helse-, og miljøfag* ved Avdeling for yrkesfaglærerutdanning (AY), Høgskolen i Akershus (HiAk). Med dette ønsker jeg å be Dem om tillatelse til å gjennomføre en intervjuundersøkelse med et utvalg 1. års sykepleiestudenter ██████████ ██████████ i løpet av høstsemesteret 2008. Undersøkelsen vil utgjøre det empiriske materialet i mitt masterprosjekt.

Temaet for masterprosjektet mitt er *mental health literacy*. Health literacy (HL) er forsøkt oversatt til *helsefremmende allmenndannelse* av Pettersen (2003; 2007). HL dreier seg i korthet om graden av helsefremmende kunnskap som folk flest har. Kunnskap om helse er trolig en av flere forutsetninger for å kunne ta adekvate, forebyggende og helsefremmende valg på det personlige plan. I mitt tilfelle begrenser denne allmennkunnskapen seg til å gjelde *mental* helse. Problemstillingen for min oppgave er som følger:

Hvilke allmenndannende forkunnskaper om fenomenet depresjon har sykepleiestudenters, diskutert i lys av teorirammen for begrepet mental health literacy.

Kort fortalt dreier teorirammen og studien min seg om følgende:

Den høye forekomsten av psykiske lidelser gjør at flertallet av den norske befolkningen enten selv vil utvikle en psykisk lidelse, eller vil komme i kontakt med noen som er rammet av en. Dette gjør at jeg i masterprosjektet ønsker å ha et *allmenndannende* fokus; *hva* vet, og *hvilke* oppfatninger og holdninger har unge mennesker om tilstanden depresjon? Utvalget av første års sykepleiestudenter er ikke helt tilfeldig valgt: På den ene siden, er trolig de fleste av disse studentene relativt unge og har derfor muligens ervervet sine faktakunnskaper om fenomenet depresjon hovedsaklig fra sin allmenndannende grunnopplæring i obligatorisk og videregående skole i Norge, eller fra andre kunnskapsformidlende kilder i samfunnet, f. eks. ulike typer media. På den annen side, inneholder rammeplan for sykepleieutdanning opplæringsemner som berører temaet depresjon (Kunnskapsdepartementet, 2008), noe som høyst sannsynlig vil komme til å prege deres fremtidige kunnskapsnivå og holdninger til denne utbredte psykiske lidelsen i vårt samfunn. Men for å få informasjon om unge menneskers allmenndannede *forkunnskap* om fenomenet depresjon – altså *før* de har fått undervisning som temaet i sykepleieutdanningen – ønsker jeg å benytte meg av 1. års sykepleiestudenter så tidlig som mulig etter studiestart nå i høst 2008.

Metodisk vil jeg benytte *individuelle intervjuer* for å forsøke å besvare forskningsspørsmål operasjonalisert fra min problemstilling. Primært er mitt ønske å finne ut:

- (1) i hvilken grad kan studentene *gjenkjenne* den psykisk lidelsen depresjon;
- (2) *hva* kan etter deres *mening* være god hjelp til vedkommende i denne forbindelsen, samt;
- (3) hvilken *kunnskapsbærende og holdningspregede meningsutveksling* skjer om dette temaet blant deltakerne i fokusgruppen.

All informasjon som fremkommer under intervjuene vil bli behandlet *absolutt* anonymt og konfidensielt etter gjeldende regler for forskningsetikk. Ingen informasjon i masteroppgaven

min vil kunne spores tilbake til deltakere i fokusgruppen, eller på noen måte ellers få negative konsekvenser for dem.

Veiledere for masterprosjektet mitt er førsteamanuensis, dr. scient. Sverre Pettersen, AY, HiAk (sverre.pettersen@hiak.no) og førstelektor, cand. polit. Dag Willy Tallaksen, AS, HiAk (DagWilly.Tallaksen@hiak.no).

Dersom De har behov for å få oppklart flere forhold vedrørende mitt masterstudium, kan spørsmålene rettes direkte til mine to veiledere.

Mvh

Henrette Riley

Referanser

Pettersen, S. (2003). Er også naturfagdidaktikk god for helsen? In B. Bungum & D. Jorde (Eds.), *Naturfagdidaktikk. Perspektiver - Forskning - Utvikling* (pp. 273-288). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pettersen, S. (2007). *Health claims and scientific knowledge. A study of how students of health sciences, their teachers, and newspaper health journalists relate to health claims in society*. Doctoral dissertation (Dr. scient.) Faculty of Education, University of Oslo. Oslo: Unipub.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning - Fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet*. Hentet 27. august 2008 fra: http://www.hint.no/studier/vis.php?id=id&kol=1202&tbl=studie_filer

Vedlegg 2. Informasjon om intervju for masterprosjekt

INFORMASJON OM INTERVJU FOR MASTERPROSJEKT

Jeg er masterstudent i Ernæring, helse og miljøfag her ved HiAK. Jeg er nå i gang med mitt andre studie år, hvilket innebærer at jeg skal gjøre en selvstendig undersøkelse som jeg skal skrive min masteroppgave om. Studiet har en forebyggende og helsefremmende profil, og tema for oppgaven som jeg har valgt er *psykisk helse*. Jeg ønsker med dette å invitere noen av dere som er første års sykepleiestudenter til å delta i individuelle intervju, som er min metode for å innhente data til prosjektet.

Hvorfor vil jeg intervju dere som er sykepleiestudenter?

Jeg ønsker å intervju dere som sykepleiestudenter fordi jeg er opptatt av hva dere måtte ha av kunnskap, holdninger og meninger rundt det oppgitte temaet når dere starter på studiet. Grunnet til at dere nå ikke får vite så mye om temaet i prosjektet mitt er at jeg ønsker at dere skal være mest mulig spontan, uforberedt og ikke-forutinntatt om hva det egentlig dreier seg om.

Hva innebærer det å delta i intervju?

I starten av intervjuene vil det bli delt ut en beskrivelse av en "case" som danner grunnlaget for intervjuet. Etter at dere har lest dette vil jeg stille dere noen spørsmål som er knyttet opp til "caset".

Intervjuene vil bli gjennomført på [REDACTED] i slutte av oktober og november. Varigheten per intervju vil være på ca 30 minutter. I samarbeid med hver enkelt av studentene vil vi finne et konkret tidspunkt som passer.

Konfidensialitet

Et grunnprinsipp ved slike forskningsstudier er at deltakerne har krav på konfidensialitet. Dette innebærer at *all* informasjon som fremkommer vil bli behandlet konfidensielt og uttilgjengelig for andre enn meg selv og mine veiledere (Thargaard, 2006). Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og senere slettet (når masterprosjektet mitt er levert og evaluert). Ved

prosjektets slutt vil alle data være anonyme. Deltakelse i dette studiet er helt frivillig, og dere kan når som helst trekke dere fra studien uten å oppgi grunn. Ved å la seg intervjuet oppfattes det som et *samtykke* til at dere ønsker å delta i min forskningsstudie (skriftlig erklæring om samtykke er derfor ikke nødvendig).

Taushetsplikt

Alle samtaler skal være taushetsbelagt, i den forstand at momenter som hevdes av informantene, *kun* vil bli publisert innenfor den etiske rammen og form som settes for masteroppgaver og forskning av denne typen, generelt (Thagaard, 2006). Dette gjør at det foreligger en gjensidig taushetsplikt, som vil si at det som blir sagt under intervjuene ikke skal gjengis ved senere anledninger, verken internt eller eksternt. Det er svært viktig at dem som intervjues først, ikke snakker med studenter som skal intervjues om temaet senere. Det vil ikke fremkomme av det ferdige materiale at dere er sykepleiestudenter ved [REDACTED] ei heller vil det være mulig å gjenkjenne vedkommende respondents uttalelser i det ferdige forskningsrapporten.

Håper at dere finner dette interessant og kan tenke dere å delta i mitt prosjekt. På den måten vil dere også få innsikt i hvilke type forskning og forskningsmetoder som ofte er brukt innen helsefag – noe dere selv kan få nytte av senere i utdanningen deres. Jeg ser frem til å møte og snakke med dere!

Sverre Pettersen, førsteamanuensis ved Høgskolen i Akershus Kjellsverre.pettersen@hiak.no, tlf, 64849184) og Dag Willy Tallaksen, DagWilly.Tallaksen@hiak.no tlf, 64849274) førstelektor ved Høgskolen i Akershus, vil være veiledere for masterprosjektet mitt. Prosjektet forventes å være ferdigstilt i juni 2009.

Mvh

Hilsen Henriette Riley

Masterstudent i Ernæring, helse og miljøfag, HiAK

Henriette.riley@stud.hiak.no Tlf 93427012

Vedlegg 3. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Bilde på depresjon

Marit er i 30 årene. Hun har følt seg unormalt trist og ulykkelig de siste fem ukene. Til tross for at hun tilstedighet er trett, har hun problemer med å få sove nesten hver eneste natt. Marit har hatt dårlig appetitt som også har ført til at hun har gått ned i vekt. På jobben har hun vanskelig for å konsentrere seg og utsetter ofte å foreta nødvendige valg. Dagligdagse gjøremål er ofte vanskelig for Marit å gjennomføre. Hennes arbeidsleder har fått rede på alt dette, og er bekymret for hennes nedsatte arbeidsevner.

- Mener du det er noe i veien med Marit?
- I så fall; hva mener du det kan være?
- Hvordan tror du Marit best kunne ha blitt hjulpet?
- Hvilke mennesker mener du vil kunne hjelpe Marit i den situasjonen hun nå befinner seg i?
- Hvordan tror du fremtidsutsiktene er for Marit?
- Hvilke faktorer tror du kan ha bidratt til at Marit har havnet i den situasjonen hun er i ?
- Hvordan tror du at andre rundt Marit reagerer og tenker om situasjonen som hun befinner seg i?
- Hvordan tror du at folk generelt i samfunnet forholder seg til slike *problemer* som Marit har?

Vedlegg 4. Intervjuguide for forsker

INTERVJUGUIDE

Nummer på intervju:

Nummer på informant:

Kjønn:

Bakgrunns erfaring fra helsevesenet (informert om at dette ikke er relevant, men en bakgrunnsvariabel):

1. Mener du det er noe i veien med Marit?
2. I så fall; hva mener du det kan være?
3. Hvordan tror du Marit best kunne ha blitt hjulpet?
4. Hvilke mennesker mener du vil kunne hjelpe Marit i den situasjonen hun nå befinner seg i?

5. Hvordan tror du fremtidsutsiktene er for Marit?

6. Hvilke faktorer tror du kan ha bidratt til at Marit har havnet i den situasjonen hun er i ?

7. Hvordan tror du at andre rundt Marit reagerer og tenker om situasjonen som hun befinner seg i?

Alder:

Deltatt i opplæringsprogrammer for videregående skole:

Annen vesentlig informasjon:

NB!!!! Informer om at et er avgjørende for studiet at informantene ikke snakker sammen om intervjuene.

Vedlegg 5. Eksempel på transkripsjon

Intervju 1. med informant nr 6. 16.10.08

Da har du fått lest den lille casen om Marit, da lurer jeg, tenker du at det er noe som ikke stemmer med Marit? Ja,....., men det må ikke nødvendigvis være noen sykdom..... Nei, Hva tenker du det kan være? Kanskje det er vinter, tenker jeg da, ja, konsentrere seg, det er jo fordi hun ikke spiser da går jo utover konsentrasjonen. Ja,..... Men du tror ikke at det er noen sykdom? Ikke nødvendigvis, men det kan jo være det, en psykisk lidelse eller noe slikt. Unormalt trist, problemer med å sove, jeg kjenner meg igjen der (informant ler), ja,..... Da er du litt usikker på at det kan være en sykdom, men det trenger ikke være en sykdom. Ut fra det du har lest om situasjonen som Marit befinner seg i, hvordan tenker du at hun kunne fått noe hjelp? Arbeidslederen er jo bekymret for henne han kan sett seg ned å pratet med henne, kanskje sendt henne videre til bedriftshelsetjenesten, gå en tur til legen. Arbeidsleder sier du, hva tenker du at arbeidsleder sin funksjon kan bli, tenker du at han skal ta initiativ til å snakke med henne? Etter som det står her at han har fått vite om alt dette her og er bekymret for henne, hennes nedsatte arbeidsevner, da kan jo han sette seg ned med henne i første omgang og spørre henne. Men jeg tenker..., jeg skal prøve å stille spørsmålet litt annerledes, hva tror du slags hjelp kan kunne fungere, du nevner samtale, hva slags form for samtale, eller er det andre spesifikke ting som du tenker? (informant er noe nølende) kanskje samtale med en psykolog eller psykoterapeut, er det slik du tenker? Jeg tenker ingen ting, jeg bare spør deg om hva du mener. Jeg vet ikke, det kan jo hjelpe å bare snakke litt med venner og....., kanskje hun er barnløs, og singel, (lang pause) dårlig appetitt, jeg vet ikke, jeg tenker en samtale og en legeundersøkelse. Men du nevner og venner, ja, hva tenker du rundt det med venner i en slik situasjon som hun befinner seg i, kanskje jeg skal spørre på en litt annen måte, hva tenker du at venner kan gjøre eller hvordan tenker du at venner kan være en hjelp for henne? Hun har jo følt seg så trist og ulykkelig så det kan jo de i alle fall hjelpe til med,..... (informanten nøler), hvordan? Å være der, snakke sammen, gjøre noe, kanskje lage god mat sammen siden hun har gått ned i vekt, det er mye det kan være her..... (lang pause) så er det et spørsmål her på listen min som er litt det vi har vært inne på, nå leser jeg hvordan det står skrevet her, hvilke mennesker mener du vil kunne hjelpe Marit i den situasjonen hun befinner seg i, det har du vel egentlig sagt, ja, du har sagt lege, så har du sagt venner og arbeidsleder. Når du leser denne casen og tenker at det er en dame i 30 årene, hvordan tenker du at fremtidsutsiktene er for henne? Fremtidsutsiktene hennes... vist det ikke skjer noe her tenker jeg at hun kanskje får psykiske problemer,..... skal vi se, trøtt.....når du spør slik, det virker jo som om det er noe galt da..... men samtidig ikke..... men om du tenker, kan du si litt mer om det med fremtidsutsikter, du sier at uten hjelp tenker du at det kan føre til en psykisk lidelse, ja om det ikke skjer noe her, siden det har pågått i 5 uker, for det er vel ikke helt normalt, men hun er jo i 30 årene så hun har jo hele livet foran seg,... hun kan jo fortsatt få barn om hun ikke har det.... Fint, du svarer veldig klart og tydelig og det er bra. (Informant ler litt og takker) du har nevnt lege og venner, si da at disse støtter henne, forstår jeg deg rett da at du mener at hun da har muligheten til å komme over denne kneiken, om vi skal kalle det for det. Ja det tenker jeg, Jeg tenker det..... Hvor lang tid tror du det vil ta, dette spør jeg om fordi jeg er litt nysgjerrig? (Nølende) det kommer vel litt an på hennes innstilling, hvor mottakelig hun er..... egentlig....., må jeg gjette hvor lang tid det tar? Nei, det må du ikke. Når jula er over løser deg seg nok, (latter fra begge parter), over til et litt annet spørsmål, hva tror du kan ha vært med å bidratt til at Marit har havnet i den situasjonen som hun nå har havnet i? Det kan være at hun føler seg ensom, at tiden går fra henne... kanskje hun ser at alle som er rundt henne er vel etablerte med barn og hus og hund og Volvo, og hun sitter alene

med samme jobben,.... Kanskje hun ikke trives på jobben, nei, vent litt, hva var spørsmålet igjen, *hva tenker du kan ha vært med å gjort at hun har havnet i den situasjonen hun befinner seg i, hvilke faktorer kan ha spilt en rolle for at hun har kommet i denne situasjonen?*

Kanskje det har skjedd noe på jobben, på jobben har hun vanskelig for å konsentrere seg og utsetter ofte å foreta nødvendige valg, kanskje hun har fått mye kjeft for valg hun har tatt oppgjennom trenger ikke være nå nylig men søvn..... ja jeg vet ikke hva mer jeg kan si der jeg..... kanskje hun har fått vite at hun ikke kan få barn. *Det du egentlig sier da er først, om jeg skjønner deg rett, si ifra om jeg nå oppsummerer deg feil, først sier du at forskjellige kipe situasjoner har gjort at hun har havnet der hun har havnet... forskjellige ting på jobben, personlige nederlag og litt slikt, men så sier du nå og at det kanskje kan være... kan du gjenta det? At hun kanskje har funnet ut at hun ikke kan få barn..... er det andre ting du tenker kan ha vært med å gjort.....(informant tenker)..... kan jo være konflikter rundt henne.... Kanskje hun har sluttet på lykkepiller.... Tror du hun tar lykkepiller? Nei, får da ikke håpe det.... Men når du sier lykkepille, hva er det for noe? Skal jeg være helt ærlig så er jeg ikke helt sikker, men jeg vet at folk som sliter mye eller er negative, kan få det.....å det er jo ikke bra, for da lever du jo i en kunstig, å da kan jo alt dette her skje når du slutter. Så du tenker at det med medisiner i en slik situasjon ikke er, Nei, jeg synes ikke det er bra! (11.28) nå begynte du på en litt spennende vinkling, kan du si litt mer (informant ler) mer? Ja litt mer om tanker som du har. Om lykkepillen tenker du? Ja fordi nå har du vært litt på det at det treneger ikke være en sykdom, men det trenger ikke være en sykdom selv om man får lykke pillen, det kan jo bare være at du har det tungt og legen anbefaler deg å gå på den en periode, nå bare snakker jeg ut fra andre rundt meg og da..... å da Er ikke legene flinke til å skrive ut det da? Uten at det er nødvendig..... vet ikke hva jeg skal si mer. Jeg synes det er veldig spennende å høre på hva du sier(...informant tenker)...skal vi gå videre til neste om du ikke har mer? Ut fra disse tingene som du nå sier så er det, lurer jeg litt på, hva du tenker at andre tenker om Marit i forholdt til den situasjonen som hun befinner seg i? hva andre tenker? Andre tenker sikkert at hun må ha psykiske problemer eller noe..... på jobben..... kanskje noen tenker ta hun er litt treig. Hvordan tror du kolleger reagerer på det? Prater om henne bak ryggen hennes.... Og noen vil sikkert ta henne på skulderen og spørre hvordan har du det, men det er nok et irritasjonsmoment for de på jobb..... at hun utsetter og ikke er konsentrert, hun får kanskje ikke med seg viktige beskjeder.... Nå vet jeg jo ikke hva hun jobber med, men arbeidslederen er jo bekymret..... hun har nedsatt arbeidsevner... du sier noe om at du tror de kan snakke bak ryggen hennes, kan du si litt mer om det, hva får deg til å si det? (pause) fordi, nå antar jeg at hun er i et kvinneyrke (informant ler) siden lederen ser henne, for der ser ofte lederne personalet sitt, interessant, slik er det jo der det husker jeg fra først praksis. Nei... (noe nølende) bare si det du tenker, ingen filter her. Nei, ingen filter, nei hva som får meg til å si det, nei sånn er damer, si at hun ikke hadde vært i et kvinne-dominert yrke, da er det ikke sikkert at noen hadde lagt merke til det. Sånn annet en arbeidsleder, kanskje hun er sekretær da, men venner som da merker, for dette er jo beskrivelse av en atferdsendring i og med at dette har skjedd de siste fem ukene, da vil det si at venner kanskje vil merke det. Ja venner vil merke det, hvordan tror du de vil reagere på den forandringen, nei, jeg håper da at de snakker med henne, kanskje ringer henne kontinuerlig om de ikke får møttes ofte, noe dem sikkert ikke får gjort siden dem er i 30 årene. Så i alle fall at de tar en telefon til henne og setter seg nedber henne på middag, mat med masse smak, ulykkelig ja.... For dem kan ikke vite at hun er trist og ulykkelig dersom hun ikke viser det, de kan jo se det på vekt. Si hun viser det, si hypotetisk tenkt, at de vet alle om disse symptomene, si da hadde fått samme informasjon som du har fått beskrevet, hva tror du de tenker, folk som er rundt henne, og hvordan tror du de forholder seg til det? Enten kan de ta avstand fra det..... tror du mange ville gjort det? Jeg håper da ikke at venner ville gjort det, det håper jeg ikke, men jeg kan tro at folk gjør det ja, dem har nok med sitt. Det der var litt vanskelig. Det er vanskelig, det er*

jeg enig med deg i. nei, jeg vet ikke helt hva jeg skal si. Om vi tar det til et høyere nivå, disse type "problemene" om man kan si det, om du skal se på det fra et samfunnsperspektiv, hvordan tenker du at vårt samfunn møter folk som har slike problemer, generelt vist vi går litt bort fra Marit? Hvordan folk tenker? Psykiske lidelser, deprimert, setter dem i en slik bås, men hva de ville tenkt om de hadde hatt det rundt dem. Ja nå sier du psykisk lidelse, depresjon, da lurer jeg på hva tenker folk om psykiske lidelser og depresjon? Det er jo negativt! så du tror at mange tenker negativt. ja men kanskje ikke så mye nå lengre fordi det er sett mer fokus på det og det er mange som får det. Men jeg tror og det er overdiagnostisert (informanten er nølende) folk tenker..... er ikke så flink til å utdype akkurat det jeg, men (informant ler) føler seg..... Hva tenker, hva jeg tenker om slike folk,.....om jeg kanskje kan hjelpe deg litt, tror du det er mye varme rundt dette, at folk tenker at dette er noe vi må ta hånd om, verne om, eller tenker du at nei, guriland nå får det menneske ta seg sammen og komme seg opp av sengen om morgenen, og få i seg mat som det forventes at hun skal spise. Jeg tenker nr 1 men til tider kan jeg tenke nr 2, så når du personlig, jeg tenker ikke at de skal vernes om, men være med dem og inkludere dem, snakke med dem, ja.... Sende et kort... små ting...har du noe mer som du vil tilføye? Om alt vi har snakket om, ja, nei jeg kommer ikke på noe akkurat nå altså. Dersom vi skal oppsummere slik at jeg er sikker på at jeg har fått det riktig, på det første når jeg spurte deg om du tenker at noe kan være i veien, skjønnte jeg deg da rett at du sa at, ja noe er det men det trenger nødvendigvis ikke være noe sykt, ja, kan du gjenta hva du sa rundt hva du tenkte at det kunne være? Med henne? Ja, det kan bare være endring i livet, at det har skjedd noen konflikter, misstrivsel på jobb..... ja..... å om det skulle være sykdom, en psykisk lidelse eller depresjon, for du er litt usikker? Nei, jeg mener egentlig at hun ikke er syk. På spørsmålet om hvordan du best tror hun kan bli hjulpet, nevnte du venner, arbeidsleder, eller du nevnte vel egentlig arbeidsleder først, det var fordi han ytret sin bekymring her, det var han som var synlig først. Ja venner, så nevnte du og leger, at hun må komme seg til lege for å få en undersøkelse. Ja, Hvilke ting sa du kunne være best for at hun kan få hjelp, husker du vi snakket litt om det? Hva slags tiltak, kan du gjenta litt av det? Var det dette her med maten? Ja du sa mat, lage mat med venner, nei jeg husker ikke, jeg tror du sa noe som, gjøre litt hyggelige ting, kan det stemme? Ja det stemmer, forsto jeg deg rett når det gjaldt fremtidsutsiktene at du tenkte at med hjelp kom det til å gå bra, at hun kommer til å komme tilbake til det "normale", men du var usikker på hvor lang tid det vil ta, mens uten hjelp tenker du at det kan utvikle seg til en psykisk lidelse. Ja det stemmer..... Så var det faktorer som kan ha bidratt til at hun har havnet i denne situasjonen, ja.. da sa du noe om ensom, konflikter på jobb, kanskje ikke hun kan få barn, ja, er det noe du vil tilføye der? Andre faktorer.....det kan hende hun har mistet noen og, i familien, tap? Ja, ulike form for tap. Der sa du og noe om lykkepillen, bare veldig kort oppsummert, hva sa du? Lykkepille synes jeg er en dårlig løsning, ja! Så det siste, da snakket vi litt om hvordan andre reagerer på hennes situasjon, og da sa du at noen ville gi henne omsorg, om jeg kan bruke det ordet, du må si om jeg sier noe feil, og noen ville støte henne bort, men at det kanskje er mer åpenhet nå som gjør at det kanskje det, det er lettere å lide sammen med andre nå en før.

Vedlegg 6. Analyse fase 2, del 1

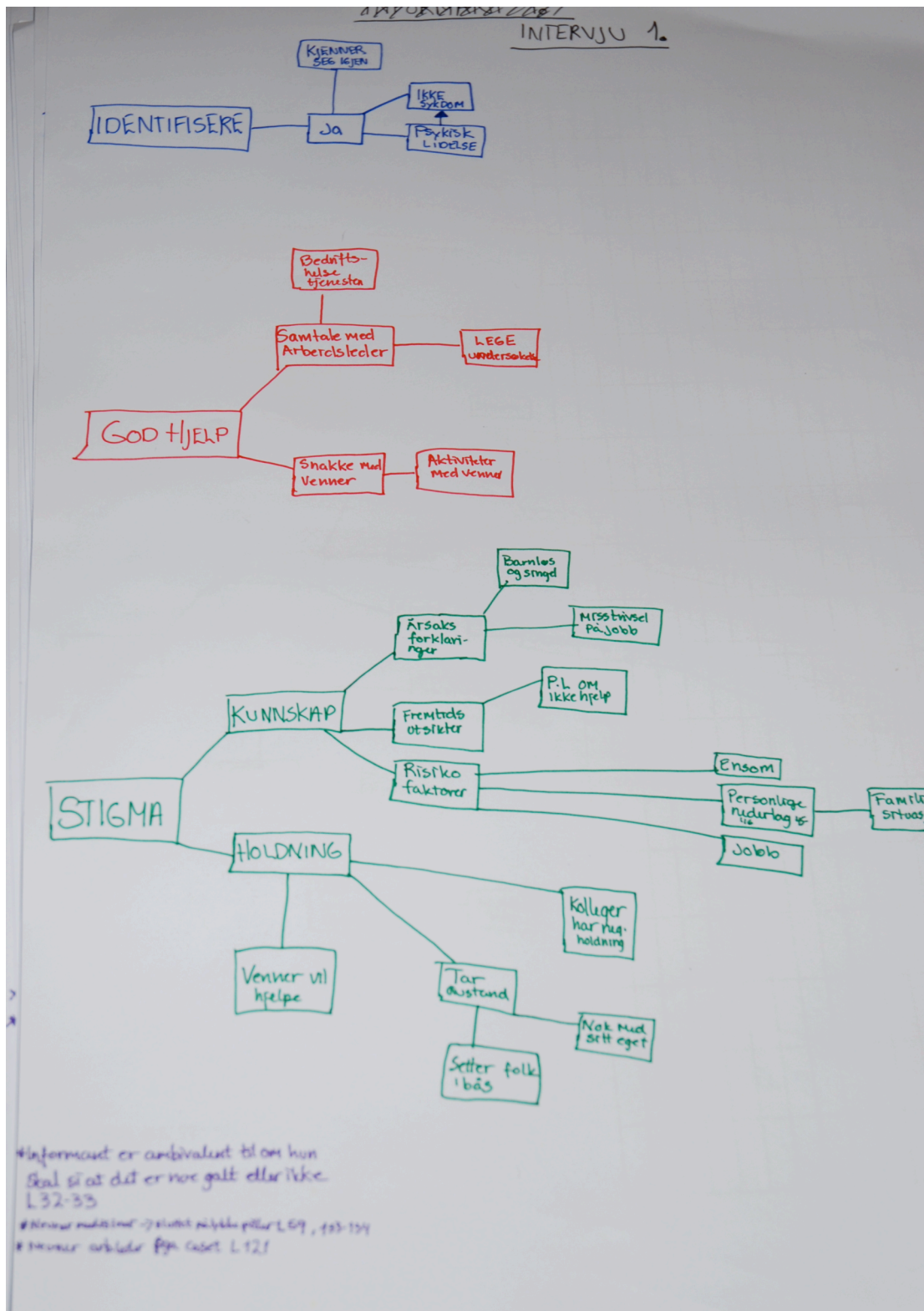
Eksempel på hvordan første del av analysens fase 2 ble gjennomført:

SPØRSMÅL 2

Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode	Kode
Psykisk lidelse som ført svar	Depres som det første svaret	Spesifikk hendelse	Familie årsaker Eks: >gjensidlig skilte seg >svært vanskelig	Utbrudd	Fysisk sykdom >samme	Kjensik ubalans	Dep. kommer langre bli i int.	Ikke nok info til å si hva kurrer	Personlig problemer >skilt	Dep i en tidsst	Dep. som ikke sykdom >Drokket opp i sykehus	Uklar årsak >svært vanskelig	Nor. Psykisk	Psykisk som ikke sykdom	Problem er på jobb			Har hatt ettersom til hva det kan være
Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar	Svar
1L6	2L5	4L4	4L7	5L3	5L3	6L14	6L14	6L17	7L2	7L12B	12L5	13L34	13L16	15L6	17L11	8L6		14
	3L3	4L6	7L10		5L10		13L29			12L6	14L4		17L7	16L3			5	→ Bulke bok
	5L3	4L7	7L7		12L78					12L5	14L4		17L15	19L8			7	→ mye ulikt
	9L3	8L9	11L20		15L6					8L5	16L4		18L5	21L3			12	
	11L34	6L10	8L10		8L8								20L7B	21L7			13	→ mye ulikt
	19L6	7L17			14L7												14	→ - 11
		10L4															15	
		12L5															17	
		13L34															18	
		18L12B															21	
		21L4															8	
		14L17																

Vedlegg 7. Eksempel på analyse fase 2, del 2

Eksempel på hvordan andre fase av analysen fase 2 ble gjennomført



Vedlegg 8. NSD godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Sverre Pettersen
Avdeling for yrkesfaglærerutdanning
Høgskolen i Akershus
Postboks 423 Kjeller
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 27.11.2008

Vår ref.: 20152 / 2 / KS Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.10.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 19.11.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20152	<i>Mental Health Literacy - Sykepleiestudenters allmenndannende forkunnskaper om fenomenet depresjon sett i lys av teorirammen for begrepet mental health literacy</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Sverre Pettersen</i>
Student	<i>Henriette Riley</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er ~~meldingspliktig i henhold til personopplysningsloven § 31~~ Behandlingen tilfredsstillende i forhold til kravene i personopplysningsloven.

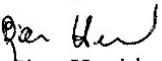
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet ~~gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i * meldeskjemaet~~, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. ~~Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.~~

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, ~~http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp~~

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Henriette Riley, Bjerregaardsgate 31 A, 0174 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger i prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 1. ledd (samtykke).

Personvernombudet har mottatt revidert informasjonsskriv (19.11.08) og finner dette tilfredsstillende.

Prosjektslutt er angitt til 15.06.2009. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Lydopptakene og navnelisten slettes. Eventuelle indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.